

Helse- og omsorgsdepartementet
Vedlegg ^{2/2}
S. nr. 200602349 - 146

Høringssvar
*Sosial- og helsedirektoratets innspill til høringsnotatet;
- Nasjonal helseplan (2007-2010)*

Heftets tittel: Sosial- og helsedirektoratets innspill til høringsnotatet;
- Nasjonal helseplan (2007-2010)

Utgitt: 06/2006

Bestillingsnummer: IS-1381

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet

Kontakt: Ledelsen

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 200 50

Faks: 24 16 30 01

www.shdir.no

Heftet kan bestilles
hos: Sosial- og helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen

e-post: trykksak@shdir.no

Tlf.: 24 16 33 68

Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling. Oppgi bestillingsnummer: IS-1381

Innhold

1	Generelt	6
2	Områder av spesiell betydning	7
2.1	Brukermedvirkning	7
2.2	Sosial ulikhet i helse	7
2.3	Folkehelse	8
2.4	Samordnede tjenester	11
2.5	Beredskap	12
2.6	Global helse	13
2.7	Rehabilitering	14
3	Kommentarer til det foreliggende dokument	16
3.1	Forordet	16
3.2	Del I Rammer og spørsmål	16
3.3	Del II Felles utfordringer i helsetjenesten	16
3.4	Del III Den kommunale helse- og sosialtjenesten	20
3.5	Del IV Spesialisthelsetjenesten	26
4	Vedlegg	30
4.1	Vedlegg 1: Forslag til tekst - strategi for kvalitet og prioritering	30
4.2	Vedlegg 2: Forslag til tekst - Psykisk helse, vold, traumatisk stress og rus	41
4.3	Vedlegg 3: Forslag til tekst: Helse- og sosial beredskap	47

Sosial- og helsedirektoratets hovedbudskap

Sosial- og helsedirektoratet takker for muligheten til å bidra med innspill til Nasjonal helseplan. Direktoratet ser på prosessen som vesentlig for å løfte frem, og gi oppmerksomhet til de viktige utfordringer norsk helsetjeneste trolig vil stå overfor i de kommende år. Vi mener spørsmålene til høringsinstansene er relevante og dekkende.

Direktoratet vil understreke at planen i størst mulig grad bør inneholde tiltak og forslag som bidrar positivt i forhold til de følgende kjennetegnene ved kvalitet. God kvalitet kjennetegnes ved at tjenestene er:

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Og er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Direktoratet er godt fornøyd med at Nasjonal helseplan så tydelig løfter frem en økt satsing på kvalitet og prioritering.

Vi vil anbefale en ennå sterkere vekting av folkehelsearbeidet og primærhelsetjenestens rolle i fremtidens helsetjeneste. Samtidig har direktoratet respekt for at departementet ser behov for tydelige grep i forhold til spesialisthelsetjenesten.

Direktoratet vil anbefale en sterk vekting av faglig relevant styrings og kvalitetsinformasjon i alle ledd av tjenestene.

Vi anbefaler at enkelte brede områder løftes tydeligere frem:

- Ulikhet i helse
- Brukermedvirkning
- Rehabilitering
- Samordnede tjenester
- Beredskap
- Internasjonal helse

Spesielt mener Sosial- og helsedirektoratet at Nasjonal helseplan bør fokusere på følgende områder:

- Økt innsats for å redusere forskjellene i helse og levekår i befolkningen.
- Se fremover og forberede oss på store endringer i befolkningen, med en fordobling av den eldre befolkningen de neste 40 årene.
- Forbedre våre redskaper og evner til å prioritere bedre slik at vi kan høste ytterligere gevinster i helse og levekår.
- Økt innsats for styrings- og kvalitetsinformasjon om pleie- og omsorgstjenestene.

- Kvalitetsmåling, gjennom videre utvikling av indikatorer som ikke bare beskriver tjenestenes innhold og omfang, men har større fokus på resultat kvalitet, herunder brukeropplevd kvalitet.
- Kunnskap om hvilke virkemidler som kan gi mer samordnede tjenester og bedre samhandling mellom tjenestene. (f. eks mellom pleie- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten i kommunene) og mellom tjenestenivåene. (første- og andrelinjetjenesten)
- Kunnskap om oppgaveforskyvning mellom tjenestene og tjenestenivåene. Et godt datagrunnlag vil gi kunnskap om blant annet omfang, årsaker og effekt av slike endringer.
- Primærhelsetjenestene må ha god tilgjengelighet. Regjeringen bør bidra til dette ved reduserte egenandeler, særlig for barn, ungdom og studenter.
- Økt kapasitet i helsestasjon- og skolehelsetjenesten bør være et særlig satsingsområde for å få god effekt i folkehelsearbeidet og i arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller.
- Fastlegeordningen bør utvikles slik at populasjonsansvaret ivaretas med en bredere tilnærming enn i dag. Særlig fokus må rettes mot beboere i omsorgsboliger, hjemmeboende eldre og funksjonshemmede, og andre mennesker i en sårbar livssituasjon.
- Øyeblikkelig hjelp bør i enda større grad ivaretas på dagtid, og økt bruk av interkommunale ordninger for legevakt bør vurderes. Et statlig medansvar for systemet med interkommunale legevakter bør utredes.
- Kommunene bør sikre økt volum av offentlig allmennmedisinsk legearbeid, og spesielt øke stillingsbrøkene til sykehjemsleger med få ukentlige arbeidstimer.
- Det slås fast at det er SHdir som på vegne av HOD er det faglige normerende myndighetsorgan¹
- Det bør opprettes et nasjonalt organ koordinering av arbeidet med prioritering, kvalitet og retningslinjer.
- Det bør etableres en uavhengig nasjonal enhet for pasientsikkerhet, for å støtte opp om helsetjenesten arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser.

¹ I prosessen knyttet til utarbeidelse av Nasjonal helseplan har det vært dialog mellom SHdir og HOD om roller og ansvar knyttet til normering. Det har også vært avholdt et eget møte om saken den 22/6 2006. Direktoratet støtter den konklusjon som departementet presenterte under dette møtet, der det slås fast at det er SHdir som på vegne av HOD er det faglige normerende myndighetsorgan.

1 Generelt

Det er ønskelig at Nasjonal helseplan tar for seg helsetjenesten mest mulig helhetlig. De fleste prosesser i helsetjenesten starter og slutter med vurderinger og beslutninger i primærhelsetjenesten. Derfor mener SHdir primærhelsetjenesten bør gis en vesentlig oppmerksomhet i helseplanen. Det er kommunenes ansvar å tilby et primærhelsetjenester inklusive pleie og omsorg med god tilgjengelighet for befolkningen. Direktoratet mener planen må synliggjøre kommunenes oppgaver i større grad enn i dagens utkast. Utfordringene knyttet til samvirke mellom sentrale myndigheter og primærhelsetjenesten bør belyses med konstruktive forslag.

I utkastet pekes det på svakheter og mangler i datagrunnlaget knyttet til helsetjenesten. Direktoratet er enig at et godt kunnskapsgrunnlag er viktig å kunne utforme tjenester av god kvalitet. Direktoratet anbefaler at man i planen identifiserer hvor svakhetene i datagrunnlaget ligger og peker på konkrete tiltak for forbedring.

Direktoratet mener videre at planen vil styrkes med en sterkere vektlegging av folkehelse. Direktoratet er enig i at mye av ansvaret for folkehelse ligger hos andre sektorer, men mener at helsetjenestens ansvar i høringsbrevet er for mye nedtonet. Helsetjenestens innsats på forebyggingsområdet er sterkt fremhevet i andre strategier fra HOD (Nasjonal strategi for kreftområdet 2006 - 2010, Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet, under arbeid: Nasjonal strategi for diabetes, Nasjonal strategi for KOLS), og det er en av fire hovedstrategier i St melding 16.

En Nasjonal helseplan for alle pasientgrupper?

Sosial- og helsedirektoratet mener at tjenesten til personer med særlige behov, som mennesker med nedsatt funksjonsevne og funksjonshemninger bør få en mer synlig plass i helseplanen

Funksjonshemmede representerer store brukergrupper i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. De skiller seg fra personer med akutte skader og sykdommer ved at de har behov for samordnede tjenester gjennom hele eller store deler av livsløpet. Pårørende til funksjonshemmede vil ofte stå overfor større utfordringer enn pårørende til pasienter med sykdommer som kan helbredes, eller som varer kortere tid.

Dagens situasjon er slik at barn med sjeldne funksjonshemninger får omfattende tilbud fra spesialisthelsetjenesten, men når de blir voksne og eldre er det slutt på oppfølgingen. Tilleggssykdommer som følger en tidlig aldringsprosess blir ikke fanget opp. Det er behov for å bygge opp et kompetansemiljø på dette feltet.

2 Områder av spesiell betydning

Sosial- og helsedirektoratet ønsker noen felt løftet frem i Nasjonal helseplan. I det følgende gjennomgås de felter som direktoratet mener fortjener egne kapitler i Nasjonal helseplan.

2.1 Brukermedvirkning

God kvalitet forutsetter at brukerens og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene. God kvalitet innebærer at brukeren og pasienten blir sett og tatt på alvor. Med brukere menes personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenestene indirekte som pårørende eller barn.

Brukermedvirkning er en rettighet nedfelt i lovverket og kan skje på ulike nivå; gjennom medvirkning i politikkutforming, påvirkning på systemnivå og på individnivå. Brukere skal medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte konsultasjon/samtale. Brukerne opplever hvordan tjenesten fungerer i praksis og kan derfor ofte komme med de beste forslagene til forbedringer av systemet. Forbedringer som skal komme brukeren til gode, tar derfor utgangspunkt i nettopp brukerens erfaringer og synspunkter.

Systematisk innhenting av bruker erfaring er et viktig verktøy i så måte. I møte mellom den enkelte utøver og bruker må vi anerkjenne brukernes innsikt i egen sykdom eller livssituasjon. De kan ofte ha mer detaljkunnskap om sin egen tilstand enn utøveren. Brukere som er aktivt involvert i beslutninger om eget liv og helse, har bedre behandlingsresultater og fungerer bedre i hverdagen enn de som ikke er aktive.

Det er samtidig viktig å vise respekt for de som ikke ønsker å involveres i alle beslutningsprosesser. Brukerperspektivet innebærer også en lydhørhet og tilrettelegging overfor de som ikke selv kan eller ønsker å gi uttrykk for sine behov.

Disse grunnleggende forhold mener direktoratet bør prege alt utviklingsarbeid og kvalitetsarbeid i helsetjenesten. Brukernes erfaringer og preferanser representerer et viktig kunnskapsgrunnlag i så måte.

Direktoratet mener at Nasjonal helseplan gjennomgående bør legge til rette for brukermedvirkning både i utvikling av helsetjenestene og i det individuelle møtet med tjenestene.

2.2 Sosial ulikhet i helse

Det er ulike måter å tilnærme seg tiltak for å redusere sosiale forskjeller i helse. Det at vi har en kontinuerlig økning i helseplager med synkende sosioøkonomisk status gjennom hele befolkningen har konsekvenser for tiltaksutformingen. Dersom en

ønsker å bedre folkehelsen og sørge for at helsen er rettferdig fordelt, innebærer dette brede befolkningsrettede strategier. Tiltak for å redusere sosiale forskjeller vil trolig bidra til å redusere helseforskjellene.

Følgende målsetninger legges til grunn for arbeidet med sosiale ulikheter i helse:

- Øke kunnskapen om sosiale ulikheter i helse gjennom å:
 - styrke kompetansen på ulike nivåer
 - styrke forskning og dokumentasjon

Utvikle tiltak for å redusere sosiale ulikheter i helse gjennom å:

- etablere konsekvensutredninger som verktøy for å synliggjøre beslutningers betydning for sosiale ulikheter i helse
- sørge for at direktoratets egne virkemidler innrettes slik at de ivaretar hensynet til sosiale ulikheter i helse
- forberede et faglig grunnlag for en nasjonal strategi som skal involvere alle sektorer

Det vises for øvrig til Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse "Gradientutfordringen", og relaterte dokumenter.

Direktoratet ser helst at problemstillingen sosiale ulikheter i helse, og forslag til tiltak knyttet til disse utfordringene fremmes sterkere i Nasjonal helseplan.

2.3 Folkehelse

Folkehelsen er også i dag knyttet vel så sterkt til sosiale og økonomiske forhold, som til hvilke helsetjenester som tilbys. Folkehelsen speiler samfunnsutviklingen og oppvekst- og levekår. Den er et produkt av mange faktorer – fra den enkeltes valg av livsstil til politiske beslutninger og globale utviklingstrekk. Oppløsning av sosiale bånd, og et arbeidsliv som for noen er sykdomsskapende og utstøtende er en utfordring i folkehelsearbeidet. Samtidig vet vi at andelen eldre de nærmeste årtiene vil fordobles og at forebyggende arbeid for denne målgruppen vil være av stor betydning.

2.3.1 Mål og strategier i folkehelsepolitikken

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

Det er lagt vekt på følgende fire hovedstrategier:

- Skape forutsetninger som gjør det lettere for den enkelte å ta et personlig helseansvar
- Bygge brede allianser og sørge for bedre organisering av folkehelsearbeidet
- Legge mer vekt på forebygging i helsetjenesten
- Basere folkehelsearbeidet på kunnskap og erfaringer

Det er nedfelt i Soria Moria-erklæringen at regjeringen vil styrke arbeidet med forebygging i vid forstand og stimulere tiltak som gir bedre helse og livskvalitet for den enkelte. Direktoratet mener dette bør komme sterkere frem i Nasjonal helseplan.

2.3.2 Betydningen av forebyggende innsats for helse og etterspørsel av helsetjenester

I følge The World Health Report 2002 "Reducing Risks, Promoting Healthy Life" er bruk av tobakk, høyt blodtrykk, alcohol, kolesterolnivå, overvekt, lavt inntak av frukt og grønnsaker og fysisk inaktivitet de sju viktigste risikofaktorer for sykdom i vestlige land. Alle disse faktorene er relatert til folkehelse og kan i stor grad forebygges. Dette reiser viktige spørsmål om hvor og hvordan tilgjengelige ressurser brukes. Det er sannsynlig at tiltak som forbedrer oppvekstforholdene for barn og unge, og et samfunn som fremmer fellesskap, fysisk aktivitet og trygghet, har større effekt på folkehelsen enn svært mange ressurskrevende tiltak i helsevesenet.

Systematisk forebyggende innsats har som siktemål å fremme helse og livskvalitet for den enkelte, beskytte mot sykdom og uhelse samt medvirke til bedre funksjonsevne og selvhjulpenhet i voksenlivet og alderdommen. Grunnlaget for god helse i oppveksten og gjennom hele livsløpet legges i barne- og ungdomsårene.

Befolkningsrettet forebyggende innsats har vist seg å være et effektivt virkemiddel for å beskytte mot sykdomsutvikling. Omlegging av kostvaner har hatt stor betydning for den reduksjon vi har sett i forekomst av hjerte- og karsykdommer. Et samfunnstiltak som en skjerpet lov om vern mot tobakksskader er et eksempel på, kan vise seg å være vel så effektivt og kostnadseffektivt som tiltak rettet mot enkeltindividet. Det samme gjelder regulatoriske virkemidler i alkoholpolitikken som bidrar til å påvirke tilgjengelighet og totalforbruket av alkohol.

2.3.3 Forebyggende arbeid i primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten har en sentral rolle i forebyggende arbeid, både rettet mot grupper og enkeltindivider. Helsesøstre, jordmødre og leger er sentrale i det helsefremmende og forebyggende arbeid blant gravide, barn, unge og eldre. Faglig utvikling i primærhelsetjenesten på dette området er viktig. I tillegg er det viktig at det utvikles gode modeller som kan hjelpe folk til endring av levevaner (f.eks Frisklivssentraler, Friskotek, Lærings- og mestringssentre). Slike modeller er sentrale for at bl.a. fastlegene skal lykkes i sitt forebyggende arbeid.

2.3.4 Forebyggende arbeid i spesialisthelsetjenesten

Forebyggende arbeid i spesialisthelsetjenesten må prioriteres og kvalitetssikres. Finansierungsordningene må innrettes slik at forebyggende arbeid kan vektlegges både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Her er ordningen Grønn resept et eksempel. Arbeid som ikke gir refusjon vil lett bli nedprioritert.

Tverrfaglighet på tjenesteområdet må sikres. Med den økningen vi ser i andel fete/overvektige både blant barn, unge og voksne (og de sykdommer/plager som medfølger) må helsetjenesten være rustet til å møte disse utfordringene. Andre yrkesgrupper bør trekkes inn. For eksempel er psykologer/atferdsterapeuter, ernæringsfysiologer, helse- og treningsterapeuter sentrale.

NHFS Norske Helsefremmende sykehus er en del av det internasjonale nettverket "Health Promoting Hospitals" (HPH). Den grunnleggende tankegangen er en utvidelse av sykehusenes horisont fra å være opptatt av sykdom til å tenke helse, også i langsiktig perspektiv.

Nettverket retter sin virksomhet inn mot fire områder: pasienter og pårørende, ansatte, lokalsamfunnet og organisasjonen. Deltakelse i dette nettverket betyr at sykehusene innlemmer en helsefremmende tankegang for personale, pasienter og

pårørende i sin kultur og i den daglige praksis, men beholder behandling som sin hovedfunksjon.

Gjennom HPH er det utviklet standarder og indikatorer for det forebyggende og helsefremmende arbeid på sykehus. Det er utarbeidet fem kjernestandarder for alle sykehus med formulering av standard, beskrivelse av formål, definisjon av delstandarder og målbare elementer. Videre er det utarbeidet indikatorer for selvevaluering av sykehusene.

Direktoratet mener at det i Nasjonal helseplan bør legges til rette for at norske sykehus blir en del av dette nettverket, som forplikter sykehusene til å ha overordnede retningslinjer for forebyggende og helsefremmende arbeid, sørge for at helsepersonell i samarbeid med pasienten foretar vurdering av behovet for forebyggende og helsefremmende tiltak, sørge for at pasienten informeres om faktorer som har betydning for sykdom eller helsetilstand og muligheter for forebyggende og helsefremmende tiltak, tilrettelegge sykehuset som en helsefremmende arbeidsplass og legge en strategi for et løpende samarbeid med andre nivåer i helsetjenesten, andre institusjoner og sektorer.

2.3.5 Folkehelsearbeidet krever sektorovergripende innsats

Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats rettet mot samfunnsforhold og miljøfaktorer som påvirker levevaner og helse. Påvirkningsfaktorer og kraftfulle virkemidler som har innvirkning på folkehelsen ligger i alle sektorer.

Folkehelsearbeidet forutsetter tverrsektorielle løsninger. Det vil være viktig å knytte forebygging inn mot NAV reformen, arbeidsmiljøtiltak, barnehage og skolesektor, frivillig sektor etc. Likeledes må forebygging knyttes opp mot miljø og omgivelser som fremmer en aktiv og helsebringende livsstil.

