



Morgendagens helse- og omsorgstjenester - hvordan lykkes vi?

Taler

Jonas Gahr Støre

Dato

7 mai 2013

Sted

Oslo

Omstendigheter

Åpningstale Helsekonferansen 2013

1 Kjære venner,

Jeg har gledet meg til denne dagen - til å åpne den sjuende helsekonferansen og til å tale her. For en helseminister er jo dette nesten som en krysning av 17. mai og nyttårsaften på samme dag!

Til alle dere som er samlet her vil jeg begynne med å takke for innsatsen dere gjør, i hele bredden av vårt Helse-Norge - i sykehusene, i kommunesektoren, i organisasjonene, i førstelinje og i administrasjon.

10

Vi er mange. Sektoren er stor. Den angår alle og den har utfordringer. Men først av alt fantastiske muligheter. Det er det som er så utrolig inspirerende.

Se rundt oss - i land etter land kutter de i helsevesenet, bygger ned. Vi har en engasjert diskusjon - om prioriteringer, vanskelige valg, men vi gjør det ved at vi år for år bevilger mer, tro det eller ei - vi bygger ut!

15

Jeg har vært på helsekonferansen før - i 2007 - da var jeg invitert til å snakke om global helse. Jeg har tittet på videoen fra den gang, og jeg ser at jeg åpnet med å si: "Det å være helseminister skal jeg ikke prøve meg på!"

20

Vel, det var sagt av respekt for jobben!

Her forleden hørte jeg den nåværende utenriksministeren ta seg den frihet å sitere den forrige utenriksministeren. Han - den forrige utenriksministeren - hadde ved flere anledninger sagt dette: "Helse er så viktig at det ikke kan

25

overlates til helseministeren alene".

Det synes jeg er et bråkjekt utsagn!

30

Jeg tenker at en som sier noe sånn, han må bære på en skjult drøm om å bli helseminister. Og så tenker jeg at noen ganger går drømmer i oppfyllelse - selv skjulte drømmer!

35 Men ved ettertanke og selverkjennelse tenker jeg at den forrige utenriksministeren hadde rett. Det var faktisk veldig godt sagt - for helse er jo for viktig, for omfattende, for altomgripende til å bli overlatt til en minister alene - selv en helseminister.

40 Det var jo essensen i Folkehelsemeldingen som vi la frem for snart to uker siden; din helse er ditt ansvar - alles helse er alles ansvar. Denne meldingen er noe av det viktigste jeg kommer til å levere som helse- og omsorgsminister - i denne perioden. Så kommer det enda mer i neste!

45 For i en tid da de politiske sakene splittes opp i stadig mindre deler, må vi kjempe oss tilbake til helheten - aller mest innen vårt felt - og se at helse og uhelse har sitt opphav i måten samfunnet organiseres på, at sosiale ulikheter i helse er tydelige, og at ulikhetene oppstår et annet sted enn i helsesektoren. Men ulikhetene blir veldig tydelige nettopp i helsesektoren.

50

Vi må streve etter å se hvordan vi som samfunn forstår god helse og uhelse - hvordan vi forbygger, hvordan vi prioriterer og fordeler ressurser, hvordan vi setter mål for omstillinger, har kraft til å gjennomføre dem, lære, og justere underveis - men holde fast ved målet.

55

Denne konferansen handler om helheten - den var fulltegnet på kort tid med deltakere jevnt fordelt på kommune og sykehus, og dere er også mange her fra ideell- og frivillig sektor, og fra bruker- og profesjonsorganisasjoner.

60 Kortversjonen av budskapet mitt i dag er dette:

- For det første: Vi har som samfunn satt en kurs. Den er på mange måter oppsummert i samhandlingsreformen, og legger stor vekt på forebygging, tidlig innsats og tydeligere virkemidler for å få de ulike delene av helsetjenesten - fra

sykehus til kommune - til å samarbeide.

- For det andre: Med vekten på tidlig innsats, både for å forebygge og å yte hjelp og omsorg, følger det økt satsing på tilbudene i lokalsamfunnet, i primærhelsetjenesten, den delen av vårt helsevesen som møter flest av oss.

70 - Og for det tredje må vi da spørre; er vi godt nok rustet nettopp der - i lokalsamfunnet - med kapasitet, kunnskap og kompetanse? Mitt svar er at ja, lokalsamfunnene våre har forutsetningene til å ta dette ansvaret, å spille denne rollen.

75 Men det skjer ikke av seg selv. Det skjer kun om vi lykkes med å utvikle en helsetjeneste preget av kvalitet, god ledelse og vilje til å samhandle uten for mye revirtenking og med en nysgjerrighet overfor nye måter å jobbe på. Og la oss minne hverandre på at enhver endring begynner med de gode spørsmålene.

