



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET



Du er her: [regjeringen.no](http://www.regjeringen.no) / [Helse- og omsorgsdepartementet](#) / [Aktuelt](#) / [Taler og artikler](#) / [Ministerens taler og artikler](#) / [Samhandlingsreformen – også for funksjonshemmede?](#)

Tale/artikkel, 12.02.2010

Samhandlingsreformen – også for funksjonshemmede? Innlegg på Sor-konferansen 8. februar

Takk for invitasjonen til å innlede på årets SOR-konferanse. Konferansen er et viktig møtested for fagfolk og andre som er engasjert i mennesker som har behov for rehabilitering og habilitering.

Dere har satt spørsmålsteget etter tittelen på min innledning: "Samhandlingsreformen – også for funksjonshemmede?" Svaret er selvfølgelig ja – hvis ikke reformen er for disse gruppene – hvem skulle den være for da?

Mange har kritisert stortingsmeldingen for at den er for lite konkret på rehabilitering og habilitering. På høringene om meldingen i helse- og omsorgskomiteen nylig, var det flere som mente at reformen ikke har noen grep som sikrer satsing på habilitering og rehabilitering. Jeg er glad for engasjementet og diskusjonen rundt dette, og jeg lytter til kritikken. Jeg vil på den ene siden besvare den med: "Enig – vi er ikke kommet langt nok".

Samtidig vil jeg imøtegå den bastante holdningen om at ingenting har skjedd. Det har skjedd mye, og jeg skal snart komme tilbake til det.

Når det er sagt – jeg er ikke fornøyd – vi har en stor jobb foran oss for å få til gode habiliteringstjenester.

Jeg ønsker samarbeid og dialog med dere om hvordan vi skal utforme tjenestene så barn og unge med funksjonshemninger skal kunne delta på linje med andre så langt det er mulig.

Samhandlingsreformen

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen ble lagt fram i juni 2009. Meldingen ble tatt godt i mot av brukere, organisasjoner og fagfolk både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten – om enn litt mer avventende der.

Jeg tror at meldingen satte ord på det mange er enige om: At vi har et fantastisk helsevesen der de aller fleste får svært god hjelp. Men likevel er det en del pasienter som opplever at de faller mellom flere stoler.

Det gjelder i aller høyeste grad mennesker med langvarig behov for sammensatte tjenester, som for eksempel mennesker med ulike funksjonshemninger. Dette er grupper som ofte ikke er i stand til å kjempe for rettighetene sine, og ofte har de ikke ressurssterke pårørende som taler deres sak.

Regjeringen har lagt fram samhandlingsreformen som en stortingsmelding nettopp for å få til varige endringer på utfordringene som heldigvis alle er enige i på tvers av politiske grenser.

Virkemidler og tiltak diskuteres i helse- og omsorgskomiteen i disse dager. Vi har god dialog med komiteen om dette.

Jeg vil nevne tre viktige grunner til at vi trenger samhandlingsreformen.

- Den første grunnen er at mange brukere opplever at deres behov for koordinerte tjenester ikke blir møtt. Kjeden av tjenester er stykkevis og delt og samhandlingen svikter i alle ledd – horisontalt og vertikalt.
- Vi legger for liten innsats i å begrense og forebygge sykdom så folk holder seg friske og slipper sykehusinnleggelse.
- Og det er et økonomisk argument: Utgiftene til helsetjenester går rett i taket. Samtidig blir vi ikke et friskere folk. Vi må stille spørsmål ved om helsekronene brukes riktig. Svært mye av ressursene går til å behandle folk som er blitt syke – det er bra og det skal vi fortsette med. Men samtidig må vi vri ressursbruken i retning av tiltak for å unngå at folk blir syke og for å begrense sykdom.

Innsatsen skal særlig settes inn på å forebygge og begrense sykdom. Målet er at befolkningen skal få bedre helse- og omsorgstjenester som er lettere tilgjengelig og godt koordinert.

Den viktigste suksessfaktoren for å lykkes med samhandlingsreformen, er at vi klarer å rekruttere fagfolk med kunnskap og kompetanse til kommunene.

Helsepersonell og annet personell som har med brukeren å gjøre – sosionomer, barnevernpedagoger og vernepleiere – må spille på lag og engasjere seg der folk lever og bor.

Nasjonal strategi for rehabilitering og habilitering

Mange her i salen kjenner Nasjonal strategi for rehabilitering og habilitering 2008-2011. Den ble laget fordi feltet ikke hadde den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de politiske målene skulle tilsi.

