



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 9

(2023–2024)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027

Vår felles helsetjeneste





DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 9

(2023–2024)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027

Vår felles helsetjeneste

Innhold

1	Vår felles helsetjeneste	7	3.2.2	Læring og mestring for å ivareta egen helse	27
1.1	Regjeringens overordnede mål	7			
1.2	Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027	8	3.2.3	Gjøre det enklere å være pasient, bruker og pårørende gjennom digitale løsninger	29
1.3	Sammendrag	9			
1.4	Tilgrensende meldinger og utredninger	10	3.3	Habilitering og rehabilitering	30
1.5	Arbeidet med stortingsmeldingen	12	3.3.1	Organisering av habilitering og rehabilitering	31
			3.3.2	Ansvar og oppgavedeling	32
			3.3.3	Videreutvikling av habilitering og rehabilitering	33
2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter i helse- og omsorgstjenesten	13	3.3.4	Habiliteringstjenestene	35
2.1	Utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenesten	13	3.4	Kvinnehelse	36
2.2	Hovedutfordringer for helse- og omsorgstjenesten	16	3.4.1	Likeverdig tilgang til helse-tjenester	36
2.2.1	Mangel på personell	16	3.4.2	Kvinnerns psykiske helse	36
2.2.2	For dårlig sammenheng mellom tjenestene	17	3.4.3	Tiltak mot vold og overgrep	37
2.2.3	Likeverdig tilgang til helse-tjenester	18	3.4.4	Kvinnerns helse i dag	37
2.3	Regjeringens hovedgrep for en framtidsrettet helse- og omsorgstjeneste	18	3.4.5	Behov for et helhetlig løft for kvinnehelse	38
2.3.1	Rekruttere og beholde personell ..	19	3.5	Arbeid og helse	38
2.3.2	Endring av finansieringsordningene	19	3.5.1	Inkludere flere i arbeid	39
2.3.3	Utprøving og innføring av nye organiseringsformer	20	3.5.2	Styrke og samordne kompetanse og kvalitet	40
2.3.4	Ny strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenestene	20			
2.3.5	Forenkle og tydeliggjøre regelverket for å understøtte vår felles helsetjeneste	21	4	Gode pasientforløp og likeverdig tilgang på tjenester	41
2.3.6	En attraktiv og framtidsrettet allmennlegetjeneste	21	4.1	Gode tjenester der folk bor	42
3	En helse- og omsorgstjeneste som fremmer forebygging og mestring	23	4.1.1	En framtidsrettet allmennlegetjeneste	42
3.1	En forebyggende helse- og omsorgstjeneste	24	4.1.2	Interkommunalt samarbeid om helse- og omsorgstjenester	44
3.1.1	Hva hindrer tjenestene i å jobbe forebyggende?	25	4.1.3	Desentraliserte og utadvendte spesialisthelsetjenester	46
3.1.2	Tiltak for en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste	25	4.1.4	Samløkalisering av helse- og omsorgstjenestetilbud	49
3.2	Støtte pasienter, brukere og pårørende til å ivareta egen helse	27	4.1.5	En sammenhengende akuttmedisinsk kjede	50
3.2.1	Øke helsekompetansen i befolkningen	27	4.2	Sammenhengende tjenester	51
			4.2.1	Nye organiseringsformer for bedre sammenheng i tjenestene ..	51
			4.2.2	Gode pasientforløp med trygge overganger	52
			4.2.3	Utskrivningsprosessen	54
			4.2.4	Koordineringsordninger	55
			4.2.5	En helhetlig plan for barnepalliasjon	57
			4.3	Helsefellesskap – fra ord til handling	59

4.3.1	Ny samarbeidsavtale mellom regjeringen og KS om helsefelleskap	60	5.4.8	Legers spesialisering	88
4.3.2	Finansiering som understøtter gode pasientforløp	60	5.4.9	Spesialutdanning og mulig offentlig spesialistgodkjenning av nye grupper	90
4.3.3	Bedre felles planlegging	62	6	En kunnskapsbasert og godt ledet tjeneste med god kvalitet og pasient- og brukersikkerhet	92
4.4	Prioriterte pasientgrupper for samarbeid i helsefelleskapene	62	6.1	Oppfølging av Varselutvalget	93
4.4.1	Barn og unge	62	6.2	Hva er god kvalitet og pasient- og brukersikkerhet?	93
4.4.2	Personer med flere kroniske tilstander	63	6.3	Visjon og mål for bedre pasient- og brukersikkerhet	94
4.4.3	Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer ...	64	6.4	Nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient- og bruker-sikkerhet	95
4.4.4	Eldre med skrøpeligheit	65	6.4.1	Virkemidler	96
5	God bruk av personell og kompetanse	67	6.4.2	Prioriterte nasjonale innsats-områder 2024–2028	99
5.1	Behovsanalyser og utredning av konsekvenser for personell-behov	70	6.5	Kunnskapsstøtte	101
5.2	Den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal være et attraktivt arbeidssted	70	6.5.1	Kunnskap om, i og med kommunale helse- og omsorgstjenester	101
5.2.1	Arbeidstidsbestemmelser	71	6.5.2	Bedre bruk av kompetansesentre, kompetansetjenester og nettverk	102
5.2.2	Arbeidsmiljøet	71	6.5.3	Implementeringsforskning	103
5.2.3	Tillit til fagfolkene og reduksjon i unødvendig rapportering	74	7	En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg	105
5.2.4	Ledelse	76	7.1	Status og utfordringer	106
5.2.5	Gode digitale løsninger og infrastruktur	77	7.2	Et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barsel-tiden	107
5.3	Hensiktsmessig oppgavedeling mellom fagfolk	77	7.2.1	En helhetlig svangerskapsoppfølging	107
5.3.1	Oppgavedeling og å bygge kompetanse nedenfra	78	7.2.2	Følgetjeneste for gravide	109
5.3.2	Fagarbeiderløftet	79	7.2.3	Et faglig forsvarlig og desentralisert fødetilbud	110
5.3.3	Sambruk av personell og kombinerte stillinger	82	7.2.4	Finansiering av fødselsomsorgen	111
5.3.4	Fleksibilitet i kapasitet	83	7.2.5	En god og sammenhengende barselomsorg	112
5.3.5	Personellbesparende innovasjoner	83	7.3	Et bedre tilbud til gravide med behov for ekstra oppfølging	115
5.4	Fagfolk med rett kompetanse	83	7.3.1	Likeverdige helsetjenester til gravide med minoritetsbakgrunn	115
5.4.1	Desentrale utdanningstilbud og dimensjonering	84	7.3.2	Helsekompetanse og kommunikasjon	116
5.4.2	Bedre tilgang på praksisplasser	85	7.4	Bedre bruk av ressurser og personell	116
5.4.3	Kompetanseutvikling i vår felles helsetjeneste	85			
5.4.4	Helsepersonell med utdanning fra utlandet	86			
5.4.5	Personell med generalistkompetanse og breddekompetanse	86			
5.4.6	Fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	87			
5.4.7	Oppfølging av anmodningsvedtak om autorisasjon og spesialistgodkjenning av helsepersonell mv.	87			

7.4.1	Utdanning og kompetanse- utvikling	117	9	Digitalisering i helse- og omsorgstjenesten – raskere gjennomføring og realisering av nytte	137
7.4.2	Jordmødre, helsesykepleiere, leger og spesialistgodkjenning	117			
7.4.3	Heltid, bemanning og arbeids- miljø	117	9.1	En ny strategi for digitalisering i helse- og omsorgstjenesten	138
7.4.4	God oppgavedeling mellom personell	118	9.2	Ansvar og roller i arbeidet med digitalisering	138
7.4.5	Utprøving av nye modeller for sambruk av personell	118	9.3	Helseteknologiordningen skal støtte opp under det lokale ansvaret for digitalisering	140
8	Styring og finansiering av vår felles helsetjeneste	120	9.4	Tilgang til informasjon for personell og pasienter	141
8.1	Den økonomiske situasjonen i kommuner og regionale helseforetak	121	9.4.1	Prioriterte områder for digital samhandling mellom personell	142
8.2	Styring og finansiering av helse- og omsorgstjenester i kommune- sektoren	121	9.4.2	Pasienter og pårørende skal kunne medvirke aktivt i egen helse	144
8.2.1	Prinsipper for styring og finansiering av helse- og omsorgs- tjenester i kommunesektoren	122	9.5	Raskere gjennomføring og realisering av nytte	145
8.2.2	Planlegging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	122	9.5.1	Ta i bruk teknologi raskere	145
8.2.3	Finansiering av allmennle- getjenesten	124	9.5.2	Mer enhetlig bruk av regel- verket	145
8.3	Styring og ansvarsforhold i spesialisthelsetjenesten	124	9.5.3	Finansieringsmodeller for trinnvis utvikling av nasjonale digitale samhandlingsløsninger	146
8.3.1	NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus – Sykehusutvalget	124	9.6	Bedre tilgang til helsedata og bruk av kunstig intelligens	147
8.3.2	Styring, ansvar og roller	125	9.7	Bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten	148
8.3.3	Ivaretagelse av medbestemmelse til den samiske befolkningen	129	10	Effekt og gjennomføring	151
8.4	Finansiering av spesialist- helsetjenesten	129	10.1	Mål og ønskede effekter for pasienter og personell	151
8.4.1	Stabile økonomiske rammer	129	10.2	Forutsetninger for å lykkes med gjennomføringen	153
8.4.2	Forholdet mellom ramme- finansiering og aktivitetsbasert finansiering	130	10.2.1	Tiltakene i meldingen må sees i en større sammenheng	153
8.4.3	Finansiering og planlegging av sykehusbygg	132	10.2.2	Samarbeid med kommunal sektor	154
8.5	Samspill med private aktører	134	10.2.3	Ny organisering av sentral helseforvaltning	155
8.5.1	Nøytral merverdiavgift	134	10.2.4	System for å følge med på kvalitet og måloppnåelse over tid	155
8.5.2	Avtalespesialister	134	10.2.5	Forskningsbasert evaluering av tiltak	157
8.5.3	Ideelle virksomheter	135	10.3	Økonomiske og administrative konsekvenser	157
8.5.4	Private tilbydere uten avtale med det offentlige	135			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 9

(2023–2024)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027

Vår felles helsetjeneste

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 1. mars 2024,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Støre)*

1 Vår felles helsetjeneste

1.1 Regjeringens overordnede mål

Målet med regjeringens helse- og omsorgs-politikk er å skape helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helse- og omsorgstjeneste som yter gode, trygge og likeverdige tjenester i hele landet.

Regjeringen vil ruste vår felles helsetjeneste for fremtiden. Uttrykket «vår felles helsetjeneste» favner hele helse- og omsorgstjenesten – både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

En sterk offentlig helsetjeneste, styrt og finansiert av fellesskapet, er avgjørende for å redusere sosiale og geografiske forskjeller og for å hindre en todeling av helsetjenesten. Den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal sørge for beredskap og tilgang på helsehjelp av god kvalitet ut fra pasientens behov. Fagfolkene i helse- og omsorgstjenesten skal bruke tiden og kompetansen sin på å gi gode tjenester til pasienter og brukere, og på forskning og fagutvikling.

Regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken er:

- God helse og mestring i befolkningen, uavhengig av sosial bakgrunn
- Gode pasientforløp og rask tilgang til tjenester i hele landet
- Helse- og omsorgstjenesten er et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp
- Bærekraftig og rettferdig ressursbruk
- Helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer

Regjeringens politikk for å realisere disse målene presenteres gjennom ulike meldinger. Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* presenterer den samlede innsatsen for å fremme bedre helse og livskvalitet i befolkningen. Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap i en ny tid – Fra pandemi til krig i Europa* gir retningen for framtidens helseberedskap slik at helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer. Nasjonal helse- og samhandlingsplan handler om helse- og omsorgstjenesten som helhet, og er hovedsakelig

rettet mot mål to, tre og fire. Samtidig er en sterk og velfungerende offentlig helse- og omsorgstjeneste viktig for helsetilstanden i befolkningen og en forutsetning for god helseberedskap og krisehåndtering.

1.2 Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027

Regjeringen mener at de største utfordringene for vår felles helsetjeneste er tilgang på nok personell, for dårlig sammenheng mellom tjenestene og likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester.

Tilgang på nok personell med riktig kompetanse i møte med den demografiske utviklingen er den største utfordringen for bærekraften i tjenesten, slik det er beskrevet i NOU 2023: 4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. For at helse- og omsorgstjenesten skal være et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp, må vi legge til rette for at det er nok folk med rett kompetanse. Det innebærer blant annet at de som arbeider i tjenesten får bruke tiden og kompetansen sin på de riktige tingene, at de har gode arbeidsverktøy, muligheter for kompetanse- og karriereutvikling og et godt og trygt arbeidsmiljø.

Det er for mange pasienter og brukere som opplever at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten ikke henger godt nok sammen. Pasienter med store og sammensatte behov og deres pårørende kan oppleve selv å bli koordinatører for helsehjelpen de skal motta. Det må bli enklere for kommuner og sykehus å samarbeide om gode, sammenhengende pasientforløp med utgangspunkt i lokale behov og vurderinger. Knapphet på personell gjør det helt nødvendig å se kompetanse og kapasitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng, og å prøve ut nye arbeidsformer og organisering.

Alle innbyggerne i Norge har rett på likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, kjønn, etnisitet, seksuell orientering, alder og hvor de bor i landet. Vår felles helse- og omsorgstjeneste skal være for alle, og er avgjørende for å redusere sosiale helseforskjeller, og for å opprettholde et godt tjenestetilbud til folk i hele landet. Økt helsekompetanse i befolkningen og tilstrekkelig tilrettelegging i tjenestene er viktig for å sikre at pasienter og brukere får hjelpen de trenger på rett sted til rett tid.

Gjennom Nasjonal helse- og samhandlingsplan presenterer regjeringen seks hovedgrep:

- *Rekruttere og beholde personell med riktig kompetanse* i vår felles helsetjeneste gjennom et fagarbeiderløft, flere LIS1-stillinger, innføring av offentlig, tjenestenær spesialistgodkjenning til flere helsepersonellgrupper, mer vekt på breddekompetanse og å strukturere arbeidet med hensiktsmessig oppgavedeling mellom personellgrupper. Regjeringen vil også at arbeidet med arbeidsmiljø og arbeidsvilkår skal intensiveres.
- *Endre finansieringsordningene* mot mer rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten og bedre rammebetingelser for investeringer i sykehus. Regjeringen vil sikre forutsigbare økonomiske rammebetingelser gjennom bevilgninger som tar hensyn til at vi blir flere og eldre, i tillegg til kompensasjon for lønns- og prisvekst. I beregning av demografikostnader legges det nå til grunn at marginalkostnaden utgjør 100 prosent av gjennomsnittskostnaden. Regjeringen er opptatt av at den faktiske kostnadsveksten knyttet til demografisk utvikling skal dekkes, og vil sørge for oppdaterte beregninger som ivaretar dette. Regjeringen vil gi insentiver til samarbeid mellom kommuner og sykehus for å skape gode pasientforløp og bedre bruk av de samlede ressursene. Regjeringen har innført pasienttilpasset basistilskudd for fastlegene, og vil vurdere økt andel basistilskudd og endringer i aktivitetsbasert finansiering.
- *Prøve ut og innføre nye organiseringsformer* for å skape mer sammenhengende tjenester og bedre bruk av personell, slik som integrerte psykiske helsetilbud for barn og unge, kombinerte stillinger for jordmødre og mer tematisk organisering av psykisk helsevern.
- *Ny strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenestene* hvor gevinster tas ut underveis, tydeliggjøring av aktørenes ansvar for digitalisering, prioritering av digital samhandling og etablering av en helseteknologiordning. Det skal stimulere til lokal gjennomføring av tiltak for en bedre arbeidshverdag for dem som jobber i tjenesten, innføring av personellbesparende digitale løsninger og teknologi, bedre pasientforløp og mer effektiv ressursbruk.
- *Forenkle og tydeliggjøre regelverk* for å gjøre det enklere for fagfolkene å bruke tiden på å hjelpe pasientene og brukerne, dele informasjon og forske. Regjeringen vil blant annet gjennomgå helseforskningsloven, fremme lovforslag om oppfølging av forslag fra Samtykkeutvalget og enkelte av forslagene fra Tvangslovutvalget samt endre dagens varselordning til en melde-

ordning og fremme et høringsnotat med forslag til lovendringer som ledd i oppfølging av Varselutvalgets rapport. Sistnevnte ligger innenfor etableringen av et nytt nasjonalt faglig rammeverk med visjon, mål, virkemidler og nasjonale innsatsområder for bedre pasient- og brukersikkerhet.

- *En attraktiv og framtidsrettet allmennlegetjeneste* med kapasitet, kvalitet og bedre oppfølging av pasienter med sammensatte behov. Regjeringen vil blant annet legge til rette for tverrfaglige fastlegekontorer, større handlingsrom for kommunene, redusere oppgaver og endre kompetansekravene.

Samlet skal disse grepene bidra til en bærekraftig utvikling slik at vår felles helsetjeneste er en attraktiv arbeidsplass for fagfolk, og pasienter fortsatt får tjenester i verdensklasse.

1.3 Sammendrag

Nasjonal helse- og samhandlingsplan er delt inn i ti kapitler.

Kapittel 2 Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter i helse- og omsorgstjenesten presenterer sentrale utviklingstrekk og utdyper de overordnede utfordringene og hovedgrepene i meldingen.

Kapittel 3 En helse- og omsorgstjeneste som fremmer forebygging og mestring presenterer regjeringens tiltak for en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste, tilrettelegging for å mestre egen helse gjennom videreutvikling av lærings- og mestringstilbudet og bedre digitale tjenester, videreutvikling av fagområdene rehabilitering og habilitering, og et forsterket samarbeid mellom arbeids- og velferdssektoren og helsesektoren.

Kapittel 4 Gode pasientforløp og likeverdige tilgang på tjenester handler om hvordan regjeringen vil legge til rette for samarbeid mellom kommuner og sykehus for å skape gode pasientforløp med trygge overganger, særlig for pasienter med store og sammensatte behov. Regjeringen vil legge til rette for gode tjenester der folk bor gjennom interkommunalt samarbeid, en framtidsrettet allmennlegetjeneste og en desentralisert spesialisthelsetjeneste som jobber på nye måter. Regjeringen vil etablere et rekrutterings- og samhandlingstilskudd, prøve ut nye organiseringsformer, evaluere dagens modell for utskrivningsklare pasienter og starte et arbeid for å forenkle de lovregulerte koordineringsordningene.

Kapittel 5 God bruk av personell og kompetanse handler om regjeringens helhetlige innsats innen områdene i) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, ii) oppgavedeling og effektiv organisering og iii) rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling. Regjeringen vil intensivere det systematiske arbeidet for å fremme hensiktsmessig oppgavedeling. Det skal blant annet skje gjennom styrking og utvidelse av Tørn-programmet til hele tjenesten, initiering av et fagarbeiderløft, tilrettelegging for økt antall LIS1-stillinger, samt breddekompetanse i ulike personellgrupper, blant annet som en del av legenes spesialistutdanning, og utrede og etablere spesialistgodkjenning for flere helsepersonellgrupper.

Kapittel 6 En kunnskapsbasert og godt ledet tjeneste med god kvalitet og pasient- og brukersikkerhet presenterer regjeringens nasjonale faglige rammeverk for arbeidet med pasient- og brukersikkerhet med prioriterte innsatsområder. Rammeverket skal legge til rette for systematisk læring og forbedring i tråd med Varselutvalgets rapport «Fra varsel til læring og forbedring». Målet er færre pasientskader. De neste fire årene skal fem innsatsområder prioriteres: kommunal helse- og omsorgstjeneste, pasientoverganger, riktig legemiddelbruk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og helsetjeneste-assosierte infeksjoner.

Kapittel 7 En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødesels- og barselomsorg presenterer regjeringens tiltak for å skape sammenhengende og helhetlige forløp og en god start på livet. Regjeringen vil at dagens fødetilbud skal opprettholdes innenfor planperioden, gitt forsvarlig tilbud. Regjeringen vil inkludere kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid som en femte gruppe som helsefelleskapene skal prioritere, kartlegge mulighetene og legge til rette for kombinerte stillinger mellom sykehus og kommune, evaluere følgetjenesten, forbedre føde- og barseltilbudet, starte utprøving av digitalt helsekort for gravide, tydeliggjøre retten til å ha andre til stede når det gis helse- og omsorgstjenester og videreutvikle doula-ordningen.

Kapittel 8 Styring og finansiering av vår felles helsetjeneste. Styring og finansieringen av den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal bidra til at kommuner og sykehus har handlingsrom til å gi et godt tilbud til innbyggerne – og til nye samarbeidsformer, og slik bidra til at fagfolkene trives på jobb og får brukt og utviklet sin kompetanse. Regjeringen følger opp forslag i NOU 2023: 8 *Fellesskapets sykehus – styring, finansiering, samhandling og ledelse* blant annet ved å endre finansie-

ringssystemet i retning av mer rammefinansiering, mer forutsigbarhet og bedre rammebetingelser for investeringer i sykehusbygg. Videre vil regjeringen legge til rette for bedre kommunal planlegging av helse- og omsorgstjenester.

Kapittel 9 Digitalisering i helse- og omsorgstjenesten – raskere gjennomføring og realisering av nytte presenterer regjeringens strategi for digitalisering i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil bygge videre på det vi har, og fullføre igangsatte tiltak gjennom smidig utvikling hvor nytte tas ut underveis. De neste fire årene vil regjeringen prioritere digital samhandling for å legge til rette for gode pasientforløp og en enklere arbeids hverdag for fagfolkene. Regjeringen vil støtte det lokale ansvaret for digitalisering gjennom etableringen av en helseteknologiordning.

Kapittel 10 Effekt og gjennomføring inneholder regjeringens plan for å gjennomføre tiltak på tvers av ulike meldinger og strategier. Sentrale elementer er god styring av underliggende etater og virksomheter, evaluering og følgeforskning og etablering av indikatorer for å kunne følge med på måloppnåelse og gjøre nødvendige endringer underveis. Økonomiske og administrative konsekvenser inngår i kapitlet.

1.4 Tilgrensende meldinger og utredninger

Meldinger og proposisjoner til Stortinget

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan samles regjeringens løsninger for å sikre at vår felles helsetjeneste er rustet for framtiden og at innbyggerne i hele landet har tilgang på gode tjenester. Innholdet i denne meldingen må samtidig leses i lys av andre meldinger som går nærmere inn på enkelte temaer og fagområder.

Det tverrsektorielle folkehelsearbeidet er avgjørende for å utjevne sosiale helseforskjeller og er fundamentet for vår felles helsetjeneste. Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* presenterer den samlede innsatsen for å fremme bedre helse og livskvalitet i befolkningen. De nasjonale folkehelsemålene er videreført og operasjonalisert i meldingen. Regjeringen vil våren 2024 legge fram en stortingsmelding om folkehelse og levekår i samiske områder.

Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap i en ny tid – Fra pandemi til krig i Europa* gir politisk og strategisk retning for den framtidige helseberedskapen. I meldingen presenterer Regjeringen et oppdatert trusselbilde

som vil danne grunnlag for en felles risiko- og sårbarhetsforståelse. Grunnlaget for helseberedskapen legges i det vi gjør til daglig ved å bygge robuste systemer som er fleksible og skalerbare i en krise. Meldingen bygger blant annet på erfaringer fra pandemien og presenterer et styrket system for helseberedskap.

I Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* presenterer regjeringen en helhetlig plan for å bedre den psykiske helsen i Norge og utvikle det samlede tjenestetilbudet. Det overordnede målet er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Det er tre innsatsområder i opptrappingsplanen:

- Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid
- Gode tjenester der folk bor
- Tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov

Hovedmålet for Meld. St. 24 (2022–2023) *Felleskap og meistring. Bu trygt heime* er å gjøre det trygt for eldre å bo lenger hjemme. Meldingen presenterer regjeringens tverrsektorielle tilnærming for å legge til rette for at eldre kan leve aktive liv i gode lokalsamfunn og planlegge for egen alderdom, samtidig som eldre og deres pårørende skal ha trygghet for at samfunnet stiller opp når behovet for helse- og omsorgstjenester oppstår.

Meldingen er bygd opp rundt fire innsatsområder:

- Levende lokalsamfunn
- Boligtilpasning og -planlegging
- Kompetente og myndiggjorte medarbeidere
- Trygghet for brukere og støtte til pårørende

Regjeringen vil legge fram en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet som skal bidra til å forebygge og redusere negative konsekvenser av rusmiddelbruk for enkeltpersoner og for samfunnet.

For å bevare kvaliteten og sikre bærekraften i vår felles helsetjeneste i årene framover er vi avhengige av gode prioriteringer i fordelingen av fellesskapets begrensede ressurser. Regjeringen vil fremme en ny melding om prioritering i løpet av 2025 som blant annet skal adressere utfordringer knyttet til persontilpasset medisin, og sikre åpenhet og etterprøvnbarhet rundt prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten.

Befolkningen skal ha trygghet for at de får forsvarlig helsehjelp ved akutt sykdom og skade.

Regjeringen vil legge fram en egen stortingsmelding om de akuttmedisinske tjenestene. Meldingen vil omfatte hele akuttkjeden, fra befolkningens innsats til akuttmottaket, med særlig oppmerksomhet på legevakttjenesten, responstider og en faglig standard for innholdet i ambulansetjenesten.

Regjeringen har lagt fram Meld. St. 27 (2022–2023) *Eit godt liv i heile Noreg – distriktpolitikk for framtida*. Meldingen viser hvordan regjeringen legger til rette for at folk har tilgang til arbeid, bolig og gode tjenester nær der de bor.

Helse er en av seks tematiske prioriteringer i Meld. St. 5 (2022–2023) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032*. Regjeringen vil blant annet prioritere forskning på bærekraftige helsetjenester, forskning på, i og om den kommunale helse- og omsorgstjenesten, desentralisert og fleksibel utdanning, og profesjonsfag som er viktige for personellutfordringer i helse- og omsorgstjenestene.

Utdanningssektoren er viktig for at vår felles helsetjeneste får tilgang til personell med riktig kompetanse. Regjeringen tar sikte på å legge fram en stortingsmelding om profesjonsutdanningene i universitets- og høyskolesektoren våren 2024 og en melding til Stortinget om høyere yrkesfaglig utdanning våren 2025.

Regjeringen har lagt fram Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028)*. *Trygghet for alle*. Planen inneholder tiltak for å forebygge og avdekke vold og overgrep i større grad, gi bedre oppfølging til voldsutsatte, øke kompetansen, styrke samarbeidet mellom tjenester og sektorer samt legge til rette for at vold og overgrep prioriteres høyere i hele straffesakskjeden.

Regjeringen vil forsterke arbeidet med å redusere økonomiske og sosiale forskjeller, og vil legge fram en stortingsmelding om sosial utjevning og mobilitet rettet mot barn og unge og deres familier i 2025. Meldingen skal blant annet følge opp ekspertgruppen om barn i fattige familier og ekspertgruppen som ser på betydningen av barnehage, skole og SFO for sosial utjevning og sosial mobilitet.

Utredninger

NOU 2023: 4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* ble levert 2. februar 2023 og har vært på høring. Utredningen tar for seg en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovene for personell og kompetanse fram mot 2040. Vurderinger og oppfølging av for-

slag knyttet til universitets- og høyskolesektoren vil behandles i Profesjonsmeldingen i 2024, oppfølging knyttet til videreutdanning av fagarbeidere vil spilles inn til meldingen til Stortinget om høyere yrkesfaglig utdanning i 2025 og tiltak knyttet til prioritering følges opp i Prioriteringsmeldingen. For øvrig er grunnlaget for videre oppfølging lagt til denne meldingen.

NOU 2023: 5 *Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse* ble levert 2. mars 2023 og har vært på høring. Utredningen gir en oppdatert kunnskapsoversikt over kvinners helse og kjønnsforskjeller i helse, og de største utfordringene gjennom hele livsløpet. Utredningen vil følges opp med en egen strategi for kvinnehelse i 2024. Tiltak knyttet til svangerskap, fødsel og barselomsorg følges opp i denne meldingen.

NOU 2023: 8 *Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse* ble levert 27. mars 2023 og har vært på høring. Regjeringens oppfølging av utredningen blir behandlet i denne meldingen.

Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten leverte sin rapport *Gjennomgang av allmennlegetjenesten* 18. april 2023. For å bedre rekrutteringen, redusere arbeidsbelastningen og gjøre ordningen bærekraftig, foreslår utvalget blant annet endringer i organisering og finansiering for mer tverrfaglighet, oppgavedeling og ledelse, samt endringer i kompetansekrav, oppgavereduksjon, legevakt og digitale verktøy. Rapporten har vært på høring og vil følges opp i et eget arbeid.

Regjeringen nedsatte Tannhelseutvalget i august 2022. Utvalget skal blant annet utarbeide og vurdere forslag som kan sikre at tannhelsetjenestene blir likestilt med andre helsetjenester. Dette innebærer å vurdere en økning av det offentlige ansvaret for tannhelsetjenesten. Utvalget legger fram sin rapport innen utgangen av juni 2024.

Regjeringen nedsatte Varselutvalget i april 2022. Utvalget skulle gjennomgå varselordningene til Helsetilsynet og Undersøkelseskommissjonen, og leverte sin rapport *Fra varsel til læring og forbedring* 12. april 2023. Rapporten har vært på høring. Regjeringen deler vurderingen av at formålet med varselordningen i større grad enn i dag skal være læring og forbedring og vil endre navn til meldeordning. Øvrige forslag vil vurderes nærmere i lys av høringsinnspillene.

Andre strategier og planer

Regjeringen la fram *Veikart Helsenæring* høsten 2023. Veikartet er innrettet mot den delen av

næringslivet som utvikler legemidler, medisinsk utstyr og digitale verktøy som gir fagfolkene en større verktøykasse og som bidrar til økt lønnsomhet og verdiskaping i helsenæringen. Veikartet viser bredden i regjeringens politikk for å fremme og styrke helsenæringen i Norge, og setter retningen for helsenæringen framover.

Regjeringen la fram *Strategi for persontilpasset medisin* i januar 2023. Målet er at persontilpasset medisin skal bli en naturlig del av tjenesteutviklingen.

Regjeringen vil legge fram en helhetlig NCD-strategi mot 2030 som viser retning og satsingsområder innen folkehelsearbeidet og i helse- og omsorgstjenesten for å redusere ikke-smittsomme sykdommer.

Gjeldende kreftstrategi er forlenget til 2024. Regjeringen vil legge fram en oppdatert strategi i løpet av 2024 som skal legge grunnlaget for at den gode kvaliteten i norsk kreftomsorg skal bli enda bedre.

Nasjonal diabetesplan, som i utgangspunktet løp fra 2017 til 2021, hadde som mål å forbedre helse- og omsorgstjenestens arbeid med å følge opp og behandle pasienter med diabetes. Regjeringen bestemte i 2022 at planen skulle forlenges til 2024. Regjeringen vil legge fram en oppdatert og revidert diabetesplan i løpet av 2024.

Antimikrobiell resistens er en økende helse-trussel. I Norge har vi et godt utgangspunkt for å håndtere dette, men det er behov for å gjøre mer. Regjeringen har derfor satt i gang arbeid med en ny tverrsektoriell strategi mot antimikrobiell resistens. For å lykkes må vi tenke helhetlig og ha tiltak som retter seg mot både mennesker, dyr og miljøet.

Norge er et av få land som har en nasjonal hjernehelsestrategi. Gjeldende strategi utløper i 2024, og regjeringen vil legge fram en oppdatert strategi våren 2025. Strategien skal bidra til at flere kan ivareta egen hjernehelse og forebygge hjernesykdommer.

Pårørende er en viktig ressurs, både for sine nærmeste og for samfunnet. Regjeringen følger derfor opp *Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan* for perioden 2021–

2025. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å oppsummere erfaringene og vurdere eventuelle behov for videre arbeid etter planperioden.

Demensplan 2025 er den tredje nasjonale demensplanen. Det overordnede målet er å bidra til et mer demensvennlig samfunn. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å oppsummere erfaringene og vurdere eventuelle behov for videre arbeid etter planperioden.

1.5 Arbeidet med stortingsmeldingen

Nasjonal helse- og samhandlingsplan handler om mange store temaer og det har derfor vært viktig med brede innspillsrunder og et godt kunnskapsgrunnlag. Flere store utredninger ligger til grunn for arbeidet, som NOU-er fra Helsepersonellkommissjonen, Sykehusutvalget og Kvinnehelseutvalget, og rapporter fra blant annet Varselutvalget, Samtykkeutvalget, ekspertutvalget for allmennlegetjenesten og ekspertutvalget for tematisk organisering av psykisk helsevern. Regjeringen inviterte til skriftlige innspill til meldingen og fikk over 200 innspill fra kommuner, helseforetak, pasient, bruker- og pårørendeorganisasjoner, fagforeninger, akademia, private aktører og andre. I tillegg ble det gjennomført innspillmøter med fagforeninger og pasient- og brukerorganisasjoner. På digitaliseringsfeltet ble det gjennomført to rundebordskonferanser, en med aktørene i den nasjonale rådsmo- dellens for e-helse og pasient- og brukerrepresentanter, og en med næringsliv og akademia. Det ble også invitert til skriftlige innspill. Helse- og omsorgsministeren etablerte et pasientpanel for å få innspill fra personer med egen erfaring som pasient. Medlemmene i panelet ble foreslått fra organisasjoner i departementets kontaktforum for brukere av helse- og omsorgstjenesten. Panelet hadde tre møter med statsråden hvor det ble diskutert temaer som pasientforløp, mestring, arbeid og helse, koordinering og pårørendes rolle. Det ble også avholdt innspillmøter om utfordringer og mulige tiltak rettet mot utskrivningsklare pasienter med representanter fra kommuner, KS, helseforetak og regionale helseforetak.

2 Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter i helse- og omsorgstjenesten

Med Nasjonal helse- og samhandlingsplan vil regjeringen særlig løfte fram disse tre store utfordringene: mangel på personell, for dårlig sammenheng mellom tjenestene og at tilgangen til helse- og omsorgstjenester ikke er likeverdig fordelt. Dette kapitlet gir et overordnet bilde av sentrale utviklingstrekk, utdyper utfordringene og presenterer regjeringens hovedgrep for å møte dem.

2.1 Utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenesten

Der andre land er rammet av finansielle kriser og ikke har hatt økonomisk evne til å prioritere helse- og omsorgstjenester over tid¹, har Norge hatt ressurser til å prioritere en offentlig helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet, sammen med andre velferdstjenester som utdanning og sosiale støtteordninger. Nordmenn har høy tillit til myndighetene sammenliknet med andre OECD-land. Det er diskusjoner om prioriteringer i norsk helse- og omsorgstjeneste, blant annet i forbindelse med pasienters tilgang til nye og innovative, men også svært kostnadskrevede, legemidler. Forventningene til helse- og omsorgstjenesten øker samtidig som ressursene er under stort press. Selv om Norge er et av de rikeste landene i verden, er det nødvendig å prioritere ressursene slik at de utnyttes effektivt.

Den offentlige helse- og omsorgstjenesten er høyt rangert internasjonalt.² Nordmenns helsetilstand er generelt god sammenliknet med innbyggerne i øvrige OECD-land.³ Innbyggerne har grunnleggende pasient- og brukerrettigheter og har rett til å medvirke både i hjelpen som gis og i tjenesteutviklingen.⁴ Samtidig er det store sosiale

forskjeller som har betydning for helse og levealder.

Norge går inn i en varig samfunnsendring med en høyere andel eldre i befolkningen. Gruppen over 80 år vil øke med over 250 000 personer mellom 2020 og 2040.⁵ I 2022 var fem prosent av befolkningen over 70 år innvandrere. I 2060 framskriver Statistisk sentralbyrå (SSB) at 24 prosent av befolkningen over 70 år er innvandrere.⁶

Parallelt bremses veksten i tilgjengelig arbeidskraft før den stopper helt opp mot midten av 2030-tallet.⁷ Arbeidsinnvandring har bidratt til å dekke behovet for arbeidskraft med viktig kompetanse, økt produksjonskapasitet og verdiskaping.⁸ Koronapandemien førte til en stor nedgang i arbeidsinnvandringen til Norge. Høsten 2022 rapporterte SSB at arbeidsinnvandringen er tilbake på 2019-nivå, året før pandemien inntraff. Mange europeiske land opplever en økende andel eldre innbyggere. Det er usikkerhet knyttet til hvordan migrasjonstrendene vil utvikle seg i årene som kommer.⁹ Men det er sannsynlig at vi i mindre grad kan basere oss på arbeidsinnvandring framover.¹⁰ Norge har også forpliktet seg til ikke å rekruttere fra land som har behov for helse- og omsorgspersonell til egne nasjonale formål.¹¹

Norge er blant OECD-landene som ligger høyest både med hensyn til antall leger og sykepleiere per 1000 innbyggere. Andelen av alle sysselsatte som jobber i helse- og omsorgssektoren er tredoblet siden 1970-tallet. Figur 2.1 viser at andelen av alle sysselsatte som jobber i helse- og sosialtjenestene økte fra sju prosent i 1970 til drøyt 21

¹ World Bank Blogs (2023) *Health financing in a time of global shocks: Strong advance, early retreat*

² The Commonwealth Fund, Mirror Mirror (2021): *Reflecting Poorly*

³ Statistisk sentralbyrå (2017): *Norge bruker fjerde mest på helse i OECD*

⁴ Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

⁵ Statistisk sentralbyrå (2023) *Hvor mange bor det i Norge?*

⁶ Statistisk sentralbyrå (2022) *Innvandring vil sørge for befolkningsvekst*

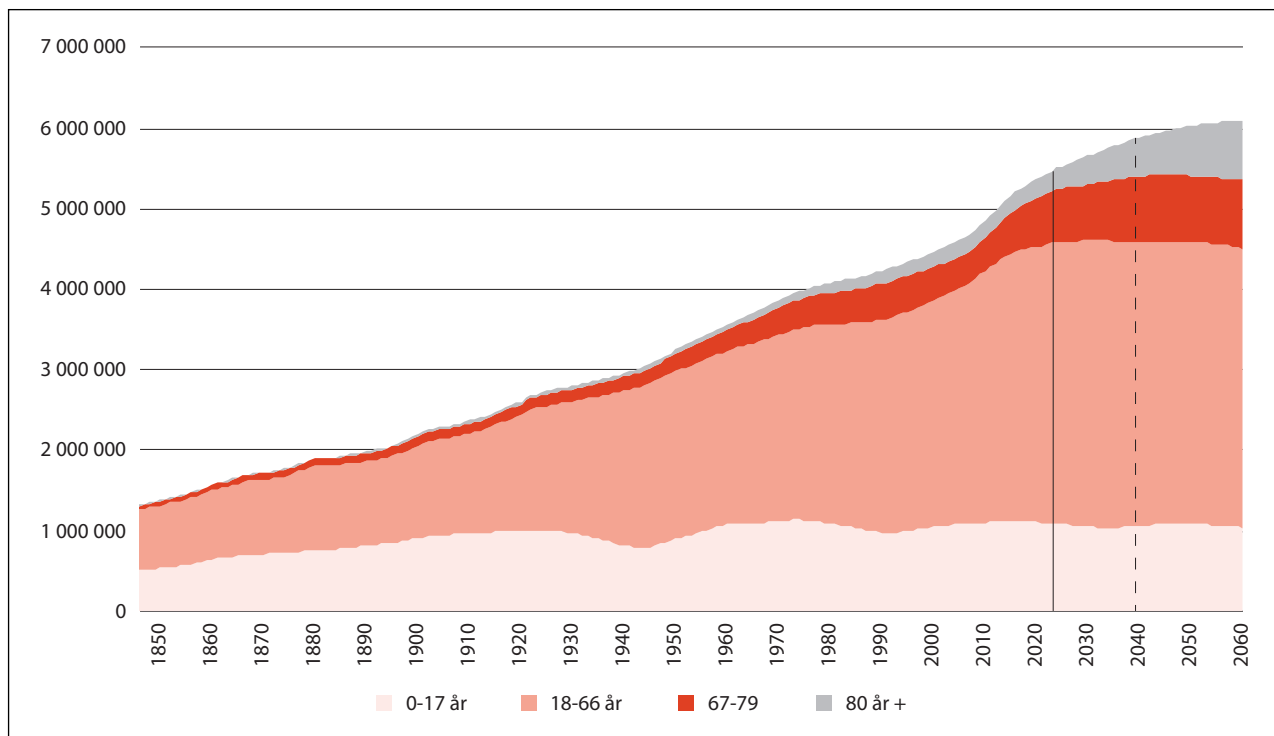
⁷ SSB statistikkbank tabellene 10211 og 13599

⁸ Arbeidsinnvandring – regjeringen.no

⁹ Fafo Østforum (2022) *Arbeidsinnvandring til Norge 2018–2022*

¹⁰ En arbeidslinje for fremtiden – regjeringen.no

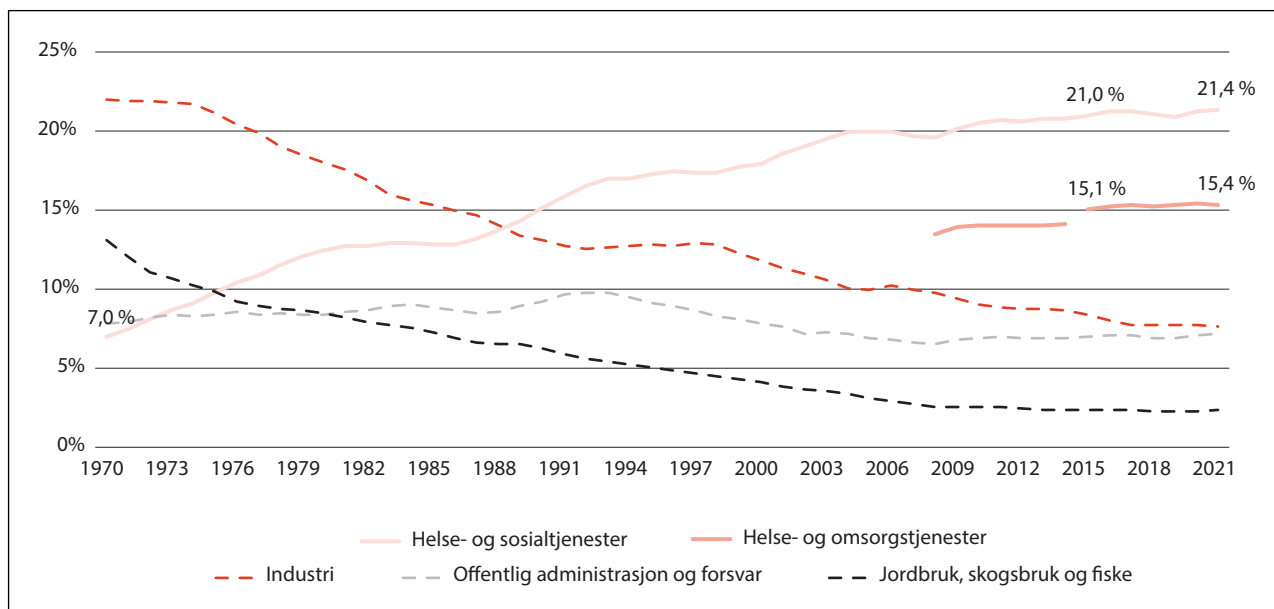
¹¹ WHO (2010) *Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*



Figur 2.1 Norges befolkning etter aldersgrupper, observert før 2022 og framskrevet deretter. 1846–2060.

Framskrivningene bruker SSBs hovedalternativ for befolkningsutvikling, med middels fruktbarhet, levealder og innvandring (MMM)

Kilde: SSB statistikkbank tabellene 10211 og 13599



Figur 2.2 Utvikling i andel av de sysselsatte som jobber i utvalgte næringer. 1970–2021

Fotnote hentet fra NOU 2023: 4: Sysselsatte personer (lønnstakere og selvstendige). Merk at helse- og sosialtjenester inkluderer sosialtjenestene, herunder barnehager, slik at andelen blir høyere enn når kun helse- og omsorgstjenester inkluderes. Dette er derfor vist i en egen linje fra 2008, da mer presise data ble tilgjengelige. En omlegging av sysselsetningsstatistikken mellom 2014 og 2015 gir et brudd i tidsseriene. Det er også metodiske forskjeller mellom nasjonalregnskapets statistikk og SSBs registerbaserte sysselsetningsstatistikk

Kilde: SSB statistikkbank tabell 09174 fra Nasjonalregnskapet og SSB tabell 13470. NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

prosent i 2021. Andelen er med andre ord tre ganger så høy, men siden antall sysselsatte generelt har økt i perioden, er antallet mer enn fem ganger så høyt i 2021. Disse tallene inkluderer «sosiale omsorgstjenester uten botilbud», herunder barnehager og barnevern.

Fra 2008 ble det imidlertid tilgjengeliggjort tall for helse- og omsorgstjenestene alene, som holder disse sosialtjenestene utenfor. Andelen som jobbet i helse- og omsorgstjenestene, var drøyt 15 prosent i 2021. Det er ikke sikkert hvor stor andel som jobbet i helse- og omsorgstjenestene i 1970, men dersom ingen jobbet i barnevern og barnehager o.l. i 1970, og alle sju prosentene jobbet innen helse- og omsorgstjenestene, vil andelen fortsatt ha økt med 2,2-gangeren når andel i helse og omsorg er 15,4 prosent i 2021. Andelen som jobbet i helse- og omsorgstjenestene må altså ha økt med godt over 2,2 ganger i perioden.

Selv om de historiske dataene ikke gir mulighet til å skille ut sosialtjenester, er det altså hevet over tvil at andelen i helse- og omsorgstjenestene har økt betraktelig i perioden.

Boks 2.1 Ansvar for helse- og omsorgstjenester

Kommunene har ansvar for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og har stor grad av frihet til å organisere tjenesten med utgangspunkt i lokale forhold og behov. I omsorgstjenesten har det over mange år vært en tydelig dreining fra institusjonsbaserte tjenester til hjemmebaserte tjenester. Fra 2001 har fastlegeordningen gitt alle som er bosatt i en norsk kommune rett til å ha en fastlege. Siden 2002 har staten hatt det helhetlige ansvaret for spesialisthelsetjenesten, som eier av de regionale helseforetakene, som igjen eier sykehusene. Det er også staten som fastsetter helsepolitiske mål og rammer. Det har over tid vært et mål om en desentralisert sykehusstruktur som sikrer beredskap og gir alle innbyggere forsvarlige og tilgjengelige spesialisthelsetjenester. Fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Det er med jevne mellomrom diskusjoner om organiseringen av helse- og omsorgstjenesten, blant annet av helseforetaksmodellen og fastlegeordningen, og om disse ordningene er innrettet på en hensiktsmessig måte.

Dersom tjenestene skal leveres på samme måte som i dag, peker framskrivninger på et økt årsverksbehov i helse- og omsorgstjenesten på ytterligere 30 prosent de neste 15 årene. Det er forventet at etterspørselen etter heldøgns omsorgsplasser vil bli mer enn doblet fra dagens nivå fram mot 2060.¹² Dette er en utvikling som vil utfordre bærekraften i samfunnet. Norge kan ikke bemanne seg ut av utfordringene. Det er nødvendig å intensivere innsatsen innen flere områder og bruke et bredt sett av virkemidler for å dempe etterspørselen etter personell, samtidig som vi ivaretar kvalitet og tilgjengelighet i vår felles helsetjeneste.

Den medisinske utviklingen har ført til behov for personell med spisskompetanse. Den økende levealderen gjør at flere lever lenger med samtidige sykdommer som medfører behov for personell med bredere medisinsk og helsefaglig kompetanse. Behovet for å ivareta den spisse kompetansen må framover balanseres mot behovet for generalistkompetanse for å opprettholde et likeverdig tjenestetilbud til befolkningen over hele landet. Breddekompetanse er også viktig for å sikre helhetlig oppfølging og gode pasientforløp på tvers av tjenestenivåene. Befolkningens økende behov for sammensatte tjenester gjør at samhandling, planlegging og forebygging blir stadig viktigere for å kunne levere helhetlige helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere.

Et annet utviklingstrekk er den raske digitale utviklingen i samfunnet. I helse- og omsorgstjenesten kan digitalisering bidra til mer tid til pasienten, at tjenester kan gis på nye måter og at pasienter og brukere kan delta og bidra mer i egen behandling. Digitalisering kan være personellbesparende og bidra til økt kvalitet, men det fordrer riktig implementering og bruk i samarbeid med fagfolk, pasienter, brukere og pårørende. Digitale løsninger og deling av helsedata medfører økt behov for kompetanseutvikling hos personell og for håndtering av digitale sikkerhetsutfordringer. Globale hendelser og et økende digitalt trusselbilde forsterker dette behovet.

Den demografiske utviklingen vil være forskjellig i landet. Befolkningen vokser, men veksten er svært ujevnt fordelt. Byene og områdene rundt vil oppleve befolkningsvekst i årene framover, mens mange distriktskommuner vil oppleve en nedgang i folketallet. Økt forventet levealder, sammen med stor fraflytting av unge personer, vil bidra til sterk aldring i distriktene.¹³

¹² Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime – reformen*

Samfunnet står overfor store endringer som påvirker handlingsrommet innenfor alle sektorer. Færre personer i yrkesaktiv alder vil merkes spesielt i helse- og omsorgssektoren, som er avhengig av 24/7-beredskap. Samfunnet vil også møte en økonomisk virkelighet med reduserte inntekter fra petroleumsindustrien. Klimaendringer og en endret sikkerhetssituasjon er også områder som vil kreve stor oppmerksomhet og en økt andel av ressursene framover.¹⁴ Samtidig er det nødvendig fortsatt å prioritere offentlige helse- og omsorgstjenester. En sterk offentlig helse- og omsorgstjeneste gir verdiskapning gjennom arbeidsplasser, mulighet for fortsatt yrkesdeltakelse, økt levealder og ikke minst bedre helse og livskvalitet i befolkningen.

2.2 Hovedutfordringer for helse- og omsorgstjenesten

St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* tok utgangspunkt i tre hovedutfordringer: 1) pasientenes behov for koordinerte tjenester møtes ikke godt nok, 2) tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom og 3) demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets bæreevne. Evalueringer¹⁵ viser at de samme utfordringene i stor grad gjelder fremdeles, til tross for stor innsats i kommuner og i spesialisthelsetjenesten, og i samarbeidet dem imellom. I tillegg har nye utfordringer kommet til og blitt tydeligere. Med Nasjonal helse- og samhandlingsplan vil regjeringen særlig løfte fram disse tre store utfordringene: mangel på personell, for dårlig sammenheng mellom tjenestene og at tilgangen til helse- og omsorgstjenester ikke er likeverdig fordelt.

2.2.1 Mangel på personell

Helsepersonellkommissjonens utredning NOU 2023: 4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* viser at mangel på personell er den største utfordringen helse- og omsorgstjenesten står overfor. Det er i dag stor konkurranse om arbeidskraft mellom spesialist-

helsetjenesten, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og privatfinansierte leverandører av helse- og omsorgstjenester. Utfordringene med mangel på personell vil være størst i den kommunale omsorgstjenesten. Regjeringen deler Helsepersonellkommissjonens analyse av et stramt arbeidsmarked for alle sektorer framover, og at helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke vil kunne fortsette å øke vesentlig. Som følge av den demografiske utviklingen må man belage seg på nye løsninger. Både i kommunene og sykehusene må det gjøres systematiske vurderinger av om formell helsekompetanse er nødvendig for oppgaveutførelsen, eller om det kan ivaretas av personell uten slik kompetanse. Dersom helsefaglig kompetanse er nødvendig, må det sørges for at oppgavene til enhver tid ivaretas på riktig kompetansenivå, samtidig som kravet til forsvarlighet legges til grunn. Gjennom helsefelleskapene vil regjeringen stimulere til å jobbe videre med optimalisering av oppgavedeling og samarbeid mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten.

Utfordringer knyttet til tilgang på personell i helse- og omsorgstjenesten er ikke begrenset til Norge, men gjør seg gjeldende over hele verden. WHO Europa har enstemmig vedtatt en resolusjon og handlingsplan for å fremme tilgang til helse- og omsorgspersonell for perioden 2023–2030.¹⁶

Det stramme arbeidsmarkedet vil gi konsekvenser for tjenesten som helhet, både i sykehus og i kommuner. For at hele befolkningen også i framtiden skal ha tilgang til likeverdige helse- og omsorgstjenester, står disse foran et viktig omstillingsarbeid, som ikke kan løses ved økning i tilgang på personell alene. Fra statens side er det nødvendig med bred virkemiddelbruk for å støtte opp om sykehusenes og kommunenes evne til slik omstilling.

Utfordringene treffer ikke alle deler av tjenesten likt, og ulike tjenesteområder har ulike forutsetninger for å kunne møte økning i behov med andre løsninger enn bemanningsvekst. For tjenester der tilstrekkelig menneskelig nærhet og omsorg er den viktigste innsatsfaktoren, er det i liten grad mulig å dekke behovsveksten på annen måte enn gjennom bemanning. Framskrivningen av behov for personell tilsier derfor at den relative

¹³ Statistisk sentralbyrå (2020) *Voksende byer og aldrende byer*

¹⁴ NOU 2023: 17 *Nå er det alvor – Rustet for en usikker fremtid*

¹⁵ Norges Forskningsråd (2016) *Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen*

¹⁶ Regional Committee for Europe, 73rd session. (2023). Seventy-third Regional Committee for Europe: Astana, 24–26 October 2023: framework for action on the health and care workforce in the WHO European Region 2023–2030. World Health Organization. Regional Office for Europe

veksten vil måtte være størst i de kommunale omsorgstjenestene. For spesialisthelsetjenestens del er det behov for både tydeligere prioriteringer og produktivitetsfremmende tiltak for å videreføre et bærekraftig tjenestetilbud, som investeringer i bygg, medisinsk-teknisk utstyr og digitale løsninger. For å lykkes kreves det fortsatt omstilling til nye måter å yte tjenester på og investering i bygg og teknologi som understøtter bedre personellbruk. Produktivitetsfremmende tiltak vil også være nødvendige i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Det er avgjørende med tidlig innsats, opplæring av fagfolk, pasienter og brukere og god oppfølging i helse- og omsorgstjenesten. Dette gir god folkehelse, forebygger sykdom og videre sykdomsutvikling og demper etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Dette vil over tid kunne redusere behovet for personell.

Flere kommuner og sykehus opplever allerede i dag til dels store utfordringer med å rekruttere og beholde personell og kompetanse. Den samme trenden ses internasjonalt. Utfordringene er størst i distriktene, men er også gjeldende i byer. Blant annet er tilgang til personell utfordrende flere steder i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Større konkurranse om kvalifisert personell og færre fødsler gjør det utfordrende å opprettholde den desentraliserte strukturen på tilbudet og gir behov for tiltak for å utdanne og beholde fagfolkene.

Framveksten av privatfinansierte tilbud uten avtale med det offentlige kan føre til stor og uheldig konkurranse om fagfolk og utfordre tilgang til gode tjenester for alle. Slik framvekst kan også bidra til å trekke knappe personellressurser til helsetjenester som ikke nødvendigvis er faglig prioritert, men som det er stor betalingsvilje for. Den økonomiske situasjonen og knappheten på personell vil kunne skape et forventningsgap mellom medisinske muligheter, pasientenes forventninger til offentlige helse- og omsorgstjenester, og hva som faktisk kan ytes av tjenester og hvor raskt tjenestene kan leveres. Et slikt forventningsgap vil gi krevende prioriteringsutfordringer. Det må derfor tenkes nytt om hvordan den offentlige helse- og omsorgstjenesten samlet skal innrettes og organiseres framover for å unngå mer todeling. Fagfolk må oppleve arbeidet som meningsfullt, ha et godt arbeidsmiljø, en balansert arbeidsbelastning og karriereveier gjennom hele yrkeslivet slik at den offentlige helse- og omsorgstjenesten er en attraktiv arbeidsplass. På samme måte må pasientene og brukerne oppleve at tilbudet i den offent-

lige helse- og omsorgstjenesten er av god kvalitet og ikke er dårligere enn hos private kommersielle aktører. Samlet handler det om tilliten til den offentlige helse- og omsorgstjenesten slik at fagfolk velger å bli der og befolkningen ikke ser seg nødt til å betale for helse- og omsorgstjenestene selv.

2.2.2 For dårlig sammenheng mellom tjenestene

Det er for dårlig sammenheng mellom tjenestene, og pasientenes behov for koordinerte tjenester møtes ikke godt nok. Pasienter med store og sammensatte behov som trenger at tjenestene samarbeider på tvers av fagområder og virksomheter, er særlig sårbare for svikt i pasientforløpene.¹⁷ Samhandlingsutfordringene er både innad i og mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten. Når samarbeidet ikke fungerer godt nok, vil ansvaret for koordinering ofte havne hos pasienten, brukeren og de pårørende. Dette kan være belastende og kan gå utover kvaliteten i behandling og oppfølging. Mangelfull samhandling skaper risiko for pasientskader og feil ressursbruk.

Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er ulikt finansiert, styrt og organisert, og har ulik sammensetning av personell og kompetanse. Spesialisthelsetjenesten og deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten er organisert og rettet mot diagnoser og medisinsk behandling, mens andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som for eksempel hjemme- og institusjonstjenester og lavterskeltilbud, i større grad er orientert mot bistandsbehov, mestring og funksjon. Ulikhetene i disse perspektivene påvirker naturlig nok samarbeidet. Personell og ledere i kommuner og sykehus har ikke alltid god nok innsikt i hverandres utfordringer og muligheter, de snakker ikke alltid samme språk, og dagens digitale løsninger understøtter ikke samarbeidet godt nok. Mangelfull planlegging av kommunale helse- og omsorgstjenester og for lite helhetlig planlegging av tjenestene på tvers av kommuner og sykehus skaper også utfordringer for et helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstilbud.¹⁸

¹⁷ Helsedirektoratet (rapport IS 2765) *Helhet og sammenheng. Utvikling og variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med behov for helhetlige tjenester*

¹⁸ NOU 2023: 9 *Generalistkommunesystemet. Likt ansvar – ulike forutsetninger*

2.2.3 Likeverdig tilgang til helsetjenester

I Norge er det mindre forskjeller i inntekt og høyere utdanningsnivå enn det man har i de fleste andre europeiske land. Samtidig er det slik at de med lengst utdanning i Norge i gjennomsnitt lever fem-seks år lenger og har bedre helse enn dem med kortest utdanning. De 25 prosentene med høyest inntekt lever seks-åtte år lenger enn de 25 prosentene med lavest inntekt. Personer med alvorlig psykisk lidelse og rusmiddel- og avhengighetslidelse har mye kortere forventet levealder enn den øvrige befolkningen. Undersøkelser viser at denne forskjellen er minst 15 år.¹⁹

Lav utdanning og lav inntekt henger også sammen med svak helsekompetanse, som kan medføre risiko for underbruk av helsetjenester.²⁰ Undersøkelser om helsekompetanse i Norge viser at mange (en av tre) har lav helsekompetanse.²¹ Dette bidrar til økt sykdomsbyrde for pasienten og dårlig utnyttelse av ressursene. Det er også variasjon i befolkningens digitale ferdigheter, som er en forutsetning for bruk av teknologi og digitale løsninger i helse- og omsorgstjenesten. *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019–2023)* definerer helsekompetanse som personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne ta kunnskapsbaserte beslutninger om egen helse. Helsekompetanse handler om kunnskap om livsstil, sykdomsforebyggende tiltak, å mestre sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten. Pasientrettigheter, behandlingsvalg, digitalisering og brukermedvirkning er eksempler på virkemidler som gir den enkelte økt innflytelse over eget helsetilbud, og samtidig stiller høyere krav til hver og en av oss.

Likeverdig tilgang til helsetjenester har også en demografisk dimensjon. Data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) viser at eldre mottakere av helse- og omsorgstjenester mottar færre timer bistand enn yngre med samme bistandsbehov. En person mellom 18–49 år med omfattende bistandsbehov mottar i snitt 69 timer helse- og omsorgstjenester i uken, mens en per-

son mellom 80–89 år med samme bistandsbehov mottar 13 timer. Personer med innvandrerbakgrunn kan oppleve barrierer i tilgangen til helsetjenester. Dette kan skyldes manglende tilrettelegging om informasjon om organisering av helse- og omsorgstjenestene og manglende kunnskap og kompetanse i tjenestene om vanlige helseutfordringer blant personer med innvandrerbakgrunn. Andre årsaker kan være stigma knyttet til noen typer sykdommer.

Innbyggerne skal ha likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester uavhengig av hvor i landet de bor. Norge har en desentralisert sykehusstruktur. Ønsket om fysisk nærhet til spesialisthelsetjenesten må sees i sammenheng med forutsetninger for å kunne tilby tjenester av god kvalitet, som blant annet tilgang til personell og tilstrekkelig pasientgrunnlag. Helsepersonellkomisjonen har påpekt at økende spesialisering gjør beredskap i alle deler av landet mer ressurskrevende, særlig i distriktene, og at det blir stadig vanskeligere å rekruttere og beholde kvalifisert personell. Det er behov for omstilling og samarbeid for å opprettholde et faglig forsvarlig og likeverdig tilbud også i årene framover. Kvinner og menn benytter seg ulikt av helse- og omsorgstjenester. Det er kjent at kvinner, særlig i fruktbar alder, går oftere til fastlegen enn menn i samme aldersgruppe. Likeverdige helsetjenester innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen innebærer likeverdighet ut fra behov og uavhengig av bosted. Det er en utfordring at tjenester som skal nå sårbare familier, gravide kvinner og nyfødte barn ikke er like tilgjengelige for alle.

Sosial ulikhet i helse er et folkehelseproblem og en samfunnsutfordring som må løses gjennom den helhetlige samfunnsutviklingen, men også gjennom målrettet innsats i helse- og omsorgssektoren. Det handler om forebyggende tiltak rettet både mot hele befolkningen og mot individer med høy risiko for sykdom. En offensiv folkehelsepolitikk og økt oppmerksomhet på forebygging er en forutsetning for tjenestens bærekraft i fremtiden.

2.3 Regjeringens hovedgrep for en framtidsrettet helse- og omsorgstjeneste

Til tross for utfordringene som samfunnet og helse- og omsorgstjenesten står overfor, er det fortsatt mulig å videreutvikle gode tjenester i tråd med framtidens rammevilkår. Dette forutsetter kunnskapsbaserte valg, innovative løsninger, tydelige prioriteringer, planlegging og samhand-

¹⁹ Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 295-301

Heiberg, I. H., Jacobsen, B. K., Nesvåg, R., Bramness, J. G., Reichborn-Kjennerud, T., Næss, Ø., ... & Høye, A. (2018). Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS One*, 13(8), e0202028

²⁰ FHI (2022) *Sosiale helseforskjeller i Norge*

²¹ HLS19-rapport_Befolkningens helsekompetanse del I (helse-direktoratet.no)

ling og at ressursene settes inn der de gjør mest nytte. Pårørende og frivillige organisasjoner yter også en uvurderlig innsats, som det blir viktig å legge til rette for å opprettholde og utvikle. For å møte utfordringene og nå målet om en felles helsetjeneste som er en attraktiv arbeidsplass for fagfolk, der pasienter fortsatt får tilgang til behandling i verdensklasse, vil regjeringen ta følgende seks hovedgrep:

2.3.1 Rekruttere og beholde personell

Norge har et godt utgangspunkt for å lykkes med omstilling, blant annet fordi utdanningsnivået og kompetansenivået blant fagfolkene er høyt. Regjeringen legger til grunn at drøftingene om samlet ressurstilgang og nye tiltak skal omfatte en helhetlig vurdering av hva slags kompetanse og personellbehov den enkelte del av helse- og omsorgstjenesten vil ha framover.

Regjeringen vil gjennomføre en tillitsreform. Formålet med den er bedre offentlige tjenester og at fagfolkene skal ha en arbeidsdag hvor kjerneoppgavene prioriteres. Innholdet i reformen etableres i samspill med bruker- og pårørendeorganisasjoner, ansatte, tillitsvalgte og ledere i offentlige virksomheter. Det skal legges til rette for nytenkning, utprøving av nye løsninger og nye måter å jobbe på.

For at den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal være en attraktiv arbeidsplass framover, må innsatsen intensiveres innen 1) arbeidsmiljø og arbeidsvilkår, 2) oppgavedeling mellom personellgrupper og effektiv organisering av arbeidsprosesser og 3) rekruttering, kvalifisering og kompetanseutvikling.

Hele tjenesten møter utfordringen med personellknapphet. Det er behov for å ta i bruk en rekke virkemidler innen eksempelvis oppgavedeling og organisering av arbeidsprosesser, prioritering, utdanning og kompetanseutvikling, digitalisering og arbeidsmiljø samt bedre kommunal planlegging.^{22,23} I arbeidet framover må det tas utgangspunkt i den samlede tilgangen til ressurser. Sykehus og kommuner må i større grad gjøre felles vurderinger av hvilke kompetanse- og personellbehov de enkelte delene av tjenesten vil ha framover.

Det er stor bredde i faggrupper og kompetanse hos fagfolkene i helse- og omsorgstje-

nestene, fra breddekompetanse til høyspesialisert spisskompetanse. Det er også en stor andel personell uten formell helse- eller sosialfaglig utdanning. Framover er det behov for forsterket innsats for å kvalifisere, rekruttere og ikke minst for å beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten i hele landet. Den helhetlige innsatsen for å beholde og utvikle fagfolk gjennom hele yrkeskarrieren skal gjøres blant annet gjennom et fagarbeiderløft, flere LIS1-stillinger, støtte til arbeidet for å fremme hensiktsmessig oppgavedeling og god organisering av arbeidsprosesser, rammeverk for pasient- og brukersikkerhet, strukturert kompetanseutvikling og ved å innføre spesialistgodkjenning for flere yrkesgrupper.

Partssamarbeidet er innarbeidet og har sikret gode løsninger til beste for arbeidstakere, arbeidsgivere og samfunnet ellers. Ivaretagelse av et godt partssamarbeid vil være avgjørende for å lykkes med de utfordringene en står overfor. Statistikkgrunnlaget som berører personellområdet bør også videreutvikles. Et godt kunnskapsgrunnlag er nødvendig for god planlegging, styring og treffsikker bruk av tilgjengelige virkemidler som skal bidra til å rekruttere, utvikle og beholde personell.

2.3.2 Endring av finansieringsordningene

I denne stortingsmeldingen foreslår regjeringen fire viktige endringer i sykehusøkonomien, og at sykehus og kommuner i større grad ser sine samlede ressurser i sammenheng og skaper god sammenheng i tjenestene.

Regjeringen vil sikre forutsigbare økonomiske rammebetingelser gjennom bevilgninger som tar hensyn til at vi blir flere og eldre, i tillegg til kompensasjon for lønns- og prisvekst. Regjeringen vil nå legge til grunn at sykehusene skal få dekket en marginalkostnad på 100 prosent av gjennomsnittskostnaden ved økt aktivitet som følge av at vi blir flere og eldre. Regjeringen er opptatt av at den faktiske kostnadsveksten knyttet til demografisk utvikling skal dekket, og vil sørge for oppdaterte beregninger som ivaretar dette. Marginalkostnaden har i 15 år vært satt til 80 prosent, en antagelse som blant annet ble vurdert gjennom en analyse i 2011. Slik situasjonen er nå, etter mange år med marginalfinansiering på 80 prosent, er det riktig å nå øke denne til 100 prosent.

Regjeringen mener at kravet til egenkapital på 30 prosent for å gå i gang med større investeringer er for høyt og foreslår derfor å redusere egenkapitalkravet til ti prosent gjennom å legge til

²² Riksrevisjonen (2018) *Dokument 3:5 Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*

²³ NOU 2023: 9 *Generalistkommunesystemet. Likt ansvar – ulike forutsetninger*

grunn at låneandelen i nye prosjekter kan utgjøre inntil 90 prosent av styringsrammen.

Regjeringen vil endre rentemodellen tilbake til modellen som ble brukt før 2018 for alle lån. Dette vil gi betydelig lavere rentekostnader og sikre likebehandling av alle sykehusutbygginger.

Regjeringen vil redusere andelen innsattsstyrt finansiering fra dagens 40 prosent til 30 prosent. Finansieringsmodellen endres for bedre å støtte opp om ønsket faglig utvikling, kvalitet og kostnadseffektiv bruk av ressurser. En høyere andel basisfinansiering kan bidra til økt strategisk handlingsrom for de regionale helseforetakene, særlig knyttet til sammenhengende pasientforløp og samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det er behov for mer utbredt og varig samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Regjeringen vil derfor innføre et rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Midlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner. I tildeling av midler skal det legges vekt på at midlene skal tilrettelegge for lokale løsninger i opptaksområdet til de minste sykehusene (akutt-sykehus og sykehus uten akuttfunksjoner).

For å gjøre allmennlegetjenesten framtidsrettet og bærekraftig, har regjeringen i Prop. 1 S (2023–2024) varslet at det på sikt er behov for større endringer i fastlegeordningen. Regjeringen vil blant annet vurdere endringer i finansieringsmodellen for fastlegeordningen for å legge til rette for tverrfaglighet, tjenesteinnovasjon, samhandling og medisinskfaglig prioritering.

2.3.3 Utprøving og innføring av nye organiseringsformer

Nye organiseringsformer hvor kompetanse og ressurser i større grad ses i sammenheng på tvers av kommuner og sykehus kan bidra til bedre bruk av knappe personellressurser og mer sammenhengende tjenester. Teambaserte tjenester, kombinerte stillinger og andre organiseringsformer skaper også anledning for å bygge samarbeidsskulptur og å utveksle kompetanse.

Potensialet for å etablere en mer hensiktsmessig oppgavedeling i vår felles helsetjeneste og god organisering av arbeidsprosesser er stort. God oppgavedeling innebærer å være bevisst på hvilken kompetanse som er nødvendig for å ivareta den enkelte oppgave og det enkelte gjøremål. Arbeidsgiver må ha en systematisk tilnærming til dette arbeidet. Hensiktsmessig oppgavedeling

skal gjøres med utgangspunkt i fagarbeiderkompetanse.

Nye organiseringsformer vil være aktuelt for flere fagområder, men regjeringen vil særlig framheve psykisk helse og svangerskap, fødsels- og barselomsorg. Svangerskap, fødsels- og barselomsorg er et av fagområdene hvor regjeringen mener det er et særlig potensial for å benytte kombinerte stillinger. Slike modeller kan bidra til å få vaksystemet til å gå bedre rundt, at flere jobber heltid og læring på tvers av sykehus og kommuner.

Regjeringen varslet i Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* en utprøving av et integrert tilbud på ett nivå til barn og unge med behov for psykisk helsehjelp og/eller rusmiddelproblematikk.

2.3.4 Ny strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenestene

Regjeringen presenterer i Nasjonal helse- og samhandlingsplan en ny strategi for digitalisering i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringens strategi for digitalisering skal understøtte arbeidet med en helhetlig innsats, der kommuner, sykehus og andre offentlige og private aktører i helse- og omsorgstjenesten kan samarbeide om gode og sammenhengende pasientforløp. Økt bruk av digitale løsninger må bidra til å frigjøre tid for personell.

For å løse nasjonale behov vil regjeringen ha raskere overgang fra planlegging til utprøving av digitale løsninger for å teste løsningskonsept tidlig, lære og justere kurs underveis i samarbeid med sektoren. Strategien skal støtte aktørenes overordnede ansvar for å yte gode, bærekraftige og likeverdige helse- og omsorgstjenester, samtidig som den stimulerer og bidrar til digital transformasjon i virksomhetene.

Regjeringen har fra 1. januar 2024 samlet myndighetsarbeidet med digitalisering og informasjonsforvaltning i Helsedirektoratet. Det er også etablert en helseteknologiordning som støtter det lokale ansvaret for innføring av teknologi i helse- og omsorgstjenesten. Det skal legges større vekt på arbeidet med standardisering, normering og veiledning for å gi leverandørene forutsigbarhet og bedre evne til å levere gode løsninger, og bidra til at kommunene kan anskaffe og innføre helse-teknologi og gode journalsystemer som også har bedre evne til digital samhandling.

Enklere tilgang til helsedata av god kvalitet skal bidra til bedre helse og bedre helse- og omsorgstjenester. De fleste lovbestemte nasjonale helseregistrene og Helsedataservice er samlet i

Folkehelseinstituttet fra 2024 for å styrke utvikling av registrene og bidra til enklere tilgang til helsedata. Det skal legges til rette for bruk av helsedata i helseforskning, styrke grunnlaget for kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester og stimulere til innovasjon og næringsutvikling. Mer datadrevne beslutninger skal bidra til bedre ressursutnyttelse, økt kvalitet, helseovervåking og bedre folkehelse. Det vil også gjøre helse- og omsorgssektoren bedre forberedt i møte med kriser.

2.3.5 Forenkle og tydeliggjøre regelverket for å understøtte vår felles helsetjeneste

Regjeringen har som målsetting at regelverket på helse- og omsorgsfeltet på en enkel og klar måte skal bidra til at vår felles helsetjeneste yter gode, trygge og likeverdige tjenester i hele landet.

Det nasjonale faglige rammeverket for pasient- og brukersikkerhet som presenteres i kapittel 6, har som mål at det skal bli færre pasientskader, mer systematisk læring og forbedring og at det skal være trygt å melde. Dette er også sentralt i Varselutvalgets rapport *Fra varsel til læring og forbedring*, som var på høring fram til september 2023. Regjeringen vil i tråd med Varselutvalgets forslag endre navnet på dagens varselordninger til meldeordning. Regjeringen vil også utrede de øvrige forslagene til Varselutvalget, og tar sikte på å fremme et høringsnotat med forslag til lovendringer i løpet av 2024.

Lover og regler skal være enklest mulig utformet samtidig som de gir nødvendige og tilstrekkelige rettslige garantier. De skal bidra til å gi pasienter og brukere likeverdige, samordnede og helhetlige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet til rett tid. Samtidig, og i tråd med tillitsreformen, skal lover og regler understøtte fagfolkens arbeid med å yte tjenester av høy kvalitet og ikke føre til unødvendig merarbeid eller være til hinder for hensiktsmessig utøvelse eller god planlegging og organisering av helse- og omsorgstjenestene. Fagfolkene skal ikke bli detaljstyrt av krav med mindre det er strengt nødvendig. Lover og regler skal være oppdaterte og i tråd med den faglige og teknologiske utviklingen.

Regjeringen vil ta disse overordnede målsetningene inn i kommende regelverksarbeid på helse- og omsorgsfeltet. I denne meldingen varsles det særskilt at regjeringen vil:

- gjennomgå helseforskningsloven og annet regelverk som regulerer helseforskning, for å

sørge for at det er i tråd med den faglige og teknologiske utviklingen

- gjennomgå bestemmelsene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven med tanke på effektiv og sikker tilgjengeliggjøring av informasjon til bruk i helsehjelpen, digitaliseringsvennlighet og tydelighet
- gjennomgå bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven som beskriver virksomhetenes plikter, slik at ansvaret er tydelig nok definert og i tråd med den faktiske situasjonen
- vurdere om endringer i lov og forskrift kan bidra til bedre innretning på, og nødvendig forenkling og klargjøring av, de lovregulerte koordineringsordningene
- fremme lovforslag om oppfølging av forslag fra Samtykkeutvalget og enkelte av forslagene fra Tvangslovutvalget. Det er sentralt i arbeidet å sikre faglig gode forløp for den enkelte pasient og ivareta pårørende
- endre dagens varselordning til en meldeordning og fremme et høringsnotat med forslag til lovendringer som ledd i oppfølging av Varselutvalgets rapport
- presentere de samlede løsningene for allmennlegetjenesten i en lovproposisjon med meldingsdel våren 2025
- utrede om det er behov for endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven som kan bidra til bedre gjensidig involvering i planleggings- og beslutningsprosesser for både helseforetak og kommuner
- endre regelverket for å inkludere aktivitet fra privatfinansierte spesialisthelsetjenester i Norsk pasientregister (NPR) og privatfinansierte helse- og omsorgstjenester i kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)
- utrede en ny godkjenningsordning for helprivate helsetjenestetilbud
- revidere rundskriv I-4/2019 – Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og forholdet til forsvarlighetskravet mv.
- vurdere å oppnevne et offentlig utvalg for å gjennomgå pasient- og brukerrettighetsloven med sikte på å forenkle og gjøre loven mer tilgjengelig for pasienter, brukere, pårørende og helsepersonell

2.3.6 En attraktiv og framtidsrettet allmennlegetjeneste

En attraktiv og framtidsrettet allmennlegetjeneste er en del av grunnmuren for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Innbyggerne skal oppleve trygghet for kvalitet og tilgjengelighet i tjenestetil-

budet. Allmennlegetjenestene skal være en attraktiv arbeidsplass med faglige fellesskap og trivsel for legene. Samtidig må allmennlegetjenestene bidra til at en større del av helsehjelpen gis i kommunene nær der folk bor og innsatsen styrkes for pasienter med store og sammensatte behov, og til å forebygge sykdomsutvikling, sykdomsforverring og funksjonsfall.

Regjeringen mener det er nødvendig med ytterligere strukturelle endringer i fastlegeordningen for å nå regjeringens målbilde for tjenestene og skape bærekraft. Regjeringen vil legge til rette for tverrfaglige fastlegekontor med tydelig ledelse og et bredere faglig tilbud, hvor flere personellgrupper bidrar med sin kompetanse til det beste for innbyggerne. Regjeringen vil utvikle tverrfaglige fastlegekontor for å fremme kvalitet, effektivitet, arbeidsdeling, rett bruk av kompetanse og innova-

sjon i tjenesteytingen og for å gi kommunene økt handlingsrom for hvordan de organiserer sin fastlegetjeneste. Sentrale endringer som vurderes for å oppnå dette, er økt mulighet for delegasjon, profesjonsnøytrale takster, endringer i forholdet mellom basistilskudd og takster og regulering av fastlegevirksomheter.

Større medisinsk kompleksitet og flere eldre øker behovet for kompetanse og kapasitet i alders- og sykehjemsmedisin i kommunene. Det er også fortsatt behov for å øke kapasiteten i og rekrutteringen til fastlegetjenesten. Regjeringen vil derfor sende på høring forslag om endringer i kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Regjeringen vil også åpne opp for at kommuner og helseforetak kan opprette LIS1-stillinger og redusere fastlegenes oppgaver.

3 En helse- og omsorgstjeneste som fremmer forebygging og mestring

Boks 3.1 Regjeringen vil

Regjeringen vil forsterke den forebyggende innsatsen i helse- og omsorgstjenesten gjennom å

- be Helsedirektoratet utrede hvordan omstilling til en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste systematisk kan støttes og evalueres
- be Helsedirektoratet gjøre en avgrenset vurdering av om finansieringsordningene i tilstrekkelig grad understøtter en forebyggende helse- og omsorgstjeneste
- sikre at kunnskap og kompetanse om helsefremming og forebygging er ivaretatt i tilstrekkelig grad i relevante opplæringsløp innenfor helse- og oppvekstfag i videregående skole og i utdanningene som gir offentlig spesialistgodkjenning
- utarbeide faglige råd for å opprettholde fysisk, psykisk og sosial funksjon og forebygge funksjonsfall og skrøpeligheit hos eldre
- oppdatere og prioritere anbefalinger om forebyggende tiltak i helse- og omsorgssektoren på bakgrunn av en vurdering av kostnads- og personelleffektivitet

Regjeringen vil legge til rette for at den enkelte kan ivareta egen helse gjennom å

- legge fram en ny strategi om helsekompetanse
- utrede hvordan lærings- og mestringvirksomhet i kommunene kan videreutvikles, herunder om det er behov for lovendringer
- gjøre det enklere å komme i kontakt med frisklivs-, lærings- og mestringstilbud
- utrede hvordan vi kan få bedre data om frisklivs-, lærings- og mestringvirksomhet
- utrede ulike måter å følge opp ordningen med grønn resept på
- vektlegge forebygging, mestring, habilitering og rehabilitering i videreutviklingen av helsefelleskapene

- utrede hvordan flere rehabiliteringstjenester kan digitaliseres

Regjeringen vil inkludere flere med helseutfordringer i arbeid, styrke arbeidsrettet rehabilitering og bidra til et bedre arbeidsmiljø gjennom

- et forsterket samarbeid mellom helsesektoren og arbeids- og velferdssektoren
- satsing på effektive samhandlingsmodeller og utprøving av nye modeller for tjenestesamhandling
- at arbeidsinkludering i større grad inkluderes som behandlings- og/eller rehabiliteringsmål i helse- og omsorgstjenesten
- å styrke og samordne kompetanse og kvalitet innen arbeid og helse
- å styrke det strategiske samarbeidet mellom arbeidsmiljø- og helsemyndighetene

Regjeringen vil fremme kvinners helse gjennom å

- ivareta hensyn til kjønnsperspektiver i videreutvikling av helsetjenestene
- legge fram en egen strategi for kvinnehelse i 2024
- sette ned et offentlig utvalg som skal utrede kvinners arbeidshelse
- styrke forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser
- gjennomføre tiltak for å forebygge og bekjempe negativ sosial kontroll, æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse i sammenheng med opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner
- gi bedre behandlingstilbud til kvinner med endometriose og adenomyose gjennom faglige anbefalinger til tjenesteutøvere og etablering av en nasjonal kompetansetjeneste i 2024

Det skal være enklere å mestre livet med sykdom eller funksjonsnedsettelse, og alle som kan og vil jobbe skal få mulighet til det. For å lykkes med dette vil regjeringen forsterke innsatsen for å øke helsekompetansen i befolkningen. Vi skal ha en gjennomgående forebyggende helse- og omsorgstjeneste, ha økt oppmerksomhet på rehabilitering og videreutvikle lærings- og mestringsevne. I dette kapitlet presenteres også tiltak for bedre kvinnehelse og plan for den kommende strategien for kvinners helse.

3.1 En forebyggende helse- og omsorgstjeneste

Til tross for samhandlingsreformen¹ og andre meldingers ambisjoner om å styrke forebygging og tidlig intervensjon, er flere av disse bare delvis innfridd. De siste ti årene har sykdomsbyrden gått ned for mange av tilstandene som medfører tapte leveår, som hjerte- og karsykdom, kreft og kols. Utviklingen går imidlertid feil vei for flere tilstander som potensielt kan forebygges, som fedme, psykisk uhelse, muskel- og skjelettlidelser og skadelig rusmiddelbruk. Omtrent 87 prosent av sykdomsbyrden i befolkningen består av ikke-smittsomme sykdommer.² Gjennom brede folkehelse-tiltak og innsats i helse- og omsorgstjenesten kan mange ikke-smittsomme sykdommer reverseres, utsettes eller konsekvensene av dem reduseres. Kosthold, fysisk aktivitet og alkohol er felles påvirkningsfaktorer for de ikke-smittsomme sykdommene og hvor helse- og omsorgstjenesten kan bidra for å redusere sykdomsbyrde og ulikhet i helse.

Framskrivninger mot 2050 viser at 90 prosent av økningen i forventet sykdomsbyrde i befolkningen vil skje i aldersgruppene over 65 år, og hovedsakelig blant dem over 80 år.³ Det er knyttet store individuelle og samfunnsøkonomiske konsekvenser til utvikling av funksjonsfall og skrøpeligheit, og i mange tilfeller betyr det også en stor byrde for nære og pårørende. Begrepet «skrøpeligheit» er en norsk oversettelse av det engelske ordet «frailty» og viser til en tilstand som kjennetegnes av redusert muskelstyrke, utilsiktet vekttap og redusert motstandskraft mot sykdom.⁴ Andre

¹ St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*

² Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjeller*

³ Kunnskapsgrunnlag til Bo trygt hjemme – FHI (2022)

⁴ Definisjon av skrøpelige eldre – Helsedirektoratet

Boks 3.2 Forebygging i helse- og omsorgstjenesten

Forebygging i helse- og omsorgstjenesten omfatter innsats for å

- fremme god helse og livskvalitet gjennom livsløpet, forhindre utvikling av risikofaktorer for sykdom og funksjonssvikt, øke helsekompetansen og bidra inn i det tverrsektorielle planarbeidet (primærforebygging)
- identifisere risikofaktorer og helseutfordringer tidlig, iverksette tiltak for å motvirke sykdomsutvikling og funksjonssvikt (sekundærforebygging)
- bremse eller reversere sykdomsutvikling, funksjonsfall og økt behov for helse- og omsorgstjenester og å styrke egenmestring hos innbyggeren (tertiærforebygging)
- forebygge skader som følge av behandling eller manglende behandling

indikasjoner kan være at man beveger seg langsomt, har redusert kognitiv funksjon og økt behov for å hvile.

