



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Styresak 115/2019
Vedlegg 1

Meld. St. 11

(2015–2016)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)



Innhold

1	Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste	9	7.5	
				Den medvirkende pasienten – det nye medisinske gjennombruddet . 59
2	Forord fra brukerne	12	7.6	Brukerinnflytelse i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige
3	Verdier i menneskemøtene	14	7.7	62
			7.8	Likepersonarbeid og frivillige
Del II	Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).....	17		Pasientens helsetjeneste for innvandrere
			8	63
4	Vi må planlegge for fremtiden	19		Spesialisthelsetjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet
4.1	Befolkning, helse og sykdom	19	8.1	65
4.2	Den medisinske utviklingen	25		Status og utvikling av behandlingstilbudet for voksne med psykiske lidelser
5	Hovedmål i planperioden	28	8.2	65
5.1	Styrke pasienten	28		Status og utvikling i psykisk helsevern for barn og unge
5.2	Prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling ...	30	8.3	66
5.3	Fornye, forenkle og forbedre	33		Videre utvikling av tjenestetilbudet i psykisk helsevern for voksne, barn og unge
5.4	Nøk helsepersonell med riktig kompetanse	36	8.4	67
5.5	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	39		Tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige
5.6	Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus	40	9	72
5.7	Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	44	9.1	Fornye, forenkle og forbedre ...
6	Gjennomføre Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)	47	9.2	72
6.1	Mer nasjonal styring og samordning av spesialisthelsetjenesten	47	9.3	72
6.2	Planlegging og utvikling i spesialisthelsetjenesten	49	9.4	73
6.3	Ledelse	49	9.5	74
6.4	Utvikling av finansieringsordningene	50	9.6	74
6.5	Videreutvikling av styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten	51	9.7	75
6.6	Oppfølging og gjennomføring av Nasjonal helse- og sykehusplan ...	51	10	76
			10.1	Personell og utdanning
			10.2	79
Del III	Utdypende omtale av hovedområdene i planen	53	10.3	80
7	Den nye pasientrollen	55	10.4	80
7.1	Større valgfrihet	55	10.5	81
7.2	Utvidelse av ordningen med pakkeforløp	55	10.6	83
7.3	Kontaktlege og koordinator	57	10.7	85
7.4	Brukermedvirkning i tjenestene ..	58	11	86
				Kvalitet, pasientsikkerhet og kvalitetsstyring
				87

11.1	Kvalitetsmål og variasjon i kvalitet	87	13	Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	115
11.2	Gode og ferske data til kvalitetsstyring på alle nivåer	89	13.1	Utvikling og status	115
11.3	Sterkere nasjonal styring der det er nødvendig: Nasjonale kvalitetskrav til behandlingstjenester i sykehus	90	13.2	Betydning og mulighetene i den akuttmedisinske kjeden	117
11.4	Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten	91	14	Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning	120
11.5	Sertifisering av sykehus	91	15	Betydningen av forskning og innovasjon for framtidens helsetjeneste	123
11.6	Nasjonalt nettverk for fagrevisjon	94	15.1	Hvilken rolle spiller forskningen ..	123
			15.2	Hvilken rolle spiller innovasjon	125
12	Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus	95	16	Samfunnsberedskap	126
12.1	Hva sier folk?	96	17	Klima og miljø	127
12.2	Store eller små sykehus?	96	18	Privates rolle i framtidens spesialisthelsetjeneste	128
12.3	Sammenheng mellom volum og kvalitet	96	19	Framtidens kommunale helse- og omsorgstjenester	130
12.4	Sentralisering eller desentralisering?	96	Del IV	Planforutsetninger	133
12.5	Utviklingen innen utvalgte fagområder	97	20	Finansiering og investeringer i spesialisthelsetjenesten	135
12.6	Et differensiert akutttilbud	99	20.1	Finansiering	135
12.7	Veiledende grenser for opptaksområder	103	20.2	Styring og finansiering av investeringer i spesialisthelsetjenesten	135
12.8	Bil-, båt- og luftambulansetjenesten	103	21	Helseregionenes planer og strategier	139
12.9	Fødetilbudet	104	21.1	Overordnede krav om planer og rapportering	139
12.10	Regions- og universitetssykehusenes rolle	104	21.2	Utviklingsplaner for helseforetakene	139
12.11	Betegnelser på ulike typer sykehus	105	21.3	Økonomiske langtidsplaner	141
12.12	Samarbeid mellom sykehus – sykehus i nettverk	105	22	Økonomiske og administrative konsekvenser	145
12.13	Videreutvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester	106			
12.14	Scenarier for utvikling av tilbudet til akutt syke pasienter ved sykehusene	109			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 11

(2015–2016)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 20. november 2015,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

Del I
Innledning

1 Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste



Figur 1.1 Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste

Foto: Helse- og omsorgsdepartementet

Vi har en god offentlig helsetjeneste i Norge. Den er til for alle, uansett hvem vi er, hvor vi bor og hva vi tjener. Ikke mange land har så mye høyt utdannet og dyktig helsepersonell som vi har. Få land har så høy levealder, så god folkehelse og så høy overlevelse etter alvorlig hjertesykdom og kreft som vi har.

Men samfunnet vårt endrer seg. Vi blir langt flere mennesker i landet. Vi blir eldre, og de eldste eldre blir langt flere. Vi bosetter oss mer i byer og tettsteder. Noen sykdommer blir mindre truede, andre vokser i omfang. Vi forventer mer av helsetjenesten, men vil også bidra mer selv i å forebygge og mestre sykdom. Behandlingsmulighetene øker, og det gjør også kostnadene. Utfordringene med å prioritere hva som er viktigst i helsetjenesten blir større. Medisinske framskritt

og teknologiske nyvinninger gir både muligheter og omkostninger. Mye er vanskelig å se konsekvensene av lenger enn noen få år fram i tid.

De aller fleste pasientene er godt fornøyd med behandlingen de får på sykehus. Men mange pasienter forteller at helsetjenesten er god på overlevelse, og ikke like god på opplevelse. Kvaliteten på den medisinske behandlingen er gjennomgående god i norsk spesialisthelsetjeneste. Men vi har større forskjeller i helsetilbudet enn vi bør ha i et helsesystem som skal være likt for alle. Nasjonale kvalitetsindikatorer viser forskjeller mellom helseregioner og mellom sykehus i organisering, effektivitet, pasienttilfredshet og medisinsk praksis. Selv om noen forskjeller er naturlige, kan større forskjeller ofte være vanskelige å forklare.

Pasienter venter for ofte og for lenge. Noen helseproblemer kan bli større mens en venter. Pasienter som venter på psykisk helsehjelp eller rusbehandling er særlig sårbare, fordi problemene gjerne vokser når en ikke får hjelp i tide. Selv om helsetilstanden ikke bestandig blir dårligere mens en venter, svekkes tilliten og oppslutningen om den offentlige helsetjenesten når pasienter må vente lenger enn det som er medisinsk begrunnet. Regjeringen mener derfor vi må ta i bruk alle gode krefter – både private og offentlige – for å løse framtidens helseutfordringer.

Helsesystemet i Norge har vokst seg stort og uoversiktlig både for ansatte og pasienter. Helsepersonell sier de ofte sinkes av IKT-systemer som ikke henger sammen, og at de får for lite hjelp med administrativt arbeid. Pasienter som trenger behandling og oppfølging fra mange deler av helsetjenesten opplever at helsetjenesten ikke henger sammen. I overgangen fra den ene helsetjenesten til den andre er det stor risiko for at kvaliteten svikter og at pasienten blir skadelidende. Helsetjenesten må bli bedre på oppgavedeling, samhandling, helhet og sammenheng i pasientbehandlingen.

Rett kompetanse på rett plass blir en stor utfordring i framtidens helsetjeneste. Vi når ikke målene for kvalitet og pasientsikkerhet uten dyktige fagfolk. Men framskrivninger av behovet for helsepersonell mot år 2040 viser at utfordringene ikke bare kan møtes ved å utdanne og sysselsette stadig flere i helsetjenesten. Riktig utdanningskapasitet og utdanninger som gir riktig kompetanse, er helt sentralt. Men vi må også gjøre mer for å rekruttere, beholde og utvikle medarbeiderne i helsetjenesten, slik at de får brukt sin kompetanse på best mulig måte.

Å ruste spesialisthelsetjenesten til å møte framtidens behov i et så langstrakt og spredt befolket land som vårt, handler i stor grad om å finne god balanse mellom det som haster og det som kan planlegges, mellom det som må gjøres sentralt, og det som kan skapes lokalt. Når motstridende interesser gjør det vanskelig å bli enige om hva som er den beste løsningen, har regjeringen ett gjennomgående svar: Hensynet til pasienten skal alltid veie tyngst.

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste

Pasienten skal medvirke i utformingen av tjenesten, delta i valg av egen behandling og få bedre muligheter til å mestre eget liv. Målet er at pasientene ikke skal vente på utredning og behandling utover det som er medisinsk nødvendig. Helsetje-

nesten skal møte pasienten med vennlighet og respekt og ta ansvar for helhet, sammenheng og gjennomføring av behandlingen. Det skal være åpenhet om kvalitet. Kravene til kvalitet skal være like, uavhengig av region, behandlingssted eller hvem som utfører tjenesten. Det forutsetter at pasientene har tilgang på god informasjon når de trenger det, og samhandler med helsetjenesten gjennom enkle, gode og trygge elektroniske løsninger. Pasientene skal møte dyktige fagfolk som er godt kvalifisert for oppgaven alle steder i helsetjenesten.

Regjeringen vil gi pasientene sterkere innflytelse. Pasientenes stemme skal veie tyngre i utformingen av morgendagens helsetjeneste. Pasientens behov og ønsker skal veie tyngre når det skal tas valg om hvilken behandling som skal gis, og hvordan den skal gjennomføres. Pasientenes kompetanse skal tillegges vekt på linje med fagfolkens kompetanse. Et brukerutvalg har sagt det slik: «Pasienter er ofte dei mest radikale endringsagentane. Pasienter og pårørende skal vera like viktige som fagfolk og politikarar i arbeidet framover».

Å skape pasientens helsetjeneste betyr at helsetjenesten må endre kultur, holdninger, organisering og ledelse. Regjeringen mener mobiliseringen av pasienter og pårørende som endringsagenter vil utgjøre den viktigste drivkraften for fornying og forbedring i helsetjenesten. Det vil medvirke til en bedre helsetjeneste, ikke bare for brukerne, men også for medarbeiderne i helsetjenesten.

Regjeringen vil beholde en desentralisert sykehusstruktur

Norge har mange små sykehus. De sikrer befolkningen tilgang og nærhet til spesialisthelsetjenesten og er viktige i samhandlingen med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi trenger en ryggrad av akutt sykehus i et langstrakt og spredt befolket land, og de små sykehusene representerer trygghet og god tilgjengelighet for befolkningen. Regjeringen vil holde på at nærhet til sykehusene er viktig. Samtidig forteller både pasienter og befolkningen at det viktigste er å bli møtt av dyktige fagfolk og få god behandling. Utfordringen er å sikre at dette skjer alle steder, og hele tiden. Det krever at vi tenker nytt om hvordan fagfolk arbeider sammen, og hvordan sykehusene løser sine oppgaver sammen. Det betyr at ikke alle gjør alt, at noen oppgaver samles på større sykehus, men også at nye oppgaver overføres fra store til mindre sykehus.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

Regjeringen legger med dette fram Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Det er første gang siden staten tok over sykehusene i 2002 at en regjering legger fram for Stortinget en så helhetlig og konkret plan for utvikling av spesialisthelsetjenesten. Planen er en viktig del av regjeringens arbeid for å skape pasientens helsetjeneste.

Nasjonal helse- og sykehusplan gjelder for perioden 2016–2019, men beskriver og drøfter utviklingstrekk fram mot 2040. I denne planperioden vil regjeringen:

- skape pasientens helsetjeneste
- prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling
- fornye, forenkle og forbedre tjenestene
- bidra til nok helsepersonell med riktig kompetanse

- styrke kvalitet og pasientsikkerhet og stille tydelige faglige krav til sykehusene
- bedre oppgavedelingen og samarbeidet mellom sykehusene
- styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

God styring og planlegging er en forutsetning for gode helsetjenester. Med Nasjonal helse- og sykehusplan legger regjeringen til rette for en demokratisk forankret, nasjonal politikk for framtidens sykehus. Stortinget skal gi de overordnede politiske rammene for utvikling av framtidens spesialisthelsetjeneste. Innenfor de rammene Stortinget setter, skal planen være regjeringens operative redskap for å ruste spesialisthelsetjenesten til å møte framtidens utfordringer.

2 Forord fra brukerne

Forord fra Ekspertgruppen av brukere, pasienter og pårørende til Nasjonal helse- og sykehusplan

Helsetjenesten er til for pasientene. Å skape pasientens helsetjeneste innebærer at vi må tenke, handle og organisere helsetjenesten annerledes. Det skal være pasientenes helsetjeneste og ikke helsetjenestens pasienter. I pasientens helsetjeneste blir alle sett, hørt og møtt som den man er. Trygghet, forutsigbarhet, respekt og høflighet er bærende elementer.

Helsetjenesten i Norge er nivå delt og oppfattes som fragmentert. Oppdelingen er skapt ut fra systembehov og ikke pasientens behov. I pasientens helsetjeneste er det EN helsetjeneste. I pasientens helsetjeneste merker man ikke hvem som eier, drifter og betaler – det tar systemet seg av.

Alle har en fysisk helse og en psykisk helse. For pasientene henger kropp og sinn sammen. Det må også helsetilbudet.

Det er ikke pasienten som skal holde systemet sammen – det er helsetjenesten. Mange opplever å falle ut av systemet og inn i en usikkerhet når de blir sendt videre. Det må bli forbudt å sende noen videre. Man skal sendes til en annen – til avtalt tid.

Pasientens helsetjeneste innebærer at helse-tjenestene samles om pasientene. For pasientene er både kvalitet og nærhet viktig. Det er nødvendig at det skilles mellom lokalpolitikk og helsepolitikk. Alle dagens sykehus bør beholdes, men mange bør endres og utvikles. Små sykehus kan utvikles til helsesentre som blir samhandlingsarena for primær- og spesialisthelsetjenesten og andre helsetjenester befolkningen trenger, eksempelvis lærings- og mestringssentre, likepersonarbeid, fysio- og ergoterapi, rehabilitering, hjelpemiddelsentraler, tannleger, tjenester fra psykisk helsevern og rus.

Behandlingskvaliteten skal ikke være avhengig av hvem du er og hvor du bor. I dag er det for store variasjoner i kvalitet – vi trenger nasjonale kvalitetskrav. Sentralisering av spesiell behandling som ikke alle behøver, har vist seg å gi bedre kvalitet. Når noe behandling sentraliseres får flere tilgang til det aller beste.

I pasientens helsetjeneste er det kontinuitet for de som har langvarige sykdommer, og man har en fast lege og en fast kontaktsykepleier i spesialisthelsetjenesten. Alle som kommer inn i helsetjenesten med en alvorlig eller langvarig sykdom skal også få tilbud om å møte en likeperson. Dette kan gjøres gjennom samarbeid med brukerorganisasjonene.

Behandlingen i helsetjenesten er å bekjempe og redusere sykdom. Mange blir friske, men ofte består behandlingen av å begrense sykdommen og mestre livet med sykdom. Individuell plan er et viktig redskap for å skape sammenheng for den enkelte. Å ta i bruk den enkeltes egne ressurser er en for lite brukt medisin. I pasientens helsetjeneste får alle tilbud om læring og mestring av egen sykdom og om hva som forventes av egenbehandling/egeninnsats. Læring og mestring er også sentralt for å myndiggjøre og styrke brukerne/pasientene.

I pasientens helsetjeneste tas det hensyn til at folk har en annen livsstil enn før. Åpningstider må legges til rette så de passer med folks hverdag og arbeidsliv. Kveldspoliklinikker og kveldsbehandling er to gode eksempler på dette.

I pasientens helsetjeneste tar man spesielt hensyn til ungdom og eldre. Der det er mange ungdom og eldre bør man ha egen organisering for disse gruppene. Eldre pasienter trenger mer tid, mer ro, mer tilrettelegging og vil bli møtt med respekt. For ungdom er det avgjørende at man blir behandlet som ungdom, og at overgangene fra barn til voksen blir gode.

De senere årene har helsebyråkratiet vokst. Økning i byråkrati har ikke ført til tilsvarende kvalitetsøkning i helsetjenesten. Pasientens helsetjeneste innebærer at helsepersonell bruker tiden på pasientene og ikke byråkrati.

Pasienter og pårørende vet hvordan tjenestene virker – de bør brukes som systemrevisorer og forandringsagenter. I pasientens helsetjeneste skal pasienter spørres hvordan de ble behandlet og om behandlingen hadde den ønskede virkning.

Brukermedvirkning er avgjørende for å skape pasientens helsetjeneste. Brukerne blir ofte invitert til å medvirke og komme med forslag både på

individ og systemnivå. Men ikke alltid. Det må bli jevnere medvirkning og vi vil ha BRUKER MED VIRKNING overalt.

Til slutt: Pasientens helsetjeneste er til for pasientene. Når pasientens kunnskap blir verdsatt og brukt sammen med fagkompetansen både i tjenesteutvikling og vurdering, vil norsk helsetjeneste bli bedre både for bruker og for de som har sitt arbeid i helsetjenesten.

Oslo, juni 2015

3 Verdier i menneskemøtene



Figur 3.1 Unge fra Forandringsfabrikken

Foto: Forandringsfabrikken

Kjære spesialisthelsetjenesten!

Vi er barn og unge fra ulike deler av Norge og kaller oss proffer – SykehusProffer og PsykiskhelseProffer. Til sammen er vi ca 300 barn og unge fra rundt om i Norge. Vi har erfaring fra å være fysisk syke og komme på sykehus og fra å bli sendt til eller oppsøke psykisk helsevern. Erfaringene gjør vi om til kunnskap, derfor kaller vi oss proffer. Alle vi proffene er del av Forandringsfabrikken.

Kunnskapen fra oss ber vi dere bruke sammen med kunnskap fra forskere og fagfolk. Den trengs for å få til best mulig kvalitet i tjenestene. Dere må spørre oss grundig. For å få til treffsikre og verdige tjenester, må svarene bli en viktig del av kunnskapsgrunnet.

Viktig budskap til dere

Vi har forskjellige historier, og møtet med tjenestene har vi opplevd ulikt. Noen har møtt trygghet og varme, andre har blitt utrygge eller redde. Mange av oss kommer til dere med mange spørs-

mål. En del av oss har prøvd å fortelle om hvordan vi har det, uten å bli hørt. Hvis ordene våre ikke blir hørt, lærer vi å leve med det vonde inni oss. Samtidig fortsetter vi å rope om hjelp på ulike måter.

Viktigst er det derfor at alle ansatte i alle deler av tjenestene bærer verdier i seg. Verdiene må være grunnmuren i alt arbeidet dere gjør. Å vite at dere læres opp, ansettes og veiledes ut fra verdier, gjør oss tryggere. I møtet med dere er vi ofte så sårbare, derfor gir dette trygghet. Dette er de fire verdiene vi ønsker å bli møtt med og litt om hva de inneholder, sett fra oss:

Åpenhet, med det mener vi:

Vær ærlig og si det uansett som det er. Vi trenger riktig og viktig informasjon. Det er livene våre det gjelder, det vanskelige blir enda vanskeligere om vi må gjette eller lage fantasier. Fortell oss hva som skjer, ta oss mest mulig med i planleggingen. Vis litt hvem du er, bare litt hjelper mye. Noen ganger er det nesten ikke tid, men finn ut hvordan du kan gi litt av deg selv.

Ydmykhet, med det mener vi:

Vi kan mye om livene våre, vis at dette er viktig kunnskap for deg. Vis følelser – bli lei deg eller sint, sammen med oss. Jeg trenger noen som forteller meg at det jeg har opplevd ikke skulle skjedd, at det er vondt og at det kan bli tøft. Tør du å innrømme feil, gir det respekt og det kan utgjøre forskjellen på et godt eller dårlig samarbeid mellom oss.

Medbestemmelse, med det mener vi:

Vi ber dere samarbeide med oss, så vi kjenner vi er på samme lag. Ta oss med i avgjørelser, fordi innflytelse i eget liv gir mye helse. Spør oss så det du skriver blir riktig, og gi oss mulighet til å delta

i å skrive. La oss gi tilbakemelding på hvordan det du gjør, hjelper for oss.

Kjærlighet, med det mener vi:

Du kan gjøre mange små ting for å vise kjærighet til oss som møter deg. Varme øyne, varme smil, varmt kroppsspråk som viser at du bryr deg, gode ord. Vi merker fort om du møter meg fordi du må – eller om du virkelig bryr deg. Disse tingene kan gjøre forskjellen på opplevelsen av hjelpa vi får.

Dere er alle veldige viktige for oss og kan være forandrere i livene våre.

Åpne, ydmyke og kjærlige hilsener fra profene i Forandringsfabrikken.

Del II
Nasjonalt helse- og sykehusplan (2016–2019)

4 Vi må planlegge for fremtiden

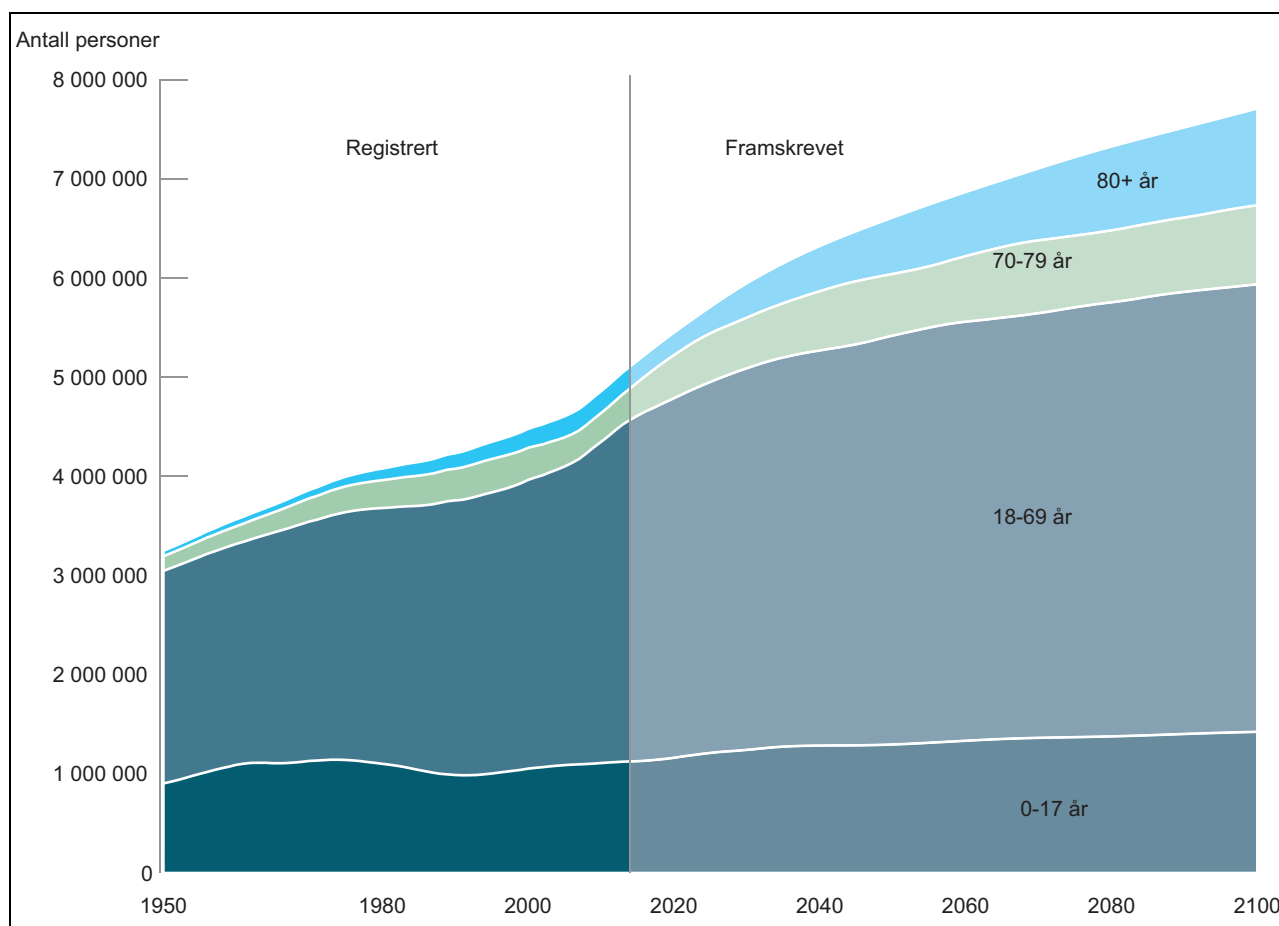
4.1 Befolkning, helse og sykdom

Det norske samfunnet vil gjennomgå store endringer fram mot 2030. Utviklingen i folketall, alderssammensetningen i befolkningen, endringer i sykdomsbildet og folks forventninger til kvalitet og standard vil få stor betydning for planleggingen av framtidens sykehus.

Å etablere, omstille og utvikle sykehustjenester tar tid, og vi må planlegge og handle nå. Trendene som presenteres i dette kapitlet, er sentrale føringer for innretting, dimensjonering og lokalisering av spesialisthelsetjenesten.

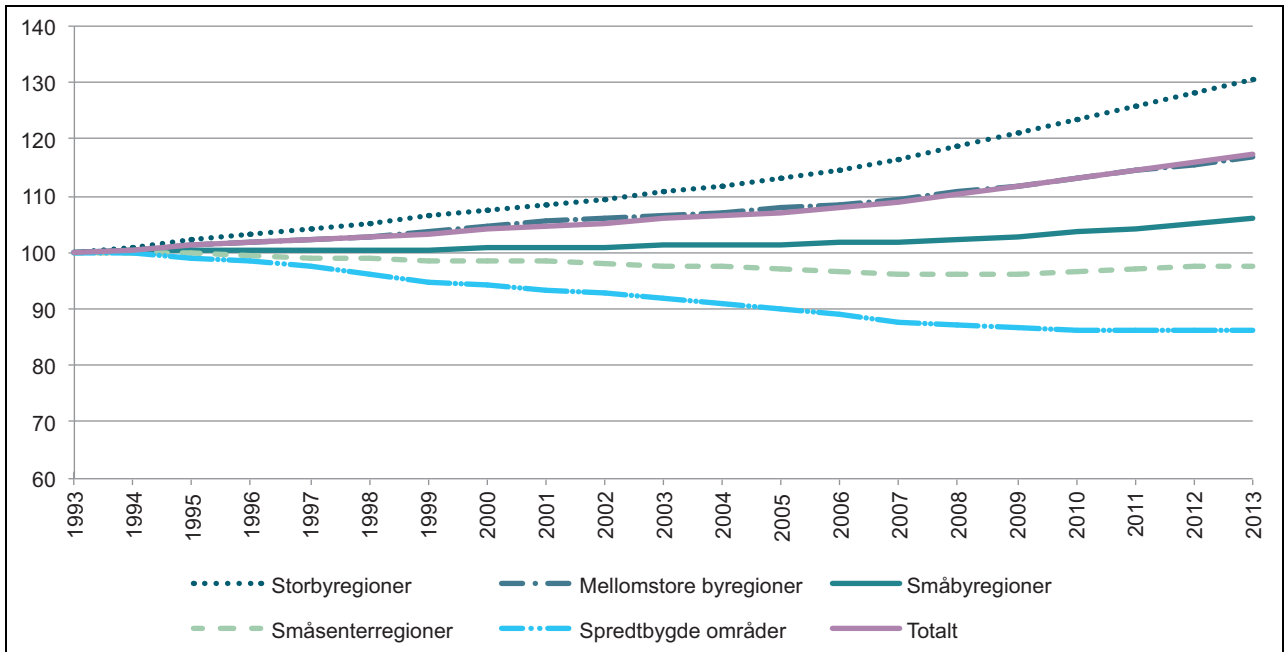
Vi blir eldre

Framskrivninger vil alltid være beheftet med usikkerhet. Men noen utviklingstrekk er ganske sikre; for eksempel vil økningen i antall eldre gi økt behov for sykehustjenester fram mot 2030. Kvinner kan nå forvente å bli over 84 år, mens menn kan forvente å bli 80 år. På grunn av de store etterkrigskullene vil antall eldre over 75 år øke, særlig etter 2020. Fram til 2030 vil det bli cirka 300 000 flere eldre over 70 år enn i dag, en økning på over 50 prosent. Deretter vil både antall og andel eldre stige jevnt (jf. figur 4.1).



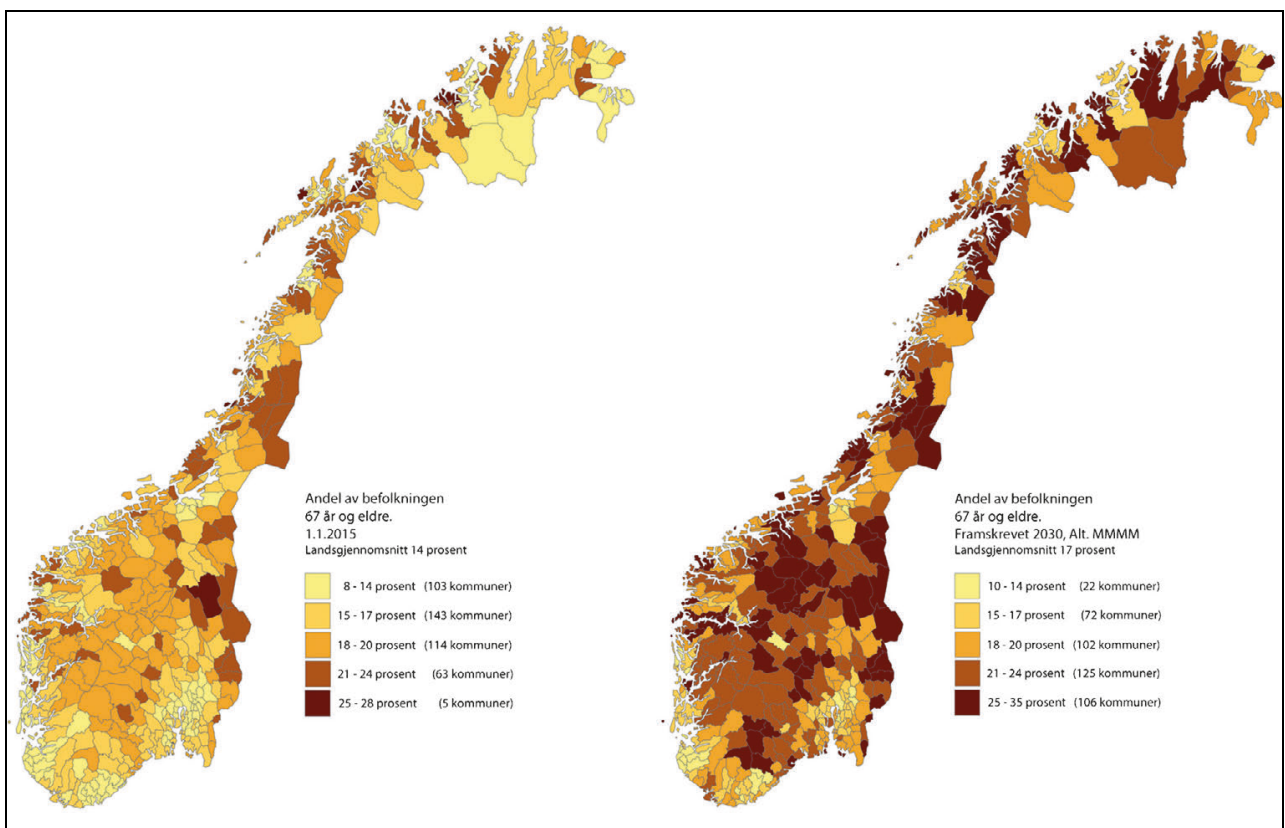
Figur 4.1 Folkemengde i fire aldersgrupper, registrert og framskrevet til 2100¹.

¹ SSB befolkningsframskrivninger – middelalternativet (MMMM)



Figur 4.2 Befolkningsendring 1993–2013 (1993=100)

Kilde: Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Regionale utviklingstrekk



Figur 4.3 Andel av befolkningen 67 år og eldre i 2015 og framskrevet til 2030

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Statistisk sentralbyrå anslår at folketallet fram til 2030¹ øker til 5,9 millioner innbyggere. Dette

¹ SSB befolkningsframskrivinger – mellomalternativet

skyldes i første rekke arbeidsinnvandring fra andre europeiske land. Anslaget er usikkert fordi innvandringen påvirkes av endringer i økonomi og arbeidsmarked. I tillegg påvirkes tallene av

endringer i migrasjon, blant annet som følge av krig og uroligheter. Arbeidsinnvandringen har ikke stor betydning for etterspørsel etter helsetjenester, siden dette i hovedsak er unge, friske mennesker. Sårbare grupper som flyktninger og asylsøkere som får opphold, vil kunne ha stort behov for tjenester, særlig i psykisk helsevern.

Tallene for utvikling i antall eldre er derimot ganske sikre. De eldre flytter ikke mye, verken på tvers av landegrensene eller innad i landet. At det blir mange flere eldre, og at eldre kan ha god nytte av nye, skånsomme behandlingsmetoder, vil øke behovet for spesialisthelsetjenester betydelig.

Vi flytter til byene

Planene for framtidens helsetjeneste må ta hensyn til at bosettingsmønsteret i landet er betydelig endret de siste 30–40 årene. Tidligere bygde vi sykehus i befolkningsentre som oppsto med etablering av ny industri. På samme måte som den gangen, må sykehuskapasiteten i framtiden tilpasses bosettingsmønsteret.

De siste tiårene har vært preget av sterk sentralisering. Det har vært særlig høy vekst i folketallet i storbyregionene. Nedgangen i folketallet har vært særlig sterk i utkantkommunene, men har flatet noe ut de senere årene på grunn av innvandringen.

De unge er mest mobile. Det er de som i størst grad flytter til byene, mens de eldre er mer bofaste. Innvandrerne bosetter seg også i stor grad i byene. Dette gir stor forskjell i alderssammensetningen i by- og spredtbygde områder (figur 4.3). Sentraliseringstrenden fører til at andelen eldre i distriktene vil øke framover.

Helse- og sykdomsbildet i befolkningen endrer seg

Sykehusene må innrette seg etter hvilke sykdommer befolkningen har og hvordan sykdomsutviklingen vil bli framover. Vi skal ha gode sykehustjenester for alle pasienter uansett diagnose, men vi skal ha særlig oppmerksomhet på sykdomsgruppene som vil dominere i årene framover. Sykdomsbildet vil i første rekke bli preget av aldersutviklingen.

Figuren 4.4 viser statistikk over hvilke sykdommer som forårsaker flest tapte leveår og hvilke som gir størst helsetap.

Over halvparten av alle tapte leveår skyldes hjerte- og karlidelser og kreft. Muskel- og skjelettlidelser gir flest år med helsetap, dernest psykiske lidelser.

Hjerte- og karlidelser og kreft rammer særlig den eldre delen av befolkningen, mens muskel- og skjelettlidelser oftest rammer folk i yrkesaktiv alder, jmf figur 4.4. De sykdomsgruppene som er størst i dag, vil også øke kraftig fram mot 2030–2040.

Forbruket av helsetjenester blant 70-åringene er omtrent dobbelt så høyt som blant 40-åringene. Deretter øker behovet og forbruket av tjenester med stigende alder. Når gjennomsnittlig levealder stadig øker, vil det også bli flere eldre, og flere av de eldste vil ha stort behov for tjenester.

Også mange unge har helseproblemer. I de yngre aldersgruppene forventer vi en økning i behovet for rusbehandling og psykisk helsehjelp. Den økende gruppen asylsøkere omfatter mange med påkjenninger og traumer på grunn av krig og uroligheter i hjemlandet. Det kan forventes at de vil ha særskilt behov for psykisk helsehjelp.

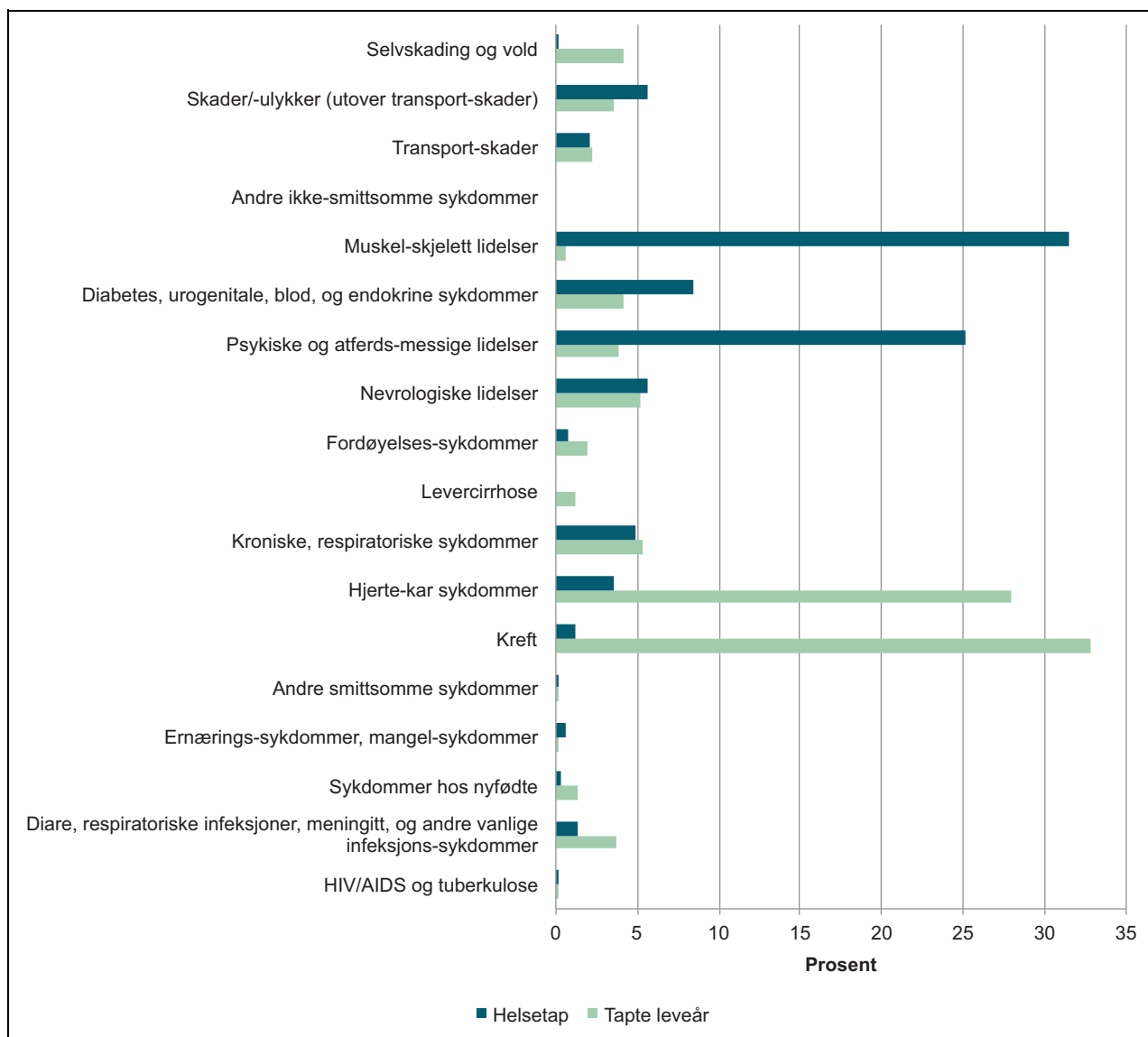
Framskrivning av behovet for sykehustjenester

På 1900-tallet ble sykehusene bygd ut fra behovet for sengekapasitet, da pasientene i stor grad var inneliggende på sengeposter. Dette har endret seg mye. Morgendagens sykehus må tilpasses utviklingen i medisinsk teknologi og innrettes slik at vi raskt kan ta i bruk nye undersøkelses- og behandlingsmetoder. De regionale helseforetakene har kartlagt dagens situasjon og beregnet behovet framover for behandling fordelt på poliklinisk, dag- og døgnbehandling for ulike diagnoser.

Veksten fram mot 2030 vil i første rekke komme for somatiske tjenester på grunn av økningen i store sykdomsgrupper som rammer de eldre. Endringene i befolknings sammensetningen vil ikke påvirke behovet for psykisk helsehjelp og rusbehandling i særlig grad.

Det vil bli sterk vekst i både poliklinisk aktivitet, dagbehandling og døgnbehandling. Over tid har det vært en gradvis dreining mot mer poliklinisk behandling. Utviklingen skyldes først og fremst mer skånsomme behandlingsteknikker som kan utføres som dagbehandling eller med kort liggetid i sykehus. Selv om poliklinisk aktivitet utgjør størstedelen av pasientkontaktene, utgjør den bare 25 prosent av ressursbruken innenfor somatikk (Helsedirektoratet).

Økningen i døgnbehandling og liggedager i årene framover reflekterer økningen i antall eldre med behov for sykehustjenester. Selv om trenden med overgang til mindre belastende behandlingsformer fortsetter, er det grunn til å tro at eldre også framover vil ha et større behov for døgnbehandling sammenlignet med yngre pasienter.



Figur 4.4 Hvilke sykdommer betyr mest for tapte leveår og år med helsetap¹

¹ Helsetap: sykdommer, skader eller følgetilstander av ikke-dødelige sykdommer

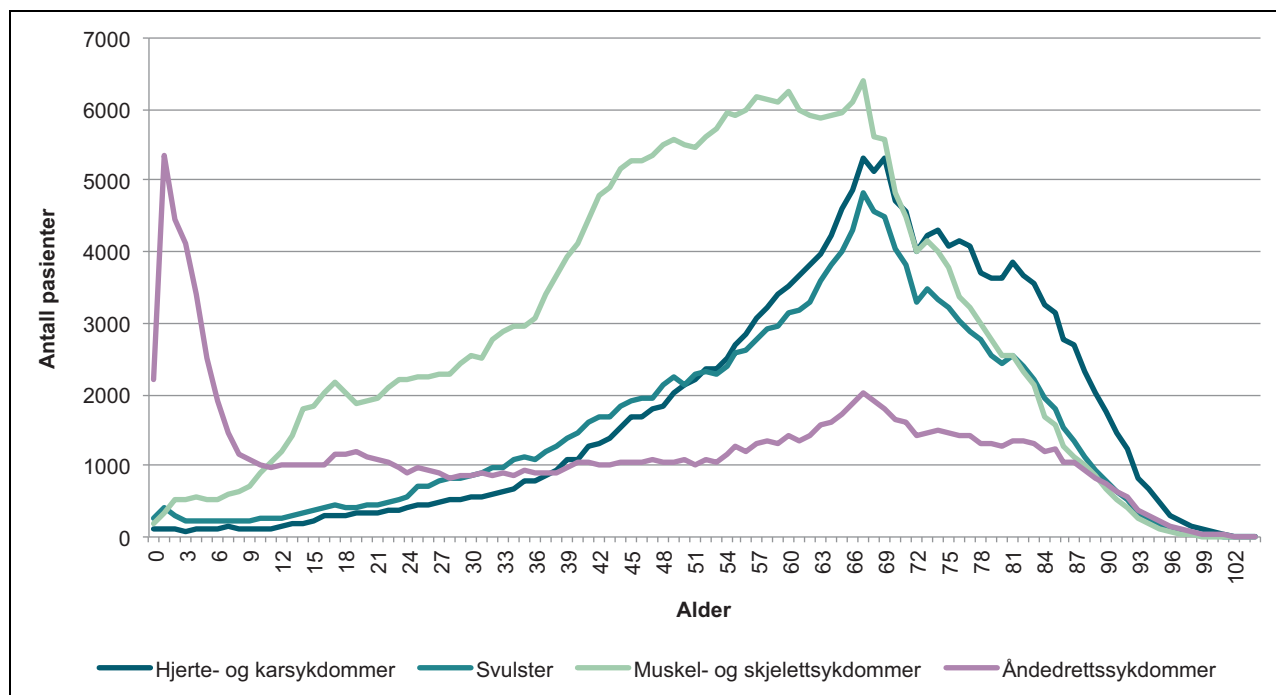
Kilde: Folkehelseinstituttet 2014

For gruppen over 65 år er det beregnet at behovet for døgn- og dagbehandling vil øke med cirka 60 prosent fram mot 2030. Dette betyr økt behov for sengekapasitet.

Helse og sykdom – årsverk og ressurser i framtiden

Statistisk sentralbyrå (SSB) har beregnet framtidig personellbehov som følge av befolkningsendringene – på nasjonalt nivå, for de fire helse-regionene og for hvert enkelt helseforetak. SSB har i sine beregninger lagt til grunn videreføring av dagens nivå på forbruk av spesialisthelsetjenester for hvert alderstrinn.

Høyere antall og andel eldre, i tillegg til flere innbyggere, tilsier behov for i underkant av 30 prosent flere årsverk fram mot 2030 og 40 prosent fram mot 2040. Utfordringen som følge av demografien er i en helt annen størrelsesorden enn tidligere. Alle regioner får økning i behovene, men veksten blir størst i Helse Sør-Øst og Helse Vest. Det er i tillegg store variasjoner innad i regionene. I storbyområdene trekker både stor innenlands tilflytting, flere eldre og sterk innvandring i retning av kraftig vekst i behovene for spesialisthelsetjeneste. I andre områder er det først og fremst utviklingen i antall eldre som gir vekst i behovet for spesialisthelsetjenester.

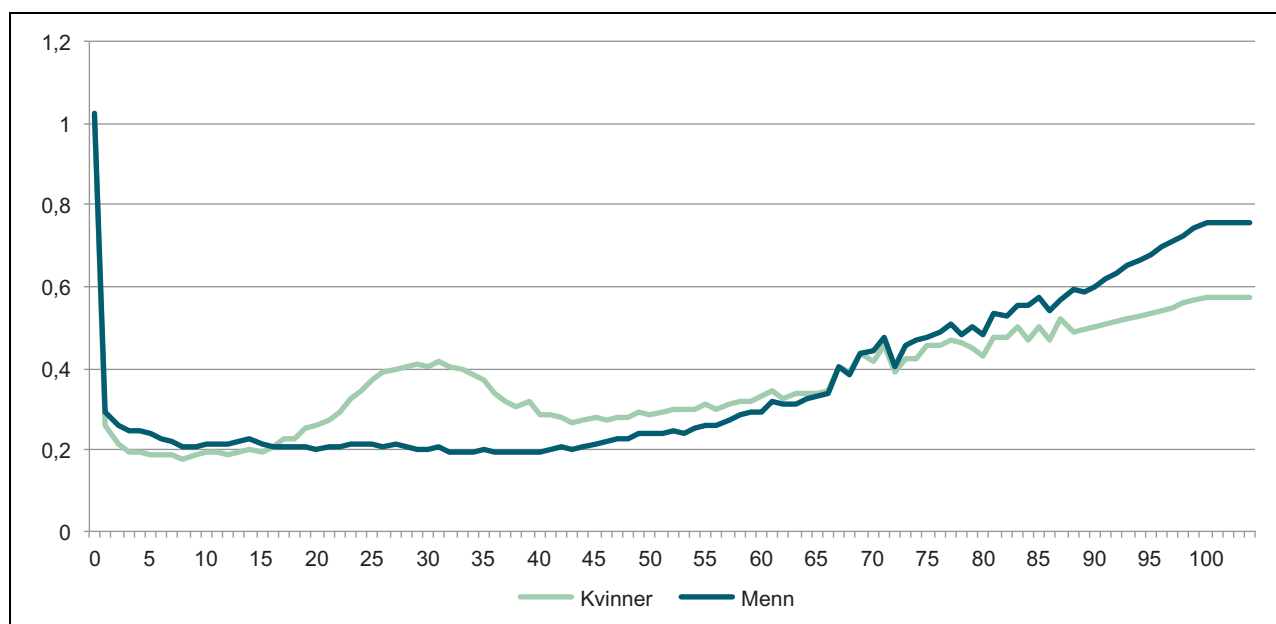


Figur 4.5 Antall pasienter fordelt på utvalgte diagnoser og alder

Kilde: Statistisk sentralbyrå 2015

For å kartlegge følsomheten i framskrivingene har SSB gjennomført en rekke såkalte virkningsberegninger. Disse viser hvordan det framskrevne årsverksbehovet endres dersom sentrale forutsetninger om innvandring, helsetilstand, standard og

produktivitetsvekst justeres. Dette er nyttig både for å illustrere usikkerheten ved framskrivingene, og for å illustrere hvilke faktorer som betyr relativt sett mest. SSB har beregnet at:



Figur 4.6 Brukerfrekvenser¹ – somatiske spesialisthelsetjenester 2013

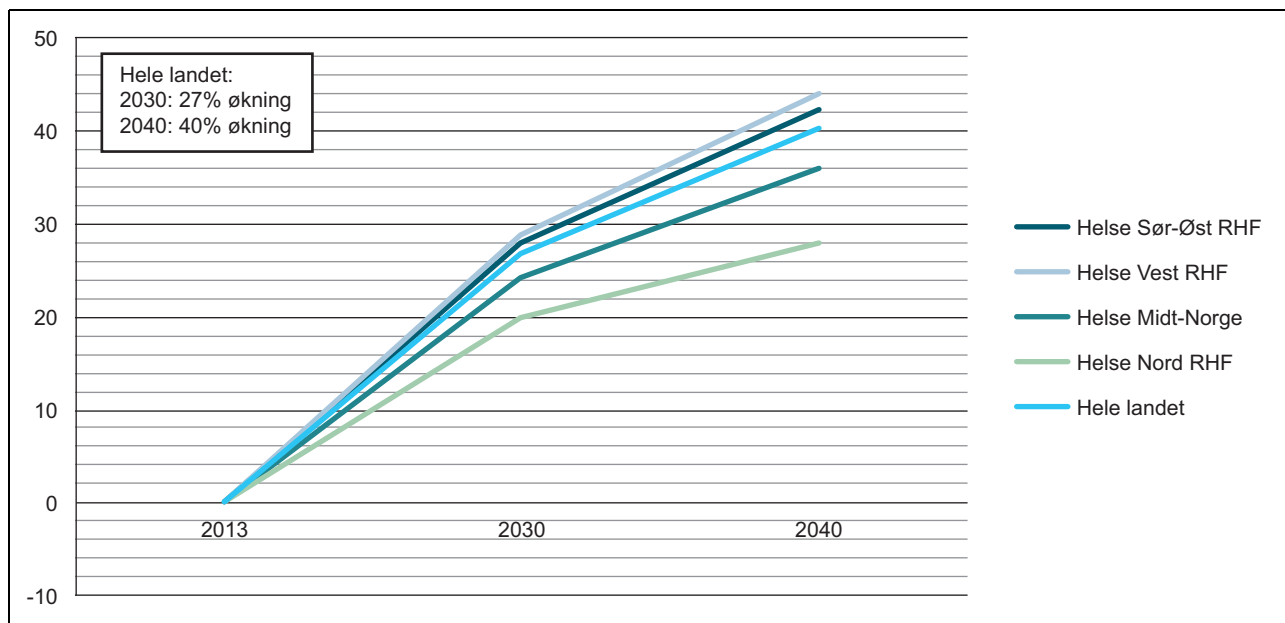
¹ Brukerfrekvens: forholdet mellom de som bruker spesialisthelsetjenesten og antall mennesker totalt i gruppen

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 4.1 Framskrivning til 2030 av poliklinikk, dag-, døgnopphold og liggedager i somatisk behandling. Basert på SSBs middelalternativ for befolkningsutvikling

Behandlingsnivå	Antall i 2013	Endring til 2030 totalt	Endring fordelt på aldersgrupper – 2030		
			0–18 år	19–64 år	65 år og eldre
Polikliniske konsultasjoner	5 203 650	28 %	11 %	15 %	57 %
Dagopphold	424 786	34 %	13 %	16 %	62 %
Døgnopphold	834 294	33 %	11 %	15 %	59 %
Liggedager	3 439 678	38 %	11 %	15 %	59 %

Kilde: Regionale helseforetak



Figur 4.7 Framskrivning av årsverk i spesialisthelsetjenesten i helseregionene. Prosent endring. SSBs middelalternativ for befolkningsframskrivning

Kilde: Statistisk sentralbyrå

- Økt innvandring vil øke behovet for årsverk med 6 prosent fram mot 2040². At økningen i årsverk er så vidt liten, skyldes at innvandrene i hovedsak er unge og friske.
- Økt levealder på 1,4 år vil øke behovet for årsverk med 6 prosent fram mot 2040. Økt levealder gir flere eldre med behov for tjenester.
- Årsverksbehovet reduseres med 5 prosent fram mot 2040 dersom man, for hvert alderstrinn, antar at eldre får bedre helse enn i dag, og dermed får mindre behov for spesialisthelsetjenester.
- Standardheving i tjenesten på 1 prosent per år (målt som forbruk per pasient) vil gi en samlet økning i årsverksbehovet på cirka 30 prosent fram mot 2040. Standardheving omfatter bedre behandlingsmetoder som følge av medisinsk-teknisk utvikling og generell økning i standarden på pleie, utstyr, sykehusbygg og service. Krav og forventninger til standarden i helse-tjenesten øker i tråd med vekst i inntekt og levestandard generelt i befolkningen.
- Arbeidsbesparende produktivitetsvekst på 1 prosent per år vil redusere årsverksbehovet med litt under 25 prosent fram mot 2040. Overgang til mer skånsomme og effektive behandlingsformer er med på å forklare en kraftig produktivitetsvekst, som også har gitt en stor økning i kapasiteten i tjenesten.

² Økningen i innvandring er avledet fra forskjellen mellom SSBs høy- og middelalternativ for innvandring.

SSBs beregninger illustrerer at ressursbehovet ikke påvirkes vesentlig av endringer i forutsetninger om innvandring. Behovene for asylsøkerne kan være forskjellig fra arbeidsinnvandrerne, noe som kan øke veksten i årsverk i forhold til SSBs anslag. Endringen i forutsetningene om levealder og Eldres helse påvirker ikke ressursbehovet særlig mye. Det må store endringer til i disse størrelsene for at det skal påvirke framtidig ressursbehov i vesentlig grad. Beregningene viser at det er utvikling i standard/kvalitet og produktivitet som sammen med demografi er de tyngste driverne for ressursbehovet framover. Standarden har økt gjennom historien, og det er grunn til å anta at befolkningen vil forvente økt standard også i årene framover. Veksten i befolkningens gjennomsnittlige inntekt og rask bruk av nye behandlingsmetoder illustrerer dette.

De demografiske endringene stiller oss overfor større utfordringer enn de vi har hatt de foregående tiårene. Økt ressurstilførsel alene er ikke nok til å løse utfordringene. I så fall ville sykehusene ha lagt beslag på for mye av den tilgjengelige arbeidskraften i tiårene framover. En eventuell produktivitetsvekst ved sykehusene vil sannsynligvis heller ikke frigi så mye ressurser at det vil veie opp for ressursene som trengs for å møte befolkningens krav til økt standard. Samlet sett tilsier dette at veksten i behovene må møtes med både økte ressurser og økt endringstakt i spesialisthelsetjenesten. En forutsetning for bærekraft i spesialisthelsetjenesten er også at primærhelsetjenesten lykkes i sitt omstillings- og utviklingsarbeid, jf. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, og at samhandlingen mellom kommunene og sykehusene videreutvikles.

Disse utfordringene kommer i tillegg til de vi allerede har ved at for mange pasienter venter for lenge på helsehjelp. Ventetidene har ikke gått vesentlig ned, til tross for at vedvarende effektivisering og omstilling det siste tiåret har gitt betydelig vekst i behandlingsskapiteten. For å sikre en bærekraftig utvikling må derfor omstillingstakten økes sammenliknet med tidligere år. Det vil være krevende å få til, og vil stille både tjenesten og det politiske systemet overfor store utfordringer. Det er samtidig et ansvar vi ikke kan fraskrive oss.

Vi må handle nå for å legge til rette for framtidens spesialisthelsetjeneste i et perspektiv på 15–20 år. Det er stor risiko knyttet til å utsette nødvendige beslutninger som gjelder både ressurstilførsel og omstilling. Helsetjenesten er en kapital- og kompetanseintensiv sektor. Det kan gå lang

tid fra en tar beslutning om tiltak for å løse et problem, til tiltaket får effekt. Utdanning av spesialsykepleiere og legespesialister tar lang tid. I snitt tar det i dag ni år å utdanne en legespesialist. Bygging av sykehus og endring av sykehusbygg og teknisk infrastruktur tar også lang tid. Innsikten vi har i dag om svært sannsynlige omstillings- og ressursbehov på lang sikt, må derfor omsettes til prioriteringer og tiltak nå.

Utfordringene er:

- Vi blir flere eldre. Dette vil ha stor betydning for helsetjenestene, da eldre over 70 år bruker dobbelt så mye helsetjenester som 40-åringene.
- Folketallet i de store byene øker. Unge mennesker og innvandrere bosetter seg i første rekke i byene. Presset på helsetjenester i byene skyldes flere eldre, flere innflyttere og flere innvandrere. Distriktenes utfordringer er i første rekke knyttet til økningen i antall eldre.
- Det er spesielt tilbudet til pasientene i de største sykdomsgruppene som vil være under press. Sykdom øker med alder, og disse sykdomsgruppene omfatter i stor grad eldre pasienter som ofte også har flere diagnoser.
- De demografiske endringene vil øke behovet for årsverk med 27 prosent fram mot 2030, og med 40 prosent fram mot 2040.
- Ressursbehovet påvirkes ikke vesentlig av endringer i forutsetninger om innvandring, levealder og helsetilstanden til de eldre. Produktivitetsvekst og bedre standard på tjenestene er faktorer som særlig påvirker ressursbehovet. Det er nødvendig med både økte ressurser og høyere omstillingstakt i helsetjenesten for å møte utfordringene.

4.2 Den medisinske utviklingen

Medisinsk forskning og innovasjon bringer fram nye behandlingssmuligheter, legemidler og medisinsk utstyr i stort omfang og høyt tempo. Behandlingsmetodene blir mer skånsomme, og flere kan behandles, også i høy alder. Mange nye behandlingsformer krever avansert og dyrt utstyr og tverrfaglige, høyt spesialiserte team av fagfolk. Men vi vil også se en utvikling der vi får enklere og mer mobilt utstyr. Mange utredninger og behandlinger kan utføres nærmere pasienten enn nå – i små sykehus og lokalmedisinske sentre eller i eget hjem – som del av samhandlingsopplegg mellom spesialisthelsetjenesten og den kom-

munale helse- og omsorgstjenesten, og med pasienten selv som aktiv medspiller.

Selvbetjeningsteknologi og bedre tilrettelagt informasjon vil gjøre at pasienter kan mestre egen helse og behandling i langt større grad enn i dag. Pasienten vil være en aktiv pådriver i forebygging, diagnostisering, utredning, behandling og rehabilitering. Denne utviklingen vil få store konsekvenser for hvordan sykehusene bygges, organiseres og drives i årene som kommer.

Utviklingen på fagområdet kirurgi

Utviklingen innenfor kirurgien har gått fra åpne operasjoner til mer skånsomme teknikker som kikkhullskirurgi, robotteknologi og intervensjoner ved bruk av bildediagnostikk. Når behandlingen blir mer teknologiavhengig, blir den også mer avhengig av høyt kvalifisert personell som arbeider i tverrfaglige team. Tidligere kunne en dyktig kirurg med få medarbeidere og standard utstyr håndtere de fleste akutte problemstillinger ved mindre sykehus. Slik er det ikke lenger. Dagens behandlingsmuligheter stiller store og økende krav til spisskompetanse, avansert utstyr, støttefunksjoner (anestesi, røntgen, blodbank, laboratorium), og ikke minst krav til regelmessig trening og praksis. Dette gjør det nødvendig å samle mange kirurgiske behandlinger ved større sentre.

Utviklingen på fagområdet indremedisin

På det indremedisinske fagområdet er det fortsatt behov for bred, generell kompetanse. De mange eldre med kroniske sykdommer, ulike diagnoser og mange medikamenter krever helsepersonell som kan forstå og behandle helheten.

Mye av teknologien som brukes i diagnostikk og behandling av indremedisinske sykdommer, blir etter hvert mindre og mer mobil. Små, bærbare ultralydapparater gjør det mulig å diagnostisere og følge opp pasienter lokalt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller i desentraliserte spesialistsentre. Utposing på hovedpulsåren og gallestein er to eksempler på sykdommer som kan diagnostiseres på denne måten i dag. Det kommer til å gjelde mange flere. Det som fortsatt bør foregå sentralt innenfor indremedisinen, er de fagområdene og behandlingsprosedyrene som trenger komplisert utstyr og personell med høy-spesialisert kompetanse.

Behandling av akutt hjerneslag er eksempel på en tilstand der behandlingen både bør desentraliseres og sentraliseres. For mange pasienter kan blodproppsløsende behandling startes ved

små sykehus eller kanskje i ambulansen, men hvis blodproppen må «fiskes ut» gjennom blodåresystemet, må behandlingen skje ved større sykehus.

Oppgaver som kan gjøres pasientnært, vil kunne frigjøre sykehuskapasitet som kan komme de sykeste til gode. Utstyr for selvdiagnostisering og -oppfølging vil kunne redusere behovet for polikliniske konsultasjoner, samtidig som økt oppmerksomhet om egen helse kan føre til flere pasienthenvendelser.

Persontilpasset medisin

Persontilpasset medisin innebærer at behandling skreddersys den enkelte pasient i forebygging, diagnostikk og behandling.

Mange pasienter får i dag behandling som ikke virker godt nok, fordi en ikke har metoder for å skille de personene som vil ha glede av en gitt behandling, fra dem som ikke vil oppnå en ønsket effekt. Genetisk testing gir mulighet for raskere og mer presis diagnostikk, noe som gjør at riktig behandling kan iverksettes tidlig i sykdomsforløpet.

Persontilpasset medisin kobler sykdomshistorie, kliniske funn, livsstilsfaktorer og miljøpåvirkning med analyser av pasientens arvemateriale (DNA) og eventuelle sykdomsframkallende organismer, som bakterier og virus. Den teknologiske utviklingen gjør at det kan samles inn store mengder biologiske data med et høyere presisjonsnivå enn før. Det gir nye muligheter for diagnostikk og behandling. Utviklingen av persontilpasset medisin vil være helt avhengig av tilgang til og kompetanse på storskala dataanalyser og integrerte IKT-systemer som kan understøtte datalagring, simuleringer, analyse og ikke minst beslutningsstøtte til klinikere og pasienter. Innføring og økt bruk av persontilpasset medisin i helsetjenesten krever ny kompetanse og mer tverrfaglig samarbeid.

Det tilbys stadig mer persontilpasset medisinsk diagnostikk og behandling. I 2013 ble det utført genetisk testing av om lag 40 000 pasienter ved norske sykehuslaboratorier, noe som illustrerer at dette er en teknologi på rask vei inn i helsetjenesten. Det antas at persontilpasset medisin i økende grad vil kunne tilbys poliklinisk i framtiden. Hvordan dette vil påvirke behovet for kapasitet i sykehus og hvordan sykehusene må organiseres, har vi ikke full oversikt over i dag.

For å møte utviklingen i persontilpasset medisin, har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helseledelse og oppdrag å utarbeide en nasjonal strategi for persontilpasset medisin.

Infeksjoner og antibiotikaresistens

Verdens helseorganisasjon slo i 2012 fast at antibiotikaresistens er en av de største helsetruslene verden står overfor. Framveksten av antibiotikaresistens kommer samtidig med en stagnasjon i utviklingen av nye antimikrobielle midler. Virksomme antibiotika er en forutsetning for moderne medisinsk behandling der infeksjoner kan gi alvorlige utfall, for eksempel innenfor kirurgi, kreftbehandling og nyfødtmedisin. Hovedutfordringen i sykehusene er knyttet til unødvendig bruk av bredspektrede midler, fordi disse medvirker til spredning av antibiotikaresistens i sykehus. Hvordan vi møter denne utfordringen vil bety mye for kvaliteten på pasientbehandlingen, men også for kapasiteten i sykehusene.

Helse- og omsorgsdepartementet, Landbruks- og matdepartementet, Klima- og miljødepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet har i fellesskap utarbeidet Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens (2015–2020).