80 La meg gå inn i denne analysen med å tegne en lang linje i vår egen helsehistorie. Dagens helse- og omsorgsdepartement feirer 100 år i juni - det skal behørig feires - men historien til helsepolitikk i Norge går lenger tilbake.

Et av de sterkeste kjennetegnene ved Norges vei mot velferdsstat - var at vi
85 mobiliserte bredt for folkehelse. De første fagforeningene hadde krav om sanitære forhold på sine bannere, slike krav ble også fremmet av de politiske bevegelsene i vårt land.

De store tiltakene som løftet alle - det var de som satte spor - som hygiene, rent
90 vann, økt boligstandard, helsetjenester i skole og i arbeidsliv. Og brede, universelle velferdstilbud - som nådde alle.

Derfor har vi også i dag et offentlig helsevesen - i samarbeid med private, ideelle og frivillige - men det er fellesskapet som har ansvar og tar ansvar - for å
95 finansiere det meste - og ikke minst - for å prioritere. Det er avgjørende å holde fast ved dette.

Splitter vi opp ansvaret for prioritering mister vi et unikt fortrinn - nemlig at helsevesenet er til for alle - og at vi kan sette oss store mål om likeverdige tilbud i
100 hele landet.

Hva ligger så foran oss, hvordan ser terrenget ut - det terrenget vi skal tegne kartet for og navigere i?

105

Norge er i høy grad en del av en global trend. Jeg vil illustrere med de fire store overgangene som prosjektet The Global Burden of Disease har beskrevet. Prosjektet tok pulsen på verdens helse i 1990 - og tjue år senere i 2010 - for å se og forstå trendene.

110

Det er nettopp det - globale trender - som nær alle land kan kjenne seg igjen i - også Norge. Hør bare:

115

Den første overgangen er at det blir flere eldre - vi lever lenger - det er velferdssamfunnets bonus. Og det blir dermed flere som lever med skader og sykdom. Med det følger også nye og større behov for helse- og omsorgstjenester. Og det blir - relativt sett - færre til å yte tjenester.

120

Den andre store overgangen er fra de smittsomme sykdommene til de ikke-smittsomme sykdommene, blant annet preget av levestilten vårt: Kols, diabetes, hjertesykdommer, kreft, psykiske lidelser - hva vi spiser, hvordan vi rører oss - eller - ikke rører oss.

125

80 % av oss vil ende livet som følge av disse sykdommene, og svært mange vil lide av dem.

130

Da jeg arbeidet med Gro Harlem Brundtland i WHO, lanserte vi den første Verdens helserapport om psykisk helse, og satte temaet på dagsorden internasjonalt. Nå ligger psykisk helse på toppen av listen over globale helseutfordringer.

135

Jeg synes det er interessant å høre våre eksperter som sier at det ikke er gitt at vi er mer psykisk syke nå enn for 20 år siden. Men temaet er tydeligere framme i debatten, ikke minst blant de unge. Vi snakker om det og synliggjør det. Det er bra.

Den tredje overgangen er at vi går fra et risikobilde forankret i fattigdom, til et risikobilde forankret i livsstil.

140

Og risikofaktorene for dårlig helse, sykdom, tidlig død og redusert livskvalitet er disse: Tobakk, alkohol, sukker, salt, fett, og stillesitting.

145 For psykisk helse er årsakene mer sammensatt, men også her handler det om
hvordan samfunnene fungerer, og hvordan vi lever sammen. Det er et helt annet
risikobilde enn for 100 år siden.

Og det fjerde forholdet er at vi får flere år med plager og sykdommer - som vil gi
nedsatt livskvalitet.

150

Vi ser også at det er sosiale ulikheter i helse. Jo høyere utdanning eller inntekt,
desto mer har levealderen økt. Sykdommer knyttet til tobakk, overvekt, mangel
på fysisk aktivitet, henger også sammen med sosiale og økonomiske forhold
(HUNT).

155

Vi tar for gitt at nye generasjoner skal leve lenger enn den foran. Vi sier i
Folkehelsemeldingen at vi har ambisjoner om at Norge skal være på topp-tre
lista over land der man lever lengst. Ikke fordi høy alder er et mål i seg selv, men
fordi det sier noe om livskvalitet.

160

Et slikt mål bør være innen rekkevidde. Likevel leser jeg i amerikanske aviser at
noen mener det ikke er gitt at dagens unge generasjon vil leve like lenge - eller
lenger - enn sine foreldre. Med konturene av dagens livsstilssykdommer kan det
skje at de lever kortere. Det vil i så fall være et brudd av banebrytende karakter!

