



Innst. 374 S

(2015–2016)

Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument 3:5 (2015–2016)

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen

Til Stortinget

1. Sammendrag

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 helse-tjeneste 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 sykehustjenester 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, Helseinspektoren, Statens helsetilsyn og fylkesmen-nene – 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 til Riksrevisjonen gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og Riksrevisjonens dokument.

1.1 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.

1.2 Riksrevisjonens merknader

1.2.1 *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.

1.2.2 *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.

1.2.3 *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 innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Kommunal plikt til å tilby døgnopphold 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 overliggerdøgn 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 sykehusinnleggelser, 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 innleggelser i sykehus samlet sett, er det Riksrevisjonens vurdering at ØHD-enhetene bør kunne avlaste sykehusene i større grad enn i dag.

1.2.4 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 skri-

ves 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 tidsnok 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.

1.2.5 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 døgntilbud ved sykehus til dagbehandling ved distriktpsikiatriske 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.

1.2.6 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 1 270 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.

1.3 Riksrevisjonens anbefalinger

Når det gjelder tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnoophold, 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 kommunehelse-tjenesten

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

1.4 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 Kompetanseløftet 2020. Gjennom kompetanseløftet vil kommunene, ifølge statsråden, oppfordres til å sette de samlede kompetanseutfordringene på dagsordenen 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 beleggprosenten 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 helses 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

1.5 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 Riksrevisjonens merknader og anbefalinger.

Statsråden har blant annet ikke kommentert om departementet vil vurdere om det har økonomiske virkemidler som bidrar til at kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud benyttes i tråd med intensjonene, eller hvordan kvaliteten på tilbudet vil bli undersøkt nærmere. Selv om kommunalt 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 2010–2014 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 klargjør 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 psykiatripasienter med behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, får et godt tilbud.

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jette F. Christensen, Mani Hussaini og lederen Martin Kolberg, fra Høyre, Erik Skutle og Michael Tetzschner, fra Fremskrittspartiet, Tom E. B. Holthe og Helge Thorheim, fra Kristelig Folkeparti, Hans Fredrik Grøvan, fra Senterpartiet, Per Olaf Lundteigen, fra Venstre, Abid Q. Raja, fra Sosialistisk Venstreparti, Bård Vegar Solhjell, og fra Miljøpartiet De Grønne, Rasmus Hansson, anser den foreliggende forvaltningsrevisjonsrapporten som en viktig tilbakemelding til Stortinget på om de helsepolitiske målene bak samhandlingsreformen oppnås. En vesentlig begrunnelse var å «sikre en bærekraftig utvikling av helse- og omsorgssektoren og bidra til en mer effektiv ressursbruk», jf. Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Reformen hviler på antakelsen om at mange pasienter blir behandlet på feil nivå, det vil si i sykehus, der tilbudet i stedet kunne vært gitt på en bedre og mer kostnadseffektiv måte i kommunene.

Komiteen viser også til at målene med reformen slik de er beskrevet i Prop. 91 L (2010–2011), er å oppnå dempet vekst i bruk av sykehus tjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – til en like god eller bedre kvalitet – og høyere kostnadseffektivitet gjennom mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere ved bruk av samarbeidsavtaler.

Komiteen har merket seg at man ved vedtak om samhandlingsreformen igjen bekreftet overordnede målsettinger om å redusere sosiale helseforskjeller og at alle skal ha et likeverdig tilbud om

helsetjenester, der befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted.

Komiteen vil fremheve at reformen introduserte tre nye prinsipper for organisering fra 1. januar 2012:

- 1) kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter
- 2) kommunal plikt fra 2016 til å tilby døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp og
- 3) kommunal medfinansiering

Dette var hovedvirkemidlene for å overføre en større del av pasientforløpene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Betalingsplikten ble gjort gjeldende for somatiske pasienter, ikke for rus- og psykiatrispasienter.

