

Utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet

Kartlegging av status på hjernehelseområdet

oslo**economics**

Tittel: Kartlegging av status på hjernehelseområdet

Utarbeidet av: Oslo Economics

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Publisert: August 2024

Rapportnummer: 2024-70

Kontaktperson: Erik Magnus Sæther / Partner

E-post: ems@osloeconomics.no

Tel: +47 940 58 192

Innhold

Sammendrag	4
1. Bakgrunn og mandat	6
1.1 Mandat	6
1.2 Metode	6
2. Hjernehelse og nasjonal hjernehelsestrategi	7
2.1 Hva er hjernehelse?	7
2.2 Nasjonal hjernehelsestrategi	9
2.3 Internasjonalt arbeid med hjernehelse	9
3. Status for hovedmål 1	10
3.1 Kunnskap i befolkningen	10
3.2 Synliggjøre sunne helsevalg	11
3.3 Utvikle tilbud i kommunene	12
3.4 Helsefremmende og forebyggende innsats	12
3.5 Samlet vurdering	13
4. Status for hovedmål 2	14
4.1 Utvikle samvalgsverktøy for pasienter med hjernesykdommer	14
4.2 Involvere pasienter i utarbeidelsen av strategier for mestring og informasjon	14
4.3 Utvikle brede faglige nettverk	15
4.4 Tilpasse tilbudene til den enkelte pasient	15
4.5 God oppfølging av pårørende	15
4.6 Samlet vurdering	16
5. Status for hovedmål 3	17
5.1 Koordinerte og tverrfaglige tjenester	17
5.2 Habilitering og rehabilitering i egen kommune	19
5.3 Ambulante tjenester fra sykehus skal støtte kommunale tilbud	19
5.4 Nasjonal behandlingslinje for barn med ervervet hjerneskade	20
5.5 Individuell plan og koordinator	20
5.6 Oppfølging av tiltak fra Demensplan 2020	22
5.7 Overføring av tiltak fra Demensplan	22
5.8 Vurdere felles forløp for pasientgrupper med liknende utfordringer og behov	23
5.9 Utvikle tilbudet om behandling til barn med hjerneskade	23
5.10 Opprettholde behandling i utlandet for barn og unge med hjerneskade	23
5.11 Øke bruken av læringsnettverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	24
5.12 Samlet vurdering	24
6. Status for hovedmål 4	26
6.1 Midler til forskning	26

6.2 Brukermedvirkning i arbeid med kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon	26
6.3 Utvikle løsninger i samarbeid mellom helse- og omsorgstjenester og næringslivet	27
6.4 Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer	28
6.5 Sikre at nyutdannedes kompetanse samsvarer med behovene i tjenesten	29
6.6 Samarbeide om utveksling av e-læringsopplegg og simuleringserfaring	30
6.7 Samlet vurdering	30
7. Vurderinger og anbefalinger til en oppdatert strategi fra 2025	31
Vedlegg A Mål og delmål i hjernehelsestrategien 2018-2024	34
8. Referanser	35

Sammendrag

Om lag en av tre nordmenn rammes av en hjernesykdom i løpet av livet, og sykdommen kan være en stor belastning både for den enkelte, pårørende og helsetjenestene. Nasjonal hjernehelsetrategi for 2018-2024 ble lansert i desember 2017, og strategien skal bidra til å fremme god hjernehelset. Strategien har 4 hovedmål og 29 delmål. I forbindelse med utløp av strategiperioden i 2024 har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide et utkast til en oppdatert hjernehelsetrategi. Helse- og omsorgsdepartementet skal utarbeide den endelige versjonen av strategien og lansere denne i 2025.

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Oslo Economics våren 2024 gjennomført en kartlegging av status på hjernehelsetområdet. Kartleggingen tar utgangspunkt i målene i hjernehelsetstrategien og skal inngå som del av kunnskapsgrunnlaget for en oppdatert hjernehelsetstrategi.

Hovedmål 1 i hjernehelsetstrategien er «God hjernehelset hele livet – forebygging og livskvalitet», og det er fire delmål under hovedmålet. Aktivitetene som faller inn under målet skal bidra til å opplyse befolkningen om hva hjernehelset er, hvordan man kan oppnå god hjernehelset og hvordan man kan forebygge hjernesykdommer. I løpet av strategiperioden har det blitt gjennomført flere tiltak og aktiviteter med relevans for hovedmål 1. Noen av disse er direkte knyttet til hjernehelsetstrategien, mens andre ville blitt gjennomført uavhengig av strategien. Helsedirektoratet har blant annet iverksatt informasjonstiltak som kan bidra til måloppnåelse på området. Det har i mindre grad blitt gjennomført arbeid knyttet til målene om frisklvs-, lærings- og mestringstilbud, eller til helsefremmende og forebyggende innsats.

Hovedmål 2 er «Et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud og bedre ivaretagelse av pårørende», og det er fem delmål under hovedmålet. Aktivitetene som er relevante for målene på området er aktiviteter som bidrar til å forbedre tjenestetilbudet for personer med hjernesykdommer, blant annet gjennom involvering av pasientene og etablering av faglige nettverk. Det har i noen grad blitt gjennomført arbeid i strategiperioden som har relevans for hovedmål 2. Etableringen av EpilepsiNett er aktiviteten som virker å være nærmest knyttet til hjernehelsetstrategien, mens de øvrige aktivitetene i begrenset grad er direkte knyttet til strategien. I intervjuene har det blitt påpekt at enkelte av målene under hovedmål 2 er svært åpne, og at det gjør det uklart hvem som har ansvar for målet og hvilke aktiviteter som er relevante.

Hovedmål 3 er «Gode forløp – fra symptom til diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering». Aktivitetene som er relevante for målene på området er aktiviteter som bidrar til bedre koordinerte tjenester, flere tverrfaglige og teambaserte tjenester, oppfølging av Demensplan 2020, å utvikle tilbudet til barn og unge med hjerneskade, samt å legge til rette for kompetanseheving blant ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hovedmål 3 har 14 tilhørende delmål, og det er derfor et bredt spekter av tiltak og aktiviteter som kan bidra til måloppnåelse på området. Det har blant annet blitt gjennomført flere prosjekter som er relevante for målet om å sikre koordinerte, tverrfaglige og teambaserte tjenester tilpasset den enkelte person, men det virker ikke å ha skjedd en systematisk og varig endring mot slike tjenester i løpet av strategiperioden. Helsedirektoratet og andre aktører har jobbet aktivt for å følge opp tiltak for personer med demens, og flere helseforetak har implementert en behandlingslinje for barn med hjerneskade. Arbeidet med læringsnettverk for helsepersonell virker også å ha blitt gjennomført som planlagt.

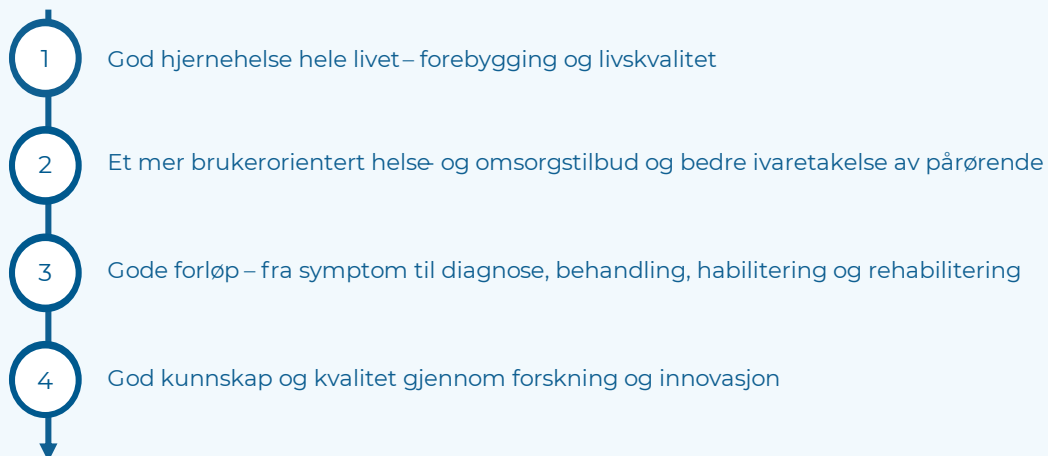
Hovedmål 4 er «God kunnskap og kvalitet gjennom forskning og innovasjon», og det er seks delmål under målet. Aktivitetene som faller inn under målet skal bidra til å sikre kunnskap om hjernesykdommer, hvordan man kan leve med sykdommene og om diagnose, behandling og rehabilitering. I tillegg er det et mål at helsepersonellens kompetanse skal oppdateres i takt med utviklingen som skjer i helse- og omsorgstjenesten. Hjernehelsetstrategien har bidratt til måloppnåelse for flere av delmålene under hovedmål 4. Etableringen av forsknings-senteret Neuro-SysMed har blitt trukket frem som viktig for forskningen på hjernesykdommer. Mye av aktiviteten som har foregått knyttet til brukermedvirkning i arbeid med kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon ville trolig ha foregått uavhengig av hjernehelsetstrategien. Et viktig unntak er arbeidet med brukermedvirkning ved forskningssenteret Neuro-SysMed og EpilepsiNett, som ble etablert som et resultat av strategien.

Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2024 fra Helse- og omsorgsdepartementet fått i oppdrag å levere utkast til en oppdatert hjernehelsetrategi. Helse- og omsorgsdepartementet skal utarbeide den endelige versjonen av strategien og lansere denne i 2025. Kartleggingen viser at dagens strategi oppleves å dekke mange sentrale tiltak for hjernehelset. Basert på innspill fra informantene og egne vurderinger, gir vi følgende innspill til det videre arbeidet med å oppdatere hjernehelsetrategien:

- Oppdateringen av strategien bør ta utgangspunkt i erfaringene fra første strategiperiode, fra lignende strategiarbeid i andre land og fra andre sykdomsområder.
- Målene i hjernehelsetrategien bør være spesifikke for hjernehelsetområdet.
- Den oppdaterte strategien bør ha færre delmål, og delmål som i større grad er målbare, enten kvalitativt eller kvantitativt.
- Det bør være tydelig hvilke aktører som er ansvarlige for å følge opp tiltak knyttet til de enkelte målene.

For nasjonale strategier, slik som hjernehelsetrategien, er det en fordel om man som del av arbeidet med strategien har vurdert hvilke virkemidler som skal benyttes i oppfølgingen av strategien. I den oppdaterte strategien kan det være relevant å tydeligere definere ansvarsforhold og frister, samt virkemiddelbruk knyttet til for eksempel kunnskap, finansiering og organisering. Det er også viktig at strategien forankres i relevante miljøer som representerer bredden på hjernehelsetområdet.

Figur 1-1: Hovedmålene i hjernehelsetrategien (2018-2024)



1. Bakgrunn og mandat

Helse- og omsorgsdepartementet lanserte i 2017 en nasjonal hjernehelsestrategi (2018-2024). Strategien gir retning for forebyggende tiltak, brukermedvirkning, helse- og omsorgstjenester og forskning. På oppdrag fra Helsedirektoratet har Oslo Economics gjennomført en kartlegging av status på hjernehelseområdet i 2024. Kartleggingen skal inngå i kunnskapsgrunnlaget i arbeidet med å lage en oppdatert hjernehelsestrategi fra 2025.

1.1 Mandat

Nasjonal hjernehelsestrategi 2018-2024 ble lansert av Helse- og omsorgsdepartementet i 2017. Strategien er den første av sitt slag i verden og skal gi en helhetlig retning for helse- og omsorgstjenesten og forskning. Strategien skal bidra til å øke bevissthet om temaet hjernehelse, slik at befolkningen kan ivareta egen hjernehelse og forebygge hjernesykdommer. Strategien har 4 hovedmål og 29 delmål, der hovedmålene i strategien er:

1. God hjernehelse hele livet – forebygging og livskvalitet
2. Et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud og bedre ivaretagelse av pårørende
3. Gode forløp – fra symptom til diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering
4. God kunnskap og kvalitet gjennom forskning og innovasjon

Helsedirektoratet fikk i 2018 i oppdrag å følge opp arbeidet med strategien. I forbindelse med utløp av strategiperioden i 2024 har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide et utkast til en oppdatert hjernehelsestrategi. Helse- og omsorgsdepartementet er ansvarlig for utarbeidelse av den endelige strategien som skal legges fram i 2025 (regjeringen.no, 2023).

Oslo Economics har, på vegne av Helsedirektoratet, kartlagt status på hjernehelseområdet. Kartleggingen tar utgangspunkt i målene i hjernehelsestrategien. Funn fra arbeidet skal inngå som en del av kunnskapsgrunnlaget til den oppdaterte hjernehelsestrategien.

1.2 Metode

1.2.1 Dokumentgjennomgang

Som del av informasjonsinnhenting har vi gjennomgått tidligere rapporter, tilgrensende strategier og planer, hjernehelsestrategier fra andre land, nyhetsartikler, presentasjoner og lignende som beskriver arbeid med relevans for hjernehelsestrategien.

1.2.2 Intervjuer

Vi har gjennomført intervjuer med 38 informanter som har erfaring med eller ansvar for arbeid som er relevant for hjernehelsestrategien. Vi har intervjuet 14 representanter fra Helsedirektoratet, en fra Hjerneverket, fire fra kommune- og spesialisthelsetjenesten og 19 fra interesseorganisasjoner.

I forkant av intervjuene utarbeidet vi temalister som ble delt med informantene. Disse bestod av spørsmål om:

- Tiltak knyttet til målene i hjernehelsestrategien
- Effekt og måloppnåelse for målene i hjernehelsestrategien
- Forslag til nye eller endrede mål i en oppdatert hjernehelsestrategi
- Andre tiltak og effekter av hjernehelsestrategien

Vi ønsker å takke alle informantene som har tatt seg tid til å dele sine erfaringer med og kunnskap om arbeid med hjernehelse og tilgrensende områder.

1.2.3 Workshop

I løpet av prosjektet har vi gjennomført en workshop med partnerskapet for hjernehelsestrategien og hatt en innspillsrunde med prosjektgruppen i Helsedirektoratet, arbeidsgruppen og partnerskapet. Arbeidsgruppen er satt sammen av representanter i Helsedirektoratet arbeid som er tilgrensende eller sammenfallende med hjernehelse, og er satt sammen til utarbeidelse til oppdatert hjernehelsestrategi.

1.2.4 Statistikk

Vi har innhentet offentlig tilgjengelig statistikk som er egnet til å belyse status på hjernehelseområdet. Dette inkluderer statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) om forebygging og helsefremmende arbeid, statistikk fra Folkehelseinstituttet (FHI) om sykdomsbyrde, og statistikk fra Helsedirektoratet knyttet til spesialisthelsetjenesten og om kommunenes tilbud til personer med demens.

2. Hjerneehelse og nasjonal hjerneehelsestrategi

Hjernesykdommer utgjør en betydelig del av det norske sykdomsbildet. Det rammer mange og kan gi alvorlige utslag.

Viktigheten av hjerneehelse har fått økt oppmerksomhet både internasjonalt og i Norge. På nasjonalt nivå gir hjerneehelsestrategien føringer for hvordan vi kan fremme god hjerneehelse og forhindre hjernesykdommer.

2.1 Hva er hjerneehelse?

2.1.1 Hjerneehelse

Hjerneehelse brukes som et overordnet begrep som omfatter alt fra tiltak for å bevare og utvikle en frisk hjerne, til hjernesykdom og -skader (Helsedirektoratet, 2024a).

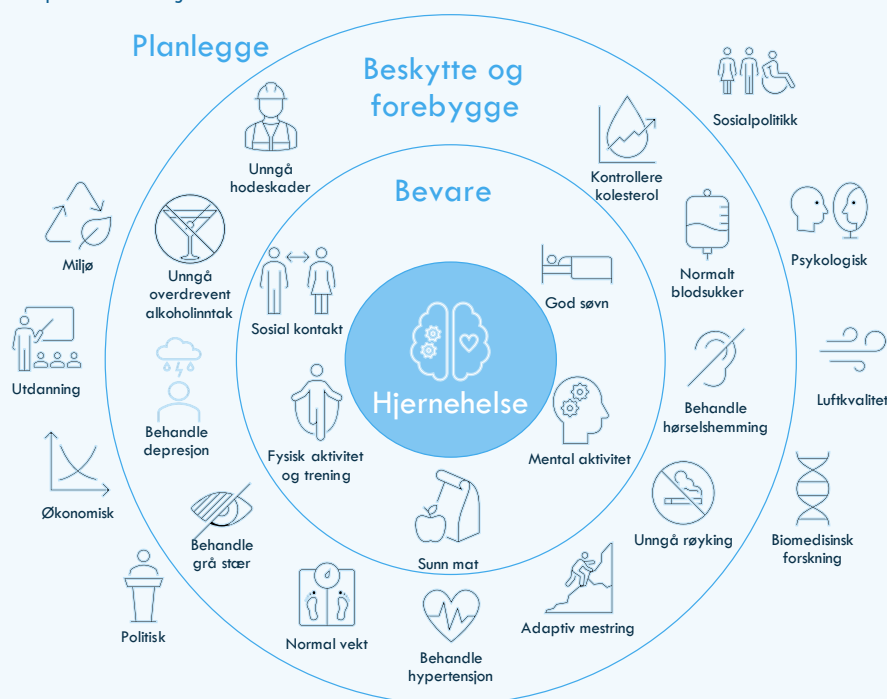
Hjerneehelse er tilstanden til hjernens funksjon på tvers av kognitive, sensoriske, sosial-emosjonelle, atferdsmessige og motoriske områder. Med god hjerneehelse, menes at en person kan oppnå sitt potensial gjennom livsløpet, uavhengig av tilstedeværelsen eller fraværet av lidelser (WHO).

Hjernesykdommer refererer til helsetilstander knyttet til funksjon, sykdommer, skader og tilstander i hjernen og andre deler av nervesystemet.

For å fremme god hjerneehelse gjennom hele livet, er det viktig å redusere risikofaktorer for skade eller sykdommer i hjernen. I tillegg kan man jobbe med faktorer som bidrar positivt til hjerneehelse. Faktorer som påvirker hjerneehelsen inkluderer søvn, fysisk aktivitet, sosial kontakt, fravær av psykisk stress eller påkjenninger, samt generelle sunne helsevalg (som å redusere sukkerinntak, unngå røyking og opprettholde normalt blodtrykk). God hjerneehelse handler også om å leve et godt liv selv når man har en hjernesykdom (Helsedirektoratet, 2024a).