165

Det er i første rekke et mulighetsbilde vi tegner: Og vi har gode forutsetninger
for å klare det.

170

Vi har høy levestandard,

Vi har relativt små sosiale helseforskjeller.

Vi har gode velferdsordninger for alle,

175

Vi har høy arbeidsdeltakelse og tilgang til utdanning,

Vi har god kvalitet på helse- og omsorgstjenestene.

180

I forrige århundre økte levealderen med 30 år. 25 av disse kan tilskrives de brede
folkehelseiltakene og velferdsveksten - ikke medisiner og medisinsk teknologi.

185 Folkehelsepolitikk virket da. Jeg tror brede folkehelse tiltak vil være viktige også i møte med vår tids utfordringer. Men utslagene vil nok ikke være så store som den gang. I dag er helsetjenestens betydning for levealderen mye større, takket være bedre legemidler og nye behandlingsformer.

190 Men det er metoden som bør oppta oss, den med at vi setter mål for en hel befolkning, at vi som fellesskap har ambisjon om å trekke alle med, gjøre gode valg tilgjengelige. Da må politikken og arbeidsformen tilpasses vår tid.

Noen avgjørende byggesteiner må til:

195 For det første - en internasjonal horisont.

Tiltak i Norge må forankres i en internasjonal referanseramme.

200 Slik var det i arbeidet med tobakksforebyggende tiltak - det var tiår med internasjonalt arbeid - det var tobakkskonvensjonen i WHO's regi - alt det hjalp de nasjonale tiltakene, gjorde dem enklere å innføre.

205 Norge har vært pådriver i WHO for å forhandle frem mål for de ikke-smittsomme sykdommene. (Redusere sykdom og legge økt vekt på psykisk helse.)

Nå må vi oversette de internasjonale målene til norske forhold - og videre til kommunene og ut i samfunnet der livene leves.

210 Det bringer meg til neste poeng: Eierskap til oppgaven.

Dette handler om modningen av demokratiet.

215 Vi skal ha lover, avgifter, regulering og merking. Det er politikkenes oppgave å hegne om den demokratiske retten til å bruke slike virkemidler.

220 Noen mener denne strikken allerede er strukket langt. Vel, den er kanskje det. Men de brede tiltakene som treffer alle gir resultater. Denne type virkemidler trenger legitimitet i befolkningen om de skal kunne forsvares. Legitimiteten kommer ofte etter at tiltakene har virket en tid. Slik var det med bilbeltet. Slik var det med røykeloven.

Men vi kan også gå ett skritt videre. Gjennom å få flere av oss som enkeltmennesker og grupper til å ta medansvar for disse målene.

225

Eksempel: Markedsføring av usunn mat rettet mot barn. En forskrift gjøres klar og blir liggende i skuffen, men kan tas frem og settes i kraft ved behov. Jeg vil satse på dialog. Godt trepartssamarbeid er en forutsetning for at den blir liggende i skuffen.

230

Bedriftenes innsats - mot alkoholmisbruk - for sunn ernæring - mosjon - alle får noe igjen.

For det tredje: Partnerskapene - frivilligheten

235

Her i salen er det mange som bidrar til frivillig arbeid. Dere gjør en uvurderlig innsats.

240

Vi må mobilisere til den felles innsatsen som dette landet er så god på. Ved å samarbeide med frivillige på nye måter. Både for folkehelse og for morgendagens omsorg.

245

Kåre Hagen, som ledet arbeidet med NOUen som den nye omsorgsmeldingen bygger på, sier: "Omsorgskrisen skapes ikke av eldrebølgen, men av forestillingen om at omsorg ikke kan gjøres annerledes enn i dag".

Det er godt sagt; skal vi nå våre mål må vi greie å løse oppgaver på nye måter, mobilisere nye omsorgsressurser.

250

Vi må tenke nytt, smart og kreativt både om tjenester og om folkehelse.

Det er grunnlaget både i folkehelsemeldingen og i den nye meldingen Morgendagens omsorg, begge fremlagt i april.

255

Nå vil vi følge opp meldingene og jobbe for mer systematisk læring om partnerskap med frivillige og ideelle. Den 27. juni inviterer departementet, sammen med Røde Kors, til et temamøte om frivillighet og helse.

Vi skal etablere en nasjonal frivillighetsstrategi, og et program for en

fremtidsrettet pårørendepolitikk.

Og ikke minst, regjeringen fortsetter å styrke finansieringen. I revidert nasjonalbudsjett foreslår vi å bevilge 100 mill. kroner til:

265

Program for utvikling og innføring av velferdsteknologi: 55 mill. kroner.

Program for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk: 10 mill. kroner.

