



Innst. 206 S

(2015–2016)

**Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen**

Meld. St. 11 (2015–2016)

**Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan
(2016–2019)**

Innhold

	Side
1. Sammendrag	5
1.1 Innledning	5
1.2 Hovedmål i planperioden	6
1.2.1 Styrke pasienten	6
1.2.2 Prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling	6
1.2.3 Fornye, forenkle og forbedre	6
1.2.4 Nok helsepersonell med riktig kompetanse	7
1.2.5 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	8
1.2.6 Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus	9
1.2.7 Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	10
1.3 Gjennomføre Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)	11
1.3.1 Mer nasjonal styring og samordning av spesialisthelsetjenesten	11
1.3.2 Planlegging og utvikling i spesialisthelsetjenesten	12
1.3.3 Ledelse	12
1.3.4 Utvikling av finansieringsordningene	12
1.3.5 Videreutvikling av styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten	13
1.3.6 Oppfølging og gjennomføring av Nasjonal helse- og sykehusplan	13
2. Komiteens merknader	13
2.1 Behov for en Nasjonal helse- og sykehusplan	14
2.2 Den nye pasientrollen	20
2.2.1 Brukermedvirkning i tjenestene	21
2.2.2 Den medvirkende pasient – det nye medisinske gjennombruddet	21
2.2.3 Brukerinnflytelse i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige	24
2.2.4 Klinisk forskning	25
2.3 Spesialisthelsetjenester til mennesker med psykisk lidelse og rusavhengighet	25
2.4 Fornye, forenkle og forbedre	29
2.4.1 Kortere ventetider	29
2.4.2 Rask og effektiv diagnostikk	30
2.4.3 Mindre uberettiget variasjon – standardisering av pasientforløp	30
2.4.4 Ny oppgavedeling mellom helsepersonell	30
2.4.5 Digitalisering av spesialisthelsetjenesten	30
2.4.6 Ledelse	31
2.5 Personell og utdanning	32
2.5.1 Dimensjonering av utdanningene – tilgang på personell	32
2.5.2 Utdanninger i tråd med helsetjenestens behov	33
2.5.3 Bedre samhandling mellom helse- og utdanningssektoren	34
2.5.4 Ny utdanningsmodell for legespesialister	35
2.5.5 Ny legespesialitet for leger innrettet mot sykehusenes akuttmottak	36
2.5.6 Rekruttering	38
2.6 Kvalitet, pasientsikkerhet og kvalitetsstyring	38
2.6.1 Kvalitetsmål og variasjon i kvalitet	38
2.6.2 Gode og ferske data til kvalitetsstyring på alle nivåer	40
2.6.3 Sterkere nasjonal styring der det er nødvendig: Nasjonale kvalitetskrav til behandlingstjenester i sykehus	41
2.6.4 Sertifisering av sykehus	42
2.6.5 Nasjonalt nettverk for fagrevisjon	42
2.6.6 Beleggsprosent	43
2.6.7 Antibiotikaresistens	44
2.6.8 Pasientsikkerhet – meldekultur – arbeidsmiljø	44
2.7 Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus	46
2.7.1 Et differensiert akuttilbud	46

	Side
2.7.1.1	Veiledende grenser for opptaksområder 46
2.7.1.2	Akuttkirurgisk beredskap 48
2.7.2	Fødetilbudet 53
2.7.3	Betegnelser på ulike typer sykehus 55
2.7.4	Samarbeid mellom sykehus – sykehus i nettverk 55
2.7.5	Samhandling mellom kommuner og foretak 58
2.7.6	Scenarier for utvikling av tilbudet til akutt syke pasienter ved sykehusene 59
2.8	Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus 61
2.9	Privates rolle i framtidens spesialisthelsetjeneste 64
2.10	Finansiering og investering i spesialisthelsetjenesten 66
2.11	Helseregionenes planer og strategier 68
3.	Forslag fra mindretall 70
4.	Komiteens tilråding 72



Innst. 206 S

(2015–2016)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Meld. St. 11 (2015–2016)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

Til Stortinget

1. Sammendrag

1.1 Innledning

Regjeringen legger i meldingen fram Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Det er første gang siden staten tok over sykehusene i 2002 at en regjering legger fram for Stortinget en så helhetlig og konkret plan for utvikling av spesialisthelsetjenesten. Planen er en viktig del av regjeringens arbeid for å skape pasientens helsetjeneste. Planen gjelder for perioden 2016–2019, men beskriver og drøfter utviklingstrekk fram mot 2040.

God styring og planlegging er en forutsetning for gode helsetjenester. Med Nasjonal helse- og sykehusplan legger regjeringen til rette for en demokratisk forankret, nasjonal politikk for framtidens sykehus. Stortinget skal gi de overordnede politiske rammene for utvikling av framtidens spesialisthelsetjeneste. Innenfor de rammene Stortinget setter, skal planen være regjeringens operative redskap for å ruste spesialisthelsetjenesten til å møte framtidens utfordringer.

Det norske samfunnet vil gjennomgå store endringer fram mot 2030. Utviklingen i folketall, alderssammensetningen i befolkningen, endringer i sykdomsbildet og folks forventninger til kvalitet og standard vil få stor betydning for planleggingen av framtidens sykehus.

Den medisinske utviklingen

Medisinsk forskning og innovasjon bringer fram nye behandlingsmuligheter, legemidler og medisinsk utstyr i stort omfang og høyt tempo. Behandlingsmetodene blir mer skånsomme, og flere kan behandles, også i høy alder. Mange nye behandlingsformer krever avansert og dyrt utstyr og tverrfaglige, høyt spesialiserte team av fagfolk.

Selvbetjeningsteknologi og bedre tilrettelagt informasjon vil gjøre at pasienter kan mestre egen helse og behandling i langt større grad enn i dag. Pasienten vil være en aktiv pådriver i forebygging, diagnostisering, utredning, behandling og rehabilitering. Denne utviklingen vil få store konsekvenser for hvordan sykehusene bygges, organiseres og drives i årene som kommer.

Utviklingen innenfor kirurgien har gått fra åpne operasjoner til mer skånsomme teknikker som kikkhullskirurgi, robotteknologi og intervensjoner ved bruk av bildediagnostikk. Når behandlingen blir mer teknologiavhengig, blir den også mer avhengig av høyt kvalifisert personell som arbeider i tverrfaglige team. Tidligere kunne en dyktig kirurg med få medarbeidere og standard utstyr håndtere de fleste akutte problemstillinger ved mindre sykehus. Slik er det ikke lenger. Dagens behandlingsmuligheter stiller store og økende krav til spisskompetanse, avansert utstyr, støttefunksjoner (anestesi, røntgen, blodbank, laboratorium), og ikke minst krav til regelmessig trening og praksis. Dette gjør det nødvendig å samle mange kirurgiske behandlinger ved større sentre.

På det indremedisinske fagområdet er det fortsatt behov for bred, generell kompetanse. De mange eldre med kroniske sykdommer, ulike diagnoser og mange medikamenter krever helsepersonell som kan forstå og behandle helheten. Mye av teknologien som brukes i diagnostikk og behandling av indreme-

disinske sykdommer, blir etter hvert mindre og mer mobil.

Oppgaver som kan gjøres pasientnært, vil kunne frigjøre sykehuskapasitet som kan komme de sykeste til gode. Utstyr for selvdagnostisering og -oppfølging vil kunne redusere behovet for polikliniske konsultasjoner, samtidig som økt oppmerksomhet om egen helse kan føre til flere pasienthenvendelser.

Meldingen gjør rede for utviklingen og betydningen av persontilpasset medisin, som innebærer at behandling kan skreddersys den enkelte pasient i forebygging, diagnostikk og behandling. Videre gjør meldingen rede for arbeidet med å møte utfordringen med framveksten av antibiotikaresistens, samt tiltak for å bedre folkehelsen og motvirke livsstilssykdommer.

1.2 Hovedmål i planperioden

1.2.1 *Styrke pasienten*

Den største utfordringen i arbeidet med å styrke pasientens stilling i helsetjenesten er å snu innarbeidet kultur og arbeidsmåter slik at helsetjenesten ses fra pasientens perspektiv. Pasientene skal føle seg ivaretatt, sett og hørt, og møtes som de unike individene de er. I arbeidet med standardisering av tjenestene må dette perspektivet være med.

REGJERINGEN VIL

- evaluere og utvide ordningen med fritt behandlingsvalg
- innføre pakkeforløp for flere pasientgrupper, i første omgang for hjerneslag, psykiske lidelser og rusavhengighet
- gjennomføre ordningen med kontaktleger til alvorlig syke pasienter
- trekke pasientene aktivt inn i omstillinger og planlegging av nye pasientforløp
- etablere ungdomsråd ved alle sykehus
- øke bruken av erfaringskompetanse i tjenesten, blant annet gjennom systematisk utprøving av erfaringskonsulenter
- legge fram en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering
- videreføre arbeidet med å utvikle kvalitetssikret helseinformasjon og digitale løsninger for kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten
- videreføre arbeidet med å utvikle og ta i bruk gode samvalgsverktøy og publisere disse på helsenorge.no

1.2.2 *Prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling*

Brukerne mener at skillet mellom det psykiske helsevernet og den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten er for stort. Forventet levetid for mennes-

ker med alvorlige psykiske lidelser – ofte i sammenheng med rusavhengighet – er omkring 20 år kortere enn for befolkningen for øvrig. Nesten 60 prosent av overdødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer som i stor grad kan forebygges. Det må derfor legges bedre til rette for at pasienter i psykisk helsevern og rusbehandling får vurdert hele sin helsetilstand parallelt med utredningen og behandlingen av sine psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet.

Regjeringen legger til grunn at store deler av tilbudet ved de tradisjonelle psykiatriske sykehusene fases ut i takt med at nye og bedre tjenester samlokaliseres i alminnelige sykehus og distriktskykiatriske sentre.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør integreres i strukturen av distriktskykiatriske sentre når lokale forhold ligger til rette for det, slik at det skapes bedre sammenheng og helhet i tjenestetilbudet.

En større del av pasientbehandlingen bør skje i forpliktende, faglige nettverk organisert av helseforbundet. Nye arbeidsmåter med bruk av ambulante tjenester, telekommunikasjon og e-terapi kan trappes betydelig opp, slik at flere pasienter får tilgang på spesialist tidlig i behandlingsforløpet.

REGJERINGEN VIL

- prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- legge til rette for at psykiske og somatiske helse-tjenester blir bedre samordnet i framtidens helse-tjeneste
- vurdere behovet for spesialisering, oppgavedeling og nettverksorganisering mellom de distriktskykiatriske sentrene og mellom barne- og ungdomspsykiatriske enheter
- videreføre omstillingen til bedre døgnberedskap og ambulante akuttjenester ved de distriktskykiatriske sentrene
- innføre pakkeforløp for psykisk helse
- innføre pakkeforløp for rusavhengige
- følge opp opptrappingsplanen for rusfeltet som er fremlagt i 2015
- etablere et nasjonalt kvalitetsregister for tverrfaglig spesialisert rusbehandling

1.2.3 *Fornye, forenkle og forbedre*

Den store variasjonen mellom sykehusene når det gjelder kvalitet, effektivitet og ventetid viser at det er et stort potensial for sykehusene til å lære av hverandre. Erfaringene fra sykehus med kort liggetid, effektive behandlingsforløp og høy utnyttelse av kapasiteten bør overføres til andre sykehus.

Forpliktende nettverk mellom sykehus vil bli stadig viktigere for å møte behovene i framtidens spesialisthelsetjeneste. Faglige og organisatoriske nettverk mellom sykehus må være forankret i ledelsen.

Nettverkene skal sikre hensiktsmessig oppgavedeling mellom sykehus, implementering av felles faglige retningslinjer, samarbeid om pasientforløp på tvers av helseforetak, ambulerende og hospitering.

Et viktig tiltak for å møte framtidens utfordringer og sikre kvalitet i tjenestene er å benytte kompetansen til dem som arbeider i sektoren på en bedre måte. Endret oppgavedeling er ett av flere virkemidler som kan bidra til å oppnå dette. Den største delen av arbeidet med oppgavedeling må skje lokalt. Det er helsepersonell som er nær pasienten, som har best forutsetninger for å finne ut hvordan kompetansen skal brukes på best mulig måte. Men på enkelte områder er det nødvendig å ta noen nasjonale grep for å få bedre oppgavedeling. Dette gjelder særlig når oppgavedeling kan redusere flaskehals og gi bedre kapasitet og kvalitet, og det har vist seg vanskelig å få til endring. Helsedirektoratet har igangsatt et arbeid rettet mot bemanning på operasjonsstuer og oppgavedeling innen radiologi, patologi og endoskopier av tykktarm.

Nye arbeidsformer forutsetter bedre støttefunksjoner, ikke minst nye og bedre IKT-systemer. Det er viktig at IKT-systemene støtter gode arbeidsprosesser og pasientforløp. Ny teknologi vil også kunne påvirke oppgavefordeling, bruk av personellressurser, involvering av brukere og pasienter, og hvor tjenestene leveres.

REGJERINGEN VIL

- innføre tiltak på tvers av helseforetakene for å utnytte ledig kapasitet
- styrke samhandlingen med private tjenesteleverandører
- legge til rette for endret oppgavedeling mellom helsepersonell der det er hensiktsmessig for å redusere flaskehals og bedre kvaliteten
- videreføre arbeidet med IKT-løsninger som støtter gode arbeidsprosesser og pasientforløp
- etablere et felles nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning mellom de fire regionale helseforetakene

1.2.4 Nok helsepersonell med riktig kompetanse

UTFORDRINGER OG MULIGHETER

Nasjonale framskrivinger av personellbehovet i helsetjenesten viser forholdsvis god balanse mellom etterspørsel og tilbud av helsepersonell fram mot 2020. På lengre sikt vil det kunne oppstå større utfordringer. Utdanningskapasiteten er økt for flere helsepersonellgrupper fra midten av 1990-tallet og har skapt bedre tilgang på fagutdannet personell. Samtidig er det knapphet på visse personellgrupper. For sykehusene gjelder det særlig personell med høy utdanning og spesialisert kompetanse. De framskrivingene vi har nå, viser at det kan bli mangel på sy-

kepleiere både med og uten videreutdanning. Lege-spesialiteter som blant annet patologi, onkologi, radiologi, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri er vurdert som sårbare. Det er også forventet mangel på bioingeniører.

Mange helseforetak har gode resultater med målrettet satsing på personellplanlegging, rekruttering og kompetanseutvikling. Norge har generelt høy helsepersonelldekning sammenliknet med andre land, og har dermed et godt utgangspunkt for å møte framtidige utfordringer. Økt mobilitet i arbeidsmarkedet, særlig i EØS-området, har bidratt til at norsk helsepersonell også har god tilgang på fagutdannet helsepersonell fra andre land.

For å møte forventet behov for helsetjenester trengs et godt kunnskapsgrunnlag, gode analyser og gode framskrivingsmodeller. Det finnes flere ulike framskrivinger, registre og rapporter som belyser nå-situasjon og framtidige behov, men det er behov for bedre nasjonale oversikter. Pågående arbeid i Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene vil bidra til dette. Det finnes også flere arenaer for samarbeid og dialog mellom helse- og utdanningssektoren. Tilbakemeldinger fra tjenestene tyder på at ikke alle samarbeidsorganene fungerer etter intensjonene, og at det er mulig å utnytte disse på en mer kraftfull måte. Departementet vurderer hvilke strukturer vi bør ha for samarbeid mellom helse- og utdanningssektoren. Regionale samarbeidsorganer som er etablert mellom helseforetakene og universitets- og høyskolesektoren, bør revitaliseres som fora for felles helse- og utdanningssaker. De vil bli bedt om å gi årlige innspill til departementet om behovet for utdanning, personell og kompetanse i framtiden. Det er behov for et nasjonalt organ for å ta opp overordnede kompetanse- og utdanningsspørsmål som er felles for helse- og utdanningssektoren. Dette vil i første omgang bli ledet av Helse- og omsorgsdepartementet.

De regionale helseforetakene har utviklet en nasjonal modell for å beregne behov for personell i spesialisthelsetjenesten basert på ulike scenarier. Modellen kan anvendes for ulike medisinske fagområder, for helseforetakenes opptaksområder, regionalt og nasjonalt.

Ny modell for utdanning av legespesialister

Meldingen gjør rede for Helsedirektoratets forslag til ny modell for utdanning av legespesialister. Forslaget går ut på å omgjøre grenspesialitetene til hovedspesialiteter, samt innføre en ny tredelt, modulbasert modell i spesialistutdanningen for å få en mer fleksibel utdanning tilpasset dagens og morgendagens behov. For å ivareta breddekunnskapen legges det opp til felles kompetanseplattformer mellom ulike spesialiteter. Turnustjenesten for leger vil beholdes med små endringer som første del av den nye ut-

danningsmodellen. Andre del av utdanningsløpet omfatter felles kunnskap for grupper av nært beslektede spesialiteter, og i siste del skjer spesialiseringen som er unik for den enkelte spesialitet. I tillegg skal det i hele utdanningsløpet være gjennomgående kompetansemoduler i fag som er nødvendig for den moderne legerollen.

I tråd med departementets oppdrag har direktoratet foreslått et spesialiseringsløp med en nedre tidsramme på 6,5 år. Regjeringen vil legge hovedelementene i Helsedirektoratets forslag til grunn for endring av legenes spesialistutdanning.

Ny legespesialitet innrettet mot akuttmottakene

Regjeringserklæringen slår fast at det skal etableres en ny legespesialitet for å styrke kvaliteten i behandlingen ved sykehusenes akuttmottak. Den nye spesialiteten skal kunne benyttes ved alle akuttmottak, uavhengig av sykehusenes størrelse og beliggenhet. Spesialistene skal benyttes ved observasjonsposter ved de store sykehusene, og de skal kunne gå inn i vaktlagene ved de små sykehusene.

Den nye spesialiteten må innrettes mot behovene hos de pasientene som legges inn i akuttmottakene. Helsedirektoratet har lagt vekt på at de nye spesialistene særlig skal ha kompetanse i rask diagnostikk og hastegradsvurdering (triage) av de vanligste sykdommer hos pasienter i mottakene. Spesialistene skal igangsette behandling – om nødvendig i samarbeid med andre legespesialister. Den nye spesialiteten bør i størst mulig grad tilfredsstille internasjonale krav til kompetanse i akuttmottak og observasjonsposter.

REGJERINGEN VIL

- gjennomføre ny modell for utdanning av legespesialister, innrettet på dagens faglige utvikling, den moderne legerollen og effektive utdanningsløp
- etablere en ny legespesialitet innrettet mot akuttmottakene
- gjennomgå videreutdanningstilbud og vurdere tilbud om klinisk avansert sykepleie rettet mot behov i sykehus
- forbedre kunnskapen om personell- og kompetansebehov i framtidens spesialisthelsetjeneste som grunnlag for å møte behovene for helsepersonell og utvikle utdanningene
- styrke helsetjenestens påvirkning på utdanningene og sikre bedre samsvar mellom utdanningenes innhold, studentenes sluttkompetanse og helsetjenestens behov
- at ny nasjonal bemanningsmodell som er utviklet av regionale helseforetak tas i bruk for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov lokalt og regionalt

- be helseforetakene styrke arbeidet med personellplanlegging, rekruttering og kompetanseutvikling for å møte sykehusenes behov
- stimulere til fleksibel kompetanseutvikling i sykehus, blant annet gjennom e-læring og simulatortrening

1.2.5 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Det er behov for å samordne og tydeliggjøre nasjonale kvalitetskrav til sykehus. I dag stiller de regionale helseforetakene faglige krav til sykehusene i sin region, men kravene er ikke alltid samordnet nasjonalt. Mange fagmiljøer utarbeider også egne retningslinjer og kvalitetskrav på sine områder. Regjeringen foreslår derfor at det utarbeides nasjonale kvalitetskrav til utvalgte behandlingstilbud i sykehusene på områder der det er behov for sterkere kvalitetssikring. Kvalitetskravene skal være i tråd med overordnede føringer og rammer fastsatt av Stortinget. Kravene skal omfatte alle typer sykehus og skal ta utgangspunkt i tverrfaglige og helhetlige pasientforløp. Kvalitetskravene skal utarbeides av Helsedirektoratet i nært samarbeid med pasienter, fagmiljøer, interesseorganisasjoner og helseregionene. Valg av tjenester må ta utgangspunkt i områder der det er antatt variasjon i kvalitet, eller der det er behov for å støtte regional oppgavefordeling.

Det foreslås å innføre en godkjenningsordning for behandlingstilbud som skal tilbys få steder i hver helseregion. Dette vil bety at dagens system for godkjenning av nasjonale behandlingstjenester utvides til å omfatte godkjenning av regionale behandlingstjenester som kan lokaliseres fra 0–3 steder i hver helseregion, det vil si fra 4–12 steder i landet. Den nasjonale beslutningsmyndigheten foreslås flyttet fra departementet til Helsedirektoratet for å sikre et klart skille mellom politiske og faglige beslutninger.

Fagfolk etterlyser mer planmessige gjennomganger av faglig kvalitet og behandlingsresultater ved sykehusene. Regjeringen ønsker derfor å legge til rette for et system med fagrevisjoner i sykehusene. Det skal etableres et nasjonalt nettverk for fagrevisjon som skal utvikle kompetanse og bistå med læring og erfaringsoverføring.

REGJERINGEN VIL

- fortsette arbeidet med å utvikle gode og relevante mål på kvalitet og pasientsikkerhet i sykehusene
- innføre nasjonale kvalitetskrav til behandlingstilbud og nasjonal godkjenning av regionale behandlingstjenester
- innføre et system med kvalitetssertifisering av sykehusene og utrede hva slags sertifiseringsordning som vil skape mest verdi
- etablere et nasjonalt nettverk for fagrevisjoner i sykehus

1.2.6 *Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus*

Norske sykehus har svært ulik størrelse. Befolkningen i sykehusenes opptaksområder varierer fra 10–15 000 til nesten 500 000 innbyggere. Mange sykehus er små, og halvparten av sykehusene har et opptaksområde på under 50 000 innbyggere.

Regjeringen vil at det fortsatt skal være planlagt kirurgi på lokalsykehusene. Men det kirurgiske tilbudet må være tilpasset behovet, både lokalt og for de sykdommene der det er lange ventelister nasjonalt. Planlagt kirurgi må fordeles bedre mellom sykehusene. Kirurgene på lokalsykehus må ha en kompetanse som er tilpasset den aktiviteten som skal foregå på dagtid. Det vil ikke være mulig å opprettholde et bredt akuttkirurgisk tilbud basert på en vaktordning med 6–8 mage-tarmkirurger på alle norske sykehus i årene som kommer.

Et sykehus med indremedisinsk akuttberedskap støttet av anestesi, vil kunne ta imot og behandle pasienter med de hyppigst forekommende akutte tilstander, for eksempel akutt pustebesvær, infeksjoner og akutt hjerneslag. I en befolkning med økende antall eldre er det viktig at lokalsykehusene kan gi behandling til disse pasientgruppene. Overføring av planlagt kirurgi fra store til små sykehus vil sikre aktivitet ved mindre lokalsykehus og tilstrekkelig kapasitet på større sykehus til å håndtere et økt antall akuttpasienter.

Begge de to rådgivningsgruppene anbefalte at sykehus med akuttkirurgisk funksjon bør ha et opptaksområde på minst 80–100 000 innbyggere. Anbefalingen er basert på det en vet om forholdet mellom volum og kvalitet, kunnskap om den faktiske akuttkirurgiske aktiviteten ved sykehus av ulik størrelse, og gruppe-medlemmenes egne erfaringer. En nedre grense for opptaksområdet for akuttkirurgi på 100 000 innbyggere vil berøre så mange som 35 av 51 akuttsykehus. Regjeringen vil derfor, med bakgrunn i dagens sykehusstruktur, foreslå en veiledende grense for akuttkirurgi på 60–80 000 innbyggere. Det er forslått et spenn og ikke en absolutt grense fordi det alltid vil måtte gjøres skjønnsmessige vurderinger. Det bør for eksempel stilles høyere krav til opptaksområde for et sykehus med kort avstand til nærmeste større akuttsykehus enn til et sykehus der avstanden er stor. I enkelte deler av landet vil forhold som klima, kommunikasjon/transport og avstand til nærmeste større akuttsykehus innebære at akuttkirurgi må opprettholdes, selv om opptaksområdet er under 60–80 000 innbyggere.

I dag preges samarbeidet mellom sykehus til en viss grad av konkurranse og rivalisering. Regjeringen vil at den faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehusene i et helseforetak og mellom helseforetakene i helseregionen skal styrkes

og bli mer forpliktende. Nettverkene skal sikre god oppgavefordeling. Videre skal de sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringsordninger. Resultatet skal bli kvalitet i alle ledd og gode og sømløse pasientforløp. Helse Førde og Universitetssykehuset i Nord-Norge er eksempler som viser betydningen av felles konferering og bruk av telemedisin ved mottak av akutt syke pasienter. Slike systemer må videreutvikles slik at de kan understøtte bedre oppgavefordeling mellom sykehusene.

Regjeringen har foreslått å stille nasjonale kvalitetskrav til utvalgte behandlingstilbud og å innføre en godkjenningsordning for behandlingstilbud som skal finnes få steder i hver helseregion. Det vil være naturlig å se på tilbudet til akutt syke pasienter i denne sammenheng.

De nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet er nedfelt i stortingsmeldingen En gledelig begivenhet (2008–2009) og i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud fra 2011. Disse kravene ligger fast. Dette innebærer at helseforetakene må sikre at fødeavdelingenes behov for støttefunksjoner er dekket. Det må være anestesilege og anestesiteam tilgjengelig på døgnbasis, samt operasjonspersonell for akutte hendelser og keisersnitt.

Sykehusstruktur og ambulansetjenester må ses i sammenheng. Dersom det skal gjøres endringer i akuttberedskapen ved sykehus, må det samtidig gjøres en gjennomgang og styrking av bil-, båt og luftambulansetjenesten. Den må ha nødvendig kapasitet, kompetanse, utstyr og tilgjengelighet til å kunne håndtere at flere pasienter må stabiliseres lokalt og transporteres videre til annet sykehus.

BETEGNELSER PÅ ULIKE TYPER SYKEHUS

I dag brukes flere betegnelser på ulike typer sykehus og spesialisthelsetjenester uten at det alltid er klart hva disse sier om virksomhetens innhold. Regjeringen vil foreslå følgende betegnelser på sykehus for å tydeliggjøre innholdet og gjøre begrepsbruken mer enhetlig:

- Betegnelsen regionsykehus skal brukes om det ene sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hovedsykehus. De fire regionsykehusene er Universitetssykehuset i Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Disse sykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen.
- Betegnelsen stort akuttsykehus brukes om sykehus med opptaksområde på mer enn 60–80 000 innbyggere, og som har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter.

- Betegnelsen akuttpsykehus brukes om sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.
- Betegnelsen sykehus uten akuttfunksjoner brukes om sykehus med planlagt behandling som ikke har akuttfunksjoner.

VIDERE UTVIKLING AV DESENTRALISERTE SPESIALISTHELSETJENESTER

I enkelte deler av landet er det etablert større helseinstitusjoner utenfor sykehus der det ytes spesialisthelsetjenester. Oftest er disse spesialisthelsetjenestene samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester og går under navn som distriktsmedisinske sentre, lokalmedisinske sentre eller sjukestu-gu.

Regjeringen ønsker at tilbud om desentraliserte spesialisthelsetjenester skal videreutvikles. Dette vil gi mange pasienter kvalitetsmessig gode tjenester i nærområdet og spare dem for belastende reiser til sykehus. Samlokalisering med kommunale tjenester gir også en større mulighet til å etablere helhetlige pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

REGJERINGEN VIL LEGGE FØLGENDE PRINSIPPER TIL GRUNN FOR BEDRE OPPGAVEDELING OG SAMARBEID MELLOM SYKEHUSENE:

- Det skal fortsatt være en desentralisert og differensiert sykehusstruktur i Norge. En ryggrad av akuttpsykehus er nødvendig for å sikre beredskap og øyeblikkelig hjelp.
- Funksjoner skal samles når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentraliseres når det er mulig – for å gi et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet.
- For pasienter med behov for mer spesialiserte akutte tjenester, vil behandlingstilbudet som hovedregel være ved store akuttpsykehus. Dette betyr at over tid vil færre sykehus enn i dag ha akutt kirurgi. anbefalt nedre grense for opptaksområdet for akutt kirurgi på 60–80 000 innbyggere tas inn som én av flere føringer i denne vurderingen. Faktorer som geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold skal også tillegges stor vekt.
- Andre akuttpsykehus skal behandle pasienter med vanlige tilstander som har behov for øyeblikkelig hjelp i sykehus.
- De nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet som er nedfelt i stortingsmeldingen En gledelig

begivenhet (2008–2009) og i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud fra 2011 ligger fast. Ved endringer i tjenestetilbudet må det sikres at fødeavdelingenes behov for faglige støttefunksjoner er dekket.

- Vesentlig endring i oppgavedeling mellom sykehus må avklares i lokale prosesser der kommunene også skal høres.
- Det skal utarbeides et eget kvalitetssikringssystem for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner, i form av en veileder, for å understøtte at endringer i virksomheten er i tråd med nasjonale føringer og sikre at det er gjennomført gode lokale prosesser.
- Stille krav om forpliktende nettverk mellom sykehus og helseforetak i helseregionene. Nettverkene skal sikre hensiktsmessig oppgavefordeling. De skal også sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringsordninger.
- Sykehusstruktur og ambulansetjenester må sees i sammenheng. Endret oppgavefordeling må følges av nødvendig styrking av ambulansetjenesten.
- Desentraliserte spesialisthelsetjenester, gjerne samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester, skal videreutvikles for å gi gode tjenester i nærmiljøet og helhetlige pasientforløp.

1.2.7 *Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*

Ambulansetjenesten har en avgjørende rolle i akuttberedskapen, og det har vært stor aktivitetsvekst i ambulansetjenesten de siste årene. Tjenesten har blitt en mer kompetent og profesjonell tjeneste, og en større andel av personellet er fagutdannet.

Fagmiljøene i prehospitaltjenester etterlyser større grad av nasjonal standardisering og flere nasjonale retningslinjer for akuttmedisin.

Luftambulansetjenesten har en sentral oppgave i å stabilisere og transportere akutt syke pasienter. Tjenesten skal sikre at pasientene får avansert behandlingstilbud ved tidskritiske tilstander, selv om avstanden til sykehus er lang. Ambulansehelikoptrene er imidlertid sårbare for ugunstige værforhold, og hvert år avvises eller avbrytes i underkant av 10 prosent av alle påbegynte oppdrag fordi været ikke tillater flygning. For luftambulansebaser som ligger i områder med krevende geografi og klima, er tallet høyere. Ambulanseflyene er mindre sårbare for krevende værforhold enn helikoptrene.

Med dagens basestruktur og fly- og helikopterkapasitet blir 80 prosent av primæroppdragene gjennomført med en flytid på under 30 minutter. Dette tallet er fra 2011 før åpningen av Evenes-basen i Troms i 2015. Det har vært stilt spørsmål ved om an-

tall baser og kapasiteten i tjenesten er tilstrekkelig til å dekke behovet. Luftambulansetjenesten må derfor gjennomgås særskilt som en del av planleggingen av det akuttmedisinske tilbudet regionalt og lokalt.

I løpet av de siste ti årene er antallet AMK-sentraler redusert, og flere regionale helseforetak har nylig gjennomgått og gjort endringer i AMK-strukturen.

Utbyggingen av Nødnett som et felles avlyttings-sikkert radiosamband for nød- og beredskapsstatene politi, brannvesen og helsetjenesten, er en viktig modernisering av infrastrukturen i nødmeldtjenesten. Nødnett har stort potensial for å gi bedre samarbeid mellom nødetatene og høyere kvalitet på arbeidet i hele den akuttmedisinske kjeden. Helsetjenesten i Sør-Øst og Midt-Norge har nå tatt Nødnett i bruk. I løpet av høsten 2015 og i 2016 vil nødnettet bli tatt i bruk i hele landet.