Målene var tydelige:

- Å få tilstrekkelig med ressurser
- At brukerrollen skulle styrkes
- At individuell plan skulle løftes fram og bli et godt redskap for brukerne.
- Kommunal, statlig og privat tjenesteyting skulle ses i sammenheng.

Vi er halvveis i perioden. Etter halvgått løp går det i positiv retning både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Planer og enheter er på plass ved de fleste helseforetak. Og vi har aldri før brukt mer på rehabilitering og habilitering enn vi gjør i dag.

Handlingsplan for habilitering av barn og unge 2008-2011 er et viktig dokument. Det springer ut av den nasjonale strategien. Planen skal være et hjelpemiddel for kommunene i arbeidet med å styrke innsatsen for barn og unge med nedsatt funksjonsevne.

- Planen er tydelig på forventninger til kommuner og helseforetak.
- Og den konkretiserer hva som ligger i forskrift om habilitering og rehabilitering og Individuell plan – så det blir enklere å omsette i praksis.

Habilitering = samhandling

Min påstand er at habilitering og rehabilitering er samhandling: Jeg setter et likhetstegn mellom disse begrepene, fordi jeg mener at vi umulig kan lykkes med god habilitering hvis vi ikke lykkes med samhandlingsreformen – altså sammenhengende pasientforløp uten brudd og svikt i overgangene og at hjelpen skal gis nærmest mulig der pasienten bor.

Målgruppene for rehabilitering og habilitering er de samme som for samhandlingsreformen: Det blir flere syke eldre og flere mennesker lever lengre med kronisk sykdom. Vi kan redde flere mennesker etter ulykker og skader, og det er flere med medfødte funksjonshemninger som overlever.

Dette er et kvalitetsstempel på velferdssamfunnet vårt, men det krever også at vi gjør det som er mulig for at alle kan delta i samfunnet på lik linje.

Når brukergruppene er så vidt forskjellige, så sier det seg selv at målet for habilitering og rehabilitering må favne vidt:

- Det kan være langvarig rehabilitering etter en trafikkulykke
- Et barn som er født med funksjonshemming skal kunne leve et best mulig liv og delta i samfunnet.
- Det kan være å leve et godt liv med diabetes
- Eller å mestre livet med psykisk sykdom
- Eller å komme seg ut av et rushelvete

Ingen av brukerne i disse eksemplene har like behov. Habilitering og rehabilitering er altså ikke én tjeneste eller én handling. Det er en prosess som foregår over kortere eller lengre tid. En prosess som krever samarbeid mellom mange instanser og personer for å nå målet.

Habilitering og rehabilitering skal ikke være særtjenester i helse- og omsorgstjenesten. Tilnærmingen må handle om hva vi kan gjøre for at det skal bli enklere å planlegge og gjennomføre gode pasientforløp uten brudd - i alle deler av helsetjenesten.

De fem hovedgrepene i reformen er:

- En klarere pasientrolle der organisasjonene skal være med å påvirke hvordan vi skal få mer helhetlige pasientforløp.
- En ny kommunerolle med vekt på forebygging, tidlig innsats, lavterskeltilbud og tverrfaglige tiltak
- Et endret finansieringssystem der kommunal medfinansiering når pasienter legges inn i sykehus, er et viktig element
- Spesialisthelsetjenesten skal bli enda bedre på det de kan best: Å bruke sin spesialiserte kompetanse
- Vi skal legge til rette for tydeligere prioriteringer

I tillegg er det helt avgjørende at vi får på plass gode IKT-systemer i alle deler av helse- og omsorgstjenesten og at vi øker innsatsen på forskning og utviklingsarbeid i primærhelsetjenesten.

En ny kommunerolle

Samhandlingsreformen er i stor grad en kommunehelsereform. Ambisjonene i samhandlingsreformen er mer forebygging og tidlig innsats for å hindre at sykdommen blir verre. Kommunene må rustes opp og de må motiveres til å fremme god helse og mestring, hindre sykdomsutvikling og begrense sykehusinnleggelse.