Faktorer som påvirker hjerneehelsen kan deles i tre nivåer: bevare, beskytte og forebygge, og planlegge (Figur 2-1) (Bassetti, et al., 2022). De ulike nivåene gir eksempler på hva man kan gjøre for å henholdsvis ivareta god hjerneehelse, forebygge og beskytte mot hjernesykdommer, og faktorer beslutningstakere kan bidra til å styre i riktig retning.

Figur 2-1: Faktorer som påvirker hjerneehelsen



Figur: Oversatt og tilpasset av Oslo Economics, inspirert av figur fra "The European Academy of Neurology Brain Health Strategy: One brain, one life, one approach". Merknad: Betydningen av noen faktorer er bekreftet, mens det for andre gjenstår arbeid for å bekrefte betydningen.

2.1.2 Hjernesykdom

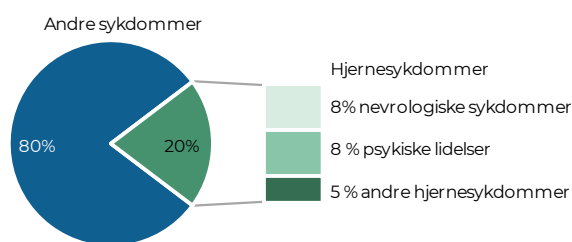
Om lag en av tre nordmenn rammes av en hjerne- sykdom i løpet av livet, og sykdommen kan være en stor belastning både for den enkelte, pårørende og helsetjenestene.

Personer med hjernesykdom kan som følge av sykdommen oppleve redusert kognitiv funksjon, og noen kan oppleve personlighetsendringer. Dette er ofte utfordrende både for personen og de pårørende. I hjernehelsetjenestene er det lag til grunn følgende inndeling av hjernesykdommer:

- Akutte tilstander: Sykdommer som hjerneslag og akutte skader etter for eksempel ulykker, medisinsk behandling eller ved fødsel.
- Progredierende tilstander: Sykdommer i nervesystemet som gjennomgår en gradvis eller periodevis/ intermitterende forverring, slik som multippel sklerose (MS), Parkinsons sykdom, amyotrofisk lateral sklerose (ALS) og ulike demensdiagnoser.
- Kroniske tilstander: Tilstander som har et langvarig, enkelte ganger stadig tilbakevendende eller livslangt forløp, for eksempel alvorlige psykiske lidelser som psykoser og primære hodepinesykdommer.

Hjernesykdommer utgjør en betraktelig del av sykdomsbyrden i Norge. Av hjernesykdommer er det særlig nevrologiske sykdommer og psykiske lidelser som både rammes mange nordmenn og som for mange medfører en betydelig reduksjon i helse- relatert livskvalitet. Den globale sykdomsbyrdestudien (The Global Burden of Disease Study), anslår at det hvert år over én million nye tilfeller av hjerne- sykdommer i Norge (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2022). Målt i helsetapsjusterte leveår (DALY) utgjør hjernesykdommer mer enn en femtedel av den norske sykdomsbyrden (Figur 2-2). Internasjonalt står hjernesykdommer for omtrent 9 millioner dødsfall per år (WHO).

Figur 2-2: Sykdomsbyrden av hjerne- sykdommer i Norge (målt i DALY, 2019)



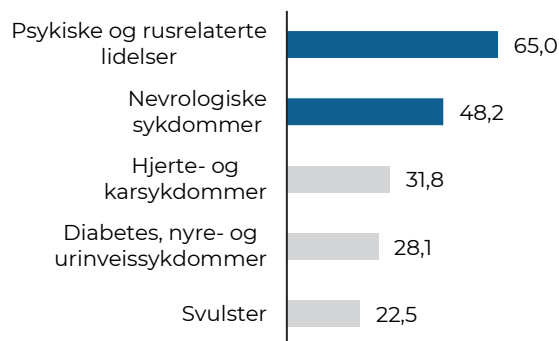
Kilde: IHME. Hentet fra Brain Health Atlas

I mai 2024 kom den første statistikkrapporten over hjernesykdommer i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2024b). Arbeidet ble startet på innspill fra Partnerskapet. Rapporten viser at det i 2022 var 482 000 pasienter i kontakt med spesialisthelsetjenesten for hjernesykdommer, og at antallet pasienter økte jevnt i perioden 2018-2022. Størst økning var hos kvinner under 45 år. Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser utgjorde 61 prosent av tilfellene, og sykdommer i nervesystemet utgjorde 37 prosent (Helsedirektoratet, 2024b).

Det er store kostnader knyttet til hjernesykdommer. Den samlede kostnaden av hjernesykdommer i Europa var målt til 798 milliarder euro i 2010. Disse kostnadene er summen av direkte kostnader, som medisiner og sykehjem, og indirekte kostnader, som sykefravær og trygd (Olesen, et al., 2012). I Danmark er det anslått at hjernesykdommer har direkte kostnader på 5,2 milliarder euro årlig og indirekte kostnader på 11,2 milliarder euro (Vestergaard, et al., 2020).

I Norge utgjør hjernesykdommer seks av de ti diagnosene med høyest helseutgifter (FHI, 2023a). Studien belyser helsetjenestekostnadene ved sykdommene, herunder kontakt ved somatiske sykehus, psykisk helsevern for barn og voksne, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, sykehjem, hjemmetjenester, medisinske varer (legemidler), privatpraktiserende spesialister, allmennleger, kiropraktorer og fysioterapeuter i Norge i 2019. Samlet er psykiske og rusrelaterte lidelser og nevrologiske sykdommer de to største utgiftspostene (Figur 2-3). De to samlekategoriene utgjør henholdsvis 20,7 prosent og 15,4 prosent av samlede helsekostnader. For gruppen 15-49 år utgjør psykiske og rusrelaterte lidelser nesten 50 prosent av helsekostnadene. Blant de over 70 år utgjør nevrologiske sykdommer den største kostnadsposten, i stor grad knyttet til demens og sykehjem (Kinge, et al., 2023).

Figur 2-3: Kostnader til helsetjenester. Tall i 2019 NOK milliarder



Kilde: Kinge et al., 2023

2.2 Nasjonal hjernehelseterategi

I 2017 ble den nasjonale hjernehelseterategi for 2018-2024 lansert. Formålet med strategien var å fremme god hjernehelsete, og å øke bevisstheten rundt hjernehelsete i helseterategien og i befolkningen. Strategien skal gi retning for helsete- og omsorgsterategien på hjernehelseteområdet, og bidra til at befolkningen kan forebygge hjernesykdommer og ivareta egen hjernehelsete. Strategien var den første i verden av sin type, og etter lanseringen har både Verdens helseteorganisasjon (WHO) og Tyskland, Polen, Sveits og Skottland utviklet egne hjernehelsete-strategier eller -planer.

2.2.1 Oppfølging av strategien

Oppfølgingen av strategien er organisert i Helsedirektoratet, som et prosjekt, med prosjekteier, prosjektgruppe (prosjektleder og prosjektmedarbeidere), samt styringsgruppe. Organiseringen inkluderer også et partnerskap. Partnerskapet består av representanter fra flere organisasjoner¹ med kompetanse på og kjennskap til hjernehelseteområdet. Gruppen skal fungere som en plattform for samordning av tiltak og være en pådriver for nye ideer, dialog og samarbeid. Det fulle mandatet til partnerskapet er:

- Være en arena hvor man kan drøfte utfordringer og mulige løsninger for strategien og bidra til at tiltakene blir implementert
- Være en arena for dialog og samarbeid og bidra til en samordnet gjennomføring av mål og tiltak
- Partnerskapet skal ikke endre etablerte ansvarsforhold, myndighet og rapporteringslinjer

Partnerskapet har i kartleggingen blitt trukket frem som en viktig brikke for å lykkes i arbeidet med hjernehelseterategien. Gruppen består av sentrale aktører, fra brukerorganisasjoner og fagmiljøer, som samarbeider tett med Helsedirektoratet i å koordinere strategien og for å løfte hjernehelseteområdet i riktig retning.

Strategien inneholder fire overordnede mål med tilhørende delmål. Målene berører ulike aktører i helsete- og omsorgsterategien, slik at noen mål er knyttet

til aktivitet hos Helsedirektoratet, andre til regjeringen, forskningssentre eller kommune- og spesialisthelseterategien.

2.2.2 Oppdatert strategi fra 2025

Tidsperioden for hjernehelseterategien utløper i 2024. Helsete- og omsorgsterategien annonserte sommeren 2023 at et ny og oppdatert strategi skal legges frem våren 2025. Den oppdaterte strategien må sees i sammenheng med endrede rammer i helsete- og omsorgsterategien gjennom Nasjonal helsete- og samhandlingsplan og Folkehelsemeldingen. Videre motiveres det av at arbeidet med hjernehelsete må ha et langsiktig perspektiv og at det fortsatt er et ukjent begrep for mange. Den oppdaterte strategien skal bygge på den eksisterende, men oppdateres basert på erfaringer og resultater fra den foregående perioden (regjeringen.no, 2023).

2.3 Internasjonalt arbeid med hjernehelsete

I 2022 lanserte Verdens helseteorganisasjon (WHO) en global hjernehelseterategi kalt "Optimizing Brain Health Across the Life Course". Denne strategien beskriver hva hjernehelsete er, faktorer som påvirker hjernehelseten gjennom livsløpet, og grunnlaget for god hjernehelsete. WHO sin strategi fokuserer på fem områder som påvirker hjernehelseten både på individnivå og systemnivå:

1. God fysisk helsete
2. Helsetefremmende miljø og klima
3. Sikkerhet og trygghet
4. Læring og sosial tilknytning
5. Tilgang til helseterategien av kvalitet.

WHO har også en handlingsplan for epilepsi og andre nevrologiske sykdommer (2022-2031), med mål om å forbedre omsorg, restitusjon, velvære og deltakelse for personer som lever med nevrologiske sykdommer.

I tillegg til WHO's strategier, og den tidligere nevnte European Academy of Neurology, har enkelte land nasjonale strategier på området. Eksempler er Polen (2019), Tyskland (2022), Skottland (2022) og Sveits (2023).

¹ Helsedirektoratet, FFO, SAFO, Unge funksjonshemmede, Hjernerådet, Norsk forening for allmennterategien, Helsete Sør-Øst RHF, Helsete Vest RHF, KS, Helseteetaten i Oslo kommune og

Faggruppe for nevrosterategien NSF. (Oppgitt av Helsedirektoratet)

3. Status for hovedmål 1

Hovedmål 1 er «God hjerne helse hele livet – forebygging og livskvalitet». Aktivitetene som faller inn under målet skal bidra til å opplyse befolkningen om hva hjerne helse er, og hvordan man kan oppnå god hjerne helse og forebygge hjernesykdommer.

Det er fire delmål under hovedmål 1. Delmålene er å gi befolkningen økt kunnskap om hva som er viktig for god hjerne helse og livskvalitet, synliggjøring av sunne helsevalg, å utvikle frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommunene, og å styrke den helsefremmende og forebyggende innsatsen.

3.1 Kunnskap i befolkningen

Delmål: Befolkningen skal få økt kunnskap om hva som er viktig for god hjerne helse og livskvalitet fra svangerskap til død.

Hjerne helse er et relativt nytt begrep i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a). Ved å tilgjengeliggjøre informasjon og skape oppmerksomhet rundt relevante problemstillinger for hjerne helse, kan befolkningen få økt kunnskap om hvordan ulike valg kan redusere risikoen for hjernesykdom (Helsedirektoratet, 2017a). Gode valg for god hjerne helse er langt på vei overlappende med gode valg for forebygging av andre sykdommer og plager, og samfunnets innsats for å påvirke faktorer som bidrar til befolkningens helse kan bidra både til bedre helse generelt og bedre hjerne helse.

I juni 2023 ble det lansert en temaside for hjerne helse på helsenorge.no. Informasjonen på helsenorge.no er rettet mot befolkningen, og hensikten med temasiden er å øke bevisstheten om hjerne helse til befolkningen. Temasiden har en hovedside som handler om hjernen, i tillegg til to undersider som handler om hjerne helse og hjernesykdommer. Arbeidet med å utvikle nettsidene ble gjort i samarbeid mellom brukerorganisasjoner, fagmiljøer og partnerskapet for hjerne helsestrategien.

Per juli 2024 hadde temasiden om hjerne helse hatt 1 539 besøk i løpet av de 12 siste månedene. I overkant av halvparten (55 prosent) av de besøkende kom inn på siden via søkemotorer, men det var også ganske mange som kom via sosiale medier (21 prosent). Sammenlignet med andre temasider er besøkstallene for temasiden om hjerne helse relativt lave. Temasiden for hjerte- og

karsykdommer hadde for eksempel 23 000 besøk i samme periode. En mulig forklaring er at temasiden om hjerte- og karsykdommer er en navigasjonsside med lenke til andre artikler, mens temasiden om hjerne helse er en side der man går inn og leser om temaet. Generelt er sidene på helsenorge.no om spesifikke sykdommer mer besøk enn sider som handler om mindre konkrete temaer.

Siden på helsenorge.no som handler om sykdom og skade i hjernen, hadde per juli 2024 hatt 9 781 besøk i løpet av de siste 12 månedene. Denne siden er i større grad enn siden om hjerne helse en navigasjonsside. Nesten samtlige (82 prosent) av personene som besøkte nettsiden kom via en søkemotor. Relativt mange av de besøkende på nettsiden klikker seg videre til sidene om MS (22 prosent) eller utviklingsforstyrrelser (21 prosent).

Det er også opprettet en temaside om hjerne helse på Helsedirektoratets nettsider (Helsedirektoratet, 2024c). Disse nettsidene retter seg mot helse- og omsorgstjenesten, og formålet med temasiden er å øke bevisstheten om hjerne helse blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Temasiden inneholder informasjon om hjerne helsestrategien, sentrale begreper, statistikk og relevante rapporter. Helsedirektoratet har også planlagt å undersøke muligheten for å lage en tilsvarende side rettet mot helsepersonell på Helsebiblioteket.

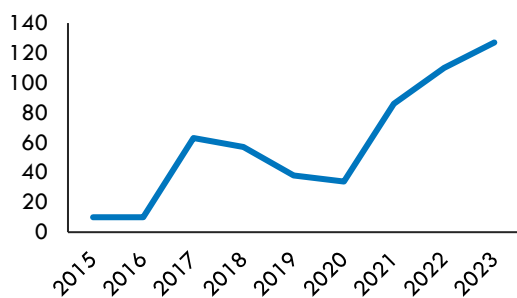
I tillegg til informasjonsarbeidet beskrevet over, jobber Helsedirektoratet med å inkludere hjerne helse i andre oppdrag og satsinger hos direktoratet (Helsedirektoratet, 2024c). Helsedirektoratet har også laget og publisert fem videoklipp med ulike fagpersoner med relevant kompetanse innen hjerne helse. Videoene er publisert i Helsedirektoratets sosiale medier.

Helsedirektoratet valgte i 2021/2022 at barn og unges hjerne helse skulle være et satsingsområde i den resterende strategiperioden (Helsedirektoratet, 2022a). Dette skulle blant annet innebære en kartlegging av fysiske og mentale faktorer som hemmer og fremmer god hjerne helse. I 2023 ble det i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet besluttet å avvente arbeidsprosessene rettet mot barn og unges hjerne helse (Helsedirektoratet, 2024c). Konklusjonen var at satsingen vil vurderes på nytt på et senere tidspunkt.

Flere av informantene vi har intervjuet har ment at den generelle bevisstheten om hjerne helse og hjernesykdom har økt de siste årene. Selv om

begrepet hjerneehelse fortsatt er relativt lite brukt i befolkningen generelt, har det blitt pekt på at det stadig er nyhetssaker som handler om ulike sider ved hjerneehelse. Eksempelvis blir tematikk knyttet til psykisk helse, demens og hjerneslag ofte tatt opp. Informantene mente at dette er en endring fra tidligere, da disse sykdommene fikk lite oppmerksomhet i media. For ordet «hjerneehelse» har det vært en økning i antall treff i norske aviser fra 2015 til 2023 (Figur 3-1).

Figur 3-1: Antall treff på «hjerneehelse» i norske aviser 2015 - 2023



Kilde: Nettbiblioteket - Nasjonalbiblioteket

Når det gjelder kunnskap om hva som er viktig for livskvalitet, har det blitt gjennomført ulike arbeider i løpet av strategiperioden. Kartleggingen har i liten funnet at dette har vært direkte knyttet til hjerneehelsestrategien, men det kan likevel ha bidratt positivt til måloppnåelse. Folkehelseinstituttet har for eksempel et eget kapittel om livskvalitet i Norge i Folkehelse rapporten (FHI, 2021), og det er flere forskningsprosjekter ved norske universiteter som handler om livskvalitet (UiO, Det samfunnsvitenskapelige fakultet; UiO, Det medisinske fakultet, 2022).

Regjeringen skal i løpet av 2024 legge frem en nasjonal livskvalitetsstrategi (regjeringen.no, 2024). Livskvalitet brukes ofte for å beskrive subjektive opplevelser som tilfredshet, glede, mestring og mening, men også om objektive levekårsforhold som arbeidsliv, inntekt og boforhold (Helsedirektoratet, 2016a). Strategien skal bidra til å gi et bedre, helhetlig mål på hvordan livskvalitet kan brukes som et mål på og for samfunnsutviklingen i Norge. Selv om ikke strategien er direkte knyttet til hjerneehelse, henger helse og livskvalitet sammen, og strategien kan bidra til økt oppmerksomhet rundt problemstillinger og arbeid med betydning for hjerneehelse.

3.2 Synliggjøre sunne helsevalg

Delmål: Helsemyndighetene skal synliggjøre betydningen av sunne helsevalg for god hjerneehelse gjennom informasjon og kampanjer.

Risikoen for hjernesykdommer kan i noen tilfeller reduseres gjennom gode levevaner, og gode levevaner kan bidra til bedre livskvalitet tross sykdom (Helsedirektoratet, 2017a).

Helsedirektoratet har, som beskrevet i avsnitt 3.1, gjennomført et betydelig informasjonsarbeid om hjerneehelse i løpet av strategiperioden. Dette gjelder særlig arbeidet på helsenorge.no.

