

Helse- og omsorgsdepartementet (NHSaP)

Deres ref.:
Vår ref.: 22/40630-8
Saksbehandler: Kathrine Syse
Dato: 14.09.2022

Nasjonal helse- og samhandlingsplan - Innspill fra Helsedirektoratet

Helsedirektoratet viser til invitasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet fra 3.august 2022 om innspill til ny Helse- og samhandlingsplan.

Helsedirektoratet har hatt en åpen intern innspillsrunde og vedlegger innspillene. Helsedirektoratet gjør ikke en strategisk helhetlig vurdering i denne oversendelsen, men vi viser til oppdragene vi har fått på grunnlag til meldingen (TTB2022-23 Nasjonal helse- og samhandlingsplan) og kommer tilbake til vurderinger i disse spesifikke leveransene. Innspill som spesifikt passer inn under de mottatte bestillingene, særlig på samhandling, er ikke vedlagt her, men tas inn i disse leveransene.

Vennlig hilsen

Linda Granlund e.f.
direktør

Kathrine Syse
rådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Kopi:
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Helsedirektoratet viser til invitasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet fra 3.august 2022 om innspill til ny Helse- og samhandlingsplan.

Helsedirektoratet har hatt en åpen intern innspillsrunde og vedlegger innspillene. Helsedirektoratet gjør ikke en strategisk helhetlig vurdering i denne oversendelsen, men vi viser til oppdragene vi har fått på grunnlag til meldingen (TTB2022-23 Nasjonal helse- og samhandlingsplan) og kommer tilbake til vurderinger i disse spesifikke leveransene. Innspill som spesifikt passer inn under de mottatte bestillingene, særlig på samhandling, er ikke vedlagt her, men tas inn i disse leveransene.

Innhold

Tema: Samhandling	2
Tema: Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	4
Tema: Desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp	7
Tema: Utvikling av pasientforløp	7
Tema: Digitalisering	8
Tema: Personell og kompetanse	12
Tema: Rehabilitering og mestring	17
Tema: Svangerskaps-, føde- og barselstilbud	19
Tema: Psykisk helse og rus	20
Tema: Akutt-tjenester	23
Tema: Legemiddelfeltet	26
Tema: Annet	27
Tema: Innspill som kan legges under nye oppdrag (TTB2022-23 Nasjonal helse- og samhandlingsplan)	30

Tema: Samhandling

Utfordring	Aktuelle tiltak
<p>Pasienter med kroniske sykdommer og store og sammensatte behov opplever at fastlegeordningen ikke ivaretar behovene deres i tilstrekkelig grad.</p> <p>-Manglende helhet og koordinering i forhold til andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten</p> <p>-Pasientenes muligheter for å mestre helseutfordringene reduseres</p> <p>-Behandler problemstillinger enkeltvis, i stedet for å se dem i sammenheng og helhetlig</p>	<p>Bedre kapasitet og individuell tilrettelegging, blant annet gjennom større tverrfaglighet i fastlegepraksisene</p> <p>Finansieringsordninger som støtter tverrfaglighet, samarbeid, bruk av hjemmebesøk og digitale løsninger</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>-Nasjonalt pilotprosjekt med primærhelseteam i fastlegekontor</p> <p>-Nasjonalt pilotprosjekt med digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner</p> <p>-Spredning av digital hjemmeoppfølging i regi av -Nasjonalt velferdsteknologiprogram</p> <p>-Oppfølgingsteam og fastlegens rolle i dette.</p>
<p>Tverrsektoriell implementering av endringer i velferdstjenestelovgivningen og enhetlig etterlevelse av tverrsektoriell ny veileder</p> <p>Ny veileder publiseres medio sept 22. Sektorene har nå fått felles forpliktelser til samarbeid, men har ulik praksis og erfaringer knyttet til flere av temaene. En god implementering er derfor svært viktig for å sikre enhetlig praksis og etterlevelse av lovkrav. Barnekoordinator er en ny bestemmelse, men oppgaver og ansvar er for en stor del sammenfallende med bestemmelser om IP og koordinator.</p>	<p>Direktoratene og fylkesmennene har et viktig arbeid i å sikre enhetlig forståelse av bestemmelsene og god veiledning til praksis.</p>
<p>I kontakt med helsetjenesten er ofte ikke tilknytning til arbeidslivet et obligatorisk tema.</p>	<p>Det bør være føringer om samhandling med sektorer utenfor helsetjenesten, i de avtaler som gjøres mellom nivåene(helsefelleskap) for å sikre en helhetlig oppfølging og behandling for den enkelte.</p> <p>Myndighetene bør i større grad etablere gode rammevilkår, både juridiske og økonomiske, for å stimulere til effektivt sektorovergripende samarbeid</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>Følge opp felles strategi for arbeid og helse. Hdir skal i samarbeid med AVDir utvikle felles faglige anbefalinger for fagområdet arbeid og helse</p> <p>Tjenestesamhandling mellom arbeids- og helsesektoren</p> <p>Hdir og AVdir skal kartlegge og beskrive barrierer som står i veien for tettere og mer systematisk tjenestesamhandling og videreutvikle tjenestesamhandlingsmodeller man vet har effekt til nye brukergrupper.</p>

<p>Barn og unge og deres foreldre trenger samordnede tjenester Samhandlingsutfordringer – overvekt og fedme barn og unge</p> <p>WHO utpeker overvekt og fedme til en av de mest alvorlige helsetrusler i vår tid. Barn og unge rammes i stor grad, noe som er spesielt urovekkende siden overvekt og fedme undergraver deres fysiske, sosiale og psykiske velvære ¹</p> <p>Noe som har stor betydning for kvaliteten på tilbudet til barn med overvekt eller fedme er at det er god samhandling på tvers av tjenester og tjenestenivå. I en upublisert rapport fra Samhandlingsprosjekt barnefedme² beskrives det at det er en utfordring at det i tilbudet til barn og unge verken samarbeides godt nok mellom ulike kommunale tjenester eller mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det fører til dobbeltarbeid og ineffektiv bruk av ressurser i både primær- og spesialisthelsetjenesten og manglende samkjøring av helsetilbudet. Konsekvensen er at allerede sårbare pasienter og pårørende sitter igjen med en stor del av ansvaret for å koordinere og samle informasjon fra behandlere. Sosioøkonomisk bakgrunn, grad av helsekompetanse og språkferdigheter påvirker dermed i stor grad hvor mye hver enkelt pasient og familie klarer å nyttiggjøre seg behandlingen. Derfor er det viktig å avsette ressurser til bedre samhandling</p>	<p>Fra et tjenesteperspektiv er det ønskelig at sentrale føringer og normerende produkter omtaler og gir råd og forventninger om samhandling for bedre flyt mellom tjenestene. Det er behov for å tydeliggjøre ansvar og samhandling på tvers av tjenesteytere og tjenestenivå.</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>Vi viser til innsiktsarbeidet fra livshendelsen alvorlig sykt barn rapport fra Stimulab prosjektet Lenke</p> <p>Ungdommer med sammensatte behov opplever nedsatt livskvalitet Lenke</p>
--	---

¹ World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: executive summary. Geneva: World Health Organization, 2017.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259349/WHO-NMH-PND-ECHO-17.1-eng.pdf>

² Foreløpig sluttrapport Samhandlingsprosjekt om barnefedme mellom OUS, Bydel Bjerke og Bydel Grünerløkka (nov. 2021).

Tema: Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Utfordring	Aktuelle tiltak Pågående arbeid/gode eksempler
<p>For høy forekomst av pasientskader i alle deler av tjenesten</p> <p>Å redusere antall pasientskader krever en forsterket innsats for å utvikle en kultur for samarbeid, åpenhet og læring.</p>	<p>Etablering av varige strukturer for samordning av sentrale helsemyndigheters innsats rettet mot pasient- og brukersikkerheten.</p> <p>Hensikten er å kunne tilby treffsikre nasjonale tiltak og bearbeidet informasjon for å sette tjenestene i stand til å jobbe systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. å hindre unødig pasient- og brukerskade, redusere sannsynligheten for skade, og at effekten skal være stabil og varig. En viktig del av dette er at det finnes et effektivt system for å følge med på og følge opp pasient- og brukersikkerhet på nasjonalt nivå.</p>
<p>For lite fokus på arbeidsmiljøet</p> <p>For lite fokus på arbeidsmiljøet for de ansatte med tanke på å jobbe med kapasitetsutfordringer. Å beholde helsepersonell krever gode arbeidsmiljø.</p>	<p>Arbeidsmiljø som sentral faktor i strategier og tiltak for å rekruttere og beholde helsepersonell</p>
<p>Utfordringer knyttet til manglende kultur for åpenhet, samarbeid og læring</p> <p>Manglende åpenhetskultur påvirker også tjenestenes evne til systematisk kvalitetsforbedring innenfor samhandlingsfeltet</p>	<p>Kultursatsing med kompetansetiltak og verktøy, og fokus på temaer som psykologisk trygghet, nulltoleranse for trakassering, team samarbeid, læring.</p>
<p>Mangelfull samordning på nasjonalt nivå og mellom tjeneste</p> <p>Manglende samordning og målretting av arbeid med pasient- og brukersikkerheten på nasjonalt nivå</p> <p>Uklare relasjoner i samhandlingen som følge av manglende kjennskap til og kunnskap på tvers av tjenestenivå mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten</p>	<p>- Tilskuddsordninger til lokale utviklingsprosesser for kvalitet, kultur, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø og gjenstridige arbeidsmiljøproblemer i helsevesenet som: opplevelsen av lav kontroll/ innflytelse over eget arbeid.</p> <p>- Bruk av simulering som pedagogisk tilnærming for bedre pasientsikkerhet og systematisk kvalitetsarbeid</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosjektet " I trygge hender – en varig struktur for overordnet samordning av pasient- og brukersikkerhet" ble besluttet igangsatt i kontaktmøtet mellom Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn 8. juni 2022. FHI og Direktoratet for e-helse deltar også i prosjektteamet sammen med Helsetilsynet og Helsedirektoratet. • Mentorordninger for nyutdannede sykepleiere for at flere av de nytilsatte blir værende i jobben, og at de opplever oppstarten som trygg. Gjennomføres i Kongsvinger, Lillestrøm, Røros, Indre Østfold, Moss, Sarpsborg, Halden, Modum, Nore og Uvdal, Flesberg, Midt-Telemark og Tønsberg • Kultursatsing – Oslo Universitetssykehus

	<ul style="list-style-type: none"> •HMS/arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i stadig tettere kobling ved flere sykehus (bl a Ahus, UNN, OUS)
<p>Underernæring må oppdages tidlig og følges opp med forebyggende tiltak</p>	<p>For å sikre helhetlig oppfølging på ernæring bør det utvikles og etableres kvalitetsindikatorer på ernæring i spesialisthelsetjenesten, slik at det kan måles enhetlig på tvers av tjenestenivåene og bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet.</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nasjonal ernæringsstrategi - Handlingsplan kosthold - Retningslinjer for å forebygge og behandle underernæring - Oppfølging av ernæring for hjemmeboende. - Oppfølging av i ernæring i sykehjem - I trygge hender- 24/7 - innsatsområde ernæring - Én innbygger – én journal - ehelse - Strategi for Helsedirektoratets sentrale helseregistre - Helsedirektoratet
<p>Befolkningen har ikke likeverdige tilgang på helsefremmede og forebyggende helsetjenester (friskliv, læring og mestring) av god kvalitet.</p> <p>Personer med økt risiko for eller allerede etablert sykdom (ikke-smittsomme sykdommer diabetes, kreft, kols, hjerte-kar samt fedme) har i dag et mangelfullt tilbud i helsetjenesten for hjelp til endring av levevaner (og evt vektreduksjon) som en del av behandlingen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tydeliggjøre kommunens forpliktelse i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester til å sørge for forebyggende helsetjeneste som tilbyr endring av levevaner og mestring av helseutfordringer, og som er bemannet med tverrfaglig personell, min. lege, fysio, kef og psykolog. - videreutvikle primærhelseteam med flere yrkesgrupper - Sikre nødvendig kompetanse, f.eks innføre tilskuddsordning for kliniske ernæringsfysiologer i kommunen (tilsv. psykologer i kommunen) - videreføre tilskuddsordning for frisklivssentraler - igangsette prosjekt for å vurdere effekten av ulike livsstilsintervensjoner i behandling av fedme - Samarbeid om læring og mestring: pasient og pårørendeopplæring, levevaner og mestring må inngå i helsefelleskapene og i samarbeidsavtaler mellom HF og kommuner. <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revidering av faglige retningslinjer for behandling av diabetes - Revidering av Aktivitetshåndboken - Hovedprosjekt læring og mestring (?) eller vise til forprosjektet? - Ref. oppdrag i TB 2022: oppfølging av forprosjekt om læring og mestring i helse- og omsorgstjenestene.

