



**Riksrevisjonen**

Riksrevisjonens undersøkelse av  
ressursutnyttelse og kvalitet i  
helsetjenesten etter innføringen av  
samhandlingsreformen

Dokument 3:5 (2015–2016)



1816–2016

23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 23 751 320

Denne publikasjonen finnes på Internett:  
[www.riksrevisjonen.no](http://www.riksrevisjonen.no)

Offentlige institusjoner kan bestille publikasjonen fra  
Departementenes servicesenter  
Telefon: 22 24 20 00  
E-post: [publikasjonsbestilling@dss.dep.no](mailto:publikasjonsbestilling@dss.dep.no)  
[www.publikasjoner.dep.no](http://www.publikasjoner.dep.no)

Andre kan bestille fra  
Bestillinger offentlige publikasjoner  
Telefon: 55 38 66 00  
Telefaks: 55 38 66 01  
E-post: [offpub@fagbokforlaget.no](mailto:offpub@fagbokforlaget.no)

Fagbokforlaget AS  
Postboks 6050 Postterminalen  
5892 Bergen  
[www.fagbokforlaget.no/offpub](http://www.fagbokforlaget.no/offpub)

ISBN 978-82-8229-346-4

Forsideillustrasjon: 07 Oslo basert på maleri/collage av Heidi Helland-Hansen.  
Høyesterettsadvokat Jonas Anton Hielm var statsrevisor i perioden 1816–1821.

# Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen

---

Dokument 3:5 (2015–2016)



## Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:5 (2015–2016) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.*

Riksrevisjonen, 12. januar 2016

For riksrevisorkollegiet

*Per-Kristian Foss*  
riksrevisor



# Innhold

<b>1</b>	<b>Hovedfunn</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>Riksrevisjonens merknader</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Riksrevisjonens anbefalinger</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>Departementets oppfølging</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>Riksrevisjonens sluttmerknad</b>	<b>14</b>
<b>Vedlegg 1: Riksrevisjonens brev til statsråden</b>		<b>17</b>
<b>Vedlegg 2: Statsrådets svar</b>		<b>21</b>
<b>Vedlegg 3: Rapport</b>		<b>29</b>
<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>34</b>
<b>2</b>	<b>Metodisk tilnærming og gjennomføring</b>	<b>37</b>
<b>3</b>	<b>Revisjonskriterier</b>	<b>41</b>
<b>4</b>	<b>Styrking av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen</b>	<b>47</b>
<b>5</b>	<b>Bruk av sykehus</b>	<b>52</b>
<b>6</b>	<b>Utvikling av kompetansen innenfor og samarbeidet om helse- og omsorgstjenester</b>	<b>63</b>
<b>7</b>	<b>Departementets og direktoratets styring og oppfølging</b>	<b>82</b>
<b>8</b>	<b>Vurderinger</b>	<b>89</b>
<b>9</b>	<b>Referanseliste</b>	<b>93</b>

**Utbrett: Bakgrunn og mål for undersøkelsen. Funns og anbefalinger.**





# Helse- og omsorgsdepartementet

## Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere om samhandlingsreformen så langt bidrar til å nå overordnede helsepolitiske mål om bedre ressursutnyttelse og tjenester med bedre kvalitet. Undersøkelsen omfatter i hovedsak perioden fra 2012 til september 2015.

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1. januar 2012 og har som mål å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Dette målet skal blant annet nås ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten slik at veksten i bruk av sykehus tjenester dempes. God kvalitet i tjenestene skal blant annet sikres gjennom å styrke ansattes kompetanse og å øke samarbeidet mellom helsenivåene. Ny helse- og omsorgstjenestelov ble vedtatt i 2011 som en del av samhandlingsreformen. Den skal blant annet sikre at pasienter og brukere får tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor. Videre skal befolkningen sikres rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. De statlige aktørene – Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Statens helse- tilsyn og fylkesmennene – har viktige oppgaver med å understøtte kommunenes arbeid for å nå målene med reformen.