I tillegg til informasjonsarbeidet, har Helse- direktoratet også gjennomført kampanjer for å synliggjøre betydningen av sunne helsevalg. Dette er del av den ordinære virksomheten til Helse- direktoratet og skjer uavhengig av hjerneehelse- strategien. Siden 2020 har Helsedirektoratet hatt en årlig kampanje om cannabisbruk rettet mot unge 15-18 år, med foreldre som sekundærmålgruppe. Kampanjen ble utviklet etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2019 om å «sikre oppdatert og styrket kommunikasjon om cannabis og stoffets skadevirkninger». I tilknytning til kampanjen har Helsedirektoratet nettsiden weedensenteret.no som formidler faktabasert informasjon om cannabis og helse, inkludert sammenhengen mellom cannabisbruk og hjernens utvikling. Våren 2024 har Helsedirektoratet hatt en kampanje rettet mot unge som har som formål å forebygge og redusere tobakks- og nikotinbruk, samt unngå avhengighet (Helsedirektoratet, 2024d). Et av budskapene i kampanjen er at nikotin kan ha en uheldig påvirkning på unge hjerner som fortsatt er i utvikling, og at nikotinbruk kan føre til avhengighet. I juni 2024 lanserte Helsedirektoratet en kampanje om bruk av smertestillende. Formålet er å spre kunnskap om hva smertestillende hjelper mot, og risikoen ved overforbruk, herunder varig hodepine som følge av hyppig bruk av smertestillende med paracetamol.

Helsedirektoratet har i løpet av strategiperioden hatt en rekke kampanjer som handler om gode helsevalg og informasjon om tiltak hver enkelt kan gjøre for å fremme fysisk og psykisk helse. Selv om informasjonen ikke er avgrenset til hjerneehelse eller knyttet til hjerneehelsestrategien, kan kampanjene bidra til måloppnåelse tilknyttet synliggjøring av betydningen av sunne helsevalg for god hjerneehelse. Et eksempel på informasjonstiltak er levevanekampanjen og nettsiden Lev! på helsenorge.no som gir informasjon og verktøy som kan bidra til god psykisk helse, et sunt kosthold, å leve uten snus

og røyk, å leve med mindre alkohol, å leve med mer aktivitet og å få nok søvn. Lev! Er rettet mot voksne fra 35 år og oppover. Helsedirektoratet har også hatt kampanjer knyttet til blant annet psykisk helse og selvmordsforebygging, demens, kosthold og fysisk aktivitet.

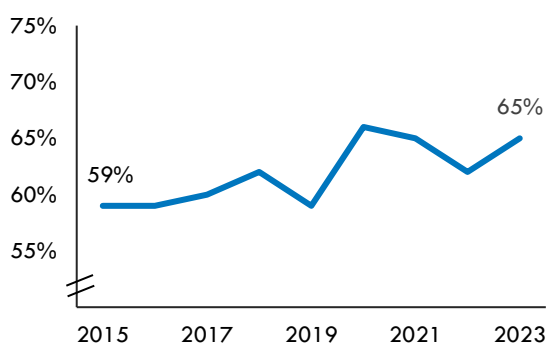
3.3 Utvikle tilbud i kommunene

Delmål: Det skal utvikles flere kvalitetssikrede frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommunene gjennom samarbeid med brukerorganisasjoner, frivillige og privat sektor.

Kommunene er gjennom helse- og omsorgstjenesteloven pålagt å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester til befolkningen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I «Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud» skriver Helsedirektoratet at frisklivssentraler er en mulig og anbefalt måte å organisere slike tjenester på (Helsedirektoratet, 2016b).

Ved inngangen til 2023 var 86 prosent av befolkningen bosatt i kommuner med frisklivssentral (Helsedirektoratet, 2024e). Andelen kommuner der innbyggerne har tilgang til frisklivssentral har økt noe de siste årene, fra 59 prosent i 2015 til 65 prosent i 2023 (Figur 3-2). Enkelte kommuner har frisklivssentraler som Helsedirektoratet betegner som utviklingsentraler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024a). Disse skal bidra med erfaringsutveksling, nettverks- og kompetansebygging, samt kvalitets- og videreutviklingsarbeid for kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud.

Figur 3-2: Andel kommuner der innbyggerne har tilgang til frisklivssentral, 2015-2023



Kilde: SSB-tabell 13533

Helsedirektoratet har en tilskuddsordning for etablering og utvikling av kommunale frisklivs-

lærings- og mestringstilbud (Helsedirektoratet, 2020). Formålet med tilskuddsordningen er å stimulere til utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester som støtter opp under og realiserer målene i Samhandlingsreformen, strategien for ikke-smittsomme sykdommer (NCD-strategien (noncommunicable diseases)), Folkehelsemeldingen og Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Antall søknader om midler fra tilskuddsordningen har økt fra 11 i 2020 til 35 i 2024. Totalt i perioden har det blitt utbetalt 106,5 millioner kroner, og i 2024 ble det utbetalt 21,8 millioner kroner.

I 2019 ga Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomføre forprosjekter for lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, samt for samhandlingen mellom tjenestenivåene (Helsedirektoratet, 2021). I forprosjektene ble det avdekket utfordringer og forbedringsområder for lærings- og mestringsevne, og det ble utarbeidet anbefalinger som kan danne grunnlag for videre arbeid med tilbudene.

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024-2027) står det at frisklivs-, lærings- og mestringstilbudene ofte er fragmenterte og mangelfulle, og at verken de ansatte i helse- og omsorgstjenesten eller pasienter kjenner til tilbudene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024a). I tildelingsbrevet for 2024 til Helsedirektoratet viser Helse- og omsorgsdepartementet til en leveranse fra Helsedirektoratet hvor det er pekt på at det er mangelfull og lite tilgjengelig informasjon om eksisterende lærings- og mestringstilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024b). Departementet ber Helsedirektoratet utrede hvordan helsenorge.no kan videreutvikles slik at den inneholder samlet og oppdatert informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, selvhjelpsverktøy og pasient- og pårørendetilbud.

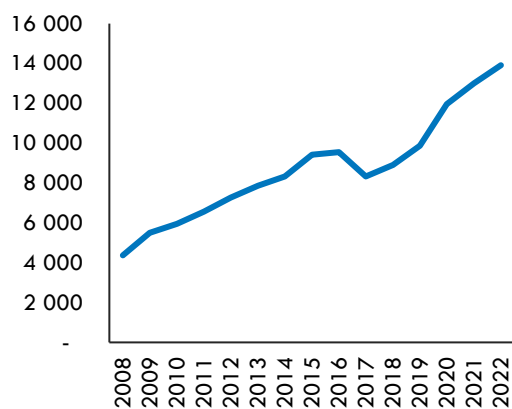
Basert på intervjuene vi har gjennomført, virker det ikke som at hjernehelsestrategien har ledet til iverksettelsen av konkrete tiltak for å bidra til at det utvikles flere kvalitetssikrede frisklivs-, lærings- og mestringstilbud gjennom samarbeid med brukerorganisasjoner, frivillige og privat sektor.

3.4 Helsefremmende og forebyggende innsats

Delmål: Den helsefremmende og forebyggende innsatsen i alle deler av helse- og omsorgstjenesten skal økes.

Helseregnskapet til SSB viser at helseutgiftene knyttet til forebygging og helsefremmende arbeid har økt (Figur 3-3). I 2018 var disse utgiftene 8,9 milliarder kroner (tilsvarende 10,1 milliarder 2022-kroner), mens de i 2022 var 13,9 milliarder kroner. Kategorien omfatter poster både fra statsregnskapet (Folkehelseinstituttet, folkehelse, pasient- og brukerombud og særskilte tilskudd til psykisk helse og rustiltak) og fra kommuneregnskapet (232 Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste og 233 Annet forebyggende helsearbeid).

Figur 3-3: Helseutgifter knyttet til forebygging og helsefremmende arbeid (mill. kr), 2008-2022



Kilde: SSB-tabell 10811

Flere av informantene vi har snakket med har påpekt at arbeid som er rettet mot forebygging av blant annet kreft eller hjerte- og karsykdom, også bidrar til forebygging av hjernesykdom. Det er derfor ikke nødvendigvis hensiktsmessig eller riktig å skille mellom forebyggingstiltak for de ulike sykdomsgruppene, og de har pekt på at det kan gjøre det utfordrende å knytte den helsefremmende og forebyggende innsatsen til hjernehelse og hjernehelsestrategien.

Intervjuene vi har gjennomført har ikke gitt informasjon som indikerer at den helsefremmende og forebyggende innsatsen i helse- og omsorgstjenesten har økt som følge av hjernehelsestrategien. Samtidig er dette et område det arbeides kontinuerlig med, og det har blitt gjort en innsats på området i løpet av strategiperioden til tross for at dette ikke nødvendigvis kan tilskrives hjernehelsestrategien.

3.5 Samlet vurdering

I løpet av strategiperioden har det blitt gjennomført flere tiltak og aktiviteter med relevans for hovedmål 1 «God hjernehelse hele livet – forebygging og livskvalitet». Kort oppsummert viser kartleggingen at:

- Helsedirektoratet har gjennomført flere informasjonstiltak og kampanjer i strategiperioden. Mange av disse har ikke vært avgrenset til hjernehelse, men har omfattet bredere tematikk som fysisk aktivitet og kosthold. Det er ikke tydelig at hjernehelsestrategien har vært avgjørende for at disse kampanjene har blitt gjennomført.
- Hjernehelsestrategien har vært avgjørende for at det ble etablert en temaside om hjernen rettet mot befolkningen på helsenorge.no. Det er også etablert temaside på Helsedirektoratets nettsider for å spre kunnskap til helsepersonell.
- Det virker ikke som at hjernehelsestrategien har ledet til iverksettelsen av konkrete tiltak for å bidra til at det utvikles flere kvalitetssikrede frisklivs-, lærings- og mestringstilbud gjennom samarbeid med brukerorganisasjoner, frivillige og privat sektor.
- Helse- og omsorgstjenesten jobber kontinuerlig med helsefremmende og forebyggende innsats, men kartleggingen har ikke vist at innsatsen har økt som følge av hjernehelsestrategien.

4. Status for hovedmål 2

Hovedmål 2 er «Et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud og bedre ivaretagelse av pårørende». For å nå målene på området, er det behov for aktiviteter som bidrar til å forbedre tjenestetilbudet for personer med hjernesykdommer, blant annet gjennom involvering av brukerne og pasientene og etablering av faglige nettverk.

Det er fem delmål under hovedmål 2. Delmålene omfatter mål om involvering av brukere og pasienter i beslutninger som angår dem og i utarbeidelse av informasjon. I tillegg omfatter målet å utvikle faglige nettverk for å binde sammen relevant kompetanse innen hjernesykdommer og å sikre tilbud som er tilpasset den enkelte bruker og deres pårørende.

4.1 Utvikle samvalgsverktøy for pasienter med hjernesykdommer

Delmål: Det bør utarbeides samvalgsverktøy for pasienter med hjernesykdommer, slik at pasientene kan delta aktivt i beslutninger om utredning, behandling og oppfølging.

Samvalg er en arbeidsform der pasienten aktivt involveres i avgjørelser om behandling i helse-tjenesten (FHI, 2023b). De nasjonale samvalgsverktøyene skal gi relevant og pålitelig informasjon om alle valgmulighetene som finnes, slik at pasienten får hjelp i til å komme frem til det beste valget. Alle samvalgsverktøy skal produseres i tråd med de nasjonale kvalitetskravene (Helsedirektoratet, 2024f). Det er de regionale helseforetakene som er ansvarlig for samvalgsverktøyene som publiseres på helsenorge.no.

De regionale helseforetakene jobber også med samvalg på andre måter enn gjennom samvalgsverktøy. I Helse Sør-Øst samarbeider Enhet for samhandling og brukermedvirkning med Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring om implementering og utvikling av samvalg i regionen (Helse Sør-Øst). Helse Sør-Øst jobber også med å utvikle en samvalgsapp for pasienter (Helsedirektoratet, 2024c). Appen skal etter planen piloteres i 2024. I Helse Nord er det etablert et samvalgssenter som

skal bidra til at samvalg blir implementert i Helse Nord (Helse Nord).

Per mai 2024 finnes det nasjonale samvalgsverktøy for to diagnoser innen hjernehelsetområdet: psykose og idiopatisk normaltrykkshydrocephalus (iNPH) (helsenorge.no). Samvalgsverktøyet for psykose ble lansert i 2020, mens samvalgsverktøyet for idiopatisk normaltrykkshydrocephalus sist ble oppdatert i 2022.

4.2 Involvere pasienter i utarbeidelsen av strategier for mestring og informasjon

Delmål: Pasientene er aktivt med i å utarbeide kvalitetssikret helseinformasjon om sykdom og strategier for mestring.

I hjernehelsetstrategien er det beskrevet at pasientorganisasjonene har en viktig rolle i å utvikle kvalitetssikret informasjon om sykdom og strategier for mestring. Organisasjonene samarbeider ofte med pasienter for å lage informasjonsbrosjyrer, nettsider og annet informasjonsmaterieil. Organisasjonene kan få til skudd til veilednings- og informasjonsarbeid for personer med nevrologiske skader og lidelser.

Et eksempel på annet arbeid som er relevant for dette delmålet, er arbeidet ved «Avdeling for Digital helseforskning» ved Oslo universitetssykehus (OUS) (Oslo universitetssykehus). Avdelingen er en tverrfaglig forskningsavdeling som har designet, utviklet og testet e-helseløsninger til selvhjelp og egenmestring i mer enn 20 år. Avdelingen jobber med å bygge kunnskap og utvikle løsninger med stor grad av brukermedvirkning. Et eksempel på en løsning utviklet av avdelingen er stressmestringsløsningen StressProffen, som har vist statistisk signifikant reduksjon av stress, angst og depresjon, samt bedre livskvalitet, i en studie med pasienter med kreft (Oslo universitetssykehus).

Helsenorge.no er en viktig kilde til informasjon om sykdom og helse for befolkningen. Involvering av pasienter i utarbeidelsen av informasjonen på helsenorge.no legger til rette for at mange kan få tilgang til slik kunnskap. Arbeidet med å utvikle temasider på helsenorge.no om hjernehelset ble gjort i samarbeid med brukerorganisasjoner og fagmiljøer, herunder partnerskapet (Helsedirektoratet, 2024g).

4.3 Utvikle brede faglige nettverk

Delmål: Det bør utvikles brede faglige nettverk som ikke er avgrenset til diagnose, etter modell fra ParkinsonNet.

ParkinsonNet er et landsdekkende og tverrfaglig nettverk bestående av helsepersonell med kompetanse på Parkinsons sykdom og parkinsonisme (Helsedirektoratet, 2023a). Nettverket består av ergoterapeuter, fysioterapeuter, logopeder og sykepleiere fra både primær- og spesialisthelsetjenesten, samt privat sektor. Formålet med nettverket er å bidra til at pasientene får bedre tilgang til tverrfaglig og høy kompetanse, og at dette igjen kan bidra til en bedre hverdag.

NevroNet er et samhandlingsprosjekt som skal heve kompetansen og bedre samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i Oslo kommune (Oslo universitetssykehus, 2023a). Modellen er utviklet av ansatte fra nevrologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus (OUS) i samarbeid med ansatte i primærhelsetjenesten i to bydeler i Oslo, representanter og brukere fra MS-forbundet, Dystoniforeningen og foreningen for muskelsyke utviklet NevroNet (Stiftelsen Dam, 2021). Målgruppen for NevroNet er pasienter med MS, dystoni og nevromuskulær sykdom (NMD) og fagpersonene som følger disse pasientene.

Informantene vi har snakket med har påpekt at de er usikre på om hjernehelsetjenesten har hatt betydning for etableringen av NevroNet, og de har understreket at prosjektet har skjedd i regi av Oslo universitetssykehus.

Videre har det nasjonale fagnettverket for evidensbasert epilepsiomsorg, EpilepsiNett, blitt opprettet som følge av Forskningsrådets oppfordring til å etablere fagnettverk som ledd i hjernehelsetjenesten (EpilepsiNett). Senteret har i perioden 2019-2023 fått støtte fra Forskningsrådet.

4.4 Tilpasse tilbudene til den enkelte pasient

Delmål: Tjenestetilbud, aktiviteter og avlastning er tilpasset den enkelte pasient/bruker.

Hjernehelsetjenesten beskriver viktigheten av aktiviteter for å opprettholde funksjonsnivå og for å bremse utviklingen av en rekke hjernesykdommer. Noen pasienter har behov for tilpassede tjenestetilbud, aktiviteter og avlastning for at de skal kunne nyttiggjøre seg av tilbudene.

Flere aktiviteter og tiltak i løpet av strategiperioden kan sies å ha bidratt til mer tilpassede tjenester, men kartleggingen har ikke vist at disse kan knyttes direkte til hjernehelsetjenesten. Et eksempel på en utvikling som kan gi mer tilpassede tjenester, er økt bruk av velferdsteknologi i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Velferdsteknologi kan bidra til at pasienter i større grad opplever å mestre egen sykdom, og det kan legge til rette for symptombasert oppfølging fremfor kalenderbasert oppfølging (jevnlig oppfølging uavhengig av symptomutvikling). Det kan også gjøre kommunikasjonen mellom behandler og pasient enklere, og bidra til at flere får tilgang til spesialisert kompetanse, uavhengig av geografisk nærhet til denne kompetansen. Et annet eksempel på tilpassede tilbud er kommunale aktivitetstilbud. Flere kommuner har treningsgrupper som retter seg mot personer med Parkinsons sykdom, eller møteplasser for personer med demens.

4.5 God oppfølging av pårørende

Delmål: Pårørende og barn som pårørende får god oppfølging og veiledning.

For mange personer med en hjernesykdom er de pårørende en viktig ressurs i hverdagen. Samtidig kan det å være pårørende til en person med en hjernesykdom kan være krevende og innebære omfattende omsorgsoppgaver. Det er utarbeidet både en pårørendeveileder og en pårørende-strategi, som blant annet skal bidra til at pårørende blir anerkjent som en ressurs og til god og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende. Pårørendeveilederen ble lansert av Helsedirektoratet i 2017. Veilederen handler om involvering av og støtte til pårørende, og beskriver pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter, samt gir anbefalinger om god praksis (Helsedirektoratet, 2017b). Pårørendestrategien for perioden 2021-2025 ble lansert i av regjeringen i 2020 (Departementene, 2020). Strategien har 32 tiltak som skal gjennomføres i løpet av planperioden.

En evaluering av implementering av pårørendeveilederen viste at veilederen virker å være kjent blant aktører i målgruppen, og at de opplever den som et godt og nyttig verktøy (Oslo Economics, 2021). Samtidig opplever mange at de mangler tid og ressurser, samt forankring på ledelsesnivå, for å en systematisk implementering av veilederen.

Helsedirektoratet har også en tilskuddsordning som skal bidra til å bedre pårørendes situasjon gjennom å styrke pårørendearbeid på individ-, tjeneste- og systemnivå. Tilskuddsordningen er

rettet mot kommuner, og tiltakene kan utvikles i samarbeid med andre kommuner, frivillige eller ideelle aktører eller offentlige tjenester.