Det må i tillegg bygges både på kunnskap og på dialog med berørte parter. Folkehelsearbeid, der kunnskap om tobakk, ernæring og fysisk aktivitet må innarbeides i de fleste utdanningstilbud og i etter- og videreutdanningstiltak, ikke bare innenfor helsesektoren men også inn mot sosialsektor, undervisning/oppvekstsektor og plansektor.

Helsesektoren har med sin oversikt over helsetilstand og sykdomsutbredelse og sin kunnskap om årsakssammenhenger en svært viktig funksjon som leverandør av kunnskap om sammenhenger mellom livsstil, miljøpåvirkninger og som premissgiver i samspill med andre sektorer.

2.3.6 Regional og lokalt folkehelsearbeid

I folkehelsepolitikken er det lagt føringer for å styrke folkehelsearbeidet og gi det en sterkere lokal og demokratisk forankring, bl.a. ved bruk av plan- og bygningsloven som det sentrale planleggingsverktøyet og ved en sektorovergripende organisering basert på partnerskap mellom mange byggende krefter i fylker og kommuner. Hensikten er en arbeidsform med sterkere forankring i ordinære politiske og administrative prosesser, forpliktende samarbeid og territoriell samordning for å skape en utvikling tilpasset lokale forutsetninger og behov.

Som starten på en langsiktig strategi ble det i 2004 etablert en midlertidig stimuleringsordning rettet mot fylker og kommuner for å utvikle en varig infrastruktur for folkehelsearbeidet basert på partnerskap. Fylkeskommunene har som regionale utviklingsaktører tatt utfordringen som pådriver for regionalt og lokalt folkehelsearbeid og påtatt seg lederrollen i regionale partnerskap for folkehelse. Statlig stimulering forutsetter at kommuner og fylker bidrar med egne ressurser og at

arbeidet forankres i det fylkeskommunale og kommunale plansystemet. Totalt er nå 16 av landets fylker og et stort antall kommuner i disse fylkene inkludert i satsingen. Målet er at alle fylker og kommuner skal med i partnerskapsordningen.

Folkehelsearbeid dreier seg mye om å påvirke holdninger og dette kan gjøres effektivt i lokalsamfunnet. Det tverrsektorielle engasjementet i kommuner og blant befolkningen må derfor stimuleres og styrkes. Statlige myndigheter kan sikre dette ved at det tilbys maler/veiledere til kommunene for det lokale folkehelsearbeidet, forankret i strategiplaner for de ulike forebyggingsområdene

2.4 Samordnede tjenester

Direktoratet vil vise til Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenestens beskrivelse av god kvalitet. Her heter det at god kvalitet kjennetegnes at tjeneste er samordnet og preget av kontinuitet.

Med dette mener vi tjenester preget av samarbeid, samhandling, og god ansvars- og arbeidsfordeling. God informasjonsutveksling vil understøtte slike tjenester.

Samordnede tjenester vil dermed bidra til at brukerne mottar tjenester på den mest hensiktsmessige, og virkningsfulle måte, og at alle aktørene på denne måten "spiller hverandre gode" i møte med brukerne.

2.4.1 Samspillet mellom de ulike aktørene

Etablering av formelle og driftsmessig stabilt fungerende samspillsformer mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er en stor utfordring for det norske helsesystemet i de kommende år. Direktoratet mener Nasjonal plan i større grad bør ta opp dette spørsmålet.

Vilkårene for eierstyring, innholdsstyring og i noen grad myndighetsstyring fremstår som markant forskjellige i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

2.4.2 Samhandlingsutfordringer er også IKT-utfordringer

I behovet for styrket samhandling og samordnede tjenester, ligger vesentlige utfordringer for IKT-utviklingen, i form av synkronisering av utvikling og utbredelse der aktørene er klare til å samhandle elektronisk, utvikling av meldinger og standardisering av informasjonsinnhold og utvikling av avtaleverk og tilkoplingsmodeller til Norsk helsenett.

En utfordring for samhandlingen mellom nivåene, og spesielt innenfor IKT-området, er ulikheten i graden av samordning og handlekraft mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene har gjennom sitt strategiske samarbeid i Nasjonal IKT, tatt ansvar for koordinering og samordning av aktiviteter og tiltak innenfor IT-området i spesialisthelsetjenesten. Det finnes foreløpig ingen tilsvarende koordinerende organ for kommunal helsesektor.

Direktoratet mener Nasjonal helseplan i sterkere grad bør fremme tiltak som kan bidra til at potensialet i IKT for bedre og mer samordnede tjenester utnyttes i hele helsetjenesten.

Et vesentlig løft for den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil være å satse på en bedre strukturering av ansvarsforhold og prosedyrer når pasienter skal ut fra

spesialist- og til primærhelsetjenesten. Direktoratet foreslår at dette fanges opp i Nasjonal helseplan og oppfølgingen av Wisløff-utvalget.

IKT-utviklingen utfordrer det eksisterende regelverket i sektoren. Avveiningen mellom konfidensialitet og personvern på den ene side og hensynet til tilgjengelighet og forsvarlig pasientbehandling på den annen, er både meget sentral og meget utfordrende. Helse- og omsorgsdepartementet har iverksatt en gjennomgang av begrensninger i regelverket opp mot kliniske behov for tilgang til informasjon. Gitt betydningen av dette arbeidet bør det omtales i Nasjonal helseplan.

En IKT-”løsning” som synes å få fotfeste internasjonalt, for å løse samhandlings- og interoperabilitetsvansker (inkl juridiske barrierer knyttet til personvern) er å etablere samhandlings- eller kjernejournaler². Direktoratet mener dette bør løftes sterkere frem i Nasjonal helseplan.

2.5 Beredskap

Direktoratet ønsker å løfte frem satsingen på beredskapsområdet. Det er utarbeidet et eget tekstforslag om beredskap som ligger i vedlegg 3. Direktoratet viser til denne separate teksten som innspill og tekstforslag til Nasjonal helseplan.

Et sammendrag av de mest sentrale momentene følger her:

2.5.1 Beredskap lokalt/i kommunene

I inneværende periode har det vært satset mye på å få beredskapen på sentralt og regionalt nivå opp på et tilfredsstillende nivå, bl.a. gjennom lov- og forskriftsarbeidet. Dette arbeidet må fortsette. Norske kommuner arbeider seriøst med beredskap og de fleste nå har vedtatt beredskapsplaner. Det er nå naturlig å dreie fokuset mer mot kommunalt nivå. Kommunene innehar en svært sentral og viktig rolle for helseberedskapen. Erfaring har vist at mange kommuner har gode beredskapsplaner og god krisehåndteringsevne. Det er likevel stor ulikhet mellom kommunene på dette området.

Beredskapsarbeidet må kontinuerlig videreutvikles. Mange kommuner har bl a på grunn av størrelse ikke sett seg i stand til å kunne sette av tilstrekkelige midler til beredskapsarbeid. Derfor er det viktig å sette kommunene (herunder også andre lokale organer) i stand til å ta neste skritt, bl.a. ved at sentrale myndigheter utarbeider nasjonale retningslinjer og annen tilrettelegging for beredskapsarbeidet. Det må også tas initiativ slik at kommuner kan utveksle erfaringer og informasjon. Fylkesmennene må spille en betydelig rolle i denne forbindelse. I tillegg er det kommet til nye kommunale utfordringer som må vurderes sammenheng med risiko- og sårbarhetsanalyser, herunder oppgaver innenfor utlendingsmyndighetenes ansvarsområde.

2.5.2 Informasjon og kompetanse

I tillegg til å være stor og omfattende er helse- og sosialtjenestene en kompleks organisasjon. Dette krever tilstrekkelig og korrekt kommunikasjon og informasjon

² Samhandlings- eller kjernejournal er ikke godt definerte termer, men kan innebære at utvalgte helseopplysninger automatisk sendes som meldinger fra helsepersonell sitt EPJ til en ekstern database hvor de blir tilgjengelige for annet helsepersonell basert på autentisering av den som slår opp i databasen. EUs term for dette er 'Patient Summary'. Det pågår et prosjekt i Trondheim kommune med et elektronisk medisinkort som er en form for kjernejournal.

mht planlegging, forberedelser og ikke minst krisehåndtering for å kunne nyttiggjøre eksisterende personell- og materiellressurser best mulig.

2.5.3 Forsyningsberedskap

Det må arbeides videre med ordninger for å sikre tilstrekkelige forsyninger til helsetjenesten ved kriser. Beredskap må bygges inn i ordinære forsyningssystemer, det må utvikles ordninger for legemidler og materiell som ikke brukes i helsevesenet til daglig, samt foretas en gjennomgang av det regulatoriske. Det er helsetjenestene som er ansvarlig for å sikre tilfredsstillende forsyningsberedskap. Det er imidlertid behov for å avklare hvilke tiltak som bør organiseres sentralt.

2.5.4 Smittevernberedskap

Kommunene er lokal smittevernmyndighet og dermed sentrale ved håndteringen av utbrudd av smittsomme sykdommer. Mange kommuner er godt forberedt på dette, jf. legionellautbruddet i Østfold våren 2005. Det er imidlertid grunn til å tro at ulikhetene mellom kommunene er store, jf. det som er sagt over. Dette er det viktig å følge opp fremover, spesielt med tanke på en mulig pandemi.

Selv om Norge er relativt godt forberedt på en mulig pandemi må tiltakene løpende vurderes ift utviklingen og ny kunnskap.

2.5.5 Håndtering av kriser og katastrofer i utlandet

En rekke utfordringer for beredskapsarbeidet blir beskrevet i St.mld. Nr. 37 (2004 – 2005), Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering. Politidirektoratet er gitt i oppdrag å samordne norske myndigheters planlegging av håndtering av kriser og katastrofer i utlandet.

Helsemyndighetene planlegger sine tiltak ut i fra følgende hovedområder:

- Hjelp til norske borgere på skadestedet
- Sørge for hjemtransport av skadede
- Mottak av skadede, evt. hospitalisering
- Oppfølging av pårørende, hjemkomne og andre berørte

2.6 Global helse

Global helse berører de oppgavene som krever mellomstatlige løsninger og som i angår oss alle. Eksempler er arbeidet for å redusere faren for epidemier, felles opptreden i forhold til tobakk og alkohol, harmonisering av medisinsk-tekniske definisjoner og rapportering, og et hensiktsmessig legemiddelmarked som er i alle lands interesser. Global helse er et videre begrep enn ulandsmedisin, som interesserer seg for fattige lands helseproblemer. Ulandsmedisin faller inn i et bistandsperspektiv, men har også stor relevans når global helse diskuteres.

2.6.1 Norsk perspektiv

Norge bidrar internasjonalt for å oppnå god helse. Norge går inn for å fremme rammebetingelser og verdier som demokrati og likeverd, samt bidra for å fremme internasjonale fellesgoder og bygge en bedre organisert verden på ulike

internasjonale arenaer. I utviklingssamarbeidet bidrar Norge med økonomisk støtte gjennom bilaterale, multilaterale og globale kanaler. Norge kan i større grad enn i dag bidra internasjonalt også med erfaringer, kunnskap og kompetanse innen global helse.

2.6.2 Internasjonalt samarbeid

2.6.2.1 Verdens helseorganisasjon (WHO)

WHO er det ledende organet for globale helsespørsmål. Fra norsk side gis arbeidet i WHOs styrende organer høy prioritet.

Mange av de sakene WHO setter på kartet er viktige for Norge. Eksempler er: Smittsomme sykdommer, reproduktiv helse, helsepersonell og migrasjon, sosiale helsedeterminanter, ernæring og fysisk aktivitet, alkohol, helsesystemer, helse og handel, global helseforskning og eHelse. Helseforvaltningen, UD og Norad samarbeider om WHO saker gjennom det nasjonale WHO-forum som har regelmessige møter.

2.6.2.2 Andre regionale arenaer

Andre viktige arenaer for globale helsespørsmål er Nordisk ministerråd, Russland/nærområdene og EU-samarbeidet.

2.6.2.3 Utviklingssamarbeid

Helse er satt høyt på dagsordenen etter at "The Global Commission on Macroeconomics and Health" slo fast at utvikling forutsetter god helse. Globale helsespørsmål er en viktig del av FNs tusenårsmål (Millennium Development Goals – MDGs) som ble vedtatt av alle verdens ledere i 2000. Her framheves mødrehelse, diaré og luftveisinfeksjoner hos barn, malaria, tuberkulose og hiv/aids. Men også de såkalte neglisjerte tropesykdommene, som i mange tilfeller kan bringes under kontroll med enkle midler, blir nevnt. Reduksjon av barnedødeligheten med to tredjedeler innen år 2015 (MDG 4) står høyt på listen over globale helseutfordringer fra norsk side. Innenfor utviklingssamarbeidet bidrar helseforvaltningen inn mot UD/Norad der det er relevant.

2.7 Rehabilitering

Forskrift om rehabilitering og habilitering stiller blant annet krav om at kommunehelsetjenestene og spesialisthelsetjenesten skal ha oversikt over behovet for disse tjenestene, at kommunene skal planlegge sin virksomhet på området og at det skal finnes en koordinerende enhet både i kommunen og i det regionale helseforetaket.

Generelt synes forskriften så langt å ha hatt begrenset betydning for kommunenes og spesialisthelsetjenestens planlegging og koordinering av habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Oversikten over hvem som får tilbud om habilitering eller rehabilitering er fragmentert. Det finnes ingen oversikt over hvor mange som har behov for hjelp.

Målet med individuelle rehabiliteringsprosesser er å oppnå økt deltagelse sosialt og i samfunnet. Utviklingen – slik den gjenspeiles i veksten i forbruket av ulike

trygdeytelser som sykepenger, rehabiliteringspenger og uførepensjon – tyder på at det er store udekkete behov. Det er også påvist geografiske forskjeller i tilbudene. Store grupper av personer med funksjonsvansker er i dag ikke målgruppe for viktige deler av tjenesteapparatet. Et eksempel er voksenhabiliteringstjenesten.

2.7.1 **Anbefalinger**

Direktoratet mener rehabilitering bør løftes sterkere frem i Nasjonal helseplan, og følgende punkter vektlegges spesielt:

- Datagrunnlaget for hvor mange som har behov for habilitering og rehabilitering må forbedres
- Rapporteringen om hvilke brukergrupper som finnes og hvor mange som får et tilbud må forbedres
- Det må etableres samhandlingsrutiner som sikrer at langtidssykemeldte, personer på attføring eller med rehabiliteringspenger får bistand til (re)habilitering
- Det bør satses spesielt på ungdom med funksjonsvansker og kroniske sykdommer, slik at (re)habiliteringsprosesser kan ha hel eller delvis yrkesaktivitet som mål

3 Kommentarer til det foreliggende dokument

I dette punkt gjennomgås Sosial- og helsedirektoratets samlede kommentarer til det foreliggende utkastet. Vi har søkt å holde en kronologisk orden med referanse til punktene i det eksisterende dokument.

Punktene om folkehelse, samhandling, og primærhelsetjeneste bør leses i lys av de innspillene vi gir under punkt 2, der disse feltene gis ekstra fokus.

Der vi gir innspill og forslag om ny tekst som vi mener kan erstatte eller supplere den foreliggende har vi markert denne teksten i kursiv.

3.1 Forordet

I forordet til Nasjonal helseplan står det "Vi er nærmere målet om at alle skal sikres likeverdig tilgang på helsehjelp av god kvalitet uavhengig av bosted, sosial status, personlig økonomi, etnisitet eller diagnose". SHdir anbefaler at man også inkluderer folkehelsearbeid ved siden av helsehjelp.

3.2 Del I Rammer og spørsmål

Sosial- og helsedirektoratet mener spørsmålene til høringsinstansene er relevante og dekkende. Prosessen rundt høringen har imidlertid vært uvanlig og kort, og inkludert noen parallelle prosesser med høringsmøter og drøftinger av særskilte tema. Av listen over høringsinstanser vil flere, kanskje særlig kommunesektoren, ha marginal kapasitet til utredning og planlegging. Direktoratet anbefaler derfor at man i vurderingen av høringsinnspillene og i det videre arbeidet med planen tar hensyn til dette.

3.3 Del II Felles utfordringer i helsetjenesten

SHdir anbefaler at man i Nasjonal helseplan fremhever følgende tre problemstillinger:

- økt sosial ulikhet i helse
- sterk vekst i antall eldre
- behov for bedre prioritering

Områdene er på ulike måter godt omtalt i planen, men direktoratet anbefaler at de får en tydeligere plassering.

Under punktet **Tverrfaglige satsninger, handlingsplaner og strategier** der ulike handlingsplaner etc. er referert til, ønsker direktoratet at også *Handlingsplanen for fysisk aktivitet* nevnes.

En spesiell utfordring som kan nevnes er kravene til utdanning og opplæring versus produksjonskrav og kvalitetskrav.

3.3.1 *Kapittel 2 Utfordringer for folkehelsen – forebygging*

Direktoratet ønsker å fremheve folkehelsearbeidet særskilt, og har derfor skrevet et eget punkt 2.3 om dette foran. Teksten i punkt 2.3 er direktoratets mening om hva som bør vektlegges vedrørende Folkehelse i planen.

3.3.2 *Kapittel 3 Strategi for kvalitet og prioritering*

Under dette punktet har direktoratet skrevet egen tekst, som eventuelt kan benyttes som underlag i det videre arbeidet. Den er utdypende i forhold til teksten i høringsnotatet. Direktoratet ønsker i denne teksten følgende punkter fremhevet i Nasjonal helseplan:

- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring ... og bedre skal det bli
- Fordeling av roller og oppgaver på området
- Prioritering
- Retningslinjer
- Kvalitetsindikatorer og medisinske kvalitetsregistre
- Pasientsikkerhet
- Forslag om stående nasjonale faggrupper

For økt lesbarhet i dette dokumentet er teksten lagt i vedlegg 1 og fungerer som et helhetlig tekstforslag til Nasjonal helseplan.

3.3.3 *Kapittel 4 Strategi for samhandling*

Sosial- og helsedirektoratet ønsker økt fokus på samhandling og har derfor skrevet et eget punkt om samhandling foran.

Direktoratet mener "samhandling" er et virkemiddel for å oppnå "samordnede tjenester", og mener denne siste betegnelsen er mer dekkende fordi den beskriver målsettingen for flere virkemidler.

Til utkastet har vi i tillegg følgende kommentar:

Under punktet "*Felles nasjonalt IKT-nett som omfatter de sentrale helse- og trygdeaktører*" (s 22) bør det sies mer om informasjonssikkerhet, og de helt nødvendige lovmessige tilpasninger som må til på området for å kunne få til en ønsket samhandling.

I dag vil f. eks deler av sikkerhetsbestemmelsene i personopplysningsloven og journalforskriften være til hinder for en effektiv sømløs kommunikasjonsutveksling mellom de ulike helsenivåene, pleie- og omsorg og sosialtjenesten. Bruk av felles journal og tverrfaglig arbeid i samme journal er f. eks ikke mulig.

