



Byrådssak /22

Saksframstilling

Vår referanse: 2022/121807-2

Nasjonal helse - og samhandlingsplan - innspill fra Bergen kommune

Hva saken gjelder:

Regjeringen har startet arbeidet med ny Nasjonal helse- og samhandlingsplan, og har invitert til en bred innspillsrunde med utgangspunkt i følgende tre spørsmål:

1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?
2. Hvilke tiltak er aktuelle?
3. Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

Høringsfrist: Frist for innspill er 1.oktober.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan skal omfatte både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, og vil sammen med ny folkehelsemelding og melding om helseberedskap utgjøre de overordnede rammene for helse- og omsorgspolitikken.

Utredningen fra Helsepersonellkomisjonen som ser på oppgavedeling, oppgaveglidning, og hvordan vi kan utdanne, rekruttere og beholde helsepersonell i framtiden, vil også følges opp i meldingen.

Regjeringens overordnede mål er å sikre sømløse pasientforløp og gode tjenester i hele landet. Meldingen skal fremmes høsten 2023.

Byrådets vurdering og forslag til innspill:

Bergen kommune støtter regjeringens grep om å utarbeide en felles melding som omfatter både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Økt press på helsetjenestene fra flere eldre, flere pasienter med samtidige sykdommer, flere kronikere, nye behandlingsmuligheter, begrenset tilgang på fagkompetanse og personell samt økonomiske rammer er utfordringer som både spesialisthelsetjenesten og kommunene står overfor. Det vil alltid være et gap mellom hva samfunnet har ressurser til å gjennomføre og økte forventninger i befolkningen.

For å sikre pasienter og brukere tilgang til gode helsetjenester fremover må utfordringene møtes med et samlet helsevesen. Helsetilbudene påvirker hverandre på tvers av nivåene og må ses i sammenheng for at ressursene skal kunne utnyttes mest mulig effektivt til det beste for innbyggerne.

Prioriteringsbeslutninger i kommunene og i sykehuset treffes i dag i stor grad på hvert av de to forvaltningsnivåene uten at det blir tatt tilstrekkelig hensyn til hvilke konsekvenser dette får for ressursbruken på det andre forvaltningsnivået. Beslutninger som tas i kommunene får konsekvenser for handlingsrommet og prioriteringene i spesialisthelsetjenesten og omvendt

(NOU 2014: 12). Det gir høy risiko for at tiltak eller endringer i eksisterende tjenestetilbud iverksettes ukoordinert og uten at kostnader og gevinster gjennom hele pasientforløpet er godt nok utredet eller beregnet og nødvendig kompetanse er på plass. Konsekvensen kan bli at pasienter feilbehandles. Bergen kommune mener derfor at spesialisthelsetjenesten og kommunene i større grad må samarbeide om å forstå innbyggernes nåværende og fremtidige behov for helsetjenester. Nasjonale faglige retningslinjer og økonomiske insentiver må også støtte opp under en slik felles forståelse til pasientens beste.

Det er viktig å få en nasjonal melding som bygger på en samlet oversikt over hvilke tjenester som tilbys hvor, hvordan tjenestene kan gis mer koordinert og effektivt, og hvordan man kan samarbeide om kompetanseutvikling, organisasjonsutvikling og fordeling av budsjettmidler de neste årene. Dette er nødvendig for å sikre en felles utviklingsretning for helsetjenesten som setter pasientene i sentrum, og som vil gjøre helsevesenet bedre i stand til å forebygge og redusere pasientenes fremtidige behov for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester gjennom livsløpet.

Bergen bystyre har behandlet ny [overordnet samarbeidsavtale](#) med spesialisthelsetjenesten om etableringen av helsefellesskap. I helsefellesskapet skal brukere/pasienter og fastleger medvirke i samhandlingen på alle nivåer - fra strategiske planer til planlegging av spesifikke fagprosedyrer og tjenestetilbud. I tråd med de nasjonale føringene skal det prioriteres å utvikle gode tjenester for barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblem, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

Byråden mener det er rett av Regjeringen å videreføre satsingen på helsefellesskap. Den nye samhandlingsstrukturen som er etablert lokalt i Helse Bergens foretaksområde er et egnet utgangspunkt for å kunne gjennomføre Regjeringens ambisjoner om en mer helhetlig helsetjeneste kjennetegnet av sømløse pasientforløp. Helsefellesskapet må derfor få virke ut planperioden slik at en eventuell ny reform bygger på tilstrekkelig kunnskap og erfaringer fra de 19 helsefellesskapene.

Det er likevel viktig at Regjeringen følger opp med tiltak som fremmer samhandling på tvers av behandlingsledd og -nivåer. Byråden er opptatt av det utvikles en ny finansieringsmodell som stimulerer partene økonomisk til å ta et større ansvar for oppgaver i gråsonen mellom forvaltningsnivåene, og som legger til rette for at innbyggerne kan få den helsehjelpen og oppfølgingen de har behov for hjemme. Finansieringsmodellen bør stimulere til blant annet etablering av tverrfaglige team, bruk av teknologiske verktøy og økt kompetanse om behandling og oppfølging av de prioriterte pasientgruppene.

Byråden ber også om at Regjeringen vurderer endringer i [Forskrift om kommunal betaling utskrivningsklare pasienter](#). Det at den ene parten ensidig kan bøtelegge den andre parten for ikke å ta imot pasienter som erklæres utskrivningsklare, oppleves som et betydelig hinder for å oppnå likeverd i samhandlingen. Beslutninger om hva som er rett behandlingsnivå til rett tid må i større grad fattes i fellesskap med pasienten for å unngå at brukere og pasienter blir kasteballer i systemet. For å få til gode utskrivningsprosessen vil det i noen tilfeller være behov for bedre planlegging og mer tid.