Sannsynligheten for skrøpeligheit øker med alderen, men utviklingen kan forebygges, utsettes og i noen grad reverseres. Det er god dokumentasjon på at fysisk aktivitet, bedre ernæring, sosialt nettverk og færre legemidler blant eldre bidrar til bedre funksjonsevne og livskvalitet, redusert bruk av helse- og omsorgstjenester og har samfunnsøkonomiske gevinster.⁵ Eldre med skrøpeligheit omtales nærmere i avsnitt 4.4.4.

Regjeringens innsats for å fremme helse og prioritere tidlig innsats og forebygging i og utenfor helse- og omsorgssektoren er nødvendige satsinger for å dempe veksten i behov for helse- og omsorgstjenester og å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i hele landet. Dette vil også bidra til å dempe sykdomsbyrden for den enkelte og øke mulighetene for å leve selvstendig lenger. Gjennom tiltak i dette kapitlet vil regjeringen dreie oppmerksomheten i helse- og omsorgstjenesten til å bistå personer med livsstilsendringer, tidlig innsats mot risikofaktorer, opprettholde funksjon og å bremse sykdomsutvikling.

⁵ Allmennlegenes rolle i helsefremming og forebygging - endelig-nett.pdf (ks.no)

3.1.1 Hva hindrer tjenestene i å jobbe forebyggende?

Akuttbehandling, oppgaver som er rettighetsfestede og oppgaver som gir synlige resultater, blir ofte prioritert framfor tjenester som fremmer helse, tidlig oppdagelse og oppfølging av kronisk syke.^{6 7} Dette er oppgaver der gevinstene gjerne syns over tid og heller ikke alltid kan måles.

Mange kommuner opplever utfordringer med å møte de økte kravene til hva helse- og omsorgstjenesten skal kunne tilby sine innbyggerne. Kommunene har behov for støtte knyttet til kunnskapsutvikling, kompetanseheving, utdanning, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet slik at de kan prioritere riktig.⁸

Spesialisering og diagnosespesifikke faglige retningslinjer kan bidra til dårligere oppfølging av personer med komplekse tilstander og økt risiko for overmedisinering og overbehandling av enkelttilstander fordi diagnosene ikke sees i sammenheng.⁹ Legemiddelbehandling velges ofte først, selv om ikke-medikamentelle tiltak i noen tilfeller kan ha like god eller bedre effekt. Det kan være vanskelig for fagfolk å vite hvordan de kan møte pasienters utfordringer med levevaner. Økt kunnskap om forebyggende tiltak vil sannsynlig-

vis føre til at disse tiltakene blir en mer naturlig del av et pasientforløp.

Utover den nylig innførte taksten for livsstil-sintervensjon for pasienter med, eller som har risiko for, hjerte- og karsykdom, diabetes type 2 eller overvekt, yter Folketrygden bare stønad dersom lege har blitt oppsøkt for sykdom, skade eller lyte og ikke for primærforebygging.

3.1.2 Tiltak for en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste

For å dempe et økende behov for helse- og omsorgstjenester er det avgjørende at tilstrekkelige tiltak som forebygger sykdom, funksjonssvikt og forverring av tilstander iverksettes i tjenestene. Rammene for forebyggende innsats må sikres gjennom flere ulike virkemidler, herunder knyttet til etablering og formidling av kunnskap, og utdanning av personell.

Omstilling til en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste

Regjeringen vil be Helsedirektoratet utrede hvordan omstilling til en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste systematisk kan støttes og evalueres. For å fremme omstilling til en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste er det nødvendig med en systematisk, koordinert og helhetlig innsats nasjonalt, regionalt og lokalt. Det må være eksplisitte forventninger om og forståelse for hvilke tiltak som bør inngå i ulike pasientforløp. Samtidig er det nødvendig å sikre felles prioriteringer, tilstrekkelig gjennomføringskraft og å følge med på at målene nås. Det krever forankring og koordinering på tvers av tjenestenivåene.

Finansieringsordninger som understøtter en helsefremmende og forebyggende helse- og omsorgstjeneste

Regjeringen vil be Helsedirektoratet gjøre en avgrenset vurdering av om finansieringsordningene i tilstrekkelig grad understøtter en helsefremmende og forebyggende helse- og omsorgstjeneste. Det har lenge vært pekt på at finansieringssystemet ikke i tilstrekkelig grad understøtter helsefremmende og forebyggende innsats, og er til hinder for å prioritere dette i tjenestene. I avsnitt 4.3.3 beskrives innføring av økonomiske insentiver til samhandling og i kapittel 8 beskrives endringer i finansiering av sykehusene. Basistilskuddet til fastlegene er gjort pasienttilpasset og styrket, blant annet for at leger som har pasienter

Boks 3.3 Tannpleier i kommunen

Tannpleiere er nøkkelpersoner i det forebyggende tannhelsearbeidet. Høsten 2023 ble det igangsatt en pilot i tre kommuner i Nordland der tannpleiere står for opplæring og veiledning av personell i kommunen. Hensikten er å legge til rette for bedre samhandling mellom helsetjenester for noen grupper pasienter som har rett til behandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Tannpleier i kommunen skal blant annet bidra i oppfølging av enkeltbrukere, etablere rutiner for samarbeid og sørge for kompetanseheving innen tann- og munnhelse i de kommunale tjenestene.

⁶ Oppdatert utfordringsbilde med vekt på samhandling (Helsedirektoratet 2022)

⁷ Samhandlingsreformen i helsevesenet: Statlige insentiver og kommunale virkninger (2019)

⁸ Oppdatert utfordringsbilde med vekt på samhandling (Helsedirektoratet 2022)

⁹ Allmennlegenes-rolle-i-helsefremming-og-forebygging-
endelig-nett.pdf (ks.no)

med sammensatte og store behov skal ha mer tid til den enkelte pasient. Regjeringen vurderer ekspertutvalget for allmennlegetjenestens forslag til endringer i finansiering for å understøtte en framtidsrettet allmennlegetjeneste, se avsnitt 4.1.1. Samlet vil disse endringene kunne legge til rette for økt prioritering av forebyggende og helsefremmende tiltak.

Helsefremming og forebygging som en del av utdanningsløpet

Regjeringen vil sikre at kunnskap, ferdigheter og kompetanse om helsefremming og forebygging er ivare tatt i tilstrekkelig grad i relevante opplæringsløp i helse- og oppvekstfag i videregående skole, og i utdanningene som gir offentlig spesialistgodkjenning. Helse- og omsorgsdepartementet vil gå i dialog med Kunnskapsdepartementet med tanke på hvordan man kan arbeide for å ivareta helsefremming og forebygging også i de høyere utdanningene. Utdanningene er viktige både for kunnskap om forebygging og «den kulturelle dansen» av personell. Det er stor variasjon mellom utdanningene i hvor mye undervisning studentene får om betydningen av helsefremmende og forebyggende innsats.

Økt forskningsinnsats for kommunale helse- og omsorgstjenester og sykdommer med stor sykdomsbyrde som kan forebygges

Regjeringen vil ta initiativ til at en større del av forskningsinnsatsen innrettes for og involverer kommunale helse- og omsorgstjenester og sykdommer med stor sykdomsbyrde som kan forebygges. Mengden forskning i og for den kommunale helse- og omsorgstjenesten samsvarer ikke med kunnskaps- og samhandlingsbehovet i stadig mer komplekse kommunale tjenester.¹⁰ Utviklingen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene må basere seg på tilgjengelig kunnskap slik at de riktige tiltakene iverksettes og bidrar til å fremme helse, mestring og forebygger sykdomsutvikling og tjenestebehov. Se nærmere omtale av forskning og kunnskapsutvikling i kommunen i kapittel 6. Regjeringen varslet i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* at

¹⁰ Meld. St. 5 (2022–2023) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032*

det skal settes ned et offentlig utvalg som skal gi råd om prioritering av folkehelse tiltak.

Nasjonale faglige råd om funksjonsfall og skrøpeligheit hos eldre

Regjeringen vil be Helsedirektoratet utarbeide nasjonale faglige råd til bruk i helse- og omsorgstjenesten for å opprettholde fysisk, psykisk og sosial funksjon og forebygge funksjonsfall og skrøpeligheit hos eldre. Økningen i antall eldre som vil leve med kroniske sykdommer gjør det nødvendig med økt innsats for at den enkelte skal kunne opprettholde fysisk funksjon så lenge som mulig, og mestre egen helse og sykdom i hverdagen. Kommuner og helseforetak har i varierende grad iverksatt tiltak for å forebygge skrøpeligheit og funksjonsfall. Helsedirektoratet skal utvikle og foreslå hvordan tiltak kan gjennomføres.

Tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen

Som varslet i Folkehelsemeldinga vil regjeringen legge fram en helhetlig strategi for ikke-smittsomme sykdommer¹¹ mot 2030, som viser retningen og satsingsområdene innen folkehelsearbeidet og i helse- og omsorgstjenesten. Psykiske plager og lidelser står for en betydelig andel av sykdomsbyrden. I de senere årene har det vært en økning i henvendelser til kommunene og henviste til spesialisthelsetjenesten for psykiske plager og lidelser. Regjeringen vil be Helsedirektoratet oppdatere og prioritere anbefalinger om forebyggende tiltak i helse- og omsorgstjenesten.¹² Vurderingen skal ta utgangspunkt i en vurdering av kostnader og personelleffektivitet og bør belyse hvordan tiltak for levevaner kan inkluderes i relevante pakke- og behandlingsforløp.

Digitale løsninger skal styrke pasienter og pårørendes mulighet til å ta gode helsevalg og aktivt ta del i behandlingsopplegg. Helsedirektoratet reviderer og digitaliserer aktivitetshåndboken¹³ som handler om råd om fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Det er viktig at disse rådene gjøres kjent og tas i bruk i tjenestene.

¹¹ NCD: non communicable diseases

¹² Helsedirektoratet (2018) *Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen*

¹³ Helsedirektoratet (2009) *Aktivitetshåndboken - fysisk aktivitet i forebyggig og behandling*

3.2 Støtte pasienter, brukere og pårørende til å ivareta egen helse

Flere kommer til å leve lenger med én eller flere sykdommer eller funksjonsnedsettelse. Økt helsekompetanse og å sette folk i stand til å ivareta egen helse er viktig for den enkelte og er god samfunnsøkonomi ved at befolkningen bedre mestrer sykdom og opprettholder funksjon, får økt livskvalitet og mindre behov for helse- og omsorgstjenester.

3.2.1 Øke helsekompetansen i befolkningen

Helsekompetanse er viktig for den enkeltes mulighet til å finne, forstå og bruke helseinformasjon, men også å finne fram i og bruke helsetjenesten. Helsekompetanse må ses i lys av omgivelsene og situasjonen som man befinner seg i. Arbeid med helsekompetanse handler både om hvordan den enkeltes helsekompetanse kan bedres gjennom kampanjer, informasjon og lignende, men det må også være oppmerksomhet om hvordan helse- og omsorgstjenesten skaper god helsekompetanse.

Helse- og omsorgstjenesten må tilby informasjon og tjenester som ivaretar en mangfoldig

befolkning med ulik grad av helsekompetanse, språkkompetanse og digitale ferdigheter.

Helsedirektoratet har de siste årene fulgt opp *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*, hvor ett av de sentrale målene er å sørge for at helsekompetanse er integrert i planlegging, utvikling, implementering og evaluering av helse- og omsorgstjenestene. Dette handler blant annet om hvordan tjenestene kan sørge for at brukere enkelt skal klare å finne fram til riktig tilbud og hvordan helse- og omsorgstjenesten kan utforme informasjon som er tilpasset pasienters og brukeres evne til å tilegne seg og dra nytte av den.¹⁴ Som del av dette arbeidet har det blitt gjennomført en pilot av et kartleggingsverktøy for å kunne måle helsekompetanse i helse- og omsorgstjenesten.¹⁵ I NOU 2023: 5 *Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse* foreslår utvalget å øke helsekompetansen til ulike befolkningsgrupper.

Regjeringen vil fortsette arbeidet for å øke helsekompetansen i befolkningen og vil utarbeide en ny strategi. Denne vil blant annet bygge på evaluering og erfaringer fra *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. Betydningen av helse- og omsorgstjenestens innsats for å øke helsekompetansen i befolkningen vil være viktig i det videre arbeidet. Inneværende strategi forlenges inntil videre.

3.2.2 Læring og mestring for å ivareta egen helse

I Nasjonal helse- og sykehusplan¹⁶ ble det pekt på at det har skjedd mye siden lærings- og mestrings-sentrene ble etablert, og at det var behov for å vurdere om lærings- og mestringstjenestene kan tilbys på måter som bedre ivaretar brukernes behov, og føre til mer hensiktsmessig oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er stor variasjon i tilgjengelighet, organisering, målgrupper, innhold og kvalitet av tilbud i helseforetak og kommuner.¹⁷ Læring og mestring er heller ikke tilstrekkelig integrert i arbeidet med pasientforløp, det er svake krav til dokumentasjon, og arbei-

Boks 3.4 Helsekompetanse i Helse Sør-Østs regionale utviklingsplan

Helse Sør-Øst RHF har å styrke pasienter og pårørendes helsekompetanse og involvering som et nytt satsingsområde i regional utviklingsplan for 2040.¹ Dette vurderes som en forutsetning for å lykkes med de andre satsingene i planen. Helse Sør-Øst vil prioritere:

- aktiv pasient- og pårørendemedvirkning
- styrke kvalitet og redusere uønsket variasjon i pasient- og pårørendeopplæring
- styrke kvalitet og omfang av samvalg med pasienter og pårørende i alle aldre
- styrke helsepersonells kompetanse i helsekommunikasjon
- heve helsepersonells kompetanse i samisk språk og kulturforståelse
- øke kvaliteten i helsehjelp til personer med innvandrerbakgrunn
- tilpasset informasjon til pasienter og pårørende i alle aldre der de er, når de trenger det

¹ Regional utviklingsplan 2040 – Helse Sør-Øst RHF (helse-sorost.no)

¹⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2019) *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*

¹⁵ Brage INN: Helsekompetansevennlige helsetjenester: Pilotering av et kartleggingsverktøy for organisatorisk helsekompetanse ved fem helseinstitusjoner i Norge

¹⁶ Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*

¹⁷ Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene – rapport.pdf (helsedirektoratet.no)

Boks 3.5 Hva er læring og mestring?

Lærings- og mestringsvirksomhet i helse- og omsorgstjenesten omfatter individuell og gruppebasert informasjon, veiledning, opplæring, undervisning, ferdighetstrening og erfaringsdeling og foregår både i den løpende kontakten brukere, pasienter og pårørende har med helsepersonell, og gjennom egne tilbud og likepersonsarbeid. Virksomheten er tverrfaglig, skal være kunnskapsbasert, rette oppmerksomhet mot den enkeltes ressurser og understøtte brukers egen læringsprosess. Dette pedagogiske arbeidet har betydning for pasientsikkerheten og skal inngå i alle helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.¹

Formålet med lærings- og mestringsvirksomheten er at brukere, pasienter og pårørende skal få økt kompetanse om helse og helsetjenester som gjør dem i stand til å:

- fremme helse og livskvalitet (fysisk, psykisk, sosialt og eksistensielt)

- forebygge, hindre eller bremse utvikling av sykdom og funksjonsnedsettelse
- opprettholde og/eller endre levevaner
- mestre egen helse, hverdag og livssituasjon

Lærings- og mestringsvirksomhet er sentralt i sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, og krever både helsefaglig og pedagogisk kompetanse. Tilbudet i kommunale frisklivssentraler er en del av lærings- og mestringsvirksomheten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Lærings- og mestringsvirksomhet foregår også i regi av frivillige organisasjoner.

¹ Læring og mestring skal inngå i alle helse- og omsorgstjenester av god kvalitet jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 nr. 4 og helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2.

det har svak lederforankring. Tilrettelegging av lærings- og mestringstilbud til den samiske befolkningen og til befolkningen med innvandrerbakgrunn er også mangelfull.

Videreutvikling og forbedring av lærings- og mestringsvirksomhet

Det er en viktig oppgave for alle helse- og omsorgstjenester å bistå pasienter og brukere til å håndtere egen sykdom og mestre egen helse.

Helsedirektoratet arbeider med å videreutvikle en veileder for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Denne vil blant annet omtale oppgavedeling og samarbeid mellom kommuner og helseforetak.

Det er et krav om at de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner skal omfatte retningslinjer for samarbeid om lærings- og mestringstilbud. Se omtale under kapittel 4.3.1. om vektlegging av mestring i helsefelleskapenes arbeid.

I spesialisthelsetjenesten skjer lærings- og mestringsaktiviteter i hovedsak i individuelle møter som er integrert i øvrig behandling. Alle sykehus har etablert lærings- og mestringsvirksomhet, enten organisert med utgangspunkt i et lærings- og mestringscenter eller som en tjeneste

som bistår avdelingene. Det er også etablert regionale funksjoner som støtter opp under lærings- og mestringsvirksomhet på helseforetaksnivå.

Det er et mål at alle kommuner skal tilby hjelp til å endre levevaner og å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse. Dette er ikke avgrenset til enkelte tilbud, men må også skje som del av det ordinære tilbudet i helse- og omsorgstjenesten, for eksempel i oppfølging på fastlegekontoret eller i hjemmesykepleien og som del av et rehabiliteringsforløp. Helsedirektoratets evaluering av forsøket med primærhelseteam hvor fastleger, helsesekretærer og sykepleiere samarbeider, viser blant annet at pasientene som mottok tjenester fra teamet opplevde å få god opplæring og oppfølging og økt evne til å mestre egen sykdom. Dette er erfaringer regjeringen vil bygge videre på i arbeidet med å utvikle framtidens allmennlegetjeneste. Videre er det viktig at det er et godt samarbeid mellom legekontorene og de øvre helsetjenestene i kommunen, herunder frisklivssentraler.

Kommunenes plikt til å yte lærings- og mestringsvirksomhet framkommer av flere bestemmelser i helse- og omsorgstjenesteloven.¹⁸ Tjenestene kommunen er pålagt å ha knytter seg i hovedsak til pasienter og brukere som allerede har sykdom og

¹⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven (§§ 1-1 nr. 1 og nr. 5, 3-1 og 3-2 nr. 1, samt nr. 6 bokstav b for enkelte grupper)

helseutfordringer, og som derfor trenger tjenester fra kommunen. Kommunen er i liten grad pålagt å ha tjenester som spesifikt retter seg til voksne personer med økt risiko for sykdom, men som ikke allerede, eller i liten grad, har behov for andre helse- og omsorgstjenester. Dette er personer som kan ha stor helsegevinst av livsstilsendringer og opplæring som setter dem i stand til å mestre helseutfordringer og egen livssituasjon. Regjeringen vil utrede hvordan lærings- og mestringsvirksomhet i kommunene kan videreutvikles, herunder om det er behov for lovendringer. Økonomiske og administrative konsekvenser, inkludert personellbehov, vurderes som del av utredningsarbeidet.

I mange kommuner er lærings- og mestringsvirksomhet en del av frisklivssentralens arbeid, som hjelper personer til å endre levevaner og mestre egen helse. Omtrent 86 prosent av befolkningen bor i en kommune med frisklivssentral. Antallet kommuner med frisklivssentral har vært stabilt de siste årene. Samtidig har mange steder fått økt bemanning og et bredere tilbud enn før. Enkelte har også digitale tilbud. Samtidig er dette en tjeneste med begrenset bemanning mange steder. Enkelte kommuner har frisklivssentraler som Helsedirektoratet betegner som utviklingssentraler.¹⁹ Disse skal bidra med erfaringsutveksling, nettverks- og kompetansebygging, kvalitets- og videreutvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringsstilbud regionalt og nasjonalt. Regjeringen vil fortsette å stimulere til videreutvikling av frisklivs-, lærings- og mestringsstilbudene i kommunen og antallet utviklingssentraler er økt i 2023. Ved behandlingen av Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* vedtok Stortinget at regjeringen skal legge til rette for økt bruk av grønn resept og ba regjeringen utrede nye oppfølgingsmodeller for dette, for eksempel med mer veiledet fysisk aktivitet og kosthold. Regjeringen følger opp Stortingets vedtak gjennom oppdrag til Helsedirektoratet om å evaluere frisklivs-, lærings- og mestringsstilbud og utrede ulike måter å følge opp ordningen med grønn resept på.

For mange er det å treffe personer i samme situasjon eller som har lignende erfaring som dem selv en svært viktig del av mestringsarbeidet. Det er viktig å ta i bruk ressursene og kompetansen som finnes innen frivilligheten og finne tiltak som fremmer et samarbeid mellom dem og helse- og omsorgstjenesten.

Boks 3.6 Frisklivssentral Bydel Frogner

Enhet for Mestring og Rehabilitering i bydel Frogner i Oslo tester ut digital hjemmeoppfølging som en kommunikasjonsplattform for personer ved Frisklivssentralen i bydelen. Målgruppen er personer med sykdom eller økt risiko for sykdom, og som trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Personer med livsstilssykdommer kan ta i bruk digital hjemmeoppfølging for å få tettere oppfølging, og enkelt få tak i sin frisklivsveileder når de har spørsmål og trenger motivasjon. Tilbudet skal bidra til å motivere brukerne, og samtidig gi økt tilgjengelighet til tjenesten.¹

¹ Frogner frisklivssentral – Frisklivssentraler – Oslo kommune

Dagens journalsystemer er i liten grad tilpasset arbeid innen frisklivs-, lærings- og mestringsvirksomhet og dokumentasjonen fra tjenestene er mangelfull, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Regjeringen vil derfor starte utredningsarbeid for å undersøke hvordan data fra slike tjenester kan bedres.

Det er viktig at lærings- og mestringsvirksomhet er forankret lokalt og at det finnes regionale fagmiljøer som kan bidra til videreutvikling av kompetanse både i kommunene og i de regionale helseforetakene. Regionale fagmiljøer innen feltet bør derfor videreutvikles for å bidra til fagutvikling og kompetanseforbedring i tråd med nasjonale føringer og veiledere.

3.2.3 Gjøre det enklere å være pasient, bruker og pårørende gjennom digitale løsninger

De fleste pasienter og brukere, og deres pårørende, ønsker å kunne medvirke i oppfølgingen av egen helse og behandling.

Helsenorge er hovedinngangen til offentlige helse- og omsorgstjenester digitalt. Her finnes kvalitetssikret og oppdatert informasjon om helse, livsstil, sykdom, behandling og rettigheter. Innbyggerne har tilgang til forskjellige selvhjelps løsninger og selvbetjeningsløsninger og har innsyn i egne helseopplysninger, journaldokumenter og timebestillinger. For mange benyttes også helsenorge til dialogtjenester som brukes i forbindelse med kon-

¹⁹ Helsedirektoratet (2011) *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud. IS 1896*

sultasjoner og behandling. Det finnes også kvalitetssikrede helseverktøy som kan motivere og bidra til egenmestring. Blant verktøyene er det nettkurs, apper og videoer innenfor psykisk og fysisk helse og levevaner. Som del av opptrappingsplan for psykisk helse vil regjeringen legge til rette for at digitale selvhjelpsverktøy videreutvikles og tas i bruk, og styrket tilskuddet til dette i 2023. Helsedirektoratet lanserte i 2023 fire psykisk helseapper for barn og unge. Det er viktig at digitalisering av tjenester gjennomføres på en måte som fremmer likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. Regjeringen la i 2023 fram *Handlingsplan for auka inkludering i eit digitalt samfunn (2023–2026)*, som følges opp av Digitaliserings- og forvaltningsdepartementet. Målet med handlingsplanen er å motvirke digitalt utenforskap og legge til rette for at alle blir inkludert i samfunnet.

Per i dag er oversikten over, og informasjon om, frisklivs-, lærings- og mestringstilbud fragmentert og mangelfull. Tilbudene er ofte ikke kjent for verken brukere/pasienter eller ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Mange får dermed ikke den oppfølgingen de trenger, selv om det finnes tilgjengelige tilbud. Informasjonen må bli mer tilgjengelig og oppdatert. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å starte et utredningsarbeid hvor målet er en trinnvis utvikling av helsenorge slik at siden inneholder samlet og oppdatert informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, selvhjelpsverktøy og pasient- og pårørendetilbud.

Alle helseregionene tilbyr i dag videotimer, innkallingsbrev og status på henvisning via helsenorge. I tillegg tilbyr en eller flere regioner innsyn i journaldokumenter, timeadministrasjon og dokumentbaserte prøvesvar. Gjennom det nasjonale prosjektet *pasientens prøvesvar* vil alle innbyggere få innsyn i sine prøvesvar, uavhengig av hvem som har rekvirert prøven og uavhengig av hvilken region de bor i.

En stor andel av fastlegene tilbyr i dag administrasjon og dialogtjenester på helsenorge, for eksempel videotimer og timeavtaler. På helsenorge kan innbyggere også kommunisere med andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. DigiHelsestasjon gir innbyggere mulighet til å bruke helsenorge for å kommunisere med helsestasjon og skolehelsetjenesten, inkludert helsestasjon for ungdom. Gjennom DigiHelse kan brukere av hjemmetjenester og deres pårørende med fullmakt, ha dialog med helsetjenestene via helsenorge.

Barn og unge skal tilbys, og skal enkelt kunne finne kvalitetssikret informasjon, hjelp og veiledning som utvikler deres handlingskompetanse og gjør dem i stand til å ta gode valg og mestre eget liv.

Regjeringen besluttet i 2022 at ungn.no skal være statens primære tverrsektorielle kanal for digital informasjon, dialog og digitale tjenester til barn og unge. Dette skjer blant annet gjennom realisering av samarbeid gjennom DigiUng. Ung.no skal være en brukervennlig inngangsport til kvalitetssikret informasjon og hjelpetjenester drevet av det offentlige på tvers av sektorer og tjenestenivåer.

3.3 Habilitering og rehabilitering

Definisjon av habilitering og rehabilitering følger av forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator.²⁰ Habilitering handler om planer og tiltak for barn og voksne som er født med funksjonsnedsettelse, eller som fikk sykdom eller skade som barn. Mange trenger oppfølging og støtte hele livet. Rehabilitering innebærer å trene opp funksjon etter sykdom eller skader som har oppstått senere i livet. Både innen habilitering og rehabilitering skal det legges planer og settes mål i samarbeid med pasient og bruker. For mange pasienter og brukere inngår lærings- og mestringstilbud som del av tjenesteforløpet.

Forskning og innovasjon bidrar til stadig bedre måter å diagnostisere, behandle og samhandle om tilstander som gir nedsatt funksjon. Evalueringen av *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)*²¹, innspill til arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan og Riksrevisjonens rapport om rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten (2024) viser samtidig at det fremdeles er utfordringer knyttet til fagområdene.

Utfordringene dreier seg blant annet om at det er geografiske forskjeller i tilgang til kompetanse og tjenestenes kapasitet. Det er fortsatt også et mangelfullt datagrunnlag for å ha tilstrekkelig kunnskap om innhold og virkning av de ulike tjenestene.

Evalueringen viste at flere kommuner ikke hadde planer for sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og at ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan gjøres tydeligere. Innspill til meldingen viser til mangelfull oppfølging, tjenester som ikke samarbeider godt nok, og for lang ventetid. Rehabiliteringsbehov etter for eksempel hjertesykdom, lungesykdom og muskel- og skjelettlidelser er de fleste kommuner vant

²⁰ Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator (FOR-2011-12-16-1256)

²¹ KPMG (2020) *Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)*. Helsedirektoratet. Endelig rapport. Helsedirektoratet IS-2975

til å håndtere. For mindre vanlige sykdommer, som Parkinsons sykdom og MS, eller pasienter med behov for rehabilitering etter sansetap, kan kommunene mangle erfaring og kompetanse. Det er behov for veiledning og ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten, kompetansenettverk som NevroNet, ParkinsonNet og samarbeid mellom kommuner. Det kan også være vanskelig å finne informasjon om hvilke tilbud som er tilgjengelige, og pasient eller pårørende opplever å måtte koordinere tjenestetilbudene selv.

Fagpersoner i kommuner, sykehus og Nav hjelpemiddelsentraler bør samarbeide planmessig og godt når de skal følge opp personer med funksjonsnedsettelse og som har behov for hjelpemidler. Helsedirektoratet anbefaler at behovet for hjelpemidler og/eller tilrettelegging må inngå som en del av den helhetlige utredningen av behovet for habilitering og rehabilitering.²² For mange kan hjelpemiddel være viktig for å bidra til egenmestring av sykdom. Kommunenes ansvar for nødvendige og ergonomiske tiltak følger av Forskrift for habilitering, rehabilitering og koordinator § 9. Sykehusene har ansvar for å gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om forhold som er nødvendige for at kommunene skal kunne løse sine oppgaver. Nav samarbeider med kommunene om hjelpemidler og tilrettelegging. Helsedirektoratets Nasjonale faglige råd om ALS (amyotrofisk lateral sklerose) er et eksempel på hvordan et slikt samarbeid mellom sykehus, kommuner og hjelpemiddelsentral kan organiseres. For eksempel bør koordinator i sykehuset og kommunal koordinator i samarbeid sikre en tydelig avklaring og fordeling av ansvar og oppgaver som følger planene for tilrettelegging, hjelpemidler og støtteordninger.²³

Mange av utfordringene innen habiliterings- og rehabiliteringsfeltet gjelder også for andre fagområder. Tiltak som presenteres i andre deler av meldingen skal bidra til forbedring i fagområdene habilitering og rehabilitering.

3.3.1 Organisering av habilitering og rehabilitering

Det er et mål at habiliterings- og rehabiliteringstilbud i størst mulig grad skal gis i kommunen eller i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Sentralt

²² Helsedirektoratet (2015) *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [nettdokument] (siste faglige endring 15. desember 2023)*

²³ ALS (amyotrofisk lateral sklerose) – Helsedirektoratet

Boks 3.7 Rehabiliteringsteam i Stavanger:

Interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam (IKART) er et tverrfaglig rehabiliteringsteam i Sør-Rogaland som bistår fagpersoner i en gruppe kommuner med å opprettholde høy intensitet og god faglig kvalitet på rehabiliteringstilbudet, uavhengig av kommunetilhørighet. Rehabiliteringsteamet skal være et bindeledd mellom Stavanger universitetssykehus og de tolv kommunene som inngår i samarbeidet: Stavanger, Kvitsøy, Sandnes, Sola, Strand, Hå, Eigersund, Gjesdal, Klepp, Time, Hjelmeland og Bjerkreim. Teamet arbeider både direkte med pasienter med omfattende rehabiliteringsbehov etter at de er utskrevet fra sykehus, og med veiledning og støtte til fagpersoner i kommunene.¹

¹ Interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam – IKART | Helsehuset (stavanger.kommune.no)

for videreutvikling av tjenestetilbudene er at de er personsentrerte, og sikrer at pasienter og brukere får tilstrekkelig kunnskap og myndighet til å medvirke til å sette mål, og beslutte hvilke tiltak som skal inngå i forløpene.

Det har vært en nedgang i rehabiliteringstilbud i sykehus og en svak økning ved de private og ideelle rehabiliteringsinstitusjonene i perioden 2017–2022. De private og ideelle rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med de regionale helseforetakene, står for en stor andel av rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten. Enkelte behandlingstilbud er landsdekkende, slik som Nasjonal behandlingstjeneste for sansetap og psykisk helse som skal sikre at hørsels- og synshemmede får et like godt psykisk helsetilbud som resten av befolkningen.

Antallet som mottok habilitering og rehabilitering i kommunene i samme tidsperiode ser ut til å være stabilt, men datagrunnlaget er noe usikkert. Det jobbes for et bedre kunnskapsgrunnlag, se avsnitt 3.3.3. Fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen og kommunale frisklivstilbud er ikke en del av datagrunnlaget for rehabilitering i Kommunalt pasient- og brukerregister, men bør være med i totalvurderingen av det kommunale rehabiliteringstilbudet.

Rehabilitering i kommunene foregår på ulike steder, blant annet i private hjem, barnehage, skole, på arbeidsplassen, sykehjem og rehabiliteringssentre. Kommunene organiserer tjenestene sine ulikt. Mange har etablert tilbud om hverdags-

rehabilitering til sine eldre innbyggere, og inngått avtaler om interkommunalt samarbeid om rehabilitering. Noen kommuner samarbeider nært med helseforetakene og har etablert rehabiliterings-team med personell fra både spesialisthelsetjenesten og én eller flere kommuner.

3.3.2 Ansvar og oppgavedeling

Helsedirektoratet fikk i 2023 i oppdrag å vurdere behovet for endringer i ansvar og oppgavefordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

For å oppfylle sitt ansvar for å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester skal kommunen blant annet tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.²⁴ De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon.²⁵ Dette omfatter et ansvar for habilitering og rehabilitering. Kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering er nærmere regulert i forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator. Helsedirektoratets veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator omtaler ansvaret som er lagt til kommuner og sykehus. De lovpålagte

Boks 3.8 Namdal Rehabilitering IKS

Namdal Rehabilitering IKS er et interkommunalt selskap som eies av alle ti namdalskommunene, samt Osen kommune. Namdal rehabilitering har også avtale med Helse Midt-Norge RHF om drift av spesialisert rehabilitering. Det interkommunale selskapet utgjør et rehabiliteringsfaglig knutepunkt. Eierkommunene kan gjennom ordningen tilby sine innbyggere både enkel, og tverrfaglig og spesialisert rehabilitering. Ordningen har vist kostnadseffektiv drift og tilstrekkelig kompetanse i tilbudene. Namdal Rehabilitering gir tilbud både til nye skader og sykdom, kroniske tilstander, samt tilbud for rus og psykiatri. Det rettes særlig fokus på læring og mestring, og tiltak som har overføringsverdi til hjem og arbeidsliv.

samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak skal dessuten blant annet omfatte retningslinjer for samarbeid i tilknytning til habilitering og rehabilitering, for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.²⁶

Selv om det er behov for bedre samhandling for å gi pasientene et sammenhengende rehabiliteringsforløp, mener Helsedirektoratet at ansvarsfordelingen slik den er beskrevet i nasjonal veileder bør videreføres. Regjeringen viser til regjeringsplattformens punkt om å utrede en tydeligere organisering og ledelse av rehabiliteringstilbudet. Regjeringen slutter seg til direktoratets vurdering og at den nasjonale veilederen skal synliggjøre og beskrive hvordan kommuner og sykehus kan styrke sitt arbeid for at brukerne skal få gode rehabiliteringstjenester, blant annet gjennom felles planlegging og avklaring av ansvar på tvers av nivåer.

Regjeringen mener at habilitering og rehabilitering, sammen med mestring og forebygging, bør vektlegges i samarbeidet kommuner og sykehus har gjennom helsefelleskapene. Dette vil styrke kvaliteten i pasientforløp og bedre ressursbruken. Innspill til meldingen støtter dette. Denne tilnærmingen innebærer ikke en ny prioritert pasientgruppe for helsefelleskapene, men at forebygging, mestring, rehabilitering og habilitering bør vektlegges i samarbeidet om de allerede prioriterte pasientgruppene. Regjeringen vil gjennom ny samarbeidsavtale med KS understøtte helsefelleskapenes innsats på feltet. Utover dette, er det lokale behov som skal avgjøre hva kommuner og helseforetak skal prioritere i helsefelleskapene og på hvilken måte de vil innrette sitt arbeid. Boks 3.9 viser hvordan Helsefelleskapet i Møre og Romsdal har etablert samarbeid om fagområdene habilitering og rehabilitering.

En stor del av rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten utføres i private og ideelle rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med de regionale helseforetakene. Regjeringen vil videreutvikle det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet gjennom samarbeid mellom store og små sykehus og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og ved bruk av digitale løsninger. Dette vil også gradvis og over tid være en riktig faglig dreining for tilbudene innen arbeidsrettet rehabilitering. Et desentralisert tjenestetilbud skal også ivaretas i de regionale helseforetakenes kjøp av private og ideelle tjenestetilbud, og

²⁴ Helse- og omsorgstjenesteloven (LOV-2011-06-24-30) §§ 3-1 første ledd og 3-2 første ledd nr. 5

²⁵ Spesialisthelsetjenesteloven (LOV-1999-07-02-61) § 2-1a første ledd

²⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven (LOV-2011-06-24-30) §§ 6-1 og 6-2 første ledd nr. 2 og Spesialisthelsetjenesteloven (LOV-1999-07-02-61) § 2-1 e fjerde ledd

Boks 3.9 Faglig samarbeidsutvalg om rehabilitering og voksenhabilitering

Helsefelleskapet i Møre og Romsdal har etablert faglige samarbeidsutvalg for rehabilitering og voksenhabilitering.¹ Handlingsplaner fastsetter mål og tiltak for tjenestene i både helseforetak og kommuner. Samarbeidsutvalget har ansvar for at informasjon når ut til kommuner og sykehus, og å se til at vedtatte tiltak blir gjennomført.

Rehabiliteringsplanen inneholder ansvars- og oppgavefordeling med felles retningslinjer. Handlingsplan for rehabilitering skal sikre at samarbeidet skjer etter planen, drive kompetanseheving og forbedre samhandlingen mellom sykehus og kommuner.

¹ <https://www.helse-mr.no>

anbudsprosessene må innrettes slik at desentraliserte tilbud ivaretas.

De private og ideelle rehabiliteringsinstitusjonene inngår ikke i helsefelleskapene. De bør inkluderes på en hensiktsmessig måte i den faglige planleggingen for å skape gode rehabiliteringsforløp.

Helsedirektoratet vil som en del av sitt arbeid med å støtte helsefelleskapene, bli bedt om å vektlegge tiltak som bidrar til god planlegging av habiliterings- og rehabiliteringstjenester.

3.3.3 Videreutvikling av habilitering og rehabilitering

Syns- og hørselstap

Sansetap oppstår i alle aldre med varierende alvorlighet og samtidige sykdommer. Når det blir flere eldre, øker andelen i befolkningen med nedsatt syn og hørsel. I dag er det inntil 540 000 personer med synsnedsettelse²⁷ og inntil 1 000 000 personer med hørselsnedsettelse.²⁸

Helsedirektoratet har utredet rehabiliteringstjenester til personer med alvorlig øyesykdom, og tilbud til hørselshemmede. Direktoratet har utarbeidet informasjon på [helsenorge.no](https://www.helsenorge.no) om diagno-

ser, tjenester og tilbud til hørselshemmede og vil i 2024 lage tilsvarende informasjon om synshemming. Videre skal direktoratet kartlegge behovet befolkningen generelt, hørselshemmede, pårørende og helsetjenestene har for informasjons- og veiledningsmateriell. Basert på dette skal Helsedirektoratet vurdere hva som først skal prioriteres og i hvilke kanaler denne informasjonen bør bli tilgjengelig. Slik informasjon kan inneholde juridiske rammer for tjenestene som tilbys, finansiering av tilbudene og hensiktsmessige pasient- og brukerforløp. Arbeidet følges opp i nært samarbeid med brukerorganisasjoner, fag- og tjenestetilbydere for en mer helhetlig tilnærming til personer med sansetapsutfordringer. Mange personer med hjerneslag får synsproblemer.²⁹ Helsedirektoratet skal revidere retningslinjen for behandling av hjerneslag, og vurdere andre forbedringer i oppfølgingen av synsvansker.

Tidlig og systematisk vurdering av rehabiliteringsbehov

Rehabilitering bør planlegges og inngå som del av det ordinære pasientforløpet. I pakkeforløp hjerneslag er det for eksempel utarbeidet et tverrfaglig vurderingsskjema som beskriver kriterier for forventet nytte av tidlig rehabilitering. Vurderingen gjøres i slagenhetene og skal ligge til grunn for videre oppfølging etter oppholdet i slagenhet.

Helsedirektoratet anbefaler at både sykehus og kommuner utreder behov for rehabilitering før det settes inn tiltak som kompenserer for tap av pasientens funksjonsevne.³⁰ Dette har forankring i rundskriv I-5/2017 om utredning av behov og potensial for rehabilitering. Når helsepersonell vurderer behov for rehabilitering, kan en strukturert kartlegging av brukerens funksjon ligge til grunn. Helsedirektoratet arbeider med å innføre systematisk funksjonskartlegging både i kommuner og i helseforetakene. En langsiktig målsetting er at disse dataene kan inngå i rapportering til Nasjonalt pasientregister (NPR) og Kommunalt pasientregister (KPR).

Habiliterings- og rehabiliteringstiltak som blir satt inn på et tidlig tidspunkt kan forebygge eller redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester.

²⁷ Oslo Economics (2021) Kunnskapsgrunnlag om synshemming i Norge: Pasientgrupper, aktører og muligheter for å styrke tjenestetilbudet [utredning for Helsedirektoratet]

²⁸ Helsedirektoratet (2020) *Utredning av tilbud til hørselshemmede [rapport]*

²⁹ Falkenberg, H. K., Mathisen, T. S., Ormstad, H., & Eilertsen, G. (2020) «Invisible» visual impairments. A qualitative study of stroke survivors experience of vision symptoms, health services and impact of visual impairments. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-12

³⁰ Helsedirektoratet (2015) *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [nettdokument] (siste faglige endring 15. desember 2023)*

Boks 3.10 Tverrfaglig vurderingsteam i Indre Østfold (TVT)

Indre Østfold kommune har opprettet et tverrfaglig vurderingsteam som følger opp pasienter som skrives ut fra sykehus og hjemmeboende personer som kommunen selv melder inn til teamet. Erfaringer viser at teamet bidrar til rask avklaring av behov for rehabilitering og tidlig oppstart av tiltak. I teamet jobber sykepleier, ergo- og fysioterapeut. Ved behov suppleres teamet blant annet med logoped, jobbspesialist fra Nav, ernæringsfysiolog og kompetanse innen psykisk helse og rus. Fastleger kobles på digitalt ved behov. Teamet benytter teknologiske verktøy som understøtter rehabiliteringsprosessen, som spillteknologi i behandling, digital hjemmeoppfølging og samhandlingsteknologi.

Satsing på disse feltene kan derfor være viktige bidrag for bedret bærekraft gjennom økt omsorgskapasitet i helse- og omsorgstjenestene.³¹

Teknologi

Helsedirektoratet viser til at utvikling av digitale rehabiliteringstilbud vil kunne bidra til økt

Boks 3.11 Prehabilitering – opptrening og veiledning før behandling

Akershus universitetssykehus har siden 2020 hatt tilbud om prehabilitering til pasienter med tykk- og endetarmskreft som skal opereres. Tilbudet omfatter opptrening og forberedelse, både mentalt og fysisk, i tiden fra diagnose og fram til kirurgisk behandling. Før oppstart av behandling, tilbys pasienten systematisk treningsveiledning, ernæringsveiledning og pasient- og pårørendeopplæring. Kommunene blir koblet på tidlig i prosessen. Pasienter som får dette tilbudet, blir skrevet raskere ut fra sykehuset og klarer seg bedre etter operasjonen. Også andre pasientgrupper kan ha nytte av en slik tilnærming.

Boks 3.12 ParkinsonNet og NevroNet

ParkinsonNet er en organisering av tjenestene i kommuner og sykehus der målet er at pasienter med Parkinsons sykdom og deres pårørende skal oppleve godt samarbeid og unngå avbrudd i rehabiliteringsforløpet. Fagpersoner er samlet i et tverrfaglig nettverk av fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped og sykepleiere, noe som gir kompetanseflyt på tvers av profesjoner og mellom tjenestenivåene. Fordi ParkinsonNet-modellen ivaretar forebyggingsperspektivet som kommunene ofte etterlyser, kan ParkinsonNet være en eksempelmodell for helsefelleskapene.

Med erfaring fra ParkinsonNet er det satt i gang et pilot- og samhandlingsprosjekt, NevroNet, som ledes av fagpersoner ved Nevrologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus i samarbeid med bydelene Sagene og Østensjø i Oslo kommune. NevroNet-prosjektet er utviklet som en samhandlingsmodell for flere nevrologiske tilstander (multippel sklerose, dystoni og arvelige nevrologiske tilstander), og har som overordnet mål å heve kompetansen om oppfølgingen av nevrologiske tilstander og bedre samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten vedrørende disse tilstandene.

behandlingskapasitet, slik at flere kan få hjelp og oppfølging. Det er et potensial i bruk av veiledet egenbehandling og digitale løsninger. Tjenestene selv har ansvaret for anskaffelse og innføring av digitale tjenester. Regjeringen har etablert en helseteknologiordning som skal støtte det lokale ansvaret for å anskaffe og innføre digitale løsninger. Ordningen består av et bredt sett virkemidler som skal forenkle og intensivere aktørenes arbeid med digitaliseringen. Helseteknologiordningen omtales nærmere i kapittel 9. Regjeringen har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utrede hvordan flere rehabiliteringstilbud kan digitaliseres.

Mer og bedre data om tjenestene

Bedre styringsinformasjon fra habiliterings- og rehabiliteringstjenestene anses som vesentlig for utviklingsarbeid på fagområdene. Folkehelseinstituttet jobber derfor med å videreutvikle datainnhold og forbedre datakvaliteten som del av langsiktig utvikling av Nasjonalt pasientregister

³¹ NOU 2023: 4 *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*

(NPR) og Kommunalt pasientregister (KPR). Helsedirektoratet utreder blant annet kvalitetsindikatorer for feltet og benytter forløpsanalyser for brukergrupper som mottar habilitering og rehabilitering. Helseregionene videreutvikler styringsinformasjon for fysikalsk medisin og rehabilitering. Løsningen vil gi helseforetakene bedre mulighet til å følge opp og vurdere aktiviteten innen de spesialiserte tjenestene. Helsedirektoratet har i 2023 publisert statistikk om habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten i et dashbord på sine nettsider. Det er lagt opp til en årlig oppdatering for å følge med på utviklingen og se om uønsket variasjon basert på geografi blir mindre.

Helsedirektoratet samarbeider med fagmiljøene om et rehabiliteringsregister som skal danne grunnlag for kvalitetsforbedringstiltak i helseforetakene og ved de private og ideelle rehabiliteringsinstitusjonene. Dataene skal gi innsikt i betydningen av rehabilitering over tid, og bidra til utvikling av relevante kvalitetsindikatorer for nyttige og effektive rehabiliteringstjenester. Registeret kvalifiserer til å inngå i systemet med nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

3.3.4 Habiliteringstjenestene

Pasienter som mottar habilitering har ofte behov for tjenester hele livet. Mange har ikke ressurser til selv å ivareta rettighetene sine. Et system for å ivareta retten til gode, koordinerte helse- og omsorgstjenester er av spesielt stor betydning. Videreutvikling av koordinatorordningene omtales nærmere i avsnitt 4.2.4.

Sektorovergrepene arbeidsformer med tiltak i barnehage, skole og veiledning i hjemmet er blitt mer vanlig. Flere pasienter, særlig barn, fikk tilbud om habilitering i spesialisthelsetjenesten i 2021 enn før koronapandemien. Både barn og voksne får i økende grad tilbud om ambulante og digitale tilbud.

Overgang fra barn- til voksenhabilitering kan være en sårbar fase som gjerne sammenfaller med andre store endringer i livet, som å flytte i egen bolig. Derfor er det viktig med god planlegging og tett dialog på tvers av sykehus og kommuner.

Riksrevisjonen påpekte i 2020 at det var uønsket variasjon i kompetanse og kapasitet i sykehusenes barnehabiliteringstjeneste.³² Helseregionene

Boks 3.13 Retningslinje for oppfølging og overgang for ungdom med kronisk eller langvarig sykdom/tilstand ved Sykehuset Telemark

Sykehuset Telemark har en retningslinje for oppfølging og overgang for ungdom med kronisk eller langvarig sykdom/tilstand fra de er i alderen 12 år og fram til de er 18 år. Retningslinjen skal bidra til at alle ungdommer med langvarige helseutfordringer skal ha en helsefremmende, planlagt og gradvis overgang fra barnehabilitering- til voksenhabiliteringstjeneste. Planleggingen er delt i faser og starter allerede rundt 12-års alderen. For noen avsluttes den først ved 25-års alder. Planen omhandler temaer som taushetsplikt, rettigheter, journalinnsyn og informasjon om overføring, informasjon om sykdommen og tilstanden tilpasset alder og kognitivt funksjonsnivå, skole og utdanning, hjemmesituasjon og samarbeid med foresatte, seksualitet, prevensjon, alkohol og rusmidler, psykisk helse, kosthold og aktivitet, informasjon om fastlege og helse-sykepleier og genetisk veiledning hvis dette er aktuelt. Det utnevnes en koordinator som pasienten og familien kan forholde seg til. Behandler både i barne- og voksentjenesten er med, og det arrangeres et fellesmøte der også fastlege deltar.

nene fikk i 2022 i oppdrag «å vurdere behov for økte ressurser for å sikre faglig kvalitet, kompetanse, likeverdige tjenestetilbud og samhandling i habiliteringstjenestene, i samsvar med Helsedirektoratets veileder». Dette har helseforetakene fulgt opp. Helse Sør-Øst RHF vedtok for eksempel høsten 2023 Fagplan for habilitering 2023-2025, med seks prioriterte satsingsområder. De andre regionale helseforetakene arbeider også med å styrke fagområdet habilitering.

Mange personer med utviklingshemming og/eller nevroutviklingsforstyrrelser har behov for habilitering. Som oppfølging av NOU 2020: *Tjenester til personer med autismespekterforstyrrelser og til personer med Tourettes syndrom* skal Helsedirektoratet utarbeide retningslinjer eller andre anbefalinger om de to diagnosegruppene. Målgruppen er ansatte i helse- og omsorgstjenestene og befolkningen.

³² Riksrevisjonen (2021) *Undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse. Dokument 3:15 (2020–2021)*

3.4 Kvinnehelse

Regjeringen vil fremme likestilling mellom kjønnene og motvirke kjønnsdiskriminering.

NOU 2023: 5 *Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse* er et viktig kunnskapsgrunnlag for regjeringens arbeid med kvinnehelse. Kvinnehelseutvalget slår fast at kjønn har betydning for helsen vår. Kvinner og menn har ulik biologi, de lever ulike liv og de rammes ulikt av sykdom. Utvalget konkluderer med at det ikke har blitt tatt tilstrekkelig hensyn til ulikhetene mellom kjønnene i helse- og omsorgstjenestene, i helsepolitikken og i medisinsk forskning og utdanning. Videre mener utvalget at kvinners helse har hatt for lav status, at mangelfull samordning av helsetjenestene rammer kvinner, at ny kunnskap i for liten grad når ut til tjenestene og at kvinners stemmer får for lite gjennomslag.

Regjeringen vil gjennomgå anbefalingene i NOU 2023: 5 og høringsuttalelsene, og utarbeide en egen strategi for kvinnehelse, men har også lagt utredningen til grunn for arbeidet med denne meldingen, se også kapittel 7.

Regjeringen er enig med utvalget i at sosial ulikhet og andre forskjellskapende dimensjoner som seksuell orientering, kjønnsidentitet, alder, etnisk bakgrunn og funksjonsevne, påvirker helsen vår. Regjeringen slutter seg også til kvinnehelseutvalgets målsetning: Alle i Norge, uavhengig av kjønn, skal ha likeverdige muligheter til god helse og livskvalitet.

3.4.1 Likeverdig tilgang til helsetjenester

Regjeringen prioriterer kvinnehelse for å sikre likeverdig tilgang til helsetjenester. På flere områder er tiltak for bedre kvinnehelse allerede i gang. Flere av tiltakene er også sammenfallende med kvinnehelseutvalgets forslag. Dette er en styrke for arbeidet med kvinnehelse i stort.

Kvinnehelseutvalgets forslag til tiltak som gjelder organisering av vår felles helsetjeneste, styrket samhandling og finansiering er vurdert som grunnlag for denne stortingsmeldingen. Ett eksempel er forslaget om å endre finansieringen av spesialisthelsetjenesten gjennom å ytterligere redusere ISF-andelen, se kapittel 8. I tillegg har Helsedirektoratet foretatt justeringer av DRG-systemet innen fødselsomsorgen. Se videre omtale i kapittel 7. Kvinnehelseutvalget foreslo også å utrede en ny finansieringsordning for samhandling. Regjeringen viser her til forslaget om et statlig samhandlingstilskudd, se omtale i kapittel 4.

Kvinnehelseutvalget påpeker at det er forskning som viser at en betydelig andel innvandrerkvinner ikke forstår informasjon som blir gitt, eller ikke får dekket behov for tolk i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Forståelse av informasjon mener utvalget er en forutsetning for brukervedvirkning i møte med helse- og omsorgstjenesten, og er et perspektiv som må løftes betydelig for å utforme likeverdige og gode helsetjenester for hele befolkningen. Se også avsnitt 3.2.1 om hvordan regjeringen vil arbeide for å øke befolkningens helsekompetanse.

Kvinnehelseutvalget la fram forslag om å styrke helsestasjon for ungdom og skolehelsetjenesten. Regjeringen har styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten gjennom økning av tilskudd og gjennom etablering av et kompetansemiljø for tjenesten ved FHI. En helhetlig opptrapping av tjenesten inngår i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* og Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* og denne meldingen.

Kvinnehelseutvalget har foreslått tiltak innenfor samiske kvinners helse og samisk helse generelt. Flere forslag vil tas videre i stortingsmeldingen om folkehelse og levekår i samiske områder som legges fram i 2024, og i det øvrige arbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang tiltak for å sikre samisk språk- og kulturkompetanse i helse- og omsorgstjenestene.

3.4.2 Kvinners psykiske helse

En rekke undersøkelser har vist en betydelig økning over tid i selvrapporterte psykiske plager blant både barn, unge, og unge voksne. Økningen har skjedd gradvis siden 1990-tallet og særlig blant jenter. Bare siden 2011 har selvrapporterte psykiske plager økt med omkring 30 prosent i undersøkelser av Ungdata. For jenter har det økt med 44 prosent, for gutter 14 prosent. Kvinnehelseutvalgets forslag som gjelder psykisk helse og bedre systemer for kunnskapsbasert praksis i psykisk helsevern følges opp innenfor rammen av Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2022–2023)*. Opptrappingsplanen for psykisk helse følger også opp behovet for å styrke forebygging og behandling av spiseforstyrrelser som kvinnehelseutvalget tar opp. De siste årene har det vært en økning i henvisninger til spesialisthelsetjenesten og antall i behandling for spiseforstyrrelser. Regjeringen vil styrke forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser gjen-

nom å utvikle program for styrket kunnskap og kompetanse og modeller for kommunale tilbud og samhandlingstiltak, og å vurdere organisering av tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Dette skal bidra til innsiktsarbeid som belyser utfordringene, og som er grunnlag for tiltak, inkludert kunnskapsoppsummering om forebyggende tiltak, utvikle program for styrket kunnskap og kompetanse, og utvikle modeller for kommunale tilbud og samhandlingstiltak. Utredningen om tematisk organisering av psykisk helsevern, *Forenkle og forbedre*, peker også på pasienter med spiseforstyrrelse som én av fire grupper som kan ha nytte av et mer spesialisert tilbud innen psykisk helsevern.³³

3.4.3 Tiltak mot vold og overgrep

Vold og overgrep rammer en betydelig del av befolkningen i Norge. Kvinner utsettes i større grad enn menn for vold som ofte regnes som særlig alvorlig: den gjentatte volden, vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep som voldtekt og digitale seksuelle krenkelses. De helsemessige konsekvensene av vold kan være omfattende, langvarige og potensielt livstruende. Regjeringen har lagt fram Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn i nære relasjoner (2024–2028)*. *Trygghet for alle*. Opptrappingsplanen skal bidra til å forebygge og avdekke vold og overgrep i større grad, gi bedre oppfølging til voldsutsatte, øke kompetansen, styrke samarbeidet mellom tjenester og sektorer samt legge til rette for at vold og overgrep prioriteres høyere i hele straffesakskjeden. Planen har også en egen del om vold og overgrep i samiske samfunn. Tiltak for å bekjempe negativ sosial kontroll, æresrelatert vold, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse inngår i planen. Regjeringen vil blant annet gjennomføre tiltak for å forebygge og videreutvikle behandlingstilbudet til jenter og kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse. Det nasjonale, tverretatlige kompetansteamet mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold (Kompetansteamet) gir råd og veiledning til tjenesteapparatet, frivillige organisasjoner og enkeltpersoner som tar kontakt. Teamet har en stor økning i antall saker og regjeringen vil styrke teamet innenfor rammene av opptrappingsplanen mot vold og overgrep.

3.4.4 Kvinners helse i dag

Kvinnehelseutvalget viser til at de fleste kvinner i Norge har god helse. Norge har i internasjonal sammenheng høy arbeidsdeltakelse for kvinner og det er et klart flertall av kvinner som uteksamineres fra universitet og høyskoler. Kvinnehelseutvalget trekker samtidig fram at kvinner i Norge generelt har lavere deltakelse i arbeidslivet enn menn, at de har høyere sykefravær og oftere er uføretrygdede.

Kvinner tar ofte hovedansvaret for omsorgen for sine pårørende, som helserelaterte oppgaver og annen praktisk støtte. Omsorg som ytes av de pårørende omtales ofte som uformelt omsorgsarbeid, et arbeid som er estimert til å omfatte nesten samme størrelsesorden som utføres av de kommunale omsorgstjenestene målt i antall årsverk i Norge. Samfunnets omsorgstilbud ville trolig bryte sammen om den uformelle omsorgen forsvant eller ble kraftig redusert. Helsepersonellkommissjonen viser også til at andelen sysselsatte innen helse- og omsorgstjenester påvirkes av omfanget av uformell omsorg, som igjen henger sammen med kvinners arbeidsmarkedsdeltakelse.³⁴

Å bære hovedansvaret for å gi pårørendes omsorg kan gi negative utslag på kvinners egen helse. Kvinners pårørendearbeid er relevant gjennom et helt livsløp, og kvinners ulike liv er med på å forme forutsetningene for å gi omsorg til sine nærmeste og samtidig ta vare på seg selv og å delta i arbeidslivet. Regjeringen har allerede satt fokus på pårørende gjennom en egen pårørendestrategi og ved at pårørende er eget innsatsområde i Meld. St. 24 (2022–2023) *Bu trygt heime – Fellesskap og meistring*.

Regjeringen er opptatt av at kvinner skal ha likeverdige muligheter til god helse og livskvalitet. Derfor har regjeringen over tid hatt oppmerksomhet på sykdommer som endometriose og adenomyose. Dette er sykdommer også Kvinnehelseutvalget trekker fram i sin utredning.

Endometriose og adenomyose rammer rundt ti prosent av kvinner som er under utdanning eller i arbeid, og kan føre til sykemelding eller frafall fra arbeidslivet. En del kvinner får ikke rask nok utredning, og det er forskjeller i tilgang til tjenester. Utsatt diagnostisering og behandling gir nedsatt livskvalitet og reduserte muligheter til å delta i arbeidsliv og aktiviteter og kan gi nedsatt fruktbarhet. Regjeringen vil gi bedre behandlingstil-

³³ Forenkle og forbedre. Rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern, 2023

³⁴ NOU 2023: 4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*

bud til kvinner med endometriose og adenomyose gjennom faglige anbefalinger til tjenesteutøvere og etablering av en nasjonal kompetansetjeneste i 2024. Formålet med kompetansetjenesten er å heve kunnskapsnivået blant personell og spesialister for å unngå uønskede kvalitetsforskjeller i pasientbehandlingen. I tillegg skal helseregionene opprette regionale tverrfaglige endometriose-team. Ung.no oppdateres også med informasjon om endometriose og adenomyose for å bidra til at jenter og unge kvinner får kvalitetssikret informasjon om sykdommen. Regjeringen har, i tråd med Kvinnehelseutvalgets anbefaling, besluttet å nedsette et utvalg som skal utrede kvinners vilkår for deltakelse i arbeidslivet, arbeidshelse og sykefravær, se også kapittel 5.

Det er en utfordring at det for kvinnespesifikke sykdommer, som lymfødem og lipødem, har vært for lite bevissthet blant personell. I 2020 fikk Helse- og omsorgsdepartementet en utredning som viste manglende kunnskap og ulikhet i behandlingstilbud.³⁵ En behandlingsstudie pågår under ledelse av Haraldsplass diakonale sykehus og i samarbeid med de fire helseregionene for å finne ut hvilke pasienter som bør opereres og hvilke som bør ha annen type behandling. Dette er forskning som vil komme en pasientgruppe til gode som i lang tid ikke har blitt møtt på en god nok måte i helse- og omsorgstjenesten.

3.4.5 Behov for et helhetlig løft for kvinnehelse

Kvinnehelseutvalget peker på behovet for et kunnskapsløft på kvinnehelse. I regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning for perioden 2023 til 2032 er helse en egen prioritering der behovet for forskning på kvinnehelse løftes særskilt. Gjennom Forskningsrådet øremerkes årlig midler spesifikt rettet mot kvinners helse og kjønnsperspektivet over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Dette kommer i tillegg til de midlene som ikke er spesifikt øremerket til tematikken, men som også har prosjekter som dekker feltet. Årlig øremerkes også forskningsmidler til helseregionene og til Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning ved Oslo universitetssykehus. Se også omtale over av den nye kompetansetjenesten for endometriose og adenomyose.

Forskningsrådet har kartlagt kvinnehelseprosjekter innenfor egen portefølje i perioden 2018–2021. Gjennomgangen inkluderer sykdommer som

Boks 3.14 Strategi for kvinners helse og kjønnsperspektiv i helse

I kvinnehelsestrategien vil regjeringen ta tak i områder hvor det er nødvendig å sette langsiktige mål og hvor det for eksempel er behov for et tverrsektorielt samarbeid, herunder samarbeid med brukere og fagmiljø. Strategien vil ha varighet til 2030. Hovedområdene i strategien vil være innenfor forskning/innovasjon og kompetanse, herunder å sikre kunnskapsbroen og behov for systematisk innlemming av kjønns- og kvinneperspektivet i styringen og utviklingen av vår felles helsetjeneste. Sosial ulikhet i helse vil være et gjennomgående perspektiv for strategien.

Kvinnehelseutvalgets rapport vil være et viktig kunnskapsgrunnlag for politikktutøringen.

kun rammer kvinner og sykdommer som stort sett rammer kvinner. Kartleggingen viser, ifølge Forskningsrådet, at Norge har faglig sterke forskningsmiljøer innenfor kvinnehelse ved at de oppnår finansiering på tematisk åpne nasjonale konkurransearenaer. Særlig gjelder dette forskning på forplantning, fødsel og kreft. Områdene det pekes på med et særlig stort behov for økt innsats inkluderer barn, ungdom, yngre og eldre kvinners helse, samt innenfor temaene hjerte- og karsykdommer og områdene som knyttes til stoffskifte og hormoner.

Som det framgår er det allerede i gang en rekke tiltak som skal bidra til å bedre kvinners helse, men regjeringen er enig med kvinnehelseutvalget i at det er behov for et helhetlig løft for å sikre at helse- og omsorgstjenesten får bedre kunnskap om og bedre utredning, behandling og oppfølging av kvinnehelse. Derfor vil regjeringen legge fram en strategi for kvinners helse og kjønnsperspektiv i helse i 2024.

3.5 Arbeid og helse

Regjeringen vil at alle som kan og vil jobbe skal få mulighet til det. Deltakelse i arbeidslivet handler om fellesskap med andre, personlig utvikling og økonomisk trygghet. Det kan gi en opplevelse av å være til nytte og skaper struktur i hverdagen. Det er godt dokumentert at arbeid i mange tilfeller er helsefremmende.³⁶ Motsatt er det en sterk sam-

³⁵ 240220-Etablering-av-offentlig-kiurgisk-tilbud-for-lipødem.docx-004.pdf (nllf.no)

menheng mellom arbeidsledighet og dårlig helse i form av høyere dødelighet, dårligere psykisk og fysisk helse og hyppigere innleggelse i institusjon.³⁷ Svak eller manglende tilknytning til arbeidslivet er en framtrepende årsak til fattigdom og lav inntekt. For samfunnet bidrar arbeidsdeltakelse til økt verdiskaping og reduserte trygdeytelser. Samtidig er en tredjedel av sykefraværet forårsaket av forhold eller hendelser på arbeidsplassen. Arbeidslivet og arbeidsplassen er dermed en viktig arena for arbeid med forebygging av helseplager.

Det er potensial for tettere samarbeid mellom helse- og arbeidssektoren, både for å inkludere og tilbakeføre flere i arbeid eller annen meningsfylt aktivitet og for å bidra til bedre arbeidsmiljø. Regjeringen vil styrke det strategiske samarbeidet mellom arbeidsmiljø- og helsemyndighetene om forebygging av arbeidslivs- og arbeidsmiljøutfordringer, om beredskaps- og krisesituasjoner og om kunnskapsutvikling. Dette er nærmere omtalt i Folkehelsemeldinga. Sektordepartementene vil vurdere hvordan samarbeidet mellom arbeidsmiljø- og helsemyndighetene kan styrkes. Regjeringen vil også styrke samarbeidet for å legge til rette for at flere med helseproblemer kan delta i arbeidslivet.

3.5.1 Inkludere flere i arbeid

Arbeidslivet bør i større grad ha plass til og inkludere også dem med helseutfordringer. Tidligere har tilnærmingen vært at folk først må få behandling eller rehabilitering og bli friske, før de kan prøve seg i jobb. Nå er det god dokumentasjon for at samtidige tilbud om behandling og/eller rehabilitering og arbeidsstøtte, kan gi bedre resultater.³⁸ De aller fleste kan og vil delta og bidra i arbeid eller annen aktivitet. Og det er et potensial for at flere med helseutfordringer kan delta i arbeid og med den arbeidsevnen de har. Et rehabiliteringsforløp, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, kan være en god ramme for at den enkelte bruker eller pasient både kan få bistand med sine helseutfordringer og til å

komme i eller tilbake til arbeid. Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering definerer arbeidsrettet rehabilitering som tidsavgrenset, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler som skal bidra til at personer med helseproblemer kommer tilbake til arbeid. Tiltak for å bedre helse og arbeidsinkludering har særlig vært rettet mot personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser, som er de dominerende helseplagene blant personer som mottar helserelaterte ytelser.

I spesialisthelsetjenesten har det vært et systematisk arbeid med å utvikle behandlingstilbud som både er helsefremmende og som støtter arbeidsinkludering. Gjennom Raskere tilbake-ordningen³⁹ ble det gitt behandlingstilbud med vekt på tilbakeføring til arbeid i helseforetak/sykehus, men også gjennom avtaler med private og ideelle tilbydere. De regionale helseforetakene anbefalte videreføring av tverrfaglige, kunnskapsbaserte og arbeidsrettede behandlingstilbud for personer med angst og depresjon og for personer med muskel- og skjelettlidelser, da tilskuddsmidler fra 2018 til formålet ble overført til de regionale helseforetakenes ordinære budsjettammer.⁴⁰ Selv om det har vært mer uklart i hvilken grad tilbudene i ordningen bidro til redusert sykefravær, så viste evalueringer svært fornøyde brukere og gode behandlingsresultater av ulike helsetilbud. Evalueringer av tilbud innen arbeidsrettet rehabilitering har vist økt tilbakegang til arbeid fra før behandling til 3–15 måneder etter behandling samt positive endringer i subjektiv helse, livskvalitet og fysisk aktivitet. En evaluering fra Sintef⁴¹ viser at helse-regionene har videreført slike tiltak med god effekt etter at de øremerkede midlene i Raskere tilbake-ordningen ble lagt til ordinær drift. Dette har igjen bidratt til friskere og mer fornøyde pasienter. Det har blitt et mer likeverdig, tverrfaglig og tilgjengelig arbeid-helse-tilbud, og samarbeidet mellom Arbeids- og velferdsetaten og helsetjenesten er betydelig styrket. Samtidig peker evalu-

³⁶ Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., Amick, B. C., 3rd. (2018). Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *J Occup Rehabil*, 28(1), 1-15. doi:10.1007/s10926-016-9690-x

³⁷ Tang Fang, Mehlum Lars, Mehlum Ingrid S., and Quin Ping «Physical illness leading to absence from work and the risk of subsequent suicide: a national register-based study.» *European journal of public health* 29.6 (2019): 1073-1078.

³⁸ Arbeids- og inkluderingsdepartementet Prop. 1 S (2022–2023), kap 6.4.4.

³⁹ Raskere tilbake-ordningen med øremerkede tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte, ble opprettet etter enighet mellom partene i IA-avtalen for å bidra til at sykemeldte raskere kom tilbake til arbeidslivet. Ordningen ble avviklet fra 2018 blant annet grunnet manglende effekt på sykefravær og manglende samsvar med prioriteringskriteriene på helsesiden.

⁴⁰ Helse Sør-Øst RHF, Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF (2017): Anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet fra de regionale helseforetakene om Raskere tilbake-ordningen i spesialisthelsetjenesten.

⁴¹ SINTEF (2022): «Følgeevaluering av omleggingen fra prosjekt «Raskere tilbake» til drift av Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten, Sluttrapport.

eringen på utfordringer knyttet til tverrfaglighet, samarbeid, ulike kulturer og behov for økt samarbeid med kommunehelsetjenesten, herunder fastlegene. Disse utfordringene bekreftes også i «Strategi for fagfeltet Arbeid og Helse».⁴² Her framgår det at arbeid-helse-tilbud sjeldnere tilbys i kommunale tjenester, sammenliknet med spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen vil styrke kommunal arbeidsrettet rehabilitering. Tiltak og modeller der helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten samarbeider om felles tilbud som Individuell jobbstøtte (IPS) og HelseArbeid, er omtalt i Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. Enkelte kommuner har fått et bedre samarbeid mellom Nav-kontor og fastlege. Utprøving av samarbeid og samhandlingsmodeller skal stimulere til gode arbeidsrettede rehabiliteringsforløp. I Opptrappingsplanen for psykisk helse varsles også utprøving av en tjenestesamhandlingsmodell fra 2024 med personellressurser fra Arbeids- og velferdsetaten i Rask psykisk helsehjelp, og en modell for samarbeid mellom personellressurser fra Arbeids- og velferdsetaten og fastlegekontor. I statsbudsjettet for 2024 ble det foreslått 18,7 millioner kroner til utprøving av nye modeller for tjenestesamhandling som en samfinansiering mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Modeller for et slikt samarbeid mellom Arbeids- og velferdsetaten og helsetjenesten vil bli rettet mot personer med milde til moderate psykiske helseplager og/eller rusproblemer, eventuelt også muskel- og skjelettplager. Det skal også iverksettes et oppdrag om følgeforskning av modellene i piloteringsfasen. Sektorovergripende samarbeid og oppgavedeling vil også være et godt tiltak for å møte utfordringer med tilgang på personell i framtiden, slik Helsepersonellkommissjonen har påpekt. Tettere samarbeid og bruk av sektorvise ressurser inn mot felles pasient- og brukergrupper vil bidra til arbeidsinkludering og samtidig ivareta den enkeltes behov for helsetjenester.

Alle vil ikke trenge et tett integrert tilbud om samtidig bistand med helse og arbeid. Samtidig er det viktig at både helse- og omsorgstjenesten og Arbeids- og velferdsetaten har nødvendig handlingsrom for å vektlegge bistand til både helse og arbeid. Arbeidsretting er ikke et primærmål i helsetjenesten, og potensialet for å komme tilbake i arbeid bør i utgangspunktet ikke tillegges vekt

ved prioriteringsbeslutninger. Likevel kan det å vektlegge bistand med å komme i arbeid være helsefremmende og bidra til raskere bedring. Derfor bør arbeidsinkludering og jobbmestring i større grad inkluderes som behandlings- og/eller rehabiliteringsmål i ordinære helse- og omsorgstjenester og i ulike pasientforløp. Veiledende dokumenter bør i større grad tydeliggjøre handlingsrommet som helse- og omsorgstjenesten og Arbeids- og velferdsetaten har for forsterket samarbeid og prioritering av arbeidsrettede intervensjoner og samtidige helse- og arbeidstilbud. Helseledelse og Arbeids- og velferdsdirektoratet skal sammen utarbeide faglige anbefalinger til tjenesteutøvere innen arbeid og helse i løpet av 2024. Målet er at veiledning og råd om betydningen av arbeidsinkludering også innarbeides i andre normerende dokumenter.

3.5.2 Styrke og samordne kompetanse og kvalitet

Det er behov for kunnskapsbaserte råd til tjenesteutøvere i helse- og omsorgstjenesten og Nav for å bidra til økt arbeidsinkludering og bedre helse. Både Sintefs evaluering av Raskere tilbake og direktoratenes felles strategi for arbeid og helse har pekt på behovet for økt kunnskap, kompetansebygging og erfaringsspredning. Strategien viser også til nettverksbygging og en form for kompetansem modell mellom eksisterende ressurs- og kompetansemiljøer på arbeid- og helsefeltet. Både innen arbeids- og velferdssektoren og helsesektoren er det miljøer som driver med kompetansespredning. Rådgivning og kompetansespredning om arbeid ivaretas først og fremst av Arbeids- og velferdsdirektoratet. På helsesiden finnes det enkelte kompetansetjenester og sentre som både har arbeidsretting og helse som formål.

Helseledelse og Arbeids- og velferdsdirektoratet mener at det er behov for å styrke og samordne kompetanse og kvalitet innen arbeid- og helsefeltet på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Dette utredes nå nærmere av direktoratene. Målet er å etablere en kompetansem modell med en struktur der det samles kunnskap og drives god formidling til fagfolk i begge sektorer. En slik kompetansem modell vil bidra til å samle fagfeltet, formidle forskning, utvikle fagfeltet og støtte implementering av tiltak som har god effekt. En eventuell etablering av et slikt miljø må også ses i sammenheng med den pågående utredningen om en mer samlet organisering av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten.

⁴² Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helseledelse (2021): *Strategi for fagfeltet arbeid og helse. IS-3023*.

4 Gode pasientforløp og likeverdig tilgang på tjenester

Pasienter og brukere i hele landet skal ha tilgang til trygge og gode helse- og omsorgstjenester til rett tid og på rett sted. Helse- og omsorgstjenestene skal oppleves som helhetlige og sammenhengende i tråd med den enkeltes behov – uavhengig av om det er kommune eller sykehus som

tilbyr tjenestene. Regjeringen vil styrke og videreutvikle det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet ved hjelp av samhandling og bruk av digitale løsninger. Regjeringen vil videreutvikle allmennelegetjenesten og legge til rette for utvikling av kommunalt og interkommunalt samarbeid om

Boks 4.1 Regjeringen vil

Regjeringen vil:

- legge til rette for en framtidsrettet og bærekraftig allmennelegetjeneste gjennom å endre kompetanse- og spesialistutdanningskrav, redusere fastlegenes oppgaver og å fremme en lovproposisjon med meldingsdel våren 2025 med regjeringens samlede løsninger for allmennelegetjenestene
- legge til rette for mer veiledning og informasjon om kommunalt og interkommunalt samarbeid om helse- og omsorgstjenester
- utvikle og styrke det desentraliserte sykehusstilbudet i Norge, flytte mer av den elektive virksomheten ut til lokalsykehus, og styrke den lokale akuttberedskapen
- at hver helseregion skal ha et sterkt regionsykehus for å sikre kvalitet og effektiv bruk av de samlede ressursene i regionen
- legge til rette for likeverdige og tilgjengelige spesialisthelsetjenester gjennom samarbeid mellom kommuner og sykehus, videreutvikling av avtalespesialistordningen, bruk av digitale løsninger og samarbeid mellom store og små sykehus
- gjøre endringer i reglene om egenandeler og rettighetsvurderinger mv. slik at pasientene stilles overfor de samme rammebetingelsene uavhengig av om helsehjelpen ytes av en avtalespesialist eller en poliklinikk i sykehus og gi de regionale helseforetakene et helhetlig ansvar for avtalespesialistordningen
- opprette et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Tilskuddsmidlene skal understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Midlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner
- evaluere dagens modell for utskrivningsklare pasienter, herunder forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og kostnadsdekning for sykehusene, i dialog med kommunesektoren for å sikre gode pasientforløp med trygge overganger og effektiv ressursbruk
- be Helsedirektoratet utarbeide en felles måte å vurdere og beskrive funksjonsnivå på
- starte et arbeid for å forenkle de lovregulerte koordineringsordningene slik at de er til nytte for både pasienter, pårørende og personell
- inngå en ny samarbeidsavtale med KS om videreutvikling av helsefellesskap for å skape gode tjenester for de prioriterte pasientgruppene og se de samlede ressursene, særlig personell, i sammenheng mellom kommuner og sykehus
- følge opp de regionale helseforetakenes plan for sikkerhetspsykiatri
- følge opp rapporten *Forenkle og forbedre* for å legge til rette for mer tematisk organisering av psykisk helsevern
- vurdere å oppnevne et offentlig utvalg for å gjennomgå pasient- og brukerrettighetsloven med sikte på å forenkle og gjøre loven mer tilgjengelig for pasienter, brukere, pårørende og helsepersonell

helse- og omsorgstjenester gjennom veiledning og informasjon. Helsefelleskapene som er etablert mellom kommuner og sykehus, skal være en drivkraft for samarbeid om tjenesteutvikling og felles planlegging. Samarbeidet skal særlig konsentrere seg om barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, eldre med skrøpeligheit, personer med flere kroniske lidelser og kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. I vår felles helsetjeneste må vi se kompetanse og kapasitet i sammenheng på tvers av kommuner og sykehus, og prøve ut mer integrerte tjenestemodeller. Nasjonale virkemidler skal understøtte dette.

4.1 Gode tjenester der folk bor

4.1.1 En framtidsrettet allmennlegetjeneste

Allmennlegen er befolkningens første kontaktpunkt ved behov for medisinsk diagnostikk, behandling og oppfølging og de fleste henvendelser håndteres her. Allmennlegenes generalistkompetanse er fundamentet for at flere og mer avanserte oppgaver kan løses nær der folk bor, god oppgavedeling og samhandling, behandling på riktig nivå, en trygg akuttmedisinsk kjede og å motvirke vekst i helprivate tjenester. Derfor er regjeringens arbeid med en framtidsrettet allmennlegetjeneste et av de viktigste grepene for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Over tid har allmennlegetjenestene¹ hatt store og økende utfordringer med svikt i rekruttering og stabilitet. Tiltakene som ble satt i verk med handlingsplanen som ble lagt fram i 2018 har ikke hatt tilstrekkelig effekt. Utfordringene med å rekruttere og beholde fastleger spredte seg fra distriktene til større byer. Fra januar 2019 til januar 2023 økte antall listeinnbyggere uten fast lege fra 55 176 (1 prosent) til 218 222 (4 prosent) og antall lister uten fast lege fra 101 (2,1 prosent) til 318 (5,9 prosent). Mange innbyggere har ikke mulighet til å bytte fastlege, eller få fastlege om de flytter. Andelen innbyggere på lister uten fast lege er langt høyere i mange distriktskommuner enn i byene. Tre av fire kommuner oppga i 2021 at de har utgifter til fastlegeordningen som går utover basistilskuddet.²

Evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 fant at brukere med kronisk sykdom, brukere med omfattende behov og brukere med utfordringer innenfor rus og psykiatri er minst fornøyd med fastlegene.³ Takstsystemet stimulerer legene til å ha høy aktivitet og mange konsultasjoner. Dette gir ikke alltid riktige medisinske prioriteringer eller gode tjenester til pasienter med behov for sammensatte og koordinerte tjenester. Utfordringen har vært kjent siden første evaluering av fastlegeordningen.

Utfordringene i allmennlegetjenestene går utover kvaliteten og tilbudet til pasientene og rammer de sårbare pasientene mest. Over tid gir en slik utvikling større sosial ulikhet i helse, mindre individrettet forebyggende arbeid, mer sykdom, overdiagnostikk, fragmenterte tjenester og en todelt helsetjeneste. En sviktende fastlegeordning vil føre til økt belastning for spesialisthelsetjenesten, økte kostnader og mer ressursbruk for samfunnet.^{4, 5}

Regjeringen tok derfor tydelige og raske grep. Det er gjennomført en historisk satsing på godt over en milliard kroner over to budsjettår. Basistilskuddet til fastlegene er styrket med 730 mill. kroner for å bedre kapasitet og tilgjengelighet i ordningen. Tilskuddet er gjort pasienttilpasset slik at pasienter med antatt større behov gir høyere basistilskudd til legene. Dette skal legge til rette for bedre tjenester til pasientene og bedre arbeidsforhold for legene. Grunnlaget for en god, fleksibel og trygg spesialistutdanning er bedret ved at den nasjonale ALIS-ordningen (allmennleger i spesialisering) er styrket med 376 mill. kroner i denne regjeringsperioden. For distriktskommuner med særlige rekrutteringsutfordringer har regjeringen etablert et legevakttilskudd som i 2024 er på 70 mill. kroner. Allmennmedisinsk forskning er styrket med 10 mill. kroner gjennom tildelinger til PraksisNett.

Tiltakene begynner å gi effekt, se boks 4.2. Gjennom 2023 har flere innbyggere fått fastlege og rekrutteringen viser noe bedring. Likevel består hovedutfordringene. Dagens organisering og finansiering oppleves ikke som attraktiv nok av unge leger og innebærer at innbyggere med størst behov får for lite tjenester, at legene er for lite integrert i øvrige tjenester, manglende hand-

¹ Fastlegeordningen, legetjenester i sykehjem og andre kommunale institusjoner, helsestasjons- og skolehelsetjeneste, legevakt og fengselshelsetjenesten

² Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2022). Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen

³ EY og Vista Analyse (2019). Evaluering av fastlegeordningen

⁴ OECD (2020). Realising the Potential of Primary Health Care

⁵ NTNU (2020). Allmennlegenes rolle i helsefremming og forebygging

Boks 4.2 Status allmennlegetjenesten per januar 2024

Økningen i antall lister og innbygger uten fast lege nådde toppen sommeren 2023. Utover høsten 2023 har det vært en positiv utvikling. I løpet av 2023 har det blitt 237 flere fastleger og 78 394 flere innbyggere har fått fastlege. Samtidig har 203 864 innbyggere fremdeles ikke fastlege. Andelen innbyggere uten fast lege har i 2023 falt fra 4,0 til 3,7 prosent og andel lister uten fast lege har falt fra 5,9 prosent til 5,4 prosent. Antall ledige plasser på liste med fast lege per 1000 listeinnbyggere har falt fra 15 til 13, men med en økning fra bunnen i juli med 10. Antall lister med fastlønn har økt fra 1 088 (20 prosent) til 1 249 (22 prosent). Gjennomsnittlig listelengde har falt fra 1011 til 984.

Kilde: Månedssrapport allmennlegetjenesten, Helsedirektoratet januar 2024

lingsrom for kommunene, lav tjenesteinnovasjon og lite tverrfaglighet.

Regjeringen vil skape en attraktiv og framtidigrettet allmennlegetjeneste som grunnmur for bærekraft i helse- og omsorgstjenesten i hele landet. Regjeringen mener at det er nødvendig med ytterligere strukturelle endringer i fastlegeordningen for å oppnå dette og vil presentere sine samlede løsninger for allmennlegetjenesten i en lovproposisjon med meldingsdel våren 2025. Det skal være bredde og kvalitet i allmennlegetjenestetilbudet, tilstrekkelige kapasitet og faglige fellesskap som tilrettelegger for gode tjenester og trivsel. Allmennlegetjenestene må organiseres og finansieres på en måte som fremmer kvalitet, effektivitet, rett bruk av kompetanse, arbeidsdeling og innovasjon. Regjeringen ønsker derfor å utvikle tverrfaglige fastlegekontor med tydelig ledelse. Sentrale endringer som vurderes for å oppnå dette er økt mulighet for delegasjon, profesjonsnøytrale takster, endringer i forholdet mellom basistilskudd og takster, regulering av fastlegevirksomheter og av praksisoverdragelser og reduksjon av fastlegenes oppgaver. Regjeringen vil også sende på høring forslag om endrede kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester og endringer i spesialistutdanningen i allmenneisin og mulighet for kommuner og helseforetak til å opprette LIS1-stillinger. Regjeringen mener at kompetansen i alders- og

sykehjemsmedisin bør styrkes. Helsedirektoratet er derfor gitt i oppdrag å utrede dette, se nærmere omtale i kap. 5.