3.3.4 *Kapittel 5 Psykisk helse*

Sosial- og helsedirektoratet har valgt å avlevere et helhetlig innspill til kapittel 5. Utkastet tar utgangspunkt i det opprinnelige, men forslår noen større og mindre endringer. Det nye forslaget til kapittel er i sin helhet gjengitt i vedlegg 2.

SHdir foreslår å endre tittelen på kapittel 5 til "Psykisk helse, vold, traumatisk stress og rus" Direktoratet ønsker videre å tilføye et underpunkt "Vold og traumatisk stress" og et eget underpunkt "Rus".

3.3.5 *Kapittel 6 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi(IKT) i helsetjenesten*

Sosial- og helsedirektoratet kjenner til at det underveis i prosessen er fremsendt et helt nytt utkast til kapittel 6 fra Departementet. Det nye kapitlet beskrives i et eget skriv.

Vi ønsker her kun å trekke opp noen overordnede linjer i forhold til IKT.

SHdir mener det er riktig at IKT tas opp i den bredde som høringsnotatet legger opp til. På kort og mellomlang sikt vet vi at IKT-utvikling vil kreve stor innsats fra aktørene i helsetjenesten – på alle nivåer. Innsatsen, og ikke minst koordineringen av innsatsen, vil ha avgjørende innvirkning på graden av effektivitet, produktivitet og kvalitet i tjenesten i samme periode.

Nåværende IT-strategi (S@mspill 2007) utløper ved utgangen av 2007, og vi vil anbefale at hovedtrekkene i denne ligger fast i denne perioden. Vi vil også anbefale at omfattende nye strategier og tiltak på IKT-området blir tema for en ev. ny strategiplan fra 2008.

I det første foreliggende kapittel 6.2 – s.28, punktet "Pasientens tilgang til egen journal" er det bare innsyn i journalen som er omtalt. En mer aktiv delaktighet i oppfølgingen av egen helse og behandling bør også drøftes. Dette er et empowermentbasert prinsipp som i fremtiden krever at også pasienten kan skrive i egen journal, ved at epj har egne felt hvor den som har kontakt med helsepersonell kan gjøre sine egne notater. Dette vil kreve lovtilpasninger og holdningsendring blant helsepersonellet.

Direktoratet mener teksten i dette kapitlet bør være mer visjonær og langsiktig. De overordnede mål med selve helsetjenesten er ikke vurdert eller spesifisert, noe som gjør forankring for virkemidler som IKT utydelig. Målet med å bruke IKT i helsetjenesten er tilsvarende heller ikke spesifisert.

Vi vet at helsepersonell i dag står med en fot i en papirbasert verden og en fot i en elektronisk verden. Dette er svært ressurskrevende, ineffektivt og kostbart. Det må være en overordnet føring å så fort som mulig og forsvarlig komme over til en rent elektronisk verden – der det er hensiktsmessig!

I en målstruktur for sektoren er IKT, som nevnt, bare et virkemiddel, men det er et virkemiddel som er involvert i de aller fleste målene virksomhetene i sektoren har. IKT skal understøtte informasjonsflyten og arbeidsprosessene både helsefaglig, logistisk, administrativt og økonomisk. En helhetlig utvikling av IKT-redskapene på alle disse områdene er nødvendig for å realisere de gevinstene som IKT kan gi.

En periodisk plan (som vi har skjønnt Nasjonal helseplan skal være) bør ha uttrykte mål for hvor langt mot slik utvikling vi skal komme i løpet av perioden.

IKT-utviklingen i helsesektoren er i utakt. Det synliggjøres ved at noen prosesser og arbeidsområder er godt understøttet av IKT, mens andre er det ikke, samt at noen grupper av aktører i sektoren er kommet betydelig lenger enn andre med implementering av IKT-løsninger. På denne bakgrunn peker synkronisering og koordinering av den videre utviklingen seg ut som både nødvendig og effektivt.

En slik systematisk kartlegging av kapabilitet og modenhet er ikke tilstede innenfor spesialisthelsetjenesten i dag. Dette vil være nødvendig, selv om det er omfattende og krevende, innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester også.

IT-utviklingen fremover må i mye større grad være basert på kliniske behov og kliniske prosesser. Fastleger har i dag IT-systemer hvor de selv har vært delaktige i utvikling av grensesnitt og struktur. På sykehus har involveringen av personell vært betydelig mindre og IT-systemene oppleves og beskrives som mye mindre understøttende.

3.3.6 *Kapittel 7 Forskning for bedre helse*

Det er positivt at Nasjonal helseplan legger betydelig vekt på økt satsing både innen medisinsk og helsefaglig forskning. Det er også viktig at Forskningsrådet har en nasjonal forskningsstrategi som tar hovedansvar for overordnede nasjonale prioriteringer.

En Nasjonal helseplan må understreke behovet for å prioritere forskning innenfor de ulike forebyggende fagområdene, slik at man får et økt kunnskapsgrunnlag i forhold til forebyggende tiltak.

Forslag til supplerende tekst:

Det er behov for mer kunnskap og tverrfaglig forskning innenfor kronisk syke og mestring/det å leve med sykdommen.

Forskning på sammenhenger mellom pasientstrømmer og hvordan dette over tid påvirker ressursbruk, organisasjon og sykehusbygg/infrastruktur vil være viktig.

Dette vil bidra til et bedre og mer kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag for planlegging og styring av tjenestetilbudet, herunder bygg og utstyr.

Under punkt 7.3 "Særskilt kompetanseoppbygging" står forebygging som et fagområde: det bør under forebygging listes opp de ulike fagområdene som ernæring, tobakk og fysisk aktivitet.

Noen områder som hittil har hatt liten oppmerksomhet i forskningsmiljøene er forhold knyttet til sjeldne diagnoser. Det er ingen gode studier som viser forekomst av ulike sjeldne tilstander, deres helsetilstand og deres behov for tjenester. Innen habilitering og rehabilitering er det ingen systematiske studier som kan anslå behov for habilitering og rehabilitering i forhold til de tilbud som gis. Målet er økt samfunnsdeltagelse, men dette er ikke kartlagt om dette oppnås og hvilken betydning helsetjenestens bistand har i individuelle habiliterings-/rehabiliteringsprosesser.

Det bør også forskes mer på hvordan helsetjenesten kan tilrettelegge sin aktivitet på en mer effektiv måte ved bruk av IKT-løsninger. Særlig gjelder dette bruk av e-kommunikasjon i kontakten med publikum, og hvordan slik kommunikasjon kan/skal dokumenteres i epj-sammenheng. Også her er sikkerhetsforhold en viktig faktor, men helsepersonellens holdninger og tilrettelegging for helsepersonellens bruk av slike løsninger i det daglige arbeid må få økt oppmerksomhet.

3.3.7 *8 2 Samhandling og koordinering.*

Etter "Det er viktig at bredde og målgruppe for strategier og planer er tydelig definert." Foreslår vi satt inn:

Videre vil det være viktig at handlingsplanene er koordinert.

I tabellen punkt 8.4 mangler:

- *Nasjonale handlingsplaner for kreftbehandling 2005*

- *Handlingsplan for riktigere legemiddelbruk 2006*
- *Handlingsplan for fysisk aktivitet*
- *Handlingsplan for et bedre kosthold (under utarbeidelse)*

For å støtte satsingen på Lærings- og mestringssentre foreslås følgende supplerende tekst:

Det bør i større grad fokuseres på Læring og mestring. Flere grupper må få tilbud innenfor Lærings- og mestringssentrene. Tilbudet må bli mer tilgjengelig for fremmedspråklige. Aktiviteten mangler i stor grad finansiering.

3.4 Del III Den kommunale helse- og sosialtjenesten

Primærhelsetjenesten er helsetjenestens grunnmur. Det er kommunenes ansvar å tilby et bredt spekter av tjenester med god tilgjengelighet for befolkningen.

Primærhelsetjenesten inklusive pleie og omsorg som utgjør den største og viktigste delen av landets helsetjeneste, både i omfang og i betydning for folkehelsen.

God kvalitet og god ressursanvendelse i helsetjenesten forutsetter at kommunene satser på forebyggende arbeid og samordnede lokale behandlings- og pleietilbud.

Systematisk forebyggende virksomhet og lav terskel inn til de primære behandlingstilbud kan hindre mer omfattende helseproblemer i å utvikle seg, og dermed også hindre at det utløses store kostnader for spesialisthelsetjenesten. Satsing på forebygging og tjenester med lav terskel er viktig for å motvirke de økte sosiale ulikheter i helse, og fremmer også brukervedvirkning og egenomsorg.

Økt kompetanse, bedre personelldekning, samordning og faglig myndiggjøring av primærhelsetjenesten kan motvirke at pasienter unødig henvises til spesialisert behandling eller blir kasteballer mellom ulike kommunale tjenester og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Wisløff-utvalget foreslo å samordne finansieringsinsentivene for spesialist- og primærhelsetjenesten, slik at resultatet for pasientene tillegges mer vekt. Dette vil regjeringen følge opp som egen sak. En myndiggjøring av primærhelsetjenesten forutsetter at spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene tas på alvor. Dette skal ivaretas i styringen av helseforetakene.

Del III er uklar med hensyn til skillet mellom helse- og sosialtjenesten og pleie- og omsorgstjenesten. Begrepene blandes og bruken er ikke helt konsekvent.

Direktoratet ønsker at bredden i helse- og sosialtjenesten i kommunen løftes tydeligere frem, og utfordringene omkring samhandling mellom de ulike yrkesgrupper i kommunenes helse- og sosial og pleie- og omsorgstjenester bør beskrives med forslag til tiltak.

Planen må først og fremst fokusere på om dagens tiltak er i tråd med fremtidens behov, evt. hva som kan gjøres for å møte fremtidens behov på en bedre måte. Et eksempel er ønsket om økt bruk av e-kommunikasjon mellom fastlegen og publikum. Det er et betydelig gap mellom dagens bruk sett i forhold til både de muligheter som tekniske løsninger gir i dag, og bruk av e-kommunikasjon i andre sammenhenger som f. eks bank og handel. I planen bør man si noe mer om hva man vet om mulige effekter av slik kommunikasjon, og synliggjøre myndighetenes forventninger til fastlegen, og annet helsepersonell sin prioritering i forhold til å ta i bruk denne type pasientkontakt. I den forbindelse bør det gjennomføres undersøkelser i den norske

befolkningen omkring deres syn på bruk av e-kommunikasjon i kontakten med helsepersonell, pleie- og omsorg og sosialtjenesten.

3.4.1 *Kapittel 9 Den kommunale helse- og sosialtjenesten*

SHdir foreslår at "Helsefremmende og forebyggende tjenester" konsekvent endres til "*Folkehelsearbeid*"

3.4.2 *Pleie- og omsorgstjenesten*

Departementet ønsker å videreutvikle og styrke lokaldemokratiet for å sikre at tjenestetilbudet bygges ut i tråd med lokale ønsker og behov.

En utfordring som bør vektlegges er mest mulig likt regelverk, herunder for finansieringsordninger, for sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie og omsorgsboliger. Det finnes ikke per i dag noe sentralt regelverk for omsorgsboliger, som ikke er forankret verken i lov eller forskrift. For tiden ser vi en sterk utbygging av omsorgsboliger som ikke reguleres av sykehjemsforskriften og vederlagsforskriften.

Ved utvikling av strategier på pleie og omsorgsområdet bør pårørenderollen belyses. Det er vesentlig at pårørende først og fremst får anledning til å være pårørende og ikke blir omsorgsarbeidere og koordinator av tjenestebehovene til pasienten. For pårørende til funksjonshemmede er dette en stor utfordring. Det må derfor settes inn tiltak som sikrer at pårørende får nødvendig avlastning og at personen med funksjonstap og/eller kronisk sykdom får tilstrekkelig praktisk hjelp i dagliglivet. Særlig når det gjelder barn og unge er dette viktig for å bidra til at foreldre kan være yrkesaktive og den unge kan få mulighet til et sosialt og selvstendig liv uavhengig av foreldre.

I familier med medlemmer som har redusert funksjonsevne glemmes ofte tiltak for søsken til barn med funksjonshemninger og barn av foreldre som er eller blir funksjonshemmet. Disse gruppene vil kunne ha nytte av å treffe andre i samme situasjon, uten at familiemedlemmet med funksjonshemning er tilstede. Her kan Lærings- og mestringssentrene ha en viktig oppgave, men dette vil kreve en finansiering som dekker tiltak for "friske søsken" og "friske barn".

3.4.3 *Helsestasjon- og skolehelsetjenesten*

Helsestasjon- og skolehelsetjenesten 0 – 20 år (herunder helsestasjon for ungdom) når hele barnebefolkningen, deres foreldre og mange ungdommer. Tjenesten bidrar sterkt i det forebyggende helsearbeidet, som kanal for helsemyndighetenes ulike forebyggingsbudskap og inspirator for brukerne til økt egenomsorg. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten er i en bedre posisjon enn noen annen del av helsetjenesten til å endre folks atferd. Strategier som iverksettes gjennom helsestasjon- og skolehelsetjenesten er gjennomgående de helsetiltak som gir best effekt for befolkningens helse, samtidig som de bidrar til å motvirke sosial ulikehet i helse. Dette henger sammen med den lave terskelen inn til tjenestene, befolkningens store tillit til disse tjenestene og deres evne til å motivere folk fra alle sosiale lag. Ikke minst er gravide og mødre i en livssituasjon der de føler stort ansvar og ofte er lette å motivere, og med stor påvirkning på sine barn.

En langsiktig styrking av helsestasjon- og skolehelsetjenesten for å øke dens kapasitet til både ordinære konsultasjoner, rådgivnings/ veiledningsvirksomhet og kampanjeretta arbeid er noe av det viktigste kommunene kan gjøre for å bidra til å bedre befolkningens helse og redusere de sosiale helseforskjellene.

3.4.4 Legetjenester i kommunene

Legetjenestene er en viktig brikke i kommunenes helsetjenester. I dette punktet beskrives forskjellige deler av legetjenesten i kommuner. Direktoratet mener disse differensierte funksjonene og tiltak for styrking og harmonisering av dem bør komme sterkere frem i Nasjonal helseplan.

Det er et behov for en samlet gjennomgang av de ulike roller legetjenesten i kommunene har for å finne frem til tiltak og virkemidler som kan understøtte disse.

3.4.4.1 Allmennlege/fastlege

Allmennlegetjenesten bør i likhet med helsestasjon være et tilbud med lav terskel, fordi det ikke er andre instanser som har vurdert pasientenes behov før de kommer. Fastlegen har en nøkkelrolle som forvalter av store faglige og økonomiske ressurser på vegne av helsetjenesten. I sum innbærer dette at fastlegen foretar en rekke prioriteringsbeslutninger. Det er avgjørende at fastlegene holder god balanse i rollene som både pasientenes advokat og portvakt på vegne av helsetjenesten. Direktoratet mener at Nasjonal helseplan bør inneholde tiltak for å understøtte fastlegene i dette.

Fastlegen har et ansvar for alle som står på sin liste. Nasjonal helseplan bør understøtte tiltak som gjør at fastlegene setter av tid til grupperettet forebyggende arbeid, og til å bruke ekstra tid på personer som av ulike grunner er i en sårbar livssituasjon og hjemmebesøk hos pasienter som kan ha vanskelig for å oppsøke lege.

3.4.4.2 Kommunelegefunksjonen

Kommunelegen er medisinsk-faglig rådgiver for kommunen, og dermed en sentral premissleverandør for lokale helsepolitiske beslutninger, helsemessig beredskap og ivaretagelse av smittevernoppgaver som utarbeiding av smittevernplan og miljøretta helsevern for øvrig. Spesielt på bakgrunn av fastlegenes svake forvaltningsmessige tilknytning til kommunene, er det viktig å vurdere hvordan kommunelegefunksjonen kan utnyttes for å bidra til et helhetlig helsetjenestetilbud.

3.4.4.3 Offentlig allmennmedisin

Fastleger yter i gjennomsnitt 4,3 timer ukentlig i offentlig allmennmedisinsk legearbeid. I en del kommuner er det noe knapp legedekning i sykehjem, skolehelsetjeneste og helsestasjon for øvrig. Innen samfunnsmedisin har uketimetallet sunket fra 2,41 i år 2000 til 2,08 i 2004.

Kommuner som har fengsler og asylmottak har vansker med å få fastleger til å påta seg offentlige legeoppgaver i disse virksomhetene. Erfaringer fra sykehjem tilsier at stillingsbrøkene i mange tilfeller også bør økes for å øke den faglige sikkerheten i innsatsen til den enkelte lege.

Mange kommuner bør etterspørre flere timeverk i offentlig allmennmedisin, også fordi en forsterket innsats i disse oppgavene kan bidra til å heve kvaliteten på andre helsearbeideres innsats gjennom samspill med lege. Nasjonal helseplan bør inneholde tiltak som gjør offentlig allmennmedisin mer attraktivt for den enkelte fastlege, både gjennom faglig veiledning og å redusere lønnsforskjellen i forhold til kurativ virksomhet.

Direktoratet er bekymret for utviklingen. Nasjonal helseplan bør ta opp problemstillingen og legge til rette for vurdering og utprøving av ulike virkemidler for å snu denne utviklingen.

3.4.4.4 Legevakt og øyeblikkelig hjelp

Etter fastlegerformen har presset på legevaktene gått noe ned grunnet bedret tilgjengelighet til lege på dagtid.

Mange leger, særlig utenfor tettbebygde strøk, opplever legevaktstjeneste som en stor belastning, og en ganske stor del av landets fastleger har passert eller vil i løpet av få år passere aldersgrensen på 55 år for slik tjeneste. Nasjonal helseplan bør inneholde en vurdering om helsemyndighetene gjennom fylkesmennene skal initiere interkommunale ordninger for legevakt.

Kapitlet om dette tema i det foreliggende utkast inneholder ikke noe om legevakt og hvilke krav som må stilles til denne med hensyn til akuttmedisinsk beredskap og krav til samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre nødetater. Sosial- og helsedirektoratet foreslår derfor et nytt pkt. 9.6:

”9.6. Kommunale legevakt

Kommunene har ansvaret for at det etableres en legevaktsordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp hele døgnet.

Den kommunale legevaktstjenesten er en sentral aktør i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Jfr. pkt 13.4 om akuttfunksjoner, skal kommunene i samarbeid med helseforetakene sikre en rasjonell og koordinert innsats i de ulike leddene i den akuttmedisinske kjede.

Det er viktig at legevaktordningen gjøres tilgjengelig for publikum. Det skal den enkelte kommune ha sikret ved bl.a. har etablert et fast telefonnummer til legevakten hvor publikum kan henvende seg ved behov for øyeblikkelig hjelp og at vakthavende legevaktslege er tilgjengelig i det lukkede helseradionettet.”

3.4.5 Tannhelse

Direktoratet har forståelse for at man velger å ha et eget løp for tannhelsetjenesten. Tannhelse er en del av befolkningens helse og når man velger å ha et eget løp bør dette forklares og begrunnes.

Det bør framgå hva som er planene for hvordan tann- og oral helse kan integreres i helsetjenesten med en tydelig inndeling i primær- og spesialist-helsetjeneste.