Byråden har bedt kommunes fagmiljøer og fagetater om innspill til hvilke problemstillinger den nasjonale helse- og samhandlingsplanen må adressere, og hvilke tiltak man ser som nødvendige for å få til ønsket utvikling. Det vises til saksframstilling for en presentasjon av disse.

Vedtakskompetanse:

Byrådets fullmakter § 6: Byrådet avgir høringsuttalelser på vegne av Bergen kommune. Høringsuttalelser i prinsipielle saker som samtidig innebærer politiske avveininger, skal avgis av bystyret. Saken er ikke behandlet i Forretningsutvalget.

Byråd for helse og omsorg innstiller til byrådet å fatte følgende vedtak:

1. Bergen kommune avgir innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan slik det fremkommer av saksutredningen.
2. Melding om vedtak sendes Bystyrets kontor.

Dato: 20. september 2022

Ruth Grung
Byråd for helse og omsorg

Dokumentet er godkjent elektronisk.

Vedlegg:

Invitasjon til å komme med innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Saksframstilling:

For å gi Regjeringen et så godt faglig utgangspunkt som mulig for arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan, har Byråden bedt kommunens egne fagmiljøer og fagetater om å besvare spørsmålene i invitasjonen.

På grunn av kort innspillsfrist har det ikke latt seg gjøre for alle aktuelle instanser å komme med innspill, men byråden mener likevel at det som har kommet opp gir et gode bilde av hvilke utfordringer den kommunale helse- og omsorgstjeneste står i og videre hvilke tiltak som kan være aktuelle for å få til ønsket utvikling.

Bergen kommunens innspill er organisert etter følgende tema:

- Kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester
- Kommunal legetjeneste
- Tjenester til barn og unge
- Rustjenester
- Psykisk helsehjelp
- Eldreomsorg
- Rehabilitering
- Ernæring

1. Kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester

De kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor mange store og komplekse utfordringer fremover hvor det er store kunnskapsbehov. Dette inkluderer en aldrende befolkning med et større og mer komplekst omsorgsbehov, befolkningsvekst, økt oppgavemengde til kommunene, rekrutteringsutfordringer og mye mer. I dette utfordringsbildet er det avgjørende å jobbe mer systematisk og aktivt med forskning i kommunene og anvende eksisterende og ny kunnskap i tjenestene. Det er et presserende behov for et styrket kunnskapsgrunnlag for primærhelsetjenesten, slik at vi kan gjøre gode prioriteringer, ta kunnskapsbaserte beslutninger og finne de innovative løsningene for fremtidens helse- og omsorgstilbud i kommunene.

I motsetning til i spesialisthelsetjenesten, har ikke kommunene forskning som en lovpålagt kjerneoppgave, og heller ikke de samme ressursene og strukturene som sikrer en målrettet forskningsinnsats. Det har derfor i stor grad vært opp til hver enkelt kommune å prioritere tid og ressurser til forskning. Mange kommuner, spesielt de små, mangler ressurser og kompetanse for å jobbe aktivt med forskning og implementere eksisterende kunnskap i beslutningsprosesser og tjenestene. En økende oppgavemengde og store rekrutteringsutfordringer gjør det vanskelig å «løfte hodet opp» fra den daglige driften og sette av tid og ressurser til langsiktig forsknings- og utviklingsarbeid. Dette blir en ond sirkel, siden mange av disse utfordringene er avhengig av systematisk kunnskapsarbeid for å finne gode og langsiktige løsninger.

Det er også en utfordring at helseforskningen i Norge i stor grad har vært rettet mot problemstillinger i spesialisthelsetjenesten. I en sentral NIFU-rapport fra 2016 ble det fastslått at kun ca. 10 % av ressursene som ble brukt på helseforskning gikk til forskning på primærhelsetjenesten¹. NIFUs nye rapport av 2020² viser en viss utvikling, men at kommunene fortsatt i stor grad er et forskningsobjekt, og kun i mindre grad har en aktiv rolle i

¹ NIFU-rapport 2016:32. *Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: Kartlegging av ressursinnsats og resultater.* <https://www.nifu.no/publications/1404771/>

² NIFU-rapport 2020:28. *Forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester: Kartlegging av resultater av forskningen og erfaringer fra kommunal sektor.* <https://www.nifu.no/publications/1876569/>

forskningsaktiviteter som bestiller, partner eller bruker av forskning. Det er med andre ord for lite forskning på feltet, og eksisterende forskning er i for liten grad basert på kommunenes kunnskapsbehov. Det er også for lite implementeringsforskning og helseøkonomiske analyser som gir de kommunale helse- og omsorgstjenestene verktøy til å anvende forskningsresultatene i praksis. Videre mangler kommunene systemer for å systematisk anvende eksisterende forskning, og spesielt kunnskapsgrunnlag som finnes i oppsummert forskning.

HelseOmsorg21-strategien pekte på at det trengs et kunnskapsløft i kommunene for å håndtere utfordringene nevnt over. I sluttrapporten til Kommunenes Strategiske Forskningsorgan (KSF) fra 2019 vektlegges at det er behov for et kunnskapssystem i kommune for å få til kunnskapsløftet. Bergen kommune mener at å få på plass et slikt kunnskapssystem er helt avgjørende. Dette for å sikre at kommunene samarbeider om å ta strategiske beslutninger om forskning og identifiserer sentrale kunnskapsbehov som må satses på. Strukturen må tilpasses det brede ansvaret som de kommunale helse- og omsorgstjenestene har, og de komplekse utfordringene tjenestene våre møter på behandlings-, omsorgs- og forebyggingssiden.