<p>Skrøpelige/multisyke eldre: Det antas at hver tredje pasient i norske sykehus er i risiko for underernæring, som er assosiert med økt sykkelighet, lengre sykehusopphold, hyppigere reinnleggelser og høyere dødelighet. Pasienter risiko skal i følge hdirs retningslinjer ha en individuell ernæringsplan med tiltak for å forebygge at underernæring utvikles, som dokumenteres i journal. Det mangler datagrunnlag for å måle dette i spesialisthelsetjensten. https://tidsskriftet.no/2018/04/debatt/bedre-ernaeringspraksis-til-det-beste-pasientene. Disse utfordringene med oppfølging og dokumentasjon på ernæring passer inn under kvalitet og pasientsikkerhet, digitalisering og desentraliserte tjenester, samt kompetanse.</p>	<p>Det må settes av ressurser til å etablere nye kvalitetsindikatorer innen ernæring, med datagrunnlag fra NPR, slik at det kan måles enhetlig i helse- og omsorgssektoren. Dette er også et oppfølgingspunkt i handlingsplan for bedre kosthold (2017-2023). Helseregionene har tidligere (2012) fått i oppdrag å sørge for at dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følger med pasienten ved flytting til annet tjenestenivå eller mellom behandlingenheter. I 2013 fikk de i oppdrag å utarbeide en ernæringsstrategi for bedre forankring av ernæringsarbeidet og systemer på tvers av avdelinger, men også gode systemer for samhandling med og veiledning av kommunene for å sikre helhetlige pasientforløp. Nasjonal kompetansetjeneste for sykdomsrelatert underernæring ved Oslo universitetssykehus er en viktig ressurs for sykehusene i ernæringsarbeidet, og har blant annet samlet eksempler på ernæringsstrategier ved sykehus og også sykehjem.</p>
--	--

Tema: Desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp

Utfordring	Aktuelle tiltak Pågående arbeid/gode eksempler
<p>Mangelfullt organisering av hjemmebasert tjenestetilbud En forutsetning for at folk skal kunne bo hjemme er at tjenestetilbudet er organisert og koordinert slik at det gir opplevelse av trygghet, oversikt og mestring samt hjelp når du trenger det på en ressurseffektiv måte Manglende tilgang til digitale tjenester og tilgang på personellressurser krever at vi jobber på nye måter, og tilrettelegger for digitale helsetjenester der det er mulig. Kommuner har utfordringer knyttet til finansiering, ressurser til anskaffelser og kompetanse og verktøy hos ansatte. For pasienter er lang reisevei en utfordring, og det er viktig med tiltak som bidrar til mestring og selvstendigjøring. Må jobbe videre med det mulighetsrommet for digitale helsetjenester og holdningsendring som åpnet seg med pandemien</p>	<p>Tilbud om digitale helsetjenester som sikrer god samhandling og riktig ressursbruk.</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler Prosjekt spredning av digital hjemmeoppfølging, nettverk for digital sårbehandling, digitale samkonsultasjoner, utvikling av triageringsløsninger og digitale behandlings- egenbehandlingsplaner.</p>

Tema: Utvikling av pasientforløp

Utfordring	Aktuelle tiltak Pågående arbeid/gode eksempler
<p>Manglende tverrfaglighet innen utredning og behandling av sammensatte tilstander Manglende tverrfaglighet innen utredning og behandling av smerte, utmattelse og andre diffuse tilstander</p>	<p>Må gi fokus til viktigheten av koordinering av pasientforløpet, jmf behovet for koordinator som vi identifiserer i alle pakkeforløp/nasjonale pasientforløp som vi utarbeider</p>

Tema: Digitalisering

Utfordring	Aktuelle tiltak og Pågående arbeid/gode eksempler
<p>Manglende tilrettelegging for at pasient kan delta i behandlingsforløpet via en digital plattform</p> <p>Det er i begrenset grad tilrettelagt for at pasienten planmessig kan delta og spille inn informasjon i egen behandling og dermed være en aktiv deltaker i eget behandlingsforløp. I dag mangler helsepersonell verktøy til å samhandle godt om pasienter i et helhetlig behandlingsforløp. Med digital behandlings- og egenbehandlingsplan legges det til rette for at informasjon om pasienten kan deles digitalt, både mellom ulike behandlere i helse- og omsorgstjenesten og med pasienten selv.</p> <p>Pasienter har i varierende grad tilgang til skriftlig informasjon om planer for videre behandling.</p> <p>Helsepersonell med ansvar for å følge opp pasienter har begrenset tilgang til informasjon og muligheter for å kunne samhandle om pasientoppfølgingen på en effektiv og god måte. Det er krevende å få oversikt over igangsatt og planlagt behandling og utfordrende å innhente nødvendig informasjon.</p> <p>Manglende koordinering og tilgang til nødvendig pasientinformasjon fører til brudd i behandlingsforløpet ved overføring av pasienter mellom tjenestestedene. Dette gjelder spesielt pasienter med alvorlig sykdom, med store og sammensatte behov, ofte med flere diagnoser og der flere behandlere er involvert på tvers av tjenestested.</p>	<p><u>Digital behandlingsplan- og egenbehandlingsplan:</u></p> <p>Det er igangsatt et prosjekt med midler fra Medfinansieringsordningen i Digitaliseringsdirektoratet. Prosjektet er nå i en fase med detaljplanlegging av gjennomføringen av utprøvingen av digitale behandlingsplaner, der testing og verifisering av løsning vil gjøres i tett samarbeid med pasienter og representanter for sektoren. Det er innledet et samarbeid med Helse Nord RHF og 4 kommuner i Nord- Norge for planleggingen av utprøving fra september 2022 til juni 2023. Aktørene i prosjektet i Nord- Norge vil være en viktig ressurs for å innhente tilbakemeldinger om løsningen fra pasienter og helsepersonell som tar løsningen i bruk. Det er også etablert samarbeid med Direktoratet for e-helse, Norsk helsenett, Prosjekt Digital hjemmeoppfølging og KS (gode pasientforløp).</p> <p>Prosjektet er en et delprosjekt under Velferdsteknologiprogrammet.</p>

<p>Informasjonen som fastlegen mottar før e-konsultasjon ikke godt nok tilrettelagt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Innbyggerne kan i dag fritt velge om konsultasjonen skal gjennomføres fysisk eller som e-konsultasjon (telefon, tekst eller video). Informasjonen som fastlegen mottar før konsultasjon er tilfeldig og bidrar i begrenset grad til å effektivisere fastlegens arbeidsoperasjoner. Videre ser en at særlig muligheten til å sende tekstmeldinger til fastlegene medfører at det sendes en del unødvendige meldinger, som gir en unødvendig merarbeid for fastlegene. Det er behov for å sortere og prioritere de digitale henvendelsen til fastlegene. - Det er behov for å sortere og prioritere de digitale henvendelsene til fastlegene. - Ved økt digitalisering av tjenestene vil det være et problem at fastlegens portvaktfunksjon svekkes ved at innbyggerne kan bestille og igangsette konsultasjoner uten innripen med fastlegen eller fastlegens administrasjon. - Ved innføring av e-konsultasjon (tekst, bilde og video) blir det viktig at tjenestene innen e-konsultasjon kombineres med funksjonalitet for triage for å sikre at innbyggerne tilbys helsetjenester på riktig nivå. 	<p><u>Etablering av triageringsløsning for fastlegene på Helsenorge</u></p> <p>Det er igangsatt et prosjekt med midler fra Medfinansieringsordningen i Digitaliseringsdirektoratet. Prosjektet omhandler utvikling av triageringsløsning på Helsenorge, basert på erfaringene fra Piloten triageringsløsning for fastlegene (2021-2022).</p> <p>Gjennom nettportalen på helsenorge.no svarer innbyggerne på enkle spørsmål om sin helse og hvorfor en ønsker legekonsultasjon. Triageringsverktøyet viser innbyggeren til hvilken konsultasjonstype som er å anbefale (fysisk, tekst, telefon, video) og sender informasjonen som innbyggerne har skrevet inn til fastlegen. Informasjonen som triageringsverktøyet videregirer til fastlegen sendes strukturert og legges inn i fastlegens EPJ. Verktøyet i full skala vil kunne være ferdig utviklet i løpet av 2024, mens for alle e-konsultasjoner kan verktøyet være ferdig medio 2023.</p>
<p>Lav digitale ferdigheter hos enkelte brukergrupper</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lave digitale ferdigheter og lav utbredelse av eID på sikkerhetsnivå høyt blant enkelte brukergrupper som eldre, hjelpetrengende og ikke-digitale brukere, kan lede til at disse ikke får tilgang til digitale helsetjenester, også på tvers av tjenestenivåer som f. eks. digital hjemmeoppfølging - Manglende digital opplæring av relevante brukergrupper med lave digitale ferdigheter i kommunene. Lav utbredelse av eID på sikkerhetsnivå høyt blant enkelte brukergrupper. 	<p>Utvikling av brukervennlige digitale løsninger i tråd med krav til universell utforming for brukere med lave digitale ferdigheter, samt IKT-opplæring for å gjøre brukerne bedre i stand til å motta digitale helsetjenester, og bedre helsekompetansen, og redusere det digitale utenforskapet. Samordning av kommunale og frivillighetens digitale opplæringstilbud</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>Helsedirektoratet har ansvar for Nasjonalt program for velferdsteknologi (2022-2024), og tilskuddsordning (6 mill. kr) for IKT-opplæring for eldre med mål om bl.a. å gjøre eldre bedre i stand til å motta digitale helsetjenester. Med utgangspunkt i tilskuddsordningen vil Helsedirektoratet utrede varige strukturer i kommunene, hvor kommunene i samarbeid med frivillige organisasjoner, jobber aktivt for å rekruttere og tilby eldre IKT-opplæring. Viser til KDD sitt arbeid med ny strategi for eID i offentlig sektor som vil adressere svakheter ved eID-løsningene som vil avgjørende for å nå ut til alle relevante brukergrupper. Opplæringstilbud for bruk av eID vil bli utviklet for å legge til rette for en eID for alle relevante brukergrupper.</p>

<p>Følgende innspill hører hjemme under temaet digitalisering, men innebærer nye og mer tilgjengelige digitale tjenester som har særlig relevans for temaene Rehabilitering og mestring, Svangerskaps-, føde- og barsestilbud og Psykisk helse og rus.</p> <p>Tjenestetilbudet for innbyggere med behov for forebygging, rehabilitering, mestring av sykdom og lidelser er varierende og dels preget av kapasitetsutfordringer og lange ventetider. En del steder er lang reisevei en terskel som også bidrar til at færre benytter seg av tildelte tilbud. Innenfor psykisk helsevern er det en selvstendig utfordring at en del grupper ikke selv oppsøker eller møter til oppsatt behandling.</p>	<p>Digitale selvhjelpsverktøy/apper har potensial til å gjøre mange bedre rustet til å forebygge og mestre ulike plager og utfordringer, og langt på vei avlaste helsepersonell. Fordelen med apper er at de er tilgjengelige når som helst og hvor som helst. Apper kan være gode pedagogiske verktøy, og anerkjente og dokumenterte prinsipper kan presenteres i en mer engasjerende innpakning. Hvis flere kan lære, trene og øve sånn at de mestrer plager, sykdom og livshendelser så kan det trolig forebygge at plager blir noe mer alvorlig. Apper eller digital støtte har relevans før, under og etter sykdom. Det er ofte de samme teknikkene/innholdet som har forebyggende, sekundærforebyggende og rehabiliterende effekt. Digitale verktøy kan sikre at tilbud og tjenester som i dag har begrenset tilgjengelighet er tilgjengelig når som helst helse døgnet. Digitalt vil det også være enkelt og kostnadseffektivt å tilby tjenester som i liten grad tilbys i dag – som for eksempel psykososial mestring etter somatisk sykdom.</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siden høsten 2021 har Helsedirektoratet tilbudt kvalitetssikrede og sikkerhetsvurderte apper som lar brukerne lære om psykiske helse og prøve øvelser som forebygger og demper angst, uro, nedstemthet og søvnplager. Foreløpige resultater bekrefter at dette er egnede og trygge verktøy som gir betydelig redusert symptomtrykk og bedre selvrapportert livskvalitet og helse. Den foreløpige erfaringen med disse verktøyene er at de dekker et stort behov, og innbyggerne tar dem mer enn gjerne i bruk. Denne høsten publiseres også appen Mamma mia som øker tryggheten i svangerskapet og reduserer fødselsdepresjoner. - Helsedirektoratet kjenner til private initiativ innenfor psykisk helse, vektkontroll, søvn, aktivitet, diabetes, kols og smertemestring. Det pågår også initiativ hvor ambisjonen er å tilby støtte/veiledning i pasientforløp. - Flere helseforetak og forskningsmiljø utvikler gode digitale verktøy basert på solid forskning og teknisk kvalitet. Det pågår også et stort antall initiativ i regi av grundere og næringsliv. Det som mangler er en mekanisme for å finansiere innkjøp/abonnement på slike løsninger og ta tjenester i bruk.
<p>Det er dårlig mulighet for utveksling av informasjon/samhandling mellom NAV og helsetjenesten</p>	<p>Forenkle informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger/helsetjenestene</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>Dette er en del av Helsedirektoratets digitaliseringsstrategi. https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/leger-og-andre-behandlere/nyheter/rapport-om-informasjonsutveksling-mellom-nav-og-fastleger</p>