Tiltak for å bedre folkehelsen og motvirke livsstilssykdommer

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å forebygge sykdom og fremme helse for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten, overvåke sykdom og risikoforhold og utveksle kunnskap og kompetanse med kommuner og andre samarbeidspartnere. Forebygging og helsefremming må ikke bare dreie seg om å gi livsstilsråd til pasienten etter avsluttet behandling, men aktivitetene må være en integrert del av behandlingsopplegget for den enkelte pasient.

Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons mål om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft med 25 prosent innen 2025. Regjeringen vil legge målene til grunn i utviklingen av nasjonal politikk og styrke innsatsen på tvers av sektorer for å nå disse målene.

5 Hovedmål i planperioden

5.1 Styrke pasienten

Regjeringens mål

Regjeringen vil styrke pasientens stilling i helse-tjenesten, derfor bygger vi pasientens helsetjeneste. I pasientens helsetjeneste er pasient og helsepersonell likeverdige samarbeidspartnere. For å realisere pasientens helsetjeneste må makt og innflytelse flyttes fra systemet til pasienten. Pasientene skal ha tilgang til kvalitetssikret informasjon om egen helse slik at de kan delta i beslutninger om egen behandling, og de skal være aktivt med i utformingen av helsetjenesten.

Regjeringen ønsker å legge til rette for at pasienter får større frihet i valg av behandlingssted. I dag omfatter retten til fritt sykehusvalg sykehus, distriktpsikiatriske sentre, private radiologiske virksomheter og institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Private institusjoner må ha avtale med regionale helseforetak for å omfattes av fritt sykehusvalg.

Retten til fritt behandlingsvalg trådte i kraft 1. november 2015. Med innføring av fritt behandlingsvalg vil flere private behandlingssteder få behandle pasienter på statens regning, også private virksomheter uten avtale med regionale helseforetak. Dette forutsetter at virksomhetene fyller kravene til godkjenning. Innføring av fritt behandlingsvalg innebærer flere valgmuligheter for den enkelte pasient. Ordningen er foreløpig foreslått å gjelde for private døgninstitusjoner i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og for noen behandlingstilbud i somatikk. Målet er å utvide ordningen gradvis, samtidig med at den blir evaluert.

Regjeringen har foreslått at retten til fritt behandlingsvalg skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak, og at rehabilitering senere kan fases inn i godkjenningsordningen.

Mange pasienter opplever et usammenhengende behandlingsforløp med flere ulike behandlere, mangelfull informasjon og liten oversikt. Pasienter klager over at de må forholde seg til flere leger, og fortelle sykehistorien sin igjen og

igjen. Det er godt dokumentert at det er i overgangene risikoen for svikt er størst. Regjeringen har som mål at pasienter skal føle seg ivaretatt og oppleve større helhet og sammenheng.

Innføring av pakkeforløp har vært et stort framskritt for kreftpasienter. Med innføring av pakkeforløp for kreft får pasientene en pakke som beskriver et planlagt pasientforløp, rammet inn i en fast mal slik at pasienter med berettiget mistanke om kreft, kan komme raskt til utredning og behandling. Pakken skal gi svar på hvor lenge pasienten kan vente i de ulike stadiene i et sykdomsforløp. Det skal utarbeides pakkeforløp for pasienter med hjerneslag, og regjeringen vil legge til rette for å etablere pakkeforløp for psykiske helsetjenester og rusavhengighet. Det kan bli aktuelt å innføre pakkeforløp på flere områder.

Regjeringen har fremmet et lovforslag om fast kontaktlege i spesialisthelsetjenesten for alvorlig syke pasienter. Kontaktlegen skal gi informasjon til pasienten, være tilgjengelig og delta i tverrfaglige behandlingsteam. Målet er økt trygghet og forutsigbarhet for pasienter og pårørende. Ordningen vil også bidra til at kvaliteten og helheten i helsetilbudet blir bedre ivaretatt.

For pasienter med behov for mange helsetjenester gjennom lang tid, har sykehusene plikt til å oppnevne koordinator. Ved innføring av pakkeforløpene for kreft skal alle helseforetak som utreder og behandler kreft etablere koordinatorene som skal sikre sammenhengende aktiviteter i hele pakkeforløpet for den enkelte pasient.

Der det ikke finnes etablerte behandlingstilbud, ønsker regjeringen at pasienter skal gis økte muligheter til å delta i utprøvende behandling. Dette skjer som regel gjennom deltakelse i klinisk forskning, der nye behandlingsmetoder testes ut innenfor rammen av en klinisk studie. Gjennom pasientrettet informasjon om pågående kliniske studier på helsenorge.no kan pasienter, pårørende og helsepersonell få økt kjennskap til hvilke studier som pågår. Økt brukervedvirkning i forskningens ulike faser skal bidra til at pasienter og pårørende trekkes med i prioritering, planlegging og gjennomføring av klinisk behandlingsforskning.

Pasientens kunnskap og erfaring skal brukes aktivt i arbeidet med å forbedre tjenestene. Brystkreftprosjektet ved Oslo universitetssykehus er et godt eksempel på at brukermedvirkning har gitt et bedre tilbud. Regjeringen vil lytte spesielt til råd fra barn og unge og stille krav om at alle helseforetak oppretter ungdomsråd.

Å mestre hverdagen er viktig for mennesker med psykiske lidelser eller rusavhengighet. Opplevelsen av å ha kontroll ved valg av behandling bidrar til å bygge mestringsevne, egenverd og selvtillit. *Brukerstyrte plasser* er eksempel på et tilbud som gir økt forutsigbarhet og kontroll, og som kan føre til et bedre liv for brukere og pårørende, samtidig som kostbare institusjonsopphold reduseres. Bruk av *erfaringskonsulenter* er et annet eksempel på tiltak som bringer brukernes erfaringer inn i behandlingen på en god måte.

God rehabilitering er ofte avgjørende for å kunne mestre eget liv. Habilitering og rehabilitering skal gis til alle som trenger det, uavhengig av alder og diagnose. Rehabilitering får sjelden et godt resultat dersom rehabiliteringstilbudet ikke inngår i et godt planlagt pasientforløp. Brukerne må involveres bedre i utformingen av egen rehabilitering.

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for habiliterings- og rehabiliteringstjenester til barn, unge og voksne med nedsatt funksjonsevne. Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner står for en vesentlig del av rehabiliteringstilbudet, og både kommunene og de regionale helseforetakene kan kjøpe tjenester fra private. Regjeringen vil utrede hvordan deler av ansvaret for rehabilitering kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene som del av det videre arbeidet med kommunereformen. I mellomtiden skal ikke tilbudet trappes ned.

Regjeringen tar sikte på å legge fram en egen opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.

Regjeringen ønsker at frivillig innsats skal få større betydning i helsetjenesten. Mange eksempler viser at frivillige yter tjenester som gir pasientene et bedre tilbud og bedre opplevelser. Enkelte sykehus har ansatt sykehusverter for å hjelpe pasienter og pårørende med å orientere seg i sykehuset. Likepersonarbeid er satt i system av mange pasientorganisasjoner. Tilbudet er tilgjengelig ved sykehus blant annet gjennom lærings- og mestringssentre og vardesentre for kreftpasienter. Regjeringen vil at frivillige skal få bidra mer til å skape pasientvennlige sykehus.

Utfordringer og muligheter

Utvikling av nettbasert helseinformasjon og helse-tjenester, sosiale medier og blogger har vært med å legge grunnlaget for den nye pasientrollen. Pasienter søker opp informasjon og deler erfaringer, både gode og dårlige. Tilgang til egne helseopplysninger og selvbetjeningsløsninger er viktige virkemidler for å gi brukerne en enklere hverdag og reell medvirkning i egen behandling. Gjennom digitale medier etableres kontakt mellom pasienter og befolkningen. På denne måten blir pasientenes stemme bedre hørt, og de blir en stadig sterkere kraft i å utvikle helsetjenestene i mer brukerorientert retning. Nasjonale helsemyndigheter har en viktig oppgave i å bidra til kvalitetssikret og pedagogisk tilrettelagt helseinformasjon, gjerne i en interaktiv form, der brukerne kan navigere slik at informasjonen blir mest mulig skreddersydd.

Stadig flere pasienter forventer å kunne kommunisere digitalt med spesialisthelsetjenesten. Innbyggerne er i stor grad aktive nettbrukere som er vant til digitale tjenester til innhenting av informasjon, kommunikasjon og til å utføre tjenester selv. Selv om helse- og omsorgssektoren ligger noe bak andre sektorer når det gjelder tjenester på nettet, blir tilbudet stadig utvidet. Tilgang til egne helseopplysninger og selvbetjening er viktige virkemidler for å gi brukerne en enklere hverdag og reell medvirkning i egen behandling. De regionale helseforetakene har etablert et felles prosjekt om digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet har definert en rekke tjenester som skal komme på helsenorge.no i perioden 2015–2020.

Pasientene må få hjelp til å delta mer aktivt i beslutninger om egen behandling. Ved samvalg velger pasienten behandling i samarbeid med helsepersonell i den grad og på den måten pasienten ønsker. Hensikten er å bli enige om det alternativet som er mest i tråd med pasientens verdier. Det er et mål å publisere gode samvalgsverktøy på helsenorge.no.

De nasjonale pasienterfaringsundersøkelsene gir viktig informasjon om pasientenes opplevelser, og det er viktig at sykehusene bruker disse til å utvikle tjenestene. I 2014 fikk helseforetakene krav om å gjennomføre lokale pasienterfaringsundersøkelser. Resultatene skulle offentliggjøres på helseforetakenes nettsider og følges opp i tjenesten. Tilbakemeldingen fra helseforetakene viser at dette er gjennomført ved noen, men ikke ved alle sykehus.

Kvinner og menn kommuniserer på ulik måte om sykdom og helseproblemer. Bevisstgjøring

om slike forskjeller er viktig i arbeidet med å utvikle helsetjenester. Språk- og kulturforskjeller kan gjøre møtet med helsetjenesten ytterligere komplisert. Bevisstgjøring om dette er viktig i arbeidet med å utvikle likeverdige helsetjenester.

Den største utfordringen i arbeidet med å styrke pasientens stilling i helsetjenesten er å snu innarbeidet kultur og arbeidsmåter slik at helsetjenesten ses fra pasientens perspektiv. Pasientene skal føle seg ivaretatt, sett og hørt, og møtes som de unike individene de er. I arbeidet med standardisering av tjenestene må dette perspektivet være med.

Boks 5.1 Regjeringen vil

- evaluere og utvide ordningen med fritt behandlingsvalg
- innføre pakkeforløp for flere pasientgrupper, i første omgang for hjerneslag, psykiske lidelser og rusavhengighet
- gjennomføre ordningen med kontaktleger til alvorlig syke pasienter
- trekke pasientene aktivt inn i omstillinger og planlegging av nye pasientforløp
- etablere ungdomsråd ved alle sykehus
- øke bruken av erfaringskompetanse i tjenesten, blant annet gjennom systematisk utprøving av erfaringskonsulenter
- legge fram en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering
- videreføre arbeidet med å utvikle kvalitets-sikret helseinformasjon og digitale løsninger for kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten
- videreføre arbeidet med å utvikle og ta i bruk gode samvalgsverktøy og publisere disse på helsenorge.no

5.2 Prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling

Regjeringens mål

Målet med psykiske helsetjenester og tjenester på rusfeltet er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Helsetjenesten må legge sterkere vekt på reell innflytelse for brukerne og åpenhet om psykisk helse og rusavhengighet.

Mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet skal møtes med respekt for sine ressur-

ser, muligheter og utfordringer. De skal gis større muligheter for selv å utforme innholdet i behandlingstilbudet. Selvbestemmelse, medvirkning, inkludering og deltakelse skal være fundamentet i behandlingstilbudet. Samarbeidet med pårørende er en sentral del av behandlingstilbudet.

Mennesker med psykiske helseutfordringer og rusavhengighet skal få et godt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten nærmest mulig der de bor. Både i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling må det være god tilgjengelighet til tjenestene. Brukerne skal få rask hjelp før problemene utvikler seg og når en akutt situasjon er oppstått. Det er et mål at distriktpspsykiatriske sentre har døgnerberedskap.

Regjeringen ønsker en videre utvikling av åpne og utadrettede arbeidsformer og bedre samhandling på lokale arenaer. Spesialisthelsetjenesten må legge til rette for videre utvikling av desentraliserte, ambulante tjenester og samhandling med kommunenes helse- og omsorgstjenester, Nav, skole og arbeidsliv. Tjenestene skal innrettes slik at pasientene opplever et sammenhengende behandlingsforløp, uten å måtte vente på oppfølging etter utredning eller avrusning.

Regjeringen mener at somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling må integreres bedre i framtidens spesialisthelsetjeneste, slik at pasientenes behov for sammensatte tjenester imøtekommes. Mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer skal ha like rask og god utredning og behandling av sine somatiske helseproblemer som andre pasienter. Brukerne skal oppleve helsetjenesten som én tjeneste på tvers av fagområdene.

Regjeringen vil prioritere behandlingstilbudet til mennesker med psykiske helseutfordringer og rusavhengighet, og har gjeninnført kravet om at veksten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal være høyere enn for somatikk. I psykisk helsevern skal distriktpspsykiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske enheter prioriteres. Distriktpspsykiatriske sentre skal være hjørnesteinen i psykisk helsevern for voksne. Sykehusene skal ha viktige oppgaver som sikkerhetspsykiatri, lukkede akuttdelinger og enkelte spesialfunksjoner, som for eksempel tilbud ved alvorlige og livstruende spiseforstyrrelser, spesialiserte team og eventuelt avdelinger for alvorlig alderspsykiatri og behandling av alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Regjeringen vil øke mangfoldet og valgfriheten i psykisk helsevern og rusbehandling. Helseforetakene skal kjøpe mer tjenester fra private og ideelle aktører.

Fritt behandlingsvalg innføres for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2015. Målet er å øke behandlingsskapasiteten, gjøre tjenestene lettere tilgjengelige og gi brukerne kortere ventetid og større valgfrihet.

Regjeringen har lagt fram en egen opptrappingsplan for rusfeltet for å styrke tilbudet til rusavhengige. Planen inneholder tiltak for å styrke brukernes innflytelse, møte de pårørendes behov og skape et tjenestetilbud som kommer tidlig inn, slik at mennesker som står i fare for å utvikle et rusproblem, fanges opp og får rask hjelp. Planen har konkrete mål om å bedre levekårene for rusavhengige. Det betyr bedre tilrettelegging for bolig, arbeid, økonomi, sosiale forhold, skole og utdanning. Opptrappingsplanen skal bidra til at flere rusavhengige får et egnet sted å bo. Det skal bli flere tiltaksplasser for dem med nedsatt arbeidsevne. I de store byene trengs åpne mottakssentre og videre utvikling av oppsøkende behandlingsteam (ACT-team), lavterskel substitusjonsbehandling og lavterskeltilbud etter modell av Gatehospitalet. Det skal startes et arbeid med å utvikle pakkeforløp også for rusavhengige. Regjeringen vil trappe opp bevilgningene til rusfeltet i tråd med de langsiktige målene og tiltakene i opptrappingsplanen.

Utfordringer og muligheter

Psykiske helsetjenester, rusbehandling og somatikk må henge bedre sammen

Brukerne mener at skillet mellom det psykiske helsevernet og den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten er for stort. Forventet levetid for mennesker med alvorlige psykiske lidelser – ofte i sammenheng med rusavhengighet – er omkring 20 år kortere enn for befolkningen for øvrig¹. Nesten 60 prosent av overdødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer som i stor grad kan forebygges. Det må derfor legges bedre til rette for at pasienter i psykisk helsevern og rusbehandling får vurdert hele sin helsetilstand parallelt med utredningen og behandlingen av sine psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet.

Samtidig skjer det betydelig underdiagnostisering av psykiske lidelser og rusproblemer hos pasienter innlagt i somatiske avdelinger. Internasjonale studier viser for eksempel at om lag en tredel av pasientene som utredes for brystsmerte ved hjertemedisinsk poliklinikk, lider av panikk-

angst og ikke av hjertesykdom, og at akuttinnleggelsene ved somatiske avdelinger i norske sykehus ofte er rusrelaterte.

Verdens helseorganisasjon anbefaler at behandling av psykiske lidelser på sykehusnivå skjer i allminnelige sykehus. Pasientene ønsker det samme. Regjeringen legger derfor til grunn at framtidens sykehus i størst mulig grad bør samlokalisere somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, slik at pasientene kan få et helhetlig tilbud på samme sted.

Regjeringen legger også til grunn at store deler av tilbudet ved de tradisjonelle psykiatriske sykehusene fases ut i takt med at nye og bedre tjenester samlokaliseres i allminnelige sykehus og distriktspsykiatriske sentre.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør integreres i strukturen av distriktspsykiatriske sentre når lokale forhold ligger til rette for det, slik at det skapes bedre sammenheng og helhet i tjenestetilbudet.

Videre utvikling av behandlingstilbudet

Gjennom etableringen av 71 distriktspsykiatriske sentre og 80 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker er det lagt en struktur for et desentralisert tjenestetilbud. Samtidig viser dagens distriktspsykiatriske sentre variasjon i opptaksområder, pasientvolum, faglig kompetanse og behandlingstilbud. 13 distriktspsykiatriske sentre har et befolkningsgrunnlag på mindre enn 30 000, og kombinert med store geografiske avstander er det vanskelig å sikre tilstrekkelig dekning av spesialister.

De distriktspsykiatriske sentrene utgjør grunnstammen i det psykiske helsevernet. De skal sørge for at mennesker i hele landet har et desentralisert tilbud om utredning og behandling av psykiske lidelser. Regjeringen har prioritert videre utvikling av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og har i 2014 og 2015 gitt føringer til de regionale helseforetakene om at veksten i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn veksten i somatikk. Innenfor de rammene som er gitt i tidligere år og gjennom budsjettforslaget for 2016, har Helse- og omsorgsdepartementet lagt til grunn at veksten i psykisk helsevern skal skje ved de distriktspsykiatriske sentrene og i psykisk helsevern for barn og unge. Dette innebærer at sentrene skal bygges ut og rustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, ambulante tjenester, poliklinisk og døgntilbud, slik

¹ Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M et al. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 453–8

at befolkningens behov for psykiatriske spesialisthelsetjenester er dekket.

Helsedirektoratet har pekt på at det ikke er realistisk at alle distriktpspsykiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker kan tilby det som er beste anbefalte behandling for alle psykiske lidelser. I et så desentralisert behandlingstilbud kan ikke små distriktpspsykiatriske sentre stå alene. For å sikre alle brukere et likeverdig tilbud er det nødvendig å styrke samarbeidet mellom distriktpspsykiatriske sentre, med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, med øvrige deler av spesialisthelsetjenesten og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er også behov for å trekke de private institusjonene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling enda tettere sammen med de offentlige tjenestene – også i fagutvikling og planlegging av de framtidige tjenestene.

En større del av pasientbehandlingen bør skje i forpliktende, faglige nettverk organisert av helseforetaket. Nye arbeidsmåter med bruk av ambulante tjenester, telekommunikasjon og e-terapi kan trappes betydelig opp, slik at flere pasienter får tilgang på spesialist tidlig i behandlingsforløpet.

Private lege- og psykologspesialister med avtale utgjør en viktig del av behandlingstilbudet for voksne med psykiske lidelser. Når pasienter trenger helhetlige behandlingsforløp, må avtalespesialisten inngå som en viktig samarbeidspart. Gjennom god dialog og utvikling av nye samarbeidsformer ønsker regjeringen å legge til rette for at de på en bedre måte blir del av et sammenhengende, helhetlig behandlingstilbud for de pasientene som trenger det.

Utgangspunktet for god behandling er tidlig og god utredning og diagnostikk. Når pasienter henvises til spesialisthelsetjenesten, skal de vurderes av spesialist. Ifølge Helsedirektoratet gjennomføres det i dag utrednings- eller behandlingsforløp uten at pasienten er vurdert av lege- eller psykologspesialist. Regjeringens beslutning om en ny spesialitet innen rus- og avhengighetsmedisin legger et framtidig grunnlag for bedre utredning, diagnostisering og økt kvalitet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Nye behandlingsmetoder er under utvikling både i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tidlig intervensjon gir kortere forløp, og ambulerende spesialistteam gir andre verktøy for diagnose og behandling. Poliklinikkene arbeider fortsatt mye med langvarige behandlingsforløp med faste konsultasjoner for eksempel hver uke eller hver 14. dag. Helsedirektoratet og fagfeltet peker på at det kan ligge store

kvalitetsforbedringer i mer intensive og fleksible forløp, som raskere tar sikte på å snu en uheldig utvikling.

En særlig utfordring er å bemanne alle ambulante akutteam med spesialister, slik at teamene kan utrede pasienter og starte behandlingen på stedet. Utfordringen omfatter både rekruttering av spesialister og organisering av nødvendig praksis i utdanningene.

Regjeringen vil legge til rette for å etablere pakkeforløp for psykiske helsetjenester. Utredningsforløpet kan standardiseres med klare tidsfrister og innhold. Innføring av pakkeforløp på kreftområdet viser lovende resultater. Pasientene kommer raskere i gang med utredning og behandling, og ordningen gir bedre forutsigbarhet for pasienter og pårørende.

Frivillighet er et grunnprinsipp i all behandling, også i psykisk helsevern. I de tilfellene der en må bruke tvang stiller regelverket krav om at frivillige alternativer er uttømt, og at det gis rettsikkerhetsgarantier. Norge har gjennom flere år blitt kritisert av brukerorganisasjoner og menneskerettighetsorganer for utstrakt bruk av tvang, og for at dette til dels skyldes lovgivningen på området. Ut fra eksisterende kunnskap er det vanskelig å bedømme hvor mye tvang som brukes i det norske psykiske helsevernet sammenliknet med andre land. I underkant av 5 500 personer blir tvangsinnlagt hvert år. Statistikken viser store geografiske forskjeller i omfanget av tvang både innad i og mellom helseregionene. Det er i hovedsak de samme forskjellene mellom institusjoner som viser seg fra år til år. Ulikhetene antyder at det er et uutnyttet potensial for å redusere og forebygge tvang. Erfaringene med brukerstyrte plasser og ACT-team viser at det er mulig å redusere bruken av tvang ved riktige tiltak og godt faglig arbeid. Bruken av tvang har ikke gått mye ned siden den første tiltaksplanen ble introdusert i 2006. Nåværende nasjonal strategi for økt frivillighet (2012–2015) inneholder tiltak for å styrke kompetanse, dokumentasjon og etikk/menneskerettigheter i tjenestene, uten så langt å ha gitt ønskede resultater. Departementet vil i samarbeid med brukerorganisasjonene og de regionale helseforetakene vurdere behovet for nye og eventuelt sterkere grep for å redusere bruk av unødvendig tvang i psykisk helsevern.

Som ledd i arbeidet med å oppnå redusert og riktig bruk av tvang, har Helse- og omsorgsdepartementet stilt krav til regionale helseforetak om etablering av medikamentfrie behandlingstilbud. Tilbudet etableres i dialog med brukerorganisasjonene og skal omfatte både voksne og unge

under 18 år. Medikamentfri behandling skal tilbys i hele landet for pasienter som ønsker et terapeutisk alternativ der en tradisjonelt bruker medisiner, men hvor kravet til faglig forsvarlighet kan ivaretas også med annen behandling. Valgmuligheten skal også gis pasienter som ønsker å bruke færre medikamenter og/eller lavere doser der dette er aktuelt.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling består av en rekke ulike behandlingstilbud. Tilbudene – i særlig grad døgnbaserte behandlingstilbud – baserer seg på ulik behandlingsfilosofi og metodikk. Det er ønskelig med stort mangfold i behandlingstilbudene til rusavhengige. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er et forskningssvakt område der det bare i begrenset grad er forsket på virkningen av ulike behandlingsopplegg. Det er derfor behov for å øke kunnskapen om effekten av den behandlingen som tilbys rusavhengige.

Boks 5.2 Regjeringen vil

- prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- legge til rette for at psykiske og somatiske helsetjenester blir bedre samordnet i framtidens helsetjeneste
- vurdere behovet for spesialisering, oppgavedeling og nettverksorganisering mellom de distriktspsykiatriske sentrene og mellom barne- og ungdomspsykiatriske enheter
- videreføre omstillingen til bedre døgnberedskap og ambulante akuttjenester ved de distriktspsykiatriske sentrene
- innføre pakkeforløp for psykisk helse
- innføre pakkeforløp for rusavhengige
- følge opp opptrappingsplanen for rusfeltet som er framlagt i 2015
- etablere et nasjonalt kvalitetsregister for tverrfaglig spesialisert rusbehandling

5.3 Fornye, forenkler og forbedre

Regjeringens mål

Regjeringen vil fornye, forenkler og forbedre spesialisthelsetjenesten for å møte framtidens behov. En framtidsrettet tjeneste må tilpasse seg den medisinske og teknologiske utviklingen, den nye

pasientrollen og endringer i demografi og sykdomsbilde. Den må også møte økte krav til tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet. Disse utfordringene kan ikke løses ved bare å tilføre mer ressurser. Det er nødvendig med endringer i organisering, kultur og ledelse.

I dag venter mange pasienter for lenge. Noen mener kanskje at lang ventetid ikke er så farlig, fordi det viktigste er god helsehjelp, og pasientene må regne med noen måneders venting. Regjeringen deler ikke denne oppfatningen. Unødvendig lang ventetid kan redusere mulighetene til å få best mulig utbytte av behandlingen. Det er vondt for pasienten og dyrt for samfunnet. Å vente unødvendig lenge på helsehjelp samsvarer heller ikke med folks forventninger. Lange ventetider vil, over tid, føre til at mange velger å kjøpe helsetjenester for egen regning til seg og sine, dersom hjelpen de får fra det offentlige ikke svarer til forventningene. Mange har allerede en helseforsikring gjennom jobben. På sikt risikerer vi at det blir lavere oppslutning om et skattefinansiert helsesystem for alle. En slik utvikling ønsker ikke regjeringen. Regjeringen vil gjennomføre tiltak for å minimere ventetid som ikke er medisinsk begrunnet.

Private aktører utgjør en viktig del av spesialisthelsetjenesten. Private sykehus, privatpraktiserende spesialister, ideelle organisasjoner og andre private helseaktører bidrar vesentlig i løsningen av helseoppgavene sammen med den offentlige helsetjenesten. De bidrar med økt kapasitet der det trengs, skaper større mangfold i helsetilbudet og gir pasientene større valgfrihet.

Privatpraktiserende spesialister som har driftsavtale med regionalt helseforetak utgjør en sentral del av spesialisthelsetjenesten. Det er mer enn 1 500 avtalespesialister i landet – legespesialister i somatiske fag, psykiatere og psykologer. Avtalespesialistene utfører omtrent 30 prosent av all poliklinisk behandling. Regjeringen ønsker å utvide samarbeidet med avtalespesialistene, særlig på de områdene der mange pasienter venter på behandling og det finnes avtalespesialister som kan behandle flere.

Rask og presis diagnostikk er avgjørende for kvaliteten på pasientforløpet. Det er av stor betydning for pasienten å få avklart situasjonen raskt, for å unngå bekymring og redusere unødige kontakter med spesialisthelsetjenesten. Rask og presis diagnostikk er også viktig for å sikre god og riktig utnyttelse av ressursene. De gode erfaringene med diagnosesentrene for kreftpasienter viser betydningen av tverrfaglig organisering for pasienter med uklare tilstander. Både for pasien-

ten og sykehuset er det en fordel at flest mulig undersøkelser kan skje innenfor et kort tidsrom, gjerne samme dag.

Stor variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester kan være en indikasjon på kvalitetssvikt og innebære en fare for pasientsikkerheten. Variasjon kan være uttrykk for underbehandling, overbehandling eller feilbehandling. Standardisering av pasientforløp, med utgangspunkt i oppsummert kunnskap og faglige retningslinjer, er viktig for et godt behandlingsresultat, for god utnyttelse av kompetanse og ressurser i sykehusene, og ikke minst for å sikre pasientene helhet, kvalitet og sammenheng.

Regjeringen vil stimulere til nye arbeidsformer, mer bruk av ambulerende, tverrfaglige team og teknologiske løsninger som telemedisin og e-konsultasjoner. Dette vil bedre tilgjengeligheten for pasientene, og bidra til at helsepersonell og ressurser kan benyttes bedre. Større fleksibilitet med hvor og hvordan spesialisthelsetjenestene leveres vil også styrke samarbeidet med kommunale helse- og omsorgstjenester.

En framtidrettet spesialisthelsetjeneste stiller nye krav til ledelse. Pasientens helsetjeneste fordrer ledere som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og som har stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedring.

Forskning er en lovpålagt oppgave for sykehusene. Klinisk behandlingssforskning bidrar til bedre kvalitet ved utvikling av nye behandlingsmetoder og kvalitetssikring av eksisterende behandling. I enkelte tilfeller vil forskningen begrunne at behandlingsmetoder som ikke lenger er effektive, fases ut. Framtidens sykehus må i større grad enn i dag legge til rette for at klinisk behandlingssforskning er en integrert del av pasientbehandlingen. Data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre og sentrale helseregistre bør i enda større grad brukes som utgangspunkt og verktøy for forskning.

Regjeringens handlingsplan for Helse-Omsorg21 lanseres høsten 2015, og vil vise hvordan regjeringen følger opp de ti satsingsområdene i strategien.

Innovasjon gir nye produkter og nye løsninger for behandling, organisering og logistikk. Regjeringen vil legge til rette for at forskningsbasert kunnskap og nye måter å levere helsetjenester på, tas raskere i bruk. Verdiskaping gjennom innovasjon, næringsutvikling og kommersialisering av forskningsresultater skal gi økt kvalitet på tjenestene, bedre pasientsikkerhet og bedre samhand-

ling. Helse og omsorg som et næringspolitisk område er en av hovedprioriteringene i Helse-Omsorg21-strategien. Regjeringen har høye ambisjoner om å utnytte potensialet som ligger i næringsutvikling i helsesektoren og ønsker helse og omsorg som et næringspolitisk satsingsområde, slik dette er foreslått i Meld. St. 7 (2014–2015) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2015–2024*. Helseindustrien kan omtales som en næring med dobbel gevinst. Framskrittene som gjøres, bidrar til velferd og helse, samtidig som den skaper verdier og arbeidsplasser. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) i samarbeid med de regionale helseforetakene om å utvikle et forslag til systematisk oppfølging av innovasjon i helseforetakene (www.nifu.no/publications/1277040/). Det skal dokumentere det som skjer av produkt- og tjenesteinnovasjon, og stimulere til økt gjennomføring og implementering av nye løsninger. På sikt vil det vurderes om et slikt målesystem for innovasjon skal utløse økonomiske insentiver, innenfor rammen av det øremerkedet tilskuddet til forskning i helseforetakene.

Utfordringer og muligheter

Selv om lange ventetider på noen områder er uttrykk for kapasitetsmangel, er læring mellom sykehus og avdelinger internt i sykehus en viktig nøkkel for å redusere ventetider. Den store variasjonen mellom sykehusene når det gjelder kvalitet, effektivitet og ventetid viser at det er et stort potensial for sykehusene til å lære av hverandre. Dette kommer blant annet til uttrykk i Riksrevisjonens undersøkelser. Erfaringene fra sykehus med kort liggetid, effektive behandlingsforløp og høy utnyttelse av kapasiteten bør overføres til andre sykehus. Sykehusene må vurdere hvordan sengekapasiteten kan utnyttes bedre på tvers av enheter og avdelinger i sykehuset. Bedre utnyttelse av operasjonsstuen kan også redusere ventelistene. Mange sykehus har for kort planleggingshorisont for eksempel ved poliklinikkene, noe som fører til at det ikke er godt nok samsvar mellom når helsepersonell er på jobb, og når pasientene er kalt inn til time. Bedre samhandling med private er også et viktig virkemiddel for å redusere ventetider.

Forpliktende nettverk mellom sykehus vil bli stadig viktigere for å møte behovene i framtidens spesialisthelsetjeneste.

Faglige og organisatoriske nettverk mellom sykehus må være forankret i ledelsen. Nettverkene skal sikre hensiktsmessig oppgavedeling

mellom sykehus, implementering av felles faglige retningslinjer, samarbeid om pasientforløp på tvers av helseforetak, ambulering og hospitering.

Et viktig tiltak for å møte framtidens utfordringer og sikre kvalitet i tjenestene, er å benytte kompetansen til dem som arbeider i sektoren på en bedre måte. Endret oppgavedeling er ett av flere virkemidler som kan bidra til å oppnå dette. Den største delen av arbeidet med oppgavedeling må skje lokalt. Det er helsepersonell som er nær pasienten, som har best forutsetninger for å finne ut hvordan kompetansen skal brukes på best mulig måte. Men på enkelte områder er det nødvendig å ta noen nasjonale grep for å få bedre oppgavedeling. Dette gjelder særlig når oppgavedeling kan redusere flaskehalser og gi bedre kapasitet og kvalitet, og det har vist seg vanskelig å få til endring. Helsedirektoratet har igangsatt et arbeid rettet mot bemanning på operasjonsstuer og oppgavedeling innen radiologi, patologi og endoskoper av tykktarm.

Nye arbeidsformer forutsetter bedre støttefunksjoner, ikke minst nye og bedre IKT-systemer. Det er viktig at IKT-systemene støtter gode arbeidsprosesser og pasientforløp. Ny teknologi vil også kunne påvirke oppgavefordeling, bruk av personellressurser, involvering av brukere og pasienter, og hvor tjenestene leveres.

For å øke den kliniske behandlingsforskningen foreslås fra 2016 å etablere et felles program mellom de regionale helseforetakene som skal imøtekomme behovet for større nasjonale, kliniske studier med pasienter fra hele landet. I tillegg til slike studier som vil gi pasienter tilgang til ny, utprøvende behandling, skal programmet finansiere klinisk behandlingsforskning som bidrar til kvalitetssikring og evaluering av etablert pasientbehandling. Programmet foreslås finansiert innenfor dagens rammer for forskning i helseforetakene og gjennom forskningsmidler som er øremerket formålet, samt forskningsmidler fra program for offentlig initierte kliniske studier på kreftområdet i Norges forskningsråd, som utløper i 2015. I 2016 etableres det nye programmet God og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering i Norges forskningsråd. Programmet skal, gjennom klinisk forskning, bidra til god og treffsikker diagnostikk, behandling og rehabilitering for å bedre klinisk praksis gjennom hele sykdomsforløpet. Programmet finansieres gjennom tildeeling av midler fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Et velfungerende samarbeid mellom universiteter og helseforetak er viktig for å utnytte ressursene

på en best mulig måte. Samarbeid er helt nødvendig for å oppfylle målsettingene i den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien for Helse-Omsorg21, EU-strategien og regjeringens politikk for forskning og høyere utdanning slik den går fram av Meld. St. 7 (2014–2015) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning*. Det er i dag et omfattende samarbeid mellom de to sektorene om forskning og innovasjon, med blant annet delte stillinger, et stort omfang av felles publikasjoner og prosjekter og etablering av felles infrastruktur for forskning, innovasjon og næringsutvikling. Det har likevel kommet tydelige tilbakemeldinger om at det eksisterer barrierer som hindrer samarbeidet. Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet har derfor oppnevnt en arbeidsgruppe med representanter fra de to sektorene som har fått i oppdrag å beskrive eventuelle barrierer for samarbeid mellom universiteter og helseforetak, og foreslå konkrete løsninger lokalt, regionalt og nasjonalt.

Det er stort behov for forskning og innovasjon for mer kunnskap om god organisering av tjenestene. I Forskningsrådets nye program Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (HELSEVEL), er tjenesteinnovasjon et viktig område. Bruk av tjenestedesign og metoder for analyse og utvikling av pasientforløp får stadig større oppmerksomhet.

Boks 5.3 Regjeringen vil

- innføre tiltak på tvers av helseforetakene for å utnytte ledig kapasitet
- styrke samhandlingen med private tjenesteleverandører
- legge til rette for endret oppgavedeling mellom helsepersonell der det er hensiktsmessig for å redusere flaskehalser og bedre kvaliteten
- videreføre arbeidet med IKT-løsninger som støtter gode arbeidsprosesser og pasientforløp
- etablere et felles nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning mellom de fire regionale helseforetakene

5.4 Nok helsepersonell med riktig kompetanse

Regjeringens mål

Regjeringen har som overordnet mål at helsetjenesten i hele landet skal ha nok personell med riktig kompetanse. Dette er en forutsetning for gode, effektive og trygge helsetjenester. Regjeringen vil styrke kompetansen i hele helse- og omsorgstjenesten.

For å sikre tilstrekkelig personell i fremtiden, må helsetjenesten arbeide målrettet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere. En egen plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – Kompetanseløft 2020 – er lagt fram i forslag til Prop. 1 S (2015–2016). I stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten har regjeringen lansert ytterligere tiltak for å styrke kompetansen hos framtidens helsepersonell Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*). Flere av tiltakene har betydning for kompetansen også i spesialisthelsetjenesten, og skal bidra til å styrke samhandling og lederutvikling.

Antall ansatte med helsefaglig utdanning i spesialisthelsetjenesten har økt sterkt de siste tiårene. Det vil være grenser for hvor mye arbeidskraft som kan være tilgjengelig for spesialisthelsetjenesten i fremtiden. utfordringene må derfor møtes med systematisk tilnærming til tilgang, utdanning og kompetanseutvikling. Helsefagutdanningene må ha riktig kapasitet, kvalitet og innhold som er tilpasset samfunnets og tjenestenes behov. Samtidig kan ikke framtidige personell- og kompetansebehov løses bare ved å utdanne flere. Nye arbeidsformer, bedre organisering og oppgavedeling, gode elektroniske verktøy og ny teknologi må innføres raskere og brukes i større skala for å effektivisere det daglige arbeidet i sykehusene. Regjeringen har som mål at helsepersonell får bruke mer tid på pasientene, og mindre tid på administrasjon. For å lykkes med dette må helseforetakene legge til rette for gode elektroniske kommunikasjonsløsninger, effektiv organisering og logistikk-, service- og støttefunksjoner som er velfungerende både for ansatte og pasienter. Regjeringen ønsker at helseforetakene i enda større grad driver systematisk kompetanse- og personellplanlegging, sørger for nødvendig kompetanseutvikling, og legger til rette for best mulig bruk av personellet i spesialisthelsetjenesten.

Utdanningskapasiteten og innholdet i utdanningene skal samsvare best mulig med helsetje-

nestens faktiske og framtidige behov. Utdanningsinstitusjonene må ta inn over seg de raske endringene i helse- og omsorgstjenesten. Verktøy for å analysere framtidens kompetanse- og personellbehov må videreutvikles og forbedres. Dette vil gi bedre grunnlag for å planlegge kapasitet og kompetanse. Utforming av utdanningene må skje i god dialog og godt samspill mellom helseforetakene og universitets- og høyskolesektoren, og mellom utdannings- og helsemyndighetene. Regjeringen ønsker å styrke samarbeidet mellom helse- og utdanningssektoren nasjonalt, regionalt og lokalt.

Videreutdanningstilbud og spesialisering, spesielt for leger og sykepleiere, er avgjørende for at pasientene får en trygg, moderne og effektiv behandling i spesialisthelsetjenesten. Regjeringen ønsker å bidra til at videreutdanninger for helsepersonell er best mulig tilpasset helsetjenestens og pasientenes behov. Regjeringen har som mål å iverksette en ny modell for legespesialistutdanningen i denne planperioden.

Utfordringer og muligheter

Ansatte og deres kompetanse er sykehusenes viktigste ressurs. Personell utgjør mellom 65–70 prosent av ressursinnsatsen i spesialisthelsetjenesten. Flere innbyggere og økende antall eldre vil øke etterspørselen etter helsetjenester, og dermed også etter helsepersonell, de neste tiårene.

Nasjonale framskrivninger av personellbehovet i helsetjenesten viser forholdsvis god balanse mellom etterspørsel og tilbud av helsepersonell fram mot 2020. På lengre sikt vil det kunne oppstå større utfordringer. Utdanningskapasiteten er økt for flere helsepersonellgrupper fra midten av 1990-tallet og har skapt bedre tilgang på fagutdannet personell. Samtidig er det knapphet på visse personellgrupper. For sykehusene gjelder det særlig personell med høy utdanning og spesialisert kompetanse. De framskrivingene vi har nå viser at det kan bli mangel på sykepleiere både med og uten videreutdanning. Legespesialiteter som blant annet patologi, onkologi, radiologi, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri er vurdert som sårbare. Det er også forventet mangel på bioingeniører.

Moderne sykehus er avhengig av ekspertise utover det helsefaglige. Teknologisk og faglig utvikling har medvirket til store endringer i behandlingstilbudet. Blant annet vil behovet for fysikere, informatikere, teknologer, biostatistikere og ingeniører øke. Personellbehovet øker også innenfor logistikk, merkantile tjenester, service,

kommunikasjon, informasjon og veiledning. Med utviklingen i medisinsk-teknisk utstyr, nye og avanserte behandlingsformer og moderne kommunikasjonsløsninger vil framtidens sykehus bli en stadig mer interessant arbeidsplass også for fagfolk og yrkesgrupper som tradisjonelt har vært lite benyttet i spesialisthelsetjenesten.

Mange helseforetak har gode resultater med målrettet satsing på personellplanlegging, rekruttering og kompetanseutvikling. Norge har generelt høy helsepersonelldekning sammenliknet med andre land, og har dermed et godt utgangspunkt for å møte framtidige utfordringer. Økt mobilitet i arbeidsmarkedet, særlig i EØS-området, har bidratt til at norsk helsetjeneste også har god tilgang på fagutdannet helsepersonell fra andre land.

Hovedansvaret for helsefagutdanningene ligger i høyskole- og universitetssektoren. Samtidig er sykehusene store kunnskapsorganisasjoner med lovpålagt ansvar for å ivareta utdanningsoppgaver. Sykehusene investerer store ressurser i utdanning og kompetanseutvikling, og er en viktig arena for praksisundervisning. Utdanningsinstitusjonene fastsetter selv studieplaner for de utdanningene som ikke har rammeplaner. Det gjelder for eksempel utdanningen av leger. I praksis stilles det få krav til disse utdanningene, og utdanningsinstitusjonene har stor frihet til å utforme egne studieplaner. Dette kan føre til variasjon i innhold og organisering mellom utdanningsinstitusjonene og til at helsepersonellens kompetanse varierer med hvor de er utdannet. Styring gjennom rammeplaner har heller ikke vist seg å være tilstrekkelig for å unngå variasjon i utdanningene. Tilbakemeldinger fra tjenestene tyder på at det er tilsvarende variasjon mellom utdanningsinstitusjonene i sykepleie. Det er viktig at helse- og omsorgstjenesten har innflytelse på dimensjonering og innholdet i utdanningene for å sikre at de er tilpasset samfunnets behov. Dimensjonering av utdanningene og utforming av innholdet må derfor skje i god dialog mellom utdannings- og helsemyndighetene.

For å møte forventet behov for helsetjenester, trengs et godt kunnskapsgrunnlag, gode analyser og gode framskrivingsmodeller. Det finnes flere ulike framskrivinger, registre og rapporter som belyser nåsituasjon og framtidige behov, men det er behov for bedre nasjonale oversikter. Pågående arbeid i Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene vil bidra til dette. Det finnes også flere arenaer for samarbeid og dialog mellom helse- og utdanningssektoren. Tilbakemeldinger fra tjenestene tyder på at ikke alle samarbeidsorganene fun-

ger etter intensjonene, og at det er mulig å utnytte disse på en mer kraftfull måte. Departementet vurderer hvilke strukturer vi bør ha for samarbeid mellom helse- og utdanningssektoren. Regionale samarbeidsorganer som er etablert mellom helseforetakene og universitets- og høyskolesektoren, bør revitaliseres som fora for felles helse- og utdanningssaker. De vil bli bedt om å gi årlige innspill til departementet om behovet for utdanning, personell og kompetanse i framtiden. Det er behov for et nasjonalt organ for å ta opp overordnede kompetanse- og utdanningsspørsmål som er felles for helse- og utdanningssektoren. Dette vil i første omgang bli ledet av Helse- og omsorgsdepartementet.

De regionale helseforetakene har utviklet en nasjonal modell for å beregne behov for personell i spesialisthelsetjenesten basert på ulike scenarier. Modellen kan anvendes for ulike medisinske fagområder, for helseforetakenes opptaksområder, regionalt og nasjonalt.

Gode grunn- og videreutdanninger er viktig for å sikre framtidig kvalifisert arbeidskraft. Tilgang på kvalifisert personell handler om kapasitet og innhold i utdanningene, men også om utvikling og bedre bruk av tilgjengelige personellressurser. Faktorer som høy deltidsandel, sykefravær, pensjonsalder og frafall fra utdanning og yrke, har konsekvenser for tilgangen på arbeidskraft. God strategisk planlegging og systematisk arbeid med å rekruttere, beholde og utvikle personell er avgjørende. God ledelse, stimulerende og støttende arbeidsmiljø, flere i heltidsstillinger, reduksjon av sykefravær og bruk av seniorarbeidskraft vil ha stor betydning for tilgang på personell i framtiden. Nye organisasjons- og arbeidsmåter, en mer aktiv pasientrolle og innovasjon og teknologi vil også påvirke behovet for personell. Her ligger det store muligheter for nytenkning og smarte løsninger.

Ny modell for utdanning av legespesialister

Helsedirektoratet har gjennomgått legenes spesialistutdanning. Hensikten er at utdanningene skal innrettes mot framtidens utfordringer, endringer i pasient- og legerollen og reformene i helsetjenesten.

Dagens utdanning og spesialitetsstruktur er tilpasset de tredelte sykehusene, med avdelinger for medisin, kirurgi og røntgen, der legene deltar i felles vaktordninger med et bredt faglig ansvar. Den medisinskteknologiske utviklingen har ført til utstrakt grenspesialisering – det vil si spesialisering innenfor et avgrenset område med store

krav til kunnskap og ferdigheter. Kunnskapen i ulike fagområder er for omfattende og spesifikk til å kunne favnes i de tidligere hovedspesialitetene. Helsedirektoratets forslag er derfor å omgjøre grenspesialitetene til hovedspesialiteter.

Helsedirektoratet foreslår å innføre en ny tredelt, modulbasert modell i spesialistutdanningen for å få en mer fleksibel utdanning tilpasset dagens og morgendagens behov. For å ivareta breddekunnskapen legges det opp til felles kompetanseplattformer mellom ulike spesialiteter. Turnustjenesten for leger vil beholdes med små endringer som første del av den nye utdanningsmodellen. Andre del av utdanningsløpet omfatter felles kunnskap for grupper av nært beslektede spesialiteter, og i siste del skjer spesialiseringen som er unik for den enkelte spesialitet. I tillegg skal det i hele utdanningsløpet være gjennomgående kompetansemoduler i fag som er nødvendig for den moderne legerollen.

I tråd med departementets oppdrag har direktoratet foreslått et spesialiseringssløp med en nedre tidsramme på 6,5 år. Det må legges opp til mer effektive og strukturerte utdanningsløp for flere spesialister, på grunn av den sterke økningen i behovet for sykehus tjenester i tiårene framover.

Regjeringen vil legge hovedelementene i Helsedirektoratets forslag til grunn for endring av legenes spesialistutdanning.

Ny legespesialitet innrettet mot akutt mottakene

Regjeringserklæringen slår fast at det skal etableres en ny legespesialitet for å styrke kvaliteten i behandlingen ved sykehusenes akutt mottak. Den nye spesialiteten skal kunne benyttes ved alle akutt mottak, uavhengig av sykehusenes størrelse og beliggenhet. Spesialistene skal benyttes ved observasjonsposter ved de store sykehusene, og de skal kunne gå inn i vaktlagene ved de små sykehusene.

Den nye spesialiteten må innrettes mot behovene hos de pasientene som legges inn i akutt mottakene. Helsedirektoratet har lagt vekt på at de nye spesialistene særlig skal ha kompetanse i rask diagnostikk og hastegradsvurdering (triage) av de vanligste sykdommer hos pasienter i mottakene. Spesialistene skal igangsette behandling – om nødvendig i samarbeid med andre legespesialister. Den nye spesialiteten bør i størst mulig grad tilfredsstillende internasjonale krav til kompetanse i akutt mottak og observasjonsposter.

Bedre videreutdanningstilbud for sykepleiere

Utfordringsbildet som er beskrevet foran, med blant annet endret sykdomsbilde og økende antall eldre pasienter med flere diagnoser, illustrerer endrede kompetansebehov i norske sykehus. Styrking av sykepleiernes kompetanse er viktig for den videre utviklingen av sykehusene.

I løpet av de senere årene er det etablert og under utvikling en rekke masterstudier i avansert klinisk sykepleie. Disse kan gi god kompetanse, men samsvarer ikke alltid med det sykehusene har behov for. I regjeringens melding om primærhelsetjenesten er det foreslått å utrede etablering av nye, kliniske videreutdanninger for sykepleiere på mastergradsnivå rettet mot oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil vurdere å utvikle videreutdanningstilbud i avansert klinisk sykepleie på masternivå som også er innrettet på sykehusenes behov for kompetanse, og da særlig innenfor indremedisin.

Boks 5.4 Regjeringen vil

- gjennomføre ny modell for utdanning av legespesialister, innrettet på dagens faglige utvikling, den moderne legerollen og effektive utdanningsløp
- etablere en ny legespesialitet innrettet mot akutt mottakene
- gjennomgå videreutdanningstilbud og vurdere tilbud om klinisk avansert sykepleie rettet mot behov i sykehus
- forbedre kunnskapen om personell- og kompetansebehov i framtidens spesialisthelsetjeneste som grunnlag for å møte behovene for helsepersonell og utvikle utdanningene
- styrke helsetjenestens påvirkning på utdanningene og sikre bedre samsvar mellom utdanningenes innhold, studentenes sluttkompetanse og helsetjenestens behov
- at ny nasjonal bemanningsmodell som er utviklet av regionale helseforetak tas i bruk for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov lokalt og regionalt
- be helseforetakene styrke arbeidet med personellplanlegging, rekruttering og kompetanseutvikling for å møte sykehusenes behov
- stimulere til fleksibel kompetanseutvikling i sykehus, blant annet gjennom e-læring og simulatorentrening

5.5 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Regjeringens mål

Regjeringens mål er bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Pasientene skal kunne være sikre på at tjenestene de mottar er trygge og av god kvalitet. Kvalitet og pasientsikkerhet skal være like god i små og store virksomheter, og hos offentlige og private tjenesteytere.

Det skal være åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten. Åpenhet er en forutsetning for tillit i befolkningen og for godt kvalitetsarbeid i sykehusene. Resultater fra kvalitets- og pasientsikkerhetsmålinger skal være tilgjengelige både nasjonalt og på helseforetakenes nettsider, og skal brukes aktivt i forbedringsarbeid.

Pasientopplevd kvalitet må telle sammen med medisinsk kvalitet. Brukerne skal få delta mer i valg av egen behandling, i utforming av nasjonale kvalitetsmål og faglige retningslinjer, i forskning og i vurderingen av hvordan helsetjenesten skal organiseres og innrettes.

For å nå målet om god kvalitet kreves det gode kvalitetsmål. Arbeidet med å sikre gode og ferske data må intensiveres og videreutvikles. Systemene for registrering, deling og publisering av kvalitetsinformasjon skal forbedres.

Regjeringen ønsker at Stortinget trekker opp de overordnede rammene for hvordan spesialisthelsetjenesten skal utvikles. Regjeringen ønsker nasjonale kvalitetskrav for behandlingstilbud i sykehus der dette er nødvendig for å sikre god kvalitet på tjenestene over hele landet. Kvalitetskravene skal sikre bedre kvalitet, men også bedre ressursutnyttelse og bedre bruk av medarbeidernes kompetanse.

Det er regjeringens mål å innføre en ordning for kvalitetssertifisering av sykehus. Sertifiseringsordningen må være innrettet slik at den skaper bedre kvalitet og pasientsikkerhet, og reduserer uønskede hendelser og pasientskader. Regjeringen ønsker en ordning for sertifisering som ikke innebærer mer rapportering, kontroll og byråkrati. Den må ikke vri oppmerksomheten mot dokumentasjonskrav og prosedyrer, og ikke stjele tid fra pasientrettet aktivitet.

Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er et ansvar for ledere på alle nivåer i sykehusene. Med mer vekt på gode nasjonale kvalitetsmål, raskere publisering av kvalitetsresultater og nasjonale kvalitetskrav der det er nødvendig, vil regjeringen legge til rette for at kvalitet og kvalitetsforbedring står sentralt i ledelsen av syke-

husene. Arbeidet skal forankres og etterspørres av styret og ledelsen, og ledere som arbeider nær pasienten, har en nøkkelrolle.

Utfordringer og muligheter

Selv om kvaliteten ved norske sykehus generelt er god, er det også utfordringer. Kvalitetsindikatorer og andre kvalitetsmål viser at det er store forskjeller mellom sykehus. I den grad disse gjenspeiler reelle kvalitetsforskjeller, er det nødvendig å sette inn forbedringstiltak.

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn har avdekket utfordringer med styring og ledelse av kvalitet og pasientsikkerhet. Svikt og risikoområder fanges ikke opp, og ledelsen bruker i liten grad resultatmål for å følge med på om virksomheten yter gode og forsvarlige tjenester. Nasjonale kartlegginger av pasientskader, årsrapportene fra pasient- og brukerombudene og klager til Norsk pasientskadeerstatning viser at for mange pasienter får unødig skade som følge av helsetjenester de har mottatt eller ikke får. Det er store forskjeller mellom hvordan sykehus og helseregioner arbeider med utvikling, måling og styring av kvalitet. Tilsyn har vist at dagens forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten er for lite kjent og mangelfullt fulgt opp i deler av tjenesten.

For å kunne målrette forbedringsarbeidet må sykehusene ha tilgang til gode og ferske data om kvalitet og pasientsikkerhet. I dag er de viktigste utfordringene å utarbeide relevante kvalitetsmål, sikre god datakvalitet og redusere tiden mellom datainnsamling og publisering av kvalitetsindikatorer. Helseinspektoren har som satsingsområde å gjøre eksisterende datakilder lettere tilgjengelige, og publisere data, statistikk og analyser ut fra de behov som eksisterer. Som ledd i dette arbeidet skal det utarbeides en samlet framstilling av styringsparametre i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Her vil hyppig oppdaterte resultater vises i et samlet skjerm bilde som også viser utvikling over tid.

Det er behov for å samordne og tydeliggjøre nasjonale kvalitetskrav til sykehus. I dag stiller de regionale helseforetakene faglige krav til sykehusene i sin region, men kravene er ikke alltid samordnet nasjonalt. Mange fagmiljøer utarbeider også egne retningslinjer og kvalitetskrav på sine områder. Regjeringen foreslår derfor at det utarbeides nasjonale kvalitetskrav til utvalgte behandlingstilbud i sykehusene på områder der det er behov for sterkere kvalitetssikring. Kvalitetskravene skal være i tråd med overordnede føringer og rammer fastsatt av Stortinget. Kravene skal

omfatte alle typer sykehus og skal ta utgangspunkt i tverrfaglige og helhetlige pasientforløp. Kvalitetskravene skal utarbeides av Helsedirektoratet i nært samarbeid med pasienter, fagmiljøer, interesseorganisasjoner og helseregionene. Valg av tjenester må ta utgangspunkt i områder der det er antatt variasjon i kvalitet, eller der det er behov for å støtte regional oppgavefordeling.

Det foreslås å innføre en godkjenningsordning for behandlingstilbud som skal tilbys få steder i hver helseregion. Dette vil bety at dagens system for godkjenning av nasjonale behandlingstjenester utvides til å omfatte godkjenning av regionale behandlingstjenester som kan lokaliseres fra 0–3 steder i hver helseregion, det vil si fra 4–12 steder i landet. Den nasjonale beslutningsmyndigheten foreslås flyttet fra departementet til Helsedirektoratet for å sikre et klart skille mellom politiske og faglige beslutninger.

Fagfolk etterlyser mer planmessige gjennomgang av faglig kvalitet og behandlingsresultater ved sykehusene. Regjeringen ønsker derfor å legge til rette for et system med fagrevisjoner i sykehusene. Det skal etableres et nasjonalt nettverk for fagrevisjon som skal utvikle kompetanse og bistå med læring og erfaringsoverføring.

Boks 5.5 Regjeringen vil

- fortsette arbeidet med å utvikle gode og relevante mål på kvalitet og pasientsikkerhet i sykehusene
- innføre nasjonale kvalitetskrav til behandlingstilbud og nasjonal godkjenning av regionale behandlingstjenester
- innføre et system med kvalitetssertifisering av sykehusene og utrede hva slags sertifiseringsordning som vil skape mest verdi
- etablere et nasjonalt nettverk for fagrevisjoner i sykehus

5.6 Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus

Regjeringens mål

Regjeringens mål er at alle pasienter skal få trygge og gode helsetjenester uavhengig av hvor i landet de bor. Dette målet skal realiseres i vårt langstrakte og ujevnt befolkede land med krevende klima og kommunikasjonsforhold.

Regjeringen ønsker å opprettholde og videreutvikle en desentralisert sykehusstruktur i Norge.

Dagens små lokalsykehus har kvaliteter som det er viktig å bevare. Deres rolle skal trygges og videreutvikles. Grunnleggende lokalsykehusfunksjoner er å ivareta pasienter som innlegges ofte, pasienter med kroniske sykdommer, eldre pasienter og pasienter som følges opp av spesialisthelsetjenesten over lang tid. På områder der pasientvolumet er stort nok kan de små sykehusene levere tjenester av like god, og i en del tilfeller bedre kvalitet enn store sykehus. Det forutsetter at alle sykehus har kompetent og trent personell. Regjeringen vil arbeide for at flere oppgaver desentraliseres til mindre sykehus, når tjenesten kan leveres med god kvalitet.

Opgavedeling mellom sykehus er nødvendig for å øke kvaliteten på behandlingen. I en situasjon hvor personell og kompetanse er begrenset, kan oppgavedeling bidra til at den samlede kapasiteten blir bedre utnyttet. Regjeringen mener at noen akutte og spesialiserte funksjoner krever et større befolkningsgrunnlag enn enkelte sykehus har i dag. En sentralisering av behandlingstjenester er allerede gjennomført på områder der det er dokumentert sammenheng mellom pasientvolum og resultat, for eksempel for deler av kreftkirurgien. Flere fagområder bør gjennomgås for å få en optimal oppgavedeling.

Hensiktsmessig oppgavedeling forutsetter godt samarbeid. Hver enkelt sykehusenhet må være del av et nettverk som samarbeider om pasientforløp, utdanning av helsepersonell, bemanning og hospiterings- og ambuleringsordninger.

Med de foreslåtte prinsippene for oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus, ønsker regjeringen å legge til rette for at pasientene får den samme trygge og gode behandlingen, uansett hvilket sykehus de blir behandlet ved. Pasienter som blir akutt syke, skal føle seg trygge på å få rask, god og kompetent hjelp, selv om dette ikke alltid skjer ved nærmeste sykehus.

Regjeringen ønsker at pasientens behov skal være styrende for hvordan vi organiserer sykehusene og hva slags oppgavedeling det skal være mellom sykehus i framtiden. Pasienter med vanlige sykdommer, kroniske tilstander, psykiske helseproblemer og rusavhengighet skal få flest mulig tjenester lokalt. Det er regjeringens mål å videreutvikle den desentraliserte delen av spesialisthelsetjenesten med mer vekt på ambulante og polikliniske tjenester. Her vil samhandling med kommunenes helse- og omsorgstjeneste være avgjørende for at både primær- og spesialisthelsetjenesten kan gi et samlet, godt og lokalt basert tilbud.

Regjeringen vil legge stor vekt på hensynet til kvalitet og faglig trygghet i den framtidige oppga-

vedelingen mellom sykehus. Sentralisering for å oppnå mer optimalt pasientvolum må alltid veies mot andre hensyn, som reisetider mellom sykehus og andre lokale forhold. Regjeringen vil legge til rette for at den faglig beste organiseringen må vurderes i hvert enkelt tilfelle og avklares gjennom gode lokale prosesser i helseforetakene.

Utfordringer og muligheter

Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene

Norske sykehus har svært ulik størrelse. Befolkningen i sykehusenes opptaksområder varierer fra 10–15 000 til nesten 500 000 innbyggere. Mange sykehus er små, og halvparten av sykehusene har et opptaksområde på under 50 000 innbyggere.

Det er forskjell på befolknings sammensetningen i byer og mer spredt befolkede områder. Unge mennesker og innvandrere bosetter seg først og fremst i byene. Utfordringene i distriktene er i første rekke knyttet til utviklingen i antall eldre. Sykehusenes innhold vil derfor måtte være forskjellig, tilpasset størrelse, beliggenhet og befolkningens behov for helsetjenester.

Vi har mange små sykehus i Norge som tar imot og behandler akutt skadde og syke pasienter. Regjeringen ønsker å bevare flest mulig av dem som akutt sykehus. Store pasientgrupper som pasienter med pustebesvær, hjertesykdommer og hjerneslag trenger fortsatt et akutt tilbud i nærheten. Men ved mange av de minste sykehusene vil det være vanskelig å opprettholde dagens akutt tilbud i framtiden.

For de kirurgiske spesialitetene skjer det en økende spesialisering og sentralisering. Stadig færre kirurger har så bred kompetanse at de kan operere et stort spekter av akutt kirurgiske tilstander. De gamle «tusenkunstnere» er på vei ut, og dette er en trend som vil forsterkes i årene som kommer. Mage-tarmkirurgene vil i framtiden være de som er nærmest til å ha en bred generell kompetanse. I områder med små lokalsykehus blir i dag mer enn halvparten av akutt kirurgiske pasienter som trenger operasjon, innlagt på annet sykehus enn eget lokalsykehus. De minste sykehusene har i gjennomsnitt tre kirurgiske akuttinnleggelses og utfører ett akutt kirurgisk inngrep i døgnet, og de mottar én alvorlig skadd pasient i løpet av ett år. Selv om det totale antallet akutte pasienter er lavt og det utføres få akutte operasjoner, er sykdomsbildet variert, og det er behov for ulike typer kirurgisk kompetanse. Utfordringen for de mindre sykehusene blir derfor å ha nødven-

dig kompetanse til stede for å kunne håndtere alle typer akutte problemstillinger til alle døgnetimer.

Regjeringen vil at det fortsatt skal være planlagt kirurgi på lokalsykehusene. Men det kirurgiske tilbudet må være tilpasset behovet, både lokalt og for de sykdommene der det er lange ventelister nasjonalt. Planlagt kirurgi må fordeles bedre mellom sykehusene. Kirurgene på lokalsykehus må ha en kompetanse som er tilpasset den aktiviteten som skal foregå på dagtid. Det vil ikke være mulig å opprettholde et bredt akutt kirurgisk tilbud basert på en vaktordning med 6–8 mage-tarmkirurger på alle norske sykehus i årene som kommer.

I indremedisin er situasjonen annerledes. Her har det også skjedd en spesialisering og sentralisering av visse akutte sykdommer, for eksempel akutt hjerteinfarkt, men samtidig er det fortsatt stort behov for bred, generell kompetanse. De mange eldre med kroniske sykdommer, mange diagnoser og mange medikamenter trenger leger som kan forstå og behandle denne helheten. Utdanningen av indremedisinere må derfor fortsatt ivareta balansen mellom generell og spesialisert kompetanse.

Utfordringene med spesialisering av kirurgien og små pasientvolum ved mindre sykehus har vært kjent i mange år, og har vært utredet flere ganger, blant annet i NOU 1998: 9 *Hvis det haster*, og i rapporten *Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede* fra 2007, levert av en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Begge disse utredningene foreslo en differensiering av akuttfunksjonene ved sykehusene, slik at de minste sykehusene skulle ha akuttfunksjon i indremedisin, men ikke i kirurgi. Begge utredningene anbefalte at en indremedisinsk akuttfunksjon måtte støttes av akuttfunksjon i anestesi.

I forbindelse med arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan har to faglige rådgivningsgrupper uttalt seg om det framtidige akutt tilbudet i sykehus. Begge gruppene har anbefalt en samling av det akutt kirurgiske tilbudet ved færre sykehus. Begge gruppene støttet at mindre sykehus kunne ha akuttfunksjon i indremedisin.