Komiteen viser til at ordningen med kommunal medfinansiering ble avvirket fra 1. januar 2015.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, viser til at når det gjelder forvaltningsrevisjonen av øyeblikkelig hjelp døgntilbudet (ØHD), var bare 103 slike kommunale enheter med mer enn ett driftsår tilgjengelig da rapporten ble skrevet. Flertallet vil anta at når så vesentlige premisser for reformen er forandret ganske nylig, vil man ennå ikke ha grunnlag for å vurdere hvorvidt samhandlingsreformen virker etter hensikten, da den nåværende modell er sterkt modifisert – avvikling av kommunal medfinansiering som særlig skulle stimulere til forebyggende folkehelsearbeid i kommunene – og da ØHD ennå er i utbyggingsfasen. Fra 1. januar 2016 ble alle kommuner pålagt å ha et slikt tilbud, jf. Prop. 121 S (2014–2015).

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne, viser til St. meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen der det ble beskrevet følgende hovedutfordringer: Helsetjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, pasientenes behov for helhetlige og koordinerte tjenester besvares ikke godt nok og demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet betyr at vi må endre måten vi yter helsetjenester på. Reformen ble omtalt som en retningsreform der man løpende måtte evaluere virkemidlene opp mot målsettingene. Reformen la til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene og at større del av ressursveksten i helsesektoren de kommende årene skal komme her. Det ble spesifikt lagt til grunn at veksten

i legeressurser i hovedsak skulle komme i kommunene for å imøtekomme økt behov og bidra til å sikre bedre tid til pasienten, og en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver.

Dette flertallet vil understreke at samhandlingsreformens intensjoner og hovedutfordringer er og var både riktige og nødvendige. En økt satsing på kommunehelsetjenesten, på bedre forebygging og bedre samhandling, er fortsatt en hovedutfordring i helsetjenesten. For å sikre bærekraften i fremtidens helse- og omsorgstilbud, og redusere sykdom og helseforskjeller i befolkningen, er det nødvendig at implementering av samhandlingsreformen lykkes. Dette flertallet minner om at samhandlingsreformen ble beskrevet som en retningsreform, og mener det er viktig med løpende evalueringer av tiltakene og en reell politisk vilje til å vurdere, og om nødvendig, endre virkemidlene og tiltakene etter behovene, etter hvert som vi får kunnskap om reformens utvikling og virkning i tjenestene.

Dette flertallet mener at Riksrevisjonens funn er alvorlige, og at Riksrevisjonens anbefalinger må følges opp på en aktiv måte fra regjeringens side.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, har merket seg påpekingen av at kommunenes utgifter (korrigerede brutto driftsutgifter) til pleie og omsorg har økt fra omtrent 70 mrd. kroner i 2010 til omtrent 90 mrd. kroner i 2014. Det er en økning på nesten 29 prosent. I den samme perioden økte kommunenes samlede utgifter med 23,5 prosent. Til sammenligning steg konsumprisindeksen med 6,3 prosent fra 2010 til 2014. Kommunenes investeringer på pleie- og omsorgsområdet økte fra 3 mrd. kroner i 2010 til 5,1 mrd. i 2014. I den samme perioden økte kommunenes samlede investeringer fra 43 mrd. kroner til 53,7 mrd. kroner. Dette betyr at både utgiftene og investeringene til pleie og omsorg har økt mer enn andre kommunale utgifter og investeringer samlet sett. Dette indikerer at kommunene etter reformen har bidratt til en økt ressursinnsats i pleie- og omsorgssektoren, men det er ikke umiddelbart enkelt å måle hva som er lokalt prioriterte midler og hva som er utløst av pålegg og tilskudd fra staten.