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i følgende vedtak og forutsetninger fra Stortinget:

- *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 (helse- og omsorgstjenesteloven)*
- *Lov om spesialisthelsetjenesten av 2. juli 1999 (spesialisthelsetjenesteloven)*
- *Innst. 424 L (2010–2011) Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., jf. Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*
- *Innst. O. nr. 65 (1998–99) om lov om spesialisthelsetjenesten m.m., jf. Ot.prp. nr. 10 (1998–99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*
- *Innst. 11 S, jf. Prop. 1 S for Helse- og omsorgsdepartementet for budsjettårene 2012, 2013, 2014 og 2015*
- *Innst. 375 S (2014–2015) om kommuneproposisjonen 2016, jf. Prop. 121 S (2014–2015) Kommuneproposisjonen 2016*

Rapporten ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev 18. september 2015. Departementet har i brev 16. oktober 2015 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet.

---

## 1 Hovedfunn

- Kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus.
- Det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene.
- Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) benyttes ikke på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen.
- Samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok.
- Innenfor rus- og psykiatriområdet er ikke tilbudet i kommunene styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunene har i liten grad økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen.

---

## 2 Riksrevisjonens merknader

### 2.1 Kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus

Det har vært en sterk økning i antall pasienter som registreres som utskrivningsklare i hele perioden fra 2010 til 2014, fra om lag 24 000 pasienter i 2010, til drøyt 87 000 pasienter i 2014. Det er også færre pasienter som ligger ferdigbehandlet i sykehus i påvente av et kommunalt tilbud, og liggetiden for de som venter på et slikt tilbud har gått ned. Over 80 prosent av pasientene som ble registrert som utskrivningsklare i 2014 ble tatt imot av kommunen samme dag som utskrivningen ble varslet.

Innføringen av kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter har bidratt til at en større del av pasientforløpene er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, noe som er i tråd med intensjonen med ordningen.

### 2.2 Det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene

Etter innføringen av samhandlingsreformen, har det også vært en reduksjon i liggetiden på sykehus, spesielt for personer som skrives ut til videre oppfølging eller behandling i kommunen. Samtidig opplever 95 prosent av kommunene at pasientene typisk er sykere når de overføres til kommunehelsetjenesten sammenlignet med før reformen, og over 80 prosent av fastlegene mener at pasienter ofte blir skrevet ut for tidlig til kommunen. En like stor andel av fastlegene mener at reinnleggelser er en belastning for mange pasienter. Mange kommuner opplever at pasienter ofte skrives ut så tidlig at det er vanskelig for kommunen å tilby et godt tjenestetilbud. Både for tidlig utskrivning og mangler ved det kommunale tjenestetilbudet, er årsaker til at flere pasienter blir reinnlagt i sykehus innen 30 dager etter utskrivning til kommunen, ifølge helseforetak og kommuner.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det grunn til å følge utviklingen nøye, både når det gjelder om pasienter overføres for raskt til kommunene, og om kommunene er i stand til å ta imot flere og sykere pasienter på en god måte. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har begrenset kunnskap om hvordan kvaliteten i kommunehelsetjenesten har utviklet seg etter reformen. Riksrevisjonen mener at gode kvalitetsindikatorer er viktig for at statlige myndigheter skal få nødvendig kunnskap om

kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratets arbeid med å utvikle kvalitetsindikatorer bør derfor sikres nødvendig prioritet, blant annet med henblikk på å sikre muligheten for å iverksette korrigerende tiltak.

### **2.3 Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) benyttes ikke på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen**

Kommunene har gjennom samhandlingsreformen fått et ansvar for å dempe økningen i antall innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Kommunal plikt til å tilby døgnoophold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp (ØHD) er ett av virkemidlene som skal bidra til at flere pasienter behandles på det laveste effektive omsorgsnivået.