1.2 Hvilke tiltak er aktuelle?

Det trengs omfattende og helhetlige tiltak og ressurser for å sørge for kunnskapsbaserte kommunale helse- og omsorgstjenester. Bergen kommune mener disse tiltakene er spesielt viktige:

- Etablering av et kunnskapssystem for kommunene på helse- og omsorgsfeltet, med utgangspunkt i strukturen som testes ut i det pågående prosjektet kalt **Kommunenes Strategiske forskningsorgan (KSF)**. I strukturen samles enkeltkommuner i kommuneklynger med andre kommuner i nærområdet til å samarbeide om forskning på helse- og omsorgsfeltet, ledet av en større «motorkommune». Videre har man et regionalt nivå der representanter for klyngene i en region tar strategiske beslutninger om forskning, prioriteringer og kunnskapsarbeid. Det er også en nasjonal overbygning ledet av KS (KSF Helse). **En stabil nasjonal finansiering av KSF-strukturen** og støtte til større motorkommuner som tar et hovedansvar i sin klynge blir viktig for å sikre en helhetlig og langsiktig kunnskapssatsing og samhandling mellom kommuner og regioner om å løse viktige samfunnsutfordringer på helse- og omsorgsfeltet.
- Satsing på å systematisk ta i bruk eksisterende forskning i beslutningsprosesser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, spesielt oppsummert forskning. Samarbeid med forskningsmiljøer om systematiske litteratursøk og arbeid med kommunikasjon og verktøy som muliggjør å ta kunnskapsbaserte beslutninger blir viktig. Dette arbeidet bør kobles tett til arbeidet med kunnskapssystemet og KSF-strukturen.
- Økning i forskningsmidler rettet mot problemstillinger i primærhelsetjenesten, gjennom Forskningsrådet, de regionale forskningsfondene, m.fl. Egne forskningsmidler administrert gjennom KSF-systemet bør vurderes. Disse kan tilsvare de regionale forskningsmidlene i spesialisthelsetjenesten, men må tilpasses behovene i primærhelsetjenesten.
- Kommunenes kunnskapsbehov bør være i sentrum for forskning på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunene må involveres tidlig og aktivt i forskningsprosjekter, og ha ressurser til å initiere egne prosjekter i samarbeid med FoU-miljøene. Bergen kommune har i sin Plan for forskning, innovasjon og utdanning for helse- omsorgstjenesten for 2022-2027 pekt på følgende områder som spesielt viktige: (1) helseøkonomi og prioriteringer, (2) evaluering av tiltak/intervensjonsforskning og (3) implementeringsforskning.

- Styrket finansiering og styring av forsknings- og kompetansemiljøer som mottar offentlige midler og har som oppgave å jobbe for kommunene eller med forskning som er tett på kommunenes tjenester og tjenesteoppdrag. Dette kan f.eks. gjøres gjennom føringer i tildelingsbrev til FoU-institusjoner. Det kan også gjøres gjennom resultatindikatorer for FoU-institusjoner som går på samarbeid og implementering i kommunene.
- Felles satsing for å bygge opp et mottaksapparat med ressurser og kompetanse på forskning og forskningsadministrasjon i kommunene. Dette inkluderer kompetanse på personvern og datahåndtering, søknads- og prosjektarbeid, økonomiske og juridiske aspekter i forskningsprosjekter, mm. Videre må det utvikles kurs og kompetanseopplegg rettet mot forskning i primærhelsetjenestene og kommunal sektor for øvrig. Koordinering og samarbeid med andre fagfelt i kommunal sektor er viktig. Disse ressursene og kompetansen må komme både store og små kommuner til nytte, og det er viktig at dette utvikles basert på kommunenes behov, erfaringer og organisatoriske særtrekk. Koordinering av dette arbeidet gjennom klyngene og det regionale nivået i KSF er derfor avgjørende.

1.3. Viktige pågående initiativ

Bergen kommune er motorkommune og pådriver i kunnskapsklyngen Kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest, som inkluderer åtte omkringliggende medlemskommuner og sju forsknings- og utdanningsinstitusjoner som FoU-partnere. Her jobber vi for å løfte forskning kommunene har nytte av innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene, identifisere kunnskapsbehov og få til gode prosjektsamarbeid mellom kommunene og FoU-miljøene.

Vi har også et prosjekt finansiert av Forskningsrådet, hvor vi tester ut et system for "kunnskapsstøtte" til kommunene. I prosjektet identifiserer, vurderer og formidler våre forskningspartnere (FHI og HVL) oppsummert kunnskap til kommunene, basert på innmeldte kunnskapsbehov.

Vi utvikler også beslutningsstøtteverktøy for tilpasset kommunesektoren, basert på oppsummert forskning. Dette prosjektet er helt sentralt i utviklingen av Kommunenes Strategiske Forskningsorgan (KSF) Vest. Bergen og Kunnskapskommunen leder både KSF-pilotprosjektet og prosjektet med kunnskapsstøtte, som til sammen utgjør et kunnskapssystem for kommunene, og det er essensielt at det lyttes til kommunenes erfaringer fra disse midlertidig finansierte aktivitetene.