REGJERINGEN VIL

- at utredninger av endret oppgavedeling mellom sykehus skal omfatte prehospitale tjenester, og sikre at disse har nødvendig kapasitet og kompetanse
- at kapasitet og basestruktur for luftambulansetjenesten i helseregionen skal gjennomgås i lys av føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan og akuttutvalgets endelige rapport med tilbakemelding til Stortinget i Prop. 1 S (2017–2018)
- at de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner skal utvikles og konkretiseres, slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy for akuttmedisinske tjenester
- styrke kompetansen til analyse, forskning og utviklingsarbeid i akuttmedisin ved å etablere et fagnettverk med utgangspunkt i eksisterende kompetansemiljøer
- etablere flere nasjonale retningslinjer, veiledere og standarder på det akuttmedisinske området
- igangsette nasjonale pilotprosjekter for utdanning på bachelornivå ambulansesfag

1.3 Gjennomføre Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

Departementets helhetlige styring ivaretas gjennom formidling av det helsepolitiske oppdraget, finansiering og eierstyring. Eierstyringen utøves gjennom vedtekter, oppnevning av styre og krav i foretaksmøte. Det stilles årlige økonomiske og organisatoriske krav og rammer i foretaksmøtet i løpet av årets to første måneder. Det årlige oppdragsdokumentet gir den formelle tildeling av foretakenes ressurser, utdyper målkrav, gir prioriteringer og setter strategiske resultatkrav – også kalt den helsepolitiske bestillingen.

Regjeringen legger opp til et tydeligere skille mellom politiske og faglige beslutninger. De regionale helseforetakene og helseforetakene vil i planperioden ha ansvar for å planlegge og gjennomføre det utviklings- og omstillingsarbeidet som er nødvendig for å imøtekomme de overordnede prinsippene og gjennomføre tiltakene som foreslås.

1.3.1 Mer nasjonal styring og samordning av spesialisthelsetjenesten

Regjeringen ønsker i større grad å vektlegge nasjonal styring og koordinering på tvers av regionene. Etter regjeringens syn vil dette bidra til større likhet i tjenestetilbudet, bedre samordning og ressursutnyttelse. Klarere nasjonale rammer vil gi et bedre grunnlag for utøvelsen av en desentralisert tjeneste. Meldingen viser til to grep som står sentralt i den nasjonale styringen: styrking av Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan, samt mer regionovergripende samordning og organisering på utvalgte områder.

REGIONOVERGRIPENDE SAMORDNING OG ORGANISERING

Videreutviklingen av nasjonalt samarbeid og bedre samordning på tvers av regionene er en viktig del av den nasjonale helsepolitikken. I helseforetaksloven § 41 er det forutsatt at foretak skal samarbeide med andre når dette er nødvendig for å fremme foretakets formål, eller når det er pålagt eller forutsatt i lovgivning. Foretaket skal også samarbeide med andre når dette er egnet til å fremme de oppgaver og målsettinger som foretaket skal ivareta.

Regjeringen vil i tillegg, gjennom nasjonal organisering, sikre standardisert og effektiv oppgaveløsning av flere oppgaver i spesialisthelsetjenesten.

Målet med regionovergripende samordning og de felles eide selskapene er å styrke og forbedre tilbudet til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet, samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse.

Regjeringen vil etablere et felles eid foretak for samordning av innkjøp innen 1. januar 2016. Spesialisthelsetjenesten kjøper varer og tjenester for om lag 40 mrd. kroner i året. Det er et stort potensial for effektivisering gjennom bedre samordning og standardisering av innkjøp og logistikk. Det nasjonale foretaket skal innlemme regionale ressurser og enheter i et fellesskap med Helseforetakenes innkjøpsservice AS (HINAS) og Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS), som ble slått sammen 1. juli 2015.

Regjeringen vil etablere et felles nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning på tvers av de fire regionale helseforetakene for å styrke klinisk behandlingsrettet forskning. Programmet skal under-

støtte kliniske studier som gjennomføres parallelt i sykehus på tvers av helseregionene (kliniske multisenterstudier), og studier på effekt av ulike behandlingsmetoder ved bruk av blant annet nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Etablert tverregionalt samarbeid om tjenesteforskning og innovasjon mellom de fire regionale helseforetakene skal videreføres.

1.3.2 Planlegging og utvikling i spesialisthelsetjenesten

Regjeringen legger til grunn at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal planlegges og dimensjoneres med utgangspunkt i geografiske helseregioner.

Spesialisthelsetjenesten skal gjennomføre den nasjonale helsepolitikken i tråd med de føringene som gis i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Statistisk sentralbyrå (SSB), Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har bidratt i arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan med å utvikle bedre datagrunnlag for framskrivinger. Det foreligger nå for første gang et felles datagrunnlag, omforent metode og en felles modell for planlegging og dimensjonering av behovet for spesialisthelsetjenester og bemanning. Nasjonal bemanningsmodell kan anvendes på ulike nivåer: medisinske fagområder, opptaksområder for helseforetak og helseregioner.

Regjeringen legger til grunn at de regionale helseforetakene og helseforetakene reviderer sine planer i tråd med føringene som følger av Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan. For å understøtte at endringer i virksomheten er i tråd med nasjonale føringer, vil det utarbeides en egen veileder for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner og en ordning for ekstern kvalitetssikring av utviklingsplanene. Planene må innarbeide nasjonale krav og føringer fra Helsedirektoratet og andre myndighetsorganer.

NASJONALE HELSEMYNDIGHETER HAR ANSVAR FOR LIKEVERDIGE HELSETJENESTER TIL DEN SAMISKE BEFOLKNING

Nasjonale helsemyndigheter har det overordnede ansvaret for likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen og skal sørge for at det samiske perspektivet i helsepolitiske satsinger, nasjonale planer og strategier ivaretas. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helse Nord RHF et særlig ansvar for å sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.

1.3.3 Ledelse

Gjennomføring av Nasjonal helse- og sykehusplan er avhengig av kompetente og engasjerte medarbeidere og dyktige ledere. Spesialisthelsetjenesten og sykehusene er komplekse kunnskapsorganisasjo-

ner som utfordrer styrene og lederne på alle nivåer i god ledelse. God og tydelig ledelse er viktig for helse, miljø og sikkerhet både for pasienter og medarbeidere. Pasientens helsetjeneste innebærer å flytte makt fra systemet til pasienten. Pasienten skal være en aktiv og likeverdig partner. Det innebærer nye krav til ledelse i sykehusene.

Ledelsen i sykehusene må

- kontinuerlig vurdere behov for, initiere og gjennomføre nødvendige endringsprosesser (strategisk ansvar)
- ta et helhetlig ansvar for resultater og for at dette skjer innenfor fastsatte rammer (driftsansvaret)
- ta ansvar for alle faggrupper i virksomheten og sikre at arbeidsmiljø og organisasjonskultur er tilpasset oppgavene som skal løses (personalansvaret)
- sikre god kommunikasjon og informasjon internt og eksternt for å fremme gode prosesser, oppgaveløsning, åpenhet og demokrati (kommunikasjonsansvaret)

Det er stilt krav om at styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene minimum én gang i året skal ha en samlet gjennomgang av virksomheten basert på sammenliknbar statistikk om kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeidet. Gjennomgangen skal bidra til å sikre at ledelsen aktivt støtter dette arbeidet, og at det gjøres sammenlikninger og læringsoverføring både innad og mellom sykehusene.

1.3.4 Utvikling av finansieringsordningene

Finansieringsordningene må utvikles i takt med endringer i spesialisthelsetjenesten. Dette kan blant annet være økt oppgaveglidning mellom personellgrupper, nye former for digital samhandling, økt bruk av ambulant behandling (det vil si at pasienten mottar tjenesten der «pasienten befinner seg», for eksempel hjemme eller i institusjon), og samarbeidsløsninger med kommunehelsetjenesten. I lys av dette pågår det mye utviklingsarbeid med finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten. I revidert nasjonalbudsjett 2015 ble det varslet innføring av betaling for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og rusbehandling og inkludering av pasienter i psykisk helse og rusbehandling i plikten til øyeblikkelig hjelp, tentativt fra 2017.

Helsedirektoratet utreder også hvordan dagens takstsystem for poliklinisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan videreutvikles, og hvordan finansieringsordningene kan videreutvikles for å støtte medisinsk praksis som følger av teknisk innovasjon.

1.3.5 Videreutvikling av styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten

Det framgår av regjeringserklæringen at de regionale helseforetakene skal legges ned. Det offentlige utvalget som ble oppnevnt i oktober 2015, skal legge fram sin tilrådning om framtidig organisering av eierskapet til spesialisthelsetjenesten 1. desember 2016. Regjeringen vil komme tilbake til dette i en egen sak for Stortinget i 2017.

Utvalget skal utrede organiseringen av det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten. Organisering av eierskapet er ett av flere virkemidler i den helhetlige politiske strategiske styringen av sektoren. Organiseringen skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgjengelighet og kvalitet til spesialisthelsetjenester, gjennom effektiv utnyttelse av ressursene som Stortinget stiller til disposisjon. Utredning av hvordan eierskapet best kan organiseres, må også ta høyde for tiltakene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

1.3.6 Oppfølging og gjennomføring av Nasjonal helse- og sykehusplan

Nasjonal helse- og sykehusplan skal være et nasjonalt rammeverk for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Planen vil være førende for regjeringens styring av helseforetakene i planperioden og danne grunnlaget for de mål og eierkrav som gis til de regionale helseforetakene. Oppfølgingen av planen overfor Stortinget skjer gjennom de årlige budsjettproposisjonene. Organiseringen av eierskapet til spesialisthelsetjenesten legges fram for Stortinget i 2017.

Regjeringen vil som del av oppfølgingen og gjennomføringen av planen

- sørge for at de regionale helseforetakene og helseforetakene legger prinsippene for oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene til grunn i sitt planarbeid
- be de regionale helseforetakene og helseforetakene om å legge nasjonale kvalitetskrav til grunn i sin planlegging og oppgavefordeling mellom sykehusene
- arbeide videre for mer nasjonal samordning og styring, herunder utrede hvordan Sykehusbygg HF skal utvikles videre med hensyn til eierskap og forvaltning av bygg
- styrke og effektivisere den nasjonale styringen, koordineringen og organiseringen av IKT-området i helse- og omsorgssektoren ved å opprette et eget direktorat for e-helse fra 1. januar 2016

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ruth Grung, Ingvild Kjer-

kol, Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen og Freddy de Ruiten, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Tone Heimdal Braataas, Bård Hoksrud, lederen Kari Kjønaas Kjos, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til at regjeringen i meldingen har lagt fram Nasjonal helse- og sykehusplan. Planen gjelder for perioden 2016–2019, men beskriver og drøfter utviklingstrekk fram mot 2040.

Komiteen er enig i at god styring og planlegging er en forutsetning for gode helsetjenester. Det norske samfunnet vil gjennomgå store endringer fram mot 2030. Utviklingen i folketall, alderssammensetningen i befolkningen, endringer i sykdomsbildet og folks forventninger til kvalitet og standard vil få stor betydning for planleggingen av framtidens sykehus.

Komiteen legger til grunn at medisinsk forskning og innovasjon vil bringe fram nye behandlingsmuligheter, legemidler og medisinsk utstyr i stort omfang og høyt tempo. Behandlingsmetodene vil bli mer skånsomme, og flere kan behandles, også i høy alder. Mange nye behandlingsformer vil kreve avansert og dyrt utstyr og tverrfaglige, høyt spesialiserte team av fagfolk.

Selvbetjeningsteknologi og bedre tilrettelagt informasjon vil gjøre at pasienter kan mestre egen helse og behandling i langt større grad enn i dag, og komiteen antar derfor at pasienten vil være en aktiv pådriver i forebygging, diagnostisering, utredning, behandling og rehabilitering. Komiteen ser at denne utviklingen vil få store konsekvenser for hvordan sykehusene bygges, organiseres og drives i årene som kommer.

Komiteen viser til at oppgaver som kan gjøres pasientnært, vil kunne frigjøre sykehuskapasitet som kan komme de sykeste til gode. Utstyr for selvdiagnostisering og -oppfølging vil kunne redusere behovet for polikliniske konsultasjoner, samtidig som økt oppmerksomhet om egen helse kan føre til flere pasienthenvendelser.

Komiteen har merket seg at meldingen gjør rede for utviklingen og betydningen av persontilpasset medisin, som innebærer at behandling kan skreddersys den enkelte pasient i forebygging, diagnostikk og behandling. Videre gjør meldingen rede for arbeidet med å møte utfordringen med framveksten av antibiotikaresistens, samt tiltak for å bedre folkehelsen og motvirke livsstilssykdommer.

Komiteen viser til at den største utfordringen i arbeidet med å styrke pasientens stilling i helsetje-

nesten er å snu innarbeidet kultur og arbeidsmåter slik at helsetjenesten ses fra pasientens perspektiv. Pasientene skal føle seg ivaretatt, sett og hørt og møtes som de unike individene de er. I arbeidet med standardisering av tjenestene må dette perspektivet være med.

Komiteen er enig med regjeringen i at det å ruste spesialisthelsetjenesten til å møte framtidens behov i et så langstrakt og spredt befolket land som Norge i stor grad handler om å finne en god balanse mellom det som haster og det som kan planlegges, og mellom det som må gjøres sentralt og det som kan gjøres lokalt. Når motstridende interesser gjør det vanskelig å bli enige om hva som er den beste løsningen, skal hensynet til pasienten alltid veie tyngst.

2.1 Behov for en nasjonal helse- og sykehusplan

Komiteen viser til at Nasjonal helse- og sykehusplan skal legges frem for Stortinget hvert fjerde år. Den skal informere Stortinget om status og utfordringer i spesialisthelsetjenesten, og gjøre det mulig for Stortinget å ta de viktigste beslutningene om hvordan sykehusene skal utvikles.

Komiteen er opptatt av å skape trygghet for befolkningen i alle deler av landet; og ønsker at sykehusplanen skal konkretisere krav til innhold i sykehus.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at planen legger til rette for en fortsatt desentralisert sykehusstruktur i Norge, med en «rygggrad» av akuttsykehus. Planen inneholder regjeringens anbefaling til Stortinget om hva slags type sykehus vi bør ha i fremtiden, og hvordan de skal inngå i en nasjonal sykehusstruktur.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at økonomi og finansierings-systemer er drøftet i svært liten grad i planen. Regjeringen ber med denne planen Stortinget om å fatte et prinsippvedtak om hvordan sykehusstrukturen skal være i Norge.

Disse medlemmer viser til at regjeringen Stoltenberg II i 2006 la fram den første nasjonale helseplanen for Stortinget. Dette understreker at disse medlemmer mener det er riktig at Stortinget formulerer og vedtar en politikk som setter kursen for vår felles helsetjeneste, herunder fellesskapets sykehus. I Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan definerte den rød-grønne regjeringen den politiske retningen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet for perioden 2011–2015. Der ble det understreket at spesialisthelsetjenesten måtte videreutvikles for å møte framtidens utfordringer, og at nye behandlingsmetoder kunne føre til

både desentralisering og sentralisering av tjenester. De regionale helseforetakene skulle fortsette å fungere som redskap for gjennomføring av nasjonal helsepolitikk. Disse medlemmer vil derfor understreke at diskusjonen om sykehusstruktur ikke er ny. Den er godt kjent, og den har blitt møtt med tydelige politiske grep tidligere. Utgangspunktet for endringer som er gjort til nå, har vært faglig forankret og har bygget på et solid beslutningsgrunnlag. Det er derfor betimelig å presisere at sykehusene i Norge har vært underlagt sterk politisk styring og at det har vært tatt tydelige politiske grep innenfor rammene av dagens foretaksmodell. Styringsmodellen har blitt justert en rekke ganger, for best å kunne møte de utfordringene og behovene samfunnet og norsk helse-tjeneste har stått overfor.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet merker seg at Arbeiderpartiet mener sykehusene i Norge har vært underlagt sterk politisk styring, og at det har vært tatt tydelige politiske grep om diskusjonene om sykehusstruktur tidligere. Disse medlemmer viser til at det har blitt nedlagt flere sykehus under den rød-grønne regjeringen uten at Stortinget har hatt mulighet til å beslutte de overordnede politiske føringene for sykehus og sykehusstruktur. Disse medlemmer etterlyser derfor hvilke tydelige politiske grep det siktes til når det gjelder endring av sykehusstruktur.

Disse medlemmer viser videre til at hensikten med Nasjonal helse- og sykehusplan er å informere Stortinget om status og utfordringer i spesialisthelsetjenesten og gjøre det mulig for Stortinget å ta de viktigste overordnede beslutningene om hvordan sykehusene skal utvikles. I tillegg inviteres Stortinget til å konkretisere krav til innhold i sykehus. Disse medlemmer viser til at det er første gang siden staten overtok sykehusene i 2002 at Stortinget har fått presentert en samlet, nasjonal plan for utviklingen av sykehusene. Med planen legges det til rette for en mer demokratisk forankret nasjonal politikk for utvikling av sykehusene i Norge.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener det er behov for å minne regjeringen på at regjeringspartiet Høyre gikk til valg på å legge ned helseregionene og erstatte disse med en nasjonal sykehusplan. Det ble understreket at den nasjonale sykehusplanen skulle være det Nasjonal transportplan er for samferdselssektoren. Stortinget skulle ta de endelige avgjørelsene. Kort tid etter valget ble ambisjonsnivået endret, og det ble tydelig at regjeringen likevel ikke vil legge ned helseregionene denne perioden, men heller avvente nasjonal sykehusplan. I desember 2015 ble Kvinnsland-utvalget utnevnt med mandat å finne en egnet organisering av

sykehusene. Det ble nå signalisert at den framlagte nasjonale sykehusplanen, lik tilsvarende planer under den rød-grønne regjeringen, kun skulle omhandle overordnede prinsipper og ikke invitere Stortinget til å ta stilling til de konkrete enkeltprosjektene i Sykehus-Norge, slik man mente før valget 2013. Disse medlemmer vil fremholde at Nasjonal helse- og sykehusplan er tvetydig og speiler en politikk som er lite redelig. Planen beskriver hvordan det i regjeringserklæringen fremgår at de regionale helseregionene skal legges ned, samtidig som planen legger til grunn at spesialisthelsetjenesten skal planlegges og dimensjoneres med utgangspunkt i geografiske helseregioner.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at et hovedmål for regjeringen er en bedre, nasjonalt forankret og mer samordnet styring av spesialisthelsetjenesten. I regjeringens plattform står det at regjeringen vil «legge ned de regionale helseforetakene når det er utformet en nasjonal helse- og sykehusplan».

Disse medlemmer viser til at regjeringen har vært tydelig på at ny styringsmodell først er aktuell etter at planen er vedtatt og virker. Disse medlemmer viser til at det ble oppnevnt et utvalg 2. oktober 2015 som skal utrede alternative modeller for hvordan staten kan organisere eierskapet til sykehusene. Det har siden helseforetaksreformen i 2002 vært både faglig og politisk debatt om ulike sider ved denne styringsmodellen. Sentrale problemstillinger som har vært diskutert, er

- om modellen legger til rette for tilstrekkelig nasjonal samordning og utjevning av forskjeller i kvalitet og effektivitet mellom regioner og mellom helseforetak og sykehus
- om det er tilstrekkelig klarhet i roller mellom nivåene, og tilstrekkelig demokratisk legitimitet knyttet til vanskelige beslutninger i helseforetakene
- om det er riktig balanse mellom de regionale helseforetakenes beslutningsmyndighet og det politiske ansvaret for disse beslutningene
- om foretaksmodellen sikrer tilstrekkelig grad av politisk styring, herunder tilstrekkelig involvering av Stortinget i sentrale beslutninger

Disse medlemmer vil påpeke at å nedsette et utvalg ikke gjøres i stedet for å legge ned de regionale helseforetakene, men det er et steg i prosessen med å få en ny styringsmodell. NOU skal leveres innen 1. desember 2016, og disse medlemmer viser til at regjeringen skal komme tilbake til Stortinget våren 2017 med hvordan saken skal følges opp.

Disse medlemmer viser videre til at regjeringen allerede er i gang med å sikre mer nasjonal styring i spesialisthelsetjenesten. Det er opprettet et nasjonalt foretak for IKT, et nasjonalt foretak for bygg og et nasjonalt foretak for innkjøp. Disse medlemmer er fornøyd med at regjeringen har tatt et tydeligere politisk ansvar for beslutninger i helseregionene enn den forrige regjeringen gjorde. Disse medlemmer påpeker at der den forrige regjeringen gjemte seg bak de regionale helseforetakene ved vanskelige beslutninger, har denne regjeringen vært opptatt av at flere beslutninger skal tas av statsråden i foretaksmøte. Disse medlemmer mener Nasjonal helse- og sykehusplan er det viktigste verktøyet for å gi styringen av sykehusene et tydeligere politisk ansvar og en forankring i Stortinget.

Disse medlemmer merker seg at Arbeiderpartiet karakteriserer planen som en politikk som er lite redelig, men de konkretiserer ikke hva Arbeiderpartiets alternativ er, ei heller hva uredeligheten består i. Disse medlemmer viser til at det aldri har vært en intensjon at Stortinget skal bestemme hvilket innhold det skal være i hvert enkelt sykehus ned på avdelingsnivå. Stortinget skal derimot bestemme hvilke typer sykehus vi skal ha i Norge og gi overordnede føringer om hva disse skal inneholde. Disse medlemmer viser til at statsråden har vært tydelig på at også mindre sykehus må ha et større tilbud dersom avstand, klima og beredskap gjør det nødvendig. Disse medlemmer mener Arbeiderpartiet med den type retorikk viser at de er mer opptatt av politisk spill enn å synliggjøre hvilken politikk de egentlig står for. Disse medlemmer påpeker at det er svært uklart hva Arbeiderpartiets «tredje vei» innebærer, og spesielt uklart hva som er forskjellen mellom det regjeringen foreslår i planen, og det Arbeiderpartiet nå legger frem som deres alternativ.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, ønsker ny styringsmodell for spesialisthelsetjenesten, der de regionale helseforetakene ikke inngår. Styringsmodellen skal endres etter at Nasjonal helse- og sykehusplan er behandlet og virker. Flertallet ser frem til Kvinnsland-utvalgets utredning om alternative styringsmodeller for sykehusene. Utvalget skal levere sin innstilling 1. desember 2016.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet har lenge vært kritiske til prosessen rundt planen. Lenge før planen ble lagt frem, igangsatte regjeringen en overordnet diskusjon basert på sterkt kritiserte premisser, gjennom signaler gitt i den årlige sykehustalen. Styrings-signalene gitt i sykehustalen 2015 skapte unødvendig

utrygghet for fagligmiljøer og lokalbefolkning flere steder i landet. Det er siden sådd sterk tvil om beslutningsgrunnlaget, og de ekspertrapportene planen er basert på har lite tydelige konklusjoner, et svakt tallmateriale og få henvisninger til relevant forskning som viser sammenhengen mellom kvalitet og sykehusenes størrelse.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at akuttberedskap ved norske sykehus har vært diskutert lenge. I 1998 kom en NOU «Hvis det haster», og i 2000 kom stortingsmeldingen «Om akuttmedisinsk beredskap». Videre har det vært nedsatt et lokalsykehusutvalg, og det ble lagt frem en mindre operativ helse- og omsorgsplan i 2010. Alle utredningene konkluderte med at akuttfunksjonen i indremedisin i fremtiden vil være den mest sentrale akuttfunksjonen ved mindre sykehus, og pekte på at det vil være vanskelig å opprettholde akuttfunksjon i kirurgi ved alle lokalsykehus i fremtiden. Disse medlemmer påpeker at parallelt med disse diskusjonene har vi sett flere sykehus bli lagt ned, at funksjoner har blitt fordelt og store endringer er skjedd. Disse medlemmer viser til at i arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan har to faglige rådgivningsgrupper uttalt seg om det fremtidige akutttilbudet i sykehus, og Helsedirektoratet har oversendt departementet et notat med synspunkter på lokalsykehus og akuttfunksjoner. Disse medlemmer påpeker at de rådgivningsgruppene som har uttalt seg om akuttfunksjoner, begge besto av personer med erfaring fra og god kjennskap til norske sykehus. I tillegg hadde fagfolkene i den ene rådgivningsgruppen særskilt kjennskap til de fagområdene som ville bli berørt ved en eventuell omstilling av akuttfunksjonene i lokalsykehus.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil påpeke at regjeringens partiet Høyre før valget i 2013 lovet å øke sykehusbudsjettene med 12 mrd. kroner i perioden 2013–2017 – utover det som går til ordningen med fritt behandlingsvalg. Regjeringen ligger nå over en milliard kroner etter sine egne lovnader, og prestisjereformen «fritt behandlingsvalg», som skulle løse alle ventetidsproblemer, er kraftig nedjustert.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at regjeringen har lagt til rette for en høyere vekst i pasientbehandlingen i sine tre budsjetter enn den forrige regjeringen fikk vedtatt gjennom sine åtte. Dette gir resultater for pasientene. Ventetidene går ned, flere får hjelp, og færre pasienter venter på behandling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet vil påpeke at store deler av planen er en beskrivelse av norsk helsetjeneste. Disse medlemmer gjenkjenner beskrivelsen, og understreker at svært mye er bra i norsk helsetjeneste. Det betyr at vi har fått til mye når det gjelder organisering og ledelse. Og det betyr først og fremst at de titusener av fagfolk som møter pasientene gjør en fremragende jobb. Men helseplanen er tynn når den kommer til fremtidens utfordringer og de løsninger dette vil kreve av oss. Sykehusplanen setter ikke et nytt ambisjonsnivå.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet er svært uenig i Arbeiderpartiet og Senterpartiets påstand om at planen er tynn når den kommer til fremtidens utfordringer og hvilke løsninger dette vil kreve av oss. Fremtidens utfordringsbilde er en av hovedårsakene til at regjeringen legger frem en nasjonal helse- og sykehusplan, og fordi det tar tid å etablere, omstille og utvikle sykehustjenestene, må vi planlegge og handle nå. Disse medlemmer viser til at utfordringsbildet er viet et eget kapittel i planen. Disse medlemmer mener utfordringsbildet er meget godt skissert, og det står godt beskrevet hvordan det norske samfunn vil gjennomgå store endringer frem mot 2030. Blant annet vil økningen i antall eldre gi økt behov for sykehustjenester frem mot 2030. Det er beskrevet at eldre over 70 år bruker dobbelt så mye helsetjenester som 40-åringer. Samtidig må en ta hensyn til at bosettingsmønsteret er betydelig endret de siste 30–40 årene, og de siste tiårene har vært preget av sterk sentralisering. Det er særlig de unge som flytter til byene, noe som medfører at andelen eldre i distriktene vil øke fremover. Videre må en ta hensyn til at sykdomsbildet forandrer seg, og det vil i første rekke bli preget av den store andelen eldre som vil ha behov for helsetjenester i fremtiden. Forekomsten av livsstilsykdommer, kroniske sykdommer, kreft, muskel- og skjelettsykdommer, psykiske helseutfordringer og rusavhengighet vil øke betydelig. Disse medlemmer viser videre til at medisinen gjør store fremskritt og gir nye muligheter. Dette er positivt, men medfører at pasientene vil forvente bedre kvalitet, høyere standard og raskere tilgang til den beste behandlingen og medisinene. Disse medlemmer mener planen beskriver godt hvordan innføring av ny medisinsk teknologi og behandlingsmetoder må planlegges og styres, så kvaliteten og tilgangen til gode helsetjenester ikke blir avhengig av hvem du er eller hvor du bor. Disse medlemmer mener videre at planen tar utgangspunkt i at vi ikke kan bemanne oss ut av utfordringene. Framskrivninger viser at det vil være behov for 30 prosent flere årsverk frem mot 2030, og 40 prosent frem mot 2040. Det

kan bety at hver tredje elev i videregående skole må velge helse-relatert utdanning. Disse medlemmer mener at dette ikke er bærekraftig, og at så mange heller ikke skal jobbe innenfor helse. Samfunnet har også andre oppgaver som trenger arbeidskraft, derfor er Nasjonal helse- og sykehusplan, sammen med stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten, helt nødvendige for at vi skal kunne planlegge for fremtiden.

Disse medlemmer viser i tillegg til at flere av deltakerne i komiteens høring mente at planen gir et godt grunnlag for en fremtidig utvikling av helse- og sykehussektoren i årene fremover. Disse medlemmer viser blant annet til Spekters uttalelse hvor det fremgår:

«Planen gir en grundig og realitetsorientert beskrivelse av utfordringsbildet med store demografiske endringer, fremtidig mangel på arbeidskraft, en rivende medisinsk utvikling samtidig som befolkningens forventninger til helsetilbudet er økende.»

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet ønsker en nasjonal helse- og sykehusplan velkommen, som en videreføring og oppfølging av Nasjonal helse- og omsorgsplan, Meld. St. 16 (2010–2011), jf. Innst. 422 S (2010–2011). Disse medlemmer mener det er stort behov for en nasjonal helse- og sykehusplan som sikrer sykehussektoren forutsigbarhet ved at store sykehusinvesteringer og fordeling av nøkkelfunksjoner skjer etter en helhetlig plan bestemt av Stortinget. Disse medlemmer mener at en slik helse- og sykehusplan må være langsiktig og rulleres hvert fjerde år. Disse medlemmer mener at forslag til nasjonal helse- og sykehusplan burde vært sendt på offentlig høring både regionalt og lokalt, og involvert folkevalgte organ i kommuner og fylker etter modell av Nasjonal transportplan, før vedtak fattes i Stortinget. Disse medlemmer registrerer at så ikke har skjedd.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at Nasjonal helse- og sykehusplan er framlagt som en stortingsmelding. Utkast til stortingsmeldinger sendes normalt ikke på høring. I planprosessen har det vært konsultasjoner og medvirkning fra alle viktige aktører. Disse medlemmer viser til at Helse- og omsorgsdepartementet har besøkt alle landets helseforetak og invitert til innspill fra ansatte, ledere, brukere og berørte kommuner. Tre ekspertgrupper har uttalt seg til sentrale tema i planen. Deltakere har vært profesjonsorganisasjonene, KS, forskere, brukere og eksperter/ressurspersoner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil vise til at formålet med helsepolitikken er å frem-

me helse og forebygge sykdom og å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Norske sykehus skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det – uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt legge til rette for forskning og utdanning.

Dette medlem vil presisere at norske sykehus utfører mye godt arbeid, men er i dag i for stor grad preget av ressurskamp og sentralisering. Politisk styring utøves etter foretaksloven, uten folkevalgt kontroll. Stadige strategiplaner som kalles utviklingsplaner, innebærer ofte nedlegging av tilbud og tilhørende sentralisering. Disse planene fører til mye bortkastede penger og arbeid, og gir manglende tillit i organisasjoner. Dette medlem mener at norske sykehus og de mange ansatte mer enn noen gang trenger forutsigbarhet for drift og utvikling.

Dette medlem mener at en nasjonal helse- og sykehusplan burde ført til politiske avklaringer for kvalitet, rekruttering og utdanning, funksjonsfordeling, organisering og ledelse av helsetilbudet. Helse- og sykehusplanen burde avklart sykehusstruktur, prioritert store investeringer og redegjort for nasjonale, regionale og lokale funksjoner ved sykehus. Sykehusplanen burde etter dette medlems syn tydeliggjort oppgavefordelingen mellom de ulike nivåene i helsetjenesten. Planen burde avklart de økonomiske virkemidlene og sett behandlingsforløp i sammenheng. Dette medlem mener at regjeringens forslag til nasjonal helse- og sykehusplan ikke svarer opp disse sentrale utfordringene.

Dette medlem registrerer at politiske lovnader fra regjeringspartiene om en nasjonal helse- og sykehusplan som sikrer bedre politisk styring av sykehussektoren, nå er blitt til en plan som gir enda større rom for ikke-folkevalgte i de regionale helseforetakene til å utrede og gjøre beslutninger om vesentlige endringer i vårt offentlige sykehustilbud.

Dette medlem viser videre til Representantforslag om å avvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene, Dokument 8:96 S (2014–2015) jf. Innst. 377 S (2014–2015), og Representantforslag om å utvikle folkets helsetjeneste og en ny nettverksmodell for kvalitet i sykehusene, Dokument 8:19 S (2015–2016), som beskriver Senterpartiets helhetlige politikk for sykehusstyring og fremtidig utvikling av spesialisthelsetjenesten. Dette medlem viser til at Senterpartiet mener Norge bør ta mål av seg til å skape folkets helsetjeneste. Folkets helsetjeneste er noe langt mer enn behandling av pasienter og regjeringens definerte mål om å skape pasientenes helsetjeneste. Helsevesenet er en grunnstein i vårt solidariske velferdssamfunn. Folkets helsetjeneste er alt det som fellesskapet må tilrettelegge for, for å sikre best mulig helse for oss alle,

forebygging og behandling for ung og gammel, frisk og sjuk. Folkets helsetjeneste skal være et gode for hele samfunnet og for mennesker i alle livssituasjoner, og gi grunnlag for bosetting og næringsliv. Dette medlem viser til at vi i dag har store sosiale helseforskjeller i befolkningen, der helse og levealder avhenger av bakenforliggende faktorer som utdanning og inntekt. Det er et politisk ansvar å forebygge dette, og å sikre likeverdige helsetjenester uansett hvor en bor i landet eller hvilken bakgrunn man har. Et desentralisert helsevesen er nødvendig for å skape slike likeverdige helsetjenester. Dette medlem mener at helsevesenet må ta på alvor helsetjenestens samfunnsansvar. Helsevesenet må settes i stand til å bære sitt samfunnsansvar gjennom en demokrati- og ledelsesreform og en nasjonal helse- og sykehusplan som setter folkets og fellesskapets behov først.