Komiteen viser til at man har funnet at ca. 60 prosent av kommunene mener at de i noen, i stor eller i svært stor grad har etablert flere korttidsplasser etter innføringen av samhandlingsreformen. Dette støttes av tall fra KOSTRA, som viser at om lag 60 prosent av kommunene har økt antall korttidsplasser i sykehjemmene etter innføringen av samhandlingsreformen. Et flertall av kommunene har i liten eller svært liten grad etablert flere forsterkede korttidsplasser, rehabiliteringsplasser eller omsorgsboliger. Tall fra

KOSTRA viser at ca. 30 prosent av kommunene har redusert antall rehabiliteringsplasser fra 2011 til 2014, mens 30 prosent av kommunene har like mange plasser avsatt til rehabilitering i 2014 som før innføringen av samhandlingsreformen.

Komiteen har videre merket seg at ca. 90 prosent av kommunene opplyser at de i liten eller svært liten grad har opprettet flere langtidsplasser i sykehjem etter innføringen av reformen.

Kommunene oppgir i spørreundersøkelsen at det har blitt vanskeligere for innbyggerne å få tilgang til sykehjemsplasser etter innføringen av samhandlingsreformen. 38 prosent av kommunene oppgir at det har blitt vanskeligere å få tilgang til langtidsplass, mens 35 prosent av kommunene oppgir det samme for korttidsplasser. Det er først og fremst i store kommuner at det har blitt vanskeligere for innbyggerne å få sykehjemsplass.

Komiteen har festet seg ved at flere helseforetak gir uttrykk for at mange kommuner har behov for å styrke tilbudet til pasienter som er for syke til å være hjemme, men for friske til å være innlagt på sykehus (forsterket korttidsplass/intermediær avdeling), blant annet for å forebygge reinnleggelser. En undersøkelse fra 2014 hevder at både det å få hjemmetjenester og det å få plass på sykehjem har blitt vanskeligere. Hjemmetjenesten er i ferd med å endre karakter, ved at den omfatter mer medisinsk behandling enn tidligere.

Komiteen mener det gir grunn til bekymring når omtrent halvparten av helseforetakene opplever at kommunene i liten grad har bygd opp helse-tjenester som har bidratt til å avlaste dem i perioden etter innføringen av reformen. Komiteen mener det er viktig å få klarhet i om dette er et bilde på en overgangsprosess, der tilbudene gradvis faller på plass, eller om det er snakk om et varig fenomen.

Komiteen har med interesse merket seg omtalen av sykehusbruken. Mens antallet innleggelser i svært liten grad har blitt redusert etter innføringen av samhandlingsreformen, har derimot liggetiden blitt redusert, særlig blant eldre. Samlet har antallet liggedager i sykehus blitt redusert med 308 000 fra 2010 til 2014, noe som utgjør en reduksjon på 7 prosent etter innføringen av samhandlingsreformen. Nær halvparten av denne reduksjonen har kommet for personer over 80 år.

Komiteen viser til at de to hovedgrepene for å redusere antallet innleggelser i spesialisthelsetjenesten har vært kommunal plikt til å opprette øyeblikkelig hjelp døgntilbud og kommunal medfinansiering. Den sistnevnte ordningen er som tidligere kommentert, avvirket 1. januar 2015.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener at regje-

ringens avvikling av den kommunale medfinansieringen var et skritt i feil retning. Ved å overføre 5,7 mrd. kroner fra kommunerammen til sykehusrammen fjernet regjeringen kommunens insentiv til å tenke forebygging og til å bygge opp tilbud nærmere der folk bor. Disse medlemmer undrer seg over at en så omfattende endring ble foretatt, all den tid man ikke hadde rukket å høste tilstrekkelig med erfaring fra en slik bevilgning. Medfinansieringen var først og fremst innrettet for å styrke kommunenes forebyggende og helsefremmende arbeid, slik at man i neste instans kunne se eventuelle effekter på spesielt livsstilssykdommer som kols, diabetes, hjerte- og lungesykdommer. Disse medlemmer mener at man nå ikke får fullført evalueringen av virkemidlene i samhandlingsreformen, og at det blir vanskeligere å måle bredt effekten av reformen. Kommuner som hadde gjort en svært god innsats, ble også fratatt sin belønning.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Miljøpartiet De Grønne, har merket seg at når det gjelder det gjenværende hovedgrep – opprettelse av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp – rapporterer et flertall av helseforetakene at ØHD-tilbudet så langt ikke har bidratt til å redusere antallet akuttinnleggelser i sykehusene. Ingen av helseforetakene har redusert kapasiteten i sine akutt-mottak nevneverdig etter dette.