Helsedirektoratet har i sitt innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan konkludert med at vi bør utvikle virkemidler som gjør det mulig å videreføre et desentralisert indremedisinsk tilbud for pasientene ved små sykehus, uten at det samme sykehuset skal tilby akutt kirurgi.

Et sykehus med indremedisinsk akuttberedskap støttet av anestesi, vil kunne ta imot og

behandle pasienter med de hyppigst forekommende akutte tilstander, for eksempel akutt pustebesvær, infeksjoner og akutt hjerneslag. I en befolkning med økende antall eldre er det viktig at lokalsykehusene kan gi behandling til disse pasientgruppene. Overføring av planlagt kirurgi fra store til små sykehus vil sikre aktivitet ved mindre lokalsykehus og tilstrekkelig kapasitet på større sykehus til å håndtere et økt antall akuttpasienter.

Begge de to rådgivningsgruppene anbefalte at sykehus med akuttkirurgisk funksjon bør ha et opptaksområde på minst 80–100 000 innbyggere. Anbefalingen er basert på det en vet om forholdet mellom volum og kvalitet, kunnskap om den faktiske akuttkirurgiske aktiviteten ved sykehus av ulik størrelse, og grupped medlemmenes egne erfaringer. En nedre grense for opptaksområdet for akuttkirurgi på 100 000 innbyggere vil berøre så mange som 35 av 51 akuttsykehus. Regjeringen vil derfor, med bakgrunn i dagens sykehusstruktur, foreslå en veiledende grense for akuttkirurgi på 60–80 000 innbyggere. Det er forslått et spenn og ikke en absolutt grense fordi det alltid vil måtte gjøres skjønnsmessige vurderinger. Det bør for eksempel stilles høyere krav til opptaksområde for et sykehus med kort avstand til nærmeste større akuttsykehus enn til et sykehus der avstanden er stor. I enkelte deler av landet vil forhold som klima, kommunikasjon/transport og avstand til nærmeste større akuttsykehus innebære at akuttkirurgi må opprettholdes, selv om opptaksområdet er under 60–80 000 innbyggere.

I dag preges samarbeidet mellom sykehus til en viss grad av konkurranse og rivalisering. Regjeringen vil at den faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehusene i et helseforetak og mellom helseforetakene i helseregionen skal styrkes og bli mer forpliktende. Nettverkene skal sikre god oppgavefordeling. Videre skal de sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringsordninger. Resultatet skal bli kvalitet i alle ledd og gode og sømløse pasientforløp. Helse Førde og Universitetssykehuset i Nord-Norge er eksempler som viser betydningen av felles konferering og bruk av telemedisin ved motak av akutt syke pasienter. Slike systemer må videreutvikles slik at de kan understøtte bedre oppgavefordeling mellom sykehusene.

Regjeringen har foreslått å stille nasjonale kvalitetskrav til utvalgte behandlingstilbud, og å innføre en godkjenningsordning for behandlingstilbud som skal finnes få steder i hver helseregion. Det vil være naturlig å se på tilbudet til akutt syke pasienter i denne sammenheng.

De nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet er nedfelt i stortingsmeldingen *En gledelig begivenhet* (2008–2009) og i Helsedirektoratets veileder *Et trygt fødetilbud* fra 2011. Disse kravene ligger fast. Dette innebærer at helseforetakene må sikre at fødeavdelingenes behov for støttefunksjoner er dekket. Det må være anestesilege og anestesiteam tilgjengelig på døgnbasis, samt operasjonspersonell for akutte hendelser og keisersnitt.

Sykehusstruktur og ambulansetjenester må ses i sammenheng. Dersom det skal gjøres endringer i akuttberedskapen ved sykehus, må det samtidig gjøres en gjennomgang og styrking av bil-, båt og luftambulansetjenesten. Den må ha nødvendig kapasitet, kompetanse, utstyr og tilgjengelighet til å kunne håndtere at flere pasienter må stabiliseres lokalt og transporteres videre til annet sykehus.

Regjeringen vil at de foreslåtte prinsippene for bedre oppgavedeling og samarbeid skal legges til grunn i de regionale helseforetakenes og helseforetakenes planarbeid framover. Dette vil innebære at strategier og planer må oppdateres. Som grunnlag for å gjennomføre endringer og tiltak, skal helseforetakene utarbeide utviklingsplaner. Utviklingsplanene er en operasjonalisering av overordnede planer og strategier som gir et framtidssbilde av utviklingen for helseforetakets virksomhet og bygninger. Utviklingsplanene skal vise mulige endringer i oppgavefordeling og sykehusstruktur, aktivitet, kapasitetsbehov, organisering og driftsøkonomi, konsekvenser av slike endringer og alternative løsninger. Vesentlige endringer, som differensiering av akuttfunksjoner mellom sykehus kan ikke skje uten forsvarlig utredning av konsekvensene og gjennom gode lokale planprosesser der også kommunene blir hørt. For å understøtte at endringer i virksomheten er i tråd med nasjonale føringer, vil det utarbeides en egen veileder for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner. Videre legges det til grunn at det gjennomføres eksternt kvalitetssikring av utviklingsplanene.

Betegnelser på ulike typer sykehus

I dag brukes flere betegnelser på ulike typer sykehus og spesialisthelsetjenester uten at det alltid er klart hva disse sier om virksomhetens innhold. Betegnelsen lokalsykehus brukes for eksempel både om store og små sykehus, og gir ingen presis beskrivelse av hvilke tjenester som tilbys.

Betegnelsen universitetssykehus skal fortsatt brukes om sykehus som er godkjent etter for-

skrift 17. desember 2010 nr. 1706 om godkjenning av sykehus.

Den medisinske utviklingen gir stadig bedre muligheter for å gi spesialisthelsetjenester uten at pasienten behøver å overnatte. Godkjenning som sykehus etter spesialisthelsetjenesteloven krever at virksomheten har tilbud om overnatting. Regjeringen vil foreslå å endre spesialisthelsetjenesteloven, slik at en virksomhet i framtiden kan godkjennes som sykehus selv om den ikke driver spesialisthelsetjenester på døgnbasis. Forutsetningen må være at det gis spesialisthelsetjenester i et slikt omfang og med en slik kompleksitet at det er naturlig å betegne det som sykehusvirksomhet.

Videre utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester

I enkelte deler av landet er det etablert større helseinstitusjoner utenfor sykehus der det ytes spesialisthelsetjenester. Oftest er disse spesialisthelsetjenestene samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester og går under navn som distriktsmedisinske sentre, lokalmedisinske sentre eller sjukestugu.

Regjeringen ønsker at tilbud om desentraliserte spesialisthelsetjenester skal videreutvikles. Dette vil gi mange pasienter kvalitetsmessig gode tjenester i nærområdet, og spare dem for belastende reiser til sykehus. Samlokalisering med kommunale tjenester gir også en større mulighet til å etablere helhetlige pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Boks 5.6 Regjeringen vil foreslå følgende betegnelser på sykehus for å tydeliggjøre innholdet og gjøre begrepsbruken mer enhetlig

- Betegnelsen *regionsykehus* skal brukes om det ene sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hovedsykehus. De fire regionsykehusene er Universitetssykehuset i Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Disse sykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen.
- Betegnelsen *stort akuttisykehus* brukes om sykehus med opptaksområde på mer enn 60–80 000 innbyggere, og som har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter.
- Betegnelsen *akuttisykehus* brukes om sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset *kan* ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.
- Betegnelsen *sykehus uten akuttfunksjoner* brukes om sykehus med planlagt behandling som ikke har akuttfunksjoner.

Boks 5.7 Regjeringen vil legge følgende prinsipper til grunn for bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene:

- Det skal fortsatt være en desentralisert og differensiert sykehusstruktur i Norge. En ryggrad av akutt sykehus er nødvendig for å sikre beredskap og øyeblikkelig hjelp.
- Funksjoner skal samles når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentraliseres når det er mulig – for å gi et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet.
- For pasienter med behov for mer spesialiserte akutte tjenester, vil behandlingstilbudet som hovedregel være ved store akutt sykehus. Dette betyr at over tid vil færre sykehus enn i dag ha akutt kirurgi. Anbefalt nedre grense for opptaksområdet for akutt kirurgi på 60–80 000 innbyggere tas inn som en av flere føringer i denne vurderingen. Faktorer som geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold skal også tillegges stor vekt.
- Andre akutt sykehus skal behandle pasienter med vanlige tilstander som har behov for øyeblikkelig hjelp i sykehus.
- De nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet som er nedfelt i Stortingsmeldingen *En gledelig begivenhet* (2008–2009) og i Helsedirektoratets veileder *Et trygt fødetilbud* fra 2011 ligger fast. Ved endringer i tjenestetilbudet må det sikres at fødeavdelingenes behov for faglige støttefunksjoner er dekket.
- Vesentlig endring i oppgavedeling mellom sykehus må avklares i lokale prosesser der kommunene også skal høres.
- Det skal utarbeides et eget kvalitetssikrings-system for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner, i form av en veileder, for å understøtte at endringer i virksomheten er i tråd med nasjonale føringer og sikre at det er gjennomført gode lokale prosesser.
- Stille krav om forpliktende nettverk mellom sykehus og helseforetak i helseregionene. Nettverkene skal sikre hensiktsmessig oppgavefordeling. De skal også sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambulansordninger.
- Sykehusstruktur og ambulansetjenester må sees i sammenheng. Endret oppgavefordeling må følges av nødvendig styrking av ambulansetjenesten.
- Desentraliserte spesialisthelsetjenester, gjerne samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester, skal videreutvikles for å gi gode tjenester i nærmiljøet og helhetlige pasientforløp.

5.7 Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Regjeringens mål

Endringer i akutttilbudet ved små og store sykehus forutsetter styrking av kapasiteten og kompetansen i de akuttmedisinske tjenestene, og gjør det nødvendig med bedre samordning og utnyttelse av ressurser mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Regjeringens mål er å sikre et sammenhengende system for akutte tjenester i og utenfor sykehus som gir tilstrekkelig trygghet og kvalitet i hele landet. Befolkningen skal kunne føle seg trygg på å få kompetent og rask hjelp i akutte situasjoner.

Utfordringer og muligheter

De akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus består av legevakt, nødmeldetjeneste (AMK- og legevaktsentral), samt bil-, båt- og luftambulansetjeneste. De regionale helseforetakene har ansvar for AMK-sentralene (akuttmedisinske kommunikasjonsentraler) og bil-, båt- og luftambulansetjenesten. Kommunene har ansvar for legevakt og kommunal legevaktsentral.

Kommunale øyeblikkelig hjelp tjenester omfatter også fastlegene og kommunale akutte døgnplasser.

Ambulansetjenesten har en avgjørende rolle i akuttberedskapen. De senere årene er det utviklet prehospitale behandlingssopplegg for akutte sykdoms- og skadetilstander som tidligere bare ble gitt i sykehus, for eksempel behandling av pasienter med symptomer på akutt hjerteinfarkt og hjer-

neslag. På en rekke områder utvikles det diagnostiske hjelpemidler som for eksempel hurtigtester, ultralyd, videoassisterte teknikker og prosedyrer, og mobile røntgen-/CT-løsninger. På sikt vil disse kunne tas i bruk ved akutte sykdoms- eller skadetilstander utenfor sykehus.

Det har vært stor aktivitetsvekst i ambulansetjenesten de siste årene. Antall bilambulanseoppdrag har i følge SSB økt med 42 prosent fra 2002 til 2013. Årsakene til aktivitetsveksten er sammensatte. Dels skyldes det befolkningsøkning og økte forventninger i helsetjenesten og befolkningen, dels skyldes det endringer i legevaktssystemet med større legevaktstasjoner og færre leger som drar på hjemmebesøk. Det er også en utfordring at ambulansetjenesten har en stor andel transportoppdrag. I sentrale strøk har aktivitetsøkningen gitt kapasitetsproblemer noen steder. I mer spredt bebygde områder er det lange transporttider som medfører fravær fra ambulansestasjonen med tilsvarende redusert beredskap. Noen steder er det få oppdrag, noe som gir utfordringer med å vedlikeholde kompetansen til de ansatte. Tilstedeværelse av ambulanse er viktig for at befolkningen kan oppleve trygghet. Lokalisering av ambulansestasjoner innebærer vanskelige avveininger i forholdet mellom god faglig kvalitet på tjenesten og kortest mulig responstid.

Ambulansetjenesten har blitt en mer kompetent og profesjonell tjeneste, og en større andel av personellet er fagutdannet. Ambulansefaget i videregående opplæring og ambulansarbeideren som yrkeskategori utgjør fortsatt grunnmuren i tjenesten, men det er behov for ytterligere kompetanseheving. Helseforetakene har satset tungt på videre- og etterutdanning, og det samarbeides med flere høgskoler som har etablert ulike videreutdanningstilbud for ambulanspersonell. Det er foreslått å etablere nasjonale pilotprosjekter for utprøving av bachelorstudium ambulansfag, og regjeringen vil følge opp dette.

Fagmiljøene i prehospitale tjenester etterlyser større grad av nasjonal standardisering og flere nasjonale retningslinjer for akuttmedisin.

Samtidige endringer i legevaktstruktur med færre og større legevaktstasjoner, endret oppgavedeling mellom sykehus og en viss sentralisering av ambulansestasjoner i deler av landet skaper utfordringer for den samlede akuttberedskapen. Lokalisering og dimensjonering av legevaktstasjoner og ambulansestasjoner må sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner må derfor utvikles og konkretiseres slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy.

Legebemannet ambulanse og luftambulanse er en høykompetent tjeneste med helsepersonell som er faglig forankret i sykehusenes anestes- og intensivmiljøer. Luftambulansetjenesten har en sentral oppgave i å stabilisere og transportere akutt syke pasienter. Tjenesten skal sikre at pasientene får avansert behandlingstilbud ved tidskritiske tilstander, selv om avstanden til sykehus er lang. Ambulanshelikoptrene er imidlertid sårbare for ugunstige værforhold, og hvert år avvises eller avbrytes i underkant av 10 prosent av alle påbegynte oppdrag fordi været ikke tillater flygning. For luftambulansebaser som ligger i områder med krevende geografi og klima, er tallet høyere. Ambulanseflyene er mindre sårbare for krevende værforhold enn helikoptrene.

Med dagens basestruktur og fly- og helikopterkapasitet blir 80 prosent av primæroppdragene gjennomført med en flytid på under 30 minutter. Dette tallet er fra 2011 før åpningen av Evenesbasen i Troms i 2015. Det har vært stilt spørsmål ved om antall baser og kapasiteten i tjenesten er tilstrekkelig til å dekke behovet. Luftambulansetjenesten må derfor gjennomgå særskilt som en del av planleggingen av det akuttmedisinske tilbudet regionalt og lokalt.

Evalueringsrapporten etter 22. juli 2011 viste behov for mer enhetlig koordinering av ambulanshelikoptrene. Det er besluttet at alle ambulanshelikoptrene i Helse Sør-Øst i fremtiden skal følges av AMK Oslo og Akershus. AMK Tromsø skal følge både helikoptret i Tromsø og Evenes.

I løpet av de siste ti årene er antallet AMK-sentraler redusert, og flere regionale helseforetak har nylig gjennomgått og gjort endringer i AMK-strukturen. Det har vært nødvendig for å sikre god nok bemanning og gjennomføring av opplæring og øvelser. Det har vært en jevn økning i antall henvendelser til AMK-sentralene de senere årene. Aktivitetsveksten berører nær sagt alle AMK-sentralene og har vært større enn befolkningsveksten i samme periode.

Departementet har satt i gang en utredning for optimal organisering av nødmeldetjenesten. Utredningen skal være ferdig sommeren 2016.

Utbyggingen av Nødnett som et felles avlyttingssikkert radiosamband for nød- og beredskapsstatene politi, brannvesen og helsetjenesten, er en viktig modernisering av infrastrukturen i nødmeldetjenesten. Nødnett har stort potensial for å gi bedre samarbeid mellom nødetatene og høyere kvalitet på arbeidet i hele den akuttmedisinske kjeden. Helsetjenesten i Sør-Øst og Midt-Norge har nå tatt Nødnett i bruk. I løpet av høsten 2015 og i 2016 vil nødnettet bli tatt i bruk i hele landet.

Regjeringen oppnevnte et offentlig utvalg høsten 2013 for å gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade. Utvalgets delrapport fra høsten 2014 har vært på høring.

Utvalget har foreslått en tydelig nasjonal strategi for å møte utfordringene med blant annet felles planer for kommuner og helseforetak, et kvalitetsløft for bedre kompetanse, mer forskning og kvalitetsmåling, mer kunnskap om sammenheng mellom endringer i sykehusstruktur og legevakt og behov for større kapasitet i prehospitaltjenester. Utvalget skal avgi endelig rapport 4. desember 2015.

Boks 5.8 Regjeringen vil

- at utredninger av endret oppgavedeling mellom sykehus skal omfatte prehospitaltjenester, og sikre at disse har nødvendig kapasitet og kompetanse
- at kapasitet og basestruktur for luftambulansetjenesten i helseregionen skal gjennomgås i lys av føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan og akuttutvalgets endelige rapport med tilbakemelding til Stortinget i Prop. 1 S (2017–2018)
- at de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner skal utvikles og konkretiseres, slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy for akuttmedisinske tjenester
- styrke kompetansen til analyse, forskning og utviklingsarbeid i akuttmedisin ved å etablere et fagnettverk med utgangspunkt i eksisterende kompetansemiljøer
- etablere flere nasjonale retningslinjer, veiledere og standarder på det akuttmedisinske området
- igangsette nasjonale pilotprosjekter for utdanning på bachelornivå ambulansesfag

6 Gjennomføre Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

Departementets helhetlige styring ivaretas gjennom formidling av det helsepolitiske oppdraget, finansiering og eierstyring. Eierstyringen utøves gjennom vedtekter, oppnevning av styrer og krav i foretaksmøte. Det stilles årlige økonomiske og organisatoriske krav og rammer i foretaksmøtet i løpet av årets to første måneder. Det årlige oppdragsdokumentet gir den formelle tildeling av foretakenes ressurser, utdyper målkrav, gir prioriteringer og setter strategiske resultatkrav – også kalt den helsepolitiske bestillingen.

Regjeringen legger opp til et tydeligere skille mellom politiske og faglige beslutninger. De regionale helseforetakene og helseforetakene vil i planperioden ha ansvar for å planlegge og gjennomføre det utviklings- og omstillingsarbeidet som er nødvendig for å imøtekomme de overordnede prinsippene og gjennomføre tiltakene som foreslås.

6.1 Mer nasjonal styring og samordning av spesialisthelsetjenesten

Regjeringen ønsker i større grad å vektlegge nasjonal styring og koordinering på tvers av regionene. Etter regjeringens syn vil dette bidra til større likhet i tjenestetilbudet, bedre samordning og ressursutnyttelse. Klarere nasjonale rammer vil gi et bedre grunnlag for utøvelsen av en desentralisert tjeneste. Følgende to grep står sentralt i den nasjonale styringen:

- styrke Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan
- mer regionovergripende samordning og organisering på utvalgte områder

Styrke Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan

Regjeringen har vedtatt organisatoriske endringer i helseforvaltningen fra 1. januar 2016 som styrker Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan.

Direktoratet skal ha et mer helhetlig ansvar for nasjonal helseberedskap, blant annet ved at Statens strålevern blir organisert som en etat i Helsedirektoratet. For å effektivisere arbeidet med autorisasjon og godkjenning av helsepersonell, flyttes Statens autorisasjonskontor for helsepersonell inn i Helsedirektoratet. Helsedirektoratet har et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og videreutvikle nasjonale kvalitetsindikatorer og nasjonale faglige retningslinjer. Folkehelseinstituttet får, som ledd i organisasjonsendringene, utvidet sitt samfunnsoppdrag til å omfatte kunnskapsproduksjon for helse- og omsorgstjenesten. Instituttet skal utvikles til å bli en tydeligere kunnskapsstøtteorganisasjon for Helsedirektoratets faglige og normerende rolle.

Det er vedtatt å opprette et eget direktorat for bedre organisering og sterkere nasjonal styring av e-helsefeltet i helse- og omsorgssektoren fra 2016. Direktoratet for e-helse skal ta ansvar for nasjonal koordinering og styring på IKT-feltet i sektoren, herunder styring, gjennomføring og forvaltning av nasjonale IKT-prosjekter. Dette omfatter også ansvar for forvaltning og utvikling av lover, forskrifter og IKT-standarder.

Regjeringen ønsker sterkere nasjonal styring av oppgavefordelingen mellom sykehusene og samtidig klare og enhetlige nasjonale kvalitetskrav til ulike behandlingstilbud.

Det foreslås i helseplanen å utvide dagens system med godkjenning av nasjonale behandlingstjenester til også å omfatte godkjenning av regionale behandlingstjenester. Den nasjonale beslutningsmyndigheten foreslås flyttet fra departementet til Helsedirektoratet for å sikre et klart skille mellom politiske og faglige beslutninger.

De regionale helseforetakene og helseforetakene skal legge de nasjonale kvalitetskravene på vedtatte fagområder til grunn for planlegging og oppgavefordeling mellom sykehusene. Helsedirektoratet vil fatte endelig vedtak om fordelingen av regionale og nasjonale behandlingstjenester.

Regjeringens forslag til ny modell for spesialitetstruktur og organisering av spesialistutdanningen for leger legger et tydeligere, helhetlig myndighetsansvar til Helsedirektoratet. Syke-

husenes organisering, behandlingstilbud og vaktordninger henger sammen med legenes spesialistutdanning og spesialisetsstruktur, og blir sett i sammenheng. Det er også sammenheng mellom kvaliteten i legespesialistutdanningen og behandlingsskvalitet og pasientsikkerhet. Helsedirektoratets ansvar for arbeidet med legespesialistutdanningen og spesialisetsstrukturen er et viktig tiltak som inngår i regjeringens ambisjoner om mer helhetlig styring og likeverdig kvalitet på helsetjenestene. Helsedirektoratet har ansvar for å utarbeide årlig rapport om utviklingen i legemarkedet.

Regionovergripende samordning og organisering

Videreutviklingen av nasjonalt samarbeid og bedre samordning på tvers av regionene er en viktig del av den nasjonale helsepolitikken. I helseforetaksloven § 41 er det forutsatt at foretak skal samarbeide med andre når dette er nødvendig for å fremme foretakets formål, eller når det er pålagt eller forutsatt i lovgivning. Foretaket skal også samarbeide med andre når dette er egnet til å fremme de oppgaver og målsettinger som foretaket skal ivareta.

Regjeringen vil i tillegg, gjennom nasjonal organisering, sikre standardisert og effektiv oppgaveløsning av flere oppgaver i spesialisthelsetjenesten.

Målet med regionovergripende samordning og de felles eide selskapene er å styrke og forbedre tilbudet til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet, samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse.

Regjeringen vil etablere et felles eid foretak for samordning av innkjøp innen 1. januar 2016. Spesialisthelsetjenesten kjøper varer og tjenester for om lag 40 milliarder kroner i året. Det er et stort potensial for effektivisering gjennom bedre samordning og standardisering av innkjøp og logistikk. Det nasjonale foretaket skal innlemme regionale ressurser og enheter i et fellesskap med Helseforetakenes innkjøpsservice AS (HINAS) og Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) som ble slått sammen 1. juli 2015.

Regjeringen vil etablere et felles nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning på tvers av de fire regionale helseforetakene for å styrke klinisk behandlingsrettet forskning. Programmet skal understøtte kliniske studier som gjennomføres parallelt i sykehus på tvers av helseregionene (kliniske multisenterstudier), og studier på effekt

Boks 6.1 Felles foretak mellom regionene

Siden 2002 har de regionale helseforetakene etablert flere felles eide selskaper og foretak for å løse oppgaver på tvers av regionene, blant annet Luftambulansetjenesten ANS, Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (Pasientreiser ANS) og Helseforetakenes driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF).

Nasjonal IKT HF er et helseforetak for strategisk samarbeid på IKT-området i spesialisthelsetjenesten. Det ble etablert i januar 2014 og eies av de regionale helseforetakene i fellesskap. De regionale helseforetakene skal fortsette arbeidet med å konsolidere og standardisere regionale IKT-systemer, koordinere tiltak med andre aktører i helsesektoren, bidra i utviklingen av nasjonale IKT-løsninger og støtte Helsedirektoratets myndighetsrolle på IKT-feltet.

Sykehusbygg HF ble etablert høsten 2014 for å sikre bedre samordning på eiendomsområdet. Det felles eide helseforetaket har ansvar for analyse, systematisering og formidling av kompetanse og erfaringer samt å tilby rådgivning og byggherrefunksjoner ved gjennomføring av sykehusprosjekter. Dette skal sikre større grad av standardisering av nye sykehus. Regjeringen vil utrede hvordan Sykehusbygg HF skal utvikles videre med sikte på et helhetlig ansvar for bygging og drift av helsebygg.

Helseforetakenes innkjøpsservice AS (HINAS) ble etablert i 2003 og er innkjøpsselskap for de regionale helseforetakene. HINAS koordinerer nasjonale innkjøpsavtaler for helseforetakene i Norge. Målet er å skape gevinster for sykehusene. Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS) ble etablert som en felles innkjøpsordning for landets sykehus allerede i 1995. Formålet er å legge grunnlag for avtaler om kjøp og levering av legemidler og andre apotekvarer etter oppdrag fra helseforetak og dermed redusere kostnader for disse produktene.

av ulike behandlingsmetoder ved bruk av blant annet nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Etablert tverrregionalt samarbeid om tjenesteforskning og innovasjon mellom de fire regionale helseforetakene skal videreføres.

6.2 Planlegging og utvikling i spesialisthelsetjenesten

Regjeringen legger til grunn at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal planlegges og dimensjoneres med utgangspunkt i geografiske helseregioner.

Spesialisthelsetjenesten skal gjennomføre den nasjonale helsepolitikken i tråd med de føringene som gis i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Statistisk sentralbyrå (SSB), Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har bidratt i arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan med å utvikle bedre datagrunnlag for framskrivinger. Det foreligger nå for første gang et felles datagrunnlag, omforent metode og en felles modell for planlegging og dimensjonering av behovet for spesialisthelsetjenester og bemanning. Nasjonal bemanningsmodell kan anvendes på ulike nivåer; medisinske fagområder, opptaksområder for helseforetak og helseregioner.

Regjeringen legger til grunn at de regionale helseforetakene og helseforetakene reviderer sine planer i tråd med føringene som følger av Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan. For å understøtte at endringer i virksomheten er i tråd med nasjonale føringer, vil det utarbeides en egen veileder for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner og en ordning for ekstern kvalitetssikring av utviklingsplanene. Planene må innarbeide nasjonale krav og føringer fra Helsedirektoratet og andre myndighetsorganer.

Regjeringen vil også stille tydeligere krav til helseforetakene om å drive strategisk personell- og kompetanseplanlegging og synliggjøre utdanningsvirksomheten i sykehusene som grunnlag for myndighetenes samarbeid om dimensjonering, innhold og kvalitet i helsefagutdanningene.

Vesentlige endringer og tiltak som ønskes gjennomført i et helseforetak, skal være forankret i en utviklingsplan og i regionenes overordnede planer, jf. omtalen i kapittel 21.

Nødvendige endringer må gjennomføres innenfor de økonomiske rammene som gjelder for de regionale helseforetakene til enhver tid. Hvor raskt tiltak kan eller bør gjennomføres avhenger blant annet av bemanningssituasjonen, hvilke lokasjoner helseforetakene har, bygningsmassens tilstand, geografi og bosettingsmønster, avstand- og reiseveier, kapasiteten i akuttmedisinske tjenester og samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Nasjonale helsemyndigheter har ansvar for likeverdige helsetjenester til den samiske befolkning

Nasjonale helsemyndigheter har det overordnede ansvaret for likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen og skal sørge for at det samiske perspektivet i helsepolitiske satsinger, nasjonale planer og strategier ivaretas. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helse Nord RHF et særlig ansvar for å sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Helse Nord RHF skal ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen innenfor de rammer og prinsipper som framgår av Nasjonal helse- og sykehusplan. Helse Nord RHF ivaretar nødvendig samhandling og koordinering med øvrige helseregioner, slik at den samiske befolkningens behov for spesialisthelsetjenester blir godt ivaretatt, og at kompetanse om samisk helse, kultur og språk blir gjort tilgjengelig også i andre deler av landet.

6.3 Ledelse

Gjennomføring av Nasjonal helse- og sykehusplan er avhengig av kompetente og engasjerte medarbeidere og dyktige ledere.

Spesialisthelsetjenesten og sykehusene er komplekse kunnskapsorganisasjoner som utfordrer styrene og lederne på alle nivåer i god ledelse. God og tydelig ledelse er viktig for helse, miljø og sikkerhet både for pasienter og medarbeidere. Pasientens helsetjeneste innebærer å flytte makt fra systemet til pasienten. Pasienten skal være en aktiv og likeverdig partner. Det innebærer nye krav til ledelse i sykehusene.

Ledernes oppmerksomhet må rettes mer mot hvordan pasientene opplever behandlingen og hvordan en får til helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten. Spesielt viktig er rollen til de lederne som står nærmest det pasientrettede arbeidet. Ledere må stille krav til og følge med på arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet innenfor sine ansvarsområder. Det må oppleves trygt å melde fra om uønskede hendelser og være åpen om egne feil. Åpenhet er en forutsetning for tillit fra pasientene og i befolkningen. Lederne må støtte den enkelte ansatte og gi konstruktive tilbakemeldinger. Lederen må også sikre at tiltak for bedre kvalitet, pasientsikkerhet og pasientopplevelse eies av de ansatte. Å gi god behandling og omsorg er en sterk drivkraft for helsepersonell. Det må lages rammer som gjør at helsepersonell

let opplever at de er i stand til å gi trygg og god helsehjelp.

Mer utredning og behandling vil gjøres i tverrfaglige team på tvers av avdelinger og institusjoner. Det er viktig at ansvarsforholdene i team er klart definert, slik at teamet kan fatte nødvendige beslutninger.

Det er ledelsens ansvar å sørge for at alle deler av virksomheten er rettet inn mot å ivareta de styringskrav som er stilt, innenfor de økonomiske rammer som er gitt. Det er avgjørende at ledere på alle nivåer fra administrerende direktør til førstelinjeleder, tar dette ansvaret. Departementet har de seneste årene stilt krav om økt kvalitet og effektivitet når det gjelder pasientbehandling, kvaliteten på behandlingen, pasientsikkerhet, ventetider, fristbrudd, organisering av pasientforløpene samt organisering, planlegging og styring av personalressursene. Dette har direkte konsekvens for utøvelse av ledelse og den daglige driften av sykehusene.

Det formelle grunnlaget for lederansvaret i sykehus er beskrevet i Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv I-2/2013 *Lederansvaret i sykehus*, som særlig tydeliggjør ansvaret ledere på alle nivåer har for kvalitet og pasientsikkerhet. Rundskrivet tydeliggjør det ansvaret ledere på alle nivåer i organisasjonen har for at virksomheten yter forsvarlige helsetjenester og gir den enkelte pasient et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Sykehusenes øverste ledere står relativt fritt når det gjelder den interne organiseringen av sykehuset. Men organiseringen må ivareta kravet til forsvarlig virksomhet og at sykehusene ivaretar sine hovedoppgaver på en effektiv og god måte, i samsvar med faglig praksis og nasjonale faglige retningslinjer.

Ledelsen i sykehusene må

- kontinuerlig vurdere behov for, initiere og gjennomføre nødvendige endringsprosesser (strategisk ansvar)
- ta et helhetlig ansvar for resultater og for at dette skjer innenfor fastsatte rammer (driftsansvaret)
- ta ansvar for alle faggrupper i virksomheten og sikre at arbeidsmiljø og organisasjonskultur er tilpasset oppgavene som skal løses (personalsvaret)
- sikre god kommunikasjon og informasjon internt og eksternt for å fremme gode prosesser, oppgaveløsning, åpenhet og demokrati (kommunikasjonsansvaret)

Det er stilt krav om at styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene minimum en

gang i året skal ha en samlet gjennomgang av virksomheten basert på sammenliknbar statistikk om kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeidet. Gjennomgangen skal bidra til å sikre at ledelsen aktivt støtter dette arbeidet, og at det gjøres sammenlikninger og læringsoverføring både innad og mellom sykehusene.

6.4 Utvikling av finansieringsordningene

Finansieringsordningene må utvikles i takt med endringer i spesialisthelsetjenesten. Dette kan blant annet være økt oppgaveglidning mellom personellgrupper, nye former for digital samhandling, økt bruk av ambulant behandling (det vil si at pasienten mottar tjenesten der «pasienten befinner seg», for eksempel hjemme eller i institusjon), og samarbeidsløsninger med kommunehelsetjenesten. I lys av dette pågår det mye utviklingsarbeid med finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten. I revidert nasjonalbudsjett 2015 ble det varslet innføring av betaling for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og rusbehandling og inkludering av pasienter i psykisk helse og rusbehandling i plikten til øyeblikkelig hjelp, tentativt fra 2017.

I statsbudsjettet for 2016 ble det varslet endringer på tre områder:

- For å legge til rette for endret oppgavedeling mellom helsepersonellgrupper utvides kretsen av helsepersonell som kan utløse innsatsstyrt finansiering (ISF). Det vil legge til rette for bedre bruk av ressursene.
- Det utredes en løsning for aktivitetsbasert finansiering av ambulant virksomhet, inkludert teambaserte løsninger. Argumentet for å inkludere egen finansiering for ambulant virksomhet i de aktivitetsbaserte ordningene er at disse kan ha et høyere kvalitativt innhold enn «vanlige» polikliniske konsultasjoner. Dette må veies mot reduksjonen i den totale aktiviteten en slik inkludering innebærer – siden kostnaden per konsultasjon er høyere for ambulant virksomhet. Deler av en slik løsning kan implementeres fra 1.1.2016. Andre deler vil fordre ytterligere utredning blant annet av rapportering og ansvarsdeling mellom forvaltningsnivåene. Utredningen omfatter både somatiske tjenester og tjenester i psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Det skal legges til rette for at nettbasert behandling kan inkluderes i finansieringssys-

temet for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra og med 2016.

Helsedirektoratet utreder også hvordan dagens takstsystem for poliklinisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan videreutvikles, og hvordan finansieringsordningene kan videreutvikles for å støtte medisinsk praksis som følger av teknisk innovasjon.

6.5 Videreutvikling av styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten

Det framgår av regjeringserklæringen at de regionale helseforetakene skal legges ned. Det offentlige utvalget som ble oppnevnt i oktober 2015, skal legge fram sin tilrådning om framtidig organisering av eierskapet til spesialisthelsetjenesten 1. desember 2016. Regjeringen vil komme tilbake til dette i en egen sak for Stortinget i 2017.

Utvalget skal utrede organiseringen av det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten. Organisering av eierskapet er ett av flere virkemidler i den helhetlige politiske strategiske styringen av sektoren. Organiseringen skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgjengelighet og kvalitet til spesialisthelsetjenester, gjennom effektiv utnyttelse av ressursene som Stortinget stiller til disposisjon. Utredning av hvordan eierskapet best kan organiseres må også ta høyde for tiltakene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

6.6 Oppfølging og gjennomføring av Nasjonal helse- og sykehusplan

Nasjonal helse- og sykehusplan skal være et nasjonalt rammeverk for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Planen vil være førende for regjeringens styring av helseforetakene i planperioden og danne grunnlaget for de mål og eierkrav som gis til de regionale helseforetakene. Oppfølgingen av planen overfor Stortinget skjer gjennom de årlige budsjettproposisjonene. Organiseringen av eierskapet til spesialisthelsetjenesten legges fram for Stortinget i 2017.

Boks 6.2 Regjeringen vil som del av oppfølgingen og gjennomføringen av planen:

- sørge for at de regionale helseforetakene og helseforetakene legger prinsippene for oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene til grunn i sitt planarbeid
- be de regionale helseforetakene og helseforetakene om å legge nasjonale kvalitetskrav til grunn i sin planlegging og oppgavefordeling mellom sykehusene
- arbeide videre for mer nasjonal samordning og styring, herunder utrede hvordan Sykehusbygg HF skal utvikles videre med hensyn til eierskap og forvaltning av bygg
- styrke og effektivisere den nasjonale styringen, koordineringen og organiseringen av IKT-området i helse- og omsorgsektoren ved å opprette et eget direktorat for e-helse fra 1. januar 2016.

Del III

Utdypende omtale av hovedområdene i planen

7 Den nye pasientrollen

Pasientrollen er i endring. Pasienter etterspør i større grad informasjon om egen helse og personlige risikofaktorer. Genetikk og bioteknologi er i rivende utvikling, og enkeltpersoner kan nå bestille avanserte genundersøkelser på internett. Brukere av helsetjenesten forventer både bedre kvalitet og økt innflytelse. Ny teknologi gir pasienter mer ansvar og kontroll. Å skape pasientens helsetjeneste medfører endringer for helsepersonellet. Pasientens kunnskap og erfaring skal brukes som grunnlag for forbedring i tjenestene, og helsepersonell må betrakte pasienten som en likeverdig samarbeidspartner.

Dersom mulighetene for egeninnsats og medvirkning utnyttes i samarbeid med helsetjenesten, kan det føre til bedre helse, mindre behov for oppmøte på sykehuset og færre sykehusinnleggelses-

og tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet, og for noen behandlingstilbud innenfor somatikk. Målsettingen er å gradvis utvide ordningen samtidig med at den blir evaluert.

Regjeringen har foreslått at retten til fritt behandlingsvalg skal omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak, og at rehabilitering senere kan fases inn i godkjenningsordningen.

I dag kan pasienter benytte nettsiden *frittsykehusvalg.no* som grunnlag for å velge behandlingssted. Ved innføring av fritt behandlingsvalg er det viktig at pasienter og helsepersonell får god og brukervennlig informasjon om ordningen. Samtidig som fritt behandlingsvalg innføres, lanseres derfor den nye informasjonstjenesten *Velg behandlingssted* på *helsenorge.no*. Her vil det være informasjon om ventetider til en rekke undersøkelser og behandlinger ved offentlige og private behandlingssteder. Det vil også være informasjon om antall utførte behandlinger ved hvert behandlingssted og lenker til nasjonale kvalitetsindikatorer. I tillegg vil det være informasjon om rettigheter, og oppdatert kunnskap om sykdommer og behandlinger.

7.1 Større valgfrihet

Med fritt behandlingsvalg får pasientene større valgfrihet. Retten til fritt behandlingsvalg trådte i kraft 1. november 2015. Da ble fritt behandlingsvalg og fritt sykehusvalg slått sammen, slik at det er én rettighet, og én ordning. Den nye ordningen vil også omfatte godkjente private virksomheter, uavhengig av om de har avtale med regionale helseforetak eller ikke.

Med fritt behandlingsvalg vil flere private behandlingssteder få behandle pasienter på statens regning, også private virksomheter uten avtale med regionale helseforetak. Dette innebærer flere valgmuligheter for den enkelte pasient, og at ledig kapasitet kan utnyttes. Ordningen vil motvirke utviklingen av en todelt helsetjeneste, der de med god råd eller private helseforsikringer kan kjøpe seg ut av køen – mens de med dårlig råd må vente. Private virksomheter kan omfattes av ordningen med fritt behandlingsvalg når virksomhetene er godkjent av HELFO etter forskrift med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3. Ordningen er foreløpig foreslått å gjelde for private døgningstusjoner innenfor psykisk helsevern

7.2 Utvidelse av ordningen med pakkeforløp

Målet med pakkeforløp for kreft er å bidra til rask diagnostikk og behandling uten ventetid som ikke er medisinsk begrunnet. I løpet av 2015 innføres det 28 pakkeforløp og diagnoseveiledere for kreft etter dansk modell. Pakkeforløp er standardiserte pasientforløp som omfatter hele forløpet fra henvisning til spesialisthelsetjenesten til oppfølging og kontroller. Standardiserte pasientforløp skal bidra til å heve kvaliteten på norsk kreftomsorg og legge grunnlaget for bedre samhandling om pasienten, og samtidig redusere risikofaktorer og unødvendig ventetid for pasientene. I pakkeforløpene er det angitt anbefalte forløpstider for hver kreftform. Forløpstidene angir tiden mellom de

Boks 7.1 Pasientens helsetjeneste – hva er det?

Tenke det

Å tenke at vi skal sette pasienten i sentrum er ikke nytt. Det finnes knapt et sykehus i verden som ikke har det som del av sin visjon eller verdigrunnlag.

Ønske og ville det

Det betyr at helsearbeiderne tar pasientene med som likeverdige samarbeidspartnere. Da er vi på vei fra profesjonenes helsetjeneste til pasientens helsetjeneste.

Gjøre det

Å gjøre det betyr å alltid stille det enkle spørsmålet: «Hvis pasienten fikk bestemme, er det slik hun ville blitt møtt og behandlet?» Det betyr at helsetjenesten i mye større grad organiserer seg rundt det pasienten trenger hjelp med – ikke at pasienten innretter seg etter logikken i sykehusets produksjonsapparat.

Vi er alle pasienter

80 prosent av Norges befolkning besøker sin fastlege i løpet av et år. 40 prosent er innom spesialisthelsetjenesten. Pasientens helsetjeneste er derfor vår alles helsetjeneste .

Hva kjennetegner pasientens helsetjeneste?

1. En aktiv pasientrolle: Det betyr tilgang til kvalitetssikret informasjon om helse og sykdom (se helsenorge.no), innsyn i egne data (flere sykehus er i ferd med å åpne journalene sine for oss), og at det legges til rette for samvalg (hva er det lurt at jeg som pasient har tenkt gjennom før jeg diskuterer med legen?) Se hjemmesiden til Universitetssykehuset i Nord-Norge (www.UNN.no) så møter du en fornøyd dame som har bestemt hvilken type dialyse hun vil ha.



Figur 7.1

2. En vennligere helsetjeneste: Kan norsk helsetjeneste ha noe å lære av andre bransjer? Er det mulig å gjøre møtet mellom menneske og system litt mykere? Disse damene møter deg på Sykehuset Østfold når du kommer inn døren.



Figur 7.2

3. At kunnskap er lettere å flytte enn pasienter: Med videokommunikasjon er det lite i veien for at flere leger ved flere sykehus vurderer en pasient samtidig. På bildet under behandler akutteamet på UNN (på nederste skjerm) en pasient i Longyearbyen sammen med teamet der (øverste skjerm).



Figur 7.3

4. At vi lærer av det som er lurt: Pakkeforløp for kreft er ikke bare god behandling av kreft, det er også pilot på hvordan andre pasientforløp kan organiseres. Hvilke blir de neste?

Tør vi la være?

Pasientene er kanskje de mest radikale endringsagentene i helsetjenesten. Når deres tankesett får påvirke hvordan helsetjenesten utformes, blir resultatet ikke sjelden annerledes og bedre.

enkelte elementene i et forløp, for eksempel tiden mellom henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til pasienten har sitt første fram møte ved utredende avdeling. Tiden er fastsatt med grunnlag i medisinsk faglig forsvarlig ventetid mellom de ulike elementene i forløpet. Pasientene skal få informasjon og være med på å ta en beslutning på egne vegne om behandling.

Pakkeforløpene er nasjonale standardiserte pasientforløp basert på faglige råd, og de skal være normgivende. De endrer ikke rettigheter og plikter som følger av lover og forskrifter, verken for helsepersonell eller pasienter. De er basert på de nasjonale handlingsprogrammene med retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med kreft.

Det er utarbeidet en nasjonal plan for hvordan pakkeforløpene for kreft skal gjennomføres. Planen omfatter tiltak for de regionale helseforetakene og sykehusene, hos fastlegene og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den nasjonale planen omfatter også verktøy for å kode og måle hvordan pakkeforløpene gjennomføres. Informasjonen om oppfølgingen av pakkeforløp for kreft skal publiseres på helsedirektoratet.no og helsenorge.no. Innføring av pakkeforløp på kreftområdet viser så langt lovende resultater. Pasientene kommer raskere i gang med utredning og behandling, og ordningen gir bedre forutsigbarhet for pasienter og pårørende.

Det er stilt følgende nasjonale mål for arbeidet med pakkeforløp i 2015¹:

- Minst 70 prosent av pakkeforløpene skal være gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp.
- Minst 70 prosent av kreftpasienter skal være registrert i et pakkeforløp.

De første resultater i 2015 for lunge-, bryst-, prostata-, tykk- og endetarmskreft er publisert som del av de nasjonale kvalitetsindikatorene:

- På landsbasis er 77,7 prosent av avsluttede pakkeforløp 1. tertial 2015 gjennomført innen normert forløpstid.
- På landsbasis er 57,6 prosent av totalt 2555 nye kreftpasienter med de fire diagnosene inkludert i et pakkeforløp 1. tertial 2015.

I forbindelse med revidering av de nasjonale faglige retningslinjene for behandling av hjerneslag, skal Helsedirektoratet utarbeide pakkeforløp for

pasienter med hjerneslag etter modell fra kreftområdet.

Regjeringen vil også legge til rette for å etablere pakkeforløp for psykiske helsetjenester og rusbehandling.

7.3 Kontaktleger og koordinator

Sykehus er komplekse organisasjoner. Pasientene beveger seg mellom poliklinikk og sengeavdeling, mellom bildediagnostikk, laboratorier og ulike kliniske avdelinger, og mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er godt dokumentert at risikoen for svikt er størst i overgangene. Mange pasienter klager over oppdelt behandlingsforløp med mange ulike behandlere involvert, mangelfull informasjonsflyt og manglende kontinuitet og oversikt. Mange pasienter må forholde seg til flere leger og fortelle sykehistorien sin igjen og igjen.

Det er spesielt viktig at alvorlig syke pasienter og deres pårørende kan kjenne seg trygge gjennom hele behandlingsforløpet. Regjeringen har derfor fremmet et lovforslag om fast kontaktleger i spesialisthelsetjenesten for alvorlig syke pasienter. Kontaktleger skal gi informasjon til pasienten, være tilgjengelig for ham eller henne og delta i behandlingsteamet. Målet er økt trygghet og forutsigbarhet for pasienter og pårørende. Ordningen vil også bidra til at kvaliteten og helheten i det medisinske tilbudet blir bedre ivaretatt.

Det er alvorlig syke pasienter med behov for behandling eller oppfølging over tid som skal få rett til kontaktleger. Dette vil gjelde tilstander og sykdommer som fører til risiko for alvorlig funksjonsnedsettelse eller invaliditet, tap av viktige kroppsfunksjoner eller sanser, eller risiko for tidlig død. Det skal også legges vekt på fysiske og psykiske følger av sykdommen, skaden eller lidelsen.

Bestemmelsen om kontaktleger omfatter ikke private helseinstitusjoner med avtale med de regionale helseforetakene. Bakgrunnen er at plikten til å oppnevne kontaktleger er begrenset til å gjelde for behandling eller oppfølging fra spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, og hvor det er risiko for å måtte forholde seg til mange forskjellige leger. De regionale helseforetakene må imidlertid vurdere om det skal stilles krav om dette ved inngåelse av avtale med private helseinstitusjoner.

For pasienter med behov for sammensatte eller langvarige og koordinerte tjenester, har sykehusene plikt til å oppnevne koordinator. I forbindelse med innføring av pakkeforløpene for

¹ Målsettingen er definert i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2015.

kreft (se kapittel 7.2), skal alle helseforetak som utreder og behandler kreft etablere forløpskoordinatorene som skal sikre sammenhengende aktiviteter i hele pakkeforløpet.

7.4 Brukermedvirkning i tjenestene

«Brukermedvirkning har et demokratisk element, men dreier seg like mye om å fange opp og lære av brukernes erfaringer for å lage de beste tjenestene. Det er brukerne som er eksperter på eget liv, og som vet hvor skoen trykker. Skal tjenestene bli bedre, må brukerne også involveres og forventninger avklares.»

Kilde: Difi (2015:6): Innbyggerundersøkelsen 2015 – Hva mener brukerne?

Brukermedvirkning på systemnivå

Brukermedvirkning på systemnivå er et viktig virkemiddel for å sikre at pasienters og pårørendes stemmer blir hørt. Brukermedvirkning er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven og i helseforetaksloven. Alle regionale helseforetak og helseforetak har brukerutvalg. Regjeringen ønsker mer enhetlig praksis ved oppnevning av brukerutvalg og brukermedvirkning i styrene. Derfor blir det

etablert felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak.

Ungdom vil også medvirke til bedre helsetjenester

Ungdom er ekstra sårbare i helsespørsmål. Det er forventet at de skal klare mye selv, samtidig mangler de livserfaringen mange voksne pasienter har. Dette kan gjøre det ekstra vanskelig for ungdom å si fra om egne erfaringer og behov når de er på sykehus. I overgangen mellom å være barn og bli voksen må ungdom lære å ta ansvar for egen helse. Da er det avgjørende at de får innflytelse på hvordan helsetjenesten skal legge til rette for dem.

Ungdommen ligger i front som brukere av ny teknologi og sosiale medier. De har forventninger om å kommunisere med helsetjenesten slik de kommuniserer i andre livssituasjoner – for eksempel konsultasjoner med helsetjenesten på Skype.

Ungdom har mange gode tips og råd om hvordan en kan få til en smidig overgang fra å være barne- og ungdomspasient til voksenpasient. Ungdom kan også gi gode råd basert på egne erfaringer om drift og utvikling av sykehus. God medvirkning fra ungdom bidrar til forbedringsarbeidet i helsetjenesten både for brukere og ansatte.

Akershus universitetssykehus var tidlig ute med å etablere ungdomsråd. Barneombudet har anbefalt at det opprettes ungdomsråd ved alle helseforetak med barneavdeling. Helse Sør-Øst har

Boks 7.2 Forandringsfabrikken

Forandringsfabrikken er en stiftelse som arbeider for at livet skal kjennes bedre for enda flere barn og unge.

De inviterer barn og unge med erfaring fra skole og helsetjeneste med som «proffer», for at de skal dele erfaringer og gi råd. Målet er å gjøre tjenester og systemer mer verdige og mer hjelpsomme – for enda flere.

De unge «proffene» er i alderen 10–22 år og kommer fra hele landet. De får ingen opplæring. Deres erfaring fra møter med systemene og den klokskapen det har gitt dem, er deres proffkunnskap. Gjennom å spørre hva som hjelper og hva som ikke er god hjelp, deler barn og unge erfaringer fra møtet med hjelpesystemene.

I direkte møter med politikere, byråkrater, utdanningsinstitusjoner og fagfolk, formidler de sine innspill til hvordan systemene og samfunnet må videreutvikles.

PsykiskhelseProffene:

- er barn og unge med erfaring fra psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i kommunene rundt om i Norge
- deler erfaringer fra møter med hjelpeapparatet, og gir råd om hva som hjelper og hva som ikke hjelper

SykehusProffene:

- er barn og unge med erfaring fra kronisk sykdom og møte med sykehusene rundt om i landet
- deler erfaringer og gir råd om hvordan voksne må møte dem, og om hvordan systemene må være for at hjelpen skal kjennes god og være nyttig
- ønsker at sykehusene i mye større grad utvikles etter råd fra dem systemene er til for

fulgt opp ved å gi dette som oppdrag til alle sine helseforetak. Flere helseforetak i Norge jobber med forberedelser til oppstart, og Universitets-sykehuset i Nord-Norge (UNN) har nettopp lansert sitt ungdomsråd.

Regjeringen har igangsatt et arbeid med en ungdomshelsestrategi som etter planen skal legges fram i 2016.

Involvering av brukere i utformingen av behandlingstilbudet

Det er stor enighet om at brukererfaring bør legges til grunn for omorganisering av tjenestetilbudet, og når det planlegges nye pasientforløp. Men den praktiske involveringen av brukere varierer, og mange brukerutvalg opplever at de involveres sent i arbeidet.

Pasienter og pårørende som endringsagenter er en viktig drivkraft for fornying og forbedring. Regjeringen ønsker derfor å legge til rette for at brukere i større grad enn i dag trekkes inn i utformingen av tilbud de selv har behov for eller benytter. Et eksempel på at en helsetjeneste er blitt radikalt endret basert på brukermedvirkning, er prosjektet «Hvis pasienten fikk bestemme» ved Oslo universitetssykehus. Se filmen på www.vimeo.com.



Figur 7.4

7.5 Den medvirkende pasienten – det nye medisinske gjennombruddet

I framtidens helsetjeneste vil pasienter og pårørende delta mer i forebygging og behandling av egen sykdom. Utviklingen av nye digitale løsninger som støtter aktiv medvirkning, vil føre til store endringer i helsetjenesten. Vi har bare sett begynnelsen.

Stadig flere pasienter forventer å kommunisere digitalt med spesialisthelsetjenesten. Innbyggerne er i stor grad aktive nettbrukere som er vant til å bruke digitale tjenester til innhenting av informasjon og til å utføre tjenester selv. Selv om helse- og omsorgssektoren ligger noe bak andre sektorer når det gjelder tjenester på nettet, blir tilbudet stadig utvidet. Tilgang til egne helseopplysninger og selvbetjening er viktige virkemidler for

å gi brukerne en enklere hverdag og få reell medvirkning i egen behandling.

Pasienter ønsker informasjon som er tilpasset egen situasjon. Informasjon om helse og sykdom må derfor suppleres med informasjon om hvordan sykdommen kan forventes å utvikle seg, mulige behandlingstilbud, praktiske råd om hvordan en lever med sykdom, kontakt med likepersonorganisasjoner og oversikt over hvilken hjelp og hvilke muligheter for avlastning som finnes.

Informasjon må også legges til rette slik at den kan brukes av pårørende og venner. Sykdom kan føre til isolasjon, og omgivelsenes usikkerhet er en av de viktigste grunnene til dette. Opplysninger om pasientorganisasjoner, mulighet for avlastningsopphold og støtteordninger gir bedre forutsetninger for å mestre for alle parter. Informasjonen må finnes på internett, men også gjøres praktisk tilgjengelig gjennom likepersonarbeid og utvikling av gode læringsarenaer.

Pasientorganisasjonene driver et stort og viktig informasjonsarbeid for sine målgrupper. Det har også vært en betydelig utvikling i det offentlige tilbudet.

Den nasjonale helseportalen helsenorge.no er en viktig informasjonskilde og kommunikasjons-

Boks 7.3 Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten

I dag finnes ingen samlet informasjon om helse, sykdom og behandlingssteder på nettet. De regionale helseforetakene arbeider sammen med Helsedirektoratet og helsenorge.no med å samle all informasjon om helse og sykdom på helsenorge.no. Alle sykehus skal bruke dette som kilde, slik at pasienten møter samme informasjon uansett inngang. Fra opplysninger om sykdom kan bruker gå videre til oversikt over hvilke sykehus som behandler den aktuelle sykdommen, og så finne informasjon om den enkelte behandling på sykehusets egen hjemmeside.

Filmen viser hvordan (www.vimeo.com).



Figur 7.5

kanal for pasienter og brukere, og er koblet til helseforetakenes egne nettportaler. Portalen har i dag selvbetjeningstjenester som gir innsyn i egne pasientopplysninger, slik som resepter og kjernejournal. Flere tjenester er under utvikling, blant annet løsning for digital dialog mellom pasient/innbygger og sykehus. Enkelte helseforetak gir nå pasienter elektronisk tilgang til egne journalopplysninger og mulighet for å bestille og endre time. De regionale helseforetakene har etablert fellesprosjektet «digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten», som skal realisere en rekke innbyggertjenester på helsenorge.no i perioden 2015–2020.

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

searkivet til å lagre data fra velferdsteknologi, personlige sensorer og mobilapper.

De siste årene har bruk av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren økt, og flere tjenester er under utvikling. Bruk av velferdsteknologi, telemedisin, videokommunikasjon og mobil helse-teknologi (m-helse) åpner for nye muligheter. Teknologien gir andre muligheter for å involvere og behandle pasienter enn det tradisjonelle, fysiske møtet mellom behandler og pasient. Eksempelvis kan pasienter med diabetes, Kols og psykiske helseutfordringer få oppfølging ved hjelp av telemedisin og videokommunikasjon.

Det pågår mye arbeid med velferdsteknologi og mobil helseteknologi, blant annet for avstandsbehandling og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. Slike tjenester vil påvirke og endre måten helsepersonell jobber på og måten tjenestene organiseres på. De vil hjelpe pasienten til å mestre hverdagen og gi bedre utnyttelse av helse- og omsorgstjenestens ressurser.

Boks 7.4 Samvalg



Figur 7.6

Fordi mange tror behandlingsvalg er et rent faglig spørsmål, blir mange beslutninger tatt uten at det er sjekket hva pasienten prioriterer. Slik «feilbehandling» har minst åtte årsaker:

1. Det finnes en beslutning å ta, men den blir ikke diskutert i møtet mellom pasient og helsepersonell
2. Verken helsepersonell eller pasient er klar over at pasientens personlige prioriteringer er avgjørende for å finne riktig behandling
3. Alle tilgjengelige behandlinger blir ikke presentert som en mulighet

4. Verken helsepersonell eller pasient har klart for seg hvilke fordeler og ulemper ved behandlingene som betyr mest for pasienten
5. Hva pasienten kan forvente av behandlingene, blir ikke tydelig kommunisert
6. Pasienten er ikke med og veier fordeler og ulemper opp mot hverandre
7. Pasient og helsepersonell samarbeider ikke om å bli enige om hva som er beste behandling
8. Pasienten får ikke nok støtte til å delta i beslutningen

Den gode nyheten er at pasienter selv kan være med og endre situasjonen. Pasienter som får velge behandling sammen med behandleren har bedre utsikter til å

- etterleve behandlingen
- oppleve at behandlingen virker på det som teller mest
- unngå overbehandling

Kilde: Utdrag av artikkel av Øistein Winje, leder av brukerutvalget Helse Sør-Øst og Øystein Eiring, spesialist i psykiatri, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Sykehuset Innlandet, oktober 2015

Å velge behandling sammen med behandler – samvalg

Pasienter kan rustes bedre til å velge behandling sammen med behandler ved at man tilrettelegger informasjon og sikrer en god beslutningsprosess.

Ved samvalg samarbeider pasient og helsepersonell om å treffe beslutninger om utredning, behandling og oppfølging i den grad og på de måter pasienten ønsker. Pasienten får støtte til å vurdere alternativene, ut fra beste tilgjengelige kunnskap om effekt, fordeler og ulemper, og til å utforske egne verdier og preferanser. Målet er å bli enige om og velge det alternativet som er mest i tråd med pasientens personlige preferanser.

Samvalg gir mer informerte pasienter, med riktigere forventninger til behandlingsresultat, og en behandling som er mer i tråd med pasientens ønsker og verdier. I tillegg er det en tendens til at bruker og behandler velger mer konservativ behandling (for eksempel færre kirurgiske inngrep og færre blodprøver for prostatakreftscreening) når de bruker samvalgsverktøy.

Denne filmen forklarer hva som ligger i begrepet samvalg (www.Helsefilm.no).



Figur 7.7

Morgendagens pasient mestrer mer selv

Utvikling av sensorteknologi og pasientenes mulighet til å foreta egne målinger gjør at mestring i dagliglivet kan bedres for en rekke kroniske tilstander. Det er godt dokumentert at når pasienten får delta aktivt, gir det bedre resultater ved høyt blodtrykk, diabetes, overvekt, multipel sklerose og psykiske lidelser.

Stimulering av pasientens ressurser og egeninnsats gjennom egenmålinger, applikasjoner som bedrer kontroll og oppfølging, kombinert med lett tilgang til legen når pasienten trenger det, vil påvirke måten vi organiserer og leverer helsetjenester på. Dersom mulighetene utnyttes i samarbeid med helsetjenesten og informasjonen til pasientene er kvalitetssikret, vil det føre til forbedringer både for pasientene og helsepersonellet.

Boks 7.5 Samvalg i praksis

Universitetssykehuset i Nord-Norge legger til rette for en aktiv pasientrolle ved å samle informasjon om sykdom og behandlingsoptimaliteter under «Mine behandlingsvalg», også illustrert ved bruk av film. Diskusjonen mellom bruker og behandler blir dermed en ganske annen enn om all informasjon skulle kommet over bordet.



Figur 7.8

Fra hjemmesiden til UNN

Se filmen på www.youtube.com.



Figur 7.9

7.6 Brukerinnflytelse i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige

Økt brukerinnflytelse er en forutsetning for utvikling av tjenestene i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige (TSB). Det handler om verdighet og respekt, likeverdighet og nytte av helsetjenestene. Økt brukerinnflytelse forutsetter at helsepersonell endrer holdninger og faglig tilnærming. Brukernes kunnskap og erfaring må være integrert i det faglige grunnlaget for behandlingen, ikke være en kunnskap eller en metode ved siden av helsefaget. Den ene kunnskapen erstatter ikke den andre – begge er nødvendige for å skape god kvalitet i tjenesten.

Mange brukere i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling opplever avmaktsfølelse i møte med helsetjenesten. Brukerne melder om store forskjeller i hvordan brukerinnflytelse praktiseres.

Å lære å mestre hverdagen er avgjørende for mennesker med psykiske lidelser eller rusavhengighet. Opplevelsen av å ha kontroll ved valg av behandling bidrar til å bygge mestringsevne, egenverd og selvtillit. Det er dokumentert at når brukeren har tro på at behandlingen virker, påvirker det behandlingsresultatet. Effekten vil som regel bli bedre når en selv har vært med å velge behandling. *Brukerstyrte plasser* er et eksempel på hvordan økt kontroll fører til et bedre liv for brukere og pårørende, samtidig som kostbare institusjonsopphold reduseres.

For brukere med langvarige psykiske lidelser og rusavhengighet handler det mye om å lære å leve med det. Det forutsetter god tilrettelegging, slik at brukeren kan bo i eget hjem, delta i samfunnet og ha et godt sosialt liv. Det forutsetter at helsetjenesten følger opp med systematisk satsing på samarbeid og opplæring, og at det er etablert beredskap for kriser som kan oppstå. I flere land brukes begrepet *recovery* om en tilnæringsmåte der brukere og pårørende får opplæring i å ta kontroll over eget liv, slik at de kan mestre hverdagen og delta i beslutninger om behandling og oppfølgingstiltak. I England har de bygd opp rundt 20 *recovery colleges*. Disse driver også opplæring av erfaringskonsulenter, som vurderes som et godt tiltak for å bringe erfaringskunnskap inn i behand-

Boks 7.6 Brukerstyrte plasser

Brukerstyrte plasser tilbys i dag ved de aller fleste distriktpsikiatriske sentrene i Norge. Det startet ved Jæren DPS i 2005 på bakgrunn av overbelegg, mange reinnleggelser og mye bruk av tvang overfor pasienter med alvorlige diagnoser. Ordningen baserer seg på en skriftlig avtale med den enkelte bruker om selv å beslutte innleggelse for inntil 5 døgn når brukeren kjenner behov for det. Avtalene gir økt trygghet og kontroll over eget liv. Resultatet er sterk nedgang i antall akutte kriseinnleggelser, liggedøgn og antall døgn under tvang. Brukere, pårørende og ansatte er svært fornøyd med ordningen. Resultatet synes å være tilsvarende etter hvert som ordningen har blitt innført ved nærmere 60 distriktpsikiatriske sentre. Det er et mål å opprette tilbudet ved alle DPS. Lokalt må en vurdere andre løsninger, for eksempel i samarbeid med kommunene, der avstandene er store.

lingen. I Norge har vi i dag mellom 50 og 100 erfaringskonsulenter i de psykiske helsetjenestene i kommuner og spesialisthelsetjenesten.

7.7 Likepersonarbeid og frivillige

Frivillige er et viktig supplement til de ansatte ved sykehusene. Enkelte sykehus har ansatt sykehusverter for å hjelpe pasienter og pårørende med å orientere seg i sykehuset.

Likepersoner gjør et viktig arbeid for å støtte og motivere pasienter til å leve med sin sykdom. Likepersonarbeid er satt i system av mange pasientorganisasjoner, og tilbudet er tilgjengelig på sykehus blant annet gjennom lærings- og mestringssentre og vardesentre for kreftpasienter. I psykisk helsevern er det god erfaring med erfaringskonsulenter (se kapittel 7.6).

Det er mange eksempler på at frivillige gir tjenester som er viktige for å gi pasientene et bedre tilbud og bedre opplevelser. Trolig kan frivilliges bidrag utvides til nye områder.