Dette medlem støtter ingen av regjeringens forslag eller scenarier for utvikling av fremtidens spesialisthelsetjenester. Dette medlem mener at Nasjonal helse- og sykehusplan må sikre utviklingen av en moderne og solid spesialisthelsetjeneste som dekker samfunnets behov, og som gir pasientene det beste tilbudet i tråd med medisinsens utvikling. Å fortsette med dagens struktur og opprettholde akuttkirurgi ved de minste sykehusene bare «noen år til» er ikke et livskraftig alternativ. Å sentralisere både kirurgisk og indremedisinsk beredskap fra halvparten av landets sykehus, slik helse- og omsorgsministeren har uttalt, er i strid med målet om likeverdige tjenester. Å tilpasse akuttilbudet etter befolkningsgrunnlaget, det vil si å fjerne akuttkirurgi fra landets lokalsykehus, vil ikke være faglig forsvarlig.

I Dokument 8:19 S (2015–2016) foreslår derfor Senterpartiet en alternativ utviklingsmodell for fremtidens sykehus, nemlig en nettverksmodell for utvikling av kvalitet der lokalsykehusenes rolle styrkes.

Dette medlem viser også til at Senterpartiet vil avvike foretaksmodellen. I Dokument 8:96 S (2014–2015), Innst. 377 S (2014–2015) foreslår Senterpartiet at sykehusene i stedet må styres gjennom en ny forvaltningsmodell med folkevalgt styring nasjonalt, regionalt og lokalt. Ansvar for drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten desentraliseres til 20 sykehusstyre tilsvarende dagens 20 helseforetak. Disse skal styre innenfor rammene gitt av Stortinget i en nasjonal helse- og sykehusplan. Alle sykehus skal ha en stedlig leder som har faglig ansvar, budsjettansvar og personalansvar. Sykehus må finansieres som skole og eldreomsorg, gjennom rammebudsjetter over statsbudsjettet. Dagens forretningsystem etter regnskapsloven bør avvikes og erstattes av kommunenes og fylkeskommunens budsjett- og regnskapssystem.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre viser til at finansieringsordningene som ligger til grunn i dagens sykehus, legger et viktig premis for utvikling av morgendagens spesialisthelsetjenester. I rapport om innsatsstyrt finansiering (ISF) fra Helsedirektoratet (2007) fremkommer det bekymring for at fokus på økonomi helt ned på avdelingsnivå på sykehusene er styrende for prioritering og kvalitet i helsetjenesten.

Disse medlemmer påpeker at innsatsstyrt finansiering var ment som et system for tildeling av økonomiske midler, og ikke som et prioriteringsverktøy. Ved mange helseforetak er åpenbart ISF likevel blitt sett på som en mulighet for inntektsøkning ved de enkelte tjenesteytende avdelinger.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet vil påpeke at det ikke kan være tilfredsstillende å arbeide under slike forhold. Hva sykehusene tjener på, skal ikke være styrende for den helsehjelpen som gis pasientene. En slik praksis er også på tvers av de signaler som gis i tildelingsbrevene til de regionale helseforetakene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig gjennomgang av dagens finansiering i sykehusene og utrede alternative finansieringsmodeller som sikrer at økonomien ikke blir styrende for den helsehjelpen som gis pasientene.»

Disse medlemmer mener det er behov og muligheter for å gjøre grep som tydeliggjør at ISF ikke er et prioriteringsverktøy, også med dagens finansieringsmodell. Det må komme tydelige styringssignaler til helseforetakene om at ISF ikke skal være styrende for aktivitetene på avdelingsnivå. Fokus må flyttes fra marginalinntekter til kostnader forbundet med avdelingenes samlede aktiviteter.

Disse medlemmer foreslår at ISF-satsen reduseres til 30 prosent, og at basisbevilgningen dermed utgjør 70 prosent av bevilgningene til de tjenester på sykehusene som er gjenstand for innsatsstyrt finansiering. Dette bør gjøres for å motvirke tendenser til at ISF benyttes som et prioriteringsverktøy, og at fokuset fjernes fra pasientbehandling.

Økt rammefinansiering kan resultere i lavere aktivitetsvekst om dette ikke følges opp med supplerende styringssignaler til helseforetakene. Herunder må arbeidet med utvikling av måleindikatorer for både kvalitet og ulike former for effektivitet, intensiveres.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet mener at sykehus i all hovedsak må rammefinansieres. Dette medlem viser også til at ISF-sats i sykehus på 30 prosent ble vedtatt i Stortinget i forbindelse med innføringsreformen.

Komiteen ønsker sykehustjenester av høy kvalitet, i offentlig regi, over hele landet, samarbeid med ideelle aktører og et supplerende innslag av private aktører ut ifra et definert behov. Sykehus og sykehustjenester er en avgjørende del av velferdsstaten. Den samlede organisering, fordeling mellom aktørene og bruken av fagkompetanse, skal ledes av og for fellesskapet. Grunnleggende for norske sykehus skal være at pasienter får sin behandling basert på faglige kriterier og nasjonal enighet i vanskelige prioriteringsspørsmål.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet peker på at måten vi i dag organiserer sykehusene på, ble vedtatt i 2002. Siden den gang har modellen vært justert og endret en rekke ganger. Den politiske styringen har blitt tydeligere. Samlet har dette ført til høyere kvalitet på sykehus i alle regioner og forbedret behandlingsresultatene for mange pasienter. Vi ser per i dag ikke at en ny stor omorganisering vil gi et bedre sykehusstilbud til befolkningen.

Det betyr ikke at styringsmodellen skal «fryses» slik vi kjenner den i dag. Disse medlemmer mener det er et større handlingsrom i sykehusmodellen som må brukes for å følge med i den faglige utviklingen og sikre den politiske styringen. Disse medlemmer understreker behovet for fortløpende å gjennomføre forbedringer i ledelse og organisering av norske sykehus, og sikre en styringsmodell som ivaretar behovet for regional forankring, pasientnær kunnskap og folkevalgt kompetanse på alle nivå. Det er en utfordring å styre ressursene slik at mest mulig brukes til direkte pasientbehandling, med geografisk rettferdig fordeling og god tilgjengelighet for alle.

Disse medlemmer vil bruke handlingsrommet innenfor dagens organisering og vil derfor foreslå å utrede en deling av Helse Sør-Øst. Disse medlemmer mener det rommet dagens modell gir, bør benyttes, fremfor å gå videre med store omorganiseringer som alltid vil måtte belaste pasienter og ansatte.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede alternative modeller for organisering av Helse Sør-Øst, med sikte på en deling av det regionale helseforetaket.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at sykehusreformen

fra 2002 inneholdt tre viktige grep: at staten overtok sykehusene, at sykehusene ble organisert som helseforetak, og at foretakene ble underlagt regionale helseforetak.

Disse medlemmer mener det har skjedd mye bra siden reformen ble vedtatt. Statlig ansvar for sykehusene er en suksess, det er en rekke positive effekter av foretaksorganisering av sykehusene, og helseregionene har på mange måter vært en effektiv måte å styre sykehusene på. Sykehusene i Norge leverer gode resultater på mange områder og har kontroll på økonomien, noe som er en nødvendig forutsetning for gode tjenester til pasientene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener at det er store utfordringer – ikke minst knyttet til de regionale helseforetakene. Kritikken har rettet seg mot at de regionale helseforetakene er et unødvendig mellomnivå mellom stat og sykehus, som gir mer byråkrati. Modellen forhindrer nasjonal styring som ser landet under ett, og det blir for mye fragmentering innen viktige områder. Samtidig er det for store variasjoner i kvalitet og effektivitet mellom regioner og sykehus.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser også til at modellen blir kritisert for manglende demokratisk legitimitet, og for at de regionale helseforetakene tar politiske beslutninger som ingen politikere står ansvarlig for. De regionale helseforetakene blir således et fragmentert mellomnivå som skaper avstand mellom sykehus og sentrale myndigheter, og mangler tillit i befolkningen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at Kvinnsland-utvalget skal vurdere følgende alternativer:

- Avvikling av RHF-ene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet.
- Opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene.
- Opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene.
- Eventuelle andre modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet ønsker å styrke vår felles helsetjeneste gjennom tydelig politisk styring og prioritering. Disse medlemmer viser til at den rød-grønne regjeringen utarbeidet en plattform med tydelige,

overordnede mål for sykehuspolitikken. Dette er, slik disse medlemmer ser det, et godt utgangspunkt for en videre utvikling av en god offentlig helsetjeneste og en desentralisert, bærekraftig sykehusstruktur.

Komiteen peker på at det må være en ambisjon at norske sykehus skal sikre alle som trenger det, helsetjenester i verdensklasse. Det skal være folks helsetilstand som avgjør hvilket tilbud man får, ikke bakgrunn, økonomi eller bosted. Komiteen mener at en sterk offentlig styring av helsetjenestene er en forutsetning for at forenklede og forbedrede tjenester kan komme alle pasienter til gode. God offentlig styring er også avgjørende for at alle pasienter, uansett bakgrunn, skal kunne være medskapende og medbestemmende i egen behandling, og for at pasienterfaringer skal kunne spille en vesentlig rolle i de endrings- og forbedringsprosesser som vår felles helsetjeneste trenger.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil peke på at den rød-grønne regjeringen nedfelte spesifikke, overordnede mål som viktig for å oppnå dette:

- Økt kvalitet: Det må være full åpenhet om sykehusenes resultater. Sykehusene skal ha enda bedre resultater på kvalitet, tilfredshet og pasientsikkerhet, målt i nasjonale målinger. Resultater av kvalitetsmålinger må være lett tilgjengelige.
- Behandle flere, redusere ventetider. Dette skal først og fremst skje ved å styrke de offentlige sykehusene, men også gjennom å inngå avtaler med private og særlig ideelle aktører som et supplement, i henhold til definerte behov.
- God rekruttering og trygge arbeidsplasser. I samarbeid med ansatte og ledelse må de offentlige sykehusene oppleves som en god og faglig spennende arbeidsplass, der kompetanse og helsefaglige resultater anerkjennes.

Disse medlemmer viser til at tidligere helseminister Jonas Gahr Støre i 2013 la fram ti punkter for sykehusene, som beskriver de grep som skal gi ønsket forbedring av helsetjenestene. Disse medlemmer vil her peke på noen av de mest sentrale for forbedring på systemnivå:

- Sørge for lengre åpningstider i sykehusene slik at planlagt utredning og behandling kan gis til flere pasienter.
- Sørge for nye sykehusbygg og tilstrekkelig økonomisk handlingsrom slik at regionene kan komme raskere i gang med planlagte nye sykehusbygg.

- Styrke ledelseskompetansen generelt, gjennomgå nærværet av ledelse i helseforetakene og samarbeide med ansatte for heltidskultur og økt kompetanse.
- Redusere byråkrati og gjøre sykehusene i stand til å ansette mer støttepersonell for å avlaste de helsefaglige profesjonene.
- Fornye og forsterke IKT slik at kommunikasjon kan skje elektronisk.

2.2 Den nye pasientrollen

Komiteen viser til at pasientene skal ha tilgang til kvalitetssikret informasjon om egen helse slik at de kan delta i beslutninger om egen behandling, og de skal være aktivt med i utformingen av helsetjenesten. Komiteen mener pasientopplevd kvalitet er like viktig som medisinsk kvalitet, og mener pasientens opplevelse skal telle mer, sammen med helsepersonellens kompetanse.

Komiteen viser til at nye behandlingsmetoder og brukervennlige IKT-løsninger vil gjøre det enklere for pasienter og helsepersonell å samarbeide. Det forutsetter at helsetjenesten endrer holdninger, kultur og ledelse for å sikre pasientenes medvirkning.

Brukermedvirkning på systemnivå er et viktig virkemiddel for å sikre at pasienters og pårørendes stemme blir hørt, og komiteen viser til at alle de regionale helseforetakene og helseforetakene har brukerutvalg. Komiteen viser videre til ekspertgruppen av brukere, pasienter og pårørende som mener det må bli en jevnere medvirkning, og at de ønsker brukermedvirkning overalt. Komiteen støtter prinsippet om at pasienter bør brukes som systemrevisorer og forandringsagenter i utviklingen av tjenestene.

Komiteen vil fremheve at en god helsepolitikk gir mennesker trygghet og mer frihet, den gir alle lik tilgang til god behandling og medvirkning, og den bygger på solidaritet og offentlig finansiering av tjenestene. Gjennom mange år er det bygget opp et godt helsetilbud i sykehus med høy kvalitet over hele landet. Norske sykehus behandler stadig flere, ventetidene går ned, og kvaliteten økes. Samtidig står helsetjenesten overfor store utfordringer fremover: økt spesialisering, befolkningsøkning, mangel på helsepersonell, endret sykdomsbilde, nye behandlingsmuligheter og større forventning til brukermedvirkning.

Komiteens medlem fra Senterpartiet merker seg at regjeringen vil skape pasientenes helsetjeneste. Da bør det være selvsagt å legge vekt på pasientopplevd kvalitet og pasientenes ønsker når sykehusstilbud skal utvikles. Dette medlem registrerer at tusenvis har gått i fakkeltog etter at Nasjonal helse- og sykehusplan ble fremlagt, for å kjempe for at lokalsykehusstilbudet ikke må svekkes. I LHLs

rapport «Helsebarometer 2015» – som bygger på en undersøkelse der 7 500 mennesker spørres om oppfatning av egen helse, helsetilbudet og prioriteringer i norsk helsevesen – pekes det på fire kriterier som de klart viktigste for god kvalitet i helsetjenesten: nærhet til sykehus og lege, godt utdannet helsepersonell, effektiv behandling og korte ventetider. Fritt valg av sykehus kom klart lenger ned på lista. Nærhet ser altså ut til å være viktigere enn valgfrihet for folk flest. At pasienter, pårørende og innbyggere generelt er opptatt av nærhet til sykehustjenester og beredskap, må være førende for den politiske styringen av utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Pasientrollen og pasientønsker skal ikke bare styrkes i møtet med helsearbeidere, men også i utviklingen av overordnede strukturer og pasienttilbud.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at et sentralt mål i planen er å styrke lokalsykehusene, ikke svekke dem. Målet er at lokalsykehusene skal bli bedre rustet til å ivareta de pasientgruppene som vil ha økt behov for sykehustjenester i fremtiden. Planen skal også sikre at vi opprettholder et sterkt desentralisert sykehusstilbud, og det slås fast at ingen sykehus skal legges ned som følge av planen.

Komiteen vil understreke at for pasienter med behov for helsetjenester over lengre tid, har sykehusene plikt til å oppnevne koordinator. For sykehuspasienter med alvorlig og langvarig sykdom er det innført rett til kontaktlege, samt at koordinator også er en del av pakkeforløpet for kreft. Komiteen mener at oppnevning av koordinator eller kontaktlege er viktig for å styrke pasientrollen i sykehussystemet. Men komiteen er bekymret for at plikten til å oppnevne koordinator for pasienter med behov for helsetjenester over lengre tid, ikke er blitt fulgt opp av helseforetakene. Komiteen ber regjeringen påse at alle helseforetak oppfyller spesialisthelsetjenestelovens klare plikt om å oppnevne koordinator for alle pasienter med behov for helsetjenester over lengre tid.

Komiteen viser til høringsinnspill fra Barneombudet om at fremtidens sykehus må etablere familiebaserte nyfødtavdelinger til beste for barn og foreldre. Mange barn på nyfødtintensivavdelinger er svært syke og/eller premature, og er avhengig av at omsorgspersoner som kan se og tyde signaler. Godt samspill fra starten danner grunnlaget for at barnet utvikler en trygg tilknytning, som fremmer god psykisk helse og har betydning for barnets kognitive utvikling. Komiteen mener også at barn har krav på tilpasset helsehjelp og at spesialisthelsetjenesten må sørge for at 18-årsgrensen blir ivaretatt, og at man tilstreber fleksible overgangsordninger til voksenavde-

ling. Barneombudet viser til at noen sykehus har barn helt ned i 13-årsalderen på voksenavdelinger.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til uttalt politisk enighet om å styrke barn og unges tilbud i sykehusene, men at praksis er en annen, der viktige fagmiljø og tilbud svekkes. Dette medlem vil understreke at sentralisering av det barnefaglige tilbudet har skapt sterk bekymring i befolkningen, som eksempel vises til vedtaket om helgestenging av barneavdelingen ved Kristiansund sykehus og stenging av nyfødtavdelingen ved Sørlandet sykehus Arendal. Dette medlem mener at Nasjonal helse- og sykehusplan i langt større grad burde skissert hvordan det barne- og ungdomsfaglige tilbudet skulle utvikles og styrkes i Norge.

2.2.1 Brukermedvirkning i tjenestene

Komiteen støtter forslaget om å etablere ungdomsråd ved alle helseforetak. Ungdom er i en sårbar fase i overgangen mellom barn og voksen, og det er viktig at ungdom også får innflytelse på hvordan helsetjenesten skal legges til rette for dem.

En aktiv pasientrolle innebærer tilgang til kvalitetssikret informasjon om helse og sykdom, innsyn i egen data, og at det legges til rette for samvalg. Utviklingen av nye digitale løsninger som støtter aktiv medvirkning, vil føre til store endringer i helsetjenesten. Komiteen viser til at stadig flere pasienter forventer å kommunisere digitalt med helsetjenesten. Tilgang til egne helseopplysninger, mulighet for selv å registrere data om seg selv og selvbetjening er viktige virkemidler for å gi brukerne en enklere hverdag og medvirke i egen behandling. Komiteen mener det er viktig at pasienter får hjelp til å delta mer aktivt i beslutninger om egen behandling, og støtter regjeringens mål om å publisere gode samvalgsverktøy på helsenorge.no.

2.2.2 Den medvirkende pasient – det nye medisinske gjennombruddet

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, mener pasientens kunnskap og erfaring skal brukes som grunnlag for forbedring i tjenestene, og helsepersonell må betrakte pasienten som en likeverdig samarbeidspartner. Å skape pasientens helsetjeneste medfører endringer for helsepersonellet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener at en sterk satsing på fellesskapets sykehus er en helt nødvendig forutsetning for at alle pasienter, uavhengig av status og økonomi, aktivt skal kunne bruke sin innsikt i eget sykdomsbilde i møte med kompetente helsearbeidere. Dersom pasienten skal være medska-

pende og medbestemmende i egen behandling og rehabilitering, må det også legges opp til godt og sømløst samarbeid mellom de ulike aktørene og nivåene i helsesektoren. Disse medlemmer vil imidlertid understreke det som flere pasientombud har påpekt: at man ikke går i den fellen å stille så store krav til pasientenes navigeringsevne i systemet at det kun blir de sterkeste som vinner fram. Disse medlemmer vil peke på at vi som politikere har et ansvar for at ikke befolkningen får det inntrykk at man må agere som «kunde» når man blir syk. Det er svært viktig at helsepersonell møter alle pasienter med respekt og lydhørhet, også for pasientens ofte uuttalte behov. Disse medlemmer vil understreke betydningen av den gode, likeverdige og respektfulle kommunikasjonen mellom to parter med ulikt utgangspunkt: pasienten og hans/hennes behandler. Disse medlemmer mener at både ledere og helsearbeidere har ansvar for at dette blir reelt.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at regjeringen i planen skriver at pasienten og legen skal være likestilte samarbeidspartnere. Dette medlem mener at helsevesen og sykehus har vært for dårlige på kommunikasjon og involvering av pasientene. Det må være et klart mål å styrke pasientenes involvering, men dette medlem mener likevel at lege og pasient har så ulikt utgangspunkt for hva de kan bidra med i et samarbeid, at det blir misvisende å bruke betegnelsen likestilte. Sentralt i pasientbehandlingen står tillit og det at man blir involvert, respektert og har trygghet for at man kan stole på de faglige råd og faglige vurderinger som blir framlagt.

Komiteen er opptatt av at mulighetene for egeninnsats og medvirkning utnyttes i samarbeid med helsetjenesten. Det kan føre til bedre helse, mindre behov for oppmøte på sykehuset og færre sykehusinnleggelseser.

Komiteen vil påpeke at ved samvalg samarbeider pasient og helsepersonell om å treffe beslutninger om utredning, behandling og oppfølging i den grad og på de måter pasienten ønsker. Komiteen mener det er viktig at pasienten får støtte til å vurdere behandlingsalternativer, ut fra beste tilgjengelige kunnskap om effekt, fordeler og ulemper, og til å utforske egne verdier og preferanser. Målet er å bli enige om og velge det alternativet som er mest i tråd med pasientens personlige preferanser.

Komiteen vil understreke at behandlingsalternativer som anbefales, selvsagt ikke bare må være i tråd med pasientens verdier og ønsker, men også helst med helsetjenestens målsettinger og faglige anbefalinger. Ikke alle behandlingsvalg er likestilte. Et eksempel her er valget om antibiotikabehandling el-

ler ikke. Det er et fagligpolitisk mål å redusere antibiotikabruken i Norge med 30 prosent innen 2020. Da er god kommunikasjon viktig, slik at pasienten får tillit til og forståelse for at de faglige, individuelle anbefalingene om for eksempel ikke å behandle med antibiotika, er trygt.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at anbefaling og valg av behandling må skje med bakgrunn i medisinskfaglige begrunnelser, og at pasienter skal ha lik tilgang til gode medisinskfaglige vurderinger uavhengig av evne eller ønske om medvirkning. Dette medlem vil advare mot en utvikling som forsterker en allerede tilstedeværende svakhet, at pasientenes egne ressurser påvirker prioriteringsbeslutningene i helsetjenesten, og at kronikere, eldre og andre utsatte grupper, rammes av dette. Det er for eksempel et faktum at henvisningspraksisen til spesialisthelsetjenesten er størst for gruppen høyt utdannede pasienter. Dette medlem vil understreke at svært sårbare pasientgrupper, slik som de skrøpelige eldre og pasienter med svært svekket fysisk eller psykisk helse, ikke vil ha samme grunnlag til å selv vurdere alle beslutninger rundt behandling og videre tiltak. Samtidig er det viktig at også denne pasientgruppen får ta del i de valg som den har forutsetninger for å gjøre, også på det dagligdagse plan. Dette medlem mener at for pasienter med svært svekket helse er det desto viktigere med god kommunikasjon og involvering av nærmeste pårørende.

Komiteen mener teknologi er et godt redskap for pasienter til å være mer delaktig i behandling og mestre egen helse. Pasienter vil lettere få innsyn i sin journal og kunne følge aktivt med på egen helsestatus og behandling. Komiteen vil påpeke at den nye pasientjournalloven som trådte i kraft 1. januar 2015, åpnet nye muligheter til å dele og hente fram informasjon mellom helsepersonell og virksomheter. Loven åpner for at nødvendige opplysninger om en pasient kan gjøres tilgjengelig, uavhengig av hvor pasienten har fått helsehjelp tidligere og hvordan helsetjenesten er organisert.

Komiteen vil påpeke at det er stort behov for en sterkere nasjonal styring, bedre koordinering og bedre organisering av IKT-feltet. Dagens styringsmodell og de mange aktørene gir lav gjennomføringsevne med lite koordinert utvikling av IKT i helse- og omsorgssektoren.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, er derfor glad for at Direktoratet for e-helse ble etablert fra 1. januar 2016 og at målet er å styrke myndighetsrollen på e-helseområdet. Flertallet mener det er nødvendig at di-

rektoratet ivaretar en forutsigbar IKT-utvikling gjennom strategisk styring og nasjonal samordning for en samlet helse- og omsorgssektor. Direktoratet for e-helse er etablert i tillegg til Nasjonalt IKT HF, som ble etablert 1. januar 2014 som et helseforetak for å sikre IKT-utviklingen i spesialisthelsetjenesten gjennom felles strategi, samarbeid og samordning til beste for pasienter, pårørende og helsepersonell.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet støtter opprettelsen av et e-helse-direktorat, basert på behovet for nasjonal styring av IKT-feltet i helsesektoren. Disse medlemmer vil imidlertid understreke behovet for at direktoratet bevarer en nødvendig fleksibilitet for å kunne imøtese behovet for styring, koordinering og faglig utvikling på et felt som er i kontinuerlig og rask endring. Helseregionene må involveres i direktoratets arbeid, slik at løsningene for sykehussektoren og andre spesialisthelsetjenester blir effektive og tett på den kliniske hverdagen, nær ledelse, ansatte, pasienter og brukere. Disse medlemmer legger til grunn at regjeringen følger utviklingen nøye, slik at disse forholdene ivaretas.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet ikke støttet oppretting av et nytt direktorat for e-helse og mener at dette vil øke byråkratiet i Norge, og viser til øvrige merknader om dette i denne innstillingen.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at regjeringens viktige reform, fritt behandlingsvalg, som ble satt i gang 1. november 2015, vil kunne gi raskere behandling hos godkjente private aktører for pasienter som opplever å vente for lenge gjennom det offentlige. Ordningen ble innført for tjenester innen psykisk helsevern, rusbehandling (TSB) og noe somatikk. Reformen skal styrke pasientens rettigheter, gi mer valgfrihet og stimulere de offentlige sykehusene til å bli enda bedre. Ved å ta i bruk et mangfold av aktører i både offentlig og privat sektor, vil regjeringen med fritt behandlingsvalg legge til rette for kortere ventetider og økt valgfrihet for pasientene. Disse medlemmer viser til at regjeringen gjennom konkrete reformer, tydelig styrking av offentlige sykehus, bedre samarbeid med private og ideelle, og klare prioriteringer, bidrar til å gi flere hjelp og redusere unødvendig venting for pasientene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at regjeringen i Nasjonal helse- og sykehusplan varsler at den vil styrke pasientens rolle i helsetjenesten ved å evaluere og utvide ordningen med fritt behandlings-

valg. Disse medlemmer mener at reformen fritt behandlingsvalg er en sentraliserende og privatiserende helsereform, som vil true utviklingen av de offentlige sykehusene og slik svekke pasientenes valgmuligheter og tilgang til kvalifisert hjelp; ikke styrke pasientrollen. Disse medlemmer understreker at spesialisthelsetjenesten er et statlig ansvar, og da må også staten ha styringen med det samlede sykehustilbudet. Fritt behandlingsvalg og regjeringens påbud til de regionale helseforetakene om å kjøpe mer tjenester av private kommersielle sykehustilbydere svekker denne muligheten. Private sykehustilbydere har ikke ansvar for øyeblikkelig hjelp, utdanning eller forskning, slik offentlige sykehus har. Offentlige sykehus vil alltid stå igjen med ansvaret i krisesituasjoner og dagliglivets akutte hendelser. Offentlige sykehus vil alltid måtte ta ansvaret for de mest krevende pasienttilfellene, og ved komplikasjoner. Derfor mener disse medlemmer at å styrke de offentlige sykehusene og utnytte ledig kapasitet her, er viktig for å skape et mest mulig likeverdig pasienttilbud.

Disse medlemmer mener det ligger et stort uutnyttet potensial i å utvikle samarbeidet mellom store og små sykehus bedre. Under den tidligere ordningen med fritt sykehusvalg kunne private tilbydere med avtale bidra til reduserte helsekøer uten at dette svekket det offentlige tilbudet.

Disse medlemmer mener fritt behandlingsvalgs pålegg til foretakene om mer bruk av private tilbydere gjør at flere av de mindre sykehusene står i fare for å miste planlagt pasientbehandling som er viktig for opprettholdelse av øvrig beredskap ved sykehusene.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at både helsekøen og ventetidene økte under den rød-grønne regjeringen og under den gamle ordningen med fritt sykehusvalg, og at fritt behandlingsvalg er ett av flere tiltak for å redusere ventetidene og øke mangfoldet.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at for eksempel Voss sjukehus har mistet pasientbehandlinger de hadde planlagt for og hadde kapasitet til, fordi Helse Vest i stedet har gitt anbudet til private. Den private Ibsen-klinikken har fått vid konsesjon til å drive pasientbehandling i lokalene til nedlagte Rjukan sykehus.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre vil presisere at private ideelle sykehustilbydere bør sees på som en integrert del av det offentlige helsevesen, og viser til at langsiktige avtaler basert på kvalitet må erstatte ideelle virksomheters kortsiktige anbuds-

kontrakter. Disse medlemmer mener myndighetene må sørge for at ideell virksomhet kan utgjøre et betydelig innslag i helse-, sosial- og omsorgstjenestene, og at muligheten til direkte anskaffelser fra ideelle virksomheter med begrunnelse må videreføres.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til EUs anskaffelsesdirektiv (EU-direktiv 2014/24) og tilpasningen til norsk rett i regjeringens forslag til Lov om offentlige anskaffelser (anskaffelsesloven), jf. Prop. 51 L (2015–2016), hvor det legges opp til at ideelles rammevilkår skal fastsettes i ny forskrift.

Disse medlemmer mener at regjeringen ikke har utnyttet det handlingsrommet som ligger i EU-direktivet til å sikre gode vilkår for private ideelle behandlingsinstitusjoner. Disse medlemmer er bekymret for at manglende handlekraft kan føre til en forvitring av ideell sektor i Norge. Disse medlemmer ber regjeringen vurdere om man kan innrette anbudssystemet slik at man for eksempel kan få uttelling for at eventuelt overskudd ledes tilbake til formålet, eller at man på grunn av sitt verdigrunnlag evner å mobilisere en stor grad av frivillig innsats i tillegg til den betalte arbeidskraften. Disse medlemmer mener at det bør arbeides videre med en vurdering av samarbeidsformen «utvidet egenregi», som er vellykket i Danmark.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener en sak av så stor og vidtrekkende betydning blant annet for helse- og sosialsektoren bør avgjøres av Stortinget.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti viser til at Norge det siste året spesielt har tatt imot mange asylsøkere og flyktninger, som vil trenge hjelp og behandling fra helsevesenet. Disse medlemmer vil understreke at spesialisthelsetjenesten må imøtekomme deres behov, og at asylsøkere er en særlig sårbar gruppe der mange har vært utsatt for store belastninger. Disse medlemmer er bekymret for at det budsjettmessig ikke er blitt tatt høyde for denne situasjonen, i og med at sykehusbudsjettet for 2016 ble kuttet, ikke styrket, som følge av regjeringens tilleggsinnstilling grunnet asyl- og flyktningssituasjonen. Disse medlemmer viser også til tilbakemeldinger om at kommunehelsetjenesten ikke er rustet opp nok til å dekke behovet for helsehjelp til den økte gruppen av enslige mindreårige asylsøkere (NRK 29. februar 2016). Kritiske områder er psykisk helse og smittevern. Mangelfullt tilbud i kommunene vil på sikt overføre

problemen til spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer viser til nasjonal strategi for innvandreres helse (2013–2017) og vil understreke at helsepersonells kunnskap og kompetanse om helseutfordringene til innvandrerbefolkningen og bruk av tolk må styrkes.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, er opptatt av pasientens rolle og reelle brukermedvirkning. Dagens helsetjeneste med et så avgrenset skille mellom primærhelsetjeneste i kommunal regi og spesialiserte helsetjenester i statlig regi, skaper noen særlige utfordringer for pasienten. I for mange tilfeller blir det opp til pasienten og brukeren å holde «systemet sammen». Vi må strekke oss etter mer sømløse pasientforløp, uavhengig av aktør. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) kan bidra til å skape bedre forløp. Her ser vi at utviklingen nå går betydelig i utakt mellom henholdsvis kommunal og statlig sektor. Pasientjournal kan brukes som ett eksempel på dette, hvor det nå langt på vei er utviklet en nasjonal plattform for sykehusene, mens det tilsvarende er langt fram til en felles journal som tar med seg opplysninger fra fastlege og primærhelsetjeneste. Flertallet mener at i en overgangsfase må det som et minimum etableres en felles legemiddelliste, slik at alle behandlingsnivåer får oppdatert informasjon om pasientens legemiddelbruk. Dette er viktig med tanke på pasientsikkerheten. Et annet vesentlig moment er hvordan vi tilrettelegger for pasient- og brukerorganisasjonenes innsats og skolering av deres brukerrepresentanter. Flertallet etterlyser et større engasjement for organisering av sengeposter i sykehus på pasientens premisser og mer bruk av simulering som metode, til beste for både pasient og helsepersonell.