Det finnes også andre eksempler på arbeid rettet mot pårørende. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Innlandet (Oppland), Fagskolen Innlandet og NTNU har i samarbeid med Kompetansebroen laget et opplæringsprogram om pårørende kalt «Sett, hørt og forstått» (Kompetansebroen, 2022). Målgruppen er ansatte i kommunale helse- og omsorgstjeneste og studenter i helsefaglige utdanninger. Programmet handler om ivaretagelse av pårørende og metoder for å få til et godt samarbeid. Helsedirektoratet skal i løpet av sommeren 2024 sende et utkast av nasjonale faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning innen rus- og psykisk helse ut på høring (Helsedirektoratet, 2022b). Målet med rådene er å styrke bruker- og pårørendemedvirkning på system-, tjeneste- og individnivå i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i spesialisthelsetjenesten.

Informantene vi har snakket med mener at hjernehelsestrategien ikke har bidratt til utvikling innenfor pårørendefeltet. Det ble påpekt at pårørende har liten plass i strategien til tross for at mange pårørende til personer med hjernesykdommer har en krevende og viktig rolle i oppfølging og behandling. Det ble også etterlyst en tettere involvering av pårørendemiljøene i arbeidet med strategien.

4.6 Samlet vurdering

Det har i noen grad blitt gjennomført arbeid i strategiperioden som har relevans for hovedmål 2 «Et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud og bedre ivaretagelse av pårørende». Etableringen av

EpilepsiNett er aktiviteten som virker å være nærmest knyttet til hjernehelsestrategien, mens de øvrige aktivitetene i liten grad er direkte knyttet til strategien. I intervjuene har det blitt påpekt at enkelte av målene under hovedmål 2 er svært åpne, og at dette gjør det uklart hvem som har ansvar for oppfølging av målet og hvilke aktiviteter som er relevante for måloppnåelse. Kort oppsummert viser kartleggingen at:

- Det finnes to samvalgsverktøy for hjerne- sykdommer, og det er trolig relevant å utvikle slike verktøy for flere sykdommer.
- I utarbeidelsen av temasider om hjernehelse på helsenorge.no ble brukerorganisasjoner involvert i arbeidet.
- Etableringen av NevroNet i Oslo bygger på erfaringene fra ParkinsonNet, men er ikke knyttet til arbeid med hjernehelsestrategien. EpilepsiNett ble opprettet som følge av Forskningsrådets oppfordring til å etablere fagnettverk som ledd i hjernehelsestrategien. Det er trolig fortsatt relevant å etablere flere faglige nettverk som ikke er avgrenset til diagnose.
- Vi har ikke funnet eksempler på at hjernehelsestrategien har bidratt til aktiviteter eller tiltak for å sikre tilpassede tjenester og aktiviteter som virker å ha direkte sammenheng med hjernehelsestrategien.
- Helsedirektoratet har gjennom oppdatering og oppfølging av pårørendeveilederen og pårørendestrategien jobbet med å sikre god oppfølging og veiledning av pårørende. Arbeidet virker ikke å være knyttet til hjernehelsestrategien, og det kunne i større grad vært et samarbeid mellom personene som jobber med pårørendestrategien og hjernehelsestrategien.

5. Status for hovedmål 3

Hovedmål 3 er «Gode forløp – fra symptom til diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering». For å nå målene på området er det behov for aktiviteter som bidrar til bedre koordinerte tjenester, flere tverrfaglige og teambaserte tjenester, oppfølging av Demensplan 2020, å utvikle tilbudet til barn og unge med hjerneskade, samt å legge til rette for kompetanseheving blant ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det er 14 delmål under hovedmål 3. Delmålene omfatter blant annet mål om rutiner for koordinering av tjenester til brukere med sammensatte behov, rutiner som bidrar til gode overganger fra ungdom til voksen, etablering av tverrfaglige og teambaserte tjenester, habilitering og rehabiliteringstilbud i egen kommune, ambulante tjenester, tiltak rettet mot barn og unge med hjerneskade, oppfølging av Demensplan 2020 og økt bruk av læringsnettverk for ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

5.1 Koordinerte og tverrfaglige tjenester

Personer med hjernesykdommer har ofte parallelle behov fra ulike deler av helsetjenesten, både i og utenfor det kommunale tjenestetilbudet. For å yte gode tjenester kreves det at disse er koordinerte. I hjernehelsestrategien påpekes det at brukere eller den pårørende ofte er den som må ta på seg rollen som koordinator.

De første fire delmålene under hovedmål 3 knytter seg til at tjenestene i både primær- og spesialisthelsetjenesten skal være koordinerte, teambaserte og tverrfaglige, og utformes med utgangspunkt i brukerens behov og ønsker. Det er også et eget delmål som skal sikre at overgangen for personer som går fra tjenestetilbudet for unge til voksne, er god. I strategien er målene formulert på følgende måte:

- a. Ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten må følge opp rutiner for koordinering av tjenester til brukere med sammensatte behov.

- b. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen- og spesialisthelsetjenesten skal ha gode rutiner i livsløpsovergangen fra ungdom til voksen.
- c. Skape tverrfaglige og koordinerte tjenester som tar utgangspunkt i pasientens behov og ønsker.
- d. Teambaserte tjenester i kommunen skal utvikles ut fra brukerens behov og funksjon.

Det er gjennomført flere ulike aktiviteter som knytter seg til disse delmålene. Det har vært gjennomført flere piloter med forsøk på ulike måter å organisere tjenestetilbudet til den enkelte pasient på.

Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam

I perioden 2018 til 2023 har Helsedirektoratet hatt ansvar for gjennomføring av en pilot med strukturert tverrfaglig oppfølging for dem med store og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2019). Seks kommuner har vært involvert i piloteringen. Utgangspunktet for arbeidet er dels motivert av at økt spesialisering og oppgavedeling i helsetjenesten medfører økt behov for samhandling og koordinering på tvers av ulike tjenester.

Oppfølgingsteamene består av de som yter tjenester til personen, med en koordinator som leder teamet. I tillegg til ansatte fra helsetjenesten, har enkelte team hatt representanter fra barnehage, barnevern, skole, sosialtjenester og NAV. Brukere med sykdommer og tilstander innenfor hjernehelseberget har vært med i piloteringen. SINTEF og NTNU har fulgt piloteringen og skal publisere sin evaluering av piloten i løpet av 2024. Det er publisert en delrapport som gir vurderinger av hvordan tiltaket har blitt implementert, men den gir ikke analyser av effekter på individnivå (Kalseth, et al., 2022).

Primærhelseteam (PHT) på fastlegekontor

Primærhelseteam (PHT) er tverrfaglige team bestående av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Primærhelseteam ble prøvd ut i et forsøk i regi av Helsedirektoratet fra 1. april 2018 til 31. mars 2023. Legekontorene fikk mulighet til å fortsette driften som PHT med tilhørende finansiering til 1. juli 2024. Alle listeinnbyggere kan få oppfølging fra PHT, men tilbudet skal særlig rettes mot brukere med kronisk sykdom, psykiske lidelser og rusavhengighet, skrupelige eldre og brukere med utviklingshemming og

funksjonsnedsettelse. I flere av disse gruppene inngår pasienter med hjernesykdommer.

Formålet med primærhelseteamene er å tilby bedre fastlegetjenester til listeinnbyggere som trenger det mest, blant annet i form av en team-basert, systematisk og proaktiv oppfølging. Forsøket ble fulgt av en følgeevaluering, og det er publisert årlige statusrapporter fra arbeidet. Data fra intervjustudiene og spørreundersøkelsene i evalueringen rettet mot brukere, ansatte på legekantorene og ansatte i andre kommunale tjenester tyder på at PHT bidrar til bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for pasienter i målgruppen (Aandahl, et al., 2024). Resultatene fra undersøkelsene med registerdata er mer åpne.

Intervjuundersøkelsene og spørreundersøkelsene i evalueringen finner også bedring av helse og mestring for pasienter med omfattende behov for helsetjenester. Samtidig gikk ikke analysene av registerdata grunnlag for å forkaste nullhypotesen om at det ikke har vært noen endring i behovet for omfattende helsetjenester ved PHT-kantorene sammenlignet med et utvalg kontrollkontor. Samlet sett viser evalueringen at samarbeid og tverrfaglig samarbeid kan styrke tilbudet i fastlegetjenesten, og særlig til listeinnbyggere med store og sammensatte behov. Forsøket og evalueringen gir samtidig ikke grunnlag for å konkludere at forsøket med PHT har medført bedre samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten.

Barnekoordinator

I 2022 fikk familier som venter eller har barn med alvorlig sykdom, skade eller nedsatt funksjonsevne lovfestet retten til en *barnekoordinator* (Helsedirektoratet, 2023b). Ansvar for å oppnevne en koordinator påhviler kommunene. Formålet med denne rollen er å avlaste foreldre, som ofte må ta på seg en ledende og koordinerende rolle for barnets oppfølging i helsevesenet. Koordinatorens overordnede rolle er å koordinere det samlede tjenestetilbudet og bidra med informasjon og veiledning om relevante tilbud, tjenester, organisasjoner, mv.

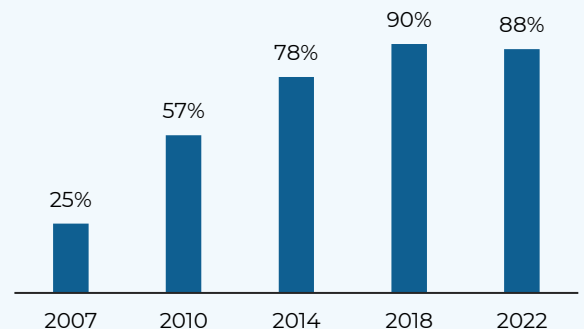
Tiltaket, slik det er tenkt, berører flere av delmålene for gruppen av barn, samt pårørende. Det foregår en pågående evaluering av denne lovendringen. Det er publisert en delrapport som belyser hvordan lovendringen er mottatt i de berørte organisasjonene og etablerer en beskrivelse av nåsituasjonen som kan benyttes for evaluering på senere tidspunkt (Tøssebro, et al., 2023). Rapporten beskriver at kommunene deler synet på den underliggende problematikken. De beskriver videre at alle kommunene (93) rapporterte å ha hatt

et aktivt arbeid med disse utfordringene de siste fem årene, uten at dette nødvendigvis gjelder bruk av barnekoordinator. Det viser uansett at kommunene arbeider aktivt med utfordringene på området. Vi kjenner ikke til andre evalueringer eller analyser av ordningens effekter og hvordan dette eventuelt har bidratt til bedre måloppnåelse for de aktuelle delmålene.

Av informantene vi har snakket med blir det forsterkede tilbudet med barnekoordinator trukket frem som positivt. De beskriver at det er stor variasjon i hvor langt ulike kommuner har kommet i å tilby dette. Mellom kommunene som tilbyr dette, beskriver de også stor variasjon i hvilket mandat, opplæring og ressurser koordinatorene har.

Respondenter i intervjuer har også trukket frem at det kan være utfordrende for dem i et palliativt forløp å få tildelt barnekoordinator og flere bør få tildelt en koordinator. Andre er også skuffet over implementeringen av ordningen i kommunene etter lovendringen, og det går særlig på oppfølgingen i kommune og hos spesialist etter tildeling.

Figur 5-1: Andel kommuner med hukommelsesteam/demensteam eller demenskoordinator



Kilde: Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022, Helsedirektoratet.

Hukommelsesteam

Hukommelsesteam, demensteam eller demenskoordinatorer er en eller flere fagpersoner med relevant kompetanse som på ulike måter kan bistå i et forløp. Fra 2007 til 2018 var det kraftig vekst i andelen kommuner med slike team, men det har fra 2018 til 2022 vært et lite fall (Figur 5-1). Fallet er ikke stort sammenlignet med den foregående veksten, og fallet kan henge sammen med koronapandemien eller sammensetningseffekter fra kommunereformen i 2020.

Teamene er ofte tverrfaglige, med sykepleiere, ergoterapeuter og helsefagarbeidere. Leger var i

2022 kun representert i cirka 25 prosent av kommunene med et slikt team (Helsedirektoratet, 2023c). Teamene har typisk som hovedfunksjon å bistå i utredning av diagnose. I Helsedirektoratet sin kartlegging i 2022, rapporterte over 90 prosent av kommunene med slike team at de også bistår med kartlegging av funksjonsnivå og hjelpebehov, gir oppfølging også etter første kontakt og sørger for oppfølging i andre instanser i kommunen.

5.2 Habilitering og re-habilitering i egen kommune

Delmål: Pasienter med behov for habilitering og rehabilitering skal få tilbud om dette i egen kommune.

Det er dokumentert at rehabiliteringstilbudet i Norge er for dårlig (Riksrevisjonen, 2024). Riksrevisjonen undersøkte rehabiliteringstilbudet i 2012 og avdekket da store mangler, og i en ny rapport fra 2024 konkluderer de med at nesten ingenting har blitt bedre. Riksrevisjonen påpeker blant annet at 85 prosent av kommunene mangler lovpålagt kompetanse på rehabiliteringsområdet. Det er særlig mange kommuner som mangler psykologkompetanse (Tabell 5-1).

Tabell 5-1: Andel kommuner som har kompetanse tilgjengelig i arbeidet med rehabilitering

Kompetanse	Andel kommuner
Lovpålagt kompetanse	
Ergoterapeut	93 %
Fysioterapeut	99 %
Lege	71 %
Psykolog	18 %
Sykepleier	95 %
Anbefalt kompetanse	
Audiopedagog	5 %
Ernæringsfysiolog	13 %
Helsefagarbeider med etterutdanning innen rehabilitering	43 %
Logoped	45 %
Sosionom	15 %
Synspedagog	6 %

Vernepleier

44 %

Kilde: Riksrevisjonen, 2024

De regionale helseforetakene skal sørge for at befolkningen får nødvendig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Tre av de regionale helseforetakene har utarbeidet behovsvurderinger for rehabiliteringstilbudet i helseregionen (Helse Nord, 2023; Helse Midt, 2024; Helse Sør-Øst, 2024). Vurderingene skal være utgangspunkt for anbudskonkurranse for anskaffelse av rehabiliteringsavtaler, og flere av informantene vi har snakket med har vært kritiske til at det legges opp til at deler av rehabiliteringstilbudet for kronisk syke pasienter overføres til kommunene. Informantene mener kommunene ikke har tilstrekkelig kompetanse til å sikre et godt tilbud, og at den planlagte endringen vil medføre at etablerte fagmiljøer bygges ned.

Kartleggingen har i begrenset grad gitt informasjon om det kommunale habiliteringstilbudet og hvordan dette er for personer med hjernesykdommer. Riksrevisjonen har undersøkt helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse og fant at tildelingen av tjenester varierer mye mellom kommunene (Riksrevisjonen, 2021). Tildelingene påvirkes blant annet av at det er store forskjeller i habiliteringstilbudet i helseregionene og ulik praksis i behandling av klager på kommunenes vedtak. Riksrevisjonen fant også at det er store forskjeller og utilstrekkelig kapasitet i helseforetakenes habiliteringstilbud til barn.

5.3 Ambulante tjenester fra sykehus skal støtte kommunale tilbud

Delmål: Ambulante tjenester fra sykehus skal støtte kommunale tilbud for å ivareta brukere som bor hjemme.

Ambulante tjenester er tjenester der pasientene møtes der de er, for eksempel hjemme i stedet for på sykehus.

Arbeid med ambulante tjenester som inkluderer spesialisthelsetjenesten har vært tema i flere sentrale dokumenter på helseområdet de siste årene. I oppdragsdokumentene for 2017 ble de regionale helseforetakene bedt om å utvikle former for ambulante tjenester innen rehabilitering og voksen- og barnehabilitering. I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) er det beskrevet at det var et mål å videreutvikle den desentraliserte delen av spesialisthelsetjenesten med mer vekt på

ambulante og polikliniske tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Formålet er at både primær- og spesialisthelsetjenesten kan gi et samlet, godt og lokalt basert tilbud. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024-2027) er det også beskrevet at regjeringen vil arbeide for å sikre innbyggerne tilgjengelige spesialisthelsetjenester av god kvalitet gjennom blant annet ambulante tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024a). Videre står det i planen at det er behov for veiledning og ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten for å sikre at pasienter med mindre vanlige sykdommer, som Parkinson og MS, får tilstrekkelig gode rehabiliteringstilbud.

ACT- og FACT-team er tverrfaglige team som arbeider oppsøkende utenfor sykehus, og som følger opp mennesker med alvorlige psykiske lidelser og problemer (Helsedirektoratet, 2023). En oversikt fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) viser at det er etablert mer enn 70 ACT- og FACT-team i Norge (NAPHA, 2024).

Stavanger universitetssykehus er et eksempel på et sykehus som har etablert et ambulant tilbud i samarbeid med kommuner i regionen – Interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam, IKART (Stavanger kommune, 2024). Tilbudet er et tverrfaglig ambulant team, der kjerneteamet består av en lege fra Stavanger universitetssykehus, fysioterapeut, ergoterapeut og psykolog. I tillegg kan teamet koble på annen kompetanse ved behov. Teamet jobber klinisk sammen med bostedskommunens fagpersoner der brukeren bor eller oppholder seg. Teamet benyttes når de ansatte i kommunene ønsker veiledning eller bistand til å øke intensiteten på rehabiliteringen. IKART har vært et prosjekt fra 2017 til 2022, og fra 2023 har tilbudet vært i ordinær drift.

5.4 Nasjonal behandlingslinje for barn med ervervet hjerneskade

Delmål: Implementere nasjonal behandlingslinje for barn med ervervet hjerneskade.

Ervervede hjerneskader er hjerneskader som ikke er medfødte. Disse skadene kan oppstå gjennom ulykker og sykdom, for eksempel infeksjoner, hjerneslag, fall, kollisjoner og svulster. Skadene kan variere i stor grad, der noen vil ha langvarige konsekvenser. Det er ofte alvorlige skader, og funksjonsutfallet på barnet kan gi fysiske, kognitive, emosjonelle og adferdsmessige vansker, eller en kombinasjon av disse. Barn med ervervet hjerneskade har ofte sammensatte vansker, og kan ha rett på individuell plan (avsnitt 5.5).

Målet med å innføre en nasjonal behandlingslinje er å etablere sammenhengende behandlingsforløp for barn med ervervet hjerneskade, samt sammenhengende habiliterings- og rehabiliteringsforløp. Tidligere har oppfølgingstilbudet vært svært varierende for pasientgruppen (St. Olavs hospital, 2018).

Den første behandlingslinjen for pasientgruppen kom i 2013. Helse Sør-Øst utviklet behandlingslinjen med økonomisk støtte fra Helsedirektoratet (metodebok.no, 2022). Behandlingslinjen hadde fem faser for habilitering og rehabilitering av barn med moderat og alvorlig ervervet hjerneskade. I 2017 fikk Helse Midt i oppdrag å lede arbeidet med en *nasjonal* behandlingslinje for re-/habilitering av barn og ungdom med moderat til alvorlig ervervet hjerneskade, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten fra arbeidet kom i 2018, og anbefalte at helseregionene skulle utvikle behandlingslinjer basert på fasemodellen fra Helse Sør-Øst.