Kommunene skal ha ansvar for:

- Å sørge for primærhelsetjenester til alle i kommunen
- Å bidra i finansiering av sykehusopphold for innbyggerne
- Å ha en strategisk rolle i planlegging på lang sikt, ikke minst en viktig rolle i å rekruttere og beholde fagfolk i kommunen. Dette er en av de største utfordringene vi har, noe som er verdt et lengre innlegg i seg selv.
- Kommunene må lage planer for forebyggende helsetjenester. I år har Stortinget bevilget 230 millioner kroner til forebyggende helsearbeid. Det blir ikke så store summer på hver kommune, men målet er at kommunene skal komme i gang og sette forebygging på dagsorden.
- Det er mye som tyder på at mange pasienter som legges inn i sykehus, kunne fått bedre oppfølging i hjemkommunen. Derfor skal kommunene legge vekt på tiltak som kan dempe presset sykehusene.
- Og kommunene må inngå forpliktende avtaler om samarbeid med hverandre og med helseforetakene.

Habilitering og rehabilitering i hele eller deler av livet, krever kompetente fagfolk på mange områder, og at fagfolkene legger vekt på tverrfaglig samarbeid.

Når vi snakker om habilitering så gjelder det ofte barn som er født funksjonshemning eller som blir syke eller skadet tidlig i livet. Det betyr at vi må tenke livsløp og livsfaser.

Det er selvsagt viktig at helse- og omsorgstjenestene henger sammen uten svikt og brudd, men for disse brukerne er det ofte overgangene mellom ulike livsfaser som stiller størst krav til koordinering.

Det kan være fra barnehage til skole, fra skole til arbeid og til voksenlivet – og senere overgangen til pensjonistlivet. Mange må forholde seg til nye hjelpere hele livet, og nye hjelpere må forholde seg til hverandre.

Det er lett å overse alle utfordringene som kan oppstå. Det er lett å falle inn i rutiner og glemme at behovene endrer seg fra den ene fasen i livet til den andre.

Kommunene må ha et tilbud til disse brukerne - et tilbud som er tilpasset livsfasen de er i og endringene som kommer underveis. Det vil si fra de kommer fra sykehus og skal mestre livet i kommunen – tilbake til spesialist når det er behov for det, og hjem igjen med behov for andre typer tjenester.

- Tilbud før, istedenfor og etter et sykehusopphold. Det kan være døgnplasser for observasjon, etterbehandling, rehabilitering og habilitering og for lindrende behandling.
- Tverrfaglige team, herunder ambulante team for personer som har sykdommer som forverrer seg hvis pasienten ikke lærer å mestre et liv som kronisk syk.
- Lærings- og mestringstilbud med veiledning og undervisning.
- Helsetjenesten er viktig, men ofte må løsninger søkes utenfor helsetjenesten - i NAV, pp-tjeneste, skole, barnehage osv.
- Kommunene skal dekke samfunnsmedisinske oppgaver - det er store udekkede behov i sykehjem, helsestasjon, fengsler, asylmottak og tiltak for rusmiddelavhengige og psykisk syke for å nevne noe.

Brukernes rolle – koordinering

Reformen understreker at brukernes rolle skal styrkes. Mennesker som trenger hjelp fra mange instanser i store deler av livet, har unik erfaring og kunnskap om hvordan de ønsker at hjelpen skal være. De og deres pårørende er eksperter på egen livssituasjon og vet inderlig godt hvor skoen trykker.

Vi holder på med en juridisk ryddesjau, blant annet en ny helse- og omsorgslov som skal tydeliggjøre kommunens ansvar i et helhetlig helsevesen. Pasientenes rettigheter skal fortsatt hjemles i pasientrettighetsloven.

Jeg tror at en del brukere befinner seg i sentrum når tiltak skal planlegges, men dessverre er nok virkeligheten at flere opplever seg som tilskuere til sin egen habiliteringsprosess.

Slik skal det ikke være. I samhandlingsreformen har vi foreslått at pasienter og brukerorganisasjoner skal være med i arbeidet med å få på plass gode pasientforløp.

Under arbeidet med samhandlingsreformen ble det avholdt et tresifret antall dialogmøter med representanter for brukere og fagorganisasjoner.

- Det ble opprettet 13 arbeidsgrupper som skulle sette søkelys på hva som svikter i dag og hva som skal til for å få gode pasientforløp.
- Fire av 13 grupper omhandlet mennesker med funksjonshemninger med stort behov for habilitering og rehabilitering.

- Gruppene leverte korte rapporter som virkelig er verdt å lese. Dere finner dem på departementets hjemmesider.

Jeg vil takke for alle de verdifulle innspillene som kom inn, og som Helsedirektoratet bruker i sitt arbeid.