270

Nasjonal strategi for frivillig arbeid i helse- og omsorgssektoren: 7 mill. kroner.

Faglig omstilling med vekt med støtte til aktivitet i eldresentra, hverdagsrehabilitering, miljøbehandling, og rekruttering av menn: 28 mill. kroner

275

Samtidig varsler vi i dag også at vi fortsetter å styrke kommunenes økonomi med nye milliarder som skal sørge for utviklingsmuligheter lokalt. Dette er ingen selvfølge, men uttrykk for en tydelig prioritering fra regjeringens side.

280

Min statssekretær Kjell Erik Øie vil snakke mer om dette litt senere i dag.

For meg skriver de to meldingene seg inn i retningen trukket opp av samhandlingsreformen. Det legges stor vekt på forebygging og det legges stor vekt på lokalsamfunnets betydning - for tidlig innsats, for tilrettelagt omsorg.

285

Mange spor peker i den retningen - som omstillingen i psykisk helsevern - fra de store institusjonene til oppfølging tettere på.

290

Innen rusfeltet diskuteres dagbehandling versus døgnbehandling, langtidsbehandling versus kortidsbehandling; faglige diskusjoner som fagfolk må ta overfor den enkelte pasient, men politiske diskusjoner som vi må ta om den store omstillingen av fagfelt, nedbygging av noe til fordel for oppbygging av noe annet.

295

Jeg støtter omstilling, men jeg vil samtidig være sikker på at omstillingen skjer synkront - både på rusfeltet og på feltet psykisk helse har jeg bedt om statusrapporter - bedre oversikt over hvor vi står og hva vi virkelig trenger for å gå videre. Vi må ha kunnskap som stemmer.

300

Sårbare grupper trenger nytenking og fagfelt som utvikler seg.

Sårbare grupper trenger også prosesser der dagens nye tiltak etableres minst like raskt som gårsdagens tiltak avvikles.

305

Jeg har i min tid som helse- og omsorgsminister lagt stor vekt på å møte brukergruppene. Den kompetanse mennesker har om eget liv er det viktig ikke å underkjenne.

310 Samhandlingsreformen er kanskje det viktigste samlende grepet for forebygging, behandling, oppfølging og rehabilitering.

Hele helsepolitikken bygger på reformen:

315 Trygg oppvekst - med vekt på å forebygge i barnehage, skole, hjem og fritid.

Verdig alderdom - med omsorg tilpasset den enkelte i en eldrebefolkning som ikke bare vokser, men som blir mer mangfoldig - gode tjenester, døgntilbud, aktivitet, omsorg ved livets slutt.

320

Gode tjenester nærmest mulig der du bor - i kommunen.

Og selvfølgelig - førsteklasses hjelp på sykehus når du trenger det.

325 En kraftfull setning som understreker forebyggingens mening er denne: "Det er bedre å bygge friske barn enn å reparere syke voksne!"

Den setningen rommer en stor ambisjon for det lokale, det som er tett på oss.

330 Så vil jeg legge til, før noen blir urolige: Blir du syk, så skal du også ha rett til verdens beste reparasjon! Norge skal ha sykehustjenester i verdenstoppen.

Det bruker vi 115 milliarder kroner i året på. Vi behandler flere enn noen gang. Denne regjeringen har fullfinansiert aktivitetsveksten i norske sykehus. Og det er ganske sikkert at vi vil velge å prioritere mer til sykehus i årene som kommer.

335

Men dette innlegget skal ikke handle mye om sykehus. Jeg snakket om

ambisjonene for norske sykehus i sykehustalen 30. januar. Budskapet i den talen
340 er at det beste forsvar for fellesskapets sykehus er å gjøre dem enda bedre,
tilpasse driften til de livene vi lever, få til bedre ledelse, en heltidskultur for
ansatte, raskere diagnostisering, raskere innføring av IKT-løsninger - osv.

Hva er så de viktige spørsmålene? Det viktigste er kanskje om vi er skodd for å ta
345 konsekvensene av disse sammenhengene?

La oss starte med samhandlingsreformen - et drøyt år inn i reformens virke.

Det som har fått mest oppmerksomhet - og det lar seg forklare - er forholdet
350 mellom sykehus og kommuner.

Her er det liten tvil - samhandlingsreformen knytter sykehusene og
kommunene tettere sammen. Det er bra. Det er en ønsket utvikling.

355 Det har skjedd utrolig mye gjennom det første året - på grunn av høy
motivasjon, entusiasme og stor innsats.

Mange av dere kjenner til gode eksempler på dette. Jeg vet det er andre
eksempler - på problemer, utfordringer og utilsiktede virkninger. De tar vi på
360 alvor. Men hovedbildet er at vi er på god vei.