2.2.3 Brukerinnflytelse i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengige

Komiteen vil spesielt påpeke at mange brukere i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling opplever avmaktfølelse i møte med helsetjenesten. Brukerne melder om store forskjeller i hvordan brukerinnflytelse praktiseres.

Komiteen mener at å lære å mestre hverdagen er avgjørende for mennesker med psykiske lidelser eller rusavhengighet. Opplevelsen av å ha kontroll ved valg av behandling bidrar til å bygge mestrings-evne, egenverd og selvtillit. Det er dokumentert at når brukeren har tro på at behandlingen virker, påvirker det behandlingsresultatet.

Komiteen vil påpeke at brukerstyrte plasser er et eksempel på hvordan økt kontroll fører til et bedre

liv for brukere og pårørende, samtidig som kostbare institusjonsopphold reduseres.

2.2.4 *Klinisk forskning*

Komiteen mener pasientene må være mer delaktig i klinisk forskning, og at det er gledelig at det nå er stilt krav til Forskningsrådet om økt brukermedvirkning i forskning.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, mener dette er i tråd med pasientens helsevesen der pasienten skal være aktivt med i egen behandling.

Komiteen mener klinisk behandlingsforskning bidrar til å sikre kvalitet, pasientsikkerhet, pasienttilfredshet og rekruttering av dyktige fagfolk. Komiteen vil bemerke at tidlig-fase kliniske studier og utprøving av ny, kostbar medisinsk teknologi, vil kreve ytterligere oppbygging av infrastruktur og kompetanse ved universitetssykehusene. Komiteen mener det er viktig å tilrettelegge for at alle sykehus kan ta del i og integrere forskning i pasientbehandlingen, og at det må tilrettelegges for at mindre sykehus kan delta i større studier som gjennomføres i flere sykehus på tvers av helseregionene.

Komiteen vil påpeke at forskningsnettverk bidrar til å øke kompetansen og forskningsinnsatsen på ulike fagområder. Slike nettverk muliggjør flerregionalt og nasjonalt samarbeid, og kan bidra til at større forskningsstudier kommer raskere i gang.

Komiteen refererer til komiteens merknader i Legemiddelmeldingen side 32:

«Komiteen mener økt innovasjonsfokus i legemiddelpolitikken er både fremtidsrettet og nødvendig for å møte morgendagens utfordringer innen helsesektoren. Komiteen anser det som viktig at det tilrettelegges for verdiskapning av den høye kompetansen innen medisin og helse, og at sektoren bidrar med konkurransekraft og verdiskapning i norsk økonomi.»

Komiteen er kjent med at alle universitetssykehus har veldefinerte mekanismer for innovasjon som kan kommersialiseres. Komiteen mener det er viktig å øke tjeneste- eller serviceinnovasjon slik at nye, bedre og mer rasjonelle måter å levere helse-tjenester på kan utvikles. Komiteen vil påpeke at det har manglet systematikk for å utvikle og dele denne type løsninger. Det har også manglet et sted å henvende seg for å utvikle ideer som ikke skal kommersialiseres. Komiteen mener det er positivt at det er utviklet et nettverk for tjenesteinnovasjon mellom de norske universitetssykehusene basert på Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus (www.idepoliklinikken.no).

Komiteen viser til at mange sykehus i Norge nå har et Pusterom, et trenings- og aktivitetssenter som tilbyr tilpasset fysisk aktivitet til kreftpasienter under og etter behandling. Komiteen vil berømme stiftelsen Aktiv mot Kreft og sykehusene som har etablert Pusterom, for deres satsing på å skape møteplasser for kreftpasienter, hvor de møtes av ansatte med spesialkompetanse innen fysisk aktivitet og kreft.

Komiteen mener det er interessant at et økende antall studier viser at kreftpasienter har god nytte av å være i regelmessig fysisk aktivitet. Å være i aktivitet under og etter behandling kan bidra til å redusere bivirkninger av kreftbehandling, opprettholde og bedre fysisk form og gi økt energi og overskudd. Komiteen følger med interesse den videre forskningen på dette.

2.3 *Spesialisthelsetjenester til mennesker med psykisk lidelse og rusavhengighet*

Komiteen mener mennesker med psykiske helseutfordringer og rusavhengighet skal få et godt behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten nærmest der de bor. Komiteen mener pasienter med rus- og psykisk helseutfordringer lenge har vært en nedprioritert pasientgruppe i spesialisthelsetjenesten, og støtter regjeringens mål om å prioritere disse pasientgruppene.

Komiteen viser til hva ekspertgruppen av brukere, pasienter og pårørende som var oppnevnt for å gi råd til nasjonal helse- og sykehusplan, har sagt om at kropp og sinn henger sammen, og at det må også helsetilbudet gjøre. Ekspertgruppen fremhever at pasientene trenger én helsetjeneste. Komiteen støtter målet i planen om å myke opp skillet mellom psykiske og somatiske helsetjenester, slik at pasientene som trenger behandling for både kropp og sinn, får det samtidig.

Komiteen viser videre til at pasienter innenfor rus og psykisk helse lever i gjennomsnitt 20 år kortere enn befolkningen for øvrig, og nesten 60 prosent av dødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer som i stor grad kan forebygges. Komiteen mener derfor det må legges bedre til rette for at pasienter innenfor rus og psykisk helse får vurdert hele sin tilstand parallelt med utredning eller behandling av sine problemer innenfor rus og/eller psykisk helse. Komiteen noterer seg at Verdens helseorganisasjon anbefaler at behandling av psykiske lidelser på sykehusnivå skjer i alminnelige sykehus, og at dette er en trend man observerer skjer også internasjonalt. Komiteen ønsker å legge til rette for at psykiske og somatiske lidelser blir bedre samordnet i fremtidens sykehus.

Komiteen viser til at et mål i planen er at innenfor psykisk helsevern skal distriktpsykiatriske

sentre og barne- og ungdomspsykiatriske enheter prioriteres. Komiteen mener distriktspsykiatriske sentre bør være hjørnesteinen i psykisk helsevern for voksne. De skal sørge for at mennesker i hele landet skal ha et desentralisert tilbud om utredning og behandling av psykiske lidelser. Komiteen merker seg at Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til grunn at veksten innenfor psykisk helsevern skal skje ved de distriktspsykiatriske sentrene og i psykisk helsevern for barn og unge.

Komiteen merker seg at regjeringen vil videreføre omstillingen til bedre døgnberedskap og ambulante akuttjenester ved de distriktspsykiatriske sentrene. Komiteen støtter målet om flere ambulante akutteam, men peker på at det er en utfordring i dag å bemanne slike team med spesialister. Spesialistkompetanse er nødvendig for at teamet kan utrede pasienter og starte behandling på stedet.

Komiteen viser videre til at det i dag er et mangfold av aktører innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men at det er lite kunnskap om effekten av den behandlingen som tilbys rusavhengige. Komiteen merker seg at regjeringen vil etablere et nasjonalt kvalitetsregister for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at Stortinget nå behandler opptrappingsplanen for rus, som regjeringen la frem i høst. Disse partiers mål med opptrappingsplanen er å løse utfordringene knyttet til tidlig innsats, behandling og ettervern og oppfølgingstjenester.

Flertallet viser til at opptrappingsplanen spises mot personer som er i ferd med å utvikle eller som allerede har etablert et rusproblem. Hovedinnsatsen rettes mot kommunesektoren. Målet er å bidra til økt kapasitet og bedre kvalitet i tilbudet til personer med rusproblemer.

Flertallet viser videre til at de ytre rammene for arbeidet er 2,4 mrd. kroner i perioden 2016–2020. For 2016 ble det bevilget 490 mill. kroner, fordelt på 400 mill. kroner i frie inntekter og 95 mill. kroner til en tverrdepartemental oppfølging av planen. I tillegg ble det bevilget tilskudd til kommunalt rusarbeid, om lag 460 mill. kroner som var en videreføring av ordningen fra 2015. I tillegg kommer veksten i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB), som sikres gjennom den gyldne regel. I 2016 er den beregnet til om lag 185 mill. kroner inkludert midlene i ordningen med fritt behandlingsvalg.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet har merket seg at bevilgningen for 2016 til rusarbeid i kommunene

ikke er øremerket, men inngår som en del av de frie inntektene. Disse medlemmer vil følge nøye med på i hvilken grad midlene tilfaller dem som har behov for tiltak og hjelp av rusfaglig karakter.

Komiteen viser til at det både innen rusbehandling og psykisk helse handler om sårbare pasientgrupper, ofte med kompliserte og sammensatte helseutfordringer.

Pasientene har stort behov for koordinerte tjenester, noe som forutsetter tett samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Videre krever det ofte behov for tilrettelagt bolig, bo-trening, arbeid, aktivitet og gjeldssanering, for at behandlingstilbudet skal ha effekt.

Komiteen mener det er stort behov for å utvikle gode og differensierte helhetlige tilbud innen rusbehandling, slik at flest mulig av disse pasientene får bedre helse, økt funksjonsnivå og evne til å mestre eget liv. Tverrfaglig kompetanse bør vektlegges og klinisk ernæringsfaglig kompetanse bør få en større plass enn i dag. Komiteen vil understreke at pasienter i psykisk helsevern og TSB må sikres nødvendig somatisk utredning og behandling, og at alle helseregionene må ha planer for å lykkes med fullverdig integrering av psykiatri og rusbehandling i sykehuse-

ne. Komiteen ser at det er behov for økt kunnskap om behandling, brukervedvirkning, rehabilitering og tjenesteinnovasjon innen både psykisk helse og rusbehandling. Psykisk helsevern har kommet noe lenger i utviklingen av ambulante tjenester. Det er ønskelig at dette også utvikles i samme retning for rusbehandling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener dette krever at forskningen på rusfeltet trappes opp, og at det stilles krav om forskningsinnsats i alle deler av tverrfaglig spesialisert rusbehandling, også for ideelle og private som har avtale med helseforetakene. Disse medlemmer mener at anbudssystemet for rusbehandling må utformes slik at det stilles tydelige krav til kvalitet og samhandling, men også slik at det gir forutsigbarhet og sammenheng for utvikling av tjenestetilbudet.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil understreke at Senterpartiet mener anbudssystemet på helse- og velferdsområdet er uheldig, særlig for ideelle tilbydere, og vil arbeide for at disse erstattes av langsiktige avtaler basert på kvalitet.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre understreker viktigheten av at personer som er alvor-

lig psykisk syke, får hjelp i tide. Disse medlemmer viser til Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. I rapporten påpekes det at tilbudet til psykisk syke har blitt dårligere. Det vises til at antallet heldøgns plasser til rusbehandling og psykiatri i spesialisthelsetjenesten har blitt redusert med nesten 10 prosent fra 2010 til 2014. Denne reduksjonen har ikke blitt kompensert med en tilsvarende styrking av tilbudet i kommunene. Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet bidrar til å styrke kommunenes arbeid med pasienter under psykisk helsevern eller rusomsorg, en tydeligere ansvarsdeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og en generell styrking av tilbudene. Disse medlemmer påpeker viktigheten av å redusere ventetidene for pasienter som venter på psykisk helsehjelp og behandling av ruslidelser.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener gjeninnføringen av den gylne regel, som forutsetter høyere vekst innen rus og psykiatri hver for seg, er et viktig grep.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet er allikevel bekymret for at tilbudene i flere regioner og ved flere sykehus ikke i realiteten styrkes i tråd med intensjonen. Disse medlemmer mener det er urovekkende når helseforetakene i flere tilfeller varsler kutt i helt sentrale tilbud til barn og unge som sliter, i strid med helse- og omsorgsministerens krav om prioritering av det psykiske helsetilbudet, stadfestet i oppdragsdokumentene til helseforetakene. Den gylne regel oppfylles ikke ved at det kuttes minst i det psykiske helsetilbudet. Derfor foreslår disse medlemmer at det innføres flere måleindikatorer for å kunne få bedre oversikt over hvorvidt den gylne regel etterfølges i foretakene, i tråd med Psykologforeningens innspill i forbindelse med Prop. 1 S (2015–2016) og deres innspill til Meld. St. 11 (2015–2016).

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innføre måleindikatorer som årsverksutvikling, kostnads- og aktivitetsindikatorer for å sikre at den gylne regel, som tilsier høyere vekst innen rus og psykisk helse enn somatikk, etterleves i de regionale helseforetakene.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener psykisk syke barn og unge må prioriteres. Barn og ungdom venter gjennomsnittlig 53 dager på

psykisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Om fjerning av ventetiden for behandling av psykiske lidelser for barn og unge skal bli mer enn en ønskedrøm, må kapasiteten styrkes, og det må prioriteres tydeligere i helseforetakene. Psykisk helsehjelp må individuelt tilpasses, herunder må det også sikres at et døgnbasert tilbud til barn og unge er tilgjengelig, og at ambulansetjenester videreutvikles.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til Kristelig Folkepartis representantforslag om en helhetlig opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (Dokument 8:43 S (2015–2016)), hvor det foreslås en rekke konkrete tiltak for å styrke tilbudet til barn og unge i spesialisthelsetjenesten og i kommunen.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil understreke at en samlokalisering av psykiatri og somatikk noen steder vil kunne være vanskelig å gjennomføre både på kort og lang sikt. For eksempel synes det i Helse Bergen HF å være krevende rent arealmessig å integrere psykisk helsevern som i dag er plassert på Sandviken sykehus, på samme område som Haukeland universitetssykehus. Dette medlem vil påpeke at det i helseforetak som fortsatt vil ha adskilte lokalisasjoner for psykisk og somatisk helse, må det settes krav om å utvikle nye og bedre systemer for tilsynsordninger og samarbeidsavtaler mellom somatisk avdeling og psykisk helsevern-avdeling. Slik kan pasienter likevel sikres tilgang til den medisinske kompetansen de trenger, på den plassen de er innlagt. Dette medlem mener at regjeringen, som oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan, må sørge for en slik utvikling.

Dette medlem viser til at selv om distriktskykiatriske sentra (DPS) blir omtalt som hjørnesteiner i psykisk helsevern, skjer det nå en tydelig sentralisering av dette i utgangspunktet desentraliserte tilbudet. Omleggingen av psykisk helsevern, med nedskjæring av sengekapasitet og sentralisering av DPS, foregår uten at kommunehelsetjenesten har fått anledning til å bygge opp sitt psykiske helsetilbud i forkant. Dette medlem viser også til at stortingsflertallet, mot Senterpartiets stemmer, har vedtatt å allerede i 2017 innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og rus, og plikt til å opprette kommunale øyeblikkelig hjelp-senger for pasienter med rus- og psykisk lidelser. Dette medlem frykter at dette innføres før kommunene har fått sjansen til å bygge opp sitt tilbud og slik vil gå utover pasientene. Dette medlem er bekymret for denne utviklingen, og viser i den forbindelse til Senterpartiets forslag om å innføre en 5-årig kommunal opptrappingsplan for psykisk helse, jf. Dokument 8:41 S (2013–2014) og Innst. 271 S

(2013–2014). Dette medlem ber regjeringen opprettholde et desentralisert og kvalitativt godt tilbud av distriktpsikiatriske sentra og stoppe nedskjæringen av døgnplasser i psykisk helsevern.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at omleggingen av psykisk helsevern allerede ble varslet i forbindelse med samhandlingsreformen, som en følge av intensjonene i reformen om at flere skal behandles lokalt. Disse medlemmer vil minne om at det var den rød-grønne regjeringen som innførte samhandlingsreformen, og at Høyre og Fremskrittspartiet var enig i intensjonen, men advarte om at kommunene ikke var godt nok rustet før en gjennomførte omleggingen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at samhandlingsreformen var en retningsreform som det tilhører det til enhver tid sittende storting og den til enhver tid sittende regjering å justere i tråd med pasientenes og helsetjenestens behov.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at gjeninnføringen av den gylne regel om høyere vekst i psykiatrien enn i somatikken, ikke har ført til en styrking av psykiatrien som forutsatt. Det har ikke vært klargjort hvordan regelen skal forstås, og den tolkes da også ulikt i helseforetakene. I forbindelse med budsjettprosessen ved St. Olavs Hospital i november 2015, stilte for eksempel ledelsen spørsmål ved om det å kutte mindre i psykiatrien enn i somatikken var å oppfylle den gylne regel, og om det holdt å øke aktiviteten innen psykisk helsevern og rus, eller om sykehusene også måtte ha høyere økonomisk vekst i psykiatrien enn i somatikken. Tall fra SAMDATA viste for 2014 0,4 prosent kutt i psykiatrien, mens somatikken vokste med 3 prosent. Nye tall er varslet i mars 2016 og vil gi indikasjon på hvordan meldingene om kutt i psykiatrien i foretakenes budsjettprosesser innvirker på det totale bildet. Disse medlemmer mener også det er bekymringsfullt at Helsedirektoratets undersøkelse av Helse Midt-Norge i 2014 viste mangelfull og upresis rapporteringspraksis, og at det kommer meldinger fra fagmiljøene om at dette ikke er et unikt tilfelle. Skal en målsetting som den gylne regel ha noen funksjon, så må den føre til faktiske forbedringer for pasientene.

Disse medlemmer viser til at antallet døgnplasser i psykiatrien er bygd ned uten at et tilfredsstillende bo- og oppfølgingstilbud finnes i kommunene. 58 prosent av pasientene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og nesten halvparten av brukere av lavterskeltilbud for rusavhengige, har en psykisk

lidelse. En rapport utarbeidet av Norsk institutt for by- og regionforskning i 2015 viser at 60 prosent av TSB-pasientene har bolig og at 40 prosent er bostedsløse ved avsluttet behandling. Halvparten av brukerne av lavterskeltilbud har bolig, og den andre halvparten er bostedsløse. Tall fra SSB gjengitt i Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplan for rusfeltet 2016–2020 viser at om lag 120 000 mennesker ifølge SSB er vanskeligstilte på boligmarkedet, 6 200 mangler et fast sted å bo, og at blant disse er personer med rusavhengighet og/eller psykisk lidelse overrepresentert. Tall fra 2012 viser at 54 prosent av de bostedsløse er avhengig av rusmidler og 38 prosent har en psykisk lidelse.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener opptrappingsplanen for rusfeltet må sikre at boligtilbudet til denne gruppen bygges ut tilsvarende behovet.

Dette medlem viser også til at den planlagte innføringen av pakkeforløp for psykisk helse vil kreve nye ressurser dersom et slikt forløp skal innebære en forbedring av pasienttilbudet. Dette medlemmer seg at det er ulike oppfatninger av hvorvidt et pakkeforløp er egnet for pasientgruppen og at det uttrykkes frykt for at standardisering skal forhindre nødvendige individuelle tilpasninger, samt fungere som et tak for hva pasientene tilbys. Dette medlem registrerer også at det ifølge Helfos statistikker pr. 29. februar 2016 kun er én tilbyder innenfor psykisk helsevern og to innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, som er godkjente leverandører under ordningen fritt behandlingsvalg, og at fritt behandlingsvalg så langt dermed ikke har medført det mangfoldet av tilbud til denne pasientgruppen som regjeringen har forespeilet.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at målet med fritt behandlingsvalg ikke kun var at det skulle bli et større mangfold av aktører, men at aktører som allerede har avtale med det offentlige gjennom anbud, kunne utnytte den ledige kapasiteten.

Komiteen viser til at bare et fåtall av barne- og ungdomsmedisinske avdelinger ved norske sykehus har stilling for psykolog/psykiater direkte knyttet til sengepost og poliklinikk. På grunn av en bekymringsfull økning i psykososiale utfordringer mener komiteen at alle barne- og ungdomsmedisinske avdelinger knyttet til somatisk sengepost og poliklinikk skal ha tilknyttet psykologkompetanse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre,

viser til avtalen mellom flertallspartiene Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre.

2.4 Fornye, forenkle og forbedre

2.4.1 Kortere ventetider

Komiteen viser til at et sentralt mål i planen er å fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten for å møte fremtidens behov. Det er en utfordring at mange pasienter venter for lenge på behandling i dag. Unødvendig lang ventetid er vondt for pasienten, og kan redusere muligheten til å få best mulig utbytte av behandlingen. Komiteen viser til at det er nødvendig med tiltak som kan redusere unødvendig venting for pasienten, som for eksempel å innføre tiltak for å utnytte ledig kapasitet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil peke på at ved akutt sykdom er det ingen ventetid ved norske sykehus. Om lag 70 prosent av innleggelsene ved sykehusene våre skyldes akutte hendelser. Også når det gjelder planlagt behandling, får de fleste pasientene rask og god hjelp. Likevel venter for mange pasienter for lenge på behandling. Disse medlemmer mener regjeringens løsning på dette er grunnleggende feil. Regjeringen stiller ikke spørsmål ved det faktum at planlagte behandlinger ved offentlige sykehus avsluttes ca. kl. 15.30 på ettermiddagen, mens private aktører kan organisere seg slik de selv vil – på de offentlige sykehusenes regning, jf. det såkalte «fritt behandlingsvalg».

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener det er avgjørende at vår felles helsetjeneste kan utnyttes slik at flere får hjelp raskere. Rundt om i sykehusene står lokaler og utstyr for milliarder av kroner ubrukt store deler av døgnet. Kartlegging viser at lokaliteter med dyrt medisinsk utstyr bare er i bruk noen timer i døgnet enkelte steder – og bare på hverdager. Ofte stenger operasjonsstuene allerede kl. 15.00 på ettermiddagen. Tilbakemeldinger fra enkelte av de store sykehusene viser også at bruk av operasjonsstuene på dagtid heller ikke er optimalisert. Det forutsettes at kapasiteten i norske sykehus benyttes optimalt også på dagtid.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at mange ansatte sier at de gjerne kunne ha jobbet mer, dersom de fikk lønn og godtgjørelse for dette. Det er også slik at mye nøkkelpersonell i dag jobber utenfor helsetjenesten, og disse medlemmer mener at mange vil finne tilbake dersom betingelsene er riktige.

Disse medlemmer mener at vi ikke kan akseptere at våre felles helseressurser ikke benyttes

fullt ut. Derfor vil disse medlemmer foreslå at Stortinget etablerer støtte til «ventetidsprosjekter» med særskilt finansiering over statsbudsjettet. Dette skal gå til å understøtte forsøk ved sykehus der ledelse og ansatte sammen finner rom for å organisere seg slik at man utnytter kapasiteten bedre, på dagtid så vel som på ettermiddagstid. Disse medlemmer mener at sykehusene i sterkere grad må tilpasse seg pasienter og pårørende, og vil av den grunn at større deler av arbeidsdagen nyttes til pasientbehandling. En slik modell som her er skissert, må ses i sammenheng med ambisjonen om å ta i bruk lokalsykehusene i større grad til elektive behandlinger, der det ligger til rette for dette. Dette vil, etter disse medlemmers mening, kunne øke den samlede kapasiteten og kutte ventetidene, til beste for pasienter og pårørende.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen ta initiativ til en særskilt avtale mellom arbeidstaker- og arbeidsgiversiden i helseforetakene for å kunne iverksette ventetidsprosjekter og prosjekter ved poliklinikkene på kvelds- og helgebasis, og fremme forslag om finansiering i statsbudsjettet for 2017 etter gjennomførte forhandlinger.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at det finnes sykehus i dag som har utvidede åpningstider, for eksempel for billeddiagnostiske undersøkelser. Disse medlemmer viser til at det også finnes utnyttet potensial for økt kapasitet på dagtid på for eksempel poliklinisk virksomhet, og at flere sykehus har økt kapasiteten på dagtid både gjennom endret organisering og fokus på tiltak for å øke kapasiteten.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at det er stort potensial for å utnytte ressursene i de offentlige sykehusene på en bedre måte. Dyrt medisinsk utstyr som er på offentlige sykehus, bør kunne brukes og slik bidra til reduserte ventetider på behandling. Dette medlem mener at regjeringens pålegg til helseforetakene om å kjøpe mer tjenester privat er en trussel mot en slik utvikling. Dette medlem viser til Arbeiderpartiets forslag om særskilte ventetidsprosjekter, med særskilt finansiering, og viser i den forbindelse til Senterpartiets forslag om å opprette en nasjonal kø-forkortingsklinikk, såkalt friklinikk, ved Rjukan sykehus, jmfør Dokument 8:17 S (2014–2015), som en mulig måte å utnytte ledig operasjonskapasitet ved operasjonsstuer på lokalsykehus på, til å kutte nasjonale ventetider på behandling. Dette medlem er enig i at ved særlig ventelisteproblematikk og dyrt medisinsk utstyr kan

utvidede åpningstider være et egnet virkemiddel. Dette medlem er likevel skeptisk til et generelt pålegg om at offentlige sykehus skal ha kveldsåpne poliklinikker. Å utvide normalarbeidsdagen vil kunne gi uheldige konsekvenser for helsearbeideres arbeidsdag, som er kvinnedominerte profesjoner og yrker som allerede arbeider mye ubekvem arbeidstid, med mye kvelds-, natt- og helgearbeid. Dette medlem mener at man i stedet bør se på organiseringen av arbeidet, fjerne unødvendig byråkrati og sikre økt tid til pasientrettet arbeid og bedre støttefunksjoner (merkantilt personale) slik at møtet mellom pasient og behandler blir effektivt og kvalitativt godt. Dette medlem viser til at legenes pasientrettede tid ifølge en undersøkelse av Legeforeningen i 2015 har falt fra 60 prosent til om lag 42 prosent de siste 15 årene. Ni av ti leger opplever forsinkelser fordi datasystemene ikke fungerer. Dette medlem mener dette er bekymringsfullt, og at det er stort potensial for å effektivisere sykehusdriften innenfor normalarbeidstid, i stedet for å utvide åpningstidene, som også vil kunne bli svært kostbart.

Dette medlem viser til at Riksrevisjonen i Dokument 3:12 (2014–2015) har synliggjort at helseforetakene kan bruke pleieressursene mer effektivt.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, registrerer at planen i liten grad omtaler servicenivå i sykehus, som for eksempel åpningstider for polikliniske tjenester. Særlig gjelder dette for ulike typer prøvetaking, som bør tilrettelegges i kveldsåpne tilbud. Moderne elektronisk kommunikasjon mellom helsetjenesten og pasienter større deler av døgnet vil også gi forventninger om mer dialog og økt kapasitet på informasjonssiden.

2.4.2 Rask og effektiv diagnostikk

Komiteen viser til at rask og presis diagnostikk er avgjørende for kvaliteten på pasientforløpet, og at erfaringene med diagnosesentre for kreftpasienter bør overføres til andre pasientgrupper.

2.4.3 Mindre uberettiget variasjon – standardisering av pasientforløp

Komiteen viser til at standardisering av pasientforløp, etter modell av pakkeforløpene for kreft, kan være viktig for å sikre pasientene forutsigbarhet, kvalitet og helhet i tilbudet. Komiteen viser til Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus fra 2013 (Dokument 3:4 (2013–2014)), som viser store variasjoner i liggetid og utnyttelse av operasjonsstuer mellom sykehus. Komiteen viser også til analyser av forskjell i forbruk av helsetjenester i Norge som ligger publisert på helseatlas.no. Analysene viser store geografiske forskjeller i forbruk av

ulike typer dagkirurgiske inngrep, samt stor variasjon i forbruk av helsetjenester til barn. Komiteen viser til at stor forskjell i forbruket av helsetjenester kan være en indikasjon på systemsvikt og innebære en fare for pasienten.

2.4.4 Ny oppgavedeling mellom helsepersonell

Komiteen viser til at endret oppgavefordeling mellom helsepersonell kan være et viktig virkemiddel for å redusere flaskehals og bedre kvaliteten. Komiteen viser til at tiltak som kan bidra til å benytte kompetansen til dem som arbeider i sektoren på en bedre måte, vil kunne føre til en mer hensiktsmessig og effektiv utnyttelse av personellressursene. For eksempel har mange sykehus god erfaring med at sykepleiere eller fysioterapeuter kontrollerer pasienter på poliklinikken.

2.4.5 Digitalisering av spesialisthelsetjenesten

Komiteen mener det er nødvendig å videreføre arbeidet med IKT-verktøy som støtter gode arbeidsprosesser og pasientforløp. Selv om Norge har kommet lenger enn mange land i digitaliseringen og bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren, opplever helsepersonell at IKT-systemene ikke støtter godt nok opp under arbeidsprosessene i sykehusene. Blant annet ligger pasientens journalopplysninger spredt i en rekke systemer i de avdelinger hvor pasienten har mottatt helsehjelp. Dette gjør det utfordrende å få en helhetlig oversikt over viktig informasjon, slik som legemidler eller allergier. Bruk av standardisert kodeverk og tilgjengelig og strukturert informasjon i pasientjournalen vil legge til rette for bedre kommunikasjon, på tvers av helsetjenestene.

Komiteen mener det kan være behov for en sterkere nasjonal styring og koordinering på IKT-feltet. Komiteen har merket seg at Nasjonal IKT HF er opprettet felles for de regionale helseforetakene, og at Direktoratet for e-helse ble etablert 1. januar 2016 for å styrke myndighetsrollen på e-helsefeltet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet vil peke på at dagens arbeid med IKT i helsesektoren i stor grad bygger på innsatsen til den rød-grønne regjeringen, og spesielt på Meld. St. 9 (2012–2013) En innbygger – én journal. Denne meldingen har etter disse medlemmers mening vært banebrytende for tenkingen rundt dette viktige feltet og for å beskrive de tiltak som er nødvendig for å lykkes med å implementere gode og formålstjenlige IKT-løsninger i helsesektoren. Det er fortsatt store utfordringer knyttet til god bruk av IKT-løsninger, og disse medlemmer vil understreke viktigheten av arbeidet med kjernejournal som et avgjørende element for nødven-

dig samhandling mellom foretak og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet var imot opprettelsen av et eget direktorat for e-helse og mener de nødvendige forbedringene i IKT-feltet i helsesektoren kunne vært løst uten å øke byråkratiet med enda et direktorat.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at opprettelsen av Direktoratet for e-helse innebærer bedre organisering, ikke mer byråkrati og flere mennesker. Bedre organisering skal bidra til at vi kan bruke de ressursene vi allerede har, bedre og på en mer effektiv måte.

Flertallet viser til at Direktoratet for e-helse skal bidra til å styrke den nasjonale styringen og gi økt gjennomføringskraft i digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren. Direktoratet skal ha ansvar for styring, utvikling og gjennomføring av nasjonale IKT-prosjekter. Direktoratet for e-helse er etablert med utgangspunkt i den tidligere e-helsedivisjonen i Helsedirektoratet, og er fortsatt lokalisert i Oslo.

Flertallet mener det må settes større fart fra statlig hold i å utvikle nasjonale standarder og «elektroniske motorveier» for utveksling av helse- og pasientinformasjon, samt for velferdsteknologi. Etableringen av e-helsedirektoratet er en god start, men også bare en start. Blant annet må vi diskutere prinsippet om tilknytnings- og betalingsplikt for kommuner og fastleger når nasjonale standarder er utviklet og skal implementeres. I dag er det en altfor stor variasjon. I tillegg må det diskuteres om og hvordan kommuner skal bli en del av for eksempel det statlige helseforetaket Helsetjenestens driftsorganisasjon (HDO HF), som drifter helsedelen av nødnettet, bistår alle AMK-sentraler og samtlige kommunale legevakter.

2.4.6 Ledelse

Komiteen mener det må stilles høyere og nye krav til ledelse i fremtidens helsetjeneste. Komiteen mener ledere må ha større oppmerksomhet på kvalitet og pasientsikkerhet, men også på å sikre helhetlige og gode pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten.

Komiteen viser til at innspill til komiteens høring i denne saken, og øvrige innspill, viser at det er behov for stedlig ledelse ved sykehusene. Det er argumentert for viktigheten av god kommunikasjon og behov for nærhet til leder. Lovens krav til ledelse i helseforetakene er at det skal være enhetlig ledelse på alle nivåer for å ivareta klare ansvarsforhold.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, støtter prinsippet om stedlig ledelse, slik det for eksempel er på Ringerike sykehus i Vestre Viken. Det må tas hensyn til at sykehusene i Norge har ulik kompleksitet og størrelse.