Boks 7.7 Frivillighet på Diakonhjemmet

Sykehusverter finnes i dag på mange sykehus. Det er frivillige, ofte tidligere ansatte på sykehuset som treffes ved inngangen og som hjelper pasientene å finne fram. De representerer et mykere første møte med sykehuset for mange pasienter.



Figur 7.10

Foto: Diakonhjemmet

Frivillige kan også bidra med andre oppgaver, men mangler ofte et tilknytningspunkt til syke-

husorganisasjonen. Diakonhjemmet sykehus har arbeidet med frivillige lenge og har egen frivillighetskoordinator. Stiftelsen Diakonhjemmet driver også Sagenehjemmet, som har ansatt frivillighetskoordinator på deltid. Begge steder betyr det et fast kontaktpunkt for frivillige og mulighet for å utvikle tilbudene sammen med brukere og frivillige.



Figur 7.11

Foto: Diakonhjemmet

7.8 Pasientens helsetjeneste for innvandrere

Vi er blitt et flerkulturelt samfunn med innbyggere fra over 200 land. Cirka 15 prosent av befolkningen er innvandrere eller har innvandrerbakgrunn. Arbeidsinnvandrere fra andre europeiske land utgjør de største gruppene. Den største gruppen kommer fra Polen, deretter Sverige og Litauen. Det er høy og økende innvandring fra land med krig og uroligheter som Syria, Eritrea, Somalia og Afghanistan. Innvandrerne bosetter seg i hele landet. Det er flest innvandrere i Oslo, der innvandrerne utgjør over 30 prosent av befolkningen (SSB).

Spesialisthelsetjenesten må innrette helsetilbudet slik at det imøtekommer innvandrernes behov for å bli forstått på sitt eget språk, og med respekt for deres kulturelle bakgrunn. Mange av innvandrerne som kommer fra naboland og nære landområder, vil ikke ha behov for særskilt tilrettelegging. For andre vil store ulikheter i språk, kulturelle normer og helsetilstand ha stor betydning for hvordan spesialisthelsetjenesten innretter helsetilbudet.

Asylsøkerne er en særlig sårbar gruppe der mange har vært utsatt for store belastninger som følge av krig og uro i hjemlandet. De kan ha stort behov for helsehjelp.

Nasjonal strategi for innvandreres helse (2013–2017) belyser utfordringer knyttet til innvandrerhelse. Høyere forekomst av livsstilssykdommer som diabetes og hjerte- og karsykdommer, høyere forekomst av brystkreft hos kvinner fra enkelte land, og det faktum at færre oppsøker hjelp for psykiske helseutfordringer, er noen eksempler som gir grunnlag for særskilt oppfølging.

I psykisk helsevern vil antallet brukere med minoritetsbakgrunn øke som følge av innvandringen. Distriktpsykiatriske sentre må prioritere helsetilbud til brukere med minoritetsbakgrunn og innrette tilbudene så de møter deres spesielle behov. Det krever god kulturforståelse, bedre kunnskap om minoritetsbefolkningens behov, og behandlingsmåter som møter behovet for psykisk helsehjelp på deres premisser.

Det er viktig å styrke helsepersonells kompetanse og kunnskap om helseutfordringene til innvandrerbefolkningen og bruke tolk både i utdanningsløp og som en del av den generelle opplæringen.

Økt kvalitet på tolketjenestene, utarbeidelse av gode systemer for informasjon om bruk av tolk for pasienter og ansatte samt økt bruk av skjermtol-

king og telefontolking bør prioriteres for å imøtekomme de språklige utfordringene.

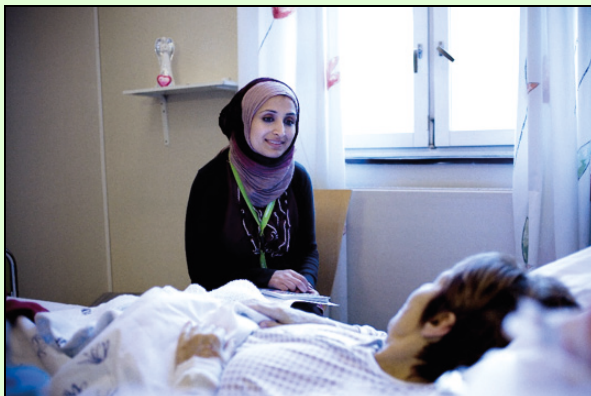
Boks 7.8 Om likeverdige helsetjenester ved Oslo universitetssykehus

Samtlige helseforetak i Helse Sør-Øst har etablert avtaler, retningslinjer og prosedyrer for bruk av tolketjenester. Det gjennomføres kurs og undervisning rettet direkte mot grupper med annen språklig/kulturell bakgrunn og kompetansehevingskurs for å sikre at personalet får opplæring i å håndtere de spesielle utfordringene som ligger i å gi minoritetsgrupper et likeverdig tilbud.

Oslo universitetssykehus er et av sykehusene i Norge med størst andel pasienter og ansatte med utenlandsk bakgrunn. Sykehuset har arbeidet systematisk med tiltak som kan bedre opplysning og behandling for flerkulturelle.

Samtalepartnere i Tro & Livssyn – et tilbud til pasienter og pårørende på sykehus

Oslo universitetssykehus sine samtalepartnere er religiøse ledere eller ressurspersoner fra ulike tros- eller livssynssamfunn som tilbyr samtaler til pasienter og pårørende. De har bakgrunn fra 12 ulike tros- og livssynssamfunn.



Figur 7.12 Koordinator for samtalepartner-tjenesten

Foto: Oslo universitetssykehus

Helseradio – på urdu, arabisk og somali

Oslo universitetssykehus har sendt helseradio på urdu, somali og arabisk. Målet er å nå ut med viktig helseinformasjon til den minoritetspråklige befolkningen i Oslo. Lyttere kan sende inn sine spørsmål i forkant eller ringe inn under programmet. Helsepersonell svarer på spørsmål på urdu, somali eller arabisk. Programmene er tilgjengelig som podcast etter sending, og på nettsiden (www.oslo-universitetssykehus.no/helseradio).

Kulturveileder – kulturveiledernetverket

En kulturveileder bistår kolleger med kulturforståelse og svarer på spørsmål som bunner i kulturell tilhørighet i arbeidet i klinikken. Oslo universitetssykehus har et nettverk av rundt 80 ansatte med videreutdannelsen *Veiledning i flerkulturelt helsearbeid*. Kulturveiledernes tjenester er rettet mot sykehusets ansatte.

Tolketjenester

Sykehuset har etablert en egen tolkesentral som formidler tolketjenester til eget sykehus, Akershus universitetssykehus og Sunnaas sykehus. For 2015 forventes det 22 000 oppdrag fordelt på 85 språk. Fem språk utgjør omlag halvparten av oppdragsmengden: somali, polsk, arabisk, urdu og tigrinja. Kvalifiserte tolker gir trygg dialog mellom helsepersonell og pasient/pårørende og øker pasientsikkerheten.

8 Spesialisthelsetjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusavhengighet

8.1 Status og utvikling av behandlingstilbudet for voksne med psykiske lidelser

Distriktpsikiatriske sentre (DPS) utgjør den desentraliserte spesialisthelsetjenesten som skal dekke alle vanlige behov på spesialistnivå. Det omfatter tilbud til mennesker med angst, depresjon, tvangslidelser, psykoser, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, ADHD, traumer, rusavhengighet, alderspsykiatri med mer. Sykehus skal ivareta sjeldne eller særlig kompliserte tilstander. Eksempler er sikkerhetspsykiatri, luk-

kede akuttavdelinger, særlig alvorlige spiseforstyrrelser, alvorlig alderspsykiatri og alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Etablering av distriktpsikiatriske sentre var et hovedgrep i opptrappingsplanen for psykisk helse som ble lansert i 1999. Alle kommuner er knyttet til et distriktpsikiatrisk senter, med unntak av Nord-Trøndelag, der en har valgt å integrere DPS-oppgavene i to lokalsykehus. Distriktpsikiatriske sentre skal gi et desentralisert tilbud om utredning, behandling og akutt helsehjelp når det trengs, i nært samarbeid med kommunene i opptaksområdet. Behandlingen skal i størst mulig grad skje poliklinisk eller som dagbehandling. Det legges vekt på ambulante tjenester i nært samarbeid med kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Distriktpsikiatriske sentre forventes å drive forsknings- og utviklingsarbeid og delta i utdanning av helsepersonell.

I en veileder fra 2006 anbefalte Helsedirektoratet et befolkningsgrunnlag på mellom 30 000 og 75 000 innbyggere for et distriktpsikiatrisk senter. Etter en del justeringer av opptaksområder varierer det i dag fra 11 000 til 159 000 innbyggere. 13 sentre har mindre enn 30 000 innbyggere i sitt opptaksområde, 28 har mellom 30 000 og 75 000, og 30 distriktpsikiatriske sentre har et opptaksområde med mer enn 75 000 innbyggere.

Nær alle distriktpsikiatriske sentre har etablert ambulante tjenester, men omfang og deltakelse fra lege- eller psykologspesialist varierer. Mange av teamene mangler fortsatt spesialister, slik at de ikke kan foreta nødvendige vurderinger i alle situasjoner. Rundt halvparten av akutteamene hadde åpningstid utover kl. 1700 på hverdager, og omlag en tredel hadde åpent lørdag og søndag.

Antall polikliniske konsultasjoner for voksne er nær tredoblet fra 1999 til 2014. Hele økningen er kommet ved de distriktpsikiatriske sentrene. Samtidig er antall oppholdsdøgn for voksne med psykiske lidelser redusert fra 1,9 millioner til 1,1 millioner, i tråd med føringene i opptrappingsplanen for psykisk helse.

Boks 8.1 Hva sier brukerne?

- Kropp og sinn henger sammen. Det må også helsetilbudet gjøre.
- Pasientene trenger ÉN helsetjeneste. Somatikken og psykiatrien må samhandle. Felles akuttinntak er bra.
- Stortinget skal vedta en samlet struktur og en ønsket utvikling for spesialisthelsetjenesten. De samme prinsipper må gjelde for psykisk helsevern og rusbehandling.
- Psykiatri er psykiatri og rus er rus. Det henger ofte sammen, men ikke alltid.
- Desentraliser det man kan og sentraliser det man må. Dette gjelder også psykisk helse og rus.
- Holdninger og mangel på kunnskapsbasert behandling er en svakhet i psykisk helse- og rusbehandling. Forskningen må styrkes og gamle holdninger kureres.
- Kulturkompetanse er særlig viktig i psykisk helse- og rusbehandling. Tverrkulturell kompetanse er viktig hos behandlerne.
- Individuell plan er et godt redskap for å skape sammenheng for den enkelte.

Kilde: Ekspertgruppen av brukere, pasienter og pårørende oppnevnt for å gi råd til Nasjonal helse- og sykehusplan

I 1998 var et gjennomsnittlig døgnopphold i psykisk helsevern 66 døgn. I 2014 var det 19 døgn i distriktpsikiatriske sentre og 21 døgn i sykehus. Dette er en ønsket utvikling, der mennesker med psykiske lidelser i større grad skal få hjelp der de bor.

Ventetiden har gått ned fra 56 til 52 dager i samme periode, og det er få fristbrudd. Ordningen Fritt behandlingsvalg vil gi brukerne mulighet til å velge behandlingssted, også blant private.

Samlet personellinnsats i tjenestene for voksne økte med 22 prosent fra 1998 til 2008. Siden har samlet personellinnsats vært nær uendret. Men fordelingen er endret. Siden 1998 har det vært en vekst på 120 prosent ved de distriktpsikiatriske tjenestene, og en reduksjon på 81 prosent for «andre institusjoner» (sykehjem og lignende). Andelen personell som arbeider poliklinisk og ambulant, har økt fra cirka 11 prosent i 1998 til nærmere 23 prosent i 2014.

Utdanningsnivået har økt. Andelen psykologer og psykiatere har økt fra 11 til 19 prosent, mens gruppen av høyskoleutdannede har økt fra 42 til 48 prosent.

Det er store variasjoner i hvor lett det er å rekruttere fagfolk til de distriktpsikiatriske sentrene. Mange har vanskelig for å få nok lege- og psykologspesialister. Den viktigste rekrutteringskilden er egen utdanning av spesialister. Noen helseforetak er avhengige av å leie inn lege- og psykologspesialister.

Privatpraktiserende lege- og psykologspesialister som praktiserer etter avtale med regionale helseforetak, utgjør en stor del av behandlingstilbudet for voksne med psykiske lidelser. Avtalene utgjorde 617 årsverk i 2014. Ifølge Samdata 2014 sto private lege- og psykologspesialister for 31 prosent av den polikliniske virksomheten i psykisk helsevern for voksne, men bare 3,6 prosent av behandlingstilbudet for barn og unge.

Brukertilfredshet i psykisk helsevern for voksne

Den landsomfattende undersøkelsen Pasienters erfaring med døgnopphold i psykisk helsevern fra 2014¹ viste at pasientene hadde gode erfaringer med måten de ble tatt imot på, og de kjente seg trygge under oppholdet.

Men undersøkelsen viste også at kvaliteten må bli bedre. 71 prosent svarte at de ikke fikk nok informasjon om behandlingsmulighetene som finnes. 60 prosent opplevde at de fikk for lite informasjon om sine psykiske plager eller diagnosen.

70 prosent opplevde at personalet «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» forberedte dem på tiden etter utskriving.

Institusjonene skåret også lavt på spørsmål om pasientenes medvirkning og innflytelse. Nesten 70 prosent svarte negativt på spørsmål om de hadde hatt innflytelse på valg av behandlingsopplegg. Det samme gjaldt spørsmål om hjelpen og behandlingen gjorde dem bedre i stand til å mestre sine psykiske plager. Her svarte 57 prosent «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad».

8.2 Status og utvikling i psykisk helsevern for barn og unge

80 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker utgjør den desentraliserte spesialisthelsetjenesten som skal dekke alle vanlige behov på spesialistnivå for barn og unge. Det omfatter behandling av angst, depresjon, tvangslidelser, psykoselidelser, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, ADHD, traumer, rusavhengighet med mer. Terskelen for henvisning til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker er lavere enn til distriktpsikiatriske sentre, siden tidlig reaksjon er særlig viktig for barn og unge. Cirka 4 prosent av pasientene i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker blir lagt inn med døgnopphold. De fleste av disse får også polikliniske tjenester, slik at over 99 prosent av pasientene totalt går til behandling i poliklinikk. Samhandling med kommunale tjenester og samarbeid med pårørende er en kjerneoppgave.

Det er cirka 300 døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge, dels i sykehusavdelinger og dels i frittstående behandlingshjem. Døgntilbud og poliklinikk er ofte ikke samlokalisert. Distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker er samlokalisert noen steder.

Gjennomsnittlig ventetid i barne- og ungdomspsykiatrien har gått ned fra 69 til 51 dager i perioden 2010–2014.

I psykisk helsevern for barn og unge var det i årene 1998–2012 sterk vekst i antall pasienter. De siste årene har veksten stoppet opp. Tall fra Samdata viser at det i 2014 ble behandlet cirka 57 000 pasienter. Det svarer til vel 5 prosent av befolkningen i alderen 0–17 år. Det meste er poliklinisk behandling, som har økt svakt de siste årene. Ambulant behandling har økt mest.

Barn og unge med rusmiddelproblemer får i hovedsak hjelp ved barne- og ungdomspsykia-

¹ Kunnskapssenteret, PasOpp-rapport nr 10 – 2014

triske poliklinikker og i barnevernet. Institusjoner som gir tverrfaglig spesialisert rusbehandling har ingen spesiell tjeneste for barn og unge, men har i noen grad tilbud rettet mot ungdom. Psykiatriske ungdomsteam er organisert som del av psykisk helsevern, og gir tilbud til unge med rusavhengighet mellom 15 og 25/30 år.

Mangelfull oppmerksomhet om rusproblemer har vært et gjennomgående funn i Helsetilsynets gjennomgang av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Psykisk helsevern for barn og unge bør ta et klarere definert ansvar for ungdom med psykiske lidelser og samtidige rusmiddelproblemer.

Tilsyn med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker har avdekket forskjeller i kvalitet. Rutiner for utredning og diagnostisering må forbedres. Det må utvikles mer kunnskapsbasert praksis, sterkere brukermedvirkning og målinger av barnas funksjon og effekten av behandling. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er i gang med å utvikle et verktøy for å måle barn og unges erfaringer med det psykiske helsevernet. Opplegget skal være klart til bruk 1. juni 2016.

Rekrutteringssituasjonen er forskjellig, men det er jevnt over enklere å rekruttere kvalifisert personell nå enn for få år siden. Det kan være vanskelig å rekruttere lege- og psykologspesialister utenfor de store byene. Når arbeidsgiver legger til rette for utdanning av spesialister, skapes et viktig rekrutteringsgrunnlag.

8.3 Videre utvikling av tjenestetilbudet i psykisk helsevern for voksne, barn og unge

Psykiske helsetjenester, rusbehandling og somatikk må henge sammen

Brukerne mener det er for stort skille mellom det psykisk helsevernet og den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten.

Departementet har bedt de regionale helseforetakene etablere rutiner som sikrer at pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får likeverdig utredning og behandling for somatiske helseproblemer. Tilsvarende bør pasienter som behandles for somatisk sykdom, få tilbud om utredning og behandling for psykiske problemer og rusproblemer når det er relevant. Regjeringen vil følge opp at helseforetakene sørger for å etablere rutiner slik at pasienter med sammensatte helseproblemer blir fanget opp.

Boks 8.2 Sykehuset Østfold

I det nye Sykehuset Østfold på Kalnes er all sykehuspsykiatrien og de somatiske helsetjenestene samlet i samme bygg med flere felles funksjoner. Dette legger til rette for å behandle flere tilstander hos pasienten på samme sted og samtidig. Det er etablert tett og forpliktende samarbeid om flere pasientforløp, for eksempel ved spiseforstyrrelser hos barn, forgiftningstilstander hos barn og voksne og ved nevrologi og psykiatri for eldre.

Det gamle psykiatriske sykehuset på Veum er lagt ned etter 101 års drift.

De fleste pasientene med psykiske lidelser ved Sykehuset Østfold blir utredet og behandlet ved de tre distriktpsikiatriske sentrene i helseforetaket. Pasientene som kommer til sykehuset har behov for mer spisskompetanse. De kan blant annet ha behov for spesiell beskyttelse i perioder. Arealene i det nye sykehuset er tilpasset dette behovet.

«Samlokaliseringen gir mulighet til å legge bak oss slike fordommer og mystikk som fortsatt knyttes til mennesker med psykiske lidelser og den behandlingen de trenger. Løsningen har fått bred støtte fra brukere, brukerorganisasjoner og publikum»

(Irene Dahl Andersen, viseadministrerende direktør
Sykehuset Østfold)

Bedre oppgavedeling og samarbeid i en desentralisert struktur

Målet om størst mulig desentralisering av tjenestetilbudet står fast. For å sikre alle brukere et likeverdig tilbud er det nødvendig å styrke samhandlingen og samarbeidet mellom store og små distriktpsikiatriske sentre, med øvrige deler av spesialisthelsetjenesten og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Sentrene kan organisere akuttjenestene i egne ambulante akutteam, men de kan også velge andre modeller for akuttjenestene. Det er stilt krav om at ambulante akutteam skal ha lege- og psykologspesialist. I akutte situasjoner skal det normalt være ambulante tjenester som rykker ut, og som vurderer behovet for innleggelse. Helsedirektoratet påpeker at det her er for store variasjoner i praksis. De fleste distriktpsikiatriske sentrene har fortsatt begrenset beredskap gjennom døgnnet.

Som ledd i oppbyggingen av de desentraliserte tjenestene, har det vært en gradvis overføring av oppgaver og ressurser fra sykehus til distriktpsikiatriske sentre. I psykisk helsevern har fagfolk mange steder gått foran i å etablere ambulante, arenafleksible tjenester og samarbeid i nettverk. Denne utviklingen må fortsette for at dagens struktur på behandlingstilbudet skal kunne gi likeverdige tjenester i hele landet.

Sykehusene har viktige oppgaver som ikke bør utføres i distriktpsikiatriske sentre, som sikkerhetspsykiatri, lukkede akuttavdelinger og spesialfunksjoner ved behandling av alvorlige og livstruende spiseforstyrrelser, alvorlig alderspsykiatri og behandling av alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Samhandling og nye arbeidsmåter

Psykiske spesialisthelsetjenester gis etter hvert mer på kommunale arenaer som helsestasjon, skole og skolehelsetjeneste, lokalmedisinske sentre, legevakt, hos fastlegen, i hjemmene og på arbeidsplassen. Utfordringen er å gjøre spesialistkompetansen lett tilgjengelig der den trengs og understøtte kommunale tjenester, uten å overta kommunens oppgaver.

En moderne tjeneste må utvikles i et likeverdig samarbeid med brukere og kommuner. Mange gode samhandlingsmodeller er etablert i samarbeid mellom kommunene og spesialisthel-

Boks 8.3 ACT-team

Formålet med oppsøkende behandling etter ACT-modellen (Assertive Community Therapy) er å gi sammenhengende og helhetlige helsetjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, sammensatte hjelpebehov og eventuelt rusproblematikk. Teamene består av ansatte fra både kommunenes helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Metoden er kunnskapsbasert, og er en viktig del av helsetilbudet til alvorlig psykisk syke i mange land.

Evalueringen av de 12 opprinnelige ACT-teamene i Norge viser svært gode resultater:

- inntil 70 prosent mindre tvangsbruk og halvparten så mange liggedøgn
- fornøyde pasienter, pårørende, ansatte og samarbeidspartnere
- bedre livskvalitet for pasientene

setjenesten. Regjeringen vil legge til rette for videreutvikling av slike modeller.

Som ledd i kommunereformen har regjeringen besluttet en prøveordning med kommunal drift av distriktpsikiatriske sentre for å vinne erfaring med om kommunene med dette får mulighet til å utvikle et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud.

Brukerstyrte plasser er opprettet ved cirka 57 distriktpsikiatriske sentre. Også 5 sykehus og én annen institusjon har brukerstyrte plasser. Erfaringene viser at antallet akutt- og tvangsinnleggelse går ned når en har brukerstyrte plasser. Ordningen er høyt verdsatt av brukerne. Brukerstyrte plasser bør tilbys alle brukere med hyppige reinnleggelse. Tilsvarende tilbud bør vurderes i barne- og ungdomspsykiatrien.

Boks 8.4 Problemløsning utenfor sykehus:

«Gevinsten ved å behandle pasienten hjemme er ikke at vi gjør det samme ute, men at vi forstår noe annet og kan bruke andre verktøy».

Kilde: Akutt heimebehandlingsteam i Ålesund

Akutt heimebehandlingsteam i Ålesund rykker ut til pasienter med akutt behov for psykisk helsehjelp. Teamet mottar alle henvendelser på dag- og kveldstid i uka, og på dagtid i helgene. Teamet er et rent ambulansetilbud. Pasienter som henvises med akutte behov, får besøk hjemme innen fire timer. Teamet gir korttids hjemmebehandling som alternativ til innleggelse. Gjennomsnittlig behandlingstid er 12 konsultasjoner over 18 dager.

Rask respons sikrer at brukeren får hjelp mens krisen er størst. De fleste psykiske kriser skyldes endringer i pasientens liv. Erfaringene er at det er lettere å forstå hva som har utløst krisen og hvordan den kan behandles når behandlerne kommer hjem, enn når pasient og behandler møtes på et kontor.

Etter å ha tatt imot over 1500 pasienter i perioden 2011 til 2014 er resultatene at bare halvparten av pasientene ble innlagt – de andre ble behandlet utenfor institusjon. Hver femte pasient klarte seg med én kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Å sikre gode psykiske helsetjenester til barn i barnevernsinstitusjoner er en særlig utfordring. Det pågår et samarbeid mellom Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet med sikte på at barn i barnevernsinstitusjoner skal få bedre helsehjelp. De regionale helseforetakene er bedt om å sørge for nødvendige rutiner og strukturer i samarbeid med det statlige barnevernet.

Spesialisering og samarbeid – regionale funksjoner

Ikke alle distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker kan tilby det som er beste anbefalte behandling for alle psykiske lidelser. Enkelte psykiske lidelser har så lav forekomst, er så komplekse eller krever så spesifikke metoder at det kan være behov for større opptaksområder for å sikre tilstrekkelig erfaring og kompetanse, men uten at det er nødvendig å legge tilbudet til sykehus.

Helsedirektoratet anbefaler derfor at behandlingstilbudet til pasienter med sjeldne, alvorlige eller komplekse tilstander organiseres i spesialiserte team eller enheter i utvalgte distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Slike team bør arbeide ambulant og i nettverk med øvrige distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i helseforetaket. Med en slik organisering slipper pasienten å forholde seg til flere behandlere og behandlingssteder enn nødvendig. Det betyr at kompetansen flyttes, ikke pasienten. Dette vil i høy grad være aktuelt for barn og unge, der det også ofte er behov for nært samarbeid med blant annet skole, barnevern og helsestasjon. Felles konsultasjoner med ansatte i lokalt distriktpsikiatriske senter eller barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk og kommune gir god kompetanseoverføring og bedre oppfølging av pasienten.

Regional spisskompetanse bør finnes i sykehusavdelinger. Personell ved slike sykehusavdelinger bør kunne arbeide ambulant når distriktpsikiatriske sentre og kommuner har behov for kompetanse i utredning og behandling. Det kan også være behov for midlertidig ressursoverføring til lokale enheter når en overfører særlig ressurs- eller kompetansekrevene pasienter til åpen avdeling eller lokale tjenester.

Regionale og nasjonale kompetansefunksjoner i psykisk helsevern kan organiseres som kompetansenettverk med grupper av fagpersoner fra flere helseforetak. På den måten blir spesialkompetansen tilgjengelig i større geografiske områder, og behandlingstilbudet sentraliseres ikke unødvendig til ulempe for brukerne.

Eksempler på «områdefunksjoner» som i dag er etablert ved distriktpsikiatriske senter eller barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk, er behandling av traumelidelser ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, transkulturell psykiatri ved Universitetssykehuset i Stavanger og behandling for tvangslidelser ved ca. 30 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og distriktpsikiatriske sentre.

E-helse og psykisk helsevern

Moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi gir muligheter for nye samhandlingsformer med brukeren som aktiv medvirker. I psykisk helsevern kan IKT-baserte verktøy virke godt både i utredning, behandling, veiledning, kompetanseutveksling og vaktberedskap. I framtiden vil mange trolig foretrekke å kommunisere elektronisk via video, chat og e-postliknende programmer i stedet for at all behandling skjer med både pasient og behandler fysisk til stede. Mer bruk av e-helse og IKT vil medføre store endringer i arbeidsmåter og kan gi bedre tilgjengelighet, service og ressursutnyttelse i framtidens psykiske helsevern.

Boks 8.5 eMeistring – internettbehandling psykisk helsevern

Poliklinikkene i Helse Bergen tilbyr gjennom eMeistring veiledet internettbehandling til pasienter med panikk lidelse, sosial angst eller depresjon.

Veiledet internettbehandling inneholder de samme elementene som tradisjonell kognitiv atferdsterapi som skjer hos en behandler i poliklinikk. Behandlingen er modulbasert og varer opp til 14 uker. Hver uke får pasienten oppfølging fra en behandler via internett.

Behandlingstilbudet finnes også på Solli DPS, Søndre Vestfold DPS, Nordre Vestfold DPS og i Bærum kommune.

Se filmen (www.emestring.no).



Figur 8.1

Boks 8.6 Desentralisert vaksamarbeid med video (DeVaVi) – Troms

Universitetssykehuset i Nord-Norge har desentralisert vaksamarbeid med bruk av videokonferanse. DeVaVi styrker det akuttpsykiatriske tilbudet ved døgnkontinuerlig telefonvakt dekket av ambulante team og overleger i bakvakt som er lokalisert til ulike deler av virksomheten. Legene deltar direkte i pasientkonsultasjoner via videosamtaler.

Resultat:

- 24/7 akutt døgntilbud ved distriktpsikiatriske sentre er realisert ved tre små DPS-områder
- innleggelse i akuttpost eller subakutt i Tromsø er redusert med 31 prosent fra 2011 til 2014
- tilgjengelig kompetanse er styrket
- brukere og samarbeidspartnere sier tilbudet er blitt kvalitativt bedre

Ettersom det legges bedre til rette for sikker elektronisk kommunikasjon med brukerne i helsetjenesten, vil bruk av e-læring og e-behandling kunne nyttes i større skala. Barn og unge ligger i front når det gjelder sosiale medier. Helsetjenesten må kommunisere med barn og unge på slike plattformer og med kommunikasjonsløsninger som er naturlige for dem.

God utredning og riktig bruk av spesialist

Om lag en tredjedel av ambulante akutteam mangler lege- eller psykologspesialist. Spesialister vurderes som nødvendig for at teamene kan gjøre fullverdige undersøkelser og vurderinger for videre behandling. Det er viktig at leger som gjennomfører spesialistutdanning i psykiatri får praksis i ambulant arbeid. Dette må fanges opp av helseforetakene ved at leger som gjennomfører spesialistutdanning i psykiatri, kan tilbys praksis i ambulant arbeid.

Helsetilsynet har påpekt mange avvik for manglende deltakelse av psykiater eller psykologspesialist ved utredning og behandling. Spesialistenes rolle bør tydeliggjøres, og det bør legges til rette slik at de kan bruke mest mulig av sin tid i direkte pasientbehandling. Telekommunikasjon og ambulerende spesialister innen foretaket kan bidra til å lette tilgjengeligheten i områder hvor det er utfordringer med spesialistdekning.

Mer intensive utrednings- og behandlingsforløp – pakkeforløp for psykisk helse

Poliklinikkene arbeider mye med langvarige behandlingsforløp med faste konsultasjoner for eksempel hver uke eller hver 14. dag. Mer intensive og fleksible forløp, som kan snu en uheldig utvikling raskere, kan gi bedre hjelp til pasienten. Standardisering av behandling må balanseres mot kravet om brukermedvirkning og individuell tilpasning i behandlingsforløpet.

I Norge har vi gode erfaringer med behandlingsforløp for psykosebehandling og ADHD som det bør bygges videre på. Også ved behandling av alvorlige tvangslidelser kan mer standardiserte behandlingsforløp gi pasienten bedre og raskere hjelp. Erfaringer fra legemiddelassistert rusbehandling (LAR) viser at godt planlagte behandlings- og oppfølgingspakker gir gode resultater også i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Regjeringen har innført pakkeforløp for kreft med gode resultater, og vil at det utvikles pakkeforløp også for psykiske helsetjenester. Det må vurderes nærmere hvordan pakkeforløp for psykisk helse kan utformes, slik at pasientenes behov blir best mulig ivarettatt.

Videre utvikling av tjenester til eldre i psykisk helsevern

Antallet eldre med behov for psykisk helsevern vil øke. Mange distriktpsikiatriske sentre har for liten oppmerksomhet på Eldres psykiske helse og gir ikke et fullgodt tilbud om utredning og behandling av eldre med psykiske helseproblemer. Distriktpsikiatriske sentre bør ha tilbud til eldre på lik linje med andre aldersgrupper.

8.4 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige

Den nasjonale brukererfaringsundersøkelsen fra 2014 blant voksne pasienter med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling viste at brukerne mente institusjonene har stort forbedringspotensial². Pasientene hadde stort sett gode erfaringer med måten de ble tatt imot på ved institusjonene. De kjente seg trygge og opplevde at de ble møtt med høflighet og respekt. Men brukerne ønsket mer tid til samtaler og kontakt med behandlerne og personalet. 35 prosent svarte at de enten ikke hadde noe utbytte, lite eller en del

² Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, PasOpp-rapport nr 6 – 2014

utbytte av behandlingen. Over 60 prosent svarte at de hadde fått for liten eller ingen hjelp med sine psykiske eller fysiske plager. Nesten 50 prosent mente aktivitetstilbudet ved institusjonen kunne vært bedre. 66 prosent mente personalet «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» hadde forberedt dem på tiden etter utskriving.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) omfatter avrusing, akutt behandling, utredning og spesialisert behandling i poliklinikk eller døgninstitusjon, institusjonsplasser der rusavhengige kan holdes tilbake uten eget samtykke, og legemiddellassistert rehabilitering (LAR).

Behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten er bygd kraftig opp i de ti årene som har gått siden rusreformen i 2004. Mer enn 30 000 mennesker fikk behandling for rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten i 2014.

Samdatarapporten for 2014 viser at antall oppholdsøgn i behandling for rusavhengighet har vært om lag uendret i perioden 2011–2014. Det var nesten 586 000 oppholdsøgn i tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2014. Rapporten viser at varigheten på opphold i døgninstitusjoner var omtrent den samme i 2011 som i 2014. I overkant av 70 prosent av pasientene mottok kun poliklinisk behandling. Antall polikliniske konsultasjoner har økt med om lag 50 prosent fra 2010 til 2014. Geografisk fordeling av pasienter i døgnbehandling viser små variasjoner i landet. Dekningsgrad og tilgjengelighet varierer derimot sterkt for poliklinisk behandling. Tilgangen til poliklinisk behandling avhenger i stor grad av hvor pasienten bor.

Private, ideelle organisasjoner og stiftelser yter 58 prosent av den samlede døgnkapasiteten i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Private institusjoner yter tjenester etter avtale med regionale helseforetak. Avtalene fastsetter antallet døgnplasser i form av korttids- og langtidsplasser, antall oppholdsøgn og konsultasjoner. Avtalene setter også kvalitetskrav og andre krav til tjenestene som skal oppfylles.

Kartlegginger ved akuttavdelinger i psykisk helsevern viser at nær 70 prosent av akuttinnleg-

gelsene ved enkelte enheter har sammenheng med rusmiddelproblemer. En betydelig andel av pasientene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling har psykiske helseproblemer i tillegg til sitt rusproblem. I tverrfaglig spesialisert rusbehandling anses det ikke å være nok kompetanse i psykiatri til at alle pasienter som trenger hjelp med psykiske lidelser får det mens de mottar behandling for sitt rusproblem. Helseforetakene må legge stor vekt på kompetansedeling og faglig samhandling i den videre utviklingen av behandlingstilbudet, slik at flere brukere får dekket behovet for hjelp med psykiske helseproblemer mens de er under behandling for rusavhengighet.

Brukerne framhever at det er viktig med mangfold og valgmuligheter i behandlingen av rusavhengighet. Regjeringen ønsker å beholde de private tjenesteyterne som viktige aktører og samarbeidspartnere i behandlingstilbudet.

Samarbeidet og samhandlingen mellom private og offentlige tjenesteytere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling er blitt bedre de senere årene, men det er fortsatt behov for å knytte de private institusjonene tettere opp mot de offentlige tjenestene – inkludert tettere samarbeid om fagutvikling og styrking av kompetanse. Det må skapes flere forpliktende arenaer der offentlige og private aktører samarbeider om å styrke kvaliteten på tjenestene til rusavhengige.

Rusavhengige trenger ofte hjelp både fra spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Utviklingen av tilbudet må gi større muligheter for behandling lokalt med ambulante polikliniske tjenester, uten at det går på bekostning av tilbudet om døgnbehandling.

I dag finnes det ikke noe nasjonalt kvalitetsregister for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Regionalt kompetansesenter ved Helse Stavanger HF har utarbeidet forslag til et kvalitetsregister, og har søkt Helsedirektoratet om å få bli et nasjonalt register. Et nasjonalt kvalitetsregister vil gi bedre muligheter for å dokumentere kvalitet og drive kvalitetsforbedring av behandlingstilbudet til mennesker med rusavhengighet.

9 Forny, forenkle og forbedre

En framtidsrettet tjeneste må tilpasse seg den medisinskteknologiske utviklingen, den nye pasientrollen og endringer i demografi og sykdomsbilde. Den må også møte økte krav til tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet. Disse utfordringene kan ikke møtes ved bare å tilføre mer ressurser. Det er nødvendig med forbedringer i organisering, kultur og ledelse.

9.1 Kortere ventetider

Ventetidene i spesialisthelsetjenesten har blitt kortere de siste årene. Likevel er det fortsatt for mange pasienter som venter unødvendig lenge. På noen områder er dette uttrykk for kapasitetsproblemer. På andre områder handler det først og fremst om bedre organisering og logistikk, og bedre utnyttelse av eksisterende kapasitet.

En viktig nøkkel for å redusere ventetider og gjennomføre nødvendige omstillingsprosesser er læring mellom sykehus og mellom avdelinger ved sykehuset. Den store variasjonen mellom sykehusene når det gjelder kvalitet, effektivitet og ventetid viser at det er et potensial for sykehusene til å lære av hverandre. I undersøkelsen om effektivitet i sykehus (Dokument 3:4 (2013–2014)) peker Riksrevisjonen blant annet på:

- aktiviteten i spesialisthelsetjenesten kan økes betydelig dersom erfaringene fra sykehus med kort liggetid, effektive behandlingsforløp og høy utnyttelse av kapasiteten blir overført til andre sykehus
- mange sykehus kan redusere antall liggedøgn. Brukerundersøkelser viser at pasienter som har fått behandling i sykehus med kort liggetid, har like godt funksjonsnivå når de skrives ut, som pasienter som har ligget lenge i sykehus
- bedre utnyttelse av operasjonsstuene kan redusere ventelistene

Helse- og omsorgsdepartementet har tatt konsekvensen av dette i styringen av spesialisthelsetjenesten. Departementet har dreid oppmerksomhe-

ten fra overordnet styring på ventetid over til styringsdialog om årsakene til ventetid, variasjon i ventetid, kapasitetsutnyttelse og effektivitet, og om hvordan sykehus kan samhandle bedre på tvers av helseforetak, private leverandører og avtalespesialister. Departementet vil også framover legge vekt på årsakene til ventetid og knytte styringsdialogen til disse.

Endringsprosesser og forbedringsarbeid må eies og gjennomføres lokalt. Men dagens store variasjoner i kvalitet og tilgjengelighet til helsetjenesten kan ikke aksepteres. Systematisk bruk av kunnskap om beste praksis og vilje til å lære av hverandre må være felles for alle i spesialisthelsetjenesten.

9.2 Rask og effektiv diagnostikk

Rask og presis diagnostikk er avgjørende for kvaliteten i pasientforløpet. For pasienten er det av stor betydning å få avklart situasjonen raskt for å unngå unødig bekymring og redusere antall kontakter med spesialisthelsetjenesten. Rask og presis diagnostikk er også viktig for å sikre god utnyttelse av ressursene.

Tverrfaglige poliklinikker og diagnosesentre er gode virkemidler for rask og effektiv diagnostisering. Det viser erfaringene fra satsingen «Raskere tilbake»¹ og fra diagnosesentrene som er etablert som ledd i kreftsatsingen. Både for pasienten og sykehusene er det en fordel at flest mulig undersøkelser kan skje innenfor et kort tidsrom, gjerne samme dag.

Diagnostikken vil trolig endre seg mye de neste 10–15 årene. Til dels vil det kreves mer spesialisert utstyr og kompetanse slik at pasienten må utredes ved større sykehus. Men utstyret blir også mindre og mer mobilt, slik at diagnostikken kan desentraliseres. En del av det diagnostiske arbeidet kan skje i ambulansen på vei til sykehuset.

¹ Raskere tilbake er et nasjonalt prosjekt som tilbyr arbeidsrettede tiltak for å hindre unødige lange sykefravær.

9.3 Mindre uberettiget variasjon – standardisering av pasientforløp

Sykehusene har et ansvar for å bidra til at ressursene i spesialisthelsetjenesten utnyttes på best mulig måte. De har også ansvar for at pasientene tilbys behandling som er vist å være effektiv. Vi har etter hvert fått mye dokumentasjon på at det er stor variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester, både mellom sykehus og mellom ulike geografiske områder. Riksrevisjonens rapport *Produktivitet og effektivitet i sykehus* fra 2013 viser store variasjoner i liggetid og utnyttelse av operasjonsstuer mellom sykehus. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) lanserte i januar 2015 en pilotversjon av et helseatlas som analyserer den norske befolkningens forbruk av 12 forskjellige typer dagkirurgiske inngrep i perioden 2011–2013. Atlaset viser store geografiske forskjeller i forbruk av for eksempel kirurgiske inngrep i skulder, mens forskjellene er mindre når det gjelder operasjoner for lyskebrokk. I september 2015 lanserte SKDE et barnehelseatlas som analy-

serer variasjon i forbruk av helsetjenester til barn. Selv om ingenting tilsier at det er geografiske forskjeller i norske barns helsetilstand, varierer innleggelser i barneavdelinger med mer enn 100 prosent. I enkelte deler av landet et antall polikliniske konsultasjoner for astma fire ganger høyere enn andre steder. Lignende forskjeller ser man for en rekke andre sykdommer hos barn. Forskjellene kan ikke forklares med forskjeller i medisinske behov.

Resultatene er publisert på www.helseatlas.no.

Stor variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester kan være en indikasjon på kvalitetssvikt og innebære en fare for pasientsikkerheten. Variasjon kan være uttrykk for underbehandling, overbehandling eller feilbehandling. Standardisering av pasientforløp med utgangspunkt i oppsummert kunnskap og faglige retningslinjer, er viktig for et godt behandlingsresultat, for god utnyttelse av kompetanse og ressurser i sykehusene, og ikke minst for å sikre pasientene helhet, kvalitet og sammenheng.

Boks 9.1 Problemløsning utenfor sykehus

Eldre og kronisk syke

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har sammen med Tromsø og Harstad kommune, etablert *pasientsentrert helsetjenesteteam*. Leger, sykepleiere, terapeuter og farmasøyt fra kommunene og sykehuset jobber sammen på tvers av organisasjoner og nivåer.

Helhetlige pasientforløp tolkes bokstavelig: fra pasientens hjem via kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste og tilbake til pasientens hjem. Tverrfaglig kompetanse bringes tidlig ut til pasienten, og innleggelser unngås når det er mulig.

Det unike er at teamene bemannes både fra spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det fører til toveis kompetanseoverføring og åpner for tjenesteforbedring og samarbeid utover det konkrete prosjektet.

Avansert hjemmesykehus for barn

Ullevål sykehus opprettet i 2008 *hjemmesykehus* der barn i aldersgruppen 0–18 år mottar sykehusbasert behandling i hjemmet som alternativ til poliklinikk eller innleggelse. De mobile team-

ene består hovedsakelig av barnepleiere med utstyr som gir tilgang til pasientjournal og mulighet for elektronisk kommunikasjon med sykehuslegene. Ordningen ble evaluert i 2014. Både pasienter, pårørende og ansatte var fornøyde med hjemmesykehusordningen som også ga innsparelser for sykehus, pårørende og arbeidsgivere.

Palliativ behandling

Sykehuset Telemark har etablert et ambulant palliativt team – bemannet med lege og sykepleier. De arbeider i et kontaktnett med over 100 kontaktsykepleiere i kommunene, og besøker pasienter hjemme, ved lokalsykehus eller sykehjem. Besøkene skjer fortrinnsvis sammen med fastlege, kontaktsykepleier og hjemmetjeneste.

Etter 12 måneder var status 220 hjemmebesøk, 75 tilsyn med pasienter i sykehjem, 35 besøk ved lokalsykehus, 210 telefonveiledninger, og 50 tappinger av væske fra bukhalen. Tallene kan leses som aktivitetstall, men like mye som konkrete eksempler på kompetanseoverføring. Ikke minst gir det god kvalitet i tilbudet til alvorlig syke pasienter.

9.4 Nye arbeidsformer

Tradisjonelt har pasienter vært behandlet i seng i sykehus. Moderne spesialisthelsetjeneste har erkjent at resultatene ofte blir bedre når pasienten er mobil og mest mulig i sine vante omgivelser. Reduksjonen i liggetider på sykehus som har skjedd i mange land de siste årene, er en ønsket utvikling som har gitt bedre kvalitet for de aller fleste pasientene. Utviklingen i moderne teknologi og IKT gjør det mulig å levere spesialisthelsetjenester på stadig nye måter og bidrar til at pasientene slipper belastende reiser til sykehus.

Arenafleksible helsetjenester er helsetjenester som kan ytes på ulike steder. Det tas utgangspunkt i hvilke tjenester pasientene trenger og deretter hvor det er best for pasientene å få tjenestene levert: på sykehus, i distriktpspsykiatrisk senter, ved poliklinikk, hos fastlegen, hjemme hos pasienten eller på smarttelefonen. Noen sykehusavdelinger gir behandling i pasientens hjem av sykehusets ansatte (hjemmesykehus). I psykisk helsevern er det økende bruk av e-konsultasjoner. Ambulante tjenester i somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling har vist seg å være en spesielt nyttig arbeidsform overfor pasienter og brukere som helst bør være i egne og kjente omgivelser.

9.5 Bedre personalplanlegging i sykehusene

Lønnskostnadene utgjør mellom 65–70 prosent av driftskostnadene i spesialisthelsetjenesten. God ledelse og styring av personalressursene er derfor avgjørende. Lederne må organisere arbeidet slik at medarbeiderne brukes mest mulig effektivt, og at de får brukt sin kompetanse til beste for pasienten.

Helsedirektoratets årlige Samdata-rapport om spesialisthelsetjenesten viser at det er store variasjoner mellom helseforetakene i hvor effektivt personalressursene brukes. Riksrevisjonen har med utgangspunkt i dette nylig undersøkt hvor effektivt personalressursene brukes i 77 sengeposter i sykehus.

Undersøkelsen viser at det er store forskjeller i hvor mye pasientbehandling som er utført med de pleieressursene som er brukt. Forskjellene er store også mellom sengeposter av samme type, noe som tyder på at forskjellene har andre årsaker enn hvilke pasientgrupper som behandles.

Rundt 75 prosent av sengepostene planla med lik bemanning alle hverdager i uka. To tredjedeler av disse hadde systematisk variasjon i pasientbelegget gjennom uka. Ved mange sengeposter var det mulig å oppnå effektivisering ved å tilpasse bemanningen bedre til antall pasienter gjennom dagen, uka og året.

Sykehus med godt samarbeid mellom sengeposter og mellom sengepost og poliklinikk hadde mer effektiv bruk av pleieressursene. Her utnyttes mulighetene for å flytte pasienter eller utveksle personell midlertidig, slik at en bedre kan håndtere sykefravær og uforutsett variasjon i pasientbelegget.

Under halvparten av mellomlederne i undersøkelsen mente de hadde god nok informasjon til å vurdere om bruken av personalet er effektiv på sengepostene deres. Riksrevisjonen uttaler at den informasjonen som brukes i mange helseforetak til styringen av sengeposter, ikke nødvendigvis viser hvor effektivt pleieressursene brukes. Helseforetakene må sørge for at lederne har forutsetninger for å utøve ledelse som gir effektiv bruk av personalressursene.

I Dokument 3:12 (2014–2015) oppsummerer Riksrevisjonen sine hovedfunn slik:

- helseforetakene kan bruke pleieressursene mer effektivt
- ledelsens styringsinformasjon gir ikke godt nok grunnlag for å sikre effektiv bruk av pleieressursene
- planleggingen av bemanningen tilpasses ikke godt nok til variasjoner i pasientbelegget
- mer samarbeid mellom sengeposter kan gi mer effektiv bruk av pleieressursene

Alle de regionale helseforetakene og helseforetakene arbeider med aktivitetsbasert bemannings- og ressursplanlegging. Riksrevisjonens undersøkelse viser at det er variasjon i hvor langt sengepostene har kommet i dette arbeidet, og at det i mange helseforetak er mulig å bruke pleiepersonalet mer effektivt. Regionale helseforetak bør legge til rette for at helseforetakene kan gi ledere i sykehusene slik støtte, kompetanse og styringsinformasjon at de kan ivareta sitt ansvar for å oppnå effektiv bruk av pleiepersonalet. Helse- og omsorgsdepartementet mener Riksrevisjonens anbefalinger er et godt bidrag i arbeidet med å legge til rette for bedre styring av pleieressursene i sykehus. Departementet vil følge dette opp i styringsdialogen med de regionale helseforetakene.

9.6 Ny oppgavedeling mellom helsepersonell

Et viktig tiltak for å møte framtidens utfordringer og samtidig sikre kvalitet i tjenestene er å benytte kompetansen til de som arbeider i sektoren på en bedre måte. Dette kan bidra til mer hensiktsmessig og effektiv utnyttelse av de samlede personellressursene. Endret oppgavedeling er ett av flere virkemidler som kan bidra til å oppnå dette.

Det finnes mye internasjonal erfaring med bruk av helsepersonell i nye eller endrede roller. I flere land i Europa og Nord-Amerika foregår det store endringer i rolle- og ansvarsfordelingen mellom helseprofesjoner. I den senere tid har Verdens helseorganisasjon, sammen med OECD, arbeidet aktivt med å formidle at oppgavedeling («task shift») er et viktig virkemiddel for å møte framtidens personellutfordringer.

Også i norske sykehus foregår det endringer i oppgavedelingen mellom helseprofesjonene. Eksempler er poliklinikker drevet av sykepleiere og fysioterapeuter, radiografer som gjør ultralyd, og mer fleksibel bruk av helsesekretærer, for eksempel til blodprøvetaking. Erfaringene er i hovedsak positive. Helsepersonell opplever at de kan bli avlastet og får frigitt tid til viktige oppgaver. Oppgavedeling kan også føre til bedre arbeidsflyt og raskere pasientbehandling. Disse fordelene kan oppnås samtidig som kvaliteten opprettholdes eller forbedres. I flere tilfeller blir det også rapportert om økt pasienttilfredshet, mens helsepersonell som får nye oppgaver melder om økt motivasjon, teamfølelse og jobbtilfredshet².

Det er arbeidsgivers ansvar å sørge for at personellsammensetningen er best mulig, slik at virksomheten ivaretar kravene til faglig forsvarlighet og god oppgaveløsning. Grensene for helsepersonellens yrkesutøvelse er regulert av krav til faglig forsvarlighet i helsepersonelloven. Det som er avgjørende for hvilke oppgaver helsepersonellet kan utføre, er ikke nødvendigvis hvilken profesjon de tilhører, men heller hvilke kvalifikasjoner de har tilegnet seg.

Når en skal endre oppgavedelingen lokalt, må det være på bakgrunn av dialog mellom de berørte yrkesgruppene. Helsedirektoratets kartlegging har også vist at det er større sannsynlig-

Boks 9.2 Oppgavedeling ved Lovisenberg sykehus

Lovisenberg sykehus har satset bevisst på oppgavedeling og gjennomført dette på flere områder. Målet med oppgavedeling har vært å:

- løse praktiske utfordringer
- gi pasientene tilbud med tilsvarende eller bedre kvalitet
- finne lokale løsninger på lokale utfordringer

Eksempler på ny oppgavedeling ved sykehuset:

- fysioterapeuter gjør preoperative vurderinger og gjennomfører kontroller på ortopedisk poliklinikk
- sykepleiere har hovedansvar for oppfølging av pasienter med inflammatorisk tarmsykdom
- sykepleiere har ansvar for mye av utredning og oppfølging av pasienter med hjerte- flimmer

het for å lykkes om en klarer å skape lokal enighet om behovet for å gjøre endringer. Behovet for god forankring hos ledelsen og helsemyndighetene blir også trukket fram som forutsetninger for å lykkes. Dette er også erfaringen fra Danmark, der de har mye erfaring med oppgavedeling og har forankret dette arbeidet hos sentrale myndigheter.

Det er positivt at mye skjer lokalt. Det er helsepersonellet og lederne som er nær pasienten, som har de beste forutsetningene for å finne ut hvordan personellens kompetanse kan brukes på best mulig måte.

Selv om hoveddelen av arbeidet med oppgavedeling skal skje lokalt, er det nødvendig å støtte opp om oppgavedeling gjennom noen nasjonale grep. Det gjelder særlig på områder der endret oppgavedeling kan ha stor betydning, for eksempel ved å redusere flaskehals og forbedre kapasitet og kvalitet, og der det til nå har vist seg vanskelig å få til endring. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor satt i gang forsøk med oppgavedeling på fire områder:

- bemanningssituasjonen på operasjonsstuer
- oppgavedeling mellom radiografer og radiologer
- oppgavedeling mellom patologassistenter og patologer
- oppgavedeling mellom sykepleiere og leger i forbindelse med skopiundersøkelser

² Helsedirektoratet, Rapport IS-2108 «Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten- kartlegging av erfaringer med endret oppgavedeling i Norge og andre nordiske land»

9.7 Digitalisering av spesialisthelsetjenesten

Utvikling av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i spesialisthelsetjenesten går raskt. Informasjonshåndtering og arbeidsrutiner har gått fra å være nesten bare papirbasert og preget av manuelle rutiner til å bli stadig mer digitalisert og automatisert.

IKT er ikke lenger bare en støttefunksjon men en av kjernefunksjonene i sykehus, og påvirker måten helsetjenester organiseres og leveres på. Innføring og bruk av elektroniske pasientjournaler muliggjør mer effektiv samhandling og informasjonsflyt i helse- og omsorgstjenesten. Teknologien åpner også for nye måter å involvere innbyggerne og pasientene på, for eksempel elektronisk timebestilling, dialog eller innsyn i egen pasientjournal.

Selv om Norge har kommet lengre enn mange andre land i digitaliseringen og bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren, opplever helsepersonell at IKT-systemene ikke støtter godt nok opp under arbeidsprosessene i sykehusene. Teknologiske muligheter utnyttes ennå ikke godt nok. Helsepersonell opplever ofte å jobbe på samme måte som før informasjonsteknologien ble innført.

Spesialisthelsetjenesten arbeider nå sammen med kommunene, Helsedirektoratet og andre aktører om hvordan visjonen om «én innbygger – én journal» kan realiseres. Målet er at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger gjennom hele behandlingsforløpet. Digitale tjenester på nett skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig og helhetlig. Nettjenester skal også gi grunnlag for mer delaktighet, og innbyggerne skal i større grad bestemme utforming av eget tjenestetilbud. Ledere, helsepersonell og myndigheter har behov for tilgang til helsedata og statistikk av god kvalitet for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Digitale verktøy for helsepersonell

Pasientjournalssystemer og pasientadministrative systemer er et av helsepersonellens viktigste arbeidsverktøy. For å sikre best mulig behandling og pasientsikkerhet, må helsepersonell ha rask, enkel og sikker tilgang til nødvendige helseopplysninger. Dette gjelder gjennom hele behandlingsforløpet, uavhengig av hvor i behandlingsforløpet eller i landet pasienten blir syk eller får behandling.

Pasientens journalopplysninger er i dag spredt i en rekke systemer i de avdelinger og virksomheter hvor pasienten og brukeren har mottatt helsehjelp. Det er tidkrevende for helsepersonellet å få en samlet oversikt over pasienten eller brukerens opplysninger. Helsepersonellet må logge seg på ulike systemer, og informasjon må etterspørres fra andre aktører. Dette gjør det utfordrende å få en helhetlig oversikt over viktig informasjon, slik som legemidler og allergier. Det er heller ikke sikkert at helsepersonellet finner alle nødvendige pasientopplysninger. Manglende oversikt kan gå ut over kvaliteten på helsehjelpen.

Den nye pasientjournalloven som trådte i kraft 1. januar 2015, åpnet nye muligheter til å dele og hente fram informasjon mellom helsepersonell og virksomheter. Loven åpner for at nødvendige opplysninger om en pasient kan gjøres tilgjengelig, uavhengig av hvor pasienten har fått helsehjelp tidligere og hvordan helsetjenesten er organisert.

Kunnskapsutviklingen skjer raskt, og det er viktig med tilgang til oppdatert kunnskap og beslutnings- og prosessstøtte på en enkel og brukervennlig måte. Slik IKT-støtte kan være nyttig og helt nødvendig i mange situasjoner, for eksempler for å kunne stille riktig diagnose og planlegge behandlingsforløp, og ved forskrivning av legemidler.

Bruk av standardisert kodeverk, terminologi og strukturert informasjon i pasientjournalen vil tilrettelegge for bedre kommunikasjon på tvers i helse- og omsorgssektoren og gi bedre grunnlag for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

«Én innbygger – én journal» beskriver en visjon der helsepersonell som deltar i pasientbehandlingen, får tilgang til alle nødvendige og oppdaterte opplysninger uavhengig av hvor pasienten befinner seg. Visjonen betyr ikke nødvendigvis at pasientdata skal samles i et felles nasjonalt system. Helsedirektoratet er i gang med å utrede hvordan disse ambisjonene kan realiseres både teknisk og organisatorisk. Utredningen skal anbefale det langsiktige målbildet for framtidens helseinformasjonssystemer. Utredningen skal omfatte hele helse- og omsorgssektoren og foregår i tett samarbeid med sektoren og pasient- og brukerorganisasjoner.

Personvern og informasjonssikkerhet skal være en integrert del av utvikling og innføring av alle IKT-tiltak. Det skal være tillit i befolkningen til at opplysningene blir behandlet på en trygg og sikker måte. Helseopplysninger skal være tilgjengelige, og opplysningenes konfidensialitet og integritet skal ivaretas. Helseopplysninger skal sikres

Boks 9.3 Sykehuset Østfold effektiviserer og forbedrer pasientflyten med IKT

Det nye sykehuset på Kalnes i Østfold åpnet 2. november 2015, og bruker teknologi for bedre og mer effektive arbeidsprosesser. I tillegg til at pasienter kan sjekke inn på egne terminaler tilsvarende de vi finner på flyplassen, får helsepersonell verktøy for å kunne følge opp pasientene på helt nye måter. De ansatte kan dele og gi informasjon på en raskere måte ved hjelp av smarttelefonen i lommen, på nettbrett, på elektroniske informasjonstavler og etter hvert smartklokker. Formålet er å bidra til at IKT-systemene blir en del av arbeidsprosessene, tett på brukere og pasient. Løsningene reduserer behovet for å ringe, gir mer informerte ansatte og frigjør ressurser og tid som kommer pasienten til gode

Sykehuset Østfold er det første, norske sykehuset som tar i bruk smarttelefon for informasjon i hele sykehuset. Alle ansatte skal ha en smarttelefon hvor de får meldinger, oversikt over arbeidsoppgaver og alarmer. På smarttelefonen mottar ansatte varsler om for eksempel hjertestans eller andre akutte hendelser. Portører får beskjed om flytting av en pasient og kan også kvittere for utført oppdrag. Pasientalarmer går direkte til ansvarlig sykepleier som kan kvittere på sin smarttelefon.

Det nye sykehuset er også utstyrt med hundre elektroniske informasjonstavler. På disse tavlene kan helsepersonell se røntgenbilder, laboratorieresultater, kurve og pasientens journal. Det er også mulig å dele informasjon og sende beskjeder. Tavlene benyttes ikke bare av

klinisk personale, men også av rengjørere, teknisk personale og portører for blant annet å få oversikt over senger og rom. Tavlene bidrar til bedre samhandling og tverrfaglig klinisk arbeid, støtter opp om standardiserte behandlingsforløp, som eksempel pakkeforløpene for kreft, optimaliserer arbeidsflyt og automatiserer det å tildele oppgaver.

For å optimalisere arbeidsprosessene, tilpasses visning av informasjon til den enkelte ansatte. En lege, sykepleier eller hjelpepleier har behov for andre opplysninger enn for eksempel en renholder, portør og teknisk personale. Informasjonen tilpasses også behovene i de ulike avdelingene som akuttavdeling, operasjonsavdeling, intensivavdeling, psykiatrisk avdeling og ordinære sengeposter.



Figur 9.1

Kilde: Colourbox

ved tekniske funksjoner, opplæring og organisatoriske tiltak for å hindre uautorisert bruk.

Tilgang til helsedata og statistikk av god kvalitet er nødvendig for å sikre at helsepersonell, ledere og myndigheter har tilstrekkelig styringsinformasjon om kvaliteten og effekten av pasientbehandlingen som ytes i spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell må kunne oppleve nytte av egen registrering gjennom å få tilgang til oppdaterte nøkkeltall og resultater. Dagens IKT-systemer tilrettelegger ikke godt nok for dette. Det er behov for økt kunnskap og forståelse for hvordan teknologien kan utnyttes. Kunnskapsgrunnlaget for styring, kvalitetsforbedring og forskning skal gjøres mer tilgjengelig.

Sterkere nasjonal styring

Det er stort behov for en sterkere nasjonal styring, bedre koordinering og bedre organisering av IKT-feltet. Dagens styringsmodell og de mange aktørene gir lav gjennomføringsevne med lite koordinert utvikling av IKT i helse- og omsorgssektoren.

Direktoratet for e-helse etableres fra 1. januar 2016 for å styrke myndighetsrollen på e-helseområdet. Direktoratet skal ivareta en forutsigbar IKT-utvikling gjennom strategisk styring og nasjonal samordning for en samlet helse- og omsorgssektor. I tillegg skal direktoratet ha ansvar for styring, gjennomføring og forvaltning av nasjonale

løsninger på e-helseområdet. For å styrke samarbeidet og gjennomføring av IKT-prosjekter av felles interesse ble det i januar 2014 etablert et Nasjonal IKT HF. Helseforetaket er etablert for å ivareta spesialisthelsetjenestens ansvarsområde.

Sterkere styring og koordinering i alle faser av nasjonale IKT-prosjekter er avgjørende for å kunne oppnå ønskede effekter. Det er et mål å etablere porteføljestyring av samtlige nasjonale e-helsetiltak. Dette skal sikre felles mål og en helhetlig, koordinert og forutsigbar IKT-utvikling i helse- og omsorgssektoren.

Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT) er etablert for å sikre koordinering og prioritering av e-helse-utvikling av nasjonal betydning, gi forutsigbarhet for leverandørene og en helhetlig prosess fra innmelding av tiltak til anbefalt, prioritert utvikling. Utvalget

består av medlemmer fra de største interessentene i helse- og omsorgssektoren.

Som en del av arbeidet med å etablere nasjonal porteføljestyring, utarbeides det nasjonale handlingsplaner for e-helse. Gjeldende handlingsplan for 2014–2016 gir en samlet framstilling av pågående og planlagte nasjonale e-helsetiltak. Tiltakene i handlingsplanen danner grunnlag for utarbeidelse av årlige tiltaksplaner etter gjennomført prioriteringsprosess i NUIT.

For å hente ut effektene og gevinstene ved digitalisering og bruk av ny teknologi, må arbeidsformer og rutiner endres. IKT-arbeidet både i spesialisthelsetjenesten, i kommunchelsetjenesten og mellom sektorene må kombineres med organisasjonsutvikling. Den strategiske IKT-kompetansen blant helsepersonell og ledere må økes, slik at mulighetene teknologien gir, utnyttes godt nok.

10 Personell og utdanning

De ansatte og deres kompetanse er sykehusene og helsetjenestens viktigste ressurs. Personellkostnadene utgjør mellom 65 og 70 prosent av ressursinnsatsen i norsk spesialisthelsetjeneste. Regjeringen vil styrke kompetansen i hele helse- og omsorgstjenesten, hvor spesialisthelsetjenesten fyller en stor og kritisk viktig rolle.

Spesialisthelsetjenesten har særlig behov for personell med spesialisert helsefaglig kompetanse. I tillegg trengs det blant annet kompetanse innen IKT, fysikk, biologi, logistikk og en rekke andre fagområder og støttefunksjoner. Helsetjenesten skal være en attraktiv arbeidsplass med utviklingsmuligheter og gode og trygge arbeidsvilkår.

Forventede personell- og kompetanseutfordringer må møtes bredt med tiltak for å rekruttere, utvikle og beholde nok kvalifisert personell.

Å sikre tilstrekkelig og kompetent personell er en del av helseforetakenes ansvar for å tilby kvalitativt gode og forsvarlige tjenester. Utdanning av helsepersonell er en lovpålagt oppgave for sykehusene. Samtidig har Kunnskapsdepartementet og universitets- og høyskolesektoren hovedansvar for utdanning. Denne ansvarsdelingen fordrer godt og avklart samarbeid mellom aktører som representerer helsetjenestene og utdanningsfeltet.

10.1 Dimensjonering av utdanningene

Det har vært økning i utdanningskapasiteten innen helsefagene de siste årene. For å holde følge med behovsveksten i tjenestene må det jevnlig vurderes om utdanningskapasiteten i ulike fag må økes og justeres ytterligere.