<p>Mangler data for ernæringsoppfølging i spesialisthelsetjensten slik at det kan måles enhetlig på tvers av tjenestenivåene, dette gjelder særlig for skrøpelige eldre</p>	<p>Tilgjengeliggjøre data for ernæringsoppfølging og utvikle og etablere kvalitetsindikatorer i ernæring i spesialisthelsetjensten slik at det kan måles enhetlig på tvers av tjenestenivåene. Det er allerede etablert nasjonale kvalitetsindikatorer i primærhelsetjensten (se også under Samhhandling)</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>Helseregisterstrategien: Strategi for Helsedirektoratets sentrale helseregistre - Helsedirektoratet</p>
--	---

Tema: Personell og kompetanse

Utfordring	Aktuelle tiltak Pågående arbeid/gode eksempler
<p>-personell- og kompetansesituasjonen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene fortsatt er utfordrende over hele landet.</p> <p>-helse- og omsorgspersonell er et knapphetsgode i både små og store kommuner, uavhengig av sentralitet.</p> <p>det er utfordrende å rekruttere, beholde og utvikle personell og fagkompetanse; spesielt -helsefagarbeidere, sykepleiere inkludert spesialsykepleiere som helsesykepleiere og jordmødre, vernepleiere og fastleger. 175 000 pasienter mangler fastlege, en dårlig fungerende fastlegeordning vil gi en betydelig økt belastning på spesialisthelsetjenesten. Det har vært en betydelig vekst i legestillinger siden 2013, men veksten har vært klart størst i spesialisthelsetjenesten.</p> <p>-det fortsatt er en høy andel ansatte i deltidsstillinger, høy andel personell uten helse- og sosialfaglig utdanning, høyt sykefravær og høy turnover. Turnover er særlig høy for ansatte under 30 år og blant personell i aldersgruppen 60 år og eldre</p>	

<p>Tilgang på rett kompetanse og kompetanseutvikling til å møte endringsbehovet i tjenestene er en sentral utfordring.</p> <p>Gode pasientforløp er avhengig av blant annet at rett kompetanse er til stede i leddene hvor pasienten følges opp, dette inkluderer både teknologisk, samhandlings- og fagkompetanse. Gitt at vi i fremtiden må forvente færre helsepersonell per pasient, er sammensetningen av kompetanse i tjenestene en sentral faktor. Teambaserte tjenester kan være en nøkkel til bedre utnyttelse av personellressursene. Tverrfaglig sammensatte team vil kunne gi tjenestetilbud tilpasset den enkelte pasient/bruker sitt behov for helse- og omsorgstjenester fra et helhetlig perspektiv. Kompetansesammensetningen må da speile bredden i pasienten og pårørendes behov (inkludere flere personellgrupper). Teambaserte tjenester kan bidra til økt bruk av systematisk planlegging for mer effektiv og nye måter for oppgavedeling og økt samhandling. Dette kan gi bedre utnyttelse av kompetanse generelt og redusere behovet for personell som det i dag er stor mangel på (eksempelvis sykepleiere og fastleger), slik at denne kompetansen anvendes der det er mest behov for den.</p> <p>Utdanningskapasitet og relevans i utdanningene må løftes som et tema for samarbeid/ samhandling på tvers av sykehus og kommuner som ledd i å identifisere og utvikle kompetansen som behøves i tjenestene.</p> <p>Tiltak for å rekruttere og beholde kompetent personell må ses på som en delt utfordring for sykehus og kommuner.</p> <p>Utvikle bedre samarbeid om hvordan tjenestene organiserer sin utdanningsvirksomhet, innholdet i spesialistutdanning for legene, samt om rammene for og/eller organisering av spesialistutdanning skaper barrierer for samhandling og effektiv utnyttelse av ressurser på tvers.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Videreføre helsefelleskapene og tydeliggjøre denne problemstillingen som en viktig del av mandatet, samt peke på behovet for at samarbeid med utdanningssektoren og næringsliv for å påvirke innholdet i grunnutdanning og videreutdanningstilbud. Dette inkluderer også tjenestenes bidrag inn i utdanningene. - Fortsette satsning på å bygge opp veilederkompetanse i tjenestene til å følge opp studenter/kandidater og utvikle nye måter å følge opp studenter i praksis. - Styrke utdanningsvirksomhet i tjenestene som en karrierevei for helsepersonell med nærhet til klinikken. - Bruke kompetanseutvikling og arbeidet med kompetanseplanlegging som et utgangspunkt for samhandling mellom sektorer og tjenester. - Utvikle felles kompetansebehovsanalyser slik at sektorovergripende kompetansebehov kan adresseres i fellesskap der dette er hensiktsmessig, eksempelvis felles utvikling av program for onboarding, delte ressurser / samlæring ved internopplæring knyttet til felles teknologiske løsninger, samlæring for å bedre pasientforløp hvor det fordrer tversektorielt samarbeid, m.m. - Det bør satses på å gjøre kommunene i stand til å etablere tverrfaglige team. Her kan samhandling med spesialisthelsetjenesten være viktig. - Tiltak rettet mot å utvikle teambaserte tjenester bør satses mer på, sammen med følgeforskning og evaluering av nye måter å løse tjenestetilbud på, slik at vi får et økt kunnskapsgrunnlag på dette området.
<p>Oppdraget om å monitorere tilgang til og behov for sykepleiere er viktig og bør fortsette inn i neste planperiode.</p> <p>De utgjør den største gruppa arbeidstakere i helsesektoren, med over 96 000 sysselsatte personer i 2021. Vi må fortsatt å jobbe for å få bedre oversikt på området, inkl hvem som har ulike videreutdanninger (som er registrert på ulike måter og vanskelig å få full klarhet i). Riksrevisjonen har også tatt dette opp i en tidligere rapport.</p>	

<p>Å se på utviklingen i ulike personellressurser tilsatt på begge nivå, og diskutere om det er en hensiktsmessig utvikling slik det er nå.</p> <p>Det er mye fokus på behovet for å planlegge med en realistisk og bærekraftig personellvekst framover, dette er eksplisitt nevnt i NHSP-planen som foreligger. I den siste perspektivmeldingene har en fortsatt økt kostnadsvekst i helsesektoren (der personell utgjør den største innsatsen) blitt trukket fram som lite bærekraftig. Helsedirektoratet får innspill fra eks. Helse Nord om at de ikke kan fortsette med å bemanne opp i den takten de gjør nå, samtidig som flere kommuner sliter med å få tak i personell til utlyste stillinger. Burde neste plan si noe om ønsket utvikling i det ene versus det andre nivået?</p>	<p>Helsepersonellkomisjonen skal se på personell og behov men det står ikke eksplisitt at de skal sammenligne de to nivåene, så vi er usikre på om de kommer til å gjøre det.</p>
<p>Sosioøkonomisk ulikhet i bruk av og tilgang til helsetjenester</p> <p>Tilgang til helse- og omsorgstjenester er et viktig velferdsgode for alle. Det er imidlertid en sosial gradient i helsetilstand og bruk av enkelte helsetjenester. På oppdrag fra Helsedirektoratet har SSB sett på sosial ulikhet i bruk av helsetjenester (SSB rapport). De finner at de aller fleste får den helsehjelpen de trenger, men at det til dels er store forskjeller mellom ulike sosiale grupper. Det er flere yngre enn eldre som oppgir et udekket behov for helsehjelp. Behovet er størst i sårbare grupper, som hos personer med lav inntekt, svekket helse, psykiske plager, uføre og arbeidsledige.</p>	<p>Det er behov for mer kunnskap om hvilke mekanismer i tjenestene som medfører de sosioøkonomiske ulikhetene i bruk av og tilgang til helsetjenester. Fagrådet for sosial ulikhet i helse har tidligere foreslått tiltak for utforming av helsetjenester som reduserer sosial ulikhet i helse (jf. "Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse").</p>
<p>Behov for økt innsats for god helse i innvandrerbefolkningen og likeverdige helse- og omsorgstjenester</p> <p>Pandemien har vist at deler av innvandrerbefolkningen er særlig sårbare for sykdom og levekårsforskjeller og at myndighetene trenger mer kunnskap om og dialog med en mangfoldig befolkning (se for eks. Rapporter fra IMDi sine ekspertutvalg om korona i innvandrerbefolkningen). Mangelfull tilrettelegging av kommunikasjon og informasjon i helsetjenestene for innvandrere med begrensede norskkunnskaper kan ha alvorlige konsekvenser. Vi vet at det finnes barrierer for likeverdig tilgang til og bruk av helse- og omsorgstjenester. Selv om mange innvandrere har like rettigheter til helsehjelp og helsetjenester er det ikke alle som kan nyttiggjøre seg dette eller som får reell tilgang til de ulike tjenestene. Kvaliteten på tjenesten kan bli mindre god når det ikke er systematisk tilrettelagt for kommunikasjon via tolk. Vi</p>	<p>Strategi/handlingsplan for innvandreres helse og likeverdige helse- og omsorgstjenester som bl.a. omfatter tiltak for systematisk tolkebruk i helsetjenestene.</p> <p>Det bør være et system som fanger opp, gjenkjenner, registrerer og følger opp pasientens språklige utfordringer mellom ulike og på tvers av tjenestenivåer. Dvs. at pasientens behov er tilgjengelig, gjøres tilgjengelig eller formidles mellom ulike tjenestenivåer f.eks. gjennom henvisning/kommunikasjon mellom fastlegen og sykehus.</p> <p>Kartlegging av bruk og erfaringer med helsetjenester (inkl. rehabilitering og psykisk helse) i ulike innvandrergrupper.</p>