Komiteen mener sykehus ikke lar seg fjernstyre. Kompleksiteten i sykehusene er stor, og kravene til lik behandling av like problemstillinger og reduksjon av variasjon øker lederutfordringene. Nasjonale faglige retningslinjer, beste praksis, pakkeforløp, felles regionale retningslinjer, felles prosedyrer mellom sykehus og krav til effektiv drift, understreker behovet for et sterkt og tydelig gjennomgående ledelsessystem på tvers av sykehusgrenser i et helseforetak. Dette løses på to måter i helseforetakene i dag: gjennomgående ledelse på tvers av sykehus (klinikmodell), eller ved bruk av ledelseslinjer som inkluderer stedlig ledelse med et samlet ansvar for virksomheten.

Komiteen vil understreke behovet for at ledere må kjenne sine ansatte for å kunne utvikle fagmiljøer best mulig. Verken daglig drift eller arbeid med ønsket endring kan fungere uten en leder som er fysisk til stede på arbeidsplassen.

Komiteen viser til Legeforeningens medlemmer og deres tydelige standpunkt om at stedlig ledelse bidrar til å koordinere ressursene og til å bygge og opprettholde sterke fagmiljøer. Dette standpunktet støttes også av Fagforbundet.

Komiteen mener stedlig ledelse er et viktig prinsipp, blant annet fordi lange beslutningslinjer resulterer i utydelige ansvarslinjer, usikkerhet og at målformuleringer og strategier ikke forankres helt ut i sykehusene. Stedlig ledelse er et nødvendig grep for bedre samspill mellom sykehusene. Komiteen mener det er en naturlig forutsetning at ledere må være til stede og kjenne sine ansatte for å kunne utvikle fagmiljøene og gi best mulig pasientbehandling.

Komiteen viser til at sykehus og avdelinger uten stedlig ledelse har vist seg noen steder å fungere dårlig, og har ført til mistriivsel hos de ansatte. God kommunikasjon mellom ulike enheter gir god pasientflyt på tvers av avdelinger. Dette krever førstelinjeledere som er til stede og aktivt medvirkende i den daglige driften. Komiteen understreker at stedlig ledelse er sterkt medvirkende til å bygge en god kultur og sterke fagmiljøer. God kultur og godt arbeidsmiljø skapes ved å ha en stedlig leder som kan bidra med nødvendige avklaringer i daglig drift og minimere usikkerhet, sørge for tydelig oppgavefordeling og som kjenner de ansattes omgivelser og rammevilkår ved å delta nært i pasientbehandlingen. Komiteen mener derfor at innføring av stedlig ledelse i

spesialisthelsetjenesten kan bidra til bedre og mer effektiv pasientbehandling.

På denne bakgrunn fremmer komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.»

Komiteen vil fremheve at førstelinjeledere i sykehus på mange måter er nøkkelen til bedre arbeidsmiljø, kultur og ledelse. Førstelinjeledere leder møtet mellom pasient og behandler, har ansvaret for å omsette det politiske budskapet til praksis, og styrer på mange måter økonomi og kvaliteten som leveres. Komiteen mener dette ledernivået bør løftes frem.

Komiteen mener det bør tilstrebes å etablere en lederkultur der forskning og systematisk kvalitetsarbeid er verdsatt, samtidig som resultater og oppfølging etterspørres. Komiteen mener gode sykehusledere er opptatt av å dele kunnskap og resultater med andre, og av samhandling med kommunene. Videre understrekes viktigheten av åpenhet om sykehusets resultater (kvalitet, pasientsikkerhet og økonomi) som en del av godt lederskap. Større åpenhet for å vurdere hvordan arbeidsoppgaver fordeles og løses, fordrer ledelse med bred kunnskap om de ulike yrkesgruppens faglige utvikling og interesse for aktiv deltagelse basert på framtidig behov i utviklingen av alle utdanninger. Et slikt fokus kan bidra til en helt nødvendig utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

Komiteens medlem fra Senterpartiet slutter seg til regjeringens mål om at fornying, forenkling og forbedring av spesialisthelsetjenesten ikke kun handler om ressurser, men om nødvendig forbedring i organisering, kultur og ledelse. Dette medlem mener at det første som da bør gjøres, er at det må settes krav til stedlig leder på hvert sykehus, som har ansvar for både den faglige kvaliteten, budsjett og personalansvar.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen pålegge de regionale helseforetakene å innføre stedlig ledelse ved alle sykehus og større sykehusavdelinger, og at stedlig leder skal få ansvar for hele virksomheten med både faglig ansvar, økonomisk ansvar og personalansvar.»

Dette medlem mener at en stedlig leder må ha ansvar for hele sykehusets virksomhet. Dette praktiseres ikke slik i dag. Både Vestre Viken HF og Helse Fonna HF er eksempel på foretak der stedlig

leder ikke har ansvar for røntgenavdeling og laboratorietjeneste. Dette medlem mener at innføring av stedlig ledelse må bety at stedlig leder får ansvar for å lede hele sykehuset og alle avdelingene, ikke bare noen.

Dette medlem mener at det fremdeles er for mange sykehus med såkalt klinikkorganisering, der sykehus fjernledes fra et annet og større sykehus. Dette medlem mener at klinikkorganisering har vist seg å ha negative konsekvenser for arbeidsmiljø og arbeidskultur. En så stor kompetanse- og kunnskapsbedrift som et sykehus er, bør etter dette medlems syn selvsagt ha en leder på plassen. Alle som arbeider ved et sykehus kan slik vite om og kunne kjenne til sin nærmeste sjef, som har ansvar for arbeidsplassen og tjenestetilbudet. Skal sykehus «fjernledes» fra større sykehus lenger borte, vil det kunne gå ut over både kvalitet, effektivitet og arbeidsmiljøet generelt. Dette medlem viser til komiteens høring der det blant annet fra Helsetjenesteaksjonen ble framholdt at planen ikke definerte hva slags ledelse man vil ha på sykehus. Dette medlem vil understreke at kjernen i ledelseskulturen i sykehus må være å sikre møtet mellom pasient og behandler, all ressursbruk må brukes til å gjøre dette møtet effektivt og kvalitativt godt og trygt for pasienten. Ledelseskulturen på sykehus må baseres på at fagfolk gis større personlig ansvar for å gjennomføre arbeidet på sin plass i tråd med overordnet ledelsesintensjon (operasjonsbasert ledelse).

2.5 Personell og utdanning

2.5.1 Dimensjonering av utdanningene – tilgang på personell

Komiteen viser til at utviklingen i helse- og omsorgstjenesten stiller stadig nye krav til og behov for kompetanse. Komiteen peker på at de ansatte og deres kompetanse er helsetjenestens viktigste ressurs. Norge har generelt høy helsepersonelldekning sammenliknet med andre land. Utfordringene er primært knyttet til geografiske variasjoner i tilgangen på personell og økende etterspørsel etter ny kompetanse. Tall fra SSB viser at det i dag jobber 110 000 personer innenfor spesialisthelsetjenesten. Framskrivninger viser at det i 2030 vil være behov for 30 000 flere helsearbeidere, og i 2040 vil det være behov for 40 000 flere. Komiteen mener framskrivningene viser at det må jobbes kontinuerlig med å utnytte og utvikle de eksisterende personellressursene.

Komiteen viser videre til at framskrivningene viser et økende underskudd på sykepleiere i årene som kommer. Legespesialiteter som blant annet patologi, onkologi, radiologi, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri er vurdert som sårbare. I tillegg kan det bli et økende behov for kompetanse innenfor

IKT, fysikk, biologi, logistikk og en rekke andre fagområder og støttefunksjoner.

Komiteen vil hevde at medisinsk utvikling alltid har medført en oppgaveglidning innad i yrkesgrupper, mellom ulike yrkesgrupper og mellom ulike forvaltningsnivåer. Utviklingen har vært dynamisk og skal fortsatt være dynamisk. Komiteen viser til at planen slår fast at sykepleierne utgjør den største helsepersonellgruppen i spesialisthelsetjenesten og at sykepleiernes kompetanse er viktig for kvaliteten på tjenestene og tilbudet til pasientene. 39 prosent av årsverkene i sykehusene utføres av sykepleiere. Hvordan denne ressursen utvikles, benyttes, ledes og måles er helt avgjørende for kapasitet og kvalitet i tilbudet. Det er i dag et utnyttet potensial blant sykepleierne i spesialisthelsetjenesten som må aktiviseres. Flertallet vil understreke viktigheten av at foretakene jobber godt med rekruttering og vil nok en gang presisere hvor viktig innsatsen for heltid i sykehusene er for vår felles helsetjeneste.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til den svært bekymringsfulle nedgangen i antall årsverk i spesialisthelsetjenesten for personellgruppen omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere. Ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan er nedgangen for denne gruppen på om lag 2 000 årsverk i perioden 2008–2014, det vil si at nedgangen har vært på hele 24 prosent. Det betyr at om lag 1 av 4 helsefagarbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere er forsvunnet ut av norske sykehus i løpet av en 6-årsperiode. Det er oppsiktsvekkende og en svært negativ utvikling. Den reelle nedgangen er enda større, i og med at det samtidig har skjedd en vekst i andre profesjoner. Til sammenligning var det i samme tidsrom en økning på 25 prosent i legeårsverk, 12 prosent økning i årsverk for spesialiserte sykepleiere og jordmødre og 9 prosent økning for sykepleierårsverk.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener helsefagarbeidere og hjelpepleiere besitter en verdifull kompetanse, men at den ikke alltid blir brukt mest hensiktsmessig og til det beste for pasienten, den enkelte ansatte eller virksomheten. Denne yrkesgruppen kan blant annet også frigjøre tid for sykepleiere, som da kan fokusere på de oppgavene de har spesialkompetanse til å utføre.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener det er stort behov for flere helsefagarbeidere i norske sykehus og at disse sikres heltidsstillinger når det er ønske om dette.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget på egnet måte med tiltak som kan styrke utdanning og rekruttering av helsefagarbeidere i norske sykehus.»

2.5.2 Utdanninger i tråd med helsetjenestens behov

Komiteen viser til at for å få nok kunnskap om behovet for helsepersonell i årene fremover, er de regionale helseforetakene i arbeidet med nasjonal helse- og sykehusplan bedt om å utvikle en nasjonal bemanningsmodell for sykehusene.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, mener dette vil være et nyttig verktøy for å kunne vurdere og iverksette tiltak for å redusere risiko for mangel på helsepersonell og møte fremtidige behov på en bedre måte enn i dag.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre viser til at en nasjonal bemanningsmodell kan være et nyttig planleggingsverktøy for de regionale helseforetakene for å vurdere og iverksette tiltak for å hindre mangel på helsepersonell. Disse medlemmer vil presisere at det aller viktigste rekrutteringsverktøyet likevel finnes lokalt, ved at hvert enkelt sykehus får drive langsiktig rekrutteringsarbeid, og at dette blir mulig gjennom forutsigbarhet for fremtidig drift og ønsket utvikling. Disse medlemmer mener at å sørge for tilstrekkelige utdanningsplasser og spesialisering av helsepersonell er et overordnet nasjonalt ansvar. Disse medlemmer vil understreke at Norge har forpliktet seg til å drive etisk rett rekruttering av helsepersonell fra andre land, det vil si at vi ikke skal aktivt rekruttere helsearbeidere fra nasjoner som selv har mangel på medisinsk personale og helsearbeidere.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at Norge bare utdanner om lag halvparten av landets behov for leger, og at det i tillegg er stor import av spesialister.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen øke utdanningskapasiteten av medisinstudenter i Norge, slik at utdanningen står mer i forhold til det nasjonale behovet.»

Disse medlemmer viser til at lokalsykehusene er viktige utdanningsinstitusjoner for en rekke

grupper helsepersonell. Samtidig er det å ha utdanningskandidat viktig for lokalsykehusene, blant annet for fremtidig rekruttering. Disse medlemmer vil understreke at endringer i lokalsykehusenes akutfunksjoner vil kunne påvirke sykehusene som utdanningsarena. For eksempel vil fjerning av den døgnbaserte kirurgiske akutfunksjonen kunne føre til at sykehuset ikke lenger vil være godkjent som utdanningssted for turnusleger. Disse medlemmer viser til Erikstein-utvalgets rapport, Lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingsskjede, som adresserer en slik bekymring ikke bare på grunn av eventuelt bortfall av turnusleger, men også fordi leger vil finne det mindre faglig interessant å arbeide ved slike sykehus.

Disse medlemmer vil be regjeringen sikre en utvikling der lokalsykehusenes rolle som viktig utdanningsinstitusjon for helsepersonell styrkes, ikke svekkes. Dette er avgjørende for å sikre den nasjonale utdanningskapasiteten i tråd med behovet, og å sikre rekruttering av kompetent helsepersonell til lokalsykehus og kommunehelsetjeneste. Disse medlemmer vil understreke at helsepersonellutdanningene må ha tilstrekkelig med praksisplasser utenfor universitetssykehusene og i kommunehelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil påpeke at Elverum, Kongsberg og Mosjøen er utdanningssteder for turnusleger, selv om disse sykehusene ikke har døgnbaserte kirurgiske akutfunksjoner på alle nivåer.

2.5.3 Bedre samhandling mellom helse- og utdanningssektoren

Utviklingen i tjenestene går raskt, men det tar tid å utdanne helsepersonell. Komiteen mener derfor det er helt nødvendig å være i forkant av denne utviklingen. Det er et mål at utdanningskapasiteten må være god både for grunn-, videre- og etterutdanning; dette vil være viktig for å sikre fremtidig kvalifisert arbeidskraft. I dag har utdanningsinstitusjonene stor frihet til å definere innholdet i utdanningene. Dette kan føre til variasjon i innhold og organisering mellom utdanningsinstitusjonene, og at kompetansen vil være ulik avhengig av ved hvilken utdanningsinstitusjon helsepersonellet får sin utdanning. Komiteen merker seg at et mål i planen er å forbedre kunnskapen om personell og kompetansebehov i fremtidens spesialisthelsetjeneste for å møte behovene for helsepersonell og utvikle utdanningen. Det er viktig at det jevnlig vurderes om utdanningskapasiteten i de ulike fagene må økes og justeres. Komiteen viser til at det i dette arbeidet er behov for bedre samordning mellom helsetjenestene og utdanningsfeltet, og at Helse- og omsorgsdepartementet er i gang med tiltak

for å bedre dialogen mellom tjenestene og relevante aktører om utdanningskapasiteten i de helsefaglige utdanningene.

Komiteen viser til at enkelte helseforetak har etablert faste møtearenaer med høyskoler og universiteter, men at det er stor variasjon i hvor systematisk denne gjennomføringen er. Det er derfor behov for å gå igjennom strukturene for samarbeid mellom helse- og utdanningssektoren. Komiteen noterer seg at det vil bli tatt initiativ til et overordnet nasjonalt organ på området som skal ledes av Helse- og omsorgsdepartementet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at den rød-grønne regjeringen la fram Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd – samspill i praksis, hvor det var et uttrykt mål at utdanningene skal og må svare bedre på framtidens kompetansebehov og bidra til tjenester av høy kvalitet. Det må utvikles bedre kompetanse for pasienter med sammensatte behov i vår felles helsetjeneste. Disse medlemmer vil understreke behovet for mer samspill og samordning mellom helsetjenesten og utdanningsfeltet. Disse medlemmer mener det er behov for en kritisk gjennomgang og en revitalisering av samarbeidsorganene regionalt. Disse medlemmer viser til at dette tas opp i Meld. St. 13, og også i strategidokumentet HelseOmsorg21 (2014), som peker på behovet for å opprette et nasjonalt samarbeidsorgan mellom helse- og utdanningssektorene. Planen peker på at et slikt initiativ skal ledes av departementet. Disse medlemmer vil fremheve viktigheten av at et samarbeidsorgan organiseres så nær tjenesten som mulig for å møte de faktiske behovene. Regionale samarbeidsorgan etter foretaksinndeling, koordinert av departementet, ville vært hensiktsmessig.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at dekanene ved de medisinske fakultetene i Bergen, Tromsø, Oslo og Trondheim har tatt til orde for lovfesting og finansiering av praksis på kommunale læringsarenaer. I dag får ikke kommuner eller fastleger kompensasjon for å ta imot legestudenter, mens sykehusene får tilskudd for det samme. De nevnte dekanene etterlyser en sidestilling av kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten som praksisarena, og flertallet deler oppfatningen av at dagens virkemidler er utilstrekkelige dersom målet om at flere gjennomfører praksis i kommunehelsetjenesten skal oppnås.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kris-

telig Folkeparti og Senterpartiet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag for Stortinget om tiltak som kan sikre legestudenter økt tilgang til praksisplasser i kommunehelsetjenesten.»

2.5.4 Ny utdanningsmodell for legespesialister

Komiteen merker seg at regjeringen vil gjennomføre ny modell for utdanning av legespesialister. Komiteen viser til at Helsedirektoratet har foretatt en gjennomgang av legenes spesialistutdanning, og at Helsedirektoratet på denne bakgrunn foreslår å innføre en ny tredelt, modulbasert modell i spesialistutdanningen. Hensikten er å få en mer fleksibel utdanning som er tilpasset dagens og morgendagens behov.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at saken om legenes spesialitetsstruktur og spesialistutdanning ble lagt fram for Stortinget i årets statsbudsjett (innhold og organisering) og i sykehusplanen (spesialitetsstruktur – ny spesialitet). Disse medlemmer viser til at regjeringen ønsker en spesialistutdanning for leger som er innrettet på fremtidens pasienter, og som tar opp i seg ny fagutvikling og utviklingen i helsesektoren.

Disse medlemmer viser til at i en ny ordning skal det legges mer vekt på læringsmål og kompetanse, og mindre vekt på hvor lenge de skal jobbe på ulike typer sykehus. Det skal også legges større vekt på nye pedagogiske læreformer, med e-læring og bruk av simulatorer der legene kan øve seg før de skal utføre behandling på pasienter. De fremtidige legespesialistene skal ha undervisning i kommunikasjon, etikk, kvalitet, lovgivning og andre temaer som er viktige i den moderne legerollen. Disse medlemmer mener spesialistutdanningen for leger må innrettes for å ivareta behovene til fremtidens pasienter. Disse medlemmer mener den nye ordningen vil legge opp til mer sammenhengende og effektive utdanningsløp for å utdanne flere spesialister på kortere tid. Dette vil være viktig for å møte det økte behovet for legespesialister i tiden fremover.

Disse medlemmer viser videre til at regjeringen skal etablere en ny legespesialitet for å styrke tilbudet i akuttmottakene i sykehusene, og mener dette er riktig for å sikre at akuttmottakene i fremtiden vil kunne tilby et kvalitativt godt tilbud. Disse medlemmer mener forslaget til ny spesialistutdanning tar på alvor at det har skjedd og vil skje en spesialisering innen kirurgien.

Disse medlemmer viser videre til at dagens turnustjeneste skal inngå i den helhetlige spesialistutdanningen som ny del 1. Del 2 er felles undervisning

for grupper av fag, og i del 3 skjer den rene spesialiseringen. Utdanningsaktiviteter skal ivaretas på en mer systematisk og kvalitetssikret måte innenfor tjenestens daglige virksomhet. Disse medlemmer viser til at regjeringen i 2016 skal starte arbeidet med å forberede den nye ordningen, og tar sikte på oppstart i 2017.

Komiteen viser til at demografiske forhold, og særlig utviklingen i antall eldre og flere innvandrere, levevaner og bedret helsetilstand i befolkningen generelt, fører til et endret sykdomsmønster. Det blir viktig med spesialister med bred kompetanse i front både i kommune- og spesialisthelsetjenesten, som kan ta ansvar for helheten i diagnostikk, behandling og oppfølging av de vanligste sykdommene og sykdomskombinasjonene. Det blir også viktig å styrke den geriatriske kompetansen i alle deler av helsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at en konsekvens av å gjennomføre den planlagte endringen i spesialitetsstrukturen for leger, vil medføre at generell kirurgi faller bort som egen spesialitet, og at den kirurgiske virksomheten splittes opp i flere hovedspesialiteter. Disse medlemmer er bekymret for den generelle vaktkompetansen som i hovedsak vil måtte dekkes av gastrokirurger. Uten at det settes inn tiltak, vil man i løpet av noen år kunne få en mangel på kirurger som kan dekke vaktberedskap på små og mellomstore sykehus. Disse medlemmer frykter at dette kan tvinge fram strukturendringer, og etterlyser tiltak som gjør at de typer kirurger som i dag tilegner seg vaktkompetanse, også i fremtiden vil kunne opparbeide seg denne kompetansen dersom de skal jobbe på et lite eller mellomstort sykehus.

Komiteen mener det er viktig å sikre og styrke den indremedisinske kompetansen. Det vil gi økt kvalitet i behandlingen for mange pasienter, siden generalistenes styrke er at de kan ferdigbehandle en betydelig andel av pasientene på en helhetlig måte lokalt.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre mener det er et potensial for effektivisering av utdanningsforløpet. I dag kan kandidater måtte vente lenge for å komme i gang med spesialiteten. Helseforetakene bør kunne dokumentere at de sikrer god logistikk i utdanningsløpene sine. Disse medlemmer mener også det bør være mulig med flere utdanningsstillinger, samtidig som innholdet i stillingene sikres. Det hjelper ikke å ha flere stillinger

dersom dette medfører at det ikke er nok pasienter til at utdanningskandidatene får oppfylt målene for tjenesten. Det må tas hensyn til dette når man overfører pasientgrupper eller oppgaver til private sykehus eller andre personellgrupper.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener en løsning kan være at andre kirurger enn gastrokirurger også i fremtiden kan tilegne seg, og opprettholde, vaktkompetanse for små og mellomstore sykehus. Dette kan gjøres ved at det opprettes en modul innen akuttkirurgi som inneholder det som er nødvendig for å ha generell vaktkompetanse. Dette kan gi fleksibilitet, for eksempel ved at både urologer og gastrokirurger kan inngå i vaktturnus også i fremtiden.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede muligheter for å ta i bruk modulbasert spesialisering som formaliserer legers vaktkompetanse.»

Disse medlemmer mener at rett kompetanse på rett nivå er avgjørende for å sikre kvaliteten i sykehustilbudet. Legespesialisering og legestruktur må utvikles i tråd med både den medisinske utvikling og samfunnets behov. Disse medlemmer mener det i dag ikke er godt nok samsvar mellom legespesialistutdanningen og behovene i helsetjenesten. Disse medlemmer mener at utdanningsløp ikke bare må sikre spisskompetanse i norske sykehus. Nye utdanningsløp må også sikre breddekompetansen på lokalsykehus og på større sykehus med lokalsykehusfunksjoner, der tross alt de fleste pasienter blir behandlet.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at spesialistutdanning av leger og annet helsepersonell er politisk bestemt, men at Stortinget nylig har delegert dette ansvaret til regjering og departement. Det vises til Prop. 81 L (2014–2015), jf. Innst. 303 L (2014–2015), om endringer i helsepersonelloven og helsetilsynsloven. Dette medlem viser til følgende flertallsmerknad i denne innstilling fra partiene Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre:

«Flertallet har tiltro til den konstruktive dialogen det er mellom legeförening og departement i utforming av ny spesialitetsstruktur. Flertallet mener det ikke er riktig at Stortinget går inn i denne prosessen og detaljstyrer utdanningsløp.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti i Innst. 303 L (2014–2015) fremmet forslag om å be regjeringen fremme egen sak for Stortinget om organisering og vilkår for den fremtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsetjenestene, men at dette forslaget falt.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener det er et paradoks at Stortinget har gitt fra seg muligheten til å mene noe om legespesialiststruktur, og slik sett heller ikke bør mene noe om regjeringens forslag om dette i Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette medlem har merket seg at Den norske legeförening er imot at normert spesialiseringstid blir redusert med 1–1,5 år slik direktoratet foreslår, blant annet fordi de frykter at redusert spesialiseringstid vil senke kompetansekravet for nye spesialister.

Dette medlem viser til at det såkalte Erikstein-utvalget i 2007 anbefalte endringer i helsepersonells utdanninger generelt og i spesialiststrukturen for leger spesielt, for å innrette kompetansen til personellet mot behovene ved både små lokalsykehus og større sykehus med lokalsykehusfunksjoner. Ved behandling av Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) ble det tilslutning til å be de regionale helseforretakene sikre breddekompetanse, særlig ved mindre sykehus, og om å ha særskilt oppmerksomhet mot legestillinger som kan styrke utvikling av lokalsykehus og samhandling med kommunene. Dette medlem mener det er like aktuelt i dag, og ber regjeringen følge opp dette.

2.5.5 Ny legespesialitet for leger innrettet mot sykehusenes akuttmottak

Komiteen noterer seg at regjeringen vil etablere en ny legespesialitet innrettet mot akuttmottakene for å styrke kvaliteten i behandlingen ved sykehusenes akuttmottak. Komiteen viser til at det fremgår av planen at den nye spesialiteten skal kunne benyttes ved alle akuttmottak, uavhengig av sykehusenes størrelse og beliggenhet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener målet må være å styrke kvaliteten i tjenestene, og at den nye spesialiteten i størst mulig grad må tilfredsstille internasjonale krav til kompetanse i akuttmottak og observasjonsposter.

Flertallet merker seg at Helsedirektoratet har fått utredningsoppdraget, og at en ny spesialitet skal kunne benyttes ved alle akuttmottak uavhengig av sykehusenes størrelse og beliggenhet, i observasjonsposter i tilknytning til de store sykehusenes

akuttmottak, og at den nye spesialiteten skal kunne inngå i de små sykehusenes vaktlag.

Flertallet merker seg at Helsetilsynet har funnet kritikkverdige forhold i sykehusenes akuttmottak. Flertallet støtter regjeringens ønske om at det skal innføres kompetansekrav i akuttmottakene, og at det utvikles et utdanningsløp for en ny legespesialitet innrettet mot akuttmottakene.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at kompetansen og organiseringen av akuttmottak må styrkes. Dette medlem legger til grunn at kompetansekravene tilpasses de ulike mottakene og blir vurdert ut fra hvilke typer pasienter som skal behandles, slik kompetansekrav i fødselsomsorgen er tilpasset de ulike kategorier fødetilbud. Dette medlem viser til at Rjukan og Kragerø sykehus ble lagt ned med henvisning til Helse Sør-Øst sine såkalte faglige krav om at ortopedier alltid måtte arbeide sammen to og to, og at turnuskandidat aldri skulle kunne være alene på vakt selv om erfaren overlege kunne være på plass i løpet av minutter. Dette medlem vil presisere at det skal settes samme kvalitetskrav til sykehusstilbudet, men at sykehuset selv må kunne bestemme på hvilken måte kvalitetskravet blir oppfylt.

Dette medlem viser for øvrig til dette medlems merknader og forslag angående ny legespesialitet for akutt- og mottaksmedisin.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at regjeringens scenarioer legges et premiss om at i fremtidens spesialisthelsetjeneste vil bli så spesialisert at det vil bli svært vanskelig å opprettholde akuttkirurgi som i dag, særlig ved de mindre sykehusene. Som arbeidsgiverforeningen Spekter påpeker, vil «endringen medføre en spesialisering/utvikling av spisskompetanse som på sikt ikke vil gi bærekraft for kirurgisk vaktberedskap ved små sykehus». Disse medlemmer fremholder viktigheten av spisskompetanse for å sikre et faglig godt og stadig mer spesialisert tilbud til det beste for pasienten. Samtidig vil det være avgjørende at antall spesialiseringer ikke «løper løpsk», men at det også legges opp til å sikre god breddekompetanse gjennom utdanning av helsepersonell. Scenarioene i regjeringens forslag tilsier at omfattende sentralisering er vanskelig å komme utenom, men disse medlemmer mener det er et politisk ansvar å tilrettelegge for utdanningsløp som sikrer kompetanse som vil være nødvendig og etterspurt i morgendagens spesialisthelsetjeneste, for å sikre et likeverdig og godt sykehusstilbud over hele landet. Disse medlemmer ber derfor regjeringen gjøre en vur-

dering av hvordan breddekompetanse best kan sikres, som et ledd i en trygg beredskap over hele landet.

Disse medlemmer mener det bør legges mer vekt på organisering av og ledelse i mottakene. Legevakt og prehospitale tjenester bør styrkes vesentlig. Dette må være en tydelig prioritering i planperioden for Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Fremfor å tilføre enda en spesialitet i sykehusene, må spesielt de mest sårbare og utsatte leddene i beredskapskjeden styrkes.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at regjeringen foreslår at en ny spesialitet skal løse de organisatoriske utfordringene i akuttmottakene. Det foreslås en ny akuttspesialitet som skal delta i vaktlag på små sykehus, og igangsette behandling, om nødvendig i samarbeid med andre legespesialister. Disse medlemmer viser til at det bør være sammenheng mellom de nye felles kravene til vaktkompetanse innen kirurgi og medisin. Da bør etablering av denne spesialiteten samordnes med det store påbegynte fellesløpet for de andre spesialistutdanningene. Disse medlemmer deler Indremedisinsk forenings syn om at en etablering av denne spesialiteten samordnes med det store påbegynte fellesløpet for de andre spesialistutdanningene.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til forslaget om ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin. Dette medlem merker seg at forslaget møter stor faglig motstand, og at Den norske legeforening i stedet anbefaler en utvikling av spesialiteten generell indremedisin med mer mottakskompetanse, og at de for øvrige spesialiteter som arbeider i mottak, foreslår et kompetanseområde (tilleggsutdanning) som påbygging på relevante spesialiteter. Legeforeningen anser at ny spesialitet i akuttmedisin kun vil være egnet ved de 4–6 største sykehusene i Norge (universitetssykehusene), og ikke egnet ved de mindre sykehusene. Dette medlem er opptatt av å styrke kvaliteten i akuttmottak, og mener at dette kan gjøres ved å videreutvikle spesialiteten indremedisin, slik Legeforeningen anbefaler, og egen tilleggsutdanning (kompetanseområde) for de øvrige spesialitetene som arbeider i mottak. Dette medlem frykter at krav om enda en ny spesialitet ved alle sykehus vil gjøre det enda mer krevende å rekruttere nok fagfolk til sykehusene. I tillegg er det klart at vaktordningene vil fordyres, med flere parallelle vaktlag som i tillegg kan gi økt risiko for lite samhandling og oppsplittede pasientforløp. Dette medlem mener dette er ressursløsende og lite bærekraftig, og en ordning som vil kunne bidra til å sentralisere akutttilbud i stedet for å styrke dem. Dette medlem går derfor imot forslaget fra regje-

ringen om en egen spesialitet for akutt- og mottaksmedisin.

Dette medlem fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen styrke kompetansen og kvaliteten i akuttmottak ved å utvikle spesialiteten generell indremedisin med mer mottakskompetanse og egne kompetanseområder for øvrige spesialiteter, i stedet for å innføre en ny legespesialitet i akutt- og mottaksmedisin.»

2.5.6 Rekruttering

Komiteen understreker at sykehusene er en av landets største arbeidsplasser, og de ansattes kompetanse er den viktigste innsatsfaktoren i sektoren. Godt arbeidsmiljø og høy motivasjon gjør sykehusene sterkere og behandlingene bedre. Å minske belastninger og å investere i helsefremmende arbeidsplasser er nødvendig. Mange steder får ledelsen dette til, men det er fortsatt stort forbedringspotensial.

Komiteen mener det er behov for å øke oppmerksomheten rundt verdien av kultur og ledelse.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at når driftsøkonomien til helseforetakene er under bedre kontroll, er det riktig å flytte tyngdepunktet for lederperspektivet fra økonomistyring til faglig ledelse og samarbeid mellom sykehusene.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet vil understreke at rekruttering av fagfolk er helt avgjørende for å bygge opp sterke fagmiljø og sikre kvaliteten i sykehustilbudet. Erfaringen fra flere småsykehus viser at det er fullt mulig å forbedre rekrutteringen dersom sykehuset får anledning til å føre en langsiktig og målrettet rekrutteringspolitikk. En forutsetning er at det skapes stabilitet og forutsigbarhet for tjenestetilbudet. Om sykehuset eller sykehusfunksjoner er under press for nedlegging, er det selvsagt vanskelig å rekruttere aktuelle spesialister. Desentraliserte grunnutdanninger er svært viktig for alle profesjoner, for å sikre tettsteder og småbyers tilgang til kompetent helsepersonell ved sine sykehus. Disse medlemmer mener at sykehusledelsen må pålegges å arbeide aktivt og bevisst for å skape interessante stillinger, et godt arbeidsmiljø og robuste fagmiljøer ved alle sykehus. Disse medlemmer mener også at rotasjonsordninger for helsepersonell mellom sykehus kan være en måte å sikre kompetansen og kompetanseoverføring på, der dette er nødvendig. Å legge til rette for videre- og etterutdanning og fors-

kningsmuligheter kan også bidra til å styrke rekrutteringen.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Voss sjukehus som et eksempel på et sykehus som ved bevisst rekrutteringspolitikk har styrket rekruttering og utdanning av egne spesialister. Det er stor konkurranse om jobbene som lyses ut. Tallet på overleger på kirurgisk avdeling har på 15 år økt fra fire til ti og fyller to separate vaktlag – en for bløtdelskirurgi og en for ortopedi. Dette viser at å satse på folk med lokal tilhørighet og å utvikle stillinger og legge utdanningsløp for egne spesialister, kan få mange til å bli værende. Nasjonalt senter for distriktsmedisin har sagt det på denne måten: «Der fagfolk utdannes og utvikles, vil fagfolk gjerne jobbe.» Dette medlem mener at man i større grad må kunne ta i bruk økonomiske virkemidler, som arbeidsgiverbetalt nedbetaling av studielån, for å styrke rekruttering i spesielt rekrutteringssvake områder.