Dette betyr at heller enn å etablere en nasjonal behandlingslinje, har helseregionene utviklet regionale behandlingslinjer med et felles utgangspunkt. Behandlingslinjene finnes i alle fire helseregionene (Helsedirektoratet, 2024c). Dette gjør at behandlingslinjene er tilpasset de lokale forholdene i hver region. Det enkelte helseforetaket har ansvar for lokale implementeringstiltak for å sikre at behandlingslinjen blir tatt i bruk.

Behandlingslinjene er som nevnt delt inn i fire faser (Figur 5-2). I de andre regionene følger også en femte fase, senfaserehabilitering, noe som inngår i fjerde fase i modellen til Helse Sør-Øst. Fasene skal ta for seg hele pasientforløpet og beskrive den samlede tverrfaglige og koordinerte innsatsen fra skaden oppstår frem til voksen alder. Behandlingslinjen beskriver også hvordan kommunale instanser, habiliteringstjenesten for barn og unge og Statped kan samarbeide.

Utover de regionale behandlingslinjene, er det en samside for barn med ervervet hjerneskade på helsenorge.no (Oslo universitetssykehus HF, 2023). Temasiden opprettholdes av Fagnettverket, etablert i Helse Sør-Øst.

5.5 Individuell plan og koordinator

Delmål: Sikre at pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får oppfylt retten til individuell plan og koordinator.

Mange personer med hjernesykdommer har sammensatte og komplekse utfordringer, og de har



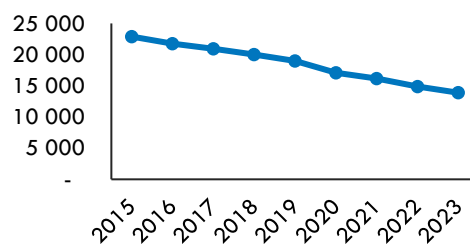
Kilde: Seksjon for nevrohab-barn OUS

behov for god oppfølging fra flere instanser i helse- og omsorgstjenesten. Et av verktøyene som finnes er individuell plan. En individuell plan kan inneholde viktige mål, hva som skal gjøres, hvem som har ansvar for hva og til hvilken tid tjenestene skal gis (Helsedirektoratet, 2022c). Planen kan også inkludere andre tjenester en har behov for, slik som NAV eller tilrettelegging i skolen. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 har personer med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester rett på individuell plan. Etter lovens § 2-5 b har de også rett på koordinator.

En koordinator kan bidra til oppfølging, samordning av tjenester og kommunikasjon mellom aktører i helse- og omsorgstjenesten. En koordinator kan også ha i oppgave å følge opp arbeidet med en individuell plan. En person med rett på individuell plan og koordinator kan også velge å benytte seg av bare én av delene. Koordinatorene kan oppnevnes og tildeles enten i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Et eksempel på en type koordinator er demenskoordinatorer. De er ansatt i kommunen, og kan bidra til oppfølging av en person med demens og veilede pårørende.

Tall fra KOSTRA viser at antall brukere med individuell plan synker (Figur 5-3). Dette betyr at flere brukere med rett på individuell plan og koordinator, ikke benytter seg av dette. Videre viser Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorer at det i 2022 bare var 8,4 prosent av mottakere av habilitering og rehabilitering i hjemmet som har virksom individuell plan. Den samme statistikken viser stor geografisk variasjon, både på fylkes- og kommunenivå, med flere kommuner på 0 prosent. Resultatene underbygges av rapporter og undersøkelser (FHI, 2023c).

Figur 5-3: Antall brukere med individuell plan, 2015-2023



Kilde: SSB-tabell 12292

5.6 Oppfølging av tiltak fra Demensplan 2020

Delmål: Helsedirektoratet følger opp og evaluerer tiltakene fra Demensplan 2020, bruk av tilrettelagte hjemmetjenester, systematisk oppfølging etter diagnose og dagaktivitetstilbud.

I desember 2020 lanserte Helse- og omsorgsdepartementet Demensplan 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Handlingsplanen skulle følge opp og ta over posisjonen til Demensplan 2020. Demensplan 2025 er den tredje nasjonale handlingsplanen for demens, med mål om å bidra til et mer demensvennlig samfunn gjennom inkludering, likeverd og forståelse. I arbeidet med den oppdaterte Demensplanen har Helsedirektoratet evaluert og vurdert resultatene fra den foregående planen. I vurderingen rapporterer de om positiv utvikling i forrige planperiode (2015-2020).

Utover en oppdatert demensplan, skjer det mye på dette området. I 2022 ble det gjennomført en nasjonal kartlegging av tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens i kommunene (Helsedirektoratet, 2023c). Resultatene viste at 87 prosent av kommunene nevner demenstjenester i sine planer og at 88 prosent har hukommelsesteam eller demensteam i kommunen. Ni av ti kommuner rapporterte om spesielt tilrettelagte dagaktivitetstilbud. Av hjemmetjenester er det flere kommuner som benytter seg av «Tiltakspakke demens» (Helsedirektoratet, 2023d). Pakken er en systematisk modell for oppfølging av personer med demens. Velferdsteknologi blir stadig mer tatt i bruk, og bidrar til medisinsk oppfølging i hjemmet.

Et overordnet problem som blir trukket frem, er at det er mange personer med demens som står uten diagnose (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2024). I Helsedirektoratets kartlegging ble det identifisert 51 509 personer med demensdiagnoser. Det er bare halvparten av de antatt 100 000 personene som lever med demens (Helsedirektoratet, 2023d). Å få diagnosen er viktig fordi det utløser rettigheter, i tillegg til at det er viktig for at personen skal få behandling den ønsker og har krav på. Kunnskap i befolkningen, og i helse- og omsorgstjenestene er viktige for å øke andelen som får riktig diagnose. Her spiller demensplanen og hjernehelseterategien en viktig rolle.

Utover helsemyndighetenes strategier har andre tiltak også økt oppmerksomheten rundt demens. Et konkret eksempel er gjennom NRK-serien Demenskoret.

Helsedirektoratet har etablert nasjonal faglig retningslinje om demens, som kan bidra med systematisk arbeid og god kvalitet i tjenestene. Den oppdateres jevnlig, og hadde siste faglige endring februar 2024 (Helsedirektoratet, 2024h). Som et supplerende element til retningslinjene har Helsedirektoratet, Aldring og helse, og Nasjonalforeningen for folkehelsen utviklet *Veiviser demens*. Veiviseren er utviklet på bakgrunn av retningslinjene, og skal vise hvordan anbefalingene der kan brukes. Den er utviklet for beslutningstakere og helse- og omsorgspersonell, og for personer med demens og pårørende (Aldring og helse). Det arbeides målrettet mot å øke kunnskap og kompetanse i helse- og omsorgssektoren. Det er utarbeidet flere e-læringsprogrammer for ansatte i helse- og omsorgstjenesten, som verktøykasse demens (Aldring og helse).

5.7 Overføring av tiltak fra Demensplan

Delmål: Øke bruken av tiltakene i Demensplan 2020 og overføre bruken til flere målgrupper.

Det finnes tre nasjonale demensplaner, der Demensplan 2025 er den nyeste. Demensplanene inneholder forslag til en rekke tiltak for å bedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Flere av tiltakene kan også være relevante for andre pasientgrupper. Hovedmålene i Demensplan 2025 er:

1. Personer med demens og deres pårørende fanges opp til rett tid og sikres gode og tilpassede tjenester.
2. Personer med demens og deres pårørende sikres medbestemmelse og deltakelse i et demensvennlig samfunn, slik at de kan leve aktive og meningsfulle liv med fysisk, sosial og kulturell aktivitet som er tilpasset den enkeltes interesser, ønsker og behov.
3. Økt forskning og kunnskap om forebygging og behandling av demens.

Målene skal oppnås gjennom fire hovedinnsatsområder: medbestemmelse og deltakelse, forebygging og folkehelse, gode og sammenhengende tjenester, og planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Målene og innsatsområdene er overførbare til andre diagnoser, og kan også kobles opp mot hjernehelseterategien.

Som kommentert i avsnitt 5.6, finnes det en rekke tiltak rettet mot personer med demens. Flere tiltak fra demensplanene har blitt overført og tilpasset andre målgrupper i Norge. Opplæringsprogrammer som "Demensomsorgens ABC" har blitt brukt som

grunnlag for nye opplæringsprogrammer på andre områder. I dag finnes det ABC-opplæring for demensomsorg, eldreomsorg, utviklingshemming og musikkbasert miljøbehandling (Aldring og helse, 2021). Disse programmene er tverrfaglige og øker kompetansen til ansatte i kommunen.

Demensplanene har også påvirket forebyggende helsearbeid. Tiltak for å redusere risikoen for å utvikle demens kan være å leve og spise sunt, og å være sosial og ha et aktivt liv (Helsedirektoratet, 2022d). Disse forebyggende tiltakene går igjen på hjernehelsetområdet og i andre deler av helse- og omsorgssektoren.

5.8 Vurdere felles forløp for pasientgrupper med liknende utfordringer og behov

Delmål: Vurdere å utvikle felles forløp for pasientgrupper med liknende funksjonsutfordringer og behov for oppfølging.

I hjernehelsetstrategien er dette målet knyttet til etableringen av pasientforløp. Målet bygger blant annet på en vurdering fra Helsedirektoratets statusrapport for hjernehelset fra 2017: «Modellen med pakkeforløp for hjerneslag, psykisk helse og rus har en rekke elementer som kan utvikles til pakkeforløp for å bedre utredning og behandling for andre hjernesykdommer» (Helsedirektoratet, 2017c). Det finnes rundt 30 nasjonale pasientforløp for ulike sykdommer og sykdomsgrupper, og de fleste av disse er knyttet til kreft.

Pasientforløpet som tidligere het «Pakkeforløp for psykisk helse og rus» endret i 2022 navn til «Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus» (regjeringen.no, 2022a). I tillegg fikk Helsedirektoratet i oppdrag å videreutvikle forløpet. Dette skjedde etter innspill fra fagmiljøene om at forløpet i noen tilfeller var krevende å innføre på grunn av nye krav og mer rapportering. Formålet med oppdateringen var derfor å gjøre rapporteringen enklere, samt å styrke samhandlingen og bedre kvaliteten og brukermedvirkningen. Fra 2023 finnes det åtte nasjonale pasientforløp innen psykisk helse og rus. Siste faglige endring av retningslinjene for «Pakkeforløp hjerneslag» var i 2022.

Med unntak av endringene beskrevet over, har informasjonsinnhenting vi har gjennomført vist begrenset med aktivitet knyttet til pasientforløp for pasientgrupper med hjernesykdom. Vi har ikke fått informasjon om at det har blitt vurdert å utvikle felles forløp for pasientgrupper med hjernesykdom

som har liknende funksjonsutfordringer og behov for oppfølging.

5.9 Utvikle tilbudet om behandling til barn med hjerneskade

Delmål: Utvikle tilbudet om behandling til barn med hjerneskade gjennom tiltak i helseregionene og gjennom fritt behandlingsvalg.

Arbeidet med å implementere en behandlingsslinje for barn med ervervet hjerneskade (avsnitt 5.4) har vært viktig for tilbudet om behandling til disse barna.

Ordningen med fritt behandlingsvalg ble avvirket fra 1. januar 2023, men innebar frem til da at private virksomheter kunne godkjennes for å levere spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten. Ordningen omfattet blant annet habilitering av barn med hjerneskade og utvalgte rehabiliteringstjenester. Etter avviklingen er fritt behandlingsvalg ikke lenger et relevant virkemiddel for å utvikle tilbudet om behandling til barn med hjerneskade. Avviklingen betyr at private aktører ikke lenger kan godkjennes av Helfo for å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten, men de kan fortsatt levere offentlig finansierte spesialisthelsetjenester gjennom avtaler med de regionale helseforetakene (regjeringen.no, 2022b).

5.10 Opprettholde behandling i utlandet for barn og unge med hjerneskade

Delmål: Opprettholde behandlingsprogrammer i utlandet for barn og unge med hjerneskade inntil helseregionene har utviklet annen type helsehjelp i Norge.

De fleste personer med hjernesykdommer kan utredes, behandles og følges opp i kommune- og spesialisthelsetjenesten i Norge, men for noen sykdommer er det nødvendig med internasjonalt samarbeid og behandling i utlandet (Helsedirektoratet, 2017c).

For å få dekket kostnadene ved behandling i utlandet, er det to vilkår som må være oppfylt. Pasienten må ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og det må ikke finnes et tilbud i Norge, eller helsehjelpen i utlandet må være dokumentert mer virkningsfull enn helsehjelpen som tilbys av det offentlige i Norge (Oslo universitetssykehus, 2023b). Utgifter til

eksperimentell eller utprøvende behandling blir som hovedregel ikke dekket (Helsenorge, 2024).

I opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017-2019) anbefaler Helse- og omsorgsdepartementet at det etableres intensive trenings- og habiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten for barn med hjerneskade (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b). Begrunnelsen for anbefalingen var at tilbudene ikke var tilstrekkelig utbygd, og at de ble kjøpt ved habiliteringssentre i utlandet.

En metodevurdering publisert av Folkehelseinstituttet i 2017 viser at det har vært ulike meninger om noen av de intensive habiliteringsprogrammene som benyttes av familier med barn med hjerneskade (FHI, 2017). Metodevurderingen omfattet fire tilbud, og Folkehelseinstituttet skriver at programmene er kontroversielle i medisinske fagmiljøer og utgjør en stor kostnad for helsetjenesten og samfunnet. For to av sentrene fant Folkehelseinstituttet tre små kontrollerte studier som undersøkte effekten av tilbudene. Ingen av studiene fant forskjell i effekt over tid mellom intervensjonene og standard behandling på grovmotorisk, finmotorisk og kognitiv funksjon. Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget ble samtidig vurdert å være svært lav, og ingen av studiene undersøkte sikkerhet ved metodene. For de to andre tilbudene fant Folkehelseinstituttet ingen kontrollerte studier som undersøkte effekt og sikkerhet, og metodevurderingen kan derfor ikke si noe om dette for disse tilbudene. Den helseøkonomiske evalueringen viste at gjennomsnittskostnaden per pasient og deres familie var om lag dobbelt så høy for de utenlandske habiliteringstilbudene som for de to norske intensive habiliteringstilbud.

5.11 Øke bruken av læringsnettverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Delmål: En større del av helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ta i bruk læringsnettverk.

Læringsnettverk er et verktøy for forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2018a). Utviklingen av læringsnettverk er et løpende prosjekt mellom KS, Folkehelseinstituttet og Helse- og omsorgsdepartementet.

KS og Folkehelseinstituttet har i perioden 2013 til 2023 samarbeidet om satsingen «Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp» (KS, 2019). Formålet har vært å støtte kommunene og helseforetakene i

arbeidet med å sikre bedre overganger i pasientforløpene, samt å sikre brukernes behov for helhetlige, trygge og koordinerte tjenester. Arbeidet har vært finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Ved utgang av prosjektperioden i 2023 gikk arbeidet over i en ny fase.

I hjernehelsestrategien omtales tre av læringsnettverkene som særlig viktige for brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Disse er Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke, Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp for psykisk helse og rusproblemer og Nasjonalt læringsnettverk for god samhandling barn og unge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a). Fra 2020 ble læringsnettverkene endret fra separate nettverk for spesifikke grupper, til å gjelde alle voksne brukere som mottar kommunale tjenester.

Fra 2014 til 2023 ble det gjennomført 17 regionale læringsnettverk. Over 200 kommuner har deltatt i nettverkene, og disse representerer 76 prosent av landets innbyggere (KS, 2023a; KS, 2023b). Siden 2018 har det blitt gjennomført ni læringsnettverk for gode pasientforløp.

I statsbudsjettet for 2024 er det foreslått å bevilge 5 millioner kroner til å videreutvikle læringsnettverk i gode pasientforløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Det er foreslått at midlene skal brukes til å videreutvikle og drifte en nettside med tilgjengelig og oppdatert veiledningsmateriale for læringsnettverkene i regi av KS, og til veiledning til helsefelleskapene i planlegging, gjennomføring og implementering av læringsnettverk lokalt.

5.12 Samlet vurdering

Hovedmål 3, «Code forløp – fra symptom til diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering» har mange tilhørende delmål der et bredt spekter av tiltak og aktiviteter kan være relevante. Kort oppsummert viser kartleggingen at:

- Det virker ikke å ha skjedd større endringer i løpet av strategiperioden knyttet til å sikre koordinerte, tverrfaglige og teambaserte tjenester tilpasset den enkelte person. I intervjuene med pasient- og pårørendeorganisasjoner har flere pekt på stor variasjon både innad i og mellom ulike kommuner i om det er koordinerte, tverrfaglige og teambaserte tjenester tilpasset den enkelte person. Dette ble spesielt løftet frem for overgangen fra barn til voksen. Intervjuer med kommunene bekrefter dette inntrykket.

- Tidligere utredninger viser at det er store mangler i det kommunale rehabiliterings-tilbudet. Informantene i kartleggingen har stilt spørsmål ved om pasientene er tjent med at habiliterings- og rehabiliteringstilbud skal gis i egen kommune, fremfor fra mer sentraliserte og spesialiserte tilbud.
- Det er gjennomført et arbeid med å utarbeide en nasjonal behandlingslinje for barn med ervervet hjerneskade. I arbeidet bestemte regionene at behandlingslinjene skulle ha nasjonale fellestrekk, med lokale tilpasninger. som betyr at hver helseregion nå har en egen, lokalt forankret, behandlingslinje for barn med ervervede hjerneskader. Det enkelte helseforetaket har ansvar for lokale implementeringstiltak for å sikre at behandlingslinjen blir tatt i bruk.
- Individuell plan og koordinator kan være viktige verktøy for å sikre god og riktig oppfølging i helse- og omsorgstjenestene, men statistikk på området tyder på at det fortsatt er personer med hjernesykdommer som ikke får oppfylt retten til disse tjenestene. I mange tilfeller blir oppgavene ofte uført av brukeren eller av en pårørende.
- Helsedirektoratet og andre aktører jobber aktivt for å følge opp tiltak for personer med demens. Helsedirektoratet har blant annet etablert nasjonal faglig retningslinje om demens som sist ble faglig oppdatert i februar 2024. Oppmerksomheten rundt demensområdet kan skape positive ringvirkninger for andre, inkludert hjernehelsestrategien.
- Det virker ikke å ha blitt gjennomført en vurdering av om det bør utvikles felles forløp for pasientgrupper med lignende funksjonsutfordringer og behov i løpet av strategiperioden.
- Arbeidet med læringsnettverk for helsepersonell virker å ha gått som planlagt i strategiperioden, og et stort antall kommuner har deltatt i nettverkene.