Et fellestrekk som går igjen i rapportene fra arbeidsgruppene, er at koordineringsfunksjonen svikter og at opplegget med individuell plan ikke fungerer til tross for tydelig regelverk og de aller beste intensjoner.

Her er vi ved et kjernepunkt. Forutsetningen for god habilitering er at tjenestene "snakker sammen" både fysisk og elektronisk så kommunen kan planlegge oppfølgingen når pasienten er ferdig i spesialisthelsetjenesten.

Alle kommuner og regionale helseforetak skal ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Og det er faktisk på plass over alt, viser kartlegginger og tilsynsrapporter. Men det er et stort men: Enhetene fungerer svært forskjellig – fra veldig bra til ganske dårlig.

Jeg mener at vi har mye å hente på å la de gode eksemplene vise veien for de kommunene som ikke er så gode. Helsedirektoratet gjør en flott jobb med dette – blant annet har de nylig kommet med rapporten "Takk for hjelpen" der det er mange gode eksempler på hvordan det kan gjøres. Mangfoldet er stort og det finnes ingen fasit for hvordan koordineringsenheten skal være.

- I *Grorud bydel* i Oslo har de et flott opplegg for å lære opp koordinatorene og veilede dem.
- I *Bærum* samarbeider enheten tett med skoler, sosial- og barneverntjeneste – de jobber i kulissene og trekker i tråder.
- På *Voss* har de et tverrfaglig team på ti personer som samarbeider om å finne koordinatorene til de som trenger det – og de har fullmakt til å pålegge koordinatorsansvar hvis annet ikke fører fram.
- I *Steinkjer* har de ingen ansatt for å ha koordinerende enhet men har ansvaret spredd i helseorganisasjonen. På den måten kan de fordele presset og få til bedre spredning. Og det fungerer.
- I *Luster kommune* har de tatt tak i individuell plan og de har laget et system for hvordan planen skal lages – alt er lagt ut på kommunens nettsted. Det er flott!

Individuell plan

Individuell plan er en kjempegod idé, og de fleste kommuner og helseforetak har de beste ønsker og intensjoner om å få det til. Men individuell plan fungerte ikke så bra de første årene, selv om lovverket var på plass og forskriften trådte i kraft i juli 2001.

Det skortet på kunnskap og motivasjon til å få det til i praksis. Men etter hvert vet vi at flere og flere får det til, og det er svært mye å hente av andres gode erfaringer.

Jeg synes det er gledelig at det langsiktige arbeidet begynner å bære frukter. Dette er mye takket være Helsedirektoratets veileder om individuell plan, og slagordet "Gjør det så enkelt som mulig!". Av og til kan jo det beste bli det godes fiende. Å starte et sted er ofte en god begynnelse.

Jeg mener at vi skal legge ytterligere innsats i å få koordinerende enhet og individuell plan til å fungere – slik at det blir brukerens egen plan for sitt eget liv.

Det handler om å spre de gode ideene og veilede de strever med å finne en form på dette. Jeg er glad for at vi er på vei til å lykkes, og for at Helsedirektoratet holder i trådene på en utmerket måte.

Fastlegene

Vi trenger et bredt utvalg av helsepersonell i kommunene for at brukere med behov for sammensatte tjenester skal få et godt tilbud. Det viktigste i framtidens kommunehelsetjeneste er at personellet må være motivert for å jobbe i team rundt pasienten og legge vekt på å få det til.

Flere av forløpsgruppene fra arbeidet med samhandlingsreformen, fremhevet at fastlegen ofte har liten kunnskap om funksjonshemninger og at han sjelden deltar i koordineringsarbeidet.

Det påpekte at det var et savn ikke å ha med den medisinske kompetansen. Alle gruppene understreker at fastlegenes rolle må styrkes så de har tid til å bidra på tvers av faggrenser.

Jeg mener at fastlegene fortsatt skal ha en sentral rolle i kommunehelsetjenesten. Jeg er glad for at ingen har sagt seg uenig i det.

Vi trenger flere leger i kommunene, men de må legge mer tyngde i å få til samarbeid med andre yrkesgrupper enn det som er praksis mange steder i dag. Det er helt nødvendig for å få til god forebygging, behandling og rehabilitering.

Derfor ser vi på hvordan fastlegene kan fylle en mer sentral rolle i det tverrfaglige teamet. Vi ser på hvilke oppgaver det er naturlig at fastlegene har i kommunen og vi skal se på avtaleverket.