<p>har begrenset kunnskap om barrierene og om det er uønsket variasjon i kvalitet og utfall av behandling da etnisitet eller landbakgrunn ikke registreres systematisk i de ulike helseregistrene i Norge. Det er tidligere dokumentert et underbruk av tolk i deler av helsetjenestene (NOU Tolking i offentlig sektor, 2013, og Kartlegging av tolkebruk i helse- og omsorgstjenestene, 2013). Dette kan svekke både pasientsikkerheten og pasientenes brukermedvirkning.</p>	<p>Systematisk tilrettelegging av helseinformasjon og tilgjengeliggjøring av helseinformasjon på relevante språk på helsenorge.no</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler Helsedirektoratet anskaffer kartlegging av tolkebruk i helsetjenestene, rapport publiseres vinter 2022/2023. Oppdatering og digitalisering av veileder om bruk av tolk i helsetjenestene. Implementering av tolkeveilederen, 2023. Godt eksempel fra England: NHS Race and Health Observatory, inkl. Kartleggig av kunnskapsgrunnlag om etnisk ulikhet i helsetjenestene. Vi har ikke grunn til å anta at Norge er i en særstilling der sammenhengene dokumentert i andre land ikke gjelder. I spesialisthelsetjeneste i Norge kjenner vi til arbeid med likeverdige tjenester hos for eksempel Oslo Universitetssykehus og Akershus Universitetssykehus.</p>
<p>Manglende ernæringskompetanse i helse og omsorgstjenesten, særlig i kommunen og mangelfull tilgang på klinisk ernæringsfysiolog Helsepersonell har mangelfull kompetanse for arbeid med levevaner, pasient- og pårørendeopplæring og mestring. Viktig for å nå mål om økt helsekompetanse i befolkningen. Viktig ifht forebygging og behandling av NCD, overvekt mv</p>	<p>Utdanningskapasitet Rekruttering Kompetansehevende tiltak Økonomiske, pedagogiske, juridiske virkemidler</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler Modellutvikling klinisk ernæringsfysiolog som ressursfor omsorgstjenesten - Helsedirektoratet Utredninger og rapporter om ernæringskompetanse i helsetjenesten Rapportmal (helsedirektoratet.no) Midtveisevalueringen av handlingsplan kosthold – styrke kompetanse i kommunene som et viktig oppfølgingspunkt (2021-2013). Se også listen under Kvalitet og pasientsikkerhet</p>

Økt innflytelse over eget helsetilbud stiller større krav til den enkelte pasient og borger, og gode pasientforløp innebærer større grad av aktiv deltakelse i egen helse og behandling hos den enkelte. Ifølge Norges første kartlegging av befolkningens helsekompetanse, HLS19, har en betydelig andel i befolkningen (opp mot 80 prosent) ulike utfordringer med å finne, forstå, vurdere og bruke helseinformasjon og navigere i helsetjenestene. Digitalt utenforskap er en økende bekymring med økt digitalisering. Per 2020 er 1 av 3 på eller under laveste nivå for generell helsekompetanse i Norge. Fokus på helsekompetanse og digitalkompetanse er essensielt for å lykkes med god samhandling og gode pasientforløp. ([HLS19 tema/helsekompetanse](#))

Aktuelle tiltak og pågående arbeid:

[Strategi helsekompetansen](#), har som hovedmål at helsekompetanse er et inkorporert aspekt og tenkning i planlegging, utvikling, implementering og evaluering av helse- og omsorgstjenestene, samt folkehelsearbeidet, på alle tjeneste- og forvaltningsnivå. Tiltak i NHSP må ses i sammenheng med/ understøttes av helsekompetansestrategiens definerte mål og tiltak. Strategiens målområder og delmål har en rekke underliggende aktiviteter:

- **Målområde 1:** Helsekompetanse i alt vi gjør
 - **Målområde 2:** Kunnskapsbasert utvikling
 - Myndighetene skal ha tilstrekkelig kunnskap om og innsikt i befolkningens helsekompetanse, og om helsekompetansevennlige organisasjoner.
 - Brukeren først. Forvaltningen og tjenestene samarbeidet med pasient- og brukerorganisasjoner for å øke helsekompetansen i befolkningen.
 - Helsekompetanse skal inkluderes i helse- og sosialfaglige og andre relevante utdanningsløp.
 - **Målområde 3:** Likeverdige tjenester
- Helse- og omsorgstjenester tar høyde for ulik grad av helsekompetanse i befolkningen, inkludert digitalkompetanse. Det foreligger en oversikt over pågående aktiviteter for å øke helsekompetansen i befolkningen.

Tema: Rehabilitering og mestring

Utfordring	Aktuelle tiltak Pågående arbeid/gode eksempler
<p>Manglende styringsdata og øvrige tiltak innen rehabilitering</p> <p>Helsetjenestene og forvaltningen mangler styringsdata som monitorer om samhandling finner sted/ikke finner sted, og på kvaliteten på pasientforløp <u>Strategi for Helsedirektoratets sentrale helseregistre - Helsedirektoratet</u></p> <p>Det er en anerkjent utfordring at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten anvender ulik terminologi, klassifikasjon og logikk når de definerer brukernes problemer. Spesialisthelsetjenesten anvender klassiske diagnosekodeverk (ICD10) som baserer seg på biomedisinske og diagnostiske termer, mens primærhelsetjenesten i større grad retter tiltak mot brukeres funksjonsnivå, evne til egenomsorg og hjelpebehov, uavhengig av diagnose. For kommunene er det i dag bare to kvalitetsindikatorer (NKI) som genererer data om rehabilitering til KPR (<u>Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) – Helsedirektoratet</u>). Manglende styringsdata har konsekvenser for å kunne planlegge og utvikling av tjenestene slik at de treffer behovene.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Å realisere potensielle nye NKI'er som for eksempel antall behandlingmottakere med rehabiliteringsplan, og systematisk vurdering av funksjonsnivå blant brukerne.- Å implementere innhenting av pasientrapporterte data som inkluderer tjenester mottatt både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, og å realisere NKI om disse.- Å etablere system for hyppigere innhenting av data fra rehabiliteringstjenestene, og å understøtte kommunene i å benytte disse dataene til å justere omfang og innhold i tjenestene tilsvarende.- Etableringen av helsefellesskapene, herunder utvikle struktur for samhandling og helhetlige forløp i for pasienter i rehabiliteringsforløp, praksis for registrering av tjenestene slik nevnt over, og strategier for kompetanseløft for rehabiliteringsmiljøene- Samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner, bør inkludere plan for samhandling om tjenestetilbud til mennesker med funksjonsnedsettelse og komplekse, sammensatte behov. Helsefellesskapene må ha et større fokus på rehabilitering, tilbud innen friskliv, læring og mestring, og tiltak rettet mot å tilby tjenester der pasienten bor- Strategisk kompetansebygging på begge nivå i tjenestene. Det er anbefalt en tydeliggjøring av forventninger om komplementære og sterke fagmiljø både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene- Kommunene er anbefalt å organisere et faglig tyngdepunkt innen rehabiliteringsområdet for å sikre, samt interkommunale samarbeid om rehabiliteringstjenestene
<p>Det er store forskjeller og utilstrekkelig kapasitet i helseforetakenes habiliteringstilbud til barn.</p> <p>Behovet for kompetanse og ressurser i habiliteringstjenestene har økt, blant annet som følge av nye metoder, muligheter og krav innenfor diagnostikk og behandling.</p> <p>Økningen i antall barn med minoritetsspråklig bakgrunn er en annen årsak til at behovet for kompetanse og ressurser har økt.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Det er nødvendig med tiltak som bidrar til bedre kapasitet og mer likeverdige tjenester.- Styrket innsats er viktig både for å forbedre tilbudet i spesialisthelsetjenesten, og fordi omfanget av habiliteringstjenestene påvirker tilbudet i kommunene viser Riksrevisjonsrapport om Undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse.- Finansiering som understøtter veiledning og ambulant virksomhet fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Særlig fra habiliteringstjenestene

<p>Undersøkelsen av Riksrevisjon viser at det å få habiliteringstjenester eller ikke fra spesialisthelsetjenesten, kan ha konsekvenser for tjenestene fra kommunen.</p> <p>Analysene av data fra KPR og NPR viser at brukere får tildelt avlastning og omsorgstønad tidligere dersom de også mottar habilitering fra spesialisthelsetjenesten.</p> <p>-Kapasiteten innenfor intensiv trening ikke er tilstrekkelig og må suppleres med behandlingstilbud i utlandet.</p> <p>-Barn som både har utviklingshemning og psykiske lidelser, er en gruppe som ikke får den hjelpen de trenger, på grunn av uklar ansvarsfordeling og mangel på kompetanse og ressurser i helsetjenestene. det er en relativt liten andel av konsultasjonene innen barnehabilitering som gis ambulant.</p>	<p>etterlyses det at slik utadrettet virksomhet i større grad sidestilles med klinisk pasientbehandling når det gjelder finansiering.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det utredes og avklares behov for nasjonale faglige retningslinjer for habiliteringsfeltet - Utrede ansvarsavklaring og kompetansebehov ved psykiske tilleggslidelser til barn, unge og voksne med habiliteringsbehov. - Den medisinskfaglige og tverrfaglige kompetansen i habiliteringstjenesten for barn, unge og voksne i spesialisthelsetjenesten styrkes - Styrke intensiv habiliteringstilbud til barn og unge i alle helseregioner <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>Noen av ovennevnte forslagene er også foreslått i «Forslag til tiltak ligger også i svar på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet 2020 om evaluering av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017 - 2019 - Forslag til videre styrking av habilitering og rehabilitering i tråd med målene i opptrappingsplanen»</p>
<p>Røyking er en den viktigste enkeltårsaken til sykdom og for tidlig død i Norge og en av hovedårsakene til sosial ulikhet i helse.</p> <p>Nasjonal utbredelse av ordningen med offentlig finansiering av legemidler til røykeslutt, som nå pågår som et pilotprosjekt i kommuner tilhørende Vestre Viken helseforetak (2020-23)</p>	<p>Gratis hjelp til røykeslutt – pilotprosjekt Vestre Viken HF - Helsedirektoratet</p>

Tema: Svangerskaps-, føde- og barselstilbud

Utfordring	Aktuelle tiltak Pågående arbeid/gode eksempler
<p>Mangel på jordmødre og gynekologer</p> <p>Mangel på fagpersonell som gir risiko for svikt i alle ledd og – truer kvaliteten i tjenesten og opprettholdelse av tilbudene.</p>	<p>Nasjonal satsning på utdanning av flere gynekologer og jordmødre ved å gjøre utdanningene mer attraktive samt å legge bedre til rette for attraktive arbeidsplasser.</p> <p>Tiltak for ansatte for å opprettholde kompetansen og kompetanseheving</p>
<p>Brukeren opplever tjenesten som fragmentert</p> <p>Bedre samhandling mellom tjenestenivåene nivåene</p>	<p>- Bedre samhandling mellom kommunalt ansatte og foretaksansatte – teste ut nye modeller for samhandling for jordmortjenesten.</p> <p>- God, kompetent følgetjeneste/vaktberedskap og forutsigbare tjenester i alle distrikter</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>I Danmark og Sverige:</p> <p>- Hjemmefødsel i offentlig regi – tilbud gis av jordmødre som er ansatt ved fødeinstitusjoner: (https://www.regionstockholm.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2019/190514/4-offentligt-finansierade-hemforlossningar.pdf)</p> <p>https://jordemoderforeningen.dk/nyhed/artikel/ny-hjemmefodfelsordning-nu-med-privat-jordemodertaske/)</p> <p>- Case load midwifery: En modell utviklet på 90 tallet og er "a model of care when all antenatal, intrapartum and postpartum care is provided by one midwife who work in partnership with a co-midwife"</p> <p>Modellen gir kontinuitet i tjenesten og studier har vist flere positive effekter: (https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0798-y)</p>
<p>Fortsatt behov for styrking av jordmortilbudet i kommunene</p> <p>Det har vært en vekst i andel kommuner som selv ansetter jordmor eller har avtale med HF om kjøp av jordmortjenester til sin føde- og barselpopulasjon. Samtidig er det fortsatt behov for en styrking av jordmortilbudet i kommunene både knyttet til svangerskapsomsorg og helsestasjoner (barsel). Store avstander til sykehus og tidlig hjemreise øker behovet for oppfølging etter fødsel og kvalifisert ammeveiledning i kommunene, og jordmødre på helsestasjonen er sentrale i denne oppfølgingen. NAV estimerer en reell mangel på jordmødre på 134 på landsbasis (intervall 43-212). Nær én av tre jordmødre er 55 år eller eldre, og tilgangen til fagpersoner fremover er derfor usikker. Kommunene rapporterer om vansker med å rekruttere jordmødre til sine stillinger, det samme sier HF'ene.</p>	<p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>Flere kommuner går sammen i interkommunale samarbeid, både for å samarbeide om vaktberedskap og tilby større stillingsandeler og mindre vaktbelastning per ansatt. Mange steder etableres også gode samarbeid med HF om kjøp av tjenester og samarbeid om fagutvikling som gir mulighet for bærekraftige tjenester også i kommuner med lave fødselstall.</p>

