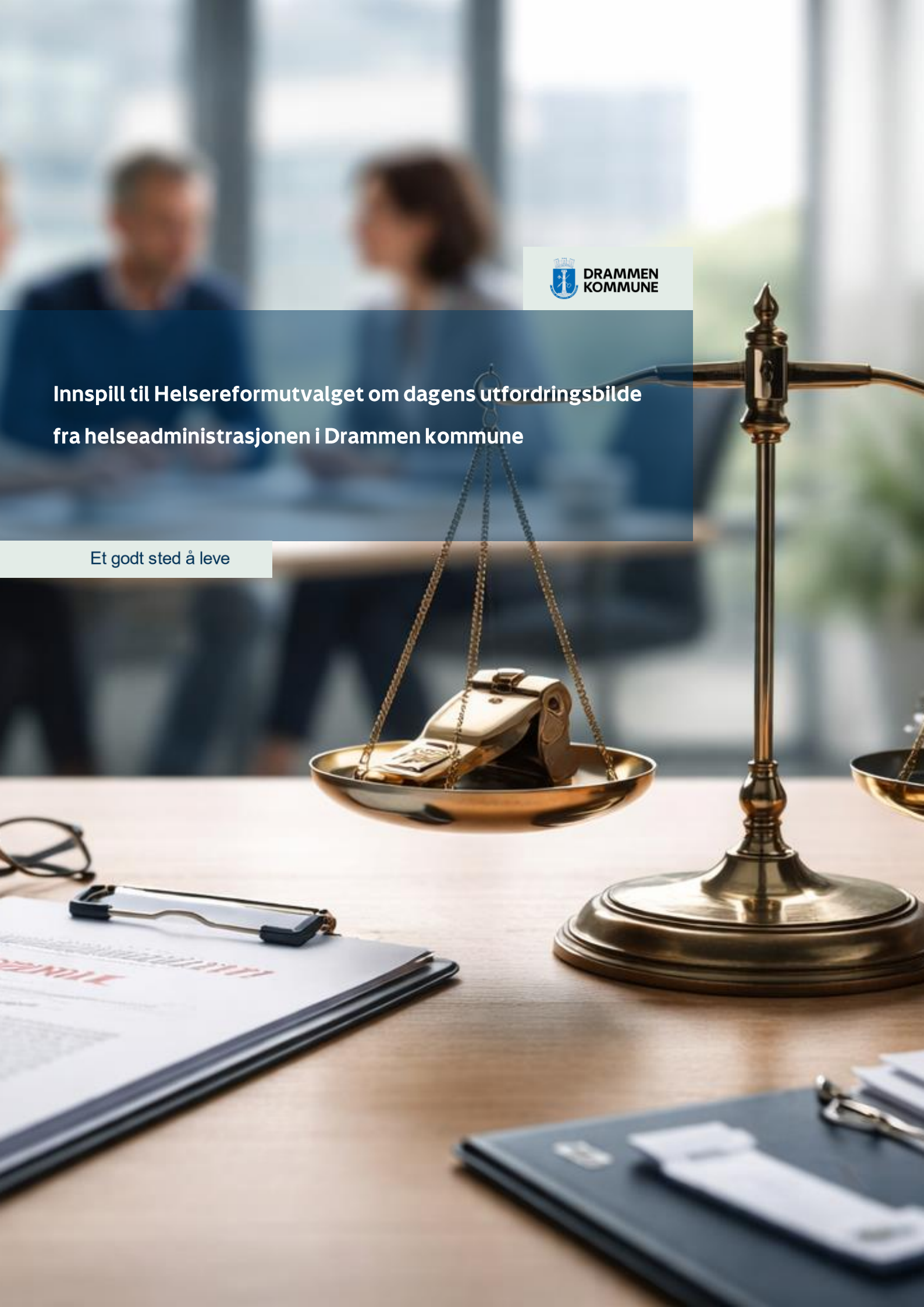


Innspill til Helsereformutvalget om dagens utfordringsbilde fra helseadministrasjonen i Drammen kommune

Et godt sted å leve



Innhold

Oppsummering og konklusjon	3
1.0 Overordnede betraktninger	5
1.1 Utfordringsbildet	5
1.2 Har vi nok ressurser i helse- og omsorgstjenesten?	5
1.3 Overordnede betraktninger om løsning og veien videre	6
2.0 Svak prioriteringsstøtte i praksis og høye forventninger i befolkningen bidrar til medisinsk overaktivitet	6
2.1 Økte forventninger påvirker helsepersonellrollen	6
2.2 Overdiagnostikk og overbehandling	7
2.3 Mulige tiltak for å redusere overaktivitet	7
3.0 Fragmentert helsevesen	8
3.1 Når tjenester og profesjoner motarbeider hverandre	8
3.2 Skjevhet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten	8
3.4 Spesialisert versus generalistkompetanse	9
3.5 Private helsetjenester	9
3.6 Samfunnsmedisinerens rolle	9
4.0 Svak og tilfeldig koordinering og samhandling rundt enkeltpasienter	10
4.1 Manglende kontinuitet for pasienter og manglende oversikt for helsepersonell	10
4.2 For stor binding til diagnoser og standardiserte forløp – for liten vekt på funksjon og behov	10
4.3 Fastlegens koordinerende rolle	11
5.0 Gjentakende omorganiseringer og utstrakt prosjektorganisering går ut over fag og kontinuerlig kvalitetsforbedring	12
5.1 Insentiver for kvalitetsforbedring, kvalitetssikring og innovasjon	12
5.2 Tilrettelegging for kvalitetsarbeid i hverdagen	12
5.3 Avstand mellom ledelse og klinisk praksis	13
5.4 Fleksibilitet og personlig tilpasning i arbeidshverdagen	13
6.0 Fragmentert og langsom digitaliseringsprosess	13
6.1 Journalløsninger	14
6.2 Konsekvenser av manglende digital oppgradering	14
6.3 Nasjonalt ansvar	14
7.0 Ressurskrevende sykemeldingsordning som bidrar til høyt fravær	15
8.0 Folk bor ofte spredt og i boliger det er utfordrende å gi gode tjenester i	15

9.0 Begrenset kapasitet til å håndtere beredskapshendelser 16

10.0 Avsluttende innspill: En helhetlig helsetjeneste skapes ikke uten kommunene 16

Oppsummering og konklusjon

Drammen kommune takker for muligheten til å gi innspill til Helsereformutvalget, og bidra til å utdype forståelsen av dagens utfordringsbilde. Dette notatet er et faglig innspill fra helseadministrasjonen ved direktør, medisinsk faglig enhet og samfunnsmedisinsk avdeling i Drammen kommune.

Mye fungerer godt – og svært godt – i dagens helse- og omsorgstjenester. Samtidig har økte muligheter for utredning og behandling, demografisk utvikling og endrede forventninger i befolkningen bidratt til økt etterspørsel og et mer komplekst tjenestebilde. Vi opplever at dagens tjenester i for liten grad er tilpasset den kompleksiteten den moderne helse- og omsorgstjenesten står i, og at fragmenterte ansvars-, styrings- og finansieringslinjer bidrar til unødvendig friksjon, dobbeltarbeid og risiko for svikt i pasientforløp.

Vi mener det er behov for sterkere samordning mellom aktører som deler ansvar i pasientforløpene – og for økonomiske rammer som i større grad følger pasienten, ikke tjenestene. Ordninger som gir økonomisk gevinst av å skyve ansvar mellom nivåer, motvirker helhetlige løsninger og bør erstattes av mekanismer som belønner riktig innsats på riktig nivå til riktig tid.

En bærekraftig og sammenhengende helsetjeneste forutsetter at reformarbeidet tar utgangspunkt i hvor helsetjenestene faktisk skapes og leveres i hverdagen: i kommunene. Kommunene er innbyggernes viktigste kontaktpunkt i helsetjenesten, og håndterer i økende grad komplekse medisinske og sammensatte behov. Kommunene bærer et kontinuerlig ansvar for helsetjenester gjennom hele døgnet og hele året, også i kriser. En helsereform vil derfor ikke lykkes uten reell kommunal involvering tidlig i prosessene, og uten rammer som styrker kommunenes mulighet til å levere helhetlige pasientforløp i tett samarbeid med fastleger og spesialisthelsetjenesten.

Det er etter vårt syn lite hensiktsmessig å forstå en helsereform primært som en organisatorisk omorganisering. Omorganisering i seg selv har betydelige omkostninger, og binder tid, kompetanse og ledelseskapasitet som i stedet bør brukes til tjenesteutvikling, samhandling og kontinuerlig kvalitetsforbedring. Slike prosesser innebærer også risiko for at gode fagmiljøer svekkes, og at pågående utviklingsarbeid stopper opp eller forvitrer.

Førstelinje helse- og omsorgstjenester hører naturlig sammen og bør etter vårt syn fortsatt være pasientnært organisert i kommunene, slik det i hovedsak er i dag. Spesialiserte funksjoner må samtidig samles i større enheter enn den enkelte kommune, og statlig samordning kan være hensiktsmessig for enkelte typer tjenester. Vi tror imidlertid ikke at organisasjonsstruktur i seg selv er det avgjørende for hvordan innbyggerne opplever tjenestene. En helsereform bør derfor i mindre grad ha hovedfokus på struktur, og i større grad rette seg mot rammebetingelsene for tjenestene.

En moderne helsereform bør særlig styrke rammene for systematisk dialog, koordinering og kontinuerlig kvalitetsforbedring både mellom nivåer og internt i tjenestene. Dette forutsetter tydeligere nasjonale krav og virkemidler, herunder juridisk regulering, økonomiske insentiver og en robust nasjonal digital infrastruktur.

Økonomiske ressurser må følge pasientene, også ved oppgaveoverføring mellom nivåer i helsetjenesten og finansieringen bør i større grad være ensartet, uavhengig av forvaltningsnivå. Vi bør ikke videreføre finansieringssystemer som motvirker utvikling av hensiktsmessige, helhetlige og bærekraftige tjenester.

Helsetjenesten må gjennom en digital transformasjon som frigjør tid til samhandling og direkte pasientrettet arbeid. Dette handler ikke primært om å bruke KI-baserte språkmodeller til å produsere lange, ustrukturerte journalnotater, men om å utvikle mer strukturerte og gjenbrukbare pasientdata. Slik kan KI-baserte beslutningsstøtteverktøy bidra til bedre risikoprediksjon, mer treffsikker oppfølging, færre unødvendige «for sikkerhets skyld»-undersøkelser og redusert tid brukt på dokumentasjon.

Personell vil være den knappeste ressursen i årene som kommer. Reformen må derfor styrke tiltak som reduserer unødig ressursbruk, tydeliggjør prioritering i praksis og bygger generalistkompetanse og helhetlig tilnærming – særlig i førstelinjen. I sammenheng med en helsereform bør det også vurderes om dagens sykemeldings- og trygdeordninger i noen tilfeller reduserer tilgjengelig arbeidskraft, bidrar til sykeliggjøring og medfører unødig ressursbruk i helsetjenestene.

Forebygging og mestring blir stadig viktigere, og må sees i sammenheng med øvrige kommunale virkemidler, herunder bolig- og samfunnsplanlegging. Det bør vurderes hvilke krav og insentiver som kan benyttes overfor kommuner, innbyggere og private aktører for å få fortgang i etablering og bruk av boformer som gjør det mulig å utnytte helsepersonellressursene mer effektivt i en fremtidig eldreomsorg. Likeverdige tjenester innebærer etter vårt syn ikke nødvendigvis like løsninger; reformen bør åpne for fleksibilitet og differensiering innenfor tydelige nasjonale krav til kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling.

Samlet mener vi det er behov for styrket generalistkompetanse, tydeligere prioritering helt ut i førstelinjen, og en tydelig satsing på forebygging, samhandling og digital effektivisering – med økonomiske og juridiske rammer som understøtter helhetlige pasientforløp, og med kommunene som en integrert og forpliktende del av reformens hovedgrep.

1.0 Overordnede betraktninger

Den norske helsetjenesten fungerer i hovedsak godt. Pasienttilfredsheten er høy, og befolkningen har gjennomgående stor tillit til helsetjenesten. Levealderen øker, og flere lever lenger med kronisk sykdom. Helsetjenesten leverer svært gode resultater, også i internasjonal sammenheng.

1.1 Utfordringsbildet

Samtidig står helse- og omsorgstjenestene overfor betydelige utfordringer. Årsakene er sammensatte, og mange av utfordringene skyldes brede samfunnsendringer. Økte muligheter for utredning og behandling, kombinert med endrede forventninger i befolkningen, har medført økt etterspørsel etter helsetjenester.

Demografiske endringer, med flere eldre og en lavere andel i yrkesaktiv alder, innebærer at flere innbyggere vil ha behov for helse- og omsorgstjenester, samtidig som det ikke vil være mulig å opprettholde samme bemanning per pasient som tidligere. Mange deler av tjenestene har over tid opplevd ressursknapphet – når det gjelder personell, tid og økonomi – og det er grunn til å tro at dette samlet virker belastende på systemet.

En særlig grunnleggende utfordring er at norsk helse- og omsorgstjeneste er organisert som mange separate «tannhjul» med ulik styring, finansiering, ansvar og informasjonsgrunnlag – samtidig som aktørene er gjensidig avhengige av hverandre. Skillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (og også interne skiller i primærhelsetjenesten), med separate økonomiske rammer og styringslinjer, skaper strukturelle barrierer for helhetlige pasientforløp. Dette bidrar til fragmentert ansvar, betydelig dobbeltarbeid, og helsepersonell som beskriver en arbeidshverdag preget av utrygghet og overbelastning.

Dagens system innebærer i praksis at ulike aktører kan ha økonomisk gevinst av at andre overtar ansvar. Resultatet blir at «tannhjulene» i for stor grad jobber mot hverandre, ikke sammen. Forenklet illustrert: Kommunen sparer penger når en pasient er innlagt, mens sykehuset har insentiv til å få meldt pasienten utskrivningsklar raskt slik at kommunen overtar finansieringsansvaret. Dette gir svake insentiver til å finne løsninger som er best for pasienten og samtidig gir mest helse for ressursinnsatsen over tid.

1.2 Har vi nok ressurser i helse- og omsorgstjenesten?

Til tross for høy lege- og sykepleiertetthet sammenlignet med andre land¹ oppleves ressursknapphet. Dette kan delvis forklares av geografi og behov for spredt beredskap. Vi mener likevel at årsakene er mer sammensatte, og at hovedutfordringene vi beskriver nedenfor må ses i sammenheng dersom vi skal opprettholde gode helse- og omsorgstjenester i en situasjon hvor vi ikke kan videreføre dagens bemanning per pasient.

¹ I Norge har man 5.37 leger per 1000 innbyggere, kun Østerrike har flere blant OECD gruppe (ref: [Doctors | OECD](#)). Danmark og Sverige har 4.48. I Norge har man 15.62 sykepleiere per 1000 innbyggere, betydelig flere enn i Sverige (10.97 pr 1000) eller Danmark (10.42 pr 1000) (ref: [Nurses | OECD](#)).

Det er estimert at 10 % av pasientene i Norge står for 63 % av ressursbruken². OECD rapporterer at en betydelig andel av helseressurser brukes uten at det gir helsegevinst³. Et sentralt grep vil derfor være å redusere uhensiktsmessig overaktivitet, særlig knyttet til pasientgrupper med høyt behov og høyt ressursforbruk.

1.3 Overordnede betraktninger om løsning og veien videre

Det er økende evidens for at tjenester bør innrettes for å styrke samhandling. Det er behov for mer strukturert og personsentrert samarbeid mellom tjenester og nivåer. Et slikt samhandlingsløft forutsetter samtidig forbedring av digitale samhandlingsflater. Uavhengig av organisering er det avgjørende at strukturer og rammebetingelser legger til rette for dette.

I teksten nedenfor beskriver vi åtte hovedutfordringer i dagens helse- og omsorgssystem:

1. Svak prioriteringsstøtte i praksis og høye forventninger i befolkningen bidrar til medisinsk overaktivitet
2. Fragmentert helsevesen
3. Svak og tilfeldig koordinering og samhandling rundt enkeltpasienter – for mye fokus på diagnose og for lite på funksjon
4. Omorganiseringsprosesser og utstrakt prosjektorganisering går ut over fag- og kvalitetsarbeid
5. Fragmentert og langsom digitaliseringsprosess
6. Ressurskrevende sykemeldingsordning som bidrar til høyt fravær
7. Bosettings- og boligformer som gjør det krevende å yte effektive tjenester
8. Begrenset kapasitet til å håndtere beredskapshendelser

2.0 Svak prioriteringsstøtte i praksis og høye forventninger i befolkningen bidrar til medisinsk overaktivitet

Etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester øker. Sammen med økte utrednings- og behandlingsmuligheter gir dette risiko for medisinsk overaktivitet, og dermed økt behov for prioritering.

2.1 Økte forventninger påvirker helsepersonellrollen

Stor tilgang til informasjon – både av god og dårlig kvalitet – gjør at pasienter oftere møter helsetjenesten med tydelige forventninger om utredning og behandling. Å vurdere hva som er

² Lonhaug-Naess, M., et al., Older high-cost patients in Norwegian somatic hospitals: a register-based study of patient characteristics. *BMJ Open*, 2023. 13(10): p. e074411.

³ [Tackling Wasteful Spending on Health | OECD](#)

klinisk relevant, prioritere og samtidig gi trygg og god informasjon, krever tid, faglig trygghet og høy kompetanse i kommunikasjon.

Forventningene er dels et resultat av medisinsk utvikling med stadig nye muligheter, dels av hvordan vi som helsevesen og myndigheter har kommunisert om disse mulighetene, og dels av en politikk som over tid har etablert flere pasientrettigheter. Enkelte plager kan utløse forventninger om henvisning fordi «andre har fått det».

2.2 Overdiagnostikk og overbehandling

Helsepersonell skal yte forsvarlige tjenester. Dette innebærer også å avstå fra unødvendige undersøkelser og behandling. Vi erfarer likevel at terskelen for supplerende diagnostikk ofte er lav, også når kliniske vurderinger tilsier at det ikke er medisinsk nødvendig. Dette skjer blant annet for å berolige pasient eller behandler, eller av frykt for å overse sykdom – til tross for lav sannsynlighet for behandlingskrevende tilstand basert på klinikken.

Overdiagnostikk og overbehandling har flere negative konsekvenser. Det kan skade pasienten, innebærer feil ressursbruk og er en betydelig samfunnsøkonomisk belastning. Videre kan svekket autonomi og lite meningsfullt arbeid bidra til lavere arbeidstilfredshet hos helsepersonell.

Vi mener følgende strukturelle forhold kan bidra til overaktivitet:

- Tids- og produksjonspress
- Mindre systematisk fagutvikling etter endt spesialisering, særlig i primærhelsetjenesten, med svakere forutsetninger for samordnet praksis
- Overforbruk av laboratorietjenester og radiologi, ofte drevet av varierende praksis og tilgjengelighet, snarere enn reelt økt medisinsk behov
- Manglende støtte til å si «nei» på faglig grunnlag, herunder behov for tydeligere veiledning for når man bør avstå fra utredning og behandling, samt bedre ivaretagelse av kost-nytte og sykdomsbyrde⁴.
- Finansielle insentiver som belønner aktivitet fremfor riktige valg. FHI-rapporten *Fastlegenes avlønningsform og insentiver: Konsekvenser for portvokterrollen* (2025) peker på funn som kan indikere at økonomiske insentiver for næringsdrivende fastleger kan bidra til svakere portvokting på flere områder.

Skal vi ha en sterk primærhelsetjeneste med tydelige portvoktere, må vi investere i arbeidsformen, støttefunksjoner og rammebetingelser – og samtidig tydeliggjøre den samfunnskritiske rollen fastlegene har.

2.3 Mulige tiltak for å redusere overaktivitet

Prioriteringsspørsmålet er grundig utredet, og det finnes nasjonale rammer og veiledere. Likevel erfarer vi at mye av den reelle prioriteringen skjer i ytterste ledd – i møtet mellom helsepersonell og pasient – ofte med begrenset informasjon og under tidspress. Vi mener rammene og insentivene for prioritering i klinisk praksis er for svake.

⁴ Cardona-Morrell, M., et al., Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care*, 2016. 28(4): p. 456-69

Vi mener også det er behov for mer samordnet, faglig fundert informasjon til befolkningen om hensiktsmessig utredning og behandling, og økt bevisstgjøring om overbehandling. Videre tilslutning til internasjonale initiativ som **Gjør kloke valg** er viktig. Den høye tilliten befolkningen har til helsetjenesten gir et godt utgangspunkt for å innføre prioriteringsprinsipper på en legitim og forståelig måte.

3.0 Fragmentert helsevesen

Medisinsk overaktivitet bidrar til press i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Både helseforetak og kommuner har etter folkehelseloven ansvar for samarbeid om folkehelse, inkludert informasjon til befolkningen. Samtidig er insentivene for samarbeid på tvers av nivåer og tjenester ikke sterke nok. Dermed optimaliserer hver aktør i stor grad for egen drift, uten tilstrekkelig blikk for helheten: Kommunen sparer penger når pasienter legges inn, mens sykehuset sparer penger ved å overføre pasienten raskt tilbake til kommunen.

3.1 Når tjenester og profesjoner motarbeider hverandre

Vi ser flere eksempler på motstridende insentiver som gjør samhandlings- og forbedringstiltak krevende. Ett eksempel er digital sårbehandling på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, hvor utrulling hemmes fordi spesialisthelsetjenesten kan tape inntekter fra polikliniske konsultasjoner når oppfølging skjer kommunalt med digital støtte. Tilsvarende beskrives utfordringer i **En vei inn**-prosjektet (felles psykisk helsemottak) mellom DPS Vestfold og Sandefjord kommune, hvor utrulling kompliseres av motstridende økonomiske interesser – til tross for åpenbar gevinst for pasienter og samfunn.

3.2 Skjevhet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

At sykehus i økende grad utvikler hjemmebaserte oppfølgingsmodeller, er positivt for pasientene og for bærekraften. Samtidig forsterker dette oppgaveglidningen fra spesialist- til primærhelsetjenesten, som har pågått over tid, blant annet etter samhandlingsreformen i 2012. Kommunehelsetjenesten håndterer dermed stadig mer komplekse pasientforløp.

Oppgaveglidningen initieres ofte av helseforetak, uten at kommunene involveres tidlig nok til å planlegge, og uten tilsvarende overføring av økonomiske ressurser og kompetanse. Ressurskravet ved oppgaveoverføringen blir i praksis lagt på kommunen, uten konsekvenser for nivået som reduserer sitt tilbud. Eksempler på oppgaver som i større grad gjennomføres kommunalt og som krever vesentlig mer ressursbruk – både til utstyr og personell – er kreftomsorg, oppfølging i psykisk helsevern og komplekse forløp som sårbehandling, hjemmedialyse og smertebehandling.

Vi mener at ressursene i for liten grad følger pasientene. Økte ressurser til fastlegeordningen er et positivt grep. Vi mener det er behov for tilsvarende ressursoverføring til kommunale omsorgstjenester, og at man samtidig planlegger for tilknytning av nødvendige legeressurser. Det er ikke realistisk at kommunene skal håndtere oppgaveoverføring fra helseforetak uten økt rammefinansiering eller ordninger der midler i større grad følger pasienten.

3.4 Spesialisert versus generalistkompetanse

Vi trenger både spesialisert og generalistkompetanse. Samtidig mener vi det er en tendens i retning av et for spesialisert helsevesen. Dette kan øke risikoen for overaktivitet ved at fokus rettes mot problemstillinger innen egen spesialitet fremfor en helhetlig vurdering av pasientens behov. Vi mener derfor det er behov for flere generalister som ser helheten. Det kan gi bedre ressursutnyttelse og økt pasientsikkerhet.

3.5 Private helsetjenester

Vi mener det føres for lite kontroll med både helprivate legetjenester og avtalespesialister. Begge kan henvise til undersøkelser som er offentlig finansiert. Fremveksten av slike tilbud kan – i tillegg til å indikere større etterspørsel enn det offentlige er rigget for – også forstås som et symptom på manglende tillit til det offentlige systemet og/eller manglende kvalitetskontroll og behovsprøving.

Avtalespesialister og private tilbydere kan bidra til effektiv drift og avlastning ved lang ventetid, men kan også bidra til overaktivitet. Rettighetsvurdering og behovsprøving skjer ikke alltid på samme måte som i det offentlige. Vi ser også eksempler på tilbud som kan bidra til medikalisering, som screening uten dokumentert helsegevinst (for eksempel helkropps-ultralyd uten indikasjon), og omfattende ADHD-utredninger etter pasientønske uten forutgående tiltak i førstelinjen.

Det er de senere årene også blitt kjent at flere avtalespesialister har misbrukt sin utrednings- og behandlingsfrihet i et omfang som har ført til betydelig over- og feilbehandling. Slike saker svekker både pasientsikkerheten og tilliten til helsesystemet. Slik praksis er ressurskrevende, særlig fordi offentlig og privat sektor rekrutterer fra samme personellgrunnlag, og fordi pasienter ofte må følges videre i det offentlige.

3.6 Samfunnsmedisinerens rolle

I planlegging og utvikling av tjenestene er det avgjørende å se sammenhenger. Endringer i ett ledd påvirker ofte flere andre, og dette må tas høyde for både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I denne sammenheng bør samfunnsmedisinsk kompetanse benyttes mer systematisk, både i kommuner og helseforetak.

Samfunnsmedisinere har en særskilt systemforståelse som kombinerer medisinsk fagkunnskap med analyse av befolkningsbehov, prioritering, ressursbruk og styring på tvers av sektorer. Faggruppen har arbeidsflater mot spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, folkehelsearbeid, beredskap og andre samfunnssektorer. Denne tverrsektorielle rollen er etter vår vurdering sentral for å realisere reformens mål om bedre samhandling, mer helhetlige pasientforløp og bærekraftig ressursbruk.

4.0 Svak og tilfeldig koordinering og samhandling rundt enkeltpasienter

Som følge av fragmentert organisering er koordinering og samhandling rundt enkeltpasienter tidvis svak og lite systematisk. Vi mener det er behov for en kulturendring i retning av en mer pasientsentrert, proaktiv og integrert tilnærming, og at det bør gjøres flere grep for å understøtte dette.

4.1 Manglende kontinuitet for pasienter og manglende oversikt for helsepersonell

Pasienter kan oppleve å bli flyttet mellom fastlege, legevakt, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten uten tydelig kontinuitet eller samlet ansvar. Samtidig bruker helsepersonell betydelig tid på å skaffe oversikt over hva som er gjort, hvilke vurderinger som er foretatt og hvordan sykdomsforløp har utviklet seg.

Dette bidrar til et tungrodd og uoversiktlig system. Forhastet arbeid i én del av tjenesten medfører ofte ekstraarbeid i en annen. Eksempelvis bruker hjemmetjenesten tid på ompakking av multidose fordi fastlege endrer legemidler uten å kjenne tidspunkt for pakking, selv når endringen ikke haster. Tilsvarende kunne mer medisinhåndtering vært overlatt til pasientene selv dersom det var tid til systematiske egnethetsvurderinger og målrettet opplæring. Tidsmangel gjør at tjenestene i for stor grad blir reaktive, og forebyggende og planlagt oppfølging nedprioriteres – med økt samlet tidsbruk som konsekvens.

Disse utfordringene forsterkes av mangel på et felles, helhetlig og tidslinjebasert informasjonsgrunnlag. Dette øker risiko for unødvendige og gjentatte undersøkelser, feil i legemiddelbehandling og mangelfull oppfølging. Vi omtaler dette nærmere i avsnittet om digitalisering.

4.2 For stor binding til diagnoser og standardiserte forløp – for liten vekt på funksjon og behov

Vi illustrerer problemstillingen med et eksempel: Barn og unge har rett til tilrettelegging og oppfølging basert på funksjon og behov, uavhengig av medisinsk diagnose. Likevel erfarer vi at foreldre og skole oftere etterspør henvisning til BUP før tiltak i førstelinjen er forsøkt.

Det er en fornuftig grunntanke at spesialisthelsetjenesten primært utreder, diagnostiserer og veileder, og at kommunen har ansvar for langvarige, individuelt tilpassede tjenester der pasienten bor og lever. Samtidig må det være rom for individuelle tilpasninger og delt ansvar for de mest komplekse pasientene med lavt funksjonsnivå og store behov. FACT ung er et eksempel på en modell med deltakelse fra begge nivåer, og erfaring tilsier at dette kan gi positive effekter, blant annet på skole-/undervisningsdeltakelse.

Dreiningen mot mer oppfølging i primærhelsetjenesten og kortere forløp i spesialisthelsetjenesten har kommet senere for barn og unge enn for øvrige deler av tjenesten. Dette kan bidra til økende henvisninger til BUP, samtidig som diagnoser som skal følges over

tid i kommunen faktisk øker. Det er også mulig at barn med diagnose møtes med en annen forståelse enn barn med tilsvarende utfordringer uten diagnose.

Vi mener tjenester i større grad bør innrettes etter funksjon og reelle behov – uavhengig av diagnose. Hvordan man lever med sykdom og vansker påvirkes i stor grad av sosioøkonomiske forhold og ressurser i nettverk. To personer med samme diagnose kan ha svært ulike forutsetninger for mestring. Tjenestene må gjenspeile dette.

4.3 Fastlegens koordinerende rolle

Fastlegeforskriften pålegger fastlegen både å gi allmennmedisinske tjenester og å ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle. Fastlegen koordinerer ofte avansert oppfølging mellom organspesialister og kommunale tjenester. Vi mener dagens organisering i for liten grad støtter fastlegene i dette arbeidet. Fastleger jobber ofte som selvstendig næringsdrivende, med kommunen som avtalepart.

Vi mener det er behov for grep – også nasjonalt – for å integrere fastlegene bedre med øvrige tjenester. Dette kan omfatte tydeligere koordinerende roller, teambaserte løsninger, digital samhandling, felles møteplasser og insentiver for samhandling og felles kvalitetsforbedring. Det må legges til rette for tverrfaglige møter, deling av behandlingsplaner, tydelig ansvarsdeling og god informasjonsflyt.

Fastleger trenger også prioriteringsstøtte i praksis for å redusere unødvendige henvisninger og behandling. Ofte står fastlegen alene i disse vurderingene. Å avstå fra sykmelding eller henvisning kan være mer tidkrevende og emosjonelt krevende enn å etterkomme pasientens ønske, og kan samtidig øke risiko for klage. Fastleger opplever også for ofte å stå alene i klagesaker hos Statsforvalter.

Fritt fastlegevalg har vært en suksessfaktor, men bidrar samtidig til fragmentering – særlig for personer med stort omsorgsbehov som mottar omfattende kommunale tjenester. Kommunale enheter må samhandle med mange fastleger, og fastleger må samhandle med mange kommunale tjenester. I større kommuner gir dette stort samhandlingsbehov mellom aktører som i begrenset grad kjenner hverandres rammer og tjenester.

Fastleger følger dessuten ofte opp pasienter som har avsluttet spesialisert behandling, for eksempel ved manglende effekt. På den måten fungerer fastlegen både som førstelinje og som «fjerde linje» for mange pasienter.

Vi mener derfor at videre styrking av fastlegerollen er avgjørende. Dette krever både kulturendring og målrettet ressursbruk til tiltak som styrker integrasjonen med øvrige tjenester og forbedrer kvalitet i overgangene – snarere enn kun generelle økninger i basistilskudd og takster.

5.0 Gjentakende omorganiseringer og utstrakt prosjektorganisering går ut over fag og kontinuerlig kvalitetsforbedring

Vi mener utfordringene i helsevesenet i begrenset grad kan løses med strukturendringer alene. Store reformer er ressurskrevende, og det tar tid før systemet igjen fungerer stabilt. Det vil ofte ta enda lengre tid før en reorganisering gir målbar kvalitetsforbedring. Hovedutfordringene – og de viktigste løsningene – ligger ofte i detaljene i samhandling rundt den enkelte pasient.

Vi mener tiltak i hovedsak bør rette seg mot tilpasning og forbedring innenfor stabile rammer, fremfor omfattende strukturelle reformer. Stabilitet gir bedre forutsetninger for kvalitetsforbedring og samhandling. I en krevende situasjon bør ressurser i større grad brukes på å styrke samarbeid og arbeidsformer, fremfor å etablere nye strukturer.

5.1 Insentiver for kvalitetsforbedring, kvalitetssikring og innovasjon

Fastlegeforskriftens tydeliggjøring av kommunens ansvar for kvalitet i fastlegeordningen, etableringen av SKIL og kommunenes ansvar for ALIS-oppfølging har gitt bedre grunnlag for kvalitetsarbeid og samhandling. Samtidig er omfanget av dette arbeidet i stor grad gjenstand for lokal tolkning, og ressursene som følger med er begrensede. Å etablere varige kvalitetsstrukturer tar tid og krever betydelig holdningsendring. Store administrative omorganiseringer kan i verste fall svekke eller ødelegge arbeid som er i gang.

Kvalitetsarbeid er krevende i en fragmentert, kompleks og presset tjeneste. Vi erfarer at igangsetting av tiltak i for stor grad er personavhengig. Mange har begrenset oversikt over hva de faktisk kan påvirke (circle of influence), samtidig som frustrasjonen over forhold man ikke kan påvirke (circle of concern) er stor.

Vi mener det drives for lite systematisk kvalitetsarbeid, særlig i overgangene mellom tjenester og nivåer. Det er behov for sterkere incentiver og ressurser til kvalitetsarbeid i både primær- og spesialisthelsetjenesten, inkludert personalmessige og finansielle virkemidler. Kvalitetsarbeid i praksis bør også i større grad tematiseres i utdanningene.

5.2 Tilrettelegging for kvalitetsarbeid i hverdagen

Fagpersoner motiveres av å levere god faglig kvalitet. Vedvarende arbeid i strid med egne faglige verdier kan bidra til utbrenthet. Dette kan forsterkes av dokumentasjons- og rapporteringskrav som ikke oppleves å bidra til kvalitet, og som går på bekostning av pasientrettet arbeid.

Retningslinjer og veiledere er viktig støtte, men omfanget er i dag så stort at få har mulighet til å ha full oversikt. Veiledere og retningslinjer bør henge bedre sammen, og det bør være tydeligere føringer for praktisk veiledning og kollegial støtte i arbeidshverdagen.

5.3 Avstand mellom ledelse og klinisk praksis

De siste tiårene har profesjonalisering av ledelse og innføring av styringsmodeller inspirert av new public management bidratt positivt på flere områder. Samtidig mener vi dette kan øke risikoen for avstand mellom ledelse og pasientnært helsepersonell. Avstanden kan bidra til beslutninger om tiltak som i liten grad forbedrer klinisk praksis.

Til tross for økning i antall ledere opplever mange ansatte at de i liten grad kjenner sin nærmeste leder, og at nærmeste leder ikke har tilstrekkelig innsikt i arbeidshverdagen deres. Dette kan svekke opplevelsen av støtte og psykologisk trygghet.

5.4 Fleksibilitet og personlig tilpasning i arbeidshverdagen

Arbeidshverdagen i helse- og omsorgstjenestene er ofte lite fleksibel og lite forutsigbar. Enkle tiltak, som bedre planleggingshorisont for ferie, kan ha stor betydning for trivsel. For leger er det vanlig med omfattende arbeidstid og unntak fra arbeidsmiljøloven, noe mange yngre leger ønsker seg bort fra. Mange leger har også pålegg om å ta vakansvakter ved uforutsett fravær. For sykepleiere er turnuser ofte rigide og gir begrenset fleksibilitet. Krav om heltidsstillinger passer heller ikke for alle. Etter vår vurdering bør det i større grad legges til rette for ulike stillingsprosenter og mer fleksible turnusordninger.

6.0 Fragmentert og langsom digitaliseringsprosess

Mangelen på en nødvendig digital infrastruktur forsterker mange av utfordringene i helse- og omsorgstjenestene. Vi mener det haster å få funksjonelle løsninger på plass.

I dag må hver tjeneste ofte anskaffe egne digitale systemer under tidspress og med begrenset beslutningsgrunnlag. Resultatet blir fragmenterte systemer med svak integrasjon, og løsninger som i stor grad styres av leverandørenes prioriteringer.

Digital samhandling er i praksis et lokalt ansvar, fremfor en del av en nasjonal grunnmur – i motsetning til andre samfunnskritiske infrastrukturer som vei og kraftforsyning. Et eksempel er at Norsk Helsenett har brukt lang tid på å forhandle ny betalingsmodell, og at utrulling av sentral infrastruktur i perioden har blitt forsinket.

Kompleksiteten i helsetjenesten øker raskt. Flere profesjoner deltar i hvert pasientforløp, og mengden pasientinformasjon vokser. Uten en felles digital grunnmur brukes en økende andel av arbeidstiden på å finne informasjon, avklare tidligere tiltak og rekonstruere forløp – fremfor direkte pasientrettet arbeid.

Det er påfallende at grunnleggende digital infrastruktur i helsevesenet ligger langt bak resten av samfunnet, samtidig som det pågår en rekke mer avanserte initiativ. Først når grunnmuren er etablert, kan mer avansert databruk bli et middel for verdiskaping – ikke et mål i seg selv.

Helsepersonell bruker videoløsninger privat og i interne møter, men videomøter i pasientarbeid og i samhandling mellom tjenester er fortsatt lite utbredt. Et eksempel er kjernejournal, som i dagens form ikke fungerer som et utbredt arbeidsverktøy. Arbeidet med å gjøre kjernejournal til et reelt nyttig verktøy må akselereres gjennom et forsterket digitalt løft.

6.1 Journalløsninger

Dokumentasjonskravet øker i alle ledd. Mye dokumentasjon skjer i ustrukturerte, løpende journalnotater, med rom for subjektive vurderinger og viderefortolkninger. Feil eller unøyaktigheter som oppstår ett sted kan følge pasienten videre, og samlet gi et upresist beslutningsgrunnlag.

Ny KI-teknologi har i stor grad blitt brukt til å generere journaltekst. Vi mener det er viktigere å se på hvordan vi dokumenterer og overfører pasientinformasjon slik at dokumentasjonen blir mer effektiv, mer strukturert og bedre egnet for gjenbruk. Strukturerte data er også et nødvendig grunnlag for KI-baserte beslutningsstøtteverktøy. Her ligger et betydelig effektiviseringspotensial.

Helsetjenesten har mange IKT-leverandører og systemer, fordelt på sektorer og fagområder (radiologi, laboratorier, sykehus, fastleger, jordmortjenester m.m.), i tillegg til en rekke fagsystemer (teknisk kontroll, talegjenkjenning, digital hjemmeoppfølging osv.). Dette skaper betydelige samhandlingsutfordringer.

Store, toppstyrte prosjekter har møtt omfattende utfordringer (Helseplattformen, kommunal journal). Samtidig er enkeltaktører ofte for små til å påvirke utviklingen og til å være gode innkjøpere alene. Det mangler mekanismer som legger til rette for at mindre enheter kan gå sammen om innkjøp og utvikling «nedenfra og opp». Dette kunne bidra til mer gradvis forbedring og bedre lokal tilpasning.

6.2 Konsekvenser av manglende digital oppgradering

Digitalisering og god teknologiutnyttelse kan frigjøre tid til pasienter som trenger det mest, og gi mer helse for ressursinnsatsen. Manglende digital samhandling bidrar blant annet til:

- forlengede pasientforløp
- svekket samarbeid som kan true pasientsikkerheten
- unødvendig og uhensiktsmessig ressursbruk
- stopp i øvrige forbedringsprosesser
- svekket tillit i befolkningen – et helsevesen som fremstår bakstreversk

6.3 Nasjonalt ansvar

Kjernejournal og Helsenorge er eksempler på nasjonale tiltak med pasientnær nytte. Vi mener det er behov for en tydelig, overordnet nasjonal strategi for robuste, relevante og samhandlingsfremmende digitale verktøy. Dette bør omfatte sterkere sentral styring av digitaliseringsprosessen og krav til felles standarder.

7.0 Ressurskrevende sykemeldingsordning som bidrar til høyt fravær

Vi mener det er naturlig å se dagens sykemeldingsordning som en del av utfordringsbildet i helse- og omsorgstjenesten.

Sykemeldingsordningen er et viktig gode som gir nødvendig vern. Samtidig mener vi ordningen i en del situasjoner kan bidra til sykeliggjøring av utfordringer som i større grad handler om mestring, relasjoner og behov for endringer i livssituasjon. Dokumentasjonskravet i slike situasjoner er svært ressurskrevende, både i spesialisthelsetjenesten, hos fastlegen og i NAV.

Det er flere utfordringer ved at behandlere også skal vurdere arbeidsevne. Rollen som sykemelder er i stor grad sakkyndig, ikke klinisk. Klinisk tid går dermed med til dokumentasjon fremfor behandling og mestringsstøtte, og dette kan også belaste pasient–lege-relasjonen. Samtidig kan en tett terapeutisk relasjon gjøre det vanskeligere å foreta objektiv funksjonsvurdering ved langvarig fravær.