Systemene for kvalitetssikring i den allmenne tannhelsetjenesten og klinisk forskning i odontologi er svakt utbygd, satsingen fremover bør være mer offensiv og peke på mål og midler på veien fram.

Forslag til ny tekst:

Systemene for kvalitetssikring i den allmenne tannhelsetjenesten og klinisk forskning i odontologi må styrkes, det må fokuseres på mål og midler fremover.

3.4.6 Sosial ulikhet i helse

Direktoratet har i sin rapport om utviklingstrekk, og under punkt 2 i denne høringsuttalelsen løftet frem tiltak for å imøtegå den utvikling vi på dette området. Det vises til det som er skrevet under punkt 2.

Sosial ulikhet i helse bekjempes i stor grad på andre arenaer enn i helsetjenesten. Det er avgjørende at kommunene opprettholder tilbud som fremmer hele

befolkningens deltakelse i sosiale og kulturelle aktiviteter, deres følelse av tilhørighet og selvrespekt. Helsetjenestenes eget bidrag handler i stor grad om at pasienter alltid må tas på alvor, at sårbare pasienter gis økt oppmerksomhet og ikke avskjæres for eksempel på grunn av at de ikke makter å artikulere sine behov. Kommunene må være oppmerksomme på at de i forbindelse med tildeling av rasjonerte tjenester ikke gir etter for ressurssterke pasienter og pårørendes evne til å øve påtrykk på bekostning av pasienter med lav sosial status.

For å nå de mest sårbare gruppene kan det av og til være riktig å etablere tilbud som er fysisk nær brukerne, med fleksible åpningstider og uten krav om timeavtale. Et viktig nasjonalt tiltak med effekt i kommunehelsetjenesten vil være reduserte egenandeler. Egenandeler fungerer som en sperre mot å oppsøke helsetjenesten, særlig for rusmisbrukere og personer som er avhengig av økonomisk sosialhjelp.

3.4.7 *Utfordringer i finansieringssystemet*

Nasjonal helseplan bør ta initiativ til en vurdering av om de ulike finansieringsmodellene som er valgt gir de ønskede effekter på viktige tjenesteområder. Herunder felt som beredskap, samfunnsmedisin, samt legetjenester i pleie- og omsorg, skolehelsetjenester og helsestasjon.

Effekt av de valgte finansieringsordningene på samhandling mellom første- og andrelinjetjenestene bør også vurderes. I denne sammenheng Wisløff utvalgets beskrivelse av et finansieringssystem for *helhetlige* pasientforløp interessant.

3.4.8 *Finansieringsutfordringer vedrørende fastlegeordningen*

I flere utredninger i den senere tid har det blitt påpekt svakheter ved blant annet fastlegeordningen i forhold til kronikeromsorg, deltakelse i tiltak for barn og unge med psykiske problemer, og mer generelt på det ikke-kurative området. Wisløff-utvalget pekte på at samhandlingsutfordringene er betydelige når det gjelder pasienter med kroniske lidelser. Utvalget viser til at dagens ordninger blant annet gir insentiver for oppstyking av behandlinger. Videre anbefaler Agenda/Muusmann rapporten en utredning av finansierings- og avregningsmekanismer, som både i forhold til fastleger og i forhold til relasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten skaper insitamenter som gjør det lønnsomt å avlaste spesialisthelsetjenesten med oppgaver knyttet til pasienter med langvarige sykdommer, kronikere m.v

Finansiering av privatpraktiserende helsepersonell avviker fra finansieringsordningene for de offentlige aktørene gjennom at finansieringsansvaret i hovedsak hviler på en "tredjepart" uten styrings- og prioriteringsansvar.

Finansieringen er dels en rettighet pasienten og/eller tjenesteyteren har på staten til å finansiere virksomheten og tjenesteyteren mottar derfor betaling med få eller ingen andre forpliktelser til andre enn pasienten.

Direktoratet mener det er grunn til å se nærmere på om disse finansieringsordningene understøtter en faglig god prioritering av de samlede ressurser i tjenestene, offentlig og private sett under ett. Sosial- og helsedirektoratet legger imidlertid til grunn at alle de omtalte tjenesteytere utgjør viktige bidrag inn i helsetjenesten. Når finansieringsordningene her ønskes vurdert er det først og fremst med utgangspunkt i et spørsmål om denne type ordninger best understøtter en samlet innretting av helsetjenestetilbudet.

Wisløffutvalget peker blant annet på en bekymring for at de prioriterte pasientgruppene ikke når fram hos de privatpraktiserende legene på grunn av de

sterke kurative insentivene som ligger i dagens normaltariff. Når det i tillegg er knyttet direkte inntektsøkonomiske interesser til denne tredjepartsfinansieringen, og det er etablert en forhandlingsrett som krever enighet om alle endringer, bør det være nærliggende å foreta en vurdering av sammenhengen mellom finansieringssystem og pasientprioritering.

Det er paralleller mellom fastleger, annet privatpraktiserende helsepersonell i kommunene og avtalespesialister i utformingen av avtalesystemet. En rammeavtale mellom Legeforeningen og KS/RHF regulerer kollektivt rettigheter og plikter. Statsavtalen mellom Legeforeningen og staten ved AID regulerer listelengde, basistilskudd, refusjonstakster etc for allmennlegene. De to avtaler forhandles parallelt, med ulike motparter på myndighetssiden.

Det er imidlertid noen meget vesentlige forskjeller. Kommunehelsetjenestelovens bestemmelser om pasientenes rettigheter til å stå på en liste hos fastlegen og legens rolle i et gjensidig og forpliktende forhold, skaper et grunnlag for å tilrettelegge prioriteringer av legeressursene overfor de aktuelle pasientene som i mindre grad er avhengig av økonomiske insentiver.

De individuelle avtalene er også noe mer utfyllende for fastlegene enn for legespesialistene, og kan benyttes til å stille visse vilkår. Vi mener imidlertid at rammeavtalens avgrensning til 7,5 timer ikke-kurativt arbeid pr. uke bør mykes opp i neste forhandlingsrunde. Andre forhold kan også tas opp.

3.4.9 Mulige tiltak som kan varsles i tilknytning til Nasjonal helseplan

Det bør vurderes en gjennomgang av fastlegeforskriften for å se om den er god nok i forhold til de mål og behov som nå er satt på dagsorden. Videre bør avtalene med de andre helsetjenesteyterne med tilsvarende refusjonsordninger (psykologer og fysioterapeuter) vurderes i et tilsvarende perspektiv.

Helsefaglige premisser bør i større grad prege forhandlingene om normaltariffen på myndighetssiden. Dette bør vektlegges ved de fremtidige forhandlings rundene. Så langt mener Sosial- og helsedirektoratet at disse forhandlingene har vært for mye preget av at de er en del av et inntektsoppgjør, og mindre av at de samtidig er et finansieringssystem for tjenester til befolkningen.

Rammeavtale og individuelle avtaler bør ved en passende anledning reforhandles med sikte på et sterkere innslag av muligheter for å stille vilkår til finansieringen av private aktører. Avtaler og krav til enighet mellom partene vil fortsatt måtte bli det normale. Men det bør etableres en rett for myndighetene til å stille utvidede vilkår med sikte på prioritering av utvalgte grupper.

Også den lokale styring bør forsterkes. Kommunelegen kan være et viktig bindeledd mellom fastlegen og kommunen og tilrettelegger for gode faglige prosesser mellom fastlegene og mellom fastlegene og foretaksstrukturen. Kommunelegen kan dermed utgjøre en viktig strukturell faktor som kan utnyttes bedre for koordineringsformål og faglige prosesser inn mot samhandlingsutfordringen. Kommunelegen trenger på sin side også understøttende strukturer på sin faglige rolle. Slike kan tenkes etablert gjennom bruk av regional stat i regi av Sosial og helsedirektoratet. Det er viktig at en slik rolle ikke utformes på noen måte som kan oppfattes å bryte med de etablerte ansvars og styringsformhold eller inngåtte avtaler som er etablert i kommunene. Dette må innrettes som faglig understøttende tiltak og ikke konkurrerende styring.

Likedan bør de regionale helseforetaks muligheter til å stille vilkår i forhold til private avtalespesialister utvides slik at disse tjenestene kan inngå som bedre samordnet med regionale helseforetaks tilbud til befolkningen. Dette vil både understøtte en

bedre prioritering av de samlede ressurser og være et element i kvalitetsutviklingen av tjenestene gjennom faglig integrasjon.

3.5 Del IV Spesialisthelsetjenesten

I store trekk dekker høringsutkastet de viktigste områdene innen spesialisthelsetjenesten. Sosial- og helsedirektoratet ønsker likevel å kommentere enkelte punkter i teksten. Kommentarene spenner fra justering av detaljer, til innspill av mer overordnet karakter.

3.5.1 Kapittel 10 Organisasjon og styring

Oppbygging av kunnskap og erfaring om planlegging, bygging og utvikling av sykehusbygg bør være en nasjonal oppgave. Foretaksstrukturen gir for små enheter til at slik kompetanseutvikling over tid kan skje. Dette bør være en sentral oppgave for SHDir og bør utvikles som en videreføring av Kompetansenettverket for sykehusplanlegging som i dag ligger under SHdir. Dette vil kunne være ett bidrag til å møte behovet for å tydeliggjøre den nasjonale styring og koordinering på investerings- og utbyggingsområdet som etterlyses. Kompetansenettverket kan utvikles slik at det kan understøtte strategiske arbeider i RHFene og tvers av RHFene, mao rette innsatsen mot egnede områder som har potensial for gode fellesskapsløsninger på tvers av regionene.

Utvikling av gode løsninger for fag- og ressursstyring forutsetter at planlegging og styring av ressurser bygger på data fra den kliniske hverdagen. Dokumentasjon av klinisk praksis gjennom pasientforløp som også beskriver ressursinnsatsen for tiltakene kan gi et slikt datagrunnlag.

Forslag til ny tekst: Det bør arbeides systematisk med utvikling av modeller for å ta i bruk pasientforløp for store pasientgrupper. Dette vil kunne gi informasjon om faglig innhold og ressursbruk både innenfor og utenfor sykehusene for samme pasientgruppe, og dermed også gi grunnlag for god samhandling.

Under kapitlet 10.3. Dagens struktur og utfordringer er det bare fokus på behandling etc. Her må det etterspørres foretakenes ansvar for kunnskap om forebygging og behandling av livsstilsrelaterte sykdommer ved bruk av fysisk aktivitet og sunnere kosthold i forbindelse med behandling.

De regionale foretakene bør styrkes formelt i forhold til foretakene, spesielt når det gjelder disponering av investeringer. Det er liten kultur i foretakene til å disponere avskrivningsmidlene de får bevilget til det de er ment å brukes til. Dermed går mesteparten til drift, og ikke til tilbakebetaling av låneopptak. Det kan derfor stilles spørsmål ved om de regionale foretakene, skal disponere de store investeringsmidlene.

3.5.2 Kapittel 11 Kapasitet og struktur

3.5.2.1 Generelt

For å vurdere kapasitet må nødvendige styringsdata være tilgjengelig og datakvalitet bedres.

Forslag til ny tekst: Det må sikres at det utvikles et felles og konsistent datasett for styring og planlegging.

3.5.2.2 Hva forstår vi med kapasitet

Kapasitet har tradisjonelt vært knyttet til senger i sykehus.

Forslag til ny tekst: *Det bør arbeides systematisk for å etablere grunnlag for å forstå hele systemets kapasitet i forhold til alternative modeller for behandling, og hvordan dette kapasitetsbehovet vil endre seg med endringer i befolkningen og i forhold til endringer i teknologi.*

Kapasiteten er bundet opp i sykehusanlegg. Dermed er den også geografisk fiksert for relativt lang tid. Regulering på tvers av HF/RHF områder tar lang tid, selv innenfor ett og samme HF er det vanskelig å regulere kapasitet i forhold til behov. Det tar 10-15 år å planlegge og bygge ny kapasitet for sykehus, dermed vil de rammer som ligger i planene være endret når bygget er ferdig. Utvikling av pasientforløp og modeller som viser sammenhenger mellom forløp/organisering og ressursbehov vil kunne gi et grunnlag for å velge hvor ny kapasitet skal etableres og evt legges ned.

3.5.3 11. 5 Spesialiserte funksjoner

Under "Spesialiserte funksjoner" beskrives det at en del funksjoner må samles på færre steder med flerregionalt eller landsomfattende ansvar. Det er imidlertid viktig at denne funksjonsfordelingen skjer ut fra pasientgrunnlaget og at ikke alene kortsiktige økonomiske gevinster styrer denne funksjonsfordelingen som kan få katastrofale virkninger på utdanningen av medisinske spesialister med bred generell basis, en utdanning landet sannsynligvis vil være avhengig av for den akutte vaktberedskapen i uoverskuelig framtid.

Forslag til supplerende tekst: *Det er viktig at denne funksjonsfordelingen skjer ut fra pasientgrunnlaget og at ikke alene kortsiktige økonomiske gevinster styrer denne funksjonsfordelingen som kan få svært uheldige virkninger på utdanningen av medisinske spesialister med bred generell basis.*

3.5.4 Struktur for utdanning

Under "Struktur for utdanning" tar planen opp behovet for medisinske generalister. Bredt utdannede medisinske spesialister vil antagelig kunne ta hånd om ca. 70 % av pasientene på en god måte. Derfor er behovet for generalister viktig både for de eldre med kroniske og sammensatte lidelser, men også for helsetilbudet for de fleste andre med "alminnelige" lidelser.

Forslag til ny tekst: *Av hensyn til behovet for generalister særskilt for økt antall eldre med kronisk sammensatte lidelser er det viktig at organiseringen av strukturen og funksjonsfordelingen i sykehusene tar hensyn til at utdanningen av spesialister må foregå i et bredt medisinsk miljø. Det vil si at man må være varsom med å splitte de enkelte grenspesialitetene i de to store fagområdene som indremedisin og kirurgi.*

3.5.5 Kapittel 12 Investeringer i spesialisthelsetjenesten

En strategi for bedre samordning av investeringstiltak kan innebære:

- Videreutvikling og forbedring av det felles datasettet og den metodikken som brukes for å dokumentere og beskrive aktivitet og kapasitet.
- Etablering av pasientforløp for de viktigste pasientgruppene for å kunne ressursbruk/behov på tvers av enheter HF og kommunehelsetjeneste

- Utvikle bedre metoder for fremskriving av behov, og utvikle modeller som knytter sammen data om behov, kapasitet og arealer som gjør det mulig å beregne konsekvenser av forventede endringer i behov og teknologi.
- Utvikle tilsvarende modeller for beregning av driftsøkonomiske og samfunnsøkonomiske konsekvenser.
- Felles og enhetlig beskrivelse av funksjoner og ressurser (rom, arealer mv) som gjør det mulig å beregne arealeffektivitet og kapasitetsutnyttelse og sammenligne på tvers av HF og RHF

3.5.6 **Kapittel 13 Lokalsykehus**

Her framkommer ikke noe om kravet til samordning av ressursene innenfor den prehospitale kjede. Det foreslås følgende tilføyelser i teksten til pkt 13.4 (tilføyelser i kursiv):

Tilgjengelighet til akutfunksjoner er grunnleggende for befolkningens trygghet. Folk skal vite at hjelpen er der når akutt skade eller sykdom oppstår.

Det er behov for å samordne primærhelsetjenestens legevakt, den prehospitale beredskapen og akuttberedskapen ved lokalsykehusene og de øvrige sykehusene. Innholdsmessig god akuttberedskap vil bygge på et samspill mellom de ulike akuttmedisinske ressursene. Det er viktig at helseforetakene og kommunene jobber for å sikre en rasjonell og koordinert innsats i de ulike leddene i den akuttmedisinske kjede. Dette kan gjøres bl.a. ved at det etableres lokale medisinske team som kan gjennomføre felles kurs og øvelser.

Alle sykehus skal være i stand til å stabilisere akutte tilfeller. Når det gjelder akuttberedskap innen de ulike spesialiteter må det være rom for tilpasninger i forhold til det pasientgrunnlaget som det enkelte lokalsykehus skal dekke. Også innenfor akuttmedisinen er det behov for sammenhengende behandlingsskjeder, basert på god faglig praksis, der de ulike leddene har spesifikke oppgaver.

En funksjonsfordeling av spesialiteter mellom sykehusene er avhengig av en rasjonell og faglig god ambulansetjeneste.

Helsemyndighetene har stilt kompetansekrav til personell som bemanner ambulanser. Helseforetakene må bidra til at dette kravet blir innfridd innen 2010.

3.5.7 **Kapittel 14 Utdanning av helsepersonell**

Følgende setning bør legges inn:

En undersøkelse fra Shdir viser at medisinstudenter har mangelfull kunnskap om fysisk aktivitet og ernæring som forebyggende og behandlende tiltak.

Det er svært viktig at utdanningen av helsepersonell er tilpasset helsetjenestens oppgaver, og det er derfor viktig at man ikke glemmer utdanningen av helsepersonell når RHFene forandrer sykehusstruktur og funksjonsfordeling.

Som påpekt i kapittel 11 om "Kapasitet og struktur" vil sannsynligvis spesialisthelsetjenesten også i framtiden ha bruk for generalister, og derfor et det et avgjørende at sykehusstrukturen og oppgavefordelingen gjør denne utdanningen mulig. Vaktberedskapen ved de aller fleste norske sykehus er helt avhengig av en bredt utdannet generalist.

Under "Spesialistutdanningen" på side 67 står det i første avsnitt at det er " 13 grenspesialiteter (indremedisin (5) og generell kirurgi (8),..." Det skal imidlertid være: **8 grenspesialiteter i indremedisin og 5 grenspesialiteter i generell kirurgi.**

Norge har en av de best organiserte utdanninger for legespesialister i Europa. Utdanningen og kontroll av utdanningsinstitusjonene har departementet delegert til Den norske lægeforening. Denne modellen har fungert bra.

4 Vedlegg

4.1 Vedlegg 1: Forslag til tekst - strategi for kvalitet og prioritering

Norsk helsetjeneste har høy kvalitet og helsearbeidere har alltid vært opptatt av å forbedre tjenestene og gjennom det bidratt til at norske helsetjenester er blant de beste i verden. Likevel må tjenestene kontinuerlig utvikles og forbedres fordi:

- Samfunn, kunnskap, kompetanse og teknologi er i stadig endring og utvikling
- Brukernes forventninger og krav til medvirkning endrer seg
- Tjenestene ikke alltid virker etter hensikten
- Tjenestene ikke er så trygge og sikre som de bør og kan være
- Tjenester kan være dårlig samordnet

Norge bruker nest mest i verden på helsetjenester pr. innbygger. Befolkningen forventer høy kvalitet herunder en rettferdig fordeling av helsetjenestene.

4.1.1 Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring ...og bedre skal det bli!