En avgjørende forutsetning er velfungerende IKT-systemer som knytter nivåer,
etater, miljøer og kommuner sammen.

365 Også her skjer det mye positivt. Men vi har et godt stykke vei å gå, som vi har
omtalt i IKT-meldingen. Den har satt i gang et felles nasjonalt IKT-løft der
hovedpunktene er:

Digitale tjenester til innbyggerne - kjernejournal
370

Bedre samhandling - én pasient - én journal

Samordnet IKT-utvikling i kommunene

375 Målet er at kommuner og sykehus skal være fullt ut på nett i løpet av 2014. Vi er
på vei, og vi skal klare det.

380 En viktig test på samhandlingsreformens mål og retning har vært håndteringen av utskrivingsklare pasienter.

Det var et selvstendig mål å få ned antall utskrivingsklare pasienter. Det har vi klart. Kommunene har virkelig snudd seg rundt og vist at de kan.

385 Halvering av antall utskrivingsklare på sykehusene, det er bra - det er aldri bra i seg selv at en utskrivingsklar pasient ikke blir utskrevet.

Men det er selvsagt heller ikke bra at en som er skrevet ut kommer til et mangelfullt tilbud.

390

Noen spør, og det er et viktig spørsmål: Blir de skrevet for tidlig ut?

De nasjonale tallene tyder ikke på det, og det bekreftes for så vidt også av at antall reinnleggelser ikke viser økning av betydning.

395

Likevel: At det på nasjonalt nivå ser ut til å gå bra, betyr ikke at det alltid går bra lokalt. Og vi må spørre: Får de som er skrevet ut - de som ikke lenger er pasienter i sykehus men like fullt trenger oppfølging - får de et forsvarlig tilbud i kommunene?

400

Ja, det tror jeg de gjør, men nye pasienter, nye faglige tilnærminger krever ny kompetanse. En av kommune-Norges store og viktige utfordringer.

405 Her må vi ikke minst se på hvordan vi forvalter rehabiliteringen - et verdifullt fagfelt med røtter både i kommunene og i sykehusene. Igjen lykkes vi kun om vi gjør endringene synkront i sykehusene og i kommunene.

Kommunene og sykehusene klarte å inngå avtaler innenfor svært stramme tidsmarginer. Det krevde til dels tøffe drøftinger. Jeg berømmer de som har gjort
410 slike avtaler mulig.

Utfordringen nå er å sette avtalene ut i livet, å gjøre dem til levende dokumenter som kan oppdateres og justeres i tråd med erfaringer og behov. Men begynnelsen har vært løfterik. Kommunene og sykehusene samarbeider, og det
415 er viktig at vi understreker likeverdigheten i det samarbeidet.

Så til den kommunale medfinansieringen, kanskje reformens viktigste virkemiddel.

420

I makroperspektiv har vi truffet godt, svært godt.

Men noen kommuner mener de har kommet dårlig ut. Årsakene kan være sammensatte. Kommunene må gjennomgå egne erfaringer og forutsetninger, og vi i departementet og Helsedirektoratet skal trekke lærdommer av ulike erfaringer og bistå underveis.

425

Vi skal fortsette å gi kommunene det faktagrunnlaget de trenger for å kunne analysere, pluss å sjekke ut at ordningen ikke gir uønskede vridninger for enkeltkommuner.

430

Så kommer det spørsmål om innfasing av kommunal medfinansiering for rus- og psykisk helse-feltet. Når kommer det på plass? Det skal komme på plass. Jeg er utålmodig. Jeg tror ikke det er noen fordel at somatikken får for stort forsprang på rus og psykiatri. Men vi skal snakke godt igjennom med kommunene først.

435

Det er bedre å komme senere inn med gode, treffsikre virkemidler, enn å komme kjapt inn med noe som kommunene ikke vil mestre, og som vil kunne slå uheldig ut for pasientene.

440

Derfor må vi ta den tiden det trenger. Men det må ikke herske noen tvil om at rus og psykiatri er en del av samhandlingsreformen.

For meg er det viktig at vi nå har full oppmerksomhet om hvordan vi kan bygge opp gode, forebyggende tiltak i kommunene.

445

Folkehelsemeldingen varsler en rekke tiltak, ett av dem er et folkehelsenettverk der kommuner og fylkeskommuner kan dele av erfaringer slik at en god erfaring i én kommune kan bli tilgjengelig i andre. I revidert nasjonalbudsjett bevilger vi seks millioner kroner til dette - en engangsstøtte som kan brukes over to år for å få nettverket opp og stå.