Kommunene er pålagt å ha et slikt tilbud i drift senest fra 1. januar 2016, men det er utbetalt tilskudd til etablering fra januar 2012. Halvparten av tilskuddene gis gjennom øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet, og den andre halvparten gjennom overføringer fra de regionale helseforetakene. I perioden 2012–2014 har Helsedirektoratet utbetalt i overkant av 734 mill. kroner i tilskudd til ØHD, noe som betyr at det fra direktoratet og de regionale helseforetakene er overført nesten 1,5 mrd. kroner til kommuner som har opprettet tilbudet.

Per 31. august 2014 hadde 275 kommuner mottatt tilskudd for å etablere et ØHD-tilbud. Dette tilbudet hadde da en beregnet samlet årlig *kapasitet* på ca. 143 000 liggedøgn, når en forutsetning om en beleggsprosent på 85 legges til grunn. Fra januar 2012 til og med august 2014 ble det registrert totalt 49 334 liggedøgn. De kommunene som hadde hatt tilbudet i over ett år i 2014, mottok i gjennomsnitt 13 222 kroner i tilskudd per liggedøgn. Til sammenligning betalte kommunene 4 255 kroner per overliggedøgn for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten i 2014. Riksrevisjonen har ikke undersøkt kommunenes kostnader til drift av tilbudet.

For at ØHD skal kunne avlaste sykehusene, må pasienter som legges inn ved tilbudet i hovedsak være pasienter som ellers ville blitt lagt inn for behandling på sykehus. Helse- og omsorgsdepartementet har informasjon om antall pasienter i ØHD-tilbudet, men har ikke informasjon om i hvilken grad innleggelsene i ØHD erstatter sykehusinnleggelse, eller i hvilken grad tilbudet brukes som en del av kommunenes pleie- og omsorgstilbud. Undersøkelsen viser at i mange kommuner brukes ikke ØHD-tilbudet på en måte som erstatter innleggelse i sykehus. I tillegg mener helseforetakene at mange pasienter som legges inn på sykehus, heller burde vært lagt inn på ØHD. I mange kommuner brukes ØHD-tilbudet også som en del av kommunens pleie- og omsorgstjeneste. Det betyr at det er et stort potensial for å yte øyeblikkelig medisinsk hjelp til langt flere pasienter i nærheten av hjemmet.

Det er flere årsaker til at ØHD-tilbudet i kommunene ikke benyttes på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonene. Blant fastlegene er det en utbredt usikkerhet om kvaliteten i tilbudet er god. Fastlegene har også manglende kjennskap til hvilke behandlinger som blir utført ved ØHD, og det er mange fastleger som mener at tilbudet ikke er tilpasset innbyggernes behov. Tidkrevende innleggelsesprosedyrer er også en sentral årsak til at ikke flere pasienter legges inn ved ØHD-tilbudet.

Selv om det ikke kan forventes at døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp vil ha sterk påvirkning på omfanget av innleggelse i sykehus samlet sett, er det Riksrevisjonens vurdering at ØHD-enhetene bør kunne avlaste sykehusene i større grad enn i dag.

#### **2.4 Samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok**

For å sikre helhetlige og koordinerte tjenester for pasientene, er kommuner og sykehus gjennom lov pålagt å inngå samarbeidsavtaler. Et flertall av kommunene opplever at samarbeidsavtalene legger til rette for godt samarbeid og god arbeidsdeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og at de legger til rette for helhetlige pasientforløp. Rundt halvparten av kommunene synes imidlertid at det er utfordrende å etterleve kravene som stilles i avtalene i den praktiske utførelsen av arbeidet. En like stor andel mener at helsepersonell i egen kommune ikke har tilstrekkelig kjennskap til innholdet i avtalene, mens 61 prosent av kommunene opplever at ansatte i spesialisthelsetjenesten ikke har tilstrekkelig kjennskap til avtalene. Noen kommuner og helseforetak har oppgitt i intervju at både antallet avtaler og kravene til det detaljerte innholdet i disse er for omfattende. Helse- og omsorgsdepartementet mener at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er bedre nå enn før samhandlingsreformen, og at samarbeidsavtalene har bidratt til dette.