Tema: Psykisk helse og rus

(Helsedirektoratet oversendte 1. april 2022 en vurdering av utfordringsbildet for psykisk helse- og rusfeltet til HOD. Rapporten skal ligge til grunn for det videre arbeidet med Opptrappingsplan for psykisk helse og Rusreformen. I rapporten er flere aktuelle utfordringer adressert og kan sees til i arbeidet med ny Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Avdeling KFSH har valgt å løfte frem tre utfordringer som omhandler pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelse)

Utfordring	Aktuelle tiltak Pågående arbeid/gode eksempler
<p>Mangelfull behandling og oppfølging av pasienter med ROP-lidelser og deres somatiske helseutfordringer</p> <p>Pasienter med ROP-lidelser har på grunn av sin tilstand behov for oppsøkende og tilrettelagte helsetilbud. På grunn av sin tilstand vil de ha vansker med å følge opp ordinære avtaler hos bl.a. fastlege, men også nødvendig sykehusbehandling. Forskning viser at de på gruppenivå har betydelig lavere levealder enn den øvrige befolkning og at årsaken i stor grad skyldes ordinære somatiske helseutfordringer.</p>	<p>Tilrettelegging av nødvendig somatisk helsehjelp ved å vurdere å opprette faste årskontroller hos fastlege; samt tilpasset og tilrettelagt behandling og oppfølging av somatiske helseutfordringer</p>
<p>Behandlingstilbud til barn og unge med alvorlige spiseforstyrrelser er per i dag underdimensjonert i forhold til forekomst og behov</p> <p>Vurdere behandlingsskapiteten, både ved antall behandlingss plasser, men også vurdere hensiktsmessig organisering av behandlingstilbudet.</p>	<p>Behandling av barn og unge med alvorlig spiseforstyrrelse krever et høyspesialisert og tverrfaglig behandlingstilbud. Ofte er hele familien i behandling. Aktuelle tiltak kan omhandle styrking av behandlingstilbudet gjennom bedre organisering av helsehjelpen, ved å se på behovet for døgnplasser/poliklinikk, desentraliserte eller regionale enheter, eventuelt nasjonale spesialiserte tilbud. Dette må vurderes i tett samarbeid med aktuelle fagmiljøer og tjenestene.</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>Innen psykisk helsevern for voksne er det etablert både nasjonale og regionale kompetansesentre og kompetansenettverk som bidra til kompetanseheving og opplæring. Det er også utbygd egnede behandlingstilbud til målgruppen.</p>
<p>Mangler i utrednings- og behandlingstilbudet til barn og unge med alvorlig psykisk lidelse som er i stor fare for seg selv og andre</p> <p>Det er behov for å bedre utrednings- og behandlingstilbud i PHBU for barn og ungdom med alvorlig psykisk lidelse og som er i stor fare for seg selv eller andre. Det mangler et tilpasset behandlingstilbud innen psykisk helsevern som er spesielt rettet mot barn og unge med behov for et høyt sikkerhetsnivå.</p>	<p>Innen psykisk helsevern for voksne er det etablert egne kompetansesentre og kompetansenettverk som bidra til kompetanseheving og opplæring. Tilsvarende finnes ikke innen psykisk helsevern for barn og unge.</p> <p>Det er derfor behov for å vurdere regionale, flerregionale og / eller nasjonale behandlingstilbud som omfatter både utredning og behandling til barn og ungdom med alvorlig psykisk lidelse som er i stor fare for seg selv eller andre, samt etablere kompetansesentra / kompetansenettverk som kan bidra til kompetanseheving og som kan støtte tjenestene.</p>

	<p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>Innen psykisk helsevern for voksne er det etablert både nasjonale og regionale kompetansesentre og kompetansenettverk som bidra til kompetanseheving og opplæring. Det er også utbygd egnede behandlingstilbud til målgruppen.</p>
<p>Tverrsektorielt psykisk helsearbeid barn og unge</p> <p>Innsikten viser at det mangler koordinering av tilbudet på tvers og et sammenhengende løp for barn og unge mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. I fravær av koordinering, må ungdom eller foreldre selv ta ansvar for å sikre helheten i tilbudet og overføre informasjon mellom tjenester. Det trengs en tydeliggjøring av hvem som har ansvar for å sikre helheten i tilbudet. For å sikre et helhetlig forløp, trengs også avklaring av de ulike tjenestenes ansvar og roller i forhold til de ulike tiltaksnivåene. Innsiktsarbeidet viser at det trengs ulike nivå av tiltak overfor barn og unge og at tilbudet på de ulike nivåene må sees i sammenheng og være del av en helhetlig tiltakskjede for barn og unges psykiske helse. En trappetrinnsmodell for tiltak forutsetter at det er tilstrekkelig kapasitet og kompetanse på alle tiltaksnivåer.</p>	<p>https://alvorligsyktbarn.no/hva-skjer-i-prosjektet/eksperimentrommet-som-metode</p>
<p>Psykisk helse, rus og somatisk helse må sees i sammenheng</p> <p>Helse- og omsorgstjenestenes utredning og behandling må være helhetlig innrettet mot somatiske, psykologiske og sosiale faktorer. God ressursutnyttelse, bedre behandlingsresultater for mange pasientgrupper i form av økt overlevelse, bedre helse og god livskvalitet krever at fysiske og psykiske aspekter ved helse og sykdom integreres bedre enn i dag. Skillet mellom fysisk og psykisk sykdom bygges ned når bio-psyko-sosiale perspektiver vurderes og tas inn i behandlingen av somatisk sykdom.</p>	<p>Faktorer som hemmer og fremmer samarbeid mellom somatikk, psykisk helse og rusbehandling bør kartlegges og foreligger helseforetakene med en forventning om tiltak. S</p> <p>Det bør utredes om alle helseinstitusjoner bør ha enheter/team med kompetanse i klinisk helsepsykologi.</p>
<p>Sikring av overganger mellom spesialisthelsetjeneste og kommune for å ivareta kravet psykososial oppfølging og om nødvendig helsehjelp</p> <p>Gode overganger fra spesialisthelsetjeneste til kommune kjennetegnes ved at både pasient og pårørende opplever en sammenhengende behandlingsskjede, hvor de får informasjon og har mulighet til å medvirke. Helsetjenesten bør arbeide systematisk for å forbedre informasjonsflyt, samhandling og opplæring av helsepersonell. Det bør sikres at ingen skrives ut fra et behandlingstilbud uten at behovet for videre oppfølging umiddelbart etter utskrivelse er ivaretatt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasienten bør gis informasjon om hvor og hvem han/hun kan henvende seg ved behov for øyeblikkelig hjelp. - Det bør etableres kontakt med pasientens fastlege eller annen ved kontaktperson ved utskrivning. Avtale om oppfølging gjøres. -Pasienter som har vært i alvorlig selvmordsrisiko før og under oppholdet bør følges opp senest 5 dager etter utskrivning, med på forhånd avtalt instans. + -Personer som har vært utsatt for alvorlige traumer som ulykker, terror, vold og seksuelle overgrep har rett på proaktiv psykososial oppfølging fra kommunen dvs. at kommunen aktivt henvender seg direkte til den/de rammede og tilbyr støtte og bistand i en tidlig fase. +

	<p>-Det bør benyttes ambulante team + -Pasienter som skrives ut fra behandling/opphold i TSB har økt overdosefare. Det bør sikres rask vei tilbake til institusjonen ved tilbakefall.+ -Det er sentralt at alle kjenner til forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. +</p>
<p>Hensiktsmessig og forsvarlig oppfølging av personer med alvorlige og langvarige psykiske helse- og/eller ruslidelser Endringer i spesialisthelsetjenesten i form av redusert døgnkapasitet samt ambisjoner om likeverdig tilbud og helhetlig helsetilbud til pasientgruppen, har gitt økt behov for godt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre. Kommuner og politi melder om en arbeidsdag preget av utfordringer knyttet til pasienter i gruppen, særlig knyttet til pasienter som opptre truende eller utøver vold. Det er en tendens til at større kapasitet på legevakt og i akutttilbudet nyttes til pasientgruppen. Antall tvangsvedtak synes ikke å gå ned. I økende grad får kommunale tjenester ansvaret for kontinuiteten i tilbudet for pasientgruppen, mens spesialisthelsetjenesten har ansvaret for avgrensede og noen ganger avbrutte forløp. Problemstillingen er identifisert gjennom innsiktsarbeidet som er gjort i tilknytning til "Sammen om mestring"</p>	<p>Faglige råd om samarbeid og arbeidsfordeling. Tydeliggjorte forventninger (krav/mandat) til bidrag fra pasient, kommune og spesialist. Bruk av Individuell plan og koordinator for alle i pasientgruppen. + Ivaretagelse av pårørende og deres mulighet til å bidra som en ressurs for pasienten. Vektlegging av tverrsektorielt arbeid og tiltak knyttet til bolig, økonomi, familie, nettverk, arbeid og meningsfull aktivitet. Tiltak som forebygger kriser og behov for tvang ved å etablere alternativer til legevakt, akuttavdeling og ØHJ, slik som ambulante tjenester, hjelpetelefon og brukerstyrte plasser i DPS</p>

Tema: Akutt-tjenester

Utfordring	Aktuelle tiltak Pågående arbeid/gode eksempler
<p>Manglende kapasitet til å håndtere stor pasienttilstrømning</p> <p>Den akuttmedisinske kjede er det varierende tilstrømning av pasienter, dette medfører utfordringer knyttet til at om det er samsvar mellom arbeidsoppgaver og bemanning. En viktig målsetning er å sikre at alle pasienter får nødvendig helsehjelp i tide.</p>	<p>Den akuttmedisinske kjede bør løpende følge med på aktivitet og drift og ha rutiner for å håndtere perioder med høy pasienttilstrømning. Oversikt over aktivitet og drift bør også brukes til fremtidig planlegging</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <ul style="list-style-type: none">- Oslo Universitetssykehus har utarbeidet interne rutiner for å håndtere perioder med kritisk overbelastning i akuttmottak: (Lenke)- St. Olavs Hospital har analysert bemanning og aktivitet i mottaksavdelingen og AMK til bruk for videre planlegging: Lenke- Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet har forslag til hvordan den samlede intensivkapasiteten kan utnyttes best mulig Lenke <p>Aktuell bakgrunnsinfo: Lenke har avdekket at pasienter som ankommer sykehusets akuttmottak kan risikere å måtte vente lenge før de blir vurdert av lege, og før de eventuelt blir overført til andre avdelinger i sykehuset.</p>
<p>Manglende skadedokumentasjon og sporsikring ved vold og seksuelle overgrep</p> <p>I den akuttmedisinske kjede blir arbeidet med skadedokumentasjon og sporsikring ved vold og seksuelle overgrep ofte ikke godt nok ivaretatt. Det kan mangle kompetanse, utstyr og rutiner for å håndtere slike situasjoner. Dette gjelder både for barn og voksne.</p>	<p>Aktuelle tiltak er at helsetjenesten arbeider systematisk med tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse, rutiner og utstyr for skadedokumentasjon og sporsikring av alle pasienter, både barn og voksne. Tjenesten bør være tilgjengelig 24/7. Et aktuelt tiltak for å sikre dette er å inngå samarbeidsavtaler mellom HF/RHF.</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>Kompetanse: Høgskulen på Vestlandet i Bergen ønsker å tilby sykepleiere en master i akutt rettsmedisin fra høsten 2023: Lenke.</p> <p>Rutiner og utstyr: Akuttmottaket ved Sørlandet sykehus Kristiansand har utviklet fagprosedyrer for sporsikring ved voldshendelser med rutiner for hvordan arbeidet gjennomføres og ferdige utstyrs pakker for sporsikring: Lenke.</p> <p>Organisering av tjenesten: Akershus universitetssykehus HF har inngått avtale med Oslo Universitetssykehus HF om tjenester til innbyggere som har vært utsatt for voldtekt, voldtektsforsøk eller andre seksuelle overgrep, for både barn, ungdom og voksne: Lenke.</p> <ul style="list-style-type: none">- For å sikre tilgjengelig kompetanse for overgrepsmottak av barn utsatt for seksuelle overgrep utenom ordinær arbeidstid mener sosialpediatrisk fagmiljø en sosialpediatrisk vaktordning fire steder i landet kunne være et viktig tiltak.- RHF har ansvar for overgrepsmottak for barn, som ikke må forveksles med Statens barnehus.