Et regionalt nivå for Vestlandet kalt KSF Vest er etablert, og flere regioner er nå i gang med å etablere sine regionale KSF-enheter med prosjektfinansiering fra KS. Det er vår klare anbefaling at et kunnskapssystem for kommunene, som var etterspurt i St. 38 (2020–2021) om prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten, etableres med disse to bestanddelene – KSF og et system for kunnskapsstøtte. KS har signalisert at man er avhengig av stabil statlig finansiering for å gjøre KSF til en permanent nasjonal struktur. Uten et KSF som kan bestille, motta og behandle kunnskapsstøtte vil det bli utfordrende å videreutvikle det systematiske kunnskapsarbeidet i kommunene fremover.

2. Kommunale legetjenester

Allmennlegetjenesten

Allmennlegetjenesten må åpenbart få omfattende omtale i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Det er imidlertid svært vanskelig å gi innspill på dette kapitlet nå, mens det ennå er uklart hvorvidt det vil bli satt inn nasjonale tiltak i tide til å berge fastlegeordningen slik vi kjenner den. Fastlegeordningen er i full oppløsning, en stadig økende andel av befolkningen står uten fastlege. De tiltakene vi har sett hittil, har ikke vært i

nærheten av å være tilstrekkelige til å snu utviklingen. Dersom kommende statsbudsjett ikke viser en tydelig vilje til å finansiere en fastlegeordning som befolkningen fortjener, må vi regne med at oppløsningstendensen fortsetter. Da må Nasjonal helse- og sykehusplan beskrive hvilken allmennlegetjeneste som befolkningen skal tilbys etter at fastlegeordningen har havarert.

Det er forbausende hvordan alle tilsynelatende ønsker å videreføre fastlegeordningen, men uten at det er synliggjort tilstrekkelig vilje til å finansiere den på en måte som gjør dette mulig. Det er svært godt dokumentert at et hovedproblem er at fastlegeordningen er underfinansiert. I forhold til andre poster på statsbudsjettet er det forbausende lite som skal til, da underfinansieringen av hovedmodellen med næringsdrivende fastleger er anslått å være 4-5 milliarder. Dette er et svært beskjedent beløp i forhold til sykehusbudsjettene. Dersom det skal finansieres en overgang til fastlønte fastleger, må det tilføres mer enn dobbelt så mye.

En rydding i fastlegenes oppgaveportefølje antas å ha noe effekt. Enkelte oppgaver kan ivaretas av annet helsepersonell, men gevinsten begrenses av at fastlegen da må ivareta enda flere samhandlingsflater. Det vil også innebære et tap av kontinuitet i pasientens kontakt med fastlegen. I en situasjon med stor sykepleiermangel, vil vi særlig advare mot å etablere mange nye sykepleierstillinger ved fastlegekontorene. Det vil ganske sikkert føre til at det blir enda vanskeligere å rekruttere sykepleiere til turnusarbeid ved kommunale institusjoner, sykehus og hjemmesykepleie.

Helsetjenesten har i dag mange kontrolloppgaver som bør vurderes å fjerne. Sykemeldinger og andre attester utgjør en vesentlig del av fastlegenes arbeidsdag. Det må være et uttalt mål å sikre at legene får brukt mest mulig av sin tid til behandling av pasienter.

Legevakt

Legevakt må også få omfattende omtale i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Men også her er det vanskelig å gi innspill, da det i de fleste av landets kommuner er fastlegene som også er legevaktleger. Dersom fastlegeordningen havarerer, må Nasjonal helse- og sykehusplan beskrive hvordan befolkningen da kan tilbys legevaktjenester. Uansett er legevakt vanskelig å beskrive i en nasjonal plan, fordi det er så store forskjeller mellom by og land. Men det er viktig å skape forståelse i befolkningen at legevakt er for tilstander som ikke kan vente til neste virkedag, legevakten skal ikke være en kvelds- natt- og helgeåpen allmennpraksis. Uansett hva legevaktlegen i fremtiden skal være, må legevaktarbeid medregnes i den samlede arbeidstiden. Dette kan ikke fortsette å være arbeid som fastleger skal utføre i tillegg til å være fulltids fastleger.

Kommunelegefunksjonen

Kommunelegefunksjonen ble svært tydelig under pandemien, og koronakommisjonen har en fylldig omtale av dette og behovet for å videreutvikle kommunelegefunksjonen. Dette må legge premisser for hvordan kommunelegene blir omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er særlig grunn til å nevne behovet for at organisatorisk plassering av kommuneoverlegen må være slik at medisinsk faglige råd når frem til der beslutninger tas. For å få til dette, må plasseringen være nær kommunedirektør/byråd. Videre må stillingsstørrelse for kommunelege og antall kommuneleger i større kommuner tilsvare behovet. Vi ser at det i dag er alt for stor variasjon fra kommune til kommune, slik at det er behov for en nasjonal normering. Og det må stilles krav til kommunene om å opprette vaktordninger som sikrer tilgang til kommunelegekompentanse 24/7.

Kommunelege er omtalt i svært mange lover og forskrifter, noe som pålegger kommunelegene en ganske uryddig blanding av strategiske og operative oppgaver. Det er behov for en gjennomgang av disse bestemmelsene, dels for å styrke kommunelegens innflytelse der det er behov for dette, men også med tanke på om noen av oppgavene bør ivaretas på annen måte.