Behovet for å utveksle informasjon har økt etter innføringen av samhandlingsreformen, blant annet som følge av at flere og sykere pasienter skrives ut fra sykehusene til videre oppfølging i kommunene. Undersøkelsen viser at mange helseforetak får mangelfull informasjon om pasientens funksjonsnivå fra kommunene i forbindelse med at pasienter legges inn på sykehus. Medikamentlistene er også ofte ufullstendige. Flere enn halvparten av kommunene opplever at de ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientenes forventede framtidige utvikling når de skrives ut fra sykehus til videre behandling og oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mange kommuner opplever at de heller ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientenes samlede funksjonsnivå. 44 prosent av kommunene mener at informasjonen fra sykehuset ikke kommer tidnok til at kommunen blir i stand til å legge til rette for gode tjenester i kommunen. Når slik viktig informasjon om pasienten mangler eller kommer sent, er det utfordrende å legge til rette for riktig behandling, og i verste fall får pasienten utilstrekkelig eller feil behandling. Det er ressurskrevende for ansatte både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten å etterspørre informasjon om pasientene.

Halvparten av kommunene og helseforetakene mener at koordinator og individuell plan bare i begrenset grad bidrar til å sikre helhetlige pasientforløp for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Individuell plan er et etablert, lovfestet virkemiddel og Riksrevisjonen mener i lys av dette at en kunne ha forventet at samarbeidet på tvers av forvaltningsnivåene var kommet lenger på dette området.

Når samarbeidsavtalene ikke etterleves, kvaliteten på informasjonen som utveksles om den enkelte pasient er for dårlig og koordinator og individuell plan bare i begrenset grad bidrar til å sikre koordinering mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, er det etter Riksrevisjonens vurdering risiko for at mange pasienter ikke får helhetlig oppfølging i tråd med Stortingets intensjoner for samhandlingsreformen.

#### **2.5 Innenfor rus- og psykiatriområdet er ikke tilbudet i kommunene styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten**

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby tjenester til personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Selv om pasientgruppen ikke er omfattet av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, gjelder intensjonene med reformen også for denne gruppen. Helse- og omsorgstjenesteloven presiserer også kommunens ansvar for alle pasient- og brukergrupper.

Antallet heldøgns plasser til rusbehandling og psykiatri i spesialisthelsetjenesten har blitt redusert med nesten 10 prosent fra 2010 til 2014. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det skyldes at det foregår en omstrukturering fra døgnbehandling ved sykehus til dagbehandling ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Omstruktureringen betyr at en del pasienter mottar noen tjenester fra spesialisthelsetjenesten samtidig som de mottar tjenester fra kommunen i hjemmet. Reduksjonen i antallet heldøgns plasser i spesialisthelsetjenesten har ikke blitt kompensert med en tilsvarende styrking av tilbudet i kommunene. Nesten 70 prosent av kommunene har bare i liten grad økt antall årsverk på rus- og psykiatriområdet, og bare hver sjettede kommune har i stor grad økt kompetansen på området.

Mens nær alle kommunene mener at samarbeidsavtalene klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen for de utskrivningsklare *somatiske* pasientene, mener under halvparten av kommunene at avtalene klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen for pasienter innen psykisk helse og rus. Når oppgave- og ansvarsfordelingen ikke er klargjort, er det en betydelig risiko for at pasientene ikke får helhetlig og koordinert behandling.

Dersom intensjonene med samhandlingsreformen skal oppfylles, skal flere pasienter, også under psykisk helsevern og rusomsorg, behandles i kommunene. Dette stiller store krav til kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Etter Riksrevisjonens vurdering er det alvorlig at tilbudet til en utsatt gruppe ikke er styrket fire år etter at reformen trådte i kraft.