Spesialisthelsetjenestens rolle

Vi må utvikle spesialisthelsetjenestens rolle, slik at sykehusene i større grad enn i dag kan bruke sin spesialiserte kompetanse og samtidig støtte kommunene.

Kommunene skal overta ansvaret for en del oppgaver som spesialisthelsetjenesten har ansvar for i dag, for å få en riktigere oppgavefordeling. Vi må avklare hvem som skal gjøre hva.

Spesialisthelsetjenesten må utvikle nye typer tilbud som bidrar til at kommunene kan gjøre sin del av jobben og det må utvikles pasientforløp som kvalitetssikres gjennom avtaler mellom kommunene og sykehusene.

Økonomiske insentiver er nødvendig

I Stortingsmeldingen har regjeringen foreslått at kommunene skal bidra til å finansiere sykehusopphold for innbyggerne sine.

Kommunal medfinansiering innebærer at kommunene får overført deler av tilskuddene som i dag går direkte fra staten til de regionale helseforetakene.

Altså et insentiv til å tenke nytt om hvordan de kan utvikle alternative tilbud i kommunen og samarbeide med helseforetakene.

Meldingen ligger i Stortinget, og når innstillingen avleveres i mars, blir det klart hva helse- og omsorgskomiteen går inn for.

Det er svært mange utskrivingsklare pasienter som tar opp senger i sykehusene. Det er ikke bra – verken for dem eller for samfunnet.

En viktig grunn til at disse pasientene ikke kommer seg videre, er at det ikke er noe tilbud i kommunen som passer for dem.

Fra 2012 skal kommunene ha ansvar for pasienter som er utskrivingsklare fra første dag.

Ressurser som i dag brukes på sykehus, skal overføres til kommunene.

Samarbeid på langs og tvers

Det er et stort løft for den enkelte kommune å etablere tilbud for pasienter som er ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten, men som er for syke til å klare seg helt selv. Men når flere kommuner samarbeider, er det mulig å få til.

Kommunene må tenke nytt om hvordan de kan organisere seg for å få gode tilbud til pasientene. De må inngå avtaler med hverandre og med helseforetakene de vil samarbeide med.

Det kan være avtaler om:

- Interkommunalt samarbeid
- Samkommuner
- Vertskommune samarbeid

For noen uker siden besøkte jeg sykehuset Telemark i Skien og hadde gleden av å åpne en enhet for sterkt funksjonshemmede barn - SAMBA (sammen for barna).

SAMBA er et samarbeid mellom Porsgrunn og Skien kommuner, der Skien er vertskommune. Siden enheten ligger på sykehusets område er det tett faglig samarbeid mellom SAMBA og de spesialiserte tjenestene ved sykehuset.

Filosofien er enkel og verdt å kopiere. Det er mer rasjonelt for kommunene å samarbeide om et ressurskrevende tilbud til en liten målgruppe, enn om de skulle drive det hver for seg.

IKT skal på plass

Selve nøkkelen til å lykkes med gode helsetjenester – også habilitering – er at vi får på plass IKT og ehelse over alt i helse- og omsorgstjenesten.

Da jeg begynte som helse- og omsorgsminister i fjor høst, ble jeg slått av hvor dårlig stelt det er med IKT i helsetjenesten. Jeg nøler ikke med å si at vi befinner oss på et nivå som vi ikke kan være bekjent av i 2010.

Vi har ikke den fjerneste mulighet for å lykkes med samhandling og systematisk kvalitetsarbeid hvis den elektroniske infrastrukturen mangler. Her tar vi et skikkelig tak nå.

Jeg er glad for å kunne si at vi er godt i gang. Norsk Helsenett ble etablert i fjor og skal sørge for å få fart i arbeidet med IKT-infrastruktur.

De viktigste vi arbeider med nå er:

- Helsenett og gode tjenester i nettet,
- Tjenester som gjør kontakten med helsetjenesten enklere for brukerne: Timebestilling, konsultasjon/telemedisin, tilgang til egen journal, fastlegebytte, fritt sykehusvalg
- Nasjonal kjernejournal. Et eksempel kan være legevaktleger som skal behandle pasienter de ikke kjenner eller som hun ikke kan kommunisere med.

Helseregistre

Helseregistre er nødvendig for å gi oss den kunnskapen vi trenger for å forbedre tjenestene. Vi vet for eksempel ikke hvor mange som får diabetes og hjerteinfarkt hvert år og vi vet ikke nok om årsakene. Vi vet heller ikke nok om hvilke behandlinger som virker best og hvilke sykehus som lykkes best. Og vi har lite data om primærhelsetjenesten.