	<p>Aktuell bakgrunnsinformasjon</p> <p>Generelle anbefalinger for håndtering av seksuelle overgrep for voksne fremgår av Helsedirektoratets retningslinje for Lenke</p> <p>Generelle anbefalinger for håndtering av vold mot voksne og barn fremgår av Lenke, herunder Vold og overgrep mot voksne og eldre (nkvt.no) og Vold og overgrep mot barn (nkvt.no)</p> <p>Norsk gynekologisk forening har utgitt veilederen Lenke.</p> <p>Norsk barnelegeforening har utgitt Lenke</p> <p>Legevaktshåndboken har utgitt Lenke.</p>
<p>At kommuner og helseforetak ser den strukturelle utviklingen av den akuttmedisinske kjede (akuttmottak/legevakter/ambulansestasjoner/legevaktssentraler mm) i sammenheng og legger planer i fellesskap.</p> <p>- Oppnå at Helsefellesskapene og samarbeidsavtalene (særlig samarbeidsavtale 11) har reell innflytelse på utvikling av den akuttmedisinske kjeden.</p> <p>- Finne en riktig balanse mellom robuste enheter (legevakter/ambulansestasjoner) og tilgjengelighet i grisgrendte strøk</p> <p>- Utviklingene i helsefellesskapene og samarbeidsavtaler (særlig samarbeidsavtale 11) er i teorien gode arenaer og verktøy for å fremme samhandling. Det er imidlertid avgjørende at dette fylles med innhold og adresserer konkrete problemstillinger.</p>	<p>Pågående/gjennomførte tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ny veileder for samarbeidsavtaler. • Akuttkjeden Telemark • Rørosprosjektet <p>Aktuelle tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre at alle helsefellesskap har den akuttmedisinske kjede som eget faglig samarbeidsutvalg • Legge forpliktende oppgaver med økonomiske konsekvenser for både kommuner og helseforetak til helsefellesskapene
<p>Behov for bedre styringsinformasjon, for å få bedre oversikt over kvaliteten i tjenesten</p> <p>Det har over lang tid vært behov for og ønske om bedre styringsdata og mål på kvaliteten som leveres i den akuttmedisinske kjeden. Selv om det har vært en gradvis utvikling i riktig retning er styringsinformasjonen fortsatt for dårlig.</p>	<p>Pågående/gjennomførte tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elektronisk ambulansjournal øker muligheten for informasjonshenting. - Publisert kvalitetsindikatorer på legevakt i år <p>Aktuelle tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utvidet kvalitetsindikatorsett i den akuttmedisinske kjede (responstid/tid fra symptom til behandling/overlevelse med mer) - Utvikling av kvalitetsmål i nødmeldetjenesten - Kostnadsdata fra legevaktsdrift
<p>Rekrutteringsutfordringer i alle deler av den akuttmedisinske kjede.</p> <p>Det er store rekrutteringsutfordringer i den kommunale allmennlegetjenesten i hele landet, særlig i distriktene. Dette påvirker legevaktene i stor grad. Samtidig er det en gjennomgående mangel på sykepleiere, både til jobb på legevakter, legevaktssentraler, AMK og i</p>	<p>Aktuelle/pågående tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brede tiltak for å øke rekruttering til fastlegeordningen (beskrives ikke nærmere her). - Tilskuddsordning for 2022 for legevakt i de minste kommunene (kan forlenges/utvides)

<p>ambulansetjenesten. Ambulansetjenesten har også utfordringer mtp personell, særlig i distriktene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Oppmykning av kompetansekrav for ambulanspersonell - Innovative løsninger for gjennomføring av sykepleierstudiet
<p>Finne hensiktsmessige krav til kompetanse i tjenesten, som sikrer både god og lik kompetanse, men samtidig tilstrekkelig smidighet ift rekruttering.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fokus over mange år på å øke og sikre kompetanse i alle ledd i den akuttmedisinske kjeden. I noen deler av tjenesten meldes det nå at kravene til kompetanse vanskeliggjør rekrutteringen. - Det er variasjoner i kompetansen som leveres på tvers av regioner og helseforetak, særlig i ambulans- og nødmeldetjenesten. 	<p>Pågående arbeider:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Veileder for tilstrekkelig ambulansfaglig kompetanse - Nyopprettet operatørutdanning ved OsloMet. - Kompetanseheving i nødmeldetjenesten ift selvmords- og selvskadingsproblematikk. - Felles etter- og videreutdanning for nød- og beredskapsaktørene <p>Aktuelle tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nasjonal harmonisering av kurs og opplæringsordninger for personell på legevakt- og AMK-sentraler
<p>Finansieringssystemer som ikke støtter opp om samhandling mellom behandlingsnivåer eller behandling på laveste effektive omsorgsnivå.</p> <p>Ambulansetjenesten rammefinansieres i dag og helseforetakene har få finansielle incitamenter for å samarbeide med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.</p> <p>Helseforetakene belønnes økonomisk ved at pasientene legges inn på sykehus, ikke ved at pasienten blir igjen hjemme eller overleveres fra ambulansetjenesten til legevakt. På samme måte "belønnes" kommunene i stor grad økonomisk når de sender pasientene fra seg til spesialisthelsetjenesten.</p>	<p>Aktuelle tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utredning og innføring av finansieringsformer som fremmer samarbeid og samhandling i den akuttmedisinske kjede, slik at prinsippet om behandling på laveste effektive omsorgsnivå understøttes. En konkret mulighet kan være felles finansiering gjennom helsefelleskap, men det utredes også andre måter å få finansieringsformer til å fremme samhandling på. - Profesjonsuavhengig takstfinansiering, som ledd i ny finansieringsordning. <p>Pågående tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Helsedirektoratet bistår Helse- og omsorgsdepartementet i arbeidet med å vurdere eventuelle endringer i finansieringsordningene for fastlegeordningen og legevakt, herunder risikjustering.
<p>IKT-systemer som snakker sammen i hele kjeden</p> <p>Arbeidet med å lette samhandling på tvers av behandlings- og forvaltningsnivåer gjøres lettere dersom IKT-systemene er integrert i større grad enn i dag, både mtp at personell i hele kjeden har tilgang til essensiell informasjon, og for å oppnå sømløse pasientforløp.</p>	<p>Pågående/gjennomførte tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Innføring av elektronisk ambulansjournal - Pasientens følgeskjema i Akuttkjeden Telemark <p>Aktuelle tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Digitalisering av pasientfølgeskjema fra Akuttkjeden Telemark
<p>Ta i bruk ny teknologi på en hensiktsmessig måte, som både fremmer effektivitet og kvalitet</p> <p>Ny teknologi er på vei inn i alle deler av tjenesten. Dette gir muligheter for både nye organiseringsformer, effektivisering og kvalitetsheving, men det er ingen automatikk i at all innovasjon er hensiktsmessig. Det blir avgjørende å sette tjenesten i stand til å ta i bruk løsninger som i størst mulig grad støtter opp om ønsket utvikling.</p>	<p>Pågående tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosjekt Pilot legevakt er avsluttet, evalueringsrapport leveres høsten 2022 - Video er tatt i bruk ved mange av landets AMK- og Legevaktssentraler - Videoprojekt i ambulansetjenesten Innlandet

Tema: Legemiddelfeltet

Utfordring	Aktuelle tiltak Pågående arbeid/gode eksempler
Svikt i håndtering av legemidler Feil i samhandling, ansvar, roller, kan føre til legemiddelfeil som fører til redusert pasientsikkerhet. Det er høy risikovillighet i sektoren ved at virksomheter bruker flere systemer og undersystemer som ikke snakker sammen med fare for pasientsikkerheten.	Utbedre lokale samhandlingsavtaler om legemiddelbehandling, bedre teknisk systemstøtte for samhandling om legemiddelbehandling, utvikle kommunikasjonssystem mellom legemiddelrevirent og apotek. Sette visjonen "Null legemiddelfeil i 2025" og utarbeide påfølgende strategi og handlingsplan basert på WHO's rammeverk "Medication without harm" i Norge.
Lav kompetanse i primærhelsetjenesten Det er svak forståelse på behov for legemiddelkompetanse for å sikre forsvarlig legemiddelbehandling i kommunen som inkluderer mangel på farmasøytisk kompetanse og fører til at for mange legemiddelrelaterte oppgaver som gjøres av ufaglærte. Det er økt feilbruk av psykofarmaka, økt langvarig bruk av sterke smertestillende legemidler inkludert høyt bruk av smertestillende legemidler hos barn.	Utvikle løsninger som tilgjengeliggjør data til legemiddelrevirenter fra legemiddelregisteret for lokalt kvalitetsarbeid. Forskriftsfeste farmasøytisk kompetanse i kommunen med egen opptrappingsplan.

Tema: Annet

Utfordring	Aktuelle tiltak Pågående arbeid/gode eksempler
<p>To påfølgende perspektivmeldinger har påpekt at helsetjenesten ikke kan rekruttere seg ut av den kommende økningen i behov, forventninger og tilgjengelig behandling. En av løsningene er et nasjonalt taktskifte på folkehelse- og forebygging – i og utenfor helsetjenesten.</p> <p>Vi kan utsette av sykdom og dødelighet med gode forebyggende tiltak og bruke av levevaner i behandling. Forestillingen om at bedre forebygging gir flere kostbare leveår med store behov for pleie- og omsorgstjenester har vært utbredt – og det har derfor ikke vært reell vilje til å prioritere slike tiltak i et rent samfunnsøkonomisk perspektiv.</p> <p>En stor studie fra FHI publisert i 2021 gir tydelige indikasjoner på at vi kan "komprimere" årene med sykdomsbyrde og behov for pleie, omsorg og helsehjelp. Studien er basert på HUNT-data og finner at økende levealder de siste to tiårene følges av flere funksjonsfriske år, og at antall år med funksjonsbegrensninger blir redusert. Om vi kan dreie innsatsen mer i retning forebygging og tidlig og mindre ressurskrevende innsats kan vi dempe den årlige veksten i helsetjenesten.</p> <p>Gjøre mer selv – og løse mer utenfor helsetjenesten</p> <p>Folk kan og vil gjøre mer selv, og verken samfunnet eller helsetjenesten har hittil lagt særlig til rette for å se på befolkningen og pasienten som en ressurs. Bedre forebygging kan utsette behovet for helsehjelp. De aller fleste behandlingstrengende plager, diagnoser og sykdomsforløp legger et betydelig ansvar for oppfølgingen på pasienten selv. Hittil har helsetjenesten i liten grad tilbudt verktøy eller støtte/oppfølging til egenomsorg. Tilbud og tjenester i og utenfor helsetjenesten kan avhjelpe ressursutfordringene. Nye digitale selvhjelpsverktøy kan støtte flere. Vi har gode eksempler som viser at digital støtte kan være god helsehjelp og at hver behandler får større "rekkevidde".</p>	<p>Tiltak innenfor alle levevaneområdene er aktuelle, men tilbud og tjenester som tar i bruk og motiverer til fysisk aktivitet har gevinster i alle aldrer og på tvers av diagnoser. Vi vil særlig peke på følgende:</p> <p>Bedre samspill mellom helsetjenesten og øvrige tjenester i andre sektorer</p> <p>Et strukturelt skifte i helsetjenesten, et krafttak, som inkluderer faglige og finansielle incentiver for å ta i bruk fysisk aktivitet som sekundær- og tertiærforebygging og oppfølging, herunder oppfølging av endringer av taksten om grønn resept (takst 101)</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <ul style="list-style-type: none">- Nasjonal kompetansetjeneste Trening som medisin ved St Olav har lang erfaring om bruk av trening i behandling.- En rekke steder i tjenesten er det erfaringer med bruk av fysisk aktivitet i behandling av mentale lidelser³, dette arbeidet bør videreutvikles og oppskaleres.- Helse Midt har en flerårig kontrakt med Treningsklinikken og oppfølgingsappen MyWorkout om rehabilitering etter hjertesykdom, lungesykdom, revmatisk sykdom, Multippel Sklerose, Parkinsons sykdom og Covid-19 i spesialisthelsetjenesten. Leverandøren har dokumentert at hver behandler har kapasitet til å følge opp flere pasienter/brukere ved hjelp av støtte i app.