For å kunne ta kunnskapsbaserte valg for å videreutvikle allmennlegetjenestene satte regjeringen i 2022 ned Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten. For å bedre rekrutteringen, redusere arbeidsbelastningen og gjøre ordningen bærekraftig, foreslo utvalget en rekke tiltak. Blant de mest sentrale var endringer i organisering og finansiering for å oppnå mer tverrfaglighet, oppgavedeling og innovasjon, med tiltak som økt mulighet for delegasjon, profesjonsnøytrale takster, økt andel basisfinansiering og mulighet for å etablere fastlegeselskaper eid av leger, kommuner eller ideelle organisasjoner. Tiltak for tverrfaglighet og oppgavedeling mener utvalget forutsetter tydeligere ledelse av legekontoret. I tillegg foreslo utvalget endringer i kompetansekrav for leger, tiltak for oppgavereduksjon, endringer i legevakt og utvikling av digitale verktøy. Høringen av rapporten viser bred støtte til økt handlingsrom for kommunene og for å utvikle tverrfaglig fastlegekontor med styrket ledelse. Det er mer spenn når det gjelder virkemidler for å understøtte målbildet.

Helsedirektoratet mener at arbeidsbelastningen til fastlegene må reduseres gjennom andre tiltak enn reduksjon i listelengde og at tverrfaglighet er en hensiktsmessig måte å møte utfordringene på.⁶ Forsøk med tverrfaglige fastlegekontorer viser at flertallet av pasientene opplever trygghet for at de blir ivaretatt på en god måte, bedre egenmestring og at de samlet sett får en bedre oppfølging av egen helse.⁷ Teamorganisering kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt, men en viktig forutsetning er å utvikle teamarbeidet slik at den tverrfaglige tilnærmingen kommer både pasientene og medarbeiderne til gode.⁸

Framtidens allmennlegetjenester skal gi innbyggerne trygghet for kvalitet og tilgjengelighet i tjenestetilbudet. Fastlegens rolle beskrives av Helsepersonellkommissjonen som kritisk for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og viktig for god ressursutnyttelse med riktig oppgavedeling og gode arbeidsprosesser i helse- og omsorgstjenesten.⁹ En mer attraktiv allmennlegetjeneste

⁶ Helsedirektoratet (2023). Statusrapport Allmennlegetjenesten høsten 2023

⁷ Helsedirektoratet (2023). Statusrapport V – Evaluering av primærhelseteam

⁸ Helsedirektoratet (2022) Statusrapport IV – Evaluering av primærhelseteam

⁹ NOU 2023: 4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*

med kapasitet og tilgjengelighet er viktig for å motvirke vekst i helprivate tjenester, redusere sosial ulikhet i helse og sikre en likeverdig og bærekraftig bruk av samfunnets ressurser. Framover må allmennlegetjenestene bidra til at en større del av helsehjelpen gis i kommunene nær der folk bor. Innsatsen må styrkes for pasienter med store og sammensatte behov, og til å forebygge sykdomsutvikling, sykdomsforverring og funksjonsfall. Regjeringen vil legge til rette for tverrfaglige legekantor med bredere faglig tilbud, hvor flere personellgrupper kan bidra med sin kompetanse til det beste for innbyggerne og gi kommunene økt handlingsrom for hvordan de organiserer fastlegetjenesten.

Regjeringen gjør aktive grep for å redusere oppgavemengden i fastlegekantoret. Et viktig potensial ligger i en tverrfaglig utvikling og bedre oppgavedeling. Regjeringen gjennomgår også hvilke oppgaver som kan tas bort fra fastlegekantoret. Regjeringen vil arbeide aktivt for å forenkle prosesser for hvordan informasjon innrapporteres. Direktoratet for e-helse leverte høsten 2023 en rapport om forbedret informasjonsutveksling mellom helsepersonell og myndigheter.¹⁰ Helse-direktoratet har i 2024 fått i oppdrag å følge opp rapporten. Det pågår også et samarbeid med Arbeids- og inkluderingsdepartementet for å se på informasjonsutveksling mellom Nav og helse.¹¹

Fastlegene gjør et betydelig arbeid i sykefraværsoppfølgingen. For deler av korttidsfraværet er det usikkert om legene gjennom selve attesteringen bidrar til å redusere sykefravær. Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten foreslo i sin rapport utvidet rett til bruk av egenmeldinger. Regjeringen har lyst ut et oppdrag for å få mer kunnskap om bruken og effektene av utvidet rett til egenmelding innenfor gjeldende regelverk.

Større medisinsk kompleksitet og flere eldre øker behovet for kompetanse og kapasitet i alders- og sykehjemsmedisin i kommunene. Hjemmeboende får legetjenester av sin fastlege og i de fleste kommunene er det fastleger med bistilling som utfører allmennlegetjenester i sykehjem. I årene framover vil det bli viktigere med kompetanse i alders- og sykehjemsmedisin. I dag er legetjenesten i sykehjem mange steder preget av lav kontinuitet og at stadig flere leger uten LIS1 fungerer som vikarer. Pasientsikkerheten kan utfordres når de sykeste beboerne, som har flere tilstander samtidig og bruker mange legemidler,

møtes av leger med minst erfaring. Samtidig blir det flere fast ansatte sykehjemsleger i større stillinger. Det kan gi et bedre grunnlag for høyere kvalitet i tjenesten. Med de store demografiske endringene samfunnet står ovenfor, mener regjeringen at kompetansen i alders- og sykehjemsmedisin bør styrkes. Regjeringen vil utrede kompetansekravene for leger som jobber i kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette omtales nærmere i kap. 5.

Fastlegeordningen og legevakt er tjenester som er gjensidig avhengige av hverandre. Spesielt i distriktene medfører legevakt høy vaktbelastning for mange fastleger. Ekspertutvalget fremmet flere tiltak for legevakt, blant annet å etablere ytre rammer for arbeidstid i legevakt og mer bruk av fastlønn. Høringssvarene gir støtte til de fleste av tiltakene. Regjeringen vil følge opp ekspertutvalgets forslag for legevakt i stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester.

4.1.2 Interkommunalt samarbeid om helse- og omsorgstjenester

I Norge er samarbeid mellom kommuner vanlig. Omfanget av samarbeid og hva kommunene samarbeider om varierer, men alle kommuner i Norge samarbeider med en eller flere kommuner. Interkommunalt samarbeid er dermed en svært viktig del av kommunenes virksomhet. Innenfor helse og omsorg er det i mindre grad interkommunalt

Boks 4.3 Interkommunalt samarbeid i Sør-Gudbrandsdalen om psykisk helse og rus

Lillehammer kommune er vertskommune for det interkommunale samarbeidet i Sør-Gudbrandsdalen om psykisk helse og rus. Sammen med kommunene Øyer, Gausdal, Ringeby, Sør-Fron og Nord-Fron, utgjør kommunen det interkommunale samarbeidet om psykisk helse- og rustjenester i Sør-Gudbrandsdalen. Samarbeidet omfatter tilbud som kurs i depresjonsmestring (KID), kurs i belastningsmestring (KIB), implementering av tilbakemeldingsverktøyet Feedback informerte tjenester (FIT), FACT-team, brukermedvirkning og en satsing på kompetansedeling mellom kommunene. Det foreligger en egen handlingsplan for arbeidet som revideres årlig, og godkjennes av styret i helseregionen Sør-Gudbrandsdal.

¹⁰ Rapport fra Portaloppdraget med anbefalinger

¹¹ Nå snakker vi! Utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten

Boks 4.4 Listersamarbeidet – interkommunalt samarbeid i Listerregionen

Listersamarbeidet er en samlebetegnelse for alt interkommunalt samarbeid i Listerregionen.

Etter hvert som kommunene de siste årene har fått et stadig større ansvar for å ha et likeverdig og standardisert tjenestetilbud, har behovet for å søke hjelp hos hverandre økt. Ved å knytte fagkompetanse tettere sammen i et regionsamarbeid og ved å utvikle felles strategier for innovasjon og tjenester, har man sikret at innbyggerne får et så godt tjenestetilbud som mulig. For næringslivet er det også viktig med en god interkommunal samhandling. Det er også et trekk at både fylkeskommunen, fylkesmannen og Sørlandets sykehus i langt større grad enn tidligere legger opp sin samhandling med kommunene gjennom regionsarbeidene. Dette er hovedgrunnen til at Listersamarbeidet i 2018 reviderte sine vedtekter og sin samarbeidsstrategi.

Listersamarbeidet består av ulike aktører som er delt opp i et interkommunalt politisk råd, kommunedirektørutvalget, nettverk og tjenestesamarbeid.

Nettverk:

For å knytte sammen sektorer i regionen er det satt sammen fagnettverk. Det er etablert helse-

nettverk, plan- og næringsnettverk, barnehage- og skolenettverk, økonominettverk og personalnettverk. Lederne i fagnettverkene møtes i ledernettet.

Tjenestesamarbeid:

Tjenestesamarbeidene arbeider med spesifikke tjenester i samfunnet. Tjenestene omfatter alt fra kompetanseheving og utdanning, næringsutvikling, oppvekst, friluftsliv og renovasjon til trafiksikkerhet. Flere tjenestesamarbeid er organisert inn i nettverk. Råd, nettverk og tjenestesamarbeid er knyttet sammen for å sikre kommunikasjon mellom nivåene.

Listersamarbeidets mål:

Hovedsiktemålet med samarbeidet er å legge til rette for ny kunnskap som kan gi grunnlag for bedre tjenester, økt kommunal fagkompetanse, samordnet politisk påvirkningsarbeid og en arena for koordinering mellom kommunene og fylkeskommunen, Statsforvalter og sentrale myndigheter. Visjonen er en attraktiv region anerkjent for godt faglig og politisk samarbeid.

Lister interkommunale politiske råd har koordineringsansvar for Listersamarbeidet.

samarbeid enn i andre sektorer. Det er derfor et potensial til mer samarbeid der det er hensiktsmessig. Se kap. 8 for omtale av styring og planlegging av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I 2023 utga Kommunal- og distriktsdepartementet en veileder for interkommunalt samarbeid.¹² Veilederen omhandler blant annet regelverket for organiseringen av interkommunal virksomhet og reglene for interkommunalt samarbeid som følger av kommuneloven, som gir ramme for samarbeidet. Regjeringen vil legge til rette for mer veiledning og informasjon om interkommunalt samarbeid om helse- og omsorgstjenester.

Det er behov for å utvikle det tverrfaglige interkommunale samarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, mellom ulike deltje-

nester og tilbud rettet mot ulike pasient-, bruker- og pårørendegrupper. Mindre kommuner er i mange tilfeller avhengige av interkommunalt samarbeid på flere områder for å få løst helse- og omsorgsoppgaver på en tilfredsstillende måte. Små kommuner kan ha utfordringer med å ha et tjenestetilbud som er tilpasset innbyggernes behov, tilstrekkelig kapasitet i tjenestene og å rekruttere og beholde personell med nødvendig kompetanse.¹³ Dette utfordrer hensiktsmessig samhandling mellom riktige instanser og stiller store krav til kunnskap om tjenestene, ledelse og strategisk planlegging i kommunenes sentrale ledelse og i de operative tjenestene. Interkommunalt samarbeid kan være en viktig løsning for å få tilgang på nødvendig personell og utvikle fagmiljøer som krever spesialisert og tverrfaglig kompe-

¹² Kommunal- og distriktsdepartementet (2023). Veileder om interkommunalt samarbeid etter reglene i kommuneloven

¹³ NOU 2023: 9 *Generalistkommunesystemet – Likt ansvar – ulike forutsetninger*

tanse. Større kommuner har gjerne større fagmiljø, og også et mer omfattende og komplekst tjenestetilbud, som kan gjøre det mer krevende å få til hensiktsmessig samhandling med rette instanser. Se omtale av ledelse i kap. 6.

4.1.3 Desentraliserte og utadvendte spesialisthelsetjenester

For innbyggerne er det viktig å være trygg på at man blir ivaretatt dersom en akutsituasjon skulle oppstå. For pasienter som er ofte til behandling, kan lang reisevei gjøre at sykdommen tar større plass i hverdagen enn nødvendig, og for noen kan forflytning ha negativ effekt på tilstanden. Ønsket om sykehus nær der folk bor må sees i sammenheng med forutsetninger for å kunne tilby tjenester av god kvalitet. Viktige forutsetninger er å kunne rekruttere kvalifisert personell, ha tilstrekkelig pasientgrunnlag og økonomiske rammebetingelser.

Prinsippet om å desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må av hensyn til kvalitet, skal fortsatt gjelde. Regjeringen vil sikre et fortsatt desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud av god kvalitet. Det vil imidlertid være nødvendig med endringer og utviklingsarbeid for å kunne ivareta dette også i årene framover. Regjeringen vil arbeide for å sikre innbyggerne tilgjengelige spesialisthelsetjenester av god kvalitet gjennom samarbeid mellom store og små sykehus, ambulante tjenester, hjemmesykehus, samarbeid med kommunene og ved bruk av digitale løsninger. I tillegg ønsker regjeringen tettere integrering av avtalespesialistene, som er viktige aktører i et desentralt tilbud.

Desentralisere det vi kan, sentralisere det vi må

Norge har en desentralisert sykehusstruktur. Det ytes spesialisthelsetjenester ved mange geografiske lokasjoner: Ved sykehus, distriktpsychiatriske- og distriktsmedisinske sentre, ved lokalmedisinske sentre og andre kommunale arenaer og ved bruk av avtalespesialister.

Helsepersonellkommissjonen har pekt på at den medisinske utviklingen fører til økt spesialisering, og er en sterk drivkraft for sentralisering. Samtidig blir det stadig vanskeligere å rekruttere og beholde kvalifisert personell. Kommisjonen viste til at økt grad av spesialisering gjør beredskap i alle deler av landet mer ressurskrevende. Sykehus som tidligere kunne bemanne akuttjenester med et begrenset antall spesialister på vakt, trenger mange ganger flere spesialister i

døgnkontinuerlige tjenester når det er krav om flere parallelle vaktlag av spesialister. Med begrenset tilgang på personell blir bemanning av døgnfunksjoner krevende. Det kan oppstå situasjoner hvor det er vanskelig å forene lovverk og avtaler, uten samtidig å belaste personellet så mye at det går utover utvikling, trivsel og muligheter til å skape stimulerende og gode fag- og arbeidsmiljø. Helsepersonellkommissjonen har på denne bakgrunn foreslått at det bør gjennomføres en utredning av en framtidig bærekraftig sykehusstruktur som kan gjøre det mulig å fortsatt tilby helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i hele landet. Regjeringen ser utfordringene som Helsepersonellkommissjonen beskriver, men er ikke enig i at det er behov for en utredning av framtidig sykehusstruktur på nasjonalt nivå. Regjeringen er samtidig opptatt av at det blir tatt nødvendige grep som sikrer at den offentlige helse- og omsorgstjenesten er rustet for å håndtere utfordringene vi står overfor.

Helse Nord RHF er i en krevende situasjon med tanke på både økonomi og tilgang på personell og kompetanse. Sykehusene i Helse Nord har mange ubesatte stillinger som dekkes opp gjennom innleie og overtid. Samtidig benytter sykehusene i Helse Nord store ressurser på vaktberedskap. Åtte av 11 somatiske sykehus har i gjennomsnitt færre enn tre kirurgiske akuttinnleggelser per døgn. Styret i Helse Nord vurderte i 2022 at de økonomiske utfordringene var så omfattende at forutsetningene for å sette i verk nye, større investeringer ikke var til stede. I november 2022 ga helse- og omsorgsministeren Helse Nord i oppdrag å vurdere behovet for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at Helse Nord kan ivareta sitt sørge-for-ansvar på lang sikt. Helse Nord har fått et oppdatert oppdrag, med frist til utgangen av juni 2024. I det oppdaterte oppdraget ble det understreket at det skal legges til grunn at dagens fødetilbud skal opprettholdes i planperioden for Nasjonal helse- og samhandlingsplan, gitt forsvarlig drift. Helse Nord er bedt om å beregne kostnadene ved å opprettholde akutttilbudet ved Nordlandssykehuset HF Lofoten og Universitetssykehuset i Nord-Norge HF Narvik slik at regjeringen kan komme tilbake til dette i revidert nasjonalbudsjett. Det vil si at akutttilbudet i Narvik og Lofoten ikke skal svekkes, gitt at tilbudet er forsvarlig.

Mindre sykehus kan ha særskilte utfordringer og behov, blant annet knyttet til rekruttering, utdanning og spesialisering, oppgavefordeling og innhold i tjenestetilbud, organisering og ledelse og samhandling. Ledere i disse sykehusene kan

ha nytte av å utveksle erfaringer. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor be de regionale helseforetakene om å legge til rette for slik erfaringsutveksling for ledere i mindre sykehus. Med mindre sykehus menes akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner slik det er definert i Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*.

Det er et mål i regjeringens politiske plattform å utvikle og styrke det desentraliserte sykehusstilbudet i Norge, flytte mer av den elektive virksomheten ut til lokalsykehus, og styrke den lokale akuttberedskapen. Den lokale akuttberedskapen blir omtalt i stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester, jf. avsnitt 4.1.5. De regionale helseforetakene fikk derfor i 2022 i oppdrag å vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus. Alle regionene jobber aktivt med å legge til rette for desentralisert pasientbehandling. Medisinsk og teknologisk utvikling kan føre til forenklinger i behandling, mindre komplikasjoner og kortere postoperativ liggetid. Det kan gjøre det mulig å tilby tjenester på mindre sykehus, for eksempel som dagbehandling. Utviklingen skaper også nye muligheter for å yte tjenester nærmere pasienten, for eksempel i form av en dialysesatellitt på et lokalmedisinsk senter, eller ved hjelp av digitale løsninger.

Økt elektiv aktivitet kan styrke grunnlaget for å opprettholde akuttfunksjoner ved at helsepersonellet gir planlagt behandling ved siden av å ivareta beredskap for akutte situasjoner. Når man vurderer å flytte elektiv aktivitet til mindre sykehus eller ytterligere desentralisere behandlingssenheter, er det en rekke forhold som må inngå i vurderingen. Det må blant annet være tilstrekkelige beredskapsfunksjoner og tverrfaglig kompetanse ved det enkelte sykehuset. Pasientgrunnlaget må være tilstrekkelig til at helsepersonell får nok erfaring med de aktuelle prosedyrene, ettersom volum og erfaring er forbundet med kvalitet. Det må også være en hensiktsmessig fordeling mellom sykehus slik at det er tilstrekkelig operative prosedyrer for å ivareta spesialist- og videreutdanning. Flytting av elektiv aktivitet må ikke bidra til å opprettholde aktivitet innenfor behandlinger som anses som å ha lav nytte og dermed bør fases ut. Pasientenes rett til å velge behandlingssted kan begrense helseforetakenes mulighet til å påvirke pasientstrømmene. Geografi, ventetider og preferanser hos den som henviser har også betydning. Regjeringen vil be de regionale helseforetakene om regelmessig å vurdere muligheter for å flytte aktivitet til mindre

Boks 4.5 Eksempler på flytting av elektiv aktivitet til mindre sykehus

- Sørlandet sykehus HF har etablert rotasjonsordninger for ortopeder og operasjonssykepleiere for i større grad kunne utnytte den samlede kapasiteten i sykehusområdet.
- I Sykehuset Telemark HF er en del plastikk-kirurgiske inngrep og hofteproteser flyttet fra Skien til Notodden.
- I Akershus universitetssykehus HF er enkelte inngrep innen elektiv kirurgi, særlig ortopedi og gastrokirurgi, flyttet fra Nordbyhagen til Kongsvinger sykehus. Kvinneklinikken planlegger et felles henvisningsmottak med Kongsvinger sykehus for å øke bruken av poliklinikk ved Kongsvinger sykehus for pasienter som bor i området.
- I Helse Førde HF har sykehusene på Nordfjardeid og i Lærdal fått oppgraderte og utvidede funksjoner for større pasientgrupper som trenger et tilbud lokalt, som for eksempel innen dialyse og ulike grupper som trenger infusjoner.
- I Helse Fonna HF er søvn og smertepoliklinikk lagt til Odda sjukehus, og Stord sjukehus tilbyr spesialisert rehabilitering.

sykehus og på andre måter sikre likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenester.

Det legges til grunn at det skal være ett regionalsykehus i hver helseregion. Det er fire regionalsykehus, som også er universitetssykehus: Universitetssykehuset i Nord-Norge, St. Olavs hospital, Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Regionsykehuset er det sykehuset helseregionen har utpekt som sitt hovedsykehus. Universitets- og regionsykehusene har det største tilbudet av høyspesialiserte regionfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i sin helseregion, og vil også kunne bidra med koordinering og faglig rådgivning til de andre sykehusene i regionen, og blir ofte brukt ved behov for fornyet vurdering («second opinion»).

Det er nødvendig å samordne, og mange ganger samlokalisere, høyspesialiserte funksjoner for å skape robuste fagmiljøer og sikre kvalitet og effektiv bruk av ressursene. Med den forventede

utviklingen av nye og innovative metoder vil regionfunksjonen bli enda viktigere i framtiden.

Universitetssykehusene har for eksempel regionfunksjoner innen flere avanserte kreftbehandlingsformer, i behandling av ekstremt premature barn og innen nevrokirurgi. Under koronapandemien koordinerte Oslo universitetssykehus intensivkapasiteten i regionen.

Tilgjengelige tjenester gjennom samarbeid med kommunen, mellom sykehus og bruk av digitale løsninger

Ulike former for samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, som ambulante team, samlokalisering, kombinerte stillinger og samkonsultasjoner, er sentralt for å sikre tilgang på spesialisthelsetjenester i hele landet. Bedre muligheter for å dele informasjon vil understøtte ulike samarbeidsformer. Regjeringen prioriterer derfor arbeidet med digital samhandling.

Funksjonsfordeling mellom sykehus er nødvendig for å kunne opprettholde en desentralisert sykehusstruktur med tjenester av god kvalitet. Samarbeid mellom sykehus, innad i et helseforetak, i en region eller nasjonalt, gjør det mulig å utnytte kompetanse og kapasitet til det beste for pasientene samtidig som tjenestene kan tilbys nærmere der de bor. I Helse Fonna har for eksempel spesialister innen øre-nese-hals og urologi operasjonsdager både på Stord og i Haugesund. Noen pasientforløp kan også deles mellom sykehus, for eksempel ved at deler av det som gjøres før eller etter en behandling ved et større sykehus kan gjøres ved et mindre sykehus nærmere der pasienten bor. Ved noen kreftformer vil kirurgiske inngrep utføres på et universitetssykehus, mens diagnostisering, stråleterapi, cellegiftbehandling og videre oppfølging etter kirurgi skjer ved lokal sykehuset. Medisinsk og teknologisk utvikling gir nye muligheter for å tilby spesialisthelsetjenester hjemme hos pasienten, for eksempel intravenøs antibiotikabehandling, se boks 4.6.

Omfanget av video- og telefonkonsultasjoner økte betydelig under koronapandemien. Video og telefon reduserer i mindre grad tidsbruken for personell, men pasienter og pårørende sparer reisetid og det frigjør ressurser brukt på reisekostnader for helseforetaket. Bruk av video gir også bedre muligheter for samarbeid og veiledning mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten, til det beste for pasientene.

Boks 4.6 Intravenøs antibiotikabehandling hjemme

Kristiansund sjukehus tilbyr hjemmesykehus for utvalgte pasienter som har behov for intravenøs antibiotikabehandling. Sykehuslegen har behandlingsansvaret for pasientene i hjemmesykehus. Sykehusapoteket forbereder medisiner og kommunehelsetjenesten tar hånd om oppfølging av pasientene og leveranse av medisiner. Regionalt responscenter tar hånd om beredskap med alarmsentral. Underveis i utviklingen har SINTEF bidratt med tjenestedesign og forskning, og Helseinnovasjonssenteret har vært en pådriver for forskings- og innovasjonsarbeidet og for samhandling. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester har bidratt med opplæring og markedsføring til kommunene. Tjenesten gikk fra prosjekt til ordinær drift i juni 2022. For pasientene innebærer dette at behandling som før måtte gis på sykehus, og som kunne innebære lange sykehusopphold, nå kan gis hjemme.

Kilde: <https://helse-mr.no/om-oss/nyheter/nyheter-2023/heimesjukehus-i-kristiansund-tildelt-nasjonal-utmerking>

Med digital hjemmeoppfølging basert på pasientrapporterte opplysninger, kan pasientene følges opp basert på den enkeltes behov, istedenfor en sykehus- og kalenderstyrt oppfølging med faste tidsintervall. Denne måten å yte tjenester på er tydelig reflektert i de regionale utviklingsplanene i spesialisthelsetjenesten, og en viktig del av svaret på hvordan spesialisthelsetjenesten kan opprettholde kvaliteten i tjenesten på en bærekraftig måte. Vestre Viken HF har for eksempel etablert et virtuelt sykehus hvor de har samlet digitale tjenester som brukerstyrt poliklinikk med hjemmeoppfølging av pasienter med epilepsi, osteoporose, inflammatorisk tarmsykdom og kols, hjemmedialyse, og videokonsultasjoner med AMK. Flere behandlingstilbud er under utvikling, også i samarbeid med kommuner.

Bedre bruk av avtalespesialistene

Avtalespesialister er lege- og psykologspesialister som inngår driftsavtale med et regionalt helseforetak, og er en del av den offentlige helsetjenesten.

Boks 4.7 Nettbasert behandling i Helse Bergen HF

Helse Bergen har utarbeidet et behandlingsprogram (eMeistring) for sosial angst, depresjon og panikk lidelser som har vist gode resultater på både behandlingseffekt og bruk av personellressurser. Beslutningsforum for nye metoder besluttet i 2019 at terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser kan tas i bruk når det er hensiktsmessig. eMeistring breddes nå ut til alle helseregionene og til nye pasientgrupper, som personer med spiseforstyrrelser og alkohollidelser. Helse Bergen HF har også utviklet en nettbasert mage-tarmskole for pasienter diagnostisert med irritable tarm-syndrom. Evalueringer viser reduserte symptomer og mindre helsebekymringer og nedstemthet, og økt aktivitetsnivå.

Kilde: <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-funksjonelle-mage-tarmsykdommer-nkfm/mage-tarmskolen-pa-internett>

Spesielt innen fødselshjelp og kvinnesykdommer, hudsykdommer, øre-nese-halssykdommer, øyesykdommer og klinisk psykologi og psykiatri er eksempler på områder med mange avtaler og høy aktivitet. Per 2023 har helseregionene inngått driftsavtaler tilsvarende om lag 1250 spesialistårsværk.

Avtalespesialistene utreder, vurderer og behandler tilstander som ikke krever sykehusinnleggelse, på samme måte som sykehusenes poliklinikker, og de står for en stor del av den polikliniske aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Avtalespesialister kan etablere seg andre steder enn ved sykehusenes poliklinikker. Dermed bidrar de til at spesialisthelsetjenesten blir mer tilgjengelig og desentralisert. Avtalespesialistenes desentraliserte lokalisering kan være en fordel i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Likevel er det slik at en avtalepraksis vil kreve et visst pasientgrunnlag, noe som kan legge noen begrensninger på geografisk spredning og lokalisering.

Spesialistutdanningen av leger og psykologer skjer først og fremst i den offentlige helse-tjenesten, hvor det investeres i veiledning, supervisjon og kompetanseøkning. Det er viktig å beholde denne kompetansen også etter endt spesialisering. Bedre integrering av avtalespesialister

i spesialisthelsetjenesten kan bidra til at flere lege- og psykologspesialister forblir en del av den offentlige helsetjenesten. Samtidig gir avtalespesialistmodellen muligheter for individuell tilpassning, i og med at avtalespesialistene er selvstendig næringsdrivende.

De regionale helseforetakene må ha virkemidler som sørger for at avtalespesialistene kan benyttes på en god måte slik at helseregionene kan ivareta sitt sørge-for-ansvar og bidra til et godt, desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud. Endringer i styring og finansiering for å understøtte bedre bruk av avtalespesialistene er omtalt i kap. 8.

4.1.4 Samlokalisering av helse- og omsorgstjenestetilbud

Samlokalisering av ulike helse- og omsorgstjenestetilbud, også på tvers av kommuner og sykehus, er utbredt og kommer i ulike former. Det er over tid etablert en rekke distriktsmedisinske (DMS) og lokalmedisinske (LMS) sentre og helsethus i hele landet. Det varierer hvilke tjenester som tilbys ved dem, men felles er at de samler ulike tjenestetilbud på ett sted, se eksempel i boks

Boks 4.8 Samarbeidsavtale mellom avtalespesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer og Kvinneklinikken ved Oslo universitetssykehus HF

Kvinneklinikken på Oslo universitetssykehus opplevde for ti år siden kapasitetsutfordringer på poliklinikken. Sykehuset tok initiativ til samarbeid med privatpraktiserende avtalespesialister og fastleger om retningslinjer for undersøkelser som bør være utført før henvisning til spesialist, undersøkelser og behandling som kan utføres utenfor sykehus, samt mal for innholdet i henvisninger og oppgavefordeling. Avtalespesialistene tar for eksempel ansvar for biopsi av celleforandringer i livmorhalsen. Behovet for disse undersøkelsene har økt betydelig etter at det 1. juli 2023 ble innført testing av livmorhalsceller hos kvinner mellom 25 og 69 år for HPV-viruset, som forårsaker nesten alle tilfellene av livmorhalskreft.

Sykehuset har beregnet at samarbeidet om oppgavefordeling har redusert behovet for polikliniske konsultasjoner med om lag 15 prosent.

4.9. Samlokalisering av tjenester fra både sykehus og kommuner gir innbyggerne nærhet til tjenester. Eksempler på dette er tilbud om dialyse på lokalmedisinske sentre eller avtalespesialister lokalisert i helsehus. Dette gir større sosiale fellesskap også for personell som er selvstendig næringsdrivende, og skaper nye arenaer for samarbeid. I Egersund, Hå og Sandnes er for eksempel legevakter og ambulansesentralene lokalisert i samme bygg. Dette gir lettere tilgang til lege fra legevakt ved ambulanseoppdrag. Samlokalisering kan også legge til rette for tverrsektorielt samarbeid og én dør inn. På Voss helsehus er for eksempel barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk fra Helse Bergen HF samlokalisert med barnevernet, PPT, helsestasjon, kommunepsykologene, integreringstjeneste og Nav. Regjeringen mener at samlokalisering av tjenester fra kommuner og sykehus er en framtidsrettet utvikling som bidrar til at innbyggerne får tilgang på gode tjenester nær der de bor. Endringene i finansieringen av spesialisthelsetjenesten, innføring av et rekrutterings- og samhandlingstilskudd, bedre forutset-

ninger for digital informasjonsutveksling og videreutvikling av avtalespesialistordningen er viktige grep for å understøtte en ønsket utvikling med mer samlokaliserte tjenester.

Kommunene har siden samhandlingsreformen bygget opp sengekapasitet for å kunne ivareta plikten til å kunne gi tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Kapasiteten benyttes likevel ikke på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen. Bruk av slike tilbud forutsetter tilstrekkelig kompetanse og at tilbudet er kjent hos fastleger og legevaktleger. Samlokalisering med legevakt er vist å redusere innleggelser i sykehus.¹⁴ Kommunenes øyeblikkelig hjelp-tilbud vil inngå i den kommende stortingsmeldingen om akuttmedisinske tjenester.

4.1.5 En sammenhengende akuttmedisinsk kjede

Demografisk utvikling vil treffe de ulike delene av landet ulikt, og vil forsterke de utfordringene som allerede finnes med tilgjengelighet til akuttmedisinske tjenester. Mange av pasientene er eldre med skrøpelig og trenger tilsyn som følge av raskt funksjonsfall, helst uten å forflyttes. Denne utviklingen betyr at det er nødvendig å tenke nytt om hvordan man kan sikre gode akuttmedisinske tjenester i alle deler av landet. Se boks 4.10 for eksempler på innovative organiseringsformer for å sikre bærekraftige akuttmedisinske tjenester av god kvalitet. Fra juli 2023 er det innført en ny takst for å honorere legevaktlegens arbeid med beslutningsstøtte til ambulansetjenesten. Sammen med å legge til rette for videoløsninger, vil dette være med på å gjøre legekompentanse tilgjengelig der hvor pasienten befinner seg og kunne gi bedre pasientforløp.

Da den forrige stortingsmeldingen om akuttmedisinske tjenester ble lagt fram for 20 år siden, var verken fastlegeordningen eller helseforetaksmodellen innført, og fylkeskommunen hadde ansvaret for ambulansetjenesten. Siden da har det vært betydelig utvikling innenfor både medisin og teknologi med betydning for hvordan tjenestene kan tilbys. Regjeringen vil derfor legge fram en stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester. Meldingen vil omhandle alle leddene i akuttkjeden utenfor sykehus: medisinsk nødmeldetje-

Boks 4.9 Region Nordhordland helsehus

Region Nordhordland helsehus er en samlokalisering av kommunale- og fylkeskommunale tjenester og spesialiserte helsetjenester fra Helse Bergen HF og Haraldsplass Diakonale Sykehus. I helsehuset er det legevakt, tannklinikk, barnevernstjeneste, helsestasjon og jordmortjenester, dialyse, medisinsk og ortopedisk poliklinikk og psykologspesialist. Målet er i større grad å kunne tilby tett og forsvarlig utredning og behandling før, istedenfor og etter sykehusopphold, tidlig innsats og bedre tverrfaglig samarbeid og samhandling. Bygget er utformet slik at det legger til rette for tverrfaglig utvikling, læring og oppbygging av sterkere fagmiljø, og danner et godt grunnlag for å rekruttere av nødvendig kompetanse og møte framtidens tjenestebehov. Det er også etablert et kunnskapssenter. Kunnskapssenteret er en arena for å videreutvikle møteplasser og strukturer for å dele, utvikle og ta i bruk kunnskap, samt synliggjøre aktuell forskning.

Helsehuset drives av det interkommunale selskapet Region Nordhordland helsehus IKS. Kommunene Alver, Austrheim, Fedje, Gulen, Masfjorden, Modalen og Osterøy eier selskapet.

¹⁴ Swanson, J., Alexandersen, N. & Hagen, T. P. (2016) Førte opprettelsen av kommunale akutte døgnenheter til færre innleggelser ved somatiske sykehus? Working paper 2016:1. UiO.

Boks 4.10 Nye måter å yte akuttmedisinske tjenester på

- St. Olavs hospital HF og Røros kommune har siden 2018 samarbeidet om Rørosprosjektet som har gått over i ordinær drift. Samarbeidet innebærer at ambulansespersonell i beredskap, som ikke er ute på oppdrag, kan utføre oppgaver på vegne av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Den ene ambulansen på Røros er erstattet med en helsevaktbil som er fullt utrustet som ambulanse, men uten bære. Helsevaktbilen er bemannet med én ambulansarbeider som også utfører oppgaver innen kommunehelsetjenesten. Resultatet er like god eller bedre akuttberedskap, bedre bruk av ressurser, økt trygghet for personell i akuttsituasjoner og mer kompetanseoverføring.
- Lillehammer kommune har etablert en legevaktbil som er bemannet med lege og annet personell og utstyrt som et legevaktkontor. Legevaktbilen kan dra på sykebesøk hos innbyggere som bør spares for ordinært legevaktbesøk. Bilen kan også besøke sykehjem og omsorgsboliger,
- I prosjektet Pilot legevakt ble legevakttilbudet organisert med en sentral interkommunal legevakt og legevaktssatellitter bemannet av sykepleier støttet av lege på video. Piloten ble gjennomført i Førde- og i Moldeområdet. Begge pilotdistriktene har valgt å sette modellen i ordinær drift.

Kilder: lillehammer.kommune.no, Helsedirektoratet.no, Prop. 1 s (2023–2024) Helse- og omsorgsdepartementet

neste, ambulansetjeneste og legevakt, øyeblikkelig hjelp døgntilbud og annen døgntilbud beredskap, herunder hjemmesykepleie. I tillegg vil akuttmottak i sykehus, andre nødetater, frivillige organisasjoner og befolkningens kunnskap om førstehjelp inngå.

4.2 Sammenhengende tjenester

Alle pasienter og brukere skal oppleve sammenhengende og godt koordinerte helse- og omsorgstjenester. Overganger – både innad i og mellom tjenestenivåene – er særlig sårbare for svikt.

Regjeringen vil legge til rette for nye former for organisering hvor kapasitet og kompetanse blir sett i sammenheng på tvers av sykehus og kommuner, og som gir gode pasientforløp med trygge overganger og koordinerte tjenester for dem med store og sammensatte behov.

4.2.1 Nye organiseringsformer for bedre sammenheng i tjenestene

Mange innspill til arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan har pekt på at dagens organisering av helse- og omsorgstjenester, hvor ansvaret er delt mellom kommunal sektor og de regionale helseforetakene, bidrar til at pasientforløp ofte kan oppleves som usammenhengende. Helsepersonellkommissjonen har i NOU 2023: 4 foreslått at det bør settes ned et utvalg for å utrede en mer helhetlig organisering enn i dag, eventuelt samlet på ett felles forvaltningsnivå. Regjeringen anerkjenner at forskjeller i styring, organisering og finansiering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste kan være en utfordring for samarbeidet. Regjeringen vil imidlertid ikke utrede nevnte forslag. Regjeringen vil derimot legge til rette for mer integrerte tjenester hvor kompetanse og kapasitet i større grad sees i sammenheng – både mellom kommuner og sykehus og innad i tjenestenivåene.

Innføring av et rekrutterings- og samhandlingstilskudd vil gi kommuner og sykehus større insentiver til å etablere lokale samarbeid om gode tjenester, særlig for de prioriterte pasientgruppene for helsefellesskapene. Redusert ISF-andel for spesialisthelsetjenesten gir sykehusene større strategisk handlingsrom, og kan legge bedre til rette for samhandling. Se nærmere omtale i kap. 8. I tillegg utvider regjeringen Tørn-programmet, som blant annet skal støtte opp under forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer, til å også gjelde for spesialisthelsetjenesten. Se nærmere omtale i avsnitt 5.3.1. Videre prioriterer regjeringen tiltak som skal gi personell bedre mulighet til å utveksle informasjon digitalt, blant annet innenfor legemiddelområdet, og ved å etablere en helseteknologiordning. Se nærmere omtale i kap. 9. Regjeringen vil også legge til rette for å styrke planlegging av kommunale helse- og omsorgstjenester gjennom kompetanse- og informasjonstiltak. Samlet sett skaper dette bedre forutsetninger for nye organiseringsformer med mer integrerte tjenester innenfor ulike fagområder, og bedre bruk av samlede ressurser i vår felles helsetjeneste.

I tråd med opptrappingsplan for psykisk helse er det behov for å styrke tilbudet til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Særlig er det viktig med tidlig innsats og helhetlig oppfølging. Som ledd i arbeidet med dette skal de regionale helseforetakene i 2024 legge til rette for utprøving av samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Helsedirektoratet skal på sin side utrede og konkretisere hvordan et integrert tilbud for barn og unge kan innrettes, piloteres og evalueres. Utprøving av en integrert ungdomstjeneste på ett nivå til barn og unge med behov for psykisk helsehjelp og/eller rusmiddelproblematikk ble varslet i Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan psykisk helse (2023–2033)*.

Regjeringen vil styrke arbeidet med sambruk av personell og kombinerte stillinger, både mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, og innad i tjenestenivåene, se nærmere omtale i avsnitt 5.3.3. Svangerskap, fødsel og barselomsorg er et av fagområdene hvor regjeringen mener det er særlig potensial for å benytte kombinerte stillinger. Det er allerede eksempler fra alle fire helseregioner på at jordmødre arbeider både i en kommune og i et sykehus. Slike modeller kan bidra til bedre vaktssystemer, at flere arbeider hel- tid og læring på tvers av sykehus og kommuner.

Regjeringen vil også prøve ut tverrsektorielle tjenestesamhandlingsmodeller mellom Arbeids- og velferdsetaten og kommunehelsetjenesten. Formålet er å inkludere flere i arbeidslivet. Slike modeller vil rette seg mot personer med lettere psykiske helseplager og/eller rusmiddelproblemer og ev. også muskel- og skjelettplager. Regjeringen har satt av penger til dette formålet i statsbudsjettet for 2024. Se nærmere omtale i avsnitt 3.5.

Flere oppgir at de trenger helsehjelp for sine psykiske plager og lidelser og det er behov for å vurdere hvordan vi kan organisere helsehjelpen bedre. Ekspertutvalget for tematisk organisering av psykisk helsevern har i sin rapport *Forenkle og forbedre* foreslått tiltak innenfor fire områder: kommunale tilbud og samhandling, inntak og utredning i psykisk helsevern, prinsipper for tematisk organisering av behandlingstilbudet og system for kunnskap og kvalitet. Ett sentralt grep er å etablere spesialiserte fagteam. Utvalget peker på at lokale forutsetninger bør legge føringer for valg av organiseringsmodell, men har formulert noen prinsipper og konkrete eksempler på hvordan dette kan gjøres i praksis. Tilgang på fagkompetanse bør sikres i nettverk på tvers av enheter eller som tyngdepunkt i organisasjonen. For mer sjeldne tilstander vil regionale og nasjonale tjenes-

ter kunne bidra med nødvendig kompetanse. Utvalget mener også at en tydeligere tematisk organisering av psykisk helsevern, der pasientene får et mer spesialisert tilbud, vil bidra til at fagkompetanse sikres mer helhetlig i hvert helseforetak, slik at alle pasienter får tilgang til riktig behandling for sine psykiske plager. En mer faglig tematisk organisering kan også gi bedre forutsetninger for personell til å oppdatere og fordype seg og for tjenestene til å ta i bruk ny kunnskap. I sum vil dette både øke kvaliteten i behandlingen og gjøre psykisk helsevern til et attraktivt arbeidssted for fagfolk. Rapporten har vært på høring og vil bli fulgt opp i 2024.

4.2.2 Gode pasientforløp med trygge overganger

Gode pasientforløp sikrer pasienter helsehjelp av god kvalitet til rett tid og kjennetegnes ved at de er pasientsentrerte, sammenhengende uten unødig ventetid og samordnede og helhetlige, på tvers av de aktuelle tjenestene. I gode pasientforløp opplever pasienten:

- å motta trygg og virksom helsehjelp,
- at helsehjelpen er samordnet,
- å få innflytelse og mulighet til å medvirke med bruk av kompetanse om egen helse og livssituasjon og
- å få god informasjon og å oppleve forutsigbarhet.

Nasjonale pasientforløp og pakkeforløp er standardiserte, kunnskapsbaserte pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon med pasient og pårørende, ansvarsplassering og konkrete forløpstider. Formålet er å sikre likeverdige tilbud, god informasjon og økt brukermedvirkning og å unngå unødige forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. De nasjonale pasientforløpene gir ytre rammer, mens nasjonale faglige retningslinjer gir føringer for organisering og faglig innhold i utredning og behandling av den enkelte tilstand.

Regjeringen besluttet å endre begrepsbruk fra 2022. Begrepet *pakkeforløp* skal etter dette brukes om pasientforløp innen hjerneslag samt utredning, behandling og oppfølging av kreft. *Nasjonale pasientforløp* skal brukes om pasientforløp på andre områder. Helsedirektoratet videreutvikler de nasjonale pasientforløpene for psykisk helse og rus. Forløpene skal forenkles og rapporteringen skal reduseres. Målet er enklere og mer fleksible forløp som vil gi behandlere mer tid med pasien-

ten. De reviderte pasientforløpene vil være på høring våren 2024.

KS og Folkehelseinstituttet har i perioden 2014–2023 samarbeidet om læringsnettverk for gode pasientforløp. Formålet har vært å støtte kommuner og helseforetak i å bedre overgangene i pasientforløpet, både internt i kommuner og sykehus, og på tvers av nivåene, og å sikre brukernes behov for å møte helhetlige, trygge og koordinerte tjenester. Arbeidet bygger på Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH) som er et rammeverk med strukturert oppfølging ved hjelp av sjekklister. Prosjektet ble avsluttet i 2023, men det er i 2024 bevilget fem mill. kroner til å videreutvikle og drifte en nettside med tilgjengelig og oppdatert veiledningsmateriale, og til veiledning til helsefelleskapene. Metodikken i «Gode pasientforløp» kan være et praktisk verktøy som helsefelleskapene kan benytte i utviklingen av samarbeid om pasientgruppene som de skal prioritere å utvikle bedre tjenester for.

Gode pasientforløp forutsetter at riktig og nødvendig informasjon følger pasientene ved henvisninger, innleggelse og utskriving. Kommuner og helseforetak arbeider med å modernisere digitale journal- og fagsystemer. Regjeringen vil prioritere arbeid med nasjonale digitale samhandlingsløsninger som kjernejournal og pasientens legemiddelliste. Dette er nærmere omtalt i kap. 9.

I 2023 har Stortinget vedtatt endringer i pasient- og brukerrettighetsloven som innebærer at skillet mellom fastsettelse av tidspunkt for oppstart av utredning og oppstart av behandling i spesialisthelsetjenesten opphører. Formålet med endringen er blant annet å gjøre det enklere å få en mer enhetlig praksis knyttet til oppstarten av helsehjelpen, å gjøre det enklere for pasienter og personell å forstå hva rettighetene knyttet til oppstart av helsehjelpen i spesialisthelsetjenesten innebærer og å redusere unødvendig merarbeid for personellet.

Det er fra flere hold blitt påpekt at måten pasient- og brukerrettighetene er regulert på gjør at de er vanskelige å forstå for pasienter, brukere, pårørende og personell. Enklere og klarere regulering vil gjøre det enklere for pasienter, brukere og pårørende å forstå hvilke rettigheter de har, og enklere for personell å ivareta rettighetene på en god og likeverdig måte. Regjeringen vurderer derfor å oppnevne et offentlig utvalg for å gjennomgå pasient- og brukerrettighetsloven med sikte på å forenkle og gjøre loven mer tilgjengelig for pasienter, brukere, pårørende og helsepersonell. Eventuelle endringer i loven skal legge til rette for god bruk av personell og kompetanse, og ikke

innebære utvidede plikter for kommuner og helseforetak.

For å bidra til større klarhet i hva som ligger i den enkeltes pasients rett til nødvendig helsehjelp, utarbeidet Helse- og omsorgsdepartementet i 2019 Rundskriv I-4/2019 – Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og forholdet til forsvarlighetskravet mm. På tross av utgivelsen av rundskrivet, erfarer Helse- og omsorgsdepartementet at det fortsatt foreligger usikkerhet om hvordan regelverket knyttet til pasienters rett til nødvendig helsehjelp er å forstå, spesielt når det gjelder hva innholdet i helsehjelpen skal være. Dette gjelder særlig forholdet mellom prioriteringsbeslutninger som er tatt på gruppenivå, og pasienters rettskrav til behandlingsmetoder på individnivå. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor satt i gang et arbeid med å revidere rundskrivet. Forholdet mellom prioriteringsbeslutninger som er tatt på gruppenivå og pasienters tilgang til behandlingsmetoder på individnivå blir også tema i Prioriteringsmeldingen.

De regionale helseforetakene arbeider med å etablere felles henvisningsmottak i psykisk helsevern. Dette innebærer at ordningen med direkte henvisning fra fastleger/henviser til avtalespesialister innen psykisk helsevern avvikles. Alle pasienter som har behov for utredning og behandling innen psykisk helsevern for voksne vil bli henvist til ett sted i helseforetaket. Der blir henvisningen vurdert, og pasienter som har rett til helsehjelp vil få dette hos en avtalespesialist eller ved et distriktpsikiatrisk senter (DPS). Den nye ordningen vil sikre pasientene like rettigheter – enten de blir henvist til en avtalespesialist eller et DPS. Også innenfor somatiske fagområder skal det utarbeides ordninger som sikrer pasientene like rettigheter.

Et mål for opptrappingsplan psykisk helse er at barn og unge som blir henvist til psykisk helsevern barn og unge som hovedregel ikke skal gis avslag kun basert på skriftlig henvisning, men få tilbud om en vurderingssamtale for å avklare videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen. Helsedirektoratet anbefaler at kommunene og spesialisthelsetjenesten bør etablere lokale samarbeidsmodeller for henvisning av barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer.¹⁵ Videre presiserer de behovet for helhetlig og koordinert kartlegging før henvisning. Dette kan bidra til bedre og mer målrettede henvisninger til spesialisthelsetjenesten, bedre

¹⁵ Helsedirektoratet (2023). Nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge

prioriteringer og oppgavefordeling slik at barn og unge raskere får god hjelp og behandling på riktig nivå. En viktig forutsetning er at barnets hjemkommune kan gi et tilbud dersom spesialisthelsetjenesten etter vurderingssamtalen vurderer at det ikke er behov for videre oppfølging i der, men at det er behov for annen type hjelp. I tråd med Hurdalsplattformen og Opptappingsplanen for psykisk helse vil regjeringen at alle på sikt skal få tilbud om vurderingssamtale, og vurdere innføring av vurderingssamtale for psykisk helsevern voksne. Det vil ses hen til anbefalinger fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern og erfaringer med bruk av vurderingssamtaler i psykisk helsevern for barn og unge.

4.2.3 Utskrivningsprosessen

Regjeringen er opptatt av at pasienter skal få riktig behandling på rett sted til rett tid. For pasientene er det som oftest best å komme hjem eller nær eget hjem etter at behandling på sykehuset er ferdig. Dette forutsetter godt samarbeid mellom sykehus og kommune om utskrivningsprosessen, slik at pasienten får nødvendig og riktig oppfølging i kommunen etter utskriving. I forbindelse med samhandlingsreformen ble det fra 2012 innført kommunal betalingsplikt for utskrivnings-

klare somatiske pasienter. Ordningen skulle gi kommunene insentiver til å etablere egne tilbud for å kunne ta imot pasientene. Etter innføringen av betalingsplikt økte antallet pasienter som ble meldt utskrivningsklare til kommunen, tiden før en pasient ble meldt utskrivningsklar ble redusert og antall liggedøgn etter at pasienten var meldt utskrivningsklar ble redusert betydelig. Fra 2019 ble ordningen utvidet til å også gjelde for pasienter innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Antall overliggedøgn og andel overliggedøgn per 1000 innbyggere er noe redusert etter innføringen.

De fleste kommuner og sykehus håndterer utskrivningsklare pasienter på en god måte. I 2022 ble om lag 90 prosent av pasienter som ble meldt utskrivningsklare til en kommune registrert som utskrevet innen 24 timer. Det er imidlertid noen kommuner som har mange overliggedøgn. I 2022 sto 17 av kommunene for om lag halvparten av alle overliggedøgn i somatikken. Samtidig hadde om lag halvparten av kommunene under 30 liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Med ett unntak gjaldt dette kommuner med færre enn 20 000 innbyggere. Blant kommunene med flest overliggedøgn finner man flere av de største kommunene i landet og enkelte vertskommuner for sykehus.

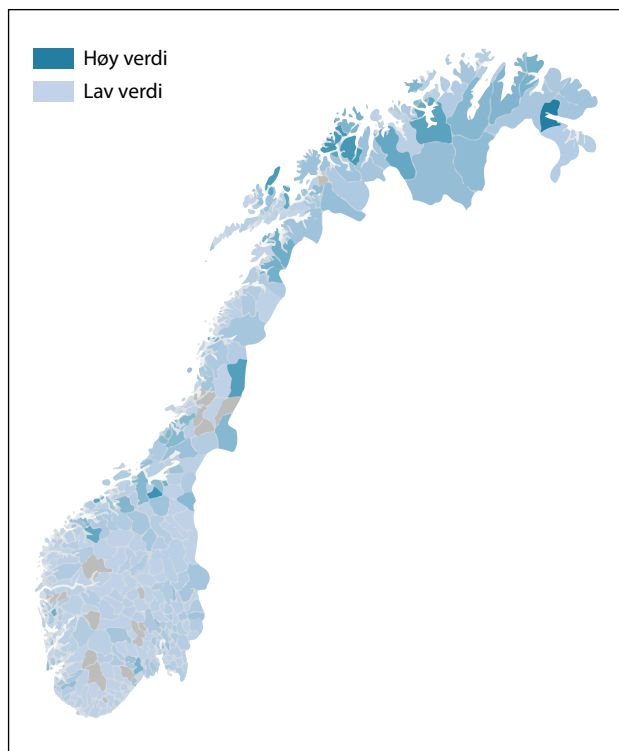
Sykehusutvalget konstaterte at det var betydelig geografisk variasjon i hvor mange pasienter som må oppholde seg på sykehus etter at de er meldt utskrivningsklare, og hvor lange oppholdene er. Utvalget viste til at ved Oslo universitetssykehus hadde pasienter om lag 900 oppholdsdøgn som utskrivningsklare pasienter i 2021, mens tilsvarende tall ved St. Olavs hospital og Universitetssykehuset i Nord-Norge var henholdsvis 7 900 og 8 900 døgn.

Møreforskning og Høgskolen i Molde har på oppdrag for KS funnet at det gjennomgående er avstand mellom sykehus og kommune når det gjelder forståelsen av situasjonen rundt utskrivningsklare pasienter. Kommuner opplever at sykehusets definisjonsmakt skaper ubalanse i samarbeidsrelasjonen, at pasientene skrives ut raskere og med mer komplekse behov enn tidligere, og at det finnes eksempler på at sykehuset skaper forventninger hos pasienten om oppfølgingstilbud i kommunen som er vanskelige å innfri. Helseforetakene melder at utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehuset gjør at de må bruke knappe ressurser på disse pasientene, i tillegg til å behandle pasienter som har behov for spesialisthelsetjenester. Det presser kapasiteten på syke-

Boks 4.11 Fakta om utskrivningsklare pasienter

Utskrivningsklare pasienter er pasienter som er vurdert som ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, men som har behov for et tilbud i kommunen etter utskriving.¹ Forskrift om kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter har som formål å bidra til bedre arbeidsdeling, gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger. Forskriften angir vilkår som må være til stede for at en pasient kan defineres som utskrivningsklar. Dersom kommunen ikke er i stand til å ta imot pasienten innen 24 timer etter at vedkommende er meldt utskrivningsklar, inntreffer det en betalingsplikt for hvert overliggedøgn. Døgnsatsen var 4000 kroner ved innføring og prisjusteres årlig. I 2024 er beløpet 5745 kroner.

¹ Myrli, T. R., Mortensen, S. M. & Aufles, B. (2019). Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter 2011-2018. SAMDATA kommune IS-2813. Helsedirektoratet.



Figur 4.1 Variasjon i overliggerdøgn, 2022.

Kartet viser variasjon, basert på kjønn- og aldersstandardiserte rater, i antall overliggerdøgn for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samlet. Fargene i kartet er fordelt på bakgrunn av en rangering av den laveste til den høyeste raten i det til enhver tid gjeldende utvalget. Høy verdi innebærer at kommunen har relativt sett mange overliggerdøgn per 1000 innbyggere. Grå kommuner hadde ingen registrerte overliggerdøgn i 2022

Kilde: Helsedirektoratet

husene, utgjør en risiko for pasientsikkerheten og går utover beredskapsvevnen. Det er også utfordringer med at informasjon om pasienten ikke alltid kommer i tide og ikke nødvendigvis oppleves som relevant.

Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer og eldre personer med flere sykdommer og/eller skrøpelig utgjør en stor andel av pasientene som blir liggende på sykehus i påvente av et tilbud i kommunen. Dette er også pasientgrupper som kommuner og sykehus skal prioritere å samarbeide om i helsefelleskapene. Regjeringen fremmer i Nasjonal helse- og samhandlingsplan flere tiltak som skal skape bedre forutsetninger for samarbeidet, slik som styrket samarbeid gjennom helsefelleskapene og innføring av et rekrutterings- og samhandlingstilskudd, tilrettelegging for bedre informasjonsutveksling gjennom digitale samhandlingsløsninger og utarbeidelse av en felles måte å beskrive og vurdere pasientens funksjonsnivå på.

Viktige forutsetninger for at kommunene skal kunne ta imot pasienter til rett tid er tilgang på tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, tilstrekkelig kapasitet og tilpassede tilbud, kunnskapsbaserte tjenester og styrket innsats på planlegging. For å understøtte dette har regjeringen lagt fram *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* og lanserer et eldreboligprogram med en tydelig innsats for å styrke kommunal bostedsplanlegging. Regjeringen vil bidra til å øke kapasiteten på heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger gjennom investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser. I stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester vil bruk og innretning av kommunale døgn-senger for øyeblikkelig hjelp inngå. Regjeringen øker også innsatsen for forskning og kunnskapsstøtte rettet mot kommunene, jf. omtale i kap. 6.

Kommuner og sykehus oppfatter samarbeidet om utskrivningsprosessen ulikt. I tillegg til å forbedre forutsetningene for samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten mener regjeringen derfor at det er behov for å evaluere om prosesskravene i forskriften om utskrivningsklare pasienter understøtter at pasienter kommer ut av sykehuset til rett tid, om nivået på og innretningen av døgnprisen er hensiktsmessig og identifisere kjennetegn ved kommuner og helseforetak som lykkes godt med samarbeidet om pasientene. Dette skal skje i dialog med kommunesektoren. Evalueringen skal gi regjeringen et kunnskapsgrunnlag for å gjøre eventuelle endringer i statlige virkemidler for å redusere utfordringene med utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus, sikre trygge overganger og effektiv ressursbruk.

4.2.4 Koordineringsordninger

Regjeringen vil at alle pasienter og brukere skal oppleve et forutsigbart og godt koordinert helse-tilbud. Behovet for koordinering varierer betydelig mellom pasienter avhengig av funksjonsnivå, diagnoser, helsekompetanse og andre forhold. De aller fleste innbyggere som er i kontakt med helse- og omsorgstjenesten både kan og ønsker å være med å administrere sin egen helsehjelp. For disse pasientene vil det ha stor verdi å videreutvikle digitale løsninger som gjør det enklere å holde oversikt over og endre og bestille timeavtaler, ha oversikt over legemidler, kunne sende digitale meldinger og så videre. For noen pasientgrupper finnes det nasjonale standardiserte kunnskapsbaserte pasientforløp og pakkeforløp som ivaretar nødvendig koordinering og forutsigbarhet.

For andre pasienter med behov for komplekse og/eller langvarige koordinerte helse- og omsorgstjenester kan det være behov for mer individuell koordinering. Det er over tid innført flere lovregulerte ordninger i kommuner og sykehus som skal bidra til godt koordinerte helse- og omsorgstjenester for disse pasientene (se boks 4.12). Det er også innført andre ordninger som forløpskoordinator i pakkeforløp kreft og nasjonale pasientforløp innenfor psykisk helse og rus, demenskoordinator i kommunen, ansvarsgrupper og case-koordinator i tverrfaglige team. Alle

ordningene er godt begrunnet, men det kan være utfordrende, for pasienter, pårørende og tjenestene selv, å få oversikt over omfanget av og innholdet i ordningene og forholdet mellom dem.

Innspill til departementet tyder på at det er utfordrende å se helheten i regelverket, formålet med enkelte ordninger oppleves til dels overlappende, det kan være vanskelig å identifisere hvilke pasienter som har rett på hvilke ordninger og det er krevende å forstå sammenhengen mellom de lovregulerte koordineringsordningene og andre ordninger. I tillegg mangler det gode digi-

Boks 4.12 Lovregulerte koordineringsordninger

Koordineringsordninger i kommunen

- *Koordinator – for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.* Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasienten eller brukeren og sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan (IP). Kommunen har plikt til å tilby koordinator, helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. Pasienten og brukeren har rett til koordinator, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 b.
- *Barnekoordinator – for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne. Når de vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester.* Barnekoordinatoren skal sørge for koordinering av samlet tjenestetilbud, å ha oversikt over og bidra aktivt til å ivareta kommunens ansvar for nødvendig oppfølging og tilrettelegging, nødvendig informasjon og helhetlig veiledning om helse- og omsorgstjenestetilbudet og andre velferdstjenester og relevante pasient- og brukerorganisasjoner m.m. og sørge for framdrift i arbeidet med IP. Kommunen har plikt til å oppnevne barnekoordinator når familien ønsker det, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 a. Familien har rett til barnekoordinator, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 c.
- *Fastlege – medisinskfaglig koordineringsrolle og medvirkningsrolle når pasienter har behov for langvarige og koordinerte tjenester.* Der som pasienten har behov for langvarige og

koordinerte tjenester, har fastlegen plikt til å informere om og medvirke til at det blir utarbeidet en individuell plan og at det blir oppnevnt en koordinator. Kommunen har ansvar for fastlegeordningen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2. Pasienten har rett til å stå på liste hos fastlege, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c.

- *Individuell plan (IP) – for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven.* Kommunen har plikt til å utarbeide en IP og samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte, når pasienten eller brukeren har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen har plikt til å sørge for at det blir utarbeidet en IP, og at planarbeidet koordineres når pasienten eller brukeren har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1. Pasienten og brukeren har rett til å få utarbeidet IP, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.
- *Koordinerende enhet* skal bidra til å sikre helhetlige og koordinerte tilbud til pasienter og brukere med behov for tjenester fra flere fagområder, nivåer og sektorer. Enheten skal ha et koordinerende ansvar for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten og et overordnet ansvar for arbeidet med IP og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator og barnekoordinator. Kommunen har plikt til å ha en koordinerende enhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3.

Boks 4.12 forts.

Koordineringsordninger i spesialisthelsetjenesten

- *Koordinator – for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven.* Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasienten, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold, sikre samordning overfor andre tjenesteytere, sikre framdrift i arbeidet med IP og samarbeide med barnekoordinator der det er oppnevnt. Spesialisthelsetjenesten har plikt til å oppnevne koordinator, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a. Pasienten har rett til koordinator, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 b.
- *Kontaktlege – for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet.* Kontaktlegen skal være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten og være pasientens faste medisinskfaglige kontakt. Helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven, har plikt til å oppnevne kontaktlege, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 c. Pasienten har

rett til å få oppnevnt kontaktlege, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 a.

- *Individuell plan (IP) – for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud.* Helseforetakene har plikt til å utarbeide en IP. Der som pasienten også har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester er det kommunen som skal sørge for at det startes et arbeid med IP mens helseforetaket skal bidra i arbeidet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. Pasienten har en rett til å få utarbeidet IP, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.
- *Koordinerende enhet* skal ha et overordnet ansvar for IP og oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene som ikke er avgrenset til rehabilitering og habilitering. Koordinerende enhet skal videre ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen, oversikt over, og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen og bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Helseforetaket har plikt til å ha koordinerende enhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b.

tale verktøy for å samarbeide om blant annet individuell plan. Tilbakemeldinger peker blant annet på at det er behov for å tydeliggjøre at koordinatorordningene i kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke er avgrenset til fagområdene rehabilitering og habilitering. Tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten peker på at det er utfordrende å være koordinator og kontaktlege i en hektisk hverdag med veksling mellom vaktarbeid, sengepost og poliklinikk, samt undervisning, forskning, mv.

Bruk av riktig innrettede koordineringsordninger vil bidra til gode, sammenhengende tjenester. Samtidig vil det kunne være ressursbesparende, ved å bidra til riktig behandling på rett sted til rett tid, og ved å redusere behovet for framtidige tjenester. Regjeringen vil derfor gjennomgå dagens lovregulerte koordineringsordninger for å se på hvordan de kan bli bedre innrettet. Regjeringen vil blant annet vurdere om endringer i lov og forskrift kan bidra til å forenkle og klargjøre slik at det blir enklere å få oversikt over hva koordine-

ringsordningene omfatter, hvem de omfatter, hvordan forholdet er mellom dem og hvordan tjenestene kan innrette seg for å oppfylle krav om koordineringsordninger. Eventuelle endringer i lov og forskrift skal legge til rette for god bruk av personell og kompetanse, og ikke innebære utvidede plikter for kommuner og helseforetak.

Organisatorisk plassering av koordinerende enhet har betydning for hvordan enhetene blir brukt, se eksempel i boks 4.13 om Kinn kommune. Helsedirektoratet anbefaler at koordinerende enhet blir forankret høyt oppe i kommunenes organisering. I 2020 hadde i overkant av halvparten av kommunene fulgt denne anbefalingen (kostra-tall).

4.2.5 En helhetlig plan for barnepalliasjon

I tråd med Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av dok. 8:256 (2021–2022), jf. Innst. 36 S (2022–2023), redegjøres det her for en helhetlig plan for barnepalliasjon. Barnepalliasjon,

Boks 4.13 Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i Kinn kommune

Kinn kommune i Vestland fylke har siden 2018 vært en del av Pilot tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam. Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam er en arbeidsform som med utgangspunkt i brukers behov skal bidra til målrettet og koordinert innsats slik at nytten av helse- og velferdstjenester bedres. Et av suksesskriteriene er at koordinerende enhet er sentralt plassert i avdeling for fag og utvikling i rådmannens stab og med tydelig delegert myndighet til å sikre koordinert oppfølging. Det gjør at koordinerende enhet har myndighet til å plassere ansvar, herunder tildele koordinatorene/barnekoordinatorer, for koordinering innenfor helse, velferd, oppvekst og utdanning. Koordinerende enhet er tverrfaglig sammensatt og består av flere ansatte i mindre stillinger som har hovedstillingen sin i de deltagende enhetene. Dette gir tjenestekunnskap inn i koordinerende enhet, og samhandlingskunnskap ut i avdelingene. For pasienter med store og sammensatte behov, uavhengig av fagområde eller om det er barn, unge, voksne eller eldre, består oppfølgingsteamet av dem som yter tjenester til personen, på tvers av tjenester og sektorer.

Erfaringene er at utviklingsarbeid på tvers av tjenester og sektorer krever systematikk, felles forståelse og god forankring i kommunens toppledelse. Det er tydelige føringer for oppfølgingsteam som arbeidsform i kommunens planverk.

eller lindrende behandling og omsorg til barn, er aktiv behandling, pleie og omsorg for barn med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid, og til deres familie. Barnepalliasjon innebærer helhetlig støtte til barnets og familiens fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov. Det starter ved diagnosetidspunktet og varer livet ut, med etterfølgende oppfølging for familie. Barnepalliasjon omfatter barn fra 0–18 år, men omfatter også barn som er diagnostisert i barndommen og som lever utover denne alder. Disse barna og deres familier har store og sammensatte behov som krever godt samarbeid på tvers av ulike velferdstjenester, og mellom sykehus og kommunens helse- og omsorgstjenester.

Regjeringen vil at barn og ungdom i palliasjon og deres familier skal kunne leve så normale liv som mulig. Barn og unges sykdomsforløp kan være preget av framskritt og tilbakefall om hverandre, noe som gjør det vanskelig å forutse forløpet i slutfasen. Mange har behov for tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å ivareta barn, unge og familien gjennom et varierende forløp er det behov for et nært og fleksibelt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert fastlegen. Slik kan tjenestene legge til rette for at barn og unge skal kunne være mest mulig hjemme, eller i den institusjonen hvor de bor, og ha et hverdagsliv innenfor kjente rammer.

Mange generelle tiltak i Nasjonal helse- og samhandlingsplan skal bidra til mer helhetlige og sammenhengende tjenester for alle pasienter, og vil også komme barn og unge med behov for palliasjon til gode. Eksempler på dette er videreutviklingen av helsefelleskapene, innføring av nasjonale digitale samhandlingsløsninger for bedre informasjonsdeling, videreutvikling av allmennlegetjenesten og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Regjeringen følger også opp Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*, der barnepalliasjon er en viktig del. Samlet utgjør dette en helhetlig plan for å bidra til at barn og unge som har behov for palliasjon, sikres et godt offentlig tilbud der de bor:

- *Forløpsmodell for barn med behov for et lindrende behandlings- og omsorgstilbud og deres familier.* I Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge er det utarbeidet en forløpsmodell for barn med behov for et lindrende behandlings- og omsorgstilbud og deres familier. I de ulike forløpsfasene er det beskrevet nærmere hvordan samarbeid mellom hjem, behandlere og barnehage/skole kan etableres. Bruk av individuell plan, forløpsmodellen og den tverrfaglige kompetansen i de barnepalliative teamene i spesialisthelsetjenesten, vil legge til rette for at disse barna får en helhetlig plan for sitt palliative forløp.
- *Etablering av regionale barnepalliative team.* De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å etablere regionale barnepalliative team og sørge for et mer tilrettelagt tilbud om lindrende behandling og omsorg i spesialisthelsetjenesten for de aller sykeste barna og deres familier. Sykehusene er i gang med dette. Det er et mål å etablere barnepalliative team ved alle lan-

dets barne- og ungdomsklinikker i tråd med Helsedirektoratets nasjonale faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge. Det ble bevilget 30 mill. kroner til barnepalliative team i 2023.

- *Barnekoordinator* for familier som har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne ble en rettighet i 2022. Se nærmere omtale under 4.2.4 og 4.4.1.
- *Tilskudd til lindrende enheter.* For å styrke tilbudet til barn og unge som trenger palliativ behandling, er det etablert tilskudd til lindrende enheter. Formålet med tilskuddet er å styrke mangfoldet av tilbudet til dem som trenger lindrende behandling og omsorg, særlig barn og unge. Dette skal skje gjennom frivillige organisasjoners og stiftelsers etablering og drift av lindrende enheter som drives etter hospicefilosofien.
- *Utdanning i barnepalliasjon.* Det er etablert en tverrfaglig videreutdanning i barnepalliasjon ved OsloMet. Utdanningen har som mål å kvalifisere helsepersonell til å være ressurspersoner for barnepalliative team. Målet er å gi studentene kompetanse til å lede, drifte og bidra med faglig kompetanse i regionale eller lokale barnepalliative team. Helsedirektoratet utarbeider en spesialisering for leger i palliasjon som del av oppfølgingen av palliasjonsmeldingen (Meld. St. 24 (2019–2020)).
- *Avansert hjemmesykehus.* Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge anbefaler at spesialisthelsetjenesten i hele landet tilbyr avansert hjemmesykehus til barn, i samarbeid med palliative team for barn og unge og med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Avansert hjemmesykehus er en helsetjeneste på barns premisser. Barn og ungdom slipper eller får forkortet opphold på sykehuset, og kan beholde større grad av normalitet, forutsigbarhet og trygghet i eget hjem. I møtet med barnet/ungdommen og familien hjemme, er familien og de profesjonelle likeverdige parter.
- *Kompetansenettverk.* Barnesykepleierforbundet og Barnelegeforeningens interessegruppe for barnepalliasjon har opprettet et kompetansenettverk for barnepalliasjon som skal driftes av de regionale barnepalliative teamene.

4.3 Helsefelleskap – fra ord til handling

Regjeringen vil styrke helsefelleskapene som arena for samarbeid, felles tjenesteutvikling og

Boks 4.14 Helsefelleskap

Det er etablert 19 helsefelleskap med utgangspunkt i de geografiske opptaksområdene for helseforetakene. Regjeringen Solberg inngikk i 2019 en samarbeidsavtale med KS om innføring av helsefelleskap mellom kommuner og sykehus. Målet var å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Avtalen ble videreført av Regjeringen Støre. I helsefelleskapene møtes representanter fra kommuner og sykehus, brukere og lokale fastleger for å planlegge og utvikle tjenester sammen. Helsefelleskapene er ikke en juridisk enhet, men en arena for samhandling på ulike nivåer. Samarbeidet mellom kommuner og helseforetak er forankret i den lovpålagte samarbeidsavtalen.

planlegging mellom kommuner og helseforetak. Koronapandemien og flyktningkrisen har krevd mye av kommuner og sykehus de siste årene, og det har tatt tid å få det formelle på plass i helsefelleskapene. Nå er tiden inne for å bruke helsefelleskapene til å skape verdi for pasienter, pårørende og fagfolk. Med de utfordringene helse- og omsorgstjenesten står overfor, er det nødvendig å se de samlede ressursene, særlig kompetanse og personell, i sammenheng på tvers av sykehus og kommuner.

Per 2023 er alle helsefelleskapene formelt etablert, men det varierer hvor langt samarbeidet har kommet. Flere av helsefelleskapene, blant annet Helsefelleskapet Lofoten, Vesterålen, Salten, Helsefelleskapet i Nordre Trøndelag, og Helsefelleskapet Agder, har utarbeidet handlingsplaner eller strategier. 11 av 19 helsefelleskap har søkt om tilskudd til kommunal sekretariatsfunksjon i 2023. I innspill til departementet er det flere som påpeker at denne funksjonen er et suksesskriterium for å bidra til kommunal samordning, gode beslutningsprosesser og likeverdighet i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak.

Helsedirektoratet fasiliterer et nettverk for helsefelleskapene for å legge til rette for erfaringsutveksling, og et nyhetsbrev hvor nasjonale helsemyndigheter, helseregionene, KS og helsefelleskapene kan dele informasjon. Helsedirektoratet utarbeider også styringsinformasjon om pasientgruppene som helsefelleskapene skal prioritere og de publiserer gode eksempler på tjeneste-

modeller og faglige råd. Dette arbeidet skal fortsette.

Helsefelleskapene er en arena for samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Ansattes organisasjoner vil involveres i relevante beslutningsprosesser i de respektive virksomhetene på ordinær måte. Lokale fastleger skal delta i helsefelleskapene som representanter for fastlegetjenesten i kommunene og faglig rådgiver. Legeforeningen og KS har laget en veileder som gir anbefalinger om oppnevning, rolle og honorering av fastleger. KS skal etablere et nettverk for kommunale ledere og fastlegerepresentanter.

Helse- og omsorgsministeren vil ta initiativ til et årlig innspillsmøte for å sikre god dialog om utvikling av helse- og omsorgstjenestene, hvor aktuelle saker fra blant annet helsefelleskapene kan løftes fram. Se nærmere omtale i avsnitt 8.3.2.

4.3.1 Ny samarbeidsavtale mellom regjeringen og KS om helsefelleskap

Sykehusutvalget har anbefalt at regjeringen og KS inngår en ny avtale om videreføring av helsefelleskapene etter at avtalen utløper i 2023, eller på annen egnet måte sikrer at helsefelleskapene blir videreført. Regjeringen ønsker å inngå en ny samarbeidsavtale med KS for å sikre at helsefelleskapene blir en drivkraft for lokalt samarbeid om planlegging og tjenesteutvikling. Med de store utfordringene vår felles helsetjeneste står overfor, mener regjeringen at det er behov for at kommuner og sykehus i større grad ser i de samlede ressursene, særlig personell, i sammenheng. Knapphet på personell skaper behov for å tenke nytt og prøve ut nye organiseringsformer, arbeidsformer og tjenestemodeller som sikrer gode pasientforløp og hensiktsmessig ressursbruk.

Regjeringen og KS er enige om målet om sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester og behovet for bedre felles planlegging. De fire pasientgruppene med store og sammensatte behov, barn og unge, personer med flere kroniske tilstander, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer og eldre med skrøpeligheit, skal fortsatt være prioritert i arbeidet med felles planlegging og tjenesteutvikling. Regjeringen vil også løfte fram kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid som en femte gruppe. Gruppen er avhengig av godt samarbeid på tvers av kommuner og sykehus, og det kan være et særlig behov for samarbeid om kompetanse og personell.

En sentral forutsetning for å sikre bærekraftig utvikling av den samlede helse- og omsorgstje-

nesten er å legge vekt på mestring, forebygging og rehabilitering og habilitering i arbeidet med felles tjenesteutvikling til de prioriterte gruppene jf. omtale i kap. 3. I det faglige arbeidet med å planlegge og utvikle tjenester til enkelte pasientgrupper kan det være relevant å trekke inn aktører som ikke er representert i helsefelleskapene, som Nav og barnevernet. Tilsvarende bør ideelle aktører involveres der det er relevant, for eksempel i planlegging av tilbud av tjenester som i stor grad ytes av ideelle aktører på vegne av det offentlige. Ideelle sykehus med lokalsykehusfunksjon, som Haraldsplass diakonale sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus, inngår i de respektive helsefelleskapene.

Helsedirektoratet vil fortsatt ha en sentral rolle i å understøtte samarbeidet mellom kommuner og sykehus i helsefelleskapene og legge til rette for erfaringsutveksling og læring på tvers.

4.3.2 Finansiering som understøtter gode pasientforløp

Det foregår mye godt samarbeid og samhandling på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig har det vært et gjennomgående innspill til arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan at finansieringen av tjenestene oppleves som en barriere for samarbeid og gode pasientforløp. Dette gjelder for eksempel i tilfeller der tiltak ikke blir gjennomført fordi kostnaden kommer på et nivå i tjenesten, mens gevinsten tilfaller det andre nivået. I andre tilfeller avsluttes gode tiltak finansiert med tilskuddsmidler når perioden med tilskudd avsluttes.

For å gi bedre insentiver til forpliktende samhandling foreslo Sykehusutvalget å innføre et nasjonalt samhandlingsbudsjett for kommuner og helseforetak som utformes slik at helsefelleskapene disponerer en øremerket økonomisk ramme. Siden helsefelleskapene ikke er egne rettssubjekter, foreslo utvalget at midlene avsettes på en post under de regionale helseforetakene. Utvalget mente at det var mest hensiktsmessig at helseforetaket og kommunene i helsefelleskapet inngår avtale om bruk av samhandlingsbudsjettet. Utvalget mente helsefelleskapene kunne myndiggjøres ved at de som representerer helseforetaket og kommunene får nødvendige fullmakter til å bli enige om utkast til avtale, som i neste omgang behandles i helseforetakets styre og kommunenes besluttende organer. Utvalget mente at samhandlingsbudsjettet burde benyttes til tiltak som understøtter behandling og oppfølging av de fire prioriterte pasientgruppene, men også andre til-

tak som sikrer gode og helhetlige pasientforløp. Sykehusutvalget la to premisser til grunn:

- Samhandlingsbudsjettene må legge til rette for en varig finansiering av samhandlingstiltak.
- Samhandlingsbudsjettene skal kun utløses som følge av at kommuner og helseforetak i fellesskap har identifisert områder hvor samhandling vil gi bedre og mer helhetlige pasientforløp og besluttet å allokere ressurser dit.

Utvalget foreslo at staten skulle definere at en andel av de respektive bevilgningene til kommuner og helseforetak legges inn i et samhandlingsbudsjett. Midlene kunne bare bli utbetalt på bakgrunn av planer og prosesser i helsefellesskapene. En slik mekanisme var ment å gi kommuner og helseforetak sterkere insentiver til å komme til enighet om tiltak. Utvalget pekte på behov for nærmere utredning av flere forhold før en eventuell innføring, og foreslo pilotprosjekter for å vinne erfaring. Høringssvarene fra kommuner og helseforetak til Sykehusutvalgets forslag tyder på at aktørene stort sett er positive til øremerkede midler til samhandlingstiltak, gitt at det er snakk om friske midler og ikke uttrekk fra deres rammer. I flere svar uttrykkes et behov for pilotering før noe breddes ut, og en del aktører er usikre på om de vil klare å komme til enighet.

Regjeringen deler Sykehusutvalgets vurdering av at det er behov for et økonomisk virkemiddel for ytterligere å stimulere til forpliktende samhandling mellom kommuner og helseforetak om tjenesteutvikling og gode pasientforløp. Regjeringen mener at lokale behov og frivillighet må ligge til grunn for samarbeidet og at det er behov for å tilnærme seg løsningen med samhandlingsbudsjetter i et tempo som sikrer godt samarbeid.

I saldert budsjett for 2024 ble det bevilget 40 mill. kroner til et felles rekrutterings- og samhandlingstilskudd til kommuner og helseforetak i opptaksområdet til Helse Nord RHF. Midlene kan brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner i regionen. I 2024 vil Helse Nord RHF forvalte tilskuddet. Tilskuddet skal blant annet understøtte tiltak som bedrer samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten om tjenesteutvikling og gode pasientforløp i helseregionen basert på lokale behov. Tilskuddet skal også understøtte tiltak som fremmer rekruttering og god bruk av personell i helseregionen på tvers av nivåene, herunder utprøving og etablering av kombinerte stillinger.

Regjeringen foreslår å innføre et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Rekrutterings-

og samhandlingstilskuddet til helseregionen i nord er starten på et slikt nasjonalt rekrutterings- og samhandlingstilskudd på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenesten. Det nasjonale rekrutterings- og samhandlingstilskuddet skal understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tilskuddsmidlene vil bevilges som en del av rammen for de regionale helseforetakene. Midlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner. Det legges til grunn for tildeling av midler at helseforetaket og kommunene gjennom avtale tydeliggjør hvordan tiltaket støtter opp om formålet med tilskuddsordningen, og hvordan partenes ressursinnsats i gjennomføring av tiltaket balanseres mot framtidige besparelser. Avtalene vil kunne være et resultat av samarbeid gjennom helsefellesskapene. Det kan for eksempel finne sted ved at representantene for helseforetaket og kommunene i helsefellesskapene får nødvendige fullmakter til å bli enige om utkast til avtale, som i neste omgang behandles i helseforetakets styre og kommunenes besluttende organer. I tildeling av midler skal det legges vekt på at midlene skal tilrettelegge for lokale løsninger i opptaksområdet til de minste sykehusene (akutt-sykehus og sykehus uten akutt-funksjoner).

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet er ment å gjøre det enklere for kommuner og sykehus å samarbeide om felles planlegging, tjenesteutvikling og gode pasientforløp for de fem prioriterte pasientgruppene gjennom helsefellesskapene. Tilskuddet skal stimulere til samarbeid om gode tjenester der folk bor og felles rekruttering. Lokale behov og prioriteringer skal være førende. Beløpet som mottas i tilskudd vil som hovedregel være en delfinansiering som supplerer partenes egen ressursinnsats. For områder med rekrutteringsutfordringer kan det være behov for å prøve ut nye organiseringsformer hvor man i større grad ser personell i sammenheng på tvers av kommuner og sykehus. Et eksempel på dette som tilskuddet vil kunne støtte opp om, er tettere samarbeid om tilbudet til kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barsel, gjennom kombinerte stillinger på tvers av kommuner og sykehus.

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet vil bli innført i planperioden og evaluert som ett av flere tiltak i planen. Regjeringen vil komme tilbake til innretning og størrelse på det nasjonale rekrutterings- og samhandlingstilskuddet i de ordinære budsjettprosessene. Helsedirektoratet vil som en del av sitt arbeid med å støtte helsefellesskapene,

bli bedt om å dele faglige råd, konkrete modeller og på annet vis støtte opp om implementering.

4.3.3 Bedre felles planlegging

Helsefellesskapene skal bidra til bedre felles planlegging mellom kommuner og helseforetak. Endringer i tjenestetilbudet i en kommune, for eksempel nedlegging av sykehjemsplasser, kan få betydning for sykehusene. Tilsvarende kan endringer i ambulansestructuren påvirke øyeblikkelig hjelp-tilbudet i kommunene. Fravær av felles planlegging og helhetstenkning skaper risiko for at det samlede helse- og omsorgstilbudet ikke møter innbyggernes behov. Et nytt krav til den lovpålagte samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak trådte i kraft i august 2022. Kravet innebærer at helseforetak og kommuner skal avtale helt konkret hvordan de skal gjennomføre felles planlegging av tjenester til pasienter med behov fra begge tjenestenivåer og hvordan de skal involvere hverandre i eget planarbeid som har betydning for den andre. Helsedirektoratet har i 2023 publisert en revidert veileder til samarbeidsavtalen.

Sykehusutvalget påpekte i NOU 2023: 8 *Felleskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse* at det er viktig at helseforetak har regelmessig og mer strukturert dialog med politikere i kommuner og fylkeskommuner om forhold av felles interesse. Utvalget foreslo at det enkelte helseforetak bør få en lovpålagt plikt til å inngå avtale med kommuner og fylkeskommuner i opp-taksområdet om i hvilke saker disse skal høres før styret i helseforetaket fattet beslutninger. Regjeringens vurderinger er omtalt i avsnitt 8.3.2.