2.6 Kvalitet, pasientsikkerhet og kvalitetsstyring

2.6.1 Kvalitetsmål og variasjon i kvalitet

Komiteen slutter seg til regjeringens mål om å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Pasientene skal kunne være sikre på at tjenestene de mottar, er trygge og av god kvalitet. Kvalitet og pasientsikkerhet skal være like gode i små og store virksomheter, og hos offentlige og private tjenesteytere. Ledere må stille krav til og følge med på arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet innenfor sine ansvarsområder.

Komiteen vil bemerke at norsk spesialisthelsetjeneste generelt holder et høyt faglig nivå. Dette gjenspeiles i gode behandlingsresultater ved en rekke sykdommer. For eksempel er Norge et av landene i Europa med lavest dødelighet etter hjerteinfarkt og hjerneslag, og blant landene med høyest andel pasienter med fem års overlevelse ved brystkreft og livmorhalskreft.

Komiteen viser til at norske helsemyndigheter har utviklet mange systemer for å måle kvalitet og bedre kvaliteten i helsetjenesten. Komiteen merker seg også at målingene viser betydelige variasjoner mellom sykehus.

Komiteen stiller seg bak regjeringens ønske om å stille tydelige kvalitetskrav til sykehusene for å sikre like god kvalitet i hele landet, både i offentlige og private virksomheter. Komiteen mener nasjonale kvalitetskrav også vil imøtekomme pasienters behov for lik tilgang til behandlingstilbud med høy kvalitet. Likeledes vil nasjonale kvalitetsindikatorer være nødvendig for å kunne brukes til sammenlikning på internasjonalt, nasjonalt og lokalt nivå.

Komiteen mener at Nasjonal helse- og sykehusplan må medvirke til å utvikle bedre kvalitet og

trygghet i sykehustjenestene. Kvalitet handler ikke bare om effekt av behandling, overlevelse og å hindre skader og uønskede hendelser, men også om tillit, verdighet, nærhet, hjem og pårørende. Trygghet henger også sammen med nærhet til sykehus tilbudet og at tilbudet er forutsigbart. Sykehusstrukturen må fremme kvalitet i behandlingen og nærhet ved akutte lidelser.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener videre at det altfor ofte i sykehusdebatten blir lagt til grunn at bare sykehuset blir stort nok, så sikres kvaliteten i tilbudet, og at små sykehus har for sårbare fagmiljø til å tilby helsetjenester av god kvalitet. Disse medlemmer viser til at Helsedirektoratet skriver i sitt innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan at kvalitetsforskjeller mellom sykehus og ulike tilbud finnes i Norge, men at skillelinjene ikke først og fremst går mellom store og små sykehus. Det samme skriver professor Bjarne Jensen i sin forskningsrapport: «Helsereformer på feil premisser – om sykehusstruktur, samhandlingsreform og lokalmedisinske sentra». I forskningsrapporten vises det til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestens data og Riksrevisjonens rapporter. I rapporten konkluderes det slik:

«Det kan ikke påvises at større sykehus yter sykehustjenester med bedre kvalitet enn mindre sykehus. Det er tre unntak for denne konklusjonen: når det gjelder hjerteinfarkt skårer de store sykehusene som gruppe noe bedre enn de små, når det gjelder hjerneslag skårer gruppen mindre og mellomstore sykehus bedre enn de store og når det gjelder fødselsomsorgen så er de fødendes opplevelse av kvalitet høyere i de små sykehusene enn i de store.»

Komiteen registrerer at mange kvalitetsindikatorer går på prosess, og at det er utfordrende å finne gode indikatorer på medisinsk behandling. Komiteen mener det er en klar sammenheng mellom ledelse, arbeidsmiljø, trygghet, trivsel, faglighet og kvalitet på behandlingen. Det er derfor avgjørende at sykehusene har gode læringsprosesser som tar utgangspunkt i helheten og med stor vekt på det pasientnære leddet. Det er også viktig at spesialisthelsetjenesten organiseres slik at det gis frihet til å utøve god ledelse, med tilhørende nødvendig myndighet til å fatte beslutninger innenfor gitte ressursrammer.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Helsedirektoratets innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan, der de skriver at kvalitetskravene må være de samme ved alle sykehus, men de kan innfris på ulike måter. Helsedirektoratet mener at det er kvalitet på helsetjenesten som gis, og ikke størrelsen på sykehuset, som skal veie tyngst når ulike helsetil-

bud vurderes. Dette er dette medlem enig i. Kvalitetskrav som settes til sykehus tilbudet (for eksempel i akuttmottak) må utformes slik at det er kvaliteten på sluttresultatet som skal være avgjørende. Ellers kan slike kvalitetskrav fungere som mer eller mindre fordekte sentraliseringskrav.

Komiteen mener at mer åpenhet, politisk bevissthet og oppmerksomhet om kvalitet og pasientsikkerhet i den nasjonale helsepolitikken vil komme pasientene til gode. Komiteen er tilfreds med at regjeringen i desember 2014 la fram den første årlige melding om kvalitet og pasientsikkerhet for Stortinget (Meld. St. 11 (2014–2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013). Meldingen ble etterfulgt av en ny melding november 2015 (Meld. St. 12 (2015–16) Kvalitet og pasientsikkerhet 2014).

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at den rød-grønne regjeringen i 2012 fremmet Norges første stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, og startet blant annet opp pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender».

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at det i sykehusdebatten ofte hevdes at vi har for mange sykehus i Norge, og at en samling til færre og større sykehus vil gi mer effektiv pasientbehandling og mindre kostbar drift. Dette medlem vil understreke at vi ikke har så små sykehus i Norge sett i forhold til andre land, og at små sykehus ikke kan sies å generelt være mindre effektive. Dette medlem vil understreke at forskning på sykehusfusjoner både i Norge og utlandet viser at disse ikke gir gevinster hverken kvalitetsmessig eller kostnadsmessig. Dette medlem viser i den forbindelse til arbeidet til Soki Choi ved Karolinska Institutet fra 2011, som konkluderer med at sykehusfusjoner sjelden gir de resultater som er forespeilet og ofte blir veldig dyre. Dette medlem viser også til NHH-studien «Hospital Mergers with Regulated Prices» i 2014 (Brekke, Sicilliani og Straume), som viser at sykehus som fusjonerer, har svakere insentiv til å tilby kvalitet og drive effektivt. Grunnen er ifølge studien at fusjonen svekker konkurransen om pasientene. Studien viser også at samlet effekt for pasienttilbudet avhenger av hvordan sykehus i samme geografiske område, men som ikke er en del av fusjonen, tilpasser sitt tilbud som følge av fusjonen. Dersom disse sykehusene også reduserer kvaliteten på tjenestene, er fusjonen ifølge studien entydig negativ for pasientene. Dette medlem viser også til fors-

kningsrapporten «Helsereformer på feil premisser» (Jensen), der det er analysert om det er samvariasjon mellom sykehusstørrelse og kostnadene ved sykehustjenester målt ved kostnader per DRG-poeng (DRG: Diagnose Relaterte Grupper). Det er analysert om det er samvariasjon mellom antall senger i helseforetakene, antall sykehus i foretakene og gjennomsnittlig størrelse på sykehusene i foretaket. Analyse viser at det ikke eksisterer en slik samvariasjon. Det er altså andre faktorer enn sykehusstørrelse som avgjør sykehusets produktivitet. Som for andre samfunnsområder er det også for sykehus både stordriftsfordeler og stordriftsulemper. Dette medlem mener at Oslo universitetssykehus er et godt eksempel på en fusjon hvor forutsetningen om økonomisk innsparing langt fra ble oppfulgt. Saken endte i Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité (Innst. 316 S (2011–2012)). Dette medlem er kritisk til at flere helseforetak nå utreder og planlegger for bygging av ett storsykehus innenfor sitt helseforetak, med tilhørende svekking eller nedleggelse av lokalsykehus. Oslo universitetssykehus planlegger for eksempel storsykehus på Gaustad (samlokalisering av alle de store enheter i dagens sykehus – Rikshospitalet, Ullevål, Aker, Radiumhospitalet, Dikemark, Gaustad og Epilepsisenteret i Sandvika). Sykehuset Innlandet HF utreder blant flere alternativ mulighet for storsykehus ved Mjøsa. Dette medlem mener at Stortinget i en nasjonal helse- og sykehusplan burde gjøre avklaringer knyttet til hvor store sykehus som skal bygges i Norge, men registrerer at Stortingets flertall mener dette skal være helt opp til helseforetakene å bestemme. Dette medlem registrerer at helseforetakenes utredninger gjerne holder stordriftsulemper skjult, samtidig som de samfunnsmessige konsekvensene av sykehusfusjonen utover helseområdet, ikke blir utredet før vedtak fattes. Dette medlem er imot utbygging av nytt storsykehus på Gaustad og nytt storsykehus ved Mjøsa, og mener at sykehus av en slik størrelse som her planlegges, ikke vil være effektive og vil true lokalsykehusstilbud og -funksjoner som befolkningen i disse helseregionene har krav på. Beredskapsmessig er også en sentralisering til slike storsykehus en svært bekymringsfull utvikling. Dette medlem vil i den forbindelse også vise til representantforslag fra Senterpartiet om å stoppe planene for et storsykehus på Gaustad og å utvikle lokalsykehusstilbudet i Oslo universitetssykehus (Dokument 8:83 S (2014–2015), Innst. 374 S (2014–2015)).

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at i vurderingen av hva som er den optimale størrelsen på et sykehus, må det foretas avveininger mellom flere forhold. Store sykehus gir bedre muligheter for faglig spesialisering

og robuste fagmiljøer. Mindre sykehus kan være faglig sårbare, men har enklere organisering, mindre utfordringer med logistikk og ofte bedre forutsetninger for samhandling med kommunale helse- og omsorgstjenester. Med Norges geografi og bosettingsmønster vil det være behov for både store og små sykehus.

2.6.2 Gode og ferske data til kvalitetsstyring på alle nivåer

Komiteen vil påpeke at kunnskap om kvalitet forutsetter at kvaliteten kan måles. Det er krevende å finne kvalitetsmål som ledere, ansatte, brukere og befolkningen er enige om beskriver kvalitet i tjenesten. Komiteen mener dersom kvalitetsmåling skal oppleves som viktig og relevant, må helsepersonell og brukere involveres i å definere hva som skal måles, i innsamling, tolking og bruk av data. Data må gjøres forståelig og tilgjengelig. Komiteen merker seg at ekspertgruppen av pasienter og pårørende som ga innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan sier: «Det må være full åpenhet om kvalitet. Pasientopplevd kvalitet må veie tyngre – likeverdig med medisinsk kvalitet», og slutter seg til at pasientopplevd kvalitet må veie tyngre enn i dag.

Helsedirektoratet har fra 1. januar 2012 som en lovpålagt oppgave å «utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer». Noen eksempler på kvalitetsindikatorer for sykehus er

- andel pasienter med akutt hjerneslag som får blodproppløsende behandling
- andel pasienter med ulike diagnoser som blir akutt re-innlagt på sykehus 30 dager etter utskrivning
- overlevelse etter 30 dager for alle pasienter som har vært innlagt – uavhengig av årsak – for hjerteinfarkt, hoftebrudd og hjerneslag
- gjennomsnittlig ventetid i somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern og rusbehandling
- forekomst av sykehusinfeksjoner på somatiske sykehus
- andel pakkeforløp for kreft gjennomført innen standardisert forløpstid og overlevelse ved ulike kreftformer
- andel innleggelser i døgnopphold i psykisk helsevern som er tvangsinnleggelser

2.6.3 Sterkere nasjonal styring der det er nødvendig: Nasjonale kvalitetskrav til behandlingstjenester i sykehus

Komiteen merker seg at det mangler kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet til flere store pasientgrupper, spesielt pasienter med kroniske og sammensatte sykdommer. Komiteen merker seg videre at det er forskjeller både mellom sykehus og

mellom ulike geografiske områder med hensyn til rapportert kvalitet.

Komiteen viser også til den tidligere nevnte rapport fra Riksrevisjonen fra 2013 om effektivitet i sykehus, som viser store variasjoner i liggetid og utnyttelse av operasjonsstuer mellom sykehus.

Komiteen mener komplekse behandlingsformer, større grad av tverrfaglig tilnærming og avanserte diagnostiske muligheter gjør det nødvendig å avklare hvilke tilbud som bør sentraliseres til større enheter, og hvilke som kan tilbys desentralt.

Komiteen stiller seg bak at det innføres nasjonale kvalitetskrav for utvalgte behandlingstilbud.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, støtter videre at godkjenning av få regionale behandlingstjenester som kan lokaliseres fra 0 til 3 steder i hver helseregion, også omfattes av en godkjenningsordning.

Flertallet merker seg at den nasjonale godkjenningsordningen for nasjonale behandlingstjenester legges til Helsedirektoratet, og at dette også vil omfatte godkjenningsordning av få regionale funksjoner. Flertallet støtter intensjonen om at det skal være et skille mellom faglige og politiske beslutninger.

Flertallet ber om at den nasjonale godkjenningsordningen for nasjonale behandlingstjenester vurderes i forbindelse med anbefalingen om ny styringsmodell som Kvinnsland-utvalget skal legge frem.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at regionale behandlingstjenester bør bestemmes regionalt, og viser til at dersom Senterpartiets representantforslag om å avvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene, Dokument 8:96 S (2014–2015), jf. Innst. 377 S (2014–2015) ble gjennomført, ville dette avgjøres av regionale sykehusstyrer bestående av et flertall folkevalgte fra berørte fylkesting.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet er opptatt av at helsesektoren skal ha en formålstjenlig og effektiv arbeidsdeling mellom departement, direktorat, foretak og sykehus. Det er viktig å sørge for god maktfordeling mellom Helsedirektoratet og fagmiljøene ute i regionene, der man er tettere på den kliniske hverdagen med ansvar for pasientbehandling, utvikling av nye behandlingsformer og diagnostiske muligheter. Det er også etter disse medlemmers mening viktig at Helsedirektoratet ikke tar over ansvaret på områder som bør avgjøres politisk, der Helse- og omsorgsdepartementet er den naturlige beslutningsmyndighet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at Helsedirektoratet stadig har fått tilført nye oppgaver og at det er bekymringsfullt at regjeringen nå legger opp til ytterligere vekst, noe som etter disse medlemmers mening vil kunne stå i veien for smidige og effektive beslutninger, som kan håndteres godt ute i regionene.

Disse medlemmer er bekymret for den sterke veksten i byråkratiet under denne regjeringen. Det bør være en gyllen regel at en større andel av helseressursene skal gå til behandling av pasienter og ikke til kostbart og forsinkende byråkrati. Disse medlemmer mener det er et tankekors at antallet byråkrater vokser dobbelt så raskt under denne regjeringen som den forrige, til tross for løfter om det motsatte.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at foretakene har en nærhet til utvikling av helsetjeneste som gjør at de er best egnet til å ta faglige avgjørelser om oppgave- og funksjonsfordeling. Helsedirektoratets ansvar bør knyttes til utvikling av nasjonale standarder og kvalitetssystemer. Disse medlemmer vil oppmuntre regjeringen til å sørge for at de regionale helseforetakene får hovedansvar for utvikling av fag og nye behandlingsmuligheter, for oppgavefordelingen mellom sykehusene, samt ansvar for regionovergripende virksomhet der dette er formålstjenlig. Disse medlemmer er kritiske til forslaget i Nasjonal helse- og sykehusplan om å flytte den nasjonale beslutningsmyndigheten for nasjonale og regionale behandlingstjenester fra departementet til Helsedirektoratet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet vil understreke at den gode forskningen oppstår i nært møte med den daglige kliniske aktiviteten i sykehusene. Disse medlemmer mener derfor at dette må hensyntas dersom man skal oppnå gode rammevilkår for forskningen. Det er behov for å styrke forskningskravet til alle ledd i spesialisthelsetjenesten, også til private og ideelle aktører som har avtale med de regionale helseforetakene.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen foreta en gjennomgang av Helsedirektoratets portefølje med sikte på å desentralisere flere oppgaver til de regionale helseforetakene, der dette er formålstjenlig.»

«Stortinget ber regjeringen sørge for at de regionale helseforetakene har hovedansvaret for utvikling av nye behandlingsmetoder, for oppgavefordeling mellom sykehusene, samt ansvar for regionovergripende virksomhet, der dette er formålstjenlig.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at en viktig oppgave for Helsedirektoratet er å følge utviklingen i helse- og omsorgstjenesten og legge til rette for utvikling av god kvalitet og pasientsikkerhet. I 2014 har dette blant annet handlet om å godkjenne nasjonale behandlingstjenester i spesialisthelsetjenesten, kvalitetsindikatorsystemet, Norsk pasientregister og å følge opp nasjonalt pasientsikkerhetsprogram. Disse medlemmer viser også til at en av kjerneaktivitetene for direktoratet er å utvikle nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, og at Helsedirektoratet fra og med 2016 overtar forvaltningen av meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, som skal bidra til å redusere pasientskader.

Disse medlemmer vil videre påpeke at veksten i antall årsverk fra 2006 frem til 2014 skyldes en kombinasjon av generell vekst knyttet til økt aktivitet og nye oppgaver, men også som følge av overføring av årsverk og oppgaver fra andre virksomheter til Helsedirektoratet. Disse medlemmer vil videre påpeke at veksten fra 445 årsverk i 2006 til 747 årsverk i 2013 fant sted under den/de foregående regjeringer.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Difi-rapport 2013:11, som viser at Norge til sammen har 60 direktorater som i 2013 hadde til sammen 14 000 årsverk, en økning på 23 prosent i løpet av de siste 10 årene. Helsedirektoratet alene har vokst fra 445 årsverk i 2006 til 747 årsverk i 2013. I dag har Helsedirektoratet 1 422,4 årsverk, men er også tillagt nye oppgaver. I statsbudsjettet for 2016 dokumenteres det at helsebyråkratiet fortsetter å øke under denne regjeringen, eksempelvis har Folkehelseinstituttet vokst med 116 årsverk og Helsedirektoratet med om lag 150 årsverk fra 2014 til 2015.

Dette medlem kan ikke se at en sentralisering av stadig flere funksjoner til Helsedirektoratet vil føre til en faktisk forbedring i pasienttilbudet. Dette medlem viser til at det allerede i dag er betydelig misforhold mellom planverk og faglige retningslinjer utarbeidet av et stadig voksende byråkrati med tilhørighet i direktoratet og den faktiske muligheten til å gjennomføre dem i den daglige pasientrettede virksomheten. Dette medlem mener det er en politisk hovedoppgave å sørge for at sykehusene kan gjennomføre de faglige retningslinjene i den pasientrettede virksomheten; det største hinderet for dette er i mange tilfeller for lav grunnbemanning be-

grunnet i stram sykehøkonomi. Dette medlem mener derfor at det er her ressursene må prioriteres. Dette medlem mener også at utviklingen av et godt medisinsk faglig pasienttilbud må skje i nært samarbeid med fagpersonene som utfører oppgavene og har førstehånds kunnskap om styrker og svakheter. Dette medlem mener derfor lokal- og regionnivåenes evne til å drive forsknings-, kvalitets- og utviklingsarbeid bør styrkes og ikke svekkes ved at oppgaver legges til Helsedirektoratet.

2.6.4 Sertifisering av sykehus

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, mener at en sertifiseringsordning for sykehus er et riktig tiltak for å sikre kvalitet, men vil påpeke at ordningen ikke må føre til mer rapportering og byråkrati. Hensikten med sertifisering av sykehus er at det skal gi bedre kvalitet ved at overordnede rutiner og systemer blir satt i system. Sertifisering skal videre sikre at lover, forskrifter og dokumenter som regulerer virksomheten, er samlet. Videre skal det sikre oversikt over risikoområder og avklare roller og ansvarsdeling mellom personalet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet registrerer at Danmark i disse dager avvikler sertifiseringsordningen fordi det ble for dyrt. Disse medlemmer mener det er sentralt ved implementering av nye systemer å trekke lærdom av de erfaringene som er gjort i andre sammenlignbare land.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener at organisering og fordeling av nye behandlingstilbud og funksjoner må ta hensyn til den dynamiske utviklingen vi har i helsetjenesten. Disse medlemmer mener derfor at helseregionene, med sin nærhet til tjenestene, er best egnet til å godkjenne regionale behandlingstjenester og funksjoner. Disse medlemmer er også opptatt av å få rask etablering av nye behandlingstilbud og samtidig redusere byråkratiet. Disse medlemmer mener det er et klokt prinsipp å desentralisere det man kan og sentralisere det man må.

2.6.5 Nasjonalt nettverk for fagrevisjon

Komiteen mener det er positivt at regjeringen legger til rette for systematiske fagrevisjoner på sykehus. Dette vil bidra til å skape kultur for læring, åpenhet og kvalitetsforbedringer.

Komiteen mener at et nasjonalt nettverk for fagrevisjon, bestående av fagfolk fra ulike sykehus med direkte erfaring fra pasientbehandling, er et godt verktøy for kvalitetsutvikling. Komiteen peker på at et slikt nettverk, der målet er å lære av hverandre

og få råd og veiledning, har merverdi utover et system med kun kontroll og revisjoner.

2.6.6 Beleggsprosent

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet er bekymret for overbelegg og korridorpasienter i dagens sykehus, og understreker viktigheten av å sikre en forsvarlig beleggsprosent, i tråd med Legeforeningens anbefaling. OECD-rapporten «Health at a glance 2015» viser at gjennomsnittsbelegget i norske sykehus i dag er på 93 prosent og er sterkt økende. Disse medlemmer viser til Fagforbundets høringsinnspill, som påpeker at nyere sykehusprosjekter som Ahus og Sykehuset Østfold viser at disse bygges med mindre sengekapasitet enn tidligere. Vestre Viken er nettopp pålagt å redusere sine planer med 30 000 kvm i forbindelse med bygging av nytt sykehus i Drammen. De stiller seg spørsmålet om hvorvidt en framtidig sykehusstruktur tar tilstrekkelig høyde for det reelle behovet for sengekapasitet de nærmeste 20–30 år.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, er bekymret for at om det innføres et absolutt krav om 85 prosent belegg med dagens kapasitetsutfordringer, vil dette kunne få utslag i betydelig lengre ventetider for pasientgrupper som trenger rask helsehjelp. Flertallet anerkjenner at dette er et komplekst og sammensatt bilde. Det er avgjørende at pasientsikkerheten ivaretas, og at Legeforeningen og OECDs signaler tas på alvor. Det må gis tydelige signaler om krav til tiltak som tilpassede vaktordninger og bedre beredskap og planlegging for tider sykehuset har erfaring med at det er større press på tjenestene.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener at det i oppdragsdokumentene bør defineres et krav til helseforetakene om at det etableres en konkret plan for å motvirke overbelegg for sykehusene som i dag har høy/for høy beleggsprosent. Det bør utvikles en tidsplan som skisseres når et absolutt krav om øvrig beleggsprosent bør være på plass, i tråd med lokale prosesser som utvikling, utvidelse og vedlikehold av bygg og tjenester.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at beleggsprosent er et mål og et planleggingsverktøy, på samme måte som målet om å ikke ha korridorpasienter. Dette målet må derfor også gjelde for eksisterende sykehus, ikke bare ved nybygg. Også eksisterende sykehus kan planlegge drift og avdelinger slik at beleggsprosenten blir akseptabel,

for eksempel ved å unngå å ta ned sengekapasiteten eller ved å se på opptaksområdene. Dette er viktig for å styrke pasientsikkerheten ved norske sykehus.

Dette medlem viser også til at norske sykehus ifølge Helsedirektoratets Samdata-rapport fra 2013 har en gjennomsnittsbelegg i sykehussengene på 93 prosent. Gjennomsnittlig beleggsprosent for OECD-land er 78, og i Storbritannia har helsemyndighetene satt belegg på 85 prosent som øvre grense for hva som er forsvarlig. En tysk undersøkelse har vist at et pasientbelegg høyere enn 92,5 prosent gir økte forsinkelser i pasientforløp, økt forekomst av sykehusinfeksjoner, økt dødelighet blant pasienter og økt sykdom blant ansatte. I en undersøkelse blant Sykepleierforbundets medlemmer i 2015 ble det pekt på tre hovedårsaker til at feil begås på norske sykehus: For høyt belegg, lav bemanning og manglende kommunikasjon og samhandling.

Dette medlem mener at overbelegg truer pasientsikkerheten i Norge, og at vi har nådd en øvre grense for beleggsprosent i sykehus. I dag er det fritt fram for helseforetakene å planlegge framtidig sykehusdrift med beleggsprosent på for eksempel 90 prosent, slik Helse Sør-Øst nå gjør. Dette medlem mener at norske myndigheter må pålegge helseforetak å styre og planlegge etter et forsvarlighetstak i Norge på 85 prosent belegg i ordinær drift. Fremtidige demografiendringer og sterkt økende antall eldre tilsier at sengetallskapasiteten i norske sykehus må styrkes det neste tiåret.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innføre en forsvarlighetsgrense på 85 prosent belegg i norske sykehus.»

Dette medlem viser til at gjennomsnittlig liggetid på sykehus er lav i Norge i sammenligning med andre OECD-land. Bare Israel og Tyrkia har kortere liggetid for pasienter på sykehus. Kommunehelsetjenesten melder om at såkalte utskrivningsklare pasienter er sykere enn tidligere og antall reinnleggelser har vært økende. Dette medlem viser også til Dokument 3:5 (2015–2016) Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Riksrevisjonens undersøkelse viser at kommunene i større grad enn tidligere tar over pasienter fra sykehusene, men både kommuner og fastleger mener at mange blir skrevet ut for tidlig. Kommunene har ifølge Riksrevisjonen i liten grad økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen. Undersøkelsen viser dessuten at en stor andel av kommunene ikke har styrket sitt tilbud til rus- og psykiatrispasienter.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at Statens helsetilsyn anbefalte i en rapport fra 2001 et gjennomsnittlig belegg på 85 prosent for planlegging av drift ved avdelinger med høy andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser. I tillegg anbefalte tilsynet et belegg opp mot 90–95 prosent ved avdelinger med hovedsakelig planlagt virksomhet. Disse medlemmer påpeker at det i etterkant av denne rapporten blant annet har skjedd endringer i behandlingsmetoder (mer bruk av dagkirurg mv.), utbygging av kommunale tjenester og kortere liggetider. Disse medlemmer mener derfor beleggsprosenten i seg selv ikke er et godt mål på kvalitet og kapasitet.

Disse medlemmer viser til at helseforetakene har ansvar for å sørge for ansvarlig drift med hensyn til utnyttelse av kapasitet og kvalitet på tjenestene. All aktivitet må planlegges ut fra pasientens behov. Disse medlemmer mener det er avgjørende at alle helseforetakene ser på sammenhengen mellom beleggsprosent og kvalitet, det vil si om det er forsinkelser i pasientforløp, opphopning av pasienter i akuttmottak, sykefravær hos ansatte, økt forekomst av sykehusinfeksjoner og korridorpasienter. Disse medlemmer mener korridorpasienter dessverre har vært et uheldig trekk i norske sykehus, og viser til at beleggsprosent derfor er en kvalitetsindikator som helsemyndigheter, sykehuseiere og helsepersonell har vært opptatt av. Disse medlemmer merker seg at det de siste årene har vært en reduksjon i andelen korridorpasienter, og mener videre at det er positivt at statsråden i oppdragsdokumentet for 2016 satte som mål at det ikke skal være korridorpasienter.

Komiteen viser til at regjeringen i Nasjonal helse- og sykehusplan slår fast at det trengs en kapasitetsøkning i norske sykehus, og komiteen er enig i denne vurderingen.

2.6.7 Antibiotikaresistens

Komiteen viser til at det dør minst 25 000 mennesker av infeksjoner med antibiotikaresistente bakterier i EØS-området årlig. Selv om Norge har lav forekomst av resistens, er den økende. Med økende resistens kan det i løpet av få år være et betydelig problem at pasienter i norske sykehus får infeksjoner med bakterier man ikke har effektive midler mot. Bakteriene spres særlig i sykehus der det er mange pasienter som behandles med antibiotika. Store sykehus med fulle avdelinger og høy beleggsprosent øker denne risikoen. Det er også i sykehus de mest bredspektrede og mest resistensdrivende midlene brukes. Siden 1990-tallet har det vært en mangedobling i bruken av de mest bredspektrede midlene i norske sykehus, uten at dette er faglig begrunnet. Komiteen viser til at regjeringen i januar 2016 har

fremmet Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten, som oppfølging av Dokument 8:2 S (2014–2015) Representantforslag om en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier, med mål om en reduksjon i antibiotikabruk på 30 prosent innen utløpet av 2020, jf. Innst. 156 S (2014–2015).

Komiteen vil understreke at den nasjonale organiseringen av arbeidet mot antibiotikaresistens og tiltakene som fremmes i handlingsplanen, er svært viktige for pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeidet i sykehus. I Norge har det i liten grad vært myndighetskrav eller koordinerte tiltak for å styre antibiotikabruken. Det haster derfor med tiltak for å redusere uheldig antibiotikabruk i norske sykehus. Ett av tre norske sykehus har ingen rapporteringsrutiner for antibiotikaresistens (Nationen 5. september 2014). Utdaterte og dårlig tilpassede IT-systemer er brukt som en del av forklaringen på manglende lokale data. Norske sykehus har heller ingen myndighetskrav om å levere statistikk over resistenstilfellene sine, slik sykehus i mange andre land har krav om.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til tiltaket i handlingsplanen om å innføre antibiotikastyringsprogrammer i sykehusene, og ber regjeringen spesielt følge opp at dette implementeres raskt.

2.6.8 Pasientsikkerhet – meldekultur – arbeidsmiljø

Komiteen vil understreke at det må oppleves trygt å melde fra om uønskede hendelser og være åpen om egne feil. Åpenhet er en forutsetning for tillit fra pasientene og i befolkningen. Lederne må støtte den enkelte ansatte og gi konstruktive tilbakemeldinger. Lederen må også sikre at tiltak for bedre kvalitet, pasientsikkerhet og pasientopplevelse eies av de ansatte. Å gi god behandling og omsorg er en sterk drivkraft for helsepersonell. Det må lages rammer som gjør at helsepersonellet opplever at de er i stand til å gi trygg og god helsehjelp.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at Fafo i 2014 gjennomførte en undersøkelse om arbeidsmiljøet ved norske sykehus, på oppdrag fra Arbeidstilsynet (Fafo-rapport 2015:17). Her konkluderes det med at det ikke er grunn til å tro at situasjonen i norske sykehus er vesentlig verre enn i arbeidslivet sett under ett når det gjelder å bli møtt med uvilje fra sjefen hvis man tar opp problematiske forhold på arbeidsplassen. Det er også ganske stor grad av enighet hos leder og tillitsvalgte om at ansatte

melder fra om feil, mangler eller kritikkverdige forhold i arbeidsmiljøet. Flertallet mener likevel det ikke må være tvil om at ansatte i norske sykehus skal ha en reell ytringsfrihet. Medarbeiderne i sykehus skal ha anledning til å komme med sine meninger og gi offentlig kritikk. Helsepersonell har ikke bare muligheten til å ytre seg, men også en plikt til å melde fra om ting som kan være til skade for pasientene og pasientsikkerheten.