³ [Fysisk aktivitet, psykisk helse og avhengighet - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\), Treningsklinikk - St. Olavs hospital \(stolav.no\), Rus - dagbehandling, gruppeterapi og fysisk trening - Molde - Helse Møre og Romsdal \(helse-mr.no\), Treningspoliklinikken - Helse Bergen \(helse-bergen.no\)](#)

<p>Kunnskapsmangel om seksuell helse hos helsepersonell er en strukturell barriere mot å adressere tema i møte med pasienter og brukere</p> <p>Det er komplekse og gjensidige vekselvirkninger mellom fysisk- psykisk- og seksuell helse.ⁱ Kunnskap og kompetanse om seksuell helse, kjønns- og seksualitetsmangfold er i liten grad ivaretatt i forskrifter for utdanningsløp som kvalifiserer til jobb i helse- og omsorgssektoren.ⁱⁱ Vi mangler oversikt over i hvilken grad seksuell helse, kjønns- og seksualitetsmangfold er ivaretatt i normerende produkter for sektoren, men kjønnsbaserte variasjoner innen samme pasientgruppe er dokumentert.ⁱⁱⁱ Helsepersonell peker på lav kunnskap om seksualitet som årsak til at de unngår å tematisere seksuell helse i behandling og oppfølging av egne pasienter og brukere.^{iv, v} Helsepersonell med opplæring i seksuell helse adresserer tema i møte med pasienter i større grad enn helsepersonell som ikke har mottatt slike opplæring.^{vi} Samtidig veger pasienter og brukere seg mot å ta opp tema i møte med helsetjenesten og ønsker at helsepersonell snakker om seksualitet.^{vii, viii} Kombinert gir dette grunn til å tro at pasienter og brukere har udekkede behov for helsehjelp relatert til seksuell helse. WHO's mål om å sikre høyest oppnåelige nivå av seksuell helse^{ix} er dermed ikke realisert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Heve kompetansen om seksuell helse, kjønns- og seksualitetsmangfold blant ansatte i UH-sektoren som underviser studenter innen helse- og omsorgsfag (<i>Personell og kompetanse</i>) - Inkludere læringsmål knyttet til seksuelle helse, kjønns- og seksualitetsmangfold i nasjonale forskrifter for relevante utdanningsløp (<i>Personell og kompetanse</i>)⁴ - Kartlegge i hvilken grad normerende produkter i helsesektoren inkluderer seksuell helse, kjønns- og seksualitetsmangfold og oppdatere disse etter behov (<i>Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, Sømløse pasientforløp</i>) - Gjennomføre et kompetanseløft for seksuell helse, kjønns- og seksualitetsmangfold i helse- og omsorgssektoren (<i>Personell og kompetanse</i>) - Inkludere omtale av seksuell helse, kjønns- og seksualitetsmangfold i den kommende stortingsmeldingen om kompetanse i kommunal sektor. (<i>Personell og kompetanse</i>) - Styrket prevensjonsveiledning og gratis sikker prevensjon etter fødsel og gjennomført abort. (<i>Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, Sømløse pasientforløp</i>) <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>Helsedirektoratets innspill til Folkehelsemeldingen, 3.2.7 Seksuell helse - Hva kan gjøres.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oslo Universitetssykehus tilbyr kurs i kjønns- og seksualitetsmangfold for ansatte i samarbeid med Rosa kompetanse to ganger i året.^x - Senter for kvalitet i legetjenesten har utviklet en refusjonsgodkjent kvalitetspakke om seksuell helse tilpasset læringsmål i spesialistforskriften ALIS.^{xi}
<p>Kunnskapsmangel om kjønns- og seksualitetsmangfold hos helsepersonell kan føre til diskriminering og opprettholde dårligere helse i den skeive befolkningen</p> <p>Forskning fra EU viser at lhbts-befolkningen har dårligere helse og flere negative opplevelser i møte med helsetjenesten enn majoritetsbefolkningen. Kunnskapsmangel blant tjenesteytere kan føre til bevist og ubevisst diskriminering av skeive pasienter og brukere.^{xii} Norge har et tydelig likestillings- og diskrimineringsvern som skal sikre likeverdige tjenester til alle.^{xiii} Tjenesteytere trenger kunnskap om kjønns- og seksualitetsmangfold for sikre likeverdige helse- og omsorgstjenester for skeive.^{xiv}</p>	

⁴ Målet er spilt inn til Folkehelsemeldingen

Prevensjonsveiledning og tilbud om sikker prevensjon etter fødsel og gjennomført abort bør styrkes og systematiseres.

Tall fra Abortregisteret viser at 40 prosent av alle abortsøkende har tatt minst en abort tidligere. Nær 60 prosent av disse gjennomførte forrige svangerskapsavbrudd ila. siste tre år. Finsk forskning tyder på at sannsynligheten for gjentatte aborter er betydelig lavere når langtidsvirkende reversibel prevensjon (LARC) tilbys etter en abort.^{xv} Tilsvarende vil tilbud om LARC i forbindelse med eller rett etter fødsel kunne forebygge et betydelig antall uplanlagte svangerskap.^{xvi} LARC kan benyttes også av mødre som ammer.^{xvii} Styrket prevensjonsveiledning og tilbud om gratis prevensjon etter fødsel og abort kan bidra til å realisere målet om å redusere antall svangerskapsavbrudd med en tredjedel mellom 2014 og 2024.^{xviii}

Tema: Innspill som kan legges under nye oppdrag (TTB2022-23 Nasjonal helse- og samhandlingsplan)

1. Oppdatert utfordringsbilde med vekt på samhandling innad i og mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

2. Koordineringsordninger :Oppdatert informasjon om hvorvidt disse pasientrettede ordningene fungerer i tråd med intensjonene, og innspill til eventuelle forslag til forbedring. Departementet ber om at direktoratet har en særlig oppmerksomhet knyttet til erfaringer og forbedringer for pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser, jf. målsetting om koordinator i Hurdalsplattformen. Oppdraget skal sees i sammenheng med oppdrag [TTB2021-50 Evaluering av samarbeids- og samordningsbestemmelsene og barnekoordinatorordningen i Prop. 100 L \(2020-2021\)](#) Endringer i velferdstjenestelovgivningen (samarbeid, samordning og barnekoordinator).

3. Gode tjenester der folk bor :Departementet ber om **innspill** fra direktoratet **på hva som er de strukturelle forutsetningene for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan gi gode tjenester der folk bor.**

4. Svangerskaps-, føde- og barseltilbud :Helsedirektoratet **utarbeide et notat som oppsummerer det samlede utfordringsbildet for svangerskap-, føde og barseltilbudet**, herunder hvilke utfordringer som hindrer helhetlige forløp og om det er særlig utfordringer med å tilby likeverdige tjenester til minoritetskvinner.

Utfordring	Aktuelle tiltak Pågående arbeid/gode eksempler	Temanummer nytt oppdrag
<p>Glidende overganger mellom hvilke tilbud spesialisthelsetjenester har ansvar for og yter og hvilke kommunehelsetjenesten har ansvar for Uklare skiller, hvilke lover og regler er gjeldende og er det samsvarende eller motstridende føringer</p>	<p>Invitere inn sentrale frivillige organisasjoner for å vurdere om det er tilbud i deres regi som kan bidra til bedre samhandling og flyt mellom tjenestene? (transport, likemannsgrupper, aktivitetstilbud og frivilligsentraler) Helsefelleskapet kan få i oppdrag å ta et felles ansvar for å følge med på fordeling av nye legestillinger med mål om at veksten hovedsakelig kommer i kommunen.</p>	<p>Samhandling</p>
<p>Manglende sammenheng i behandlingen Spesielt belastende for eldre med sammensatt sykdomsbilde og for pårørende som bistår i oppfølging og organisering av behandlingssløp</p>	<p>Beskrive tydelig felles samfunnsansvar/målsetting for kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten så det er et tydelig felles mål å jobbe for og mer sammenheng og samhandling i styring og måloppfølging - Patienter først og sist – elles mål om god helse og mulighet for godt liv enten pasient er til behandling og oppfølging i spesialist eller kommune -</p>	<p>Samhandling</p>

	- Fremme de tre overordnede folkehelsemålene om levealder, helsetilstand/trivsel/livskvalitet og sosial ulikhet	
<p>Finansieringssystem understøtter ikke samhandling</p> <p>Det er godt dokumentert (se rapporten under) at dagens finansieringsmodeller innen helsetjenestene ikke fremmer samhandling. I rapporten «Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene» fra 2022, utgitt av Helsedirektoratet, diskuteres ulike økonomiske modeller og incitament som benyttes internasjonalt for å styrke samhandling mellom tjenesteytere som i utgangspunktet har uavhengige økonomier.</p> <p><u>Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene - Helsedirektoratet</u></p>	<p>Det kan være et viktig grep å utrede mulighet for å koble tall fra NAV, og å utforske mulighet for mer insentivbasert innsats fra kommunene. Eksempel kan være antall brukere tilbake i jobb, jamfør Hurdalsplattformens ambisjoner om å styrke kommunalt arbeidsrettet rehabiliterings- og habiliteringstilbud og utrede en tydeligere organisering og ledelse av rehabiliteringstilbudet på ulike nivåer.</p> <p><u>Strategi 2021 – Strategi for fagfeltet arbeid og helse.pdf (helsedirektoratet.no)</u></p> <p><u>hurdalsplattformen.pdf (regjeringen.no)</u></p>	Samhandling
<p>Manglende mulighet til å dele dokumenter mellom tjenestenivåene</p> <p>Manglende mulighet for å dele dokumenter, målinger, pasientrapporterte opplysninger og egenbehandlingsplaner mellom kommunale helse- og omsorgstjenester, fastleger og sykehus(helseforetak), gjør oppfølging og behandling mindre koordinert og effektiv</p> <p>Når pasienter følges opp med digital hjemmeoppfølging vil tilgang til trender og utvikling i målinger og symptomer gjøre at fastleger og spesialister raskere kan iverksette rett behandling ved forverringer og når pasienten oppsøker lege akutt eller planlagt.</p>	<p>Det må settes fortgang i arbeid med arkitektur og infrastruktur slik at det legges til rette for god samhandling gjennom tilgang til relevante data på tvers. Her bør det også tilrettelegges for automatisert innrapportering til helseregistre (særlig KPR) som vil gi bedre analyse- og styringsdata.</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>Utprøving av samhandling og informasjonsdeling som gjennomføres av ehelse i samarbeid med Hdir og NHH i velferdsteknologiprogrammet, må prioriteres høyere som del av Program digital samhandling (PDS).</p>	Samhandling
<p>Personer med store og sammensatte behov opplever manglende koordinering og manglende samarbeid på tvers av tjenester og nivå</p> <p>Det er manglende etterlevelse av lovkrav om individuell plan og koordinator, og variasjon i bruken av verktøyene mellom målgrupper.</p>	<p>Oppfølgingsteam som en arbeidsform for tverrfaglig og tverrsektoriell oppfølging av personer med store og sammensatte behov uavhengig av alder og diagnose testes ut i en del pilotkommuner og det viktig at erfaringene fra dette utviklingsarbeidet spres nasjonalt.</p> <p>Oppfølgingsteam - lenke til St.m. 26,</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>Pilot for oppfølgingsteam og utarbeidelse av en tjenestemodell for denne måten å arbeide på er under arbeid.</p>	Samhandling, gode tjenester, ev koordinator