## **2.6 Kommunenes kapasitet og kompetanse er i liten grad styrket etter innføringen av samhandlingsreformen**

Ett av målene med samhandlingsreformen er at en større del av pasientforløpene skal utføres av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Selv om kommunene bruker noe mer penger på pleie og omsorg i 2014 sammenlignet med i 2010, har kapasiteten i kommunehelsetjenesten i liten grad blitt styrket. Få kommuner har for eksempel etablert forsterkede korttidsplasser til utskrivningsklare pasienter, rehabiliteringsplasser, omsorgsboliger eller langtidsplasser i sykehjem etter innføringen av samhandlingsreformen. Selv om det ved utgangen av august 2014 var etablert kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i 275 kommuner, viser undersøkelsen at kommunene i liten grad har økt antallet årsverk i helse- og omsorgstjenestene. For eksempel har et flertall av kommunene ikke økt antallet årsverk i hjemmetjenesten eller sykehjem nevneverdig. Dette betyr at kapasitetsveksten i kommunens helse- og omsorgstjeneste har vært begrenset.

Antallet mottakere av hjemmetjenester og korttids institusjonsopphold har økt noe de siste årene. Samtidig viser undersøkelsen at det i mange kommuner har blitt vanskeligere å få plass ved sykehjem, og at dette gjelder både korttids- og langtidsplasser. Samhandlingsreformen vil for mange kommuner innebære at helse- og omsorgstjenesten må kunne utføre oppgaver den tidligere ikke hadde, og at antallet mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester vil øke. Den begrensede veksten i kapasiteten i tilbudet til brukere og pasienter som undersøkelsen viser, er så langt ikke i tråd med de forventningene som ble stilt til kommunehelsetjenesten i forbindelse med reformen.

Stortinget har i flere sammenhenger presisert at det er viktig at kommunene besitter nødvendig fagkompetanse, og at kompetanseutvikling i den kommunale helse- og omsorgssektoren er av vesentlig betydning for at samhandlingsreformen skal kunne lykkes.

Kommunene har etter innføringen av samhandlingsreformen mottatt nye og mer krevende pasient- og brukergrupper, samtidig som mange kommuner mangler kompetanse på flere områder. Undersøkelsen viser at det fra 2011 til 2014 ble knapt 490 flere legeårsverk i kommunene, mens det ble drøyt 1270 flere legeårsverk i spesialisthelsetjenesten. Den prosentvise veksten av legeårsverk var så godt som lik i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Så langt har det altså ikke vært en raskere vekst i antallet legeårsverk i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten, slik Stortinget forutsatte i forbindelse med reformen. Til tross for at antallet sykepleierårsverk i kommunene har økt med 16 prosent i perioden 2010–2014, og selv om Norge ifølge Helse- og omsorgsdepartementet har svært høy sykepleierdekning sammenlignet med andre nordiske land, opplyser nær halvparten av kommunene at de ikke har nok sykepleiere. Til sammenligning er det bare hver femte kommune som mener at legedekningen ikke er god nok.

To av tre kommuner har bare i begrenset grad styrket kompetansen blant de ansatte ved sykehjemmene og i hjemmetjenesten i form av etter- eller videreutdanning. Helseforetakene har tilbudt kommunene en rekke ulike kompetansehevingstiltak, slik samarbeidsavtalene legger til rette for. Få kommuner har hittil benyttet seg av tiltak som ambulerende team, praksiskonsulent og hospitering på sykehus. Departementet opplyser at kompetansen i kommunene vil bli styrket ved innføringen av tiltakene som er beskrevet i Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Riksrevisjonen mener at det er en forutsetning at kommunenes kompetanse styrkes dersom målet om en mer bærekraftig helsetjeneste skal nås – særlig tatt i betraktning at kommunene nå behandler og følger opp sykere og mer krevende pasienter.