3. Tjenester til barn og unge

3.1 Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

- Det er økning i psykiske helseplager hos barn og unge og familier, skolefravær er en økende utfordring. Det blir viktig at det forventes et økt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid og samordnet *tidlig* innsats. Helsestasjon og skolehelsetjenesten har sentrale roller i helsefremmende og forebyggende arbeid og det er nødvendig at det bevilges tilstrekkelige ressurser til tjenesten.
- Tidlig utskrivning fra fødeinstitusjoner krever en kvalitativ god barselomsorg. Dette er særlig viktig for å forebygge psykiske plager hos barselkvinner og ivareta amming. Barselkvinner etterspør lettere tilgjengelig hjelp og veiledning. Tilstrekkelige ressurser vil være viktig. Kvinnehelse er ett av feltene det blir forsket lite på. Det er derfor viktig å øke andelen forskning innenfor barsel og kvinnehelse.
- Det er behov for økt koordinering mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, og internt mellom kommunale tjenester. Barneverns/oppvekstreformen krever økt samhandling mellom helse og oppvekst (barnehage og skole).
- Oppfølging og styrking av pårønderrollen er viktig.

3.2 Hvilke tiltak er aktuelle?

- Tiltak må være kunnskapsbaserte og utarbeidet i samarbeid med brukerne, barn, unge og familier.
- Tiltak må i større grad være tilpasset brukernes behov enn helsetjenesten sin nåværende organisering;
 - Eksempel en mor med nyfødt barn som er skrevet ut fra fødeinstitusjon må kunne få veiledning på ettermiddag og kveld.
- Barselkvinner etterspør mer veiledning om kropp og helse etter fødsel;
 - Kvinnehelse bør nasjonalt få større plass i den kommunale jordmortjenesten.
- Ungdommer må ha steder å oppsøke på ettermiddag når de har behov for det;
 - Det er behov for større tilgang på helsestasjon for ungdom og steder som Ung Arena.

3.3 Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

- I prosjekt «**Barn og unges helsetjeneste**» samarbeider brukere av tjenestene, fastleger, fagfolk i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten om å utvikle samhandlingsforløp for barn og unge. Verktøyet er delt inn i 7 samhandlingsforløp for ulike typer psykiske helseplager barn og unge kan ha. Forløpene beskriver de ulike tjenestenes roller og ansvarsområder og fungerer som et kart over tjenestene. Kartet skal hjelpe både fagfolk og brukere i å få oversikt over de ulike tjenestene og deres ansvarsområder.
Målet er at barn og ungdom skal få rett hjelp hos riktig tjeneste og at tiltakene fra ulike tjenester henger sammen slik at det oppleves som et helhetlig tilbud for barnet/ungdommen det gjelder og familien.

Barn og unges helsetjeneste startet som et samhandlingsprosjekt mellom Helse Fonna og samarbeidskommunene i 2016-2018. I samarbeid med Helse Stavanger ble det i 2019 gjennomført en pilot for å finne ut om verktøyet kunne tas i bruk også i andre områder. Konklusjonen var at verktøyet var overførbart, men måtte videreutvikles. I perioden 2019-2021 gjennomføres lokale samhandlingsprosjekt i hele Helse Vest. I prosjektene inviteres kommuner og BUPer til å ta i bruk og videreutvikle verktøyet sammen. Resultatet er forløpsbeskrivelsene du finner på

denne siden. Et sentralt mål er å skape arenaer for dialog og kulturbygging på tvers av tjenester og sektorer, der barn og unges behov settes i sentrum.

Om verktøyet

Verktøyet er organisert i 7 ulike typer psykiske helseplager barn og unge kan ha. Innenfor hvert tema, beskrives både hva som er normale utfordringer hos barn og ungdom, og psykiske plager av ulik alvorsgrad, fra lette psykiske plager til alvorlig lidelse.

I samhandlingsforløpene skilles mellom milde til moderate vansker og moderate til alvorlige vansker. For de fleste tilstandsbilder har kommunale tjenester ansvar for kartlegging og tiltak ved milde til moderate vansker, mens spesialisthelsetjenesten har ansvar for utredning og behandling av moderate til alvorlige vansker. Når det gjelder autismespektrevansker og ADHD, skal kommunen kartlegge og henvise til spesialisthelsetjenesten dersom det er behov for utredning.

[Barn og unges helseteneste - Helse Fonna \(helse-fonna.no\)](https://helse.fonna.no)

Andre digitale verktøy

Apper som «*Helseoversikt*» og «*Vi-appen*» er utviklet for gravide, foreldre og veiledning for parforhold. Dette er nyttige verktøy som med fordel kunne fått større nasjonal tilgjengelighet.

4. Rustjenester

Ruspolitisk råd i Bergen kommune er et råd som fungerer på lik linje med eksempelvis kommunale eldreråd, som et rådgivende organ for kommunen. Rådet består av representanter for bruker- og pårørendeorganisasjoner samt personer med bruker- eller pårøndererfaringer uten organisasjonstilknytning.

På generelt grunnlag mener Ruspolitisk råd at ved å organisere tjenester i tråd med brukernes behov, ønsker og egenvurderinger vil brukerne få bedre tjenester og samhandlende instanser oppnår økt effektivitet. Ruspolitisk råd vil grunnngi sine vurderinger under de tema som særlig opptar rådet.

4.1 Digitalisering

Begrunnelser og mål må ta utgangspunkt i et brukerperspektiv. Helsetjenestene sin rolle bør være å gi pasienten kunnskapsbasert informasjon, være lyttende og fungere som faglig medspiller og rådgiver. Ruspolitisk råd mener at mest mulig effektiv behandling, oppfølging og samhandling oppnås når pasienten får et godt vurderingsgrunnlag til å beslutte i hvilken behandling og oppfølging pasienten vurderer er den mest effektive for sitt behov.