4.4 Prioriterte pasientgrupper for samarbeid i helsefellesskapene

Regjeringen ønsker å videreføre de fire prioriterte pasientgruppene fra Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Dette er pasientgrupper med store og sammensatte behov hvor godt samarbeid mellom kommuner og sykehus er en forutsetning for å kunne yte gode tjenester med best mulig bruk av de samlede ressursene. Regjeringen vil i tillegg framheve kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid som en gruppe helsefellesskapene bør prioritere å utvikle gode tjenester til. Kvinner og deres familier skal føle seg trygge på at de får god behandling og oppfølging gjennom forløpet, uavhengig av hvor de bor. Det krever god bruk av nødvendig

kompetanse på tvers av nivåene. utfordringer, muligheter og regjeringens tiltak for denne gruppen er nærmere omtalt i kap. 7.

4.4.1 Barn og unge

De aller fleste barn og unge i Norge har god helse, men noen har store og sammensatte behov. Denne gruppen inkluderer barn med medfødte tilstander, funksjonsnedsettelse, kronisk sykdom, alvorlig sykdom, psykiske lidelser eller andre store helseutfordringer og som har behov for omfattende og/eller langvarige tjenester. Helsedirektoratet har definert gruppen og kartlagt omfanget basert på registerdata.¹⁶ Basert på tall fra 2019 fant de at 7,7 prosent av barn og unge i alderen 0–20 år har behov for omfattende og/eller langvarige helse- og omsorgstjenester. Omfanget varierer mellom helsefellesskapene. Det er også variasjon i bruken av kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester mellom helsefellesskapene. Dette kan skyldes avstander og reisetid, men også behandlingspraksis og uønsket variasjon.

Flere helsefellesskap har valgt å etablere egne faglige samarbeidsutvalg, og det er flere lokale tiltak for å sikre bedre tjenester til barn og unge i denne gruppen. Helsefellesskapet Nordre Trøndelag har for eksempel «God samhandling mellom tjenestene for å gi barn og unge i Nordre Trøndelag rett hjelp på rett sted til rett tid» som et av fem prosjekter i handlingsplanen sin. Flere helsefellesskap samarbeider om FACT ung-team, som er tverrfaglig sammensatte team som gir integrert og oppsøkende hjelp til ungdom med store og sammensatte behov. Det er i dag rundt 20 team som er i drift eller under planlegging.

I 2021 vedtok Stortinget endringer i 14 ulike lover som regulerer velferdstjenester for å sikre bedre tjenester til barn og unge med behov for sammensatte tjenester eller tjenester fra flere sektorer og instanser.¹⁷ Som en del av dette ble det innført et krav om at de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak skal omfatte samarbeid om ytelse av helse- og omsorgstjenester til barn og unge med sammensatte vansker og lidelser. Det ble også innført en lovfestet rett til barnekoordinator for familier som

¹⁶ Helsedirektoratet (2021). Styringsinformasjon til helsefellesskapene. Del 2: Barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester. Rapport IS-3045.

¹⁷ Prop. 100 L (2020–2021) Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator).

Boks 4.15 Samhandlingsforløp

Helse Fonna HF og de samarbeidende kommunene har utarbeidet syv samhandlingsforløp for de vanligste psykiske helseplagene for barn og unge. Forløpene tydeliggjør for både behandlere, pasienter og pårørende hvem som har ansvar for hva, for de ulike tilstandene. Resultatet har vært redusert ventetid og færre avslag på barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Helse Fonna har sammen med Innomed utviklet en implementeringsguide for lokale samhandlingsprosjekt som ønsker å ta i bruk metodikken. Samhandlingsforløpene innføres nå flere steder i landet.

har eller venter barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne, og som vil ha behov for langvarige og sammensatte eller koordinerte helse- og omsorgstjenester og andre velferdstjenester. Rettigheten gjelder barn under 18 år. Lovendringene skal evalueres, både med hensyn til iverksettingen i tjenesteapparatet og resultatene for målgruppen og deres familier. Evalueringen skal foregå fra 2022 til 31. mars 2027 og blir gjennomført av NTNU Samfunnsforskning.

Barn i barnevernet har flere helseplager enn andre barn. Helsesatsingen i barnevernet skal derfor videreføres, fornyes og styrkes slik at barn i barnevernet får helhetlige og sammenhengende tilbud. Nasjonalt forløp for barnevern – kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus ble lansert i februar 2023. Forløpet skal være grunnmuren i satsingen for bedre helsehjelp for barn i barnevernet og skal sikre helhetlig ivaretagelse av barnets helse fra barneverntjenesten og helse- og omsorgstjenesten. De regionale helseforetakene har i 2024 fått i oppdrag å planlegge for at alle barnevernsinstitusjoner er tilknyttet et ambulant spesialisthelsetjenestetsteam forankret i psykisk helsevern barn og unge. Etablering av slike team er et av forslagene til Barnevernsinstitusjonsutvalget, jf. NOU 2023:4 *Med Barnet hele vegen* og skal bidra til at barn i barnevernsinstitusjoner får vurdert sine behov og får tilgang til nødvendig helsehjelp.

Helse- og omsorgsdepartementet koordinerer det tverrsektorielle prosjektet *Alvorlig sykt barn*. Dette er en av syv prioriterte livshendelser i stra-

tegien for digitalisering av offentlig sektor. Begrepet «alvorlig sykt barn» er utvidet til å omhandle barn og unge med behov for sammenhengende og koordinerte tjenester (mer enn én tjeneste) på tvers av ulike sektorer i det offentlige. Målet er å gi barn og unge med sammensatte behov og deres foresatte et persontilpasset og forutsigbart tilbud. Undersøkelser gjennomført av prosjektet viser at en familie i målgruppen i gjennomsnitt bruker om lag 19 timer i uken på å lete etter relevant informasjon og koordinere tjenester til barnet.¹⁸ Enklere tilgang til informasjon er derfor en prioritert del av arbeidet.

4.4.2 Personer med flere kroniske tilstander

Personer med flere kroniske lidelser er en stor og sammensatt gruppe med ulike behov for tjenester og koordinering. Forskning og faglige retningslinjer er hovedsakelig tilpasset behandling av enkelt-diagnoser, mens personer med flere kroniske lidelser kan ha behov som ikke blir dekket gjennom standardiserte pasientforløp.

Definisjonen av denne gruppen tar utgangspunkt i begrepet *kompleks multimorbiditet*. Multimorbiditet innebærer at man har flere tilstander samtidig, mens kompleksiteten vil variere avhengig av kombinasjonen av tilstander. Personer med flere kroniske lidelser er definert som voksne personer med tre eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystemer. Basert på diagnosekoder fra spesialisthelsetjenesten var det i 2019 rundt 72 000 mennesker i gruppen med kompleks multimorbiditet. Samlet er denne pasientgruppen seks ganger oftere innlagt for øyeblikkelig hjelp og har seks ganger oftere behov for sykebesøk i hjemmet, sammenliknet med pasienter uten kroniske sykdommer. Pasientene utgjør fire prosent av voksne pasienter ved somatiske sykehus, men står for 25 prosent av ressursbruken og 34 prosent av liggedøgnene. Over halvparten (57 prosent) mottar én eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester.

Flere helsefelleskap har etablert faglige samarbeidsutvalg for personer med flere kroniske lidelser. Målet er at pasientene og brukerne skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester.

¹⁸ Undersøkelse gjennomført i regi av Helsedirektoratet sammen med Utdanningsdirektoratet, Statped, NAV, Direktoratet for e-helse, Flekkefjord kommune og KS i forbindelse med Livshendelsen Alvorlig sykt barn,

4.4.3 Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer

Alvorlige psykiske lidelser rammer en liten andel av befolkningen, men utvikles ofte tidlig. Sykdommens innvirkning på liv og funksjon varierer både mellom personene og gjennom livet, men kan medføre langvarig funksjonsnedsettelse. Personer med alvorlig psykisk lidelse har økt risiko for somatisk sykdom og rusmiddelproblemer og har betydelig kortere forventet levetid enn befolkningen for øvrig.

Definisjonen av gruppen omfatter mennesker med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, bipolar lidelse, depresjon og personlighetsforstyrrelser.¹⁹ Utvalget utgjør 1,6 prosent av den voksne befolkningen og omfattet i 2019 i underkant av 69 000 pasienter i spesialisthelsetjenesten. I tillegg kommer tilstander som rusmiddelavhengighet og andre alvorlige psykiske lidelser. Det er variasjon mellom helsefelleskapene i bruk av døgnbehandling, reinnleggelser og helsetjenester i kommunene. Forløp etter utskriving viser at de fleste får oppfølging både av spesialisthelsetjenesten og kommunen med noe variasjon mellom helsefelleskapene, og at kontakt med legevakt etter utskriving var mest utbredt blant pasienter med personlighetsforstyrrelser og ruslidelser. Helsefelleskapene bør ha særlig oppmerksomhet på personer med samtidige ruslidelse og psykisk lidelse, og som også ofte har somatiske sykdommer.

Mange helsefelleskap samarbeider om etablering og drift av ACT-team (Assertive Community Treatment) og FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment). Dette er tverrfaglige, ambulante team som gir tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Evaluering av modellene i Norge konkluderer med at teamene gir et bedre tilbud til personer i målgruppen sammenlignet med tilbudet de hadde tidligere. Pasienter og pårørende er mer fornøyd, og det er betydelig reduksjon i liggedøgn i spesialisthelsetjenesten og i bruk av tvang. Dette er et viktig skritt på veien for å gi mer helhetlige og sammenhengende tjenester. Forpliktende samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er avgjørende for å lykkes.

I Opptappingsplanen for psykisk helse (2023–2033) omtales regjeringens innsats for å legge til

Boks 4.16 Digitale FACT-team

Finnmarkssykehuset og kommunene har etablert tre digitale FACT-team: Øst-Finnmark, Alta og Sámi Klinihkka. Store geografiske avstander og knapphet på personell gjør fysisk oppmøte fra spesialister lite effektivt. Ved å bruke egnede plattformer, kan teamet møtes digitalt helt uavhengig av tjeneste- eller kommunegrenser. I møtene drøfter hele teamet problemstillinger knyttet til pasientene, og teamet kan diskutere eventuelle endringer i symptomtrykk, bekymringer eller behov for bistand fra andre fagfelt. «Case managere» har den daglige og fysiske oppfølgingen av pasientene, mens spesialistene og det øvrige teamet er tilgjengelig digitalt ved behov.

Kilde: <https://rop.no/aktuelt/fact-team-med-spesialistene-i-lomma/%20>

rette for sammenhengende tjenester og forløp og bedre tjenester til voksne med langvarige og sammensatte behov. I Opptappingsplanen har regjeringen satt som resultatmål at mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer får økt levealder, og at forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen blir redusert. Tiltakene omfatter blant annet å utarbeide en helhetlig plan for å heve levealderen hos mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, å videreføre og videreutvikle oppsøkende tjenester som ACT/FACT, bidra til å implementere nasjonale faglige råd for å forebygge bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne, og å utvikle et bedre bo- og tjenestetilbud til mennesker med langvarige og sammensatte behov. Det omfatter også å legge til rette for at de regionale helseforetakene kan styrke behandlingsskjeden for mennesker med langvarige og sammensatte behov som omfatter både poliklinisk oppfølging ved DPS og døgnbehandling.

Rapporter og tilsyn viser at både kommunene og spesialisthelsetjenesten har betydelige utfordringer med å sikre gode og koordinerte tilbud til personer med sikkerhetsrisiko, og samtidig ivareta samfunnsvernet. Det er utfordringer med kapasitet, kompetanse, botilbud og samarbeid mellom politi og helsetjenestene. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har de regionale helseforetakene laget en overordnet plan for

¹⁹ Helsedirektoratet (2022). Styringsinformasjon til helsefelleskapene. Del 3: pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Rapport IS-3047.

det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet og oppfølging av personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. De har identifisert fem innsatsområder for det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet og personer med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Felles for innsatsområdene er at de berører flere deler og nivåer av det psykiske helsevernet, og involverer aktører også utenfor spesialisthelsetjenesten:

1. Etablere et helhetlig sikkerhetspsykiatrisk pasientforløp i spesialisthelsetjenesten, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, med mål om god behandling av den psykiske lidelsen og ivareta samfunnsvernet.
2. Styrke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, gjennom å utarbeide felles rutiner og avtaler som regulerer samhandling rundt den aktuelle pasientgruppen.
3. Dimensjonere døgntilbudet i det psykiske helsevernet generelt og antall døgnplasser for det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet spesielt, for å møte behovet. Kapasitetsbehovet i revidert framskrivningsmodell legges til grunn.
4. Sikre kompetanse og høy faglig standard i behandling i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet.
5. Redusere uønsket variasjon og sikre et likeverdig tjenestetilbud i hele landet.

Manglende samtykkekompetanse som vilkår for vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og tvangsbehandling ble innført i psykisk helsevernloven i 2017. Formålet var å bidra til økt selvbestemmelse og styrke rettssikkerheten for pasienter i psykisk helsevern, herunder bidra til riktigere bruk av tvang. I ettertid kom det bekymringer om at lovendringen kan ha ført til økt tvangsbruk totalt sett, at de aktuelle pasientene blir sykere før de kommer til behandling, og at politiet i økende grad må bistå helsevesenet med å håndtere personer med alvorlige psykiske lidelser. Regjeringen oppnevnte derfor et ekspertutvalg som skulle evaluere vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern. Utvalget leverte sin rapport i juni 2023. Utvalget anbefalte å videreføre vilkåret, men la til grunn fem sentrale forutsetninger: brukermidvirkning og beslutningsstøtte, pårørendeinvolvering, kompetansevurderinger av god kvalitet, helsehjelp til personer med forhøyet voldspotensial, og samhandling og frivillige behandlingsoalternativer. Utvalget foreslo blant annet lovendringer for å imøtekomme helsepersonells behov for tydeligere føringer for hva de skal vurdere og hvor sikre de

må være før det avgjør om pasienten mangler samtykkekompetanse. Utvalgets rapport har vært på høring. Regjeringen vil vurdere behovet for endringer av reglene om bruk av tvang i lys av Samtykkeutvalgets utredning med sikte på å fremme en lovproposisjon. Sentralt i arbeidet vil være å sikre faglig gode forløp for den enkelte pasient og hensynet til pårørende. Regjeringen vil samtidig vurdere om også enkelte forslag fra Tvangslovutvalget bør følges opp.

Mange innsatte eller personer som er dømt til tvungent psykisk helsevern eller tvungen omsorg, har komplekse og sammensatte psykiske lidelser eller utviklingshemming som stiller krav til tilrettelagte soningsforhold og oppfølging av helseutfordringer. Regjeringen har derfor nedsatt et utvalg som skal utrede hvordan innsatte med alvorlige psykiske lidelser eller utviklingshemming best kan ivaretas under varetekt, straffegjennomføring og tilbakeføring til samfunnet, samt evaluere reaksjonene forvaring, dom til tvungent psykisk helsevern og tvungen omsorg. Utvalget skal levere sin rapport innen 1. september 2024.

Tjenestetilbudet til personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser vil inngå i stortingsmeldingen om regjeringens forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet som legges fram i 2024.

4.4.4 Eldre med skrøpelighet

Sannsynligheten for skrøpelighet øker med alderen. Helsedirektoratet har analysert registerdata fra spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste for å identifisere omfanget av eldre med skrøpelighet. De fant at i 2021 var det om lag 140 000 personer med skrøpelighet i alderen 75 år og eldre. Dette tilsvarer 31 prosent av denne aldersgruppen.

Utvikling av skrøpelighet hos eldre har store personlige og ressursmessige konsekvenser for den enkelte og også samfunnsøkonomiske konsekvenser. Eldre med skrøpelighet er en gruppe med stort behov for tjenester og som bruker betydelige ressurser i både kommuner og sykehus. I tillegg yter pårørende mye omsorg. Ifølge Helsedirektoratet var om lag tre av fire av de med svært dårlig funksjonsnivå på langtidsopphold i institusjon i 2021, og 69 prosent av eldre med skrøpelighet var i kontakt med somatiske sykehus. Eldre med skrøpelighet skiller seg fra andre pasienter i samme aldersgruppe ved at en høyere andel av døgnoppholdene er øyeblikkelig hjelp-innleggelses, andelen reinnleggelses er høyere, oppholdstiden i sykehus er lenger og de har flere døgn som

Boks 4.17 Eksempler på gode tjenester rettet mot eldre med skrøpeligheit

- *Vitality – integrerte helsetjenester for skrøpelige eldre i Vestfold.* Sykehuset i Vestfold og Larvik kommune utvikler sammen integrerte helsetjenester for eldre pasienter og innbyggere. Hensikten er å gjennomføre en kartlegging av skrøpeligheit for å tilpasse behandling og oppfølging av pasienter og innbyggere. Pasientene rekrutteres etter innleggelse på sykehus (forsterket utskrivning) og blant innbyggere som søker om trygghetsalarm og rullator (helsestasjon for eldre). De integrerte helsetjenestene består av et tverrfaglig team hvor Sykehuset i Vestfold har ansatt en eldrehelsetjenestekordinator (sykepleier med geriatrik videreutdanning), geriater, farmasøyt og helsesekretær og Larvik kommune har ansatt eldrehelsetjenestekordinator (sykepleier), fysioterapeut og ergoterapeut. Sykehuset og kommunen lønner sine ansatte i teamet. Fastleger, hjemmetjeneste og forebyggende helsetjenester blir også involvert.
- *Prosjekt behandlinglinje eldre med brudd* er et samarbeid mellom Diakonhjemmet sykehus og bydelene Ullern, Frogner og Vestre Aker. Det overordnede målet er at riktig pasient sikres riktig omsorgsnivå til rett tid. Sykehuset og bydelene skal innføre et felles kartleggingsverktøy, Clinical Frailty Scale for å vurdere pasientenes nivå av skrøpeligheit. Et annet mål for prosjektet er å utvikle en felles retningslinje for tildeling av kommunale tjenester ved utskrivning fra sykehuset for eldre pasienter med brudd. Som en del av prosjektet hospiterer ansatte i bydelene ved Diakonhjemmet sykehus for å få innsikt i arbeidsprosesser og for å bli bedre kjent.
- Modellen *Pasientsentrert helsetjenesteteam* er rettet mot eldre med skrøpeligheit og multisykdom og er utarbeidet ved Universitetssykehuset Nord-Norge og samarbeidende kommuner. Tjenesteformen prøves ut og innføres i flere deler av landet.

utskrivningsklar. Bedre samarbeid om gode pasientforløp med forebygging av sykdomsforverring og en bedre utskrivningsprosess vil kunne føre til bedre pasientforløp, færre uønskede reinnleggelser og riktigere ressursbruk. Se boks 4.17 for eksempler.

Multisykdom er en av flere risikofaktorer for skrøpeligheit og har nær sammenheng med skrøpeligheit. Skrøpeligheit må likevel forstås som et eget konsept. I medisinske termer snakker man gjerne om grader av generell multiorgansvikt som følge av alderdom, og som kan komme til uttrykk på ulike måter.²⁰ Dersom helsepersonell ikke vurderer muligheter for begynnende eller underliggende skrøpeligheit, er det en risiko for å legge opp til omfattende behandling i tråd med ulike diagnosespesifikke retningslinjer. Konsekvensen kan være at pasienten får dårligere eller feil

behandling, for eksempel i form av overmedisinering. Ved å identifisere skrøpeligheit blant eldre kan man sette inn nødvendige tiltak og slik forebygge utilsiktede hendelser, innleggelser og mortalitet, samtidig som man kan øke funksjonsevne og livskvalitet. Regjeringen vil derfor be Helsedirektoratet om å utarbeide faglige råd, inkludert eksempler på virksomme tiltak og tjenestemodeller, for forebygging av funksjonsfall og skrøpeligheit hos eldre, se omtale i avsnitt 3.1.

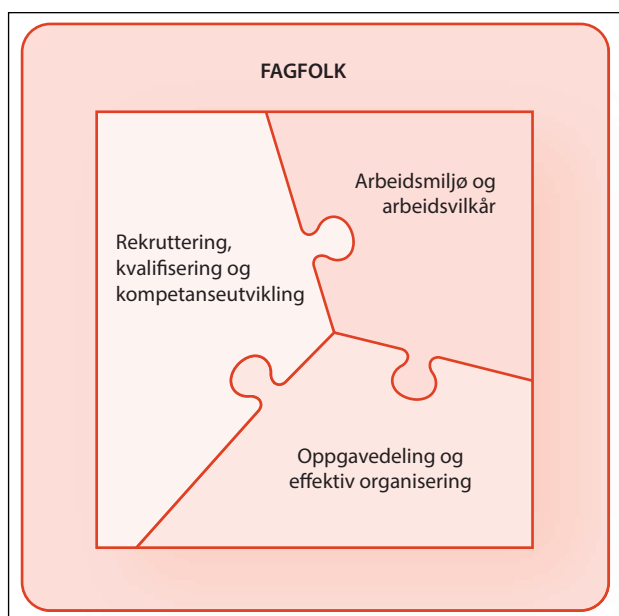
Kartlegging av funksjonsnivå og identifisering av skrøpeligheit kan gjøres på ulike stadier i et forløp, og det finnes mange ulike måter å måle på. Forskjeller i målinger og ulik begrepsbruk kan være et hinder for godt samarbeid om disse pasientene. Regjeringen vil derfor be Helsedirektoratet om å utrede en felles metode for å vurdere og beskrive funksjonsnivå og skrøpeligheit på for å legge til rette for bedre samarbeid. Relevante aktører i helse- og omsorgstjenesten skal involveres i arbeidet.

²⁰ Grimsø A. (2022). Samarbeid om skrøpelig eldre i helseforetak. Oppsummerende refleksjonsnotat

5 God bruk av personell og kompetanse

Regjeringen vil bidra til å rekruttere og beholde fagfolk med riktig kompetanse i vår felles helsetjeneste. Det handler blant annet om å gjennomføre et fagarbeiderløft, åpne for at tjenesten kan opprette flere LIS1-stillinger, innføre offentlig spesialistgodkjenning for flere helsepersonellgrupper, mer vekt på breddekompetanse og å strukturere arbeidet med hensiktsmessig oppgavedeling mellom personellgrupper. Regjeringen vil også at arbeidet med trygt arbeidsmiljø, heltidskultur, faste stillinger og gode arbeidsvilkår skal intensiveres, og at arbeidet skal sees i sammenheng med pasient- og brukersikkerhet.

Grep i dette kapitlet, og øvrige kapitler, skal bidra til å understøtte regjeringens tillitsreform. Den har som formål å bedre offentlige tjenester og bidra til at fagfolkene har en arbeidsdag hvor kjerneoppgavene prioriteres. Innholdet i reformen etableres i samspill med bruker- og pårøndeorganisasjoner, ansatte, tillitsvalgte og ledere i offentlige virksomheter. Det skal legges til rette for nytenkning, utprøving av nye løsninger og nye måter å jobbe på.



Figur 5.1 Fagfolk og innsatsområder

Regjeringen vil fortsette arbeidet for å sikre nok fagfolk til den offentlige helse- og omsorgstjenesten gjennom tre innsatsområder:

- understøtte arbeidet med å fremme godt arbeidsmiljø og gode arbeidsvilkår
- hensiktsmessig oppgavedeling og kompetanseutvikling for å fremme en effektiv organisering av arbeidsprosesser
- understøtte arbeidet med å sikre tilgang til riktig kompetanse gjennom rekruttering, kvalifisering og kompetanseheving

Status og utfordringer

Norge går inn i en varig samfunnsendring med en høyere andel eldre i befolkningen. Gruppen over 80 år vil øke med over 250 000 personer mellom 2020 og 2040.¹ Parallelt bremses veksten i tilgjengelig arbeidskraft før den stopper mot midten av 2030-tallet.² En eldre befolkning gir større sykdomsbyrde. Det medfører behov for personell med bredere medisinsk og helsefaglig kompetanse.

Helsepersonellkomisjonens utredning NOU 2023: 4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste* viser at mangel på personell er den største utfordringen helse- og omsorgstjenesten står overfor. Det er i dag sterk konkurranse om arbeidskraft mellom spesialisthelsetjenesten, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og privatfinansierte leverandører av helse- og omsorgstjenester. Utfordringene med mangel på personell vil være størst i den kommunale omsorgstjenesten. Regjeringen deler Helsepersonellkomisjonens analyse av et stramt arbeidsmarked for alle sektorer framover, og at helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke vil kunne fortsette å øke vesentlig. Som følge av den demografiske utviklingen må man belage seg på nye løsninger. Både i kommunene og sykehusene må det gjøres systematiske vurderinger av om formell helse-

¹ Fakta om befolkningen – hvor mange bor det i Norge? (ssb.no)

² SSB statistikkbank tabellene 10211 og 13599, se også kapittel 2.

kompetanse er nødvendig for oppgaveutførelsen, eller om den kan ivaretas av personell uten slik kompetanse. Dersom helsefaglig kompetanse er nødvendig, må det sørges for at oppgavene til enhver tid ivaretas på riktig kompetansenivå, samtidig som kravet til forsvarlighet legges til grunn. Gjennom helsefelleskapene vil regjeringen stimulere til å arbeide videre med å optimalisere funksjonsfordelingen mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten.

Det stramme arbeidsmarkedet vil gi konsekvenser for tjenesten som helhet, både i sykehus og i kommuner. For at hele befolkningen også i framtiden skal ha tilgang til likeverdige helse- og omsorgstjenester, står tjenesten foran et viktig omstillingsarbeid som ikke kan løses ved økning i tilgang på personell alene. Fra statens side er det nødvendig med bred virkemiddelbruk for å støtte

opp om sykehusenes og kommunenes evne til slik omstilling.

I vår felles helsetjeneste er fagfolkene den viktigste ressursen. Hurdalsplattformen slår fast at de som arbeider nærmest pasienter og brukere skal få mer tillit og ansvar. Det må legges til rette for at fagfolkene bruker tiden på pasienter og brukere, at de får tilgang til oppdatert teknologi og mulighet til kompetanseutvikling. Arbeidet for gode arbeidsvilkår, å beholde, utvikle og kvalifisere i tillegg til å rekruttere fagfolk, må prioriteres i alle deler av helse- og omsorgstjenestene.

Å utvikle og opprettholde gode og trygge arbeidsmiljøer er en av de viktigste jobbene framover. Det må også arbeides for god og stabil rekruttering. Arbeidet for å beholde fagfolk må intensiveres og fagfolkene må få bruke tiden og kompetansen på hensiktsmessige måter.

Boks 5.1 Regjeringen vil

Regjeringen vil understøtte arbeidet på personellområdet og legge til rette for å fremme et godt og trygt fysisk og psykisk arbeidsmiljø og gode arbeidsvilkår gjennom følgende tiltak:

- Stille krav om at personellkonsekvenser skal utredes som del av beslutningsgrunnlaget for alle tiltak innenfor Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar
- Rette hovedvekten av innsatsen inn mot å rekruttere, utvikle og beholde personellet i helse- og omsorgstjenestene
- Oppfordre partene til å fortsette arbeidet for gode arbeidsvilkår for ansatte gjennom hele yrkeslivet, blant annet gjennom innsatsen for heltidsstillinger, i arbeidet mot sykefravær og livsløpstilpasninger
- Gi de regionale helseforetakene i oppdrag å vurdere egnede områder for utprøving av alternative arbeidstidsordninger, og sette i verk tidsavgrensede utprøvinger med sikte på å vinne erfaringer. Arbeidet må skje i nært samarbeid med partene lokalt
- Likestille offentlige og privatfinansierte helse- og omsorgstjenester med hensyn til rapporteringskrav til offentlige helseregistre
- Sette ned et utvalg som skal utrede kvinners vilkår for deltakelse i arbeidslivet, arbeidshelse og sykefravær
- Bidra til analyser av framtidige personell- og kompetansebehov
- Arbeide for at innføring av ny teknologi fortrinnsvis skal være personellbesparende og bidra til redusert vekst i personellbehov
- Fortsette arbeidet for å fremme sammenhengen mellom pasientsikkerhet, kvalitet og arbeidsmiljø

Boks 5.1 forts.

Regjeringen vil bidra til å fremme hensiktsmessig oppgavedeling, kompetanseutvikling, effektiv organisering av arbeidsprosesser og riktig prioritering av personellressurser gjennom følgende tiltak:

- Understøtte helse- og omsorgstjenestenes arbeid for hensiktsmessig oppgavedeling og god organisering av arbeidsprosesser
- Videreføre, utvide og styrke Tørn-programmet. Det skal legges til rette for partssamarbeid og medarbeiderinvolvering på alle nivåer i programmet
- Starte et arbeid med gjennomgang og revidering av nasjonale veiledere med formål å vurdere nødvendigheten av profesjonsspesifikke krav og anbefalinger, samt anbefalinger om bemanningsnormer i veilederne
- Videreføre arbeidet med et fagarbeiderløft i helse- og omsorgstjenestene ved å:
 - vurdere tiltak for å rekruttere og beholde lærlinger i kommunene
 - anmode kommunene om å rekruttere lærlinger innen fag som er relevante for helse- og omsorgstjenesten
 - arbeide for å bedre kvaliteten i yrkesfaglig fordypning
 - utrede hvordan det kan legges til rette for systematisk, standardisert og dokumenterbar kompetanseutvikling.
- Gi de regionale helseforetakene i oppdrag å sørge for at arbeidet med hensiktsmessig oppgavedeling skal ha en systematisk tilnærming, pågå kontinuerlig og gi bedre organisering av arbeidsprosesser. Det skal legges til rette for partssamarbeid og medarbeiderinvolvering på alle nivåer i arbeidet
- Gi de regionale helseforetakene i oppdrag å kartlegge mulighetene for kombinerte stillinger i samarbeid mellom helseforetak og kommuner, særlig innen svangerskaps-, føde- og barselomsorgen og psykisk helse
- Gi føringer om at kompetansenettverket InnoMed fra 2024 skal legge til rette for personellbesparende innovasjoner og støtte implementering av innovasjoner som er effektive
- I større grad ta høyde for nødvendig fleksibilitet, omstilling, omdisponering og øving for bruk av tilgjengelige ressurser i beredskapsplanleggingen i den samlede helse- og omsorgstjenesten

Regjeringen vil sikre stabil tilgang til personell med riktig kompetanse gjennom rekruttering, kvalifisering og kompetanseheving gjennom følgende tiltak:

- Oppfordre til at arbeidsgivere innfører en strategisk tilnærming til livslang læring og til kompetanseutviklingsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene
- Styrke generalistkompetansen i helse- og omsorgstjenestene, blant annet i legespesialiseringen
- Vurdere endringer i helsepersonelloven om innretningen på framtidige beslutninger om hvilke grupper som skal omfattes av autorisasjonsordningen for å understøtte forutsigbarhet og likebehandling av søknader om autorisasjon
- Etablere vurderingskriterier for offentlig spesialistgodkjenning og etablering av nye spesialiteter
- Øke kapasiteten i LIS1-utdanningen ved å åpne for at tjenesten kan opprette egne stillinger i tillegg til de som er nasjonalt fastsatt
- Utrede egen legespesialitet i alders- og sykehjemsmedisin
- Gi de regionale helseforetakene i oppdrag å etablere et samarbeid for å identifisere og utvikle spesialutdanninger for fagarbeidere som dekker nasjonale behov
- Utarbeide en retningslinje for en ny masterutdanning i allmennfysioterapi
- Bidra til å redusere kostnadene for helsepersonell med utdanning fra land utenfor EU/EØS, i forbindelse med søknad om autorisasjon
- Starte et arbeid med sikte på å etablere offentlig spesialistgodkjenning for anesthesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleiere (ABIOK), jordmødre, helsesykepleiere og sykepleiere innen psykisk helse, rus og avhengighet
- Utrede offentlig spesialistgodkjenning for psykologer
- Vurdere om det skal utredes offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter

5.1 Behovsanalyser og utredning av konsekvenser for personellbehov

Regjeringen vil stille krav om at personellkonsekvenser skal utredes som del av beslutningsgrunnlaget for tiltak innenfor Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar. Konsekvenser for personellbehov og bemanningseffekter er en viktig del av vurderingene av forslag til tiltak, reguleringer og andre forhold som berører helse- og omsorgstjenestene. Det er behov for en gjennomgående vurdering av hvilke personellkonsekvenser foreslåtte tiltak vil få. Vurderingen bør inneholde konsekvenser for personellbehov, konsekvenser for forbruk av og tilbud om andre typer helsetjenester, samt effekter for utdanningskapasiteten. Tiltaket følges opp overfor etater og virksomheter innen departementets sektoransvar og formidles til KS i konsultasjonsordningen.

Det er behov for fortløpende analyser av behovet for personell, kompetansebehov, samt statistikk om personellsituasjonen. Det framtidige behovet for personell henger sammen med bruken av helse- og omsorgstjenester og den demografiske utviklingen. Framskrivninger av tilbud og etterspørsel er nødvendig for å kunne vurdere behovene framover. Behovsanalyser bør også beregne virkninger av andre faktorer som påvirker bruken av helsepersonell, blant annet kompetanseutvikling, oppgavedeling, organisering, personellbesparende innovasjoner, omfang av deltidarbeid og sykdomsutvikling med mer. Slike faktorer bør innarbeides i analysene for å kunne vurdere hvordan denne typen forbedringer endrer personellbehovene. Gode behovsanalyser er dessuten også viktige for å dimensjonere utdanningene for helsepersonell.

Det er behov for bedre oversikt over ubesatte stillinger, turnover og frafall, og over helsepersonell som jobber i privatfinansierte helse- og omsorgstjenester, bemanningsbyråer og utenfor helse- og omsorgstjenestene. Statistikkgrunnlaget bør derfor videreutvikles. Regjeringen vil inkludere aktivitet fra privatfinansierte spesialisthelse-tjenester i Norsk pasientregister (NPR) og privatfinansierte helse- og omsorgstjenester i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Vår felles helsetjeneste har som mål å sikre at gode offentlig finansierte helse- og omsorgstjenester er tilgjengelige når man trenger det. For å sikre dette, er det nødvendig å ha oversikt over alle helse- og omsorgstjenester som tilbys og brukes, både offentlige og privatfinansierte. Uten oversikt over aktivitet i privatfinansiert helse- og omsorgstjeneste er det vanskelig å treffe gode valg om

hvordan arbeidsdelingen mellom offentlige og privatfinansierte tjenester bør være.

5.2 Den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal være et attraktivt arbeidssted

Rekrutteringsutfordringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelse-tjenesten ble forsterket under koronapandemien. Utfordringene gjør seg gjeldende både i sentrale strøk og i distriktene. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og særlig omsorgstjenesten, er personellintensiv. Det gjør at mangelen på helsepersonell er spesielt utfordrende. I *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* har regjeringen derfor varslet at det skal vurderes nye nasjonale tiltak for rekruttering av sykepleiere, særlig til distriktskommuner som har bemanningsutfordringer.

Gode ansettelsesforhold, arbeidsvilkår og et godt og trygt arbeidsmiljø er grunnleggende for jobbtilfredshet og for å beholde fagfolk. Det er også viktig å ivareta personellens psykiske og fysiske helse, samt de ansattes trygghet på arbeidsplassen. Med andre ord er det viktig for å understøtte arbeidet med å få fagfolk til å velge helse- og omsorgstjenestene som arbeidssted og for å få dem til å ønske å bli værende. Arbeidsvilkår reguleres først og fremst i lov- og avtaleverk og ivaretas i det etablerte partssamarbeidet. Staten skal støtte opp under, og være en pådriver for arbeidet som pågår i kommuner, helseforetak og i samarbeidet med arbeidstakernes organisasjoner.

Både sykehus og kommunale omsorgstjenester er en del av bransjeprogrammet under intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). IA-samarbeidets mål er å skape et arbeidsliv med plass til alle, gjennom å forebygge sykefravær og frafall fra arbeidslivet. Det er egne bransjeprogram for sykehus og sykehjem.

Sykefraværet ser ut til å ha festet seg på et urovekkende høyt nivå etter pandemien. Det er behov for forsterket innsats og økt oppmerksomhet for å redusere sykefraværet, hvilket også er av betydning for bemanningssituasjonen og innleiebehov. De regionale helseforetakene er bedt om å forsterke arbeidet med sykefraværsinnsats og -oppfølging med sikte på reduksjon i sykefravær sammenholdt med 2023. De regionale helseforetakene skal samarbeide og utveksle erfaringer på tvers av helseregionene om vellykkede tiltak som bidrar til forebygging og sykefraværsreduksjon.

5.2.1 Arbeidstidsbestemmelser

Jobbtilfredshet er viktig for å rekruttere og beholde fagfolk. Samtidig må arbeidsgivers behov for å kunne bemanne med rett kompetanse til riktig tid ivaretas for å imøtekomme forsvarlighetskravet i helselovgivningen.

Utfordringer om arbeidstidsspørsmål løses best i samarbeid mellom partene. Regjeringen anerkjenner utfordringen med arbeidsgivers behov for å kunne bemanne slik at forsvarlighetskravet ivaretas, men vil oppfordre partene i sektoren til å finne løsninger knyttet til arbeidslivsspørsmål som støtter opp under prinsippene om virksomhetens ansvar og myndighet. Partssamarbeidet er innarbeidet og har bidratt til løs-

Boks 5.2 Magnet-studien ved Lovisenberg Diakonale Sykehus

I USA er det vitenskapelig dokumentert at sykehus som er sertifisert etter den såkalte Magnet-modellen har bedre pasientresultater, lavere turnover og høyere trivsel blant sykepleierne enn andre sykehus. Nå prøver Lovisenberg Diakonale Sykehus sammen med 64 andre europeiske sykehus ut Magnet-prinsipper som ledd i intervensjonsstudien Magnet4-Europe.

På Lovisenberg har det siden studiestart i 2021 blitt satt i verk en rekke tiltak fra Magnet-modellens fem hovedområder: i) transformerende lederskap, ii) involvering og myndiggjøring av ansatte, iii) eksemplarisk pasientbehandling, vi) ny kunnskap, innovasjon og forbedring og v) empiriske målinger. Systematisk forbedringsarbeid, kompetanseutvikling, involvering av ansatte og etablering av nye læringsarenaer på tvers av enheter, klinikker og profesjoner har stått sentralt i arbeidet. Et mentorprogram synes å redusere høy turnover blant sykepleiere på medisinske sengeposter, og det er observert positive effekter også på en rekke andre områder.

Prosjektet er forankret i sykehusledelsen, og det er lagt vekt på at nye og endrede arbeidsformer skal innlemmes i eksisterende strukturer, slik at sykehuset videreutvikler seg som et lærende sykehus også etter at studien avsluttes i 2024. Det har vært bred involvering i arbeidet.

Kilde: Prosjektet Magnet4Europe ved Lovisenberg sykehus

ninger til beste for arbeidstakere, arbeidsgivere og samfunnet ellers. Regjeringen ber derfor om at partene sammen vurderer muligheten for å inngå avtaler om gjennomsnittsberegning av arbeidstid i de sentrale tariffavtalene, på linje med det som er gjort i andre sektorer. Regjeringen understreker samtidig at det ikke er aktuelt i denne regjeringsperioden å sette i verk en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser som en subsidiær løsning hvis partssamarbeidet ikke lykkes.

Økt fleksibilitet i arbeidstidsordninger kan være et gode både for arbeidstakere og arbeidsgivere, gitt at dette er basert på frivillighet for arbeidstakersiden og forankret i partssamarbeidet. Det er ønskelig å vurdere alternative arbeidstidsordninger som kan bedre den samlede ressursbruken og styrke heltid. De regionale helseforetakene er oppfordret til å vurdere områder som kan være aktuelle for å prøve ut nye løsninger lokalt, som f.eks. langvakter. Det vises til rammeverk og avtale som er inngått i Vestre Viken HF med lokale parter. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å vurdere egnede områder for utprøving av alternative arbeidstidsordninger, og sette i verk tidsavgrensede utprøvinger med sikte på å vinne erfaringer. Arbeidet må skje i nært samarbeid med partene lokalt.

5.2.2 Arbeidsmiljøet

Gode arbeidsvilkår og et trygt arbeidsmiljø skal prege arbeidsmiljøene i vår felles helsetjeneste. De ansatte i helse- og omsorgstjenestene opplever ofte et høyt arbeidspress og høye krav til kvalitet i arbeidsutførelsen. Arbeidsmiljøarbeidet må ta hensyn til dette. Arbeidsgivere må også arbeide for å etablere en åpen tilbakemeldingskultur og det må være trygt og positivt å dele erfaringer.

Et godt og kunnskapsbasert arbeid for å fremme arbeidsmiljøet er avhengig av at det er etablert omforente systemer og ordninger for hvordan arbeidet organiseres, planlegges og gjennomføres. Slik kan det også legges rammer for å ivareta behov for tilrettelegging av arbeidssituasjonen for den enkelte arbeidstaker. LO påpeker i sin høringsuttalelse til Helsepersonellkommissjonens NOU at:

«Et godt arbeidsmiljø er avhengig av flere forhold som grad av selvbestemmelse, betydning av hvile, bevaring av faglig integritet, rolleforståelse, rollekonflikt, balanse mellom krav og kontroll, emosjonell belastning, kompetanseutvikling, systematisk avviksbehandling, tid

Boks 5.3 Prosjekt for å fremme legers helse

Vestre Viken HF har i samarbeid med Villa Sana på Modum Bad satt i gang et prosjekt for leger som er i spesialistutdanning. De inviterer sine LIS-leger til gruppeveiledning hvor temaene bl.a. er legehelse og hvordan ta vare på seg selv. Helseforetaket har jobbet med ulike tiltak for å styrke LIS-utdanningen med vekt på felles kompetansemål og ikke minst legers helse, trivsel i arbeidshverdagen og psykologisk trygghet på arbeidsplassen.

Kilde: Dagens Medisin, 05.10.24

til ledelse, stedlig ledelse, ytringstrygghet og vold og trusler.»³

Et systematisk arbeid for arbeidsmiljøet er grunnleggende for trivsel, begrense turnover, ivareta de ansattes helse, forebygge sykefravær og å beholde ansatte i vår felles helsetjeneste gjennom yrkeslivet.

En stor del av arbeidet i tjenestene utføres av personell under utdanning. Det må skapes trygghet for at disse får nødvendig støtte, veiledning og supervisjon, noe som er viktig tidlig i yrkeslivet. Det kan bidra til å hindre frafall fra utdanning og å begrense frafall fra yrket for nyutdannede.

Kvinnearbeidshelseutvalget

Et stort flertall av de sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene er kvinner. Kvinners arbeidsdeltakelse er viktig for Norges økonomi, velferd og for kvinnene selv. I NOU 2023: 5 *Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*, framkommer det at en lavere andel kvinner er sysselsatte og at flere er i deltidsarbeid. Det framkommer også at:

«Kvinner har også høyere deltagelse i lavstatusyrker, høyere sykefraværprosent og er oftere uføretrygdede. Kvinner og menn har ulik biologi og helse, og velger yrker som gir ulik belastning. HMS-arbeid har likevel tradisjonelt vært rettet mot utfordringer på manns-

dominerte arbeidsplasser. Det er også fremdeles slik at kvinner tar mer ansvar i familien, både i hjemmet og for andre omsorgsoppgaver. Alt dette er med på å gi kvinner og menn ulike forutsetninger i arbeidslivet.»⁴

Kjønn har også betydning for belastninger som kan påvirke arbeidsdeltakelse. Kvinnehelseutvalget påpeker at det er for lite kunnskap om hvordan disse forholdene påvirker kjønnsforskjeller i arbeidslivet, hva det betyr for folkehelse og levekår.⁵ Regjeringen har besluttet å sette ned et utvalg som skal utrede kvinners vilkår for deltagelse i arbeidslivet, arbeidshelse og sykefravær.

Trygge arbeidsplasser

Det skal være nulltoleranse mot vold som utøves mot personell i helse- og omsorgstjenestene og det er økt oppmerksomhet om dette. En kartlegging fra Helsedirektoratet viser at det var en økning i antall rapporterte tilfeller av vold og trusler i kommunene og helseforetakene i perioden 2012–2016.⁶ Det er viktig med gode rutiner for å forebygge, håndtere og følge opp vold og trusler mot personell. Det er stilt krav til de regionale helseforetakene om å ha økt innsats og oppmerksomhet på området, slik at helsetjenestens arbeidsgivere ivaretar både forebygging og beredskap for å håndtere vold og trusler. Arbeidsmiljøloven stiller også krav til at arbeidstakere, så langt det er mulig, skal beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.⁷ Ved arbeid som kan medføre risiko for å bli utsatt for vold eller trusler om vold, skal ansatte få nødvendig opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av vold- og trusselsituasjoner.⁸

Minoritetsansatte

Helse- og omsorgstjenestene er svært mangfoldige arbeidsplasser hvor minoritetsansatte er en stor ressurs. I 2021 var andelen personell med innvandringsbakgrunn og ikke-bosatte i kommunale helse- og omsorgstjenester omtrent 19 prosent, og i Oslo

³ LO Norge: Høring – Helsepersonellkomisjonens NOU 2023: 4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, 15.05.2023.

⁴ NOU 2023: 5 *Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*

⁵ NOU 2023: 5 *Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*

⁶ Helsedirektoratet (2017): Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter

⁷ Jf. arbeidsmiljøloven § 4-3 (4).

⁸ Jf. Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav (forskrift om utførelse av arbeid), § 23A-2

Boks 5.4 Møte med aggresjonsproblematikk (MAP)

Møte med aggresjonsproblematikk (MAP) er et helhetlig opplæringsprogram for å forebygge og håndtere aggresjons- og voldsproblematikk i helse- og sosialsektoren. Programmet er utarbeidet i et samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene. Hensikten er å tilby standardisert, kunnskapsbasert og kvalitetssikret opplæring av medarbeidere i å forebygge og håndtere aggresjon og vold.

Kilde: MAP – Sifer

alene var andelen på 38 prosent.⁹ I spesialisthelsetjenesten er andelen på omtrent 13 prosent.¹⁰ Minoriteter kan oppleve hverdagsrasisme på arbeidsplassen. I møte med pasienter og brukere kan enkelte minoritetsansatte oppleve å bli utsatt for både fordommer og trakassering fra bl.a. pasi-

⁹ SSB (2022). Statistikk om personell i kommunale helse- og omsorgstjenester bestilt av Helsedirektoratet til Kompetanseløft 2025. Sitert i NOU 2023: 4.

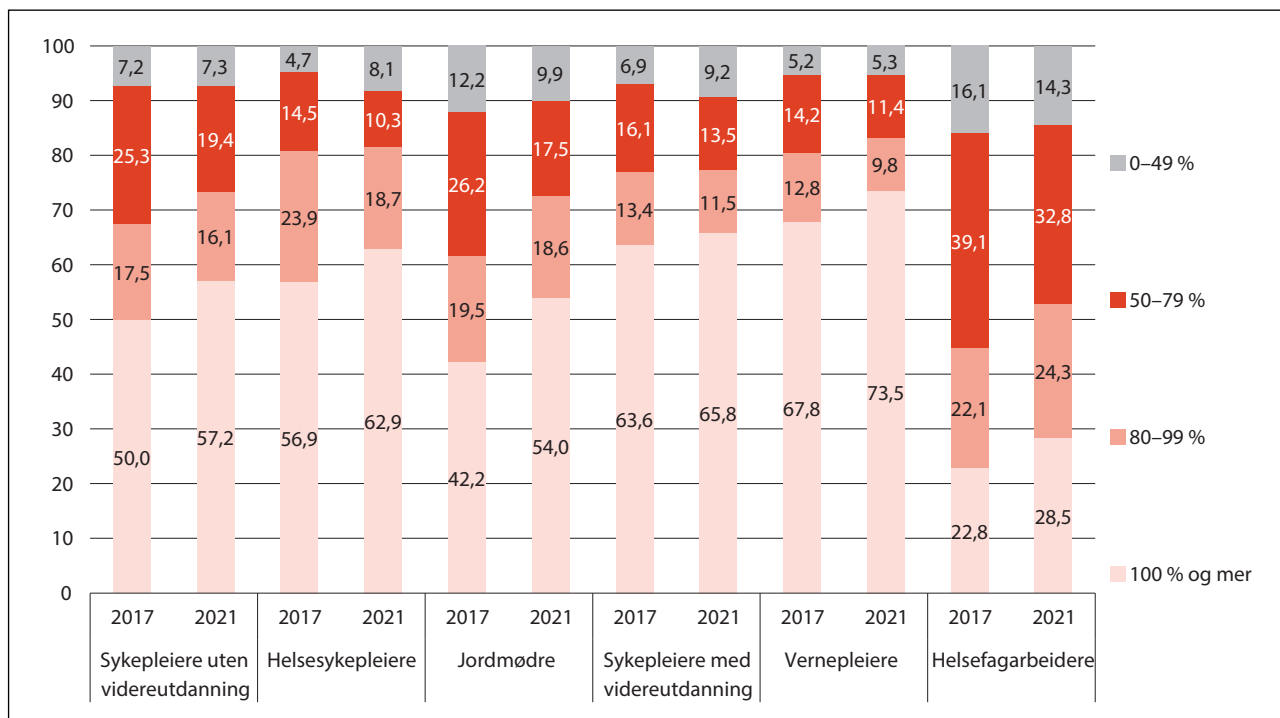
¹⁰ SSB-statistikk innhentet av Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023: 4). Per 2021.

enter, brukere og pårørende. Ansatte med minoritetsbakgrunn har krav på et godt psykososialt arbeidsmiljø. Det er viktig at ledere forebygger trakassering ved å ta pasienters, brukeres og pårørendes rasisme på alvor. Nulltoleransen mot vold må også innbefatte nulltoleranse mot rasisme og diskriminering som utøves mot personell i helse- og omsorgstjenestene. Minoritetsansatte som er involvert i uønskete hendelser som innebærer rasisme eller diskriminering, må ivaretas på en god måte. Dette gjelder også situasjoner der pasienten kan ha kognitive lidelser som gjør det vanskelig å forholde seg til hendelser som måtte oppstå.

Heltidsstillinger

Mange ansatte, både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten, jobber deltid. De fleste personellgrupper har imidlertid en gjennomsnittlig stillingsandel på mer enn 90 prosent for personell under 62 år, ifølge SSB. Grupper som har lavere gjennomsnittlig stillingsandel, er sykepleiere (89 prosent), jordmødre (88 prosent), helsesekretærer (85 prosent) og helsefagarbeidere (inkludert hjelpepleiere) (79 prosent).¹¹

¹¹ Jia, Zhiyang, Tom Kornstad, Nils Martin Stølen og Geir Hjemås (2023). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*. SSB-rapporter 2023/2. Tall per 2019.



Figur 5.2 Figur. Andelen sysselsatte med ulik stillingsstørrelse blant utvalgte yrkesgrupper i kommunale helse- og omsorgstjenester

Kilde: Helsedirektoratet (2022). *Årsrapport for Kompetanseløft 2025. Vedlegg 1: Tabeller og figurer.*

Selv om de samlede stillingsandelene er høye, er det mange som jobber deltid. Deltidsandelen for jordmødre er f.eks. 50 prosent i spesialisthelsetjenesten¹² og 46 prosent i kommunene.¹³ Selv om mange jobber deltid, har mange samtidig høye stillingsandeler og det er også helsepersonell som har flere ansettelsesforhold. F.eks. er gjennomsnittlig stillingsandel for jordmødre under 62 år 88 prosent.¹⁴

Figur 5.2 viser andelen sysselsatte med ulike stillingsstørrelser blant utvalgte yrkesgrupper i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Andelen som jobber heltid, har økt for alle yrkesgruppene i figuren. Andelen som har deltidsstillinger er fortsatt høye for noen yrkesgrupper, særlig helsefagarbeidere. Små stillingsandeler kan medføre at f.eks. helsefagarbeidere må ha flere stillinger.

Heltidsarbeid gir god bruk av tid og kompetanse, bidrar til stabil bemanning og er positivt for rekrutteringen, noe som er til fordel for pasienter og brukere. Det gir arbeidstakerne medvirkning, trygghet og forutsigbarhet, både i ansettelsesforholdet og for den enkeltes livssituasjon. Det er et

stort omfang av deltidsstillinger i norske kommuner generelt, og den er særlig stor i omsorgstjenestene. Det er stilt krav til helseforetakene om å utvikle heltidskultur og redusere deltid i spesialisthelsetjenesten. Dette er et langsiktig arbeid. I kommunene jobbes det også med å få ned deltidsandelen, og utviklingen har gått i retning av mer heltidsarbeid, men deltidsarbeid er fortsatt utbredt i kommunene og særlig i omsorgstjenestene. Når målsetningen er hele, faste stillinger, er andelen som jobber deltid for høy. Mye deltidsarbeid kan gjøre yrker mindre attraktive. Regjeringen vil derfor oppfordre kommunene til å intensivere sitt arbeid for å gi flere ansatte hele og faste stillinger.

Høyt sykefravær og høy turnover bidrar til mer vikarbruk og innleie av personell. Innsatsen mot sykefravær må styrkes. Sykefravær er en sammensatt problemstilling. Det stabilt høye sykefraværet i helse- og omsorgstjenestene viser at det er krevende å redusere det. Tett oppfølging av sykemeldte og tilrettelegging i jobben kan bidra til reduksjon i sykefraværet. Det samme kan et godt og trygt arbeidsmiljø, flere heltidsstillinger, håndterbare arbeidstidsordninger og arbeidsplaner og et godt psykososialt arbeid bidra til.

5.2.3 Tillit til fagfolkene og reduksjon i unødvendig rapportering

Formålet med tillitsreformen er bedre offentlige tjenester og at fagfolkene skal ha en arbeidsdag

¹² Tall fra Spekter, per 2021. Referert i NOU 2021: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

¹³ Helsedirektoratet (2022). *Årsrapport for Kompetanseløft 2025. Vedlegg 1: Tabeller og figurer.*

¹⁴ Jia, Zhiyang, Tom Kornstad, Nils Martin Stølen og Geir Hjemås (2023). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040, SSB rapport 2023/2.*

Boks 5.5 Nasjonal helse- og samhandlingsplan og tillitsreformen

Regjeringen har satt i gang en tillitsreform i offentlig sektor. Formålet er å gi bedre offentlige tjenester og å bidra til at fagfolkene har en arbeidsdag hvor kjerneoppgavene prioriteres, samt å gi brukerne og innbyggerne bedre velferd og bedre tjenester til rett tid. Innholdet i reformen etableres i samspill med bruker- og pårørendeorganisasjoner, ansatte, tillitsvalgte og ledere i offentlige virksomheter. Det skal legges til rette for nytenkning, utprøving av nye løsninger og nye måter å jobbe på. I denne meldingen bidrar blant annet følgende til tillitsreformen:

- Det er viktig å følge med på at helse- og omsorgstjenesten når sine mål og at det er god og riktig styringsinformasjon på alle nivåer. Samtidig rapporterer mange fagpersoner om tidspress og at rapporteringsomfa-

get kan ta tid fra kjerneoppgavene, slik som pasientkontakt og ledelsesarbeid

- regjeringen vil be alle de relevante aktørene om regelmessig å gjøre en kritisk gjennomgang av indikatorer og rapportering, med sikte på å redusere den samlede rapporteringen i helse- og omsorgstjenesten
- Helsedirektoratet videreutvikler de nasjonale pasientforløpene for psykisk helse og rus. Forløpene for psykisk helse og rus skal forenkles og rapporteringen skal reduseres. Målet er enklere og mer fleksible forløp som vil gi behandlere mer tid med pasienten. De reviderte pasientforløpene vil være på høring våren 2024

Boks 5.5 forts.

- Lover og regler skal være enklest mulig utformet samtidig som de gir nødvendige og tilstrekkelige rettslige garantier. De skal bidra til å gi pasienter og brukere likeverdige, samordnede og helhetlige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet til rett tid. Samtidig, og i tråd med tillitsreformen, skal lover og regler understøtte fagfolkenes arbeid med å yte tjenester av høy kvalitet og ikke føre til unødvendig merarbeid eller være til hinder for hensiktsmessig utøvelse eller god planlegging og organisering av helse- og omsorgstjenestene. Av lovarbeid regjeringen varsler i denne meldingen vil særlig følgende bidra til tillitsreformen:
 - gjennomgang av helseforskningsloven og annet regelverk som regulerer helseforskning, for å sørge for at det er i tråd med den faglige og teknologiske utviklingen
 - gjennomgang av bestemmelsene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven med tanke på effektiv og sikker tilgjengeliggjøring av informasjon til bruk i helsehjelpen, digitaliseringsvennlighet og tydelighet
 - vurdering av om endringer i lov og forskrift kan bidra til bedre innretning på, og nødvendig forenkling og klargjøring av, de lovregulerte koordineringsordningene
 - fremme lovforslag om oppfølging av forslag fra Samtykkeutvalget og enkelte av forslagene fra Tvangslovutvalget
 - eventuell oppnevning av et offentlig utvalg for å gjennomgå pasient- og brukerrettighetsloven med sikte på å forenkle og gjøre loven mer tilgjengelig for pasienter, brukere, pårørende og helsepersonell
- Regjeringen vil understøtte arbeidet for å sikre god bruk av personellens tid og kompetanse gjennom å:
 - stille krav om at personellkonsekvenser skal utredes som del av beslutningsgrunnlaget for alle tiltak innenfor Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar
 - oppfordre partene til å fortsette arbeidet for gode arbeidsvilkår for ansatte gjennom hele yrkeslivet blant annet gjennom innsatsen for heltidsstillinger, i arbeidet mot sykefravær og livsløpstilpasninger
 - understøtte helse- og omsorgstjenestenes arbeid for hensiktsmessig kompetanseutvikling og god organisering av arbeidsprosesser
 - videreføre, utvide og styrke Tørn-programmet. Det skal legges til rette for partssamarbeid og medarbeiderinvolvering på alle nivåer i programmet
 - starte et løpende arbeid med gjennomgang og revidering av nasjonale veiledere med det primære formål å vurdere nødvendigheten av profesjonsspesifikke krav og anbefalinger, samt anbefalinger om bemanningsnormer i veilederne
 - øke kapasiteten i LIS1-utdanningen ved å åpne for at tjenesten kan opprette egne stillinger i tillegg til de som er nasjonalt fastsatt
 - støtte helse- og omsorgstjenestens arbeid med utvikling og innføring av digitale verktøy som gjør det lettere å bruke tiden riktig
- Gjennom videreutviklingen av helsefelleskapene og etablering av et rekrutterings- og samhandlingstilskudd legger regjeringen til rette for at kommuner og sykehus sammen kan etablere tjenester til beste for pasientene med utgangspunkt i lokale behov og forutsetninger

Boks 5.5 forts.

- En helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet fordrer kunnskapsbasert praksis og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring. Regjeringen vil derfor etablere et tjenestenært kunnskapssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester og for fagfolkene som skal bidra til gode, trygge og kunnskapsbaserte tjenester. En mer hensiktsmessig organisering av kompetansesentrene i kommunene vil, sammen med nasjonale kompetansetjenester og kompetansenettverk i spesialisthelsetjenesten, være viktige for å bygge opp, spre og implementere kunnskap og kompetanse
- Større handlingsrom for kommuner og mer faglig frihet for førstelinjen på lokalt nivå, kan gi mer velferd og bedre tjenester til innbyggerne. Tillitsreformen dreier seg blant annet om hvordan offentlig sektor kan løse oppgavene på nye måter. I 2023 inviterte regjeringen kommunene til å delta i en nasjonal forsøksordning. Alle kommuner kan løpende søke om forsøk med fritak fra regelverk i tråd med forsøkslovens bestemmelser, også innenfor helse- og omsorgssektoren. Områder for forsøk kan være:
 - samhandling mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten for å bidra til bedre bruk av de samlede personellressursene
 - samhandling mellom kommunale tjenester og lokale frivillige aktører for å møte utfordringene i helse- og omsorgssektoren, kan også være et aktuelt område for forsøk
- Større handlingsrom krever god ledelse som er avgjørende for å lykkes i arbeidet med en god, trygg og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste
 - ledelsen har ansvaret for å organisere og planlegge virksomheten slik at fagfolkene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Dette krever at ledere har nødvendig kompetanse
 - regjeringen vil styrke den formelle lederkompetansen i særlig den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tilgjengeliggjøre verktøy for ledere
 - Det skal være trygt å melde om skader og uønskede hendelser, slik at tjenestene og fagfolkene kan bidra til at pasienter og brukere er trygge
 - regjeringen vil tråd med Varselutvalgets rapport «Fra varsel til læring og forbedring» endre navnet på dagens varselsordninger til meldeordning. Formålet med ordningen skal i større grad enn i dag være læring og forbedring
 - regjeringen ønsker at det skal vektlegges et større virksomhetsperspektiv ved oppfølging av uønskede hendelser

hvor kjerneoppgavene prioriteres. Innholdet i reformen etableres i samspill med bruker- og pårørendeorganisasjoner, ansatte, tillitsvalgte og ledere i offentlige virksomheter. Det skal legges til rette for nytenkning, utprøving av nye løsninger og nye måter å jobbe på. I helse- og omsorgstjenestene kan tillitsbasert styring og ledelse bidra til å redusere tidkrevende rapportering, unødige krav til kontroll og detaljstyring i arbeidsutførelsen.

5.2.4 Ledelse

Regjeringen vil ha en bærekraftig, faglig sterk og trygg helse- og omsorgstjeneste med tilstrekkelig og god bemanning. Dette krever at ledere får kapasitet, rammevilkår og nødvendig kompetanse for å kunne jobbe systematisk og strategisk

med planlegging, prioritering, organisering av arbeidet, rutiner, prosedyrer, kvalitet og pasientsikkerhet. Ledere har også et særlig ansvar for å rette oppmerksomhet mot tjenester og områder der det er behov for forsterket innsats. God ledelse er nødvendig for å ivareta oppgavene i tjenestene, arbeidsmiljøet og arbeidsvilkår, kompetanse- og utviklingsmuligheter. Ledere har også ansvar for trygge arbeidsmiljøer.

Ledere i vår felles helsetjeneste har ofte personalansvar for mange ansatte, noe som kan være krevende for utøvelse av dette ansvaret. Sykehusene er komplekse virksomheter som kjenne-tegnes av høyt spesialisert personell og et stort antall profesjoner. Ledelse i og av sykehus preges av dette.¹⁵ De fleste helseforetak består av flere sykehus og annen spesialisthelsetjeneste som ofte er spredt på ulike geografiske steder. Organiserin-

Boks 5.6 Lederutdanning

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert i 2015 og tilbys ved Handelshøyskolen BI. Målgruppen er bl.a. fastleger og mellomledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det er også utviklet en kortere digital lederutdanning rettet mot ledere av primærhelseteam, gruppepraksiser og for øvrige fastleger. Handelshøyskolen BI har oppdraget med å gjennomføre utdanningen. Grunnprinsippene for utdanningen er de samme som i Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten.

Det er også utviklet et felles topplederprogram for ledere i spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Topplederprogrammet skal blant annet gi deltakerne mulighet til å videreutvikle kompetansen innenfor strategisk ledelse, ledelse på tvers av profesjoner og tjenesteområder, identitet og kultur, innovasjon og omstilling, pasient- og brukermedvirkning, helseøkonomi og finansieringssystemer.

gen av den kliniske virksomheten i sykehusene følger som oftest de medisinske spesialitetene, men inneholder også en del tverrgående funksjoner og tjenester. Sykehusutvalget har pekt på at helseforetakene bør ha et betydelig handlingsrom for å få på plass gode strukturer for lokal ledelse. Det viktige er at det er gode lokale beslutningsprosesser om delegering av oppgaver og at det er tydelige fullmaktstrukturer. Elementer som trekkes fram er enhetlig, helhetlig og stedlig ledelse, ikke for stort lederspenn, samt mer teamledelse. Regjeringen vil framheve viktigheten av at en tydelig stedlig ledelse med ansvar for drift og økonomi skal være hovedregelen ved norske sykehus.

Utfordringsbildet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er omfattende og kompleks, og det krever kompetente ledere til å gjennomføre nødvendige tiltak og endringer. Lederspennet er ofte stort og ikke alle ledere har formell lederkompetanse. God ledelse av den enkelte fastlegepraksis og allmennlegetjenesten i stort er en forutsetning for en allmennlegetjeneste som er godt integrert med øvrig kommunal helse- og omsorgs-

tjeneste, og hvor innbyggerne opplever at tjenestene henger sammen. Kommuneoverlegene er sentrale i folkehelsearbeidet i kommunene, og i planlegging, utvikling og evaluering av helse- og omsorgstjenestene. Dette slås fast i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* og regjeringen ønsker å tydeliggjøre og styrke kommuneoverlegenes rolle, slik at kompetansen blir brukt hensiktsmessig.

5.2.5 Gode digitale løsninger og infrastruktur

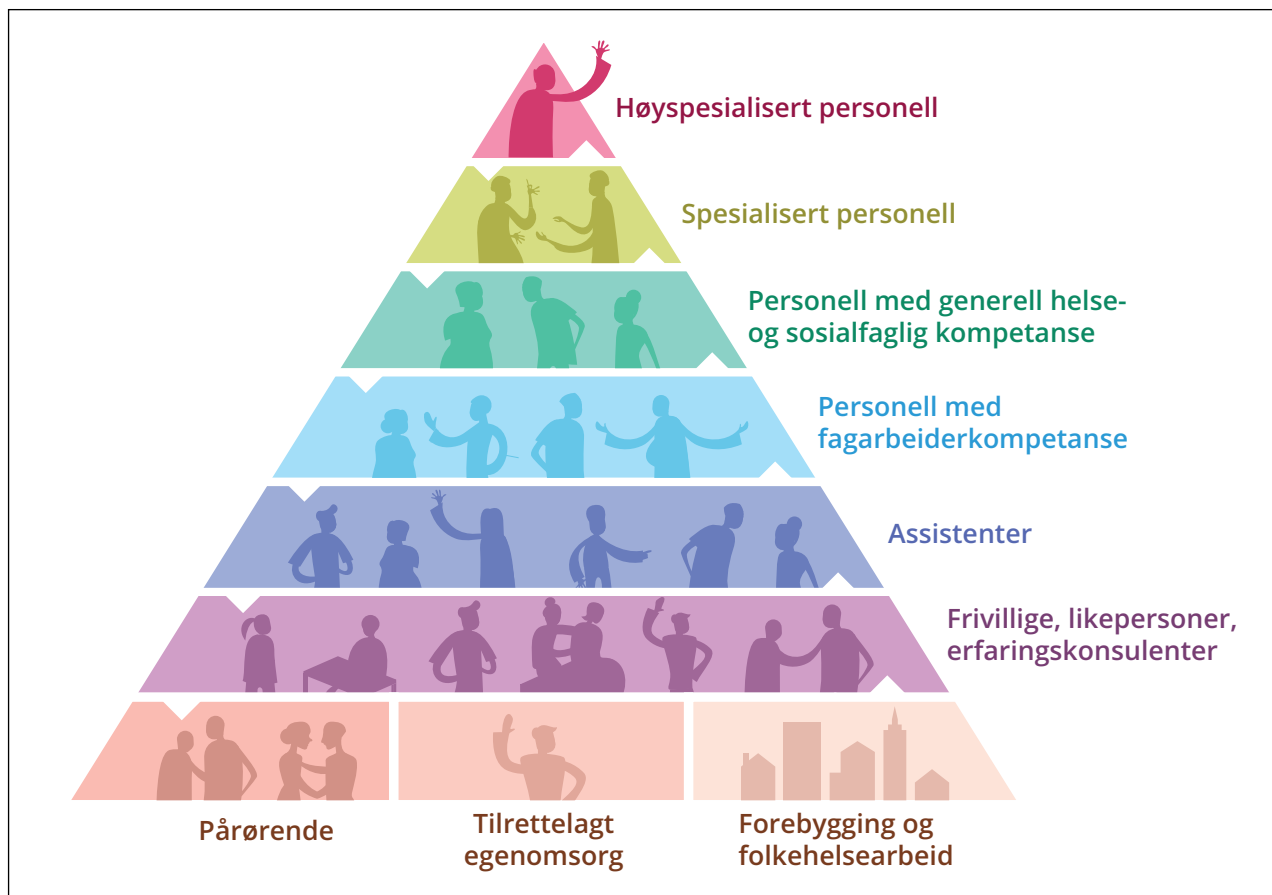
For å møte bærekraftsutfordringer må det utvikles og tas i bruk digitale løsninger som frigjør tid og arbeidskraft og ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet. Det skal arbeides for at innføring av ny teknologi fortrinnsvis skal være personellbesparende og bidra til redusert vekst i personellbehov for å imøtekomme framtidens bærekraftsutfordringer. Digitalisering skal også bidra til økt kvalitet, men det fordrer riktig implementering og bruk i samarbeid med fagfolk, pasienter, brukere og pårørende.

Bygg, eiendom og øvrig infrastruktur kan også ha stor betydning for effektiv drift av helse-tjenester, så vel som for medarbeideres trivsel og arbeidsmiljø. Av retningslinjene for investerings-tilskudd til heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger følger det at prosjektene må være funksjonelle og av god standard. Ved beslutninger om investeringer i nybygg og andre investeringer, skal det foretas vurderinger av konsekvenser for personellens produktivitet og arbeidsmiljø. Det er nødvendig for at omsorgsplassene både blir et godt sted å bo og en god arbeidsplass. Det er også et krav i ordningen at omsorgsbygg som finansieres med investeringstilskudd, skal tilfredsstillende kravene i arbeidsmiljøloven.

5.3 Hensiktsmessig oppgavedeling mellom fagfolk

Det er et stort potensial for å etablere en mer hensiktsmessig oppgavedeling og god organisering av arbeidsprosesser i vår felles helsetjeneste. Hensiktsmessig oppgavedeling innebærer å være bevisst på hvilken kompetanse som er nødvendig for å ivareta den enkelte oppgave og gjøremål. Arbeidsgiver må ha systematisk tilnærming til dette arbeidet. Hensiktsmessig oppgavedeling skal gjøres med utgangspunkt i fagarbeiderkompetanse. Det må kontinuerlig vurderes om opp-

¹⁵ NOU 2023: 8 *Fellesskapets sykehus – Styling og finansiering*.



Figur 5.3 Skjematisk framstilling av oppgavedeling, bygd nedenfra

Kilde: NOU 2023: 4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*

gaver kan løses på helt andre og personellbesparende måter, f.eks. ved bruk av kunstig intelligens, ved å automatisere arbeidsoppgaver og endre arbeidsprosesser som tidligere ble gjort manuelt.

5.3.1 Oppgavedeling og å bygge kompetanse nedenfra

Bruk av nye arbeidsformer og hensiktsmessig oppgavedeling er nødvendig for å sørge for bærekraftig bruk av personell. Ofte er tilrettelagt kompetanseutvikling nødvendig for å lykkes med hensiktsmessig oppgavedeling. Slik henger oppgavedeling og kompetanseutvikling nøye sammen. Forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene skal alltid legges til grunn ved endret oppgavedeling.

I denne meldingen vektlegges oppgavedeling med utgangspunkt i fagarbeiderkompetanse. Kompetanse og bruk av personell skal bygges nedenfra og oppgavene skal løses på lavest mulige kompetansenivå, samtidig som kravet til forsvarlige helse- og omsorgstjenester skal ivaretas. God

og effektiv bruk av personellens tid og kompetanse handler om å legge til rette for hensiktsmessig bruk av ansattes tid og kompetanse, ikke at personellet skal jobbe mer.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er personell uten formell helsefagutdanning en stor yrkesgruppe.¹⁶ De ivaretar oppgaver som er viktige for tjenestetilbudet. Det er viktig å være bevisst på hva disse kan og bør ivareta. Stavanger kommune har for eksempel ansatt husassistenter på sykehjemmene. De har blant annet ansvar for måltider, renhold og å tilrettelegge for samlinger for beboerne og å bistå med andre aktiviteter.

Det er arbeidsgiver som har ansvar for å jobbe systematisk med hensiktsmessig oppgavedeling. Arbeidet bør omfatte kartlegging av oppgavens omfang, innhold og ansvarsforhold. Det må også vurderes om formell helsekompetanse er nødvendig for å ivareta oppgaven, eller om annet personell kan gjøre det. Hvis helsefaglig kompetanse er nødvendig må det kartlegges hva slags kompe-

¹⁶ Helsedirektoratet 2021: Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

tanse som trengs for å ivareta oppgavene. Arbeids-giver bør ha oversikt over de ansattes formelle og reelle kompetanse, og bemanningen må organiseres med basis i vurderte kompetansebehov.¹⁷ Det må også vurderes om oppgaver kan automatiseres eller ivaretas av teknologiske løsninger i samarbeid med bruker, pasient og pårørende der det er forsvarlig og formålstjenlig.

Som ledd i arbeidet for å fremme hensiktsmessig oppgavedeling, skal Helsedirektoratet starte et arbeid med gjennomgang og revidering av nasjonale veiledere. Formålet skal primært være å vurdere nødvendigheten av profesjonsspesifikke krav og anbefalinger, samt anbefalinger om bemanningsnormer i veilederne. Det skal vurderes hvordan man i veilederne kan vri anbefalingene mot vektlegging av kompetanse, ivaretagelse av forsvarlighet og kvalitet, samt hensiktsmessig bruk av personell og kompetanse. Dette arbeidet må sees i sammenheng med føringen om at personellkonsekvenser skal utredes som del av beslutningsgrunnlaget for tiltak innenfor Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar.

Tørn-programmet

For å støtte opp under arbeidet om effektiv organisering av arbeidsprosesser og hensiktsmessig oppgavedeling, er Tørn-prosjektet blitt utvidet fra et prosjekt som har vært drevet av KS i kommunene til et program for hele helse- og omsorgstjenesten. Programmet skal støtte opp om forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer, forsøk for å fremme riktig oppgavedeling på tvers og innenfor flere tjenesteområder, nivåer og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, bruk av kombinerte stillinger, hensiktsmessig oppgavedeling, alternative arbeidstids- eller turnusordninger og samlokalisering av tjenester. For 2024 er bevilgningen til Tørn-programmet utvidet med om lag 58 mill. kroner for å understøtte og forsterke dette arbeidet. KS, de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet følger opp Tørn-programmet. Det skal legges til rette for partssamarbeid og medarbeiderinvolvering på alle nivåer i programmet.

De regionale helseforetakene fikk i revidert oppdragsdokument 2023 i oppdrag å sette i gang regionalt strukturerte arbeider for å fremme hensiktsmessig oppgavedeling mellom personell og effektiv organisering. For 2024 har de fått i oppdrag å fortsette arbeidet ved å sørge for at arbeidet skal ha en systematisk tilnærming, pågå konti-

nuerlig og gi bedre organisering av arbeidsprosesser. Det skal legges til rette for partssamarbeid og medarbeiderinvolvering på alle nivåer i arbeidet. Helsedirektoratets arbeid med gjennomgang og revidering av nasjonale veiledere vil kunne gi viktige bidrag til arbeidet for hensiktsmessig oppgavedeling både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved at profesjonsspesifikke krav og anbefalinger, samt anbefalinger om bemanningsnormer, vurderes.

5.3.2 Fagarbeiderløftet

Regjeringen har lansert et fagarbeiderløft. Det er stor etterspørsel etter fagarbeidere over hele landet. En forsterket satsing på utdanning av fagarbeidere i helse- og omsorgstjenestene er et felles ansvar for helseforetak, kommuner og fylkeskommuner. Stortinget har vedtatt å opprette 500 nye studieplasser til fagskolene i 2023 og 2024. I fordelingen av de nye studieplassene i 2024 prioriteres helse- og velferdsfag, tekniske fag og fag som er særlig viktige for det grønne skiftet i tråd med signalene gitt i Meld. St. 14 (2022–2023) *Utsyn over kompetansebehovet i Norge*.

Å øke tilgangen til fagarbeidere er en forutsetning for å opprettholde et godt kommunalt tjenestetilbud til befolkningen. Fagarbeidere har også kompetanse som er nødvendig for å lykkes med hensiktsmessig oppgavedeling mellom personellgrupper. Helsesekretærer har f.eks. en kompetanse som bidrar til god produktivitet i tjenesteytingen. I de senere år har imidlertid deres arbeidsoppgaver flere steder blitt overført til andre faggrupper som leger og sykepleiere. Dette er ikke hensiktsmessig bruk av personellens tid og kompetanse. Slik utvikling bør snus fordi riktig bruk av personell og kompetanse er viktig for å løse utfordringene med mangel på personell.

Fagarbeidere er sentrale i helse- og omsorgstjenesten

Rundt en fjerdedel av alle elever på yrkesfag Vg1 i skoleåret 2023/24 går på Helse- og oppvekstfag. Helsearbeiderfag er et eget programområde på Vg2 med rundt 3800 elever, nesten halvparten av alle elever på Vg2 helse og oppvekstfag. Helsefagarbeider er et av de største lærefagene, med 4170 løpende kontrakter i 2023, 8,6 prosent av alle lærekontrakter i videregående opplæring.¹⁸

Fra og med 2015 var det kraftig vekst i både antall søkere og antall elever på Vg1 helse og opp-

¹⁷ NOU 2023: 4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*

¹⁸ Utdanningsdirektoratets statistikkbank. Lærekontrakter

vekstfag. I 2019 flatet både antall søkere og antall elever ut før det gikk kraftig ned under pandemien og det påfølgende året. Antall søkere gikk ned med 1000 fra 2020 til 2022, som tilsvarer litt under 10 prosent nedgang.¹⁹ Antall søkere er nå tilbake til 2015-nivå. Det er også en sterk tendens til at elever på Vg2 i helsearbeiderfaget går over til Vg3 påbygg til generell studiekompetanse. 50 prosent av elevene som gikk på Vg2 helsearbeiderfag i 2022, var på påbygg året etter.²⁰

Det finnes flere måter å bli helsefagarbeider på. Ungdom følger hovedmodellen som er 2 år i skole og 2 år i bedrift. Voksne har flere veier til fagbrev som hovedmodellen 2+2, praksiskandidatordningen som er en ordning for personer som kan dokumentere lang og allsidig yrkespraksis og *Fagbrev på jobb*. *Fagbrev på jobb* ble etablert høsten 2018 og er en relativt ny ordning for voksne som er i et arbeidsforhold og som ønsker å kvalifisere seg. Voksne får her mulighet til å tilegne seg et fag- eller svennebrev på grunnlag av allsidig praksis, realkompetansevurdering og opplæring kombinert med veiledet praksis i vanlig arbeid.

Et mål for regjeringen er at flere voksne enn i dag skal fullføre videregående opplæring med et fag- eller svennebrev eller studiekompetanse. Dette er også bakgrunnen for at Stortinget sluttet seg til tiltakene i Fullføringsreformen hvor ett av tiltakene var at modulstrukturert opplæring skal være hovedmodell for opplæring for voksne fra august 2024. I første omgang omfatter dette opplæring på grunnskolenivå og i de 13 lærefagene som er med i det pågående forsøket, hvor helsearbeiderfaget er et av disse.²¹

Hensikten med modulstrukturert opplæring er å gi tilpasset opplæring til voksne som kan tilbys på mange ulike arenaer. Modulstrukturert opplæring skal også bidra til bedre samordning mellom utdanningssystemets tilbud, ordningene i introduksjonsloven og arbeidsmarkedstiltak i Arbeids- og velferdsetaten.

Modulstrukturert opplæring er ikke en ny vei til fagbrev, men en mer fleksibel måte å organisere opplæringen på. Det innebærer at de ordinære læreplanene ligger til grunn og det stilles de samme kravene til kompetanse i faget og til gjennomføring av fagprøven som for lærlinger. For at

opplæringen skal kunne gjennomføres på mest mulig tilpasset måte, må det også utvikles et bedre system for realkompetanse enn vi har i dag. Dette arbeidet er i gang i et tett samarbeid mellom Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse og Utdanningsdirektoratet.

Et annet arbeidsrettet tiltak er Menn i helse. Prosjektet ledes av KS og er et samarbeid med kommuner, fylkeskommuner og NAV. Menn i helse bidrar til økt rekruttering og kvalifisering av menn til helse- og omsorgstjenester gjennom å gi deltakere en kort erfaring med å jobbe i sektoren, og et tilbud om komprimert utdanningsløp fram til fagbrev som helsefagarbeidere.

Praksis, læreplasser og opplæringskontor for fagarbeidere

Hovedmodellen for helsearbeiderfaget i videregående opplæring er to år i skole og to år som lærling i bedrift, den såkalte to+to-modellen og er tilgjengelig over hele landet. Det gir muligheter for god rekruttering til den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sykehus. Å bidra til opplæring av fagarbeidere, blant annet med å bidra til læreplasser, er et felles ansvar for kommuner og helseforetak.

Alle elever som går på et yrkesfag, skal ha yrkesfaglig fordypning (YFF) hvor elevene også får yrkespraksis. Det er et obligatorisk fag på Vg1 og Vg2 som gir elevene mulighet til å prøve seg i det aktuelle lærefaget de ønsker. Det er viktig at denne praksisen har et innhold og forløper på en måte som bidrar til å beholde elevene i opplæringen. Dette forutsetter et godt samarbeid mellom skole og arbeidsliv. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet vil jobbe videre for å bedre kvaliteten i yrkesfaglig fordypning i opplæringens to første år.

De regionale helseforetakene arbeider for å rekruttere flere fagarbeidere og har tidligere fått i oppdrag å øke antall lærlinger i relevante lærefag, opprette opplæringskontor for lærlinger i relevante lærefag og å opprette et regionalt kompetansedelingsprosjekt for å følge opp målet om flere lærlinger. De regionale helseforetakene skal fortsette dette arbeidet. Det omfatter også å vurdere mulighetene for at spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan samarbeide om opplæring av fagarbeidere.

I kommunene jobbes det også aktivt med å øke antall læreplasser innen helsearbeiderfaget blant annet gjennom oppfølgingen av Samfunnskontrakt for flere læreplasser 2022–2026 mellom myndighetene, KS, Spekter og andre parter i

¹⁹ Utdanningsdirektoratets statistikkbank. Søkere til videregående opplæring. Søkere til videregående opplæring – utdanningsprogram | udir.no

²⁰ Utdanningsdirektoratets statistikkbank. Overganger i videregående skole. Overganger i videregående skole – utdanningsprogram | udir.no

²¹ Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (2023): Modulforsøket 2017-2024

Boks 5.7 Med ABC til fagbrev

Nasjonal kompetansetjenestene for aldring og helse har utviklet en kurspakke med formål å gi opplæring til assistenter uten formell helsefaglig kompetanse slik at de kvalifiserer for fagbrev, autorisasjon som helsefagarbeidere eller kompetansebevis for deler av opplæringen de har gjennomført. Målgruppen er ansatte i omsorgstjenesten uten relevant helse- og sosialfaglig utdanning, for eksempel ansatte med fremmedspråklig bakgrunn.

Kilde: Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten (2022)

arbeidslivet. Den har som mål at alle som er kvalifiserte søkere til en læreplass skal få tilbud om det, blant annet ved å utvikle det lokale og regionale arbeidet for å skaffe flere læreplasser, og at partene forplikter seg til å sette i gang tiltak på eget initiativ.

Det er likevel rom for å intensivere arbeidet for å få flere læreplasser også i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Departementene vil derfor anmode kommunene om å rekruttere læringer i fag som er relevante for helse- og omsorgstjenesten. Videre vil Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Kunnskapsdepartementet se nærmere på tiltak for å rekruttere og beholde læringer i kommunene.

Kvalifisere personell uten helse- og sosialfaglig utdanning

Personell uten helse- og sosialfaglig utdanning utgjør en betydelig andel av dem som jobber i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, særlig i omsorgstjenesten. I 2021 var det om lag 67 700 personer uten helse- eller sosialfaglig utdanning som utførte rundt 37 400 årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, utenom servicefunksjoner og administrativt personell.²² I denne gruppen er det et stort potensial for faglig kvalifisering og dermed også for å øke tilgangen til personell med formell helsefaglig kompetanse. I eldreforamen (Meld. St. 24 (2022–2023) *Felleskap og meistring – Bu trygt heime*) har regjeringen varslet at det skal legges til rette for opplæring uten formell

helsefaglig kompetanse blant annet gjennom regjeringens kompetanse- og tjenesteutviklingstilskudd og de statlige ABC-opplæringstilbudene. Dette kommer i tillegg til tiltakene *Fagbrev på jobb* og modulstrukturert opplæring.