Flertallet har videre merket seg vurderingen om at fastlegene og legevaktstlegene er viktige forutsetninger for at ØHD skal fungere. Rapporten viser at vel 40 prosent av fastlegene mener at manglende kjennskap til hvilke behandlinger som blir utført, er en årsak til at de ikke henviser til tilbudet. Omtrent like mange mener tilbudet ikke er tilpasset innbyggernes behov. Flertallet mener dette gir grunn til bekymring.

Komiteen sier seg enig i at en forutsetning for at ØHD-tilbudet skal bli benyttet i et omfang som er i tråd med intensjonene, er at fastlegene og legevaktstlegene har tillit til at pasienter som blir innlagt, får et like godt tilbud der som i sykehus. Komiteen vil for sin del understreke at det også var en forutsetning for å iverksette samhandlingsreformen.

Komiteen vil igjen vise rapportens oppsummering av fastlegenes tre hovedforklaringer på lav bruk av ØHD-plassene:

- Mange pasienter har uavklart lidelse, og må derfor sendes på sykehus for diagnostikk og avklaring.
- Innleggelsesprosedyrene for ØHD er mer krevende og tungvinte enn for sykehusinnleggelse.

- Tilbudet er overdimensjonert. Få pasienter egner seg for ØHD-innleggelse.

Komiteen har merket seg at gjennomsnittlig liggetid før utskrivning falt fra 8,6 til 6,2 døgn fra 2011 til 2012. Gjennomsnittlig liggetid etter at pasienten er ferdigbehandlet og meldt utskrivningsklar til kommunen, går ned fra 5,8 til 1,2 liggedøgn fra 2011 til 2012. I perioden 2010–2014 har samlet gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter gått ned med 52 prosent. Komiteen vil anta at kommunal betalingsplikt har vært en driver bak denne endringen, mens spørsmålet som må undersøkes, er hvilket tilbud pasienten er utskrevet til, og om dette ivaretar forutsetningen om like god eller bedre kvalitet.

Komiteen vil her fremheve spørreundersøkelsen referert i rapporten der 95 prosent av kommunene mener at pasientene nå typisk er sykere når de overføres til kommunehelsetjenesten. Et klart flertall av helseforetakene er enig med kommunene i dette.

Komiteen er i og for seg med på at pasientene vil være sykere når de overføres tidligere i et behandlingsforløp, men det gir imidlertid grunn til bekymring når 64 prosent av kommunene i spørreundersøkelsen svarer at pasienter ofte skrives ut så tidlig at det er vanskelig for kommunen å tilby et godt tjenestetilbud. Ettersom 97,4 prosent av utskrivning fra sykehus skjer til eget hjem, kan en heller ikke se bort fra at en strengere utskrivningspraksis kan føre til at flere som skulle vært fulgt opp behandlingsmessig, blir overlatt til seg selv. Det er i så fall ikke i samsvar med grunnlaget for innføringen av samhandlingsreformen.

Komiteen viser til at et overveiende flertall av fastlegene mener at utskrivningsklare pasienter ofte blir skrevet ut for tidlig til kommunen. Når pasienten skrives ut tidligere fra sykehuset, blir det mer utfordrende for kommunen å gi et godt nok tilbud til pasienten, og det hender også at informasjonen fra sykehuset om pasientens behandlingsbehov ikke er god nok til at kommunen kan legge til rette for god behandling og oppfølging.