6. Status for hovedmål 4

Hovedmål 4 er «God kunnskap og kvalitet gjennom forskning og innovasjon».

Aktivitetene som faller inn under målet skal bidra til å sikre kunnskap om hjerne-sykdommer, hvordan man kan leve med sykdommene og om diagnose, behandling og rehabilitering. I tillegg er det et mål at helsepersonellens kompetanse skal oppdateres i takt med utviklingen som skjer i helse- og omsorgstjenesten.

Det er seks delmål under hovedmålet. Delmålene omfatter finansiering av forskning, brukermedvirkning og samarbeid mellom det offentlige og næringslivet i utvikling av tjenestene, utvikling av flere nasjonale kvalitetsindikatorer, kompetanse blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten og utveksling av læringsopplegg.

6.1 Midler til forskning

Delmål: Regjeringen ber Norges forskningsråd lyse ut 20 mill. kroner til et forskningssenter for klinisk behandling som en flerårig satsing innenfor alvorlige sykdommer som rammer sentralnervesystemet som ALS, MS og demens. I tillegg styrkes Forskningsrådet med ytterligere 5 mill. kroner.

Forskningssenteret Neuro-SysMed ved Nevrologisk avdeling ved Haukeland universitetssjukehus og Universitetet i Bergen åpnet i oktober 2019 (Dagens Medisin, 2019). Senteret ble etablert som følge av en tildeling fra Forskningsrådet. Senteret mottar 20 millioner kroner fra Forskningsrådet i opptil åtte år, totalt 160 millioner kroner (uib.no, 2018).

Finansieringen av senteret er et samarbeid mellom Norges Forskningsråd sammen med Haukeland universitetssjukehus (vertsinstitusjon) og partnerne Universitetet i Bergen, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Lawson forskningssenter, London, Ontario, Canada (Helsedirektoratet, 2022a).

Neuro-SysMed var Norges første forskningssenter for klinisk behandling. De ansatte ved senteret gjennomfører kliniske studier om hjerne-sykdommene ALS, Parkinsons sykdom, MS og demens.

Forskningsrådet har også gitt 5 millioner i støtte til EpilepsiNett for perioden 2019-2023. EpilepsiNett ble opprettet som følge av Forskningsrådets

oppfordring om å etablere fagnettverk som ledd i hjernehelsestrategien (EpilepsiNett).

6.2 Brukermedvirkning i arbeid med kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon

Delmål: Brukernes erfaringer og kunnskapsbehov legges til grunn i kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon.

Bruker- og interesseorganisasjonene har en viktig rolle i brukermedvirkningsarbeid. Brukermedvirkning kan innebære å identifisere hvilke områder det er behov for forskning på og hvordan man skal prioritere mellom ulike områder. Brukerrepresentanter kan også delta i selve forskningen og i formidlingen av resultatene fra forskningsarbeidet.

Neuro-SysMed (se 6.1) legger vekt på brukermedvirkning i forskningen, og forskningssenteret har et brukerråd med representanter fra Nasjonalforeningen for folkehelsen, MS-forbundet, Norges Parkinsonforbund, ALS-foreningen og ALS Norge (Neuro-SysMed). Brukerrådet representerer brukerorganisasjoner som er knyttet til de de fire sykdommene senteret forsker på. Brukerrepresentantene bidrar med å utvikle studier med utgangspunkt i brukerrapporterte behov som ikke er dekket innenfor dagens praksis eller behandlingstilbud (Helsedirektoratet, 2024c). Neuro-SysMed har også utviklet en sjekkliste for brukermedvirkning for forskning (Neuro-SysMed, 2023). Hensikten med sjekklisten er å sikre nødvendig dialog mellom forskere og brukermedvirker, slik at forskningen er relevant og holder høy kvalitet. Sjekklisten inneholder punkter for idé- og planleggingsfase, oppstarts- og gjennomføringsfase, publisering, formidling og implementering, samt evaluering av brukermedvirkning.

Neuro-SysMed har bidratt til at mer enn 1 400 norske pasienter deltar i 20 intervensjonsstudier, 10 observasjonsstudier og 15 industristudier (Helsedirektoratet, 2024c). Studiene har bidratt til endring av behandlingspraksis og gitt grunnlag for nye studier på tvers av senterets forskningsområder. Neuro-SysMed deltar også i flere internasjonale industristudier.

EpilepsiNett har i løpet av perioden 2019-2023 etablert tre arbeidsområder: (1) registerbasert forskningsprosjekt, (2) brukerstyrt epilepsioppfølging og (3) kommunalt samarbeid. Det er særlig arbeidsområde 2 som er relevant for delmålet om brukermedvirkning. Arbeidet med brukerstyrt epilepsioppfølging innebærer utarbeiding og etablering av digital hjemmeoppfølging (DHO) for personer med epilepsi. EpilepsiNetts referansenettverk og et brukerpanel har vært involvert i arbeidet, og brukernes erfaringer har på denne måten blitt lagt til grunn i arbeidet (EpilepsiNett).

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse jobber for at brukeres og pårørendes erfaringer tas i bruk i tjenestene innen psykisk helse- og rusfeltet (Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse). Senteret formidler bruker- og pårørendeerfaringer, slik at kunnskapen kan brukes til å videreutvikle og forbedre tjenestene. Senteret jobber blant annet med å tilrettelegge for møteplasser og dialog mellom ulike aktører på feltet, delta i samfunnsdebatten, ta initiativ til erfaringsinnsamling og ny forskning, samt gjennomføre egne forskningsprosjekter.

Det finnes også flere kompetansemiljøer som jobber for å fremme kompetanse og fagutvikling innen områder som faller inn under hjernehelsetilstander. Noen eksempler på disse er Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Nasjonalt kompetansemiljø på området psykisk utviklingshemming (NAKU), Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) og kompetansesentre innen rus (KORUS) (Helsedirektoratet, 2018b). Kompetansemiljøene jobber blant annet med å spre både forskningsbasert kunnskap og praksiserfaring fra fagutøvere, brukere og pårørende.

I intervjuene vi har gjennomført, ble det nevnt at det i løpet av de siste årene har vært en økning i antall studier og fagmiljøer som er engasjert i hjernehelsetilstander. En informant påpekte at mye av forskningen foregår i spesialisthelsetjenesten, og at den derfor er mindre relevant for kommunene. De fleste pasientene får hoveddelen av oppfølgingen i kommunen, og informanten mente det hadde vært en fordel om det fantes mer forskning som var relevant for praksis i kommunene. En annen informant mente at forskningsmiljøene på sykehusene i løpet av de siste årene har blitt flinkere til å samarbeide og jobbe på tvers, og at det har vært en styrke for feltet.

6.3 Utvikle løsninger i samarbeid mellom helse- og omsorgstjenester og næringslivet

Delmål: Regjeringen vil legge til rette for utvikling, uttesting og dokumentasjon av nye løsninger i samarbeid mellom offentlige helse- og omsorgstjenester og næringslivet.

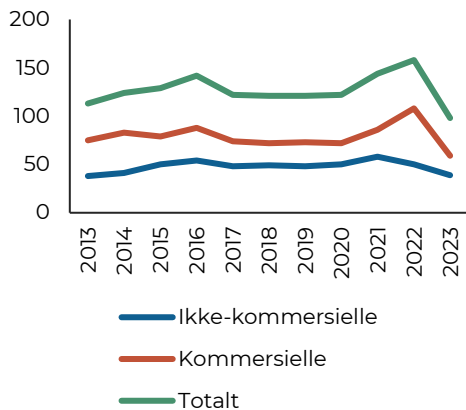
I hjernehelsetilstander er det beskrevet at helseregionene skulle få i oppdrag å legge til rette for økt samarbeid med næringslivet, blant annet gjennom utprøving av medisinsk-teknisk utstyr og for industrifinansierte kliniske studier.

I 2021 ble det lagt frem en handlingsplan for kliniske studier med to hovedmålsettinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Et av tiltakene i handlingsplanen var etablering av NorTrials, et gjensidig forpliktende partnerskap for kliniske studier. Ansvar for etableringen ble gitt til de regionale helseforetakene i samarbeid med næringslivet. Det er etablert seks NorTrials-sentre med ulike fagområder, og ett av disse er innen fagområdet hjernehelsetilstander (NorTrials, 2024). Senteret har valgt ut 12 ulike sykdomsområder hvor de ser det er rom for vekst, og hvor de vil jobbe for å få flere henvendelser fra industrien om gjennomføring av studier. Senteret har hatt møter med LMI, firmarepresentanter, NorCRIN-sekretariatet og regional forskningsstøtte. NorCRIN er et nasjonalt forskningsstøttenettverk bestående av landets seks universitetssykehus, som har som mål å øke antall og kvalitet på nasjonale og internasjonale kliniske studier.

Når det gjelder utvikling i antall søknader om kliniske studier i perioden hjernehelsetilstander har virket, viser statistikk fra Direktoratet for medisinske produkter (DMP) at antallet søknader om kliniske studier fra kommersielle sponsorer økte tydelig fra 2020 til 2021 og 2022 (Figur 6-1). I 2023 var det derimot en markant reduksjon i slike søknader. DMP oppgir selv at årsakene til reduksjonen er sammensatte, blant annet at det i 2022 kom en ny forordning om kliniske studier i EU som gjorde at alle aktører fra januar 2023 må bruke Clinical Trials Informations System (CTIS) for å sende inn søknader om nye kliniske studier i EU-området (Dagens medisin, 2024). Overgangen til det nye systemet har vært krevende, og flere globale legemiddelselskaper har derfor valgt å gjennomføre studier i andre land og regioner. Økningen i antall søknader fra 2020 til 2021 kan skyldes at norske sykehus opprettholdt en mer normal drift enn sykehus i andre land under pandemien, i tillegg til

signalene fra Helse- og omsorgsdepartementet om å øke antallet kliniske studier.

Figur 6-1: Antall søkte kliniske studier fordelt på kommersielle og ikke-kommersielle sponsorer, 2013-2023



Kilde: HelseOmsorg21 Monitor (2024)

Studiene ved Neuro-SysMed (se 6.1) skaper et potensial for innovasjon og kommersialisering. Det er flere eksempler på at patentering av nye behandlinger og biomarkører er underveis, og det foregår forhandlinger med industripartnere (Helsedirektoratet, 2022a).

6.4 Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer

Delmål: Utvikle flere nasjonale kvalitetsindikatorer, særlig indikatorer som handler om utfallet av behandlingen.

Nasjonale kvalitetsindikatorer er statistikk som belyser kvaliteten i helsetjenesten. Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet tar utgangspunkt i definisjonen av kvalitet fra veilederen «... og bedre skal det bli!» fra 2005, fra det daværende Sosial- og helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2022e). Kvalitetsindikatorerne tar utgangspunkt i noe som kan måles på et område, og dette målet sier noe indirekte om kvaliteten på området.

I løpet av strategiperioden har det skjedd flere endringer knyttet til kvalitetsindikatorer innen hjernehelse. Det har kommet flere kvalitetsindikatorer i allmennmedisin, og i 2023 ble det innført tre indikatorer om allmennlegers forskrivning av legemidler. Kvalitetsindikatorerne er ikke spesifikke for hjernehelse, men kan likevel ha relevans for hjernehelse og hjernesykdom. Et eksempel er:

- Andelen av den eldre befolkningen (≥ 65 år) som har fått rekvirert mye vanedannende

legemidler fra allmennlege i løpet av et år. Indikatoren måler også andel eldre som har fått minst én resept på vanedannende, og rekvirering av mye legemidler for fire undergrupper av vanedannende legemidler separat

Helsedirektoratet og Norsk MS-register og biobank har i samarbeid utarbeidet nasjonale kvalitetsindikatorer for MS-feltet (Helsedirektoratet, 2023e). Indikatorene ble innført i 2022, og er:

- Andelen av de som blir diagnostisert med atakkpreget MS, og som startet med ett av de anbefalte høyeffektive medikamentene som sin første behandling etter diagnosen.
- Andelen av de som blir diagnostisert med atakkpreget MS som starter med sykdomsmodulerende MS-behandling innen 3 uker etter diagnose.

I 2021 ble det innført nye indikatorer for pasienter med demens, hjerneslag og psykiske helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2022f):

- Andel av hjemmeboende personer med demens som har lokaliseringsteknologi fra kommunen.
- Andel av pasienter med akutt hjerneslag som får en tverrfaglig funksjonsvurdering, inkludert beslutning om videre forløp, innen anbefalt tid etter innleggelse i sykehus.
- Ni nye kvalitetsindikatorer for å måle effekt og etterlevelse av pakkeforløp innen psykisk helse og rus.

I 2019 kom det fire nye kvalitetsindikatorer innen psykisk helse og rus:

- Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for barn og unge
- Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for voksne
- Bruk av spesifikke tilstandskoder i tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Foresattes erfaringer med poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge

I 2023 ble fire indikatorer knyttet til hjerneinfarkt og hjerneslag utviklet som nasjonale kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet, 2024i). Indikatorene hadde vært del av systemet for nasjonale kvalitetsindikatorer siden 2016, og de ble utviklet fordi de fleste sykehus har hatt gode resultater over tid. Indikatorene publiseres fortsatt hos Norsk hjerneslagregister.

I Demensplan 2025 er det et mål om flere nasjonale kvalitetsindikatorer som kan understøtte planen. For å følge opp dette har det blitt utredet hva som

vil være relevant datagrunnlag og kodeverk for en ny nasjonal kvalitetsindikator for tildeling av koordinator til personer med demens. I 2024 skal Helsedirektoratet teste datakvaliteten for indikatoren.

I oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet fra 2022 og 2023 har departementet angitt at de ønsker større fokus på utfall av behandlingen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og at det utvikles flere kvalitetsindikatorer som belyser dette (Helsedirektoratet, 2024i). I 2024 skal Helsedirektoratet derfor jobbe med å utvikle og teste data for å måle resultat og utfall innen psykisk helse.

Helsedirektoratet har også igangsatt arbeid på andre områder (Helsedirektoratet, 2024c):

- Utrede om funksjonsmåling i KPR kan brukes som grunnlag for kvalitetsindikatorer innen kommunal institusjonsbasert rehabilitering.
- Analysere pasientforløp innen rehabilitering, for å utrede behov for normerende produkter og mulige kvalitetsindikatorer
- Samarbeid med utvalgte representanter fra ledernetverket for habilitering i spesialisthelsetjenesten om å utvikle nye kvalitetsindikatorer.

6.5 Sikre at nyutdannedes kompetanse samsvarer med behovene i tjenesten

Delmål: Bidra til at kompetansen til nyutdannede i større grad samsvarer med tjenestenes og brukernes behov, og at det blir en nasjonal standard på utdanningene, gjennom innføringen av et nytt system for styring av læringsutbyttet til helse- og sosialfaglige grunnutdanninger på universitets og høyskolenivå.

Målet består av to deler. Første del handler om at kompetansen til nyutdannede skal samsvare med brukernes og tjenestenes behov, mens andre del handler om innføring av et system for styring av læringsutbytte.

Det siste elementet i delmålet kan knyttes til etableringen av det nasjonale styringssystemet for helse- og sosialfagutdanningene i 2017. Styringssystemet omtales ofte som RETHOS (retningslinjer for helse- og sosialfag). Som del av systemet er det etablert nasjonale retningslinjer for de helse- og sosialfaglige utdanningene, og disse skal definere sluttkompetansen for hver utdanning og utgjøre en minstestandard for kompetanse

(regjeringen.no, 2017; KPMG og Samfunnsøkonomisk analyse, 2023).

RETHOS virker å fungere som et system for styring av læringsutbyttet til de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene på universitets- og høyskolenivå. Beskrivelsene av læringsutbyttet for hver utdanning sier hvilken sluttkompetanse det er forventet at ferdige kandidater skal ha innen kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Innenfor retningslinjene står utdanningsinstitusjonene fritt til å bestemme læringsinnhold, metode og undervisningsform. Samtidig viser en evaluering av RETHOS at utdanningsinstitusjonene opplever at det er lite rom for lokal tilpasning og utvikling, fordi læringsutbyttebeskrivelsene er omfattende (KPMG og Samfunnsøkonomisk analyse, 2023).

Når det gjelder samsvar mellom kompetanse hos nyutdannede og tjenestenes behov, skal retningslinjene utarbeidet som del av RETHOS fungere fleksibelt, slik at de kan endres dersom kompetansebehovene i tjenestene endres (KPMG og Samfunnsøkonomisk analyse, 2023). RETHOS er organisert med prosjekteier, styringsgruppe, sekretariat og programgrupper, og det er programgruppene som har ansvar for å revidere retningslinjene for utdanningene. Det er nedsatt en programgruppe for hver utdanning, og gruppene består av representanter fra utdanningene, tjenestene, studentene og forskningsmiljøene. Evalueringen av RETHOS viser at programgruppene løser revideringsoppgaven ulikt. Dette virker å skyldes usikkerhet rundt hvordan gruppene skal få informasjon om behov for revidering, hva som skal gi grunnlag for revidering og hvor ofte det skal gjøres revideringer. Dette kan gjøre at det er en risiko for at nødvendig revideringsarbeid ikke blir gjennomført.

Det kan også nevnes at det for ulike helse- og sosialfaglige utdanninger er mulig å ta videreutdanning innen fagområder som er relevante for hjernehelsetilstanden, og at dette kan bidra til å sikre at flere nyutdannede har kompetanse som samsvarer med tjenestenes og brukernes behov. Eksempler på relevante utdanninger er blant annet master i nevrologisk fysioterapi, master i nevro-sykepleie og master i psykisk helsearbeid.

6.6 Samarbeide om utveksling av e-læringsopplegg og simuleringserfaring

Delmål: Samarbeide om utveksling av e-læringsopplegg og simuleringserfaring i helsetjenesten.

Nettbaserte kurs, digitale verktøy og andre e-læringsmuligheter kan brukes til opplæring og videreutdanning av helsepersonell. En fordel med e-læringsopplegg er at de ofte gir deltakerne mulighet til å gjennomføre opplæringen i eget tempo og på et tidspunkt som passer dem, i tillegg til at det kan deles på tvers av ulike deler av helsetjenesten.

Simulering er en pedagogisk metode der man etterligner virkelige situasjoner, slik at deltakerne i opplæringen får øve seg på situasjoner som kan oppstå (Høgskolen i Østfold, 2017). Ved fullskala simulering benyttes ofte en datateknologisk dukke i full kroppsstørrelse, kalt simulator, til å simulere bruker/pasient.