Spesielt tilrettelagt utdanning – Y-vei

Y-vei er en ordning som kan gi opptak til høyere utdanning uten studiekompetanse, på bakgrunn av relevante fagbrev, svennebrev eller yrkeskompetanse fra videregående skole. Studiene er tilrettelagt for personer med yrkesfaglig bakgrunn. Y-veisordningen har vist gode erfaringer innenfor ingeniørfag, og med riktig organisering bør det være mulig å oppnå tilsvarende gode resultater innen helsefag. Krav i Yrkeskvalifikasjonsdirektivet gjør at de som skal ta en sykepleierutdanning, må ha generell studiekompetanse før de kan få vitnemål fra sykepleierutdanning. Studenter som tas opp på spesielt tilrettelagt sykepleierutdanning, må derfor oppnå generell studiekompetanse samtidig som de gjennomfører sykepleierutdanning.

Y-veien kan bidra til en karrierevei for helsepersonell med videregående opplæring og vil kunne bidra til både rekruttering og å beholde personell i tjenesten. Det bør vurderes om det skal settes i gang nye forsøk med Y-vei eller tresemesterordning for helsefagutdanninger. Dette vil bli vurdert i arbeidet med den kommende stortingsmeldingen om profesjonsutdanningene.

Utvikle og beholde fagarbeidere

Det er et mål at fagarbeideryrket skal være en karrierevei i et helt yrkesliv. Skolering og fagutvikling på arbeidsplassen er viktig for å bygge kompetanse, for trivsel og for å beholde fagfolk. Kompetanseutvikling gjennom høyere yrkesfaglig utdanning eller fagskolen er et sentralt virkemiddel.

Det er et potensial i å utvikle samarbeidet mellom fagskolene og helse- og omsorgstjenestene, blant annet for å etablere studietilbud med tydeligere arbeidsrelevans som kan inngå i et strukturert karriereløp for fagarbeidere. Det vises også til omtale i avsnitt 5.4.9. Kunnskapsdepartementet tar sikte på å legge fram en egen stortingsmelding om høyere yrkesfaglig utdanning i løpet av 2025.

Kompetanseutvikling og videreutdanning for fagarbeidere skal ivareta nasjonale, regionale og lokale behov. Helsedirektoratet har derfor fått i oppdrag å utrede hvordan det kan legges til rette for systematisk, standardisert og dokumenterbar kompetanseutvikling for fagarbeidere. Uavhengig

²² Helsedirektoratet (2022). *Årsrapport for Kompetanseløft 2025. Vedlegg 1: Tabeller og figurer*

av hvordan kompetanse tilegnes, skal det vektlegges at kompetanseutviklingen har arbeidsrelevans, foregår tjenestenært og hovedsakelig inngår som del av et arbeidsforhold. En helhetlig og generell tilnærming til hvordan kompetanseutvikling for fagarbeidere kan ivaretas, vil omfatte spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestenes behov for å ivareta god kompetanseutvikling for fagarbeidere på en måte som bidrar til at kommunenes og sykehusenes egne behov for slik kompetanse kan dekkes.

5.3.3 Sambruk av personell og kombinerte stillinger

Målsettingen om en desentralisert helse- og omsorgstjeneste og likeverdige tjenester til befolkningen i hele landet fordrer gode løsninger for bruk av de samlede personellressursene. Sambruk av personell og kombinerte stillinger vil kunne bidra til bedre bruk av de samlede ressursene og fremme kvaliteten i tjenesteytingen.

Sambruk av personell innebærer at den ansatte har ett arbeidsforhold, men jobber på ulike steder. Kombinerte stillinger innebærer at ansatte har flere, oftest to, koordinerte arbeidsforhold og arbeider på flere arbeidssteder i det som samlet utgjør en full stilling. Slike ansettelsesforhold bør forankres i partssamarbeidet. God tilrettelegging, koordinering og ivaretagelse av ansettelsesforhold må tillegges vekt, slik at disse stillingene blir en attraktiv ansettelsesform både for arbeidstaker og arbeidsgiver.

Meld. St. 27 (2022–2023) *Eit godt liv i heile Noreg – distriktpolitikk for framtida* framhever sambruk av personell som et tiltak som kan medvirke til kompetansedeling og bedre bruk av helsepersonellressursene. Større og mer dynamiske faglige fellesskap er viktig for å rekruttere og holde på personell, noe som er særlig viktig i områder med små fagmiljø.²³ Regjeringen vil styrke arbeidet for sambruk av personell i spesialisthelsetjenesten, og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. I møte med utfordringene framover, bør kommuner og sykehus i større grad se de samlede ressursene i sammenheng.

De regionale helseforetakene skal intensivere sitt pågående arbeid for sambruk av personell. De har fått i oppdrag å kartlegge muligheter og legge til rette for kombinerte stillinger i samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Det skal arbeides

systematisk for å identifisere og adressere eventuelle regulatoriske og andre hindringer. Kommunene oppfordres til å vektlegge interkommunalt samarbeid og arbeide for sambruk av personell der det er formålstjenlig.

Sambruk av personell og kombinerte stillinger kan brukes i samarbeid mellom kommuner og helseforetak, mellom og internt i kommuner og mellom og internt i helseforetak. Personellet må få nødvendig opplæring, slik at overgangen og vekslingen mellom stillingssteder blir trygg og hensiktsmessig både for arbeidstaker, kolleger og arbeidsgiver. Samarbeid om personell på tvers av enheter kan gi andre positive utfall, slik som felles rutiner, større fleksibilitet og læring på tvers av enhetene. Slike stillinger bidrar også til økt kompetanse.

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet er ment å gjøre det enklere for kommuner og sykehus å samarbeide om felles planlegging, tjenesteutvikling og gode pasientforløp for de fem prioriterte pasientgruppene gjennom helsefellesskapene, jf. kapittel 4. Midlene skal understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Midlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner. I tildeling av midler skal det legges vekt på at midlene skal tilrettelegge for lokale løsninger i opptaksområdet til de minste sykehusene (akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner). Midlene vil kunne brukes til samarbeid om tjenesteutvikling innenfor ulike fagområder. For områder med rekrutteringsutfordringer kan det være behov for å prøve ut nye organiseringsformer hvor man i større grad ser personell i sammenheng på tvers av kommuner og sykehus. Et eksempel på dette er tettere samarbeid om tilbudet til kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barsel, gjennom kombinerte stillinger på tvers av kommuner og sykehus.

Helse Nord RHF ble tildelt 200 mill. kroner for 2024 til å beholde og rekruttere personell. Tilskuddet har som formål å stabilisere personellsituasjonen i eksisterende helse- og sykehustilbud. Midlene skal legge til rette for å ivareta varige behov gjennom faste stillinger og å begrense bruken av innleid personell. Behovene innen psykisk helsevern, akuttfunksjoner og føde- og barselomsorgen skal vektlegges. Midlene kan også benyttes til å opprette utdanningsstillinger for leger og annet spesialisert personell som jordmødre, intensivsykepleiere og psykologspesialister.

²³ Meld. St. 27 (2022–2023) *Eit godt liv i heile Noreg – distriktpolitikk for framtida*

5.3.4 Fleksibilitet i kapasitet

Ifølge Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa* skal beredskapsplanleggingen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten som hovedregel baseres på personell som har et ansettelsesforhold eller annen tilknytning til helse- og omsorgstjenesten gjennom avtale. Vår felles helsetjeneste er kjernen i en motstandsdyktig helseberedskap. Helse- og omsorgstjenestene er Norges største beredskapsressurs og sysselsetter omtrent 430 000 personer.²⁴ En velfungerende helseberedskap forutsetter tilgang til tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, organisatorisk fleksibilitet, prioriteringer og omstilling, god samhandling på tvers av tjenestenivåer og mulighet for å mobilisere reservepersonell. Helse- og omsorgstjenestene skal legge til rette for gode tjenester i alle deler av krisespekteret, og er avgjørende for samfunnets samlede motstandsdyktighet. Helse- og omsorgstjenestene skal i ytterste konsekvens kunne møte en krigssituasjon. Det vil kreve ekstraordinær innsats og prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

Videre er en sterk kommunal helse- og omsorgstjeneste som ivaretar kjerneoppgavene, vesentlig for god helseberedskap – og avgjørende for å redusere konsekvenser av kriser. De kommunale helse- og omsorgstjenestene må bli mer motstandsdyktige. Det må legges til rette for hele og faste stillinger, fleksibel bruk av personell, riktig bruk av personellens kompetanse, godt integrerte tjenester i kommunen og god samhandling på tvers av tjenestenivåer. I tillegg er det nødvendig med systemer for å identifisere og nå ut til sårbare grupper i befolkningen.

For spesialisthelsetjenesten er det avgjørende å ha beredskapsplaner som dekker ulike scenarier og som oppdateres regelmessig. Økt bruk av simulering og andre typer øvelser gir verdifull erfaring og grunnlag for forbedringer. Beredskapsplanene må inkludere systemer for fleksibilitet for ulike scenarier knyttet til blant annet behov for omdisponering og økning av antall senger, personell og arealer, fleksibel bruk av personell, kompetanse og arealer, samt medisinske tiltak, hjemmeoppfølging og samarbeid på tvers mellom helseforetak og helseregioner.²⁵

²⁴ SSB statistikkbank tabell 13470. Sysselsatte per 4. kvartal 2022 etter næring (SN 2007)

²⁵ Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa*

For en samlet omtale av helseberedskap vises det ellers til Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap – Fra pandemi til krig i Europa*.

5.3.5 Personellbesparende innovasjoner

Innovasjon kan være et viktig virkemiddel også for å håndtere knapphet på personell, og i møte med tjenestenes omstillingsbehov. Tiltak som legger til rette for best mulig bruk av personellens tid og kompetanse blir avgjørende framover, ifølge Helsepersonellkommissjonen. Det er behov for innovative løsninger innenfor organisering, arbeidsprosesser og tjenesteytelse. Tydelige politiske forventninger til innovasjon påvirker hvor mye og hvordan statlige virksomheter jobber med innovasjon.²⁶

En nasjonal arbeidsgruppe ledet av Helse- og omsorgsdepartementet, med deltakelse fra de regionale helseforetakene, helseforetakene, NIFU og Forskningsrådet vil i 2024 vurdere justeringer i nasjonal indikator for innovasjon. Indikatoren skal stimulere til økt oversikt, implementering og spredning av innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten. Økt behov for personellbesparende innovasjoner vil være et sentralt hensyn i arbeidet.

Det nasjonale kompetansenettverket InnoMed skal spre kompetanse om tjenesteinnovasjon på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. InnoMed eies og styres av de fire regionale helseforetakene i samarbeid med KS. Helse Midt-Norge RHF leder styringsgruppen og ressursgruppen, og er ansvarlig for gjennomføring av en anbuds-konkurranse for valg av ny tjenesteleverandør fra 2024. I Prop. 1 S (2023–2024) har Helse- og omsorgsdepartementet gitt føringer om at nettverket fra 2024 også skal legge til rette for personellbesparende innovasjoner og støtte implementering av innovasjoner som har vist seg effektive.

5.4 Fagfolk med rett kompetanse

Rekruttering og mulighet for kompetanseutvikling er viktig for å beholde fagfolk i vår felles helsetjeneste. Myndighetene har ansvar for å sette rammer slik at kompetansebehovene helse- og omsorgstjenesten ivaretas i grunn-, videre-, og etterutdanninger, i forskning og i fagutvikling. Tjenestene trenger personell med opplæring og utdanning fra blant annet videregående opplæ-

²⁶ Digitaliseringsdirektoratet (2021): Innovasjonsbarometeret i staten

ring, høyere utdanning, spesial- og spesialistutdanning. Alle personellgrupper har behov for formell og uformell kompetanseutvikling gjennom hele yrkeskarrieren, slik at tilgang til relevant spiss-, bredde- og generalistkompetanse sikres. Det er også et stort behov for kompetanseutvikling og kvalifisering av personell som ikke har formell helsefaglig kompetanse.

Utdanning og kompetanseutvikling skjer enten i utdanningssektoren, i samarbeid mellom utdanningssektoren og helse- og omsorgstjenestene eller internt i helse- og omsorgstjenestene. Et godt nasjonalt, regionalt og lokalt samarbeid mellom sektorene er viktig for å sikre stabil tilgang til nok personell med riktig kompetanse. Dette samarbeidet bør utvikles og ta utgangspunkt i at utdanningssektoren har ansvar for studiepoenggivende og gradsgivende utdanning, mens helse- og omsorgstjenestene har ansvar for etterutdanning og spesialisering som ikke er studiepoeng- og/eller gradsgivende.²⁷

Regjeringen er opptatt av kvalitet og kapasitet i utdanningene som retter seg mot helse- og omsorgstjenestene, og at utdanningene skal speile utviklingen i faglige behov. Pasienter skrives tidligere ut fra spesialisthelsetjenesten for videre behandling og oppfølging i kommunen. Mange sykdommer og kirurgiske inngrep som tidligere krevde lang liggetid på sykehus, følges nå opp i poliklinikk. Pasienter med behov for tjenester er dermed under kommunenes ansvar i en større del av tiden. Denne utviklingen stiller krav til at personell både har høyere kompetanse, mer breddekompetanse og annen kompetanse enn i dag.

For å bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste med nok årsverk hvor de ansatte har relevant utdanning, har regjeringen lagt fram *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten*. Målet med opptrappingsplanen er å bistå kommunene i arbeidet med å løse personellutfordringene i tjenesten. Et viktig tiltak er regjeringens kompetanse- og tjenesteutviklingstilskudd som skal bidra til å redusere mangelen på personell med relevant fagutdanning i omsorgstjenesten.²⁸ Opptrappingsplanen skal følges opp gjennom *Kompetanseløft 2025* og skal ses i sammenheng med oppfølging av Meld. St. 24 (2022–2023) *Felleskap og meistring – Bu Trygt heime*. Regjeringen har også som del av sistnevnte stor-

tingsmelding varslet at det skal jobbes fram og spres modeller som stimulerer til økt grunnbemanning og mindre vikarbruk, som tiltak for å styrke rekruttering og redusere sykefraværet i omsorgstjenesten.²⁹

Profesjonsutdanningene er viktige for at tjenestene skal få stabil tilgang til arbeidskraft og for at studentene får en kompetanse som møter tjenestenes behov. Regjeringen vil legge fram en melding til Stortinget om profesjonsutdanningene i 2024. Regjeringen vil også legge fram en melding til Stortinget om høyere yrkesfaglig utdanning i fagskolene i 2025. Det vises primært til disse kommende stortingsmeldingene for omtale av utdanningstilbud innen høyere utdanning og høyere yrkesfaglig utdanning.

5.4.1 Desentrale utdanningstilbud og dimensjonering

Utdanning skal være tilgjengelig for alle. Den demografiske utviklingen tilsier at det i større grad må legges til rette for at voksne kan ta utdanning, enten i videregående opplæring eller på universiteter og høyskoler. Det innebærer at det bør være tilgang til desentraliserte og fleksible utdanningstilbud. Regjeringen vil satse på slike utdanningstilbud blant annet gjennom *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* og den søknadsbaserte ordningen for studiesentre som blir forvaltet av Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. I 2024 er rammebevilgningen til universiteter og høyskoler økt med 200 mill. kroner for å gjøre utdanning tilgjengelig for flere gjennom å styrke det desentraliserte og fleksible tilbudet. Tiltaket er en del av flytting av midler fra søknadsbaserte ordninger i Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse til rammebevilgningen til universiteter og høyskoler, hvor universitetene og høyskolene selv får midler direkte knyttet til oppgaver de har ansvaret for.

I høyere utdanning har universiteter, høyskoler og myndighetene et delt ansvar for å dimensjonere utdanningene. Myndighetene har ansvar for den samlede utdanningskapasiteten, mens styrene ved utdanningsinstitusjonene har ansvar for å dimensjonere studieporteføljen i tråd med søkerens ønsker og arbeidslivets og samfunnets behov. I Meld. St. 14 (2022–2023) *Utsyn over kompetansebehovet i Norge* signaliserte regjeringen at det forventes at utdanningsinstitusjonene

²⁷ NOU 2023: 4 *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*

²⁸ Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten, regjeringen.no

²⁹ Meld. St. 24 (2022–2023) *Felleskap og meistring – Bu trygt heime*

Boks 5.8 Jobbvinner

Formålet med det nasjonale prosjektet Jobbvinner er å rekruttere og beholde sykepleiere og helsefagarbeidere i kommunale helse- og omsorgstjenester. En god praksisperiode kan bidra til at sykepleierstudenter fortsetter å jobbe i kommunen. Praksismodellen Trippel-P innebærer:

- *Praksis i par*: Studenter går sammen i «tospann» og bruker hverandre som læringspartnere
- *Profesjonsrettet fordypning*: Fag- og fordypningstid som et ukentlig fast møtepunkt for studentgruppen på praksisstedet
- *Pedagogisk møteplass*: Veiledning, erfaringsdeling og informasjonsutveksling i samlinger for veiledere på praksisstedet og for praksislærer

Ordningen er styrket i statsbudsjettet for 2024. Kommunen skal være en attraktiv arbeidsplass og en god læringsarena for helsepersonell, studenter og lærlinger.

Kilde: KS, HelseDirektoratet (2021): Jobbvinner – HelseDirektoratet

prioriterer helsefag i sin dimensjonering av studie-tilbudet.³⁰

5.4.2 Bedre tilgang på praksisplasser

Tilgang til praksisplasser i høyere utdanning er en utfordring i helse- og sosialfagutdanningene, og mangel på dette begrenser kapasiteten i flere helsefagutdanninger. Kvalitet og tilgang til praksisplasser vil være tema for den kommende stortingsmeldingen om profesjonsutdanningene.

Regjeringen har inngått avtale med KS om kvalitets- og kapasitetsøkning i praksis for helse- og sosialfagstudenter for perioden 2022–2025. Regjeringen og KS skal i fellesskap bidra til å øke kvaliteten og kapasiteten i praksis over hele landet for helse- og sosialfagstudenter, i samarbeid med universiteter, høyskoler og kommuner. I 2022 ble det bevilget 50 mill. kroner til dekning av bo- og reiseutgifter for helse- og sosialfagstudenter som er i praksis langt unna campus. I 2023 ble det

bevilget 20 mill. kroner og fra 2024 er det bevilget 31,9 mill. kroner som en årlig bevilgning. Tiltaket omfatter mer enn 3500 studenter, og så langt har tiltaket bidratt til at en god del kommuner som tidligere ikke ble benyttet i praksis nå blir det.

5.4.3 Kompetanseutvikling i vår felles helsetjeneste

Muligheter for kompetanseutvikling er et av de viktigste virkemidlene for å beholde fagfolk, og for å tilby hele befolkningen likeverdige helse- og omsorgstjenester. Personell møter også pasienter og brukere med ulike behov hver dag. Det gjør at god helsekompetanse, kulturforståelse, språkforståelse og god tilgang til tolketjenester er sentralt for å tilby pasienter og brukere et godt tjenestetilbud.

For den samiske delen av befolkningen er det behov for personell som har samisk språk- og kulturkompetanse. Slik kompetanse er viktig for å kunne tilby den samiske delen av befolkningen likeverdige helse- og omsorgstjenester. Det er også viktig at det finnes gode og tilgjengelige tolketjenester.

Strategisk tilnærming til kompetanseutvikling

Fagfolk trenger oppdatert kompetanse om fagutvikling, nye teknologiske løsninger, bruk av digitale verktøy og nye arbeidsformer. Arbeidsgiver må jobbe systematisk med kompetanseutvikling og livslang læring for sine ansatte. Kompetanseutviklingsarbeidet gir også et nødvendig kunnskapsgrunnlag for dimensjonering av behov for personell, til hensiktsmessig oppgavedeling og det vil også kunne bidra til å dempe etterspørselen etter personell.

Lederne er de nærmeste til å kartlegge kompetansebehov på gruppe- og individnivå. Derfor må ledere ha god kompetanse i å planlegge og organisere arbeidsprosessene som skal ivaretas. Arbeidsgiver må kartlegge og være kjent med de ansattes kompetanse for å kunne identifisere behov for kompetanseutvikling og rekruttering.

De regionale helseforetakene har blant annet ansvar for å legge til rette for at helseforetak etablerer gode systemer for kompetanseutvikling og kompetanseplanlegging. Kartleggingene bør også kunne brukes på tvers av de regionale helseforetakene og gi et bedre sammenliknbart kunnskapsgrunnlag. De regionale helseforetakene skal også utarbeide en felles årlig rapport om personell, kompetanseutvikling og utdanning.

³⁰ Meld. St. 14 (2022–2023) *Utsyn over kompetansebehovet i Norge*

Kompetanseutvikling skal også bidra til kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesteytingen. Det gir effekter i form av muligheter for bedre organisering og samarbeid i tjenestene, hensiktsmessig oppgavedeling, innovasjon, bedre arbeidsmiljø, faglig utvikling, motivasjon og trivsel på arbeidsplassen. Slik sett er kompetanseutvikling et virkemiddel for å rekruttere og beholde ansatte. Det er dessuten etablert en regional koordinatorrolle hos statsforvalterne for å gi støtte og veiledning til kommuner i deres arbeid med strategisk kompetanseutvikling.

Forskning, praksis og implementering av kunnskap

God kobling mellom forskning og praksis er viktig for å styrke personellets kompetanse om klinisk forskning og kliniske studier. Forskning er viktig for kunnskapsbaserte og oppdaterte helse- og omsorgstjenester og raskere implementering av nye metoder. Ansatte som deltar i forskningsarbeid får hevet sin kunnskap og kompetanse, noe som også gir økt trivsel.

En forutsetning for mer og bedre klinisk forskning er økt kompetanse om kliniske studier blant personell. Det gjelder blant annet kunnskap om metodikk, organisering av kliniske studier og krav i regelverket. Økt kompleksitet i studiene stiller økte krav til kompetanse. Regjeringen følger opp nasjonal handlingsplan for kliniske studier, der ett innsatsområde handler om økt kunnskap og kompetanse om kliniske studier. Studiepersonell har en sentral rolle i gjennomføringen av kliniske studier. Det er utviklet kurs og studie-tilbud for helsepersonell som ønsker å heve sin kompetanse i å gjennomføre kliniske studier, både i regi av den nasjonale infrastrukturen for kliniske studier i Norge, NorCrin, og ved OsloMet.

Verdien av klinisk forskning øker dersom resultatene fra klinisk forskning tas i bruk i praksis. Implementeringsforskning kan bidra til å øke innsikten om hvilke forhold som fremmer og hemmer opptak av evidensbaserte tiltak i tjenestene.

5.4.4 Helsepersonell med utdanning fra utlandet

Helsepersonell med utdanning fra land utenfor EU/EØS er en viktig ressurs for helse- og omsorgstjenestene. Høye gebyrkostnader for å søke om autorisasjon er utfordrende blant annet fordi denne gruppen allerede har relativt høye utgifter for å gjennomføre nødvendige tilleggskrav. Tilleggskravene er språkprøve og kurs i

nasjonale fag som alle må bestå, samt fagprøver for enkelte grupper. Stortinget har vedtatt å bevilge 20 mill. kroner til å redusere gebyrer og kostnader forbundet med gjennomføring av tilleggskrav og søknader om autorisasjon og spesialistgodkjenning for helsepersonell med utdanning fra utlandet.

Det er også grunnlag for å vurdere forbedringer av prosessene som legges til grunn for godkjenning av personell med utdanning fra EU/EØS og de som er utdannet utenfor dette området, og hvordan behovet best kan løses i samarbeid med universitets- og høyskolesektoren. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere forbedringer av prosessene som ligger til grunn for godkjenning av utenlandsk utdannet helsepersonell.

5.4.5 Personell med generalistkompetanse og breddekompetanse

Utviklingen i behandlingsformer og metoder har bidratt til at graden og omfanget av spesialisering av personell øker. Samtidig trenger helse- og omsorgstjenestene personell med generalistkompetanse og breddekompetanse. Fagfolk må ha tilstrekkelig kompetanse til å møte pasientenes, brukernes og pårørendes behov. Det omfatter også de pårørendes ønsker om medvirkning, deltakelse, avlastning og trygghet. I *Opptrappingsplan for heltid og god bemanning i omsorgstjenesten* har regjeringen varslet at tverrfagligheten i omsorgstjenesten må styrkes.

Boks 5.9 Ny spesialitet i multidisiplinær odontologi

Multidisiplinær odontologi (MDO) er vedtatt som ny tannlegespesialitet. Spesialiteten gir en breddekompetanse som er viktig for pasienter med særlige behov og for pasienter med lang reisevei til andre tannlegespesialister. Spesialistkompetansen er samtidig vurdert nyttig ved tilbud om orale helsetjenester i tverrfaglig miljø på sykehus og ved tannhelse-tilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi. Etterspørselen etter spesialister i MDO vil trolig være størst i landsdeler som har lav dekning av tannlegespesialister. Spesialiteten vil også kunne bidra til å bedre den geografiske fordelingen av tannlegespesialister.

Personell med generell medisinsk, sykepleiefaglig og annen fagkompetanse er viktige for tjenestetilbudet i kommunene. Det gjelder i små og store kommuner, både i distriktene og sentrale strøk av landet. I spesialisthelsetjenesten er generalistene viktige for at sykehus i distriktene skal kunne opprettholdes. Det gjelder særlig leger med spesialitet i generell indremedisin og kirurgi. Derfor er det viktig å rekruttere til LIS-stillinger i disse breddespesialitetene ved disse sykehusene. Denne kompetansen, sammen med annen helsefaglig breddekompetanse, er i økende grad også viktig for større sykehus på grunn av den demografiske utviklingen med flere eldre og pasienter med sammensatte behov. Personell med generalistkompetanse er også viktige for samarbeid og samhandling mellom kommunene og helseforetakene.

5.4.6 Fysioterapeuter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det eksisterer i dag flere ulike master- og videreutdanninger for fysioterapeuter som til dels er spisset mot særskilte målgrupper, eller rettet mot spesifikke diagnoser eller tilstander. Det er imidlertid behov for å styrke generalistkompetansen også innen fysioterapi. Helsedirektoratet utredet dette i 2018.³¹ I rapporten anbefales det at det utvikles en masterutdanning i klinisk avansert fysioterapi med kompetanse spesielt for å arbeide med pasienter med store og sammensatte behov. Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet vil starte et arbeid med sikte på å utarbeide en retningslinje for en ny masterutdanning i allmennfysioterapi som inkluderes i RETHOS. Utdanningen skal være rettet mot behovene i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det tas sikte på at utdanningen, inkludert praksisstudiene, skal gjennomføres innen rammene av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

5.4.7 Oppfølging av anmodningsvedtak om autorisasjon og spesialistgodkjenning av helsepersonell mv.

I Stortingets behandling av lovendringer for autorisasjon av naprapater, osteopater og paramedisinere, ble følgende anmodningsvedtak fattet, jf. Prop. 236 L (2020–2021), Innst. 170 L (2021–2022), Lovvedtak 47 (2021–2022), Vedtak 417:

«Stortinget ber regjeringen avklare hvilke av tjenestetilbyderne som er registrert i Registeret for utøvere av alternativ behandling, som kan anses å yte helsehjelp, og komme tilbake til Stortinget med en helhetlig gjennomgang av ordningene for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning av helsepersonell, herunder en vurdering av hvilke grupper som skal omfattes av disse ordningene og få fritak fra merverdiavgiftsloven, så snart som mulig.»

Registeret for utøvere av alternativ behandling er ikke uttømmende med oversikt over alle alternative utøvere. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer at registeret ikke er et hensiktsmessig utgangspunkt for å vurdere aktuelle tjenestetilbydere for autorisasjon og spesialistgodkjenning og som derfor kan gi fritak fra merverdiavgiftsloven. Departementet vurderer at gjennomgangen av alternative utøvere heller bør inngå i en helhetlig gjennomgang av godkjenningsordningene, autorisasjon og spesialistgodkjenning. Som ledd i oppfølgingen av anmodningsvedtaket, vil regjeringen sette i gang et arbeid for å vurdere endringer i helsepersonelloven. Departementet vil i dette arbeidet vurdere om det er nødvendig med en tydeliggjøring av formålet med autorisasjonsordningen og offentlig spesialistgodkjenning, og om andre kriterier skal legges til grunn når nye søknader om autorisasjon og regulering av beslutningsmyndighet skal vurderes.

Vurderingskriterier for autorisasjon av helsepersonellgrupper

Formålet med autorisasjon og lisens er først og fremst å ivareta hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet, tillit til helsepersonell og til helse- og omsorgstjenesten i tjenesteytingen. Tildeling av autorisasjon og lisens skal være en sikkerhet for at helsepersonell med en bestemt tittel har en bestemt type kompetanse. Autorisasjon og lisens er særlig regulert i helsepersonelloven kapittel 9, 10 og 11.

Som ledd i oppfølgingen av anmodningsvedtaket, vil regjeringen sette i gang et arbeid for å vurdere endringer i helsepersonelloven om innretningen på framtidige beslutninger om hvilke grupper som skal omfattes av autorisasjonsordningen for helsepersonell. Arbeidet omfatter en vurdering av om formålet med autorisasjonsordningen og overordnede kriterier som setter rammer for hvilke grupper som i framtiden skal kunne omfattes av autorisasjonsordningen, bør komme fram av helsepersonelloven. Arbeidet omfatter også en vurde-

³¹ Helsedirektoratet 2018: Videreutdanning for fysioterapeuter. Behov for ny bred klinisk masterutdanning?

ring av om helsepersonelloven bør endres slik at det er Helse- og omsorgsdepartementet som ved forskriftsregulering, beslutter hvilke konkrete grupper som skal omfattes av autorisasjonsordningen. Slike beslutninger vil være basert på faglige vurderinger fra Helsedirektoratet. Formålet med arbeidet vil være å bidra til at reguleringen understøtter forutsigbarhet og likebehandling av søknader om autorisasjon, at hensynene til pasientsikkerhet og kvalitet skal fortsette å være førende for framtidige beslutninger om hvilke grupper som skal omfattes av autorisasjonsordningen, og at det fortsatt skal være faglig begrunnede beslutninger som legges til grunn for avgjørelsene.

Unntak fra merverdiavgift for helsetjenester

Unntaket fra merverdiavgift for helsetjenester i merverdiavgiftsloven er betinget av en samlet vurdering av om tjenesten som ytes gis med basis i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, tannhelsetjenesteloven og om tjenesten ytes av yrkesgrupper med autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven.

Godkjenningsordningene for helsepersonell har som formål å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet og omfatter autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Ordningene skal være en sikkerhet for at helsepersonell med en bestemt tittel har en bestemt type kompetanse. Rettsvirkningen av offentlig godkjenning er at innehaveren får rett til å benytte en beskyttet tittel. Hvis godkjent helsepersonell begår pliktbrudd kan det reageres med faglig pålegg eller tilbakekall eller suspensjon av autorisasjon, lisens, og/eller spesialistgodkjenning.

Koblingen mellom autorisasjon/lisens og fritak fra merverdiavgift kan gi utilsiktede konsekvenser i form av et press mot godkjenningsordningen for å oppnå fritak fra merverdiavgift. Det foreligger imidlertid ingen planer om å endre merverdiavgiftslovgivningen.

Vurderingskriterier for offentlig spesialistgodkjenning av helsepersonell

Med økningen av eldre øker behovet for spesialister med breddekompetanse. Dette blir førende for innretting av det videre arbeidet med spesialistutdanningene. Fagutviklingen gir mulighet for bedre behandling og omsorg, ofte med mindre belastende behandling for pasientene og mindre ressursbruk, noe som gjelder både for de spisse og brede fagområdene.

Spesialistutdanning bidrar til kompetanse- og karriereutvikling og gir et faglig løft til fagområdet. Å utdanne egne fagfolk virker rekrutterende og bidrar til å beholde personell. Spesialisering har imidlertid også uønskede sidevirkninger ved at det kan virke konserverende, bidra til fragmentering innad i og mellom personellgrupper og redusere mulighetene for å bygge nødvendig generalistkompetanse. Nye spesialiteter kan også utløse behov for mer personell, særlig ved døgnkontinuerlige vaktordninger, og økte kostnader for tjenestene. Administrasjon av ordningene er også ressurskrevende.

Det er nødvendig med tydelige kriterier når offentlig spesialistgodkjenning for nye grupper og etablering av nye spesialiteter i etablerte ordninger skal vurderes. Blant annet bør offentlig spesialistgodkjenning vurderes på bakgrunn av behovene for spesialisert kompetanse, herunder behov som følge av medisinsk-faglig utvikling, behov som følge av sykdomsutvikling og demografi, prioriteringer, og bærekraft i bruk av begrensede personellressurser. Videre er det et landsomfattende behov for å utdanne spesialister og et tilstrekkelig stort fagmiljø. Det bør også være en tydelig avgrensning til andre helsepersonellgrupper og spesialiteter, både på tvers av profesjoner og innad i profesjonsgruppene, for å unngå stor overlapp i kompetanse. Nyttens av en spesialistgodkjenning må dessuten veies opp mot ulemper, økte kostnader og effekter på personellbehovet. Det skal vurderes om andre løsninger er mer hensiktsmessige for formålet. Det må tas hensyn til EØS-regelverket. Spesialistgodkjenninger bør være et knapphetsgode, som må målrettes mot de sentrale behovene i tjenesten. Etablering av nye ordninger og nye spesialiteter skal vurderes helhetlig mot disse kriteriene.

5.4.8 Legers spesialisering

Forskning og fagutvikling gir behov for endringer i legespesialiseringen og -spesialitetene framover når det gjelder spesialisert spiss- og breddekompetanse. Sykehus i distriktene og i økende grad også sykehus i sentrale områder har behov for spesialisert breddekompetanse særlig på grunn av flere eldre med sammensatte tilstander. Fagprestisjen og rekrutteringen til breddespesialitetene i generell medisin og generell kirurgi er også knyttet til om leger utdannes i disse spesialitetene ved de store sykehusene. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag i 2024 å vurdere særskilt behovet for å opprette LIS-stillinger for disse spesialitetene. Regjeringen vil også ta initiativ til en

gjennomgang av læringsmålene i relevante legespesialiteter, og vurdere endringer i sammensetting av legespesialitetene for å legge bedre til rette for mer breddekompetanse i spesialistutdanningen.

Regjeringen er opptatt av å legge til rette for bedre rekruttering til fastlegeordningen gjennom en god, fleksibel og trygg spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin, der *Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten* har kommet med en rekke forslag til endringer. Regjeringen har allerede lagt til rette for at flere leger starter opp med og gjennomfører spesialistutdanningen i allmenntilleggsmedisin gjennom tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning. ALIS-tilskuddet skal bidra til å få flere leger til å starte opp med og fullføre spesialisering i allmenntilleggsmedisin. Tilskuddsordningen skal bidra til forutsigbarhet og trygghet i tiden spesialistutdanningen pågår. Tilskuddsordningen skal bidra til å dekke kommunenes merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtale. Ordningen dekker også kommunenes utgifter til forskriftsfestet veiledning til leger som er under spesialisering i allmenntilleggsmedisin, og som ikke velger å inngå en ALIS-avtale. Det er opprettet seks ALIS-kontorer som skal bidra til rekruttering og tilrettelegging for spesialisering i allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin. Målet er gode, forutsigbare og enhetlige utdanningsløp samt å redusere terskelen for å starte i spesialisering.

Det er utfordringer med å sikre tilstrekkelige og gode legetjenester til hjemmeboende med store behov og beboere i kommunale institusjoner, jf. kapittel 4. Legetjenestene til disse ivaretas av fastleger, vikarer uten LIS1 og i større kommuner av egne fast ansatte leger i sykehjem. Flere av dagens spesialiteter har innhold som kan ivareta deler av behovet til disse pasientgruppene, men med de store demografiske endringene samfunnet står overfor, mener regjeringen at kompetansen i alders- og sykehjemsmedisin bør styrkes. Regjeringen vil utrede om dette kan dekkes gjennom en egen legespesialitet i alders- og sykehjemsmedisin, enten med en tredeling av dagens spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin, der det etableres en egen del 3 for spesialisering i alders- og sykehjemsmedisin, eller en med et helt eget spesialiseringssløp (bare del 3).

Første del i legers spesialistutdanning – LIS1

LIS1 er en obligatorisk første del av legenes spesialistutdanning. Den skal gi grunnleggende ferdigheter innen medisin, kirurgi, psykiatri (ikke obligatorisk) og allmenntilleggsmedisin. Det foreslås å iva-

reta LIS1 i store trekk som i dag og opprettholde utdanningens lengde på 1,5 år, både fordi det ivaretar behovet for breddekompetanse og bidrar til legedekningen i hele landet.

Kapasiteten i ordningen er en utfordring og mange leger får ikke LIS1-stilling. Det reduserer tilgangen på leger til videre spesialisering, herunder for allmenntilleggsmedisin. I statsbudsjettet for 2024 økte regjeringen derfor kapasiteten med 66 nye LIS1-stillinger. Det gir samlet 1185 årlige LIS1-stillinger, og hvor de siste årenes nye stillinger skal innrettes på videre spesialisering i allmenntilleggsmedisin og psykiatri. Regjeringen foreslår også at sykehus og kommuner i samarbeid skal kunne opprette egne LIS1-stillinger innenfor gjeldende budsjetttrammer. Disse stillingene kommer i tillegg til stillingene med øremerket finansiering over statsbudsjettet. Dette vil kunne bidra til å bedre rekruttering av leger over hele landet. Opprettelse av slike LIS1-stillinger skal monitoreres for å bidra til en god regional fordeling.

Det er behov for mer fleksibilitet i LIS1-ordningen. Ved å benytte kommunenes læringsarenaer bedre kan leger med erfaring og opparbeidet kompetanse f.eks. få bedre tilrettelagte utdanningsløp, og tilrettelegging for å få godkjent praksis og læringsmål fra andre arbeidssteder. Det er også behov for å gi rom for forsøk for å oppnå konkrete mål, blant annet for å bedre rekrutteringen i distriktene ved å legge til rette for mer desentralisert utdanning.

Stortinget fattet følgende vedtak (nr. 561) i Helse- og omsorgskomiteen den 12. mai 2022:

«Stortinget ber regjeringen så raskt som mulig utrede å endre spesialistforskriften § 18 første ledd for å åpne for at leger som har gjennomført praktisk tjeneste i et annet EU-/EØS-land, etter søknad og konkret vurdering av læringsmål kan få godkjent hele eller deler av den praktiske tjenesten som LIS1-tjeneste, samtidig som LIS1-ordningen sikres og opprettholdes. Regjeringen bes komme tilbake til Stortinget på egnet måte innen utgangen av 2022.»

På bakgrunn av vedtaket har Helse- og omsorgsdepartementet gjort en gjennomgang, og foreslår endringene over for å sikre og opprettholde LIS1-ordningen. Mange av forslagene, både for LIS1 og i legespesialiseringen ellers, vil kreve endringer i spesialistforskriften. Regjeringen vil gjennomgå denne forskriften for å legge opp til en større fleksibilitet i LIS1-ordningen. Det vil bidra til at leger med mye kompetanse og praksis kan få bedre tilrettelagte utdanningsløp og muligheter for å få

godkjent spesialistutdanning fra andre praksisarenaer. Det følger allerede av dagens spesialistforskrift at leger som har gjennomført deler av spesialistutdanning i et annet EU/EØS-land kan søke om å få godkjent oppfylte læringsmål fra spesialistutdanningen. Dette gjelder læringsmål knyttet opp mot både LIS1 og LIS2/3. Regjeringen vil, som del av en gjennomgang av spesialistforskriften, også vurdere forskriftens § 18, for å se på om det er behov for å foreta endringer i den.

5.4.9 Spesialutdanning og mulig offentlig spesialistgodkjenning av nye grupper

Fagfolkene i helse- og omsorgstjenestene må være forberedt på å være i en kontinuerlig kompetanseutviklingsprosess, enten det gjelder tilegnelse av bredde- eller spisskompetanse. Slik kompetanse kan blant annet dokumenteres både som spesialkompetanse og som en offentlig spesialistgodkjenning. Slike løp skal hovedsakelig være tjenestenære, det vil si at de skal skje i et ansettelsesforhold i helse- og omsorgstjenestene.

Spesialutdanning innebærer at arbeidstakere går gjennom strukturerte løp for kompetanseutvikling og kompetanseheving som kvalifiserer dem til å gjennomføre spesialoppgaver. Slik kompetanse bør dokumenteres enten ved at det gir studiepoeng, eller av arbeidsgiver som gjennomført internopplæring.

Offentlig spesialistgodkjenning innebærer at myndighetene fastsetter krav til faglig utbytte i spesialistutdanningen og gir impliserte aktører innflytelse over ordningen, bidrar til kompetanse- og karriereutvikling og gir et faglig løft til et fagområde. Spesialisering som skjer i et utdanningsforhold i helse- og omsorgstjenestene gir også et konkurransefortrinn for de offentlige tjenestene som har lovpålagte oppgaver om utdanning og forskning. Å utdanne egne fagfolk er viktig for å rekruttere og beholde personell. Samlet vurderes dette som gode grunner for å utvide offentlig spesialistgodkjenning til flere grupper.

Spesialutdanning for fagarbeidere

Det er viktig å øke mulighetene for fagarbeidere til å tilegne seg spesialkompetanse for å lykkes med arbeidet for hensiktsmessig oppgavedeling og god organisering av arbeidsprosesser. Behovet for fagarbeidere med spesialkompetanse har økt, og både kommuner og sykehus melder om økende mangel på denne personellgruppen. Mangel på fagarbeidere med spesialkompetanse kan

gi store konsekvenser for arbeidet med hensiktsmessig oppgavedeling og god organisering av arbeidsprosesser i en samlet helse- og omsorgstjeneste. Slik kompetanseutvikling bør spisses inn mot nasjonale behov, i tillegg til regionale og lokale behov.

Kompetanseutvikling kan gjøres gjennom høyere yrkesfaglig utdanning i fagskolen, som internopplæring på arbeidsplassen, eller i en kombinasjon mellom disse. Uavhengig av hvordan kompetanse tilegnes, er det viktig at kompetanseutviklingen har arbeidsrelevans, foregår tjenestenært og hovedsakelig inngår som del av et arbeidsforhold.

Det er behov for å vurdere nærmere hvordan det kan legges til rette for systematisk og dokumenterbar kompetanseutvikling for fagarbeidere. Relevante videreutdanninger er etablert for leger og sykepleiere, innholdet i dem er kjent og de kan oftest dokumenteres. Det er behov for at også videreutdanninger for fagarbeidere kan standardiseres og dokumenteres slik at kompetansen i videreutdanningene er kjent for arbeidsgivere, uavhengig av utdannings- og arbeidssted.

Etablering av spesialutdanninger for fagarbeidere vil kunne være et virkemiddel for å understøtte arbeidet for hensiktsmessig oppgavedeling mellom personell og god organisering av arbeidsprosesser. Som omtalt i avsnitt 5.3.2 vil regjeringen følge opp hvordan det kan legges til rette for systematisk og dokumenterbar kompetanseutvikling for fagarbeidere gjennom gode utdannings- og kompetanseutviklingsløp. En del av dette arbeidet omhandler tjenestenære spesialutdanningsløp for fagarbeidere som dekker nasjonale kompetansebehov. De regionale helseforetakene vil få i oppdrag å etablere et samarbeid med formål å identifisere og utvikle spesialutdanninger for fagarbeidere som dekker nasjonale behov. Etter planen skal oppdraget gis i revidert oppdragsdokument for 2024.

Samarbeidet skal bl.a. identifisere kompetanse- og utdanningsområder som er aktuelle for nasjonale utdanningsløp, utvikle god bestillerkompetanse til fagskolene og andre relevante samarbeidspartnere med mer. Det skal legges vekt på kunnskapsoverføring som kan bidra til å dekke behov for slike utdanninger i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Partssamarbeidet skal vektlegges i arbeidet. Fagskolen vil være en viktig samarbeidspartner for helse- og omsorgstjenestene i utvikling, gjennomføring og spredning av slike spesialutdanninger som dekker nasjonale behov.

Spesialistgodkjenning for sentrale sykepleiergrupper

Helsetjenesten trenger flere anestesiti, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleiere (ABIOK-sykepleiere), jordmødre, helsesykepleiere og sykepleiere innen psykisk helse, rus og avhengighet. Tilgang til disse personellgruppene og deres kompetanse har vært utfordrende over lang tid. I 2022 ble det derfor bevilget til sammen 64 mill. kroner til opprettelse av utdanningsstillinger for jordmødre og ABIOK-sykepleiere i sykehus. Satsingen fortsatte i 2023 med bevilgninger til oppstart av 200 nye stillinger. Samlet ble det bevilget 224 mill. kroner til formålet i 2023, som er videreført i 2024.

Offentlig spesialistgodkjenning kan være et viktig virkemiddel for å rekruttere, utvikle og beholde nevnte sykepleiergrupper i vår felles helsetjeneste. Spesialistutdanningene som skal lede fram til spesialistgodkjenning skal ivareta behovet for arbeidsrelevans, hovedsakelig foregå tjenestenært og inngå som en del av et arbeidsforhold. Regjeringen vil starte et arbeid med sikte på å etablere offentlig spesialistgodkjenning for disse gruppene. Helsedirektoratet har utredet ulike modeller som kan føre til spesialistgodkjenning av nevnte sykepleiergrupper. Det blir tatt utgangspunkt i direktoratets utredning i det forestående arbeidet med å etablere spesialistgodkjenning for de nevnte sykepleiergruppene, med tilhørende modell for spesialistutdanningen.³² Relevante aktører skal involveres i arbeidet.

Offentlig spesialistgodkjenning for psykologer

Regjeringen har varslet at det skal settes i gang et arbeid for å utrede en offentlig spesialistgodkjenning for utvalgte grupper av kliniske psykologer.³³ Spesialistutdanningen for psykologer ivaretas i dag av Norsk psykologforening, og psykologspesialister oppnår ikke offentlig spesialistgodkjenning siden læringsmålene i spesialiseringen ikke er fastsatt av myndighetene. Relevante aktører skal involveres i arbeidet, herunder Psykologforeningen.

Offentlig spesialistgodkjenning for fysioterapeuter

Fysioterapi er en landsdekkende tjeneste i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er etablert 14 spesialistutdanninger for fysioterapeuter som ivaretas av Norsk fysioterapeutforbund. I tillegg har manuellterapeuter dobbel autorisasjon som fysioterapeut og manuellterapeut. Regjeringen vil vurdere om det skal utredes offentlig spesialistgodkjenning for utvalgte grupper fysioterapeuter. Relevante aktører skal involveres i arbeidet.

³² Helsedirektoratet (2023): Modeller for spesialistgodkjenning av sykepleiergrupper

³³ Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*

6 En kunnskapsbasert og godt ledet tjeneste med god kvalitet og pasient- og brukersikkerhet

Regjeringen vil legge til rette for gode og trygge tjenester gjennom god ledelse av vår felles helse-tjeneste og et systematisk og kunnskapsbasert arbeid med kvalitet og pasient- og brukersikkerhet. Som en del av dette arbeidet vil regjeringen i tråd med Varselutvalgets rapport «Fra varsel til læring og forbedring» endre navnet på dagens varselsordninger til meldeordning. Formålet med ordningen skal i større grad enn i dag være læring

og forbedring. Det skal være trygt å melde, slik at tjenestene og fagfolkene kan bidra til at pasienter og brukere er trygge. Regjeringen ønsker at det skal vektlegges et større virksomhetsperspektiv ved oppfølging av uønskede hendelser. Arbeidet ligger innenfor etableringen av et nytt nasjonalt faglig rammeverk med visjon, mål, virkemidler og nasjonale innsatsområder for bedre pasient- og brukersikkerhet.

Boks 6.1 Regjeringen vil

Regjeringen vil styrke det nasjonale arbeidet for bedre kvalitet og pasient- og brukersikkerhet for å redusere og forebygge omfanget av skader gjennom følgende tiltak:

- Endre dagens varselordning til en meldeordning og fremme et høringsnotat med forslag til lovendringer som ledd i oppfølging av Varselutvalgets rapport
- Etablere et felles nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet
- Etablere et formalisert samarbeidsorgan med relevante aktører under ledelse av Helseledelse, for nasjonal samordning av arbeidet med pasient- og brukersikkerhet
- Utarbeide årlig statusrapport for pasient- og brukersikkerhet
- Utarbeide, følge opp og koordinere en gjennomføringsplan for riktig legemiddelbruk med status, mål og prioriterte tiltak
- Oppdatere nasjonal strategi mot antibiotikaresistens og handlingsplan for et bedre smittevern
- Gjennomføre systematiske brukererfaringsundersøkelser og utrede modeller for å følge opp bruker- og pårørendeundersøkelser

Regjeringen vil styrke formell lederkompetanse og gjøre verktøy for ledere tilgjengelige gjennom følgende tiltak:

- Utvikle en kort nettbasert lederutdanning for ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester
- Utarbeide nettbasert oversikt over ulike verktøy og kompetansetiltak for ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Revidere veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring slik at den i større grad understøtter ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og er tilpasset allmennlegetjenesten
- Be de regionale helseforetakene om systematisk å styrke kompetanse i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring hos ledere

Regjeringen vil fremme kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedring gjennom følgende tiltak:

- Videreutvikle kunnskapssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester
- Bedre bruk av nasjonale kompetanstjenester, -sentre og -nettverk
- Legge til rette for økt omfang av implementeringsforskning gjennom Norges forskningsråd
- Prioritere forskning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom Norges forskningsråd
- Bidra til etableringen av Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

En helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet fordrer kunnskapsbasert praksis og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring. Regjeringen vil derfor etablere et tjenestenært kunnskapssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester og for fagfolkene som skal bidra til gode, trygge og kunnskapsbaserte tjenester. En mer hensiktsmessig organisering av kompetansesentrene i kommunene vil, sammen med nasjonale kompetanse-tjenester og kompetansenettverk i spesialisthelsetjenesten, være viktige for å bygge opp, spre og implementere kunnskap og kompetanse. Implementering av forskningsbasert kunnskap er en kjent utfordring, og regjeringen vil stimulere til mer implementeringsforskning gjennom Forskningsrådet. Regjeringen har varslet i Prop. 1 S (2023–2024) at den vil bidra til å etablere Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) og satsing i Forskningsrådet på forsknings- og utviklingsprosjekter rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester.

God ledelse er avgjørende for å lykkes i arbeidet med en god, trygg og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste. Ledelsen har ansvaret for å organisere og planlegge virksomheten slik at fagfolkene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Dette krever at ledere har nødvendig kompetanse. Regjeringen vil styrke den formelle lederkompetansen i særlig den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tilgjengeliggjøre verktøy for ledere.

Boks 6.2 Mål og indikatorer

Mål én: Trygt å melde

Mål to: Færre pasientskader

Indikatorer: Melding av uønskede hendelser, kartlegging av pasientskader gjennom journalgranskninger (som Global Trigger Tool (GTT)) samt kvalitetsindikatorer er viktige for å kunne si noe om status og sette mål knyttet til ulike forhold av betydning for pasientsikkerhet (infeksjoner, legemidler osv.). Nasjonale medisinske kvalitetsregistre kan vise resultat og komplikasjonsrate på utvalgte behandlingsmåter som kan følges opp. Det finnes validerte skjema for kartlegging av pasientsikkerhetskultur i helse- og omsorgstjenesten som kan fungere som grunnlag for indikatorer for målene. I spesialisthelsetjenesten kartlegges arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur årlig gjennom undersøkelsen ForBedring.

6.1 Oppfølging av Varselutvalget

Regjeringen oppnevnte i april 2022 Varselutvalget for å vurdere varselordningene til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon i helse- og omsorgstjenesten (Ukom). Utvalget har enstemmig foreslått at det man i dag kjenner som varselordningene, endrer navn til meldeordning. Utvalget mener at dagens varselordninger ikke i tilstrekkelig grad bidrar til bedre kvalitet og pasient- og brukersikkerhet i hele helse- og omsorgstjenesten, og at formålet med en meldeordning i større grad enn i dag må være å bidra til læring og forbedring. Regjeringen støtter dette og mener derfor at navnet bør endres fra varselordning til meldeordning. Regjeringen vil utrede de øvrige forslagene til Varselutvalget og tar sikte på å sende et høringsnotat med forslag til lovendringer på høring i løpet av 2024.

6.2 Hva er god kvalitet og pasient- og brukersikkerhet?

Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre og gir pasienter og brukere innflytelse. De er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt, jf. veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Kjennetegnene er ikke gjensidig utelukkende, men påvirker hverandre. For at pasienter og bruker skal få best mulig hjelp, må tjenestene være kunnskapsbaserte. Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta faglige avgjørelser basert på forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap og pasientens- og brukers egen kunnskap. For å sikre virkningsfulle tiltak er det behov for ny forskning, systematiske oversikter over eksisterende forskning, og implementering av resultater i praksis. At tjenestene skal være virkningsfulle betyr også at eksisterende tilbud der det er tvil om nytte og effekt, må revurderes og eventuelt utfases.

God kvalitet er også å utnytte ressursene i helse- og omsorgstjenesten på en slik måte at pasienten, brukeren og samfunnet får størst mulig helsegevinst. God ressursutnyttelse innebærer planlegging, slik at det kan tilbys gode, trygge og riktige tjenester til riktig tid og på riktig sted. Det må derfor rettes oppmerksomhet både på over- og underforbruk, spesielt med tanke på personellknapphet og større andel eldre i befolkningen med et økt behov for helse- og omsorgstjenester. Involvering er sentralt både for å få virkningsfulle tjenester, god samhandling og å forebygge skader.

Involvering av pasienter, brukere og pårørende omfatter blant annet helsekompetanse, samvalg, brukermedvirkning og brukeropplevelse. Pasient- og brukersikkerhet handler både om å forbedre egen praksis gjennom å ta i bruk eksisterende kunnskap, men også om å lære av uønskede hendelser og det som går bra gjennom hendelsesanalyser og systematisk kvalitetsforbedring. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten står sentralt i det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

6.3 Visjon og mål for bedre pasient- og brukersikkerhet

Pasient- og brukersikkerhet defineres som «vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestenes tjenester eller mangel på ytelse».¹ Pasientskader som kunne vært forebygget er kostbart for tjenestene, samfunnet, pasienter, pårørende og personell i form av penger, tillit og belastning.

I høyinntektsland anslår OECD at om lag ti prosent av pasienter i sykehus skades. Andel pasientskader i somatisk døgnbehandling i Norge har vært relativt stabilt mellom 12–14 prosent på nasjonalt nivå fra 2012 til 2022.² Omfanget er omtrent på samme nivå som i Sverige, som i likhet med Norge har nasjonal kartlegging av pasientskader med utgangspunkt i journalgranskningsmetoden Global Trigger Tool (GTT). GTT skiller ikke mellom skader som kunne vært unngått eller ikke, men det antas at om lag halvparten kunne vært unngått. Tall fra OECD viser at den direkte kostnaden ved pasientskader utgjør 13 prosent av OECD-landenes helseutgifter, hvorav 8,7 prosent av helseutgiftene anslås å være relatert til skader som kunne vært forebygget og unngått. I tillegg kommer de indirekte økonomiske og sosiale kostnadene for samfunnet og den enkelte.³ Norge er på tredjeplass i oversikten over OECD-land som har på plass sentrale elementer for bedre pasientsikkerhet⁴, men ligger på OECD-gjennomsnittet i internasjonale kvalitetsindikatorer på pasientsikkerhet.⁵ Mye av arbeidet med pasientsikkerhet

både internasjonalt og i Norge har sitt utspring i spesialisthelsetjenesten, til tross for at internasjonale studier viser at 25–50 prosent av pasientskadene oppstår i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.⁶

Regjeringen lanserer i denne meldingen en ny visjon for pasient- og brukersikkerhet med tre tilhørende mål. Helse- og omsorgstjenestene er komplekse, og det er ikke mulig å eliminere all tenkelig risiko som kan føre til skade. Samtidig er det en kjensgjerning at mange skader skjer til tross for at det foreligger kunnskap om hvordan skadene kan forebygges og unngås. I tillegg kan nye skader unngås ved tidlig å fange opp risikofaktorer og lære av tidligere hendelser. Visjonen er derfor at «Helse- og omsorgstjenesten forhindrer pasientskader som kan forebygges og fanger tidlig opp nye risikofaktorer». Visjonen er ambisiøs fordi en skal unngå kjente pasientskader og risikofaktorer hvor det foreligger kunnskap om hvordan de kan unngås. Samtidig tar den inn over seg at pasientsikkerhet er et systematisk og dynamisk arbeid som aldri tar slutt. Å avdekke risikofaktorer tidlig er viktig i alle faser av et pasientforløp, ikke minst for å forebygge framtidige hendelser. Endringer i behandling, organisering og bruk av ny teknologi kan bidra til å eliminere skader, men kan også skape nye risikoområder som kan føre til pasientskader. Visjonen skal motvirke bruk av påregnelig risiko og komplikasjon som begrunnelse for ikke å lete etter forbedringspunkter i hendelser som har eller kunne ha ført til skade på en pasient eller bruker.

Regjeringen lanserer tre mål for arbeidet med pasient- og brukersikkerhet:

1. Færre pasientskader
2. Systematisk læring og forbedring – helse- og omsorgstjenestene har gode systemer for oppfølging og læring av uønskede hendelser og av god praksis
3. Trygt å melde – det oppleves trygt for ansatte i helse- og omsorgstjenesten å melde om både uønskede hendelser og forbedringspunkter

For å nå målet om færre pasientskader er det sentralt at ledere på ulike nivå har oversikt over uønskede hendelser og risikoområder, og at hendelsene følges opp på en systematisk måte som resulterer i at pasientsikkerheten faktisk forbedres. For å få ønsket oversikt er det avgjørende med åpenhet og trygghet hos fagfolkene for å melde.

¹ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Formål og virkeområde, Helsedirektoratet

² Pasientskader i Norge 2022 – Målt med Global Trigger Tool, Helsedirektoratet

³ The economics of patient safety – From analysis to action, OECD Health Working Paper No. 145

⁴ System governance towards improved patient safety, OECD Health Working Paper No. 120

⁵ Meld. St. 11 (2020–2021) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*

⁶ Karina Aase Pasientsikkerhet, Universitetsforlaget 2022

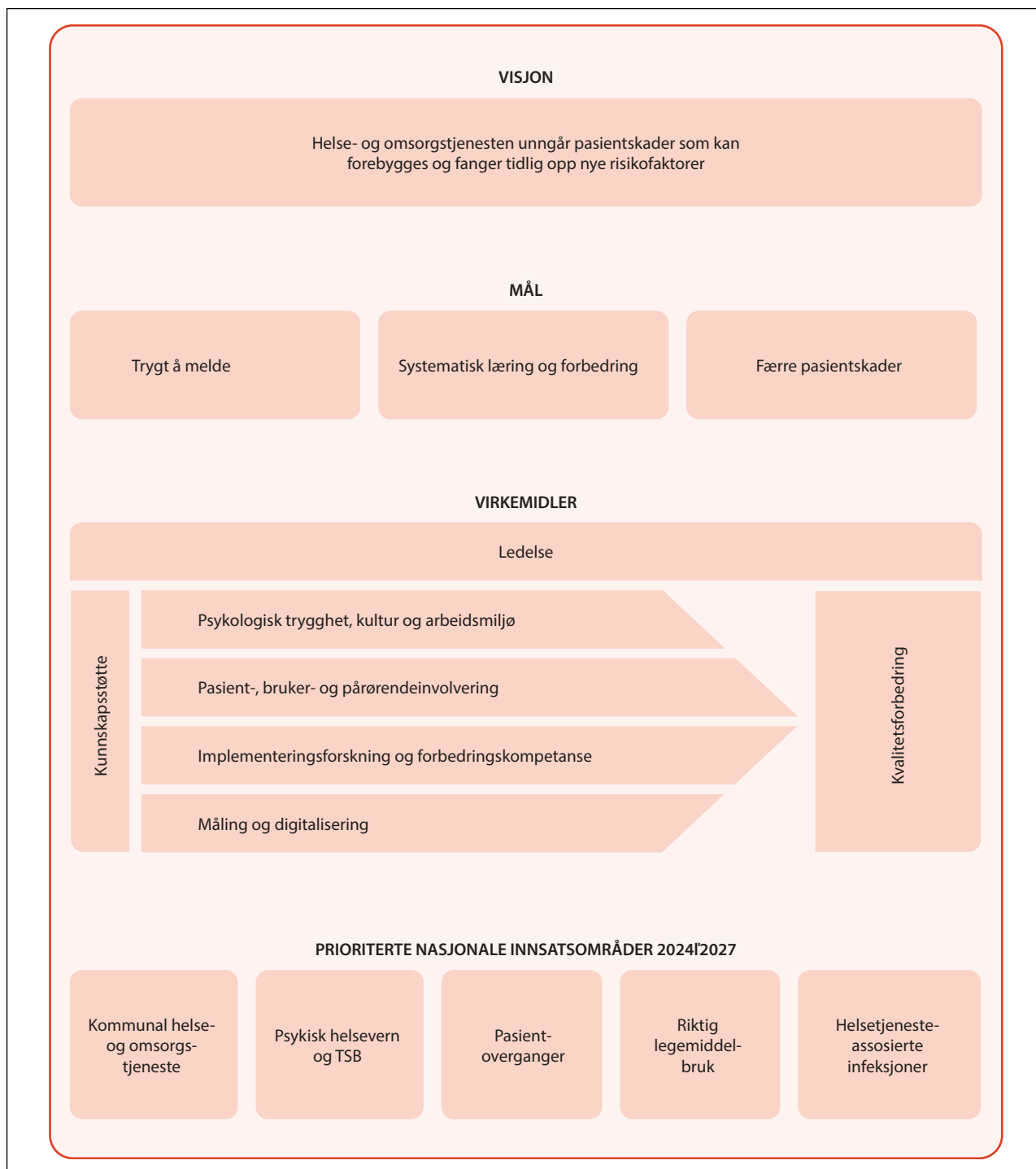
Det handler også om å bygge såkalte resiliente systemer og organisasjoner som håndterer risikofaktorer, og lærer av det som går bra.⁷ Målene er overordnede og må følges opp med konkrete delmål på ulike fagområder og risikoområder med utgangspunkt i utvalgte indikatorer og kartlegginger. Disse kan utformes nasjonalt, regionalt og

⁷ Å lære av det som går bra kalles for pasientsikkerhet 2, og supplerer pasientsikkerhet 1 som omhandler å lære av uønskede hendelser som har eller kunne ført til pasientskade.

lokalt, tilpasses spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste og endres over tid.

6.4 Nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet

Regjeringen vil fremme systematisk arbeid med pasient- og brukersikkerhet med utgangspunkt i det faglige rammeverket i figur 6.1. Rammeverket



Figur 6.1 Nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet

Boks 6.3 «Global Patient Safety Action Plan 2021–2030»

Pasientsikkerhet er en global utfordring. Norge har sluttet seg til World Health Assembly (WHA72) sin resolusjon om WHO's globale handlingsplan for pasientsikkerhet (Global action on patient safety), og den globale handlingsplanen WHO har utarbeidet som oppfølging av resolusjonen. Planen utgjør et rammeverk for nasjonale planer. Den består av sju strategiske områder med totalt 35 innsatsområder med tilhørende forslag til tiltak for nasjonale myndigheter, helsetjenesten og øvrige aktører.

Kilde: WHO (2021)

angir visjon, mål, virkemidler og nasjonale innsatsområder og gir hovedlinjer for arbeidet med pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenestene, forvaltningen og hos øvrige relevante aktører. Ved å ha et faglig rammeverk på nasjonalt nivå kan oppmerksomheten rettes mot oppfølging og implementering.

Visjon og mål i rammeverket er utledet fra krav i lov og forskrift. Tjenestene har et selvstendig ansvar for å prioritere tiltak innenfor virkemidlene og innsatsområdene i rammeverket som understøtter måloppnåelsen.

Rammeverket erstatter *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2023)*, men viderefører sentrale innsatsområder fra planen. Rammeverket bygger også på WHO's globale handlingsplan for pasientsikkerhet som Norge har forpliktet seg til.

Helsedirektoratet får hovedansvaret for nasjonal koordinering og oppfølging av rammeverket, i samarbeid med øvrig helseforvaltning gjennom et formalisert samarbeidsorgan. Samarbeidsorganet skal på egnet måte inkludere tjenesten og øvrige relevante interessenter og aktører som pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner, forskere, personell m.fl. Alle aktører har medansvar for å implementere rammeverket. Helsedirektoratet skal, sammen med samarbeidsorganet, utarbeide en årlig statusrapport med nasjonale nøkkeltall og kvalitetsindikatorer, korte omtaler av eksempler på dokumentert virkning på praksis, samt forslag til videre innsats for å realisere målene i rammeverket.

6.4.1 Virkemidler

Virkemidlene i rammeverket er ledelse, psykologisk trygghet, kultur og arbeidsmiljø, pasient-, bruker- og pårørendeinvolvering, implementeringsforskning, forbedringskompetanse og måling og digitalisering. Virkemidlene er kjent fra arbeidet med pasient- og brukersikkerhet og kvalitetsforbedring. Videreutvikling og godt samvirke mellom virkemidlene fra lokalt til nasjonalt nivå er viktig for å forebygge og redusere andel skader.

Ledelse

Ledelse er en av faktorene som tydeligst viser sammenhengen mellom hvordan pasientsikkerhetsarbeid prioriteres og hvilken struktur og kultur som finnes for dette arbeidet i en organisasjon.⁸ I WHO's strategiske mål om å utvikle virksomheter som forutser, forebygger og håndterer uønskede hendelser løftes tiltak knyttet til ledelse og kultur. Ledelse som fremmer pasientsikkerhetskultur og gode systemer for oppfølging, læring og forbedring er avgjørende for å oppnå bedre pasient- og brukersikkerhet. Ledelse er også sentralt for å bidra til at oppdatert kunnskap implementeres i praksis og fører til faktisk kvalitetsforbedring. Se også omtale i kapittel 5.

For å få til kvalitetsforbedring i praksis er det nødvendig med kompetanse og kunnskap om prinsipper innen pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring hos ledere. Mange ledere mangler formell lederkompetanse og støtteverktøy for å utøve god ledelse. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle en kort nettbasert lederutdanning etter modell av nettbasert lederutdanning for fastleger. Målgruppen er ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg skal Helsedirektoratet, i samarbeid med KS og andre relevante aktører, utarbeide en nettbasert oversikt over verktøy og kompetansetiltak for ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I spesialisthelsetjenesten er det bygget opp mye kompetanse om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, men det varierer hvordan denne kompetansen treffer ledere. Det er derfor også viktig at ledere er oppmerksomme på pasient- og brukersikkerhet i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene vil få i oppdrag å styrke kompetansen i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring hos ledere. Dette kan for eksempel gjøres ved å integrere opplæring om pasientsikkerhet og

⁸ Karina Aase Pasientsikkerhet, Universitetsforlaget 2022. Kap. 6

kvalitetsforbedring i etablerte lederopplæringsprogram i helseforetakene slik at alle ledere har et godt grunnlag og forståelse for kvalitetsforbedringsarbeidet lokalt.

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring som handler om hvordan ledere i helse- og omsorgstjenesten kan forstå og etterleve kravene i forskriften. Dagens veileder fra 2016 skal revideres i 2024 i tråd med endringer i lov- og regelverk og oppdatert kunnskap om ledelse, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Veilederen skal blant annet tydeliggjøre kommunens ansvar for allmennlegetjenesten, allmennlegers virksomhetsansvar og hvordan fastleger og øvrige allmennleger kan jobbe systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet.

Psykologisk trygghet, kultur og arbeidsmiljø

God pasient- og brukersikkerhet er avhengig av at fagfolkene føler seg trygge, både på egen kompetanse og i det fysiske og psykiske arbeidsmiljøet. Psykologisk trygghet handler i denne sammenhengen om et arbeidsmiljø med åpenhet og trygghet for å ytre seg og melde om risiko, uønskede hendelser og forbedringspunkter som grunnlag for læring og forbedring. Inkludert i dette ligger også åpenhet om det som er bra. I oppfølgingen av uønskede hendelser som har eller kunne ført til pasientskade, er det viktig at også fagfolkene blir godt ivaretatt fra ledelsens side, og med god kollegastøtte. Dette kan forhindre at fagfolk står igjen med vonde og ubearbeidede følelser som kan føre til utrygghet, som igjen kan påvirke pasientsikkerheten. God oppfølging av personell har også vist seg å være viktig for å forebygge utbrenthet.

Melde- og varselordninger gir innblikk i risikoområder og omfang av pasientskader, som grunnlag for læring og forbedring. Effekten av pasientsikkerhetstiltakene avhenger imidlertid av at hendelser faktisk blir meldt og hvordan de blir fulgt opp. Det er en kjent underrapportering av uønskede hendelser⁹ og det er mange faktorer som påvirker dette.¹⁰ Virksomhetens tilbakemeldingskultur mellom ledelse og ansatte er avgjørende for muligheten til å utvikle en god sikkerhetskultur som fremmer åpenhet og læring, samt arbeidsmiljø og trivsel hos dem som jobber i tjenestene. Det handler også om å være åpen overfor pasien-

⁹ NPE (2023) Helsepersonell varslet om fire av ti feilbehandlinger på sykehus.

¹⁰ UKOM (2023) Meldekultur og læring av uønskede hendelser.

Boks 6.4 Gjør kloke valg

I 2018 tok Legeforeningen initiativ til å starte kampanjen *Gjør kloke valg*, basert på den internasjonale kampanjen *Choosing Wisely*. Hensikten er å redusere overbehandling og overdiagnostikk i helse- og omsorgstjenesten. Mange undersøkelser og behandlinger er ikke bare unødvendige, men kan også være skadelige for pasientene. Senere har flere fag- og profesjonsorganisasjoner inngått samarbeid med kampanjen. Fagfolk kommer fram til anbefalinger om prosedyrer og behandling som, basert på fagkunnskap, bør unngås. Dette kan andre fagfolk kan bruke i sin kliniske hverdag. På hjemmesiden til *Gjør kloke valg* finnes anbefalinger til personell om prosedyrer og behandling som bør unngås, og råd til pasienter om prøver, tester, prosedyrer og undersøkelser som ikke alltid er nødvendige, og om plager som ikke alltid skal behandles.

ter og pårørende, og å ivareta ansatte som er involvert i uønskede hendelser eller utsatt for vold og trusler.

Boks 6.5 #Råbra

#Råbra er et eksempel på tiltak som er satt i gang for å få fram og lære av det som er bra for kvalitet og pasientsikkerhet. #Råbra er et avvikssystem med positivt fortegn, som går ut på å samle inn tilbakemeldinger om godt arbeid og godt medarbeiderskap for så å systematisere og analysere disse for å lære og bli inspirert. #Råbra kan bidra positivt i kulturbygging gjennom å løfte fram alle de gode hendelsene som skjer i helsetjenesten hver dag. Ved å lære av det som går bra, kan #Råbra bidra til økt motstandsdyktighet mot uønskede hendelser. #Råbra startet opp ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) etter inspirasjon fra Learning From Excellence, med et lignende prosjekt som hadde oppstart i Birmingham i England.

Boks 6.6 Resiliens i helsetjenesten

Resiliens i helsetjenesten handler om å lære av det som går godt. Denne tilnærmingen bygger på tanken om at en på tross av stadige utfordringer og endringer som økt arbeidsbelastning, tidspress, økt pasientvolum, statlige reformer osv. veldig ofte klarer å opprettholde tjenester av høy kvalitet. Dette fordi tjenesten har evne til å tilpasse seg de omstendighetene en er i, og dermed ofte unngår uønskede hendelser. SHARE – senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten har utarbeidet et forskningsbasert læringsverktøy for å fremme resiliens i helsetjenesten (RiH). RiH-huskelisten består av tre enkle spørsmål som kan brukes i arbeidshverdagen til å reflektere over hva som gikk bra og hvorfor.

Kilde: <https://rih.uis.no/>

Pasient-, bruker- og pårørendeinvolvering

WHO løfter samarbeid med pasienter, brukere og pårørende som det kanskje mest kraftfulle virkemiddelet for å gjøre tjenestene sikre og trygge. Norge har ulike strukturer og arenaer på ulike nivåer for brukermedvirkning. Både tjenester og myndighetsorganer mottar og samler erfaringer med helse- og omsorgstjenesten og meldinger og varsler om uønskede hendelser. Samtidig bør pasient-, bruker- og pårørendeinvolvering og bruk av deres erfaringer styrkes både lokalt, regionalt og nasjonalt i arbeidet med bedre pasient- og brukersikkerhet.

Pårørende og brukerundersøkelser gir verdifull kunnskap om hvordan det oppleves å være pårørende, pasient og bruker, hvilke behov og utfordringer de har og hvordan de opplever å bli møtt av helse- og omsorgstjenestene. Undersøkelsene må være representative og favne alle grupper av befolkningen, inkludert de med lav helsekompetanse. Det er behov for flere systematiske undersøkelser med systematisk oppfølging av resultatene, særlig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil derfor legge til rette for både å gjennomføre systematiske brukerfaringundersøkelser i kommunale helse- og omsorgstjenester og å utrede ut modeller for systematisk oppfølging av lokale og nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser. Arbeidet blir sett i sammenheng med og inngår i utviklingen av nye kvalitetsindikatorer.

Implementeringsforskning og forbedringskompetanse

Implementering handler om å sette i verk eller integrere ny praksis i en konkret situasjon. Forbedringskompetanse handler om å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut og justere inntil et tiltak blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Erfaring viser at både implementering og forbedring er krevende. Det kan gi utslag i at nasjonale faglige retningslinjer ikke brukes og at det tar lang tid fra kunnskapen dannes til den tas i bruk. Mange pasientskader skjer til tross for at det foreligger kunnskap om hvordan de kan forebygges og unngås. Ifølge flere studier som ble lagt fram på Global Ministerial Patient Safety Summit 2023 er tilpasning av for eksempel sjekklister og standarder til den lokale konteksten avgjørende for å få til faktisk implementering og forbedring, og at det er behov for et sett av tiltak.¹¹ I tillegg er det avgjørende for en vellykket implementering og videre spredning av et tiltak å dokumentere og evaluere om tiltakene gir den ønskede kvalitetsforbedringen, og om forbedringen vedvarer.

Implementeringsforskning er en relativt ny, men aktuell tilnærming i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Virkemiddelet inngår i rammeverket fordi det kan bidra til økt forståelse av betydningen av lokale forhold og barrierer for arbeidet med å omsette gode tiltak innenfor pasientsikkerhet til ny og forbedret praksis. Det er behov for økt kunnskap om systematisk opptak av resultater fra klinisk forskning og annen evidensbasert praksis på dette feltet, men også i et bredere perspektiv. Implementeringsforskning er også relevant for arbeid med kvalitetsforbedring og kunnskapsbasert praksis utover pasient- og brukersikkerhet og er nærmere omtalt i avsnitt 6.5.3.

Måling og digitalisering

Kunnskap om status på kvalitet og pasientsikkerhet og avdekking av risikoområder er avgjørende for å vite hvor det er behov for forbedringstiltak, og for å kunne vite om tiltak faktisk fører til forbedring. WHO løfter betydningen av ordninger som sikrer at uønskede hendelser meldes, og at kunnskap fra ulike kilder sammenstilles for å forebygge skader som kan unngås. Digitale verktøy og løsninger er virkemidler som skal bidra til at

¹¹ The 5th Global Ministerial Summit on Patient Safety, <https://pss2023.ch/outcome/>

kvantitative data raskt og enkelt kan bli tilgjengelige for beslutningstakere og fagfolk.

Norge har en rekke kilder til informasjon om kvalitet og status på pasient- og brukersikkerhet både nasjonalt og lokalt. Det omfatter blant annet melde- og varselordninger, kvalitetsindikatorer, kartlegginger, tilsynsrapporter, undersøkelser gjennomført av Statens undersøkelseskomisjon, erfaringer fra pasient- og brukerombudene og erstatningssaker i Norsk pasientskadeerstatning. Dette utgjør likevel ikke et godt nok kunnskapsgrunnlag for å vurdere omfanget av pasientskader på mange områder. Det er også utfordringer med å tilgjengeliggjøre og sammenstille tilgjengelig kunnskap.

Det er et stort behov lokalt og nasjonalt for å utvikle, sammenstille og utnytte kunnskapen til faktisk forbedring og læring på tvers av tjenester. Det er behov for å samordne og utvikle mål og indikatorer på pasientsikkerhetsområdet, samt bedre tilgang til relevante data lokalt, regionalt og nasjonalt. Oppfølging av Varselutvalgets forslag om ny meldeordning, bedre nasjonal samordning og årlig statusrapport for pasient- og brukersikkerhet kan bidra til å sette nasjonale mål, videreutvikle og utnytte potensialet i ulike kilder til læring og forbedring av pasientsikkerheten. Samtidig er det viktig å sette konkrete delmål lokalt for å forbedre pasientsikkerheten på kjente risikoområder og/eller med utgangspunkt i nasjonale, regionale og lokale kvalitetsindikatorer.

6.4.2 Prioriterte nasjonale innsatsområder 2024–2028

Rammeverket har fem prioriterte nasjonale innsatsområder. To av disse, kommunal helse- og omsorgstjeneste og psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), er rettet mot spesifikke områder av tjenesten hvor det er særlig behov for å styrke det systematiske arbeidet med pasient- og brukersikkerhet og kvalitetsforbe-

Boks 6.7 PaRIS

OECD har tatt initiativ til en omfattende undersøkelse om pasientrapporterte indikatorer kalt PaRIS. En rekke OECD-land, inkludert Norge, samarbeider om å utvikle og implementere indikatorer som skal måle resultat av og erfaringer med bruk av helsetjenester.

Boks 6.8 Melding av uønskede hendelser

Det foreligger flere melde- og varselordninger for uønskede hendelser i både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Lokale meldeordninger er forankret i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, og er en viktig kilde til å avdekke og håndtere risikoområder. Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP) brukes i spesialisthelsetjenesten for å klassifisere meldte hendelser i helseforetakene. Helse- og omsorgstjenesten har flere lovpålagte melde- og varselplikter til eksterne aktører om ulike typer uønskede hendelser. Det er etablert en felles meldeportal på *melde.no* til å melde slike hendelser. Pasienter og pårørende kan melde hendelser via *helsenorge*.

dring. Innsatsområdene støtter blant annet opp under Bo trygt hjemme-reformen, arbeidet på allmennefeltet, Opptrappingsplan psykisk helse og den kommende forebygging- og behandlingsreformen på rusfeltet. Tre av de nasjonale innsatsområdene er rettet mot områder med kjent høy risiko for skader, nemlig legemiddelbruk, helse-tjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og pasientoverganger. Valg av innsatsområder er ikke gjensidig utelukkende, og for tjenestene gjelder det uansett å konsentrere innsatsen der det er avdekket risiko og forbedringsbehov. Dette vil variere lokalt.

Pasient- og brukersikkerhet i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har samme lovkrav om å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Trygge kommunale helse- og omsorgstjenester er nødvendige for tilliten og bærekraften i tjenesten. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må derfor vies større plass i pasientsikkerhetsarbeidet. Både undersøkelser og medieoppslag viser at det er stort rom for forbedring i tjenestene. Det er mangel på data, verktøy, prosedyrer, tid, kunnskap og kompetanse for og om arbeid med pasient- og brukersikkerhet. Kommunene står overfor en situasjon med blant annet personellmangel og endret kompetansebehov og flere pasienter og brukere med større og mer sammensatte behov. For å lykkes med å

håndtere disse utfordringene kreves det blant annet at kommunene jobber systematisk med pasient- og brukersikkerhet. Blant annet viser evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 at det drives lite systematisk kvalitetsarbeid ved legekontorene. Det er behov for systematisk kunnskapsstøtte til kommunene og mer forskning i, på og om kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert forskningsinfrastruktur. For å rekruttere og beholde personell er det også viktig at kommunene kan tilby arbeidssteder der det satses på faglig kvalitet og kompetanse. Både kommunene og sentrale helsemyndigheter har lite kunnskap om kvaliteten på kommunale tjenester, og det finnes for få kvalitetsindikatorer. Det må derfor legges til rette for å innhente data og å utvikle kvalitetsindikatorer. For å bidra til kvalitetsforbedring i omsorgstjenestene skal blant annet Trygghetsstandard-verktøyet videreutvikles til også å kunne brukes i hjemmetjenesten, i tillegg til sykehjem. Verktøyet skal fortsatt implementeres slik at flest mulig kommuner tar det i bruk.

Pasientsikkerhet i psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling (TSB)

Det foregår mye godt arbeid for å styrke kvalitet og pasientsikkerhet også innen psykisk helsevern og TSB, men det er behov for forbedring. Psykisk helsevern og TSB er i tillegg områder hvor det er utfordrende å rekruttere fagfolk, og der noen ansatte kan være ekstra utsatt for vold og trusler. Helsetilsynet og pasient- og brukerombudene har avdekket svikt i oppfølging og behandling av pasienter innenfor psykisk helsevern og TSB, der de med samtidig rusmiddellidelse og psykisk og/eller somatisk lidelse er særlig utsatt for mangel på helsehjelp.

Ekspertutvalget for tematisk organisering av psykisk helsevern har pekt på behov for et mer sammenhengende system for å sikre kontinuerlig kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet, fagutvikling og innovasjon i psykisk helsevern.

Oppfølgingen av innsatsområdet i rammeverket skal sees i sammenheng med oppfølging av Opptappingsplan for psykisk helse, rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern og den kommende forebyggings- og behandlingsreformen på rusfeltet. Psykisk helse og rus i kommunen dekkes gjennom innsatsområdet kommunale helse- og omsorgstjenester.

Riktig bruk av legemidler

Helsedirektoratet skal utarbeide, følge opp og koordinere en gjennomføringsplan for riktig legemiddelbruk med status, mål og prioriterte tiltak for å få færre legemiddelrelaterte pasientskader. Legemiddelrelaterte pasientskader er den hyppigste årsaken til skader i norske sykehus til tross for at det pågår en rekke tiltak for å fremme riktig legemiddelbruk. Omfanget av legemiddelrelaterte skader i den kommune helse- og omsorgstjenesten er ikke kjent, men forskning viser at fem til ti prosent av alle sykehusinnleggelseser er forårsaket av uhenksmessig legemiddelbruk.¹² Uhenksmessig og feil legemiddelbruk skjer i alle ledd i prosessen fra forskrivning, tilrettelegging, utdeling og faktisk bruk, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er behov for en mer samordnet og målrettet innsats for å fremme riktig legemiddelbruk. Digitalisering er et viktig virkemiddel for å bidra til trygg og effektiv bruk av legemidler, men må sees i sammenheng med øvrige tiltak og virkemidler på pasientsikkerhetsområdet. Sentrale digitaliseringstiltak som pasientens legemiddelliste, strukturert legemiddelinformasjon (FEST og SAFEST), elektronisk legemiddelkurve, legemiddelregister m.fl. har alle bedre pasientsikkerhet som ett av sine formål.

Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI)

Regjeringen vil oppdatere både nasjonal strategi mot antibiotikaresistens og handlingsplan for et bedre smittevern med mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI). Dette er en viktig del av arbeid for bedre pasientsikkerhet og inngår derfor i rammeverket. De fleste infeksjoner forårsaket av antibiotikaresistente bakterier som er behandlet i Norge, er assosiert med kontakt med helse- og omsorgstjenesten. Forebygging av HAI kan både redusere byrden av infeksjoner generelt, men også antimikrobiell resistens (AMR) og dermed redusere belastningen på helse- og omsorgstjenesten.