450

Omsorgsmeldingen peker i samme retning; bedre spredning av gode erfaringer,

mye bedre spredning, og en klar forventning til at de gode erfaringene følges opp andre steder.

460 La meg fremheve to satsinger for å styrke lokalsamfunnets kapasitet som jeg har stor tro på.

Det ene er å få på plass flere psykologer i kommunene.

465 Vi vil videreføre og styrke den tilskuddsordningen vi har etablert.

Vi ønsker ikke først og fremst flere psykologer som jobber individrettet på et kontor. Vi trenger psykologer som jobber forebyggende, grupperettet og tverrfaglig.

470 For det andre trenger vi å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Regjeringen foreslår å bruke 180 millioner kroner på dette til neste år. Helsestasjonen når fram til nesten 100 prosent av målgruppen. Skolehelsetjenesten må få økt kapasitet, og nå tar vi et første skritt på en vei som
475 ikke kan være over med dette.

Samtidig vil vi utfordre denne tjenesten - jobber den målrettet nok? Er metodene oppdaterte til dagens behov? Forstår vi risikogrupper godt nok? Både organisering og arbeidsform bør gjennomgås. Og Helsedirektoratet er i gang
480 med å utvikle nasjonale faglige retningslinjer for tjenesten.

En gruppe som har særlige helsebehov er våre innvandrere. Om kort tid legger vi frem en strategi for innvandreres helse. Det er nødvendig. Vi trenger bedre kunnskap, mer bevissthet og riktigere handling.
485

For innvandrere er langt fra noen homogen gruppe. De kommer fra forskjellige deler av verden, med en ulik helsetjeneste. De har ulike utfordringer avhengig av hvor de kommer fra, men også avhengig av alder, kjønn og sosial status i hjemlandet. De bor i sine lokalsamfunn, sammen med oss andre.
490

I forvaltningens verden er lokalsamfunnet synonymt med kommunen. Og det er den jeg vil driste meg til å tenke høyt om.

495 Som jeg har sagt - det vi kan kalle den vertikale samhandlingen - den mellom sykehus og kommune - den fungerer godt - den er i alle fall i godt gjenge.

Men det vi kan kalle den horisontale dimensjonen av samhandlingsreformen - den har større utfordringer. Med det mener jeg samhandling på tvers av etater,
500 sektorer, fagmiljøer, fagfolk og mellom kommuner.

Vi har stor grad av selvbestemmelse i kommunene. Det er bra. Kommunene har, og skal ha, ansvar for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er lokalmiljøene som er tette på innbyggerne, og som best kan se behov og
505 løsninger i en lokal sammenheng.

Det er her vi finner nøkkelen til god forebygging. Det er her omsorg og oppfølging etter behandling ved sykehusene skjer. Det er her vi får en omsorg tilrettelagt våre behov - ikke bare som eldre, men i alle faser av livet. Det er her vi
510 behandles for sykdom vi ikke trenger sykehusets hjelp til.

Skal samhandlingsreformen og folkehelsesatsingen lykkes trenger vi en ny kommunerolle - for det er her vi finner den mest avgjørende delen av helsevesenet vårt, den delen flest av oss møter oftest, samtidig som vi kan kalle
515 primærhelsetjenesten for helse-Norges førstelinjeforsvar - som kan hjelpe oss før vi kommer dit at vi må videre til spesialisthelsetjenesten.

For å gjøre det klart fra starten - dette er ikke påskudd til en debatt om antall kommuner eller kommunegrenser. Det er menneskene det handler om -
520 brukere, pasienter, ansatte - ikke streker på kartet.

Det er heller ikke et forsøk på å underkjenne all den nytenkingen og det faglige utviklingsarbeidet som skjer i kommunene.

525 Jeg snakker om håndteringen av oppgaver - oppgaver til folks beste. Den store tilliten til kommunene som ligger i samhandlingsreformen. Det er derfor kommunene får nye oppgaver innen psykisk helse og rus, øyeblikkelig hjelp, friskliv, og finansiering av sykehustjenester.

530 Og vi ser at kommunene tilpasser seg, søker nye veier, endrer selv karakteren av hvem de er.

En større del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten blir døgnåpen.
535 Legevakter, nye ø-hjelpstilbud og vaktsentraler for ny velferdsteknologi ses i sammenheng.

Mange kommuner har valgt å samarbeide med andre for å løse oppgavene på en god nok måte. Det er nødvendig. Eksempelene er mange - som de seks
540 kommunene i Hallingdal som vil samarbeide om øyeblikkelig hjelp - lokalisert til sjukestugu på Ål.