Som del av denne kartleggingen har det ikke vært mulig å få en helhetlig oversikt over samarbeid om utveksling av e-læringsopplegg og simuleringserfaring i helsetjenesten, men de neste avsnittene belyser eksempler på relevant arbeid med e-læringsopplegg og simulering.

Institutt for helsevitenskap Ålesund (ved NTNU) er et eksempel på hvor det er etablert samarbeid for medisinsk simulering. Instituttet samarbeider med kommunene i regionen og Helse Møre og Romsdal om å bygge en infrastruktur for medisinsk simulering (Institutt for helsevitenskap Ålesund). Formålet med arbeidet er å løfte pasientsikkerheten i regionen.

Det er også eksempler på at det har blitt utarbeidet relevante e-læringskurs i løpet av strategiperioden. Nasjonalt senter for aldring og helse har en «verktøykasse» for demens som gir oversikt over relevante verktøy for ansatte i helse- og omsorgstjenesten som jobber med demens (Helsedirektoratet, 2024c). De har også et e-læringskurs for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester om utredning av demens og et e-læringskurs rettet mot pårørende til personer med demens.

Helsedirektoratet har i samarbeid med representanter fra kommuner, helseforetak og brukerorganisasjoner utviklet et innføringskurs om

individuell plan og koordinator (DFØ, 2020). Kurset er rettet mot både nye og erfarne koordinatorene, ledere i kommune eller helseforetak og ansatte i koordinerende enhet. Kurset består av både teori og oppgaver, og det kan gjennomføres individuelt eller i grupper.

6.7 Samlet vurdering

Hjernehelseterapien har bidratt til måloppnåelse for flere av delmålene under hovedmål 4. Det overordnede målet er «God kunnskap og kvalitet gjennom forskning og innovasjon», og særlig etableringen av forskningssenteret Neuro-SysMed har blitt trukket frem som viktig for forskningen på hjernesykdommer. Kort oppsummert viser kartleggingen at:

- Målsettingen om å styrke forskningen på hjernehelseterapi og hjernesykdommer gjennom midler fra Forskningsrådet har skjedd i tråd med målet i hjernehelseterapien.
- Mye av aktiviteten som har foregått knyttet til brukermedvirkning i arbeid med kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon ville trolig ha foregått uavhengig av hjernehelseterapien. Et viktig unntak er arbeidet med brukermedvirkning ved forskningssenteret Neuro-SysMed og EpilepsiNett, som ble etablert som et resultat av hjernehelseterapien.
- Etableringen av NorTrials-sentrene, hvorav ett jobber med hjernehelseterapi, bidrar til å legge til rette for utvikling av nye løsninger i samarbeid mellom offentlig helse- og omsorgstjeneste og næringslivet.
- Det har kommet nye kvalitetsindikatorer knyttet til hjernesykdommer i løpet av strategiperioden. Samtidig har Helse- og omsorgsdepartementet etterlyst flere kvalitetsindikatorer som gir kunnskap om utfall av behandlingen innen psykisk helsevern og TSB.
- Det nasjonale styringssystemet for helse- og sosialfagutdanningene ble etablert i 2017, og som en del av systemet er det lagt nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfaglige utdanninger. Retningslinjene skal definere sluttkompetansen for hver utdanning. Ettersom systemet ble etablert før hjernehelseterapien, kan det ikke knyttes direkte til denne.
- Kartleggingen har vist eksempler på utarbeidelse av e-læringsopplegg som er relevante for personer med hjernesykdommer, men vi har i liten grad funnet eksempler på systematisk arbeid for å dele e-læringsopplegg og simuleringserfaringer.

7. Vurderinger og anbefalinger til en oppdatert strategi fra 2025

Informantene i kartleggingen opplever at strategien peker på punkter som er viktige for å fremme hjernehelse i Norge, men at delmålene i den nåværende strategien har vært for omfattende og vage. Flere har pekt på at dette virker å gjøre strategien vanskelig å følge opp. Arbeidet med å oppdatere hjernehelsestrategien bør ta utgangspunkt i erfaringene fra første strategiperiode og lignende strategiarbeid i andre land og på andre sykdoms-områder.

Hesledirektoratet har i tildelingsbrevet for 2024 fra Helse- og omsorgsdepartementet fått i oppdrag å levere utkast til en oppdatert hjernehelsestrategi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024b). Oppdraget er formulert slik: «Hesledirektoratet bes utarbeide et utkast til en oppdatert hjernehelsestrategi. Utkastet skal primært bygge på eksisterende overordnede mål, men det kan være behov for å utvikle nye delmål. Det vises til folkehelsemeldingen, opptrappingsplan psykisk helse og nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024) som grunnlag for regjeringens helse- og omsorgspolitik. Direktoratet skal gjøre opp status på hjernehelse-området som grunnlag for oppdateringen slik at en oppdatert strategi også viser hvilke resultater man har sett av arbeidet så langt. Partnerskapet og andre relevante aktører skal involveres i arbeidet.»

Basert på informasjonen fra kartleggingen vurderer vi at det i arbeidet med å oppdatere hjernehelsestrategien bør gjøres følgende justeringer:

- Målene i hjernehelsestrategien bør være spesifikke for hjernehelseområdet.
- Den oppdaterte strategien bør ha færre delmål, og delmål som i større grad er målbare, enten kvalitativt eller kvantitativt.
- Det bør være tydelig hvilke aktører som er ansvarlige for å følge opp tiltak knyttet til de enkelte målene.

I tillegg vurderer vi at arbeidet med å oppdatere hjernehelsestrategien bør ta utgangspunkt i erfaringene fra første strategiperiode og lignende strategiarbeid i andre land og på andre sykdoms-områder. I de videre avsnittene oppsummerer vi

innspill fra informantene og egne vurderinger om problemstillinger som bør vurderes i arbeidet med å oppdatere hjernehelsestrategien.

Hva er formålet og hvem er mottaker?

Dagens strategi oppleves å dekke mange sentrale tiltak for hjernehelse, men det oppfattes som nødvendig å tydeliggjøre hvem man ønsker å nå og i hvilket format. Som et grunnlag for handling oppfattes strategien som for vag med uklarhet om ansvarsforhold og frister, manglende finansiering og lite konkret virkemiddelbruk som lover, utvikling av tjenestetilbud, utdanningsplaner mv. På den annen side oppfattes den for lang og detaljert til å fungere som et kommunikasjonsdokument.

Strategien gir heller ingen prioritering mellom tiltak i henhold til prioriteringsforskriften. Det etterlyses vurderinger av delmålenes betydning for kvalitet, personellbruk og kostnadseffektivitet.

Informantene vi har snakket med har gitt innspill om at de ønsker færre delmål, og delmål som i større grad er målbare, enten kvalitativt eller kvantitativt. Det har også blitt foreslått at strategien bør ha en prioritering av målene, slik at det fremkommer hva som er det viktigste å jobbe med. Videre har det blitt foreslått at man i den oppdaterte strategien bør se til arbeidet som nå er gjort i andre land med å utarbeide hjernehelsestrategier. Det har blitt nevnt at den sveitsiske strategien har et mer forskningsbasert utgangspunkt enn den norske, og at det kan være inspirasjon å hente fra denne.

Hvilken betydning har målene for kvalitet, personellbruk og kostnader?

Delmålene i den nåværende strategien spenner over et bredt spekter av områder, og det er også stor variasjon i hvilke kostnader og nyttevirksomheter det er naturlig å anta at målene vil gi dersom de nås. Enkelte av målene vil kreve en betydelig ressursbruk for å nås, og det er uklart om det ligger en vurdering av om denne ressursbruken vil stå i forhold til de forventede gevinstene. I arbeidet med en oppdatert hjernehelsestrategi, vil det være en fordel om det blir gjort en vurdering av hvilke kvalitetsforbedringer og andre gevinster man forventer dersom de ulike målene nås, og om gevinstene er store nok til å veie opp for ressursene som er nødvendige for å nå målet.

Helsepersonellkommisjonen har i sin utredning påpekt viktigheten av å vurdere hvilken betydning

tiltak i helsetjenesten har for personellbruk. Det kan derfor også være relevant å vurdere hvilken betydning målene og tilhørende tiltak vil ha for personellbruk, herunder vurdere om de bidrar til en hensiktsmessig bruk av personell.

Hvor bredt skal strategien spenne?

Det var stort sett enighet på tvers av informantene om at den oppdaterte hjernehelseterapien bør ha færre mål enn dagens strategi. Det ble blant annet nevnt at mange mål gjør det vanskelig å få oversikt over strategien, og at dette kan gjøre kommunikasjon om strategien utfordrende. Videre var det flere som mente at det vil være en fordel å samle de tilgjengelige ressursene knyttet til strategien om noen færre og mer utvalgte mål, og at en sentral oppgave i arbeidet med å oppdatere strategien er å prioritere hvilke områder som skal vektlegges i årene som kommer.

Den nåværende strategien overlapper til dels med annet arbeid og strategier, og målene er en kombinasjon av hjernehelseterapiens mål og mer generelle mål knyttet til helse og utvikling av helsetjenestene. I intervjuene ble det foreslått at den oppdaterte hjernehelseterapien i større grad bør komplementere andre strategier og tiltak, og at strategien bør handle om arbeid som er spesifikt for hjernehelseterapi, og i mindre grad om arbeid som overlapper med det øvrige folkehelsearbeidet. Informantene argumenterte for at dette vil legge til rette for at hjernehelseterapien bidrar til å realisere tiltak som i fravær av hjernehelseterapien ikke vil blitt gjennomført.

Sammenholdt mot oppsummeringen av faktorer med betydning for hjernehelseterapien fra Basetti et al. (Figur 2-2), synes flere forhold av betydning for hjernehelseterapi å ikke være omtalt. Dette gjelder både i samfunnsplanleggingen, i arbeidet med å beskytte og forebygge hjernesykdom, samt å bevare hjernehelseterapien.

I hvilken grad er en strategi forpliktende?

Gjennom statsbudsjettet for 2018 fikk Helse- og omsorgsdepartementet ansvar for å følge opp hjernehelseterapien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017c). Oppdraget var formulert slik: «Helse- og omsorgsdepartementet har ansvar for å lage en samlet plan for oppfølging av hjernehelseterapien. Det innebærer bl.a. å utforme konkrete tiltak som kan gjennomføres for å følge opp strategiens mål og delmål, herunder avklare hvem som har ansvar for de ulike tiltakene». Helsedirektoratet utarbeidet en oppfølgingsplan som ble oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet i 2018.

Flere av informantene vi har snakket med har ønsket at den oppdaterte strategien skal være mer

forpliktende, både for myndighetene, helsetjenesten og andre relevante tjenester. Det ble foreslått at en mulig endring for å bidra til dette, er å sørge for at det er mulig å måle i hvilken grad målene nås i løpet av strategiperioden. For noen mål kan det være aktuelt å sette konkrete måltall, mens det for andre er mer hensiktsmessig å bruke indikatorer eller kvalitative vurderinger for å vurdere måloppnåelse.

Enkelte av informantene påpekte at det er vanskelig å ha en forpliktende strategi så lenge det i begrenset grad følger økonomiske midler med strategien. Flere har ønsket derfor at dette skal følge med den oppdaterte strategien, slik at det er enklere å gjennomføre tiltak og aktiviteter. Andre påpekte derimot at det sjeldent følger økonomiske midler med strategier, og at arbeid med å følge opp en strategi innebærer å jobbe for å koble strategien opp mot pågående reformer. Denne måten å jobbe på innebærer at man må koble strategien på eksisterende arbeid, og jobbe for at strategien blir nevnt i fremtidige sentrale dokumenter.

Hvilken tidslinje er det for å nå målene?

Noen av informantene vi har snakket med, har påpekt at hvilke mål som bør inn i strategien vil avhenge av hvilken tidslinje man har for målene. Det har også blitt påpekt at en tydelig tidslinje for målene kan være positivt for arbeidet med oppfølging av strategien. Tidslinjen kan både være definert som strategiens virkeperiode, eller det kan defineres egne tidslinjer for de ulike målene.

Som del av arbeidet med å definere tidslinjer for målene i strategien, kan det også gjøres vurderinger av hvordan målene skal følges opp og vurderes. På områder der det skal iverksettes tiltak for å nå målet, kan det være relevant å gjennomføre en nullpunktsmåling. En nullpunktsmåling er en måling av status før man iverksetter tiltak, og denne målingen fungerer som sammenligningsgrunnlag for å senere målinger når man skal vurdere hvilke effekter et tiltak har bidratt til (DFØ, 2014).

Ikke alle målene i hjernehelseterapien er egnet for en nullpunktsmåling og en påfølgende måling av effekt, men det kan likevel være relevant å definere en tidslinje for når målene skal være nådd. En tidslinje bidrar til felles forståelse på tvers av aktører for når arbeidet skal gjennomføres, og dette kan gjøre eventuelt koordineringsarbeid enklere. Dersom målene har ulike tidslinjer, kan tidslinjene også bidra til en felles forståelse av hvilke mål som må prioriteres først.

Hvilke virkemidler er relevante?

For å følge opp målsettingene i en strategi, kan ulike virkemidler være relevante. For nasjonale strategier, slik som hjernehelsestrategien, er det en fordel om man som del av arbeidet med strategien har vurdert hvilke virkemidler som skal benyttes i oppfølgingen av strategien. I veileder til Utredningsinstruksens spørsmål 2: *Hvilke tiltak er relevante* pekes det på at ulike typer, og kombinasjoner av tiltak bør vurderes (DFØ, 2018):

- regulering, for eksempel påbud eller forbud, økonomiske virkemidler, for eksempel avgifter eller tilskudd
- pedagogiske virkemidler, for eksempel veiledning og informasjon
- organisatoriske virkemidler, for eksempel sentralisering/ desentralisering
- offentlige tilbud av produkter og tjenester, for eksempel infrastruktur og helsetjenester
- offentlige anskaffelser, for eksempel IKT-tjenester

Eksempler på virkemidler som kan være relevante i oppfølgingen av hjernehelsestrategien er kunnskap, finansiering og organisering. Kunnskap som virkemiddel inkluderer både kunnskap hos beslutningstakere, fagpersoner og i befolkningen generelt. For å legge til rette for at målene i strategien nås, kan det være behov for målrettet innsats for å sikre kunnskap hos en eller flere av disse gruppene. For hjernehelsestrategien kan kunnskap både være kjennskap til at strategien eksisterer, men også kunnskap om hjernehelse og hjernesykdommer. Kjennskap til strategien i relevante miljøer vil være viktig for å sikre

forankring av strategiene og tilhørende mål. Arbeid med å spre kunnskap bør ta utgangspunkt i en gjennomgang og vurdering av eksisterende informasjonstiltak, og deretter tilpasses behovene på feltet.

Finansiering av tiltak som bidrar til måloppnåelse av målene i strategien, er et annet virkemiddel som bør vurderes i arbeidet med en oppdatert hjernehelsestrategi. Finansiering av tiltak kan for eksempel skje gjennom etablering av tilskuddsordninger eller øremerkede midler til arbeid med strategien hos Helsedirektoratet eller andre relevante aktører. Dersom det ikke er mulig å sikre finansiering av nødvendige tiltak gjennom strategien, kan det være relevant å beskrive hvordan strategiarbeidet kan kobles på eksisterende prosesser, og hvordan eventuelle synergier kan oppstå ved at man ser flere områder i sammenheng.

Organisering av arbeidet med å følge opp hjernehelsestrategien er et annet virkemiddel som er viktig for hva som skjer i løpet av strategiperioden. I de første årene med den eksisterende hjernehelsestrategien var det både et «Hjernelag» hos Helsedirektoratet og et partnerskap der representanter for ulike relevante aktører ble invitert inn. Hjernelaget ble avviklet våren 2023, mens partnerskapet fortsatt eksisterer. Beslutningen om hvordan arbeidet med å følge opp strategien skal organiseres, bør baseres på erfaringene fra første strategiperiode, slik at det legges til rette for forankring i relevante miljøer som representerer bredden på hjernehelseområdet.

Vedlegg A Mål og delmål i hjernehelsestrategien 2018-2024

1. God hjernehelse hele livet – forebygging og livskvalitet

- a. Befolkningen skal få økt kunnskap om hva som er viktig for god hjernehelse og livskvalitet fra svangerskap til død
- b. Helsemyndighetene skal synliggjøre betydningen av sunne helsevalg for god hjernehelse gjennom informasjon og kampanjer
- c. Det skal utvikles flere kvalitetssikrede frisklivs-, lærings- og mestringstilbud i kommunene gjennom samarbeid med brukerorganisasjoner, frivillige og privat sektor
- d. Den helsefremmende og forebyggende innsatsen i alle deler av helse- og omsorgstjenesten skal økes

2. Et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud og bedre ivaretagelse av pårørende

- a. Det bør utarbeides samvalgsverktøy for pasienter med hjernesykdommer, slik at pasientene kan delta aktivt i beslutninger om utredning, behandling og oppfølging
- b. Pasientene er aktivt med i å utarbeide kvalitetssikret helseinformasjon om sykdom og strategier for mestring
- c. Det bør utvikles brede faglige nettverk som ikke er avgrenset til diagnose, etter modell fra ParkinsonNet
- d. Tjenestetilbud, aktiviteter og avlasting er tilpasset den enkelte pasient/bruker
- e. Pårørende og barn som pårørende får god oppfølging og veiledning

3. Gode forløp – fra symptom til diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering

- a. Ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten må følge opp rutiner for koordinering av tjenester til brukere med sammensatte behov
- b. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen- og spesialisthelsetjenesten skal ha gode rutiner i livsløpsovergangen fra ungdom til voksen
- c. Skape tverrfaglige og koordinerte tjenester som tar utgangspunkt i pasientens behov og ønsker
- d. Teambaserte tjenester i kommunen skal utvikles ut fra brukerens behov og funksjon
- e. Pasienter med behov for habilitering og rehabilitering skal få tilbud om dette i egen kommune
- f. Ambulante tjenester fra sykehus skal støtte kommunale tilbud for å ivareta brukere som bor hjemme
- g. Implementere nasjonal behandlingslinje for barn med ervervet hjerneskade

- h. Sikre at pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får oppfylt retten til individuell plan og koordinator
- i. Hdir følger opp og evaluerer tiltakene fra Demensplan 2020, bruk av tilrettelagte hjemmetjenester, systematisk oppfølging etter diagnose og dagaktivitetstilbud
- j. Øke bruken av tiltakene i Demensplan 2020 og overføre bruken til flere målgrupper
- k. Vurdere å utvikle felles forløp for pasientgrupper med hjernesykdom som har liknende funksjonsutfordringer og behov for oppfølging
- l. Utvikle tilbudet om behandling til barn med hjerneskade gjennom tiltak i helseregionene og gjennom fritt behandlingsvalg
- m. Opprettholde behandlingsprogrammer i utlandet for barn og unge med hjerneskade inntil helseregionene har utviklet annen type helsehjelp i Norge
- n. En større del av helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ta i bruk læringsnettverk

4. God kunnskap og kvalitet gjennom forskning og innovasjon

- a. Regjeringen ber Norges forskningsråd lyse ut 20 mill. kr. til et forskningssenter for klinisk behandling som en flerårig satsing innenfor alvorlige sykdommer som rammer sentralnervesystemet som ALS, MS og demens. I tillegg styrkes Forskningsrådet med ytterligere 5 mill. kr.
- b. Brukernes erfaringer og kunnskapsbehov legges til grunn i kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon
- c. Regjeringen vil legge til rette for utvikling, uttesting og dokumentasjon av nye løsninger i samarbeid mellom offentlige helse- og omsorgstjenester og næringslivet
- d. Utvikle flere nasjonale kvalitetsindikatorer, særlig indikatorer som handler om utfallet av behandlingen
- e. Bidra til at kompetansen til nyutdannede i større grad samsvarer med tjenestenes og brukernes behov, og at det blir en nasjonal standard på utdanningene, gjennom innføringen av et nytt system for styring av læringsutbyttet til helse- og sosialfaglige grunnutdanninger på universitets- og høyskolenivå
- f. Samarbeide om utveksling av e-læringsopplegg og simuleringserfaring i helsetjenesten

8. Referanser

Aldring og helse, 2021. *Informasjon om ABC-opplæringen i kommunene 2021-2025*, s.l.: Forlaget aldring og helse.