Til Helsedirektoratets årsrapporter vil komiteen bemerke at Riksrevisjonens gjennomgang for årene 2012, 2013 og 2014 viser at departementet i liten grad fikk informasjon om virkninger av sentrale virkemidler gjennom årsrapportene de første to årene. I årsrapporten for 2014 rapporterer direktoratet på styringsparameterne «antallet reinnleggelser» og «antallet innleggelser/liggedøgn øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene». Ifølge direktoratet økte omfanget av reinnleggelser med nesten 2 prosentpoeng fra 2012 til 2014, fra 17,7 prosent til 19,5 prosent. Komiteen vil anse frekvensen av reinnleggelser som et sentralt og objektivt mål for kvalitet, og en frekvensøkning på over 10 prosent burde gi

grunnlag for bekymring for kvalitetsutviklingen sett fra pasientens perspektiv.

Komiteen har også merket seg Riksrevisjonens påvisning av at kommunene ikke har styrket kapasiteten og kompetansen innenfor rus- og psykiatriområdet i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten med 10 prosent fra 2010 til 2014, og vil igjen understreke at både kommunene og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby tjenester til personer med psykiske lidelser eller rusproblemer, selv om denne gruppen har stått utenfor samhandlingsreformens økonomiske incentivordninger. Helse- og omsorgstjenesteloven presiserer kommunenes ansvar for alle pasient- og brukergrupper.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne er særlig bekymret for at reformen kan ha bidratt til at liggetiden ved norske sykehus er blitt uforsvarlig korte, i en situasjon der Norge har blant de korteste liggetidene på sykehus blant OECD-landene, bare Tyrkia og Israel har kortere liggetid for pasienter i sykehus. Disse medlemmer vil understreke at det var et klart mål for reformen at utskrivningsklare pasienter skulle ut av sykehus og overføres til kommunene. Men det var ikke et mål for reformen at selve behandlingstiden (liggedøgn) på sykehus skulle kortest ned. Tilbakemeldinger fra fastlegene om for tidlig utskrivning og uheldige reinnleggelser gir grunn til bekymring. At mange kommuner forteller at pasienter nå skrives ut så tidlig at det er vanskelig for kommuner å tilby et godt tjenestetilbud, indikerer at sykehusene kan ha endret sin utskrivningspraksis.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener det er alvorlig når Riksrevisjonen så tydelig påpeker at kapasiteten i kommunehelsetjenesten i liten grad er blitt styrket. Dette er i strid med uttalte målsettinger for reformen, og må, etter disse medlemmers syn, føre til endringer og justering av tiltakene. Blant annet er det urovekkende når det signaliseres at det er blitt vanskeligere å få sykehjemsplass, og at dette både gjelder korttids- og langtids plasser, og at reformen ikke har ført til nevneverdig økning i antall årsverk i hjemmetjenesten eller på sykehjem. Disse medlemmer viser også til det klare målet i samhandlingsreformen om at økning i legeårsverk skulle komme i kommunene, mens økningen i faktiske legeårsverk like fullt har vært mer enn dobbelt så stor i sykehusene (fra 2011 til 2014) og den prosentvise økningen har vært lik, ikke større for kommunene, slik reformen la til grunn. Halvparten av kommunene melder om sykepleiermangel, og flertallet av kommuner sier de bare