---

### 3 Riksrevisjonens anbefalinger

Når det gjelder tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold, anbefaler Riksrevisjonen at Helse- og omsorgsdepartementet

- vurderer hvordan bruken kan bli mer i tråd med intensjonene, både med henblikk på belegg og målgruppe
- vurderer om det har økonomiske virkemidler som bidrar til at ØHD-tilbudet benyttes i tråd med intensjonene
- undersøker kvaliteten på tilbudet nærmere

Riksrevisjonen mener at Helse- og omsorgsdepartementet bør vurdere hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenestens arbeid kan styrkes for å sikre at sykere og mer krevende pasienter kan få behandling i tråd med Stortingets intensjoner.

Riksrevisjonen anbefaler at departementet

- øker kunnskapen om kvaliteten i kommunenes helse- og omsorgstjeneste, blant annet ved hjelp av indikatorer for kvalitet
- vurderer tiltak som kan bedre samarbeidet mellom sykehusene og kommunene, blant annet når det gjelder kvaliteten på informasjonen som utveksles og bruken av individuell plan
- følger opp om planlagte tiltak i tilstrekkelig grad bidrar til å styrke kompetansen i kommunehelsetjenesten

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet bidrar til å styrke kommunenes arbeid med pasienter under psykisk helsevern eller rusomsorg. Dette innebærer blant annet å

- vurdere tiltak som sikrer at denne pasientgruppen får et egnet tilbud fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- vurdere om oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er tilstrekkelig klargjort for denne pasientgruppen

---

#### 4 Departementets oppfølging

Statsråden opplyser i sitt svar 20. november 2015 at utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ble beskrevet i Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (primærhelsemeldingen). Ifølge statsråden er det blant annet behov for bedre samhandling og samordning på tvers av deltjenester, og regjeringen vil derfor stimulere til samlokalisering av tjenester. Økt og endret bruk av team ledet av en koordinator skal, ifølge statsråden, sikre bedre tjenester til brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Statsråden viser til at regjeringen vil legge til rette for slike team gjennom flere tiltak, bl.a. ved å videreføre læringsnettverk, kompetansetiltak og faglig veiledning.

Når det gjelder kompetanse og kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, viser statsråden til at Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet samarbeider om å utvikle et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) som etter planen bygges opp trinnvis mot en endelig ferdigstilling i løpet av 2017.

Statsråden viser til at Helsedirektoratet gjennom lov om kommunale helse- og omsorgstjenester fikk ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer. Det er utarbeidet en 3-årig handlingsplan for arbeidet med nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.

Primærhelsemeldingen omtaler behovet for økt kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten for å kunne realisere samhandlingsreformens intensjoner. Regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ble lansert i Kompetanseløft 2020. Gjennom kompetanseløftet vil kommunene, ifølge statsråden, oppfordres til å sette de samlede kompetanseutfordringene på dagsorden i den helhetlige kommunale planleggingen.

Statsråden viser til at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere statlig virkemiddelbruk på IKT-feltet. Ifølge statsråden vil oppdraget, sammen med etablering av et eget direktorat for e-helse, være sentralt for å sikre raskere og mer helhetlig framdrift på tvers av nivåene i sektoren på IKT-området.

Opprettelse av øyeblikkelig hjelp døgnopphold er et av de sentrale virkemidlene i samhandlingsreformen. Statsråden opplyser at Helse- og omsorgsdepartementet arbeider for å sikre at tilbudet korresponderer med behovet og for å bedre kvaliteten på tilbudet, og mener at hovedutfordringen per i dag er den lave og variable beleggprosenten. Statsråden har blant annet fått tilbakemeldinger om at tilbudene som er etablert, brukes av de pasientgruppene de var ment for og på tiltenkt måte.

Statsråden har bedt Helsedirektoratet om å

- gi en oppdatering vedrørende status for etableringen av nye tilbud og beleggsprosenten ved eksisterende tilbud
- revidere/oppdatere veiledningsmaterialet som skal bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av nye døgntilbud
- vurdere særlige oppfølgingstiltak overfor enkeltkommuner som ikke ser ut til å innfri lovkravet om etablering innen 1. januar 2016.