Målformuleringer på digitaliseringsfeltet bør ta utgangspunkt i brukerperspektivet. Vi erfarer ofte det formuleres optimistiske målsettinger om «økt bruk av digitale tjenester» fordi det oppfattes som effektivt og nyttig for tjenestene, men med få refleksjoner om hvorvidt økt bruk av digitale tjenester er tjenlig for brukerne. For medborgere med rus/ROP utfordringer kan økt digitalisering og satsing på digital samhandling være en barriere for kontakt og oppfølging, slik vi blant annet har erfart under covid-19 pandemien. Nettopp av denne grunn må mål og tiltak formuleres med utgangspunkt i brukerperspektivet. Tema om digitalisering må ta opp i seg vurderinger om hvem er digitaliseringen tjenlig for, og hvordan skal brukere/pasienter som ikke opererer på digitale flater ivaretas.

4.2 Sømløse pasientforløp

Mange rusavhengige personer, og særlig personer med langvarig og omfattende injeksjonsbruk, lever i et distinkt og langvarig samfunnsmessig utenforskap. I denne pasientgruppen handler livet i all hovedsak om selvbehandling av ens personlige somatiske og psykiske lidelser. Behandlingen er inntak av legale og illegale avhengighetsskapende rusmidler og medikamenter. Behandlingen er effektiv og virker fort, men forsterker de selvsamme helseproblemene på sikt. Det kreves kunnskap og tykke lag av erfaringer, innsikter, relasjoner og høy handlingskompetanse å opprettholde sitt daglige rusinntak. Mange brukere har problemer med å forstå og forholde seg til samfunnets alminnelige institusjoner og måten de fungerer på. Skal helsetjenestene være effektivt for denne pasientgruppen må tilgangen til tjenestene tilpasses til brukerne/pasientene livsverden; deres prioriteringer, oppfatninger, tolkninger og forståelse av dagliglivet og verden rundt dem. Det er viktig at ting skjer fort og uten vesentlige hindringer.

Ruspolitisk råd oppfatter at helsetjenestene skaper noen byråkratiske terskler som reduserer mulighetene for å få behandling for sin rusavhengighet (Jacobsen et. al. 1982):

- *Registreringsterskelen*
 - Hvis veien fra tanke til (be)handling krever at bruker må gjøre henvendelser, lage avtaler, stille på avtaler, at det er saksbehandlingstider, ventetider involvert osv. er tersklene i utgangspunktet så høye at flere vil falle fra i de innledende registreringsprosessene. Med andre ord: deres behov blir ikke registrert. Resultatet er fortsatt selvbehandling med rusmidler og fare for ytterligere helsesvikt og redusert levealder/død.
- *Kompetanseterskelen*
 - Mange brukere som trenger behandling, har levd en marginalisert tilværelse og i langvarig utenforskap. Brukere er ofte usikre på egne hjelpebehov og ambivalente i forhold til behandling og endring. Hjelpetjenestene kan fremstå som uoversiktlige og uforståelige. Kompetanseterskelen kan i mange tilfeller føre til at brukere ikke klarer å fremme sine behov på riktig måte, på riktig sted til riktig tid, og dermed ikke får de tjenestene de har bruk for. Konsekvensene er fortsatt selvbehandling med fare for negativ helseutvikling og redusert levealder/død.
- *Effektivitetsterskelen.*
 - Tjenestenes behov for kostnadskontroll og administrativ forutsigbarhet styres gjennom byråkratiske prosedyrer knyttet til blant annet henvisning, prekliniske undersøkelser/kartlegginger og vurderinger osv. Dette tar tid, men for helsetjenestene medfører prosessen planmessighet, orden, forutsigbarhet og redusert økonomisk og administrativ risiko. Ulempen er at tjenesteyterne overfører risikoen til pasientene som må vente. Ventetid innebærer erfaringsmessig stor risiko for at pasienten/brukeren faller ut av forløpet. Konsekvensene er fortsatt selvbehandling med fare for negativ helseutvikling og redusert levealder.

Ruspolitisk råd mener derfor at alle byråkratiske terskler og krav i forkant av vurdering til rett til nødvendig helsehjelp må fjernes. Det må opprettes en direkte lavterskel tilgang til en akutt-tjeneste i TSB. Brukerne/pasientene må på eget initiativ kunne beslutte oppstart av egen rehabiliteringsprosess, og uten terskler oppsøke og eventuelt legge seg inn til akutt avgiftning, kartlegging og utredning for sitt videre behandlings- og rehabiliteringsbehov.

Vurdering av rett til nødvendig helsehjelp bør skje i en klinisk samhandlingsprosess mellom pasient, spesialisthelsetjeneste og kommune i form av en felles kartlegging og utredningsprosess som gir historisk og dagsaktuell status på somatisk helsesituasjon, psykisk helsesituasjon, avhengighetslidelser og sosial livssituasjon. For å sikre at brukerperspektivet ivaretas og at rehabiliteringsprosessen forankres hos alle involverte parter bør pasientenes egenkompetanse, spesialisthelsetjenestens kompetanse, kommunal kompetanse og erfaringskompetanse delta som likeverdige parter i vurderinger av valg av behandlingsnivå og design av behandlings- og recoveryforløpet.

Med en slik tilnærming kan landet bygge en effektiv, logisk og sømløs rushelsetjeneste som bygger på brukerens/pasientens myndighet og et forpliktende samarbeid mellom partene.

4.3 Samhandling

Ruspolitisk råd foreslår på bakgrunn av overnevnte innspill at det generelle utgangspunktet for nasjonal helse- og samhandlingsplan er at pasientene/brukerne skal være i førersetet i utforming av de samarbeidsstrukturene som skal etableres omkring eget recoveryforløp. Det kan være forskjeller i hva tjenesteyter vurderer som aktuelt og det pasienten vurderer som ønskelig og tjenlig. For å unngå uenigheter og konflikter mellom partene må pasientens/brukernes vurderinger av hva som er nyttig, ønskelig og tjenlig legges til grunn for helsetjenestenes aktivitet.