i begrenset grad har styrket kompetansen blant de ansatte gjennom etter- eller videreutdanning.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Senterpartiet og Miljøpartiet De Grønne er enige i Riksrevisjonens vurdering om behovet for å følge utviklingen nøye, både når det gjelder om pasienter overføres for raskt til kommunene, og om kommuner er i stand til å ta imot pasienten på en forsvarlig måte.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne mener at opplysningene om at tilbudet innenfor rus- og psykiatriområdet ikke er styrket i kommunene i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten, er svært urovekkende og bør få umiddelbare konsekvenser. Videre planer for nedbygging av døgnplasser innen rus- og psykiatri bør, etter disse medlemmers syn, nå stanse opp. Innsatsen må rettes mot en tydelig og konkret plan rundt oppbygging av det kommunale tilbudet innen både rus- og psykiatrifeltet. Disse medlemmer merker seg at det er vedtatt en opptrappingsplan for rusfeltet, men at regjeringen ikke fremlegger samme opptrappingsplaner for psykiatriområdet, noe disse medlemmer er bekymret for. Disse medlemmer vil påpeke at skal samhandlingsreformen lykkes, må også rus- og psykiatrispasienter få gode forebyggings- og behandlingstilbud i kommunene. Derfor er det bekymringsfullt at nesten 70 prosent av kommunene bare i liten grad har økt antall årsverk innen rus – og psykiatrifeltet samtidig som hver 10. seng i sykehus er blitt lagt ned. Disse medlemmer viser til statsrådets svar, om at det foregår en villet omstrukturering fra døgnbehandling til dagbehandling, om at det skal lovfestes psykologkompetanse i alle kommuner, men først fra 2020, og at det skal innføres betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. Disse medlemmer mener at statsrådets svar ikke er tilstrekkelig når det gjelder oppfølging av Riksrevisjonens sterke påpekninger når det gjelder behandlingstilbudet for denne pasientgruppen. Disse medlemmer mener at omstruktureringen fra døgn- til dagbehandling synes å ha gått for langt og for fort og at innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare rus- og psykiatrispasienter allerede nå, uten at kommunene har fått sjanse til å bygge opp sitt kommunale helsetilbud for denne pasientgruppen i forkant, kan føre til forverret tilbud for pasientene, ikke en forbedring slik samhandlingsreformen la til grunn. Disse medlemmer slutter seg til Riksrevisjonens kritikk om at det er alvorlig at tilbudet til en utsatt gruppe ikke er styrket fire år etter at reformen trådte i kraft.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at lovkravet om å inngå samarbeidsavtaler mellom primær- og spesialisthelsetjenesten var ment for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester for pasienten og forutsigbarhet for kommunene opp mot helseforetakene og at mange kommuner mener de klargjør oppgave- og ansvarfordelingen, særlig for somatiske pasienter. Disse medlemmer mener at de lovpålagte samarbeidsavtalene var et viktig grep, men at Riksrevisjonens rapport viser at de må forbedres, utvikles og ikke minst etterleves. Særlig må området «informasjon» bli bedre, da halvparten av kommunene ser på manglende informasjon som et problem. Det gjelder informasjon om medikamenter, men også om funksjonsnivå. Manglende informasjon om pasienten vil kunne gå ut over kommunens mulighet til å legge til rette for gode og tilpassede tjenester for pasienten i kommunen. Men manglende informasjon og dårlig samarbeid mellom forvaltningsnivåene utgjør også en tydelig pasientsikkerhetsrisiko.

Disse medlemmer viser til samhandlingsreformens målsetting om at en større del av pasientforløpene skal foregå i kommunene, også rehabilitering. Disse medlemmer viser til at Riksrevisjonens rapport oppgir at et flertall av kommunene i liten eller svært liten grad har etablert flere rehabiliteringsplasser. Det er bare om lag halvparten av kommunene som oppgir at de tilbyr hverdagsrehabilitering i hjemmet og dagrehabilitering. En større andel av kommunene oppgir at de tilbyr døgnrehabilitering. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det har vært en økning fra 2 000 til 3 050 kommunale institusjonsplasser avsatt til rehabilitering fra 2010 til 2014. Disse medlemmer viser til at rehabilitering bidrar til økt livskvalitet gjennom opprettholdelse og forbedring av funksjonsnivå. En god rehabiliteringstjeneste er viktig for å redusere behovet for andre helse- og omsorgstjenester. Disse medlemmer viser til Riksrevisjonens påpekninger og mener rehabiliteringstjenestene i kommunene må bedres.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne vil påpeke at økonomiske incitament, som betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, ikke synes å bygge opp under samarbeidsavtalene og behovet for økt samarbeid, men først og fremst bidrar til hurtigere forflytning av pasienter mellom sykehus og kommune. Denne utviklingen må rettes opp i. Disse medlemmer mener at for eldre skrøpelige pasienter, i livets siste fase, er manglende samarbeid, mange forflytninger/transporter og reinnleggelser særlig utfordrende, både medisinsketisk og medi-