Komiteen viser til at det å utvikle en kultur for åpenhet og ytringsfrihet først og fremst er et lederansvar. Som en oppfølging av kravene i foretaksmøtet 12. januar 2016 er de regionale helseforetakene blitt bedt om å utvikle en plan for å få frem kunnskapen på området, følge opp med tiltak for å endre kulturen der det avdekkes behov for dette, anvende kunnskapen fra pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» og å kartlegge pasientsikkerhetskultur gjennom måling av sikkerhetsklima og teamarbeidsklima i helseforetakene. Arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene vil bli invitert med i dette arbeidet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, støtter regjeringens forslag om å etablere planer i hvert av de regionale helseforetakene som skal ta sikte på å tilrettelegge for større åpenhet og trygghet blant de ansatte i sykehusene.

Flertallet mener det er et ledelsesansvar å sikre trygge og gode arbeidsforhold for de ansatte i sykehusene, legge til rette for læring og trivsel, og understreker verdien av tilstedeværende ledere ved det enkelte sykehus.

Komiteen understreker at en åpen og trygg kultur på arbeidsplassen ikke kan vedtas, men at dette må jobbes aktivt med og prioriteres på alle nivåer.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til hovedtillitsvalgt ved OUS sitt ønske om å sikre profesjonell konflikthåndtering i sykehusene, for videre å sikre trygge og ryddige prosesser når uenigheter og konflikter oppstår, hindre eskalering av konflikter og sikre større grad av åpenhet rundt uønskede hendelser og trusler mot pasientsikkerheten. Disse medlemmer mener dette må være en viktig prioritet i sykehusene.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at mange saker i media har synliggjort en risiko for usunn ytringskultur i våre helseforetak, blant annet kommer dette frem i reportasjen «Frykt og avmakt i hvitt» i Dagens Næringsliv 23. januar 2016,

og at flere leger og ledere har fulgt opp dette temaet i den påfølgende offentlige debatten. Dette medlem viser til en praksis der leger trues til taushet, og en ledelseskultur som rammer ansatte og pasientsikkerheten, er uakseptabel. Dette medlem viser til at Helsedirektoratets pasientsikkerhetsprogram har vist at 44 prosent av avdelingene ved norske sykehus har et pasientsikkerhetsklima som kan gi økt risiko for pasientskader. Dette medlem mener situasjonen er uholdbar og mener det er oppsiktsvekkende at dette problemet ikke signaliseres sterkere i Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette medlem er gjennom media gjort kjent med at helse- og omsorgsministeren har bedt de regionale helseforetakene innen juni ha klar en plan for hvordan de skal forbedre pasientsikkerheten og kulturen for åpenhet.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre er bekymret for at det har utviklet seg en taushetskultur i norsk helsevesen der ledelsens kommunikasjonspolitikk ofte vektlegger ansattes lojalitet til arbeidsgiver mer enn hensynet til at ulike faglige vurderinger kommer fram, og dermed bidrar til kritikk og læring. Helseforetakene er opptatt av å drive merkevare- og omdømmebygging, som gir lite rom for fagfolk til å uttale seg. Helsevesenet forvalter viktige verdier på vegne av befolkningen og må være en del av det frie offentlige ordskiftet. Fagfolkene er viktige kunnskapsbærere som bidrar til folkeopplysning og til folkevalgtes mulighet til å ta beslutninger på informert grunnlag. Disse medlemmer mener at sykehusenes kommunikasjonsreglement og praktisering må underlegges målsettingen om å sikre ansatte ytringsfrihet, ikke det motsatte. Disse medlemmer ber regjeringen sørge for at alle helseforetak innfører åpenhetsreglement, som sikrer åpenhet om feil og mangler og som forsikrer at det å si ifra selvsagt ikke får konsekvenser for arbeidsforholdet.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlem fra Senterpartiet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen pålegge alle sykehus å innføre et reglement som sikrer åpenhet og å jevnlig kartlegge ansattes opplevelse av ytringsfrihet og meldekultur på arbeidsplassen.»

2.7 Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus

Komiteen stiller seg bak regjeringens mål om at alle pasienter skal få trygge og gode helsetjenester uavhengig av hvor i landet de bor. Dette målet skal realiseres i vårt langstrakte og ujevnt befolkede land med krevende klima og kommunikasjonsforhold. Komiteen understreker at det er politisk enighet

om at sykehusenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det og når de trenger det – uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn.

Komiteen støtter regjeringens ønsker om å opprettholde og videreutvikle en desentralisert sykehusstruktur i Norge. Komiteen vil peke på at norske sykehus har svært forskjellig størrelse, både når det gjelder sengetall og opptaksområde. Dette gjenspeiler bosettingsmønsteret i Norge, med enkelte tett befolkede områder og store områder der befolkningen bor spredt. Komiteen mener små lokalsykehus har kvaliteter som det er viktig å bevare og videreutvikle.

2.7.1 Et differensiert akutttilbud

Komiteen er kjent med at det i Norge i dag er 51 sykehus med akuttfunksjoner. Fire av disse har akuttfunksjoner bare i indremedisin, de øvrige i både indremedisin og kirurgi. To sykehus har akuttfunksjon i ortopedi, men ikke generell kirurgi.

Komiteen merker seg at registreringer fra enkeltsykehus og data fra Norsk pasientregister viser at omtrent 35 prosent av øyeblikkelig hjelp-pasienter legges inn i kirurgiske avdelinger. Komiteen vil videre påpeke at andelen akutt innlagte pasienter i befolkningen varierer, både mellom helseregionene og mellom enkeltsykehus.

Komiteen mener det er viktig å få kjennskap til den akutte medisinske og kirurgiske aktiviteten på våre sykehus.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, mener det er positivt at en arbeidsgruppe på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har kartlagt akuttmedisinsk og akuttkirurgisk aktivitet ved et utvalg av 14 mindre lokalsykehus i 2013. Flertallet merker seg at disse sykehusene hadde gjennomsnittlig tre øyeblikkelig hjelp-innleggelse i kirurgiske avdelinger og seks i medisinske avdelinger per døgn.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at departementets innhenting av kunnskap om kirurgisk beredskap og aktivitet ved lokalsykehusene er gjort på en snever måte. Å telle operasjoner på nattetid er et dårlig verktøy for å beskrive kirurgisk aktivitet. Sykehus unngår operasjoner på natt dersom det er mulig å utsette til dagtid, fordi det er større risiko ved nattinngrep. Ved å måle på antall operasjoner beskrives ikke det totale bildet av den akuttkirurgiske aktivitet som skjer, blant annet neglisjeres arbeidet som gjøres med hensyn til kirurgisk vurderingskompetanse.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at det mest omstridte punktet i Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan dreier seg om hvorvidt man skal gjøre strukturelle endringer i akuttkirurgien i Norge.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at det i planen fremgår at utviklingen i kirurgifaget gjør det nødvendig å endre organiseringen av den akuttkirurgiske beredskapen ved mindre akuttisykehus. Flertallet viser til at dette er en godt kjent diskusjon. Det er foretatt en rekke lokale tilpasninger av akuttberedskapen i ulike helseforetak de siste ti årene, eksempelvis ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, Helgelandssykehuset Mosjøen, Helse Førde og Vestre Viken Kongsberg. En rekke av de større sykehusene har også endret sine mottaksenheter gjennom fokus på faste ansatte og en faglig sammensetning som sikrer rask og rett hjelp til alle pasientgrupper.

2.7.1.1 VEILEDENE GRENSER FOR OPPTAKSOMRÅDER

Komiteen legger vekt på at det skal være en rygggrad av akuttisykehus i hele landet. Geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester, værforhold og rekrutteringsmuligheter skal tillegges stor vekt i utformingen av fremtidens akuttisykehus.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at regjeringen i Nasjonal helse- og sykehusplan foreslår viktige grep for å sikre at alle pasienter får trygge sykehus og bedre helsetjenester, uansett hvor de bor. Planen slår fast at vi skal ha et desentralisert helsetilbud med en rygggrad av akuttisykehus som sikrer beredskap og øyeblikkelig hjelp. Disse medlemmer mener alle pasienter skal ha rask behandling i nærområdet for de vanligste sykdommene, og behandling på et større sykehus med spesialkompetanse ved alvorlig og komplisert sykdom og skade. Disse medlemmer vil påpeke at planen ikke legger opp til en «enten-eller-modell» på de minste sykehusene. Disse medlemmer mener det må være en klar oppgavefordeling mellom store og små sykehus, men at det samtidig må legges opp til at oppgaver som kan desentraliseres, blir overført fra store sykehus til mindre sykehus. Det må legges til rette for et forpliktende samarbeid mellom sykehus og helseforetak. Disse medlemmer mener sykehus må samarbeide mer. Det må legges til rette for team av sykehus akkurat som vi har team av helsepersonell. Disse medlemmer mener små og store sykehus er gjen-

sidig avhengig av hverandre, og at ingen sykehus kan klare seg dersom de står alene. I en situasjon hvor personell og kompetanse er begrenset, kan oppgavedeling bidra til at den samlede kapasiteten blir bedre utnyttet. Disse medlemmer er glad for at Arbeiderpartiet støtter tanken om at sykehusene i større grad kan samarbeide om akuttberedskapen, slik sykehus også samarbeider på andre områder.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener et desentralisert sykehustilbud i Norge er helt nødvendig og må være villet politikk. Sentralisering av sykehusfunksjoner blir fort en selvpoppfyllende profeti når viktige funksjoner som kirurgi fjernes fra små sykehus, og det ikke aktivt fremmes tiltak som sikrer et styrket samarbeid. Lokalsykehuset må sikres som utdanningsarena, og det må tilrettelegges for faglig samarbeid, kompetanseutvikling, rotasjons- og hospiteringsordninger. De store sykehusene må overlate oppgaver til mindre sykehus. Legeforeningen bruker Voss sykehus som eksempel, hvor de har fått til godt samarbeid og kompetanseutvikling. Helse Bergen har de siste ti årene overført nye funksjoner til Voss sykehus, og lokalsykehuset fungerer som en god utdanningsinstitusjon. På grunn av sykehusets størrelse har man kunnet følge pasientene fra de kommer inn i mottaket til de skrives ut, mens det på de større sykehusene kun er mulig å få med seg bruddstykker av pasientens behandlingsforløp.

Innbyggerne skal sikres et tilgjengelig og godt sykehustilbud av høy kvalitet, både når akutte hendelser oppstår og ved planlagte konsultasjoner og inngrep. Disse medlemmer understreker at å utvikle de små sykehusene må være villet politikk. Disse medlemmer påpeker at de mindre sykehusene må sikres god økonomi, faglig samarbeid med større sykehus og gode rotasjonsordninger. Små, gode og fleksible sykehus i tett samarbeid er fremtiden. Løsningen er ikke enda større sykehus i byene.

Disse medlemmer understreker at lokalsykehusenes økonomi også må sikres og ikke kan avhenge av inntektsstyrt finansiering (ISF).

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre delvis rammefinansiering av lokalsykehusene og et styrket samarbeid mellom store og små sykehus, herunder tildeling av oppgaver fra de større sykehusene, hospiterings- og rotasjonsordninger.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til merknader i denne innstillingen, om Senter-

partiets forslag til ny nettverksmodell for kvalitet i sykehus, som baseres på tydelig arbeidsdeling og funksjonsfordeling mellom sykehus. Felles fagmiljø, rotasjonsordninger og hospiteringsordninger skal øke det faglige samarbeidet.

I en slik nettverksmodell for sykehus vil store og flere små sykehus samarbeide om helsetjenestene i sitt område. I dag er dette «samarbeidet» sterkt preget av konkurranse. Dette medlem mener det er viktig å utvikle lokalsykehusenes rolle i den samlede helsetjenesten. Nettverksmodellen bygger på at lokalsykehus sikres breddekompetanse for å sikre kvaliteten i tilbudet. Senterpartiets forslag til ny nettverksmodell tar utgangspunkt i Norges desentraliserte sykehusvesen og tydelig oppgavefordeling mellom små og store sykehus.

Dette medlem vil understreke at nettverksmodellen bygger på at lokalsykehus skal fylles med innhold, sikres rekruttering og gjennom tydelig funksjonsfordeling utvikle potensialet som lokalsykehusene har til å utføre vanlige kirurgiske og indremedisinske utredninger, behandlinger og inngrep, og gi trygghet for lokal beredskap. Dette medlem viser til at ved å sikre tydelig oppgavefordeling mellom sykehus, vil all pasientbehandling og sykehus komme styrket ut, samtidig som den lokale beredskapen både for indremedisinske og kirurgiske lidelser blir forbedret. Dette medlem viser til at nettverksmodellen legger til grunn at lokalsykehus fungerer som «eiker» i et hjul hvor regionsykehuset/universitetssykehuset er «navet». I en slik modell er det et gjensidig avhengighetsforhold mellom store og små sykehus. Flere slike faglige nettverk kobles så sammen til større enheter, som dekker det samlede regionale og nasjonale behovet for spesialisthelsetjenester. I en slik nettverksmodell for sykehus vil store og flere små sykehus samarbeide om helsetjenestene i sitt område. Da vil sykehusenes opptaksområde og befolkningsgrunnlag med tanke på å kunne opprettholde fullverdige akuttfunksjoner være mindre relevant, fordi det viktigste vil være det samlede befolkningsgrunnlaget for de samarbeidende sykehusene.

I nettverksmodellen skal sykehus samarbeide om oppgaver og tilbud. Dette medlem vil understreke at funksjonsfordeling av basale akuttfunksjoner er en annen problemstilling enn samarbeid og funksjonsfordeling av planlagte behandlinger og oppgaver. Dette medlem mener at funksjonsfordeling ikke kan drives så langt at man kutter i basalfunksjoner og slik lar det gå ut over sykehusenes evne til å yte kvalitet og innbyggernes tilgang til helt nødvendig øyeblikkelig hjelp-tilbud og beredskap.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser også til at innspillet fra faglig rådgivningsgruppe for sykehus-

struktur til Nasjonal helse- og sykehusplan, som skulle beskrive faglige konsekvenser for alternativer for sykehusstruktur (4. mai 2015), var et svært tynt dokument uten solide faglige referanser. Denne rådgivningsgruppen konkluderte med at det var vanskelig å se for seg i framtiden at sykehus kan ha akutfunksjoner innen kirurgi med mindre enn 80 000–100 000 mennesker i sitt opptaksområde. Gruppen så liten beredskapsmessig nytte av å ha planlagt dagkirurgi som supplement til indremedisin i de minste sykehusene. Gruppen foreslo at over halvparten av dagens sykehus med akuttkirurgi skulle miste denne. Disse medlemmer viser til at en slik utforming av spesialisthelsetjenesten ikke bare ville sentralisere Helse-Norge, men ville sentralisere Norge. Disse medlemmer mener derfor det er oppsiktsvekkende at et slikt råd kan gis uten at det samtidig fremlegges en solid faglig begrunnelse for dette, og at kilden regjeringen oppgir som bakgrunn for sin vurdering av befolkningsgrenser er European Observatory on Health Systems & Policies' rapport «Hospitals in a changing Europe» fra 2002 (Dokument nr. 15:1018 (2014–2015)). Disse medlemmer mener svakheten i begrunnelsen for å legge avgjørende vekt på befolkningsgrunnlag, forsterkes av at «Hospitals in a changing Europe» tar forbehold om at rapportens påstand om bedre økonomi i sykehus med over 200 senger refererer til sykehusorganiseringen i Storbritannia og USA, ikke uten videre kan generaliseres (s. 104) og at grensen viser til effekt på økonomi og ikke kvalitet (s. 101–110). Rapporten oppgir at det ikke finnes forskningsbaserte bevis for at små sykehus ikke kan være kostnadseffektive og levere gode tjenester for pasientene (s. 114). Disse medlemmer viser til at statsråden bekjentgjorde en lignende oppfatning av at det foreligger et svakt faglig grunnlag i Dokument nr. 15:1337 (2014–2015) der statsråden skriver:

«Det foreligger få vitenskapelige studier som sammenlikner akutt sykehus av ulik størrelse.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener den foreslåtte veiledende befolkningsgrensen på 60 000–80 000 for opprettholdelse av kirurgisk akutfunksjon mangler faglig begrunnelse, ikke er grundig utredet og er uegnet for Norges geografiske og demografiske forhold.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen se bort fra prinsippet om at befolkningsgrense skal være bestemmende for akutfunksjoner ved sykehus.»

2.7.1.2 AKUTTKIRURGISK BEREDSKAP

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, slutter seg til forslaget til definisjon av de fire ulike typer sykehus som er foreslått i planen: regionsykehus, stort akutt sykehus, akutt sykehus og sykehus uten akutfunksjoner. Flertallet vil presisere følgende: De fire regionsykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i en helseregion. Dette utelukker ikke at store akutt sykehus og universitetssykehus kan ha regionsfunksjoner.

Akutt sykehus skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Flertallet mener at akutt sykehus skal ha traumeberedskap og generelt akutt kirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.

Flertallet viser til at akutt sykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akutt kirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.

Flertallet fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akutt kirurgiske tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivarett.»

Flertallet viser videre til at mange av sykehusene vil ha spesialkompetanse innenfor ulike områder. Det er for eksempel flere av sykehusene som vil ha både planlagt virksomhet og andre kirurgiske akutfunksjoner. Noen sykehus vil ha akutt ortopedi, men ikke ta imot pasienter med f.eks. blindtarmbetennelse eller tarmslyng. Disse pasientene vil bli sendt videre til nærmeste sykehus som har dette tilbudet. Noen av sykehusene tar i dag ikke imot akutt kirurgiske pasienter, men har kirurg i beredskap som kan bistå i vurderingen av akutte pasienter. Flere sykehus uten akutt kirurgi har skadepoliklinikk som kan behandle brudd og sårskader. Endringer i sykehusstilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet har merket seg den nye dimensjonen i regjeringens helse- og sykehusplan, der regjeringen inviterer Stortinget til å ta stilling til at hvert enkelte akutt sykehus bør ha et opptaksområde på minst 60 000 innbyggere for i forsvarlig grad å kunne inneha akutt kirurgisk beredskap. Det faglige grunn-

laget for å sette en slik grense har blitt kraftig kritisert fra flere hold. Disse medlemmer noterer seg at regjeringen ikke har klart å godtgjøre at det kunnskapsgrunnlaget forslaget er bygget på, er tilstrekkelig til å trekke en slik grense på generelt grunnlag.

På denne bakgrunn foreslår disse medlemmer å avvise at befolkningsgrunnlag er en entydig relevant variabel for å tilpasse og dimensjonere akuttberedskapen i Norge. Andre forhold som reiseavstand, topografi, værforhold, spredt bosetning m.m., spiller en så stor rolle at en slik avgrensning mange steder vil være umulig.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, vil understreke at et tilbud også kan bli for lite og sårbart, og at de samme kvalitetskrav skal stilles til alle typer sykehus – uavhengig av størrelse. Samtidig vil flertallet advare mot en tenkning som baserer seg på at enkeltfunksjoner i sykehus automatisk blir bedre av at enhetene blir større.

Flertallet er opptatt av at det også i fremtiden vil være behov for å utvikle sykehusene, herunder organiseringen av akuttberedskapen. Når den medisinsk-teknologiske utviklingen, de prehospitaltjenestene, transportveier og reisemønstre endres, må også sykehusene endre seg for å møte denne utviklingen. Flertallet advarer derfor mot forslag som bidrar til å sementere en funksjonsdeling mellom sykehus en gang for alle.

På denne bakgrunn mener komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet det er grunnlag for å avvise regjeringens resonnement om at den akuttkirurgiske beredskapen må organiseres etter en «enten-eller-modell» på de mindre sykehusene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, vil fremholde at det kan finnes en rekke muligheter for at sykehusene i større grad enn i dag også kan samarbeide om akuttberedskapen, slik sykehus samarbeider på andre områder. Det kan også være aktuelt å utvikle alternative modeller for organisering av sykehusets vaktberedskap. Flertallet mener dette samarbeidet må finne sine konkrete utforminger gjennom lokale utviklingsprosesser, der den overordnede politiske bestilling kommer gjennom vedtak i Stortinget.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil sterkt understreke at det må være Stortingets vilje som legger føringer for lokale prosesser som kan identifisere flere ulike, mulige varianter av hvordan akuttberedskapen kan organiseres

– og ikke generelle, teoretiske parametere som f.eks. et avgrenset befolkningstall.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at de regionale helseforetakene utreder ulike modeller for kirurgisk akuttberedskap ved akuttisykehusene, herunder alternative vaktordninger, rotasjonsordninger og eventuelt med samarbeid mellom sykehus, der dette er mulig – med tanke på å ivareta akuttberedskapen ved det enkelte sykehus gjennom best mulig utnyttelse av de samlede kirurgiske ressurser.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, mener at det i tråd med regjeringens forslag skal kreves av alle akuttisykehus å ha betydelig aktivitet innen elektiv kirurgi på dagtid. Dette fordrer at det må være vaktkompetent personell i beredskap for å ta for seg ulike komplikasjoner m.m. etter planlagte inngrep. Mange av de mindre sykehusene har også et omfattende fødetilbud, og må av denne grunn opprettholde beredskap eksempelvis til nødkeisersnitt. Samlet sett viser dette at det uansett løsning for den særskilte akuttkirurgiske beredskapen må være betydelige beredskapsressurser til stede ved det enkelte sykehus.

Flertallet har registrert at flere sykehus i dag har ulike, tilpassede varianter for akuttkirurgisk beredskap, med bruk av færre kirurger i aktiv vakt, i kombinasjon med bakvakt. Ved sykehusene i f.eks. Volda, Gravdal og Mosjøen har man praktisert varianter av dette, og det er viktig at flere sykehus kan ta i bruk og utvikle alternative modeller for akuttkirurgisk vaktberedskap. Flere steder kan det ligge til rette for samarbeid i nettverk mellom sykehus, med blant annet muligheter for rotasjonsordninger. Det vil også være ønskelig å legge mer av ordinær elektiv kirurgisk behandling til akuttisykehus, der det ligger til rette for det. Dette kan bidra til å styrke den kirurgiske kompetansen ved det enkelte sykehus, noe som igjen understøtter ulike vaktordninger for beredskap. Det er imidlertid såpass forskjellige utfordringer ved landets akuttisykehus at det må legges opp til ulike, lokalt tilpassede løsninger – i tråd med lokale forhold og utfordringer.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at de regio-

nale helseforetakene starter en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretaket til akutt sykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.»

Samtidig vil flertallet peke på at erfaringene med tilpassede akuttfunksjoner viser seg å være forsvarlige. Eksempler på dette er sykehusene i Nordfjord og Lærdal, hvor den akuttkirurgiske beredskapen ble samlet ved sykehuset i Førde. Siden vedtakene om dette ble iverksatt i 2008, har sykehusene fortsatt å utvikle seg. I tillegg viser regjeringen i planen til et følgeforskningsprosjekt, «Når luftambulansen ikkje kan komme», som har gjennomgått 2 598 oppdrag med luftambulanse/redningshelikopter i perioden 2012–2014. I svar på spørsmål 8 til Meld. St. 11 (2015–2016) fra Arbeiderpartiet, skriver Helse- og omsorgsdepartementet:

«200 (7,7 %) oppdrag måtte løses med bilambulanse, som oftest på grunn av dårlig flyvær. Disse 200 har blitt vurdert særskilt, og man fant at 7 pasienter (3,5 %) hadde hatt helsetap som følge av endret transport. Teoretisk risiko for å få helsetap på grunn av manglende flyvær ble beregnet til 0,3 % (7 av 2598). Ingen av disse pasientene ble innlagt på grunn av skade.»

De videre lokale prosessene og eventuelle lokale tilpasningene må, etter flertallets syn, ha som mål å trygge, utvikle og styrke aktiviteten ved akutt sykehusene.

Flertallet viser til at det påligger helseministeren og regjeringen et særskilt ansvar for aktivt å følge opp helseforetakene i den videre prosessen og påse at alle reelle alternativer drøftes og underlegges grundige analyser. Det er viktig at beslutningene kan begrunnes og at utfallet av diskusjonene ikke er avgjort på forhånd. I de lokale prosessene som skal gjennomføres er det særlig viktig at det legges vekt på reell reisevei for pasienter i alle deler av helseforetaket, de prehospitale ressursene og konsekvensene for disse, topografi, fly- og helikoptervær, utvikling og rekruttering til sykehuset m.m.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet oppfatter at det mest avgjørende punktet for flere av de minste sykehusene, handler om at akuttfunksjonene ved sykehusene fortsatt skal ha et ufravikelig krav om at kirurgisk vurderingskompetanse og beredskap for akutte hendelser skal ivaretas. På denne bakgrunn tilrår derfor disse medlemmer at det klargjøres følgende, absolutte minstekrav for sykehus som klassifiseres som akutt sykehus: Akutt sykehus skal minst ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset skal ha kirurgisk vurderingskompetanse i be-

redskap og beredskap for akutte hendelser. Akutt sykehus skal ha traumeberedskap og generelt akutt kirurgisk tilbud hvis bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil- båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.

Disse medlemmer vil ettertrykkelig understreke at dette ikke skal tolkes som om regjeringen og helseforetakene skal styre mot dette nivået. Disse medlemmer viser til tidligere drøfting av hva slags forventninger Stortinget bør ha til de videre prosessene i helseforetakene, herunder til helseministeren.

Komiteens medlem fra Senterpartiet registrerer at Arbeiderpartiets forslag til minstekrav til såkalte akutt sykehus nærmest er identisk med hva regjeringen foreslår. Hvordan sykehus uten akutt kirurgi skal ha kirurger med vurderingskompetanse og beredskap for akutte hendelser, synes uforståelig. Dette medlem vil anta at det blir lite tilfredsstillende for kirurger å ha vaktplikt for de vanskelige tilfellene, samtidig som de får forbud mot å jobbe med øyeblikkelig hjelp. Dette medlem er også overrasket over at ikke radiologi er med som et minstekrav. Dette medlem viser til Senterpartiets forslag til minstekrav for akuttfunksjoner i denne innstillingen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at akutt kirurgien på lokal sykehus er en del av en samlet og helhetlig akuttfunksjon. Små lokalsykehus ligger i områder hvor også legevaktene er spredt, i områder der kommunehelsetjenesten har få leger, og hvor det ikke er private spesialister. Lokalsykehuset er den lokale kompetansebasen ved både akutte og kroniske tilstander. Lokalsykehusene er basert på indremedisin, kirurgi, anestesi og har tilgang på laboratorie- og radiologiske tjenester.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet påpeker at det er en indre sammenheng mellom kirurgi, anestesi, radiologi, indremedisin og laboratorietjenester. Det er nettopp denne helheten som gir gode helsetjenester til pasientene.

Disse medlemmer viser til at alle disse små fagmiljøene er viktige for den felles kompetansen. Det å fjerne akutt kirurgisk kompetanse påvirker helheten, og pasientene får et dårligere tilbud. Det er et faktum at om det ikke lenger er akutt kirurgisk vakt, vil mange indremedisinske pasienter heller ikke tas imot lokalt. Disse medlemmer understreker at antall operasjoner ikke er avgjørende, men antall pasienter som vurderes, stabiliseres, startbehandles og

følges opp etter operasjon på større sykehus. Disse medlemmer mener at en kirurgisk vurdering ved de mindre sykehusene ikke er tilstrekkelig. En kirurgisk vurdering tilsier også nødvendigheten av akuttkirurgi. Den norske legeförening advarer sterkt mot fjerning av akuttkirurgien. De viser til at det i planen hevdes at eldre pasienter først og fremst er indremedisinske pasienter, og at akutt sykehusene derfor bare trenger akuttberedskap i indremedisin, og ikke i kirurgi. Legeföreningen påpeker at dette er en sterkt forenklet virkelighetsbeskrivelse, og understreker viktigheten av bred medisinsk kompetanse og ressurser.

Disse medlemmer viser til notat fra Norsk kirurgisk förening (Nkf) hvor det påpekes at det alltid oppstår komplikasjoner ved elektiv kirurgi. Det kan være blødninger, lekkasjep problemer, sårruptur, infeksjoner, og det kan av og til haste med operasjon. Dette betyr at det alle steder hvor man gjør planlagt kirurgi, må være kirurger i vakt – gjerne hjemmevakt – som kan operere akutt. I samme notat fremheves det at vanlig akuttkirurgi representerer 40 prosent av alle øyeblikkelig-hjelp-innleggelsler i sykehus. Til denne gruppen hører også pasienter som innlegges primært til medisinsk avdeling, men der det viser seg å foreligge en kirurgisk lidelse. Det vet man ikke på forhånd. Nkf advarer mot at det er dette indremedisinerne vil få problemer med hvis den akutte kirurgien forsvinner. Videre påpekes det at i motsetning til traumehåndtering, kan ikke alle typer kirurger ivareta disse pasientene. Inntil videre vil det finnes «gammeldagse» generelle kirurger, og slike vil kunne delta i vaktlag som dekker denne kirurgien. Men på sikt blir dette et problem, da dette vil være gastrokirurgi.

Disse medlemmer går imot regjeringens forslag om å definere sykehusstilbud ut ifra pasientgrunnet, basert på antall innbyggere i formelt opp-taksområde. Disse medlemmer mener det aktivt må jobbes for å benytte mulighetsrommet som ligger i de mindre sykehusene. Det handler ikke om å «smentere» dagens sykehusstruktur, men om å modernisere og videreutvikle potensialet som ligger i sykehusene som ikke i like stor grad er presset på kapasitet som de største sykehusene. Fleksible og tilgjengelige tjenester og tett samarbeid mellom sykehusene er en viktig del av løsningen for å møte fremtidens utfordringsbilde. Disse medlemmer etterlyser solid og sammenhengende argumentasjon for at «større sykehus er bedre». En rekke faginstanser har i debatten og i komiteens høring etterlyst et kunnskapsgrunnlag som tilsier at det å overføre akuttkirurgi til større sykehus, vil gi et faglig bedre tilbud. Disse medlemmer etterlyser også en risiko- og sårbarhetsanalyse av konsekvensene for de største sykehusene om de får ansvaret for en god og forsvarlig beredskap for et større antall pasienter.

Disse medlemmer ønsker en forsvarlig og god beredskap over hele landet, og foreslår følgende definisjon av «akutt sykehus», i tråd med Legeföreningens landsmøtevedtak: «Akutt sykehus skal ha akutt-funksjon i indremedisin, kirurgi og anestesilege i døgnvakt. Sykehuset skal også ha traumeberedskap tilpasset bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester når værforhold gjør det nødvendig».

Disse medlemmer mener det er en forutsetning for opprettholdelse av alle sykehusfunksjoner, uavhengig av spesialitet, at kvaliteten og pasientsikkerheten ivaretas. Dette er ikke et premiss som gjelder for akuttkirurgi alene, slik noen fremstiller dette. Disse medlemmer mener dette blir en kunstig fremstilling.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at lokalsykehusene, såkalte akutt sykehus, som i dag har akuttkirurgi, beholder denne akutfunksjonen for å sikre god og forsvarlig beredskap i hele landet.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet går imot regjeringens forslag til nye kategorier sykehus og foreslår å opprettholde eksisterende sykehusbenevnelser: lokalsykehus, sentralsykehus og universitetssykehus, og viser til merknad om dette i denne innstillingen.