Dimensjonering av utdanningskapasiteten for grunn- og videreutdanninger i de helse- og sosialfaglige utdanningene blir i hovedsak fastsatt av Kunnskapsdepartementet. Årlig fastsettes kandidatmåltall i forbindelse med statsbudsjettet for enkelte utdanninger på universitets- og høyskolenivå. Som ledd i arbeidet gir Helse- og omsorgsdepartementet årlig innspill til Kunnskapsdepartementet om dimensjonering av utdanningskapa-

sitet. Siden varigheten på de helsefaglige grunnutdanningene på universitets- og høyskolenivå er minimum tre år, tar det tid før endringer får effekt i tjenestene. Vurderinger og planlegging må derfor være framtidsrettet, og basert på endrede personell- og kompetansebehov i tjenesten.

Utdanningsinstitusjonene har frihet til selv å opprette plasser, men har større ansvar for finansieringen av disse enn for plasser som blir opprettet som følge av kandidatmåltall. Denne friheten gir institusjonene mulighet til å tilpasse dimensjoneringen av utdanningene og utdanningstilbudet etter lokale og regionale behov. Dette kan for eksempel skje på bakgrunn av dialog i samarbeidsorganene (se omtale i kapittel 10.3) eller på bakgrunn av mer direkte kontakt mellom enkeltinstitusjoner. Det finnes gode eksempler på at det har blitt opprettet videreutdanninger som møter

Boks 10.1 Videreutdanning basert på lokale behov – tverrfaglig behandling av hjerneslag

Høgskolen i Buskerud og Vestfold har opprettet en rekke kortere videreutdanninger i samarbeid med tjenestene. Målet med disse videreutdanningene er at de fører til forbedringer og innovasjon i praksis, og det legges stor vekt på å utvikle studiene i samarbeid med praksis.

Videreutdanning i tverrfaglig akutt slagbehandling og rehabilitering av hjerneslagrammede ble opprettet etter ønske fra Vestre Viken HF ved seksjon for geriatri, slag og rehabilitering ved Bærum sykehus. En arbeidsgruppe med representanter fra både sykehus og høyskole utarbeidet studieplan og pensum. Første kull startet høsten 2009. Personell fra sykehuset deltok i undervisningen. Videreutdanningen har vært evaluert, og erfaringene med studiet var positive. Studiet inngår nå som et ordinært tilbud ved høgskolen, og tilbys etter behov. Det femte kullet gjennomfører studiet høsten 2015.

lokale behov, som konsekvens av slik dialog. Det er imidlertid variasjon i hvor godt samarbeidsorganene fungerer og hvor tett kontakten er mellom enkeltinstitusjoner lokalt.

Seneste søkertall fra Samordna opptak viser god og til dels økende søkning til en del av de helsefaglige utdanningene. Samtidig er det behov for å styrke kvaliteten i utdanningene, sikre økt gjennomføring og redusere frafall.

Det er utfordrende for helse- og omsorgstjenesten å etablere tilstrekkelig antall gode praksisplasser. Det er derfor viktig at studenter som fyller praksisplassene, fullfører utdanningen og blir yrkesaktive i helse- og omsorgstjenesten.

Behov for å utdanne helsepersonell er forskjellig i ulike deler av landet. Dette må det tas hensyn til når utdanningskapasiteten vurderes og planlegges lokalt.

For å kunne planlegge målrettet og sette inn tiltak for å møte forventede behov, er det avgjørende å ha et best mulig kunnskapsgrunnlag. Helsedirektoratet utarbeider årlig rapport om utvikling i legemarkedet og monitorerer utviklingen. I arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan har både Statistisk sentralbyrå og regionale helseforetak gjort framskrivninger av framtidig personellbehov, som supplerer tidligere framskrivninger og analyser. Med dette har helseforetakene fått bedre verktøy for strategisk kompetanseplanlegging. Helseforetakene har samtidig over år jobbet med egne analyser, strategier og planer for hvordan behovene kan møtes. Også Kunnskapsdepartementet leder et tverrdepartementalt arbeid med å få på plass bedre og mer helhetlige analyser og framskrivninger av kompetansebehovene i Norge.

10.2 Utdanninger i tråd med tjenestenes behov

Meld. St. 13 (2011–2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis* har vært sentral for utviklingsarbeidet i universitets- og høyskolesektoren. Det var et uttrykt mål i meldingen at utdanningene skal og må svare bedre på framtidens kompetansebehov og bidra til tjenester av høy kvalitet. Ansvaret for dette ligger både i universitets- og høyskolesektoren som har hovedansvar for utdanningene, og i tjenestene som har ansvar for gjennomføring av praksis i utdanningene. Sentrale temaer i meldingen var hvordan en kan møte behovene for personell med bedre kunnskap og ferdigheter i å jobbe tverrprofesjonelt, mer helhetlig, med større

forståelse for hvilke rammer de jobber innenfor, og med bedre kompetanse til å arbeide med personer med sammensatte behov.

10.3 Bedre samhandling mellom helse- og utdanningssektoren

Det er behov for bedre og mer avklart samspill og samordning mellom helsetjenestene og utdanningsfeltet. Dette er nødvendig både for å vurdere endringsbehov og for å kunne sette inn målrettet innsats når det gjelder dimensjonering, innhold, innretning og kvalitet i utdanningene.

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker bedre dialog med tjenestene og relevante aktører om utdanningskapasiteten i de helsefaglige grunnutdanningene. Det foreligger en instruks for samarbeid mellom universiteter/høgskoler og de regionale helseforetakene. Den fastsetter at det skal opprettes samarbeidsorganer mellom de regionale helseforetakene og universiteter og høyskoler i hver region. Samarbeidsorganene skal behandle saker om forskning, innovasjon og utdanning samt styrke forholdet mellom disse. De skal også vurdere innhold, dimensjonering og endringer på grunnlag av behov i helse- og omsorgstjenesten i regionen. De skal gi tilbakemelding til styret for de regionale helseforetakene, universitetene og høyskolene. Organet skal være rådgivende for de regionale helseforetakenes besluttsende organer i saker som gjelder utdanning.

Et aktuelt tema er den store framveksten i nye typer mastergrader, spesielt for sykepleiere. Mastergradene kan gi viktig tilførsel av kompetanse, men samsvarer ikke alltid godt med det sykehusene faktisk har behov for. Faktiske behov må i større grad bli tema i samhandlingen mellom tjenesten og universitets- og høyskolesektoren gjennom etablerte arenaer for dette.

Flere helseforetak har etablert faste møtearenaer med høgskoler og universiteter. Noen har god erfaring med møter på ledernivå. Enkelte helseforetak melder om godt samarbeid med nærliggende høyskoler.

Departementet ser behov for å gå kritisk gjennom strukturene for samarbeid mellom helse- og utdanningssektoren. Etablerte samarbeidsorganer regionalt bør revitaliseres. Det vil bli tatt initiativ til et overordnet nasjonalt organ på området ledet av Helse- og omsorgsdepartementet.

Boks 10.2 Tverrfaglig samarbeid i utdanningene i Tromsø

Universitetet i Tromsø (UiT) har samlet 12 profesjonsutdanninger innen helse og omsorg i ett fakultet.



Figur 10.1 Helsefak Tromsø

Foto: Bjørn-Kåre Iversen

Alle studenter, uansett helseutdanning, får opplæring i å samarbeide i tverrfaglige team rundt pasienten. Ved Helsefak undersøker studenter pasienter sammen, de jobber med simuleringstrening i ulike settinger og med såkalt skyggepraksis der de følger arbeidshverdagen til en fagperson fra en annen profesjon.

Se filmen på www.vimeo.com



Figur 10.2

10.4 Tilgang på personell

Tilgang på kvalifisert personell handler dels om kapasitet og innhold i utdanningene, men også om utvikling og bedre bruk av tilgjengelig personell. Helseforetakene har et stort ansvar for å sikre tilstrekkelig og kompetent personell.

Ledelse, arbeidsmiljø, heltids- og deltidsproblematikk, reduksjon av sykefravær og seniorarbeidskraft er av betydning. Regjeringen har hevet aldersgrensen for stillingsvern i arbeidsmiljøloven fra 70 til 72 år, økt aldersgrensen for bortfall av autorisasjon for helsepersonell og jobber med en strategi som framhever eldres ressurser. Dette kan bidra til å øke tilgangen på eldre kvalifisert personell.

Det ligger også store muligheter i endrede arbeidsmåter, innovasjon og teknologi som vil påvirke framtidige behov. Norge har høy helsepersonelldekning sammenliknet med andre nordiske land, og dermed et godt utgangspunkt for å møte framtidige utfordringer. Internasjonal mobilitet gir også tilgang til mer arbeidskraft. Norsk helse- og omsorgstjeneste er et attraktivt arbeidsmarked.

Teknologisk og faglig utvikling har medvirket til store endringer i behandlingstilbud og kompetansebehov. I spesialisthelsetjenesten vil blant annet behov for fysikere, informatikere, teknologer, statistikere, farmasøyter og ingeniører øke. Kompetansebehovet øker innen logistikk, mer-

kantile tjenester og kontortjenester og innen nye grupper på service-, informasjons- og veilednings-siden. Forventet behovsbilde er belyst i en rekke rapporter og arbeider de senere årene. Likeså ligger det til grunn en forutsetning om at helsepersonell i langt større grad skal jobbe og samhandle i team, på tvers av profesjoner og nivåer – og i faglige nettverk.

Helseforetakene bidrar i dag selv til betydelig kompetanseutvikling gjennom ulike etter- og videreutdanninger og løsninger som er målrettet for sykehusenes behov.

Det pågår omfattende utvikling av webbaserte kurs, digitale verktøy og e-læringsmuligheter, som i økende grad er utviklet og tatt i bruk i helseforetakene. Dette kan bidra til å heve kvaliteten og sikre mer lik praksis, i tillegg til å styrke samhandlingen med kommunehelsetjenesten. I universitets- og høyskolesektoren pågår utviklingen av MOOC (Massive open online courses) hvor utdanninger foregår på nett. Læringslaboratorier og simulatorer utvikles og tas i bruk både i universitets- og høyskolesektoren og i sykehus. Det må oppmuntres og stimuleres til kunnskapsutvikling og erfaringsoverføring i e-læring og simulering på tvers av sykehus og tjenestenivåer.

De regionale helseforetakene har identifisert vel 20 medisinske spesialiteter som sårbare, blant annet på grunn av stor naturlig avgang og behov for å erstatte de som er pensjonert, og på grunn av utvikling i tjenestetilbudet og innsatsområder som

Tabell 10.1 Antall årsverk i spesialisthelsetjenesten 2009–2014. Avtalte årsverk ekskl. lange fravær

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Prosentvis endring		
								2013– 2014	2012– 2013	2008– 2014
I alt	94 785	97 037	97 777	99 899	100 930	102 079	104 710	2,6	1,1	10
Leger	10 399	10 999	11 283	11 680	12 101	12 481	12 957	3,8	3,1	25
Omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og helsefagsarbeidere	7 845	7 299	6 831	6 562	6 407	6 050	5 975	-1,2	-5,6	-24
Spesialsykepleiere og jordmødre	13 574	13 814	14 211	14 601	14 904	15 005	15 156	1,0	0,7	12
Sykepleiere	15 894	16 305	16 441	16 506	16 708	16 703	17 375	4,0	0,0	9

Kilde: Statistisk sentralbyrå

Boks 10.3 Framskrivingsprosjektet – Nasjonal bemanningsmodell

De regionale helseforetakene har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet videreutviklet Helse Vest sin modell for framskriving av helsepersonell. Bemanningsmodellen viser de nasjonale konsekvensene av aktivitetsframskrivningen for de ulike faggruppene som arbeider i sykehus. I tillegg vil modellen kunne brukes til ulike simuleringer basert på forventede endringer og/eller politiske føringer, og gi helsetjenesten et verktøy for å møte framtidens helseutfordringer gjennom å samle, analysere og bruke data på nasjonalt og regionalt nivå.

Utviklingen av modellen har tatt utgangspunkt i fire elementer:

- Tilbud: framtidig kompetansebeholdning
- Etterspørsel: framtidig kompetansebehov basert på aktivitetsframskriving
- Scenarier: elementer som påvirker etterspørsel og tilbud
- Kompetansegap: differansen mellom etterspørsel og tilbud

Framtidig kompetansebeholdning i spesialisthelsetjenesten beregnes fra beholdningen av personell i basisåret, forventet tilgang og avgang, samt

modifiserende faktorer. Beregningene baseres på data fra regionenes HR-databaser og legestillingsregisteret (Helsedirektoratet).

Videre gjennomføres den demografiske framskrivningen per hoveddiagnosegruppe (ICD-10 kategori) fordelt på tjenestetype (poliklinisk konsultasjon, dagopphold og døgnopphold), tjenesteområde (somatikk, psykisk helsevern, barne- og ungdomspsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling) og behandlingssted (avtalespesialist, private ideelle, private kommersielle og offentlige helseforetak). Modellen skiller også mellom øyeblikkelig hjelp og elektive episoder. Aktivitetsdataene brukes sammen med modifiserende faktorer for å estimere ulike scenarier for aktivitetsveksten.

Scenarier for aktivitetsvekst benyttes så for å kvantifisere framtidig personell- og kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten.

Fase II av nasjonal bemanningsmodell, herunder arbeidet med regional tilpasning, sikring av datakvalitet og opplæring av modellbrukere, beregnes ferdigstilt i løpet av 2015.

Kilde: Regionale helseforetak

er prioritert i helsepolitikken. Det er stilt krav til de regionale helseforetakene om å følge utviklingen og sette inn tiltak på områder hvor det er misforhold mellom behov og forventet tilgang på spesialisert kompetanse.

Det er behov for oppdatert kunnskap for å forstå hvordan ressurs- og kompetansesituasjonen blir i årene framover. Som en del av arbeidet med å framskrive behovet for helsetjenester fram til 2030, (jf. omtale i kap 4), har de regionale helseforetakene utviklet en nasjonal bemanningsmo-

dell (NBM) som viser de personellmessige konsekvenser av aktivitetsframskrivingene. Resultatene omfatter offentlige helseforetak og yrkesgruppene leger, spesialsykepleiere og sykepleiere.

Modellen vil bli videreutviklet slik at den blir et nyttig verktøy for å kunne vurdere og iverksette tiltak for å redusere risiko for mangel på personell, og møte framtidig behov for personell på en bedre måte enn i dag.

10.5 Ny utdanningsmodell for legespesialister

Legenes spesialistutdanning må være dynamisk og tilpasset endringer i sykdomsbildet, pasientenes behov og den medisinskteknologiske utviklingen.

Helsedirektoratet har første gang gjort en helhetlig gjennomgang av legenes spesialistutdanning. Direktoratets anbefalinger er publisert i rapporten *Fremtidens legespesialister* (november 2014). Utdanningen skal rettes inn mot framtidens helseutfordringer, ta inn over seg ny fagutvikling, endringer i pasient- og legerollen og utviklingen i helsesektoren. Det legges opp til effektive utdanningsløp for å imøtekomme det framtidige behovet for flere spesialister. Det vises til Prop. 1 S (2015–2016) der ny organisering og ansvar for ulike deler av utdanningen er omtalt.

Dagens spesialistutdanning reflekterer behovene i de tradisjonelle tredelte sykehusene med avdelinger for indremedisin, kirurgi og røntgen. Tidligere hadde legene faglige fellesskap innenfor disse avdelingene, der de gikk i felles vaktordninger og hadde ansvar for et bredt spekter av pasientgrupper. Dette er fortsatt situasjonen ved en del mindre sykehus. Den nåværende spesialistutdanningen i indremedisin og kirurgi inneholder derfor først utdanning i hovedspesialiteten generell indremedisin eller generell kirurgi. Deretter skjer spesialiseringen i såkalte grenspesialiteter, der legene opparbeider seg kompetanse i undersøkelser- og behandlingsmetoder for spesifikke sykdommer.

Den økende kunnskapsmengden og kravene til spesifikke prosedyreferdigheter har ført til oppdeling i nye spesialiteter og grenspesialiteter. Samtidig kreves det at legene skal kunne forholde seg til pasienter med sammensatte problemstillinger og ha kompetanse til å forstå og behandle helheten. Dette innebærer at spesialistutdanningen må inneholde avveininger mellom spiss- og breddekompetanse, og den må være lett å endre i tråd med medisinsk faglig og annen utvikling.

Helsedirektoratets forslag legger derfor opp til en modulbasert spesialistutdanning i tre deler. For å ivareta breddekompetansen beholdes den tradisjonelle turnusordningen, med små endringer, som del 1 i den nye ordningen. Turnustjenesten blir en del av spesialistutdanningen. Direktoratet foreslår også en felles kunnskapsplattform for grupper av beslektede spesialiteter i del 2, for eksempel innen kirurgiske og indremedisinske spesialiteter. Del 2 for disse fagene vil omfatte mye av kunnskapen i det som i dag er generell indremedisin og generell kirurgi. I del 3 skjer spesialiseringen som er unik for den enkelte spesialitet. I tillegg skal det i hele utdanningsløpet være gjennomgående kompetansemoduler i fag som er nødvendige for den moderne legerollen, som kommunikasjon, etikk med mer.

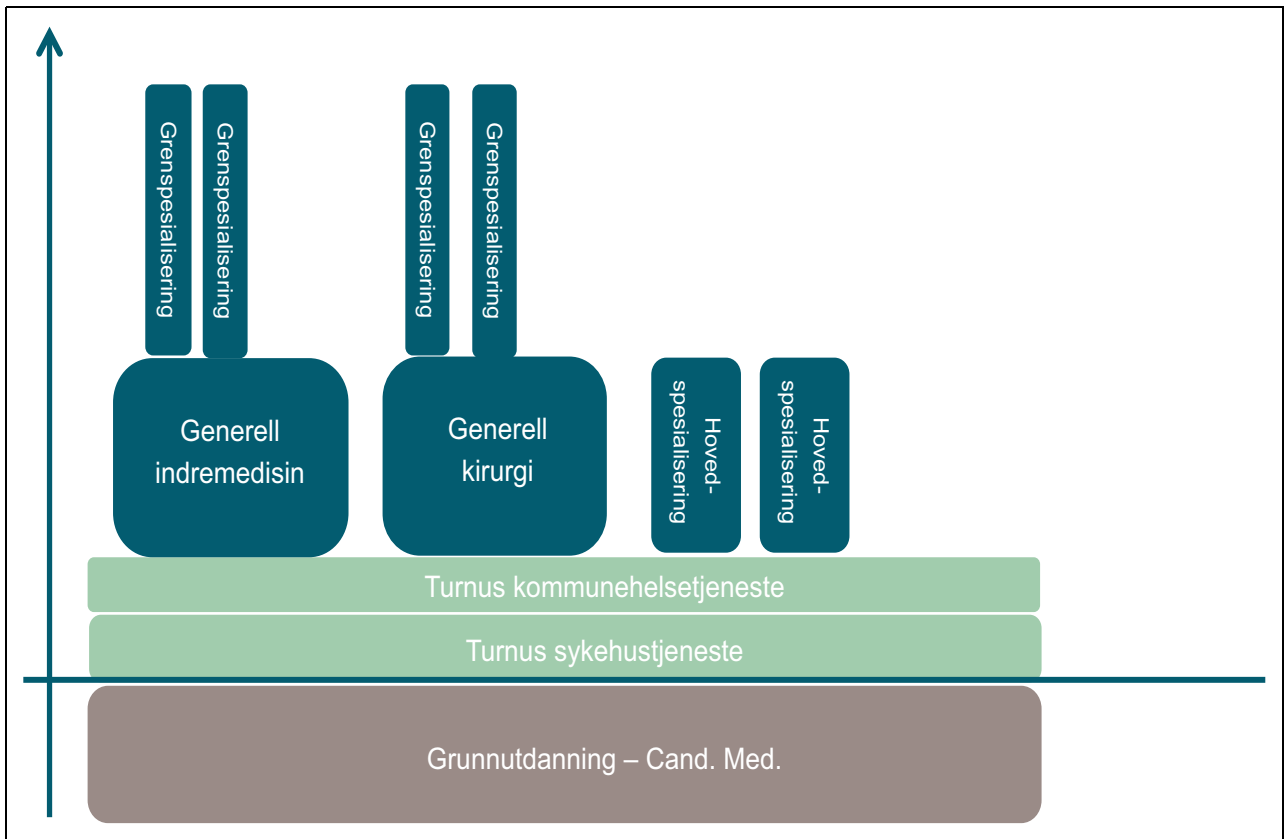
Forslaget innebærer at skillet mellom hoved- og grenspesialiteter i indremedisin og kirurgi oppheves, og at alle grenspesialiteter blir hovedspesialiteter. Generell kirurgi utgår som egen spesialitet og inngår som en del av spesialiteten mage-tarmkirurgi (gastrokirurgi).

En hovedbegrunnelse for omgjøring fra gren- til hovedspesialiteter er at den medisinske utviklingen gjør det for omfattende å holde seg oppdatert i hele det kirurgiske og indremedisinske fagfeltet.

Spesialitetsstrukturen har tradisjonelt vært førende for innretningen av sykehusenes organisering og vaktberedskap. Det har derfor vært bekymring for om omgjøring av grenspesialitetene til hovedspesialiteter ville kunne føre til behov for flere spesialiserte vaktordninger. Helsedirektoratet har imidlertid foreslått at spesialiteten i mage-tarmkirurgi skal innrettes slik at den kan bli vaktbærende spesialitet i kirurgi, mens den felles kompetanseplattformen i del 2 for de indremedisinske spesialitetene skal gi vaktkompetanse i indremedisin.

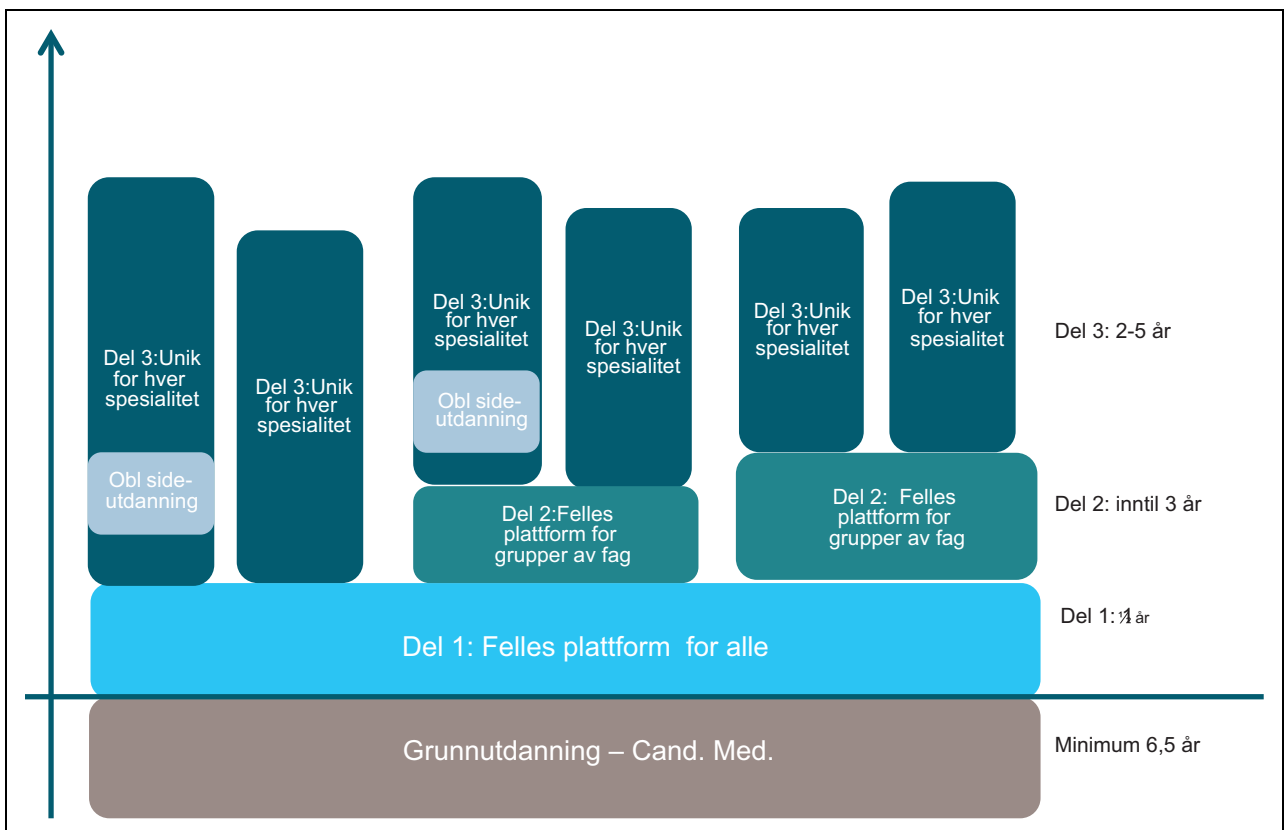
Drifts- og organisasjonsmodeller i sykehusene er også i endring, med større vekt på teamarbeid, der ulike spesialiteter arbeider sammen om en helhetlig behandling. Nye teknologiske løsninger gir mulighet for å organisere vaktberedskap på nye måter. Den tradisjonelle koblingen mellom spesialitetsstrukturen og sykehusenes vaktberedskap og organisering utfordres, og vil ofte ikke svare på behovene i moderne sykehus. Endringer i spesialitetsstrukturen må skje ut fra pasientenes behov, og hvilke organisasjons- og driftsformer som er mest hensiktsmessig for en helhetlig behandling.

Andre sentrale tiltak med bakgrunn i Helsedirektoratets forslag er:



Figur 10.3 Oppbygging – legenes nåværende spesialistutdanning

Kilde: Helsedirektoratet



Figur 10.4 Ny spesialistutdanning – spesialitetsstruktur

Kilde: Helsedirektoratet

- innføre moderne pedagogikk med større vekt på beskrivelser av læringsutbytte i stedet for krav til tjenestetid og prosedyrer, større vekt på e-læring, simulatoretrening og større vekt på veiledning, vurdering og eventuelt testing
- etablere helhetlige utdanningsløp som sees i sammenheng med faste utdanningsstillinger (leger i spesialisering, LIS). Kravet til tjenestetid ved spesifikke grupper av sykehus (gruppe 1 og 2) opphører
- vurdere å innføre obligatorisk etter- og videreutdanning
- klinisk forskning kan inngå i utdanningsløpene

I tråd med departementets oppdrag har direktoratet foreslått et effektivisert spesialisingsløp med en nedre grense på 6,5 år, noe som er i tråd med EØS-regelverket. I dag tar spesialistutdanningen i gjennomsnitt ni år. Sett i lys av de økte behovene for tjenester fram mot 2030–2040 er dette for lang tid. Det må derfor legges opp til mer strukturerte utdanningsløp, med integrert teori og praksis, slik at spesialistene oppnår nødvendig kompetanse på kortere tid.

Regjeringen vil legge hovedelementene i Helseledelse og kvalitetsutvikling i helsetjenestene til grunn for en utvikling av legenes spesialistutdanning, i en langsiktig, trinnvis prosess. Endringer i oppgaver og ansvar er lagt fram i Prop. 1 S (2015–2016).

10.6 Ny spesialitet for leger innrettet mot sykehusenes akuttmottak

Helsetilsynet har funnet kritikkverdige forhold i sykehusenes akuttmottak. Regjeringen ønsker at det skal innføres kompetansekrav i akuttmottakene, og at det utvikles et utdanningsløp for ny legespesialitet innrettet mot akuttmottakene. Målet er å styrke kvaliteten i tjenestene.

Helseledelse og kvalitetsutvikling i helsetjenestene har fått i oppdrag å utrede en ny spesialitet som ivaretar disse behovene:

- spesialiteten kan benyttes ved alle akuttmottak uavhengig av sykehusenes størrelse og beliggenhet
- spesialiteten kan benyttes i observasjonsposter i tilknytning til de store sykehusenes akuttmottak
- de nye spesialistene skal kunne delta i de små sykehusenes vaktlag

Den nye spesialiteten bør i størst mulig grad tilfredsstillende internasjonale krav til kompetanse i akuttmottak og observasjonsposter. Det finnes

flere internasjonale spesialiteter som kan gi inspirasjon til hvordan en ny spesialitet best kan innrettes mot norske behov. Spesialiteten i akuttmedisin (Emergency Medicine) er innført i mange land, blant annet USA, Australia, Storbritannia og Sverige. Denne er primært rettet inn mot avklaringer og akuttbehandling i sykehusenes akuttmottak. I Storbritannia er det etablert en spesialitet som kalles «Acute Medicine» som spesielt er innrettet mot korttids- og observasjonsposter. I USA er det etablert en egen spesialitet i sykehusmedisin, «hospitalist», som har ansvar for pasienten gjennom hele forløpet, men som ikke har noen rolle i akuttmottaket. Kompetansemessig kan hospitalisten sammenliknes med en generell indremedisiner. Danskene har løst akuttmottakenes behov ved å etablere et kompetanseområde i akuttmedisin som flere andre spesialiteter, blant annet anestesiloger og indremedisinere, kan ha som påbygging på toppen av sin spesialitet.

Den nye spesialiteten må ta utgangspunkt i norske behov. Til forskjell fra de fleste andre land har vi en landsdekkende legevakt som tar hånd om pasienter med akutte tilstander som ikke trenger å behandles i sykehus. Vi har en godt utbygd ambulansetjeneste som også omfatter luftambulanselanse. Denne er bemannet med anestesileger med base i sykehusenes intensivavdelinger. Når vi skal definere innholdet i den nye spesialiteten, må det derfor tas utgangspunkt i behovene hos de pasientene som legges inn i akuttmottakene våre.

I Helseledelse og kvalitetsutvikling i helsetjenestene er det lagt vekt på at de nye spesialistene skal ha særlig kompetanse i rask diagnostikk og hastegradsvurdering (triage) av de vanligste sykdommene hos pasienter i mottakene. Spesialistene skal igangsette behandling, om nødvendig i samarbeid med andre legespesialister. De nye spesialistene skal ikke ta over arbeidet til leger under spesialisering i mottakene, men være faglige mentorer og sikre at pasientene får rask og korrekt behandling. Fysisk tilstedeværelse av slik legespesialist i akuttmottakene har lenge vært ønsket av leger i spesialisering.

Anestesilegene har tradisjonelt tatt hånd om den lille andelen pasienter med akuttmedisinske tilstander der sikring av sirkulasjon og åndedrett er avgjørende. Helseledelse og kvalitetsutvikling i helsetjenestene framholder at akuttinnlagte pasienter vil være lite tjent med svekking av dette tilbudet. Den nye spesialiteten vil derfor innrettes mer for å ta hånd om det store volumet av pasienter med uklare og sammensatte sykdommer der rask diagnostikk og igangsetting av riktig behandling vil gi store gevinster.

10.7 Styrking av kompetansen hos sykepleiere

Sykepleiere er den tallmessig største personellgruppen i sykehusene. Kompetansen deres er svært viktig for kvaliteten på tjenestene og tilbudet til pasientene. Kompetanse tilegnes gjennom utdanning og gjennom yrkesutøvelse. Både arbeidsgivere og medarbeidere må se til at kompetanse ervervet gjennom videreutdanninger treffer i forhold til sykehusenes og arbeidsplassens behov.

Som nevnt i kapittel 5.4 pågår tiltak for å bedre kvaliteten i grunnutdanningen og kompetansen til nyutdannede. Det eksisterer også et stort antall videreutdanningstilbud for sykepleiere. Mange av disse er opprettet på initiativ av utdanningsinstitusjoner og ofte i samarbeid med lokalt sykehus. I dag er det liten oversikt over antallet videreutdanninger, innholdet og treffsikkerheten i disse når det gjelder behovene i sykehusene. Det vil bli tatt initiativ til en gjennomgang av videreutdanninger både for å kartlegge dagens situasjon, og bidra til bedre samsvar med sykehusenes faktiske behov. Her hviler det også et ansvar på arbeidsgiverne som må tydeliggjøre kompetansebehov overfor både utdanningsinstitusjoner og arbeidstakere, og benytte kompetansen til medarbeidere som returnerer fra videreutdanning.

I flere land har forskjellige typer sykepleiere med videreutdanning en viktig rolle i sykehusene. Det finnes også flere sykepleiergrupper med videreutdanning i Norge som arbeider til dels selvstendig som jordmødre og anestesisykepleiere. Det kan være et potensial for at flere sykepleiere i norske sykehus kan få økt ansvar og kunne utføre flere oppgaver. I Norge finnes det nå også flere forskjellige videreutdanningstilbud innenfor avansert klinisk sykepleie, basert på erfaringer fra utlandet. Disse skal gi sykepleierne god breddekompetanse og er primært rettet inn mot arbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vil bli vurdert nærmere om det er behov for å etablere tilsvarende videreutdanninger i avansert klinisk sykepleie rettet inn mot sykehus og arbeid i spesialisthelsetjenesten. Utgangspunkter er at dette må bidra til bedre kvalitet på den kliniske behandlingen av pasienter ved sykehusene.

Det vil også på sikt bli vurdert om offentlig spesialistgodkjenning kan være et hensiktsmessig virkemiddel for enkelte kliniske mastergradsutdanninger.

Det vises også til at et av tiltakene i Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* er å utrede etablering av nye kliniske videreutdanninger for sykepleiere på mastergradsnivå rettet mot oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

11 Kvalitet, pasientsikkerhet og kvalitetsstyring

«Det viktigste er kvalitet. Det må være full åpenhet om kvalitet. Pasientopplevd kvalitet må veie tyngre – likeverdig med medisinsk kvalitet.»

Råd til Nasjonal helse- og sykehusplan fra ekspertgruppa av brukere, pasienter og pårørende, oktober 2014.

Norsk spesialisthelsetjeneste holder generelt et høyt faglig nivå. Dette gjenspeiles i gode behandlingsresultater ved en rekke sykdommer. For eksempel er Norge et av landene i Europa med lavest dødelighet etter hjerteinfarkt og hjerneslag, og blant landene med høyest andel pasienter med fem års overlevelse ved brystkreft og livmorhalskreft.

Regjeringen la i desember 2014 fram den første årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet for Stortinget (Meld. St. 11 (2014–2015) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*). Med en årlig melding vil regjeringen sørge for mer åpenhet, politisk bevissthet og oppmerksomhet om kvalitet og pasientsikkerhet i den nasjonale helsepolitikken og følge utviklingen over tid. Meldingen viser tydelig at mye holder høy kvalitet i norsk helsetjeneste. Det gjelder både når vi sammenlikner oss internasjonalt og når vi ser på våre egne nasjonale kvalitetsindikatorer.

Innbyggerundersøkelsen 2015, utført av Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi), viser at brukerne av sykehusene totalt sett er fornøyd med tjenesten, og resultatet viser en forbedring fra 2013. Sykehusene skåret høyt på generell tillit og vurderingen av helsepersonellens kompetanse, og lavere på ventetid og muligheten til å påvirke tjenestetilbudet.

De nasjonale pasienterfaringsundersøkelsene fra sykehusene viser også en positiv utvikling over tid. I 2013 rapporterte pasienter best erfaringer med pasientsikkerheten, ivaretagelse av pårørende, og med hvordan de ble tatt hånd om av leger og pleiepersonell. Undersøkelsen viser at det er et forbedringspotensial for organisering av sykehusets arbeid, ventetider, utskrivingsrutiner og samhandling med kommunens helse- og omsorgstjeneste.

11.1 Kvalitetsmål og variasjon i kvalitet

Kunnskap om kvalitet forutsetter at kvaliteten kan måles. Det er krevende å finne kvalitetsmål som ledere, ansatte, brukere og befolkningen er enige om beskriver kvalitet i tjenesten. Hvis kvalitetsmåling skal oppleves som viktig og relevant, må helsepersonell og brukere involveres i å definere hva som skal måles, og i innsamling, tolking og bruk av data. Data må gjøres tilgjengelig lokalt og raskt nok til at de oppleves som aktuelle, og kan brukes til forbedringsarbeid.

Norske helsemyndigheter har utviklet flere systemer for å måle og beskrive kvalitet i tjenestene. De viktigste blir omtalt her. Alle målingene viser betydelige variasjoner mellom sykehus. Utfordringen er å avklare hva som er betydningsfulle variasjoner i kvalitet, hva som er variasjoner som kan forklares, for eksempel med at sykehusene har ulik pasientsammensetning, og hva som er tilfeldig variasjon.

Variasjon i struktur, prosess og resultat

Nasjonale kvalitetsindikatorer er et sett av indikatorer som sier noe om strukturer, prosesser og resultater. Sammen skal de si noe om kvaliteten i helsetjenesten. Per august 2015 er det utviklet 83 nasjonale kvalitetsindikatorer, og det er 5 publiseringer av resultater per år på www.helsenorge.no. 66 av kvalitetsindikatorerne omhandler spesialisthelsetjenesten.

Målgruppene er:

- helsepersonell – for lokal kvalitetsforbedring
- brukere – for kvalifiserte og informerte valg
- ledere og eier – for styring
- politisk ledelse – for nasjonal prioritering
- offentligheten – for åpenhet og informasjon

Nasjonale kvalitetsindikatorer skal brukes til sammenlikning på internasjonalt, nasjonalt og lokalt nivå.

Helsedirektoratet har fra 1. januar 2012 som en lovpålagt oppgave å «utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer». Noen eksempler på kvalitetsindikatorer for sykehus er:

- andel pasienter med akutt hjerneslag som får blodproppløsende behandling
- andel pasienter med ulike diagnoser som blir akutt re-innlagt på sykehus 30 dager etter utskriving
- overlevelse etter 30 dager for alle pasienter som har vært innlagt, uavhengig av årsak, og for hjerteinfarkt, hoftebrudd og hjerneslag
- gjennomsnittlig ventetid i somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern og rusbehandling
- forekomst av sykehusinfeksjoner på somatiske sykehus
- andel pakkeforløp for kreft gjennomført innen standardisert forløpstid og overlevelse ved ulike kreftformer
- andel innleggelses i døgnopphold i psykisk helsevern som er tvangsinnleggelses

Fortsatt mangler vi kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet til flere store pasientgrupper, spesielt pasienter med kroniske og sammensatte sykdommer.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre og sentrale helseregistre leverer data til kvalitetsindikatorer. Av de 11 ulike dataleverandørene som i dag leverer data, er de viktigste datakildene Norsk pasientregister, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Kreftregisteret, Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjeneste-assosierte infeksjoner (NOIS), Reseptregisteret og Medisinsk fødselsregister (MFI). I mindre grad foreligger særreportering med manuell registrering fra helseforetakene.

De nasjonale kvalitetsindikatorer skal, så langt det er mulig, benytte seg av eksisterende registre og datakilder. Utfordringene ved å utvikle og publisere kvalitetsindikatorer er først og fremst knyttet til mangel på data innenfor en rekke områder, og varierende datakvalitet i de kildene som finnes. I tillegg er innsamling og kvalitetssikring av data tidkrevende, noe som innebærer at mange av registrene og datakildene ikke er i stand til å levere data før en god stund etter at dataene er samlet inn. Noen kilder samler også bare inn data en gang i året. Resultatene av indikatorer oppleves derfor ofte som å ha relativt liten aktualitet.

Kvalitetsindikatorer viser til dels store forskjeller mellom sykehus. Et eksempel er prosessindikatoren «andel pasienter med hjerneslag som får blodproppløsende behandling». Det nasjonale målet er 20 prosent, men resultatene varierte i 2014 fra 0 til 27 prosent. For overlevelsedata ved ulike sykdomstilstander er forskjellene mindre,

men også her påvises det statistisk signifikante forskjeller mellom sykehus.

Medisinske kvalitetsregistre

Formålet med medisinske kvalitetsregistre er å dokumentere, kvalitetssikre og forbedre behandlingstilbudet til befolkningen. Det finnes om lag 200 medisinske kvalitetsregistre, hvorav 52 hadde offisiell status som nasjonale i august 2015. En rekke sykdoms- og behandlingsområder er dekket, men fortsatt mangler store pasientgrupper denne muligheten for kvalitetssikring av behandlingstilbudet. Det er et mål at nasjonale kvalitetsregistre også skal inneholde opplysninger om pasientenes egen vurdering av behandlingresultatet sitt (PROMs).

Resultater fra alle de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene finnes på nettsiden www.kvalitetsregistre.no. På enkelte områder er det betydningsfulle forskjeller mellom sykehus, for eksempel i hvor stor andel barn med diabetes som når behandlingsmålet for blodsukkerkontroll, og femårs overlevelse ved tykktarmskreft.

Boks 11.1 Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes

- Registeret skal omfatte alle barn med diabetes ved barneavdelinger i Norge i alderen 0–18 år.
- Barnediabetesregisteret gir regelmessig tilbakemelding til den enkelte barneavdeling. Hver barneavdeling får en rapport på egne leverte data og en rapport hvor de selv er plassert i forhold til landsgjennomsnittet på de aktuelle resultatmålene.
- Barnediabetesregisteret arrangerer et årlig nasjonalt kvalitetsmøte hvor alle kontaktpersonene (sykepleiere og leger) samles for å gjennomgå og drøfte resultatene. Registrering av resultatdata gjør kontaktpersonene oppmerksom på utfordringer i egen avdeling og hvilke områder de må jobbe med for å bedre kvaliteten på diabetesbehandlingen.
- Behandlingsmålet for HbA1c (langtids blodsukkerkontroll) er at dette skal være mindre enn 7,5 prosent. Registeret har bidratt til at målet nås på flere avdelinger i Norge.

På nettsiden www.kvalitetsregistre.no finnes også informasjon som viser om resultatene fra kvalitetsregistrene er brukt i forbedringsarbeid i sykehusene.

Pasientopplevd kvalitet

Pasientopplevd kvalitet omfatter både ikke-medisinske faktorer som organisering, kommunikasjon, standard og omgivelser, effekt av behandling og pasientsikkerhet. Kunnskapssenteret har ansvar for de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene (PasOpp undersøkelsene). Resultatene publiseres for regionale helseforetak og helseforetak, men også på sykehusnivå.

I 2013 var det stor variasjon mellom sykehusene på alle indikatorene, og variasjonen var størst for indikatoren ventetid. Også for indikatorene organisering, standard, utskriving og samhandling var variasjonen mer enn 25 poeng på en skala fra 0 til 100.

Kartlegging av pasientskader

Siden 2011 har alle helseforetak i Norge kartlagt omfanget av pasientskader ved bruk av metoden Global Trigger Tool (GGT). Metoden er en standardisert prosedyre for å kartlegge pasientskader ved å analysere tilfeldig utvalgte pasientjournaler. Med skade menes utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, og som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang.

Kartleggingen ble innført som tiltak i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen (2011–2013), og er videreført i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» (2014–2018). Resultatene fra de lokale kartleggingene oppsummeres årlig til nasjonale tall for å kunne følge utviklingen over tid. Metoden er imidlertid ikke egnet til å sammenlikne helseforetak eller sykehus, men skal brukes til forbedring.

Variasjon i resultat på kvalitetsindikatorer og andre kvalitetsmål – hva sier det om reelle kvalitetsforskjeller?

Når det skal vurderes om variasjoner i resultat på kvalitetsindikatorer og andre kvalitetsmål er uttrykk for reelle kvalitetsforskjeller, bør det helst foreligge kunnskap om forskjeller i datakvalitet, ulikheter i pasientsammensetning mellom sykehus og eventuelle andre forhold som kan påvirke resultatet. Det er også viktig å se om resultatene

holder seg over tid, eller om de er uttrykk for tilfeldig variasjon på måletidspunktet. Selv om en tar hensyn til disse forholdene, kan en konkludere med at det på noen områder er betydningsfulle og bekymringsfulle kvalitetsforskjeller mellom norske sykehus.

11.2 Gode og ferske data til kvalitetsstyring på alle nivåer

For å oppnå bedre kvalitet og pasientsikkerhet, må sykehusene ha tilgang til gode og ferske mål på kvalitet og pasientsikkerhet som egner seg til bruk i forbedringsarbeid.

De regionale helseforetakene rapporterer til departementet på utvalgte styringsparametere. Departementet har lagt vekt på å forenkle styringsdialogen med de regionale helseforetakene og redusere rapporteringsbyrden for sykehusene. Av den grunn er antallet de siste årene redusert til relativt få, men sentrale parametere. For 2015 rapporterer de regionale helseforetakene på ventetider og fristbrudd, gjennomføring av pakkeforløpene for kreft, behandling av pasienter med hjerneslag, sykehusinfeksjoner og reinnleggelse etter sykehusopphold.

Den viktigste datakilden er Norsk pasientregister (NPR). Pasientregisteret er Norges største helseregister og er forankret i Helsedirektoratet. NPR samler inn data fra hele spesialisthelsetjenesten, offentlige og private sykehus, og andre institusjoner og avtalespesialister. Formålet med pasientregisteret er å gi grunnlag for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester. Datainnsamlingen skjer ved månedlige automatiserte uttrekk fra pasientadministrative systemer. Offentlig publisering av ventelistestatistikk av styringsdata for helseforetak og regionale helseforetak skjer månedlig, mens for eksempel aktivitetsdata og nasjonale kvalitetsindikatorer publiseres tertialvis. Norsk pasientregister har ansvar for leveranse av over 30 kvalitetsindikatorer til det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Helsedirektoratet har som et av sine satsingsområder å sikre tilgjengeliggjøring og publisering av data, statistikk og analyser ut fra de behov som eksisterer og tilgjengelige datakilder. Direktoratet vil inngå samarbeid med SKDE og de regionale helseforetakene om de løsningene som Helsedirektoratet utvikler og som er rettet mot spesialisthelsetjenesten.

Boks 11.2 Dr Foster Global Comparator

Global Comparator Project (GCP) er et ikke-kommersielt nettverkssamarbeid, etablert i 2011 i regi av Dr Fosters Institute UK. Her samarbeider 50 sykehus fra Europa, Australia og USA for å innhente prosess- og resultatindikatorer som utgangspunkt for forbedringsarbeid. Dataene er tilsvarende de som rapporteres til Norsk pasientregister, men gjennomgår ikke samme kvalitetssikringsprosess.

Medlemssykehusene får tilgang til et skjerm bilde som viser 30 dagers dødelighet (i sykehus), 30 dagers reinnleggelsesfrekvens, samt gjennomsnittlig liggetid for 191 diagnoser og 22 prosedyrer med mulighet til å sammenlikne seg med andre medlemssykehus nasjonalt og internasjonalt. Dataene oppdateres hvert tertial, og medlemssykehusene gis tilgang til egne data i anonymisert form.

Foreløpig er det gjennom Global Comparator Project etablert internasjonale forbedringsprosjekter for hjerteinfarkt, hjertesvikt, tykk- og endetarmskreft og hjerneslag.

Helse Sør-Øst etablerte i 2013 et pilotprosjekt hvor Oslo universitetssykehus, Sørlandet sykehus og Sykehuset Østfold tegnet medlemskap i Global Comparator Project. Etter det har alle helseforetak i Helse Sør-Øst med akuttfunksjoner vedtatt å tegne medlemskap.

11.3 Sterkere nasjonal styring der det er nødvendig: Nasjonale kvalitetskrav til behandlingstjenester i sykehus

Regjeringen ønsker å stille tydelige kvalitetskrav til sykehusene for å sikre like god kvalitet i hele landet, både i offentlige og private virksomheter. Nasjonale kvalitetskrav vil også imøtekomme pasienters behov for lik tilgang til behandlingstilbud med høy kvalitet.

Mer komplekse behandlingsformer, større grad av tverrfaglig tilnærming og avanserte diagnostiske muligheter gjør det nødvendig å avklare hvilke tilbud som bør sentraliseres til større enheter, og hvilke som kan tilbys desentralt. Samtidig er oppgavefordeling mellom sykehus ofte krevende med sterke interessekonflikter. Regjeringen ønsker sterkere nasjonal styring av oppgavefordeling mellom sykehus.

Departementet godkjenner i dag oppgavefordeling på nasjonalt nivå basert på krav til kvalitet og kompetanse gjennom system for nasjonale tjenester (nasjonale og flerregionale behandlingstjenester). Helsedirektoratet har en nasjonal faglig normerende rolle og publiserer nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som gir anbefalinger om organisering av tjenester på ulike områder, for eksempel innenfor fødselsomsorg og kreftkirurgi.

I Danmark godkjenner Sundhedsstyrelsen spesialiserte behandlingstilbud, og fastsetter hvilke krav som skal stilles til disse funksjonene gjennom *specialevejledninger*. Høyspesialiserte funksjoner kan etableres 1–3 steder i landet, mens regionsfunksjoner kan etableres 1–3 steder i hver helseregion. De spesialiserte funksjonene godkjennes med utgangspunkt i de 36 legespesialitetene de har i Danmark. Til sammen er det godkjent ca. 1100 spesialiserte funksjoner. I tillegg gir Sundhedsstyrelsen råd til regionene når det gjelder organisering av funksjoner og behandlingstilbud som ikke defineres som spesialiserte (hovedfunksjoner).

Den danske modellen sikrer enhetlige nasjonale krav og tydelig oppgavefordeling mellom sykehus, noe som bidrar til et enhetlig og likeverdig tilbud til pasientene. Ulempen er at modellen medfører omfattende administrasjon og rapportering. Modellen tar utgangspunkt i legespesialitetene og ikke i et pasientforløp. Tilbudet til den enkelte pasient kan dermed bli mer fragmentert. Dette gjelder særlig for pasienter med sammensatte lidelser, noe pasientorganisasjoner i Danmark har gitt tilbakemelding om.

Regjeringen foreslår at det utarbeides nasjonale kvalitetskrav til utvalgte behandlingstilbud på områder der det er behov for sterkere kvalitetssikring. Valg av tjenester må ta utgangspunkt i områder der det er antatt variasjon i kvalitet, eller der det er behov for å støtte regional oppgavefordeling. Dette betyr at det ikke er et mål å innføre nasjonale kvalitetskrav på *alle* fagområder, slik tilfellet er i Danmark. Kvalitetskravene skal være i tråd med overordnede føringer og rammer fastsatt av Stortinget, og skal utarbeides av Helsedirektoratet i nært samarbeid med pasienter, fagmiljøer, interesseorganisasjoner og helseregionene, og de skal gjennom en bred høringsprosess. Kvalitetskravene skal ta utgangspunkt i en tverrfaglig og helhetlig pasientforløpstenkning og bidra til bedre ressursutnyttelse av helsepersonell og utstyr. Til grunn for kravene skal det ligge vurderinger av de økonomiske og prioriteringsmessige konsekvensene. Kvalitetskravene må være gjennomførbare og realistiske og skal være kjent og

åpent tilgjengelige. De må også omfatte private aktører.

Regjeringen foreslår å innføre en godkjenningsordning for regionale behandlingstjenester med bakgrunn i kvalitetskravene. Dette kan gjøres ved at dagens system for godkjenning av nasjonale tjenester utvides til å omfatte godkjenning av regionale behandlingstjenester. Regionale behandlingstjenester defineres som tjenester som kan tilbys 0–3 steder i hver region, det vil si fra 4–12 steder i landet. I dag godkjennes nasjonale behandlingstjenester av Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen foreslår å utvide ordningen til å omfatte regionale behandlingstjenester, og å flytte beslutningsmyndigheten fra departementet til Helsedirektoratet for å sikre et klart skille mellom politiske og faglige beslutninger. Av samme grunn foreslås det at avslag på søknader ikke skal kunne påklages til departementet, men at eventuelt kun saksbehandlingsfeil kan påklages. Samtidig foreslås det å etablere en ordning for nasjonal utlysning av nasjonale og regionale tjenester på fagområder der det er identifisert behov for det.

For de delene av behandlingsforløpet der det ikke er behov for å sentralisere tjenester til noen få sykehus i hver region, vil kvalitetskravene være veiledende, det vil si at det ikke vil bli etablert noen godkjenningsordning for disse. Men kravene vil være normerende på samme måte som dagens nasjonale faglige retningslinjer og veiledere publisert av Helsedirektoratet.

Forslagene krever at det gjennomføres et utredningsarbeid for lov- og forskriftsendringer, for blant annet å lovfeste Helsedirektoratets rolle som godkjenningsmyndighet for nasjonale og regionale tjenester. Det tas sikte på at ordningen kan innføres fra 2018.

Den foreslåtte ordningen innebærer en sterkere nasjonal kvalitetsstyring. Men helseforetak og helseregioner vil fortsatt ha en sentral rolle både i utarbeidelsen av kvalitetskravene og i å ivareta et helhetlig regionalt perspektiv på oppgavedeling. Forslaget sikrer større likhet i behandlingskvalitet, likeverdig tilgjengelighet og større åpenhet om kravene som stilles til tjenestene.

11.4 Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten ble etablert i 2012 og lansert i januar 2013. System for innføring av nye metoder skal sikre at pasienter så raskt som mulig

får likeverdig tilgang til nye trygge metoder i spesialisthelsetjenesten som er virkningsfulle. Det skal sikre et best mulig beslutningsgrunnlag for beslutningstakere i spesialisthelsetjenesten. Systemet bruker internasjonalt anerkjente standarder for metodevurdering (Health Technology Assessment – HTA). Metodevurdering er en systematisk oppsummering og vurdering av tilgjengelig vitenskapelig litteratur. Vurderingene kan omfatte medisinsk utstyr og apparatur til forebygging, utredning/diagnostikk, behandling og oppfølging av prosedyrer, legemidler, pleie, samt organisering av tjenesten og andre tiltak.

Helseregionene er ansvarlige for at beslutningene som tas gjennom Nasjonalt system for innføring av nye metoder, implementeres og følges opp i tjenesten. Helsedirektoratet arbeider med å utvikle tiltak for å evaluere og monitorere bruken, etterlevelsen og effekten av innførte metoder.

Systemet er nærmere beskrevet i Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse*.

11.5 Sertifisering av sykehus

Det er store forskjeller mellom hvordan sykehus og helseregioner arbeider med utvikling, måling og styring av kvalitet. Dette gir seg utslag i for store variasjoner i medisinsk og pasientopplevd kvalitet og pasientsikkerhet, bruk av ny medisinsk teknologi og behandlingsmåter, samt dokumentasjon av resultater og ledelse.

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester, plikter å sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres, evalueres og korrigeres i samsvar med helse- og omsorgslovgivningen. Dette er kjernen i nåværende forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Det skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og til at lovgivningen oppfylles. Samtidig har tilsyn påvist mangler og utfordringer knyttet til oppfyllelse av alle deler av forskriften. I 2012 ble krav til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet tatt inn i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Det er en utfordring å få til dette som en integrert del av sykehusenes kjernevirksomhet.

Det overordnede formålet med å stille krav om kvalitetssertifisering av norske sykehus er å gjøre virksomheten bedre i stand til å levere gode og sikre tjenester til pasienter og brukere. Sentrale virkemidler i en sertifiseringsprosess er å samle prosedyrer og rutiner i et felles system, sikre oversikt og tilgang til lover, forskrifter og andre

normative dokumenter som regulerer virksomheten, sikre at pasientbehandling er kunnskapsbasert, ha oversikt over risikoområder, avklare roller og ansvar hos personellet og nyttiggjøre seg tilbakemeldinger fra pasienter og brukere. En sertifiseringsprosess skal stimulere til å nå mål og

Boks 11.3 Helse Nord-Trøndelag: ISO-sertifisering av psykiatrisk klinikk

Med visjonen Best i Nord-Europa innen 2005 bestemte klinikken seg i 2003 for å bruke sertifisering som verktøy for faglig forbedring og standardisering.

Dette er deres erfaringer:

- En av de viktigste resultatene av prosjekt ISO-sertifisering var et kvalitetssystem med felles prosesser, prosedyrer og verktøy i hele klinikken
- Et kvalitetssystem som brukes aktivt, minsker risikoen for at uønskede hendelser oppstår
- Selve ISO-prosjektet førte også til at de ulike delene av klinikken ble bedre kjent og fikk til bedre samarbeid
- Flere av lederne var tungt inne i prosjektet og fikk eierforhold til prosess og resultat
- Fagspesialistene ble involvert i det som er viktig for dem. Dette har ført til at de fleste er fornøyd med kvalitetssystemet og at de har prosesser, prosedyrer og rutiner på det som oppleves som sentralt i den kliniske hverdagen
- Et ISO-sertifikat betyr ikke at jobben er gjort. Det kreves kontinuerlig innsats fra alle for å vedlikeholde og videreutvikle systemet
- NS-ISO 9001-sertifisering tar opp i seg interkontrollforskriften og gjør dermed arbeidet mot tilsynsmyndighetene lettere. Tilbakemelding fra tilsynsmyndighetene er også at de registrerer en positiv forskjell for virksomheter som er sertifisert

Helse Nord-Trøndelag HF fortsetter sertifiseringen av hele helseforetaket. Felles kvalitetsstyringssystem vil gjøre det lettere å nå felles mål og samhandle på tvers av enhetene. En enhetlig systematikk når det gjelder «ledelsens gjennomgåelse» gjør det lettere å følge prosessen fra den enkelte enhet opp til foretaksnivå.

resultater og skal lette arbeidet med styring av kvalitet og pasientsikkerhet, og er ikke en tilsynsordning med kontroll og sanksjoner.

Kvalitetssertifisering kan forstås som en bekreftelse på at en virksomhet har et system for styring, ledelse og kvalitet i tråd med et normativt dokument/standard. Mange ulike virksomheter bruker den internasjonale standarden NS-EN ISO 9001 – *Ledelsessystem for kvalitet* – som normativt dokument.

De fleste norske sykehus har allerede erfaring med sertifiseringsprosesser. Det er blant annet stilt krav om at alle helseforetak skal miljøsertifiseres etter ISO 14001-standardens.

En ordning med sertifisering må utformes slik at den ikke innebærer økt rapportering, kontroll og byråkrati. Den må ikke vri oppmerksomheten i for stor grad mot formalia og prosedyrer, og ikke stjele tid fra pasientrettet aktivitet.

Revisjon av dagens internkontrollforskrift

Regjeringen vil revidere dagens internkontrollforskrift og foreslår at den skal være det sentrale normative dokumentet ved en sertifiseringsprosess, sammen med andre aktuelle kravdokumenter, for eksempel nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Dette skal gjelde uavhengig av hvilken ordning som velges for sertifisering av sykehus. Dagens internkontrollforskrift inneholder mange av de samme kravene som de mest brukte standardene for sertifisering og akkreditering av virksomheter, for eksempel NS-EN ISO 9001. Ved å legge ny revidert forskrift til grunn som et sentralt normativt dokument, samles de styrings- og dokumentasjonskravene som allerede finnes i lov- og regelverk. Helseforetakene er allerede i dag pålagt å dokumentere etterlevelse av dagens internkontrollforskrift overfor tilsynsmyndighetene. Tilsynet har påvist behov for bedre etterlevelse. En sertifisering av sykehus med utgangspunkt i ny revidert forskrift, kan bidra til å fremme bedre etterlevelse av forskriften. Forslag til ny forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten er sendt på høring.

Sertifiseringsordninger

Sertifisering innebærer en bekreftelse fra en uavhengig part om at et produkt eller tjeneste tilfredsstiller kravene i ett eller flere kravdokumenter. Som ledd i høringen av forslag om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten, har departementet sendt skisser av ulike modeller for sertifiseringsordning for sykehusene på høring.

Boks 11.4 Modell 1. Tilsynsmyndighetene sertifiserer

- Statens helsetilsyn og Fylkesmannen gjennomfører både planlagt og hendelsesbasert tilsyn med sykehusene. Tilsynene baseres i stor grad på internkontrollforskriften for helse- og omsorgstjenester.
- I denne modellen videreutvikles det planlagte tilsynet til en sertifiseringsordning for sykehusene ved at Statens helsetilsyn og/eller Fylkesmannen sertifiserer med revidert internkontrollforskrift som sentralt normativt dokument.
- Det etableres en godkjenningsordning tilsvarende Norsk akkrediterings godkjenning/akkreditering av sertifiseringsorgan. Godkjenningens formål vil være å sikre at Statens helsetilsyn og/eller Fylkesmannen har personell og kompetanse til å kunne revidere og utstede sertifikat i sykehusene.

Denne modellen bygger i stor grad på eksisterende kompetanse. Tilsynsmyndigheten er uavhengig og har god kjennskap til helsetjenesten og sykehusdrift. Argumentet mot at tilsynsmyndigheten skal sertifisere sykehus, er at dette kan bli vanskelig å forene med tilsynets uavhengige rolle som tilsynsmyndighet. Det kan for eksempel reises spørsmål ved om tilsynet kan være tilstrekkelig uavhengig når det fører tilsyn ved sykehus som det tidligere har sertifisert. Samfunnets tillit

Boks 11.5 Modell 2. Ny nasjonal enhet for intern revisjon (NEIR) sertifiserer

- De regionale enhetene for intern revisjon/konsernrevisjon i de regionale helseforetakene reviderer de respektive helseregionene. Revisjonsenhetene skal føre tilsyn med at eiers beslutninger gjennomføres og at målene for virksomheten er nådd.
- I denne modellen slås deler av eller hele enhetene i alle de regionale helseforetakene sammen til en Nasjonal enhet intern revisjon (NEIR), som vil sertifisere sykehus med revidert internkontrollforskrift som sentralt normativt dokument
- NEIR godkjennes/akkrediteres som sertifiseringsorgan

til tilsynets uavhengighet er viktig. Imidlertid finnes det eksempler innenfor offentlig forvaltning på at tilsyn og sertifisering/akkreditering samles i samme organisasjon, for eksempel i Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT).

Fordelen med å basere et sertifiseringsorgan på de nåværende internrevisjonsenhetene i regionale helseforetak, er at disse både har revisjonskompetanse og god kjennskap til sykehus og spesialisthelsetjeneste. Ulempen kan være at en må omstrukturere og videreutvikle en innarbeidet ordning som i dag har et annet formål. Det må også vurderes om dette krever lovendring. Denne løsningen innebærer oppretting av et nytt offentlig organ, noe som kan anses å være byråkratiserende og ressurskrevende.

Boks 11.6 Modell 3. Kommersielle selskaper sertifiserer

- Ulike sertifiseringsfirma sertifiserer i dag sykehus etter standarden NS-EN ISO 9001. Det vil være mulig for sertifiseringsorganene å legge revidert internkontrollforskrift til grunn for sertifiseringen, siden denne inneholder flere av de sentrale elementene og kravene i ISO 9001.
- Sertifiseringsfirmaene må akkrediteres for sertifisering i henhold til revidert internkontrollforskrift for å sikre at de har nok kompetanse og personell til å gjennomføre slike revisjoner.

Flere kommersielle selskaper er i dag akkreditert for å sertifisere helseinstitusjoner i henhold til ISO 9001. Disse selskapene har varierende kjennskap til sykehus og sykehusdrift. Manglende kjennskap til sykehusdrift vil kunne påvirke kvaliteten av sertifiseringsprosessen.

I høringen av forslag om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten blir det også stilt spørsmål om muligheten for å bruke Helsedirektoratet som sertifiseringsorgan. Helsedirektoratet vil som fag- og myndighetsorgan ha en sentral rolle i å veilede og bistå i implementering av revidert internkontrollforskrift. Det kan imidlertid være problematisk å forene Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan med en godkjenningsfunksjon. Helsedirektoratet har ikke, i motsetning til Helsetilsynet, utviklet særskilt kompetanse på revisjon av virksomheter, noe som taler mot en slik ordning.

Sykehus som er sertifisert, må resertifiseres med jevne mellomrom. Både sertifiserings- og resertifiseringsprosessen er ressurskrevende med hensyn til arbeidsinnsats og kostnader. Dette gjelder når en bruker kommersielle selskaper, men også om det etableres en sertifiseringsordning i offentlig regi.

11.6 Nasjonalt nettverk for fagrevisjon

Fagrevisjon, «clinical audit» eller «peer review», som det også kalles, innebærer en gjennomgang av sykehusets praksis på et eller flere fagområder av eksterne fagfolk med kompetanse på området. Gjennomgangen skal avklare om pasientbehandlingen skjer i tråd med god praksis. Målsettingen er å lære av hverandre og få råd og veiledning, ikke kontroll eller sanksjoner.

Innføring av et system med fagrevisjoner i sykehusene vil være med å skape en kultur for åpenhet og kvalitetsforbedring. Fagfolk etterlyser ordninger som er innrettet mot faglig kvalitet og behandlingsresultater. Regjeringen ønsker derfor å legge til rette for å innføre et system med fagrevisjoner i sykehusene. Fagrevisjoner vil være et nyttig verktøy for implementering av nasjonale retningslinjer. For å utvikle kompetanse og samle erfaringer, skal det etableres et nasjonalt nettverk for fagrevisjon med representanter fra alle helse-

Boks 11.7 Fagrevisjon bidrar til gode og likeverdige helsetjenester

I 2004 gjennomførte Helse Øst RHF fagrevisjoner for hjerneslagbehandling, brystkreftbehandling og psykisk helsevern. Revisjonene ble gjennomført under ledelse av eksterne revisjonsledere, fagekspertter og fagrevisorer fra Helse Øst basert på ISO-standarden 19011:2002.