sinskfaglig. Disse medlemmer stiller spørsmål ved om betalingsplikt for «utskrivningsklare», skrøpelige eldre pasienter, som man antar har kort tid i igjen å leve, burde opphøre.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne, viser til at helseforetakene har overført 1,5 mrd. kroner til kommunale øyeblikkelig hjelp døgn-tilbud (ØHD-senger) i perioden 2012–2014. Flertallet mener at tilbudet bør avlaste sykehusene i større grad enn i dag, dersom de skal forsvares som en fremtidig ordning. Det er viktig for bruken av tilbudet at fastlegen er godt kjent med hvilke pasienter som kan legges inn ved tilbudet, og at ØHD-tilbudet sikres god kompetanse og rekruttering av nødvendig medisinskfaglig ekspertise. Flertallet forutsetter at de kritiske merknadene og forbedringspunkt som rapporten har om ØHD-tilbudet, blir tatt på alvor og rettet opp i. Flertallet er kjent med at det særlig i de store byene er problem med legerekuttering til ØHD-tilbudet fordi det ikke tilbys hele stillinger som vil være tellende i en spesialistutdanning. Slike forhold mener flertallet at statsråden og departementet snarest må rydde opp i.

Flertallet slutter seg til Riksrevisjonens sluttmerknad, der det påpekes at statsråden burde tydeligere ha klargjort hvordan departementet vil følge opp Riksrevisjonens merknader og anbefalinger. Det vises til at statsråden blant annet ikke har kommentert om departementet vil vurdere om det har økonomiske virkemidler som bidrar til at kommunal øyeblikkelig hjelp døgn-tilbud benyttes i tråd med intensjonen, eller hvordan kvaliteten i tilbudet vil bli undersøkt nærmere. Statsråden kan heller ikke gi fullgodt svar på hvordan samarbeidsproblemene som er påvist, skal rettes opp i. Riksrevisjonen etterlyser konkrete tiltak fra departementet, og flertallet slutter seg til dette.

Flertallet viser videre til at statsråden mener at selv om kommunene ikke har økt sin personellinnsats på området psykisk helsearbeid i kommunene i perioden 2010–2014, er det ikke grunnlag for å si at tilbudet ikke er styrket. Flertallet reagerer på statsrådens vurdering av den aktuelle situasjonen. Riksrevisjonen påviser jo at kommuner i liten grad har styrket kapasiteten og kompetansen for denne pasientgruppen, og opplever at samarbeidsavtalene ikke klargjør oppgave- og ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene på rus- og psykiatريفeltet. Flertallet mener at departementet må vurdere tiltak som sikrer at rus- og psykiatripasienter med behov for tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, får et godt tilbud. Flertallet viser til statsrådens påpekninger

av Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet – sine krav om psykologkompetanse i kommunene, oppretting av oppsøkende behandlingsteam og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen rus og psykiatri, men mener at dette ikke er svar på de utfordringene som denne Riksrevisjonsrapporten bringer til torgs.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti slutter seg til alle Riksrevisjonens anbefalinger, og legger til grunn at statsråd og departement følger opp disse anbefalingene på en fullgod måte.

Komiteen vil avslutningsvis kommentere forvaltningsrevisjonsrapportens konklusjon om at statlige myndigheter ikke har god nok informasjon om kvaliteten på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Selv om virkemidlene påvirker kommunenes tjenestetilbud, har Helse- og omsorgsdepartementet i liten grad fått informasjon om hvordan kvaliteten i kommunehelsetjenesten har utviklet seg etter innføringen av reformen. Helsedirektoratet fikk i 2013 i oppdrag å utvikle kvalitetsindikatorer for bedre å kunne måle kvaliteten i helsetjenestene, men dette arbeidet ser så langt ikke ut til å ha gitt konkrete resultater. Dette svekker muligheten for at ansvarlige statlige myndigheter kan følge utviklingen i kvaliteten på den kommunale helsetjenesten og vurdere nye tiltak etter behov.