Et eksempel til etterfølgelse. Vi vil se ulike organisatoriske løsninger, kommunene er ulike, forutsetningene forskjellige. Det viktige er at alle
545 kommunene finner ordninger hvor de lykkes med å levere på alle de nye oppdragene de nå får på helsefeltet.

Og da må vi spørre; trekker de virkemidlene vi har i riktig retning?

550 Spørsmålet er viktig av flere grunner. Fordi vi skal ha som mål at virkemidlene tjener hensikten sin - de er til for å gjøre det bedre for mennesker - ikke for å betjene systemene.

Men det er også viktig av en annen viktig grunn: I en tid da det presses på for
555 privatisering og kommersialisering av helse- og omsorgstjenester - nettopp da skal vårt svar være å levere fellesskapets tjenester av høy kvalitet og godt omfang - de skal være i pakt med folks behov, i tråd med kommunenes muligheter og forutsetninger.

560 Derfor skal vi løpende spørre oss om helsetjenesten er riktig organisert, om vi bruker ressursene på den beste måten, om vi prioriterer riktig, om virkemidlene våre - økonomiske og andre - trekker i riktig retning.

Og spørsmålet som da melder seg, er om det førstelinjeansvaret som jeg omtalte
565 - primærhelsetjenesten - fungerer så godt som vi ønsker.

For det første handler det om ansvaret for forebygging og folkehelse.

Det er her vi virkelig kan lykkes med tidlig innsats - og det er kommunene som
570 praktisk - og etter lov - har et løpende ansvar for god forebygging.

Vi har den langsiktige forebyggingen, den som skal sikre at barn blir sett og ivaretatt. Den som forebygger mobbing, gir gode matvaner og legger grunnlaget for et fysisk aktivt liv.

Vi har den litt mer kortsiktige forebyggingen som å forebygge fall hos eldre, gjennomgå livssituasjonen til eldre for at de skal kunne føle seg trygge hjemme, hjelpe mennesker med kroniske sykdommer til å mestre hverdagen, lage sosiale møteplasser for å motvirke ensomhet.

Og vi har den mer risikorettede forebyggingen. Den som har et våkent øye på innbyggere som kan stå i fare for å utvikle kols og diabetes.

Den som fanger opp de som er i ferd med å falle utenfor. De med lettere psykiske lidelser, de med lange perioder utenfor arbeidslivet, og de som er i ferd med å utvikle et rusproblem.

Skal vi lykkes i å gjøre lokalsamfunnet sterkt nok til å løse disse oppgavene, må vi spørre: Jobber barnevern, barnehagene og skolehelsetjenesten godt nok sammen? Spiller leger, sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og psykologer hverandre gode?

Fastlegene er nøkkelpersonell i kommunehelsetjenesten. Men er allmennlegene godt nok integrert i de samlede kommunale tjenestene - har de tett nok samspill med andre fagretninger som trengs for å gi mennesker med sammensatte behov sammensatte tilbud?

For det andre handler det om å gi innbyggere som trenger det gode helse- og omsorgstjenester. Da må jobbe annerledes enn i dag. Stortingsmeldingen Morgendagens Omsorg gir noen svar og noen retninger. Sentralt står samarbeid. Samarbeid mellom brukere og ansatte. Samarbeid mellom faggrupper. Samarbeid mellom ulike tjenester. Samarbeid med frivillige og pårørende.

Dette er et ledelsesansvar og det er et politisk ansvar å sikre at det finner sted et slikt samspill.

Både forebygging og gode helse- og omsorgstjenester handler om å satse på kompetanse.

Hva slags kompetanse trenger en kommune for å drive en forsvarlig helse- og omsorgstjeneste som er rustet for morgendagen?

615 Skal vi tenke langsiktig forebygging, vil jeg si dedikerte lærere, kompetent personell i barnehagene, gode barnevernpedagoger.

Skal vi tenke fremtidens eldreomsorg vil jeg si leger, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere og helsefagarbeidere.

620

Skal vi tenke kommunalt rusarbeid og psykisk helse, ville jeg svare psykologer, en styrket skolehelsetjeneste og andre med terapeutisk kompetanse.

Og for alle kategoriene - fastlegene - det er ikke uten grunn at vi kaller dem portvoktere i helse-Norge.

625

Men det trengs økt oppmerksomhet om behovet for kompetanse - fordi dette må planlegges - kompetanse kommer ikke av seg selv - vi må tenke langsiktig på rekruttering, kommunene gjør klokt i å utarbeide kompetanseplaner - noe å strekke seg etter.

630

Det er et politisk ansvar og et ledelsesansvar å stille disse spørsmålene. Stille dem i kommunene.

635 Men ikke bare der - og derfor vil jeg på sett og vis også utfordre meg selv.

Er staten og de statlige virkemidlene innrettet slik at de støtter en fremtidsrettet og dynamisk kommunehelsetjeneste - selve førstelinjeforsvaret?