Resultatene viste at pasientene stort sett fikk tilfredsstillende behandling, men det var behov for forbedringer på enkelte områder. For eksempel ble for få pasienter med hjerneslag behandlet i slagenheter. De fleste forbedringstiltak ble raskt iverksatt og fulgt opp av administrerende direktører og lokale styrer. Helse Øst RHF fulgte opp de generelle forbedringsforslagene. Revisjonene ble godt motatt i helseforetakene.

Kilde: Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 25–7

regionene som omfatter både fagfolk og personer med revisjonskompetanse. Nettverket skal gi metodestøtte ved fagrevisjoner i sykehusene. Oppdrag om å etablere nettverk vil bli gitt til de regionale helseforetakene.

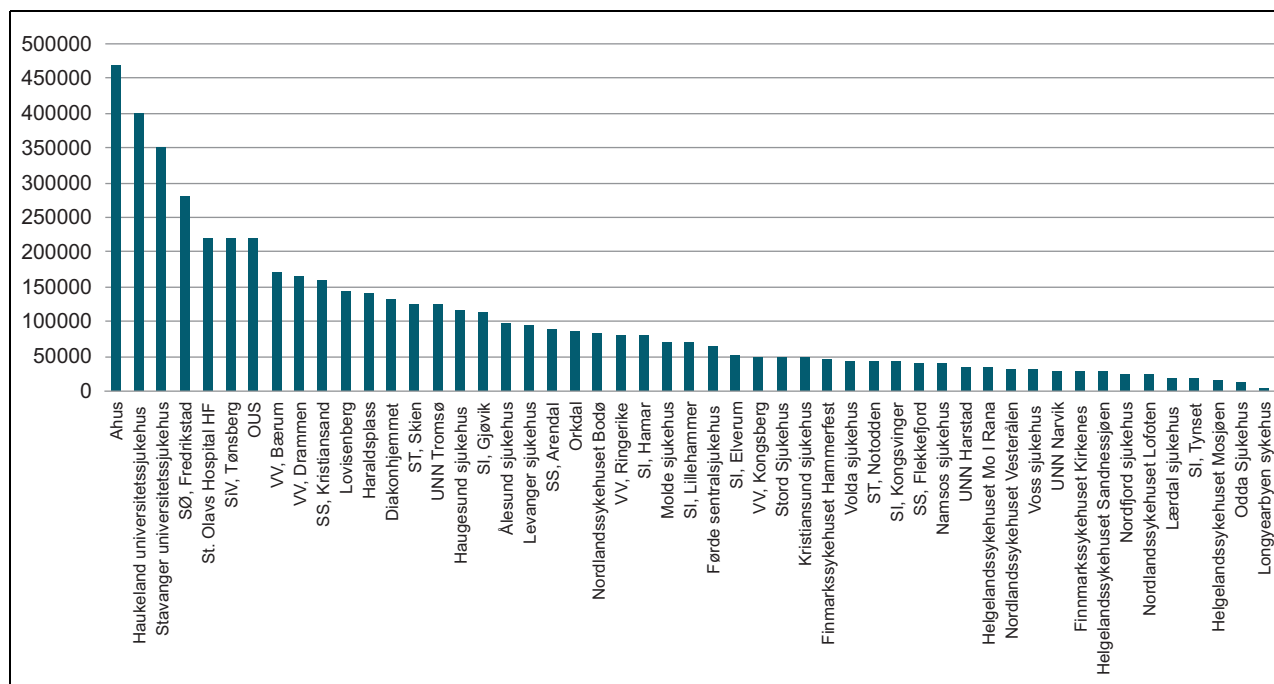
12 Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus

Det er politisk enighet om at sykehusenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Det er krevende å realisere dette målet i et land med Norges geografi, bosettingsmønster og klima.

Norske sykehus har svært forskjellig størrelse, både når det gjelder sengetall og opptaksområde. Dette gjenspeiler bosettingsmønsteret i Norge, med enkelte tett befolkede områder, og store områder der befolkningen bor spredt. Sengetallet ved norske somatiske sykehus spenner fra 22 faktiske senger ved Odda sykehus til 1 576 senger ved Oslo universitetssykehus (SSB 2014). I SINTEFs rapport fra 2011, *Spesialisthelsetjenesten i Norden*, kommer det fram at Norge er det landet med i gjennomsnitt færrest innbyggere pr opptaksområde (ca. 100 000). Norge er også det

landet med flest sykehus med befolkningsgrunnlag på færre enn 50 000. Til sammenlikning har Danmark, Finland og Sverige henholdsvis 2, 12 og 13 sykehus med opptaksområder av denne størrelsen. Norsk sykehusstruktur er derfor desentralisert om en sammenlikner med de andre nordiske landene. En desentralisert sykehusstruktur gir befolkningen god tilgang til spesialisthelsetjenester nær sitt bosted. Utfordringen er å opprettholde kvalitet, god ressursutnyttelse og robusthet i små fagmiljøer.

Sykehusene er viktige arbeidsplasser og en viktig del av infrastrukturen i mange lokalsamfunn. Organiseringen av sykehusene har også stor betydning for beredskapen ved større hendelser. Kapasitet og kompetanse i tilbudet til akutt syke pasienter, fra prehospitaltjenester til akutte sykehusfunksjoner, vil være avgjørende for evnen til å gi befolkningen gode helsetjenester i en krise.



Figur 12.1 Befolkningsgrunnlag somatiske akuttsykehus 2015

Tallene beskriver hvor mange mennesker som har aktuelt sykehus som sitt lokalsykehus. Tallene vil variere etter hvordan sykehusene har delt ulike funksjoner mellom seg

Kilde: Regionale helseforetak

12.1 Hva sier folk?

I en spørreundersøkelse fra 2014, basert på Gallup-panelet, oppga svarerne at helsepersonell med god utdanning (57 prosent), behandling som virker (49 prosent) og nærhet til sykehus og lege (46 prosent) var de viktigste kriteriene på god kvalitet. Disse resultatene har holdt seg relativt konstante gjennom de årene (2011–2014) undersøkelsen har blitt gjennomført.

De regionale og lokale brukerutvalgene i helseforetakene har i flere sammenhenger uttalt seg om hva som er viktige kriterier på kvalitet i sykehus. Gjennomgående sier utvalgene «både kvalitet og nærhet er viktig, men hvis vi må velge, er kvalitet viktigst».

12.2 Store eller små sykehus?

Sykehus er komplekse organisasjoner med krevende logistikk. Store sykehus har bedre muligheter for faglig spesialisering og robuste fagmiljøer. Mindre sykehus er faglig sårbare, men har ofte enklere organisering, kommunikasjon og logistikk. De har ofte bedre samhandling med tilhørende kommuner, noe som gjenspeiles i noe større grad av pasienttilfredshet. Fra et helseøkonomisk perspektiv kan det argumenteres for at optimal sykehusstørrelse ligger et sted mellom 200–600 senger¹², og at en ikke oppnår noen driftsøkonomisk gevinst ved sengetall utover dette. I Norge har vi 2,0 effektive somatiske senger per 1000 innbyggere (SAMDATA 2014). Det betyr at sykehus med 200–600 senger dekker et opptaksområde på omtrent 100 000–300 000 innbyggere.

12.3 Sammenheng mellom volum og kvalitet

Det er god og økende dokumentasjon for at det er en sammenheng mellom pasientvolum og kvalitet, oftest målt som overlevelse, for en rekke kirurgiske inngrep, blant annet hofte- og kneproteseoperasjoner og flere former for kreftkirurgi. Det er også påvist sammenheng mellom pasientvolum og resultatet av behandling for hjerte- og karsyk-

dommer, for eksempel utblokkning av blodårer ved hjerteinfarkt (PCI). Det er grunn til å tro at det finnes et nedre kritisk pasientvolum for mange prosedyrer og behandlinger, selv om denne grensen er vanskelig å definere på grunnlag av forskningsbasert kunnskap. Det er ikke klart hvor mye av sammenhengen mellom volum og kvalitet som skyldes den enkelte kirurgens erfaring, hvor mye som skyldes kompetansen i det samlede behandlingsteamet, og hvor mye som skyldes medisinske og andre støttefunksjoner.

Hva viser kvalitetsindikatorene?

Når det gjelder norske forhold, viser de nasjonale kvalitetsindikatorene ingen systematiske forskjeller mellom små og store sykehus. Dette betyr ikke at det ikke finnes forskjeller. De fleste kvalitetsindikatorene måler ikke behandlingsresultat, men resultater av prosess og organisering, f. eks epikrisetid og korridorpatienter. Her vil en ikke forvente at små sykehus skiller seg negativt ut fra store. Når det gjelder indikatorene på overlevelse, for eksempel 30 dagers overlevelse etter sykehusopphold for hoftebrudd, hjerteinfarkt og hjerneblødning og 5 års overlevelse ved ulike kreftsykdommer, vil resultatene kunne være påvirket av forskjeller i pasientsammensetning mellom sykehusene. Større sykehus har ofte pasienter med mer kompliserte sykdommer. Resultatene på overlevelsesindikatorer vil være mer usikre og sårbare for tilfeldig variasjoner i sykehus med lavt pasientvolum. Hvis antallet pasienter innenfor en sykdomsgruppe eller behandlingsmåte på et sykehus er svært lite, er det nærmest umulig å dokumentere kvalitet.

12.4 Sentralisering eller desentralisering?

Utviklingen i medisinske behandlingsmetoder, teknologi og IKT støtter både sentralisering og desentralisering av funksjoner. Behandlinger som stiller store krav til prosedyreferdigheter, som er avhengig av dyrt og avansert utstyr og større team av helsearbeidere, bør ofte sentraliseres. På den andre siden letter IKT og telemedisin kommunikasjon og kompetanseoverføring og kan bidra til å opprettholde aktivitet på mindre sykehus. Tverrfaglige team på tvers av sykehus med virtuelle møter kan i mange tilfelle kompensere for små fagmiljøer og lite pasientgrunnlag.

Ny teknologi og nye behandlingsmåter tas ofte først i bruk på de største sykehusene, men etter

¹ Sheldon T, Ferguson B, Posnett J. *Concentration and choice in the provision of hospital services*. York: University of York; 1997

² Kristensen T, Olsen KR, Kilsmark J, Lauridsen JT, Pedersen KM. *Economies of scale and scope in the Danish hospital sector prior to radical restructuring plans*. Health Policy. 2012; 106(2): 120-6

Boks 12.1 Gynekologene på Elverum

Har store faglige ambisjoner

Det er slutt på tida da gynekologi/fødeavdelingen i Elverum var avhengig av vikarleger for å fylle vaktlistene. Nå jobber seks overleger og seks assistentleger entusiastisk for å bli best på sitt felt.



Figur 12.2 Stortrives: Sju av de 12 legene ved gyn/føde i Elverum: Fra venstre: Lina Marstrand Warholm, Emma Remine Reisvaag Sunde, Anne Birthe Lømo, Arnt Röch-Pettersen, Maud Nyhuus, Elena Kosinskaya og Hanne Maartmann.

Foto: Randi Undseth

Den nåværende avdelingssjefen, Anne Birthe Lømo, var aktiv i kampen for å få kvinneklinikk i Elverum. Men styret i Sykehuset Innlandet vedtok å legge kvinneklinikken til Lillehammer. Lømo lot seg imidlertid ikke knekke av den grunn. Hun søkte og fikk jobben som avdelings-sjef. For ett og et halvt år siden bestemte hun seg for å bruke fem år for å bygge opp avdelingen slik hun ville ha den.

Avdelingen har satset mye på å bli faglig god. Tett en-til-en oppfølging av leger i utdanning, internundervisning og deltakelse i forskningsprosjekter har vært viktige virkemidler. Det har også vært satset på lagbygging. Nært samarbeid med Hamar sykehus har gjort det mulig for avdelingen å utvikle spisskompetanse på robotkirurgi. Det nære samarbeidet med Hamar gjør det også mulig å drive avdelingen godt selv om Elverum sykehus ikke har akutt generell kirurgi.

Tidligere var avdelingen avhengig av vikarstafetter – nå utdanner de sine egne spesialister som blir værende ved avdelingen, og det er mellom 40 og 60 søkere til ledige utdanningsstillinger.

Kilde: Utdrag fra artikkel i Østlendingen 9. februar 2015.

hvert som teknologien er «moden», tas den i bruk flere steder. Et eksempel på dette er kikkhullskirurgi (laparoskopisk kirurgi).

Noen avanserte behandlingsmetoder som krever høyt pasientvolum, kan flyttes til mindre sykehus som ledd i en planlagt oppgavedeling, som for eksempel PCI-behandling ved Sørlandet sykehus Arendal.

Mange små sykehus har utfordringer med å rekruttere og holde på spesialisert helsepersonell, spesielt leger. Dette er ikke noe særskilt problem i Norge, men er en utfordring i mange land. Utviklingsmulighetene og tryggheten i større fagmiljøer virker tiltrekkende på mange. Større byer har også flere karrieremuligheter, ikke minst for ektefelle/partner. Det er viktig at fagpersoner på mindre sykehus ser mulighetene og fordelene knyttet til å arbeide på mindre steder, og er med på å utvikle et godt og bærekraftig fagmiljø.

Regjeringen ønsker å bevare en fortsatt desentralisert sykehusstruktur i Norge. Dagens små lokalsykehus har mange kvaliteter som det er vik-

tig å bevare. Vi må sikre at alle sykehus har kompetent og trent personell, slik at pasientene i alle deler av landet får likeverdig tilbud av høy kvalitet. På områder der pasientvolumet er tilstrekkelig, vil de små sykehusene kunne levere tjenester av like god, og på noen områder kanskje bedre, kvalitet enn på større sykehus. Store sykehus er nødvendige for å sikre et bredt tilbud av spesialiserte tjenester. Men blir sykehusenhetene for store, kan de bli uoversiktlige og kompliserte å drive.

12.5 Utviklingen innen utvalgte fagområder

Utviklingen innen fagområdene indremedisin og kirurgi har mange likhetspunkter, men også viktige ulikheter. På begge områder har det skjedd en stor grad av spesialisering. Begge fagene springer ut av generell indremedisin og generell kirurgi, men etter hvert er det opprettet flere

grenspesialiteter, for eksempel hjertesykdommer, mage-tarmkirurgi, stoffskiftesykdommer og urinveiskirurgi. Ortopedi (kirurgi ved sykdommer og skader i muskel/skjelett) ble skilt fra generell kirurgi og etablert som egen spesialitet i 1997. Ortopedi har ikke lenger krav om generell kirurgi i spesialistutdanningen.

Etter at ortopedi ble skilt ut som egen spesialitet, har det skjedd en ytterligere faglig oppsplitting av kirurgifaget. På de større sykehusene er

det for eksempel egne kirurger som opererer henholdsvis øvre og nedre del av mage-tarmkanalen. Denne spesialiseringen skyldes økende krav til kompetanse hos kirurgene, samt behov for spesialiserte team og spesialisert utstyr. Behovet for spesialisert kompetanse har ført til sentralisering på en del områder. Kreftkirurgien har de siste 20 årene blitt samlet på stadig færre sykehus, noe som er medvirkende årsak til bedre resultater og overlevelse, for eksempel for endetarmskreft.

Helsedirektoratet ga i 2015 ut rapporten *Kreftkirurgi i Norge*. Rapporten gir en oversikt over hvor mange operasjoner for ulike krefttyper som foretas på norske sykehus, og gir anbefalinger om hvilke krav som bør stilles til sykehus som de nærmeste årene skal operere kreftpasienter. Blant disse er anbefalinger om størrelse på opptaksområdet for sykehus som skal utføre ulike typer kreftkirurgi.

Traumekirurgi, det vil si behandling av alvorlig skadde pasienter, har i løpet av de siste årene utviklet seg til en høyspesialisert funksjon som krever planlagt og samkjørt tilnærming fra flere spesialiteter. De nødvendige livreddende kirurgiske prosedyrene inngår ikke i noen tradisjonell generell kirurgisk utdanning, men må læres spesifikt. Alle norske kirurger må i dag gjennomføre Forsvarets kurs i traumatologi og krigskirurgi.

Boks 12.2 Sammendrag av de viktigste konklusjonene i kreftkirurgirapporten

Generelle robusthetskrav

- Hvert sykehus bør ha et stort nok antall kirurger med relevant spesialisering til å drifte enheten med tilfredsstillende kvalitet hele året. Sykehus som baserer sin kirurgiske virksomhet på kun én fast spesialist eller vikarer bør ikke utføre kreftkirurgi, da kvalitet og sammenhengende pasientforløp ikke sikres tilstrekkelig.
- Minimum tre fast ansatte spesialister innen fagfeltet.
- Sykehuset og den enkelte kirurg bør ha et adekvat volum av den aktuelle kreftform. På et generelt grunnlag anses ikke volum under 20 operasjoner per år per sykehus som tilstrekkelig til å opprettholde kompetanse innen fagområder som er i utvikling.

Spesielle krav for operasjoner av tykktarmskreft

Tykktarmskreft opereres i dag på 36 norske sykehus. Antall operasjoner varierer fra noen få til rundt 150 per sykehus per år.

Rapporten foreslår en betydelig sentralisering av operasjoner for tykktarmskreft:

- Alternativ 1: Hvert sykehus som behandler tykktarmskreft, bør ha minst 30 operasjoner per år. Det tilsvarer 10–15 operasjoner for tykktarmskreft per kirurg per år. Opptaksområdet for sykehuset bør være minimum 100 000 innbyggere.
- Alternativ 2 (kan være målet på sikt): Operasjoner for kreft i tykktarm opereres på de samme sykehus som opererer kreft i endetarm. Opptaksområdet for sykehuset bør da være minimum 200 000 innbyggere.

Boks 12.3 Traumesystem i Norge

I 2006 ble rapporten *Traumesystem i Norge* ferdigstilt på oppdrag fra de regionale helseforetakene. Bakgrunnen var at en manglet nasjonale standarder for behandling og kompetanse i alle ledd av behandlingsskjeden.

I rapporten defineres det klare krav til sykehus med akuttfunksjon som skal motta alvorlig skadde pasienter. Disse kravene innbefatter skriftlige rutiner for aktivering av traumeteam, traumekoordinatorfunksjon, formelle kompetansekrav til medlemmer av traumeteamet (ATLS for alle leger, tilsvarende for sykepleiere, kurs i nødkirurgiske prosedyrer for kirurger og teamtrening), registreringsrutiner, krav til evaluering, regelmessig tverrfaglig trening, oppdaterte prosedyrer vedrørende behandling og overflytting av pasient til høyere behandlingsnivå. Traumesystemet er vedtatt implementert i alle helseregioner, og er nå under revisjon.

Innen indremedisinske fag har det også skjedd en spesialisering, men samtidig er det fortsatt behov for bred, generell kompetanse. De mange eldre med kroniske sykdommer, ulike diagnoser og mange medikamenter krever leger som kan forstå og behandle helheten. Behovet for generell kompetanse har for eksempel ført til at en i USA har opprettet en egen spesialitet i sykehusmedisin, hospitalisten, som har ansvar for pasienten gjennom hele innleggelsen, ikke bare i indremedisinske avdelinger, men ofte også i intensiv- og kirurgiske avdelinger. Dette er den raskest voksende spesialiteten i USA, og flere studier har vist at innføring av hospitalister har gitt signifikant kortere liggetid uten at dette har gått utover kvalitet og pasienttilfredshet.

12.6 Et differensiert akutttilbud

I Norge er det i dag 51 sykehus med akuttfunksjoner. Fire av disse har akuttfunksjoner bare i indremedisin, de øvrige i både indremedisin og kirurgi. To sykehus har akuttfunksjon i ortopedi, men ikke generell kirurgi.

Antall døgnopphold for pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp var 122 per 1000 innbyggere i 2013 (Samdata 2013). Av disse fikk 13 prosent (16/1000) utført et kirurgisk inngrep eller prosedyre under oppholdet. Registreringer fra enkeltsykehus og data fra Norsk pasientregister viser at omtrent 35 prosent av øyeblikkelig hjelp pasienter legges inn i kirurgiske avdelinger.

Andelen akutt innlagte pasienter i befolkningen varierer, både mellom helseregionene og mellom enkeltsykehus. I 2013 var for eksempel andelen akutt innlagte pasienter med medisinsk diagnose i sykehusområdene tilhørende Lofoten, Stord, Odda, Mosjøen og Notodden sykehus betydelig høyere enn landsgjennomsnittet.

En arbeidsgruppe har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet kartlagt akuttmedisinsk og akuttkirurgisk aktivitet ved et utvalg av 14 mindre lokalsykehus i 2013. Disse sykehusene hadde gjennomsnittlig tre øyeblikkelig hjelp innleggelser i kirurgiske avdelinger og seks i medisinske avdelinger per døgn.

Det ble gjennomsnittlig gjort ett kirurgisk inngrep per døgn (inkludert ortopedi og kvinnesykdommer/fødselshjelp) per sykehus på pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp.

I hele 2013 var det i gjennomsnitt tre pasienter i hoveddiagnosegruppen signifikant multitraume (alvorlig skade) ved disse sykehusene. I 2014

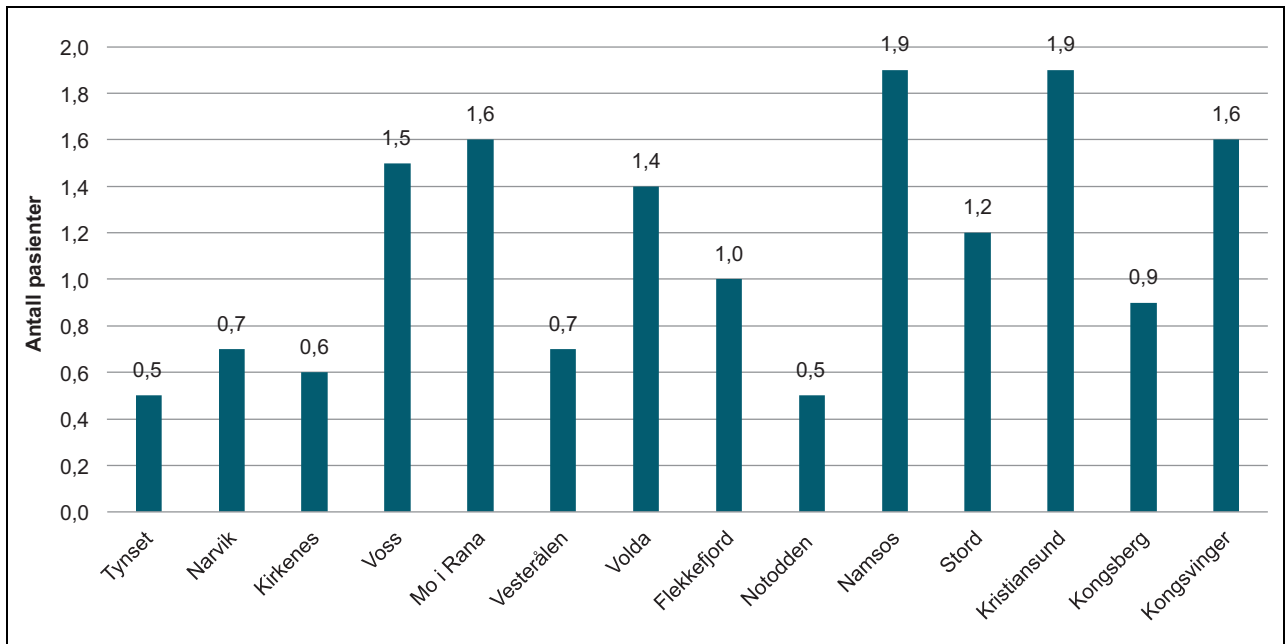
viser tall fra Norsk Pasientregister at tallet var redusert til én.

Selv om det er et lite antall akuttkirurgiske inngrep ved små lokalsykehus, har pasientene et variert sykdomsbilde med behov for ulike typer kirurgi. Utfordringen for de mindre sykehusene er derfor å ha nødvendig kompetanse til stede slik at de kan gi et trygt og forutsigbart akutttilbud alle ukedager og alle døgnets timer. For å tilfredsstille dagens krav til arbeidstid og vaktbelastning, kreves det, ifølge Legeforeningen, 8 spesialister for å dekke en vaktturnus. Sykehus som skal ha vaktordning for både for ortopedi og generell kirurgi (bløtdelskirurgi), må derfor ha minst 16 spesialister for å dekke vaktene. I tillegg til spesialistene vil det også ofte være vaktberedskap av leger i utdanning. Alternativet til å ha så mange fast ansatte, som også skal ha tilfredsstillende aktivitet på dagtid, er å basere seg på vikarer eller deltidsansatte, som ofte arbeider i en såkalt «Nordsjøturnus» med vakt flere døgn i strekk.

Alle norske kirurger (ikke ortopeder) er i dag spesialister i generell kirurgi. Men det varierer i hvor stor grad de har mulighet til å være trent og oppdatert på en stor bredde av akuttkirurgiske prosedyrer. Kirurgifaget er blitt stort og behandlingsmulighetene mange. Akuttkirurgi er et fagfelt i betydelig utvikling som vil kreve mer spesialisert kompetanse og mer avanserte støttefunksjoner og utstyr i årene som kommer. I noen grad kan trening og simulering kompensere for lite pasientvolum, men over tid vil det være vanskelig å vedlikeholde nødvendig kompetanse. Vi ser allerede i dag at kompetansen ved enkelte sykehus varierer avhengig av hvem som er på vakt, slik at akutttilbudet blir lite forutsigbart.

Utfordringene knyttet til spesialisering av kirurgien og små pasientvolum ved mindre sykehus har vært kjent i mange år, og har vært gjenstand for flere utredninger, blant annet NOU 1998: 9 *Hvis det haster*, og arbeidsgrupperapporten *Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede* fra 2007. Begge disse utredningene foreslo en differensiering av akuttfunksjonene ved sykehusene, slik at de minste sykehusene skulle ha akuttfunksjon i indremedisin, men ikke i kirurgi. Begge utredningene anbefalte at en indremedisinsk akuttfunksjon måtte støttes av akuttfunksjon i anestesi.

Et sykehus med indremedisinsk akuttberedskap, støttet av anestesi, vil kunne ta imot og behandle pasienter for mange akutte lidelser, for eksempel akutt pustebesvær, infeksjoner og akutt hjerneslag. Dette er de hyppigst forekommende akutte lidelsene. I en befolkning med økende



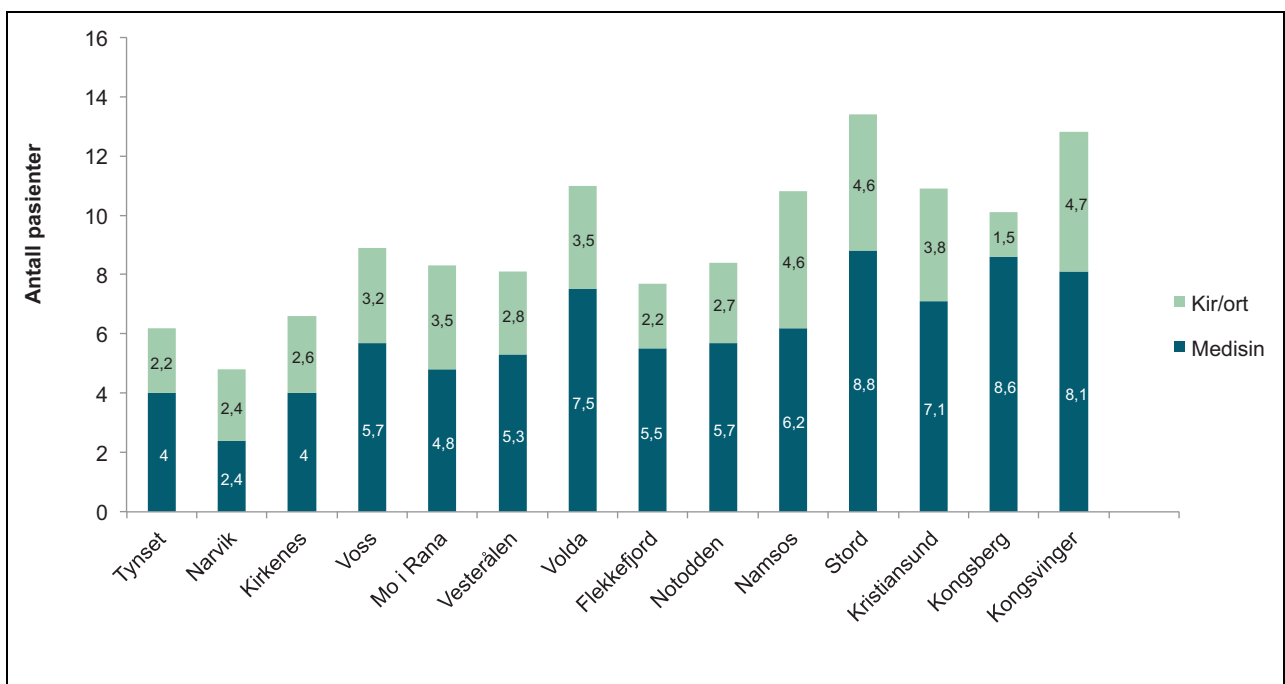
Figur 12.3 Antall døgnopphold per dag i året for pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp og gruppert til kirurgisk DRG

Kilde: Kartlegging av akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet ved mindre lokalsykehus, rapport fra arbeidsgruppe 2014

antall eldre vil det være viktig at lokalsykehusene kan gi behandling til disse pasientgruppene.

De fire sykehusene som har akuttfunksjon i indremedisin, men ikke i kirurgi, er Nordfjord og Lærdal sjukehus i Helse Førde HF, Mosjøen syke-

hus i Helgelandssykehuset HF og Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo. Kongsberg og Elverum sykehus har akuttfunksjon i ortopedi, men ikke i generell kirurgi.



Figur 12.4 Antall døgnopphold per dag i året for pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp i kirurgisk/ortopedisk og medisinsk avdeling 2013

Kilde: Kartlegging av akuttmedisinsk og akuttkirurgisk virksomhet ved mindre lokalsykehus, rapport fra arbeidsgruppe 2014

Helse Førde

I 2005 ble akutt generell kirurgi samlet ved Førde sentralsjukehus. Lærdal og Nordfjord sjukehus har akutt indremedisin på døgnbasis, anestesilege i vakt samt vanlige støttefunksjoner som laboratorium og radiologi. Begge sykehus har skadepoliklinikk og tett samarbeid med kommunene. Begge sykehusene driver planlagt kirurgi.

Sykehusene i Helse Førde samarbeider nært om pasientbehandlingen. En klar oppgavedeling mellom sykehusene, god kommunikasjon via AMK-sentralen i Førde og konferering med vakt-havende lege i Førde før innleggelse gjør at pasientene kommer rett til det sykehuset der behandlingen skal skje. Skulle en pasient bli innlagt i Nordfjord eller Lærdal med en problemstilling som også kan være kirurgisk, konfereres det med kirurgi i Førde som deltar i vurdering og oppfølging av pasienten. Erfaringen har vært at slik gråsoneproblematikk forekommer sjeldnere enn forventet.

Både Lærdal og Nordfjord har akutt-team som mobiliseres ved akutt sykdom. Det består av medisinsk bakvakt, turnuslege, anestesilege, spesialsykepleier, lab, røntgen og eventuelt skadepoliklinikklege. Akutte tilfeller er hovedsakelig indremedisinske, som hjertestans eller hjerne-slag. Skadde pasienter kan stabiliseres, men ikke opereres før transport til Førde (eller Haukeland). Akuttmottakene i Helse Førde er koblet sammen med videokonferanseutstyr, slik at faglig støtte til vurdering og behandling kan gis fra Førde.

Lovisenberg Diakonale Sykehus

Lovisenberg Diakonale Sykehus har vært uten akuttkirurgi i 20 år, men har i disse årene hatt akutt indremedisin. Lovisenberg har de fleste indremedisinske grenspesialiteter. Sykehuset har høy aktivitet av planlagt kirurgi, i hovedsak ortopedi, og med døgnkontinuerlig vaktordning for anestesilege.

Gode og sikre rutiner for vurdering av pasientene før innleggelse, både av fastleger, legevakt og ambulansetjeneste gjør at få pasienter trenger overføring til annet sykehus. Under 5 prosent av innlagte pasienter overføres til annet sykehus i løpet av første døgn etter innleggelsen, de fleste av disse for hjerte- og karsykdommer.

Erfaringer fra Sverige

I Sverige har flere av landstingene etablert ordninger med differensierte akuttmottak ved sine syke-

hus. Det kan være akuttmottak med indremedisiner og akuttlege i vakt, eller rent indremedisinske akuttmottak. I landstinget Norrbotten med 250 000 innbyggere er det fem sykehus. Tre av disse, Kiruna, Piteå og Kalix, har opptaksområder fra 15–60 000 innbyggere, og har akuttfunksjon i indremedisin, men ikke akutt kirurgi. Det er å bemerke at de små sykehusene, også de uten akutt kirurgi, er svært populære blant svenske turnusleger (AT-läkare)³.

Faglige rådgivingsgrupper

I forbindelse med arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan har to faglige rådgivingsgrupper uttalt seg om det framtidige akutttilbudet i sykehus. Den ene rådgivingsgruppa besto av forskere, fagfolk og andre ressurspersoner. Denne gruppa uttalte at utviklingstrekkene entydig peker i retning av at mer sentralisering av akutt kirurgi er en forutsetning for likeverdige tilbud av høy kvalitet, og dermed for å skape en helsetjeneste der pasientens behov står i sentrum for utvikling av innholdet. Gruppa anbefaler derfor samling av akutt kirurgi på vesentlig færre og større akutt-sykehus.

Det ble også nedsatt en faglig rådgivingsgruppe med medlemmer fra Legeforeningens spesialitetskomiteer i gastrokirurgi, ortopedi, generell kirurgi, anestesi, gastromedisin, kardiologi og indremedisin og to representanter fra sykehus som i dag ikke har akuttkirurgi. I sin rapport *Faglige konsekvenser av alternativer for sykehusstruktur*, uttalte disse at økt oppgavedeling og differensierte akuttfunksjoner, det vil si å opprettholde indremedisinsk, men ikke kirurgisk akuttfunksjon ved en del lokalsykehus, er den organiseringen som vil gi best kvalitet og sikkerhet for pasientene.

Helsedirektoratets innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan

Helsedirektoratet oversendte 14. august 2015 et notat til departementet med tittelen: *Lokalsykehus og akuttfunksjon*.

I notatet konkluderer direktoratet med at:

«Vi vil i fremtiden ha stor nytte av lokalsykehusene for diagnostikk og behandling av pasienter med vanlige tilstander. Samtidig viser utviklingen at den kirurgiske aktiviteten er lav ved de minste sykehusene, på sikt vil det bli vanskeligere å skaffe rett kirurgikompetanse

³ Lakartidningen.se 2015-09-01

og flere pasientgrupper fraktes til større sykehus. Samtidig er det kirurgiske tilbudet blitt mer differensiert, kirurgiske pasienter ivaretas i team og nytt utstyr gir nye muligheter. Dette vil gjøre det vanskeligere og mer ressurskrevende å opprettholde kirurgiske akuttilbud ved noen av de små sykehusene i fremtiden.

Helsedirektoratet mener at vi må forberede oss på at det ved noen sykehus i fremtiden vil eksistere et godt grunnlag for indremedisinsk akuttfunksjon, men hvor grunnlaget for å yte akutt kirurgi er for svakt. Vi bør derfor utvikle virkemidler som gjør det mulig å videreføre et desentralisert indremedisinsk tilbud for pasientene ved små sykehus, uten at det samme sykehuset skal tilby akutt kirurgi».

Hva er motargumentene mot differensierte akuttfunksjoner?

Det har vært to hovedargumenter mot en løsning med indremedisinsk, men ikke kirurgisk akuttfunksjon ved mindre sykehus:

- manglende akuttfunksjon i kirurgi vil utsette befolkningen for en uakseptabel risiko
- kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akuttpasienter i sykehus

Risiko ved å fjerne akuttkirurgisk tilbud

Ved de aller fleste akutte kirurgiske og ortopediske tilstander har en noe tid før behandlingen må starte, slik at det er forsvarlig å sende pasienten videre til annet sykehus med nødvendig kompetanse. Det gjelder ved skader som benbrudd og hjernerystelse, men også ved andre vanlige kirurgiske tilstander som for eksempel blindtarmbetennelse. Tilstander der tiden er kritisk er først og fremst forbundet med større blødninger eller store skader av indre organer. Slike tilstander forekommer sjelden, og mange av dem (for eksempel sprukken bukulsåre) krever særskilt kompetanse hos det kirurgiske teamet, og kan heller ikke i dag behandles på mindre lokalsykehus. Alvorlige skader (multitraumer) forekommer i gjennomsnitt én til tre gang i året på små sykehus. Rask tilgang til kompetent bil-, båt- eller luftambulans, fortrinnsvis legebemannet, vil være det viktigste tiltaket for å redusere risiko for død eller varig skade i de mest tidskritiske situasjonene.

Faglige avhengigheter

Mange akutt innlagte pasienter har uklare lidelser. For noen av disse er det nødvendig med kirurgisk kompetanse for å avgjøre om det er behov for operasjon, eller om pasienten trenger annen type behandling, for eksempel medikamenter. Dersom det ikke er tilgjengelig kirurg lokalt, kan det kompenseres på flere måter. Det viktigste tiltaket er tett samarbeid mellom ambulansetjenesten, akuttmottaket og nærmeste sykehus med kirurgisk akuttfunksjon, slik at pasienten fortrinnsvis blir innlagt i det sykehuset som kan gi riktig behandling. Et annet viktig tiltak er tettere samarbeid mellom vakthavende lege ved sykehuset uten akuttkirurgi og kirurg på nærmeste større sykehus med felles vurdering av røntgen- og CT bilder, blodprøver og sykehistorie for å avklare om det er nødvendig å overflytte pasienten.

Hvilken løsning bør vi velge?

Regjeringen foreslår at det over tid skjer en omstilling av akuttbereidskapen ved enkelte mindre lokalsykehus slik at de opprettholder medisinsk akuttbereidskap, men ikke akutt kirurgi. En slik løsning vil sikre at befolkningen i hele landet fortsatt har nærhet til de akutte tjenestene de oftest har bruk for.

Et sykehus med akutt indremedisin, men uten akutt kirurgi, skal ha planlagt kirurgi. Dette vil ofte medføre behov for en vakt- eller beredskapsordning for å ivareta komplikasjoner hos opererte pasienter. Sykehus med planlagt kirurgi, men uten akutt kirurgi, kan rekruttere kirurger ut fra hvilke tjenester det er mest behov for, og trenger ikke stille krav om kompetanse i generell kirurgi. Mange mindre sykehus kan ha minst like stort behov for urologer og ortopeder som for spesialister i generell kirurgi.

Overføring av planlagt kirurgi fra store til små sykehus vil sikre aktivitet ved mindre lokalsykehus, og samtidig frigjøre kapasitet på større sykehus til å håndtere et økt antall akuttpasienter.

På alle sykehus med akuttfunksjoner må helsepersonellet ha kompetanse til å behandle akutte syke pasienter, for eksempel pasienter med pustebesvær eller sirkulasjonsforstyrrelser. Dette forutsetter at det er anestesilege tilgjengelig. Anestesilege er også nødvendig for å opprettholde beredskap ved fødeavdeling. Dersom det ikke er anestesilege på vakt, vil det være begrenset hvilke pasienter sykehuset kan ta imot. Etter regjeringens vurdering må derfor alle sykehus med akuttfunksjoner ha anestesilege i vakt. Arbeidsopp gavene

for anestesilegen på dagtid vil være knyttet til planlagt kirurgisk aktivitet og et eventuelt fødetilbud, men også til andre pasientgrupper, for eksempel pasienter med behov for smertebehandling.

Mange er bekymret for at det blir vanskelig å rekruttere anestesileger til sykehus uten akuttkirurgi. Det blir derfor viktig å sikre at disse stillingene fylles med innhold. Sykehuset må ha planlagt kirurgi av tilstrekkelig omfang. Det vil også være nødvendig med videreutdanningstiltak og hospiterings- og ambuleringsordninger for å vedlikeholde kompetansen i akuttmedisin. På steder der det er naturlig, bør anestesiberedskapen ved lokalsykehusene ses i sammenheng med beredskapen for luftambulansetjenesten.

Sykehus uten akuttkirurgi bør utvikles til gode utdanningsarenaer. Utdanningsstillinger for leger gir et godt grunnlag for å rekruttere spesialister med lokal forankring. Planlagt kirurgi vil kunne gi kirurger under utdanning verdifull trening. Utdanning av spesialister i indremedisin forutsetter ikke at sykehuset har akuttkirurgi. Helgelandssykehuset Mosjøen, som ikke har akuttkirurgi, hadde besøk av Legeforeningens spesialitetskomite i 2012 og fikk meget god omtale som utdanningsinstitusjon i indremedisin.

Regjeringen foreslår i kapittel 11 å stille nasjonale kvalitetskrav til utvalgte behandlingstilbud på ulike nivå i tjenesten, samt å innføre en godkjenningsordning for regionale behandlingstjenester. Kvalitetskravene skal ta utgangspunkt i en tverrfaglig og helhetlig pasientforløpstenkning. Det vil være naturlig å se på tilbudet til akutt syke pasienter i denne sammenheng. Det foreliggende høringsnotatet *Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter* fra Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi er et eksempel på denne typen kvalitetskrav, og liknende krav kan utformes for andre grupper akutt syke pasienter.

12.7 Veiledende grenser for opptaksområder

Begge de faglige rådgivingsgruppene anbefalte en nedre grense for opptaksområde for akutt kirurgi på 80–100 000 innbyggere. Anbefalingene var basert på det en vet om forholdet mellom volum og kvalitet, kunnskap om den faktiske akuttkirurgiske aktiviteten på sykehus av ulik størrelse, og på ekspertgruppemedlemmenes egne erfaringer. Internasjonal litteratur⁴ antyder at et sykehus bør ha et sengetall på rundt 200 for kunne tilby den kjernen av tjenester som karakteriserer et akutt-

sykehus. I Norge har vi 2,1 somatiske senger per 1 000 innbyggere. 200 senger tilsvarer derfor et opptaksområde på rundt 100 000.

En nedre grense for opptaksområde for akuttkirurgi på 100 000 innbyggere vil berøre svært mange norske sykehus (35 av 51 akuttisykehus). Regjeringen foreslår, med bakgrunn i dagens sykehusstruktur og organiseringen av helseforetakene, en veiledende nedre grense for akuttkirurgi på 60–80 000 innbyggere, og at dette tas inn som en føring i arbeidet med helseforetakenes utviklingsplaner. Før det tas beslutninger om akutttilbudet på det enkelte sykehus, må det gjøres en totalvurdering der også faktorer som geografi og bosettingsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold må tillegges stor vekt. Kommunene i opptaksområdet må høres i en slik prosess.

Når det gjelder en eventuell nedre grense for akuttfunksjon i indremedisin, må mange forhold vektlegges, hvorav opptaksområde bare er ett. På generelt grunnlag kan det sies at hvis opptaksområdet er under 20–30 000, vil det være så få akuttinnleggelses per døgn at det kan stilles spørsmål ved om det er hensiktsmessig å opprettholde en døgnkontinuerlig vaktordning med spesialister, eller om akuttberedskapen kan håndteres bedre i tett samarbeid mellom legevakt og ambulansetjeneste.

12.8 Bil-, båt- og luftambulansetjenesten

Ambulansetjenesten har en avgjørende rolle i akuttberedskapen. I de senere årene er det utviklet prehospitale behandlingsopplegg for akutte sykdoms- og skadetilstander som tidligere bare ble gitt i sykehus, for eksempel behandling av pasienter med symptomer på akutt hjerteinfarkt og hjerneslag.

Luftambulansetjenesten har en sentral oppgave i å stabilisere og transportere akutt syke pasienter. Legebemannet luftambulanse bringer høykompetent helsepersonell ut til pasienter som trenger dette. Ambulansehelikoptrene utfører et stort og økende antall oppdrag som blant annet gjør det mulig å transportere flere alvorlig skadde pasienter direkte til traumesentre ved større sykehus. Ulempen er at helikoptrene er sårbare for ugunstige værforhold. For eksempel må luftambulansetjenesten hvert år avvise eller avbryte

⁴ European Observatory on Health Systems & Policies, WHO Europe 2002

rundt 10 prosent av alle påbegynte oppdrag, fordi været ikke tillater flygning. For luftambulansesaser som ligger i områder med krevende geografi, er tallet for avviste oppdrag enda høyere. Problemet er størst i mørketiden i Nord-Norge, og betydelig mindre om sommeren. Ny teknologi, for eksempel avansert satellittnavigasjon med GPS-teknologi, vil i noen grad kunne avhjelpe dette.

Ambulanseflyene har en viktig rolle i å sikre transport mellom sykehus. I Nord-Norge er ambulanseflyene også en viktig beredskapsressurs som utfører en stor andel akuttoppdrag med høy hastegrad. Ambulanseflyene er mindre sårbare for krevende værforhold enn helikoptrene.

Sykehusstruktur og ambulansetjenester må ses i sammenheng. Dersom det skal gjøres endringer akuttberedskapen ved sykehus, må det samtidig gjøres en gjennomgang og styrking av bil-, båt- og luftambulansetjenesten slik at den har nødvendig kapasitet, kompetanse, utstyr og tilgjengelighet til å kunne håndtere at flere pasienter må stabiliseres lokalt og transporteres videre til annet sykehus. Dette må tas inn som en føring for helseforetakenes utviklingsplaner.

12.9 Fødetilbudet

De nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet er nedfelt i St.meld. nr. 12 (2008–2009) *En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* og i Helsedirektoratets veileder *Et trygt fødetilbud* fra 2011. Disse kvalitetskravene ligger fast med inndeling av fødeinstitusjoner i tre nivåer; kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestuer. Fordelingen av mindre fødeavdelinger og fødestuer må sikre nærhet til fødetilbud også utenom de store kvinneklinikkene.

Ved endringer i det akuttkirurgiske tilbudet må det sikres at fødeavdelingenes behov for faglige støttefunksjoner er dekket. Det må være tilgjengelig anestesilege/anesteseam og operasjonspersonell for akutte hendelser og keisersnitt. Det forutsettes derfor at det er kirurgisk virksomhet på sykehus med fødeavdeling.

Fødestuer forutsetter ikke tilgjengelig anesthesi- eller operasjonspersonell.

12.10 Regions- og universitetssykehusenes rolle

I Norge er det fire regionsykehus: Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN), St. Olavs Hospi-

Boks 12.4

«Forskrift av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten» stiller følgende krav:

Helseforetaket og/eller sykehuset må samarbeide med ett eller flere universitet(er) som uteksaminerer medisiner og annet helsepersonell ved at:

- det bidrar vesentlig i forskningsbasert utdanning i medisin og annen helsefaglig utdanning
- kandidatene har det vesentlige av sin praktiske og teoretiske undervisning ved sykehuset
- det bidrar vesentlig i doktorgradsutdanningen i de fleste kliniske fag innen medisin og andre helsefaglige disipliner
- det kan dokumenteres at det utføres biomedisinsk og helsefaglig grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innenfor de fleste kliniske fagområder og
- det kan dokumenteres forskningsaktivitet av høy internasjonal kvalitet og bredde

tal, Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus (OUS). Regionsykehuset er det sykehuset helseregionen har utpekt som sitt hovedsykehus, og som har det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen. Videre har regionsykehusene i varierende grad en rolle som leder av faglige nettverk i helseregionene.

Det må søkes om godkjenning fra Helse- og omsorgsdepartementet for å bruke betegnelsen universitetssykehus. Vilårene for godkjenning er nedfelt i «Forskrift av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten». Alle regionsykehusene er godkjent som universitetssykehus. De øvrige sykehusene som er godkjent er Akershus universitetssykehus (AHUS) og Stavanger universitetssykehus (SUS).

Flere av de norske regions- og universitetssykehusene er små i internasjonal målestokk, men forventes likevel å ha et bredt tilbud av spesialiserte funksjoner. Innenfor de enkelte fagområdene er derfor problemstillingen med lite pasientvolum og sårbare fagmiljøer aktuell også for disse sykehusene. De mest spesialiserte behandlingstjenestene er derfor sentralisert til ett eller to hel-

seforetak og godkjent som nasjonale eller flerregionale behandlingstjenester. Tilbakemeldingen fra regions- og universitetssykehusene er at denne ordningen fungerer godt.

Oppgavefordelingen mellom regionsykehusene og de øvrige sykehusene i helseregionen er på mange områder avklart. Regionsykehusenes opplever imidlertid av og til å få henvist eller overført pasienter som skulle ha fått tilbud ved annet sykehus i henhold til avtalt oppgavefordeling, men der bemanningssituasjonen eller andre forhold gjør at pasienten likevel henvises til regionsykehuset. Dette skaper en uforutsigbarhet som kan oppleves som krevende.

Regjeringen vil tydeliggjøre regionsykehusenes rolle i de faglige nettverkene i helseregionen og i de ulike pasientforløpene. Det må avklares hvordan regionsykehusene kan bidra til å sikre kompetanse i alle deler av nettverket. Styrket nasjonalt samarbeid mellom regions- og universitetssykehusene vil sikre et forutsigbart og likeverdig tilbud til pasienter med behov for spesialisert behandling.

12.11 Betegnelser på ulike typer sykehus

I dag brukes flere betegnelser på ulike typer sykehus og spesialisthelsetjenester, uten at det alltid er klart hva disse sier om virksomhetenes innhold. I Stortingsmelding nr. 9 (1974–1975) *Sykehusutbygging mv i et regionalisert helsevesen*, ble lokalsykehus definert som ett av tre sykehusnivåer, i tillegg til sentral- og regionsykehus. Dagens oppgavedeling mellom sykehus har gjort denne tredelingen utdatert. Betegnelsen lokalsykehus brukes i dag både om store og små sykehus og gir ingen presis beskrivelse av sykehusenes innhold.

Begrepet nærsykehus ble først lansert i rapporten *Nærsykehuset – rett pasient på rett sted til rett tid* (Helse Nord 2003) som betegnelse på sykehus med akutt indremedisin, men uten akutt kirurgi. Ekspertgruppa av forskere, fagfolk og andre eksterne ressurspersoner oppnevnt for Nasjonal helse- og sykehusplan foreslo nærsykehuset som hovedarena for samhandling med primærhelsetjenesten. Nærsykehuset, slik de beskriver det, kan gi desentraliserte spesialisthelsetjenester til de fleste pasienter med kroniske sykdommer, og akutttilbud for vanlige sykdommer. Betegnelsen nærsykehus er imidlertid heller ikke presis med hensyn til sykehusets innhold.

Regjeringen vil foreslå følgende betegnelser på sykehus som tydeliggjør innholdet og gjør begrepsbruken mer enhetlig:

- Betegnelsen *regionsykehus* skal brukes om det ene sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hovedsykehus. De fire regionsykehusene er Universitetssykehuset i Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Disse sykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen.
- Betegnelsen *stort akuttisykehus* brukes om sykehus med opptaksområde på mer enn 60–80 000 innbyggere, og som har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter
- Betegnelsen *akuttisykehus* brukes om sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset *kan* ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.
- Betegnelsen *sykehus uten akuttfunksjoner* brukes om sykehus med planlagt behandling som ikke har akuttfunksjoner.

Universitetssykehusene vil være enten regionsykehus eller store akuttisykehus.

Den medisinske utvikling gir stadig bedre muligheter for å gi spesialisthelsetjenester uten at pasienten behøver å overnatte. Godkjenning som sykehus etter spesialisthelsetjenesteloven krever at virksomheten har tilbud om overnatting. Regjeringen vil foreslå å endre spesialisthelsetjenesteloven, slik at en virksomhet i framtiden kan godkjennes som sykehus selv om den ikke driver spesialisthelsetjenester på døgnbasis. Forutsetningen må være at det gis spesialisthelsetjenester i et slikt omfang og med en slik kompleksitet at det er naturlig å betegne det som sykehusvirksomhet.

12.12 Samarbeid mellom sykehus – sykehus i nettverk

Organiseringen i helseforetak, som ofte består av flere sykehusenheter, har gjort det mulig å fordele funksjoner mellom sykehus slik at de samlet dekker behovene til befolkningen i helseforetakenes opptaksområde. Pasienter flyttes oftere enn før, både mellom sykehus i samme helseforetak og mellom helseforetak. Oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid mellom

sykehus. I dag preges dette samarbeidet til en viss grad av konkurranse og rivalisering. Regjeringen vil stille krav om at den faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus skal styrkes og bli mer forpliktende. Nettverkene skal sikre hensiktsmessig oppgavefordeling. Videre skal de sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings-/ambuleringsordninger slik at resultatet blir kvalitet i alle ledd og gode og sømløse pasientforløp. Eksempler fra for eksempel Helse Førde og Universitetssykehuset i Nord-Norge viser betydningen av felles konferering og bruk av telemedisin ved mottak av akutt syke pasienter. Slike systemer må videreutvikles slik at de kan understøtte bedre oppgavefordeling mellom sykehusene.

12.13 Videreutvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester

I enkelte deler av landet er det etablert større helseinstitusjoner utenfor sykehus der det ytes spesialisthelsetjenester. Flere av disse tjenestene er av en karakter som vanligvis forbindes med sykehusbehandling. Oftest er slike spesialisthelsetjenester samlokalisert med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen ønsker at tilbud om desentraliserte spesialisthelsetjenester videreutvikles. Dette vil gi mange pasienter kvalitetsmessig gode tjenester i nærområdet, og spare dem for belastende reiser til sykehus. Samlokalisering med kommunale tjenester gir også en større mulighet til å etablere helhetlige pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Noen av disse enhetene, som Hallingdal sjukestugu og Alta helsesenter, har eller planlegger døgntilbud med spesialisthelsetjenester. Andre, som Valdres lokalmedisinske senter, har spesialisthelsetjenester i form av poliklinikk og dagbehandling, men uten døgntilbud. Virksomhetene er ulikt organisert. Hallingdal sjukestugu er organisert som en sykehusavdeling i Ringerike sykehus. Alta helsesenter og Valdres lokalmedisinske senter driver i utgangspunktet kommunale helse- og omsorgstjenester, men med et betydelig innslag av spesialisthelsetjenester.

I de tilfellene helseinstitusjonene driver både spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og omsorgstjenester må det foreligge avtale mellom den aktuelle kommunen og det regionale helseforetaket som avklarer ansvarsforholdene i virksomheten. Spesialisthelsetjenestedelen må defineres som en egen virksomhet som reguleres av spesialisthelsetjenesteloven.

Boks 12.5 Videobasert akuttmedisinsk konferanse

Verktøy for bedre pasientforløp for akutt syke pasienter

Telemedisin gjør det mulig å gi bedre tilgang på kompetanse. Kombinasjonen av god og bred lokal kompetanse og tilgang til akuttmedisinsk spesialkompetanse gir bedre vurderinger og behandling lokalt.

I praksis – eksempel traume

Pasienten undersøkes og vurderes på skadestedet. Når pasienten er underveis, kan behandling i ambulansen overvåkes fra sykehuset om ønskelig. I deler av landet suppleres talekommunikasjon (nødnett) med en 4G basert videokonferanse. Da kan rådgiving og planlegging starte allerede i ambulansen, og sykehuset kan forberede mottaket av pasienten.

Når pasienten tas imot i lokalsykehusets akuttmottak, etableres kontakt gjennom AMK på det store akuttsykehuset, og det settes opp videokonferanse.

Konferansen har fokus på undersøkelse, diagnose, og optimalisering av behandling. Å dele symptomer og observasjoner gir raskere oversikt og et bedre beslutningsgrunnlag.

Videobasert akuttmedisinsk konferanse skal etter planen etableres i alle nord-norske sykehus i løpet av 2015.



Figur 12.5

Lokalt team på Finnsnes med allmennlege og to sykepleiere jobber rundt pasienten. De kommuniserer med AMK Tromsø, der det er et fast team av anestesileger i vakt og mottakende sykepleiere. I tillegg suppleres teamet med spesialister på pasientens sykdom eller skade.

Boks 12.6 Alta helsesenter 2015 – kommunal, statlig, fylkeskommunal og privat helsetjeneste under samme tak

Alta helsesenter ligger 14 mil fra Hammerfest sykehus og består av spesialisthelsetjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester samt fylkeskommunale og private helsetjenester. I 2014 vedtok Helse Nord å styrke spesialisthelsetjenestedelen av helsesenteret.

Finnmarkssykehuset HF

- *Klinikk psykiatri og rus* med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, voksenpsykiatrisk poliklinikk, døgnenhet og akuttpsykiatrisk team. Aktiviteten skal utvides med enhet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- *Sykestua* har 9 senger og drives i dag av kommunen, med delt finansiering med helseforetaket. Den er planlagt utvidet til 14 plasser, samtidig som den overføres til Finnmarkssykehuset og blir ren spesialisthelsetjeneste.
- *Fødestua* blir overført til helseforetaket, og blir spesialisthelsetjeneste i tråd med nasjonale anbefalinger.
- *Spesialistpoliklinikken* har tilbud fra omlag 15 spesialister. Somatisk spesialistpoliklinikk har 20 000 pasientkontakter og 100 kirur-

giske inngrep årlig. Det planlegges doubling av virksomheten.

- *Bildedagnostikk* er organisert som del av spesialistpoliklinikken, og omfatter i dag konvensjonell røntgen tilgjengelig på dagtid. Både MR og ultralydtilbud er under etablering, samt at nytt bygg klargjøres for CT.

Alta kommune

- sykehjem
- kommunal legevakt
- rehabiliteringsavdeling (fysio-/ergoterapi)
- laboratorium
- legesenter (delvis privat)
- enhet for psykisk helse og rusarbeid

Finnmark fylkeskommune

- distriktstannklinikk

Private

- Opptreningscenteret i Finnmark (rehabiliteringssenter)
- Private leger/legespesialister

Boks 12.7 Hallingdal sjukestugu – en samhandlingsarena

Hallingdal sjukestugu (HSS) drives av Vestre Viken HF som en avdeling under Ringerike sykehus. HSS ligger 15 mil fra sykehuset og består av

- somatisk sengeavdeling
- spesialistpoliklinikker
- voksen og barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
- dialyseavdeling
- laboratorium og blodbank
- røntgenavdeling digitalt tilknyttet Ringerike sykehus
- bil- og luftambulansbase
- legevakt

I perioden 2012–2015 har 21 prosent av alle legebestemte øyeblikkelig hjelp innleggelser skjedd lokalt, herav 11 prosent til HSS og 10 prosent til lokale sykehjem.

Med bakgrunn i samhandlingsreformen har de seks Hallingdals-kommunene Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol samarbeidet med Vestre Viken Helseforetak om å videreutvikle HSS som et lokalmedisinsk senter.

Ett av mange samhandlingstiltak er å opprette en felles døgnavdeling med 10 desentraliserte sykehusplasser og 10 interkommunale plasser. Vestre Viken HF skal drifte avdelingen, og kommunene skal gjennom et fagråd få medvirkning på avdelingens faglige drift. Driftskostnadene blir fordelt i en modell som spleiselag.

Avdelingen vil bli drevet med tre legestillinger, der to vil være spesialister i allmenntilleggsmedisin og en vil ha bakgrunn fra spesialisthelsetjenesten. Behov for legetilsyn kveld og natt vil skje fra den interkommunale legevakten i samme bygg.

Boks 12.8 Helse Førde –Samarbeid i praksis*Pasienter med hjerneslag*

Helse Førde har en ordning der det konfereres med sentralsykehuset om alle pasienter med mistanke om hjerneslag. Det betyr at fastlegen som er hjemme hos pasienten med mistanke om slag, ikke diskuterer pasienten med nærmeste lokalsykehus, men snakker direkte med den som har best kompetanse på hjerneslag, nevrologen i Førde. Dette flytter den beste kompetansen helt fram til førstelinjen, og gir nevrologen mulighet til å spille på alle spesialisthelsetjenestens ressurser. Pasienten kan legges inn i nærmeste sykehus for rask diagnostikk og behandling, eller om sykehistorien tilsier det, transporteres rett til Førde eller til Haukeland med helikopter.

Dersom pasient legges inn Nordfjord eller Lærdal, deltar nevrologen fra Førde i mottak, vurdering og behandlingsvalg via videokonferanse. Det gir nevrologen mulighet til å se og snakke med pasienten og ha direkte kontakt med behandlingsteamet lokalt. Nevrolog og

radiolog vurderer CT-bilder tatt lokalt, og ordinerer behandling, f.eks. trombolyse. Samarbeidet via video gjør at faglig trygg slagbehandling kan startes raskt på lokalsykehusene og nær der pasientene bor. Pasienten overvåkes inntil videre transport iverksettes til slagenheten i Førde.

Når tiden er kritisk, som ved hjerneslag, måles gjerne tiden fra pasienten kommer inn gjennom døren til diagnostikk og utredning er ferdig og behandlingen er startet. Rekorden i Lærdal er 16 minutter.

Se hvordan det virker i praksis i filmen «Sykehus i nettverk – deler kompetanse» (www.regjeringen.no).



Figur 12.6

12.14 Scenarier for utvikling av tilbudet til akutt syke pasienter ved sykehusene

Regjeringens mål med Nasjonal helse- og sykehusplan er å bevare en desentralisert sykehusstruktur med en rygggrad av akutt sykehus i hele landet. Geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt og luftambulansetjenester, værforhold og rekrutteringsmuligheter må tillegges stor vekt i utformingen av framtidens akutt sykehus.

Vi har mange små sykehus i Norge som tar imot og behandler akutt skadde og syke pasienter. Regjeringen ønsker å bevare flest mulig av dem som akutt sykehus. Store pasientgrupper som pasienter med pustebesvær, hjertesykdommer og hjerneslag trenger fortsatt et akutt tilbud i nærheten. Men ved mange av de minste sykehusene vil det være vanskelig å opprettholde dagens akutt tilbud i framtiden.

Utfordringene for de små akutt sykehusene er at:

- Mange sykehus har for lite pasientgrunnlag til å gi et trygt og forutsigbart akutt tilbud 24/7.
- Mange mindre sykehus har vanskeligheter med å rekruttere og er avhengige av vikarstafetter.
- Utfordringene er størst innen kirurgifaget på grunn av økende krav til spesialiserte ferdigheter og spesialisert utstyr og støttepersonell.
- Mange pasienter som trenger akutt kirurgi sendes i dag forbi små lokalsykehus til større sykehus med bredere tilbud.
- Den generelle kirurgen med bred og allsidig kompetanse vil forsvinne over tid fordi arbeidet blir mer spesialisert.
- For å opprettholde døgnkontinuerlig vaktordning trengs det 6–8 generelle kirurger. Det er vanskelig å bemanne små sykehus med så mange kirurger allerede i dag. I årene som kommer, blir det enda vanskeligere fordi det blir færre generelle kirurger.

Uansett hvilken løsning en velger for organisering av tilbudet til akutt syke pasienter i morgenda-

gens sykehus, må sykehusene i enda større grad fungere i nettverk. Sykehus i nettverk betyr god oppgavedeling og samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringssordninger.

Under beskrives to scenarier for utvikling av tilbudet til akutt syke pasienter ved lokalsykehusene. Begge scenariene tar hensyn til forhold som avstander og klima. Det betyr at enkelte av sykehusene fortsatt må ha akutt kirurgi, selv om pasientgrunnlaget er lite. For å få til dette kreves det særskilte tiltak for å sikre bemanning og forsvarlige vaktordninger. Vi har ikke nok fagfolk til å kunne gjennomføre disse tiltakene overalt.

Scenariene viser muligheter og begrensninger basert på et sett av forutsetninger som er beskrevet under. De endelige beslutningene om akutt tilbudet ved de enkelte sykehusene skal tas etter at det er laget utviklingsplaner i helseforetakene og de regionale helseforetakene, jf kap 6.2. Gode lokale prosesser er en viktig premiss i arbeidet med utviklingsplanene.