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten(2005-2015) tar opp i seg disse utfordringer knyttet til å forbedre kvaliteten og å motvirke at skade inntreffer. Strategien utdyper kvalitetsbegrepet og slår fast at god kvalitet innebærer at tjenestene:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involvere brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelig og rettferdig fordelt

Disse målene skal nås gjennom å:

- styrke brukeren
- styrke utøveren
- forbedre ledelse og organisasjon
- styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene
- følge med og evaluere tjenestene

Bredt sammensatte arbeidsgrupper er nedsatt og har utarbeidet forslag til tiltak for å forbedre tjenestene. Disse presenteres på SHdirs årlige kvalitetskonferanse på Gardermoen den 9. og 10. oktober.

Arbeidet fremover vil bestå i å utvikle et helhetlig system for kontinuerlig forbedring av tjenestene der prioritering, faglige retningslinjer, indikatorer og registre inngår i en helhet med strategien som en samlende overbygning.

4.1.2 Aktørproblematikk – generelt om fordeling av ansvar og oppgaver

Suksesskriterier for gode prosesser og god utvikling er avklarte roller og tydelig fordeling av ansvar og oppgaver.

Etter omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen, etablering av statlig eierskap til spesialisthelsetjenesten og oppretting av det nasjonale kunnskapssenteret for helsetjenesten, er det etablert institusjoner og funksjoner som muliggjør et nasjonalt helhetlig grep overfor mange av de store utfordringene i helsetjenesten.

Den vedtatte nasjonale kvalitetsstrategien drøfter de faglige utfordringene og foreslår tiltak på disse områdene, men den tar ikke eksplisitt opp ansvars- og oppgavefordeling mellom de ulike aktørene i tjenesten. Likevel bygger den på forutsetningen om at:

- Statlige myndigheter (HOD, Sosial- og helsedirektoratet og fylkesmennene) står for overordnede prioriteringer, politiske, faglige og økonomiske føringer, myndighetsutøvelse og monitorering herunder system for ytelsesindikatorer.
- Tjenestene (RHF/HF og kommunetjenesten) og fagmiljøene forøvrig (universiteter, høyskoler og faglige foreninger) besitter fagkompetansen og står for det praksisnære arbeidet og den forskningsmessige utvikling. Disse miljøene må være tungt inne i arbeidet med utvikling av faglige retningslinjer, resultatindikatorer og medisinske kvalitetsregistre.
- Kunnskapssenteret står for kunnskapshåndtering og understøttelse av myndighetenes og tjenestenes faglige utvikling og prosesser, samt oppgaver knyttet til monitorering av kvalitet

Hovedutfordringen er å konkretisere hvordan samhandlingen mellom disse aktørene skal foregå slik at vi får gode nasjonale beslutninger, et likeverdig nasjonalt tjenestetilbud, koordinerte tiltakskjeder og god gjennomføringskraft av beslutningene i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Ansvar og oppgaver innenfor et helhetlig kvalitetsarbeid kan prinsipielt fordeles på samme måten, jfr spesielt tabellene i pkt 2 og 3 nedenfor.

4.1.3 Prioritering

Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften er ikke godt kjent i tjenestene. Rettigheter knyttet til tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og individuelle frister praktiseres ulikt i de ulike helseforetakene. Dette lovgrunnlaget håndterer ikke de prioriteringsutfordringene i kommunehelsetjenesten eller i samhandlingen mellom nivåene i tjenesten. Den ulike praktiseringen av samfunnets forventninger til prioriteringer, utgjør både et faglig og et rettssikkerhetsmessig problem.

Til tross for at de fleste daglige prioriteringsbeslutningene i helsetjenesten skjer i kommunene, har spesialisthelsetjenesten vært i fokus så vel i lovverk, styring og ledelse som i den offentlige debatt om prioritering. Rettighetsbestemmelsene har særlig fokus på en del av pasientforløpet, ikke helheten.

4.1.3.1 Drøfting

Det tilligger helseforetakene å ta beslutninger om faglige prioriteringer. Sosial- og helsedirektoratets ansvar er knyttet til overordnede nasjonale strategier for ensartet praktisering av rettighetsbestemmelsene, nasjonale styringssystemer og prioriteringer. Denne ansvarsfordelingen gjelder i det pågående samarbeidsprosjektet mellom RHFene og Sosial- og helsedirektoratet. Det må

arbeides videre med etablering av faggrupper som utarbeider vertikale prioriteringer – hvilke pasienter innenfor et fagfelt eller en diagnosegruppe som skal prioriteres. Kunnskapssenteret har en naturlig rolle i å fremskaffe nødvendig dokumentasjon i dette arbeidet.

Fra 2005 har Sosial- og helsedirektoratet, etter råd fra Prioriteringsrådet, igangsatt et arbeid for å fremskaffe kunnskap om prioritering i kommunale helse- og omsorgstjenester. For å avklare hvordan statlige føringer i helsepolitikken kan tilpasses det kommunale selvstyre, bør det etableres arenaer der involverte parter sammen kan styrke kunnskapene, utveksle erfaringer og forsøke ut ulike tiltak.

Åpne prioriteringer forutsetter at man finner egnede måter å la allmennheten komme til orde. Prioriteringsrådet kan være en av de institusjonelle ordninger som ivaretar og legger til rette for medvirkning fra borgerne.

De senere års sterkere fall i gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten for tiltak uten rett til nødvendig helsehjelp enn for pasienter med slik rett, tyder på at den økte ressursbruken i norske sykehus i stor grad har kommet lavere prioriterte helsetjenester til gode. Det er derfor tvil om økt ressurstilgang primært bidrar til å hjelpe dem med de største behovene.

Det bør opprettes stående nasjonale faggrupper som ikke bare skal ha oppgaver inn mot prioritering, men som også kan være et samlende fagmiljø for drøftinger knyttet til arbeid med kvalitetsregistre, indikatorer og faglige retningslinjer på det aktuelle fagområdet.

4.1.3.2 Oppsummering prioritering

- Riktigere prioritering i helsetjenesten må fokusere på hele pasientforløpet, ikke bare deler av tiltakskjeden. Det tilrådes en samlet gjennomgang av regelverket for rettighets- bestemmelsene i forbindelse med oppfølging av tilrådsningene fra Wisløff-utvalget, Bernt-utvalget og Aasland-utvalget
- Det bør i løpet av 2007 nedsettes nasjonale stående faggrupper med representasjon fra RHFene og fra kommunal helse- og omsorgstjeneste med sikte på utarbeiding av anbefalinger for prioritering og kvalitet
- Det må utvikles bedre nasjonale styringsdata for prioritering i helsetjenesten og gis nasjonale styringssignaler om nødvendig omfordeling av ressurser ut fra prioriteringsmessige avveininger mellom ulike deler av helsetjenesten og ulike fagområder. Dette utgjør den horisontale prioritering. Shdir er den sentrale rådgiver for HOD i slike spørsmål
- I prioriteringer mellom ulike fagområder bør allmennhetens synspunkter komme til uttrykk.
- Det må i planperioden utarbeides en helhetlig strategi for å styrke kunnskapen, samle erfaringer og prøve ut egnede virkemidler for å sikre riktigere prioriteringer i kommunale helse- og omsorgs- tjenester i et samarbeid mellom de viktigste aktørene, bl.a. kommunene, helseforetakene, statlige myndigheter representert ved aktuelle fagdepartement og underliggende etater, KRD, regionale statlige myndigheter, KS og utvalgte fagmiljø

4.1.4 Retningslinjer

4.1.4.1 System for retningslinjer i Norge

Faglige retningslinjer slik vi definerer det i dag, er et relativt nytt fenomen. De presenterer ikke bare medisinske fakta basert på oppdatert kunnskap, men inneholder også konkrete anbefalinger for utøvere. Innenfor helsetjenesten brukes det betydelige beløp på utarbeiding av faglige retningslinjer som publiseres i ulike format; faglige retningslinjer, veiledere, handlingsprogrammer, terapianbefalinger, prosedyrebøker osv. Mye av dette arbeidet har vært ukoordinert og kvaliteten har variert.

Erfaringer så langt har vist at nasjonale retningslinjeprosesser igangsettes med utgangspunkt i en usystematisk tilnærming, der ulike pressgrupper får gjennomslag uten at behov er tilfredsstillende utredet og vurderinger er gjort i forhold til prioritering av tema for retningslinjearbeid. Å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer etter internasjonalt anerkjente metoder, er en omfattende og kostnadskrevende prosess. Prosessen i seg selv er viktig, da det innenfor fagmiljøene igangsettes diskusjoner og vurderinger av egen praksis, noe som på sikt har betydning for implementering av de nye retningslinjene. Retningslinjer basert på internasjonalt anerkjente metoder er et godt virkemiddel for å påvirke tjenestene. Utviklingen av disse hjelpemidlene skjer i dag ukoordinert og parallelle utviklingsprosesser forekommer innenfor samme temaområdet.

For å utnytte det potensialet som ligger i gode faglige retningslinjer, skal Sosial- og helsedirektoratet utvikle et langsiktig program for retningslinjearbeid. I programmet skal det fremkomme hvordan arbeidet skal koordineres og hvordan man skal sikre at temaområder med størst behov blir prioritert i forhold til utarbeiding av nasjonale retningslinjer. Alle nasjonale faglige retningslinjer skal utarbeides etter internasjonalt anerkjente metoder, men det kan i enkelte tilfeller være behov for korte prosesser og alternative løp for retningslinjearbeid. Dette gjelder spesielt der det haster med vurderinger av ny teknologi og medisinske behandlingsmetoder. I det langsiktige programmet for nasjonale faglige retningslinjer skal det tydeliggjøres hvordan internasjonalt anerkjente metoder for retningslinjearbeid kan tas i bruk i Norge. Det skal opprettes en nasjonal database for faglige retningslinjer som sikrer at retningslinjer er tilgjengelig for helsepersonell. Videre skal det utvikles metoder for kvalitetsmåling (kvalitetsindikatorer) som synliggjør hvilken effekt nye faglige retningslinjer har.

Målet er å sikre at det finnes faglig oppdaterte retningslinjer for alle prioriterte fagområder, at retningslinjene utvikles etter anerkjente krav til kvalitet og at utøvere har lett tilgang til disse retningslinjene.

Nasjonale retningslinjer skal utformes slik at de legger overordnede nasjonale føringer som inkluderer samfunnsmessige og helsepolitiske signaler. Dersom ny teknologi og behandling fører til vesentlige endringer finansielt eller organisatorisk, skal overordnede myndigheter medvirke før endelige anbefalinger formuleres. Når de nasjonale retningslinjer i sin tur skal implementeres regionalt eller lokalt, må de ansvarlige på dette nivå ha rom til å tilpasse anbefalingene til den lokale konteksten.

4.1.4.2 Ansvar og oppgavefordeling innen retningslinjearbeidet

Å lage retningslinjer som fungerer i å påvirke tjenestene og tjenesteutøvernes atferd. Det derfor ikke uten betydning hvem som er involvert i å lage retningslinjer, hvilke roller de har i arbeidet, og hvilke motiver de har med arbeidet.

Flere instanser lager retningslinjer ut fra forskjellige målsettinger. Alle som er involvert i retningslinjearbeid i dag bør også ha en aktiv rolle i fremtiden. Et slikt bredt engasjement er positivt, særlig hvis det er mulig å finne frem til løsninger som bidrar til en økt koordinering av arbeidet. I dag er det de forskjellige organisasjonene og institusjonene som selv initierer slikt arbeid. Kun enkelte ganger sees samarbeid over yrkesgrenser, institusjonsgrenser, osv. Det blir derfor viktig at arbeidet med å lage nasjonale faglige retningslinjer koordineres på en god måte.

Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for å koordinere retningslinjearbeidet, herunder sikre at det blir utviklet retningslinjer på de prioriterte områdene, at anerkjente metoder for utvikling benyttes, og at overordnede samfunnsmessige vurderinger blir ivaretatt i utviklingen av retningslinjene. Koordineringen omfatter også å utvikle et system som sikrer at de mest kompetente aktørene involveres og tillegges ansvar og oppgaver i utviklingsarbeidet. Systemet skal bidra til bedre ressursutnyttelse og en omforent oppgavefordeling mellom aktørene herunder klarhet omkring hva som er nasjonale, regionale og lokale oppgaver i retningslinjearbeidet.

Tjenesteutøverne i spesialist- og primærhelsetjenesten representerer den fremste fagkunnskapen innen de aller fleste feltene. Det er derfor vesentlig at tjenestene trekkes med i fagutviklingen på en god måte og at det stimuleres til økt og koordinert samhandling med de regionale helseforetakene, aktører i primærhelsetjenesten og øvrige sentrale etater (Kunnskapssenteret, Legemiddelverket, Folkehelseinstituttet og de faglige foreningene). Statens helsetilsyn deltar i arbeidet med identifisering av områder med behov for retningslinjer.

4.1.4.3 Vurdering i forhold til normerende roller

Departementet har tydelig pekt på direktoratet som faglig normerende organ.

Nasjonale faglige retningslinjer skal være anbefalinger og råd basert på god og oppdatert faglig kunnskap. Retningslinjene skal være et hjelpemiddel som fagpersonellet skal benytte i de avveininger som må gjøres for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten. Nasjonale faglige retningslinjer er ikke direkte bindende for mottakeren, men er langt på vei styrende for de valg som må tas. Ved å følge oppdaterte faglige retningslinjer vil fagpersonell bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i lovverket. Dersom en velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra de faglige retningslinjene, bør begrunnelsen for dette dokumenteres.

SHdir vil løse de faglige normerende oppgavene i tett samarbeid med tjenestene. Det innebærer at direktoratet ikke vil bygge opp en faglig motekspertise innenfor ulike fagfelt, men snarere bygge på kompetansen som finnes i foretakene og kommunene. Dette kan i stor grad gjennomføres ved at det etableres permanente faggrupper innenfor de viktigste områdene for helsetjenesten, der det er behov for nasjonale prosesser. De regionale helseforetakene, helseforetakene, kommunene og organisasjonene må stille personell og kompetanse til disposisjon i forhold til slike nasjonale prosesser.

4.1.4.4 Helsebiblioteket

Direktoratet mener følgende tekst bør inn i Nasjonal helseplan om helsebiblioteket: Pålitelig kunnskap er kanskje den viktigste ressursen helsetjenesten rår over. Det produseres jevnlig ny kunnskap som kan gi bedre forebygging, sikrere diagnostikk og mer effektiv behandling. Tilgang til slik kunnskap er avgjørende for at helsepersonell skal utføre arbeidet sitt optimalt.

Nye forskningsresultater publiseres vanligvis i vitenskapelige tidsskrifter. Det er umulig for den enkelte lege og sykepleier å holde seg fullt ut orientert i det mangfold av slike publikasjoner som produseres selv innen avgrensede fagområder. Derfor oppsummeres kunnskapen i systematiske oversikter og derfor utarbeides det retningslinjer og andre veiledere. For å finne fram i mengden av kunnskap må den tilrettelegges og gjøres lett tilgjengelig.

Helsebiblioteket (www.helsebiblioteket.no) er en nasjonal, elektronisk formidlingskanal for kvalitetssikret og oppdatert kunnskap rettet mot helsepersonell. Tilgangen til denne kunnskapen skal være så enkel som mulig, og mest mulig av Helsebibliotekets innhold skal også være tilgjengelig for pasienter og publikum. Gjennom Helsebiblioteket får ansatte i kommunehelsetjenesten og ved mindre sykehus tilgang til mye av de samme kunnskapskildene som tidligere var forbeholdt universitetssykehusene. Tilgangen skjer individuelt ved hjelp av brukeridentitet via Internett eller gjennom lukkede nett (institusjoners intranett eller Norsk helsenett).

Ved etableringen i 2006 inneholder Helsebiblioteket vel 1 000 medisinske tidsskrifter og et titall databaser, samt en foreløpig samling nasjonale og internasjonale retningslinjer, veiledere og systematiske oppsummeringer av forskning. I tillegg er et eget emnebibliotek om Psykisk helse etablert. Det planlegges flere slike emnebiblioteker (bl.a. om kreft, eldres helse, legemidler og samfunnsmedisin), og en gradvis økning av andre innholdsressurser. Såkalt praksisnær beslutningsstøtte, som er kunnskapsoppsummeringer tilrettelagt for praktisk, klinisk arbeid, vil bli inkludert, og det vil bli utviklet søkesystemer som gjør bruken av Helsebiblioteket enklere.

Helsebiblioteket driftes av og i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret), og er organisert som en egen enhet med særlig faglig og redaksjonell integritet hjemlet i egne vedtekter fastsatt av Sosial- og helsedirektoratet. Årlig budsjett ved etableringen er knapt 20 mill, som dekkes av Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene, og med et lite tilskudd fra høgskoler og andre institusjoner. Det aller meste av kostnadene er abonnements- og lisensutgifter, og en stor del av dette kan dekkes ved konvertering av tilsvarende abonnementer og lisenser som betales lokalt i dag.

HOD mener at Helsebiblioteket er et viktig nasjonalt kvalitetstiltak for at helsetjenesten skal kunne utøve sin tjeneste i tråd med prinsippene om kunnskapsbasert praksis. Innholdet i Helsebiblioteket må utvides og videreutvikles etter de ulike del-tjenesters behov. I løpet av planperioden er det ønskelig å etablere minst ti emnebiblioteker og tredoble ressursinnsatsen til lisenser og abonnementer på øvrige innholdstjenester.

4.1.5 Kvalitetsindikatorer og medisinske kvalitetsregistre

4.1.5.1 Nasjonale kvalitetsindikatorer

En målsetting med nasjonale kvalitetsindikatorer er å måle og evaluere tjenestene og på denne måten styrke brukeren og bedre brukernes beslutningsgrunnlag. Samtidig er målsettingen å bedre utøverens beslutningsgrunnlag, å gi grunnlag for ledelsesutvikling og kvalitetsforbedring og å styrke opplæringen om kvalitet i utdanningene. At data gjøres offentlig tilgjengelige er viktige forutsetninger for åpenhet og for å skape tillit hos befolkningen.

Ved valg av tema og indikatorer som er tatt i bruk i Norge hittil, har man ønsket å fokusere på områder hvor det er potensial for kvalitetsforbedring, eller der man ønsker få bedre kunnskap om status på området. Valgene har også vært foretatt ut

fra hva som er mulig i dag når det gjelder tilgjengelighet, registrering og innhenting av data. I stor grad er det struktur- og prosessindikatorer som sier noe om organisering, koordinering og gjennomføring av behandlingsprosesser i sykehus. De valgte indikatorene viser bare deler av det som har med kvalitet i sykehus å gjøre.

Den viktigste målgruppen for de nasjonale indikatorene, som er tatt i bruk hittil, er eiere og ledere på ulike nivå. Indikatorene kan også være et viktig virkemiddel for de sentrale myndighetene for kvalitetsforbedring og for oppfølging av helsepolitiske målsettinger på utvalgte områder. Data og resultater skal benyttes som styringsinformasjon for kvalitetsforbedring på de aktuelle områdene.