Statsråden mener at det at kommunene ikke har økt sin personellinnsats innen psykisk helsearbeid de siste årene, ikke gir grunnlag for å slå fast at tilbudet i kommunene ikke er styrket. Ifølge statsråden har kommunene styrket kompetansen blant de ansatte i disse tjenestene siden opptrappingsplanen for psykisk helse avslutning.

Statsråden er likevel enig i at det er behov for å styrke det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet og opplyser at regjeringen har gjort følgende for å styrke dette området

- lagt fram en opptrappingsplan for rusfeltet, Prop. 15 S (2015-2015) Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020), hvor hovedvekten av tiltakene i planen ifølge statsråden retter seg mot kommunale tjenester
- varslet i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjenesten – nærhet og helhet en lovfesting av krav til psykologkompetanse i kommunen
- arbeider med å få på plass oppsøkende behandlingsteam med kompetanse fra både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten
- varslet i Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjenesten – nærhet og helhet at den tar sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter med psykisk helse- og rusproblemer, tidligst fra 1. januar 2017.

---

## 5 Riksrevisjonens sluttmerknad

Riksrevisjonens undersøkelse viser at sentrale forutsetninger for å nå målene i samhandlingsreformen om bedre ressursutnyttelse og bedre kvalitet på helsetjenestene ikke er på plass. Blant annet er det viktig at planlagte tiltak for å heve kompetansen i kommunene virker som forutsatt. På grunnlag av hovedfunnene i undersøkelsen har Riksrevisjonen kommet med anbefalinger med sikte på nødvendige forbedringer. Etter Riksrevisjonens oppfatning burde statsråden tydeligere ha klargjort hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonenes merknader og anbefalinger.

Statsråden har blant annet ikke kommentert om departementet vil vurdere om det har økonomiske virkemidler som bidrar til at kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud benyttes i tråd med intensjonene, eller hvordan kvaliteten på tilbudet vil bli undersøkt nærmere. Selv om kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud fungerer godt i enkeltkommuner, viser Riksrevisjonens undersøkelse at bruken av tilbudet må endres for å bli i tråd med Stortingets intensjoner for ordningen.

Undersøkelsen viser at samarbeidet mellom sykehusene og kommunene bør bedres. Riksrevisjonen har anbefalt at departementet blant annet vurderer tiltak for å bedre kvaliteten på informasjonen som utveksles. Statsråden beskriver IKT-utfordringene i



helsesektoren generelt. Etter Riksrevisjonens vurdering bør departementet vurdere konkrete tiltak som kan bidra til at riktig og nødvendig informasjon utveksles mellom kommunehelsetjenesten, sykehusene og fastlegene.

Statsråden viser til at det i perioden 2010 til 2014 har skjedd en omstilling, ikke en nedbygging, innen psykisk helsevern for voksne. Statsråden viser videre til at kommunene har styrket kompetansen innen psykisk helsearbeid. Det at kommunene ikke har økt sin personellinnsats på området de siste årene gir, ifølge statsråden, ikke grunnlag for å slå fast at tilbudet i kommunene ikke er styrket. Riksrevisjonens undersøkelse viser at mange kommuner i liten grad har styrket kapasiteten og kompetansen for denne gruppen, og at mange kommuner opplever at samarbeidsavtalene ikke klarer oppgave- og ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Når kommunene har fått et større ansvar for sykere pasienter på dette området, mener Riksrevisjonen fortsatt at departementet bør vurdere tiltak som kan sikre at rus- og psykiatrispasienter med behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, får et godt tilbud.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 14. desember 2015

**Per-Kristian Foss**

**Eirin Faldet**

**Beate Heieren Hundhammer**

**Gunn Karin Gjøl**

**Arve Lønnum**

---

Björg Selås