Scenario 1: Akutt sykehus med tilpassede akutfunksjoner

Dette scenariet bygger på regjeringens forslag til prinsipper for sykehusstruktur, og på forutsetningen om at enkelte lokalsykehus med opptaksområde under 60–80 000 innbyggere over tid skal kunne omstilles til akutt sykehus uten akutt generell kirurgi. Disse sykehusene skal minst ha akutt indremedisin, anestesiberedskap og planlagt kirurgi. De sykehusene som i dag har fødetilbud, kan fortsatt ha dette.

Scenario 2: Alle akutt sykehus må ha akutt kirurgi

Dette scenariet bygger på forutsetningen om at sykehus med akutfunksjoner skal ha døgnkontinuerlig beredskap i både indremedisin, generell kirurgi og anestesi. Med dagens krav til arbeidstid må sykehusene bemannes med minst 6–8 generelle kirurger for å kunne opprettholde døgnkontinuerlig vaktordning.

Tabell 12.1

Sykehus med somatiske akuttfunksjoner	Opptaksområde for lokalsykehusfunksjonen	Forutsetninger/spesielle forhold	Scenario 1: Tilpassede akuttfunksjoner	Scenario 2: Alle sykehus må ha akuttkirurgi
<i>Finnmarkssykehuset</i>				
Hammerfest	47 000	Både Hammerfest og Kirkenes har lite pasientgrunnlag.	Begge sykehus beholder akuttkirurgi.	Begge sykehus beholder akuttkirurgi
Kirkenes	28 000	Klima og avstander gjør det nødvendig med akutt kirurgi på begge sykehusene. Det er nødvendig med særskilte tiltak for å utdanne og rekruttere fagfolk. Forutsetter utstrakt ambulering fra og hospitering hos UNN Tromsø		
<i>Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN)</i>				
Tromsø	124 000	Narvik og Harstad har begge lite pasientgrunnlag.	UNN Harstad fortsetter med akutt kirurgi og bli stort akutt-sykehus.	UNN Narvik omgjøres til sykehus uten akuttfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.
Harstad	35 000	UNN Harstad har større pasientgrunnlag og større andel pasienter fra eget opptaksområde som behandles akuttkirurgisk enn UNN Narvik (58 % vs 37 %).	UNN Narvik blir akutt-sykehus med akutt indremedisin, anestesi og planlagt kirurgi, men uten døgnvakt i generell kirurgi.	
Narvik	29 000	Hålogalandsbrua ferdigstilles 2017 og reduserer reisetid mellom Harstad og Narvik med om lag 15 minutter. Helikopterlandingsplass ved sykehuset i Narvik vil bedre beredskapen.		
<i>Nordlandssykehuset</i>				
Bodø	82 000	Vesterålen og Lofoten har begge lite pasientgrunnlag.	Vesterålen fortsetter med akutt kirurgi og blir stort akutt-sykehus.	Lofoten omgjøres til sykehus uten akuttfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.
Vesterålen	30 000	Vesterålen er et nytt sykehus, og har større pasientgrunnlag enn Lofoten.	Lofoten blir akutt-sykehus med akutt indremedisin, anestesi og planlagt kirurgi, men uten døgnvakt i generell kirurgi	
Lofoten	24 000	Styrkede prehospitale tjenester og ny ambulansébåt i Hadsselfjordbassenget vil redusere transporttid mellom sykehusene.		
<i>Helgelandssykehuset</i>				
Mo i Rana	34 000	Alle sykehusene har lite pasientgrunnlag. Mosjøen har ikke akuttkirurgi.	Alternativ 1: All akutt kirurgi samles i nytt sykehus, mens akutt-indremedisin og/eller planlagt kirurgi opprettholdes på et eller flere av de eksisterende sykehusene.	Alternativ 2: All somatisk akutt-virk-somhet samles i et felles sykehus.
Sandnessjøen	27 000	Helgelandssykehuset utreder for tiden framtidig struktur med to alternative løsninger for akutttilbudet som er beskrevet i scenariene.		De andre omgjøres til annen spesialisthelsetjeneste uten akuttfunksjon.
Mosjøen	16 000			

Tabell 12.1

Sykehus med somatiske akutfunksjoner	Opptaksområde for lokalsykehusfunksjonen	Forutsetninger/ spesielle forhold	Scenario 1: Tilpassede akutfunksjoner	Scenario 2: Alle sykehus må ha akuttkirurgi																																																								
<i>Helse Nord-Trøndelag</i>																																																												
Innherred (Levanger)	96 000	Namsos har lite pasientgrunnlag. Lange avstander gjør det nødvendig med fortsatt akutt kirurgi på sykehuset. Det vil være nødvendig med særskilte tiltak for å utdanne og rekruttere fagfolk, ambulerende, hospitering og fordeling av planlagt kirurgi. Forutsetter nært samarbeid med Innherred og St. Olavs Hospital	Namsos beholder akuttkirurgi.	Namsos beholder akuttkirurgi.																																																								
Namsos	40 000				<i>St. Olavs Hospital</i>					St. Olav	221 000	Orkdal har kort reiseavstand til St. Olavs hospital. Helseforetaket utreder framtidig tjenestetilbud ved Orkdal sjukehus.	Orkdal kan ha akutt indremedisin, eller både akutt indremedisin og akutt kirurgi pga stort opptaksområde.	Orkdal beholder akuttkirurgi hvis sykehuset fortsatt skal ha akutfunksjon.	Orkdal	85 000	<i>Helse Møre og Romsdal</i>					Ålesund	98 000	Kristiansund og Volda har lite pasientgrunnlag. Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal er besluttet (opptaksområde blir 119 000 innbyggere). I Kristiansund skal det etableres et distriktsmedisinske senter.	Volda kan bli akutt sykehus med akutt indremedisin, anestesi, planlagt kirurgi, men uten døgnvakt i generell kirurgi.	Volda omgjøres til sykehus uten akutfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.	Molde	70 000	Kristiansund	49 000	Volda	42 000	<i>Helse Førde</i>					Førde	65 000	Lærdal og Nordfjord sjukehus har gjennomført omstilling og har i dag akutfunksjon i indremedisin, anestesi og planlagt kirurgi, men ikke i akuttkirurgi.	Ingen endring	Nordfjord og Lærdal omgjøres til sykehus uten akutfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.	Nordfjord	25 000	Lærdal	20 000	<i>Helse Bergen</i>					Haukeland universitetssykehus	400 000	Voss har lite lokalt pasientgrunnlag, men har pasienter fra Helse Fonna og Helse Førde. Sykehuset har nettverkssamarbeid med Haukeland, og har fått tilført oppgaver innen mage-tarm kirurgi som gir grunnlag for kirurgisk akutfunksjon i dag og i framtiden. Forutsetningen er at samarbeidsmodellen videreføres.	Voss beholder akuttkirurgi.	Voss beholder akuttkirurgi.	Voss	30 000	<i>Haraldsplass</i>	140 000
<i>St. Olavs Hospital</i>																																																												
St. Olav	221 000	Orkdal har kort reiseavstand til St. Olavs hospital. Helseforetaket utreder framtidig tjenestetilbud ved Orkdal sjukehus.	Orkdal kan ha akutt indremedisin, eller både akutt indremedisin og akutt kirurgi pga stort opptaksområde.	Orkdal beholder akuttkirurgi hvis sykehuset fortsatt skal ha akutfunksjon.																																																								
Orkdal	85 000				<i>Helse Møre og Romsdal</i>					Ålesund	98 000	Kristiansund og Volda har lite pasientgrunnlag. Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal er besluttet (opptaksområde blir 119 000 innbyggere). I Kristiansund skal det etableres et distriktsmedisinske senter.	Volda kan bli akutt sykehus med akutt indremedisin, anestesi, planlagt kirurgi, men uten døgnvakt i generell kirurgi.	Volda omgjøres til sykehus uten akutfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.	Molde	70 000	Kristiansund	49 000	Volda	42 000	<i>Helse Førde</i>						Førde	65 000	Lærdal og Nordfjord sjukehus har gjennomført omstilling og har i dag akutfunksjon i indremedisin, anestesi og planlagt kirurgi, men ikke i akuttkirurgi.	Ingen endring	Nordfjord og Lærdal omgjøres til sykehus uten akutfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.	Nordfjord	25 000	Lærdal	20 000	<i>Helse Bergen</i>					Haukeland universitetssykehus	400 000	Voss har lite lokalt pasientgrunnlag, men har pasienter fra Helse Fonna og Helse Førde. Sykehuset har nettverkssamarbeid med Haukeland, og har fått tilført oppgaver innen mage-tarm kirurgi som gir grunnlag for kirurgisk akutfunksjon i dag og i framtiden. Forutsetningen er at samarbeidsmodellen videreføres.	Voss beholder akuttkirurgi.	Voss beholder akuttkirurgi.	Voss	30 000	<i>Haraldsplass</i>	140 000		Ingen endring	Ingen endring								
<i>Helse Møre og Romsdal</i>																																																												
Ålesund	98 000	Kristiansund og Volda har lite pasientgrunnlag. Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal er besluttet (opptaksområde blir 119 000 innbyggere). I Kristiansund skal det etableres et distriktsmedisinske senter.	Volda kan bli akutt sykehus med akutt indremedisin, anestesi, planlagt kirurgi, men uten døgnvakt i generell kirurgi.	Volda omgjøres til sykehus uten akutfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.																																																								
Molde	70 000																																																											
Kristiansund	49 000																																																											
Volda	42 000				<i>Helse Førde</i>					Førde	65 000	Lærdal og Nordfjord sjukehus har gjennomført omstilling og har i dag akutfunksjon i indremedisin, anestesi og planlagt kirurgi, men ikke i akuttkirurgi.	Ingen endring	Nordfjord og Lærdal omgjøres til sykehus uten akutfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.	Nordfjord	25 000	Lærdal	20 000	<i>Helse Bergen</i>					Haukeland universitetssykehus	400 000	Voss har lite lokalt pasientgrunnlag, men har pasienter fra Helse Fonna og Helse Førde. Sykehuset har nettverkssamarbeid med Haukeland, og har fått tilført oppgaver innen mage-tarm kirurgi som gir grunnlag for kirurgisk akutfunksjon i dag og i framtiden. Forutsetningen er at samarbeidsmodellen videreføres.	Voss beholder akuttkirurgi.	Voss beholder akuttkirurgi.	Voss	30 000	<i>Haraldsplass</i>	140 000		Ingen endring	Ingen endring																									
<i>Helse Førde</i>																																																												
Førde	65 000	Lærdal og Nordfjord sjukehus har gjennomført omstilling og har i dag akutfunksjon i indremedisin, anestesi og planlagt kirurgi, men ikke i akuttkirurgi.	Ingen endring	Nordfjord og Lærdal omgjøres til sykehus uten akutfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.																																																								
Nordfjord	25 000																																																											
Lærdal	20 000				<i>Helse Bergen</i>					Haukeland universitetssykehus	400 000	Voss har lite lokalt pasientgrunnlag, men har pasienter fra Helse Fonna og Helse Førde. Sykehuset har nettverkssamarbeid med Haukeland, og har fått tilført oppgaver innen mage-tarm kirurgi som gir grunnlag for kirurgisk akutfunksjon i dag og i framtiden. Forutsetningen er at samarbeidsmodellen videreføres.	Voss beholder akuttkirurgi.	Voss beholder akuttkirurgi.	Voss	30 000	<i>Haraldsplass</i>	140 000		Ingen endring	Ingen endring																																							
<i>Helse Bergen</i>																																																												
Haukeland universitetssykehus	400 000	Voss har lite lokalt pasientgrunnlag, men har pasienter fra Helse Fonna og Helse Førde. Sykehuset har nettverkssamarbeid med Haukeland, og har fått tilført oppgaver innen mage-tarm kirurgi som gir grunnlag for kirurgisk akutfunksjon i dag og i framtiden. Forutsetningen er at samarbeidsmodellen videreføres.	Voss beholder akuttkirurgi.	Voss beholder akuttkirurgi.																																																								
Voss	30 000				<i>Haraldsplass</i>	140 000		Ingen endring	Ingen endring																																																			
<i>Haraldsplass</i>	140 000		Ingen endring	Ingen endring																																																								

Tabell 12.1

Sykehus med somatiske akutfunksjoner	Opptaksområde for lokalsykehusfunksjonen	Forutsetninger/ spesielle forhold	Scenario 1: Tilpassede akutfunksjoner	Scenario 2: Alle sykehus må ha akuttkirurgi
<i>Helse Fonna</i>				
Haugesund	117 000	Stord og Odda har lite pasientgrunnlag. Det er kort reiseavstand fra Stord til Haugesund sjukehus. Andelen pasienter fra eget opptaksområde som behandles akuttkirurgisk i Odda, er 15 prosent.	Stord kan bli akuttstusykehus med akutt indremedisin, anestesi, planlagt kirurgi men uten døgnvakt i generell kirurgi. Odda må vurderes særskilt pga lite opptaksområde.	Stord og Odda omgjøres til sykehus uten akuttfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.
Stord	49 000			
Odda	12 000			
<i>Helse Stavanger</i>				
Stavanger universitetssykehus	350 000		Ingen endring	Ingen endring
<i>Sørlandet sykehus</i>				
Kristiansand	160 000	Flekkefjord har lite pasientgrunnlag. Det er gjort et midlertidig vedtak om å overføre større bukoperasjoner til Kristiansand av kvalitetshensyn.	Flekkefjord kan bli akuttstusykehus med akutt indremedisin, anestesi, planlagt kirurgi, men uten døgnvakt i generell kirurgi.	Flekkefjord omgjøres til sykehus uten akutfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.
Arendal	90 000			
Flekkefjord	40 000			
<i>Sykehuset Telemark</i>				
Skien	125 000	Notodden har lite pasientgrunnlag. Notodden har nylig overtatt somatiske akutfunksjoner fra Rjukan og det er viktig å stabilisere akutttilbudet til befolkningen i Telemark. Forutsetningen for å opprettholde dagens akutttilbud er nært samarbeid med Skien om fordeling av planlagt kirurgi, ambulering og hospiteringsordninger.	Notodden beholder akuttkirurgi.	Notodden beholder akuttkirurgi.
Notodden	42 000			
<i>Vestre Viken</i>				
Drammen	165 000	Kongsberg har lite pasientgrunnlag. Akutttilbudet er omstilt ved at Kongsberg fortsatt har akutt ortopedi, mens generell kirurgi er overført til Drammen.	Ingen endring	Kongsberg omgjøres til sykehus uten akuttfunksjoner, annen spesialisthelsetjeneste, eller nedlegges.
Bærum	170 000			
Ringerike	80 000			
Kongsberg	50 000			
<i>Sykehuset Vestfold</i>				
	220 000		Ingen endring	Ingen endring
<i>Oslo universitetssykehus</i>				
	220 000		Ingen endring	
<i>Akershus universitetssykehus</i>				
	470 000		Ingen endring	Ingen endring

Tabell 12.1

Sykehus med somatiske akuttfunksjoner	Opptaksområde for lokalsykehusfunksjonen	Forutsetninger/spesielle forhold	Scenario 1: Tilpassede akuttfunksjoner	Scenario 2: Alle sykehus må ha akuttkirurgi
<i>Lovisenberg</i>	142 000	Lovisenberg har ikke akuttkirurgi, men akutt indremedisin, anestesi og planlagt kirurgi.	Ingen endring	Lovisenberg vurderes omgjort til sykehus med bare planlagt aktivitet eller akuttkirurgi gjeninnføres.
<i>Diakonhjemmet</i>	132 000			
<i>Sykehuset Innlandet</i>		Elverum, Kongsvinger og Tynset har lite pasientgrunnlag. Elverum har fortsatt akutt ortopedi, mens generell kirurgi er overført til Hamar. Hamar har ikke akutt ortopedi. Helseforetaket utreder framtidig struktur. Blant alternativene er ett felles akuttsykehus i Mjøsområdet eller å opprettholde flere akuttsykehus. Helse Sør-Øst utreder endret tilknytning for Kongsvinger sykehus. Alternativet er overføring til AHUS. Lange avstander gjør det nødvendig med fortsatt akuttkirurgi på Tynset. Videreføring av akuttkirurgi på Tynset forutsetter nært samarbeid med de øvrige sykehusene i Sykehuset Innlandet om tiltak for å utdanne og rekruttere fagfolk, ambulerings- og overføring av planlagt kirurgi.	Tynset beholder akuttkirurgi. Øvrig struktur avhenger av resultat av pågående utredninger.	Tynset beholder akuttkirurgi. Øvrig struktur avhenger av resultat av pågående utredninger
Gjøvik	113 000			
Hamar	79 000			
Lillehammer	70 000			
Elverum	51 000			
Kongsvinger	42 000			
Tynset	18 000			
<i>Sykehuset Østfold</i>	280 000		Ingen endring	Ingen endring

Oppsummering

Scenario 1 Akuttsykehus med tilpassede akuttfunksjoner

Definisjon: Akuttsykehus som minst har akutt indremedisin, anestesi og planlagt kirurgi

For sykehusene vil dette scenariet bety:

- Alle sykehusene som i dag har akuttfunksjoner vil fortsatt kunne ha dette.
- Fem sykehus: Narvik, Lofoten, Volda, Stord, og Flekkefjord, kan omstille sine akuttfunksjoner

slik at de får akuttfunksjon i indremedisin, men ikke i generell kirurgi.

For pasientene vil dette scenariet bety:

- De fleste pasientene som i dag får sitt akutttilbud lokalt, vil kunne få det også i framtiden.
- Fødetilbudet vil kunne opprettholdes ved de sykehusene som har dette i dag.
- Det vil fortsatt være planlagt kirurgi på alle akuttsykehus.

Scenario 2 Alle sykehus må ha akuttkirurgi

Definisjon: alle sykehus med akutfunksjoner skal ha døgkontinuerlig beredskap i både indremedisin, generell kirurgi og anestesi.

For sykehusene vil dette scenariet bety:

- Det blir færre sykehus med akutfunksjoner i framtiden.
- 10 sykehus: Narvik, Lofoten, Volda, Stord, Odda, Flekkefjord, Lærdal, Nordfjord, Kongsberg og Elverum, vil måtte legge ned akutt-

funksjonen i indremedisin og mister dermed alle akutfunksjoner.

- Det blir nødvendig med omstillinger av fødetilbudet på flere av disse sykehusene.

For pasientene vil dette scenariet bety:

- Pasientene som hører til disse sykehusene vil miste sitt akutttilbud.
- Flere gravide vil miste sitt lokale fødetilbud.

13 Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Endringer i akutttilbudet ved små og store sykehus forutsetter styrking av kapasiteten og kompetansen i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus, og gjør det nødvendig med bedre samordning og utnyttelse av ressurser mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Sentralisering av sykehusfunksjoner, samling av akuttfunksjoner ved færre sykehus og færre større legevakter påvirker behovet for og etterspørselen etter ambulansetjenester. Det prehospitale mulighets- og ansvarsrommet er utvidet, og en faglig kompetent legevakt og ambulansetjeneste får større betydning enn før.

13.1 Utvikling og status

De akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus består av kommunal legevaktordning, bil-, båt- og luftambulansetjeneste og nødmeldetjenesten (AMK- og legevaktsentral). De regionale helseforetakene har ansvar for AMK-sentralene (akuttmedisinske kommunikasjonssentraler) samt bil-, båt- og luftambulansetjenesten. Kommunene har ansvar for legevakt og legevaktsentral.

Kommunale øyeblikkelig hjelp tjenester omfatter også fastlegene og kommunale akutte døgnplasser.

Det har skjedd store endringer i de akuttmedisinske tjenestene de senere årene med vesentlig forbedring av den faglige kvaliteten. Det har vært stor aktivitetsvekst og en relativt høy vekst i utgifter. Ny forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. (akuttmedisinforskriften) trådte i kraft 1. mai 2015. Forskriften stiller skjerpede krav til kompetanse i kommunal legevakt, ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten.

Nødmeldetjenesten

I løpet av de siste ti årene er antallet AMK-sentraler redusert, og flere regionale helseforetak har nylig gjennomgått og gjort endringer i AMK-strukturen. Utbyggingen av Nødnett som et felles

avlyttingssikkert radiosamband for nød- og beredskapsstatene politi, brannvesen og helsetjenesten er en viktig modernisering av disse tjenestene. Helsetjenesten i Sør-Øst og Midt-Norge har nå tatt Nødnett i bruk. Etter planen vil resten av landet ta nødnettet i bruk høsten 2015 og i 2016.

Nasjonalt nødmeldingsprosjekt

Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet utredet behovet for forbedringer i nødmeldetjenesten gjennom Nasjonalt nødmeldingsprosjekt.

Som oppfølging av nødmeldingsprosjektet har Helse- og omsorgsdepartementet satt i gang en utredning for optimal organisering av den akuttmedisinske nødmeldetjenesten med vekt på AMK-sentralene. Utredningen skal være ferdig sommeren 2016.

Bil- og båtambulansetjenesten

Sentralisering av sykehusfunksjoner og samling av legevakt i færre og større distrikter gir lengre reiseavstand og flere ambulansoppdrag. I sentrale strøk har aktivitetsøkningen gitt kapasitetsproblemer noen steder. I mer spredt bebygde områder medfører lange transporttider fravær fra ambulansestasjonen med tilsvarende redusert beredskap. Samtidighetskonflikter kan derfor være et problem. Noen steder er det få oppdrag, og det gir utfordringer med å vedlikeholde kompetansen og å rekruttere. Tilstedeværelse av ambulanser er viktig for befolkningens opplevde trygghet, og lange avstander øker også utrykningstiden fram til pasienten. Lokalisering av ambulansestasjoner innebærer vanskelige avveininger mellom god faglig kvalitet på tjenesten og kortest mulig responstid.

I de senere årene er det utviklet ulike konsepter for ambulansetjenesten. Et eksempel er såkalt «single paramedic enheter», det vil si enmannsbetjente enheter (også på sykkel eller motorsykkel) som kan ta seg raskt fram og starte avansert behandling, i påvente av videre oppfølging eller



Figur 13.1 Ambulansetjenesten ved Helgelandssykehuset

Foto: Trond W. Svendsen, Helgelandssykehuset.

samarbeid med andre. For pasienter som har behov for båretransport, uten at det er behov for utstyr til overvåking og behandling, har flere helseforetak innført biler som er bemannet med helsepersonell, men som ikke er utstyrt som fullverdige ambulanser. Helseforetakene har også etablert helseekspresser og kjørekontorer for bedre koordinering og samkjøring av transport. Hensikten er å minske presset slik at akuttambulanser prioriteres til de riktige oppdragene.

Stadig flere utrykninger er til pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. I Bergen, Stavanger og Sykehuset Innlandet er det etablert en spesialisert psykiatriambulans. I Oslo og Trondheim har ambulansarbeidere fått tilleggstudning for å gi et bedre tilbud til disse pasientene. I 2014 ble de regionale helseforetakene gitt i oppdrag å etablere prosjekter for transporttilbud for psykisk syke.

Båt er et egnet og nødvendig transportmiddel for å gi befolkningen tilbud om helsehjelp enkelte steder. Båttambulansetjenesten er mest utbredt i Helse Nord, og båtene blir benyttet i kombinasjon med andre funksjoner, særlig legevakt og syke-transport.

Utdanning og kompetanse

Det har skjedd en betydelig kompetanseheving i ambulansetjenesten. Akuttmedisinforskriften slår

fast at ambulanser skal være bemannet med minst to personer, hvorav minst én skal ha autorisasjon som ambulansarbeider. Den andre personen skal ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell og nødvendig helsefaglig kompetanse. Ved transport av pasienter som har behov for behandling eller overvåking, skal det vurderes behov for ytterligere personell ut fra oppdragets art.

Ambulansefaget i videregående opplæring og ambulansarbeideren som yrkeskategori utgjør fortsatt grunnmuren i tjenesten, men det er behov for ytterligere kompetanseheving. Helseforetakene har satset tungt på videre- og etterutdanning av ambulanspersonell, og det samarbeides med flere høyskoler som har etablert videreutdanningstilbud for ambulanspersonell. Det er foreslått å etablere nasjonale pilotprosjekter for utprøving av bachelorutdanning i paramedic.

Luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten er viktig for beredskap, effektiv behandling og transport ved akutt sykdom eller skade. Tjenesten skal bidra til at pasientene skal få moderne behandlingstilbud ved tidskritiske tilstander selv om det er lang avstand til aktuelt sykehus.

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2015 (Prop. 1 S (2014 – 2015)) hadde helse- og omsorgskomiteen følgende merknad:



Figur 13.2 Ambulansetjenesten ved Helgelandssykehuset

Foto: Trond W. Svendsen, Helgelandssykehuset.

«Komiteen mener luftambulanseberedskapen er avgjørende for å sikre trygghet for innbyggerne i hele Norge. Komiteen vil i den forbindelse understreke at luftambulanseberedskapen må gjennomgås i forbindelse med arbeidet med ny helse- og sykehusplan, og at regjeringen må vurdere hvordan man kan sikre likeverdig luft-, bil- og båtambulansetilbud i hele landet.»

Organisering av luftambulansetjenesten

De regionale helseforetakene har etablert et felles selskap, Helseforetakenes nasjonale luftambulansetjeneste ANS (Luftambulansetjenesten ANS). Tjenesten har det operative ansvaret for den offentlige luftambulansetjenesten. Luftambulansetjenesten ANS inngår kontrakter med de ulike operatørene om fly- og helikoptertjenester etter ordinære anbudsprosesser. For tiden har to operatører kontrakt, Norsk Luftambulans AS og Lufttransport AS. Helseforetakene ivaretar det medisinske ansvaret for tjenesten, herunder bemanning av helsepersonell.

Luftambulansetjenesten har 12 ambulanshelikopterbasen og sju ambulansflybasen. Samtlige fartøyer har avansert medisinsk overvåkings- og behandlingsutstyr som gjør det mulig med medisinsk intervensjon på stedet, og intensivbehandling under transport.

Etter avtale med Justis- og beredskapsdepartementet kan redningshelikoptrene benyttes til luftambulansoppdrag dersom ikke søk- eller redningsoppdrag må prioriteres foran. Innen 2020 vil redningshelikoptrene bli erstattet av nye helikoptre som har bedre gjennomføringsevne i dårlig vær, og som kan fly lengre og raskere enn dagens Sea King helikoptre. Et redningshelikopter har samme bemanning og utstyr som ambulanshelikoptre.

Kompetanse og bemanning

Luftambulansetjenesten er «den spisse enden» i den prehospitalt behandlingskjeden. Samtlige leger i ambulans- og redningshelikoptre er anestesileger, de fleste med spesialistkompetanse. Det diskuteres om besetningen i ambulanshelikoptrene er tilstrekkelig for å sikre forsvarlig pasientbehandling i framtiden. Med behov for stadig mer avansert behandling under transporten, slik som krevende intensivtransporter og kuvøsetransporter mellom sykehus, kan det være behov for mer spesialisert kompetanse i årene framover.

Luftambulansetjenesten gjennomførte i 2014 totalt 17 677 oppdrag (mot 18 255 i 2013). De

senere årene har trenden vært en svak økning i aktiviteten. Oppdragene er fordelt mellom 7 228 oppdrag med ambulanshelikopter, 9 110 med ambulansfly og 838 ambulansoppdrag med redningshelikopter. I tillegg ble 2 088 helikopteroppdrag påbegynt, men avbrutt av ulike grunner.

Responstider og dekningsgrad

St.meld. nr. 43 (1999–2000) *Om akuttmedisinsk beredskap* la til grunn at 90 prosent av befolkningen skal kunne nås av legebemannet ambulanseløpet av 45 minutter. Målet om legebemannet ambulanseløp omfatter mer enn bare luftambulansetjenesten.

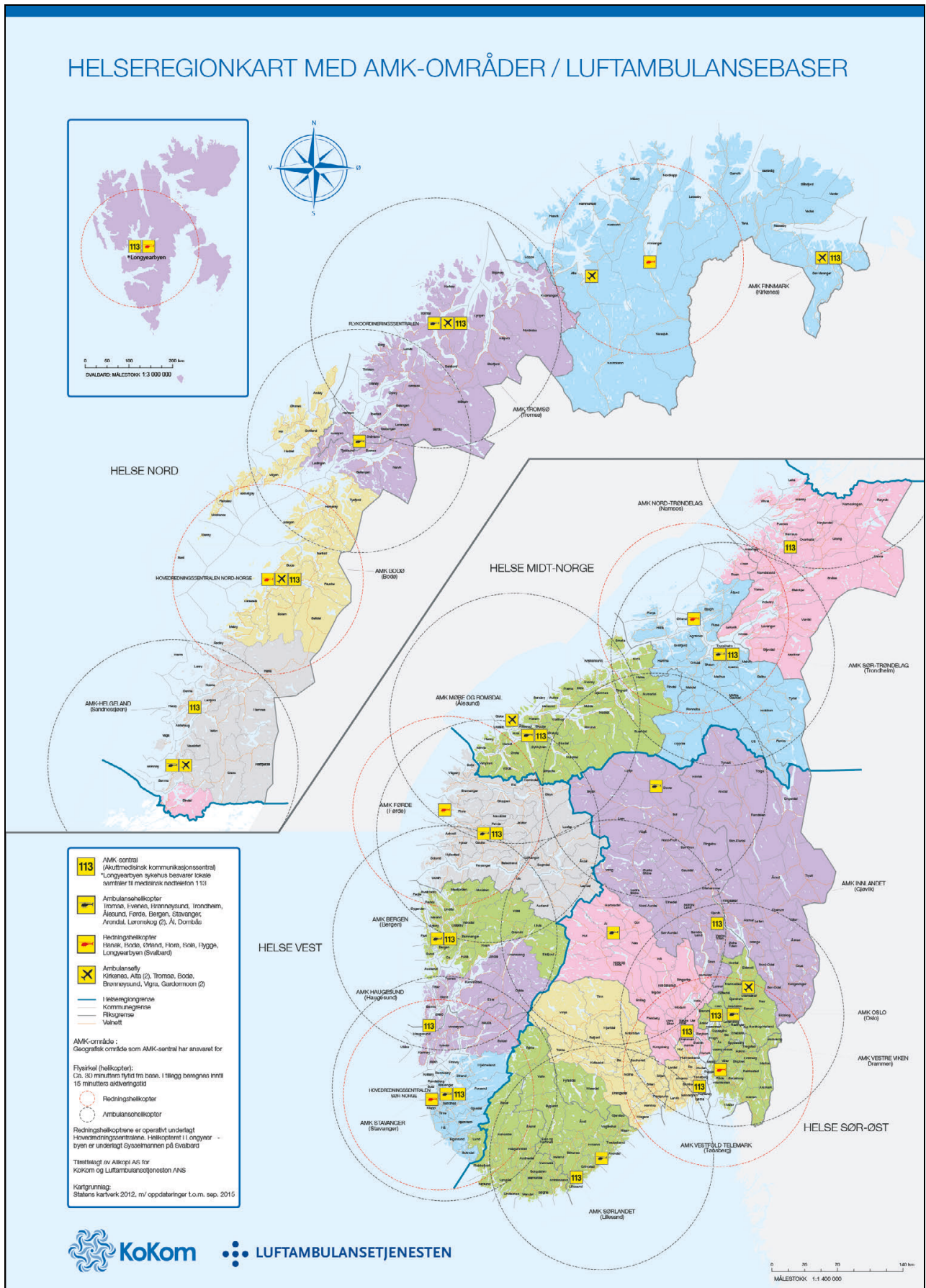
Etter at ambulanshelikopterbasen på Evenes ble etablert våren 2015, er om lag 99 prosent av befolkningen teoretisk sett dekket av denne målsettingen. Reelle responstider for primære akuttoppdrag i 2011 viste at median flytid ut til pasienten for alle oppdrag var 19 minutter. 25 prosent av oppdragene ble gjennomført innen 13 minutter, og 25 prosent på 28 minutter eller mer. I 20 prosent av alle oppdragene var flytiden 30 minutter eller mer. Det er forskjell mellom basene når det gjelder flytider, og ni av basene har flytider på 30 minutter eller mer i 25 prosent av oppdragene.

I 2013 la Stiftelsen Norsk Luftambulans fram en utredning om kapasitet og basestruktur. De konkluderte med at et luftambulanshelikopter må nå pasienten innen 30 minutter fra nødmelding kommer inn. Dette tilsier nye helikopterbasen for områdene i Telemark og Innlandet. Det er inngått en samarbeidsavtale med Sverige om rekvirering av ambulanshelikopter på begge sider av grensen. Visjonen bak avtalen er at pasienten skal få hjelp uavhengig av nasjonalitet, på hvilken side av grensen hjelpen behøves og uavhengig av hvilken nasjon som sender helikopter.

Det er nødvendig at luftambulansetjenesten gjennomgås særskilt som en del av planleggingen av det akuttmedisinske tilbudet regionalt og lokalt, spesielt dersom det planlegges endringer i oppgavedelingen mellom sykehus.

13.2 Betydning og mulighetene i den akuttmedisinske kjeden

Det er godt dokumentert at tidlig og god akuttmedisin kan redde liv og forebygge senskader. Det handler også om trygghet i hverdagen. Når akutt eller livstruende sykdom eller skade rammer, er det viktig å bli tatt raskt hånd om av kyndige fagfolk.



Figur 13.3 Luftambulansebaser og dekning

Kilde: Luftambulansetjenesten ANS

Når det skjer endringer i sykehusstruktur og oppgavedeling mellom sykehus, må det kompenseres med tiltak i de akuttmedisinske tjenestene. Det er gjort få analyser om disse sammenhengene. Helsedirektoratet har undersøkt konsekvenser for ambulansetjenesten ved sentralisering av akuttkirurgi. Selv om datagrunnlaget er begrenset, er det indikasjoner på at sentralisering av akuttkirurgi isolert sett vil medføre økt aktivitet og økte kostnader for ambulansetjenesten. Kommunal legevakt vil også berøres av endringer i sykehusenes akuttfunksjoner. Det er derfor avgjørende at de prehospitale tjenestene inkluderes i planleggingen, både lokalt og regionalt, slik at struktur, kompetanse og kapasitet i legevakt og ambulansetjenestene tilpasses endringene.

Akuttmedisinforskriften slår fast at kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden. Dette betyr at lokalisering og dimensjonering av legevaktstasjoner og ambulansestasjoner må sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akuttilbud. Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak må derfor utvikles og konkretiseres, slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy.

Det mangler nasjonal styringsinformasjon og sammenliknbare data for aktiviteten i den akuttmedisinske kjeden. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle et system for innsamling og bearbeidelse av data for AMK-sentraler og ambulansetjenesten. Når dette er etablert, får vi et bedre datagrunnlag som støtte for beslutninger, prioriteringer og beredskap. Dette vil også være grunnlaget for en nasjonal elektronisk ambulansjournal.

Mulighetene for å gi avansert behandling blir stadig bedre som følge av ny og bedre teknologi. Livreddende, spesialisert behandling kan starte allerede i ambulansen eller hjemme hos pasienten. På en rekke områder utvikles det diagnostiske hjelpemidler som for eksempel hurtigtester, ultralyd, videoassisterte teknikker/prosedyrer og mobile røntgen/CT-løsninger. Disse vil etter hvert tas stadig mer i bruk ved akutte sykdoms- eller skadetilstander utenfor sykehus. Å styrke den generelle kompetansen hos medarbeiderne er også en forutsetning for å utnytte behandlingspotensialet i de prehospitale tjenestene. Teknologien legger til rette for bedre samhandling i helse-tjenesten og for styrket samvirke med de andre

Boks 13.1 Prosjektet «Mens du venter på ambulansen»

I distrikter med store avstander er det lengre responstid på ambulanse. Prosjektet «Mens du venter på ambulansen» er satt i gang etter initiativ fra Stiftelsen Norsk Luftambulans. Det har som mål å etablere en lokal beredskap basert på brannmannskaper og helsepersonell som supplement til beredskapen i kommunene. Disse skal kunne ta hånd om pasienten og ta de første livsviktige grepene ved utrykninger mens pasienten venter på ambulanse eller helikopter. Siden prosjektet startet i 2009 har 26 personer fått gjenopprettet livsviktige funksjoner etter hjertestans. Det er lært opp ca. 2000 førstehjelpere i 100 kommuner, og 35 nye kommuner skal etablere beredskap i 2015.

Stiftelsen Norsk Luftambulans er en ideell medlemsorganisasjon med 775 000 medlemmer. De har som mål å utvikle luftambulansetjenesten gjennom forskning, undervisning og utviklingsprosjekter til beste for den akutt syke og skadde pasient. Stiftelsen er et av Europas største forskningsmiljøer på akuttmedisin.

nødetatene. Nødnettet blir et av de viktigste verktøyene for personellet og vil bedre kommunikasjonsflyten i den akuttmedisinske kjeden.

Et offentlig utvalg ble oppnevnt høsten 2013 for å gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade. En delrapport fra høsten 2014 har vært på høring. Utvalget foreslår en tydelig nasjonal strategi, blant annet et kvalitetsløft for bedre kompetanse, mer forskning og kvalitetsmåling og mer kunnskap om sammenheng mellom endringer i sykehusstruktur og legevakt. Det er etablert flere fagmiljøer på det akuttmedisinske området: Nasjonalt kompetansesenter for akuttmedisin (NAKOS), Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) og Nasjonalt senter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom), som i fellesskap kan bidra til kompetanseheving på dette området. Utvalget avgir sin rapport i desember 2015.

14 Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning

Den samiske befolkningen har rett til likeverdige helsetjenester

Samiske tjenestemottakere har krav på likeverdige helsetjenester på lik linje med den øvrige befolkningen. Dette følger blant annet av pasient- og brukerrettighetsloven. Etter ILO-konvensjon nr. 169, artikkel 25, har urfolk rett til å være med å planlegge og administrere sine egne helsetjenester. Helse- og omsorgsdepartementet har gjennomført konsultasjoner med Sametinget om Nasjonal helse- og sykehusplan.

Muligheten for å bruke eget språk og bli forstått utfra sin kulturelle bakgrunn er viktig for å kunne utøve reell brukermedvirkning. Spesialisthelsetjenesten må legge til rette for at den samiske befolkningen kan utøve sin rett til medvirkning.

Likeverdige helsetjenester for samiske pasienter innebærer tjenester som er tilrettelagt utfra samiske pasienters språklige og kulturelle bakgrunn.

Samiske pasienter møter utfordringer i spesialisthelsetjenesten på grunn av manglende kunnskap om samisk språk og kultur. Kompetansen om samisk språk og kultur blant fagfolk og beslutningstakere i spesialisthelsetjenesten er generelt liten, særlig i områder av landet der samer er en liten del av befolkningen. Samtidig er det utviklet en god del kunnskap om samisk helse som kan gjøres bedre tilgjengelig gjennom utdannings- og forskningsinstitusjoner og klinisk arbeid.

Samiske pasienter har ofte ikke mulighet til å bruke eget språk når de behandles i spesialisthelsetjenesten. Risikoen for svikt i kvalitet og pasientsikkerhet øker dersom pasient og behandler ikke forstår hverandre. Likeverdige spesialisthelsetjenester innebærer at tjenestene må tilrettelegges slik at samiske pasienters språk og kulturelle bakgrunn ikke er til hinder for at de får helsetjenester av like god kvalitet og med like godt resultat som resten av befolkningen. Helse- og omsorgspersonell har informasjons- og veiledningsplikt overfor alle pasienter. De har ansvar for å vurdere behovet for tolk og eventuelt bestille tolk med nødvendige kvalifikasjoner.

Manglende kunnskap om samisk språk og kultur i helsetjenesten kan påvirke samiske pasienters tilgjengelighet til tjenesten og retten til å velge behandlingssted. Sametinget påpeker at det kan være særlige utfordringer med tilgjengelighet og likeverd der behandlingstilbudet er lagt til nasjonale behandlingstjenester, som for eksempel ved transplantasjoner, sjeldne lidelser og store brannskader. Ved de nye tverrfaglige diagnose-sentrene, som skal ivareta god utredning av uavklarte eller kompliserte sykdomstilstander, er det særlig viktig at informasjonen som pasient og fagfolk deler, blir forstått av begge parter. Helse- og omsorgsdepartementet vil presisere at i slike behandlingstilbud må pasientens mulighet til å bruke eget språk imøtekommes når det er nødvendig.

Sametinget viser til at vi har en god utvikling av tjenestetilbudet til samiske pasienter innenfor psykisk helse og rus.

Sametinget påpeker at den medisinske nødmeldetjenesten ikke fungerer tilfredsstillende for samiske brukere. Helse- og omsorgsdepartementet understreker at ny forskrift om akuttmedisinske tjenester av 20. mars 2015 krever at tjenesten i tillegg til norsk skal ha etablert beredskap med tolketjeneste for samiske språk.

I dag er det begrenset tilgang på samisk helsepersonell. Det er viktig å organisere og samordne samiske fagressurser slik at samiske fagfolk kan benyttes mest mulig effektivt.

Nasjonale helsemyndigheter har ansvar for likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen

Nasjonale helsemyndigheter har det overordnede ansvaret for likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen og skal sørge for at det samiske perspektivet i helsepolitiske satsinger, nasjonale planer og strategier ivaretas. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helse Nord RHF et særlig ansvar for å sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Helse Nord RHF skal ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen innenfor de rammer og prinsipper

som framgår av Nasjonal helse- og sykehusplan. Helse Nord RHF ivaretar nødvendig samhandling og koordinering med øvrige helseregioner, slik at den samiske befolkningens behov for spesialisthelsetjenester blir godt ivaretatt, og at kompetanse om samisk helse, kultur og språk blir gjort tilgjengelig også i andre deler av landet.

Med Nasjonal helse- og sykehusplan får Helse- og omsorgsdepartementet viktige oppgaver med å fastsette kvalitetskrav til nasjonale og regionale behandlingstjenester. Helse- og omsorgsdepartementet vil be Helsedirektoratet etablere kontakt med Sametinget om samisk helse, og sikre at den samiske befolkningen får medvirke ved utformingen av nasjonale kvalitetskrav og nasjonale faglige retningslinjer for spesialisthelsetjenesten.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

På oppdrag av Helse Nord RHF har Finnmarks-sykehuset utviklet spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og rus som er språklig og kulturelt tilpasset den samiske befolkningen. Gjennom øremerkede statlige midler har Distriktpsikiatrisk senter Midt-Finnmark (Karasjok/Lakselv) blitt en nasjonal kompetansetjeneste: *Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus (SANKS)*. Senteret tar imot pasienter fra hele landet som har behov for psykiatrisk behandling eller rusbehandling i en samisk ramme, i tillegg til at det gir tjenester til den øvrige befolkningen. Helse Nord RHF har inngått samarbeidsavtaler med de andre regionale helseforetakene som innebærer at senteret yter spesialisthelsetjenester til alle landets foretak. Det er også opprettet »satellitter» av helsepersonell i lulesamisk område (Tysfjord), sørsamisk område (Snåsa) og i Oslo. I tillegg tilbyr SANKS kliniske tjenester til samer i Finland og Sverige gjennom egne samarbeidsavtaler.

I tillegg til samiskspråklige behandlingstilbud, har senteret undervisnings- og veiledningsoppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i de samiske kommunene, ved andre institusjoner som betjener samer, og ved høyskoler og universiteter. Senteret er utdanningsinstitusjon innen psykisk helsevern for barn og unge og har utdannet flere samiske spesialister. Etter planen vil institusjonen i nær framtid være del av Campus Finnmark, Universitetet i Tromsø, og ta imot medisinstudenter i 5. og 6. studieår.

SANKS har en egen forsknings- og utviklingsenhet. Fagutvikling og forskning er en

integrrert del av virksomheten. Ni av fagfolkene ved SANKS har universitetsgraden ph.d., og flere ph.d. kandidater er knyttet til institusjonen.

Modellen til SANKS, med en sterk base lokalisert i et samisktalende miljø, kombinert med desentraliserte tjenester og helsepersonell i områder med samisk befolkning, har vist seg å fungere godt.

Somatiske spesialisthelsetjenester

Spesialistlegesenteret i Karasjok ble etablert i 1987 og har tilbud om samiskspråklige spesialisthelsetjenester i somatikk. På det meste har det arbeidet fem faste legespesialister ved senteret, samt ambulerende spesialister i mindre deltidsstillinger. Enkelte av spesialistene driver ambulerende virksomhet til sykehusene i Finnmark. I samarbeid med finske myndigheter gir de også behandlingstilbud til pasienter fra Finland.

Spesialistlegesenteret skal utvikles videre ifølge strategisk utviklingsplan for Finnmarks-sykehuset 2015–2030. Det er planlagt flere polikliniske stillinger innen somatikk, inkludert kombinerte fag- og forskerstillinger, samt nye behandlingstilbud som samiskspråklig ambulerende geriatrisk team, rehabiliteringsteam og et samisk lærings- og mestringssenter.

Samisk Helsepark

Helse Nord RHF/Finnmarkssykehuset har vedtatt å etablere *Samisk helsepark* i Karasjok. Helseparken skal bidra til likeverdige og tilgjengelige tjenester til den samiske befolkningen. I tillegg til å betjene befolkningen i Midt- og Øst-Finnmark, skal senteret samle kompetanse og yte samiskspråklige tjenester til pasienter i hele landet. Ved å samle flere fagfelt i en helsepark utnyttes de samiskspråklige ressursene, og tjenestene kan samordnes på tvers av ulike fagfelt. Organiseringen vil gi et sterkere fagmiljø, sikre oppbygging av samisk fagkompetanse og bidra til bedre kvalitet i tilbudet til samiske pasienter. Etter planen skal Samisk helsepark være i drift i 2017–2018.

Konseptet Samisk helsepark er nyskapende, og vil være med på å sikre at Norge ivaretar sine forpliktelser overfor samisk befolkning i spesialisthelsetjenesten. Det nordiske perspektivet, med samarbeid om samiske pasienter fra Finland og Sverige, bidrar til at virksomheten kan utvikles videre som et senter i urfolksperspektiv.

Tolketjenester ved sykehusene – tolkeprosjektet i Finnmark

Finmarkssykehuset, Sametinget og Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin har samarbeidet om tolkeprosjektet i Helse Finnmark. Prosjektet har kartlagt behovet for samiske tolketjenester i helseforetaket og gjennomført en pilotordning med samisk tolk via videokonferanse på bærbar PC. På grunn av lange avstander og vanskelige reiseforhold, er det vanskelig å ha tolk tilstede ved alle behandlingssteder. Målet med prosjektet er å få etablert videobasert, døgnkontinuerlig samisk tolketjeneste ved Finmarkssykehuset og tilby disse tjenestene også til resten av landet. Tolkeprosjektet er foreløpig ikke igangsatt. I oppdragsdokumentet til Helse Nord for 2015 er det føringer om at tolkeprosjektet skal innføres i 2015. Målsettingen er at tjenesten skal være i drift medio 2016.

Boks 14.1 Sametinget

«I Nasjonal helse- og sykehusplan ønsker man også å ta stilling til sentralisering eventuelt desentralisering av spesialisthelsetjenestene. Samlokalisering av samisk helsekompetanse i distriktsmedisinske/lokalmedisinske sentre løftes som en faktor. I samisk sammenheng sliter vi med små fagmiljø, liten rekruttering av samisktalende helsepersonell, spredt samisk kultur- og språkkompetanse og generelt lite effektivisering med dagens strukturer. Med slike sentre vil man også kunne samle samiske fagfolk fra både førstelinja, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For Sametinget er det viktig at uansett løsninger som blir utviklet og organisert, så må det gi gode språklige og kulturelt tilrettede tilbud til samiske pasienter.»

Kilde: Sametingets plenumsvedtak av 2. juni 2015

15 Betydningen av forskning og innovasjon for framtidens helsetjeneste

15.1 Hvilken rolle spiller forskningen

Forskning er en lovpålagt oppgave for sykehusene. Alle sykehus er kunnskapsinstitusjoner og skal ha forskning som en integrert del av sin virksomhet. Forskning er viktig for å bidra til ny kunnskap og kompetanse- og kvalitetsutvikling i sykehusene. Sykehusene har en særlig rolle i den kliniske og pasientrettede behandlingsforskningen. En rapport fra Kunnskapscenteret om kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten (2011) peker på at det vil være lettere å implementere ny kunnskap i virksomheter der medarbeiderne deltar i forskningsprosjekter, har kjennskap til forskningsmetodikk og der det er en kultur for kunnskapsbasert praksis. Flere studier viser at pasienter som deltar i kliniske forskningsstudier om kreft og hjertesykdom, har bedre overlevelse og livskvalitet enn andre pasienter. Sykehus som tilbyr pasienter behandling gjennom deltakelse i kliniske studier, kan vise til lavere dødelighet av den aktuelle behandlingen.

Det har vært satset mye på forskning ved sykehusene de siste årene. Innføring av en særskilt finansieringsordning for å øke forskningen i sykehusene, og styringskrav om å øke klinisk pasientnær forskning, har fått resultater.

Forskning foregår i alle helseforetak i Norge. Forskningsaktiviteten i helseforetakene er forskjellig ved universitetssykehusene og sykehus uten universitetsfunksjon. Universitetssykehusene driver mer forskning med nye behandlingsmetoder eller diagnostikk som testes ut på pasienter, som translasjonsforskning og tidlig fase kliniske studier, og de har større bredde i fagområdene det forskes på. Universitetssykehusene er pålagt et særlig ansvar for forskning gjennom egen forskrift. I forskrift om godkjenning av bruk av betegnelsen universitetssykehus stilles det krav om at universitetssykehusene skal «dokumentere at det utføres biomedisinsk og helsefaglig grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innenfor de fleste kliniske fagområder» og

«at det kan dokumenteres forskningsaktivitet av høy internasjonal kvalitet og bredde.»

Selv om det nå er forskningsaktivitet ved alle sykehus er forskningsaktiviteten ulikt fordelt mellom helseregionene og sykehusene. To tredjedeler av den totale forskningsinnsatsen skjer i Helse Sør-Øst RHF. De seks universitetssykehusene står for 81 prosent av de rapporterte driftskostnadene til forskning, og 80 prosent av forskningsårsverkene (tall fra 2014).

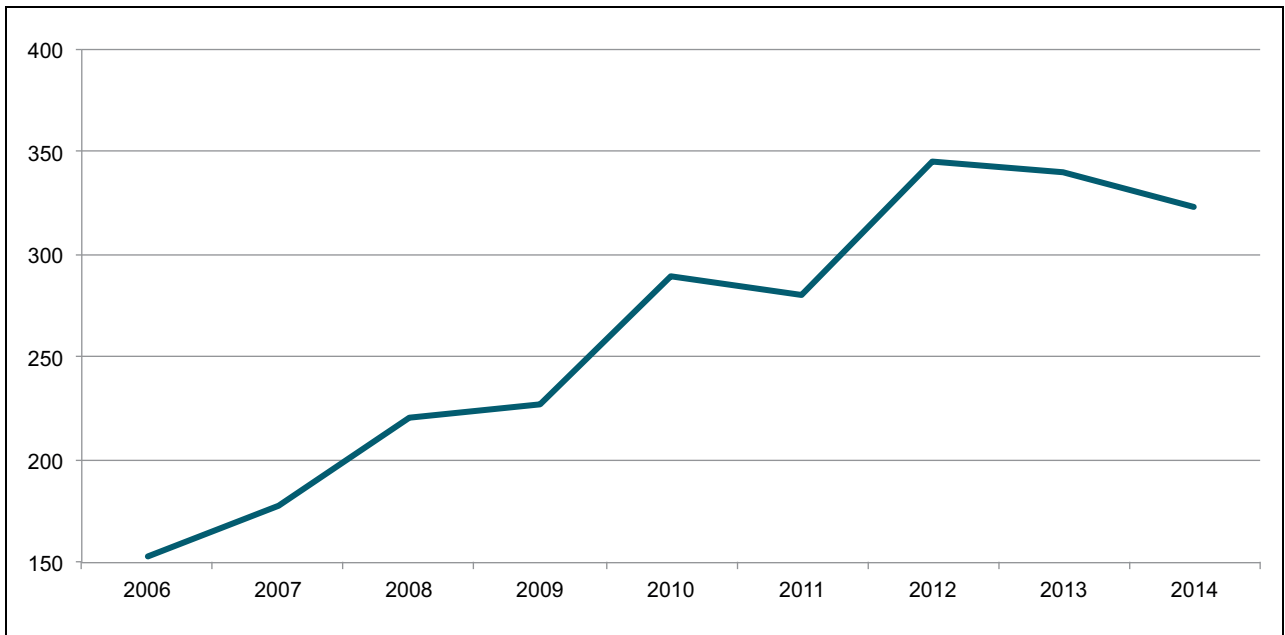
Forskningskompetanse anses også som stadig viktigere for å ivareta god ledelse i sykehus. Ved flere av universitetssykehusene stilles det krav om forskerkompetanse ved ansettelse i lederstillinger.

Alle forskningsprosjekter i sykehusene skal vurderes for kvalitet og nytte. Med nytte menes for eksempel forskning som gir bedre kunnskap om sikkerhet, effekt og kostnadseffektivitet ved behandling. Det kan også være forskning som gir kunnskap med direkte nytte for pasienten, forskning om klinisk praksis, kunnskap om livskvalitet, om ressursbruk eller kostnader knyttet til behandling av pasienter. Nyttig forskning kan også gi kunnskap til bruk i nasjonale retningslinjer eller prosedyrer for behandling. Ved hjelp av et felles system for klassifisering av helseforskning, Health Research Classification System, kan forskningssvake områder avdekkes. Informasjonen gir et godt grunnlag for å prioritere forskningsressursene.

Satsingen på forskning har gitt resultater i form av flere doktorgrader og vitenskapelige publikasjoner. I 2014 ble det registrert 3 547 vitenskapelige artikler og avlagt 323 doktorgrader ved helseforetakene. De regionale helseforetakene brukte samme år 3,1 milliarder kroner til forskning.

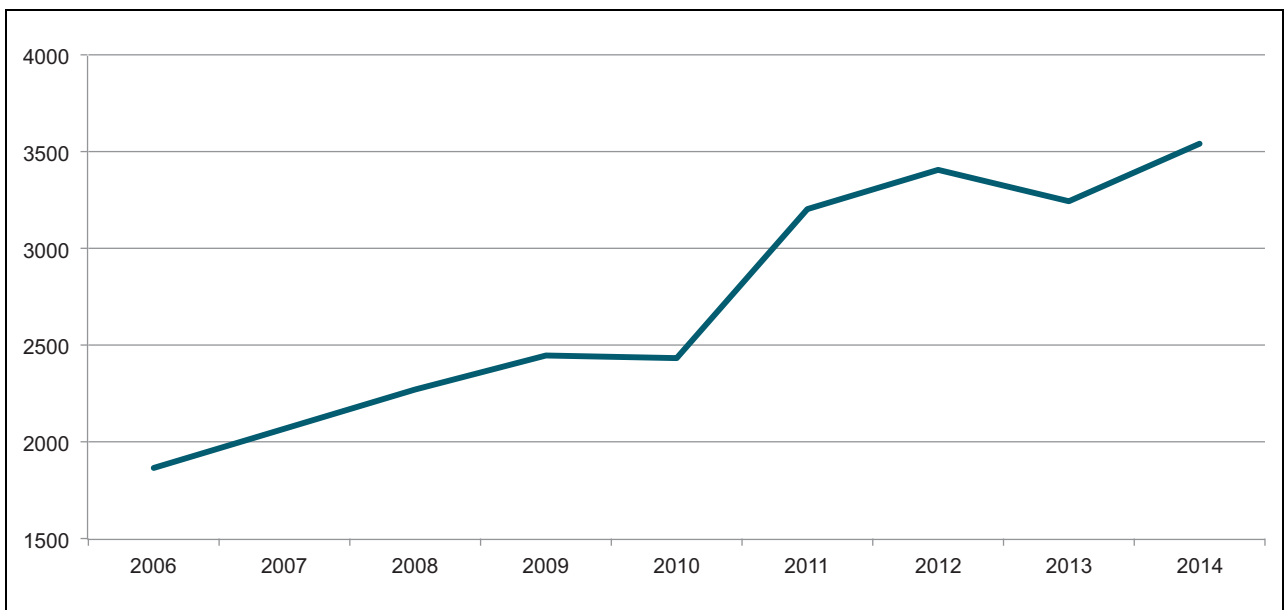
Forskning i framtidens spesialisthelsetjeneste

Klinisk behandlingsforskning bidrar til å sikre kvalitet, pasientsikkerhet, pasienttilfredshet og rekruttering av dyktige fagfolk. Tidlig fase kli-



Figur 15.1 Antall avlagte doktorgrader totalt for alle helseregioner i perioden 2006–2014

Kilde: Tall fra de regionale helseforetakene



Figur 15.2 Antall publiserte vitenskapelige artikler totalt for alle helseregioner i perioden 2006–2014

Kilde: Tall fra de regionale helseforetakene

niske studier og utprøving av ny, kostbar medisinsk teknologi vil kreve sentralisering og ytterligere oppbygging av infrastruktur og kompetanse ved universitetssykehusene. Samtidig vil det være viktig å tilrettelegge for at alle sykehus kan ta del i og integrere forskning i pasientbehandlingen. Dette vil sikre forskning for pasientgrupper som gjerne behandles ved mindre sykehus, for eksempel eldre, pasienter med flere diagnoser og men-

nesker med kroniske sykdommer. I tillegg må det tilrettelegges for at mindre sykehus kan delta i større studier som gjennomføres i flere sykehus på tvers av helseregionene.

Forskningsnettverk bidrar til å øke kompetansen og forskningsinnsatsen på ulike fagområder. Slike nettverk muliggjør flerregionalt og nasjonalt samarbeid, og kan bidra til at større forskningsstudier kommer raskere i gang. Det gir også gode

muligheter for forskningsaktivitet i både i små og større sykehus.

Det er behov for flere kliniske studier for å imøtekomme pasientenes ønske om å få delta i kliniske studier. Spesialisthelsetjenesten har også vedvarende behov for ny kunnskap om virkning og kostnadseffektivitet ved ulike behandlingsmetoder.

15.2 Hvilken rolle spiller innovasjon

Innovasjon er ikke en lovpålagt oppgave, men det er et viktig virkemiddel for å videreutvikle tjenestene og sikre at forskningsresultater blir tatt i bruk. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) i samarbeid med de regionale helseforetakene i oppdrag å utvikle et system for å dokumentere både kommersiell innovasjon av nye varer og produkter og tjenesteinnovasjon i helseforetakene. Systemet skal stimulere til økt gjennomføring og implementering av nye løsninger. På sikt vil det vurderes om resultatene skal utløse økonomiske insentiver, tilsvarende finansieringsordningen for forskning i sykehusene.

Helsetjenesteforskning og tjenesteinnovasjon er svært viktige virkemidler for å få mer kunnskap om organisering av tjenestene, om samhandling mellom sykehus og med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er etablert et felles forskernettverk for tjenesteforskning mellom de fire regionale helseforetakene for å styrke innsatsen. Helse- og omsorgsdepartementet og Nærings- og fiskeridepartementet har etablert en felles tiårig satsing på behovsdrivet innovasjon i helsetjenesten, som blant annet dekker tjenesteinnovasjon og innovative anskaffelser.

Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferds-tjenester (HELSEVEL) er et nytt tiårig forskningsprogram i Forskningsrådet som omfatter helsetjenesteforskning og innovasjon i helse, omsorg, barnevern, arbeid og velferd. Et nytt virkemiddel, kalt behovsidentifisert forskning, skal rette noe av forskningsinnsatsen mot områder der brukere, tjenesten eller forvaltningen har identifisert behov for ny kunnskap.

HELSEVEL er et sentralt tiltak i oppfølgingen av regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning for perioden 2015–2024 og Helse-Omsorg21-strategien. Programmet skal støtte utprøving av nye teknologiske løsninger eller endret organisering av tjenestene. Løsningene skal følges opp med forskning og evaluering som kan si noe om effekt av tiltakene. Tjenesteinnovasjon, bruk av tjenestedesign og metoder for analyse og utvikling av pasient- og brukerforløp inngår i programmet.

Innovasjon er nye løsninger som er tatt i bruk

Innovasjon kan grovt deles i to grupper: *kommersialiserbar innovasjon og tjenesteinnovasjon*. Alle universitetssykehus har veldefinerte mekanismer for innovasjon som kan kommersialiseres. Egne organisasjoner kalt Technology Transfer Office-organisasjoner gir støtte til patentering og kommersialisering basert på innovasjon i sykehus. *Tjeneste- eller serviceinnovasjon* er nye, bedre og mer rasjonelle måter å levere helsetjenester på. Begrepet omfatter alt fra tradisjonelt forbedringsarbeid, logistikkprosjekter og ny design. Det har manglet systematikk for å utvikle og dele denne type løsninger. Det har også manglet et sted å henvende seg for å utvikle ideer som ikke skal kommersialiseres. Basert på Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus (www.idepoliklinikken.no) er det utviklet et nettverk for tjenesteinnovasjon mellom de norske universitetssykehusene. Nettverket har forgreninger til Norge, Danmark, Sverige, England og USA. Felles infrastruktur og IKT-systemer legger til rette for at ideer deles og utvikles. Til forskjell fra kommersialiserbar innovasjon kan tjenesteinnovasjon utvikles åpent, og den blir bedre jo flere som bidrar til løsningen.

Tjenestedesign er et nytt verktøy for forbedring og forenkling av helsetjenester. Her kombineres prosessforståelse med visualisering. Designere tegner ut dagens situasjon. Slik skapes det en felles forståelse blant aktørene av hva som er viktig å endre og hvordan det kan gjøres. Det mest kjente eksemplet er redesign av brystkreftutredningen i Oslo universitetssykehus.

16 Samfunnsberedskap

De regionale helseforetakene og helseforetakene har etter *lov om helsemessig og sosial beredskap* plikt til å utarbeide beredskapsplaner for felles planlegging. De regionale beredskapsplanene er et rammeverk for utarbeidelse av beredskapsplaner i helseforetak, private sykehus med avtale og andre underliggende og samarbeidende institusjoner. Planene er samordnet med nasjonale helsemyndigheter, andre nødetater og samarbeidspartener, og med planer i andre helseregioner og kommuner. Beredskapsplanene er basert på risiko- og sårbarhetsanalyser.

Med beredskap forstås tiltak for å forebygge, begrense eller håndtere uønskede og ekstraordinære hendelser og kriser; som for eksempel ekstremvær, IKT-sammenbrudd, strømbrydd, trusler om vold og terror, smitteverntiltak og større ulykker. En grunnleggende forutsetning for god beredskap og krisehåndtering er at virksomhetens daglige drift er sikker og robust. Den kunnskapen og erfaringen som akuttetatene og helsepersonell får gjennom håndtering av ulykker og daglige hendelser er fundamentet for håndtering av større katastrofer, sammen med beredskapsplanlegging, trening og øvelser.

Erfaringer fra store hendelser

Både rapporten fra 22. juli kommisjonen (NOU 2012: 14) og Helsedirektoratets gjennomgang (Læring for bedre beredskap) etter angrepene på regjeringskvartalet og Utøya 22. juli 2011, viste at det gjennomgående var gode resultater av helse-tjenestens innsats. Det ble likevel avdekket områder for forbedring i planverk, kommunikasjon, tekniske løsninger, samarbeidsrutiner og organisering mellom involverte enheter. Det ble også pekt på at oppfølgingen av de menneskene som

ble berørt kan bli bedre. Helsetjenesten har kommet langt med oppfølgingen av egne aktiviteter og tiltak som følges opp tverrsektorielt i samarbeid med andre aktører. Det er iverksatt tilsvarende systematisk arbeid med oppfølging av beredskapstiltak etter andre alvorlige hendelser, blant annet hendelsen på Valdresekspressen og branene i Lærdal, Årdal og Flatanger i 2014.

Sikkerhet

Helse- og omsorgssektorens nasjonale senter for informasjonssikkerhet (HelseCSIRT) ble etablert i 2011 og driftes av Norsk Helsenett SF. Som ledd i å beskytte helse- og omsorgssektoren, skal det i løpet av 2015 være på plass et nasjonalt beskyttelsesprogram med sensorer i helsenettet. Beskyttelsesprogrammet skal oppdage uønskede hendelser, trusler og sårbarheter slik at mottiltak kan iverksettes raskt.