Det er siden 2003 utviklet indikatorer innen somatiske fagområder og psykisk helsevern, inklusiv barne- og ungdomspsykiatri, samt innenfor pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. I 2005 ble det registrert data for til sammen 21 indikatorer i spesialisthelsetjenesten, herunder pasienterfaringsundersøkelser. Sosial- og helsedirektoratet arbeider i 2006 med å videreutvikle eksisterende indikatorer og utvikle nye innen tannhelsetjenesten, tjenester til rusmisbrukere og habilitering/rehabilitering og innenfor sosialtjenesten.

Det er viktig at vurdering, tolkning og bruk av kvalitetsindikatorer settes inn i en forståelsesramme. Utvikling av en forståelsesramme inngår i det videre arbeidet med nasjonale kvalitetsindikatorer. På denne måten vil det også være mulig å sette kvalitetsinformasjonen inn i en overordnet sammenheng. Videre bør man styrke og videreutvikle arbeidet med analyse og tolkning av data og hvordan disse best kan formidles.

Det viktige spørsmålet blir om innføring og bruk av kvalitetsindikatorer fører til endring og forbedring i tjenesten. En foreløpig evaluering fra Shdir av indikatorene for spesialisthelsetjenesten indikerer at utviklingen for noen indikatorer går den rette veien, mens det for andre er lite utvikling å spore, tross for dårlige resultater i forhold til departementets forventning. Arbeidet med å følge opp målingene med endringer i praksis for de ansvarlige i primær- eller spesialisthelsetjenesten må prioriteres.

4.1.5.2 Nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Med et medisinsk kvalitetsregister måles resultatet av behandling, prosedyre og tiltak i forhold til pasienter. Kvalitetsregistrene vil kunne avdekke om tjenestene er trygge og virkningsfulle. Også på øvrige kvalitetsområder som rettferdig fordeling, effektiv og samordnet tjenesteyting og brukermedvirkning, kan registrene gi viktige bidrag.

Det er et mål å etablere nasjonale medisinske kvalitetsregistre innen alle viktige medisinske fagområder. Som en hovedregel skal eierskap og databehandlingsansvar for registrene forankres i de regionale helseforetak.

Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for å sikre nasjonal samordning ved etablering av nye og videreføring av etablerte registre. I 2005 har direktoratet gjennomført et større prosjekt som bl.a. utarbeidet status for eksisterende kvalitetsregistre, foreslått prioriteringer av eksisterende og planlagte registre, utarbeidet utkast til forskrift som kan gi hjemmelsgrunnlag for samtykkebaserte kvalitetsregistre og forslått felles tekniske løsninger for registrene.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre kan med fordel sees i sammenheng med nasjonale kvalitetsindikatorer og faglige retningslinjer. De medisinske kvalitetsregistrene skal først og fremst være verktøy for de medisinske fagmiljøene

for vurdering av kvalitet på egne tjenester i praksisfeltet (fagspesifikke indikatorer). I praksis vil det ikke alltid være noe klart skille mellom de to systemene.

4.1.5.3 *Ansvar og oppgaver – indikator- og registerarbeidet*

Vi foreslår en todeling hvor de nasjonale indikatorene for spesialisthelsetjenesten (ytelsesindikatorene) utvikles og koordineres av Sosial- og helsedirektoratet, mens fag/resultatindikatorene utvikles av fagfeltet. (RHF/HF/K-senteret)

Sentrale helsemyndigheter kan i en slik modell konsentrere innsatsen mot kvalitetsmåling på nasjonalt overgripende områder i samsvar med helsepolitiske mål. Dette kan være områder hvor erfaring viser at RHFene/HFene ikke har grepet/ i utilstrekkelig grad griper fatt i viktige problemstillinger. Indikatorene korridorpatienter, strykninger av operasjoner, ventetid for ulike behandlinger, diagnostikk iht. retningslinjer mv. er eksempler på dette.

Dette alternativet innebærer en todeling av indikatorsystemet hvor de overordnede indikatorene, (ytelsesindikatorene eller performace indikatorene), knyttes til myndighetene HOD og Shdir. Indikatorer for praksisfeltet, fagindikatorer, knyttes nærmere til RHFene og HFenes kliniske fagmiljøer ved at disse får det operative og driftsmessige ansvaret etter føringer fra de sentrale myndighetene gjennom Shdir. Den endelige utkvittering når det gjelder et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem, bør skje i regi av den nasjonale fagmyndigheten.

I en slik modell vil det være naturlig at HOD legger en overordnet samordnende og koordinerende oppgave for indikatorer for praksisfeltet til Shdir, og at arbeidet skjer i samarbeid mellom Shdir, RHFene og aktuelle fagmiljøer og eventuelle andre aktører etter gitte føringer. Kunnskapstentert med sin kompetanse bør i samarbeid med RHFene, Shdir og fagmiljøene ha en sentral rolle og oppgaver i dette arbeidet, blant annet med utvikling av indikatorer for praksisfeltet, samt analyse og tolkning av data. Det må avklares nærmere hvilke indikatorer som skal inngå i det nasjonal myndighetssystemet med overordnede indikatorer og hvilke indikatorer som skal inngå i RHFene og fagmiljøenes systemer. Disse systemene må henge sammen i en logisk enhet, og i siste instans utkvitteres av den nasjonale fagmyndigheten.

Nasjonale pasienterfaringsundersøkelser vil også være en naturlig oppgave å knytte til sentrale helsemyndighetene. Det samme gjelder utvikling av en enhetlig tenkning omkring mål for og oppbygging av systemene for måling og publisering. Shdir anbefaler at slike data gjøres tilgjengelig via en felles nasjonal kvalitetsportal med lenker til andre nettsteder og underleverandører. Nettstedet for fritt sykehusvalg som driftes av Shdir, kan utvikles i en slik retning.

Fag/resultatindikatorer knyttes til RHFene og deres kliniske miljøer som besitter størst kompetanse om det kliniske praksisfeltet og om hva som skjer på området. Dette vil gi større nærhet til de brukerne som skal benytte data og resultater til egen kvalitetsforbedring.

Det vil være naturlig at arbeidet skjer i et samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet, RHFene, Kunnskapssenteret og aktuelle fagmiljøer. Kunnskapssenteret med sin kompetanse kan delta i samarbeid med RHFene og fagmiljøene med utvikling av indikatorer, samt analyse og tolkning av data for indikatorer for praksisfeltet. I tillegg kan Kunnskapssenteret ha en rolle som drifter (databehandler) av et utvalg kliniske kvalitetsregistre.

4.1.5.4 *Roller*

På kvalitetsområdet har SHdir på oppdrag fra HOD, og med forankring i de ovennevnte dokumenter, utarbeidet Nasjonal strategi for kvalitet i sosial- og helsetjenesten. Dette dokumentet har også en nasjonal normerende karakter, og som nevnt har HOD gjennom bestillerdokumentet pekt på at RHFene skal utvikle og forbedre tjenestene i samsvar med kjennetegnene for god kvalitet i strategien. I det planansvaret RHFene har innenfor egen region, er det ønskelig at det også utvikles regionale kvalitetsstrategier, som tegner et tilsvarende målbilde for spesialisthelsetjenesten, og følger opp intensjonene i den nasjonale strategien. En regional kvalitetsstrategi er imidlertid ikke en erstatning for en nasjonal strategi. De fem regionale helseforetakene kan heller ikke samarbeide på egen hånd om utviklingen av en nasjonal strategi på kvalitetsfeltet eller andre områder. Dersom RHFene vurderer at det er behov for nasjonale strategier, bør dette klargjøres for Sosial- og helsedirektoratet, som deretter kan tilrettelegge for gode og samordnede faglige prosesser.

Spesielt på kvalitetsindikatorfeltet har det vært reist spørsmål om de regionale helseforetakene i fellesskap kan utvikle og beslutte de kliniske indikatorene (outcome), mens direktoratet kan beslutte ytelsesindikatorene (performance indicators). SHdir mener et en slik tilnærming vil tilsløre myndighetsansvaret. Beslutningene om samtlige nasjonale kvalitetsindikatorer må ligge på ett sted, hvor ansvaret for den faglige informasjonen som skal tilfalle ulike aktører er forankret. Derimot er direktoratet enig i at spesialisthelsetjenesten ved HF og RHF må være tungt involvert i utviklingen av de kvalitetsindikatorene som skal benyttes til styring av egen virksomhet.

4.1.6 *Pasientsikkerhet*

Pasienters sikkerhet mot å pådra seg utilsiktede og unødvendige skader på liv og helse er et av de mest sentrale og kritiske kvalitetsområdene i helsetjenesten. Utfordringen er større på dette området enn på mange andre fokuserte sikkerhetsområder, for eksempel matsikkerhet, brannsikkerhet og produktsikkerhet. Det kan synes som om pasientsikkerhetshensynet er under press når det gjelder prioritering, både fra andre, langt mindre betydelige sikkerhetsutfordringer og fra økonomiske og kapasitetsmessige hensyn i tjenestene.

På grunnlag av situasjonen i Norge og andre vestlige land, er det grunn til å tro at pasientsikkerhet er en utfordring som helsetjenesten av ulike grunner ikke ser ut til å løse på egen hånd i tilstrekkelig grad. Det er behov for et langt mer operativt engasjement fra nasjonale helsemyndigheter og fagmiljøer enn hva som er situasjonen i dag.

Norge bør i løpet av planperioden komme seg på linje med de ledende vestlige land når det gjelder innstas for bedre sikkerhet for pasientene i helsetjenestene.

Trygge og sikre tjenester for helsetjenesten innebærer at det er behov for å sette inn tiltak innen 4 områder:

1. Forbedring av nasjonalt regelverk på området og harmonisering med tilsvarende regelverk og organisering fra andre bransjer.
2. Etablering og styrking av pasientsikkerhet som fag i helseutdanningene.
3. Sørge for at pasientsikkerhet blir et sentralt fokus for ledelse og eierstyring i helsevirksomhetene.

4. Etablering av et uavhengig nasjonalt fagmiljø som kan innhente erfaringer og data fra norske helsetjenester, omsette internasjonal kunnskap på området til norske forhold og bringe kunnskap og forslag til forbedring av medisinsk og administrativ praksis ut til helsetjenestene.

Jf HODs utredning som foreslår dette. Shdir går inn for at det nasjonale fagmiljøet for pasientsikkerhet legges inn i Kunnskapssenteret.

4.1.7 Forslag om stående nasjonale faggrupper

Det bør som nevnt opprettes stående nasjonale faggrupper som ikke bare skal ha oppgaver inn mot prioritering, men som også kan være et samlende fagmiljø for drøftinger knyttet til arbeid med kvalitetsregistre, indikatorer og faglige retningslinjer på det aktuelle fagområdet.

Kunnskapsgrunnlaget for bruk av slike grupper tilsier at:

- Temaene som faggruppene arbeider med, bør reflektere helsetjenestens prioriteringer
- Tilstrekkelige ressurser må avsettes (undervurderes ofte)
- Den kunnskapsbaserte tilnærming bør brukes når problemstillingen egner seg
- Ved bruk av konsensusmetoder, må robuste beslutningsverktøy anvendes
- Ekstern referee-ordning og høringer anbefales
- Gruppens omfang bør være 6-15 personer
- Sammensetning av gruppen kan variere med tema; Brede faglige spørsmål krever tverrfaglighet, høyspesialiserte spørsmål mer fagspesifikke grupper.
- Faggrupper som skal jobbe kunnskapsbasert, må erverve basiskunnskap om denne arbeidsformen
- Det må informeres om gruppens arbeid til andre interessenter

I løpet av to år bør det opprettes 15 – 20 nasjonale faggrupper. Disse vil kreve driftsmidler og betydelig sekretariatsinnsats. Både Shdir, RHF'ene og Kunnskapssenteret bruker i dag ulike grupper ad hoc og på mer permanent basis. Disse institusjonene bør ta et felles ansvar for å etablere og drifte faggrupper som etter hvert kan få utvidet mandatet til også å omfatte systematisk kvalitetsarbeid. Sosial og helsedirektoratet bør ha et overordnet koordineringsansvar for etablering og fremdrift av gruppene og bør sammen med Kunnskapssenteret og de regionale helseforetakene utrede hvilke grupper det er behov for og beregnet kostnad. Etter hvert som man vinner erfaring med gruppene antas at antallet bør utvides til totalt 20-30 grupper. Gruppene bør gis et utredende og rådgivende mandat. Gruppene spiller inn til det anbefalte nasjonale koordineringsorganet for kvalitet og prioritering, jfr pkt 5.

De nasjonale stående faggruppene vil ha en sentral plass i arbeidet med utvikling av faglige retningslinjer. For noen problemstillinger kan denne gruppen inneha nødvendig kompetanse, både i bredde og dybde og forankre et slikt arbeid direkte, for andre problemstillinger må gruppen suppleres. Arbeidsgruppene må i alle slike prosesser kunne påregne støtte fra Kunnskapssenteret for å framskaffe kunnskapsgrunnlaget og fra Shdir vedr metoder og prosesser for retningslinjearbeid. Sosial og helsedirektoratet vil også komme inn i prosesser som krever nasjonale avveininger vedr samfunnsmedisinske forhold, etiske, helseøkonomiske og juridiske problemstillinger på nasjonalt nivå.

De nasjonale stående faggruppene vil også kunne ha en sentral plass i arbeidet med utvikling av indikatorer og registre. Som for arbeidet med retningslinjer og prioritering

vil gruppen for noen problemstillinger inneha nødvendig kompetanse, både i bredde og dybde og de kan være en faglig referansegruppe for arbeid med kvalitetsregistre og indikatorer, for andre problemstillinger må gruppen suppleres eller undergrupper etableres. Arbeidsgruppene må kunne påregne støtte fra Kunnskapssenteret vedr utvikling av fagindikatorer og drifting av registre, og fra Shdir vedr metoder og prosesser for prioritering, utvikling og godkjenning av indikatorer og registre. Direktoratet vil også komme inn i prosesser som krever nasjonale avveininger vedr samfunnsmedisinske forhold, etiske, helseøkonomiske og juridiske problemstillinger på nasjonalt nivå.

4.2 Vedlegg 2: Forslag til tekst - Psykisk helse, vold, traumatisk stress og rus

4.2.1 5.1 Psykisk helse

Stortinget vedtok i 1997/1998 en Opptrappingsplan for psykisk helse (1999-2006). Planen hadde som formål å styrke situasjonen for mennesker med psykiske lidelser. Ved behandling av statsbudsjettet for 2004 vedtok Stortinget å utvide planperioden med 2 år til 2008 for å få mer tid til å styrke psykisk helsearbeid i kommunene, samt å styrke arbeidet med brukermedvirkning, kultur- og holdningsendringer i behandlingsmiljøene. Opptrappingsplanen har tilført øremerkede ressurser til tiltak for mennesker med psykiske lidelser. Planen har bidratt til å utjevne regionale og lokale forskjeller i tilbudet. Det vil fortsatt være betydelige utfordringer knyttet til området etter at planen fases ut midt i perioden for Nasjonal helseplan. Man har derfor funnet det riktig å omhandle fagområdet psykisk helse særskilt i høringsnotatet. I arbeidet med helseplanen gis man muligheten til å trekke opp linjene for en helsepolitikk som fanger opp de utfordringer som ikke er løst ved utgangen av 2008. Departementet legger til grunn at det videre arbeidet vil legge vekt på lokalbaserte løsninger i samsvar med prinsippene i Verdens helseorganisasjons europeiske ministererklæring (Helsinkideklarasjonen). Det primære målet for tjenester til personer med psykiske lidelser er å styrke livsstandard og funksjonsevne gjennom brukermedvirkning og egen mestringsevne. Opptrappingsplanen har ført til økt kapasitet både i det kommunale tiltaksapparatet og det spesialiserte behandlingstilbudet. Det er bygd opp et basistilbud som gjør at Norge langt på vei kan fremvise en moderne lokalbasert tjeneste i tråd med WHO's anbefalinger. Opptrappingsplanen for psykisk helse har ført til endret struktur og innhold både i den kommunale og den spesialiserte tjenesten. For å bedre kvaliteten i tjenestene legger departementet rammeverket for *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helse og sosialtjenesten...* "Og bedre skal det bli!" til grunn. Strategien vektlegger at tjenestene skal være tilgjengelige og rettferdig fordelt, trygge og virkningsfulle, involvere brukerne og gi dem innflytelse, det skal være samordnet og preget av kontinuitet og ressursene skal utnyttes på en god måte.

4.2.1.1 Status for psykisk helsevern

Utviklingen de siste 10 år viser at flere individer mottar et døgntilbud, den gjennomsnittlige lengden på oppholdene er redusert vesentlig og antall opphold per individ per år har økt. Det er gjennom de årlige budsjettframlegg redegjort for måloppnåelsen i forhold til Opptrappingsplanen.

4.2.1.1.1 Kommunene

Omstruktureringen av psykisk helsevern og utviklingen av det psykiske helsearbeidet har ført til større utfordringer for kommunene enn tidligere. Det er avsatt midler til mange årsverk knyttet til arbeidet med voksne, barn og unge. De fleste stillingene til psykisk helsearbeid for voksne er knyttet til bistand i brukerens bolig. De senere årene er det etablert flere tjenester knyttet til arbeidstiltak og tiltak for å sikre mennesker med alvorlige psykiske lidelser sosial kontakt og tilhørighet i eget lokalmiljø, herunder en økning i tilbud om støttekontakt. Data fra

følgeevalueringen av Opptrappingsplanen viser at flere kommunale tjenester involveres i det psykiske helsearbeidet.

For barn og unge har veksten i årsverk kommet både innen helsestasjons- og skolehelsetjenesten og annet forebyggende/psykososialt arbeid, kultur- og fritidstilbud samt støttekontakter. Fastlegene gir også behandling og støtte til barn, unge, familier og voksne som har psykiske lidelser, men er vurdert som for lite involvert i tverrfaglig samarbeid; særlig i forhold til barn og unge.

4.2.1.2 Spesialisthelsetjenesten

For å styrke det spesialiserte helsetjenestetilbud har Opptrappingsplanen lagt til grunn to strategier, styrking av tilbudet og omstrukturering av tjenesten. Styrking av tilbudet har skjedd gjennom å øke kapasiteten med flere dagplasser, polikliniske årsverk og fagårsverk innen psykisk helsevern for både voksne, og barn og unge.

Omstrukturering til et desentralisert tjenestetilbud har skjedd ved oppbygging av distriktpspsykiatriske sentre (DPS) og Barne- og ungdomspsykiatriske klinikker (BUP-klinikker). Arbeidet har kommet langt og tilbudet fungerer godt mange steder. DPS-utbyggingen er nesten i mål, men det gjenstår en tilstrekkelig utbygging av tilgjengelige akuttjenester. Omstruktureringen har vært omfattende og en desentralisert tjeneste til pasienter med sammensatte behov stiller store krav til god pasientlogistikk og samhandling mellom tjenestenivåene. De tradisjonelle sykehusavdelingene skal omstilles til å ivareta spissfunksjoner.

Etablering av ambulante team ved alle DPS er et viktig tiltak for å nå målsetningen med å øke tilgjengeligheten og etablere bedre samarbeid mellom første- og andrelinjen, samt sikre raske og riktige tiltak overfor den enkelte pasient.