640 Mange av ressursene til kommunene kommer som frie midler og kommunene står fritt til å bestemme hvordan pengene skal brukes best mulig. Det er klokt og riktig.

645 Kommunene står også rimelig fritt til å definere hvordan tjenesten skal organiseres, og hvilken kompetanse de trenger for å løse oppgavene. Også det er klokt, at det åpnes for lokale tilpasninger etter lokale behov.

Hvordan skal vi bruke øremerkede midler i morgendagens kommune?

Øremerkede midler har lange tradisjoner i Norge når det er områder vi ønsker å

løfte frem.

Opptrappingsplanen for psykisk helse er et godt eksempel. Men øremerkede midler er troløse i sin natur. Øremerkede midler forutsetter en videreføring av
655 det kommunale engasjementet etter endt periode. Hvor godt lykkes vi med det? Vi har mange eksempler, mange gode. Noen mindre gode. Disse må vi lære av.

I omsorgsmeldingen foreslår vi å utrede finansierings- og egenbetalingsordninger for ulike boformer. Målet er et rettferdig og forutsigbart
660 betalingssystem for brukerne, og å avklare ansvarsforhold mellom staten og kommunesektoren.

Men vi skal huske at pasienten, brukeren, innbyggeren; hun eller han er ikke opptatt av forvaltningsnivå, hun eller han skal, ideelt sett, ikke merke at man
665 passerer fra ett forvaltningsnivå til et annet i møte med viktige helsetilbud.

Uansett organisering så vil vi ha gråsoner. Hvordan jobber vi inn i gråsonene? Kanskje et av de viktigste spørsmålene om vi skal klare å samhandle om vår kjerneoppgave: Sette brukeren og pasienten i sentrum.

670

Derfor appellerer jeg til at vi sammen videreutvikler kommunene til å bli morgendagens helse- og omsorgskommune.

Mange kommuner samarbeider bra i dag. Interkommunale avtaler er det mange
675 av - og samhandlingsreformen har gjort at det har skutt fart.

Men når en liten kommune har opp mot 50 samarbeidsavtaler, risikerer vi da å bygge opp et administrativt overkommunenivå som beveger seg bort fra lokaldemokratiet?

680

Jeg tror at lokal kunnskap, lokal forankring og lokalt engasjement er en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Taler jeg da imot samarbeidsavtaler? Nei, men jeg spør hvordan vi skal sikre at det interkommunale samarbeidet har god, demokratisk styring og forankring.

685

Kompetanse, organisering, ledelse og politisk engasjement og forankring er for meg kjernebegrep i denne debatten.

690 Da trenger vi stadig bedre samspill mellom stat og kommune, både på finansieringssiden og på styringssiden.

Til denne debatten trenger vi bidrag fra fagfolk, kommuner, KS, brukere og organisasjoner. Til høsten inviterer jeg derfor til en konferanse med tittelen
695 Morgendagens helse- og omsorgskommune.

Her henvender vi oss først og fremst til rådmenn og ordførere. Så følger vi opp med fire samlinger til neste år. Mitt håp er at vi kan enes om virkelighetsforståelsen og utfordringene.

700

Kjære venner,

Jeg startet med å si meg enig med den forrige utenriksministeren - at helse er for viktig til å bli overlatt til helseministeren alene.

705

I Verdens helseorganisasjon hadde Gro Harlem Brundtland et veldig sterkt budskap alle steder til alle tider. Det var at helseministrene allerede visste - at det å overbevise dem om helses betydning for utvikling og kamp mot fattigdom, ikke var nok. Vi må overbevise statsministre, presidenter og finansministre om
710 at også de er helseministre. Det er først da det begynner å monne.

Og hvis vi overfører til det vi snakker om her i dag, så er det klart at samhandlingsreformen ikke bare har ført til at helsesjefen i kommunen er opptatt av helse, men også rådmannen, plansjefen og en rekke andre fagfolk ser
715 at de har noe med det - noe med helse!

Sånn må vi fortsette: Å lykkes med morgendagens helse- og omsorgstjenester forutsetter samarbeid på tvers av sektorer, etater, fagmiljøer, kommuner.

720 Å se ut over dere 1000 engasjerte deltakere gir grunn til optimisme.

Lykke til med årets helsekonferanse.

725 **Kilde**
www.regjeringen.no

Emner
Helse, Samhandlingsreformen, Åpningstale

URI

<https://www.virksommeord.no/tale/morgendagens-helse-og-omsorgstjenester-hvordan-lykkes-vi>

730

735

740

745

750

755

760

765