Heldigvis har vi mange gode sentrale helseregistre, men det er store utfordringer knyttet til disse, blant annet når det gjelder kvalitet og aktualitet. Jeg mener det er fullt mulig å ivareta personvernet i de sentrale registrene. Risikoen for at taushetsbelagte opplysninger kommer på avveie, er svært liten.

I arbeidet med IPLOS har personvernensynet vist seg å være svært viktig. Jeg vil understreke at vi vil lytte til brukerorganisasjonene i videre utforming av systemet.

Om kort tid skal vi sende på høring forskrift om informasjonssikkerhet for tilgang til helseopplysninger i pasientjournaler.

Regjeringen har foreslått å etablere et nasjonalt register over hjerte- og karlidelser. Det krever endringer i helseregisterloven, og dette forslaget er nå til behandling i Stortinget.

Vi har også på høring et forslag til strategi og handlingsplan for nasjonale helseregistre.

Målet er at vi om ti år skal ha oppdatert og sikker kunnskap om kvalitet på behandling av sykdommer som har stor utbredelse i befolkningen og om helsetilstanden i befolkningen.

Pasientsikkerhet

I Norge skal vi være sikre på at de får trygg helsehjelp dersom vi blir syke. Men dessverre skjer det ofte uønskede hendelser i pasientenes møte med helsetjenesten.

Jeg skal nevne tre eksempler:

- Tre av fire sykehjemsbeboere risikerer å bli feilmedisinert på grunn av dårlig journalføring og dårlige rutiner. Det kom fram da Helsetilsynet hadde tilsyn med medisineringen i sykehjem over hele landet.
- Hver tiende innleggelse i indremedisinske avdelinger skyldes feilmedisinering ofte på grunn av mangler eller feil i opplysninger om pasienten. For mange syke eldre, kan selv små avvik i medisineringen være forskjellen mellom liv og død.
- Ved hvert tiende sykehusopphold skjer det uønskede hendelser som verken burde eller skulle skje. Dette kan føre til unødig lidelse.

Dette er noen eksempler på alvorlig systemsvikt – som forekommer både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Slik skal vi ikke ha det i en moderne helsetjeneste. Antall uønskede hendelser i helsetjenesten skal ned. Og det vil jeg prioritere høyt.

Vi skal gjennomføre en pasientsikkerhetskampanje høsten 2010 eller i begynnelsen av 2011. Vi er ikke ute etter å finne syndebukker blant de ansatte. Kampanjen skal ha oppmerksomhet på systemet.

Vi må skape en kultur for åpenhet. Det skal være trygt å melde fra om feil slik at vi kan lære av uønskede hendelser så det ikke skjer igjen.

Vi skal lykkes med samhandlingsreformen

Jeg vil tilbake til spørsmålet i tittelen: Samhandlingsreformen – også for funksjonshemmede?

Jeg håper at jeg har overbevist dere om at svaret er ja. Men vi har som sagt en stor jobb foran oss med å få til gode og sammenhengende tjenester for de som trenger det mest. Og vi trenger tett dialog med dere som kjenner brukerne og tjenesten i det daglige.

Meldingen ligger nå i Stortinget og den skal behandles 27. april.

En god reform krever både juridiske, organisatoriske og finansieringsmessige endringer i helsesystemet vi har i dag. Og det krever at den elektroniske motorveien gjennom helse-Norge er på plass.

Noen milepæler:

- 2009: Helsenett SF er på plass og under utvikling.
- 2010: Stortinget behandler meldingen 27. april.

- 2010: Vi er i gang med å skrive Nasjonal helse- og omsorgsplan som en stortingsmelding. Den følger opp Nasjonal helseplan som går ut i 2011.
- 2010: Ny helse og omsorgslov er under arbeid. Den skal sendes på høring i 2010. Nytt lovverk skal tydeliggjøre kommunens ansvar og nye rolle i et helhetlig helsevesen.
- Det skal gjøres juridisk rydding. Kommunens "sørge for-ansvar" skal presiseres i den nye loven, mens pasientenes rettigheter blir beskrevet i pasientrettighetsloven
- 2011: Ny finansieringsmodell skal etter planen legges fram i 2011
- 2012: Reformen trer i kraft.

Lykke til med to spennende konferansedager.