<p>Manglende etterlevelse av lovkrav om IP og koordinator Tjenestene opplever at det fra nasjonale myndigheter lanseres en rekke koordineringsordninger som skal imøtekomme behovet for koordinerte tjenester, eksempelvis pakkeforløp og diagnosespesifikke koordinatorene. I disse satsingene er det i liten grad lagt vekt på at lovpålagte krav til koordinering må etterleves og ses i sammenheng med dette. Tjenestene opplever dette uryddig.</p>	<p>Oppdatert beskrivelse av utfordringsbildet, jfr bestillingen i oppdrag 2 og vurdering av aktuelle tiltak. Pågående arbeid/gode eksempler Satsingene knyttet til oppfølgingsteam og ny tverrsektoriell veileder.</p>	<p>Koordinator</p>
<p>- Demografisk utviklingsmønster Tilgang på helsepersonell - Stor variasjon mellom kommuners tilbud og tjenester i et helseforetak - Lite kunnskap i befolkningen om hva det vil så å motta helsetjenester i kommunen/privat hjem vs. spesialisthelsetjenesten - Manglende kunnskap i befolkningen om hvordan vi kan sikre like gode tjenester med færre folk Gjennomgang av fylkeskommunens rolle og oppgaver</p>		<p>Samhandling</p>
<p>Ulik organisering av primær- og spesialisthelsetjenesten Ulik finansiering og ledelse av kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste kan være en hemmer for god implementering av digitale helsetjenester som for eksempel Digital hjemme oppfølging (DHO). DHO er viktig på begge tjenestenivåer: - for helseforetak vil DHO kunne medføre at hjemmesykehus kan benyttes i større grad og at den del polikliniske konsultasjoner kan erstattes med digital hjemmoppfølging og telefon/videokonsultasjon. - for kommunehelsetjenesten kan DHO virke avlastende på fastlegene og kommunale tjenester. -Anskaffelse og implementering kan bli utfordrende. Det er en risiko for at det innenfor samme helseforetak vil bli utført ulike anskaffelser av utstyr som ikke "snakker" sammen, dette kan dels gjøre prosessen dyrere og gjøre at ulike kommuner velger ulik praksis for DHO.</p>	<p>Skal prosessen samkjøres innenfor et helseforetak (innkjøp, responscenter og implementering) for både kommune og HF? Nasjonale råd for digital hjemme oppfølging (pt på høring) anbefaler å vurdere samarbeid både når det gjelder implementering og anskaffelser innen helsefellesskapet. Bør understøttes av nasjonale finansieringsløsninger. De nasjonale finansieringsløsningene bør inneholde incentiver også for kommunene til å implementere DHO. Pågående arbeid/gode eksempler Helseforetak og kommuner i Agder har gjennomført en felles innovativ anskaffelse og tester også felles logistikk-løsninger for utstyr. De ser også på betalingsløsninger for interkommunalt samarbeid.</p>	<p>Samhandling</p>
<p>Manglende koordinering/koordinator/samhandling på tvers av nivåer og linjer</p>		<p>Samhandling</p>

<p>Utfordrende at det er ulike pasientjournalverktøy Utfordrende med systemer som ikke snakker sammen og ikke kan overføres, jmf. NOO (ny nasjonal ordning for oppbevaring av pasientjournal ved avvikling eller opphør av virksomhet); massegenerering av pdf for tilgjengeliggjøring for helsehjelp, EPJ-løftet, med mer.</p>		Samhandling
<p>Mangelfull tilgang til felles datagrunnlag for kommuner og HF Mangler registerdata/tilgjengeliggjøres i for liten grad/ikke nødvendigvis felles for spesialist og kommune (ref til hdirs registerdatastrategi).</p>	Bruk av teknologi for overføring av praksiskunnskap også fra kommunal setting til spesialist.	Samhandling
<p>Lite kunnskap om ressursbruk for tjenester som overføres fra HF til kommune</p> <p>Manglende kunnskap og manglende metode for å skaffe kunnskap om ressursbruk for kommuner og helseforetak i samhandling om spesialisthelsetjenester som flyttes hjem/nærmere der pasientene bor. Dagens system for metodevurdering ved beslutning om innføring av nye tiltak gjelder kun helseforetak og er ikke tilpasset kommuner og samhandling mellom kommuner og helseforetak. Dette gjør det krevende for kommuner og helseforetak å samhandle om tiltak/tjenester som flyttes hjem/i nærheten av der pasientene bor fordi de mangler en felles metode og verktøy for å vurdere nytte og ressurser og hvordan kostnader og gevinster av et tiltak skal fordeles.</p>	<p>- Tilpasse og utvikle nasjonalt system for minimetodevurdering til kommuner og til samhandling mellom kommuner og helseforetak</p> <p>- Veiledning i gjennomføring av metodevurdering</p> <p>- Ressurser til å gjennomføre kunnskapsoppsummeringer</p> <p>Pågående arbeid/gode eksempler</p> <p>- FHI har et oppdrag om å foreslå hvordan metodevurderinger kan tilpasses kommuner. De samarbeider blant annet med Sogndal kommune om gjennomføring av forskningsomtale som skal brukes i arbeidet med opprette tjenesten digital samkonsultasjon mellom fastleger ved legevakten i Sogndal kommune og Helse Førde.</p> <p>- Hdir har et oppdrag om å kartlegge effekter av at spesialisthelsetjenester flyttes hjem. Leveres 15.september. Rapporten bekrefter behov for et system som støtter samhandlingstiltak med metodevurdering.</p>	Samhandling og gode tjenester
<p>Mangelfullt utviklede digitale løsninger for samhandling</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det er kjent fra rehabiliteringstjenestene at mangelfullt utviklede digitale løsninger for samhandling er en hemsko for god pasientflyt - Rehabiliteringstjenestene involverer fremdeles brukere i for liten grad til å tilpasse tjenestene til individuelle behov og ønsker for tiltak - Det kan være faglig uhensiktsmessig og unødig kostbart at pasienter legges inn til døgnopphold for å motta rehabilitering - Samhandling forutsetter møter mellom systemer og fagpersoner som har lik oppfatning om innhold i tjenestene, og om ansvars- og oppgavefordeling. Manglende digitale løsninger for samhandling fører til brudd i 	<ul style="list-style-type: none"> - Satsning på digitale løsninger for samhandling vil effektivisere informasjonsflyten, og åpenbart løse en del av nevnte utfordringer tjenesteytere står i. - Herunder er bedre digitale løsninger også involverer brukere mer aktivt, slik som digital (egen)behandlingsplaner som også inkluderer individuelle rehabiliteringsplaner, et viktig eksempel. - En viktig satsning vil være å utvikle flere digitale, herunder også polikliniske rehabiliteringstilbud. 	Samhandling

<p>behandlingsforløp, og uønskede krav om at pasienter koordinerer sine egne prosesser.</p> <p>-Det er krevende for kommuner å rekruttere tilstrekkelig kompetent personell, og mulighet til å tilby adekvate tjenester til brukere med svært ulike tilstander. Det er samtidig et uanvendt potensial for å tilby flere digitale rehabiliteringstjenester fra sentrale fagmiljø til pasienter som bor ute i kommunene</p>		
<p>Informasjonsgrunnlaget for hvordan pasientforløpene er i dag er for svakt, til det er utnyttelse av eksisterende datasett for dårlig. Dette er til dels knyttet til kapasitet og prioritering av denne type analyser. Bedre utnyttelse av eksisterende data kan gi bedre informasjon om hvordan forløp er i dag og hvor det bør rettes oppmerksomhet (enten på del av forløp og/eller hvor (basert på variasjoner i landet)</p>	<p>- Hvor god kobling er det mellom samhandlingsutfordringene og de nasjonale tiltakene som er igangsatt for å løse utfordringene? Er det tiltak som bør justeres vesentlig eller avsluttes?</p> <p>- Det er til dels tatt tak i dette gjennom oppdrag om styringsinformasjon for helsefelleskap, men det bør forsterkes og tydeliggjøres behovet for økt fokus/oppdrag på forløpsanalyser og den innsikt slike analyser kan gi for mer målrettet innsats der analysene viser behovet kan være større</p>	Samhandling
<p>Mangel på personellgrupper i kommunene</p> <p>Det er begrenset tilgang på enkelte personellgrupper i kommunene. Et resultat er at pasienter som man ville forvente at følges opp i primærhelsetjenesten i stedet henvises fra fastlege og primærhelsetjenesten til sykehus. Man risikerer at pasientene får et inadekvat tilbud ved at det ikke er personell i primærhelsetjenesten som kan yte god behandling til og oppfølging, og som heller ikke spesialisthelsetjenesten har kapasitet til å følge opp. Det er behov for avklaring rundt hvilke pasienter som skal behandles på hvilket nivå av helsetjenesten – eksempelvis med en prioriteringsveileder. En spesiell utfordring er pasienter som henvises direkte til klinisk ernæringsfysiolog eller ernæringspoliklinikker i sykehus.</p>		Samhandling
<p>Mangel på samarbeidspartnere/henvisningsinstanser med relevant kompetanse i primærhelsetjenesten</p> <p>Pasienter legges inn på sykehus med problemstillinger som burde eller kunne ha vært fanget opp, forebygget og tidligere behandlet i kommunen. Pasienter blir skrevet ut fra sykehus uten at foreslått eller iverksatt behandling følges opp i primærhelsetjenesten. Dette har oftest sammenheng med mangel på kompetent personell i primærhelsetjenesten.</p>		Samhandling

<p>Eksempler kan være påbegynt ernæringsbehandling, som sonde- eller intravenøs ernæring; behandlingen må avsluttes tidligere enn det som er ønskelig eller hensiktsmessig. I mange tilfeller blir pasientene som en konsekvens innen kort tid reinnlagt på sykehus.</p>		
--	--	--

ⁱ Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)

ⁱⁱ Aureskog, KJ. (2022). Kommunikasjon mellom Aureskog og Helsedirektoratet om foreløpige funn fra kartlegging av kompetansemål om seksuell helse i utvalgte utdanningsløp.

ⁱⁱⁱ Hagerup, I., (2022). Rundt halvparten av kvinner med diabetes 1 sliter med sexlivet. Tilgjengelig fra <https://www.uib.no/med/156146/rundt-halvparten-av-kvinner-med-diabetes-1-sliter-med-sexlivet>

^{iv} Dammen, S., & Grønning, K. (2020). Sykepleiere kvier seg for å spørre om seksuell helse. Sykepleien, 108(82952), 82952. Tilgjengelig fra <https://sykepleien.no/fag/2020/12/sykepleiere-kvier-seg-sporre-om-seksuell-helse>

^v Fischer, N., & Træen, B. (2016). Medisinstudenters intensjon om å tematisere seksualitet i behandlingsrommet [Medical students' intention to talk about sexuality in clinical practice]. Scandinavian Psychologist, 3.

^{vi} Helland, Y., Garratt, A., Kjekken, I., Kvien, T. K., & Dagfinrud, H. (2013). Current practice and barriers to the management of sexual issues in rheumatology: results of a survey of health professionals. Scandinavian Journal of Rheumatology, 42(1), 20-26.

^{vii} Schaller S, Traeen B, Lundin Kvaem I. Barriers and facilitating factors in help-seeking: a qualitative study on how older adults experience talking about sexual issues with healthcare personnel. International Journal of Sexual Health. 2020;32(2):1–16.

^{viii} Buskoven, M., Kjørholt, E., Strandberg, R. B., Søfteland, E., & Haugstvedt, A. (2022). Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes in Norway: A qualitative study of women's experiences. Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association, 39(7), e14856. <https://doi.org/10.1111/dme.14856>

^{ix} WHO Regional Office for Europe (2016). Action Plan for Sexual and Reproductive Health: Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. Copenhagen. Available from https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/322275/Action-plan-sexual-reproductive-health.pdf

^x Kielland, M., G., Cheng, L. & Flateby, I., V. (2022). Årsrapport 2021 - mangfold og likeverdige Helsetjenester. Avdeling samhandling, helsekompetanse og likeverdige helsetjenester. Oslo: Oslo universitetssykehus. Tilgjengelig fra <https://oslo-universitetssykehus.no/PublishingImages/likeverd-og-mangfold/%C3%85rsrapport%20mangfold%20og%20likeverdige%20helsetjenester%20OUS%202021.pdf>

^{xi} SILK (u.å.). Sunn seksuell helse hele livet (SHL). Tilgjengelig fra <https://www.skilnet.no/pakker/shl/>

^{xii} Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Aujean, S., Pinto, N., ... & Pierson, A. (2017). State-of-the-art study focusing on the health inequalities faced by LGBTI people: State-of-the-Art Synthesis Report (SSR).

^{xiii} Likestillings- og diskrimineringsloven (2017). Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (LOV-2017-06-16-51). Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>

^{xiv} Stubberud, E., Prøitz, L., & Hamidiasl, H. (2018). Den eneste skeive i bygda? Unge lhbt-personers bruk av kommunale helsetjenester.

^{xv} Niinimäki, M., Pouta, A., Bloigu, A., Gissler, M., Hemminki, E., Suhonen, S., & Heikinheimo, O. (2009). Frequency and risk factors for repeat abortions after surgical compared with medical termination of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 113(4), 845-852.

^{xvi} Aiken, A. R., Aiken, C. E., Trussell, J., & Guthrie, K. A. (2015). Immediate postpartum provision of highly effective reversible contraception. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 122(8), 1050.

^{xvii} World Health Organization (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 5th. edition. Geneva.

^{xviii} Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd – informasjon og tilgjengelighet 2020–2024*.