Aldring og helse, u.d. *Veiviser demens*. [Internett]
Available at: <https://veiviserdemens.aldringoghelse.no/>
[Funnet juni 2024].

Aldring og helse, u.d. *Verktøykasse demens*. [Internett]
Available at: <https://www.aldringoghelse.no/verktoykasse-demens>
[Funnet juni 2024].

Bassetti, C., Endres, M., Sander, A. & al, e., 2022. *The European Academy of Neurology Brain Health Strategy: One brain, one life, one approach*, s.l.: European Journal of Neurology.

Dagens Medisin, 2019. *Åpningen av Neuro-SysMed er viktig for hele hjerne-Norge*. [Internett]
Available at: <https://www.dagensmedisin.no/blogg/apningen-av-neuro-sysmed-er-viktig-for-hele-hjerne-norge/128798>

Dagens medisin, 2024. *Kraftig fall i antall kliniske studier*. [Internett]
Available at: <https://www.dagensmedisin.no/direktoratet-for-medisinske-produkter-forskning-helseminister-bent-hoie-h/kraftig-fall-i-antall-kliniske-studier/615782>

Departementene, 2020. *Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan*, s.l.: s.n.

DFØ, 2014. *Veileder. Gevinstrealisering – planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter*, s.l.: s.n.

DFØ, 2018. *Veileder til utredningsinstruksen. Instruks om utredning av statlige tiltak*, s.l.: s.n.

DFØ, 2020. *Innføringskurs om individuell plan og koordinator*. [Internett]
Available at: <https://laeringsplattformen.dfo.no/kursoversikt/innforingskurs-om-individuell-plan-og-koordinator>

EpilepsiNett, u.d. *EpilepsiNett. Nasjonalt nettverk for evidensbasert epilepsiomsorg*. [Internett]
Available at: <https://www.epilepsinett.org/>

EpilepsiNett, u.d. *Hva er brukerstyrt epilepsioppfølging?*. [Internett]
Available at: <https://www.epilepsinett.org/brukerstyrt-epilepsiopp%C3%B8lging/hva-er-brukerstyrt-epilepsiopp%C3%B8lging>

FHI, 2017. *Vurdering av fire intensive habiliteringsprogram for barn og unge med hjerneskade: en fullstendig metodevurdering*, s.l.: s.n.

FHI, 2021. *Folkehelse rapporten - Livskvalitet i Norge*, s.l.: s.n.

FHI, 2023a. *Hva koster ulike sykdommer i helsevesenet?*. [Internett]
Available at: <https://www.fhi.no/nyheter/2023/hva-koster-ulike-sykdommer-i-helsevesenet/>

FHI, 2023b. *Samvalg*. [Internett]
Available at: <https://www.fhi.no/ku/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/samvalg/>

FHI, 2023c. *Mottakerne av habilitering og rehabilitering i hjemmet som har en individuell plan*. [Internett]
Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/mottakere-av-habilitering-og-rehabilitering-i-hjemmet-med-individuell-plan>
[Funnet Juni 2024].

Helse Midt, 2024. *Anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester - avtaler gjeldende fra 2025*, s.l.: s.n.

Helse Nord, 2023. *Rehabiliterings- og private tjenester*, s.l.: s.n.

Helse Nord, u.d. *Helse Nord*. [Internett]
Available at: <https://samvalgsveiviseren.no/om-oss/>

Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. *Meld. St. 11 (2015–2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*, s.l.: s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2017a. *Nasjonal hjernehelsestrategi (2018–2024)*, s.l.: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2017b. *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)*, s.l.: s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2017c. *Statsbudsjettet 2018 - kap. 740 Helsedirektoratet –*

tildeling av bevilgning. [Internett]

Available at:

<https://www.regjeringen.no/globalassets/departem-entene/hod/tildeling-oppdrag-og-arsrapporter/2018/statsbudsjettet-2018---kap.-740-helsedirektoratet---tildeling-av-bevilgning-11221507.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet, 2020.

Demensplan 2025, s.l.: s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2021. *Nasjonal handlingsplan for kliniske studier*, s.l.: s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2023. *Prop. 1 S. (2023-2024) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*, s.l.: s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2024a. *Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Vår felles helsetjeneste*, s.l.: s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2024b. *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2024*. [Internett]

Available at:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/tildelingsbrev-til-helsedirektoratet-for-2024.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. [Internett]

Available at:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helse Sør-Øst, 2024. *Behovsvurdering innen fysisk medisin og rehabilitering i Helse Sør-Øst for perioden 2026-2030*, s.l.: s.n.

Helse Sør-Øst, u.d. *Om oss*. [Internett]

Available at: <https://samvalg.no/om-oss/>

Helsedirektoratet, 2016a. *Code liv i Norge. Utredning om måling av befolkningens livskvalitet*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2016b. *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2017a. *Nasjonal hjernehelsestrategi (2018-2024)*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2017b. *Pårørendeveileder. Nasjonal veileder*. [Internett]

Available at:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paroren-deveileder>

Helsedirektoratet, 2017c. *Statusrapport hjernehelse 2017*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2018a. *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Nasjonal veileder*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2018b. *Kompetansesentre og kompetansetjenester*. [Internett]

Available at:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/kompetansebehov-og-kompetanseplanlegging/kompetansesentre-og-kompetansetjenester#1901ad0a-d52b-4db3-b4af-cfbee34d899b-praktisk-informasjon>

Helsedirektoratet, 2019. *Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam – pilotprosjekt*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/pilot-for-strukturert-tverrfaglig-oppfolgingsteam>

[Funnet 2024].

Helsedirektoratet, 2020. *Etablering og utvikling av kommunale frisklivs-, lærings- og mestringstilbud*. [Internett]

Available at:

<https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering-og-utvikling-av-kommunale-frisklivs-laerings-og-mestringstilbud>

Helsedirektoratet, 2021. *Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2022a. *Statusrapport for 2021/2022. Nasjonal hjernehelsestrategi (2018-2024)*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2022b. *Nye faglige råd for bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet – informasjon om prosjektet*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/nye-faglige-rad-for-brukermedvirkning-informasjon-om-prosjektet> [Funnet 2024].

Helsedirektoratet, 2022c. *Individuell plan og koordinator*. [Internett]

Available at:

<https://www.helsenorge.no/rettigheter/individuell-plan/>

[Funnet juni 2024].

Helsedirektoratet, 2022d. *Demens - risiko og forebygging*. [Internett]

Available at:

<https://www.helsenorge.no/sykdom/demens/risiko-og-forebygging-av-demens/>

[Funnet juni 2024].

Helsedirektoratet, 2022e. *Kvalitet og kvalitetsindikatorer*. [Internett]

Available at:
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

Helsedirektoratet, 2022f. *Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem (NKI). Årsrapport 2021*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2023. *Ambulante tjenester i habilitering og rehabilitering*. [Internett]
Available at:
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/habilitering-og-rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten/ambulante-tjenester-i-habilitering-og-rehabilitering>

Helsedirektoratet, 2023a. *ParkinsonNet*. [Internett]
Available at:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefelleskap/tjenestemodeller/parkinsonnet>

Helsedirektoratet, 2023b. *Nasjonalt veileder om samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier*. [Internett]
Available at:
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier/barnekoordinator>
[Funnet 2024].

Helsedirektoratet, 2023c. *Nasjonalt kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2023d. *Nasjonalt kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens 2022*. [Internett]
Available at:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-kartlegging-av-kommunenes-tilrettelagte-tjenestetilbud-for-personer-med-demens-2022/sammendrag#organisering-av-hjemmebaserte-tjenester>
[Funnet juni 2024].

Helsedirektoratet, 2023e. *Nasjonalt faglig retningslinje. Multippel sklerose*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2024a. *Om hjerneehelse*. [Internett]
Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/hjerneehelse/om-hjerneehelse>

Helsedirektoratet, 2024b. *Pasienter med hjernesykdommer i spesialisthelsetjenesten*. [Internett]
Available at:
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasient](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasienter-med-hjernesykdommer-i-spesialisthelsetjenesten)

[er-med-hjernesykdommer-i-spesialisthelsetjenesten](#)
[Funnet Juni 2024].

Helsedirektoratet, 2024c. *Statusrapport for 2022/2023. Nasjonalt hjerneehelsestrategi (2018-2024)*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2024d. *Tobakkskampanje - generasjon FRI*. [Internett]
Available at:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/kampanjer-og-informasjonsmaterieell>

Helsedirektoratet, 2024e. *Årsrapport 2023*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2024f. *Nasjonalt kvalitetskrav til samvalgsværktøy som skal publiseres på helsenorge.no*. [Internett]

Available at:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasient-og-brukerrettighetsloven/nasjonalt-kvalitetskrav-til-samvalgsværktoy-som-skal-publiseres-pa-helsenorge.no#kunnskapsgrunnlag->

Helsedirektoratet, 2024g. *Statusrapport for 2022/2023. Nasjonalt hjerneehelsestrategi (2018-2024)*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2024h. *Nasjonalt faglig retningslinje om demens*. [Internett]
Available at:
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
[Funnet juni 2024].

Helsedirektoratet, 2024i. *Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem (NKI) - årsrapport 2023*, s.l.: s.n.

[helsenorge.no](#), 2020. *Samarbeidspartnere*. [Internett]
Available at:
<https://www.helsenorge.no/nn/samarbeidspartnere/>

[helsenorge.no](#), u.d. *Samvalg – du kan være med og bestemme*. [Internett]
Available at:
<https://www.helsenorge.no/samvalg#Hvilke-samvalgsværkt%C3%B8y-finnes?>

[Helsenorge](#), 2024. *Rett til behandling i utlandet*. [Internett]
Available at:
<https://www.helsenorge.no/behandling-i-utlandet/rett-til-behandling-i-utlandet/>

HelseOmsorg21 Monitor, 2024. *Søkte kliniske studier*. [Internett]
Available at:

<https://www.helseomsorg2lmonitor.no/figur/54>
[Funnet 2024].

Hjernerådet, 2023. *Stor gevinst i å se hjernehelsetilstanden under ett!* [Internett]
Available at: <https://www.hjerneradet.no/stor-gevinst-i-a-se-hjernehelsetilstanden-under-ett/>

Høgskolen i Østfold, 2017. *Simulering. En innføring for lærere ved Avdeling for helse- og sosialfag*, s.l.: s.n.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2022. *Findings from the Global Burden of Disease Study 2019*, Seattle, Washington: IHME.

Institutt for helsevitenskap Ålesund, u.d. *Helsefaglig simulering*. [Internett]
Available at: <https://www.ntnu.no/iha/simulering>

Kalseth, J., Ådnanes, M., Melby, L. & Kaspersen, S. L., 2022. *Evaluering av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i seks kommuner*, Trondheim: SINTEF Digital.

Kinge, J., Dieleman, J., Karlstad, Ø. & al., e., 2023. *Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study*, s.l.: BMC Med.

Kompetansebroen, 2022. *Sett, hørt og forstått - Opplæringsprogram om pårørende*. [Internett]
Available at: https://www.kompetansebroen.no/courses/sett-hort-og-forstatt-opplaeringsprogram-om-paerørende?o=inlandet&fbclid=IwAR1kPmDsQA9oA naeRpyeoWnEJhTHIN4u_aS7Q217uBpuXbDrQ5m7KvjfPV8

KPMG og Samfunnsøkonomisk analyse, 2023. *Evaluering av styringssystem for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)*, s.l.: s.n.

KS, 2019. *Det er Gode pasientforløp*. [Internett]
Available at: <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/gode-pasientforlop/omsatsingen/gode-pasientforlop/>

KS, 2023a. *Videreutvikling av Gode pasientforløp – Telemark først ute*. [Internett]
Available at: <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/gode-pasientforlop/omsatsingen/videreutvikling-av-gode-pasientforlop--telemark-forst-ute/>

KS, 2023b. *Gode pasientforløp. Årsrapport 2022*, s.l.: s.n.

metodebok.no, 2022. *BHL ervervet hjerneskode for barn og unge 0-18 år*. [Internett]
Available at:

<https://metodebok.no/index.php?action=chapter&item=BJLJRAwY>
[Funnet juni 2024].

NAPHA, 2024. *ACT- og FACT-team*. [Internett]
Available at: <https://napha.no/content/13921/act--og-fact-team>

Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2024. *Få demensdiagnose*. [Internett]
Available at: <https://nasjonalforeningen.no/demens/fa-demensdiagnose/>
[Funnet juni 2024].

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, u.d. *Om oss*. [Internett]
Available at: <https://erfaringskompetanse.no/kontakt-oss/>

Neuro-SysMed, 2023. *Brukermedvirkning i forskning. Sjekkliste for forskere*. [Internett]
Available at: <https://neuro-sysmed.no/wp-content/uploads/2023/11/Sjekkliste-Brukermedvirkning-i-forskning-Neuro-SysMed-Versjon-4-07.11.23.pdf>

Neuro-SysMed, u.d. *Medlemmer i brukerrådet*. [Internett]
Available at: <https://neuro-sysmed.no/medlemmer-i-brukerradet/?lang=no>

NorTrials, 2024. *Årsrapport 2023*, s.l.: s.n.

Olesen, J. et al., 2012. *The economic cost of brain disorders in Europe*, s.l.: European journal of neurology.

Oslo Economics, 2021. *Evaluering av implementering av pårørendeveilederen*, s.l.: s.n.

Oslo universitetssykehus HF, 2023. *Hjerneskode hos barn og unge*. [Internett]
Available at: <https://www.helsenorge.no/sykdom/skader-og-sykdommer-i-hjernen/hjerneskode-hos-barn-og-unge>
[Funnet juni 2024].

Oslo universitetssykehus, 2023a. *NevroNet*. [Internett]
Available at: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/nevrologien/evrologisk-avdeling/nevronet>

Oslo universitetssykehus, 2023b. *Utenlandsbehandling*. [Internett]
Available at: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/dine-rettigheter/utenlandsbehandling>

Oslo universitetssykehus, 2024. *StressProffen - digital stressmestring for pasienter med kreft*. [Internett]

Available at: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nyheter/stressproffen-digital-stressmestring-for-pasienter-med-kreft>

Oslo universitetssykehus, u.d. *Digital støtte for bedre helse og livskvalitet*. [Internett]

Available at: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/se/avdelinger/medisinsk-klinikk/avdeling-for-digital-helseforskning-dig/digital-stotte-for-bedre-helse-og-livskvalitet/>

regjeringen.no, 2017. *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)*. [Internett]

Available at: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/> [Funnet 2023].

regjeringen.no, 2022a. *Pakkeforløp psykisk helse og rus endrar namn*. [Internett]

Available at: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus-endrar-namn/id2927994/>

regjeringen.no, 2022b. *Godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg avvikles fra 1. januar*. [Internett]

Available at: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/godkjenning-sordningen-i-fritt-behandlingsvalg-avvikles-fra-1-januar/id2951714/>

regjeringen.no, 2023. *Oppdatert nasjonal hjernehelsestrategi fra 2025*. [Internett]

Available at: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/oppdatert-nasjonal-hjernehelsestrategi-fra-2025/id2983459/> [Funnet Mai 2024].

regjeringen.no, 2024. *Innspill til Nasjonal livskvalitetsstrategi*. [Internett]

Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/innspill-til-nasjonal-livskvalitetsstrategi/id3027679/?expand=horingsbreve>

Riksrevisjonen, 2021. *Undersøkelse av helse- og omsorgstjenester til barn med funksjonsnedsettelse*, s.l.: s.n.

Riksrevisjonen, 2024. *Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene*, s.l.: s.n.

St. Olavs hospital, 2018. *Nasjonal behandlingslinje for rehabilitering av barn og ungdom med moderat til alvorlig ervervet hjerneskade*, Trondheim: s.n.

Stavanger kommune, 2024. *IKART 2017-2022. Interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam | prosjektrapport*, s.l.: s.n.

Stiftelsen Dam, 2021. *NevroNett*. [Internett] Available at: <https://dam.no/prosjekter/nevronett/>

Tøssebro, J. et al., 2023. *Bedre tjenester til barn og unge med sammensatte behov?*, Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.

uib.no, 2018. *160 millioner kroner til nytt senter for hjernesykdommer*. [Internett] Available at: <https://www.uib.no/med/121799/160-millioner-kroner-til-nytt-senter-hjernesykdommer>

UiO, Det medisinske fakultet, 2022. *Trygg ved livets slutt - SAFE-studien*. [Internett]

Available at: <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/trygg-ved-livets-slutt/>

UiO, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, u.d. *Promenta - om senteret*. [Internett]

Available at: <https://www.sv.uio.no/promenta/om/>

Vestergaard, S., Rasmussen, T., Stallknecht, S. & al., e., 2020. *Occurrence, mortality and cost of brain disorders in Denmark: a population based cohort study*, s.l.: BMJ open.

WHO, u.d. *Brain Health*. [Internett]

Available at: https://www.who.int/health-topics/brain-health#tab=tab_1 [Funnet Mai 2024].

Aandahl, E. et al., 2024. *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport 2018 – 2023 (Statusrapport VI)*, s.l.: s.n.

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo