

Innspill til Helsereformutvalget fra A-larm bruker- og pårørendeorganisasjon

A-larm vil innledningsvis løfte frem et **overordnet perspektiv** vi mener bør ligge til grunn for utvalgets arbeid. Dagens reformer, nasjonale føringer, veiledere og lovverk gir i stor grad et tilstrekkelig rammeverk for å tilby gode og sammenhengende tjenester. Utfordringen ligger primært i hvordan eksisterende rammer faktisk etterlevs i praksis. For å lykkes med målet om bedre kvalitet, sammenheng og bærekraft, må helse- og omsorgstjenestene i større grad anerkjenne borgeren som ekspert på eget liv, egne behov og egne mål for livskvalitet.

Fra et bruker- og pårørendeperspektiv oppleves tjenestene i dag ofte som **fragmenterte og lite sammenhengende**. Pasient- og brukerforløp brytes opp i overganger mellom nivåer og tjenester, og ansvaret skyves mellom aktører. Dette skjer til tross for at både regelverk og nasjonale føringer tydelig understreker behovet for samhandling. Den lovfestede veiledningsplikten mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er et eksempel på at strukturer for samarbeid allerede finnes, men erfaringen er at dette i for liten grad gir reell sammenheng i praksis. For den enkelte fremstår tjenestene fortsatt som oppstykkede, lite koordinerte og i for liten grad tilpasset den enkeltes livssituasjon og behov over tid. Dette gjelder særlig for personer med sammensatte og langvarige behov, som ofte er avhengige av tjenester fra både kommune og spesialisthelsetjeneste. Det er også disse som i størst grad rammes av manglende samhandling og brudd i oppfølging, til tross for at det er nettopp her behovet for helhetlige og koordinerte tjenester er størst. Noe som tydelig fremkom av Riksrevisjonens rapport om *Helse- og velferdstjenester til personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse (2025)*. Vår erfaring er at selv **grunnleggende forutsetninger for samhandling**, som felles informasjonsdeling og sammenhengende systemer, **i liten grad er realisert i praksis**. Dette illustrerer at utfordringene ikke primært handler om mangel på tiltak, men om evnen til å gjennomføre og ta i bruk det som allerede er besluttet.

Pårørende utgjør en sentral del av omsorgsbildet for personer med rus- og psykiske helseutfordringer, samtidig som de selv er en gruppe med egne behov for oppfølging. Erfaringen er at pårørende i begrenset grad ivaretas systematisk, til tross for tydelige føringer om involvering. Mange står i langvarige belastninger uten tilstrekkelig støtte. Manglende ivaretagelse av pårørende har konsekvenser både for den enkelte og for tjenestene, som fører til økt samlet belastning på helse- og velferdssystemet over tid.

Mange personer med behov for sammenhengende og langvarig oppfølging i helsetjenestene opplever at **hjelpen som gis ikke er tilstrekkelig relevant eller tilgjengelig**, noe som bidrar til **svekket tillit til tjenestene**. Kontrolltiltak, rigide behandlingsforløp og praksiser som oppleves som lite individuelt tilpasset kan bidra til at mennesker vegrer seg for å oppsøke hjelp eller faller ut av oppfølging. Dette står i kontrast til målet om helhetlige og sammenhengende pasientforløp, og utfordrer både kvalitet og bærekraft i tjenestene. For mange innebærer dette også at det kreves betydelige ressurser å orientere seg i og nyttiggjøre seg tjenestene, noe som i praksis kan forsterke sosial ulikhet i helse.

Vurderingen av rett til behandling i TSB fremstår som et særlig kritisk punkt. Etter vår erfaring baseres vurderingen hovedsakelig på henvisning, som ofte gir et begrenset bilde av en kompleks livssituasjon. Samtidig innebærer vurderingen en vurdering av pasientens forventede nytte av behandling, til tross for at slik nytte er vanskelig å anslå, spesielt uten relasjon til pasient og kontekst. Dette kan bidra til at personer med sammensatte og ustabile behov i større grad faller utenfor. Variasjon i vurderingspraksis og andel avslag mellom helseforetak og regioner forsterker inntrykket av at tilgangen til behandling ikke er likeverdig, og at avgjørende beslutninger tas på et uensartet og til dels svakt kunnskapsgrunnlag.

A-larm vil understreke at **reell brukermedvirkning** og anerkjennelse av erfaringskompetanse og pårørendekompetanse ikke kan forstås som tilleggselementer, men **må være en integrert del av tjenestene**. Erfaringskompetanse må sidestilles med fagkompetanse og inngå som en del av kunnskapsgrunnlaget for tjenestene. Dette forutsetter at tjenestene organiseres og innrettes slik at denne kompetansen faktisk får betydning for vurderinger, beslutninger og oppfølging i praksis. Uten dette er det en betydelig risiko for at tiltak og strukturer utvikles med begrenset treffsikkerhet for de menneskene de er ment å nå.

A-larm mener at **dagens finansierings- og styringsmodeller** i for stor grad **motvirker målsettingen om sammenhengende tjenester**. Dagens fragmenterte finansieringsstrukturer og økonomiske insentiver bidrar til kortsiktighet, standardisering og brudd i oppfølging, særlig for pasientgrupper med sammensatte og langvarige behov. **En ansvarlig finansieringsmodell må understøtte kontinuitet, helhetlige forløp og individuelt tilpasset oppfølging over tid.**

A-larm vil peke på at **anbudsprosesser** bidrar til brudd i kontinuitet og relasjoner i tjenestene. For personer med sammensatte og langvarige behov er stabile relasjoner og forutsigbarhet en forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg behandling og oppfølging. Hyppige skifter av leverandører eller usikkerhet knyttet til videreføring av tilbud svekker dette grunnlaget. Anbudsordninger kan også skape betydelig uforutsigbarhet for tjenesteleverandørene, som kan gjøre det vanskelig å planlegge langsiktig, investere i fagutvikling og beholde erfarne medarbeidere. Dette kan igjen få konsekvenser for kvalitet og kompetanse i tjenestene. Etter vår vurdering må innretningen av anbudsprosesser i større grad ta hensyn til behovet for kontinuitet, langsiktighet og stabile fagmiljøer.

Bruk av **private** aktører er i dag et viktig supplement i tjenestetilbudet, og bidrar til økt valgfrihet og tilgang til individuelt tilpassede tilbud. Samtidig er det avgjørende at offentlige midler innrettes slik at de i størst mulig grad styrker tjenestetilbudet til befolkningen. Ordninger som åpner for uttak av overskudd fra skattefinansierte tjenester innebærer at midler som kunne vært brukt til å styrke tjenestetilbudet, potensielt tas ut av tjenestene. Dette reduserer ressursgrunnlaget for oppfølging og kan få konsekvenser for kvalitet og likeverdighet, særlig for personer med sammensatte og langvarige behov.

Forebygging må forstås som mer enn tidlig innsats i tid. For mange i våre målgrupper skjer forebygging først og fremst gjennom å hindre brudd i oppfølging og tap av relasjoner. Det avgjørende er om tjenestene oppleves som relevante, tilgjengelige og tillitsskapende for den enkelte. Manglende bruk av erfaringskompetanse og utilstrekkelig involvering av brukere og pårørende bidrar til at forebyggende arbeid mister effekt.

A-larm vil også fremheve betydningen av å **se helse i sammenheng med levekår**.

Helseutfordringer henger tett sammen med boligsituasjon, økonomi, arbeid og sosial tilhørighet. Dette er sentrale folkehelseutfordringer, og uten et helhetlig og tverrsektorielt perspektiv er det en risiko for at eksisterende forskjeller i helse forsterkes.

Vi vil også understreke betydningen av at arbeidet til Helsereformutvalget ses i sammenheng med pågående utredninger, herunder **Rusbehandlingsutvalget**, hvor det foreligger relevant kunnskap om tjenester til personer med sammensatte og langvarige behov. Vi oppfordrer utvalget til å lese [vårt innspill til Rusbehandlingsutvalget](#), da dette også vil være relevant for gjeldende utvalg.

A-larm har ikke som mål å vurdere eller anbefale konkrete **organisasjonsmodeller**, men å synliggjøre hvilke forutsetninger som må være til stede for at tjenestene skal fungere for personer med sammensatte og langvarige behov. Etter vår vurdering fungerer denne gruppen som en stresstest på tjenestenes evne til å levere tilgjengelige og treffsikre tjenester. En sentral utfordring i dagens helsetjeneste er gapet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, som bidrar til brudd i oppfølging og manglende sammenheng. Modeller som ikke evner å redusere dette gapet, eller som ikke samtidig understøtter kontinuitet og fleksibel oppfølging over tid, vil ha begrenset effekt for de som trenger tjenestene mest. A-larm vurderer at forsikringsbaserte løsninger ikke vil være hensiktsmessige, og at slike ordninger kan bidra til økt ulikhet i tilgang til tjenester og dermed forsterke de utfordringene tjenestene er ment å avhjelpe. For at den felles helse- og omsorgstjenesten faktisk skal være et reelt førstevalg, må den være reelt tilgjengelig. Tilgjengelighet handler om økonomi, men også om hvorvidt tjenestene er forståelige og mulige å nyttiggjøre seg. For enkelte vil økonomiske og administrative forhold, som egenandeler og utestående krav, utgjøre reelle barrierer. Lav terskel for tilgang til hjelp er derfor et grunnleggende forebyggende tiltak og avgjørende for å motvirke utvikling av mer sammensatte og alvorlige utfordringer over tid.

Avslutningsvis vil vi understreke at utvalgets arbeid bør rette seg mot å sikre at eksisterende rammer faktisk virker etter sin hensikt. Det er behov for styring og finansiering som legger til rette for at tjenester henger sammen, og at den enkelte møtes som en aktør i eget liv. En bærekraftig helse- og omsorgstjeneste forutsetter ikke bare nye modeller, men en tydelig dreining i hvordan vi organiserer, praktiserer og følger opp tjenestene i møte med mennesker med sammensatte behov. Dette forutsetter også at fag-, erfarings- og pårørendekompetansen i tjenestene gis reelt handlingsrom, og at det er tillit til faglige vurderinger tett på den enkelte. Utfordringen ligger etter vår vurdering ikke først og fremst i mangel på kunnskap, men i hvordan tjenestene utformes og fungerer i praksis.