Pasientoverganger

Pasientoverganger er overganger innad i virksomheter og mellom tjenestenivåer. Det handler både

¹² Nymoen, L.D., Björk, M., Flatebø, T.E. et al. Drug-related emergency department visits: prevalence and risk factors. *Intern Emerg Med* 17, 1453–1462 (2022).

om fysisk forflytting av pasienter, overføring av informasjon og samhandling. Pasientoverganger er et sårbart punkt i pasientforløp, og ble identifisert som en gjennomgående utfordring for pasientsikkerheten i de årlige statusmeldingene til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet. Både nasjonal og internasjonal forskning bekrefter dette og risikoen øker med antall overganger.¹³ Manglende planlegging, kommunikasjon, svikt i informasjonsflyt, mangler i legemiddellister og uklart oppfølgingsansvar er velkjente risikofaktorer. Utskrivningsprosessen fra sykehus er et risikoområde, spesielt for pasienter som skal følges videre opp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og hvor det eventuelt også bes om kontrolltime hos fastlege innen kort tid. Det er viktig at epikrise sendes ut raskt da kort epikrisetid øker muligheten til å få kontinuitet i behandlingen. Godt innhold i epikrisen kan bidra til god veiledning i det videre forløpet.

Pasienter og brukere med store og sammensatte behov og/eller manglende evne til å følge opp egne behov mottar tjenester fra mange ulike deler av helse- og omsorgstjenesten og er særlig avhengige av helhetlig og koordinert helsehjelp. Hvis koordineringen og samhandlingen svikter, vil ansvaret for oppfølgingen ofte havne hos pasienten eller brukeren selv, eller hos pårørende. Dette gir en tilleggsbelastning, og kan både føre til lavere kvalitet på behandlingen og forverring av tilstander som kunne vært forebygget eller behandlet.

Mange overganger øker risikoen for at viktig informasjon ikke kommer fram og til fragmentering av helsehjelpen. Utvikling og bruk av flytskjema, sjekklister og prosedyrer samt skriftlige avtaler og rutiner er viktige verktøy for å skape trygge pasientoverganger og å redusere risikoen for uønskede hendelser og nestenhendelser i overgangene. «Felles språk» i form av funksjonsvurderinger som brukes og forstås av begge tjenestenivåene kan være en mulighet. Det vises også til kapittel 4, som blant annet omhandler gode pasientforløp, koordineringsordninger og trygge overganger i helhetlige pasientforløp.

6.5 Kunnskapsstøtte

Beslutningene som tas i helse- og omsorgstjenesten må være kunnskapsbaserte, slik at de riktige tiltakene og initiativene tas i bruk, og mindre

effektive metoder fases ut. Praksisnær forskning, implementeringsforskning, kunnskapsutvikling og innovasjon er helt nødvendig for å utvikle bærekraftige og forsvarlige tjenester.

Det er over tid utviklet et kunnskapssystem for sykehusene. I dette inngår at sykehusene har forskning som en lovpålagt oppgave, samt systemer for å dokumentere og spre informasjon om aktiviteten. Videre inngår et øremerket, statlig tilskudd, som fungerer som et økonomisk bidrag til og insentiv for forskningen og det er etablert infrastrukturer, samarbeidsarenaer og nettverk, samt støttefunksjoner og lokale strukturer for tjeneste- og pasientnær forskning.

Det har vært en positiv utvikling i forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mengden forskning i, om og med de kommunale helse- og omsorgstjenestene står likevel ikke i forhold til kunnskapsbehovet i stadig mer komplekse kommunale tjenester. Det mangler også et helhetlig system for kunnskap, og det er utfordringer med å spre og implementere kunnskapen som utvikles, i alle deler av tjenestene.

6.5.1 Kunnskap om, i og med kommunale helse- og omsorgstjenester

Et sterkere kunnskapsgrunnlag vil bidra til bedre kommunal planlegging og utvikling, riktigere prioritering og at nye og gode løsninger i helse- og omsorgstjenesten tas i bruk og vil ikke minst være til støtte for fagfolkene i tjenestene. Økt omfang av god forskning som treffer kommunenes behov, vil styrke kvaliteten og bærekraften. Det er behov for et system for kunnskapsutvikling, innovasjon og forskning som er tettere koplet på praksis. Et tjenestenært kunnskapssystem består av ulike komponenter som inngår i kunnskapsproduksjon og -anvendelse. Slike komponenter kan være å identifisere kunnskapsbehov, utvikle kunnskap i samarbeid med tjenester, fagfolk og brukere og ha nødvendig infrastruktur for gjennomføring av studier.¹⁴ Det må legges til rette for virkemidler for å finansiere og evaluere forskning, tilgang til forskningsstøtte og for systematisk å gjennomgå og oppsummere kunnskapen som finnes for å legge til rette for gode overganger til implementering i tjenestene.¹⁵ Gjenkjennelige forskningsresultater kan enklere tas i bruk og spres, ved å legge til rette for implementering som er tilpasset den lokale konteksten. Dette vil også

¹³ Karina Aase. Pasientsikkerhet. Universitetsforlaget 2022. Kap. 9 Samhandling.

¹⁴ Et eksempel på slik infrastruktur er PraksisNett.

¹⁵ Se også avsnitt 6.6.3 om implementeringsforskning

styrke de lokale fagmiljøene og er avgjørende for å skape attraktive arbeidsplasser, noe som er viktig for kvaliteten i tjenestene. En viktig komponent i et slikt system er gode strukturer for strategisk samarbeid om forskningsbehov. Regjeringen har varslet i Prop. 1 S (2023–2024) at den vil bidra til å etablere Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). KSF skal bidra til å strukturere kommunens samarbeid om å identifisere forsknings- og kunnskapsbehov knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt bidra til spredning av forskningsresultater slik at de kan tas i bruk.

I Meld. St. 5 (2022–2023) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032* og Meld. St. 25 (2022–2023) *Fellesskap og meistring* *Bu Trygt heime* varsles det at regjeringen særlig vil prioritere forskning på, i og om den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen foreslår derfor en satsing i Forskningsrådet på forskning i, om og med kommunale helse- og omsorgstjenester.

I Prop. 1 S (2023–2024) ble det bevilget midler for å videreutvikle et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester, slik at kunnskapen som utvikles kan settes i system, spres og implementeres. Forslaget er en oppfølging av Meld. St. 5 (2022–2023) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032* der det varsles at regjeringen vil fortsette utviklingen av en forskningsinfrastruktur for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Mye av forskningen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har forankring i universitets- og høyskolesektoren, mens støttefunksjoner for kliniske studier ligger i spesialisthelsetjenesten. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier omtaler manglende tilgang til forskningsstøtte som et strukturelt problem og et hinder for å gjennomføre slike studier i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen har i oppdragsdokumentene for 2024 gitt de regionale helseforetakene i oppdrag, i samarbeid med kommunene og Folkehelseinstituttet, å vurdere behov for en ordning hvor forskningsstøttetjenesten i spesialisthelsetjenesten kan gjøres tilgjengelig for kliniske studier i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom brukerbetaling.

6.5.2 Bedre bruk av kompetansesentre, kompetansetjenester og nettverk

Det finnes i dag en rekke nasjonale og regionale kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Regjeringen er, som oppfølging av arbei-

det med gjennomgang av sentral helseforvaltning, i gang med å utrede en mer samlet organisering av kompetansesentrene for kommunale helse- og omsorgstjenester.¹⁶ En desentralisert struktur med kompetansetilbud nær tjenestene skal legges til grunn for arbeidet. Sykehusutvalgets forslag om et nasjonalt kompetansetilbud for samhandling vil bli vurdert i etterkant av dette arbeidet.

Kommunene mangler strukturer som kan understøtte strategisk innføring av kunnskapsbaserte tiltak og som kan bidra til å sikre kvaliteten i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er videre mange kommuner som melder at det er krevende å navigere i det store antallet av nasjonale veiledere og retningslinjer som er utviklet for helse- og omsorgstjenesten. Målet er at kompetansesentrene, gjennom en mer samlet organisering, i større grad enn i dag skal bidra som strategisk støttespiller inn mot kommunal sektor, blant annet gjennom å bidra til implementering av kunnskap og faglige retningslinjer. I spesialisthelsetjenesten har nasjonale kompetansetjenester som hovedformål å bygge opp og spre kompetanse innenfor sitt spesifiserte fagområde til en definert målgruppe i spesialisthelsetjenesten i en tidsavgrenset periode. Målet er å sikre likeverdig tilgang til kompetanseoppbygging og at kompetansen tas i bruk i hele landet. Selv om tjenestene og nettverkene er forankret i spesialisthelsetjenesten, skal de arbeide ut fra et helhetlig pasientforløp. Det er derfor aktuelt å samarbeide med sentre rettet mot kommunene.

Nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten er en del av systemet for nasjonale tjenester og er forankret i egen forskrift om nasjonale tjenester, med tilhørende veileder.¹⁷ Helse- og omsorgsdepartementet vil fra 2024 godkjenne nasjonale tjenester etter søknad fra de regionale helseforetakene som har ansvar for etablering og drift av nasjonale kompetansetjenester. En nasjonal kompetansetjeneste i spesialisthelsetjenesten etableres for en tidsavgrenset periode på fem år (funksjon opplæring) eller ti år (funksjon kompetanseoppbygging). Tidsavgrensning er forskriftsfestet for å sikre et dynamisk system som legger til rette for å etablere nye kompetansetjenester på områder hvor det er behov for kompetanse nasjo-

¹⁶ Se Mandat for gjennomføring av endringer i den sentrale helseforvaltningen – regjeringen.no for en oppstilling av sentrene som er omfattet av utredningen av en mer samlet organisering av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten

¹⁷ Nasjonale tjenester – regjeringen.no (<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonale-tjenester/id614574/>)

nalt. For å videreføre kompetansen nasjonalt og motvirke uønsket variasjon kan en kompetansetjeneste etter endt funksjonstid omorganiseres til et nasjonalt kvalitet- og kompetansenettverk eller annen form i regi av de regionale helseforetakene.

6.5.3 Implementeringsforskning

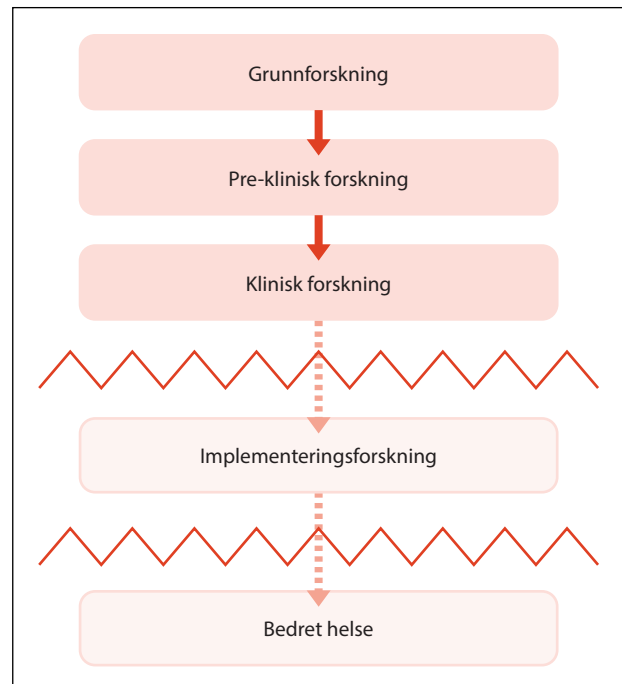
Regjeringen vil at klinisk forskning skal være en integrert del av all pasientbehandling og praksis, og at forskningsbasert kunnskap i større grad gjøres tilgjengelig og tas i bruk.¹⁸ I Hurdalsplattformen er det et mål om å styrke grunnlaget for kunnskapsbasert praksis i helse- og omsorgstjenestene. Helsepersonellkommissjonen anbefaler å legge til rette for tettere koblinger mellom forskning og praksis, og anbefaler et systematisk arbeid for å dele og implementere kunnskap og kompetanse. Betydningen av å implementere effektive tiltak innenfor folkehelseområdet er omtalt i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. Det har vært pekt på at det kan være utfordrende å implementere forskning og kunnskapsbasert praksis i kommunale helse- og omsorgstjenester, blant annet som følge av manglende implementeringskompetanse og tilstrekkelig kapasitet. Avstanden mellom forskning og praksis skyldes ulike forhold. For å møte denne utfordringen rettes det nå økt oppmerksomhet nasjonalt og internasjonalt på implementeringsforskning.¹⁹

Implementeringsforskning studerer hva som fremmer og hemmer overføring av resultater fra klinisk forskning og annen evidensbasert praksis til praktiske bruksområder. Verdien av praksisnær forskning reduseres uten en systematisk tilnærming til implementering og overføring av kunnskapen til praksis og system (se figur 6.2).

En forutsetning for implementering av et tiltak i bred skala er at det er utviklet nok kunnskap om nytteverdien av tiltaket gjennom blant annet kunnskapsoppsummeringer. Implementering er krevende, og det er ofte behov for endringer av atferd på individ-, organisatorisk- og systemnivå. Implementeringsforskning studerer ulike faktorer som kan påvirke systematisk opptak av resultater fra klinisk forskning og annen evidensbasert praksis,

¹⁸ Meld. St. 5 (2022–2023) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032; Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025*

¹⁹ For eks. WHO's 5th Global Ministerial Patient Safety Summit 2023 og innspillsmøte om behov for endringer i helseforskningsloven.



Figur 6.2 Brudd i kunnskapsbroene mellom forskning og praksis

med mål om å bedre kvaliteten på tjenestene. Det kan innebære studier av hva som påvirker personellens og organisasjonens atferd, av hvordan effektive tiltak kan skaleres opp og spres, eller hvordan implementering kan sikres effektivt over tid. Tiltak som implementeres bredt bør være kunnskapsbaserte, for å sikre effektiv bruk av ressurser og god kvalitet.

Boks 6.9 Nasjonalt nettverk for implementeringsforskning

Nasjonalt nettverk for implementeringsforskning (NIMP) ble etablert i 2019. Nettverket har som mål å samle forskere, praktikere, beslutningstakere og andre interesserte og dele forskningsbasert implementeringskunnskap. Gjennom tre delmål vil nettverket jobbe for å synliggjøre behovet for implementeringsforskning og bruk av forskningsbasert implementeringskunnskap, dele kunnskap, samt skape møteplasser om forskningsbasert implementeringskunnskap og legge til rette for nasjonalt og internasjonalt samarbeid.

Kilde: nimp.no

For å lykkes med implementering kreves ofte et sett av tiltak, og et nøkkelbegrep er strategier.²⁰ Dette inkluderer strategier for å spre resultater, prosessrelaterte strategier, strategier for å integrere kunnskap i praksis, strategier for å bygge kapasitet og for å skalere opp. Hva som fungerer i en sammenheng, fungerer ikke nødvendigvis i en annen. Derfor må tiltakene skreddersys ved at det utvikles en tiltakspakke basert på en analyse av hvilke faktorer som bidrar til å fremme eller hemme endringer. Tiltak vil være mer effektive dersom de rettes mot viktige påvirkningsfaktorer for praksis. Et annet nøkkelbegrep er derfor lokal tilpasning. En slik lokal tilpasning bør ikke innebære unødig ressursbruk.

I norsk sammenheng har feltet utviklet seg som følge av interessen for kunnskapsbasert praksis, der Norge har lange tradisjoner. Fagmil-

jøet for implementeringsforskning er imidlertid lite og fragmentert.

For å forbedre praksis og fremme iverksettelse av kunnskapsbaserte anbefalinger, er det et behov for å samle kompetanse om implementeringsforskning i Norge, og å utvikle og overføre metoder til tjenesten og helseforvaltningen. Etablerte nettverk bør inkludere relevante aktører og miljøer. I tillegg er det viktig at resultater fra forskning registreres og publiseres, også negative funn. Gode overganger til metodevurderinger og utfasing av metoder som ikke har tilstrekkelig effekt, vil være sentralt. Økt forståelse og kompetanse om praksisnær forskning gir bedre forutsetninger for overføring av forskningsresultater til praksis. Regjeringen ønsker at det legges til rette for lokal tilpasning og effektevaluering ved implementering og spredning av nye tiltak gjennom systematisk bruk av virkelighetsdata og implementeringsforskning. For å stimulere til flere studier innenfor implementeringsforskning vil regjeringen styrke formålet gjennom Forskningsrådet.

²⁰ For eksempel definerer National Institute of Health implementeringsforskning som «*the study of strategies to integrate evidence-based interventions into specific practices*».

7 En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

En god svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg er viktig for kvinners helse, for familien og for å gi barn en god start på livet. Svangerskaps-, føde- og barseltilbudet skal gi den enkelte kvinne god oppfølging, en trygg fødsel og et godt fødetilbud. Regjeringen vil videreføre et differensiert fødetilbud og vil styrke det desentraliserte tilbudet gjennom samarbeid mellom kommuner og sykehus. Regjeringen vil føre en politikk som bidrar til et godt og trygt føde- og barseltilbud i hele Norge. Regjeringen legger med dette fram sin politikk for et sammenhengende og helhetlig svangerskaps-, føde- og barseltilbud, som blant annet omfatter bemanning, følgetjeneste, heltidsstillinger og finansiering av fødselsomsorgen. Kapittelet presenterer regjeringens tre mål for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen:

- Kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden.

- Et bedre tilbud til gravide med behov for ekstra støtte og oppfølging.

- God bruk av personell og kompetanse.

Et sammenhengende og helhetlig tilbud innebærer blant annet god arbeidsdeling mellom helsestasjon, fastlege og spesialisthelsetjeneste. Likeverdige tjenester i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen innebærer likeverdighet ut fra behov og uavhengig av bosted og sosiale forhold. Det skal rettes oppmerksomhet på gravide med behov for ekstra støtte og oppfølging, som gravide med avhengighetsproblematikk, gravide som er utsatt eller står i fare for å bli utsatt for vold, gravide med psykiske plager og lidelser og gravide med innvandrerbakgrunn. God bruk av personell og deres kompetanse innebærer samarbeid mellom kommuner og mellom kommuner og sykehus, heltidsstillinger og mulighet for kombinerte stillinger mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten og sykehus. Boks 7.1 gir oversikt over mål og tiltak.

Boks 7.1 Regjeringen vil

Kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden gjennom følgende tiltak:

- Opprettholde dagens fødetilbud innenfor planperioden, gitt forsvarlig drift.
- Kvinner i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen inngår som en femte prioritert pasientgruppe i helsefelleskapene.
- Opprette et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Tilskuddsmidlene skal understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Midlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner.
- Innføre en finansieringsordning for fødselsomsorgen som legger til rette for faglig kvalitet, gjennom å redusere ISF-andelen.
- De regionale helseforetakene skal rapportere på hvordan ny retningslinje for fødselsomsorgen er

satt i verk, spesielt hvordan helseforetakene har fulgt opp anbefalingen om tilstedeværende jordmor i aktiv fase av fødselen.

- De regionale helseforetakene skal etablere rutiner for at mor kan henvende seg til barselavdelingen uten henvisning, den første uken etter utskrivning.
- De regionale helseforetakene skal foreslå tiltak for hvordan de mindre fødestedene kan utvikles og hvordan de ansatte kan få mengdetrening hvis det er få fødsler ved institusjonen.
- Etablere et digitalt helsekort for gravide.
- Evaluere og forbedre følgetjenesten for gravide.
- Tydeliggjøre retten til å ha andre til stede når det gis helse- omsorgstjenester, inkludert under konsultasjoner i svangerskap, under fødsel og i barseltiden.
- Gjennomføre undersøkelse om brukererfaringer i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

Boks 7.1 forts.

Likeverdige tjenester og et bedre tilbud til gravide med behov for ekstra støtte og oppfølging:

- Øke forskningen om gravide med minoritetsbakgrunn gjennom Nasjonalt forskningssenter for kvinnehelse.
- Videreutvikle doulaordningen for gravide med innvandrerbakgrunn.

God bruk av personell og kompetanse gjennom følgende tiltak:

- De regionale helseforetakene får i oppdrag å kartlegge muligheter og legge til rette for kombinerte stillinger i samarbeid mellom sykehus og kommuner.

Den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal være et attraktivt arbeidssted, også for dem som arbeider i svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen. Tilgang til tilstrekkelig med fagfolk med relevant kompetanse innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er en utfordring flere steder, både i distriktene og i sentrale strøk. Oppbyggingen av jordmorårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har ført til et bedre tilbud i kommunene, men fører til økt press på jordmorsressursene.

Regjeringen vil prioritere kvinnehelse som en del av arbeidet med å tilby befolkningen gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, og vil legge fram en egen strategi for kvinnehelse. Regjeringen vil også legge fram en stortingsmelding om sosial utjevning og sosial mobilitet (SUM), hvor blant annet foreldrestøtte og barnets første 1000 dager inngår. Betydningen av god psykisk helse under svangerskap og etter fødsel vil omtales i meldingen. Foreldrestøtte er tema i Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* og i Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028)*.

7.1 Status og utfordringer

Svangerskaps-, fødsels- og barseltilbudet i Norge gir gode resultater for mor og barn. Registrerte fødselsskader er redusert og det er trygt å føde. Resultatene skyldes i stor grad innsatsen til engasjerte og dyktige fagfolk. Disse gode resultatene må videreføres. Helsedirektoratet har publisert veiledere og retningslinjer for både fødselsomsorgen, barseltilbudet og for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i tillegg til nasjonale kvalitetsindikatorer for fødselsomsorgen.

Noen forhold er endret de siste årene. Kvinnene som føder er eldre, en større andel av fødende er født utenfor Norge og flere har kro-

niske sykdommer som f.eks. hjertesykdom eller fedme. Slike endringer medvirker til at flere fødser blir satt i gang, og at en økende andel kvinner forløses ved keisersnitt. Helsedirektoratet angir at disse forholdene er med på å forklare økt arbeidspress på fødeavdelingene, selv om fødselstallene går ned. Økt kunnskap blant de gravide og velstandsutviklingen generelt, gir høyere forventninger til fødetilbudet og tjenesten som ytes.

God svangerskapsomsorg bidrar til god psykisk og somatisk helse. Men noen opplever fødselsangst, barseldepresjon og andre psykiske helseutfordringer. Andre er psykisk sårbare før graviditet og hos noen kan sårbarheten være knyttet til at de har vært utsatt for vold og overgrep. Noen har utfordringer med rusmiddelbruk. Enkelte har problemer med å bli gravide eller opplever spontanaborter, og trenger oppfølging. Flere opplever også sykdom som blodpropp, svangerskapsforgiftning, diabetes, svangerskapskvalme eller helseplager som følge av fødselsrifter.

De siste tre årene er det gjennomført endringer som påvirker fødetilbudet. Etter at det ble vedtatt endringer i bioteknologiloven, får alle gravide tilbud om tidlig ultralyd i 11.–13. svangerskapsuke. Undersøkelsen er frivillig og gratis. Blodprøven NIPT (non invasiv prenatal test) tilbys gravide over 35 år og gravide med økt risiko for å ha foster med kromosomavvik. Tidlig ultralyd til alle og NIPT til gravide med økt risiko er viktige reformer i svangerskapsomsorgen. Gravide får tidlig informasjon om en del alvorlige tilstander og utviklingsavvik hos fosteret. Eggdonasjon er nå tillatt. Det samme er tilbudet om testing for sykdom i befruktete egg (PGT). PGT er et tilbud til kvinner eller par som har risiko for å få et barn med en alvorlig sykdom eller tilstand.

I svangerskapet og barseltiden er ansvaret for oppfølging delt mellom sykehus, helsestasjon og fastlege. Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at gjennomsnittlig liggetid på sykehus etter fødsel er noe redusert fra 2,8 dager i 2012 til 2,7 dager i

2022. Under koronapandemien var liggetiden 2,6 dager. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i kommunene er styrket. I perioden 2015–2022 økte antall årsverk totalt med om lag 2380 i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå. Dette inkluderer en økning på om lag 800 årsverk for helsesykepleiere og 290 årsverk for jordmødre¹, og har bidratt til en ønsket økning i hjemmebesøk av jordmor og av helsesykepleier etter fødsel.

Utfordringer

Det ble født 61 800 barn i Norge i 2009. Dette ga et samlet fruktbarhetstall (SFT) for kvinner på 1,98, noe som var blant de høyeste i Europa. Fruktbarheten har gått ned de siste årene. I 2022 ble det født 51 500 barn i Norge. SFT ble målt til 1,41 barn per kvinne i 2022. Dette er det laveste som noen gang er målt. Store demografiske endringer de nærmeste årene fører til behov for tiltak og riktige prioriteringer for å opprettholde høy faglig kvalitet i fødetilbudet i hele landet. Det blir flere gamle og færre unge, og større konkurranse om kvalifiserte fagpersoner i helse- og omsorgstjenesten. Det er konkurranse med privat helsetjeneste, og en del jordmødre har gått fra fødeavdeling til arbeid på helsestasjon. Endret fruktbarhet, endret bosetting og demografi gir færre fødsler, særlig i distriktene. Dette er utfordrende for å opprettholde den desentraliserte strukturen på fødetilbudet og gir behov for tiltak i hele landet for å utdanne, utvikle og beholde tilstrekkelig med jordmødre, helsesykepleiere, fagarbeidere med relevant kompetanse, blant annet helsefagarbeidere, barnepleiere og leger.

Brukerorganisasjonene etterlyser helhet og kontinuitet. Brukerne ønsker bedre oppfølging i barseltiden, plass til partner og ivaretagelse av psykisk helse. Dette krever bedre samarbeid mellom kommuner og sykehus.

7.2 Et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden

Regjeringens hovedmål er at kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden. Viktige innsatsområder er god arbeidsdeling mellom helsestasjon, fastlege og spesialisthelsetjeneste,

en god følgetjeneste, et desentralisert og trygt fødetilbud og en god barselomsorg.

7.2.1 En helhetlig svangerskapsoppfølging

Regjeringen ønsker å bygge videre på dagens organisering av svangerskapsomsorgen med mål om et mer helhetlig og sammenhengende tilbud i alle faser for den gravide og familien. En kunnskapsbasert svangerskapsomsorg har som mål å bidra til en helsefremmende livsstil og å redusere sykkelighet og barne- og mødredødelighet. De fleste gravide kvinner vil oppleve et svangerskap uten større helseplager og bære fram et friskt barn. Svangerskapsomsorgen omfatter både det forebyggende og det behandlende helsetjenestetilbudet. Det er en faglig anbefaling at gravide med et normalt svangerskap bør få tilbud om et basisprogram med ni konsultasjoner inkludert fosterdiagnostikk. Ved behov bør den gravide få tilbud om ekstra oppfølging utover basisprogrammet.

Fastleger ved legekantor og jordmødre ved helsestasjoner utgjør kjernepersonellet i oppfølgingen. Gravide kan velge om de ønsker konsultasjoner ved fastlegekantorene eller på helsestasjon hos jordmor eller en kombinasjon. I mange tilfeller samarbeider jordmor og fastlege, og eventuelt annet personell om oppfølgingen. For å legge til rette for en god og helhetlig oppfølging, er det nødvendig med god samhandling og samarbeid mellom fastlege, jordmor, sykehus og andre som følger opp den gravide.

De fleste gravide har også oppfølging i spesialisthelsetjenesten i form av f.eks. ultralydundersøkelse og eventuelt NIPT som en del av basisprogrammet. I noen tilfeller vil det være forhold hos mor eller barn som krever ytterligere oppfølging.

God informasjon og dialog om fødsel og barselstid inngår som en del av svangerskapsomsorgen. Gravide skal få kunnskapsbasert informasjon og kunne påvirke oppfølgingen i svangerskapet. Informasjonsbehovet kan være ulikt og informasjonen skal derfor tilrettelegges individuelt for å imøtekomme den gravide og familiens behov. Helsekort for gravide og retningslinje for svangerskapsomsorgen utfyller hverandre og bidrar til en helhetlig og sammenhengende svangerskapsomsorg.

Digitalt helsekort for gravide

Helsekortet er et sentralt verktøy for informasjonsflyt og kommunikasjon mellom den gravide og helsepersonell og mellom ulike deler av helse-

¹ Andre sykepleiere, leger, fysioterapeuter, støttepersonell mv. utgjør resterende årsverk.

tjenesten. I dag må gravide gå med et papirskjema gjennom svangerskapet som de skal ta med til jordmor, legebeseøk og på sykehuset. Med et digitalt helsekort vil informasjonen samles og deles på en sikker måte. Et digitalt helsekort for gravide vil forbedre oppfølgingen av den gravide og øke pasientsikkerheten. Digital registrering kan gi bedre kunnskapsgrunnlag og bedre datakvalitet som grunnlag for forskning. Forskningen kan frambringe ny kunnskap som kan gi enda bedre oppfølging og behandling i graviditet og fødsel. Gjennom Helseplattformens innbyggerportal, HelsaMi, tilbys innbyggere i Midt-Norge i dag et digitalt helsekort for gravide. Løsningen i Helse Midt-Norge vil imidlertid ikke bli tilgjengelig for resten av landet. Regjeringen vil i 2024 starte utprøving av et digitalt helsekort for gravide. Arbeidet skal gjennomføres trinnvis, bygge på allerede eksisterende løsninger som kjernejournal og Helsenorge og erfaringene med digitalt helsekort for gravide i HelsaMi. I første omgang skal det etableres en løsning som kan testes ut i et geografisk avgrenset område. Dette vil gi erfaring, for å forbedre og utvikle løsning i nært samarbeid med tjenesten.

Helsefremmende og forebyggende arbeid

Et sentralt mål for regjeringen er å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet for barn, unge og deres familier. Regjeringen har varslet en opptrappingsplan for helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Hurdalsplattformen. Opptrappingsplanen inngår som del av regjeringens helhetlige arbeid på feltet. Regjeringen har styrket helsestasjons- og skolehelsetjenesten både faglig og økonomisk gjennom økning av bevilgninger til tjenesten i både 2023 og 2024. Det ble i 2023 etablert et kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten ved Folkehelseinstituttet (FHI) for å styrke kompetansen i og om tjenesten. Kompetansemiljøet er lokalisert i Levanger.

Regjeringen vil vurdere tiltak for foreldrestøtte under og etter svangerskap, jf. Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptrappingsplan for psykisk helse 2023–2033*. Betegnelsen «1000 dager» brukes på den viktige perioden fra unnfangelse til barnet er to år, og omfatter blant annet psykisk helse hos mor under svangerskapet og det første året etter fødsel. Det er satt i gang arbeid for å legge til rette for en best mulig start i livet for alle barn, gjennom god ivaretagelse av både kommende og nybakte foreldre og deres barn. Det finnes en rekke ulike foreldrestøttende tiltak i kommunene. Tilbudet varierer ut fra behov og kompetanse i den enkelte

Boks 7.2 Veiledningsmateriell om forebygging og avdekking av vold og overgrep

«Stine Sofie foreldrepakke» skal hjelpe fagpersoner på sykehus og helsestasjoner til å snakke med foreldre om følelser mange holder for seg selv. Målet er at programmet skal styrke foreldrene, gi støtte og verktøy til å håndtere det som er krevende, og forebygge situasjoner som er utrygge og farlige for barnet.

«I trygge hender» er Landsgruppen av helsesykepleiere i Norsk sykepleierforbunds materiell som kan brukes på helsestasjon for å forebygge, avdekke og avverge vold. Materialet består av en animasjonsfilm og et veiledningshefte.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress har utarbeidet en veileder om helse- og omsorgstjenestenes arbeid med vold i nære relasjoner, der tegn på vold mot gravide omtales.

kommune. Helsestasjonen kan tilby universelle og individrettede foreldreveiledningsprogrammer. Hensikten er å fremme barnets utvikling og forebygge psykiske vansker hos barnet, gjennom å styrke foreldrenes mestring av omsorgsrollen.

Foreldrehverdag.no er en nettside driftet av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) som skal gi foreldre lett tilgang til rådgiving, hjelp og støtte. Bufdir forvalter også et spesialisert program særlig rettet mot førstegangsgravide. Sammen på vei – Nurse Family Partnership (tidligere *Familie for første gang*), er et spesialisert tilbud for sårbare familier i en vanskelig livssituasjon. Programmet er under utprøving fram til 2027, og målet er bl.a. å bedre helsen og utviklingen til barnet, styrke omsorgsevnen til foreldrene og forebygge omsorgsovertakelser, bidra til økonomisk selvstendighet og bidra til økt tillit til og kontakt med hjelpetjenesten.

Tematikken «1000 dager» inngår i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*, denne meldingen og i den kommende stortingsmeldingen om sosial mobilitet og utjevning, som til sammen vil vise regjeringens arbeid på området.

Det er viktig at tjenestene sørger for samarbeid og kontinuitet i tjenestetilbudet til de som har særskilte behov eller økt risiko for komplikasjoner

eller uheldige utfall. Dette kan være somatiske utfordringer eller psykisk uhelse, rusmiddelbruk, vold, funksjonsnedsettelse, språkutfordringer eller sosiale utfordringer. Helsestasjon, fastleger og spesialisthelsetjenesten bør fange opp slike behov tidlig for å tilpasse tilbudet, f.eks. med tett oppfølging og hjemmebesøk. Helse- og omsorgstjenestene har også en viktig rolle i å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt slik det framgår av formålet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten og i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og tannhelsetjenesteloven. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen har anbefalinger om å avdekke vold i nære relasjoner og kjønnslemlestelse hos gravide, jf. avsnitt 7.3.1

Reduksjon av sosial ulikhet i helse er et uttalt mål for regjeringen, og i mange tilfeller innebærer dette tverrsektoriell involvering og samarbeid, f.eks. av familievernkontoret, barneverntjenesten, NAV og helsetjenesten. Regjeringen har lagt fram en opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner. Regjeringen vil også legge fram en forebyggings- og behandlingsreform innen rusfeltet.

Regjeringen har styrket og vil videreutvikle fastlegeordningen. Målet er en bærekraftig allmennlegetjeneste som er godt innlemmet i øvrig helse- og omsorgstjeneste. Tjenesten skal legge til rette for tverrfaglighet med riktig bruk av kompetanse og oppgavedeling, kvalitet, innovasjon og som bidrar til mestring. Kontinuitet i relasjonen mellom fastlege og den gravide, fastlegens ofte inngående kjennskap til den gravides sykehistorikk og livssituasjon, og en fastlegeordning som samhandler godt med øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste, bidrar til et trygt svangerskapsforløp. Pasienttilpasset basistilskudd til fastlegene, som ble innført 1. mai 2023, gir høyere betaling for innbyggere med økt forventet bruk av fastlegetjenester, blant annet kvinner i fertil alder.

7.2.2 Følgetjeneste for gravide

En god følgetjeneste kan gi trygghet for gravide og fødende med lang reisevei til fødested. Regionale helseforetak har siden 2010 hatt ansvaret for følgetjenesten. Kravene til følgetjenesten er angitt i Helsedirektoratets retningslinje for fødselsomsorgen. Følgetjeneste omfatter døgnkontinuerlig vaktberedskap av jordmor eller lege og følge til fødeinstitusjon. Det utføres en kvalifisert faglig vurdering av om den gravide er i aktiv fødsel eller av andre årsaker har behov for følge. Det er lagt til grunn et behov for en døgnkontinuerlig vaktbe-

redskap og følgetjeneste der det er 90 minutters reisevei til fødested. Grensen baseres på reell reisetid og er avhengig av reiseavstand, kommunikasjonsforhold, vær og føreforhold og hvor langt fødselen er kommet.

Følgetjenesten er organisert i et samarbeid mellom helseforetak og kommune. Den praktiske gjennomføringen av tjenesten skjer enten ved at jordmødre ansatt i helseforetaket dekker tjenesten eller at helseforetakene kjøper tjenesten av kommunene. Prehospitale tjenester er også involvert i tilbudet. Transport til fødested med prehospitale tjenester og følge av jordmor benyttes av om lag 25 prosent av fødende som er omfattet av tilbudet.² Det varierer hvordan følgetjenesten er organisert i regionene. Noen har møtetjeneste, noen har kombinasjonsstillinger i sykehus og kommuner, mens andre har følgetjeneste som en del av arbeidet sitt i kommunehelsetjenesten.³ I samarbeidsavtalen om jordmortjenester omtales felles ansvar for tjenester i skjæringspunktet mellom sykehus og kommuner. I veileder for samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak framgår det at samarbeidsavtalen bør beskrive følgetjenesten og vaktberedskap for gravide.

Utfordringene i følgetjenesten handler om at samarbeidet mellom kommuner og helseforetak noen steder ikke fungerer godt nok og at det er begrenset tilgang på jordmødre. Det er utfordrende å rekruttere til små stillinger i kommuner med få fødsler. Begrenset jordmortilgang fører til at flere helseforetak har problemer med å rekruttere fast ansatte til fødeinstitusjoner og det er utfordrende å avse jordmødre til følgetjeneste. Det er vanskelig å beregne behovet for følgetjeneste og det finnes liten oversikt over hvordan beredskapen brukes og hvor ofte følgetjenesten benyttes.⁴

Helsedirektoratet har utredet konsekvensene ved å endre rett til følgetjeneste fra 90 minutter til 60 minutters reisevei fra hjemmet til fødeinstitusjon. Direktoratets vurdering er at det ikke er grunnlag for å endre grensen til 60 minutter. Bakgrunnen for dette er manglende dokumentasjon på om endringen reduserer uheldige utfall for mor og barn, et anslått behov for 49 flere jordmorårverk og økte kostnader på anslagsvis 60 mill. kroner. Tall fra Medisinsk fødselsregister viser at

² Menon Economics (2023). Følgetjeneste for fødende. Vurdering av betydning for ressursbruk og personell ved endret tidsbruk.

³ Helsedirektoratet (2023). Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei.

⁴ Helsedirektoratet (2023). Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei.

andelen ikke-planlagte fødsler utenfor institusjon har vært stabil på om lag 0,6 prosent. siden 1999. Den største andelen av de som føder før ankomst er de som bor nærmest, stort sett definert som reisevei under 30 minutter.⁵ Helsedirektoratet anbefaler på denne bakgrunn at den nåværende grensen på 90 minutter opprettholdes, og at det heller settes i verk tiltak for å forbedre den eksisterende tjenesten. Det handler bl.a. om bedre samarbeid mellom helseforetak og kommuner, styrke kompetansen til andre yrkesgrupper og vurdere alternative løsninger for kommuner med få gravide. Følgetjenesten for gravide er ikke blitt evaluert etter omleggingen av tjenesten i 2010. Helsedirektoratet anbefaler at det gjennomføres en nasjonal evaluering av følgetjenestetilbudet, der kvalitet, nytteeffekt og ressursbruk vurderes. Helseregionene har fått i oppdrag å gjennomføre en slik evaluering og forbedre kvaliteten i følgetjenesten.

⁵ Helsedirektoratet (2023). Konsekvensene av en anbefaling om følgetjeneste ved over en times reisevei.

7.2.3 Et faglig forsvarlig og desentralisert fødetilbud

Fødetilbudet er delt inn i tre nivåer: fødestuer, fødeavdeling og kvinneklinikk. De nasjonale kvalitetskravene til tjenesten er angitt i Helsedirektoratets retningslinje om fødselsomsorgen. Retningslinjen om fødselsomsorgen er revidert på bakgrunn av endringer i fødepopulasjonen og et nytt kunnskapsgrunnlag. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å rapportere på hvordan revidert retningslinje for fødselsomsorgen er satt i verk, herunder hvordan helseforetakene har fulgt opp anbefalingen om tilstedeværende jordmor i aktiv fase av fødsel.

Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016–2019* slo fast at regionale helseforetak og helseforetak skal sikre nærhet til fødetilbudet og en trygg tjeneste for fødende i regionen. Norge har et desentralisert fødetilbud, men synkende fødselstall og mangel på kvalifisert personell har ført til uro rundt fødetilbudet. De siste 15 årene har det vært en liten nedgang i fødeinstitusjoner. Det er særlig mindre fødeinstitusjoner

Boks 7.3 Om faglig forsvarlighet

Helse- og omsorgstjenester som tilbys skal være forsvarlige. I dette ligger det at kvaliteten på tjenestene skal ligge på et visst nivå. Forsvarlighetskravet gjelder på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten, både i offentlig og privat virksomhet. Kravet til forsvarlighet som rettes mot virksomheter omfatter en plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Forsvarlighetskravet følger av spesialisthelsetjenesteloven §2-2: «Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven, skal være forsvarlige». Bestemmelsen om at helsetjenesten skal være forsvarlig er en rettslig standard som beskriver hvilke krav tjenesten og det enkelte helsepersonell må oppfylle ut fra de gitte forutsetninger og hva som kan anses å være gjeldende praksis. Det konkrete innholdet i forsvarlighetskravet fastsettes på bakgrunn av omstendighetene i det enkelte tilfellet og eksisterende normer, f.eks. Helsedirektoratets faglige retningslinje om fødselsomsorgen, tilsynsmyndigheters avgjørelser mv. Kravet om for-

svarlighet innebærer også forsvarlig organisering av virksomheten. Det følger av helsepersonelloven §16: «Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter». Bestemmelsene om enkelte helsepersonells individuelle ansvar er beskrevet i helsepersonelloven § 4. Ledelsen har ansvaret for at driften er organisert på en måte som gjør det mulig for helsepersonellet å oppfylle plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Personalet må ha riktig kompetanse, ansvarsforhold må være avklart og forstått, og forsvarlige vaktordninger må være etablert.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Kilde: Prop. 112 L (2020–2021) *Endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven* og Helsedirektoratet (2017). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS-2620

som er nedlagt, oftest på grunn av lavt antall fødsler. Ved enkelte sykehus der fødeavdelingen er lagt ned, er det i stedet opprettet God start-enheter som omfatter oppfølging av gravide og barseltilbud etter fødsel. Det finnes God start-enheter ved Nordfjord sjukehus og Lærdal sykehus. Dette er et tilbud til mor og barn som ikke trenger medisinsk oppfølging.

Regjeringen vil at dagens fødetilbud opprettholdes innenfor planperioden, gitt forsvarlig drift. Samtidig er de fødende eldre, har flere helseutfordringer, og dette krever større beredskap for å kunne gi en god og forsvarlig fødselsomsorg. Få fødsler gir utfordringer med å gi jordmødre og annet personell tilstrekkelig mengdetrening. For de mindre fødestedene kan det derfor være nyttig at personellet hospiterer på fødeavdelinger med flere fødsler. Det må legges til rette for hospiteringsordninger der det er mulig. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å foreslå hvordan de mindre fødestedene kan utvikles og hvordan de ansatte kan få mengdetrening hvis det er få fødsler ved institusjonen.

Det er sesongvariasjoner når det gjelder fødsler og mange fødsler skjer om sommeren. Sommeravvikling forutsetter god bemanningsplanleg-

Boks 7.4 Min jordmor – samarbeid mellom Drammen kommune og Drammen sykehus

I prosjektet har den gravide samme jordmor under svangerskapet, fødselen og tiden etterpå. Modellen er internasjonalt kjent som Caseload midwifery, hvor den personlige relasjonen og kontinuitet mellom jordmor og den gravide er viktig. Erfaring og forskning viser at denne kontinuiteten vil gi en økt trygghet for kvinnene. Et team på fire jordmødre vil ha ansvar for om lag 150 gravide gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. De vil jobbe i en fire ukers turnus med beredskapsvakter hjemme og følger kvinnene inn på sykehuset når de skal føde. Hovedmål:

- Å tilby gravide en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg
- Ha et attraktivt fødetilbud for kvinner
- Beholde og rekruttere jordmødre til Drammen sykehus
- Økt samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten

Kilde: <https://innomed.no/prosjekt/min-jordmor-vestreviken-hd-drammen-sykehus>

ging. Enkelte steder er det nødvendig å stenge en fødeinstitusjon i perioder om sommeren slik at det er tilfredsstillende bemanning på resten. Helseforetakene må sørge for god informasjon til den gravide om hvordan de skal forholde seg når fødselen nærmer seg. Endringer i fødetilbudet, f.eks. ved midlertidig stengning om sommeren, innebærer lengre reise for noen gravide. Det forutsetter et godt samarbeid med prehospitaltjenester og en velfungerende følgetjeneste som skaper trygghet.

Planlagt hjemmefødsel har ikke vært en del av det offentlige tilbudet, men er tilbudt av privatpraktiserende jordmødre. Helsedirektoratet har i den nasjonale retningslinjen for fødselsomsorgen en anbefaling om at helseforetak kan gi tilbud om hjemmefødsel der forholdene ligger til rette for det. Det er ingen pasientrettighet å få tilbud om hjemmefødsel.

Tydeliggjøre retten til å ha andre til stede når det gis helse- og omsorgstjenester

Under koronapandemien måtte føde- og barselavdelingene innføre strenge smitteverntiltak. Muligheten for å ha ledsager til stede under kontroller og fødsel var begrenset. Mange opplevde dette som utfordrende. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor tydeliggjøre hvilke rettigheter kvinner som skal føde har til å ha med selvvalgt støtteperson. Departementet vil sende på høring et lovforslag om å foreslå endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, for å tydeliggjøre retten til å ha andre til stede når det gis helse- og omsorgstjenester, inkludert under konsultasjoner i svangerskap, under fødsel og i barseltiden. Forslaget følger også opp anmodningsvedtak hvor Stortinget ber regjeringen fremme forslag om å lovfeste retten til å ha med en støtteperson som mor velger, under svangerskap og i fødsel og i barsel.

7.2.4 Finansiering av fødselsomsorgen

Regjeringens mål er en finansieringsordning som understøtter gode tjenester i fødselsomsorgen. Den spesialiserte fødselsomsorgen omfattes av de ordinære finansieringsordningene fra staten til de regionale helseforetakene, dvs. en aktivitetsavhengig finansiering (ISF) og en basisbevilgning. Prehospitaltjenester (relevant for beredskap, transport og følgetjeneste av jordmor) er i helhet finansiert gjennom basisbevilgningene.

Det har vært stor oppmerksomhet om finansieringen av fødselsomsorgen. Bakgrunnen for det

Boks 7.5 Finansiering av fødselsomsorgen

Finansiering av spesialisthelsetjenesten, herunder fødselsomsorgen, er todelt og består av en aktivitetsavhengig del (ISF) og en basisbevilgning. Fordelingen av basisbevilgningen mellom regionene avhenger blant annet av befolkningsstørrelse- og sammensetning, helse og sosiale kriterier, mens ISF er avhengig av hvor mange og hva slags pasienter som får behandling. Refusjonene gjennom ISF reflekterer hva helsehjelpen koster, ikke hvordan den verdsettes. Fødsler med keisersnitt krever f.eks. mer ressurser enn en vaginal fødsel, og refusjonen sykehusene får for en fødsel med keisersnitt er derfor høyere.

er at fødselstallene har gått ned samtidig som kompleksiteten i fødepopulasjonen har økt. Innføring av tidlig ultralyd og NIPT har også ført til behov for økte ressurser gjennom flere kontroller og tettere oppfølging. I NOU 2023: 5 *Den store forskjellen* er det pekt på at den forebyggende innsatsen ikke belønnes tilstrekkelig i dagens finansieringssystem.

Helsedirektoratet har justert og utviklet ISF innen fødselsområdet for at ordningen skal gi et riktigere bilde av kompleksitet og ressursbruk for ulike typer fødsler og behandlingsforløp. Bl.a. er det innført nye DRG-er (diagnose-relaterte grupper) for fødende med svangerskapsforgiftning, hvor det ofte er lengre liggetid og mer kompliserte forløp. Helsedirektoratet jobber også med å vurdere forløpsfinansiering av den spesialiserte fødselsomsorgen, inkludert barseltiden. Den aktivitetsbaserte finansieringen vil da være knyttet til pasientforløp, ikke konkrete enkeltaktiviteter innad i forløpene. Dette vil kunne gi bedre oversikt over fødselsforløpene samlet sett.

De regionale helseforetakene og helseforetakene har ansvaret for at interne prioriteringer er innenfor de samlede rammene og i tråd med ønsket utvikling og krav til tjenestene. Det må vurderes opp mot andre behov i sykehusene. De regionale helseforetakene fikk i 2023 i oppdrag å gjennomgå finansieringen av fødselsomsorgen i egne helseforetak, og vurdere og sette i verk tiltak for å sikre at inntekts- og budsjettmodeller understøtter tjenesten på ønsket måte. Helseregionenes tilbakemelding er at inntekts- og budsjettprosessene understøtter fødselsomsorgen på en hensiktsmessig måte, og at det må være det enkelte

helseforetak som vurderer hvordan inntektene skal fordeles internt, blant annet på grunn av ulik organisering og håndtering av felleskostnader.

Fra 2023 ble andelen ISF redusert fra 50 til 40 prosent. Regjeringen vil redusere ISF-andelen ytterligere, til 30 prosent, fra 2025. Redusert ISF-andel er særlig blitt etterspurt innen fødselsomsorgen. Det vil legge til rette for økt faglig kvalitet i fødselsomsorgen.

7.2.5 En god og sammenhengende barselomsorg

Regjeringen ønsker en god og sammenhengende barselomsorg. Barselomsorgen er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det omfatter sykehus, helsestasjon, fastlege og eventuelt andre helse- og sosialfaglige tjenester. Barselperioden er definert som de første seks uker etter fødsel.⁶ Grunnlaget for en god barseltid, legges allerede i svangerskapet med kontinuitet i oppfølgingen og tidlig avdekking og avklaring av behov.

Gjennomsnittlig liggetid på sykehus etter fødsel er noe redusert fra 2012 og fram til i dag. Liggetiden varierer mellom sykehusene. I Helsedirektoratets nasjonale retningslinje for barselomsorgen er det anbefalt at sykehusopphold tilpasses kvinnen og den nyfødtes behov. Det er ikke satt en grense for hvor lenge barselomsorgen er spesialisthelsetjenestens ansvar. For mødre som ønsker og kan amme barnet sitt, kan kort liggetid innebære at kvinner reiser hjem før ammingen er kommet i gang. Mor kan derfor fortsatt ha behov for oppfølging etter utskrivning fra sykehus. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å etablere rutiner for at mor kan henvende seg til barselavdelingen uten henvisning, den første uken etter utskrivning.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for organiseringen av et sammenhengende og helhetlig tilbud i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Overordnet avklares ansvaret og rollene i samarbeidsavtaler. Oppfølgingen i barselperioden vil på kommunalt nivå primært foregå via helsestasjon, ved helsesykepleier eller jordmor, eller hos fastlege. Helsestasjonen er sentral i å bidra til at kvinner får gjennomført medisinsk undersøkelse hos fastlege eller gynekolog etter fødsel.

⁶ Helsedirektoratet (2014). Nytt liv og trygg barseltid for familien. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen. IS-2057

Boks 7.6 Sykehuset Vestfold – virtuelt hjemmesykehus for barn

For tidlig fødte barn og deres familier kan oppleve det belastende å bo på en nyfødtintensivavdeling, spesielt de som har et langt sykehusopphold. Det kan også være utfordrende med tanke på familie- og dagliglivet. Ved hjemreise opplever mange foreldretilværelsen som utrygg fordi veiledningen som de har vært vant til på sykehuset ikke lenger gis. For noen familier vil hyppige polikliniske kontroller være belastende. Gjennom tjenesteinnovasjonsprosjektet virtuelt hjemmesykehus for barn vil premature og syke nyfødte barn kunne reise hjem tidlig og fortsatt være under oppfølging av sykehuset via digital kommunikasjon. Formålet er at premature barn og nyfødte skal kunne overvåkes og følges opp fra familiens kjente tilværelse, i hjemmet. Nye digitale løsninger kan trygge hjemmesituasjon gjennom tettere og mer tilgjengelig oppfølging fra sykehuset.

Kilde: Virtuelt hjemmesykehus for barn – Sykehuset i Vestfold HF (siv.no)

Fastlegeordningen og helsestasjons- og skolehelsetjenesten er ikke dimensjonert for å tilby et tilbud på kveld, natt og helg. Det vil innebære et betydelig økt behov for helsepersonell og vil kunne pålegge kommunene store økonomiske belastninger ved å skalere opp de kommunale tjenestene. En marginal helsegevinst vil sannsynligvis ikke forsvare en betydelig utvidelse av tjenestetilbudet. Ved behov utenfor ordinær åpningstid må foreldre kontakte legevakt eller utskrivende sykehus. Regjeringen vil derfor videreutvikle barselomsorgen innenfor dagens organisering.

Bedre samhandling og oppfølging i barselperioden
Selv om mange får god hjelp og oppfølging i barselperioden, er det også utfordringer. Kortere liggetid i sykehus overlater et større ansvar til kommunene. Kvinner opplever at de ikke alltid får nok veiledning på sykehus og tilstrekkelig oppfølging i kommunene. Det er mangelfull informasjonsoverføring mellom tjenestenivåene og innad i kommunene. Resultater fra brukerundersøkelser som er publisert på Helsedirektoratet.no, viser at kvinner er mindre fornøyd med barselomsorgen enn fød-

Boks 7.7 Ammehjelpen

Ammehjelpen er en frivillig landsdekkende humanitær organisasjon med om lag 200 frivillige ammehjelpere. Disse gir mødre gratis informasjon, veiledning og støtte ved spørsmål om amming og morsmelk, med utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis. De hjelper også mødre via telefon, e-post og sosiale medier og drifter ammehjelpen.no som er en nettside med informasjon om amming og morsmelk. Ammehjelpen underviser på fødselsforberedende kurs, arrangerer ammekaféer, og holder kurs om amming for mødre og helsepersonell. I tillegg jobber de for å kunne påvirke rammebetingelser, holdninger og kunnskap om amming nasjonalt og internasjonalt. Ammehjelpen samarbeider tett med Enhet for amming (se boks 7.8). Ammehjelpen mottar i 2024 fire mill. kroner over statsbudsjettet.

Kilde: Ammehjelpen.no

selsomsorgen. I NOU 2023: 5 *Den store forskjellen* framgår det at det foreligger lite kunnskap om hvilke helsemessige konsekvenser den forkortede liggetiden har for nye mødre og barn.

God dialog og tilpasset informasjon allerede i svangerskapet legger grunnlaget for opplevelse av mestring og trygghet i barselperioden. Bedre samhandling og informasjonsutveksling ved utskrivelse, vil kunne legge til rette for de foreldrene eller nyfødte som trenger oppfølging etter hjemreise. Dette er spesielt viktig for sårbare familier og mødre som har behov for særskilt oppfølging i barselperioden, f.eks. på grunn av psykiske plager eller lidelser, eller problemer med amming.

Regjeringen ønsker at kvinner i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen inngår som en prioritert gruppe i helsefelleskapene. Det vil understøtte utviklingen av bedre forløp og god ressursbruk. Helseatlas' tall fra 2015–2017 viser stor geografisk variasjon i bruk av spesialisthelsetjenesten i barseltiden etter hjemreise fra sykehus. Helsedirektoratet angir at det kan tyde på ulikheter i helsetjenestetilbud eller helsetjenestebruk, og at ansvarsfordelingen mellom spesialist- og den kommunale helsetjenesten ikke er tydelig. Manglende oppfølging av samhandlingsavtalen om jordmortjenester, utilstrekkelig informasjon mellom sykehus og kommune og utfordringer

med å rekruttere helsepersonell kan være årsaker til at tilbudet ikke framstår som helhetlig. Helsefelleskapene er derfor en viktig arena for samhandling og kan bidra til at samarbeidsavtalene blir fulgt opp.

Hjemmebesøk etter fødsel

Hjemmebesøk av jordmor etter fødsel er viktig for ivaretagelsen av det nyfødte barnet og familien. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at om lag 65 prosent fikk hjemmebesøk av jordmor innen tre døgn etter hjemkomst i 2022. I overkant av 85 prosent av alle nybakte foreldre fikk hjemmebesøk av helsesykepleier fra helsestasjonen innen to uker etter hjemkomst samme år. Dette viser at en økende andel får hjemmebesøk, og indikerer generelt god oppfølging av familier og nyfødte etter hjemkomst. Hjemmebesøk er relativt ressurskrevende. Stortinget har bedt regjeringen rettighetsfeste hjemmebesøk av jordmor innen en uke etter fødsel. Hvis hjemmebesøk rettighetsfestes, vil det kunne medføre at hjemmebesøk må prioriteres framfor andre viktige oppgaver for jordmor i svangerskapsomsorgen, og da særlig muligheten for å gi et utvidet tilbud til familier med et særskilt behov. Manglende hjemmebesøk betyr imidlertid ikke manglende oppfølging. Oppfølgingen av nyfødte og foreldrene skal sikres ved behov og alle helsestasjoner skal ha rutiner for å følge opp de som ikke møter til kontroller. Regjeringen vurderer at intensjonen i Stortingets vedtak er oppfylt.

Undersøkelse om brukererfaringer i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen

Det er behov for å øke kunnskapen om opplevelsen av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen blant mødre og familiene. Regjeringen ønsker derfor at det skal gjennomføres en undersøkelse om brukererfaringer i svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen. Dette vil kunne gi verdifull kunnskap om kontinuiteten i tjenestetilbudet og behovet for forbedringer. Undersøkelsen skal omfatte tilbudet som gis i sykehus og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Fødselsdepresjoner

Fødselsdepresjon rammer mellom sju og 13 prosent av gravide kvinner.⁷ Det er gjort flere grep

⁷ Helsedirektoratet (2023). Oppdrag om fødselsdepresjon, kartlegging av dagens situasjon.

Boks 7.8 Enhet for amming

HelseDirektoratet, tidligere enhet for amming i Folkehelseinstituttet, arbeider for å fremme og støtte amming i tråd med nasjonale og internasjonale forpliktelser. Fagmiljøet lanserte i 2022 en e-læringsplattform (AmmE-læring) for opplæring av studenter og helsepersonell som skal jobbe med mødre og spedbarn. AmmE-læring gir lik tilgang til oppdatert informasjon og kunnskap om amming og morsmelk. I 2022 ble enhetens mor-barn-vennlige program «Ammekyndig helsestasjon» karakterisert som en «Best Practice» av EU-kommisjonen. Det innebærer at programmet er gjennomført i helsetjenesten, er evaluert og har en dokumentert effekt. Fagmiljøet skal gjennom «EUs joint action for prevention of cancer and non-communicable diseases», bidra til at «Ammekyndig helsestasjon» settes i verk i flere land.

Kilde: Folkehelseinstituttet. Årsrapport for 2022

for å avdekke om kommende eller nybakte foreldre har psykiske helseutfordringer. I nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen er det en anbefaling at jordmor og/eller fastlege bør identifisere gravide med risiko for angst, depresjon og psykiske helseproblemer. I nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det en sterk faglig anbefaling om at foreldres psykiske helse og trivsel bør tematiseres i konsultasjonene i helsestasjonsprogrammet.

Kvinner og familier under oppfølging i svangerskap og etter fødsel bør gjøres kjent med at det finnes en rekke ressurser som er utviklet for å gi mer kunnskap som kan være til hjelp for den enkelte og pårørende. Det finnes kunnskap om hva som fremmer god mental helse, hva som kjennetegner fødselsdepresjon og tips og råd om hva kvinner og familier selv kan gjøre for å fremme god helse og mestring. Informasjon finnes både på helsenorge.no og på Folkehelseinstituttets nettsider. «Mamma Mia» er et universalforebyggende selvhjelpsprogram rettet mot gravide og nybakte mødre. Formålet er å støtte kvinnen på veien til å bli mor, og være en støtte og hjelp i de første viktige månedene etter fødsel.

Stortinget har bedt regjeringen utrede behovet for behandlingssenter hvor mor kan være sammen med barnet ved alvorlig fødselsdepre-

sjon. Helsedirektoratet har kartlagt tilbudene til gravide med fødselsdepresjon. Kartleggingen viser at det finnes universelle tilbud som helsestasjonsprogrammet for gravide, ulike forebyggings- og lavterskeltilbud i kommunene, og tjenestetilbud i kommunene og behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er en utfordring at tilbudene ikke er godt nok kjent, det er ulik kompetanse og uklare ansvarsforhold mellom de kommunale tilbudene og mellom de kommunale og spesialiserte tjenestene.

Antallet kvinner med alvorlig fødselsdepresjon som krever sykehusinnleggelse er lavt, ifølge Helsedirektoratet. Direktoratet anbefaler ikke at det etableres egne behandlingssentre, men at:

- Utredning og behandling gis innenfor tilbudene som allerede er bygget opp i kommuner og i spesialisthelsetjenesten.
- Kommuner sørger for tilstrekkelig tilgang på psykisk helsetjenester til kvinner med fødselsdepresjon.
- Helsepersonell har oversikt over det helhetlige tilbudet og at kunnskapen om fødselsdepresjon blant helsepersonell heves.
- Samarbeidsavtalen mellom sykehus og kommuner om jordmortjenester omfatter svangerskapsomsorg, fødselshjelp og barselomsorg. Avtalene bør bl.a. omfatte samhandling om oppgaver, inklusive risikoutsatte kvinner, familier og barn og samarbeidstiltak for kompetanseoverføring.

7.3 Et bedre tilbud til gravide med behov for ekstra oppfølging

Regjeringen vil arbeide for at gravide med ekstra behov for oppfølging får et godt og tilpasset tilbud. For å utjevne helseforskjeller og bedre kvinne- og barnehelse, er det nødvendig med mer kunnskap, økt kompetanse og tilpassede tilbud i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. En offentlig styrt og finansiert helsetjeneste er avgjørende i kampen mot økte sosiale og geografiske forskjeller i helse. Innvandrerfamilier utgjør en større andel familier med vedvarende lavinntekt.

Gravide med avhengighetsproblematikk, gravide som er utsatt for vold, gravide med psykiske plager og lidelser

Helsedirektoratet peker på at det kan gi stor helsegevinst med god oppfølging av blant annet gravide som bruker rusmidler, gravide som er utsatt for vold og gravide med alvorlige psykiske lidel-

ser. Selv om nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale faglige veiledere gir klare faglige føringer, påpeker Helsedirektoratet at det er uønsket variasjon i tilgjengelighet til tjenester som skal nå sårbare gravide, deres familier og nyfødte. Det er behov for tettere samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehus og tverrsektorielt samarbeid i kommunen. «Nasjonalt pasientforløp gravide og rusmidler» skal bidra til god oppfølging av gravide som bruker rusmidler. Noen kommuner benytter tiltak for sårbare grupper som kan identifiseres i svangerskapet, f.eks. programmer som «Tidlig inn», «Sammen på vei» og «Nye familier». Noen sykehus har tjenester rettet mot gravide med psykiske helseutfordringer eller rusmiddelproblemer, som f.eks. «Ullevålteam» ved Oslo universitetssykehus som i 40 år har hatt tilbud til sårbare gravide, og «Barneblikk», som er et tilbud til gravide og småbarnsfamilier med rusmiddelproblemer eller psykiske vansker i samarbeid mellom sykehus og kommuner i Møre og Romsdal.

Det er behov for å gjøre veiledere og retningslinjer bedre kjent, vektlegge sårbare gravide i helseutdanningene og øke kompetansen i helse- og omsorgstjenesten om kvinner og familier med særskilte behov. Se nærmere omtale av implementering av kunnskap i tjenesten i kapittel 6.

7.3.1 Likeverdige helsetjenester til gravide med minoritetsbakgrunn

Andelen fødsler med mødre som har innvandret til Norge økte fra 19,9 prosent i 2008 til 28 prosent i 2021.⁸ Kvinner med innvandrerbakgrunn har oftere lavere inntekt og utdanning og dårligere levekår enn kvinner i majoritetsbefolkningen. Levekårsforskjellene, kultur og språk kan medføre økt forekomst av fødselskomplikasjoner og økt risiko knyttet til fødsel og dødfødsel. Et godt tilbud til innvandrerkvinner som skal føde kan bidra til utjevning av forskjeller i helse og bedre kvinne- og barnehelse. Gravide med minoritetsbakgrunn er en spesielt sårbar gruppe i fødselsomsorgen. Utfordringene handler ifølge Folkehelseinstituttet blant annet om at:

- Innvandrerkvinner har generelt økt forekomst av fødselskomplikasjoner og perinatal dødelighet (dødsfall i perioden fra 22. svangerskapsuke fram til og med første uke etter fødsel) er

⁸ Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken: 12481samlet fruktbarhetstall og antall levendefødte for innvandrerkvinner, etter morens landbakgrunn. <https://www.ssb.no/statbank/table/12481/tableViewLayout1/>

høyere for barn født av mødre fra enkelte afrikanske og asiatiske land enn for kvinner født i Norge.

- Det er ulik forekomst av svangerskapskomplikasjoner mellom ulike innvandrergrupper.
- Mange kvinner med innvandrerbakgrunn har begrenset helsekompetanse og trenger tilrettelagt kommunikasjon.

Innvandrerkvinner har økt risiko for en rekke negative svangerskaps- og fødselsutfall, og kan ha nytte av et bedre tilpasset helsetilbud.⁹ Et bedre tilpasset helsetilbud kan bidra til likeverdige helsetjenester og redusere graden av fødselskomplikasjoner som f.eks. alvorlige fødselsrifter, svangerskapsdepresjon og økt perinatal dødelighet. Nasjonalt forskningssenter for kvinnehelse har flere forskningsprosjekter om fødselshjelp og innvandrerkvinner helse. Regjeringen ønsker å øke forskningen om gravide med minoritetsbakgrunn gjennom Nasjonalt forskningssenter for kvinnehelse.

Kjønnslemlestelse er forbudt i Norge. Det er anslått at det per 2013 var om lag 17 300 jenter og kvinner i Norge som har blitt utsatt for kjønnslemlestelse.¹⁰ Kjønnslemlestelse kan ha store fysiske og psykiske konsekvenser for den som blir utsatt for det, og kan føre til infeksjoner, kroniske smerter, psykiske traumer, seksuelle problemer, fødselskomplikasjoner og økt fare for dødfødsler. Gravide som kan ha vært utsatt for kjønnslemlestelse, bør få samtale og informasjon om hvilken hjelp de kan få for å forebygge komplikasjoner som kan oppstå ved fødsel. Kvinnene kan henvises til gynekologisk poliklinikk for vurdering og eventuell åpnende inngrep i god tid før fødsel.

I regjeringens opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner inngår tiltak for å forebygge og videreutvikle behandlingstilbudet til jenter og kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse.

7.3.2 Helsekompetanse og kommunikasjon

Helsestasjoner, fastleger og sykehus bør forbedre kompetansen innen helsekommunikasjon og kulturforståelse for å ivareta gravide med minoritetsbakgrunn. Arbeid for et tilpasset helsetilbud kan omfatte kursing av helsepersonell og befolkningen.

⁹ Helse blant personer med innvandrerbakgrunn – FHI

¹⁰ <https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/utbredelse-av-kjønnslemlestelse-i-norge.pdf>

Hvis ikke bruk av fysisk tolk er mulig ved språkbarrierer, kan helsepersonell vurdere andre tiltak for å lette kommunikasjonen f.eks. tolk via app, skjermtolk eller telefontolk. Det finnes også programmer som gir god undervisning til den gravide i forkant av fødsel. Helsedirektoratet har laget nettsiden zanzu.no som gir språk- og kulturtilpasset informasjon om seksuell helse, graviditet og fødsel, inkl. amming.

Det er gode erfaringer med flerkulturell doula som et tiltak for trygghet. En flerkulturell doula oppgave er å gi den gravide hjelp til å finne fram til tilbudene i helsetjenesten og være til stede under fødselen for å gi trygghet, støtte og bidra til mestring. Tilbudet er rettet til nyankomne kvinner i en sårbar livssituasjon. Det ble bevilget to mill. kroner til doulatilbudet i 2023. Midlene er videreført i 2024. Regjeringen er opptatt av likeverdige og tilrettelagte helsetjenester for minoritetskvinner, og ønsker å videreutvikle doulaordningen ved at ordningen etableres i flere helseforetak hvor det er mange kvinner med innvandrerbakgrunn.

Helsekompetanse og digitale ferdigheter er viktig. Digitale ferdigheter inngår i Kultur- og likestillingsdepartementets handlingsplan for økt inkludering i et digitalt samfunn. Godt integrerte innvandrere har lav risiko for digitalt utenforskap. Lite integrerte utenlandske kvinner har ifølge handlingsplanen høyere risiko for ikke å få tilgang til offentlige tjenester. De regionale helseforetakene arbeider med å styrke helsepersonells kompetanse i helsekommunikasjon og øke kvaliteten i helsehjelp til personer med innvandrerbakgrunn.

Fødselsforberedende filmer på ulike språk er utviklet i samarbeid mellom Sanitetskvinnene, Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Filmene er tilgjengelige på helsenorge slik at de kan benyttes av alle helsestasjoner, fastlegekontorer og fødeavdelinger ved sykehus.

7.4 Bedre bruk av ressurser og personell

Regjeringens mål er god bruk av ressurser og personell. Tilgang til fagfolk er en av de største utfordringene framover i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Bedre bruk av ressurser og personell handler om å utvikle og opprettholde gode arbeidsmiljøer hvor medarbeidere kan oppleve jobbtilfredshet. Det handler videre om å utdanne og rekruttere flere, bruke fagfolkene bedre gjennom samarbeid mellom kommuner og sykehus og om heltidsstillinger. Det handler også om kompe-

tanseutvikling og hensiktsmessig oppgavedeling. Arbeidet for å beholde personell må intensiveres. Den brede tilnærmingen til personell og kompetanse omtales i kapittel 5 og omtalen der gjelder også for personell i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

7.4.1 Utdanning og kompetanseutvikling

Arbeidet for å utdanne flere spesialsykepleiere, inkludert jordmødre, er i gang. Det ble gjennom behandlingen av statsbudsjettet for 2022 bevilget midler til 300 nye studieplasser til sykepleierutdanning og videreutdanning i sykepleie. I tildelingsbrevet for 2022 ba Kunnskapsdepartementet universiteter og høyskoler med sykepleierutdanning om å øke opptaket med 200 studieplasser til sykepleierutdanning innenfor uendret rammebevilgning. Det er utviklet en ny forskrift om nasjonale retningslinjer for jordmorutdanningen som definerer sluttkompetansen for kandidater som har fullført jordmorutdanningen. Alle universiteter og høyskoler som tilbyr jordmorutdanning følger denne fra august 2023. Det er tildelt midler til mer enn 3 200 nye studieplasser i høyere yrkesfaglig utdanning siden 2018, og fylkeskommunene har i stor grad prioritert helse- og velferdsfag i fordelingen av studieplassmidlene til fagskolene. Regjeringen vil legge fram en egen melding til Stortinget om profesjonsutdanningene i 2024, og en egen melding til Stortinget om høyere yrkesfaglig utdanning i 2025.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet pågår det et arbeid i helseforetakene for å utdanne flere fagarbeidere som kan arbeide i helse- og omsorgssektoren.

Helse- og omsorgstjenestene er store aktører for å fremme kompetanseutvikling for egne ansatte, blant annet som ansvarlige for gjennomføring av legers spesialistutdanning. Det er et arbeidsgiveransvar å arbeide systematisk for å kartlegge og identifisere kompetansebehov, og å planlegge for hvordan behovene kan dekkes.

I 2022 ble det bevilget til sammen 64 mill. kroner til opprettelse av utdanningsstillinger for jordmødre og ABIOK-sykepleiere¹¹ i sykehus. Satsingen fortsatte i 2023 med bevilgninger til oppstart av 200 nye stillinger. Samlet ble det bevilget 224 mill. kroner til formålet i 2023, som er videreført i 2024.

¹¹ ABIOK-sykepleiere omfatter anestesisykepleiere, barnesykepleiere, intensivsykepleiere, operasjonssykepleiere og kreftsykepleiere.

7.4.2 Jordmødre, helsesykepleiere, leger og spesialistgodkjenning

Gjennom øremerket tilskudd og rammetilskudd til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, er antall årsverk i denne tjenesten betydelig styrket. Det er likevel rekrutteringsutfordringer, særlig for helsesykepleiere. Samtidig med økning i jordmorårsverk i kommunene, har sykehusene fått større utfordringer med å rekruttere jordmødre. Fra 2024 er et kriterium i tilskuddsregelverket at kommuner med jordmødre med delte stillinger mellom helsestasjons- og skolehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal prioriteres ved øremerket tilskudd til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Helsedirektoratet har i samarbeid med relevante aktører utredet ulike modeller som kan føre til offentlig spesialistgodkjenning av bl.a. jordmødre og helsesykepleiere. Offentlig spesialistgodkjenning kan være et viktig virkemiddel for å rekruttere, utvikle og beholde jordmødre og helsesykepleiere i den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil starte arbeidet med å etablere offentlig spesialistgodkjenning for bl.a. jordmødre, helsesykepleiere og øvrige sentrale sykepleiergrupper.

Fastleger og leger med spesialitet i fødsels- og kvinnesykdommer er sentrale i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. De regionale helseforetakene vurderer at spesialister innen fødsels- og kvinnesykdommer er blant spesialistgruppene hvor det er behov for strategisk oppmerksomhet. Bakgrunnen er bl.a. høy alder blant overleger, utfordringer med å finne kvalifiserte søkere, utdanning av for få spesialister sett opp mot behovet og høy turnover.¹² Situasjonen kan være ulik mellom regioner og helseforetak. Det er den gjeldende situasjon som skal legges til grunn ved vurderinger av opprettelse av blant annet stillinger for leger i spesialisering. Fastlegene er omtalt i avsnitt 7.2.1.

7.4.3 Heltid, bemanning og arbeidsmiljø

Det er mange som jobber deltid både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten, også innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Andelen deltid for jordmødre i spesialisthelsetjenesten er 50 prosent¹³ og 46 prosent i kommunene.¹⁴ Selv om mange jobber del-

¹² Helsedirektoratet (2020). Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten

¹³ Tall fra Spekter, per 2021. Referert i NOU 2021: 4

tid, har samtidig mange høye stillingsandeler og det er også helsepersonell som har flere ansettelsesforhold. Gjennomsnittlig stillingsandel for jordmødre under 62 år er 88 prosent.¹⁴ Heltid er viktig for å gi arbeidstakerne medvirkning, trygghet og forutsigbarhet. Økt omfang av heltidsstillinger gir årsverksvekst og er positivt for rekruttering. Det er over flere år blitt stilt krav om å utvikle heltidskultur og redusere deltid i spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen er opptatt av et godt og trygt arbeidsliv. Det er stilt krav til helseforetakene om å arbeide systematisk med god ivaretagelse av medarbeidere, og planer for å rekruttere, beholde og utvikle personell. På en fødeavdeling er arbeidsbelastningen mer uforutsigbar enn i de fleste andre sykehusavdelinger. Det må være beredskap 24 timer i døgnet. Dette gir en høy belastning, ofte med natt- og helgearbeid gjennom hele yrkeskarrieren, og er forhold som må vektlegges i det systematiske arbeidsmiljøarbeidet. Det er grunnleggende for å bidra til trivsel, hindre store turnover, ivareta de ansattes helse, forebygge sykefravær og å beholde ansatte i arbeid i helse- og omsorgstjenestene gjennom yrkeslivet.

Selv om Norge er et av de tryggeste landene i verden å føde i, er fødselsomsorgen et fagområde hvor faglige avgjørelser og svikt kan få store konsekvenser, både for mødre som i utgangspunktet er friske og for barnet. Et godt arbeidsmiljø er en forutsetning for god pasientsikkerhet, sammen med et systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

7.4.4 God oppgavedeling mellom personell

Det er nødvendig å styrke arbeidet med hensiktsmessig oppgavedeling i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Arbeidsgiver har ansvar for å sørge for at personellgrupper får brukt tiden og kompetansen på en god og effektiv måte. Ifølge Helsepersonellkommissjonen gjør knapphet på personell det nødvendig å kartlegge oppgavens omfang, innhold og ansvarsforhold, de ansattes kompetanse, hvilke kompetansebehov virksomheten har, og bemanne i henhold til behovet. Det vil også være nødvendig å vurdere om personell uten formell helsekompetanse kan bidra i sterkere grad til å utføre oppgavene.

¹⁴ Helsedirektoratet (2022). Årsrapport for Kompetanseløft 2025

¹⁵ Jia, Zhiyang, Tom Kornstad, Nils Martin Stølen og Geir Hjemås (2023). Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040, SSB rapport 2023/2

Regjeringen er i gang med et fagarbeiderløft som en del av omstillingsprosessen helse- og omsorgstjenestene må gjennom. For å sørge for at oppgavene ivaretas på riktig kompetansenivå, må kompetanse bygges nedenfra. I svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen har barnepleiere en fagarbeiderkompetanse som supplerer andre personellgruppers kompetanse, slik at de samlet dekker kompetansebehovet som er nødvendig for å gi gode og trygge tjenester.

Fagskoleutdanning i barsel- og barnepleie er en høyere yrkesfaglig utdanning som bygger på fagopplæring fra videregående skole. Tidligere var barnepleiere vanlig både på fødeavdelinger og på helsestasjoner, men antallet har gått ned. Disse har imidlertid høy kompetanse med observasjon og oppfølging av nyfødte barn og kan bidra til hensiktsmessig oppgavedeling og en helhetlig kompetansesammensetning i barselomsorgen både i sykehus og i kommune. Utdanningen kan også tas som videreutdanning for sykepleiere og vernepleiere.

De regionale helseforetakene fikk i revidert oppdragsdokument for 2023 i oppdrag å arbeide for å fremme riktig oppgavedeling og vurdere og systematisere kompetansebehovet i ulike arbeidsprosesser. Regjeringen vil legge til rette for arbeidet med oppgavedeling. Tørn er et program for å fremme forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer som skal bidra til bedre bruk av helsepersonellens kompetanse og tid. Tørn er også viktig i arbeidet for å fremme heltidsstillinger, ansatte med formell helsefaglig kompetanse og støtte opp om arbeidet for god oppgavedeling, jf. kapittel 5.

7.4.5 Utprøving av nye modeller for sambruk av personell

Regjeringen vil styrke arbeidet med sambruk av personell i spesialisthelsetjenesten, og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Sambruk av personell er en variant av det Helsepersonellkommissjonen betegner som «hus og hytte», eller kombinerte stillinger. Ansettelsesformen innebærer at ansatte har en kombinert stilling med flere arbeidsteder. Det kan bidra til å få vakt-systemet til å gå bedre rundt og at flere jobber heltid. God tilrettelegging, koordinering og ivaretagelse av ansettelsesforhold må tillegges vekt, slik at bruk av kombinerte stillinger blir attraktivt både for arbeidstaker og arbeidsgiver. Det må også legges til rette for forankring av slike stillinger i partssamarbeidet.

Boks 7.9 Sambruk av personell

I helseregionene er det utbredt erfaring med sambruk av jordmødre mellom helseforetak og kommuner:

- I Helse Vest gjennomfører Helse Bergen en pilot med Bergen kommune der jordmor er ansatt i 100 prosent stilling i helseforetaket og har 50 prosent tjeneste ved fødeavdeling på sykehus og 50 prosent tjeneste i Bergen kommune.
- I Helse Nord er det erfaring med sambruk av personell gjennom kombinerte stillinger, salg av jordmortjenester til kommuner, drift av fødestuer og samarbeid om følgetjeneste for gravide.
- I Helse Sør-Øst har Sykehuset Innlandet, Tynset og omkringliggende kommuner samarbeidet i flere år og det kommunale tilbudet er i sin helhet organisert med jordmødre som er ansatt i helseforetaket.
- I Helse Midt-Norge har Helse Møre og Romsdal erfaring med jordmødre som jobber både i svangerskapsomsorgen i kommunen og ved føde- og barselavdelingen ved sykehuset. Disse har ansettelsesforhold både i kommuner og sykehus.

Sambruk av personell og kombinerte stillinger kan brukes i samarbeid mellom kommuner og helseforetak og mellom og internt i henholdsvis kommuner og helseforetak. Personellet må gis nødvendig opplæring, slik at overgangen mellom stillingssteder blir trygg og hensiktsmessig både for arbeidstaker, kolleger og arbeidsgiver. Samarbeid om personell på tvers av enheter kan gi andre positive effekter – som felles rutiner, større fleksibilitet og læring på tvers av enhetene. Slike stillinger kan også bidra til kompetanseoverføring, kompetanseutvikling og kompetanseheving. Det vises til avsnitt 7.4.2 for omtale av tilskuddsregelverk til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, hvor det fra 2024 er et kriterium at jordmødre med delte stillinger skal prioriteres ved øremerket tilskudd.

Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet er ment å gjøre det enklere for kommuner og sykehus å samarbeide om felles planlegging, tjeneste-

utvikling og gode pasientforløp for de fem prioriterte pasientgruppene gjennom helsefelleskapene, jf. kapittel 4. Midlene skal understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Midlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner. I tildeling av midler skal det legges vekt på at midlene skal tilrettelegge for lokale løsninger i opptaksområdet til de minste sykehusene (akuttstusykehus og sykehus uten akuttfunksjoner). Midlene vil kunne brukes til samarbeid om tjenesteutvikling innenfor ulike fagområder. For områder med rekrutteringsutfordringer kan det være behov for å prøve ut nye organiseringsformer hvor man i større grad ser personell i sammenheng på tvers av kommuner og sykehus. Et eksempel på dette er tettere samarbeid om tilbudet til kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barsel, gjennom kombinerte stillinger på tvers av kommuner og sykehus.

Helse Nord RHF ble tildelt 200 mill. kroner for 2024 til å beholde og rekruttere personell, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2023–2024). Tilskuddet har som formål å stabilisere personellsituasjonen i eksisterende helse- og sykehustilbud. Midlene skal legge til rette for å ivareta varige behov gjennom faste stillinger og å begrense bruken av innleid personell. Behovene innen psykisk helsevern, akuttfunksjoner og føde- og barselomsorgen skal vektlegges. Midlene kan også benyttes til å opprette utdanningsstillinger for legespesialister og annet spesialisert personell som jordmødre, intensivsykepleiere og psykologspesialister.

De regionale helseforetakene skal intensivere sitt pågående arbeid for sambruk av personell. Modeller for sambruk av personell er særlig relevant for helsefelleskapenes arbeid for å skape mer helhetlige og sammenhengende tjenester til kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barsel. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å kartlegge muligheter for kombinerte stillinger, i samarbeid med sykehus og kommuner. Det skal arbeides systematisk for å identifisere og endre eventuelle regulatoriske og andre hindringer. Erfaringene skal tilgjengeliggjøres på egnet måte. Kommunene anmodes om å vektlegge interkommunalt samarbeid og arbeide for å fremme sambruk av personell der det er formålstjenlig.

8 Styring og finansiering av vår felles helsetjeneste

Styring og finansiering av den offentlige helse- og omsorgstjenesten skal bidra til at de samlede ressursene i tjenesten brukes riktig. Kommuner og sykehus skal ha handlingsrom til å gi et godt tilbud til innbyggerne – og til nye samarbeidsformer, og slik bidra til at fagfolkene trives på jobb og får brukt og utviklet sin kompetanse i hele yrkeslivet. Regjeringen vil forbedre finansierungsordningene for fastlegeordningen og spesialisthelsetje-

nesten, og gi sykehusene bedre vilkår for å gjennomføre nødvendige investeringer. Regjeringen vil også bidra til å styrke kompetansen om og legge til rette for bruk av planleggingsverktøy til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og utrede om det er behov for lovendringer som kan bidra til bedre samarbeid om planlegging og involvering i beslutningsprosesser mellom helseforetak og kommuner.