At man må oppsøke lege for sykemelding kan også virke sykeliggjørende i seg selv. Mer helsehjelp gir ikke nødvendigvis bedre helse. Sosiale forhold og arbeidsplasssituasjon kan være vel så avgjørende. Vi mener derfor at dialog med arbeidsplassen ofte er særlig viktig når en person ikke klarer å stå i full jobb i en periode.

Vi mener det bør vurderes om sykemeldingsordningen kan organiseres annerledes. For eksempel bør det vurderes om arbeidsgiver og arbeidstaker kan få større ansvar, i alle fall i den første perioden. Arbeidsmedisin kan også være en viktig ressurs i funksjonsvurdering lengre ut i forløp.

8.0 Folk bor ofte spredt og i boliger det er utfordrende å gi gode tjenester i

I dag har innbyggere krav på helse- og omsorgstjenester uavhengig av hvor og hvordan de velger å bo. Dette medfører behov for spesialtilpasning av boliger, utfordrende arbeidsforhold og betydelig reisetid mellom brukere. Mye av helsepersonells arbeidstid går dermed til logistikk og forflytning, fremfor pasientrettet arbeid.

Det er behov for å vurdere hvilke insentiver, krav og føringer som kan benyttes overfor kommuner, private aktører og innbyggere for å legge bedre til rette for hensiktsmessige boformer og bosetting. Slik kan tjenestebehovet reduseres, innbyggere kan lettere støtte hverandre, og tjenestene kan ytes mer effektivt.

Vi mener forslag fra Helsereformutvalget bør ses i sammenheng med **Bo trygt hjemme-reformen**, og at man bør vurdere om en intensivering av tiltak innenfor denne rammen kan være mer hensiktsmessig enn parallelle, omfattende endringer i helsetjenestene

9.0 Begrenset kapasitet til å håndtere beredskapshendelser

Beredskap og helseberedskapens betydning for drift av helse- og omsorgstjenestene gis ikke tilstrekkelig oppmerksomhet i den daglige praksisen. Tjenestene driftes ofte med overbelegg, noe som gjør omlegging og kapasitetsutvidelse ved beredskapshendelser svært krevende.

Å videreføre en praksis med overbelastning i normaldrift frem til neste store og langvarige krise, innebærer risiko for økt slitasje og økt frafall fra offentlige helsetjenester over tid.

10.0 Avsluttende innspill: En helhetlig helsetjeneste skapes ikke uten kommunene

En bærekraftig, sammenhengende og likeverdig helsetjeneste forutsetter at reformarbeidet tar utgangspunkt i hvor helsetjenestene faktisk skapes og leveres i hverdagen: i kommunene. Det er her innbyggerne bor, lever livene sine og møter helsetjenestene gjennom fastlege, legevakt, hjemmetjenester, forebyggende tjenester, psykisk helse- og rustjenester, rehabilitering og omsorg ved livets slutt. Kommunene håndterer i økende grad komplekse medisinske problemstillinger og utgjør for mange både første og siste kontaktpunkt i helsetjenesten.

Vi mener derfor at en helsereform ikke kan lykkes dersom kommunene i hovedsak omtales som «omsorgsnivå», mens kommunenes brede helseansvar undervurderes. Forløpene som skal bli mer sammenhengende, må utvikles der de faktisk går – mellom kommunale tjenester, fastlege og spesialisthelsetjeneste – og dette forutsetter reell kommunal involvering tidlig i reformarbeidet, før løsningene er låst.

Samtidig er det nødvendig å erkjenne en grunnleggende realitet: personell er den knappeste ressursen i årene som kommer. En reform som primært flytter på organisatoriske grenser vil derfor ha begrenset effekt, og kan i verste fall trekke ressurser ut av tjenesteutvikling og kvalitetsforbedring. Reformen må i stedet styrke rammebetingelsene som gjør samhandling mulig i praksis: tydeligere krav til felles kvalitetsarbeid, bedre nasjonal digital infrastruktur og økonomiske insentiver som understøtter helhetlige pasientforløp – ikke friksjon mellom nivåene. Ordninger som bidrar til at aktører får økonomisk gevinst av å skyve ansvar over på andre, må erstattes av mekanismer som belønner riktig innsats på riktig nivå til riktig tid.

Forebygging og mestring blir enda viktigere når personelltilgangen strammes inn. Å forebygge funksjonsfall, styrke egenmestring og legge til rette for selvstendighet skjer først og fremst i nærmiljø og lokalsamfunn – og krever tjenester som er tett på innbyggerne og integrert med øvrige kommunale virkemidler, inkludert bolig- og samfunnsplanlegging. Tiltak knyttet til hensiktsmessige boformer, som reduserer behov for fragmenterte og ressurskrevende tjenester, bør derfor ses som en del av reformens kjerne, ikke som et sideprosjekt.

Vi vil også understreke at likeverdige tjenester ikke betyr like løsninger. Kommunene er ulike i størrelse, kompetansegrunnlag og kapasitet. Reformen bør derfor åpne for differensiering og

fleksibilitet i virkemidler, samtidig som nasjonale krav til kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling skjerpes. Store kommuner kan i noen sammenhenger være bedre posisjonert til å ta større ansvar – også utover egne grenser – men dette forutsetter tydelig mandat, riktig finansiering og forpliktende samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Avslutningsvis vil vi fremheve at kommunene bærer et kontinuerlig ansvar for helsetjenester i hele landet, hele døgnet og hele året – også i kriser. Erfaringene fra daglig drift og beredskap viser at utvikling av en mer helhetlig helsetjeneste må bygge på tillit til kommunenes rolle, kapasitet og kompetanse. Vi oppfordrer derfor til at kommunal involvering styrkes som en integrert del av det videre reformarbeidet, og at reformens hovedgrep rettes mot samhandling, prioriteringsstøtte i praksis, digital grunnmur og økonomiske rammer som følger pasienten.

Til slutt vil vi takke for muligheten til å gi innspill til utvalget – og ønsker dere lykke til med det videre arbeidet.