5. Psykisk helsehjelp

1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?
 - a. Innen psykisk helse (og ROP) er det et økende gap mellom kapasitet i spesialisthelsetjenesten og hvilke oppgaver kommunen kan utføre innenfor gjeldende lovverk og rammer. Dette medfører at pasienten ikke får forsvarlig behandling og sikkerhet for ansatte i kommunen utfordres. Kommunen får oppgaver de ikke er i stand til å håndtere (pga. lovverk, mangel på egnet bygningsmasse, kompetanse).
 - b. Samfunnsvernet er svekket og «blålysetatene» har fått betydelig flere oppdrag.
 - c. Viser også til pkt. 6 om utfordringer knyttet til pasienter med demens som skrives ut av psykisk helsevern
2. Hvilke tiltak er aktuelle?
 - a. Øke antall langtids døgnplasser i psykisk helsevern
 - b. Kommunen bør få et tydeligere oppdrag om å tilby behandling til personer med milde til moderate psykiske lidelser, gjennom for eksempel Rask psykisk helsehjelp. På denne måten vil en kunne frigi kapasitet i spesialisthelsetjenesten, slik at de kan behandle flere pasienter med kompleks og alvorlig psykisk sykdom.
 - c. Øremerke midler i kommunale overføringer til psykisk helse
 - d. Ikke åpne opp for bruk av tvang innen psykisk helse utenfor spesialisthelsetjenesten
3. Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?
 - a. Kompleks rehabilitering (KRS) ved psykiatrisk klinikk i Helse-Bergen. Arbeider langsiktig med utskrivelse sammen med kommunen.

6. Eldreomsorg

Med den sterke veksten i eldrebefolkningen vil dekningsgraden i sykehjem i Bergen (andelen innbyggere over 80 år som kan få plass i sykehjem) reduseres med om lag 25% før det har gått 10 år. Det betyr selvsagt at behovet for helse og omsorgshjelp for aldersgruppen vil øke utenfor institusjoner, men det betyr også at de som får plass i sykehjem vil ha flere og mer omfattende helseutfordringer og de vil ha kortere levetid i sykehjemmene. Mulighetene for økning i antallet sykehjem og sykehjems plasser har flere utfordringer, det går både på økonomi, men i høy grad vil muligheten til å bemanne institusjonene med kvalifisert personell bli svært vanskelig. Allerede i dag er dette den største utfordringen vi står i.

Aktuelle tiltak:

- Frivillighetsarbeid rettet mot hjemmeboende må utvikles og styrkes
- Pårørende må involveres mer i praktiske tjenester – også i sykehjem, noe jeg tror flere pårørende vil oppleve positivt
- Organisering av arbeidet i sykehjemmene og arbeidstidsordninger må utvikles. Her må nevnes bruk av sykepleierteam, helsefagarbeidere som arbeidsledere/avdelingsledere, økt bruk av langvakter som gir bedre og mer stabil pasientoppfølging, mulighet for mer heltid og arbeid hver 4. helg. Dette bidrar positivt i rekrutteringssammenheng.
 - Det vises til prosjektet [HELTOM](#) i Bergen kommune, som bygger på prinsippene vedtatt i den kommunale [tillit- og faglighetsreformen](#). I dette prosjektet har ansatte med minimum 3-årig helsefaglig utdanning arbeidet i helsetjenesteteteam, mens ansatte med yrkesfaglig helsefagutdanning og assistenter har jobbet i omsorgsteam. Prosjektet har hatt som mål å gi gode tjenester til brukere og begrense antallet av ansatte som brukerne må forholde seg til. I tillegg har hensikten vært å bruke medarbeidernes kompetanse målrettet.

Oppgavefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Mange oppgaver er overført til kommunene som følge av samhandlingsreformen, men det gjenstår ennå arbeid for å sikre riktig og hensiktsmessig informasjonsutveksling, kommunikasjon mellom nivåene og ressursoverføring til kommunene. En utvikling på dette feltet vil både øke sikkerheten for pasienten og det vil effektivisere arbeidet – og samarbeidet – på begge nivåene.

Aktuelle tiltak:

- Bruk av felles terminologi og symptombegrep gir riktigere kommunikasjon som sikrer pasienten og sørger for riktig behandling på riktig nivå.
- Utvikle budsjetteringsmodeller som sikrer at ressurser følger med når oppgaver flyttes.
- En tilstrekkelig kapasitet på behandlingssentrene (korttidssykehjemmene) vil lette sykehusenes kapasitetsutfordringer. Dette betinger god sirkulasjon i behandlingssentrene, noe som igjen betinger en tilstrekkelig kapasitet i hjemmetjenestene

Vi opplever i dag at pasienter som har vært ivaretatt i tiår i spesialisthelsetjenesten erklæres ferdigbehandlet når de kommer opp i en viss alder. Ofte settes det en demensdiagnose som trumfer det øvrige sykdomsbildet. Kommunehelsetjenesten må klargjøres og bygges opp om denne pasientgruppen skal få et forsvarlig tilbud i kommunehelsetjenesten. Både i form av kompetanse, men ikke minst i form av egnede boligtyper med langt bedre skjermingsmuligheter enn det en sykehjemsavdeling gir muligheter for.