Boks 8.1 Regjeringen vil

- sikre kommunene gode rammevilkår gjennom å styrke frie inntekter og sørge for at inntektssystemet gjør det mulig å ha likeverdige tjenestetilbud i hele landet
- vurdere endringer i finansieringsmodellen for fastlegeordningen for å legge til rette for tverrfaglighet, tjenesteinnovasjon, samhandling og medisinskfaglig prioritering
- gjennomføre tillitsreformen
- styrke kompetansen om planlegging i kommunene og forbedre planleggingsverktøy, tilrettelagt for den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- sikre forutsigbare økonomiske rammebetingelser for spesialisthelsetjenesten gjennom bevilgninger som tar hensyn til de faktiske kostnadene ved at vi blir flere og eldre, i tillegg til kompensasjon for lønns- og prisvekst
- redusere andelen innsatsstyrt finansiering til 30 prosent fra 2025 for blant annet å gi økt strategisk handlingsrom, unngå overbehandling og overdiagnostikk, støtte opp om samhandling og faglige vurderinger, oppnå likere finansiering av somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, samt for å redusere uønsket økonomifokus
- bedre rammebetingelsene i spesialisthelsetjenesten for å kunne gjennomføre nødvendige investeringer i sykehusbygg med redusert egenkapitalkrav og en mer gunstig rentemodell for helseforetakene
- innføre en finansieringsløsning med beredskapsfinansiering for å dekke Forsvarets behov for helseberedskap
- utrede om det er behov for endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven som kan bidra til bedre gjensidig involvering i planleggings- og beslutningsprosesser for både helseforetak og kommuner
- endre navnene til de regionale helseforetakene og helseforetakene for på den måten å knytte begrepsbruken tettere mot verdigrunnlaget for spesialisthelsetjenesten
- at det regelmessig blir gjort en kritisk gjennomgang av indikatorer og rapportering, med sikte på å redusere den samlede rapporteringen i helse- og omsorgstjenesten
- gjennomføre en utredning for å vurdere behov for tiltak slik at statens forpliktelser overfor den samiske befolkningen blir ivaretatt
- etablere et teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten
- pålegge helprivate tilbydere å rapportere på lik linje med offentlig aktører og utrede om en ny godkjenningsordning for helprivate tilbud kan være egnet for å bidra til målet om en sterk felles helse- og omsorgstjeneste

8.1 Den økonomiske situasjonen i kommuner og regionale helseforetak

Kommuner er selvstendige, folkevalgte forvaltningsnivåer som ivaretar oppgaver som tjenesteytere, samfunnsutviklere, myndighetsutøvere og demokratiske arenaer for innbyggerne. Kommunene har blant annet ansvaret for barnehage, grunnskole, barnevern, helse-, omsorgs- og sosialtjenester, tekniske tjenester og kulturoppgaver. Som følge av det omfattende ansvaret, forvalter kommunesektoren en betydelig del av landets økonomiske ressurser, og står for en vesentlig del av landets økonomiske aktivitet. Kommunesektorens samlede inntekter utgjør i underkant av 20 prosent av BNP for fastlands-Norge. Kommunesektoren finansieres i hovedsak gjennom skatteinntekter, rammeoverføringer og øremerkede tilskudd fra staten, samt brukerbetaling og gebyrer fra innbyggerne. Rammeoverføringene fra staten er frie inntekter som kommunene kan disponere fritt innenfor lovens krav om hvilke tjenester kommunene skal tilby. De frie inntektene (skatt og rammetilskudd) utgjør i overkant av 70 prosent av de samlede inntektene.

Over tid har en stadig større andel av budsjettene gått med til å dekke helse- og omsorgstjenester. Fra 2015 til 2022 økte andelen fra 34,4 prosent til 39,2 prosent. Dette er naturlig sett i lys av den demografiske utviklingen. De senere årene har en betydelig merskattevekst bidratt til at kommunesektoren har hatt gode driftsresultater og kunnet bygge opp betydelige disposisjonsfond.

Fastlegeordningen finansieres gjennom en kombinasjon av basistilskudd fra kommunen (fra 2023 persontilpasset per capita-tilskudd) finansiert gjennom rammetilskudd til kommunene, refusjoner fra Folketrygden (takster) og egenbetaling fra innbyggerne (egenandeler). Utgiftene til ordningen ble påvirket av pandemien og refusjonsutbetalingene var særlig høye i 2021, men den underliggende utviklingen siden 2020 har vært styrking av fastlegeordningen generelt og basistilskuddet spesielt. Regjeringen har gjennomført et taktskifte i satsingen på fastlegeordningen. Basistilskuddet ble styrket (og endret) fra 1. mai 2023, med en helårsvirkning på 730 mill. kroner. Ytterligere endringer i finansiering av allmennlegetjenesten blir utredet (se avsnitt 8.2.3).

Bevilgningene til spesialisthelsetjenesten utgjør om lag fem prosent av BNP for fastlands-Norge og om lag 11 prosent av utgiftene på statsbudsjettet. De regionale helseforetakene har i likhet med kommunene ansvar for å se drift og investeringer

i sammenheng, innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. Tilgangen på likviditet styres av staten gjennom den statlige låneordningen for investeringer over 500 mill. kroner. Styrene i de regionale helseforetakene har ansvar for at virksomheten drives innenfor de økonomiske rammene som Stortinget stiller til disposisjon på en måte som både ivaretar daglig drift og behovet for langsiktig utvikling, inkludert investeringer. God kontroll med økonomien er en forutsetning for riktige prioriteringer og legger grunnlaget for bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten.

Sykehusene har gjennomgående utfordringer med å stabilisere driften etter pandemien, samtidig som de arbeider med å ta igjen utredning og behandling som har vært utsatt. Økt sykefravær, ekstraordinær kostnadsvekst og endringer i de økonomiske rammebetingelsene har gjort styringen i sektoren utfordrende de siste årene. Behovet for nye investeringer i sektoren er fortsatt stort. Kontroll på økonomien i tråd med tidligere planer er en forutsetning for å gjennomføre investeringer i nødvendig omfang framover. Utviklingen framover vil blant annet avhenge av utviklingen i de økonomiske rammebetingelsene og fortsatt god styring og kontroll med økonomien. Uten tilleggsbevilgningene i nysalderingen 2022 og i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2023, som er videreført, ville investeringsevnen framover blitt betydelig svekket gjennom reduserte driftsresultater. I 2022 investerte helseforetakene for 20,2 mrd. kroner i bygg, utstyr og immaterielle verdier.

8.2 Styring og finansiering av helse- og omsorgstjenester i kommunesektoren

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i kontinuerlig utvikling. Det ytes stadig mer komplekse helse- og omsorgstjenester i kommuner og fylkeskommuner. Det er også store forskjeller i hvilke utfordringer den enkelte kommune og fylkeskommune står overfor. Det kommunale selvstyret gir grunnlag for løsninger som er tilpasset det enkelte lokalsamfunn. Grunnlaget for regjeringens politikk er at kommuner og fylkeskommuner må sikres ressurser og handlefrihet til å løse oppgavene på best mulig måte for sine innbyggere.

Tjenester nær folk i hele landet er et grunnleggende mål for regjeringen. Kommunesektoren har ansvar for mange av de viktigste velferdsoppgavene og bidrar til å sikre gode levekår og tilgang til grunnleggende helse- og omsorgstjenester for

sine innbyggere. Regjeringen er opptatt av å gi kommuner og fylkeskommuner handlingsrom til å løse oppgavene lokalt og sikre økonomiske rammer til å løse de viktige oppgavene kommunene har. Det er et mål å sikre at forholdet mellom inntekter og faktiske oppgaver samsvarer bedre.

Regjeringen vil sørge for at det kommunale inntektssystemet bidrar til å sette kommunene i stand til å tilby likeverdige tjenester i hele landet. Inntektssystemutvalget la fram sin utredning av inntektssystemet for kommunene høsten 2022. Regjeringen er i gang med å vurdere inntektssystemutvalgets anbefalinger, og tar sikte på å foreta en helhetlig gjennomgang av inntektssystemet for kommunene i en egen melding til Stortinget våren 2024.

Regjeringen har satt i gang en tillitsreform i offentlig sektor. Målet med tillitsreformen er å gi brukerne og innbyggerne bedre velferd og bedre tjenester til rett tid. Større handlingsrom for kommuner og mer faglig frihet for førstelinja på lokalt nivå, kan gi mer velferd og bedre tjenester til innbyggerne. Reformen dreier seg blant annet om hvordan offentlig sektor kan løse oppgavene på nye måter. Alle kommuner kan løpende søke forsøk med fritak fra regelverk i tråd med forsøkslovens bestemmelser, også innenfor helse- og omsorgssektoren. Områder for forsøk kan for eksempel være samhandling mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten for å bidra til bedre bruk av de samlede personellressursene. Samhandling mellom kommunale tjenester og lokale frivillige aktører for å møte utfordringene i helse- og omsorgssektoren, kan også være et aktuelt område for forsøk med fritak fra regelverk.

8.2.1 Prinsipper for styring og finansiering av helse- og omsorgstjenester i kommunesektoren

Kommuner og fylkeskommuner er selvstendige, folkevalgte og selvstyrte organer. Hvis nasjonale myndigheter vil styre, instruere eller overprøve kommunene eller fylkeskommunene, kreves det hjemmel i lov eller forskrift. Staten kan også påvirke kommunesektoren ved økonomiske insentiver og veiledning.

Kommunale helse- og omsorgstjenester og fylkeskommunale tannhelsetjenester finansieres i hovedsak gjennom kommunenes frie inntekter. De består av rammetilskudd fra staten og skatteinntekter. Noe finansiering kommer også gjennom øremerkede tilskudd fra staten. Øremerkede tilskudd innføres gjerne i forbindelse med sær-

skilte satsninger på tjenesteområder. Øremerkede tilskudd skal helst være tidsavgrenset og kan ev. inkluderes i rammetilskuddet når de avvikles. For en del tjenester blir det betalt egenandeler som inngår i finansieringen.

Kommuner og fylkeskommuner kan inngå avtaler med private aktører for å yte tjenester de har ansvar for. Eksempler her er fastleger og fysioterapeuter. Finansieringen av tjenestene disse yter, består av tilskudd fra kommunene, refusjoner fra folketrygden og egenandeler fra brukerne.

8.2.2 Planlegging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Kommuneplanens samfunnsdel skal gi retning til utviklingen av lokalsamfunnet og bidra til at nasjonale og regionale mål tilpasses lokale forhold. God lokal samfunnsplanlegging er en forutsetning for å lykkes med å utvikle trygge og gode lokalsamfunn. En viktig del av dette er å legge til rette for gode og tilpassede helse- og omsorgstjenester. For å tilpasse og utvikle helse- og omsorgstjenester lokalt er god planlegging viktig. Komplexiteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er stor. Planlegging innad i og mellom ulike sektorer er en viktig forutsetning for å kunne fordele og bruke kommunale ressurser på best mulig måte, også slik at innbyggerne får de helse- og omsorgstjenestene de til enhver tid har behov for. Det er derfor viktig at planlegging av helse- og omsorgstjenestene også blir en viktig del av kommunens totale samfunnsplanlegging.

Mangel på planer i den kommunale helse- og omsorgssektoren kan i mange tilfeller utfordre politisk og administrativ styring. I tillegg kan det gå ut over kvaliteten og ressursbruken i tjenesten. Derfor er systematisk planarbeid av høy kvalitet en forutsetning for at kommunene skal kunne levere gode og likeverdige tjenester. Kommunal plankompetanse har også betydning for samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og i helsefelleskapene.

Til tross for at helse- og omsorgstjenesten er den største sektoren i kommunen, og at krav og forventninger om planlegging er nedfelt i flere lover, stortingsmeldinger og handlingsplaner, er det fortsatt mange kommuner som ikke har satt helse- og omsorgsutfordringer på dagsorden i sin kommuneplanlegging.¹ Det er flere grunner til

¹ Krav og virkemidler for kommunal helse- og omsorgsplanlegging – kompetanse og personell i små kommuner. Anbefaling om nye virkemidler. Helsedirektoratet, 2020

det, blant annet at mange kommuner ikke har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse innen samfunnsplanlegging. Planoppgaver blir nedprioritert til fordel for løpende driftsoppgaver. Denne utfordringen kommer spesielt til uttrykk i små kommuner med begrensede ressurser. Flere statsforvalterembeter har også problematisert små kommuners evne til å bruke planer som politiske styringsdokumenter.² NOU 2020: 15 *Det handler om Norge* påpeker at dette gjelder spesielt i kommuner med under 5 000 innbyggere, som i gjennomsnitt har mindre enn ett årsverk til samfunnsplanlegging.

Større kommuner har ofte flere ansatte med planfaglig kompetanse som utgjør et større fagmiljø. Likevel er det verdt å merke seg at mindre kommuner også har satt planarbeid på dagsorden og flere jobber med å få dette på plass. Det virker blant annet å være utfordrende for små og usentrale kommuner å sikre og beholde kompetanse, grunnet rekrutteringsutfordringer, hyppig utskifting av personell og lav kontinuitet. For kommuner med få innbyggere er det krevende å etablere et fagmiljø, og kommuner som ikke klarer å tilby fulle stillinger, har ofte vanskeligheter med å få kvalifiserte søkere. Noen små kommuner har imidlertid god erfaring med å dele på planleggerstillinger. Andre årsaker til at planlegging av den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke settes på dagsorden, kan være mangelfull forankring hos politisk og administrativ ledelse og svake medvirkningsprosesser. Videre kan mengden av nasjonale forventninger og pålegg gjøre det vanskelig å holde oversikt over forventninger knyttet til planlegging. Helse- og omsorgstjenesten er en stor og kompleks sektor med behov for strategisk arbeid blant annet for å gjennomføre nødvendige endringer. Til dette kreves kompetente ledere som kan være kunnskapsbærere til den overordnede planleggingen i kommunen. Lederspennet i helse- og omsorgssektoren er ofte svært stort, og kan være til hinder for strategisk arbeid opp mot kommuneplanen og kommunens handlings- og økonomiplan. Se nærmere omtale av ledelse i kapittel 5 og 6.

Statsforvalteren i Møre og Romsdal, Møre og Romsdal fylkeskommune og Distriktssenteret – kompetansesenter for distriktsutvikling³ har

² NOU 2023: 9 *Generalistkommunesystemet – Likt ansvar – ulike forutsetninger*

³ Distriktssentret er et nasjonalt kompetansesenter, under Kommunal- og distriktdepartementet, som jobber for å styrke kommuner og regioner sin evne til å utvikle attraktive og vekstkraftige lokalsamfunn. <https://distriktssentret.no/>

sammen utarbeidet et fagprogram for politikere om samfunnsplanlegging. Utvalgte distriktskommuner i fylket får tilbud om opplæring og oppfølging tilpasset kommunen gjennom hele valgperioden. Målet er å bevisstgjøre de folkevalgte om deres rolle som samfunnsutvikler og øke kunnskapen om strategisk planlegging. Kommunedirektørene og kommunalsjefene skal også delta. Helse- og omsorgsdepartementet vil, i samarbeid med Kommunal- og distriktdepartementet og Distriktssenteret, vurdere muligheten for å utvikle en tilleggsmodul gjennom en pilot for å finne ut hvordan planlegging i helse- og omsorgssektoren kan inngå i den helhetlige planleggingen.

Enkelplanlegging.no er en veileder som skal bidra til at små kommuner gjør gode valg og har gode prosesser for egen kommuneplanlegging ut fra egne behov og ressurser. Veilederen skal gi en innføring i minimumskravene til kommunalt planarbeid, og gi innspill til gode arbeidsmåter, kunnskapskilder og støttespillere. Veilederen er utviklet av Distriktssenteret og samfinansiert med Kommunal- og distriktdepartementet.

Kommunen skal i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 ha en eller flere kommuneoverleger. Kommuneoverlegen har en sentral funksjon som medisinskfaglig rådgiver for hele kommunen. Det innebærer både å gi råd knyttet til kommunal planlegging, styring og evaluering av helse- og omsorgstjenesten i kommunen, og i folkehelsearbeidet og i den øvrige samfunnsutvikling i kommunen, jf. Folkehelseloven. Regjeringen varslet i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar* at kapasiteten til kommuneoverlegefunksjonen skal klargjøres og at det skal utvikles en nasjonal veileder for de samfunnsmedisinske oppgavene til kommunene og for oppgavene og funksjonen til kommuneoverlegen. Se kapittel 5 for nærmere omtale av kommuneoverlegefunksjonen.

Regjeringen vil støtte kommunenes arbeid for god og kunnskapsbasert planlegging av helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil derfor initiere flere tiltak som skal bidra til dette. Statsforvalter vil være sentral i arbeidet og de skal tilby alle kommuner bistand til planlegging av helse- og omsorgstjenestene over en fem til ti års periode, fra 2025 og framover. Kommuner med størst behov for bistand skal prioriteres. Tilbudet skal utvikles og gjennomføres i samarbeid med relevante aktører som fylkeskommunen, som er planfaglig veileder for den helhetlige kommunale planleggingen og har planoppgaver i folkehelsearbeid

Boks 8.2 Planarbeid i Ulstein kommune og Aure kommune

Ulstein kommune har et internt planforum der alle sektorene er representert. Forumet møtes regelmessig, med samfunnsplanlegging som overbyggende tema. Dette gir en tverrfaglig tilnærming til planleggingen. De ulike planene skal henge sammen både på overordnet nivå, i økonomiske planer og på virksomhetsnivå. Forumet jobber godt med koblingen mellom helse- og omsorgssektoren og plan. De har gode oppdaterte planer og et godt samarbeid med organisasjoner, næringsliv og regionale og statlige aktører. Samarbeidet har lagt til rette for utvikling av «300-metersbyen», der omsorgsinstitusjonene er integrert i resten av samfunnet, og internt transporten i omsorgssektoren er redusert.

Aure kommune er en av åtte kommuner i et plansamarbeid på Nordmøre der samfunnsplanlegging står på dagsorden. Aure har prioritert å oppdatere kommuneplanen med levekår som ett av fire satsingsområder i samfunnsdelen. Kom-

munen har gjort aktive grep i egen organisasjon for å legge til rette for å utvikle helse- og omsorgssektoren med tiltak innen kompetanseutvikling, rekruttering, digitalisering, samarbeid og deling. Kommunen prioriterer også ledelse og utviklingsarbeid. Aure kommune har en strategisk kompetanseplan som er forankret hos den administrative ledelsen. Denne planen vil også bli forankret politisk. Rekruttering og kompetanseplanlegging er en del av kommunedelplan for helse- og omsorg som også må ses i sammenheng med kommuneplanens samfunnsdel. Kommunen gjennomfører opplæring i kontinuerlig forbedringsarbeid og pasientsikkerhet til sine ansatte. Aure kommune deler sine erfaringer med de andre kommunene gjennom ledernetverket for kommunalsjefer på helse, omsorg og velferd. Statsforvalteren har hatt kommunen med i fagdager der de har delt sine erfaringer.

det. For å bidra til å styrke kompetansen om og legge til rette for bruk av planleggingsverktøy til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, vil Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og distriktsdepartementet også samarbeide for å legge til rette for gode planprosesser regionalt og lokalt. Det er videre bevilget midler til statsforvalter for å gi støtte og veiledning til kommuner i deres arbeid med strategisk kompetanseutvikling. Dette er viktig for å sikre kommunene nødvendig kompetanse for å utvikle tjenestene, særlig i distriktskommunene.

8.2.3 Finansiering av allmennlegetjenesten

Et ekspertutvalg nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet for å gjennomgå allmennlegetjenesten har blant annet sett på finansiering av fastlegeordningen. Flertallet i utvalget har foreslått å øke andelen basisfinansiering da dette kan bidra til at legen øker antall innbyggere på sin liste og gi mer tid til kvalitetsutvikling, innovasjon, samhandling og bedre medisinskfaglige vurderinger. Rapporten har vært på høring. Høringssvarene viste bred støtte for å legge til rette for mer tverrfaglige fastlegekontorer, men med større spenn i hvilke virkemidler som best understøtter målbildet. Finansiering av legevakt henger tett sammen med finansier-

ing av fastlegetjenesten. Utvalget har blant annet pekt på en mulighet for mer fast lønn i legevakt og høringssvarene støtter i hovedsak dette. Dersom andel aktivitetsbasert finansiering i fastlegeordningen reduseres, påvirkes finansieringen av legevakt som derfor må vurderes. Regjeringen vil legge til rette for økt tverrfaglighet, tjenesteinnovasjon, samhandling og medisinskfaglig prioritering gjennom å vurdere endringer i finansieringsordningen for fastlegene. Regjeringen vil presentere sine samlede løsninger for allmennlegetjenesten i en lovproposisjon med meldingsdel våren 2025.

8.3 Styring og ansvarsforhold i spesialisthelsetjenesten

Regjeringen vil at staten fortsatt skal eie spesialisthelsetjenesten, og ha regional styring av ressursene. Regjeringen vil imidlertid styrke den lokale og regionalpolitiske involveringen i styringen av spesialisthelsetjenesten.

8.3.1 NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus – Sykehusutvalget

Sykehusutvalget ble oppnevnt 4. februar 2022 med mandat om å utrede endringer i styringen av

sykehusene og helseforetaksmodellen. Sykehusutvalget overleverte sin utredning NOU 2023: 8 *Fellesskapets sykehus – Styling, finansiering, samhandling og ledelse* i mars 2023.

Sykehusutvalgets overordnede vurdering var at spesialisthelsetjenestene holder god kvalitet og at utviklingen de siste fem til ti årene har vært positiv. Norge ligger på mange områder godt an i forhold til andre OECD-land, men det er fortsatt variasjon både i kvalitet og aktivitet på noen områder. Det er også fortsatt potensial for bedre utnyttelse av kapasitet og kompetanse mellom sykehusene. For å sikre den offentlige helse- og omsorgstjenestens bærekraft også i lys av utfordringene framover, pekte utvalget på at følgende forhold er særlig viktige: Stabile økonomiske rammebetingelser, at planlegging og utvikling av tjenesten er basert på oppdatert kunnskap og forventet utvikling i behandlingsformer og teknologi, og at organiseringen understøtter samhandling om pasienter og samarbeid om bruk av kompetanse.

8.3.2 Styling, ansvar og roller

Eierskapet til spesialisthelsetjenesten er organisert ved at staten eier fire regionale helseforetak, som eier helseforetakene i egen helseregion. Det er til sammen 20 helseforetak som driver pasientbehandling. De regionale helseforetakene har også egne helseforetak for sykehusapotekene og egne foretak eller selskaper for IKT-området. De regionale helseforetakene eier fem helseforetak i fellesskap som har nasjonalt virkeområde: Helse-tjenestenes driftsorganisasjon for nødnett HF, Luftambulansetjenesten HF, Pasientreiser HF, Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF. Formålet er å sikre standardisert, samordnet og effektiv oppgaveløsning innenfor disse områdene.

Stortinget, regjeringen og departementet

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste⁴ og skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sine plikter og fastsette overordnede helsepolitiske mål. Stortinget vedtar reglene i helselovgivingen og andre lover, vedtar overordnede mål og føringer gjennom behandling av meldinger og representantforslag mv. Staten har ansvaret for å finansiere spesialisthelsetjenesten og fastlegger med dette de overordnede ressursrammene. Stortinget styrer dermed ved å stille vilkår i forbindelse med bevilgningene i statsbudsjettet.

Helse- og omsorgsdepartementet tildeler budsjettbevilgningen og fastsetter vilkår gjennom de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene (den helsepolitiske bestillingen). Departementet avholder årlig foretaksmøter i de regionale helseforetakene for å fastsette økonomiske og organisatoriske krav og rammer for virksomhetene og for å godkjenne årsregnskap og årlig melding. Det er også skriftlig rapportering og rapporteringsmøter gjennom året. Helse- og omsorgsministeren utøver eierstyring gjennom styreoppnevning, fastsetting av vedtekter og vedtak i foretaksmøter i de regionale helseforetakene. Helseforetaksloven § 30 angir saker som skal vedtas av statsråden i foretaksmøte. Foretaksmøtet kan ellers fatte vedtak, instruere styret og omgjøre beslutninger i alle saker. Statsråden har dermed stort handlingsrom til aktivt å ta stilling til og sikre nasjonal politisk forankring av saker og vedtak som omhandler spesialisthelsetjenesten. Statsråden er underlagt det parlamentariske ansvaret overfor Stortinget, og skal sørge for at vedtak er i tråd med føringer og rammer som Stortinget har vedtatt.

Regjeringen legger til grunn at gjeldende lovgiving formelt sett gir adgang til å sikre demokratisk, regional og politisk innflytelse ved alle for-

Boks 8.3 Saker som skal vedtas av foretaksmøtet

Det er fastsatt i helseforetaksloven § 30 at en del saker ikke kan avgjøres av styret for de regionale helseforetakene, men skal behandles politisk og derfor besluttet av statsråden i foretaksmøte. Dette gjelder saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet, av vesentlig betydning for løsningsen av fastsatte målsettinger eller oppgaver, saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning og saker som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger, som:

- vedtak som kan endre virksomhetens karakter
- vedtak om nedleggelse av sykehus
- omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen
- omfattende endringer i tjenestetilbudet
- vedtak om endringer i antallet helseforetak i helseregionen
- vedtak om vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak

⁴ Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1

hold som gjelder utforming og drift av den offentlige spesialisthelsetjenesten, men at det ligger ytterligere muligheter i modellen til å sikre innflytelse, som ikke blir benyttet fullt ut. Dette er i tråd med Sykehusutvalgets vurderinger og regjeringen vurderer at det ikke er behov for å gjøre endringer i loven eller vedtekter på dette området. For å sikre god dialog og forankring om utvikling av helse- og omsorgspolitikken, vil helse- og omsorgsministeren ta initiativ til et årlig innspillmøte der aktuelle saker fra helsefelleskapene kan løftes fram. Dette vil kunne organiseres som et digitalt møte der kommuner, fylkeskommuner (som regional planmyndighet), helseforetak og regionale helseforetak kan delta i tillegg til statsråden og departementet. Helsefelleskapene vil kunne løfte saker til det årlige innspillmøtet.

De regionale helseforetakene og helseforetakene

De regionale helseforetakene er regjeringens viktigste verktøy for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i spesialisthelsetjenesten. De skal sørge for at pasientenes rett til øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp blir finansiert og oppfylt. De regionale helseforetakene kan oppfylle sørge-foransvaret gjennom å gi oppdrag til egne helseforetak, eller ved å kjøpe tjenester fra private tjenesteytere, private institusjoner og privatpraktiserende spesialister.

Helseforetakene har ansvaret for den daglige driften av de offentlige sykehusene og øvrige institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene skal yte spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og tjenester som står i naturlig sammenheng med disse oppgavene, eller som er pålagt i lov eller på oppdrag fra det regionale helseforetaket. Helseforetakene bidrar derfor til at de regionale helseforetakene kan oppfylle sørge-foransvaret. Helseforetakene har som egne rettssubjekter selvstendig ansvar for at det tilbudet de gir oppfyller kravene til forsvarlighet, pasient- og brukerrettigheter mv. innenfor tildelte økonomiske rammer.

Foretaksmøtet i helseforetaket er helseforetakets øverste styringsorgan. Som eier og overordnet helseforetakene, kan det regionale helseforetaket i foretaksmøte beslutte begrensninger i myndigheten som skal tilligge helseforetakets øverste ledelse, og hvilke saker som skal bringes opp til beslutning i regionalt helseforetak. Saker som er omfattet av § 30 i helseforetaksloven skal alltid besluttes i foretaksmøte i helseforetak. De regionale helseforetakene styrer også ved å fordele tildelte bevilgninger mellom helseforetakene

Boks 8.4 Oppgaver knyttet til de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar

De regionale helseforetakene er ved lov pålagt ansvaret for å sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen i helseregionen. Dette innebærer blant annet at følgende prosesser og beslutninger ikke kan flyttes til det enkelte helseforetak:

- planlegging og styring i et regionalt perspektiv
- prioritering av investeringer
- oppgave- og funksjonsfordelinger
- fordele driftsbevilgning og stille vilkår til denne i oppdragsdokument
- forvalte eierskapet til helseforetakene gjennom eierstyring
- oppfølging og kontroll av om målene nås og myndighetskrav følges
- strategisk ansvar for kjøp av helsetjenester fra private
- koordinering av forskning og undervisning

og setter vilkår for disse, på samme måte som departementet gjør i det årlige oppdragsdokumentet overfor de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene har ansvar for styring og samordning mellom helseforetakene innad i regionene. De regionale helseforetakene må, for å ivareta sørge-for-ansvaret, sikre at helseforetakene oppfyller forventningene om behandlingsskapitet og aktivitet slik at befolkningen får nødvendige spesialisthelsetjenester. Fordeling av inntekter mellom helseforetakene og oppfølging av aktivitet, kvalitet og økonomi, er sentralt for å sikre dette. De regionale helseforetakene ivaretar også samordningsansvaret gjennom fordeling av spesialistfunksjoner, prioritering av investeringer i sykehusbygg, medisinsk-teknisk utstyr og digitale løsninger. Dette omfatter også organisering av sykehus i nettverk med felles opplærings- og utviklingstiltak, utnyttelse av kapasitet mellom helseforetak, samarbeid om pasienter og pasientforløp, kvalitet og pasientsikkerhet, riktig bruk av personell og utvikling av fagmiljø og tjenestetilbud på tvers.

Regjeringen støtter Sykehusutvalgets vektlegging av at helseforetakene i størst mulig grad bør ha ansvar for egen virksomhet og ha anledning til å beslutte saker som angår helseforetaket alene.

Helseforetakene har en sentral rolle med å ivareta lokal- og regionalpolitisk medvirkning. Hensynet til helseforetakenes autonomi må imidlertid balanseres opp mot behovet for samordning og overordnet styring.

Sett i lys av utfordringen med å skape en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste for framtida, mener regjeringen det er viktig fortsatt å ha en klar styringslinje fra det regionale helseforetaket til helseforetakene i regionen. Dette er viktig for å iverksette den nasjonale helsepolitikken, og for at det regionale helseforetaket skal kunne gripe inn dersom et helseforetak ikke oppnår ønskede resultater. Det er også viktig for at nødvendig samordning mellom helseforetakene blir ivaretatt. Det vil fortsatt være stort behov for samordning mellom helseforetakene innad i regionene – og mellom regioner.

Styrenes rolle

Styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene har ansvar for at virksomheten drives i samsvar med den nasjonale helsepolitikken og for at foretakets samlede ressurser brukes på best mulig måte. Sammensetningen av styrene skal sikre både nødvendig kompetanse og en rimelig balanse mellom geografisk representasjon og kjønn.

Politisk valgte organer på lokalt og regionalt nivå kan ha god kunnskap om aktuelle kandidater i helseforetakenes opptaksområde som besitter viktig forvaltnings- og samfunnskompetanse. Regjeringen vil derfor at fylkestingene og Sametinget skal få anledning til å foreslå kandidater til styrene for de regionale helseforetakene. Regjeringen vil også stille krav til de regionale helseforetakene i foretaksmøte, om å be kommunene og fylkeskommunene i opptaksområdet om forslag til kandidater til styrene i helseforetakene.

Styremedlemmene har et selvstendig og personlig ansvar for å ivareta foretakets interesser. Av hensyn til mulige rollekonflikter bør de derfor verken formelt eller reelt sett representere andre interesser i rollen som styremedlem. Det er eiers ansvar å oppnevne styremedlemmer. Det er derfor eier – departementet for styrene i de regionale helseforetakene, og styrene i de regionale helseforetakene for styrene i helseforetakene – som må gjøre den endelige vurderingen og sammensetning av styrene ut fra hensynet til samlet kompetanse, kjønnsfordeling og geografiske forhold. Regjeringen vil videreføre etablert praksis med hensyn til valg av ansattrepresentanter og medvirkning fra brukere i styrene. Sykehusutvalget

foreslo at én til to representanter for de ansatte i helseforetakene skal få observatørstatus med tale og forslagsrett i styrene for de felleseide helseforetakene. De regionale helseforetakene har vedtatt videre utvikling av eierstyringen i de felleseide helseforetakene i felles styresak august 2022. Dette omfattet også tiltak for å sikre bedre involvering fra de ansattes representanter i helseforetakene. Regjeringen vil derfor ikke gjøre endringer på dette området nå, men senere vurdere om det er behov for å følge opp utvalgets forslag.

Sykehusutvalget mente at noe av kritikken av helseforetaksmodellen om at det er for sterk samling av makt på noen personer, kan knyttes til at det er noen styremedlemmer som også har lederroller i andre helseforetak eller regioner. Utvalget pekte samtidig på at denne praksisen også bidrar til viktig erfaringsoverføring på tvers. De regionale helseforetakene og flere helseforetak påpekte i høringen at det er viktig med personer i styrene som har kompetanse på drift av sykehus og god sektorkunnskap. Dette er også viktig for styrenes evne til å være korrektiv til administrerende direktør. De mente at å avgrense muligheten for at personer med lederroller i helseforetak og regioner skal kunne ha styreverv, vil bety tap av viktig kompetanse og erfaringsoverføring. Sett i lys av de utfordringene spesialisthelsetjenesten står overfor, mener regjeringen at det kan være viktig å sikre erfaringsoverføring mellom helseforetakene og med styremedlemmer som har ledererfaring fra tilsvarende virksomheter. Regjeringen vil derfor ikke ytterligere begrense adgangen for ledere og ansatte i regionale helseforetak og administrerende direktører i helseforetak til å ha styreverv.

Kompetente styrer med god innsikt i roller og ansvar vil være et viktig virkemiddel for regjeringen framover. Regjeringen vil derfor sørge for at det opprettes et felles program for opplæring av styremedlemmer i regionale helseforetak og helseforetak.

Lokal- og regionalpolitisk medvirkning i planlegging og utvikling av tjenestene

Spesialisthelsetjenesten er en viktig grunnpilar i velferdssamfunnet og i vår felles helsetjeneste. Det er avgjørende at beslutningsprosessen om planlegging, utvikling og endringer i tilbudene er kjennetegnet av åpenhet, demokratisk medvirkning og innflytelse fra folkevalgte i kommuner og fylkeskommuner, innenfor de formelle rammene som følger av det statlige eierskapet. Beslutningstakere må også kunne stilles til ansvar for

beslutningene som er fattet og beslutningsprosessen må ivareta åpenhet, medvirkning og innflytelse på en hensiktsmessig måte.

De regionale helseforetakene og helseforetakene som ivaretar pasientbehandling, skal ha utviklingsplaner. Planene er helseforetakenes øverste strategiske dokument og skal legges fram hvert fjerde år. De skal vise hvordan befolkningen i helseregionene og innenfor helseforetakenes opptaksområder skal sikres tilbud av nødvendige spesialisthelsetjenester. Utviklingsplanene skal bygge på framskrivninger etter felles nasjonal metodikk og nasjonale og regionale føringer. De regionale helseforetakene og helseforetakene er pålagt å samarbeide med og involvere kommuner og andre samarbeidsaktører i plan- og utviklingsarbeid (jf. helseforetaksloven § 41 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e). Det er også tydelige føringer for involvering av andre relevante aktører i arbeidet med utviklingsplanene.

Sykehusutvalget foreslo å gi det enkelte helseforetak en lovpålagt plikt til å inngå avtale med kommuner og fylkeskommuner i opptaksområdet om i hvilke saker disse skal høres før styret i helseforetaket fatter beslutninger. Avtalene kan utarbeides og revideres ved drøfting i helsefelleskapene. I slike saker skal det framgå av saksutredningen til styrene hvordan lokale og regionale politiske myndigheter og andre relevante aktører har vært involvert, og hvilke synspunkter og vurderinger som er kommet fram.

For å ivareta tillit og legitimitet, er det også behov for regelmessig og mer strukturert dialog om utfordringer, strategier og saker på et tidlig stadium mellom ledelsen i helseforetakene og politisk ledelse i kommunene og fylkeskommunene. Det også viktig at kommunene involverer spesialisthelsetjenesten ved planlegging og utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å sike sammenhengende og gode helse- og omsorgstjenester. Regjeringen vil derfor utrede om det er behov for endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven som kan bidra til bedre gjensidig involvering i planleggings- og beslutningsprosesser for både helseforetak og kommuner.

Navn og begrepsbruk

Da helseforetaksmodellen ble innført i 2002, var det et viktig poeng å understreke at de organisatoriske endringene innebar omdanning av sykehusene til selvstendige foretak. Dette ble avspeilet i navnet både for de regionale helseforetakene og for helseforetakene. Språk og begreper kan bidra

til fremmedgjøring og signalisere et verdigrunnlag mange ikke kjenner seg igjen i.

Regjeringen vil endre navnene til de regionale helseforetakene for på den måten å knytte begrepsbruken tettere mot verdigrunnlaget for spesialisthelsetjenesten. Det innebærer at de regionale helseforetakene får samme navn som det geografiske området de har sørge-for-ansvaret for. De nye navnene vil da være Helseregion Sør-Øst, Helseregion Vest, Helseregion Midt-Norge og Helseregion Nord. Regjeringen vil også at helseforetakene som driver pasientbehandling navngis og omtales som sykehus og ikke helseforetak. Noen helseforetak har allerede i dag sykehus i navnet sitt og mange helseforetak består av flere underliggende sykehus. Helseforetakene bør navngis slik at sykehus inngår i navnet og samtidig avspeiler om det er ett eller flere sykehus som inngår i organisasjonen.

Helse- og omsorgsdepartementet vil ha dialog med de regionale helseforetakene om hvordan man kan gjennomføre en slik navneendring uten omfattende økonomiske og administrative konsekvenser. Dette skal ikke rukke ved organisasjonsform eller etablerte ansvarsforhold med foretak på to nivåer, men benevnelsene i daglig bruk og kommunikasjon med pasienter og offentligheten bør gjøres mer tjeneste- og stedsnære. Helse- og omsorgsdepartementet vil også gjennomgå bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven som beskriver virksomhetens plikter. Dette innebærer å klargjøre hvilke plikter som er pålagt regionale helseforetak, helseforetak, helseinstitusjoner og sykehus, slik at pliktsubjektene ansvar er tydelig nok og i tråd med den faktiske situasjonen.

Mål- og resultatstyring

Den offentlig finansierte helse- og omsorgstjenesten utgjør en betydelig andel av de samlede utgiftene på statsbudsjettet. Det er avgjørende for legitimiteten til den offentlige helsetjenesten at samfunnet har mulighet til å følge med på i hvilken grad den når sine mål; om ressursene brukes effektivt, kvaliteten på og prioriteringene i tjenestene. Det er også viktig å ha god og riktig styringsinformasjon på alle nivåer. Samtidig er det eksisterende omfanget av tilgjengelige indikatorer, statistikk og annen styringsinformasjon om spesialisthelsetjenesten stort og av varierende kvalitet.

Det skaper frustrasjon når personellet opplever at rapportering og dokumentasjon unødige tar tid fra andre verdifulle arbeidsoppgaver, slik som pasientkontakt og ledelsesarbeid. Misnøye som

uttrykkes fra klinikere om mål- og resultatstyringens plass kan også handle om funksjonaliteten i IKT-løsninger. Kapittel 9 redegjør for regjeringens strategi for digitalisering i helse- og omsorgstjenesten.

De regionale helseforetakene fikk i 2023 i oppdrag å gjennomgå rapporteringskravene i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og komme med forslag til endringer i rapporteringskrav og tiltak som kan bidra til effektivisering av rapporteringen. Målet er mindre rapportering for behandlere og klinikere, og at rapporteringen skal oppleves som nyttig for arbeidet med pasientsikkerhet, forskning og kvalitet- og tjenesteutvikling.

Regjeringen vil be de relevante aktørene om regelmessig å gjøre en kritisk gjennomgang av indikatorer og rapportering, med sikte på å redusere den samlede rapporteringen i helse- og omsorgstjenesten.

8.3.3 Ivaretagelse av medbestemmelse til den samiske befolkningen

Norge er gjennom folkeretten forpliktet til å tilby likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen, og å sørge for at det samiske perspektivet blir ivaretatt i helsepolitiske satsinger, nasjonale planer og strategier. Helse Nord RHF har fått et overordnet strategisk ansvar for å følge opp de nasjonale målene for helse som er knyttet til den samiske urbefolkningen. Helse Nord RHF og Sametinget inngikk en ny samarbeidsavtale i 2022 som skal styrke medvirkningen i arbeidet med å videreutvikle tilbudet til den samiske befolkningen. Helse Nord RHF har, i nært samarbeid med Sametinget og de tre andre regionale helseforetakene, utarbeidet strategidokumentet *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen (2020)* etterfulgt av interregional rapport 2023-2027 med handlingsplaner for hver region (2022). Sámi klinikk som er organisert i Finnmarkssykehuset HF, har et særskilt ansvar for å tilby og utvikle likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Klinikken har integrerte tjenester innen somatikk, rusbehandling og psykisk helse. I tillegg omfatter klinikken nasjonale kompetansetjenester SÁNÁG/SANKS, lærings- og mestrings tjenester, geriatri og tolketjenester.

Sametinget har ved flere anledninger pekt på at samisk selv- og medbestemmelse i planlegging, utforming og organisering av helsetjenester til samiske pasienter ikke blir ivaretatt i tilstrekkelig grad.

Regjeringen vil gjennomføre en utredning for å vurdere behov for tiltak som sikrer at statens forpliktelser overfor den samiske befolkningen blir ivaretatt; rett til medbestemmelse, deltakelse og samarbeid om planlegging, utforming og styring av spesialisthelsetjenester. Det vil inngå i mandatet å ta stilling til om dagens organisering av Sámi klinikk er hensiktsmessig og hvordan SÁNÁG/SANKS sine nasjonale funksjoner kan utvikles, samt å vurdere hvordan man kan rekruttere og sikre stabil tilgang til bemanning av personell med denne kompetansen i forvaltningsområdet for samiske språk, og ved SÁNÁG/SANKS og Sámi klinikk. Helse- og omsorgsdepartementet vil konsultere Sametinget om mandatet for utredningen og sammensetningen av utvalget som skal foreta utredningen.

8.4 Finansiering av spesialisthelsetjenesten

Regjeringen vil sikre sykehusene stabile og forutsigbare budsjettammer, videreutvikle finansieringsmodellen for spesialisthelsetjenesten og gi sykehusene bedre vilkår for å gjennomføre nødvendige investeringer.

8.4.1 Stabile økonomiske rammer

De siste årene har pandemien og den ekstraordinære kostnadsveksten påvirket driften av sykehusene i betydelig grad. Som følge av økonomiske utfordringer har helseforetakene måttet skyve på planlagte investeringer. Regjeringen har møtt denne situasjonen med varige økte bevilgninger for å bedre grunnlaget for investeringer framover.

Helse Nord RHF har en særlig utfordrende situasjon med betydelige avvik fra budsjett og rekrutteringsutfordringer over flere år. Helse Nord RHF har derfor fått et eget oppdrag, som blant annet innebærer å vurdere behovet for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at det regionale helseforetaket kan ivareta sitt sørge-for-ansvar på lang sikt. Også andre steder i landet er det rekrutteringsutfordringer innenfor grupper av sykehuspersonell. For å sikre fortsatt gode og likeverdige helsetjenester er det derfor nødvendig å omstille og videreutvikle tjenesten.

Sykehusutvalget vektla i NOU 2023: 8 at det må være forutsigbarhet i helseforetakenes økonomi og at sykehusene i størst mulig grad må skjermes fra konjunktursvingninger og sikres sta-

bile og forutsigbare budsjetttrammer som minst tar høyde for endringene i demografi.

Regjeringen vil sikre forutsigbare økonomiske rammebetingelser gjennom bevilgninger som tar hensyn til at vi blir flere og eldre, i tillegg til kompensasjon for lønns- og prisvekst. Selv om det fortsatt er rom for å heve produktiviteten i vår felles helsetjeneste, mener regjeringen at dette må bygge på et oppdatert kunnskapsgrunnlag – slik at det ikke legges til grunn urealistiske forventninger til hvor mye som kan effektiviseres, gitt den faglige utviklingen, pasientenes forventninger til tilbudet og målet om en desentralisert tjeneste. I statens finansiering av de regionale helseforetakene har det siden 2008 blitt lagt til grunn at økt aktivitet kan realiseres til 80 prosent av gjennomsnittskostnaden. Det vil si at det gjøres en antakelse om at marginalkostnaden i spesialisthelsetjenesten er 80 prosent av gjennomsnittskostnaden, en antagelse som blant annet ble vurdert gjennom en analyse i 2011. Slik situasjonen er nå, etter mange år med marginalfinansiering på 80 prosent, er det nå riktig å øke til 100 prosent. Regjeringen er opptatt av at den faktiske kostnadsveksten knyttet til demografisk utvikling skal dekkes, og vil sørge for oppdaterte beregninger som ivaretar dette. Det vil legges til rette for at investeringer kan gjennomføres og pasientbehandlingen

økes, uten at det legges unødig press på den løpende driften.

Teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene forvalter om lag 215 mrd. kroner eller om lag 11 prosent av statsbudsjettets utgifter i 2024. For kommunesektoren er det etablert et teknisk partssammensatt beregningsutvalg. Utvalgets mandat er å gi en samlet og omforent forståelse av den økonomiske situasjonen i kommunesektoren. Som en del av dette arbeidet vurderer utvalget effekter av den demografiske utviklingen på utgiftsbehovet, anslag for lønns- og prisvekst og realvekstberegninger. Utvalget har også mandat til å ta opp særskilte problemstillinger. Regjeringen mener det er behov for et tilsvarende utvalg for spesialisthelsetjenesten og vil derfor etablere et teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten.

8.4.2 Forholdet mellom rammefinansiering og aktivitetsbasert finansiering

Sykehusutvalget ble bedt om å vurdere tiltak for å redusere markedstenkingens plass innen styringen av helseforetakene. Utvalget understreket i

Boks 8.5 Finansiering av spesialisthelsetjenesten

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten er i hovedsak todelt. Den består av en aktivitetsuavhengig del og en del som bestemmes av hvor mange og hva slags pasienter som behandles – innsatsstyrt finansiering (ISF). Det viktigste unntaket fra denne hovedregelen er at døgnbehandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er rammefinansiert, og inngår som del av den aktivitetsuavhengige basisbevilgningen.

Driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene er på om lag 198 mrd. kroner i budsjettet for 2024. Av dette utgjorde bevilgningen til ISF om lag 39 mrd. kroner, eller om lag 20 prosent av den samlede driftsbevilgningen. Andelen innsatsstyrt finansiering for somatiske tjenester er 40 prosent, som betyr at refusjonene gjennom ISF er ment å dekke 40 prosent av kostnadene ved pasientbehandling, i gjennomsnitt. Andelen ble redusert fra 50 til 40 prosent i 2023. Innen poliklinisk psykisk helsevern og

TSB er ISF-andelen lavere (anslått til om lag 25 prosent).

Basisbevilgningen til helseregionene fordeles etter en inntektsfordelingsmodell. Prinsippet for modellen er at fordeling av basisbevilgningen mellom de fire helseregionene skal avspeile ulike behov for spesialisthelsetjenester og ulike kostnader ved å levere disse tjenestene. Dette er den samme prinsipielle tilnærmingen som ligger til grunn for fordeling av inntektsrammen til kommunene.

Om lag 650 mill. kroner av helseregionenes budsjett fordeles som resultatbasert finansiering. Ordningen innebærer at en andel av budsjettet til helseregionene gjøres avhengig av måloppnåelse på utvalgte indikatorer. I 2024 inngår ni indikatorer. Tilsvarende er det et øremerket og delvis resultatbasert tilskudd til forskning og nasjonale kompetansetjenester i helseforetakene, på om lag 1,5 mrd. kroner i 2024.

sin utredning at det er *uheldige* utslag av markedstenkning man bør søke å redusere. De har særlig knyttet sine vurderinger og forslag på dette området til bruken av innsatsstyrt finansiering (ISF). Utvalget pekte på at det er både fordeler og ulemper med ISF, men at forskningslitteraturen ikke konkluderer entydig på effektene av aktivitetsbasert finansiering på tilgjengelighet og kvalitet. Samtidig mente utvalget at ISF kan bidra til for stor oppmerksomhet på økonomi og inntekter i sykehusene, på bekostning av fag og kvalitet.

Sykehusutvalget foreslo en modell hvor dagens ordning med 40 prosent ISF «fra første pasient» blir avvirket og erstattet med rammefinansiering som hovedmodell, kombinert med en aktivitetsbasert toppfinansiering. Utvalget mente at denne modellen vil gi mindre uønsket oppmerksomhet i sykehusene om hvilke typer aktiviteter som gir inntekter. Målet er at endringen skal gi økt oppmerksomhet om fag, kvalitet og kostnadseffektiv bruk av ressurser. Videre er forslaget ment å redusere økonomiske insentiver til behandling med lav eller ingen dokumentert effekt. Utvalget pekte på at finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten fortsatt bør ivareta usikkerhet om aktivitets- og kostnadsnivå, og foreslo derfor en aktivitetsbasert toppfinansiering over et gitt aktivitetsnivå.

I høringen av NOU 2023: 8 fikk Sykehusutvalget generelt støtte for vurderingene av at det er usikre effekter av ISF på aktivitet og effektivitet, og at ISF kan bidra til uheldige prioriteringsvridninger og for høy oppmerksomhet om hvilke aktiviteter i sykehusene som genererer inntekter. Forslaget om rammefinansiering kombinert med toppfinansiering fikk blandet mottakelse blant regionale helseforetak og helseforetak. Mange av disse mente at forslaget må utredes nærmere, og at effekter på aktivitetsutvikling, kvalitet og prioritering er usikre. De var også bekymret for omfordelingseffekter og for redusert kvalitet på registreringen av behandlingsaktiviteten i sykehusene. Arbeidstakerorganisasjonene var i hovedsak positive til forslaget. Blant de øvrige høringsinstansene var det varierende støtte til forslaget.

Regjeringen støtter intensjonen i forslaget fra Sykehusutvalget. Finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten skal støtte opp om ønsket faglig utvikling, kvalitet og kostnadseffektiv bruk av ressurser. Hovedmålene som presenteres i denne stortingsmeldingen innebærer blant annet at sykehus og kommuner i større grad må se sine samlede ressurser i sammenheng. Å redusere innslaget av aktivitetsbasert finansiering i den samlede finansieringen av spesialisthelsetjenesten

kan bidra til økt strategisk handlingsrom for de regionale helseforetakene, særlig knyttet til sammenhengende pasientforløp og samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Regjeringens vurdering er at det vil være store administrative utfordringer med modellen som er foreslått av Sykehusutvalget når det gjelder å fastsette nivået på aktiviteten som skal toppfinansieres, og fordelingen av de samme midlene til helseforetakene. Videre vil også denne modellen kunne gi uønsket oppmerksomhet om hvilke aktiviteter som gir inntekter.

Regjeringen mener en reduksjon i ISF-andelen fra dagens 40 prosent til 30 prosent vil kunne ivareta mange av hensynene som Sykehusutvalget har trukket fram i sin utredning. I tillegg vil dette legge til rette for en likere finansiering av hhv. somatikk, poliklinisk psykisk helsevern og TSB. Reduksjon i andelen innsatsstyrt finansiering og tilsvarende økning i andelen rammefinansiering er endringer som også vil ivareta viktige intensjoner i kvinnehelseutvalgets innstilling.

En lavere ISF-andel vil skjerpe behovet for god styringsinformasjon, som kan brukes til ressursstyring i tråd med behovene i befolkningen. Regjeringen vil videreføre og videreutvikle arbeidet med styringsinformasjon, slik som DRG-systemet og kostnadsberegninger, som grunnlag for styring og finansiering både lokalt i sykehusene og nasjonalt. Regjeringen vil også videreutvikle aktivitetsmål for psykisk helsevern og TSB, slik at vi får en felles måte å måle behandlingsaktivitet på, på tvers av somatikk, psykisk helsevern og TSB. Det legger til rette for at tjenesteområdene i større grad kan ses i sammenheng, og at vi kan sammenligne utviklingen over tid.

Andelen ISF ble redusert fra 50 til 40 prosent i statsbudsjettet for 2023. En videre reduksjon i andelen til 30 prosent vil kunne skje fra 2025. Regjeringen vil løpende følge utviklingen og erfaringene med redusert ISF-andel og økt grunnfinansiering.

Sivilt-militært helsesamarbeid og beredskapsfinansiering

I Meld. St. 5 (2023–2024) *En motstandsdyktig helseberedskap* ble det lagt til grunn at regjeringen vil videreutvikle det sivil-militære helsesamarbeidet som ledd i en styrket helseberedskap og vurdere Forsvarets behov for kapasitet i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil starte med vurderinger i Helseregion Nord og etablere en beredskapsfinansiering for å dekke Forsvarets behov.

8.4.3 Finansiering og planlegging av sykehusbygg

I 2022 investerte helseforetakene for 20,2 mrd. kroner i bygg, utstyr og immaterielle verdier. Investeringsnivået i helseforetakene har økt over tid og jevnt over vært høyere enn de årlige avskrivningene. Dette har vært mulig som følge av positive driftsresultater. I 2024 er det 16 pågående sykehusutbygginger med lånebevilgning på statsbudsjettet. Det har vært en økning i helseforetakenes realkapital. Avskrivningenes andel av totale kostnader har imidlertid vært synkende. Dette skyldes at en større andel av inntektsveksten er brukt til å dekke økte kostnader til blant annet arbeidskraft og medikamenter. Det er omfattende investeringsplaner i sykehusene også framover, jf. oversikt i tabellen nedenfor. Tidspunkt for gjennomføring vil avhenge av de økonomiske rammebetingelsene framover.

Helhetlige investeringsplaner

De regionale helseforetakene utarbeider økonomiske langtidsplaner. De regionale helseforetakene legger gjennom sine langtidsplaner til rette for at helseforetakene kan nå målene for pasientbehandlingen. Langtidsplanene tar hensyn til hvordan befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, utvikling innen medisinsk teknologi og forventningene til helsetjenestene vil påvirke behov og etterspørsel etter helsetjenester. Videre gjøres det prioriteringer knyttet til personell og kompetanse, bygg og utstyr, IKT og annen viktig infrastruktur.

De økonomiske langtidsplanene har et fireårs-perspektiv. Langtidsplanene rulleres hvert år og vedtas vanligvis av styret i det regionale helseforetaket i juni. Dette danner grunnlaget for prioritering av investeringsprosjekter og lånesøknad til departementet mot slutten av året. Staten bevilger investeringslån gjennom statsbudsjettet etter søknad fra de regionale helseforetakene. I Prop. 1 S er det en oppdatert oversikt over igangsatte og planlagte investeringsprosjekter i helseforetakene i regionene.

Regjeringen vil sikre at regionale beslutninger om å søke om lån til større investeringer i det enkelte helseforetak skjer på bakgrunn av en helhetlig regional prioritering. Regjeringen vil stille krav om at de regionale helseforetakene vedlegger siste vedtatte økonomiske langtidsplan for regionen som grunnlag for søknader om lån til enkeltprosjekter. Dette skal sikre at samlet investeringsbehov og økonomisk bæreevne er vurdert i lånesøknaden. Regjeringen vil i tillegg vurdere om det skal settes spesifikke krav til innhold og utforming av de økonomiske langtidsplanene for eksempel utvikling i tilstandsgrad på bygg og levetid på medisinsk-teknisk utstyr ved det enkelte helseforetak – for å synliggjøre samlet investerings- og oppgraderingsbehov.

Finansiering av sykehusbygg

Sykehusutvalget ble bedt om å vurdere ordningen for finansiering av sykehusbygg. Utvalget mente at det er særlig to forhold ved dagens modell for finansiering av investeringer i spesialisthelsetje-

Tabell 8.1 Investeringsprosjekter under planlegging over 500 mill. kroner

Helseregion	Prosjekt
Helse Sør-Øst	Videreutvikling av Sykehuset Innlandet HF (Mjøssykehuset)
Helse Sør-Øst	Stråle- og somatikkbygg ved Akershus universitetssykehus HF
Helse Sør-Øst	Akuttbygg ved Sørlandet sykehus HF
Helse Sør-Øst	Nytt stråle- og somatikkbygg på Kalnes Sykehuset Østfold HF
Helse Vest	Videreutvikling av Helse Bergen HF
Helse Vest	Første del av byggefase 2 ved Stavanger universitetssjukehus HF
Helse Midt-Norge	Senter for psykisk helse ved St. Olavs hospital HF
Helse Midt-Norge	Nybygg Helse Nord-Trøndelag HF
Helse Nord	Nye Helgelandssykehuset
Helse Nord	Nybygg psykisk helsevern og rus Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Kilde: De regionale helseforetakenes økonomiske langtidsplaner

nesten som kan gi uheldige utslag: det er fare for at nødvendige og bærekraftige prosjekter blir iverksatt for sent og at nye sykehus bygges for små.

Sykehusutvalgets tilrådning var at helseforetakene fortsatt skal ha samlet ansvar for drift og investeringer. Utvalget mente at dette legger best til rette for effektiv ressursbruk og regional prioritering av investeringsprosjekter. Utvalget foreslo å forbedre tilgangen på likviditet ved at egenkapitalkravet reduseres fra 30 prosent til 10 prosent, bedre rentebetingelser ved at rentemodellen for alle lån endres tilbake til slik den var før 2018, og at helseforetakene kompenseres for 75 prosent av faktiske avskrivningskostnader. Videre la utvalget vekt på stabile økonomiske rammebetingelser, jf. omtale over.

Høringen viste bred tilslutning til forslagene om bedre rentebetingelser, redusert egenkapitalkrav og mer stabile og forutsigbare budsjettammer. Mange av høringsinstansene var bekymret for at forslaget om kompensasjon av faktiske avskrivningskostnader vil gi en uheldig og uforutsigbar kobling mellom investeringer i sykehusbygg i én helseregion og inntektsutviklingen i andre helseregioner. Innenfor en gitt budsjettamme vil forskjeller i investeringstakt gi omfordelingseffekter og mindre forutsigbare økonomiske rammebetingelser enn i dagens modell. Regjeringen ønsker å gi helseregionene mer økonomisk forutsigbarhet og vil derfor ikke gå videre med dette forslaget.

Regjeringen vil gi sykehusene bedre vilkår for å gjennomføre nødvendige investeringer. Helsepersonellkommissjonens rapport viser til at ny politikk må ha som hovedmålsetting å redusere arbeidskraftsbehovene. Det fordrer en økning i produktivitet. Det kan oppnås gjennom investeringer i bygg, medisinsk-teknisk utstyr og brukervennlige digitale løsninger, samt bedre oppgavedeling og organisering.

Regjeringen vil gå over til en mer gunstig rentemodell for helseforetakene og redusere egenkapitalkravet for investeringer i sykehusbygg. Dette innebærer at låneandelen økes fra 70 prosent av P85 (tilsvarende om lag 80 prosent av P50), til 90 prosent av P50.⁵ Reduksjon av egenkapitalkravet vil legge til rette for at nødvendige investeringer vil kunne gjennomføres noe raskere, men vil ikke gi bedre bærekraft og må derfor ses i sammenheng med forslaget om mer gunstige rentebetingelser og forutsigbare økonomiske rammebetingelser.

Bedre vilkår for å gjennomføre nødvendige investeringer rokker ikke ved den etablerte ansvarsdelingen mellom staten og de regionale helseforetakene. Likviditet vil fortsatt være en

⁵ p50 kalles prosjektets styringsramme og betegner at det vurderes som 50 prosent sannsynlig at det ikke blir kostnadsoverskridelser. Prosjektets kostnadsramme kalles p85 og betegner at det er 85 prosent sannsynlig at det ikke blir kostnadsoverskridelser. Differansen mellom p85 og p50 er prosjektets usikkerhetsavsetning

Boks 8.6 Modellen for finansiering av sykehusbygg i spesialisthelsetjenesten

Stortinget bevilger et samlet årlig beløp som skal dekke kostnader til arbeidskraft, bygninger, utstyr, medikamenter og andre forbruksvarer i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene prioriterer, planlegger og beslutter investeringer, blant annet i sykehusbygg, innenfor dette beløpet. For investeringsprosjekter over 500 mill. kroner kan de regionale helseforetakene få tilført likviditet i form av investeringslån fra staten i tillegg. Investeringslånene blir bevilget og utbetalt over de årlige statsbudsjettene i takt med framdriften i prosjektene.

Avskrivninger på helseforetakenes kapital (i all hovedsak bygninger og utstyr) belastes de årlige regnskapene og utgjør en likviditet som sammen med positive økonomiske resultater gir handlingsrom for nye investeringer. De regionale helseforetakene kan også tilføre likviditet til

helseforetakene i form av interne lån som kommer i tillegg til investeringslån fra staten. De regionale helseforetakene praktiserer ordninger med interne lån på ulike måter. Interne lån belastes med renter og det beregnes renter på innskudd for helseforetak som avgir likviditet. Interne lån gjør det mulig å skaffe til veie egenkapital raskere enn om hvert enkelt helseforetak selv måtte spare opp egenkapital av egen inntektsramme i forkant.

Avskrivninger representerer kostnaden ved bruk av kapital og gjenspeiler kostnaden på investeringsstidspunktet. Over tid har investeringsnivået vært høyere enn avskrivningene og innebærer at helseforetakene har økt verdien på kapitalen. Dette har vært mulig som følge av positive driftsresultater over tid.

begrensende faktor, og økte kostnader som følge av investeringsbeslutninger må dekkes av helseforetakene innenfor tilgjengelige framtidige økonomiske rammer. Slik legges det til rette for effektiv ressursbruk og regional prioritering av investeringsprosjekter i tråd med lokale behov.

Modellen for beregning av framtidig kapasitetsbehov som blant annet brukes til å dimensjonere nye sykehusbygg, er kritisert fra ulike hold. Regjeringen vil at det i det framtidige arbeidet med utvikling og vedlikehold av framskrivningsmodellen for nye sykehusbygg skal legges til rette for gode prosesser for involvering av de kliniske fagmiljøene i sykehus, samt kommunene.

8.5 Samspill med private aktører

Både kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten samarbeider med private aktører om levering av helsetjenester. Dette skjer hovedsakelig enten gjennom avtaler om å levere tjenester på det offentliges vegne eller gjennom at aktiviteten hos den private aktøren finansieres gjennom takster.

8.5.1 Nøytral merverdiavgift

Fra 2017 ble ordningen med nøytral merverdiavgift innført i helseforetakene. Bakgrunnen var at merverdiavgiften ikke skulle være utslagsgivende for helseforetakenes valg for organisering av driften. Det ble i høringsnotatet i forkant av innføringen vurdert at det i hovedsak er støttetjenester (dvs. ikke-medisinske tjenester) hvor merverdiavgiften ga størst insentiver til å produsere i egenregi hos helseforetakene framfor å kjøpe fra private aktører. En kartlegging gjennomført av Helse- og omsorgsdepartementet i 2022 gir ikke grunnlag for å hevde at innføringen av ordningen med nøytral merverdiavgift har endret måten helseforetakene organiserer sin drift av støtte-tjenester. Omfanget av kjøp av støttetjenester hos private er i hovedsak uendret fra før innføringen. Regjeringen har i Hurdalsplattformen slått fast at den vil «avvikle ordningen med nøytral merverdiavgift i helseforetakene og sette en stopper for outsourcing av renholdstjenester og andre kritiske driftsfunksjoner». Et knapt flertall i Sykehusutvalget mente også at ordningen bør avvikles. Regjeringen arbeider med å utrede hvordan intensjonene i Hurdalsplattformen kan oppfylles og hvordan konsekvensene av å avvikle ordningen kan håndteres.

8.5.2 Avtalespesialister

En avtalespesialist er en lege- eller psykologspesialist som har inngått driftsavtale med et regionalt helseforetak, og som sådan inngår i den offentlige helsetjenesten. Det er inngått driftsavtaler tilsvarende om lag 1 250 spesialistårsverk. Selv om avtalespesialistene inngår i den offentlige helsetjenesten, er det likevel slik at de er regulert og finansiert på annen måte enn sykehusene. Avtalespesialistordningen ble etablert før helseforetaksreformen og er ikke fullt ut endret i tråd med de etablerte ansvarsforholdene i spesialisthelsetjenesten. Pasienter henvist til avtalespesialister innen somatiske fagområder blir ikke rettighetsvurdert. Egenandeler og andre pasientbetalinger er til dels ulike på sykehuspoliklinikk og hos avtalespesialister.

Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023: 4) pekte på at avtalespesialistene er en verdifull ressurs, men viste samtidig til at mange av avtalespesialistene arbeider såpass selvstendig at det er vanskelig for sykehusene å ha oversikt over beslutning knyttet til behandling og oppfølging av pasientene. Kommisjonen viste til at departementet i foretaksmøte i 2022 ga de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide en vurdering av hvordan avtalespesialistordningen kan anvendes i tjenesten på best mulig måte, og mente dette kan danne grunnlaget for en opplyst diskusjon om hvordan avtalespesialistene best mulig kan bidra til en helhetlig og rettferdig spesialisthelsetjeneste

Sykehusutvalget (NOU 2023: 8) anbefalte at man i arbeidet med finansieringsmodellen for avtalespesialister, tilstreber at finansieringen av aktiviteten hos avtalespesialistene skal inngå som en del av finansieringen av de regionale helseforetakene på samme måte som øvrig poliklinisk aktivitet. Dette vil etter utvalgets mening, bidra til å integrere avtalespesialistene bedre med de øvrige tjenestene slik at den totale kapasiteten blir utnyttet bedre.

Regjeringen vil utvikle avtalespesialistordningen og gi de regionale helseforetakene et helhetlig ansvar for ordningen. (Se omtale i avsnitt 4.2.3.) Dette kan innebære å flytte finansieringsansvaret i sin helhet til de regionale helseforetakene og oppheve folketrygdens takster til pasientbehandling hos avtalespesialister. Videre aktivitetsbasert finansiering fra statens side må da ses i sammenheng med utviklingen av sykehusfinansieringen, jf. oppfølgingen av Sykehusutvalget. Eksisterende driftsavtaler vil bli videreført. Det vil bli gjennomført en god prosess med avtalespesia-

listenes organisasjoner før det blir gjennomført eventuelle endringer.

Pasientene skal oppleve samme egenandeler og rettighetsvurderinger hos avtalespesialist og sykehusets poliklinikk. Regjeringen vil derfor samordne reglene for pasientbetaling. Videre må det arbeides for at avtalespesialistenes helsehjelp på somatiske fagområder skal skje etter forutgående rettighetsvurdering. Dette er allerede etablert gjennom felles henvisningsmottak for psykisk helsevern.

8.5.3 Ideelle virksomheter

Regjeringen vil støtte opp om ideell sektor og ideelle tilbydere i helse- og omsorgssektoren. Frivillige og ideelle tilbydere på helse- og omsorgsfeltet må sikres gode rammevilkår og forutsigbar drift. Regjeringen ønsker en sterk, offentlig helsetjeneste i alle landets kommuner og samarbeid med gode ideelle aktører som bygger på langsiktige avtaler. Som oppfølging av Meld. St. 24 (2022–2023) *Fellesskap og meistring – Bu trygt heime*, skal regjeringen sette ned et utvalg som skal utrede nye muligheter og modeller for å skape velferd sammen med innbyggerne, de ansatte, frivilligheten, bruker- og pårørendeorganisasjoner, ideelle leverandører og næringslivet.

Ideelle aktører er et viktig supplement til det offentlige, og kan bidra til økt mangfold og innovasjon i tjenestene. Velferdstjenesteutvalget viste i NOU 2020: 13 til at ideelle virksomheter har vokst fram gjennom å avdekke udekkede behov i samfunnet, og finne løsninger på disse. De ideelle aktørene har gjerne utviklet nye tjenester som de har vært pådrivere for at det offentlige skal ta en større del av ansvaret for.

Regjeringen vil videreutvikle det gode samarbeidet med ideelle aktører i spesialisthelsetjenesten. De siste årene er det stilt flere krav til de regionale helseforetakene som skal medvirke til å ta vare på rollen til de ideelle aktørene i spesialisthelsetjenesten og ta i bruk handlingsrommet innenfor gjeldende rett til å kjøpe tjenester fra ideelle leverandører. Disse kravene gjelder fortsatt.

Regjeringen har satt ned et offentlig utvalg som skal vurdere alternativer til kommersiell drift for de skattefinansierte velferdstjenestene som blir levert av private, kommersielle aktører (Avkommersialiseringsutvalget). Formålet med utvalget er å utrede hvordan kommersiell drift kan fases ut i ulike skattefinansierte velferdstjenester, og legge fram en egen nullprofittmodell for hver sektor. Utvalget skal også se på handlingsrommet for å erstatte anbudsprosesser med

for eksempel tilsagn gjennom tilskudd. Utvalget leverte i februar 2024 en delutredning med forslag til en juridisk definisjon for ideelle driftsformer og registrering av ideelle aktører i offentlig finansierte velferdstjenester.

Den overveiende delen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene leveres av kommunene selv. Enkelte tjenester er organisert slik at kommunene inngår avtaler med private aktører som leverer tjenestene på kommunens vegne, slik som for eksempel fysioterapi eller fastlegeordning. Også disse tjenestene er offentlig finansiert og det er kommunene som har ansvaret for å sørge for tilbudet.

8.5.4 Private tilbydere uten avtale med det offentlige

Regjeringen vil forhindre at privatfinansierte tilbydere uten avtale med det offentlige (helprivate tilbud) vokser på bekostning av det offentlige, og på den måten utfordrer prinsippet om likeverdig tilgang til gode tjenester for alle. Samarbeidet med private må skje på fellesskapets premisser. Tilgang til fagfolk i vår felles helsetjeneste er, og vil fortsette å være, en utfordring, jf. kapittel 5. Regjeringen er bekymret for at framveksten av særlig helprivate tilbud kan føre til en sterk og uheldig konkurranse om fagfolk. Regjeringen ønsker at vår felles helsetjeneste skal være førstevalget for fagfolk. Det vil regjeringen bidra til ved blant annet flere heltidsstillinger, gode arbeidsmiljø og muligheter for faglig utvikling gjennom hele yrkeskarrieren, slik at fagfolk får brukt kompetansen og tiden sin godt. Regjeringen vil også utrede om en ny godkjenningsordning for helprivate tilbud kan være egnet for å bidra til målet om en sterk felles helse- og omsorgstjeneste.

Det er behov for mer kunnskap om omfang, innhold og utvikling i det helprivate tilbudet, hvordan dette påvirker den offentlige helse- og omsorgstjenesten og konsekvenser av å stramme inn for helprivate tilbud. Innrapportering av aktivitetsdata fra helprivate helsetjenester i de sentrale helseregistrene, vil bidra til å gi kunnskap og oversikt over befolkningens faktiske forbruk og etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. Slik kunnskap vil gjøre det lettere å treffe gode valg om hvordan arbeidsdelingen mellom offentlige og private helsetjenester bør være. Det vil også gi et mer komplett bilde av befolkningens helse, og bedre grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av tjenestene. I tillegg vil det bidra til gode helseanalyser, kvalitetsforbedringsarbeid og forskning. Regjeringen vil derfor

arbeide med å få plass nødvendige regelverksendringer som skal sikre at helprivate tjenestetilbydere rapporterer om aktivitet og personellinnsats.

Departementet utreder å inkludere registrering av aktivitet fra helprivate tjenestetilbydere i

Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Departementet arbeider med sikte på å sende et forslag på høring våren 2024.

9 Digitalisering i helse- og omsorgstjenesten – raskere gjennomføring og realisering av nytte

Digitalisering gir store muligheter for å utvikle vår felles helsetjeneste til det beste for alle. Regjeringen vil legge til rette for at digitale løsninger understøtter en helhetlig samhandling mellom personell. De skal også styrke mulighetene pasienter, brukere og befolkningen for øvrig har til å ta aktivt del i spørsmål om egen helse.

Det er elleve år siden Meld. St. 9 (2012–2013) *Én innbygger – én journal* ble presentert. Erfaringene med store digitaliseringsprosjekter etter dette, sammen med den teknologiske utviklingen, tilsier at vi må tenke nytt om hvordan ulike aktører innenfor helse- og omsorgstjenesten skal arbeide sammen om digitalisering. I dette kapitlet presenteres regjeringens nye strategi for digitalisering i helse- og omsorgstjenesten, som erstatter strategien fra Meld. St. 9 (2012–2013).

Regjeringen vil tydeliggjøre aktørenes roller og ansvar for digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Dette skal bidra til at de samlede ressursene benyttes på en god måte. Regjeringen vil understøtte det lokale ansvaret for å anskaffe og

innføre digitale løsninger gjennom den nyetablerte helseteknologiordningen. Ordningen skal støtte kommunene i å ta i bruk journalløsninger og velferdsteknologi, og bidra til bedre samhandling. Regjeringen vil legge til rette for at nødvendig og relevant informasjon kan deles på tvers av virksomheter, ved å bygge videre på de nasjonale e-helseløsningene og fullføre igangsatte tiltak for digital samhandling. For å møte nye nasjonale behov, skal det være raskere overgang fra planlegging til utprøving og innføring av digitale løsninger. Forslag til løsninger skal testes tidlig, slik at kursen kan justeres underveis, og løsningene kan tas raskere i bruk.

Det må utvikles og tas i bruk digitale løsninger for å frigjøre tid til pasientbehandling, forskning, utdanning og pasientopplæring, uten at det går ut over kvalitet og pasientsikkerhet. Regjeringen legger til grunn at digitale løsninger og innføring av ny teknologi fortrinnsvis skal være personellbesparende og bidra til redusert vekst i personellbehov.

Boks 9.1 Regjeringen vil

- understøtte det lokale ansvaret for å anskaffe og innføre digitale løsninger gjennom helseteknologiordningen. Ordningen skal støtte kommunene i å ta i bruk journalløsninger og velferdsteknologi og bidra til bedre samhandling
- prioritere samhandlingstiltak som pasientens legemiddelliste, pasientens prøvesvar, pasientens journaldokumenter, pasientens kritiske informasjon og pasientens måldata
- bidra til bedre og enklere tilgang til helsedata og bruk av kunstig intelligens for videreutvikling av vår felles helsetjeneste, forskning og næringsutvikling
- gjennomgå bestemmelsene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven, med tanke på effektiv og sikker tilgjengeliggjøring av informasjon til bruk i helsehjelpen, digitaliseringsvennlighet og tydelighet
- gjennomgå helseforskningsloven og annet regelverk som regulerer helseforskning
- legge til rette for finansieringsmodeller som bidrar til en bærekraftig forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene, og forutsigbar videreutvikling som gir størst mulig nytte og insentiver til å ta ut gevinster

9.1 En ny strategi for digitalisering i helse- og omsorgstjenesten

Regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken er beskrevet i kapittel 1 i denne meldingen. Digitalisering skal støtte opp under de helsepolitiske målene, bidra til at hovedmålene i planperioden nås og legge til rette for en bærekraftig utvikling.

Altfor mange pasienter, brukere og pårørende opplever at de må gjenta egen sykdomshistorie, samtidig som behandlerne opplever for dårlig tilgang til nødvendig informasjon. Dette kan ha konsekvenser for pasientene og brukernes sikkerhet og bidra til dårlig bruk av de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten. Utfordringsbildet i helse- og omsorgstjenesten er nærmere beskrevet i kapittel 2.

Det er et mål at innbyggere og personell skal ha sikker tilgang til relevant helseinformasjon når de trenger det. Teknologi og digitale samhandlingsløsninger skal bidra til å opprettholde eller bedre kvaliteten i behandlingen av pasienter og brukere, og legge til rette for medvirkning. Enklere tilgang til helsedata av god kvalitet skal bidra til bedre helse og bedre helse- og omsorgstjenester, blant annet gjennom forskning og næringsutvikling.

For å realisere målene må journal- og fagsystemene som virksomhetene har anskaffet videreutvikles. Samtidig må det også anskaffes nye systemer. Det betyr at det også framover vil være flere systemer i bruk i helse- og omsorgstjenesten. For å realisere gevinster som følge av å ta i bruk digitale løsninger, er det også nødvendig med endring av arbeidsprosesser og oppgavedeling. Digital transformasjon handler grunnleggende sett om organisasjonsutvikling. Det er viktig at vår felles helsetjeneste er fleksibel og omstillingsdyktig. I tillegg er det viktig å få til brukervennlige løsninger for både innbygger og personell.

Hovedansvaret for digitalisering ligger hos aktørene i helse- og omsorgssektoren. Det innebærer også å anskaffe og innføre egne journal- og fagsystemer, samt å endre tilhørende arbeidsprosesser og oppgavedeling. Flere virksomheter er godt i gang med modernisering av systemene. De nasjonale e-helseløsningene gir et godt utgangspunkt og bidrar til samhandling nasjonalt, på tvers av forvaltningsnivåer og mellom personell og innbyggere. Leverandørmarkedet er i utvikling og kan levere gode løsninger til ulike deler av tjenesten. I dag er det kommunesektoren som har de største utfordringene. De har journalsystemer

som verken i tilstrekkelig grad støtter personellet i arbeidshverdagen, eller i tilstrekkelig grad støtter utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.

Enklere tilgang til gode helsedata skal bidra til bedre helse og bedre kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Vår felles helsetjeneste skal fornyes og forbedres ved å bruke helsedata i helseforskning, kvalitetsforbedring og planlegging, og å stimulere til innovasjon og næringsutvikling. De fleste lovbestemte helseregistrene og Helsedataservice er samlet i Folkehelseinstituttet fra 2024. Beslutninger om utvikling av helse- og omsorgstjenesten og behandling av pasienter bør i økende grad bygge på helsedata. Mer datadrevne beslutninger skal bidra til bedre ressursutnyttelse, økt kvalitet, bedre forebygging, bedre helseovervåking og bedre folkehelse. Det vil også gjøre helse- og omsorgssektoren bedre forberedt i møte med kriser.

Digital samhandling, styrket helhetlig informasjonsforvaltning og økt standardisering skal sørge for at oppdaterte helseopplysninger er sikre, av god kvalitet og lett tilgjengelige. Dette vil legge til rette for at innbyggerne kan få en mer aktiv rolle knyttet til egen helse. Det vil også bidra til mer effektiv helsehjelp av god kvalitet, bedre helseovervåking og bedre styring.

Nasjonal e-helsestrategi er helse- og omsorgssektorens felles strategi for digitalisering og er en sentral premiss for den nasjonale gjennomføringen av arbeidet med digitalisering i helse- og omsorgstjenesten. Gjennom nasjonal e-helsestrategi har helse- og omsorgssektoren samlet seg om fem strategiske mål som skal bidra til å følge opp de helsepolitiske målene. Disse målene vil sektoren jobbe sammen om fram mot 2030. Nasjonal rådsmoell benyttes for å følge opp strategien. Formålet med den nasjonale rådsmoellen er å samle de sentrale aktørene i helse- og omsorgssektoren om felles innsats og mål for digitaliseringen i helse- og omsorgstjenesten.

9.2 Ansvar og roller i arbeidet med digitalisering

Regjeringen vil tydeliggjøre statens rolle for å sikre en samordnet, effektiv og helhetlig utvikling av digitaliseringen innenfor helse- og omsorgssektoren. Hovedansvaret for digitalisering ligger hos aktørene i sektoren. Helseforetakene og kommunene gjennomfører en rekke digitaliserings- og utviklingstiltak for at de skal kunne levere gode helse- og omsorgstjenester. Kommunene har ulike forutsetninger og har derfor kommet ulikt i

dette arbeidet. Det blir viktig å sikre at mulighetene den digitale utviklingen gir faktisk kommer befolkningen til gode i alle landets kommuner. Helseregionene har arbeidet med å innføre og modernisere sine regionale systemer for lagring og behandling av informasjon knyttet til pasientbehandlingen. Dette omfatter pasientjournaler, pasientadministrative systemer, kurveløsninger og andre fagsystemer. De har også ansvar for etablering, drift og videreutvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre. I Helse Midt-Norge RHF innføres Helseplattformen som en felles journalløsning på tvers av spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester (se boks 9.2). Kommunene i Midt-Norge får en modernisert journalløsning samtidig som innføringen vil gi bedre samhandling i hele helse- og omsorgstjenesten i regionen. For øvrige kommuner i landet er det fortsatt behov for et journalløft, både for å gi personellet en enklere arbeidshverdag og å muliggjøre bedre samhandling i hele helse- og omsorgstjenesten. KS viderefører arbeidet med felles journalløft for kommunene ved å samordne tiltak for bedre anskaffelser og å utvikle digital samhandling. En sentral del av arbeidet er å utvikle tjenester for samhandling innad i kommunene gjennom utprøvningsprosjekter. Norsk helsenett SF vil bidra til og delta i utprøving av nye samhandlingstjenester. Som del av Helseteknologiordningen skal det etableres en veiledningstjeneste som inkluderer et samarbeid med flere aktører for felles krav og rammer for anskaffelser av journal og helseteknologi.

Regjeringen vil prioritere tiltak rettet mot samhandling mellom kommuner og sykehus som samtidig skal skape helhet og sammenheng innenfor helse og omsorgstjenesten. Det betyr at statens rolle i arbeidet med digitalisering omfatter:

- **Digital infrastruktur, nasjonale felleskomponenter og tjenester som støtter samhandling mellom virksomheter**

Utbygging av en digital infrastruktur og nasjonale felleskomponenter som kan gjenbrukes på tvers av løsninger, er en forutsetning for samhandling mellom kommuner, sykehus og andre aktører. Eksempler på slike løsninger er de nasjonale e-helseløsningene som er beskrevet i avsnitt 9.4. En felles digital infrastruktur gjør det enklere for aktørene å utvikle og ta i bruk nye digitale løsninger.

- **En nasjonal myndighet som setter rammer for digitaliseringen**

Regjeringen vil styrke myndighetsarbeidet innen digitalisering, og har derfor slått

sammen Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Formålet er at arbeidet med digitalisering skal styrkes og understøtte utviklingen i pasientbehandlingen og i helsetjenesten på en tydeligere og bedre måte. Helsedirektoratet er fra 1. januar 2024 nasjonal myndighet for digitalisering og informasjonsforvaltning i helse- og omsorgssektoren, og skal legge til rette for å møte tjenestens og befolkningens behov. Helsedirektoratet skal sette retning og rammer for den nasjonale tjenesteutviklingen som understøtter sammenhengende og effektive tjenester. Som nasjonal myndighet for digitalisering har Helsedirektoratet ansvar for regelverksfortolkning, ivaretagelse av helsefaglige behov i utvikling og forvaltning av digitale løsninger og for normerende produkter og tilhørende veiledningstjenester.

Standardisering av informasjonsutveksling er nødvendig for at opplysninger skal kunne utveksles korrekt mellom virksomheter, personell og innbygger. Det er behov for å styrke arbeidet med standardisering og helhetlig informasjonsforvaltning. Dette er blant annet fremhevet i Sykehusutvalgets utredning NOU 2023: 8 *Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samarbeid og ledelse*. Det er etablert en samarbeidsmodell for internasjonale standarder som tydeliggjør hvordan virksomheter og leverandører skal jobbe med utvikling og vedlikehold av standarder.¹ I planperioden vil regjeringen videreutvikle tiltak for standarder og krav. Helsedirektoratet har også en normerende rolle innen andre områder av digitalisering, som kan bidra til samordning av digitale løsninger på tvers av virksomheter og nivåer. Et eksempel på dette er samtykkeløsninger for deltakelse i forskningsstudier.

- **En nasjonal tjenesteleverandør som legger til rette for sikker og effektiv digitalisering**

Regjeringen vil øke digitaliseringstakten i helse- og omsorgstjenesten, både med hensyn til utvikling og innføring. Norsk helsenett SF skal som nasjonal tjenesteleverandør legge til rette for sikker og effektiv digital samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Norsk helsenett SF har ansvaret for utvikling av infrastruktur for samhandling i hele helse- og omsorgssektoren, og har en sentral rolle i arbeidet med å nå målene for digitalisering i tråd med nasjonale krav og rammer.

¹ For mer informasjon om samarbeidsmodell for internasjonale standarder se her: <https://www.ehelse.no/publikasjoner/samarbeidsmodell-for-internasjonale-standarder>

– **Støtte til kommuner og sykehus som går foran i nasjonale initiativ**

For å møte bærekraftutfordringene i vår felles helse- og omsorgstjeneste, er vi avhengig av at kommuner og sykehus går foran i utprøvingen og innføringen av digitaliseringstiltak og gjør en felles innsats for å sikre at løsningene som utvikles er trygge, smarte og effektive. Regjeringen vil støtte kommuner og sykehus som går foran i arbeidet med å utvikle, anskaffe og ta i bruk digitale løsninger som kan gjenbrukes av flere. Regjeringen vil blant annet støtte med veiledning, prosess- eller implementeringsstøtte, tilskudd og nettverksstrukturer for kunnskapsutveksling.