Samtidig med kapasitetsøkning og at flere har fått tilbud om behandling preges spesialisthelsetjenesten av "flaskehalser". Pasienttellingen fra SINTEF (november 2003) viser at 40 prosent av samtlige pasienter innlagt på døgnavdeling, ville vært bedre tjent med oppfølging i kommunene etter behandlernes vurdering.

Undersøkelser viser også at akuttavdelingene flere steder preges av overbelegg og for tidlige utskrivninger.

Spesialisthelsetjenestens tilbud til barn og unge med psykiske lidelser er vesentlig styrket i løpet av opptrappingsperioden. Målet i Opptrappingsplanen er at spesialisthelsetjenesten årlig skal kunne gi hjelp til 5 prosent av barn og unge under 18 år. I 2004 fikk 3,6 prosent av barn og unge bistand fra spesialisthelsetjenesten, noe som tilsvarer en økning på 91 prosent fra 1998.

4.2.1.3 Utfordringer for helseplanperioden

Nasjonal helseplan skal danne grunnlag for utformingen av tjenestene etter at Opptrappingsplanen for psykisk helse etter planen fases ut ved årsskiftet 2008/2009. En utfordring for perioden vil være å se psykiske lidelser og rusavhengighet og de tjenestemessige utfordringer mer i sammenheng. Dette krever at vurderer nærmere hvilke tverrgående tiltak det er behov for. Et annet tilgrenset område er tjenester til personer som har vært utsatt for vold og traumatiske hendelser, herunder tilbudet til flyktninger og asylsøkere.

En annen hovedutfordring er både å sikre kunnskap om omfang og utbredelse av psykiske lidelser og rusavhengighet. Gjennom Opptrappingsplanen har en fått økt kunnskap om behandlings- og bistandsbehov for gruppene med alvorlige psykiske lidelser, men det mangler fortsatt gode data over forekomsten av lidelser i barne- og

voksenbefolkningen. Bedre kunnskap om utbredelse gir grunnlag for bedre dimensjonering av tjenestene.

Det er derfor behov for en tydelig strategi for å øke kunnskapen og datagrunnlaget om omfanget av psykiske lidelser ved utfasingen av Opptappingsplanen.

4.2.1.4 Samfunnets verdier og holdninger

Planen omtaler uløste oppgaver i forhold til samfunnets verdier og holdninger i forhold til personer med psykiske lidelser og at personer med psykiske lidelser får tjenester av god kvalitet uavhengig av bosted og diagnose. Mennesker med psykiske lidelser opplever fortsatt stigmatisering og utestenging fra samfunnet. Det er fortsatt uløste oppgaver knyttet til *levetår* for denne gruppen: mange har ikke egen bolig, de har dårlig økonomi og befinner seg utenfor arbeidslivet. Det vises i den forbindelse til Helsetilsynets rapport 4/2006 hvor dette kommer tydelig frem. Belastningene for mennesker med psykiske lidelser kan ikke løses av helsetjenesten isolert. En helhetlig nasjonal politikk, som inkluderer skole, arbeidsliv og nærmiljø, er avgjørende for pasientenes opplevelse av likeverd og mestring.

4.2.1.5 Utfordringer for de kommunale tjenestene

Det psykiske helsearbeid i kommunene bygger i stor grad på erfaringsbasert kunnskap hos bruker og utøver. Det faglige og dokumentert virkningsfulle tilbudet i tjenestene må komme tydeligere fram i krav til tjenestene. Veiledninger og retningslinjer for arbeidet bør prioriteres.

Desentralisering av tjenestene har resultert i raskere nedbygging av de tidligere fylkeskommunale sykehjemsplassene enn forutsatt. Dette har blant annet ført til at en omfattende gruppe med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet mangler et tilfredsstillende boligtilbud med bistand. Det må også vurderes om et lite antall pasienter har et mer omfattende omsorgsbehov på mer permanent basis.

Det er fortsatt behov for å tydeliggjøre og synliggjøre psykisk helsearbeid i kommunene. Tverrfaglige kompetanse- og fagmiljøer som utvikler arbeidsmetoder og arbeidsformer i psykisk helsearbeid, må etableres og styrkes. Psykisk helsearbeid omfatter tiltak fra de fleste kommunale sektorer og kan ikke avgrenses til kun helsetjenester. Utredning og behandling og av lettere psykiske lidelser bør kunne gis i større utstrekning enn i dag. Særlig viktig er lavterskeltilbud til barn og unge som har psykiske og/eller psykososiale vansker. Videre utvikling av kommunale tjenester til mennesker med psykiske lidelser må samkjøres med utvikling av tilbudet til rusmiddelavhengige. Det er i stor grad de samme tjenester og type kompetanse som trengs for å dekke behovene for disse brukergruppene. Opptappingsplanen for psykisk helse har i liten grad beskrevet utfordringer knyttet til brukere som har behov for døgntilbud og et særlig omfattende og langvarig tjenestetilbud i kommunene. Det er viktig at oppmerksomheten rettes mot denne brukergruppen.

4.2.1.6 Utfordringer for spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten må videreutvikle faglighet og kvalitet i distriktpspsykiatriske sentra (DPS) og BUP-klinikkens tilbud, herunder sikre rekruttering av leger og psykologer. Det er også viktig å sikre tilbudet til de alvorligste syke gjennom riktig antall akutt plasser og spissfunksjoner ved de øvrige sykehusavdelingene.

Rollefordeling og samhandling mellom sykehusavdelinger og DPS må bli tydeligere. Faglig utvikling gjennom utdanning, etterutdanning og forskning er viktig, blant annet er det behov for større konsensus om behandlingsretningslinjer og prioritering.

En undersøkelse fra spesialisthelsetjenesten anslår også at 40 % av pasientene kunne vært behandlet på lavere omsorgsnivå. En gjennomgang av akuttjenesten ved sykehusene viser at 10-15 pst. kunne vært behandlet på et lavere nivå, enten ved DPS eller i kommuner. Samtidig ser man hyppige reinnleggelser hos en liten gruppe pasienter. Oppstår det flaskehalser eller tjenestene fremstår ukoordinert vil dette raskt resultere i svingdørsproblematikk og stort trykk på akuttplassene.

*4.2.1.7 **Utfordringer for den samlede helsetjeneste***

- Det er behov for å minske de geografiske forskjeller i kvalitet og innhold
- Det er behov for å tydeliggjøre og styrke det faglige innholdet i tjenestene
- Det er behov for å videreutvikle mål og indikatorer for faglig innhold
- Det er behov for å ha et økt oppmerksomhet på pasientflyt slik at flaskehalser kan avvikles
- Det er behov for å styrke brukermedvirkning ytterligere
- Det er behov for enhetlig leveranse av samordnede tjenester. Individuell plan er ett av flere virkemidler.
- Det er behov for å klargjøre oppgave og ansvarsfordeling mellom nivåene og innen den enkelte tjeneste. Dette for å bedre samarbeid og sørge for god ressursutnyttelse.
- Det er behov for å sikre spesialisert kompetanse i alle regioner
- Det er behov for å utjevne sosiale ujevnheter
- Det er behov for tidlige tiltak

*4.2.2 **5.2 Vold og traumatisk stress***

Statens helsetilsyn fikk i 2000 i oppdrag fra det daværende Sosial- og helsedepartementet å utrede nødvendig helsetjeneste til psykisk traumatiserte grupper (flyktninger, personell som har tjenestegjort i fredsbevarende styrker m.fl.)

Prosjektet "*Traumatisk stress*" startet i Helsetilsynet i 2000 og ble videreført i Sosial- og helsedirektoratet ved opprettelsen i 2002. Det har vært nært samarbeid med Handlingsplan mot selvmord (1994-1998) og oppfølgingsprosjekter i etterkant av denne. Enkelte av prosjektets oppgaver er også inngått som tiltak i Regjeringens Handlingsplan Vold i Nære Relasjoner (2004-2007).

Innenfor prosjektets rammer har det vært fokus på følgende:

- Vurdering og forslag til organisering av nasjonal og regional kompetanse på vold- og traumefeltet
- Utrede helsetjeneste til FN/NATO-veteraner
- Utarbeide faglig veileder i kriseintervensjon
- Komme med forslag til oppbygging av kompetanse på kommunalt nivå

*4.2.2.1 **Status***

Som resultat av utredningene utført innenfor prosjektet Traumatisk stress ble Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) etablert 1.1.2004.

Senteret er et samarbeidsprosjekt mellom fem departementer, og ivaretar forskning og kunnskapsutvikling innen områdene flyktninghelse og tvungen migrasjon, seksuelle overgrep og vold/familievold samt stressmestring og kollektive belastningssituasjoner. Arbeidet på regionalt nivå har bestått i utredning og etablering av fem Regionale ressursentre om selvmordsforebygging, vold og traumatisk stress. I fire regioner er sentrene forankret i HF-systemet. Det forutsettes at sentrene er operative i løpet av 2006. På kommunalt nivå ble det etablert (inter)kommunale mottaksfunksjoner ved kommunale/interkommunale legevakter for personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep og/eller vold i nære relasjoner, og en veileder for dette området vil bli utgitt i 2007.

Rapport med forslag til organisering av helsetjenesten til FN/NATO-veteraner er overlevert departementet i 2006, og det arbeides med veileder for ulykker, kriser og katastrofer som forventes ferdigstilt i 2007.

4.2.2.2 Selvmordsforebygging

Det overordnede mål for det selvmordsforebyggende arbeidet er å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk, og bedre livskvalitet og omsorg for alle som er berørt av selvmordsafferd. Forslag til strategiske mål og innsatsområder for det selvmordsforebyggende arbeid for perioden 2006-2008 foreligger, herunder retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.

4.2.2.3 Utfordringer for helseplanperioden

Hovedutfordringer de nærmeste årene vil være behov for ny kunnskap og koordinert innsats fra flere profesjoner. Vold- og traumefeltet kjennetegnes ved behovet for at ulike samfunnssektorer og forvaltningsnivåer koordinerer sin innsats. Et overordnet mål er kvalitativt bedre og mer helhetlige tjenester. De nye strukturene som er etablert - eller er under etablering - på nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå, skal på ulike måter bidra til å realisere målsettingen om mer kunnskap og bedre tjenester til mennesker utsatt for vold og traumatisk stress.

4.2.3 5.3 Rus

4.2.3.1 Status

Rusmiddelfeltet omfatter alkohol og narkotika. Feltet spenner fra forebyggende tiltak rettet mot hele eller deler av befolkningen, via regulatoriske virkemidler til behandling og oppfølging av rusmiddelmisbrukere. Forskning viser at det er tett sammenheng mellom utbredelse av et rusmiddel og de samlede skadene.

Det sentrale målet på feltet er å begrense de individuelle og samfunnsmessige skader av rusmiddelbruk ved å begrense det totale konsumet av rusmidler. Norge har fremdeles et forholdsvis lavt alkoholkonsum i europeisk sammenheng, men konsumet har økt siden begynnelsen av 1990-tallet og var i 2005 det høyeste siden 1870-tallet. Utbredelsen av narkotika økte på 1990-tallet, men ser ut til å ha stagnert eller gått tilbake siden årtusenskiftet. Antall overdoser er høyt i europeisk sammenheng, men har gått tilbake de senere år. Parallelt med økningen i antall sprøytemisbrukere var det en økning i antallet narkotikaoverdoser. Bedre tilgang på legemiddelassistert rehabilitering har vært en viktig strategi for å bekjempe overdoser. Økt tilgang på metadon har imidlertid ført til en økning i antallet forgiftningstilfeller der det er gjort funn av metadon, men samlet sett har antallet overdosedødsfall sunket siden årtusenskiftet. Det har vært en nedgang i antallet overdosedødsfall i alle aldersgrupper siden årtusenskiftet. Nedgangen har relativt

sett vært mindre i aldersgruppen 15–25 år enn i de øvrige aldersgruppene. En annen viktig strategi for å begrense overdosedødsfall er bedre tilgang på helse- og sosialtjenester, herunder lavterskel helsetiltak. Men her mangler det statistikk over omfanget av ressursbruk og tilgjengelighet. Alkohol er det vanligste rusmiddelet blant pasienter i behandling, etterfulgt av heroin.

4.2.3.2 Utfordringer for helseplanperioden

Etter rusreformen ble det tverrfaglig spesialiserte behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere en del av spesialisthelsetjenesten ansvar. Dette innebærer flere utfordringer i helseforetakenes sørge for ansvar. Det er et dokumentert gap mellom behov og tjenestetilbud med store regionale forskjeller i tilgang på tjenester. Flere evalueringsrapporter og tilsynsdokumenter har avdekket mangler på strukturelle grep på rusfeltet og avvik i oppfyllelsen av funksjonelle tiltak. Det er derfor en hovedutfordring å gjøre strukturelle grep som kan legge til rette for å øke kvaliteten og kompetansen i tjenestene. Behovene på noen av disse områdene er:

- Å tydeliggjøre mål og innhold for tverrfaglig spesialisert behandling med en tydelig grensdragning mot kommunenes oppfølgingsansvar
- Å vurdere kapasitet for avrusning og behandling, herunder vurdere å dreie behandlingskapasitet fra institusjonsbehandling til mer poliklinisk rettet behandling.
- Vurdere å samordne tjenestene for psykisk helse og rus bedre.
- Vurdere hvordan kommunenes arbeid må bli tydeligere og mer målrettet ved blant annet at helse- og sosialtjenestene samordnes bedre

Det er utfordringer knyttet til mangelfull dokumentasjon, forskning og evaluering av rusmiddeltiltak. Det vil i planperioden være viktig å bygge opp systemer for dokumentasjon av pasientforløp, kunnskap av hvilke tiltak som gir effekt og øker brukermedvirkningen.

Epidemiologiske kartlegginger viser at det er betydelig samsykelighet av rus og psykisk lidelser. Dette reflekteres ikke i diagnosestatistikken fra tjenestestedene. Samtidig behandling av rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser er derfor en sentral utfordring for behandlingsapparatet. Det bør benyttes erfaringer fra psykisk helse arbeidet for å styrke og målrette økt innsats på rusfeltet.

4.2.3.3 Barn og unge

Også i forhold til barn og unge må man se rus og psykiatri i sammenheng. Overfor denne gruppen er det viktig med et helhetlig perspektiv for å sikre vellykket oppfølging og behandling. I forhold til unge som bruker både illegale og legale rusmidler er det utfordringer med å adressere riktige virkemidler i en tidlig intervensjonsfase. Det bør opprettes tiltak i alle landets regioner.

4.3 Vedlegg 3: Forslag til tekst: Helse- og sosial beredskap

4.3.1 Situasjonen i dag

Hva er helse- og sosialberedskap?

Lov om helsemessig og sosial beredskap av 23. juni 2000 nr 56 er hovedinstrumentet for å regulere helseberedskapen. Smittevernloven og strålevernloven inneholder også bestemmelser om beredskap, i tillegg til øvrig helselovgivning.

Målet med lov om helsemessig og sosial beredskap er at nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester kan tilbys befolkningen under krig og ved kriser og katastrofer i fredstid. Dette omfatter også vern av befolkningen mot radioaktivt nedfall og strålingsulykker, mot smittsomme sykdommer og mot bruk av biologiske og kjemiske midler. Videre skal beredskapen verne mot mat- og vannbårne sykdommer, fremmedstoffer i mat, fôr og drikkevann samt overførbare alvorlige sykdommer mellom dyr og mennesker (zoonoser).

4.3.2 Aktører, roller og ansvar

Krisehåndteringen på **departementsnivå** bygger på tre hovedelementer³:

- forsterket krisekoordinering gjennom Regjeringens kriseråd
- klargjøring av ansvaret for krisestyring i lederdepartementet
- etablering av en krisestøtteenhet som skal bidra med støttefunksjoner til lederdepartementet og Regjeringens kriseråd i krisehåndteringen

Regjeringens kriseråd ledes av departementsråden i lederdepartementet. Alle departementer må være forberedt på å ta rollen som lederdepartement. Lederdepartementet har ansvar for løpende koordinering av krisehåndteringen på departementsnivået. Lederdepartementet, med bistand fra Krisestøtteenheten, har sekretariatsfunksjonen for Regjeringens kriseråd.

4.3.3 Beredskapsorganisering sentralt nivå

Sosial- og helsedirektoratet har helhetlig ansvar for nasjonal koordinering av helsesektorens beredskap, både forberedende planlegging, samhandling og operativ krisehåndtering. I en krisesituasjon er hovedoppgaven å sikre at befolkningen tilbys nødvendig helsehjelp.

Statens strålevern har ansvar for tverrsektoriell koordinering av beredskap ved atomulykker. Nasjonalt folkehelseinstitutt er nasjonal faginstans for smittevernberedskap og biologiske hendelser. Statens helsetilsyn fører tilsyn med at helsetjenesten oppfyller lovpålagte beredskapskrav og Statens legemiddelverk har ansvar for godkjenning av legemidler og tilsyn med legemiddelnæringen.

³ St meld nr 37 (2004-05) Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering

4.3.4 Beredskapsorganisering; kommuner, regionale helseforetak og helseforetak

Landets 431 kommuner har et omfattende ansvar for primærhelsetjenester, pleie- og omsorgstjenester og sosiale tjenester. De regionale helseforetak (5 stk) har "sørge for ansvar" innen spesialisthelsetjenesten, og 32 helseforetak (sykehus) leverer tjenestene, slik også private gjør.

Kommunene, de regionale helseforetakene og helseforetakene har etter lov om helsemessig og sosial beredskap plikt til å utarbeide beredskapsplaner for de tjenestene de har ansvar for. Planplikten gjelder kriser og katastrofer i fred og krig.

Hvert ledd har ansvar for å koordinere egne beredskapsforberedelser med samarbeidsparter. De regionale helseforetakene har ansvar for å koordinere sitt beredskapsarbeid med kommunene og andre helseregioner samt mot andre etater som fylkesmenn, politi, brannvesen, Forsvar og Sivilforsvar og private aktører.

4.3.5 Fylkesmannen

Fylkesmannen har regionalt koordineringsansvar for samfunnssikkerhet, beredskap og den regionale atomulykkesberedskap, jf. kgl.res. 26. juni 1998.

Fylkesberedskapsrådet og atomberedskapsutvalget er fylkesmannens viktigste samordningsorgan ved kriseforebygging og krisehåndtering.

Fylkesmannen har ansvar for å samordne innsatsen i fylket ved kriser og katastrofer i fredstid som ikke er redningstjeneste, men som er alvorligere enn at det regnes som normalrisiko og normalbelastning, jf. kgl.res. av 12. desember 1997.

Fylkesmannen er bindeledd mellom sentrale og kommunale myndigheter, og skal formidle varsling, koordinere innsats og yte bistand til kommunene.

I situasjoner der SHdir er delegert ansvar for overordnet koordinering av helse-tjenestens operative innsats, er fylkesmennenes rolle å bistå SHdir i krisehåndteringen gjennom sitt samlede apparat. Fylkesmannen da motta bestillinger om aktivitet og rapportering fra SHdir, som overordnet ansvarlig myndighet i linjen.