Aktuelle tiltak:

- Det må på plass forpliktende samarbeidsmønstre mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten om denne pasientgruppen. I dag oppleves det tilfeller der det er vanskelig å etablere dialog.
- Generelt må det etableres bo- og behandlingstiltak med en helt annen skjermingsgrad enn det er mulig å få til i en sykehjemsavdeling der 80% av beboerne har en demenstilstand som gir mange utslag i adferd og uro.

Arbeidet med ny tvangslovgivning og praksis knyttet til denne. I dag er dette et komplisert og vanskelig håndterbart område der vi står i fare for å internere mennesker livet ut fordi vi ikke har de riktige sammensatte ressurser knyttet til ressurser og boligløsninger.

Aktuelle tiltak:

- Sykehjemmene forholder seg til Pasientrettighetsloven og har arbeidet mye med kompetansesikring de seinere årene. Arbeidet med ny tvangslovgivning vil forhåpentligvis gi noen flere svar enn det vi har i dag. Samarbeid med sentrale myndigheter og Statsforvalteren spesielt blir helt sentralt her, både for å sikre felles forståelse og sikre kompetanse og erfaringsutveksling. Vi vil også her peke på viktigheten av gode og tilpassede bolig- og oppfølgingstilbud som et effektivt virkemiddel for å unngå en del tvangstiltak.

7. Rehabilitering

7.1 Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

Det vil bli et økende behov for rehabilitering i helsetjenesten, fordi langt flere vil trenge rehabilitering enn hva som er tilfellet i dag. Kommunene har fått økt ansvar for rehabiliteringsoppgaver som tidligere lå i spesialisthelsetjenesten, uten at det er tilført nødvendige ressurser. Rehabilitering er et nødvendig satsingsområde for å bidra til at flere kan leve selvstendige liv uten behov for pleie- og omsorgstjenester.

Det er krevende for kommunene å ta det ansvaret de pålegges og innfri de forventninger som stilles, blant annet fordi det er manglende kapasitet og kompetanse i kommunene. Det er også en uklar avklaring av ansvarsfordelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Det vises for øvrig til funnene i evaluering av *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019* (KPMG). Evaluering peker på at opptrappingsplanen i seg selv fremstår som en tilskuddsordning og ikke en plan som var rigget for å bidra til en systematisk og varig styrking av levering av tjenester for habilitering og rehabilitering.

7.2 Hvilke tiltak er aktuelle?

Det utarbeides og vedtas en nasjonal plan for habilitering og rehabilitering, jfr. anbefaling i evalueringen av *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019*.

Det er behov for større overføringer av ressurser til kommunene som har overtatt og kanskje vil overta en større andel av rehabiliteringen fra spesialisthelsetjenesten.

Tiltak:

- tydelig organisering og ledelse av rehabiliteringstilbudet på ulike nivåer, inkludert rehabiliteringstilbudet for personer med samtidige psykiske helseutfordringer og/eller ruslidelser
- avklaring av ansvarsfordelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten
- rehabilitering må integreres i hele pasientforløpet
- koordinatorrollen må styrkes og tydeliggjøres
- styrking av samhandlingen mellom den enkelte pasient/bruker og tjenestetilbudet
- inkludering av pårørendeperspektivet
- styringsdata som gir nødvendig kunnskap om effekt og kvalitet
- mer systematisk satsing på rehabiliteringsforskning for å styrke kunnskapsgrunnlaget for tiltak i hele rehabiliteringsforløpet, med større vekt på forskning i kommunehelsetjenesten
- forskning som gir kunnskap om effekt av rehabiliteringstiltak, også i et samfunnsøkonomisk perspektiv
- finansiering som støtter ønsket utvikling

8. Ernæring

Samhandling, kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og digitalisering

Rapporter og erfaring både nasjonalt og lokalt viser at samhandling og dokumentasjon rundt ernæring mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er lite standardisert og noe som utfordrer pasientsikkerheten. I februar 2021 startet et pågående prosjekt om kvalitetsforbedring av samhandling om dokumentasjon om ernæringsstatus og ernæringsoppfølging, forankret i samarbeidsutvalgene mellom kommuner og sykehus i Helse Bergen sitt foretaksområde. Formålet er å sikre at nødvendig informasjon knyttet til ernæring følger pasienten mellom sykehus og kommune. Dette er viktig for å ivareta pasientsikkerheten og forebygge og behandle under- og feilernæring. Arbeidsgruppen består av én representant fra hvert av samarbeidsutvalgsområdene, og målet er å få utarbeidet en felles retningslinje. At journalsystem og system for samhandling er tilrettelagt for å snakke sammen på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenesten, er en forutsetning for gode pasientforløp, og noe av utfordringene som avdekkes i prosjektet.

Personell og kompetanse

I kjølvannet av helsereformene følger blant annet at spesialisthelsetjenesten skriver ut pasienter tidligere, og kommunene har fått nye og mer komplekse pasientgrupper og oppgaver å ta seg av. Dette gjelder også arbeid med klinisk ernæring. Bergen kommune ansatte i 2022 fire kliniske ernæringsfysiologer i hjemmebaserte tjenester for å styrke de tverrfaglige teamene i kommunen, og bedre kunne samhandle med sykehusene, hvor klinisk ernæringsfysiolog er en selvsagt del av behandlingsteamene. At klinisk ernæringsfysiolog inngår i tverrfaglig team også i kommunehelsetjenesten, bidrar til mer hensiktsmessig fordeling av oppgaver og bruk av ressurser, samtidig som pasientene får bedre og mer effektiv behandling, og samfunnet utnytter de helsefaglige ressursene sine på best mulig måte.