Komiteen viser til at Prop.106 L (2015–2016) er til behandling i Stortingets helse- og omsorgskomite. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i proposisjonen å etablere et nytt kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Bakgrunnen for departementets forslag er at helsemyndighetene trenger bedre kunnskapsgrunnlag for å ivareta oppgaver knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil bemerke at de fleste reformer i regelen begrunnes overfor Stortinget og markedsføres overfor offentligheten med en rekke antagelser om hva som vil bli oppnådd av fremskritt i form av effektiv ressursbruk og bedret kvalitet (ressurseffektivitet og formålseffektivitet), ofte fremstilt som noe nær sikker viten. Ikke minst er det ofte en påfallende tro på en-til-en-virkning av tiltak og virkning. Særlig ser troen på lov- og forskriftsregulering av aktiviteter på institusjonsnivå ut til å være betydelig. På denne bakgrunn er det avgjørende å innhente kunnskap om hva som faktisk oppnås eller hvilke uforutsette virkninger som kan ha oppstått. Derfor skulle man for lengst ha antatt at det var utviklet enhetlige vurderingskriterier for kvalitet, men disse er

etter tre år fortsatt under arbeid. Dermed svekkes også mulighetene til å fastslå hvorvidt samhandlingsreformen er vellykket, og ikke minst styre den i ønsket retning.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti har merket seg Riksrevisjonens funn, og er positive til en slik undersøkelse av hvorvidt reformen bidrar til å nå overordnede helsepolitiske mål. Disse medlemmer har merket seg at både Helsetilsynet og Riksrevisjonen har kritisert at målene i reformen ikke er nådd. Målene i seg selv er det bred enighet om. Disse medlemmer mener det viser at det er behov for mer samhandling, ikke mindre. Samhandlingsreformen staket ut en retning for riktigere bruk av våre felles verdier for å sikre befolkningen gode helsetjenester. Det er den sittende helseministeren som har det overordnede ansvaret for at samarbeidsavtalene mellom sykehus og kommunehelsetjeneste overholdes, og for at kommunehelsetjenesten sikres tilstrekkelige ressurser og kompetanse for å løse oppgavene de er satt til å utføre. Svaret på problemene er ikke å gå bort fra ideen om å utvide tilbudet i kommunehelsetjenesten, men å sikre at det skjer. Det er regjeringen og sittende statsråds ansvar.

Disse medlemmer vil understreke at det var og er bred politisk enighet om det utfordringsbildet som lå til grunn for samhandlingsreformen, og samhandlingsreformens mål er bredt forankret i Stortinget. Virkemidlene i samhandlingsreformen har hatt som mål å bidra til en mer helhetlig tjeneste, økt fokus på forebygging, og på at mer skal gjøres i kommunene når dette gir bedre kvalitet og kostnadseffektivitet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil videre vise til at Telemarkforskning høsten 2015 konkluderte med at på tross av fortsatt store utfordringer viser deres samlede funn at samarbeidet har blitt bedre, flere pasienter får hjelp, ressursene utnyttes bedre. I Helsedirektoratets årlige rapport til HOD om status for reformen, kan vi for 2015 lese at utviklingen er i tråd med intensjonene.

Komiteen har notert seg at departementet har gitt Forskningsrådet i oppdrag å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av samhandlingsreformen, kalt EVASAM. Formålet med denne forskningsbaserte evalueringen er å innhente kunnskap slik at måloppnåelsen kan vurderes både løpende i gjennomføringsperioden (2012–2015) og samlet ved utgangen av perioden. Følgeevalueringen skal også gi et grunnlag for framtidige justeringer i virkemiddelbruk, jf. Prop. 1 S (2011–2012) for Helse- og omsorgsdepartementet. Komiteen ser frem til denne oppfølgingen.

3. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og rår Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

Dokument 3:5 (2015–2016) – Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helse-tjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen – vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 2. juni 2016

Martin Kolberg
leder

Michael Tetzschner
ordfører