– **Gjøre det enklere for næringslivet å bidra til bedre helse- og omsorgstjenester**

En bærekraftig helse- og omsorgstjeneste er avhengig av et leveransedyktig næringsliv. Regjeringen har derfor lagt fram et veikart for helsenæringen, som blant annet beskriver hvordan regjeringen vil bidra til økt lønnsomhet og verdiskapning i helsenæringen. Leverandørene utvikler, leverer og vedlikeholder produkter og tjenester som bidrar til gode tjenester for innbyggerne og som kan legge til rette for innovasjon, tjenesteforbedringer og kostnadsreduksjoner. Det skal utarbeides forutsigbare betingelser slik at leverandørene, i samarbeid med sektoren, kan utvikle nye og tilpassede tjenester. For eksempel skal standardiserte grensesnitt (application programming interface – API) bidra til at leverandørene får tilgang til API-er som de kan benytte i sitt arbeid med å utvikle nye løsninger. API betegner et grensesnitt som lar to programvareløsninger kommunisere og utveksle data. Næringslivet spiller en sentral rolle i helseberedskapen, og styrking av europeisk helseindustri er viktig for å sikre forsyninger, både i og utenfor kriser. Myndighetene skal legge til rette for økt forutsigbarhet for både næringslivet og den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Et felleseuropeisk marked med mest mulig felles reguleringer og standarder er viktig, og staten vil legge til rette for rammer som styrker samarbeidet mellom offentlige og private aktører. Myndighetene vil følge med på at kjøp og anvendelse av teknologi i helse- og omsorgssektoren øker og at investeringene fra både offentlige og private aktører øker. Det skal bli enklere for næringslivet å bidra til bedre helse- og omsorgstjenester, og alle aktører skal oppleve ryddige og forutsigbare rammebetingelser.

Boks 9.2 Helseplattformen – en felles pasientjournal

Helse Midt-Norge RHF har over mange år hatt som mål å modernisere sitt journalsystem og gjennom samarbeidet med helseforetakene og kommunene i regionen la de strategien for Helseplattformen som en felles løsning på tvers av kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. I foretaksmøtet 22. juni 2016 ble Helse Midt-Norge RHF bedt om å gjennomføre programmet «Helseplattformen» som et regionalt utprøvningsprogram for det anbefalte nasjonale målbildet i «En innbygger – én journal». Helseplattformen er en felles pasientjournal og samhandlingsplattform for sykehus, kommuner og fastlegger i Midt-Norge. Den felles løsningen innebærer at informasjonen samles på ett sted og oppdateres i sanntid. Informasjonen legges inn bare én gang og blir tilgjengelig for helsepersonell som trenger den for å utføre oppgavene sine. Trondheim kommune tok Helseplattformen i bruk i mai 2022. St. Olavs hospital HF og ytterlige seks kommuner innførte den i november samme år. Per januar 2024 har 20 kommuner innført Helseplattformen. Over halvparten av de som jobber i helsetjenesten i Midt-Norge bruker nå Helseplattformen som arbeidsverktøy. Helseplattformen skal blant annet støtte personellet i deres daglige arbeidsprosesser og legge til rette for beslutningsstøtte. Innføring av Helseplattformen medfører et krevende endringsarbeid der brukervennlighet og pasientsikkerhet må ivaretas. Det er utfordringer knyttet til innføringen ved St. Olavs hospital HF. Dette har ført til behov for feilretting og forbedring av løsningen, og forsinket innføring i regionen.

9.3 Helseteknologiordningen skal støtte opp under det lokale ansvaret for digitalisering

Regjeringen vil støtte det lokale ansvaret for å anskaffe og innføre digitale løsninger gjennom helseteknologiordningen. Ordningen består av et bredt sett virkemidler som skal forenkle og intensivere aktørenes arbeid med digitaliseringen. Ordningen skal hovedsakelig støtte kommunenes arbeid med å sette i gang anskaffelser og inn-

føre bedre digitale løsninger, og bidra til bedre samhandling i helse- og omsorgssektoren. Gjennom helseteknologiordningen skal staten redusere risikoen for kommuner som går foran og gjøre det enklere for andre kommuner å investere i blant annet journalløsninger og velferdsteknologi. Ordningen skal også tilrettelegge for bruk av riktige standarder, for eksempel for innhold og tekniske krav. Samlet vil tiltakene i helseteknologiordningen bidra til å understøtte både små, mellomstore og store kommuner i arbeidet med digitalisering. Dette vil også ha positive effekter for andre, som for eksempel leverandørmarkedet og sykehus. Helseteknologiordningen etableres fra 2024 og bygges ut over tid og baseres på erfaringer og tilgjengelige økonomiske rammer. Ordningen forvaltes av Helsedirektoratet. Helseteknologiordningen skal virke sammen med tiltak som KS og næringslivet har satt i gang. Ett eksempel er KS sitt tiltak for felles rammer for anskaffelse av journalløsninger i kommunene. Næringslivets tiltak for å øke kapasitet på testing av helseteknologi (HealthCatalyst) er et annet eksempel. På denne måten blir rollefordelingen knyttet til digitalisering i helse- og omsorgssektoren tydeligere. Til å begynne med består helseteknologiordningen av følgende tiltaksområder:

- **Søknadsbasert tilskudd til helseteknologi**
Regjeringen vil støtte kommuner som går foran i utprøving og innføringen av digitaliseringstiltak, og som gjør en felles innsats for at løsningene som utvikles er trygge, smarte og effektive og kan gjenbrukes av flere. Regjeringen etablerte i 2024 en tilskuddsordning der kommuner kan søke om midler til utprøving, anskaffelse og innføring av helseteknologi. Det er kommunene selv som best kjenner sine behov for digitale løsninger. Det vil derfor være mulig å søke om tilskudd til å ta i bruk flere typer helseteknologi.
- **Veiledningstjeneste for helseteknologi**
Regjeringen vil etablere en veiledningstjeneste for helseteknologi fra 2024. Formålet med tjenesten er at kommuner som skal anskaffe og innføre helseteknologi får bistand i prosessen. Tjenesten skal gi veiledning knyttet til krav, standarder, rammebetingelser og formidling av beste praksis. På sikt er det et mål å kunne gi oversikt over leverandører som imøtekommer krav og standarder. Tjenesten vil dermed bidra til etterlevelse og implementering av krav og standarder hos leverandørene. Det pågår flere lignende initiativer, hos aktører som KS, Norsk helsenett SF og næringslivsklyngene. Dette skal sees i sammenheng og

skal gi forutsigbarhet for både kommunene og leverandørene og bidra til et mer bærekraftig leverandørmarked.

- **Samordning av eksisterende nettverk for raskere innføring av helseteknologi**

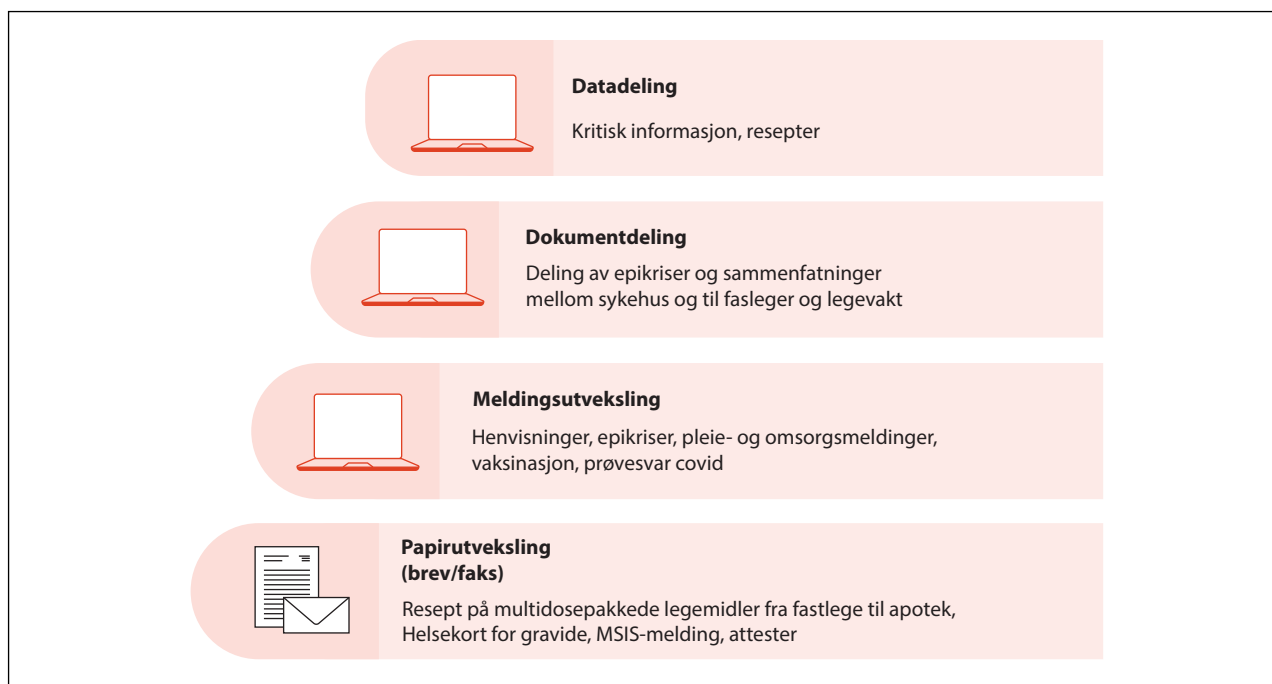
Innføring av ny teknologi må kombineres med organisasjonsutvikling og nye måter å samarbeide på for å oppnå effektivisering og forbedring av kvaliteten i tjenestene. De kommunale nettverkene i regi av KS bidrar i dag til innføring og utbredelse av digital samhandling, velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Nettverkene for innføring av nasjonale løsninger og helse- og velferdsteknologi må samordnes slik at de støtter opp under de prioriterte områdene i helseteknologiordningen.

9.4 Tilgang til informasjon for personell og pasienter

Helsehjelp til den enkelte pasient ytes i stor grad i samarbeid mellom personell i ulike deler av helse-tjenesten. Overgang mellom ulike aktører innenfor helsetjenesten kan skje raskt og hyppig, for

Boks 9.3 Nasjonale e-helseløsninger

- Helsenettet er et sikkert digitalt nett for alle aktører i helsesektoren. Helsenettet utgjør grunnmuren for at helseopplysninger kan utveksles på en trygg og sikker måte.
- Kjernejournal er en digital tjeneste som gir personell og pasienter tilgang til viktige opplysninger om sykdom, allergier, kritisk informasjon, vaksiner og legemidler.
- E-resept er en løsning for sikker overføring av resepter mellom rekvirenter, apotek og bandasjister. Løsningen bidrar til at personell får bedre oversikt over pasientens gyldige resepter og hva pasienten har hentet ut samtidig som pasienter får oversikt over egne resepter via helsenorge.no.
- Helsenorge.no er innbyggernes inngang til helse- og omsorgstjenester digitalt. På helsenorge.no får innbyggere tilgang til kvalitetssikret helseinformasjon og har blant annet innsyn i egen journal og oversikt over vaksiner og resepter. Helsenorge.no fungerer også som en inngangsport for tjenester som timebestilling og elektroniske konsultasjoner.



Figur 9.1 Personell utveksler i dag informasjon om pasienter på ulike måter

eksempel overgang fra fastlege og legevakt til sykehus og overgang tilbake til fastlege og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. For å kunne gi best mulig helsehjelp er det en forutsetning at nødvendige helseopplysninger følger pasienten.

Helse- og omsorgstjenestene samhandler på forskjellige måter. Tjenestene kan utveksle informasjon muntlig, på papir, sende meldinger via helsenettet eller dele informasjon digitalt i form av fritekst eller strukturerte data. Økt digitalisering er en ønsket utvikling som kan bidra til bedre kvalitet i tjenestene og til å effektivisere, trygge og forenkle hverdagen vår.

De nasjonale e-helseløsningene er en forutsetning for sammenhengende tjenester

De nasjonale e-helseløsningene, kjernejournal, helsenorge.no, e-resept og helsenettet bidrar til samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene og med innbyggeren. Dette er fellesløsninger som gir sammenhengende tjenester og god pasientsikkerhet på tvers av sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester.

9.4.1 Prioriterte områder for digital samhandling mellom personell

Digital samhandling skal bidra til at personell får tilgang til relevant, oppdatert og korrekt informa-

sjon om pasienten, slik at de kan gi best mulig behandling og bruke mindre tid til å lete etter og sammenstille informasjon.

For å oppnå en mer helhetlig og effektiv samhandling på tvers av virksomheter og nivåer, er det allerede på flere områder investert i og satt i gang nasjonale tiltak for å dekke de høyest prioriterte behovene. Dette er områder hvor det er særlig viktig at personell kan dele relevant og nødvendig informasjon om pasienten. Regjeringen vil prioritere å realisere følgende nasjonale tjenester for samhandling:

- *Pasientens legemiddelliste* gjør det mulig for personell å få en samlet oversikt over alle legemidler pasienten bruker, som er oppdatert til enhver tid, og som skal være tilgjengelig for pasienten selv og personellet uavhengig av hvor i tjenesten personellet arbeider. Feil legemiddelbruk er blant de viktigste årsakene til pasientskader.
- *Pasientens prøvesvar* gir personellet tilgang til og oversikt over laboratorie- og radiologisvar digitalt, uavhengig av hvem som har rekvirert undersøkelsen, og hvor den er utført. I dag bestilles mange undersøkelser på nytt fordi prøvesvar ikke er tilgjengelige. Innbyggerne vil få en samlet oversikt over sine prøvesvar på helsenorge.no.
- *Deling av pasientens journaldokumenter* gir personell tilgang til journaldokumenter fra andre virksomheter. På den måten kan personellet i



Figur 9.2 Historien om Tore

sykehus eller legevakt, fastleger og innbygger selv, få enkel og sikker tilgang til informasjon som epikriser og sammenfatninger.

- Deling av pasientens *kritiske informasjon* (alvorlige diagnoser og tilstander) er informasjon som det er særskilt viktig at personellet kjenner til i en behandlingssituasjon. For å øke registreringsgraden av opplysninger nasjonalt, skal personell kunne registrere opplysningene i eget fagsystem, samtidig som opplysningene overføres automatisk til kjernejournalen.
- Pasienter og brukere som får digital hjemmeoppfølging, gjennom blant annet velferdsteknologi og helseapper, har ofte behov for behandling fra personell fra flere virksomheter og tjeneste- og omsorgsnivå. *Pasientens måledata* tilrettelegger for at informasjon om pasienten kan deles på tvers.

Disse tjenestene vil gi økt effektivitet, tilfredshet og økt pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Det ligger store investeringer og omfattende forankringsprosesser bak de nasjonale satsingene, og regjeringen er opptatt av at helse- og omsorgstjenesten så raskt som mulig kan dra nytte av disse tjenestene. Tjenestene skal realiseres stegvis, gjennom konkret utprøving, læring og justering av kursen underveis.

Regjeringen vil etablere et digitalt helsekort for gravide og tar sikte på at utprøvingen skal starte i 2024. Det vil bli et viktig tiltak for å skape helhet og sammenheng i svangerskaps-, fødsel-, og barselomsorgen. I dag må gravide ha med seg et papirskjema gjennom hele svangerskapet. Med et digitalt helsekort for gravide vil informasjonen samles og deles på en sikker måte samtidig som helsekortet vil forbedre oppfølgingen av den gravide og øke pasientsikkerheten. Arbeidet skal gjennomføres trinnvis og bygge på allerede eksisterende løsninger som kjernejournal og helsenorge. I første omgang skal det etableres en løsning som kan testes ut i et geografisk avgrenset område. Dette vil gi erfaring, slik at løsningen kan forbedres og videreutvikles i nært samarbeid med tjenesten.

Dataansvar for nasjonale e-helseløsninger

Helse- og omsorgssektoren er basert på en modell, hvor den enkelte virksomhet står ansvarlig for helsehjelpen som ytes og må ivareta krav til blant annet taushetsplikt og forsvarlig organisering av virksomheten. Det er også den enkelte virksomhet som har ansvar for å ha et forsvarlig journalsystem og har dataansvar etter person-

vernforordningen. Det innebærer at helseopplysninger i utgangspunktet er lagret i regi av den enkelte virksomhet. Den dataansvarlige kan eventuelt velge å benytte en databehandler, men vil aldri kunne avtale seg bort fra sitt ansvar. En databehandler kan kun utføre oppgaver på vegne av den dataansvarlige som er skriftlig avtalt og bare oppgaver som den dataansvarlige selv har rettslig grunnlag for å utføre. I noen unntakstilfeller er dataansvaret lagt til en virksomhet med nasjonalt virkeområde. Dette er tilfeller der behandling av person- og helseopplysninger forutsetter særskilte samhandlingsbehov, som det er nødvendig å løse nasjonalt. Dataansvaret vil i disse tilfellene være regulert særskilt. Det er særlig aktuelt å vurdere å plassere dataansvar hos en nasjonal aktør, når løsninger er teknisk kompliserte eller for å ivareta følgende overordnede behov:

- Behov for oversikt og å kunne «slå opp» helseopplysninger på tvers av mange aktører, herunder behov for løpende oppdateringer ved mange endringer i sanntid.
- Behov for at mange samarbeider om å oppdatere helseopplysningene i samme behandlingsforløp.
- Behov for å sammenstille eller analysere helseopplysninger mellom et stort antall aktører, som for eksempel for å vise trender eller utføre analyser.

I dag gjelder dette for løsningene nasjonal kjernejournal og reseptformidleren.

9.4.2 Pasienter og pårørende skal kunne medvirke aktivt i egen helse

Regjeringen vil legge til rette for at digitale løsninger styrker pasienters og pårørendes mulighet til å ta aktivt del i behandlingsopplegg. Regjeringen legger til grunn at helsenorge fortsatt skal være innbyggernes digitale hovedinngang til offentlige helse- og omsorgstjenester. Helsenorge legger allerede i dag til rette for at innbyggere selv kan ta større del i oppfølging av egen helse. På helsenorge har innbyggere tilgang til kvalitetssikret helseinformasjon. Helsenorge bidrar til bedre planlegging og effektivisering av helse- og omsorgstjenesten ved å la innbyggerne ta mer aktiv del i egen oppfølging av helse, få bedre oversikt og innsyn der det er mulig. Bruken av tjenestene på helsenorge er økende. Dette ble særlig tydelig under koronapandemien. I 2022 hadde helsenorge over 100 millioner besøk.

De regionale helseforetakene har startet opp et samarbeidsforum for utvikling av digitale inn-

byggertjenester for pasienter og pårørende i spesialisthelsetjenesten som skal tilbys via helsenorger. Formålet med samarbeidsforumet er å samarbeide om og fordele ansvar for utvikling og videreutvikling av digitale tjenester for innbygger. For en del pasienter i spesialisthelsetjenesten vil deltakelse i kliniske behandlingsstudier være en del av behandlingen. Et sentralt tiltak i *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier* er å innføre nasjonale digitale løsninger for enklere kommunikasjon om samtykker til deltakelse i studier mellom pasient og helsepersonell som leder studier. Målet med innføringen er å øke tilgangen til kliniske studier.

Helsenorge skal tilrettelegges med åpne grensesnitt for at aktører enkelt og effektivt skal kunne tilby tjenester og tilgjengeliggjøre informasjon til innbyggere på helsenorger. Det skal være en plattform som understøtter innovasjon og næringsutvikling ved å tilgjengeliggjøre løsninger fra helse- og omsorgstjenesten så vel som fra markedsaktører. Plattformen skal bidra til innovasjon ved å gjøre det enklere for helsenæringen å levere digitale tilbud. Det finnes allerede i dag flere digitale innbyggertjenester i form av portaler eller applikasjoner (apper) på utsiden av helsenorger. For eksempel har Helseplattformen etablert innbyggerplattformen *HelsaMi* for innbyggere i Helse Midt-Norge. Det er videre flere eksempler på spesialiserte tjenester og applikasjoner (apper) hvor pasientene blir involvert i

behandlingen. Disse kan gi støtte til å forebygge og mestre ulike plager og utfordringer, eller støtte egenoppfølging ved ulike sykdomsforløp. Det må forventes og planlegges for at det kommer flere slike innbyggertjenester i framtiden.

For å bidra til et godt samspill mellom helsenorger og løsninger i markedet, har sektoren utarbeidet fire prinsipper som skal brukes ved samordning av digitale innbyggertjenester. Se boks 9.4. Formålet med prinsippene er å bidra til at innbygger møter en helhetlig, koordinert og sammenhengende offentlig helse- og omsorgstjeneste, uavhengig av hvem som har ansvar for de ulike tjenestene og at leverandørene opplever forutsigbarhet. Prinsippene skal gjelde for tjenester og integrering mot helsenorger og skal videreutvikles og revideres etter behov.

9.5 Raskere gjennomføring og realisering av nytte

Erfaringer med store digitaliseringsprosjekter, og den raske teknologiske utviklingen, tilsier at det må tenkes nytt om *hvordan* helse- og omsorgstjenesten skal arbeide med digitalisering. Løsninger skal i større grad testes tidlig, slik at kursen kan justeres underveis, og løsningene kan tas raskere i bruk. Regjeringen vil satse på trinnvise utviklingsprosjekter med tidlig læring og justering av kurs underveis.

Boks 9.4 Prinsipper for koblingen mellom helsenorger og andre løsninger i markedet

- Informasjonsprinsippet: helsenorger.no skal sikre at helseinformasjon er tilpasset innbyggerne, og at informasjonen er konsistent på tvers av innholdsleverandører
- Prinsipp for personverninnstillinger: helsenorger.no skal legge til rette for at innbygger kan se og forvalte fullmaktløsningen og personverninnstillinger samlet
- Oversiktsprinsippet: aktørenes løsninger skal integreres mot helsenorger.no innenfor tjenestene administrasjon av timer, dialog og innsyn
- Verktøyprinsippet: helsenorger.no publiserer informasjon om kvalitetssikrede verktøy og helseapplikasjoner for innbygger og helsepersonell når de er offentlig godkjente.

9.5.1 Ta i bruk teknologi raskere

Tiden det tar fra behovet oppstår til en digital løsning etter utvikling, testing og produksjon er tatt i bruk, er en utfordring ved alle typer prosjekter. Det er et mål å korte ned tiden før brukerne får tatt i bruk løsningene og bruke mindre penger på planlegging. Samtidig er behovene, som også kan endre seg underveis, ofte komplekse. For å redusere usikkerhet og kompleksitet må det derfor jobbes i kortere sykluser samtidig som løsningskonsept må testes tidlig. Erfaring fra utprøving vil gi verdifull kunnskap om løsningskonseptet kan realiseres, om behov dekkes og om hva som bør justeres og videreutvikles før en løsning kan settes i ordinær drift. Utprøvinger bør evalueres for å samle erfaringer og kunnskap før det eventuelt blir besluttet nasjonal innføring.

9.5.2 Mer enhetlig bruk av regelverket

Pasienter skal sikres helsetjenester av god kvalitet. Det er derfor viktig at personell får relevante

og nødvendige helseopplysninger til riktig tid om den enkelte pasient. Regelverket har utviklet seg over tid for å understøtte behovene for helhetlig digital samhandling. Det legger til rette for bruk av nasjonale samhandlingsløsninger, slik at personell kan kommunisere effektivt og sikkert i pasientbehandlingen. Videre åpner regelverket for deling og tilgjengeliggjøring av relevante helseopplysninger når dette er nødvendig. Det gjelder internt i virksomheten, mellom ulike virksomheter, og mellom virksomheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Dersom vilkårene for deling og tilgjengeliggjøring av helseopplysninger er oppfylt, plikter virksomheten å utlevere opplysningene. Flere aktører peker likevel på utfordringer når dette skal gjøres i praksis, blant annet på grunn av usikkerhet om hvordan regelverket skal forstås. Det fører til at regelverket praktiseres ulikt mellom virksomheter og at det tar lang tid å innføre løsninger. Erfaringer viser at det kan ta tid for aktørene å komme til enighet om når vilkårene i regelverket er oppfylt og hvordan dette skal dokumenteres, for eksempel ved deling av journaldokumenter. Det er et behov for bedre veiledning om regelverket. Helsedirektoratet er i gang med dette arbeidet.

Det generelle regelverket for tilgjengeliggjøring av helseopplysninger er teknologinøytralt. De nasjonale løsningene e-resept og Nasjonal kjernejournal er særskilt regulert og har egne forskriftsbestemmelser, blant annet om tilgjengeliggjøring. Samtidig oppleves regelverket som lite digitaliseringsvennlig. Grunnen er blant annet at de generelle bestemmelsene om tilgjengeliggjøring av helseopplysninger gjør det nødvendig med tilpasninger for å kunne ta i bruk automatiserte beslutningsprosesser for tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter. Blant annet må det legges til rette for tydelig dokumentasjon av tjenstlig behov og utvikles støtte for felles tillitsmekanismer. Regjeringen har startet en gjennomgang av bestemmelsene om taushetsplikt i helsepersonelloven og pasientjournalloven, med tanke på effektiv og sikker tilgjengeliggjøring av helseinformasjon til bruk i helsehjelpen, digitaliseringsvennlighet og tydelighet. Regelverksgjennomgangen tar sikte på å vurdere hvordan bred deling av helseopplysninger innad i helsetjenesten kan reguleres enklere og mer enhetlig, både internt i virksomheten, og mellom virksomheter og forvaltningsnivåer. Formålet er å regulere, på en enhetlig måte, hvilke vilkår som må være oppfylt for å dele helseopplysninger mellom ulike virksomheter, personer og formål. Både helsetje-

nestens behov for deling av helseopplysninger og pasienters rett til vern av egne helseopplysninger, skal ivaretas.

9.5.3 Finansieringsmodeller for trinnvis utvikling av nasjonale digitale samhandlingsløsninger

Regjeringen vil legge til rette for at finansieringsmodellene bidrar til en bærekraftig forvaltning og drift av de nasjonale e-helseløsningene, og en trinnvis utvikling av sammenhengende digitale løsninger. Finansieringsmodellene skal bidra til at løsningene gir størst mulig nytte for samfunnet som helhet samtidig som aktørene gis insentiver til å ta ut gevinster av løsningene. Modellene for finansiering av nasjonale e-helseløsninger inkluderer obligatorisk samfinansiering av forvaltning og drift, der aktørene i sektoren betaler for de samlede kostnadene og bevilgning over statsbudsjettet til investeringer i nasjonale løsninger for digital samhandling. I tillegg vil regjeringen etablere en ordning med statlige stimuleringsmidler til kommuner, som del av helseteknologiordningen.

Forvaltning og drift

Ordning med obligatorisk samfinansiering av kostnadene til forvaltning og drift av de fire nasjonale e-helseløsningene ble innført i 2022. De fire løsningene er helsenettet, kjernejournal, e-resept og helsenorge.no med tilhørende tjenester. Finansieringsmodellen har bidratt til en mer forutsigbar finansiering av forvaltning og drift og er et viktig virkemiddel for å sette Norsk helsenett SF i stand til å levere nasjonale e-helseløsninger av god kvalitet.

Det er etablert et system for å håndtere årlige endringer i betalingen som skal bidra til transparens og gi aktørene innflytelse i kostnadsutviklingen. Systemet inkluderer behandling i den nasjonale rådsmodellen for e-helse, et teknisk beregningsutvalg for nasjonale e-helseløsninger, endringer i forskrift om standarder og nasjonale e-helseløsninger med tilhørende høring, og konsultasjoner mellom KS og regjeringen.

Bevilgninger over statsbudsjettet til investeringer i digitale samhandlingstiltak

Finansiering av nasjonalt prioriterte digitale samhandlingstiltak skal bidra til å skape gode rammebetingelser for utvikling av ny teknologi, som både skal bidra til bedre tjenester og til personell-

besparelser i helse- og omsorgstjenesten. De sentrale utviklingskostnadene i nye tjenester og løsninger for digital samhandling finansieres i hovedsak gjennom bevilgninger over statsbudsjettet. Stortinget vedtok i sammenheng med budsjettet for 2024 at statens kostnader til satsingen på digital samhandling over tid skal dekkes inn av aktørene. Aktørene selv dekker kostnader knyttet til tilpasninger i egne løsninger, opplæring og innføring.

9.6 Bedre tilgang til helsedata og bruk av kunstig intelligens

Regjeringen har som mål at helsedata av god kvalitet skal gi bedre helse og bedre helse- og omsorgstjenester. Det skal legges til rette for bedre bruk av helsedata i helseforskning, kvalitetsforbedring og styring, og som grunnlag for innovasjon og næringsutvikling. Det har vært en positiv utvikling det siste tiåret, med økende bruk av data fra helseregistrene, bedre datakvalitet og nye registre. Samtidig er det fremdeles tidkrevende prosesser for å få tilgang til data, komplisert regelverk, for mye manuell registrering og rapportering for helsepersonell og begrenset tilgang til infrastruktur for sikker tilgang til og deling av store datamengder og på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer.

Det er tatt grep ved å samle informasjon om helseregistrene på helsedata.no og ved å samle beslutningsmyndigheten om utlevering av registerdata hos Helsedataservice. For å bedre utnyttelsen av helsedata har regjeringen samlet de lovregulerte nasjonale helseregistrene i Folkehelseinstituttet. Ved å samle helseregistrene legges det også til rette for å nå målet om «orden i eget hus», som handler om å ha oversikt over data, hva de betyr og hvordan de kan brukes og deles med andre. Det inkluderer god forvaltning av metadata, utvikling og bruk av fellestjenester for enklere deling av data, og gjenbruk av data slik at de samme dataene ikke må samles inn flere ganger.

Raskere tilgang til helsedata

Det er behov for å effektivisere tilgangen til helsedata for å bidra til tjenesteinnovasjon, forskning, kvalitetsforbedring av helsetjenesten, helseovervåkning, god beredskap og bedre folkehelse. Helsedataservice er en nasjonal tjeneste for tilgjengeliggjøring av helsedata fra nasjonale helseregistre. Videreutvikling av Helsedataservice skal bidra til

Boks 9.5 «Nasjonale prinsipper for deling og bruk av data» som framsatt i Meld. St. 22 (2020–2021)

- Data skal åpnes når de kan, og skjermes når de må.
- Data bør være tilgjengelige, gjenfinnbare, mulige å bruke, og kunne sammenstilles med andre data.
- Data skal deles og brukes på en måte som gir verdi for næringslivet, offentlig sektor og samfunnet.
- Data skal deles og brukes slik at grunnleggende rettigheter og friheter respekteres, og norske samfunnsverdier bevares.

mer effektiv saksbehandling, bedre veiledning, oppdaterte metadata, flere datakilder inn i felles søknadsskjema og mer ensartet tolkning av regelverket.

Universitetene og helseforvaltningen samarbeider om å tilrettelegge for økt bruk av de etablerte analyseinfrastrukturene *Tjenester for sensitive data* (TSD) ved Universitetet i Oslo, *SAFE* ved Universitetet i Bergen og *HUNT Cloud* ved NTNU. Universitetssektoren har satset systematisk på analyseinfrastruktur for sensitive data over de siste ti årene, og opererer i dag internasjonalt anerkjente løsninger med høy modenhet og stor kapasitet. Dette gir gode muligheter til å videreutvikle dagens løsninger for bedre sekundærbruk av helsedata. Det er også inngått samarbeid med SSB og SIKT (Kunnskapssektorens tjenesteleverandør) om bruk av analysetjenesten *microdata.no*. *Microdata.no* er en løsning for å tilgjengeliggjøre registerdata uten søknad som har potensial for å bli et viktig supplement til søknadsbaserte løsninger. Det er også aktuelt å se nærmere på potensialet i eksisterende data- og analysetjenester i helse- og omsorgstjenesten.

Data fra helse- og omsorgssektoren er en viktig innsatsfaktor i forskning og innovasjon. Dette kan være et mulig konkurransefortrinn for norsk næringsliv når det gjelder utvikling av medisinsk utstyr, legemidler og digitale helseløsninger.

Helsedata og kunstig intelligens (KI)

Det er flere typer data som produseres i helsetjenesten som i prinsippet kan være nyttige å bruke til å utvikle kunstig intelligens (KI). Det omfatter for eksempel registerdata, medisinske bilder, og

pasientjournalnotater. Det kan også omfatte pasientens strukturerte journalopplysninger, som laboratoriemålinger, legemidler, data fra digital hjemmeoppfølging og pasientens egenregistrerte opplysninger. Det kan videre også omfatte forskningslitteratur, prosedyrer og retningslinjer.

Tilpasse regelverket til behovet for deling og bruk av helseopplysninger

Det er nylig gjort større endringer for å forenkle regelverket for tilgjengeliggjøring av helseopplysninger fra helseregistre til bruk i forskning og kvalitetsforbedring. Samtidig opplever flere aktører at ulik tolkning og praktisering av regelverket skaper hindringer og forsinkelser for forskningsprosjekter. En erfaring fra koronapandemien var utfordringer med deling av data på tvers av virksomheter hvor regelverket ikke ble praktisert likt.² Det kan være en lang vei fra forskning til implementering i tjenesten, for eksempel for å ta i bruk KI-løsninger.³ Helseforskningsloven er i liten grad endret siden den trådte i kraft i 2009, samtidig som det har skjedd store medisinske, teknologiske og organisatoriske endringer som tilsier at regelverket bør oppdateres. Departementet har derfor startet en gjennomgang av helseforskningsloven og annet relevant regelverk for å vurdere endringer som gjør regelverket bedre tilpasset dagens behov.

Sterkere nasjonal samordning av datafangst

God dekningsgrad og datakvalitet er avgjørende for at data fra helseregistre skal kunne brukes i tråd med formålet. Det er et stort etterslep i registrering og for dårlig dekningsgrad og datakvalitet i flere av registrene. Det skyldes blant annet manuell registrering til registre framfor automatisert datafangst fra journal- og fagsystemer, og manglende harmonisering av registervariabler på tvers av registre. Ved etablering av nye og videreutvikling av eksisterende registre, er det et mål at datafangst skal skje mest mulig automatisk. Nye medisinske kvalitetsregistre som er etablert innenfor psykisk helsevern er i hovedsak basert på uttrekk av data fra bl.a. Norsk pasientregister og Kommunalt pasient- og brukerregister. Helseplattformen har tilrettelagt for automatisk innrap-

portering til nasjonale kvalitetsregistre. Datafangst fra journal krever at helseopplysninger i større grad dokumenteres strukturert og likt på tvers av løsninger. Balansen mellom strukturert dokumentasjon og brukervennlighet må ivaretas, slik at journalen gir støtte til helsehjelp, og også er et godt grunnlag for (aggregerte) helsedata. Det pågår en rekke tiltak som er relatert til automatisert innrapportering til helseregistre. Et eksempel er Helsedirektoratets midlertidige løsning for datafangst av tannhelsedata til Kommunalt pasient- og brukerregister, og arbeidet med å etablere en permanent løsning for innmelding av tannhelsedata.

Videre er det behov for sterkere nasjonal koordinering og tydelige ansvarslinjer for arbeidet med begrepsharmonisering og normering av variabler og innføring av kodeverk og standarder. Norge bruker i dag ICD-10, som er den tiende versjonen av diagnosekodeverket ICD. ICD-11, representerer den faglige utviklingen innen diagnostikk, og det planlegges derfor en overgang til ICD-11 i Norge. Versjonen er betydelig endret fra den tiende versjonen og overgang til ICD-11 vil derfor kreve nærmere vurderinger og prioriteringer, både organisatorisk, økonomisk, helsefaglig og teknisk. Også samspillet med andre kodeverk og terminologier, som SNOMED CT må klargjøres nærmere. SNOMED CT er en internasjonal samling av helsefaglige begrep som benyttes til å dokumentere og dele opplysninger knyttet til pasientbehandlingen.

9.7 Bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten

Kunstig intelligens (KI) kan bidra til raskere og mer presis diagnostikk, bedre beslutningsstøtte til personell, forenklet logistikk, automatisering av administrative oppgaver, og å sette innbyggerne bedre i stand til å følge opp sin egen helse. KI vil kunne utgjøre et betydelig bidrag til en bærekraftig utvikling av vår felles helsetjeneste.

Framskrittene innen kunstig intelligens er drevet fram av kombinasjonen av tilgang til store mengder data, nye maskinlæringsmetoder og rimeligere og kraftigere analysekapasitet. De siste årene har tolkning av bilder ved hjelp av KI-verktøy blitt stadig bedre. Bruk av KI-verktøy fremstår derfor som lovende innenfor flere medisinske spesialiteter, slik som radiologi, patologi, undersøkelser av mage- og tarmsystemet og øye.⁴ Bruk av KI for å analysere radiologiske og andre typer bilder kan blant annet redusere arbeidsbelastningen til

² <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-rapporter-fra-to-ekspertgrupper-norge-bor-bruke-data-og-analyser-bedre-i-kriser/id2921620/>

³ Nasjonalt senter for e-helseforskning (2023). Implementering av kunstig intelligens i norsk helsetjeneste: veien til utbredt bruk.

⁴

Boks 9.6 Kunstig intelligens tolker røntgenbilder

Vestre Viken HF er det første helseforetaket som har tatt i bruk kunstig intelligens i stor skala som støtteverktøy til å tyde bilder innenfor radiologi. Dette vil gi bedre pasientflyt for mange pasienter og vil være et verktøy som bidrar til tolkningen av røntgenbilder. Når pasienter med mistanke om brudd kommer til sykehuset, blir det tatt røntgenbilder. Bildene behandles og tolkes av kunstig intelligens, og i løpet av et minutt eller to foreligger svaret. Pasienter som ikke viser tegn til brudd kan sendes hjem og slipper ventetiden det tar før en lege får sett på bildet. Svaret kvalitetssikres dagen etter.

personellet, bidra til å redusere strålingsdose som pasienter utsettes for og redusere tiden som brukes på undersøkelser.

Mens fremskritt innen bildeanalyser startet for noen år siden, viser nå store språkmodeller gode resultater, og utviklingen går raskt. Gode språkmodeller basert på KI kan bidra til å effektivisere flere av personellens skrive- og struktureringsoppgaver, som å lage røntgenbeskrivelser ved Akershus universitetssykehus. KI-systemer kan også benyttes til bedre logistikk og ressursallokering i kommuner og sykehus, for eksempel ved å predikere pasientvolum, planlegge personellbehov og optimalisere tidspunkt for pasientavtaler. Trondheim kommune har tatt i bruk SynPlan for optimalisering av bemanningsplanlegging, noe som har bidratt til jevnere arbeidsbelastning, lavere sykefravær, redusert overtid og mindre innleie av vikarer.

I oppfølgingen av Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* ble det etablert et tverretatlig koordineringsprosjekt mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk og de regionale helseforetakene. Formålet var å hjelpe og veilede helse- og omsorgstjenesten og forsknings- og innovasjonsmiljøer i offentlig og privat sektor, slik at den kan lykkes med å utvikle og ta i bruk kunstig intelligens på en trygg måte. KS, Folkehelseinstituttet

⁴ Helsedirektoratet (2023). Status og forslag til videre arbeid med kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten. Sluttrapport fra det nasjonale koordineringsprosjektet «Bedre bruk av kunstig intelligens».

Boks 9.7 Etske prinsipper for kunstig intelligens

EU-kommisjonens ekspertgruppe har foreslått syv prinsipper for etisk og ansvarlig utvikling av kunstig intelligens. Disse ble lagt til grunn i den nasjonale strategien for kunstig intelligens i 2020 og gjelder også for helse- og omsorgssektoren:

1. KI-baserte løsninger skal respektere menneskets selvbestemmelse og kontroll
2. KI-baserte systemer skal være sikre og teknisk robuste
3. KI skal ta hensyn til personvernet
4. KI-baserte systemer må være gjennomsiklige
5. KI-systemer skal legge til rette for inkludering, mangfold og likebehandling
6. KI skal være nyttig for samfunn og miljø
7. Ansvarlighet

Kilde: KMD (2020). Nasjonal strategi for kunstig intelligens.

og Helsetilsynet ble også en del av prosjektet etter hvert. Prosjektet har kartlagt status og planer i kommuner og helseforetak om bruk av KI og identifisert utfordringer og behov. Det er etablert tverretatlige informasjonssider som gjør det enklere å navigere i regelverk og veiledere, og det er mulig å søke om å få veiledning til en konkret problemstilling med jurister fra flere etater samtidig. Koordineringsprosjektet har også startet et arbeid med kvalitetssikring av KI-systemer som er rettet mot beslutningstakere, innkjøpere og personell. Det skal blant annet kunne ut i en sjekkliste til støtte i anskaffelsesprosesser hvor KI er en del av løsningen. Koordineringsprosjektet samarbeider med det nasjonale nettverket for kunstig intelligens i norsk helsetjeneste (KIN), som består av medlemmer fra kommuner og helseforetak, akademia og næringsliv.

Regjeringen vil videreføre det tverretatlige samarbeidet for å støtte opp under trygg bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet bør fortsette som en del av ordinær drift i forvaltningen i samarbeid med kommuner og regionale helseforetak. Helsedirektoratet har i 2024 fått i oppdrag å lede et samarbeid mellom aktørene om å utforme en plan med prioriterte tiltak for å understøtte innføring av KI i helse- og

omsorgstjenesten som er i tråd med planer og behov i kommuner og helseforetak.

Regjeringen er opptatt av at innføring av kunstig intelligens i pasientbehandlingen skjer på en trygg måte. Tjenesten har selv ansvar for kvalitetssikring og validering av løsninger for å sikre at de er gode nok for formålet. Det nasjonale koordineringsprosjektet har identifisert etterspørsel i sektoren etter råd og veiledning om hvordan validering bør gjennomføres for løsninger som inkluderer KI. Denne problemstillingen vil være en del av det videre arbeidet mellom etatene for å legge til rette for trygg innføring i helse- og omsorgstjenesten.

Et annet viktig virkemiddel for å sikre innføring av trygge og effektive behandlinger er metodevurderinger. Fra 2024 vil Direktoratet for medisinske produkter få et samlet ansvar for metodevurderinger av medisinske produkter. Direktoratet har allerede ansvaret for forvaltningen av regelverket om medisinsk utstyr. Dette omfatter også medisinsk utstyr som inkluderer programvare og kunstig intelligens. I arbeidet med å videreutvikle det nasjonale systemet *Nye metoder* i spesialisthelsetjenesten er tilpasning for håndtering av medisinsk utstyr et satsingsområde.⁵

⁵ For mer informasjon om Nye metoder, se her: <https://www.nyemetoder.no/aktuelt/slik-skal-nye-metoder-videre-utvikles-de-neste-fem-arene/>

Norge følger med på utviklingen i EU knyttet til kunstig intelligens. EU ønsker at Europa skal sette en global standard for bruk av kunstig intelligens, og har vedtatt verdens første overordnede regulering av kunstig intelligens. KI-forordningen skal bygge og ivareta tillit til å bruke KI (Artificial Intelligence Act /AI Act)). KI-forordningen vurderes som EØS-relevant. Det betyr at når forordningen er innlemmet i EØS-avtalen, vil den innarbeides i regelverket og gjelde som norsk rett.

Regjeringen har startet arbeidet med en ny nasjonal digitaliseringsstrategi. Strategien skal blant annet stake ut kursen for videre digitalisering av offentlig sektor og legge bedre til rette for næringsrettet digitalisering. Strategien skal også ta opp viktige samfunnsspørsmål, som behov for bedre regulering av nye teknologier, slik som kunstig intelligens. Målet er sterkere samordning og utvikling av en helhetlig politikk som går på tvers av offentlig og privat sektor.

Regjeringen lanserte høsten 2023 en satsning på forskning på kunstig intelligens på én milliard kroner over fem år gjennom Norges forskningsråd. Midlene skal bidra til større innsikt om hvilke konsekvenser teknologiutviklingen har for samfunnet, gi mer kunnskap om nye digitale teknologier og gi muligheter for innovasjon i næringslivet og offentlig sektor.

10 Effekt og gjennomføring

Dette kapitlet handler om de ønskede effektene av tiltakene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, og hvordan regjeringen vil legge til rette for å følge opp at effektene oppnås over tid. I dette kapitlet gjennomgås også noen utvalgte forhold med betydning for god gjennomføring av tiltakene. Til sist følger en vurdering av de økonomiske og administrative konsekvensene av tiltakene i meldingen, inkludert en vurdering av personellmessige konsekvenser.

10.1 Mål og ønskede effekter for pasienter og personell

Regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken er beskrevet i kapittel 1. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan presenterer regjeringen løsninger og tiltak for en bærekraftig utvikling slik at vår felles helsetjeneste er en attraktiv arbeidsplass for fagfolk, og pasienter fortsatt får tjenester i verdensklasse. Innbyggerne skal få hjelp til å forebygge helseproblemer og til å mestre egen helse når sykdom eller funksjonsfall oppstår. Pasienter og brukere skal ha likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester og oppleve gode pasientforløp med trygge overganger. Kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltid. Helsepersonell skal bruke mindre av arbeidstiden på rapportering, og mer på pasientnært arbeid. Breddekompetanse og hensiktsmessig oppgavedeling mellom personellgrupper skal vektlegges. Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide systematisk med å bedre kvaliteten og styrke pasientsikkerheten, og det skal være trygt for ansatte å melde om uønskede hendelser. Innbyggere og personell skal raskere se effektene av investeringer i digitale løsninger.

Regjeringen vil vektlegge forhold med direkte betydning for pasienter og personell i tjenesten, og blant annet følge med på at følgende resultater oppnås:

- Redusert andel i befolkningen med lav helsekompetanse

- Flere innbyggere får hjelp i kommunene til å forebygge helseproblemer og funksjonsfall, til rehabilitering og til mestring av sykdom
- Bedring av innbyggernes opplevelser av digitale løsninger i møte med helse- og omsorgstjenestene
- Flere pasienter med sammensatte behov følges opp av tverrfaglige team med personellinnsats på tvers av tjenestenivåene
- Flere pasienter følges opp med digital hjemmeoppfølging og annen teknologi som del av pasientforløpet
- Bedre brukeropplevd kvalitet for kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barseltid
- Reduksjon i antall pasientskader
- Reduksjon i antall overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter
- Færre pasienter opplever reinnleggelse etter sykehusopphold
- Rask tilgang til tjenestene og redusert ventetid for planlagt behandling i spesialisthelsetjenesten
- Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling
- Helsepersonell er mer fornøyd med digitale løsninger i sin arbeidshverdag
- Bedring av arbeidsmiljø, pasientsikkerhetskultur og HMS målt gjennom ForBedring eller tilsvarende medarbeiderundersøkelser

Regjeringen vil se de ovenstående målene i sammenheng med målene i Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptappingsplan for psykisk helse 2023–2033*, Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*, og kommende meldinger om akuttmedisinske tjenester, forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet og prioriteringsmeldingen. Tekstboks 10.1 viser hvordan de samlede grepene i meldingen vil støtte opp om måloppnåelsen for ett av punktene: rask tilgang til tjenestene og redusert ventetid i spesialisthelsetjenesten.

Se også omtale i avsnitt 10.2.4 av videreutvikling av dagens systemer for å følge med på kvalitet og måloppnåelse.

Boks 10.1 Slik vil regjeringen sikre rask tilgang til tjenestene og redusere ventetidene i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten fører venteliste over pasienter som er registrert for helsehjelp. Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp kan ikke vente og føres ikke på venteliste, men mottar helsehjelpen omgående. Gjennomsnittlige ventetider har økt siden 2017, og etter pandemien har det vært en særlig økning innen somatikk og psykisk helsevern. Gjennom tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i spesialisthelsetjenesten og tiltak for samhandling mellom nivåene tar regjeringen grep som vil bidra til å snu utviklingen. Målet er gjennomsnittlige ventetider under 50 dager i somatikk, 40 dager i psykisk helsevern for voksne, 35 dager i psykisk helsevern for barn og unge og 30 dager for rusbehandling. Reduksjon i ventetider krever flere ulike tiltak. Det krever økt kapasitet i tjenesten. Det krever effektiv organisering, riktig bruk av personell, særlig spesialisert kompetanse, og digitale løsninger som frigjør arbeidstid. I tillegg kan ventetider i spesialisthelsetjenesten reduseres ved god forebygging og lavterskel tjenester i kommunene.

I denne planen vil en rekke av tiltakene bidra til å få ned ventetidene:

Styrke tilgangen til lavterskeltilbud i kommunene. Gode lavterskeltilbud kan bidra til å forebygge at psykiske plager utvikler seg til mer alvorlige tilstander. Regjeringen vil bygge ut tilgjengelige tilbud innen psykisk helse og rusarbeid i kommunene, slik at flere kan få hjelp raskere og uten henvisning. I norske kommuner var det totalt 17 436 årsverk innen psykisk helse- og rusarbeid i 2023. Det er 2,1 prosent flere enn året før.

Rett hjelp på rett sted. De som henvises til psykisk helsevern for barn og unge skal som hovedregel ikke gis avslag kun basert på skriftlig henvisning, men tilbys vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det bør etableres lokale samarbeidsmodeller for henvisning av barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer for å få dette til. Gode vurderinger tidlig i

forløpet gjør det mulig å ferdigstille utredning i tråd med faglige retningslinjer for en stor gruppe pasienter etter denne samtalen. Noe som i dag kan ta opp til måneder i psykisk helsevern.

Styrke psykisk helsevern og TSB. Regjeringen har bedt de regionale helseforetakene om å prioritere psykisk helsevern og TSB. Dette skal skje både gjennom økt aktivitet, kapasitet og økonomisk prioritering. Veksten i ressursbruken til psykisk helsevern og rusbehandling skal være høyere enn veksten i de generelle bevilgningene til sykehusene. Dette skal bidra til kortere ventetider og rask og likeverdig tilgang til riktig behandling og helhetlige pasientforløp.

Brukerstyrt poliklinikk innen psykisk helsevern kan bidra til at pasienter med langvarige tilstander og lidelser i større grad vil kunne få oppfølging over tid, samtidig som oppfølgingen tilpasses pasientens behov for hjelp i ulike sykdomsfaser. Dette skal prøves ut i 2024.

En god og tilgjengelig allmennlegetjeneste. En tilgjengelig allmennlegetjeneste med tilstrekkelig kapasitet og kvalitet bidrar til å forebygge sykdomsutvikling og behandling på riktig nivå. Samtidig er allmennlegenes generalistkompetanse fundamentet for at flere og mer avanserte oppgaver kan løses nær der folk bor, med god oppgavedeling og samhandling. Fastlegene har årlig over 15 millioner konsultasjoner. I 90 prosent av disse håndteres pasientene av fastlegen uten videre henvisning.

Bedre oppfølging av kvinnehelse. Satsing på kunnskap om kvinners helse er nødvendig for å sikre likeverdige tjenester. Dette kan være kunnskap i form av mer forskning eller styrket kompetanse gjennom kunnskapsbasert praksis. Tiltak for unge kvinners psykiske helse, herunder spiseforstyrrelser, og økt kompetanse og endret organisering av tilbudet til kvinner med endometriose, er eksempler på kvinnehelse-satsinger som kan føre til raskere tilgang til utredning og behandling. Dette er områder der ventetiden i dag er for lang.

Boks 10.1 forts.

Forutsigbare økonomiske rammer og gode rammebetingelser for investeringer i sykehusene. For beregning av demografikostnader legges det nå til grunn at marginalkostnaden utgjør 100 prosent av gjennomsnittskostnaden. Rammefinansieringens andel av den samlede finansieringen i spesialisthelsetjenesten økes. Sykehusene får bedre rentebetingelser og redusert egenkapitalkrav. Dette vil gjøre det enklere å gjennomføre nødvendige investeringer i bygninger og utstyr, uten at det legges unødig press på den løpende driften. Investeringer er nødvendig for å gjøre helsetjenesten mer effektiv og sikre raskere behandling.

Bedre oppgavedeling og rett bruk av helsepersonellressurser. Mange ventetidsutfordringer handler om mangel på spesialistkompetanse. Her er det behov for å sikre tilgangen på riktig kompetanse og sørge for at høyspesialisert personell bruker mer av sin tid på pasientbehandling. For å bidra til dette vil regjeringen gjennomføre et fagarbeiderløft, øke antallet LIS1-stillinger, innføre tjenestenær spesialistgodkjenning til flere helsepersonellgrupper, vektlegge breddekompetanse og strukturere arbeidet med hensiktsmessig oppgavedeling. I tråd med tillits-

reformen legges det til grunn at løsningene skal komme nedenfra og arbeidet for å fremme trygge og gode arbeidsmiljø og arbeidsvilkår vektlegges.

Prøve ut og innføre nye organiseringsformer, digitalisering og bruk av ny teknologi. Nye organisasjonsformer og bruk av digitalisering og ny teknologi vil prøves ut for å skape mer sammenhengende tjenester og bedre bruk av personell. Kunstig intelligens og annen personellbesparende teknologi er forventet å kunne bidra til at vi kan opprettholde kvaliteten i tjenesten i årene framover og reduserer allerede ventetidene på de stedene der det tas i bruk i dag.

Øke samhandlingen på tvers av nivåene. Regjeringen vil etablere et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Tilskuddsmidlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner. Samhandling og felles rekruttering kan bidra til bedre ressursutnyttelse og understøtte økt kapasitet i elektiv virksomhet. Digital samhandling skal bidra til at helsepersonell får tilgang til relevant, oppdatert og korrekt informasjon om pasienten, slik at de kan gi best mulig behandling og bruke mindre tid på å lete etter og sammenstille informasjon.

10.2 Forutsetninger for å lykkes med gjennomføringen

10.2.1 Tiltakene i meldingen må sees i en større sammenheng

Helhetlig politikk for utvikling av helse- og omsorgstjenesten

Kapittel 1 i meldingen viser til andre meldinger som regjeringen allerede har lagt fram, eller som er varslet lagt fram for Stortinget i 2024 og 2025. Disse meldingene og de tilhørende tiltakene utgjør regjeringens helhetlige politikk for å styrke vår felles helsetjeneste. Det totale omfanget av tiltak som skal implementeres er dermed større enn de tiltakene som er presentert i denne meldingen alene.

Forsøk på å sette i verk mange endringer på én gang kan utfordre kapasiteten hos dem som skal gjennomføre endring, enten det er i kommuner og sykehus, eller i helseforvaltningen. I mange tilfeller er det også viktige avhengigheter mellom tiltakene som må ivaretas. Regjeringen vil

derfor legge vekt på at gjennomføringen av tiltakene i denne og øvrige meldinger skjer på en god og samordnet måte. Det innebærer tilstrekkelig balanse mellom rask implementering av tiltak, og å gi tjenestene og fagfolkene ro til omstilling. Det innebærer også et godt forhold mellom innsats for å koordinere gjennomføring av ulike tiltak, og det å skape nok endringskraft bak enkelttiltakene.

Samarbeid på tvers av sektorer

Flere deler av helse- og omsorgspolitikken innebærer tverrsektorielt samarbeid, herunder samarbeid på tvers av ulike departement. I denne meldingen gjelder dette særlig for forholdet mellom arbeid og helse (kapittel 3) og statens understøttelse av interkommunalt samarbeid og kommunal planlegging (kapittel 4). Tiltak i andre meldinger pekt på i kapittel 1 forutsetter i enda større grad samordnet innsats for å lykkes med forebygging og gode tjenestetilbud til felles målgrupper. Dette gjelder for eksempel samarbeid med justissektoren om psykisk helse og rusområdet, kommune-

sektoren om bolig og omsorgstilbud for eldre, og barnevernssektoren om tilbud til barn og unge med behov for samtidige tjenester fra begge sektorer.

Løsningene på bærekraftutfordringene finnes ikke i helsesektoren alene. Regjeringens øvrige politikktutvikling og satsinger er også viktige bidrag til å håndtere utfordringen med personellknapphet i helsesektoren, og de støtter opp om og supplerer tiltak presentert i denne meldingen. Eksempler på dette er:

- De kommende stortingsmeldingene om profesjonsutdanningene i universitets- og høyskolesektoren og om høyere yrkesfaglig utdanning for fagarbeidere bidrar til oppfølging av Helsepersonellkommisjonens anbefalinger, jf. omtale i kapittel 5.
- Helse er en av seks tematiske prioriteringer i Meld. St. 5 (2022–2023) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032*. Regjeringen vil blant annet prioritere forskning på bærekraftige helsetjenester, forskning på, i og om den kommunale helse- og omsorgstjenesten, desentralisert og fleksibel utdanning, og profesjonsfag som er viktige for personellutfordringer i helse- og omsorgstjenestene.
- Meld. St. 25 (2022–2023) *Eit godt liv i hele Norge – distriktpolitikk for framtida* viser hvordan regjeringen legger til rette for at folk har tilgang til arbeid, bolig og gode tjenester nær der de bor. Dette er viktig for rekruttering av personell til helse- og omsorgstjenestene i distriktene.
- Regjeringen har startet arbeidet med en ny nasjonal digitaliseringsstrategi som blant annet vil handle om hvordan utvikling av kunstig intelligens kan skje innenfor ansvarlige og trygge rammer. Regjeringens forskningssatsing på kunstig intelligens og digital teknologi vil også støtte opp om innovasjon i helse- og omsorgstjenesten.

Regjeringen vil vektlegge betydningen av godt samordnede gjennomføringsplaner for tiltak som krever samarbeid mellom sektorer, og vil bygge videre på allerede etablerte planer og samarbeidsstrukturer der slike finnes.

Nye endringer må sees i sammenheng med pågående forbedringsarbeid og gi lokalt handlingsrom

Helse- og omsorgstjenesten i Norge er av god kvalitet og preges av høy grad av effektivitet. Iherdig innsats fra fagfolk for å videreutvikle og forbedre

tjenestene, individuelt og i samarbeid med andre, er en viktig del av forklaringen. Det er avgjørende for regjeringen at nye tiltak som fremmes nå, ikke går på bekostning av god tjenesteutvikling og forbedringsarbeid som allerede pågår. Målet er at nye tiltak i denne meldingen skal støtte opp om og skape bedre forutsetninger for lokalt forankret tjenesteutvikling og forbedring.

Denne meldingen dreier seg mer om overordnet virkemiddelbruk enn om detaljer i hvordan tjenestene skal utvikles i årene som kommer. Dette gjenspeiler to forhold. For det første er det regjeringens politikk å øke handlingsrommet og gi mer faglig frihet til førstelinjen i både statlig og kommunal sektor, i tråd med tillitsreformen. For det andre er det en anerkjennelse av at det i helse- og omsorgstjenesten finnes evne og vilje både til innovasjon og til innføring av forbedrede tjenestemodeller ut fra lokale forutsetninger. Regjeringen vil derfor vektlegge at gjennomføring av nye tiltak i denne og øvrige meldinger skal skje på en måte som legger til rette for kontinuitet, og slik at gjennomføringsevnen lokalt øker.

10.2.2 Samarbeid med kommunal sektor

Regjeringens formelle samarbeid med kommunal sektor finner sted gjennom konsultasjonsordningen med KS. Med utspring i denne ordningen, har regjeringen siden 2021 videreført to samarbeidsavtaler med KS om digitalisering og helsefelleskap. Regjeringen vurderer det som hensiktsmessig å fortsette å benytte samarbeidsavtaler som virkemiddel på disse områdene, og har igangsatt forberedende dialog med KS om dette. Både digitaliseringsarbeid og samhandling mellom sykehus og kommunale tjenester er nasjonalt prioriterte områder, der samordnet innsats på tvers av stat og kommune er av særlig betydning for å lykkes i møte med et felles utfordringsbilde med knapphet på personell. Avtalebasert samarbeid på disse områdene vil støtte bedre opp om det kommunale handlingsrommet enn alternative statlige virkemidler, som mer detaljert lovgivning eller økt bruk av øremerkede bevilgninger. Det vises også til omtale i kapittel 4.

Kommunal sektor har bidratt til kunnskapsgrunnlaget for vurderingene og tiltakene presentert i denne meldingen. Flere enkeltkommuner og KS har delt kunnskap og vurderinger i møter om utvalgte enkelttema og gjennom skriftlige innspill, herunder under høring av de offentlige utredningene meldingen bygger på.

10.2.3 Ny organisering av sentral helseforvaltning

Den sentrale helseforvaltningen har blitt omorganisert med virkning fra 1. januar 2024. Det vises til omtaler i Prop. 118 S (2022–2023) og Prop. 1 S (2023–2024). Overordnet formål med endringene er effektiv ressursbruk og avklarte roller og ansvar mellom etatene. Omorganiseringen gir et klarere skille mellom helseforvaltningens kjerneoppgaver: myndighetsutøvelse, tilsyn og kunnskapsproduksjon. Nedenunder omtales noen forhold med særlig betydning for gjennomføring og oppfølging av grepene som er presentert i denne meldingen.

Ved at myndighetsfunksjoner innen digitalisering slås sammen med øvrige myndighetsfunksjoner i Helsedirektoratet, får direktoratet et bedre grunnlag for å støtte opp om ønsket utvikling av vår felles helsetjeneste basert på helhetlig virkemiddelbruk, der digitalisering kan sees i sammenheng med f.eks. utvikling av regelverk og finansieringsordninger for sektoren. Endringen i etatsstruktur støtter dermed opp om gjennomføringen av regjeringens nye strategi for digitalisering presentert i kapittel 9.

Endringene og oppfølgende utredning vil også legge til rette for bedre støtte til kommunal sektor. Det vises til omtale i kapittel 6 om vurderinger av hvordan kommunene kan tilbys beslutningsstøtte for innføring av kunnskapsbaserte tiltak gjennom f.eks. omlegging av dagens kompetansesenterfunksjoner. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har dessuten, basert på utredningen av etatenes roller og funksjoner, fått i oppdrag å utrede om, og eventuelt hvordan, ansvar for utvalgte nasjonale faglige retningslinjer og veildere for spesialisthelsetjenesten kan overføres fra Helsedirektoratet til de regionale helseforetakene. Det vil kunne være forenklende for sykehusene, og bringe det kvalitetsfremmende standardiseringsarbeidet nærmere fagfolkene. Samtidig vil det frigjøre kapasitet i Helsedirektoratet til å prioritere faglig støtte og normering på områder av betydning for kommunene.

Ansvar for helseregistre, analyser og styringsinformasjon er endret gjennom omorganiseringen. Folkehelseinstituttet har fått ansvar for forvaltning av nasjonale helseregistre, inkludert innsamling, kvalitetskontroll og tilgjengeliggjøring av data. Dette gir Folkehelseinstituttet bedre anledning til å bruke data fra registrene som grunnlag for kunnskapsproduksjon og overvåkningsfunksjoner. Helsedirektoratet har fått ansvar for å analysere utviklingstrekk og hvordan tjenestene og for-

valtningen møter målene som er satt i helsepolitikken. Helsedirektoratet har også ansvar for tilgjengeliggjøring av styringsinformasjon til aktører på statlig og kommunalt nivå.

10.2.4 System for å følge med på kvalitet og måloppnåelse over tid

Forbedrings- og endringsarbeid forutsetter at man vet hvor man er, hva man vil oppnå, og på hvilken måte. I tillegg trenger man et system for måling og evaluering som kan fortelle om man er på vei mot målet. En erfaring fra covid-19-pandemien er at felles mål og indikatorer er viktig for at nasjonale myndigheter, sykehus og kommuner skal kunne samles om situasjonsforståelsen og jobbe sammen om tiltak. Dette har overføringsverdi også til samarbeidet som må ligge til grunn for videreutviklingen av vår felles helsetjeneste.

Boks 10.2 illustrerer at det allerede eksisterer mange systemer og tjenester på tvers av etater og øvrige virksomheter som gir aktører nasjonalt, regionalt og lokalt grunnlag for innhenting av styringsinformasjon. Kompleksitet og fragmentering gjør det krevende å få oversikt over tilgjengelig statistikk, og se status og utviklingstrekk for sentrale helsepolitiske mål i sammenheng. Andre land, som Belgia og Danmark, har utviklet mer helhetlige analysesystemer knyttet til helsepolitiske mål, med et fast sett av indikatorer. Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) har i 2024 lansert et nytt rammeverk for å analysere og sammenligne helsesystemer på tvers av land. Helsedirektoratet har med utgangspunkt i sitt tydeliggjorte ansvar beskrevet i avsnitt 10.2.3, satt i gang et arbeid for å utvikle et helhetlig system for styringsinformasjon og analyse. Formålet med systemet er å se status og utvikling for ulike helsepolitiske mål i sammenheng og skape et felles kunnskapsgrunnlag om status og utviklingstrender for både helsetilstanden i befolkningen, personell og helse- og omsorgstjenestene.

Regjeringen vil legge til rette for en aktiv oppfølging av målene som er gitt både for denne og de tilstøtende meldingene som alle dreier seg om å gjøre vår felles helsetjeneste bedre rustet for framtiden. I arbeidet med oppfølging av måloppnåelsen, vil regjeringen vektlegge å:

- Videreutvikle dagens systemer for å følge med på kvalitet og måloppnåelse i helse- og omsorgstjenesten, med vekt på forenkling og nytteverdi for beslutningstagere på både nasjonalt, regionalt og lokalt nivå.

- Gjenbruke, eller ved behov utvikle, nye indikatorer som gjør det mulig å vurdere om forbedring oppnås over tid for alle målene
- Legge til rette for felles eierskap til indikatorene på tvers av sykehus og kommuner, inkludert fastleger, blant annet gjennom å gjøre disse pasientorienterte og meningsfulle for aktørene.
- Utnytte potensialet som ligger i dagens nasjonale helseregistre, kvalitetsregistre og øvrige datakilder slik at målene kan følges opp uten å øke rapporteringsbyrden.

Boks 10.2 Dagens nasjonale systemer for å følge med på kvalitet og måloppnåelse i helse- og omsorgstjenesten

Helsedirektoratet har ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI). I NKI inngår det indikatorer både for spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert allmennlegetjenester, totalt omtrent 160 indikatorer. De senere årene har det vært arbeidet med å forenkle systemet og redusere publiseringsfrekvensen for noen indikatorer, for å kunne imøtekomme behovet for nye indikatorer.

For noen av kvalitetsindikatorene publiserer Norsk pasientregister (NPR) utfyllende og hyppigere informasjon (ventetider, fristbrudd, pakkeforløp kreft og nasjonale pasientforløp). Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) publiserer også månedlig informasjon om allmennlegetjenestene.

Helsedirektoratet publiserer Samdata (Sammenligningsdata). Analysene omfatter både somatiske sykehustjenester, psykisk helsevern og TSB og inneholder dashboards for helseforetak og regioner på aktivitet, tilgjengelighet og ressursutnyttelse. I 2023 har Samdata laget forløpsanalyser for personer med psykisk sykdom og ruslidelser, samt utskrivningsklare pasienter. Samdata publiserer analyser til helsefelleskapene av tjenestebruk blant eldre med skrøpelighet og alvorlig psykisk syke på Helsedirektoratets temaside for helsefelleskapene.

Nasjonal e-helsemonitor viser relevante nøkkeltall for digitalisering i helse- og omsorgstjenesten. Dette bidrar til et kunnskapsgrunnlag om bruk og effekter av digitalisering.

Helsedirektoratet forvalter finansieringsordningene for helse- og omsorgstjenestene og gir gjennom dette informasjon om aktivitetsutviklingen og resultatbasert finansiering. Arbeidet med beregninger av kostnader i sykehus gir informasjon til deltakende sykehus om forskjeller i kostnadsnivå og ressursbruk på avdelinger og pasienter.

For helseforetakene er leveranser av data fra NPR og KPR viktige for styring og planlegging, og for regionenes egne styringssystemer. I de tertialvise dataleveransene inngår det informasjon til helsefelleskapene om tjenestebruk for de prioriterte pasientgruppene. Samhandlingsbarometeret benytter slike data til å gi kommunene informasjon.

Helsedirektoratet har fra 2024 overtatt ansvar fra Folkehelseinstituttet for nasjonale brukererfaringsundersøkelser. Dette inkluderer ansvar for jevnlig analyse av pasient- og brukererfaringer, inkludert pårørende, i spesialisthelsetjenesten og i den kommunal helse- og omsorgstjenesten. Pasienterfaringene publiseres per kvartal, halvår og år for både behandlingssenheter og helseforetak i spesialisthelsetjenesten. For kommunale helse- og omsorgstjenester har det vært gjennomført ulike undersøkelser, med ulik systematikk og hyppighet. Fra 2024 skal derfor brukererfaringsundersøkelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten settes i system.

De regionale helseforetakene utarbeider fra og med 2023 årlig en felles rapport om personell, kompetanseutvikling og utdanning som skal inneholde nasjonale indikatorer. I tillegg til helseregionenes systemer, er det også helsepersonellrelaterte data blant annet i Helsedirektoratets Helsepersonellregister (HPR), kommunesektorens PAI-register og SSBs sysselsettingsstatistikk (a-ordningen), samt i jevnlig spørreundersøkelser fra Nav og KS.

SKDEs (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering) ulike helseatlas gir oversikt over hvordan ulike spesialisthelsetjenester varierer geografisk i Norge. SKDE er også rådgivende organ for nasjonale medisinske kvalitetsregistre og har dashboards for de mange medisinske kvalitetsregistrene hvor sykehusene kan sammenligne egne resultater med andre.

10.2.5 Forskningsbasert evaluering av tiltak

Evaluering handler om å undersøke hvilke virkninger iverksatt politikk har i tjenestene og/eller forvaltningen. Evaluering kan gi oversikt og dybdekunnskap, og er et supplement til bruk av løpende styringsinformasjon og forvaltningsmessige erfaringer som grunnlag for å kunne vurdere om iverksatte tiltak har ønsket effekt. I forskningsbaserte evalueringer anvendes forskningsbaserte metoder for å undersøke enkelttiltak, eller brede reformer. Formålet er å gi ny kunnskap og et erfaringsgrunnlag for videre politikkutforming og tjenesteutvikling. For tiltak der det er utviklet tilstrekkelig kunnskap om nytteverdi, men det er behov for å undersøke tiltakets overføring til praksis, kan implementeringsforskning være et aktuelt virkemiddel, se også omtale i avsnitt 6.5.3. Betydningen av evaluering er særlig viktig ved mindre økonomisk handlingsrom og knapphet på personellressurser i tjenestene.

Kvaliteten og dybdeforståelsen en forskningsbasert tilnærming gir, må balanseres mot de ekstra ressursene slik metode krever. Regjeringen vil gjøre prioriteringer av hvilke tiltak og endringer som skal underlegges en forskningsmessig evaluering på tvers av de ulike meldingene og satsingene på helseområdet. Store tiltak bør som hovedregel vurderes for effekt og om de vil være personellbesparende eller personelldrivende. En samlet vurdering vil bidra til at effekter for samme målgrupper kan vurderes helhetlig, og ikke bare knyttet opp til enkelttiltak fra enkeltstående meldinger. Regjeringen vil gjøre slike prioriteringer og igangsette arbeid med forskningsmessige evalueringer i løpet av 2024.

10.3 Økonomiske og administrative konsekvenser

Bærekraftig ressursbruk er en hovedprioritet for regjeringen. Dette gjelder både for pengebruken på helse- og omsorgstjenester, og for personellinnsatsen i sektoren. De regionale helseforetakenes driftsbevillinger er om lag 198 mrd. kroner i 2024. Kommunenes brutto driftsutgifter til helse- og omsorgstjenester var om lag 186 mrd. kroner i 2022. Mangelen på personell i møte med pågående demografiske endringer er den største utfordringen som tiltakene i Nasjonal helse- og samhandlingsplan skal bidra til å løse. Regjeringen

har derfor vektlagt at tiltakene i meldingen ikke i seg selv er personelldrivende, men samlet sett skal bidra til en bærekraftig bruk og utvikling av personellressursene vår felles helsetjeneste har til rådighet.

Tiltakene i meldingen vil i hovedsak kunne gjennomføres innenfor eksisterende økonomiske rammer. I øvrige tilfeller vil håndtering finnes sted gjennom den ordinære budsjettprosessen.

Regelverksarbeid listet opp under avsnitt 2.3.5 vil bli utredet nærmere, og regjeringen vil komme tilbake til de økonomiske og administrative konsekvensene i tilknytning til behandlingen av de enkelte forslag til endringer.

I det følgende gis en nærmere vurdering av konsekvenser av tiltak på ulike saksområder.

Gode pasientforløp og likeverdig tilgang på tjenester

Regjeringen vil utvikle en framtidsrettet og bærekraftig allmennlegetjeneste og legge fram en lovproposisjon med meldingsdel våren 2025. Økonomiske og administrative konsekvenser av eventuelle endringer følges opp i ordinære budsjettprosesser.

Regjeringen foreslår å etablere et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Tilskuddsmidlene skal understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Midlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner. I tildeling av midler skal det legges vekt på at midlene skal tilrettelegge for lokale løsninger i opptaksområdet til de minste sykehusene (akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner). Regjeringen vil komme tilbake til størrelse og innretning på tilskuddet i budsjettforslaget for 2025.

Regjeringen vil evaluere dagens modell for utskrivningsklare pasienter, herunder gjeldende forskrift, i dialog med kommunesektoren for å sikre gode pasientforløp med trygge overganger og effektiv ressursbruk. Evalueringen vil bli gjennomført innenfor gjeldende økonomiske ramme.

Regjeringen vil sette i gang et målrettet arbeid for at det skal bli enklere å få oversikt over de lovregulerte koordineringsordningene. Målet er at pasientene i målgruppen for de ulike ordningene får bedre koordinerte tjenester slik at ressursene kan brukes på en bedre måte. Arbeidet vil gjennomføres innenfor gjeldende økonomisk ramme.

Mestring, forebygging og rehabilitering

Gjennom behandling av Prop. 1 S (2023–2024) er det bevilget 5 mill. kroner til videreutvikling av fagområdene habilitering og rehabilitering. Helse- og omsorgstjenestene vil følge opp tiltak knyttet til disse fagområdene. I hovedsak er bevilgningen så langt benyttet til aktiviteter med hensikt å forbedre informasjon og data om disse tjenestene jf. omtaler i kapittel 3 om habilitering og rehabilitering. Videre er det bevilget 21 mill. kroner til tilskuddsordningen etablering og utvikling av frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Kostnader på 1 mill. kroner til evaluering av frisklivssentraler og inntil 6 mill. kroner til å utrede bedre informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, selvhjelpsverktøy og pasient- og pårørendetilbud dekkes gjennom bevilgning til Helsedirektoratet. Regjeringen vil utrede hvordan lærings- og mestringstilbud i kommunene kan videreutvikles, herunder om det er behov for lovendringer. Økonomiske og administrative konsekvenser, inkludert personellbehov, vurderes som del av utredningsarbeidet. Det legges videre til grunn at tiltak som er foreslått på områdene mestring, forebygging og rehabilitering kan gjøres innenfor gjeldende budsjett-rammer. Eventuelle kostnader til videre utviklingsarbeider eller satsinger følges opp gjennom den ordinære budsjettprosessen.

Regjeringen har lagt fram Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028). Trygghet for alle*. I proposisjonen foreslår regjeringen å styrke Kompetanseteamet mot negativ sosial kontroll og æresrelatert vold med 3,2 mill. kroner i 2024, jf. omtalen i 3.4.3.

Personell og kompetanse

De konkrete tiltakene som er beskrevet i denne meldingen er vedtatt i statsbudsjettet for 2024 og dekket inn der. Det gjelder styrking og videreføring av Tørn-programmet på 57,9 mill. kroner, som skal understøtte den samlede helse- og omsorgstjenestens arbeid for å fremme hensiktsmessig bruk av fagfolkens tid og kompetanse og god organisering av arbeidsprosesser, 33 mill. kroner til nye stillinger til leger i spesialisering del 1 (LIS1) og 20 mill. kroner til å redusere gebyrer og kostnader forbundet med gjennomføring av tilleggskrav og søknader om autorisasjon og spesialistgodkjenning for helsepersonell med utdanning fra utlandet.

For øvrige tiltak som er under utredning vil regjeringen komme tilbake til eventuelle økono-

miske og administrative konsekvenser, samt oppfølging av disse, i den ordinære budsjettprosessen.

Øvrige kostnader som for eksempel arbeidet for hele og faste stillinger, rekruttering av lærlinger som er relevante for helse- og omsorgstjenesten og å styrke generalistkompetansen i helse- og omsorgstjenestene, finansieres innenfor gjeldende økonomiske ramme.

Ledelse, kvalitet og pasientsikkerhet

Kostnader på 1 mill. kroner til utvikling av kort nettbasert lederutdanning for ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester dekkes gjennom bevilgning til Helsedirektoratet.

Kostnader på 3 mill. kroner til utarbeidelse av en nettbasert oversikt over ulike verktøy og kompetansetiltak for ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten dekkes gjennom bevilgning til Helsedirektoratet.

Kostnader til systematisk å gjennomføre brukererfaringsundersøkelser og utrede modeller for systematisk oppfølging av bruker- og pårørendeundersøkelser dekkes gjennom bevilgning i statsbudsjettet for 2024 på 5 mill. kroner.

Kostnader til utvikling av et tjenestenært kunnskapssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester dekkes gjennom bevilgning i statsbudsjettet for 2024 på 5 mill. til videreutvikling av et kunnskapsstøttesystem ved FHI og til sammen 10 mill. kroner til etablering av Kommunens strategiske forskningsorgan.

Kostnader til å legge til rette for økt omfang av implementeringsforskning gjennom Norges forskningsråd dekkes gjennom bevilgning i statsbudsjettet for 2024 på 10 mill. kroner

Kostnader til å prioritere forskning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom Norges forskningsråd dekkes gjennom omdisponering i statsbudsjettet for 2024 av 103,7 mill. kroner.

Øvrige forslag gjennomføres innenfor gjeldende økonomisk ramme.

Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen

Kostnader til å etablere et digitalt helsekort for gravide dekkes gjennom bevilgning i statsbudsjettet for 2024 på 26 mill. kroner.

Kostnader til å utvide brukerundersøkelsen om fødsels- og barselomsorgen til også å omfatte svangerskaps- og barselomsorgen i kommunene, dekkes gjennom bevilgning til Folkehelseinstituttet på 2 mill. kroner.

I NOU 2023: 5 *Den store forskjellen – Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse* er et nasjonalt tilbud om flerkulturell doula anslått å koste 4,6 mill. kroner. Det ble bevilget 2 mill. kroner til formålet for 2023 som er videreført i 2024. Tiltaket om å videreutvikle flerkulturell doula følges opp gjennom de ordinære budsjettprosessene.

Tiltaket om å øke forskningen om gravide med minoritetsbakgrunn gjennom Nasjonalt forskningssenter for kvinnehelse innebærer omdispensering av midler innen Helse Sør-Øst RHF budsjett.

Øvrige forslag gjennomføres innenfor gjeldende økonomisk ramme.

Styring og finansiering

Regjeringens foreslår i kapittel 8 flere tiltak som berører styring og ansvarsforhold i spesialisthelsetjenesten. Regjeringen foreslår å utrede om behovet for endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven som kan bidra til bedre gjensidig involvering i planleggings- og beslutningsprosesser for både helseforetak og kommuner. Forslaget vil ikke ha direkte økonomiske konsekvenser, men praktiseringen av dette vil kunne innebære mer administrativt krevende beslutningsprosesser. Samtidig forutsettes det å gi mer legitimitet til de endelige beslutningene. Regelmessig gjennomgang av indikatorer og rapportering vil på sikt bidra til å redusere den samlede rapporteringen i sektoren. Endringer i regelverket for å sikre at helprivate tjenestetilbydere rapporterer om aktivitet og personellinnsats og en eventuell ny godkjenningsordning for helprivate tilbud utredes nærmere, også med hensyn til økonomiske og administrative konsekvenser.

Regjeringen foreslår å endre navnene slik at de regionale helseforetakene benevnes som helseregioner, og at helseforetak som driver pasientbehandling navngis og omtales som sykehus. Departementet vil ha dialog med de regionale helseforetakene om hvordan man kan gjennomføre en slik navneendring uten omfattende økonomiske og administrative konsekvenser for spesialisthelsetjenesten.

Forslaget om å gjennomføre en utredning for å vurdere behov for tiltak som sikrer at statens forpliktelser overfor den samiske befolkningen blir ivaretatt, forutsettes å skje innenfor departementets økonomiske rammer.

Forslaget om å redusere ISF-andelen til 30 prosent vil kunne gjennomføres budsjettnøytralt

på statsbudsjettet gjennom en tilsvarende økning av basisbevilgningen til helseregionene på om lag 10 milliarder kroner. Endringen vil kunne ha mindre omfordelingseffekter regionalt og lokalt fordi ISF og inntektsmodellen har ulike fordelingsprinsipper. Helsedirektoratet har beregnet en vekst i demografisk behov på 1,5 prosent i 2024, eller 2 140 mill. kroner med en marginalkostnad på 80 prosent. Med en marginalkostnad på 100 prosent øker dette anslaget med 535 mill. kroner til 2 675 mill. kroner. De budsjettmessige konsekvensene av å endre marginalkostnadsforutsettningene vil avhenge av veksten i demografisk behov framover og hvilke forutsetninger om aktivitetsvekst som samlet sett blir lagt til grunn i de årlige budsjettene.

Effekten av å redusere egenkapitalkravet til 10 prosent av styringsramme P50 på nye lån, vil avhenge av antall lånesøknader framover og størrelsen på lånerammene til de enkelte prosjektene. Effekten av å endre rentemodellen vil avhenge av markedsforholdene på omleggingstidspunktet. Endret rentemodell ga sykehusene en renteøkning på ett prosentpoeng i 2018. Det er usikkert hva rentedifferansen vil være i 2025, men basert på utviklingen den siste tiden er det grunn til å tro at den vil være lavere. For et lån på 8 mrd. kroner anslås det at en renteforskjell på 0,5 prosentpoeng utgjør om lag 700 mill. kroner over lånets løpetid og 40 mill. kroner i reduserte rentekostnader det første året. Nettoeffekten av forslaget vil være liten for staten på endringstidspunktet, men øke i takt med ferdigstilling av prosjekter som er innvilget lån etter 2018.

Forslaget om å gi de regionale helseforetakene et helhetlig ansvar for avtalespesialistordningen vil håndteres innenfor gjeldende økonomiske rammer. Forslaget kan innebære flytting av midler mellom poster på statsbudsjettet. Det kan også bli nødvendig med enkelte forskriftsendringer og opphevelse av folketrygdloven §§ 5-4 og 5-7.

Kostnadene ved å nå målsetningen om at pasientene skal stilles overfor samme egenandeler og pasientbetalinger som ved sykehus, vil bli håndtert i ordinære budsjettprosesser.

Etablering av rettighetsvurdering for pasientbehandling innen somatiske fagområder vil forventelig ha en økonomisk og administrativ kostnad som vil bli håndtert innenfor gjeldende økonomiske rammer.

Forslaget om å etablere et teknisk beregningsutvalg for spesialisthelsetjenesten vil ha en kostnad på 1-2 mill. kroner årlig. Tiltaket følges opp i den ordinære budsjettprosessen.

Digitalisering

Regjeringen vil prioritere de digitale samhandlingsområdene, pasientens legemiddelliste, pasientens journaldokumenter, pasientens prøvesvar, kritisk informasjon og pasientens måledata. Stortinget har gjennom bevilgning i statsbudsjettet for 2024 vedtatt en styringsramme for digital samhandling steg 2 på 1 250,3 mill. kroner (P50) og en samlet kostnadsramme på 1 517,6 mill. kroner (P85) over seks år. Det legges til grunn at teknologi skal bidra til redusert vekst i personellbehov.

Hovedansvaret for digitalisering ligger hos aktørene i helse- og omsorgssektoren. Innføring av teknologi krever investeringer samtidig som drifts- og forvaltningskostnader kan øke. Det er derfor viktig at de som tar teknologien i bruk henter ut nytten som ny teknologi kan gi.

Endringer i aktørenes plikt til å betale for kostnader til forvaltning og drift av nasjonale e-helseløsninger krever forskriftsendring, og når forslag til investeringer behandles i den nasjonale råds-

modellen for e-helse skal slike kostnader synliggjøres. Regjeringen understøtter det lokale ansvaret for digitalisering gjennom etableringen av en helseteknologiordning. Stortinget har gjennom bevilgning i statsbudsjettet for 2024 bevilget 150 mill. kroner til helseteknologiordningen i 2024. Regjeringen tar sikte på at ordningen bygges ut gradvis basert på erfaringer og økonomiske rammer.

Framdriften i arbeidet med å bidra til bedre og enklere tilgang til helsedata og bruk av kunstig intelligens vil avhenge av prioriteringer innenfor eksisterende budsjettramme og de årlige budsjettene.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 1. mars 2024 om Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 blir sendt Stortinget.

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

publikasjoner.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon og illustrasjoner: Melkeveien

Trykk: Departementenes sikkerhets- og

serviceorganisasjon – 03/2024