4.3.6 Prinsipper for beredskapsarbeidet

Grunnleggende prinsipper for ansvarsfordeling og kriseorganisering i alt beredskapsarbeid er:

- *ansvarsprinsippet*: den etaten som har ansvar for et fagområde/tjenestetilbud i en normalsituasjon, har også ansvaret for å håndtere ekstraordinære hendelser. Dette gjelder også ansvaret for å gi informasjon innen eget fagområde
- *nærhetsprinsippet*: en krise skal håndteres på lavest mulige operative nivå
- *likhetsprinsippet*: den organisasjonen man etablerer under kriser skal være mest mulig lik organisasjonen man opererer med til daglig

4.3.7 Utfordringer

4.3.7.1 Samle Norge til ett beredskapsrike

Med ikrafttredelsen av lov om helsemessig og sosial beredskap i 2001 og foretaksreformen, iverksatt fra 2002 har det vært naturlig å legge størst vekt på gjennomføring av loven og implementering i forhold til en svært viktig beredskapsstruktur som helseforetakene. Det har vært særlig viktig å fokusere på

samordning og styring i situasjoner der flere enn ett helseforetak har vært involvert. Dette har trolig bidratt til at helsetjenestene har fremstått som relativt godt forberedt og har vist evne til å håndtere også større kriser, som f.eks. flodbølgekatastrofen 2004 – 2005. Etter flodbølgekatastrofen har det vært naturlig å fokusere på avklaringer av roller og ansvarsforhold sentralt og mellom sentralt og lokalt nivå.

Med Helse- og omsorgsdepartementets overordnede nasjonale helse- og sosialberedskapsplan som plattform, ligger det an til ytterligere forbedring av samhandlingen mellom aktørene. Samordning mellom de ulike forvaltningsnivåene, mellom berørte etater under Helse- og omsorgsdepartementet, og mellom berørte sektorer kan være avgjørende i krisehåndteringen.

NOU 2005:03 "Fra stykkevis til delt. En sammenhengende helsetjeneste" setter søkelyset på utfordringer knyttet til samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten, fra fastlegene via legevakt og ambulansetjeneste til spesialister og sykehus. Enkeltmennesket står i sentrum, og tjenestekjeden bør henge sammen slik at pasienten får den helhetlige helsehjelpen vedkommende trenger. Det vises til RHFenes samordningsansvar i samarbeid med kommunenes beredskapsplaner under avsnittet Aktører, roller og ansvar foran.

Sammenheng i tjenestene er på samme måte et krav i beredskapssammenheng. Når ulykken er ute, må akuttjenestene på skadested, ambulanse og akuttmottak på sykehus operere samordnet. Pasienter og pårørende skal også ha den nødvendige helsehjelp der de bor etter behandlingen i spesialisthelsetjenesten. For enkeltmennesket som er rammet vil opplevelsen av en sammenhengende tjenestekjede ha stor betydning. Ved større ulykker og kriser skal samtidig de ordinære helse- og sosialtjenestene overfor barn, gravide, funksjonshemmede, syke og pleietrengende opprettholdes parallelt med krisehåndteringen.

Ved større kriser og katastrofer er det i lovverket lagt til rette for å kunne trekke på ressurser utover det som finnes i den enkelte kommune og på det enkelte helseforetak. Samarbeid og samordning mellom kommuner og helseregioner, og internasjonalt samarbeid mellom land og innenfor rammen av FN, EU og andre organisasjoner, kan ha stor nytteverdi og kritisk betydning. Norge er medlem av Verdens helseorganisasjon og det europeiske smittevernbyrået ECDC. Norge har sluttet seg til det reviderte internasjonale helsereglement (IHR) som vil tre i kraft innen juli 2007.

Ved ulykker, kriser og katastrofer kan det også være behov for å benytte ressurser som finnes i frivillige lag og organisasjoner og i Forsvaret. Sosial- og helsedirektoratet leder Helseberedskapsrådet hvor Forsvaret og helsemyndighetene samarbeider om innsatsområder som evakuering av skadde, pandemiberedskap, katastrofepsykiatri, helsepersonell, mv.

4.3.7.2 *Robust beredskap og god krisehåndteringsevne*

Erfaringene fra flodbølgekatastrofen, gjennomgått av Reinåsutvalget og i Stortingsmelding nr 37 (2004-2005) om den sentrale krisehåndteringen av katastrofen, danner grunnlag for videre innsats i sentralforvaltningen, kommunene og tjenestene.

Avklarte ansvarsforhold, tydelig rollefordeling og klare forventninger til aktørene er en gjennomgående utfordring. Overordnet nasjonal helse- og sosialberedskapsplan, midlertidig fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, beskriver aktørene på helseområdet og deres roller og ansvar, på ulike nivåer fra departementer via etater

og fylkesmenn til kommunene, og fra regionale helseforetak til legevakt og ambulansetjeneste.

Roller, ansvar og kommunikasjonslinjer må være kjent og forstått av alle aktører, både nasjonalt og lokalt. Det er avgjørende at varsel om krise og situasjonsrapporter sendes rett sted til rett tid. Sikker tilgang på korrekt informasjon blir enda viktigere i en krisesituasjon enn i det daglige. Beslutninger må fattes raskt og under press fra mange kanter, informasjonsflyten til beslutningstakerne kan vise seg å bli en kritisk suksessfaktor.

Helsetjenestene har ansvaret for å behandle pasienter som har vært utsatt for radioaktiv stråling, biologiske og kjemiske midler (ABC). På ABC-området er ansvaret fragmentert mellom mange ulike aktører.

4.3.7.3 Økt bevissthet og kapasitet

I Norge har vi en velfungerende redningstjeneste. Når ulykken er ute, settes det umiddelbart inn operative ressurser fra nødetatene og den øvrige redningstjenesten. Erfaring viser at også større hendelser håndteres på en god måte.

Alle kriser og katastrofer rammer hardest i lokalsamfunnet. Av landets 431 kommuner hadde alle unntatt 41 ferdige helse- og sosialberedskapsplaner ved utgangen av 2005⁴. Alle helseforetak hadde beredskapsplaner ved årsskiftet, med ett unntak. Helsetilsynet følger opp disse.

Mange kommuner har arbeidet mye med beredskap, likevel er det noen generelle utfordringer⁵:

- Risiko- og sårbarhetsanalyser og scenarier som grunnlag for beredskapsplanene, er mangelfulle
- Beredskapsplanene er lite operative, de er i liten grad øvd, og aktører er ikke alltid informert om hvilke forventninger som stilles.
- Kommunenes beredskapsplaner er i liten grad samordnet med planer ved sykehusene og legevakten

Kommunene har et selvstendig ansvar for å prioritere og levere lovpålagte tjenester. Prioritering kan være krevende i stramme budsjetter, og det blir lett slik at akutte utfordringer løses først. Mange kommuner har hatt problemer med å prioritere arbeidet med beredskap i forholdet til den daglige drift.

Omstillingsprosesser og krav til effektivisering kan medføre utfordringer i forhold til beredskapsarbeid. Krav til økonomisk rasjonalisering får lett forrang foran finansiering av beredskapstiltak. Dette bør gis særlig oppmerksomhet. Innen helse- og sosialberedskapsarbeidet ser vi slike utfordringer knyttet til ulike finansieringsordninger og styringsmodeller, som diagnose- og aktivitetsbasert finansiering av helsehjelp på sykehus, og kontrahering av ikke-offentlige leverandører av hjembaserte tjenester. Det er viktig at beredskapshensyn tas med når tjenester konkurranseutsettes.

4.3.7.4 Sikre robust forsyning

Helsetjenesten er en kompleks organisasjon som er avhengig av tilførsel av en lang rekke innsatsfaktorer. Utviklingen har gått i retning av stadig større effektivitet og internasjonalisering, noe som medfører at lagre av forsyninger minimaliseres og at

⁴ Tilsynsmelding 2005, Helsetilsynet 2006

⁵ Jfr. Tilsynsmelding 2005, Helsetilsynet 2006, og Nasjonal ROS- og beredskapsanalyse innen helse, SAFETEC på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet 2006, mv. Utfordringene gjør seg også gjeldende blant helseforetak og andre aktører

viktige innsatsfaktorer ikke finnes på norsk jord. Å sikre en tilfredsstillende robusthet i forsyningsberedskapen må være et hovedfokus i perioden. Det er også behov for en gjennomgang av forsyningsberedskapen mtp grensesnitt mellom sentralt og lokalt nivå.

4.3.7.5 Smittevernberedskap

Flere utbrudd av smittsom sykdom, nasjonalt og internasjonalt, har satt spørsmålet om smittevernberedskap på dagsorden. Det har vært jobbet med smittevernplaner på spesielle områder som kopper og pandemisk influensa. Det har også understreket behovet for at helsetjenestene utarbeider egne smittevernplaner iht smittevernloven.

På dette området er det mange ulike tenkelige scenarier. Det er derfor viktig å ha en god overvåking av ulike smittsomme sykdommer. Norge er ledende når det gjelder overvåking av smittsomme sykdommer. Det er nødvendig å ha en bred tilnærming til tiltak som kan settes inn, bla legemidler, herunder vaksiner og antiviralia, og generelle smitteverntiltak som f eks isolasjon, karantene mv. Situasjonen iht fugleinfluensa og influensapandemi er illustrerende for dette. Det er nødvendig å nøye følge utviklingen av og forske på fugleviruset for å være best mulig forberedt dersom viruset utvikler seg til et pandemivirus. Det er viktig å ha mange ben og stå på.

Det er viktig å ikke bare arbeide med overvåkning av smittsomme sykdommer. Det er viktig å utvikle oss videre ift å kunne håndtere utbrudd av smittsomme sykdommer. Det vil måtte fattes vanskelige beslutninger som kan få store samfunnsmessige konsekvenser. Slike beslutninger må tas på grunnlag av best mulige vurderinger mellom hensynet til å hindre smittespredning og samfunnsmessige konsekvenser.

4.3.8 Satsningsområder og tiltak

4.3.8.1 Beredskap lokalt/i kommunene

I inneværende periode har det vært satset mye på å få beredskapen på sentralt og regionalt nivå opp på et tilfredsstillende nivå, bl.a. gjennom lov- og forskriftsarbeidet. Dette arbeidet må fortsette. Norske kommuner arbeider seriøst med beredskap og de fleste nå har vedtatt beredskapsplaner. Det er nå naturlig å dreie fokuset mer mot kommunalt nivå. Kommunene innehar en svært sentral og viktig rolle for helseberedskapen. Erfaring har vist at mange kommuner har gode beredskapsplaner og god krisehåndteringsevne. Det er likevel stor ulikhet mellom kommunene på dette området.

Beredskapsarbeidet må kontinuerlig videreutvikles. Mange kommuner har bl a på grunn av størrelse ikke sett seg i stand til å kunne sette av tilstrekkelige midler til beredskapsarbeid. Derfor er det viktig å sette kommunene (herunder også andre lokale organer) i stand til å ta neste skritt, bl.a. ved at sentrale myndigheter utarbeider nasjonale retningslinjer og annen tilrettelegging for beredskapsarbeidet. Det må også tas initiativ slik at kommuner kan utveksle erfaringer og informasjon. Fylkesmennene må spille en betydelig rolle i denne forbindelse. I tillegg er det kommet til nye kommunale utfordringer som må vurderes sammenheng med risiko- og sårbarhetsanalyser, herunder oppgaver innenfor utlendingsmyndighetenes ansvarsområde.

- Oppfølging av avvik/tiltak iht hhv Statens helsetilsyns tilsynsmeldinger og Nasjonal ROS- og beredskapsanalyse innen helse (SHdir janur 2006). Her

beskrives konkrete mangler og utfordringer som må inngå i dialogen med kommunene om prioriteringer i beredskapsarbeidet. I neste periode bør helsemyndighetene legge vekt på de felles utfordringene som kommunene har på dette området

- Utarbeidelse av kommunale risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS) med lokal forankring og i samarbeid med en eller flere nabokommuner
- Utarbeidelse av viktige dokumenter som akuttmedisinsk indeks på samisk og andre språk
- Flyplasser- og havnekommuner med internasjonal trafikk må gis særlig oppmerksomhet pga utfordringer av nasjonal interesse og betydning
- Med bakgrunn i Overordnet nasjonal helse- og beredskapsplan er det behov for å beskrive sammenhengen i tjenestene, samordningen mellom forvaltningsorganer og sektorer, herunder varslingssystemet til/fra kommunene og helseforetakene og videre opp til sentrale helsemyndigheter ved særlig komplekse/store hendelser. Beskrivelsen må inkludere organisering, rutiner og kontroll for best mulig varsling innad i helsetjenesten
- Øvelser/opplæring – vektlegge tverrfaglig samarbeid
- Vedlikeholde og videreutvikle kriseplanverk

4.3.8.2 Informasjon og kompetanse

Beredskapsorganisasjonen innen helse- og sosialområdet er landets største. I tillegg til å være stor og omfattende er organisasjonen kompleks. Hver aktør og hvert nivå har sine definerte ansvarsområder. Dertil kommer grensesnitt og kontaktpunkter med eksterne aktører og samarbeidspartnere. Dette krever tilstrekkelig og korrekt kommunikasjon og informasjon mht planlegging, forberedelser og ikke minst krisehåndtering for å kunne nyttiggjøre eksisterende personell- og materiellressurser best mulig.

I tillegg til tradisjonell helse- og sosialfaglig kompetanse er det nødvendig med god kompetanse og kapasitet innen organisasjonsarbeid og planlegging for å følge opp sentralt initierte forventninger til en god helsemessig og sosial beredskap.

- Bedre informasjonsberedskapen overfor publikum, pårørende og media - stikkord terror, språk (f.eks. info på samisk)
- Analysere og beskrive ansvarsforhold, samarbeid, samvirke, koordinering og helhetlig ressursutnyttelse i ulike situasjoner
- Utvikle informasjonssystemer for ressursstyring og beslutningsstøtte
- Vektlegge kompetansehevingstiltak, informasjons- og erfaringsutveksling
- Bedre samordning av beredskapsplanene på RHF-nivå, HF-nivå, kommunalt nivå, mellom nivåene og andre utrykningsetater
- Beskrive og legge til rette for et varslingssystem til/fra kommunene og helseforetakene og videre opp til SHdir/HOD (se også over Beredskap i kommunene)
- Gjennomføre innholdsundersøkelser av beredskapsplaner utarbeidet etter lov om helsemessig og sosial beredskap med forskrifter

4.3.8.3 *Forsyningsberedskap*

Det må arbeides videre med ordninger for å sikre tilstrekkelige forsyninger til helsetjenesten ved kriser. Beredskap må bygges inn i ordinære forsyningssystemer, det må utvikles ordninger for legemidler og materiell som ikke brukes i helsevesenet til daglig, samt foretas en gjennomgang av det regulatoriske. Det er helsetjenestene som er ansvarlig for å sikre tilfredsstillende forsyningsberedskap. Det er imidlertid behov for å avklare hvilke tiltak som bør organiseres sentralt.

4.3.8.4 *Smittevernberedskap*

Kommunene er lokal smittevernmyndighet og dermed sentrale ved håndteringen av utbrudd av smittsomme sykdommer. Mange kommuner er godt forberedt på dette, jf. legionellautbruddet i Østfold våren 2005. Det er imidlertid grunn til å tro at ulikhetene mellom kommunene er store, jf. det som er sagt over. Dette er det viktig å følge opp fremover, spesielt med tanke på en mulig pandemi.

Status når det gjelder å være forberedt på en mulig pandemi er relativt bra sammenlignet med mange andre land i Europa, med hensyn til planarbeid, antiviralia, vaksine etc. Imidlertid må tiltakene løpende vurderes ift utviklingen og ny kunnskap. WHO har en faglig og normerende lederrolle på feltet globalt. Dette gjelder ikke minst arbeidet med influensapandemi, utryddelse av koppevirus og det internasjonale helsereglementet som Norge har sluttet seg til. Det er også viktig at det gjøres et arbeid i helsetjenestene, samt i øvrige samfunnssektorer.

- gjennomgå grunnlaget for håndteringen av smittsomme sykdommer, herunder ulike tiltak
- gjennomgå den nasjonale forsyningssikkerheten og hvilke beredskapsordninger som trengs på legemiddelområdet
- vurdere økt satsing på forskning og utvikling av vaksiner i lys av målsetningen om å øke nasjonens forskningsinnsats
- vurdere nordisk produksjon av vaksiner til bruk mot influensapandemi for hjemmemarkedet som også kan bidra til å lukke gapet mellom behov og dekning på verdensbasis
- Vurdere og følge opp tiltak i Nasjonal ROS- og beredskapsanalyse utarbeidet for SHdir januar 2006, bla a ift sykehusinfeksjoner, laboratoriekapasitet, isolatsituasjon mv.

4.3.8.5 *Håndtering av kriser og katastrofer i utlandet*

En rekke utfordringer for beredskapsarbeidet blir beskrevet i St.mld. Nr. 37 (2004 – 2005), Flodbølgekatastrofen i Sør-Asia og sentral krisehåndtering. Politidirektoratet er gitt i oppdrag å samordne norske myndigheters planlegging av håndtering av kriser og katastrofer i utlandet.

Helsemyndighetene planlegger sine tiltak ut i fra følgende hovedområder:

- Hjelp til norske borgere på skadestedet. Dette innebærer at man skal sende med representanter for helsemyndighetene med UD's utrykningsenheter. I tillegg skal team med kvalifisert norsk helsepersonell kunne sendes til katastrofeområder.
- Sørge for hjemtransport av skadede. Her er samarbeid med Forsvaret aktuelt, evt bruk av luftambulansfly.

- Mottak av skadede, evt hospitalisering. Her er kommuner med internasjonale flyplasser sentrale
- Oppfølging av pårørende, hjemkomne og andre berørte.

Fra helsemyndighetenes side legges det stor vekt på samarbeidet med UD ved planlegging av håndtering av situasjoner i utlandet.

Rutiner for regional og interregional mobilisering av helseressurser, samt mobilisering av internasjonale helseressurser bør i størst mulig grad være avklart mellom RHFene gjennom avtaler. I 2006, under det norske formannskapet for det nordiske helseberedskapssamarbeidet, er det satt i gang et nordisk arbeid for å utdype samarbeidet og styrke koordineringen av innsatsen ved kriser og katastrofer i utlandet. I Sverige er det blant annet blitt arbeidet systematisk med et erfaringsoverføringsprosjekt der en gruppe fagpersoner har oppsøkt skadested ved større internasjonale katastrofer og intervjuet innsattpersonell.

Tiltak:

- Videreutvikle beredskap for håndtering av kriser og katastrofer i utlandet
- Etablere et prosjekt som sikrer erfaringsoverføring ved katastrofer
- Utarbeide rutiner for ressursallokering ved katastrofer
- Videreutvikle det nordiske helseberedskapssamarbeidet ved kriser og katastrofer i utlandet på basis av den nordiske helseberedskapsavtalen
- Følge opp internasjonalt arbeid i regi av FN mv.