De regionale helseforetakene har ansvar for beredskap av legemidler og medisinsk materiell. Fra 2015 forvalter de et nasjonalt beredskapslager av legemidler for spesialisthelsetjenesten. Departementet har fulgt opp Riksrevisjonens anbefalinger om helseforetakenes beredskap for IKT, vannforsyning og strøm og har tidligere gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å gjennomføre tiltak for å sikre leveranser på disse områdene. Alle helseforetakene har utviklet beredskapsplaner for de tre innsatsfaktorene IKT, vannforsyning og strøm. Regionale helseforetak og helseforetak omfattes av sikkerhetsloven, og har utpekt aktuelle objekter i henhold til objektsikkerhetsforskriften. Alle de tidligere utpekte skjermingsverdige objektene i spesialisthelsetjenesten er nå skiftet ut med ny og tryggere røntgenteknologi i sykehusene.

17 Klima og miljø

Mange miljø- og klimatiltak gir helsegevinster for befolkningen. Et målrettet miljøarbeid er en viktig del av spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar.

Spesialisthelsetjenesten er en stor samfunnsaktør. For å støtte regjeringens klima- og miljømål må miljøperspektivet tas med ved utforming og lokalisering av sykehus. Helseforetakene påvirker miljøet gjennom forbruk og utslipp til jord, luft og vann. Det kan blant annet være fra transport av pasienter, medarbeidere og varer. Sykehusene produserer også store avfallsmengdene og driver utstrakt byggevirkosomhet.

Siden 2008 har sykehusene, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, tatt et samlet grep om miljø- og klimautfordringene gjennom det nasjonale prosjektet Miljø- og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten. Miljøinnsatsen har i første omgang resultert i etablering av miljøledelse ved helseforetakene med sertifiserte miljøstyrings-systemer etter den internasjonale standarden NS-EN ISO 14001.

Etablering og sertifisering av miljøstyringssystemene i helseforetakene innebærer at det er gjennomført en likeartet prosess i hele spesialisthelsetjenesten. Dette har gitt muligheter for forenklinger og rasjonalisering.

Innføring av miljøledelse har bidratt til at sektoren har utviklet kompetanse om miljøvennlig drift av sykehusene, og til å opprette viktige nettverk der læring på tvers av helseregionene har bidratt til god framdrift i prosjektperioden.

Rapporten Miljøledelse i spesialisthelsetjenesten – statusrapport 2011–2014 omhandler

arbeidet som er utført i regi av det nasjonale samarbeidsprosjektet. Rapporten gir innspill og anbefalinger for videre oppfølging av miljø- og klimaarbeidet i sektoren etter 2014.

Departementet har bedt om at arbeidet videreføres i tråd med rapportens anbefalinger og de nasjonale miljømålene. De regionale helseforetakene skal sikre at det blir satt relevante miljøkrav i anskaffelser, og at det blir gjort målinger og registreringer som dokumenterer omfanget av anskaffelser der det er stilt miljøkrav. Det skal også utvikles miljøindikatorer som er egnet for resultatmåling.

Det nasjonale miljø- og klimaprojektet har gjennom nettsiden Grønt sjukehus samlet og oppdatert informasjon og erfaringer som er relevant for miljøarbeidet i helseforetakene.

Som en del av regjeringens oppfølging av klimaforliket er det satt som mål å fase ut bruken av fossil olje til fyring i alle offentlige bygg innen 2018. De regionale helseforetakene forvalter store eiendomsmasser med energikrevende sykehusbygg. Helseforetakene har over tid arbeidet med planer for å fase ut oljefyr i sine bygg. Det gjenstår nå bare 41 bygg hvor bruk av oljefyring som grunnlast fortsatt benyttes, og det er lagt planer for utfasing av disse innen utgangen av 2018. Helse- og omsorgsdepartementet har også stilt krav om at helseforetakene intensiverer sine tiltak for å sikre målsettingen om utfasing av fyring med fossil olje innen utløpet av 2018.

18 Privates rolle i framtidens spesialisthelsetjeneste

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at de totale driftskostnadene¹ til den offentlige spesialisthelsetjenesten var på om lag 128 milliarder kroner i 2014. Kostnadene knyttet til private aktører utgjorde om lag 13 milliarder kroner; eller om lag 10 prosent av de totale driftskostnadene. Tallet for private aktører omfatter private institusjoner, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgentjenester. Sammenlignet med 2013, økte helseforetakenes kostnader til de private med 3,4 prosent, målt i faste priser.

Hoveddelen av kostnadene i privat sektor, om lag 6 milliarder kroner, gjelder private institusjoner med driftsavtale med staten. Her dominerer de store private ideelle som blant annet Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus.

Innslaget av private aktører er særlig stort i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Figur 18.1 viser fordeling av driftskostnader mellom offentlig og privat sektor etter tjenesteområde.

De regionale helseforetakene utarbeidet i 2014 nye strategier for økt bruk av private gjennom anskaffelse, som del av reformen med fritt behandlingsvalg. Strategiene skal mobilisere kapasitet i privat sektor for å redusere unødvendig venting for pasienter som har fått tildelt rett til helsehjelp, øke valgfriheten for pasientene og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive. Strategiene skal bidra til at det ytes trygge og nære helsetjenester til befolkningen i den enkelte region uavhengig av om tjenesten ytes av offentlige eller private aktører. Det primære er at tilbudene til sammen utfyller hverandre, slik at de er tilgjengelige og dekker pasientenes behov.

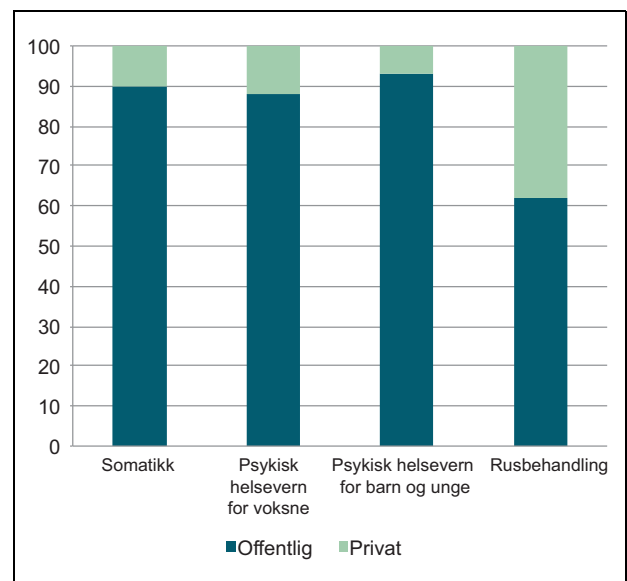
Helse- og omsorgsdepartementet har for 2015 stilt krav om at de regionale helseforetakene øker omfanget av anskaffelser fra private leverandører innen somatikk innenfor rammen av de vedtatte strategier.

De regionale helseforetakene er i tillegg bedt særskilt om å vurdere anskaffelser fra private

innenfor de tre somatiske fagområdene som har lengst ventelister i regionen, og for tjenester der det er vedvarende flaskehals i helseforetakene.

I regjeringens politiske plattform står det blant annet at regjeringen vil *»utvide antallet hjemler for avtalespesialister og benytte avtalespesialistene mer.»* I 2014 ble det gjennomført en dialog om avtalespesialistordningen mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Den norske legeforening, Norsk Psykologforening og de regionale helseforetakene der avtaleverk, rapportering og finansiering ble drøftet. Dette følges opp i 2015. Rammesavtalene som er inngått mellom de regionale helseforetakene, Legeforeningen og Psykologforeningen reforhandles høsten 2015 med sikte på ikrafttredelse 1. januar 2016. Det tas sikte på å starte opp et forsøksprosjekt i 2016 der avtalespesialistene skal vurdere og tildele pasientrettigheter. Helse- og omsorgsdepartementet og Legeforeningen er i dialog om eventuelle endringer i inntektssystemet.

Det har lenge vært ønskelig å få til et strukturert samarbeid mellom sykehus og avtalespesia-



Figur 18.1 Fordeling av driftskostnader mellom offentlig og privat sektor etter tjenesteområde.

Kilde: Statistikk sentralbyrå (2015). Spesialisthelsetjenesten 2014

¹ Pensjonsreformen har gitt kraftig reduksjon i pensjonskostnadene i 2014. Tallet er korrigert for den resultatførte planendringen i pensjonskostnadene av SSB.

lister om bruk av avtalespesialister i spesialistutdanningen av leger. Et pilotprosjekt er i gang og vil bli evaluert for å se om dette kan innføres i bredere skala.

Helse- og omsorgsdepartementet har i 2015 bedt de regionale helseforetakene vurdere hvordan de kan videreutvikle samarbeidet med avtalespesialistene for å redusere ventetidene.

19 Framtidens kommunale helse- og omsorgstjenester

De kommunale helse- og omsorgstjenestene blir i årene framover stadig viktigere for å møte befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester. Kvalitet og kapasitet i primærhelsetjenesten er avgjørende for samhandlingen med sykehusene og for det framtidige kapasitetsbehovet i spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen er bredt forankret i Stortinget. Kommunene har fått og vil få en viktigere rolle i å sørge for helse- og omsorgstjenester til befolkningen. Regjeringen vil gjennom sin politikk for kommunene gjøre dem i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner, slik at pasienten får bedre tilbud og mer helhetlige helse-tjenester.

På noen områder er det i dag uklart hva som forventes av kommunene. Det gjelder særlig for psykisk helse, rusavhengighet, pasientopplæring og rehabilitering. Regjeringen vil tydeliggjøre ansvarsforholdene og forventningene. Det vises for øvrig til forslag om overføring av oppgaver til større kommuner på helse- og omsorgsdepartementets område i Meld. St. 14 (2014–2015) *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner*, jf. Innst. 333 S (2014–2015).

De største utfordringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene sett med brukernes øyne, er at tjenestene oppleves som fragmenterte, at det er for lite brukerinvolvering, og at fastlegene er for dårlig integrert i resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Personer som er i risikozonen for å utvikle sykdom, eller som har en kronisk sykdom, trenger tettere oppfølging. Det er behov for mer systematisk oppfølging og økt medisinsk kompetanse til de sykeste og skrøpeligste. På noen områder er det dårlig tilgjengelighet og kapasitet. En utfordring er også at vi har begrenset kunnskap om tjenestenes innhold og kvalitet. Det gjør det vanskelig å drive systematisk kvalitetsforbedring og forskning.

Utfordringer og løsninger er bredt omtalt i meldingen om framtidens primærhelsetjeneste – Meld. St. 26 (2014–2015) *Framtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Det er behov for flere lavterskeltiltak og bedre tilgjengelighet, mer brukerstyrte tjenester og tettere oppfølging. Økt

kompetanse, mer tverrfaglig samarbeid og nye samarbeidsformer er nødvendig. Sentralt står målet om samlokalisering og team. Mer flerfaglighet og samarbeid er lettere å oppnå når tjenester er samlokalisert. Fysisk nærhet har i mange studier vist seg å forbedre kommunikasjon og samhandling. Dette kan gjøres på mange måter og i ulikt omfang. Flere kommuner har valgt å samlokalisere kommunale helse- og omsorgstjenester. Andre tjenester kan også samlokaliseres, som NAV, tannhelsetjenester mv. Slik samlokalisering kan også omfatte spesialisthelsetjenester og private næringsdrivende. Regjeringen vil stimulere til samlokalisering av helse- og omsorgstjenester i kommunene. Gode eksempler på hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester kan samlokaliseres er omtalt i kapittel 12.13.

Primærhelseteam og oppfølgingsteam

Primærhelseteam betyr å utvide fastlegepraksisen til å omfatte sykepleier, administrativt personell og eventuelt annet helsepersonell. Teamet vil være befolkningens viktigste kontaktpunkt med helse- og omsorgstjenesten. Primærhelseteam kan beskrives som formalisert samarbeid om å ivareta fastlegens ansvar i dag. Lokale behov og oppgaver må avgjøre hvordan teamet settes sammen. Regjeringen vil utrede nærmere hvordan det kan legges til rette for etablering av primærhelseteam gjennom endringer av regelverk og finansiering. Regjeringen tar sikte på å endre folketrygdloven for å legge til rette for primærhelseteam, forebygging og ny arbeidsdeling. Endringer må utredes før det tas endelig stilling til en eventuell omlegging og omfanget av denne.

Mange brukere av hjemmetjenester har store og sammensatte problemer som medfører behov for mer enn de tjenestene som kan leveres av et primærhelseteam. De kan ha behov for en fast kontaktperson, strukturert oppfølging og individuell plan. Regjeringen vil legge til rette for etablering av team for oppfølging av brukere med store og sammensatte behov. Slike oppfølgingsteam trenger ikke være samlokalisert, men oppfølging-

gen må være satt i system. Eksempler på mennesker som kan trenge oppfølgingsteam er skrøpelige eldre og alvorlig psykisk syke. Oppfølgingsteam kan bidra til at flere kan behandles i eget hjem framfor i sykehus eller i institusjon. Teamet kan ledes av en sykepleier, eventuelt med tilleggsgutdannning. Et oppfølgingsteam yter selv store deler av tjenestene, i tillegg til å ha ansvar for å koordinere helheten gjennom samarbeid med andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Fastlegen vil alltid være en viktig samarbeidspartner. Regjeringen vil legge til rette for slike team blant annet gjennom å videreføre de to nasjonale læringsnettverkene forankret i kvalitetsavtalen med KS; ett for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for personer med kroniske lidelser og eldre, og ett for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer.

Kompetanse

Kompetanseløft 2020 er regjeringens handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling. Den skal omfatte langsiktige strategier og konkrete tiltak for å heve kompetansen i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det skal stilles tydeligere krav til kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette innebærer lov- og forskriftsendringer. Regjeringen vil i helse- og omsorgstjenesteloven liste opp hvilke profesjoner som representerer den kompetansen alle kommuner skal ha som et minimum. En slik liste skal ikke være uttømmende for hva slags kompetanse eller hvilke fagprofesjoner den enkelte kommune må sørge for. Utover den kjernekompetansen som blir hjemlet i loven, må kommunen selv vurdere hva slags personell det er nødvendig å ansette eller inngå avtale med for å kunne oppfylle sitt ansvar for å gi et forsvarlig tilbud av helse- og omsorgstjenester. Regjeringen vil vurdere om det skal fastsettes konkrete minimumskrav til kompetanse for ulike tjenester eller tjenesteområder. Regjeringen vil også utrede nærmere innretning og konsekvenser av et krav om spesialisering i allmennmedisin. Videre vil regjeringen legge til rette for kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Regjeringen vil at de helsefaglige grunn- og videreutdanningene i større grad må tilpasses dagens og morgendagens kompetansebehov. Det skal gjøres vurderinger av dagens opptakskrav og andre virkemidler for å sikre lik kvalitet på utdanningen. Sluttkompetanse ved utvalgte helsefaglige grunnutdanninger skal vurderes. Utdanningene må tilby praksis av god kvalitet og tilstrekkelig

omfang i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Brede kliniske videreutdanninger på masternivå kan på litt lengre sikt vurderes å gi offentlig godkjenning. For lettere å oppnå en annen oppgavefordeling og bedre utnyttelse av tilgjengelig kompetanse, skal det vurderes å utvide rettighetene til flere personellgrupper.

Helsepersonell i spesialisthelsetjenesten har i dag en veiledningsplikt overfor kommunale helse- og omsorgstjenester, og regjeringen vil gjøre denne plikten gjensidig, slik at kompetansen likestilles mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har kompetanse som er verdifull for spesialisthelsetjenesten på mange områder. Det gjelder både kunnskap om de enkelte pasientene og om hvilke tilbud som finnes i kommunene.

Kollegagrupper med veileder gir muligheter for læring og faglig samhandling. Regjeringen vil vurdere å forsterke og sette slike tiltak i system. Kollegagrupper mellom ulike aktører innad og mellom nivåene kan møtes jevnlig for å ta opp tema som for eksempel nye faglige retningslinjer, legemiddelforskrivning og behandling. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å utarbeide forslag til tema for diskusjon i kollegagrupper. Både KS og helseforetakene skal involveres i arbeidet. I tillegg vil de regionale helseforetakene få i oppdrag å utvikle arenaer for systematisk kompetanseoverføring mellom nivåene i helse- og omsorgstjenestene. KS vil bli involvert i arbeidet.

Psykiske helsetjenester og tjenester til rusavhengige i kommunene

For psykisk helse og rus er det bred politisk og faglig enighet om at de kommunale tjenestene ikke er tilstrekkelig utbygd. Det gjelder både de forebyggende tjenestene til barn og unge, og tilbudet til personer med lettere og moderate plager. Det gjelder også den helhetlige oppfølgingen av personer med mer alvorlige psykiske lidelser eller rusproblemer. Regjeringen vil styrke tjenestetilbudet til personer med rusproblemer og med psykiske helseutfordringer. Gjennom å innføre krav om psykologkompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, tidligst fra 2020, vil regjeringen bidra til en nødvendig kompetanseheving i kommunenes psykisk helse- og rustjenester og samtidig gi kommunene et viktig verktøy i folkehelsearbeidet. Regjeringen vil innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter psykisk helsevern samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og klargjøre at den kommunale plikten til øyeblikkelig hjelp døgntilbud også omfatter

brukere med psykisk helse- og rusproblemer. Kommunereformen skal legge til rette for større og sterkere kommuner med bedre kapasitet og kompetanse til å ivareta og videreutvikle lovpålagte oppgaver og gi bedre kvalitet i tjenestene, noe som også vil komme mennesker med psykisk sykdom og rusproblemer til gode. En endret kommunestruktur med større kommuner vil også legge grunnlaget for å overføre flere oppgaver til kommunene. Flere oppgaver vil gi kommunene mulighet til å utvikle et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud til innbyggerne.

Helse- og omsorgstjenester til barn og unge

Helse- og omsorgstjenester til barn og unge er også et viktig satsingsområde for regjeringen. De viktigste tjenestene til barn og unge i kommunene er de helsefremmende og forebyggende tjenestene og den tidlige innsatsen som ytes gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Barn og unge selv melder at lett tilgjengelighet når de trenger helsehjelp er viktig. Regjeringen vil bedre det forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot barn og unge. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har gjennom flere år blitt styrket gjennom økning av kommunenes frie inntekter. I 2014 ble inntektene styrket med 180 millioner kroner begrunnet i dette formålet, i 2015 med nye 270 millioner kroner. Det foreslås en ytterligere økning på 200 millioner kroner i budsjettet for 2016.

Når det haster

Behandling av akutt sykdom og skade forutsetter et godt samvirke mellom en rekke tjenester; fastleger, legevakt, legevaktsentral, hjemmesykepleie og andre hjemmetjenester, ambulansetjenesten, AMK-sentral, distriktpsikiatriske sentre, ambulante team og sykehus. Fra 1. januar 2016 får kommunene en lovpålagt plikt til å sørge for tilbud om døgnopphold til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten vil i første omgang gjelde for pasienter med somatisk sykdom, men det tas sikte på en innføring fra 2017 også for brukere med psykiske lidelser og rusproblemer.

Omsorg 2020

Omsorg 2020 er regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020. Den omfatter prioriterte områder i regjeringsplattformen med viktige tiltak for å styrke kvaliteten og kompetansen i omsorgstjenestene, samtidig som den følger opp Stortingets behandling av Meld. St. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*, jf. Innst. 447 (2012–2103).

For å sikre bedre kvalitet i tjenestene løfter regjeringen fram nye og forsterkede tiltak i Omsorg 2020 i Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Tiltakene skal bidra til nye løsninger for å sikre at brukerne får større innflytelse over egen hverdag, økt valgfrihet og et tilstrekkelig mangfold av tilbud med god kvalitet. Regjeringen vil at staten skal ta et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, og har videreført og styrket investeringstilskuddet til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser. Det skal utarbeides en plan i samarbeid med KS som bygger på en forutsetning om netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser.

Retten til heldøgns tjenester i sykehjem og omsorgsboliger skal presiseres i pasient- og brukerrettighetsloven. Regjeringen vil vurdere om det er aktuelt å fastsette kriterier for heldøgns langtidsplass, for at bruker og pårørende skal oppleve trygghet for at den enkeltes behov er vurdert og vil bli fulgt opp videre.

Det skal i tillegg til Kompetanseløft 2020 utvikles en ny Demensplan for å bedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Gjennom dialogmøter med personer med demens i utvikling av Demensplan 2020 er det avdekket et behov for bedre samhandling mellom tjenesteneivåene og økt kompetanse om demens både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Regjeringen vil gjennomføre et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene i 20 kommuner med oppstart 1. mai 2016. Formålet er økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og riktigere behovsdekning. For sikre bedre kvalitet i tjenestene, skal det iverksettes et systematisk kvalitetsutviklingsarbeid med sikte på å utvikle en standard for kvalitet i sykehjem.

Del IV
Planforutsetninger

20 Finansiering og investeringer i spesialisthelsetjenesten

20.1 Finansiering

Prinsipper for utforming av finansieringssystemene

Finansieringsordningenes viktigste formål er å understøtte «sørge-for-ansvaret» til de regionale helseforetakene. I tillegg skal finansieringsordningene bidra til effektiv ressursbruk og kostnadskontroll. Ulike finansieringsordninger har ulike egenskaper, og en kombinasjon av flere typer ordninger gir best måloppnåelse.

Finansieringsordningene er ikke prioriterings-systemer. Det er medisinskfaglige vurderinger, faglige retningslinjer, regelverk om rettigheter og prioritering og styring fra eier som skal ligge til grunn for prioriteringer. Det er samtidig viktig at finansieringssystemene understøtter ønsket faglig utvikling og prioritering.

Det kan oppstå målkonflikter ved utforming av finansieringssystemene. Et finansieringssystem som ivaretar alle hensyn finnes ikke. Dette innebærer at til dels motstridende hensyn må veies mot hverandre ved vurderinger og beslutninger knyttet til finansieringssystemene.

Hovedtrekk i dagens finansieringssystem

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten er i hovedsak todelt og består av en aktivitetsuavhengig del (basisbevilgning) og en aktivitetsavhengig del. Det vesentlige unntaket fra denne hovedregelen er døgnbehandling innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) som er rammefinansiert, gjennom basisbevilgningene.

De fire regionale helseforetakene tilføres vel 140 milliarder kroner i 2016 som skal gå til drift av offentlige helsetjenester som de selv eier (helseforetakene) og avtaler med og kjøp fra private aktører. Basisbevilgningene utgjør om lag 100 milliarder kroner av dette. Basisbevilgningen fordeles mellom de fire regionale helseforetakene basert på et sett av objektive kriterier, blant annet antall innbyggere i regionen, alderssammensetning, sosioøkonomiske kriterier og kostnadsdata. Inntektsfordelingsmodellen må vurderes i lys av

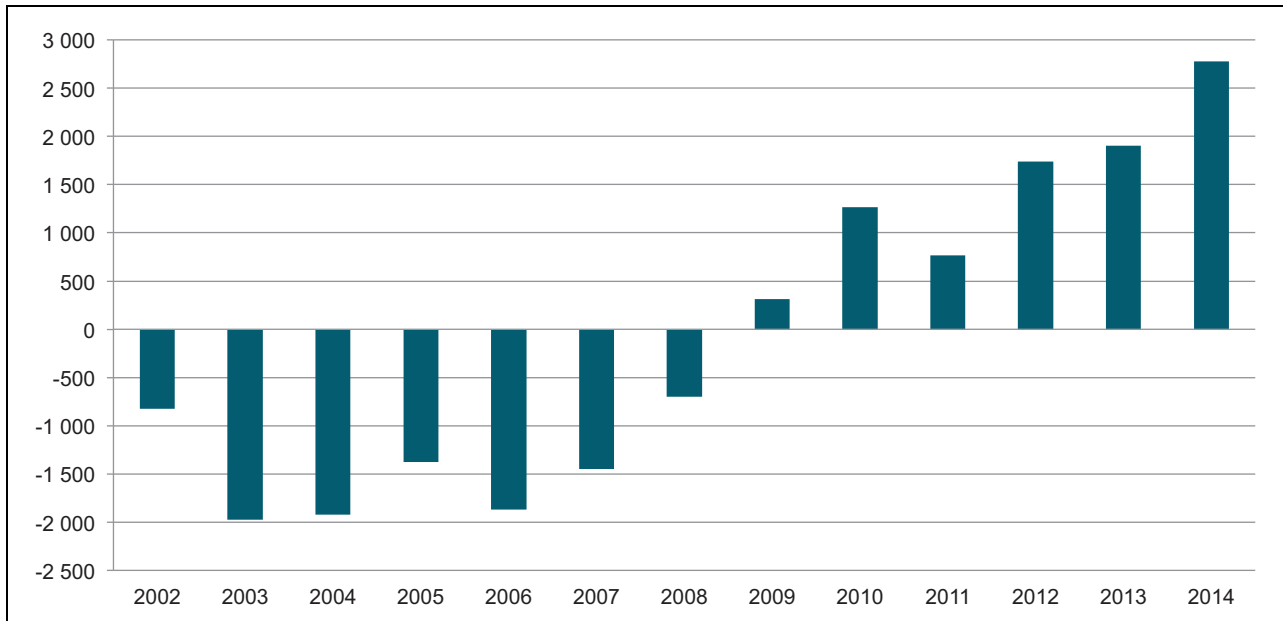
eventuelle endringer i organiseringen av spesialisthelsetjenesten, jf. utvalget som skal utrede den framtidige organiseringen av eierskapet til spesialisthelsetjenesten.

Den største av de aktivitetsbaserte ordningene er innsatsstyrt finansiering (ISF) som omfatter somatisk virksomhet. Systemet innebærer at halvparten av finansieringen avhenger av gjennomført aktivitet, mens den andre halvparten gis som rammetilskudd. I tillegg til ISF-ordningen finnes det aktivitetsbaserte ordninger for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, poliklinisk radiologi, laboratorieanalyser og avtalespesialister.

De eksisterende aktivitetsbaserte ordningene er enten kodeverksbaserte systemer (ISF, poliklinisk radiologi) eller takstsystemer (poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, laboratorieanalyser og avtalespesialister). I de kodeverksbaserte systemene grupperes aktiviteten på en medisinsk og kostnadmessig meningsbærende måte som det så knyttes finansiering til. Generelt innebærer aktivitetsbasert finansiering at innsats av ulike ressurser må kunne telles og tilordnes en aktivitet. Det fordrer gode data for kostnader og aktivitet. Aktivitetsbasert finansiering innebærer videre at den utførte aktiviteten må rapporteres. Det er viktig at dette samtidig ikke innebærer en uforholdsmessig stor rapporteringsbyrde for helsetjenesten.

20.2 Styring og finansiering av investeringer i spesialisthelsetjenesten

Helseforetaksloven § 43 pålegger foretakene å føre regnskap etter regnskapsloven. Hensikten er blant annet at kostnader knyttet til investeringer – kapitalkostnadene – skal framkomme som en årlig kostnad på lik linje med andre kostnadstyper. Etter regnskapslovens prinsipp belaster investeringer og kapitalkostnader regnskapet i hele investeringsens levetid. Videre er periodiseringsprinsippet et grunnleggende prinsipp i regnskapsloven. Regnskapet viser derfor forbruket av ressurser (arbeidskraft, kapital mv) i det enkelte året,



Figur 20.1 Utvikling i korrigert årsresultat 2002–2014¹ (tall i mill. kr)

¹ I perioden fram til 2008 ble helseforetakene styrt mot et korrigert resultatkrav. Underskuddet utover korrigert resultatkrav utgjorde 10,3 mrd. kroner i perioden 2003–2007 som følge av unntak for udekkede regnskapsmessige avskrivninger

Kilde: De regionale helseforetakenes årsregnskaper

Tabell 20.1 Balanseførte verdier for de regionale helseforetakene 2003 og 2014. Foretaksgruppen. (Mill. kr.)

	2003	2014	Endr. 2003–14	Pst. Endr. 2003–14
Helse Sør-Øst	36 913	45 097	8 183	22,2
Helse Vest	12 095	14 445	2 349	19,4
Helse Midt-Norge	9 001	14 094	5 093	56,6
Helse Nord	8 578	10 671	2 094	24,4
Totalt	66 587	84 306	17 719	26,6

Kilde: De regionale helseforetakenes årsregnskaper

uavhengig av når betaling skjer. Regnskapslovens prinsipper skal gi et bedre grunnlag for økonomistyring av virksomheten. Regnskapslovens prinsipper innebærer at prioritering av investeringer, det vil si økt kapital, fordrer positive resultater.

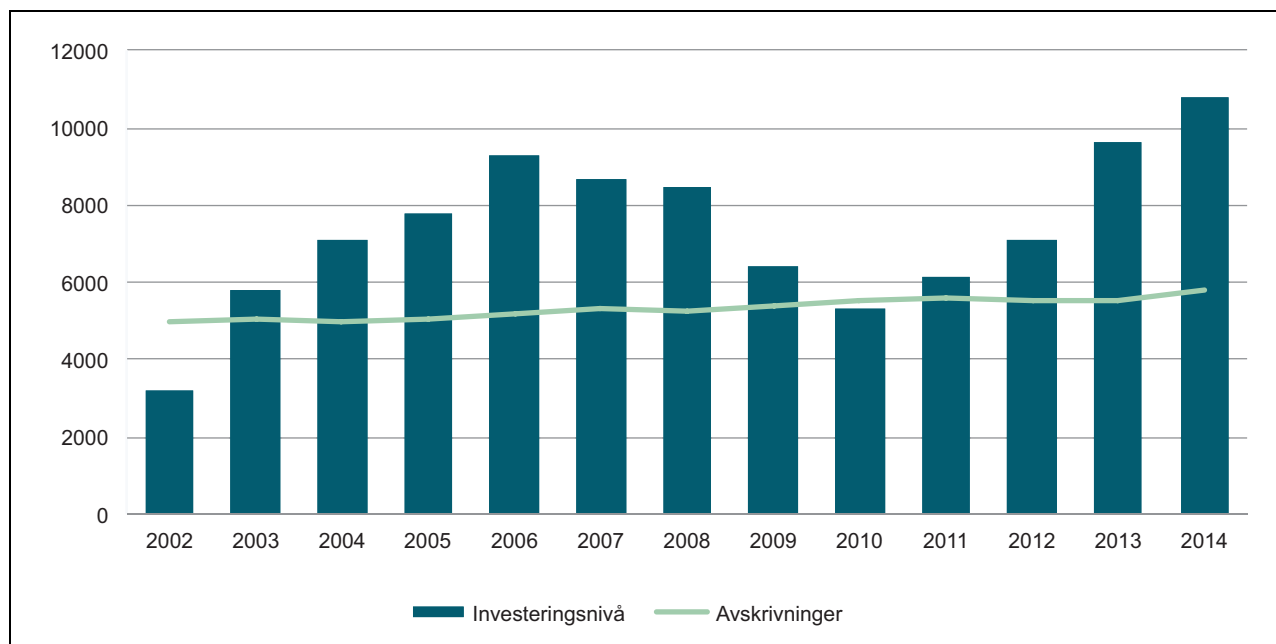
God styring gir rom for prioriteringer

De regionale helseforetakene har ansvar for å gi nødvendige spesialisthelsetjenester innenfor gitte økonomiske rammer. Dette innebærer et helhetlig ansvar for å se ressurser til drift og investeringer i sammenheng.

Styringssystemet innebærer at helseforetakene har ansvar for å prioritere investeringer i

bygg, utstyr eller vedlikehold opp mot annen drift. For å kunne foreta gode prioriteringer er det avgjørende at helseforetakene har god styring og kontroll med ressursbruken.

Kompetanse, kapasitet og ressurser i helseforetakene må styres slik at det kan tilbys nødvendige spesialisthelsetjenester når og der det behøves. God styring og effektive arbeidsprosesser gir både bedre kvalitet og økonomi i spesialisthelsetjenesten. God kontroll med økonomien er en forutsetning for riktige prioriteringer, og legger grunnlaget for en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten. Som figur 20.1 viser har de regionale helseforetakene hatt positive resultater siden 2009.



Figur 20.2 Årlige investeringer i helseforetakene (mill. kroner)

Kilde: De regionale helseforetakenes årsregnskaper

Investeringer i helseforetakene

De regionale helseforetakene har ansvar for å prioritere mellom ulike investeringsprosjekter i regionen, planlegge disse og beslutte igangsetting av enkeltprosjekter.

Etter en viss tid i planleggingen av større investeringsprosjekter skal de regionale helseforetakene legge fram resultater og vurderinger for departementet, sammen med ekstern kvalitetssikring.

De regionale helseforetakenes helhetlige ansvar er understøttet av finansieringssystemet, der bevilgningen overføres som rammetilskudd, ikke som øremerkede tilskudd. Helseforetakene følger regnskapsloven. Basisbevilgningen skal dekke investeringskostnader – avskrivninger – som er investeringskostnaden fordelt på byggenes eller utstyrets levetid. Avskrivningskostnaden, som reflekterer tidligere års investeringer, var om lag 5,8 milliarder kroner i 2015.

Avskrivninger er ikke-betalbare kostnader. Gitt driftsmessig balanse kan disse midlene nyttes til nye investeringer, avdrag på lån, eller sparing til framtidige investeringer. Underskudd i driften reduserer handlingsrommet for nye investeringer. De regionale helseforetakene kan bare ta opp lån i den statlige låneordningen som er etablert. Her er det adgang til å låne opptil 70 prosent av prosjekt-kostnadene. Alle investeringer med en samlet kostnadsramme under 500 millioner kroner, samt utstyrs- og IKT-investeringer, må i sin helhet dek-

kes innenfor foretakenes egne økonomiske rammer, det vil si 100 prosent egenfinansiering.

Helseforetakenes investeringer må tilpasses framtidige kjente inntektsrammer. Styringssystemet innebærer at de må ha økonomisk handlingsrom og likviditet til å håndtere selve investeringen. Når bygget er ferdigstilt skal helseforetakene håndtere kostnadene innenfor ordinære bevilgninger. Dette følger av krav til økonomisk bæreevne. Hvis helseforetakene har økonomi til å bære investeringen på sikt, kan investeringen gjennomføres. God kontroll med økonomien er en forutsetning for riktige prioriteringer og legger grunnlaget for en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten.

Helseforetakene overtok bygg og utstyr av varierende kvalitet da staten tok over sykehusene i 2002. Verdien av helseforetakenes eiendeler ble den gang verdsatt til 66 milliarder kroner. Fram til 2014 er det investert for 95,7 milliarder kroner i helseforetakene. Bygg og utstyr har nå en verdi på 84,3 milliarder kroner.

I perioden 2002–2014 er det gjennomsnittlig investert for 7 milliarder kroner årlig. Samtidig har ikke avskrivningskostnadene økt i særlig grad. Dette skyldes både at bygg og utstyr er gammelt og er blitt ferdig nedskrevet i perioden, og at investeringer som er under gjennomføring nå kun er balanseført i regnskapene under «anlegg under utførelse». Avskrivningskostnader framkommer ikke før bygget er ferdigstilt.

Tabell 20.2 Tilstandsgrad ved norske sykehus

RHF	Samlet vurdert areal [m ²]	Vektet tilstandsgrad
Helse Sør-Øst	2 532 185	1,5
Helse Vest	794 988	1,6
Helse Midt	702 218	1,4
Helse Nord	454 038	1,6
Samlet	4 483 429	1,5

Kilde: Multiconsult

Fram til 2008 ga helseforetakenes inntekter kun rom for å oppgradere to tredeler av bygningsmassen. I 2008 ble det gitt en permanent årlig bevilgningsøkning på 1,67 milliarder kroner som la til rette for at hele bygningsmassen kunne reanskaffes og holdes ved like.

Når det i perioden fram til 2008 var et relativt høyt investeringsnivå, kan dette knyttes til gjennomføring av de to store sykehusutbyggingene St.Olavs Hospital og Akershus universitetssykehus. Dette ble muliggjort gjennom særskilte investeringstilskudd og låneopptak.

Selv om det er investert betydelige midler i norske sykehus, er det fremdeles oppgraderingsbehov. Helseforetakene har gjennom Multiconsult registrert tilstandsnivå og oppgraderingsbehov for sine sykehusbygg. Registreringen av tilstand gjøres i henhold til Norsk Standard (NS 3424), på en skal fra 0 til 3, der 0 og 1 er «godkjent» mens 2

og 3 tilsier behov for vedlikeholdstiltak. Målet for en tilfredsstillende bygningsmessig tilstandsgrad er cirka 1,0–1,2. Gjennomsnittet for helseforetakene er 1,5. Det betyr at vi har både moderne sykehusbygg og sykehus som krever betydelige oppgraderinger.

Tallene i tabell 20.2 utgjør om lag 90 prosent av spesialisthelsetjenestens bygningsmasse og indikerer tekniske og bygningsmessige oppgraderingsbehov på 35–45 milliarder kroner. Samtidig endres arealbehovene med endrede behandlingsmetoder. Noe skal vedlikeholdes og oppgraderes, mens noe ikke er egnet for moderne sykehusvirksomhet og skal erstattes med nybygg. Videre innebærer ny medisinsk teknologi og behov for nye IKT-systemer at samlede investeringsplaner og behov ligger over oppgraderingsbehovet på 35–45 milliarder kroner.

21 Helseregionenes planer og strategier

De fire regionale helseforetakene skal sørge for gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen. Sykehusene i helseregionene er organisert i 20 helseforetak, som gjerne består av flere sykehus. I 2015 har vi 51 somatiske sykehus med akuttfunksjoner i Norge.

Boks 21.1 De regionale helseforetakene

- Helse Nord RHF har befolkningsansvar for om lag 480 000 innbyggere for Finnmark, Troms, Nordland og Svalbard med helseforetakene Finnmarksykehuset, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset og Sykehusapotek Nord.
- Helse Midt-Norge RHF har befolkningsansvar for om lag 700 000 innbyggere for Møre og Romsdal og Sør- og Nord-Trøndelag med helseforetakene Helse Møre og Romsdal, St Olavs Hospital, Helse Nord-Trøndelag og Sykehusapotekene i Midt-Norge.
- Helse Vest RHF har befolkningsansvar for om lag 1,1 millioner innbyggere for Rogaland, Hordland og Sogn og Fjordane med helseforetakene Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest.
- Helse Sør-Øst RHF har befolkningsansvar for om lag 2,9 millioner innbygger for Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder med helseforetakene Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Sunnaas sykehus, Sykehuset Vestfold, Sykehuset Innlandet, Sykehuset Telemark, Sykehuset Østfold, Sørlandet sykehus, Vestre Viken, Sykehusapotekene og Sykehuspartner

21.1 Overordnede krav om planer og rapportering

Det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten skal gi grunnlag for bedre nasjonal og regional styring av den offentlige ressursbruken mot prioriterte helsepolitiske mål. De regionale helseforetakene skal hvert år utarbeide en melding som skal inneholde rapportering fra tidligere år, og en plan for kommende år som viser hva som vil bli hovedtrekkene i virksomhetenes framtidige drift innenfor foreliggende rammebetingelser.

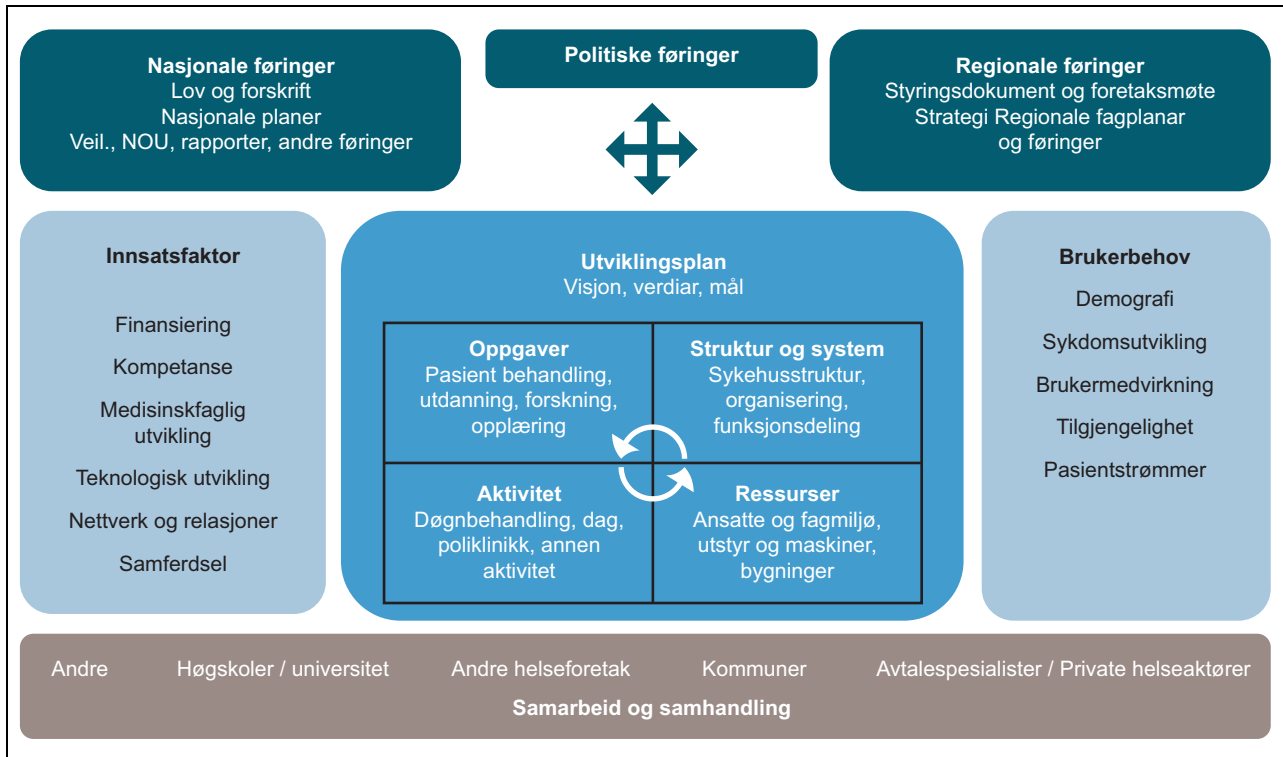
Plandokumentet skal beskrive forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og vise behovet for utvikling, investering og endring av tjenesten og driften. Materialet inngår i premissene for departementets arbeid med det enkelte års forslag til statsbudsjett. Stortingets budsjettvedtak med premisser danner grunnlaget for departementets styring overfor de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene har ansvar for å gjennomføre den nasjonale helsepolitikken i tråd med nasjonale føringer. De har utarbeidet strategidokumenter med visjoner og mål, strategier og overordnede planer for utvikling av regionens tjenestetilbud, som blant annet hensyntar demografisk utvikling, sykdomsutvikling, fordeling av oppgaver mellom helseforetakene og samlet kapasitetsbehov. Prioriteringer skjer gjennom arbeid med og rullering av økonomisk langtidspan og årlige budsjetter.

De regionale helseforetakene utarbeider hvert år økonomisk langtidspan og budsjetter for kommende 4–5-årsperiode, basert på nasjonale og regionale føringer og innspill fra helseforetakene. Helseforetakene utarbeider egne økonomiske langtidspaner og budsjetter innenfor rammene som det regionale helseforetaket har satt.

21.2 Utviklingsplaner for helseforetakene

Helseforetakene skal ha en overordnet plan som grunnlag for å gjennomføre endringer og



Figur 21.1 Illustrasjon utviklingsplan

Kilde: Utviklingsplan Helse Møre og Romsdal

utviklingstiltak. Vesentlige tiltak kan ikke gjennomføres før det er satt inn i en slik utviklingsplan og vedtatt i tråd med gjeldende beslutningsprosedyrer. Utviklingsplanen er en operasjonalisering av overordnede planer og strategier, og skal gi et framtidsbilde av utviklingen for helseforetakets virksomhet og bygninger. Det er fastsatt retningslinjer for utviklingsplaner i veileder for *tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter*.

Det kan gjennomføres utviklingsplaner for helseforetak som et samarbeid mellom helseforetak, og for hele helseforetaksgruppen i regionen.

Hovedelementet i utviklingsplanen skal være virksomhetsdelen. Denne beskriver status for helseforetakets aktivitet og virksomhet, og gir grunnlag for å beskrive endringer i virksomheten og tallfeste det framtidige aktivitetsnivået og kapasitetsbehovet. Virksomhetsdelen av utviklingsplanen viser mulige endringer i oppgavefordeling og sykehusstruktur, aktivitet, kapasitetsbehov, organisering og driftsøkonomi, mulige konsekvenser av slike endringer og alternative løsninger.

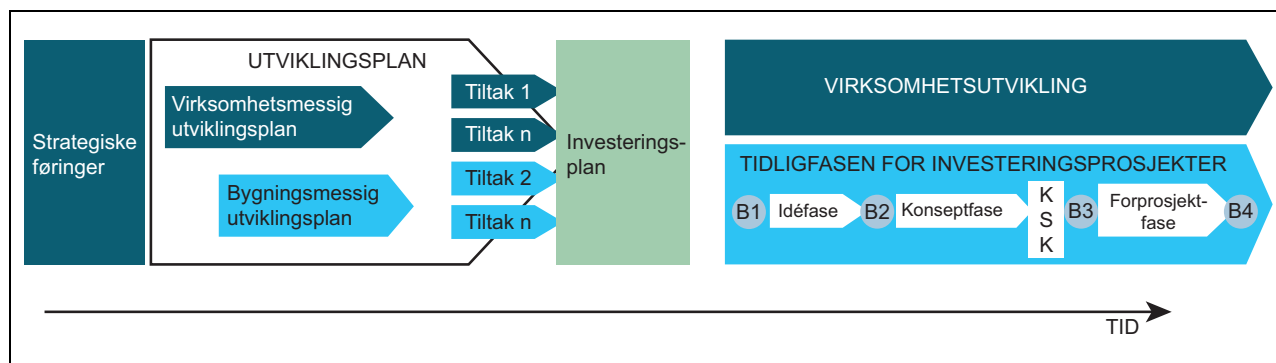
Det vil være behov for en samlet plan for utvikling av regionens tjenestetilbud. En slik regional utviklingsplan må fange opp samlet demografisk

utvikling, sykdomsutvikling, fordeling av oppgaver mellom helseforetakene og samlet kapasitetsbehov.

Den bygningsmessige delen av utviklingsplanen skal bygge på virksomhetsdelen av planen, og være underordnet denne. Den bør dokumentere status for dagens bygg med hensyn til teknisk tilstand, egnethet og muligheter og begrensninger for framtidig bruk.

Planen bør vise hvordan bygningsmassen kan utvikles for å kunne bidra til effektiv drift, slik dette er beskrevet i virksomhetsdelen av planen, og hvordan ivareta krav til miljø og andre samfunnskrav. Planen bør vise krav til dimensjonering og beskrive kapasitetsbehov for viktige funksjonsområder. Den bør også beskrive mulige, alternative løsninger på et overordnet nivå, hvilke tiltak som kreves og tilhørende investeringsbehov.

Planperspektivet for en utviklingsplan vil kunne være cirka 15 år, men med scenarier som går ut over dette tidsperspektivet. Utviklingsplaner er et viktig grunnlag for å styre og samordne utviklingen av virksomheten og bygningsmassen, og må ajourføres i takt med endringer i forutsetninger og overordnede planer og strategier.



Figur 21.2 Styringssystemet innebærer følgende prosess knyttet til utvikling av tjenestetilbudet og planlegging av investeringsprosjekter.

Kilde: Veileder Tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter. Helsedirektoratet

21.3 Økonomiske langtidsplaner

De regionale helseforetakene utarbeider økonomisk langtidsplan (budsjetter) hvert år for kommende 4–5-årsperiode. Langtidsplaner utarbeides med bakgrunn i overordnede føringer, utviklings- og investeringsplaner og innspill fra helseforetakene.

Langtidsplanene tar hensyn til hvordan befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, utvikling i medisinsk teknologi og befolkningens forventninger til helsetjenestene vil påvirke behov og etterspørsel etter helsetjenester. Videre gjøres det prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, bygg, utstyr, IKT og andre innsatsfaktorer, og om hvordan helseforetakene kan tilpasse virksomheten for å møte utfordringene innenfor gjeldende økonomiske rammer.

De regionale helseforetakene behandlet de siste økonomiske langtidsplanene i juni 2015. Samlet for alle helseregionene planlegges det investeringer for nærmere 40 milliarder kroner i perioden 2016–2019 jf. tabell 21.1.

Planene forutsetter årlige effektiviseringskrav i helseforetakene og god økonomisk kontroll. Eventuelle budsjettoverskridelser medfører utsettelse av nye investeringer og redusert handlingsrom. Investeringsplanene innebærer en prioritering av kapital framover og forutsetter resultatutvikling som vist i tabell 21.2.

Nedenfor følger oversikt over de regionale helseforetakenes investeringsprosjekter over 500 millioner kroner som er under gjennomføring og/eller planlegges igangsatt i perioden 2016–2019, i henhold til de regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner. Verken departementet eller regjeringen har tatt stilling til investeringsnivået eller investeringsbehovet samlet eller fordelt på helseregionene. Prosjektene som er listet opp krever i tillegg til effektivisering og økonomisk kontroll, også statlige investeringslån. Igangsetting av konkrete prosjekter som forutsetter investeringslån må vurderes i de årlige budsjettprioriteringene.

Tabell 21.1 Helseforetakenes investeringsplaner i perioden 2016 til 2019

	2016	2017	2018	2019
Prosjekter og bygningsmessige investeringer over 500 mill kr.	2 776	2 707	5352	6 634
Øvrige bygningsmessige investeringer	1 987	1 813	1638	1 372
Sum bygg	4 763	4 520	6990	8 006
Medisinsk teknisk utstyr	1 479	1 467	1 410	1 567
IKT	1 989	1 758	1 662	1 816
Annet (ambulanser, egenkapitaltilskudd mv.)	496	496	733	674
Sum totale investeringer	8 727	8 241	10 796	12 063

Kilde: De regionale helseforetakenes økonomirapportering (ØBAK)

Tabell 21.2 Forutsatt resultatutvikling økonomiplan 2016–2019 i mill. kroner.

	2016	2017	2018	2019
Helse Sør-Øst	746	1 075	1 375	1 516
Helse Vest	357	439	458	473
Helse Midt-Norge	314	459	633	887
Helse Nord	496	446	430	350
Sum	1 913	2 419	2 896	3 226

Kilde: De regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner

Helse Sør-Øst RHF

Prosjekter under gjennomføring:

- Sykehuset Østfold HF: nytt Østfoldsykehus ferdigstilles etter planen
- Oslo universitetssykehus HF: ferdigstilling av samlokalisering fase 1
- Sykehuset i Vestfold HF: Tønsbergprosjektet
- Digital fornying: videreføring av regional satsing, hvor omfanget vurderes på bakgrunn av gjennomføringsstrategi og tilgjengelig likviditet.

Prosjekter under planlegging:

- Oslo universitetssykehus HF: vedlikeholdsinvesteringer
- Vestre Viken HF: nytt sykehus i Drammen
- Sørlandet sykehus HF: oppføring av nytt psykiatribygg
- Sykehuset Telemark HF: byggeprosjekt
- Oslo universitetssykehus HF: nybygg trinn 1

Helse Vest RHF

Prosjekter under gjennomføring:

- Helse Bergen HF: nytt sykehus for barn og unge, fase 1 og 2

Prosjekter under planlegging:

- Helse Stavanger HF: sykehusutbygging i Helse Stavanger
- Helse Førde HF: arealplan Førde sentralsykehus – bygg somatikk
- Helse Fonna HF: nybygg/påbygging av eksisterende sykehus

Helse Midt-Norge RHF

Prosjekter under planlegging:

- Helse Møre og Romsdal HF: nytt sykehus i Helse Møre og Romsdal

Helse Nord RHF

Prosjekter under gjennomføring:

- Nordlandssykehuset HF: oppgradering og modernisering av sykehuset i Bodø
- Universitetssykehuset i Nord Norge HF: ny A-fløy
- Finnmarkssykehuset HF: nytt sykehus i Kirkenes
- Universitetssykehuset i Nord-Norge: PET-senter

Prosjekter under planlegging:

- Nordlandssykehuset HF: oppgradering og modernisering av sykehuset i Bodø
- Universitetssykehuset i Nord Norge HF: nytt sykehus i Narvik
- Finnmarkssykehuset HF: nytt sykehus i Hammerfest
- Helgelandssykehuset HF: utvikling av Helgelandssykehuset

Partikkelterapi og protonbehandling

Det er igangsatt et felles arbeid mellom de regionale helseforetakene for etablering av partikkelterapi som behandlingstilbud i Norge.

Medisinsk-teknisk utstyr

En kartlegging av utvalgte typer utstyr ved landets sykehus i 2014 viser behov for prioritering av utstyrsinvesteringer jf. tabell 21.3. Samlet for landet planlegges det investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for ca. 1,5 milliarder kroner årlig i planperioden. Samtidig er det utfordringer knyttet til å prioritere mellom utskifting og nyinvesteringer. Særlig har stråleterapimaskiner høy gjennomsnittsalder. Det er planlagt omfattende utskiftninger av stråleterapimaskiner, CT og MR framover, noe som vil føre til at gjennomsnittsalderen reduseres. Gjennomføring av ønskede og planlagte

Tabell 21.3 Oversikt over enkelte utstyrstyper i RHF (Mill. kroner)

					Planlagte maskinkjøp 2014–2015			Planlagte maskinkjøp 2016–2019					
					Som medfører			Som medfører					
	Antall enhe- ter pr 31.12. 2013	Bok- ført verdi 31.12. 2013	For- ventet restle- vetid	Gjen- nom- snitts- alder	Antall maski- ner	Økt mas- kin- park	Utskif- ting av utstyr	Antall mas- kiner	Økt mas- kin- park	Utskif- ting av utstyr	Totalt kjøp i perio- den 2014– 2019	Nypris pr stk i dag	For- ventet levetid
CT	86	379	4,5	5,4	22	9	13	40	6	34	62	10–15	10
MR	40	285	4,3	6,7	12	1	11	17	–	17	29	15–20	9–11
Stråle- terapi- maskiner	6	65	4,1	8,5	2	2	–	3	3	–	5	25–30	10–13
PET- CT	1	20	6,0	4,0	–	–	–	2	2	–	2	20–25	10
PET-MR	36	130	0	2	13	3	10	12	2	10	25	25	10

Kilde: Regionale helseforetak

utstyrsinvesteringer avhenger av god styring og kontroll med økonomien.

IKT

Utvikling av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i spesialisthelsetjenesten går raskt. IKT har bidratt til store endringer. Informasjonshåndtering og arbeidsrutiner har gått fra å være nesten bare papirbasert og preget av manuelle rutiner, til å bli stadig mer digitalisert og automatisert.

Status og planer i regionene

IKT-området har gjennomgått en omfattende utvikling det siste tiåret og alle helseregionene har planer for videre utvikling og fornyelser av teknologiske løsninger. Helseforetakenes investeringsplaner omfatter over 7,2 milliarder kroner til IKT i perioden 2016 til 2019.

Helse Sør-Øst har i tråd med sin IKT-strategi og handlingsplan fra 2012 og programmet Digital fornying, innført felles pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal ved Oslo universitetssykehus. Alle helseforetakene i regionen benytter nå samme system. Det utvikles også regionale løsninger for radiologi, laboratorietjenester og kurve¹, og medikamentell kreftbehandling ved noen av de største helseforetakene, som grunnlag for felles løsninger på sikt. Helse Sør-Øst har også kommet langt på utbredelse av samhandlingsløsninger. I 2015 vil kjernejournal og e-resept pilote-

res, og pasientrettede tjenester som MinJournal skal utbreddes i samarbeid med helsenorger.no. Det er blitt felles lønns- og personalsystem for hele regionen, og regional økonomi- og logistikk-løsning er så langt implementert ved Sykehuset Østfold HF, Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF. Innenfor programmet Digital fornying gjennomfører Helse Sør-Øst også en omfattende modernisering av sin IKT-infrastruktur fram mot 2020.

Helse Vest ligger i front når det gjelder IKT. Mange av de viktige systemene for styring og støttefunksjoner er innført, som felles elektronisk pasientjournal (EPJ), e-resept, og systemer innenfor økonomi og personalforvaltning. Helse Vest har samlet databasene til én database for elektronisk pasientjournal, anskaffet felles system for kurve og legemiddelhandtering, digitalt mediearkiv for samling av all billedlagring, og inkludert PACS som er en radiologisk billedatabase. Helse Vest har implementert kjernejournal og eResept i alle helseforetakene, og gjort tiltak for deling av pasientopplysninger på tvers av enheter og behandlingsnivåer. Vestlandspasienten.no gir pasientene oversikt over timeavtaler og status på henvisning, og vil bli benyttet til digital dialog med pasientene.

¹ Elektronisk kurve er en visuell framstilling av all klinisk informasjon om den enkelte pasient langs en tidsakse. Her registreres også informasjon som er relevant i pasientbehandlingen, for eksempel håndtering av medikamenter og registrering av ulike typer målinger.

Helse Midt-Norges pasientadministrative systemer (PAS), laboratoriesystemer og elektronisk pasientjournal (EPJ) er å betrakte som gamle. Alle systemene er planlagt skiftet ut. Helse Midt-Norge planlegger å gjennomføre anskaffelse av ny EPJ og PAS i perioden 2015–2021. Regionen utvikler også verktøy for standardiserte pasientforløp, digital lagring, kommunikasjon og presentasjon av medisinske bilder, IKT-støtte i akuttmedisinsk kjede, interaktiv henvisning og rekvisisjon for primærhelsetjenesten, e-resept og kjernejournal og pasient- og publikumstjenester. Standardiserte systemer for økonomi og logistikk er under innføring.

Helse Nord innfører felles administrative og kliniske systemer for regionen. Felles innføring av kliniske systemer (FIKS) skal etter planen ferdigstilles i 2016 og omfatter somatikk, psykisk helsevern, laboratoriefag og røntgen. Det planlegges også felles system for kurve og legemiddelhåndtering. Helse Nord har lang tradisjon for elektronisk samhandling mellom sykehus og fastleger, nå også med kommunene i regionen gjennom prosjektet FUNNKe, som er elektronisk meldingsutveksling mellom helseforetak og kommuner. Det foregår også en rekke mindre prosjekter for å modernisere informasjonssystemene i regionen. Helse Nord har under pilotering å gi pasientene tilgang til egen journal. Planen er full utbredelse i regionen i desember 2015. Sterk strategisk satsning på pasientrettede tjenester er godt forankret i styret, regionale brukerutvalg, konserntillitsvalgte og helseforetakene.

Spesialisthelsetjenesten samarbeider med kommunene, Helsedirektoratet og andre aktører om hvordan visjonen én innbygger – én journal kan realiseres. Målet er at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger gjennom hele behandlingsforløpet, at det skal bli enklere for pasienten å få kontakt med helsetjenesten og delta i utforming av eget tjenestetilbud, og at helsedata og statistikk gjøres tilgjengelig til kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.

Økt fleksibilitet

Det er ikke alltid hensiktsmessig å eie, noen ganger er det mer fornuftig å leie. Helseforetakene har god økonomisk styring og kontroll og har fått større handlingsrom til å leie bygg og utstyr. Det er helseforetakene selv som har den beste kompetansen i valget mellom å eie eller å leie innenfor gitte økonomiske rammer.

Helseforetakene har leieavtaler for PCer, kontorutstyr, sykehotell, ambulansestasjoner mv. Noen ganger kan det også være hensiktsmessig å leie bygninger. Vedtektene er endret slik at helseforetakene er gitt større fleksibilitet til å velge om de vil leie eller eie. Dette gjelder også mulighet til offentlig privat samarbeid (OPS). Avtaler utover 100 millioner kroner må godkjennes av statsråden i foretaksmøte.

22 Økonomiske og administrative konsekvenser

Nasjonal helse- og sykehusplan gir føringer for utviklingen i spesialisthelsetjenesten i perioden 2016–2019. Det er i Del 2 redegjort for regjeringens overordnede mål og tiltak for de kommende årene. Økte behov som følge av befolkningsutvikling, endring i sykdomsbildet og den medisinske utviklingen må møtes med effektivisering, fornying og forenkling i måten vi organiserer tjenesten på. I denne planperioden vil regjeringen prioritere tiltak på følgende områder: styrke pasienten, prioritere tilbudet i psykisk helse og rusbehandling, fornye, forenkle og forbedre, bedre personalplanlegging i sykehusene, bedre kvalitet og pasientsikkerhet, bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus og styrke de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Konkrete forslag til bevilgningsøkninger innenfor spesialisthelsetjenesten vil, som på andre områder, være avhengig av handlingsrommet i budsjettpolitikken og regjeringens prioriteringer.

Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus i framtiden

Nasjonal helse- og sykehusplan vil gi de viktigste føringene for de regionale helseforetakene og helseforetakenes arbeid med å sikre bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus i framtiden. Strategier og planer må oppdateres for å sikre god kvalitet i tjenesten, i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan og andre nasjonale og regionale føringer. Det må gjøres prioriteringer som sikrer en best mulig bruk av tilgjengelige økonomiske ressurser for hele befolkningen i et helseforetaks ansvarsområde. Nødvendige omstillinger knyttet til *prinsipper for bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus* må gjennomføres innenfor de økonomiske rammene som til enhver tid gjelder for de regionale helseforetakene. Hvor raskt tiltak kan eller bør gjennomføres avhenger også av den bemanningsmessige situasjonen, bygningsmassens tilstand, den økonomiske situasjonen og samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sykehusene. Det skal utarbeides en veileder og krav til ekstern kvalitetssikring av helseforetakenes utviklingsplaner.

Kostnadene ved dette må dekkes innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Innføring av nasjonale kvalitetskrav/anbefalinger på utvalgte fagområder i sykehus

Modellen vil medføre begrensede økonomiske, organisatoriske og administrative konsekvenser, siden den tar utgangspunkt i eksisterende strukturer, instanser og kompetanse. Pasientbehandling og drift av nasjonale og eventuelt framtidige regionale behandlingstjenester finansieres gjennom basisbevilgningene til de regionale helseforetakene. I dagens system bør helsetjenesten følge opp nasjonale normerende faglige retningslinjer. Det antas derfor ikke at implementering av kvalitetskrav/anbefalinger vil kreve vesentlige økte ressurser fra helsetjenesten. I tillegg vil sterkere styring av kvalitet og oppgavefordeling virke besparende, ved at oppretting av tjenestetilbud reguleres nasjonalt, og etablering av unødvendige behandlingstilbud unngås. Modellen bygger på systemet for Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten som forvaltes av Helsedirektoratet. Samtidig vil modellen kreve en utvidelse av kapasiteten i dette systemet. Budsjettmessige konsekvenser for Helsedirektoratet vil følges opp i den ordinære budsjettprosessen.

Endringer i legenes spesialistutdanning – ny spesialitet for leger i sykehusenes akuttmottak

Ny organisatorisk modell er lagt fram i budsjettproposisjonen. Det er lagt vekt på å styrke utdanningen i praksisfeltet og at modellen skal være i tråd med de ulike aktørenes ordinære oppgaver. Helsedirektoratet skal ivareta myndighetsoppgavene, blant annet beslutte læringsmål for legespesialitetene, herunder for ny spesialitet rettet mot akuttmottakene. De store universitetssykehusene (regionsykehusene) skal på oppdrag fra regionale helseforetak ivareta det operative ansvaret for utdanningsaktiviteter, og sykehusene samlet skal legge opp til helhetlige og effektive utdanningsløp.

Nasjonalt system med kvalitetssertifisering av sykehusene

Sertifisering av sykehusenes styrings- og kvalitetssystemer vil ha administrative konsekvenser for helseforetakene. Samtidig er sykehusene allerede i dag pålagt disse dokumentasjonskravene i gjeldende internkontrollforskrift. Budsjettmessige konsekvenser vil følges opp i den ordinære budsjettprosessen etter at utredningen av de ulike sertifiseringsordningene foreligger.

Tiltakene som er omtalt ovenfor vil styrke Helse- og omsorgsdepartementets rolle som myndighetsorgan. Felles for tiltakene er at departementet må øke sin kompetanse og/eller øke sin kapasitet på utvalgte områder. I lys av det videre utrednings- og imple-

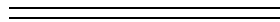
menteringsarbeidet vil budsjettmessige konsekvenser følges opp i den ordinære budsjettprosessen.

Evt økonomiske konsekvenser av øvrige tiltak vil følges opp i de ordinære budsjettprosessene og konkrete prioriteringer vil bli fremmet for Stortinget i de årlige budsjettprosessene.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 20. november 2015 om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) blir sendt Stortinget.



Bestilling av publikasjoner

Offentlige institusjoner:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

Internett: www.publikasjoner.dep.no

E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Privat sektor:

Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub

E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon: Linda Astor/Grafisk form AS

Trykk: 07 Aurskog AS – 11/2015