Dette medlem mener at dagens desentraliserte sykehusstilbud må opprettholdes. Befolkningen må sikres gode akutttilbud uavhengig av bosted. Vel-fungerende lokalsykehus er nødvendige i den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Reisetid, geografi og værforhold er tungtveiende faktorer som krever lokalsykehus med full akuttberedskap. Dette medlem mener det er nødvendig for å sikre kvaliteten i tilbudet, at spesialiserte sykehus sikres spisskompetanse, mens lokalsykehus må sikres breddekompetanse. Dette medlem mener at lokalsykehus må minimum sikres døgnberedskap og breddekompetanse innen medisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester. I tillegg kommer fødeavdeling. Lokalsykehus må sikres et bredt tilbud av planlagte dagtjenester, for eksempel dagkirurgi, nevrologi, øye-, øre-, nese-, halssykdommer, barnesykdommer, hudsykdommer, revmatiske sykdommer, kreftsykdommer, nyresykdommer (dialyse) og gynekologiske sykdommer. Et lokalsykehus med slik bemanning og kompetanse kan tilby god behandling for flertallet av pasienter som blir innlagt på sykehus. Også ved mer alvorlige og sjeldne tilstander er lokalsykehuse-nes vurderingskompetanse viktig for å sikre rett diagnostikk og stabiliserende akuttbehandling, før eventuell transport videre til et mer spesialisert sykehus.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener at å sentralisere kirurger vekk fra akuttmottak vil være å redusere kompetansen, svekke fagmiljøet og dermed kvaliteten i sykehusstilbudet. Det er stor fare for at dersom kirurgisk vaktkompetanse sentraliseres, så vil også store deler av det indremedisinske tilbudet sentraliseres. Disse medlemmer viser til at dette vil være tilfellet for pasienter med indremedisinske tilstander der en vet at man trenger kirurgisk vurdering eller støtte for å få rett diagnose og best behandling. Selv om det er flest pasienter som trenger indremedisinsk behandling ved en innleggelse i sykehus, så kan man ikke vite dette før pasienten er undersøkt. Liknende symptomer kan ha forskjellige årsaker. Disse medlemmer viser også til at fagmiljøene påpeker at mange pasienter, særlig eldre, kan ha uklare symptomer med generell svekket allmenntilstand som den viktigste. Da er det viktig med god diagnostikk. Dette medlem vil påpeke at et sykehus med breddekompetanse, der pasienten om nødvendig kan bli vurdert både av indremedisiner og kirurg, er avgjørende, og at det med kun én type legespesialist på vakt, fort vil kunne komme krevende situasjoner. Disse medlemmer savner også en omtale av hvilke sykehus som skal ha kapasitet til å ta imot dem som i dag er lokalsykehuspasienter, dersom akuttkirurgien avvikles. Disse medlemmer viser også til at anestesikompetanse er nødvendig for å sikre god beredskap og pasientbehandling i sykehus. I lokalsykehus er anestesilegen sammen med indremedisiner og kirurg, en av tre hovedpilarer i akutttilbudet. Disse medlemmer mener konsekvensen av å sentralisere kirurgisk vaktkompetanse er reduserte oppgaver til anestesiteamet, samtidig som sykehuset må opprettholde vaktberedskap i anestesi for pasienter som kan bli innlagt på indremedisinsk avdeling. Disse medlemmer mener at slike sykehus sannsynligvis vil bli lite attraktive for anestesileger.

Komiteens medlem fra Senterpartiet avviser de stadig gjentatte beskrivelsene av Nordfjord sjukehus og Kongsberg sykehus som mønstergyldige eksempler på hvor vellykket det er å ta fra lokalsykehus vitale funksjoner, som akuttkirurgi. Dette medlem mener erfaringer fra publikum, samarbeidende institusjoner og ansatte ved sykehusene er langt mer sammensatte, og mange er sterkt kritiske til omleggingene som er gjort og mener det har ført til et svekket pasienttilbud. Blant annet har omleggingen ikke ført til styrket rekruttering, men heller det motsatte. Dette medlem savner en redegjort fremstilling av Nordfjord-modellens opprinnelse, der utgangspunktet var styret i Helse Førde Hfs vedtak om å legge ned Lærdal og Nordfjord sjuke-

hus, og gjøre dem om til lokalmedisinske sentre. Uten politisk involvering hadde Lærdal stått helt uten medisinsk beredskap på sykehuset, også ved brannen i 2014. Dette medlem mener at evaluering av Nordfjord-modellen viser mange positive sider, og at det er utviklet flere polikliniske tilbud. Men dette medlem står fast på at Nordfjord-modellen ikke er blitt en nasjonal modell for utvikling av lokalsykehus, eller noe argument for å fjerne akuttkirurgi ved store lokalsykehus i byer og tettsteder andre steder i landet.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at det er begrenset systematisk kunnskap og erfaring i Norge om drift av sykehus med hovedvekt på indremedisinske akuttfunksjoner, elektiv kirurgi og enklere kirurgisk beredskap. Til nå har det vært unntaket i Helse-Norge at sykehus ikke har kirurger i vakt. Nå foreslås det i Nasjonal helse- og sykehusplan at dette kan bli regelen for organiseringen av lokalsykehus. Disse medlemmer vil advare mot en slik utvikling, og viser til at det ikke er vurdert hvilke konsekvenser dette vil ha for den faglige kvaliteten i tilbudet, for utdanning av helsepersonell, for rekruttering av fagfolk, for brukertilfredshet og transportbehov. Det er heller ikke vurdert hvilke behov dette utløser for nye sengeposter og investeringer på de store sykehusene. Det er sannsynlig at slike tilpassede løsninger vil redusere befolkningens trygghetsfølelse og tilliten til helsetjenesten.

Disse medlemmer viser i denne forbindelse til landsstyret i Legeforeningens vedtak 29. mai 2015, der det heter at:

«Faglig forsvarlighet, god beredskap og trygghet for befolkningen må veie tyngst i landets sykehusstruktur.

Legeforeningen mener:

- Kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akuttpasienter i sykehus.
- Akuttfunksjon forutsetter døgnkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester.
- Sykehus må gis nødvendige ressurser til å sikre kvalitet på diagnostikk og behandling. Det må være systemer for å opprettholde og videreutvikle robuste fagmiljøer som rekrutterer godt.
- Befolkningen må sikres gode akutttilbud uavhengig av bosted. Velfungerende lokalsykehus er nødvendige i den akuttmedisinske behandlingkjeden. Reisetid, geografi og værforhold er

tungtveiende faktorer som krever lokalsykehus med full akuttberedskap.»

Disse medlemmer deler Legeforeningens syn.

2.7.2 Fødetilbudet

Komiteen viser til at de nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet er nedfelt i St.meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, og i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud fra 2011. Komiteen viser til at disse kvalitetskravene ligger fast, med inndeling av fødeinstitusjoner i tre nivåer: kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestuer. Komiteen støtter at fordelingen av mindre fødeavdelinger og fødestuer må sikre nærhet til fødetilbud også utenom de store kvinneklinikkene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at ved endringer i det akuttkirurgiske tilbudet må det sikres at fødeavdelingenes behov for faglige støttefunksjoner er dekket. Det må være tilgjengelig anestesilege/anestesteam og operasjonspersonell for akutte hendelser og keisersnitt. Det forutsettes derfor at det er kirurgisk virksomhet på sykehus med fødeavdeling. Flertallet viser videre til at fødestuer ikke forutsetter tilgjengelig anesthesi- eller operasjonspersonell.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener at det akuttkirurgiske tilbudet må sikres, ikke endres, også for å sikre at fødeavdelingenes behov for faglige støttefunksjoner er dekket, og at det er tilgjengelig anestesilege/anestesteam og operasjonspersonell for akutte hendelser og keisersnitt. Disse medlemmer viser til at Den norske jordmorforening på høringen ba om en utdypende konsekvensutredning av hva nedlegging av akuttkirurgi betyr for de aktuelle fødeavdelingene på disse sykehusene.

Komiteen er opptatt av en trygg og sikker svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Norge. De viktigste politiske føringer på dette området ligger i St.meld. nr. 12 (2008–2009) En gledelig begivenhet, som ble behandlet av Stortinget i 2009. Den gang var hovedkonklusjonen at tilbudet for gravide, fødende og barselkvinner skulle styrkes betydelig. Komiteen var den gang opptatt av at fødetilbudet ved norske sykehus ikke skulle svekkes av økonomiske årsaker, og ba helse- og omsorgsministeren stille krav til de regionale helseforetakene om at det ikke skal foretas økonomisk motiverte omstillinger som fører til et dårligere fødetilbud. Videre ba Stortinget regjerin-

gen om å utarbeide nasjonale retningslinjer som sikrer at kvinner i aktiv fødsel har en kvalifisert fødsels-hjelper til stede, dersom hun ønsker det, for å ivareta kvinnens trygghet og redusere farene for komplikasjoner.

Komiteen viser i den forbindelse til at Helsedirektoratet utarbeidet veilederen «Et trygt fødetilbud – forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner» i 2010. Det var et samlet storting som var opptatt av å få på plass kvalitetskrav i fødselsomsorgen, og kravene i veilederen erstattet i 2010 bemanningsnormer som daterte seg helt tilbake fra 1997.

Komiteen mener det er viktig at norske fødeavdelinger følger opp de skjerpete kravene, og at dette også omfatter kravet om å følge opp kvinnen i aktiv fase av fødselen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til brev fra helseministeren datert 11. november 2015, hvor han opplyser at han i august 2015 innhentet opplysninger fra de regionale helseforetakene om hvorvidt kravene blir etterfulgt. Flertallet er glad for at helse- og omsorgsministeren følger opp helseforetakene på dette, og at helseforetakene opplyser at anbefalingen er godt kjent, og at det arbeides aktivt for å nå målet. Flertallet er fornøyd med at mange sykehus sier at de har styrket jordmorbeholdningen de siste årene for å sikre dette.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser allikevel til den usikkerheten som alltid er til stede knyttet til antall fødsler, og at flere sykehus peker på at det ikke kan planlegges hvor mange fødsler de har hvert døgn. Det viser seg i erfaring fra store fødeavdelinger med 5 000 fødsler, der det i snitt er 13–15 fødsler i døgnet, men med en variasjon mellom 5 og 28 fødsler. Dette flertallet viser til at helseministeren har uttalt at det er en viktig oppgave for helseforetakene å utvikle systemer for bemanningsplanlegging som gjør det mulig å håndtere slike variasjoner i aktivitet og pasientbelegg.

Hva angår transportfødsler, viser dette flertallet til at det ifølge informasjon fra de regionale helseforetakene ikke er noen økning i ikke-planlagte fødsler utenfor sykehus, og at disse har ligget ganske stabilt på ca. 400 fødsler per år fra og med 2010 til og med 2014. Antallet transportfødsler har gått ned i denne perioden. Dette flertallet mener dette er et uttrykk for en bedre utbygget følgetjeneste. Dette flertallet viser til at sykehusene og kommunene må ha et tett samarbeid for at tilbudet skal oppleves som helhetlig og sammenhengende. Dette flertallet viser til at omfanget av ikke-planlagte

fødsler i Norge tilsvarer 0,7 prosent av alle fødsler per år.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at regjeringspartiene, i samarbeid med Kristelig Folkeparti og Venstre, gjennom statsbudsjettene for årene 2014–2016 har styrket de forebyggende tjenestene i kommunene med til sammen 767,7 mill. kroner begrunnet med behovet for et styrket tilbud til barn, unge og deres foreldre, inkludert både svangerskaps- og barseloppfølging. Flertallet viser til at å styrke jordmorkompetansen er et av regjeringens mange tiltak for å forbedre den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste, foreslo regjeringen å lovfeste kompetansekrav i helse- og omsorgstjenesteloven. Det fikk tilslutning fra et flertall på Stortinget, fordi regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre anser en del kompetanse som så grunnleggende viktig for den kommunale helse- og omsorgstjenesten at de bør fremgå av lov. I lovfestingen inngår som eksempel både jordmor- og helsesøsterkompetanse. De samlede midler som regjeringspartiene, Kristelig Folkeparti og Venstre har stilt til rådighet i budsjettene, gir godt grunnlag for blant annet å styrke jordmor- og helsesøsterkompetansen, og derigjennom svangerskaps- og barselomsorgen i kommunene.

Flertallet viser videre til at fødselsomsorgen finansieres som annen somatisk spesialisthelsetjeneste gjennom basisbevilgningen og innsattsstyrt finansiering (ISF). Flertallet viser til statsrådets svar til komiteen i brev av 11. november 2015, hvor han stadfester at dette er et prinsipp regjeringen ikke ønsker å endre, men at statsråden ber helseforetakene og tjenestene melde inn forslag til endring i eller justering av den innsattsstyrte finansieringen gjennom de etablerte samarbeidskanaler mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet på finansieringsområdet.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til representantforslag om å sikre kvaliteten i fødselsomsorga og rammefinansiere fødeavdelinger og kvinneklinikker, Dokument 8:2 S (2015–2016), der det foreslås å rammefinansiere fødselsomsorgen slik at kvalitet blir premiært, at bemanning av fødeavdelingene som et akutttilbud sikres og at helseforetakene pålegges i løpet av 2016 å implementere kvalitetskravene, herunder at fødende skal ha en jordmor hos seg under den aktive fasen av fødselen. Dette medlem mener Helsedirektoratets veileder, Et trygt fødetilbud, utgjør et godt grunnlag for en god fødselsomsorg, men at det dessverre er altfor mange eksempler på at veilederen ikke følges opp ute i prak-

sis. De senere år er det særlig de store fødeavdelingene og kvinneklinikkene som har store vanskeligheter med å imøtekomme kravene. Kartlegging som Det norske jordmorforbundet har gjort i 2015, viser betydelige utfordringer i oppfølging av kvalitetskravene.

Dette medlem viser til at høsten 2015 varslet jordmødrene offentlig om at bemanningen ved våre store kvinneklinikker ikke er jordmorfaglig forsvarlig, og at jordmødrene er bekymret for pasientbehandling, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø ved de store fødeavdelingene på grunn av for lav grunnbemanning. Dette medlem viser også til at Norge har et finansieringssystem for fødetilbudet som premierer komplikasjoner. Dette medlem vil understreke at rammefinansiering og oppgradering til akuttposter vil kunne bedre kvaliteten i tilbudet.

Dette medlem vil understreke viktigheten av nærhet til føde- og barselomsorg. Når sykehus og sykehustilbud sentraliseres, viser erfaringene at fødetilbudet også sentraliseres. I 1972 fantes det om lag 158 fødeinstitusjoner i Norge, mot om lag 51 i dag. Ser man utviklingen i transportfødsler over et lengre tidsperspektiv har dette økt betraktelig i Norge, med en fordobling over om lag 30 år (studie 1999–2013 Gunnarsson, m.fl. 2013). Fødetilbudet ved de minste fødeavdelingene på et sykehus som mister kirurgisk akuttberedskap blir dyrt og krevende. Dette medlem viser til at Den norske jordmorforening i komiteens høring var kritisk til at av en nasjonal helse- og sykehusplan på 147 sider, så var 20 linjer viet fødetilbudet. Jordmorforeningen peker på at det allerede i dag er vanskeligheter med å rekruttere gynekologer til mindre fødeavdelinger. Dette medlem mener det er sannsynlig at slike utfordringer vil forsterkes dersom sykehuset fødeavdelingen er en del av, må bygge ned sine funksjoner, som akuttkirurgi. Fødetilbudene inngår som en del av helheten i et sykehus, og endringer i sykehusets øvrige tilbud kan ikke ses isolert fra dette. Dette medlem støtter derfor Jordmorforeningen i at forslag om nedleggelse av akuttkirurgi burde forutsette en grundig konsekvensutredning for fødetilbudene. Dette medlem merket seg også at den faglige rådgivningsgruppen som ga regjeringen innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan 4. mai 2015, kun hadde følgende å si om fødetilbudet:

«Det er ingen direkte sammenheng mellom akutt kirurgi og fødetilbud. Et sykehus som har fødeavdeling trenger 'varme operasjonsstuer' – det vil si stuer som er i drift 24/7 og støttepersonell – men ikke kirurger siden det er gynekologer som gjør keisersnitt.»

Dette medlem mener fødetilbudene som er en svært viktig del av sykehusenes virksomhet, ikke er tatt på alvor i arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan.

2.7.3 *Betegnelser på ulike typer sykehus*

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, merker seg at det i dag brukes flere betegnelser på ulike typer sykehus og spesialisthelsetjenester, uten at det alltid er klart hva disse sier om virksomhetenes innhold. Flertallet viser til at i St.meld. nr. 9 (1974–1975) Sykehusutbygging mv i et regionalisert helsevesen, ble lokalsykehus definert som ett av tre sykehusnivåer, i tillegg til sentral- og regionsykehus.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, mener at dagens oppgavedeling mellom sykehus har gjort denne tredelingen lite relevant. Betegnelsen lokalsykehus brukes i dag både om store og små sykehus og gir ingen presis beskrivelse av sykehusenes innhold.

Dette flertallet viser videre til at Helse- og omsorgsdepartementet i meldingen argumenterer for at begrepet nærsykehus heller ikke er dekkende eller presist for aktiviteten i sykehusene. Dette flertallet støtter at det gjøres endring i betegnelser som gir en mer presis og enhetlig innholdsbeskrivelse.

Dette flertallet støtter regjeringens forslag til betegnelser på sykehus som tydeliggjør innholdet og gjør begrepsbruken mer enhetlig, og viser for øvrig til presiseringer av definisjoner av sykehus tidligere i denne innstillingen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet støtter intensjonen i forslaget om en inndeling av sykehus som beskrevet over. Disse medlemmer mener imidlertid, som beskrevet tidligere i denne innstillingen, at befolkningsgrunnlag alene ikke er en entydig variabel som kan definere hvorvidt et sykehus skal ha akutfunksjoner eller ikke. Videre mener disse medlemmer at et absolutt minstekrav for sykehus som skal klassifiseres som akuttisykehus, må klargjøres som følger:

«Akuttisykehus skal minst ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset skal ha kirurgisk vurderingskompetanse i beredskap og beredskap for akutte hendelser. Akuttisykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud hvis bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.»

Disse medlemmer vil ettertrykkelig understreke at dette ikke skal tolkes slik at regjeringen og helseforetakene skal styre mot dette nivået. Disse medlemmer viser til tidligere drøfting av hva slags forventninger Stortinget bør ha til de videre prosessene i helseforetakene, herunder helseministerens særlige ansvar som eier.

Med disse premisene lagt til grunn, støtter disse medlemmer en firedeling av betegnelsene på ulike sykehus, med den hensikt å presisere og gi en enhetlig innholdsbeskrivelse.

Komiteen understreker viktigheten av at regionale sykehus som har nasjonale funksjoner, fortsatt kan forvalte disse funksjonene. Komiteen påpeker at universitetssykehus som forvalter regionale funksjoner, skal kunne beholde disse.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti mener delingen mellom «stort akuttisykehus» og «akuttisykehus» er et kunstig skille, og foreslår kun sistnevnte som en felles kategori.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener det ikke er behov for nye sykehuskategorier eller definisjoner, men en minimumsbestemmelse for hva lokalsykehus skal inneholde, det vil si basiskompetanse i indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester. Dette medlem mener regjeringens forslag til nye typebetegnelser – regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akutfunksjoner – er forvirrende og egnet til å skape usikkerhet om hva som skal finnes og hva som finnes av tilbud i et sykehus og støtter ikke innføringen av disse.

Dette medlem vil også påpeke at regjeringens forslag til ny type sykehusdefinisjon bygger på at skillet mellom stort akuttisykehus og akuttisykehus skal begrunnes i et befolkningsgrunnlag på 60 000–80 000 innbyggere. Dermed vil en slik sykehusdefinisjon bygge på det som høringsrunden har vist at verken fagmiljø eller innbyggere er interessert i, nemlig at sykehustilbudet skal dimensjoneres etter innbyggertall i regionen, og ikke det reelle behovet. Dette medlem mener at lokalsykehus er et godt innarbeidet begrep som det ikke er fornuftig å endre på. Dette medlem mener at større sykehus, som nå, kan kategoriseres som sentralsykehus og at universitetssykehus blir klassifisert som akkurat det. Dette medlem mener at beskrivelser som akuttisykehus og nærsykehus er villedende. For at innbyggere skal vite hva innhold et lokalsykehus har, bør det settes krav til minimumskompetanse i tråd med Legeforeningens definisjon.

2.7.4 *Samarbeid mellom sykehus – sykehus i nettverk*

Komiteen mener at oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid mellom sykehus, og registrerer at i dag preges dette samarbeidet til en viss grad av konkurranse og rivalisering. Komiteen støtter at regjeringen vil stille krav om at den faglige og organisatoriske nettverks-

funksjonen mellom sykehus skal styrkes og bli mer forpliktende.

Komiteen mener at sykehusstruktur og ambulansetjenester må ses i sammenheng dersom det skal gjøres endringer i akuttberedskapen ved sykehus. Det må samtidig gjøres en gjennomgang og styrking av bil-, båt- og luftambulansetjenesten. Den må ha nødvendig kapasitet, kompetanse, utstyr og tilgjengelighet til å kunne håndtere at flere pasienter må stabiliseres lokalt og transporteres videre til annet sykehus. Dette må tas inn som en føring for helseforetakenes utviklingsplaner.

Komiteen støtter at regjeringen vil arbeide for at flere oppgaver desentraliseres til mindre sykehus når tjenesten kan leveres med god kvalitet. Det forutsetter at alle sykehus har kompetent og trent personell. Komiteen mener at oppgavedeling mellom sykehus er nødvendig for å øke kvaliteten på behandlingen. I en situasjon hvor personell og kompetanse er begrenset, kan oppgavedeling bidra til at den samlede kapasiteten blir bedre utnyttet.

Komiteen vil påpeke at IKT, telemedisinsk kommunikasjon og kompetanseoverføring også kan bidra til å opprettholde aktivitet på mindre sykehus. Tverrfaglige team på tvers av sykehus med virtuelle møter kan i mange tilfelle kompensere for små fagmiljøer og lite pasientgrunnlag.

Komiteen mener at noen avanserte behandlingsmetoder som krever høyt pasientvolum, kan flyttes til mindre sykehus som ledd i en planlagt oppgavedeling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, vil påpeke at små akutt-sykehus har utfordringer med rekruttering og at enkelte tilbud baseres på vikarstafetter, og at utfordringen er størst innen kirurgifaget. Videre vil flertallet påpeke at dette blir utfordrende i årene som kommer, ettersom det blir færre generelle kirurger som følge av at arbeidet og metoder blir mer spesialisert.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at det er for få legespesialister i Norge. Både store og små sykehus kan derfor ha rekrutteringsvansker. Manglende rekruttering til lokalsykehus blir imidlertid brukt som argument for å legge ned sykehus og sentralisere tilbud. Erfaringen fra flere små sykehus viser at det er fullt mulig å forbedre rekrutteringen dersom det føres en langsiktig og målrettet rekrutteringspolitikk. Det viktigste er å skape forutsigbarhet for tjenestetilbudet. Disse medlemmer mener at rekrutteringsvanskene ikke blir forbedret av å krympe fagmiljøene og nedlegge akuttkirurgi.

Komiteen er kjent med at en sentralisering av behandlingstjenester allerede er gjennomført på områder der det er dokumentert sammenheng mellom pasientvolum og resultat, for eksempel for deler av kreftkirurgien.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, og Venstre, er videre kjent med at det er dokumentasjon for at det er en sammenheng mellom pasientvolum og kvalitet, oftest målt som overlevelse, for en rekke kirurgiske inngrep, blant annet hofte- og kneproteseoperasjoner og flere former for kreftkirurgi. Det er også påvist sammenheng mellom pasientvolum og resultatet av behandling for hjerte- og karsykdommer, for eksempel utblokkning av blodårer ved hjerteinfarkt (PCI).

Flertallet mener utviklingen i medisinske behandlingsmetoder, teknologi og IKT støtter både sentralisering og desentralisering av funksjoner. Behandlinger som stiller store krav til prosedyreferdigheter, som er avhengig av dyrt og avansert utstyr og større team av helsearbeidere, bør ofte sentraliseres.

Flertallet er opptatt av den viktige rollen mindre sykehus spiller for å gi trygghet og gode tjenester til befolkningen. Flertallet vil at planen skal bidra til å fjerne usikkerhet for fremtiden til mindre sykehus nettopp ved å anerkjenne deres verdi og tydeliggjøre krav til innhold i disse sykehusene.

I den videre utvikling av sykehusstilbudet i hele landet må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag. Store sykehus må overlate oppgaver til mindre sykehus for å utnytte felles kapasitet og kompetanse.

Flertallet mener de små sykehusene kan spesialisere seg og bli fyrtårn for enkeltområder ut ifra kompetanse og pasientenes behov. Med fritt behandlingsvalg og en mer mobil befolkning vil dette gi sykehusene spennende fagmiljøer, utviklingsmuligheter og økt mulighet for å bli viktige aktører innenfor det samlede sykehusstilbud. Flertallet er opptatt av å styrke samarbeid og oppgavedeling mellom store og små sykehus, herunder tildeling av enkeltområde fra de større sykehusene, samt hospitering og rotasjonsordninger. Det er viktig at de små sykehusene sikres økonomi til en slik utvikling.

Flertallet viser til at ekspertgruppen av brukere, pasienter og pårørende til Nasjonal helse- og sykehusplan påpeker at i pasientens helsetjeneste tar man spesielt hensyn til ungdom og eldre. For ungdom er det avgjørende at man blir behandlet som ungdom, og at overgangen fra barn til voksen blir god.

Komiteen mener at ved barne- og ungdomsmedisinske avdelinger skal barn og unge med kroniske tilstander sikres tilgang på nødvendig psykologisk kompetanse.

Komiteen viser til at eldre lever lenger og oftere med lidelser som medfører økt medisinerings. Det er viktig med kunnskap om sykdomsbilder hos eldre, og riktig medisinerings og god samhandling med de kommunale tjenestene som følger pasientene til daglig. Store akutt sykehus skal ha geriatrisk kompetanse for å møte disse utfordringene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at scenarioene som er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan ikke vil være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som skal gjennomføres etter at Stortinget har behandlet planen.

Flertallet fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om at scenarioene som er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan, ikke skal være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som skal gjennomføres etter at Stortinget har behandlet planen.»

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet støtter sentralisering av spesialiserte oppgaver der det er nødvendig av hensyn til kvalitet. Disse medlemmer vil understreke at to av tre sykehuspasienter i dag har lidelser som ikke krever behandling utover lokalsykehusnivå. 50–70 prosent av pasientene ved norske sykehus blir ferdigbehandlet på lokalsykehusnivå. Derfor er det viktig å styrke lokalsykehusfunksjonen ved alle sykehus. Disse medlemmer vil understreke at selv om noen tilbud skal og må sentraliseres, er det ikke ensbetydende med at kvaliteten for alle tilbud er bedre på store sykehus. Disse medlemmer viser i den forbindelse til merknad i denne innstillingen om sykehusstørrelse og kvalitet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, vil understreke at den regionale organiseringen av spesialisthelsetjenesten har gjort det mulig å samordne og funksjonsfordele oppgaver, slik at det understøtter målet om å kunne gi et tilbud av likeverdige tjenester i en desentralisert sykehusstruktur. Samtidig har det vært viktig å samle de spisseste og mest spesialiserte tjenestene til de største sykehusene i de fire helseregionene. En ambisjon om å «desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må» vil etter flertallets mening kunne kombinere tilgjengelighet og kvalitet på en god måte.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil også understreke at det er viktig å

arbeide for enda bedre samarbeid mellom de regionale foretakene. Dette gjelder ikke minst på IKT-området, slik at nødvendig pasientinformasjon kan følge den enkelte pasient, uavhengig av hvor behandlingen finner sted. Utgangspunktet for oppdateringen av utviklingsplanene må være å styrke regionsykehusene og lokalsykehusene gjennom å invitere til økt samarbeid, varierte modeller for vaktberedskap og nettverkstenking sykehus imellom. Disse medlemmer vil her vise til at Helse Nord og Helse Midt har inngått avtale om at innbyggerne i de sørlige delene av førstnevnte foretak kan ha Namsos sykehus i Helse Midt som sitt lokalsykehus, da dette rent geografisk befinner seg nærmest de aktuelle kommunene. Disse medlemmer legger til grunn at man kan finne lignende gode samarbeidsformer mellom andre regioner, der dette er til det beste for pasientene.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til representantforslag om å utvikle folkets helsetjeneste og en ny nettverksmodell for kvalitet i sykehusene, Dokument 8:19 S (2015–2016). I dette forslaget til Stortinget fremmes Senterpartiets alternative modell for organisering og finansiering av sykehus. Denne nettverksmodellen baseres på en klar og tydelig arbeidsdeling og funksjonsfordeling mellom sykehus, der en har sentralisering av spesialiserte tilbud og desentralisering av de andre tjenestene. Utviklingen må skje i samarbeid med universitetssykehus og større sykehus i området. Til grunn ligger at alle sykehus har breddekompetanse, og at basal akuttkirurgi og akuttindremedisinsk beredskap skal kunne utøves ved alle sykehus. Modellen baseres på et reelt samarbeid mellom sykehus, og ikke konkurranse slik situasjonen er mange steder i dag. Moderne teknologi, slik som digital bildediagnostikk og felles pasientjournal, er eksempler på arbeidsverktøy som vil bidra til å gjøre den faglige samhandlingen enklere. Lokalsykehusene må sikres forutsigbarhet for sine nøkkeltilbud gjennom en avklaring om dette i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Dette medlem viser til at nettverksmodellen skal sikre kvalitet i fremtidens sykehustjenester og sørge for faglig forsvarlige tjenester som har tillit i befolkningen. Det skal være åpenhet om kvaliteten i tilbudet og det skal settes tydelige kvalitetskrav til tilbudene. Kvalitetskravene skal kunne innfris på ulike måter. Felles fagmiljøer, rotasjonsordninger og hospiteringsordninger, felles utdanningsprogrammer og felles bakvaksordninger er eksempler på tiltak som øker det faglige samarbeidet og bidrar til å styrke kvalitets- og pasientsikkerheten i en slik nettverksmodell. Leger som arbeider på mindre sykehus, må få rett og plikt til å hospitere på større sykehus, og leger på større sykehus må få rett og plikt til å delta i rotasjonsordninger og ha dager med jobb på det

mindre sykehuset. Tilsvarende rett og plikt til rotasjons- og hospiteringsordninger må gjelde andre fagfolk ved sykehusene, for eksempel jordmor, anestesi, intensiv, spesialsykepleiere, helsefagarbeidere osv. Dette medlem vil understreke at denne nettverksmodellen bygger på at lokalsykehusene styrkes som utdanningsinstitusjoner, og at alle lokalsykehus må føre en aktiv rekrutteringspolitikk i et samarbeid mellom lokalsykehus og regionsykehus/universitetssykehusene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, mener at når det er på trappene forslag om vesentlig endring av kapasitet i spesialisthelsetjenesten, må de berørte kommunene gis reell mulighet til å bygge ut sin kapasitet tilsvarende (tilstrekkelig tid, tilstrekkelig økonomi og tilstrekkelig kompetanse). Vesentlige endringer må ikke skje uten at dette er avtalt gjennom forpliktende samarbeidsavtaler. Hvis det ikke oppnås enighet i form av en samarbeidsavtale, må det finnes en løsning gjennom tvisteløsningsnemda.

2.7.5 Samhandling mellom kommuner og foretak

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at en forutsetning for bærekraft i spesialisthelsetjenesten er at også primærhelsetjenesten lykkes i sitt utviklingsarbeid. Disse medlemmer viser til regjeringens forslag og konkrete tiltak som følger av primærhelsemeldingen. Disse medlemmer viser videre til at det er regjeringens mål å videreutvikle den desentraliserte delen av spesialisthelsetjenesten med mer vekt på ambulante og polikliniske tjenester. Her vil samhandling med kommunenes helse- og omsorgstjeneste være avgjørende for at både primær- og spesialisthelsetjenesten kan gi et samlet, godt og lokalt basert tilbud.

Komiteen viser til at det i enkelte deler av landet er etablert større helseinstitusjoner utenfor sykehus der det ytes spesialisthelsetjenester. Ofte er disse spesialisthelsetjenestene samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester, og går under navn som distriktsmedisinske sentre, lokalmedisinske sentre og sykestuer. Komiteen viser til at tilbud om desentraliserte spesialisthelsetjenester skal videreutvikles. Dette vil gi mange pasienter kvalitetsmessig gode tjenester i nærområdet, og spare dem for belastningen ved å reise til sykehus.

Komiteen mener samlokalisering med kommunale tjenester gir en større mulighet for å etablere helhetlige pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Komiteen viser til at det fremgår av planen at for å styrke de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus, vil regjeringen at de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner skal utvikles og konkretiseres, slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy for akuttmedisinske tjenester.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener at samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten er avgjørende for at pasienter og pårørende skal oppleve et helhetlig helsetilbud. Disse medlemmer mener at denne utfordringen er for lite adressert i Nasjonal helse- og sykehusplan. Manglende verktøy for elektronisk samhandling og kjernejournal hindrer pasientens medvirkning og involvering i egen helse, men også effektiv kommunikasjon og ressursbruk blant ulike deler av helsetjenestene. Takster og finansiering påvirker også bruk av tjenester. Det er for eksempel ingen økonomisk insitament knytt til spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Disse medlemmer forventer derfor at samhandling mellom kommunehelsetjenesten og foretak får langt større plass når planen skal rulleres.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet foreslår en ny styringsmodell for sykehus, som alternativ til foretaksmodellen, med folkevalgt styring av sykehus. I denne forvaltningsmodellen for sykehus foreslås det at det etableres virksomhetsstyrer ved hvert sykehus, der både lokalpolitikere og kommunehelsetjenesten skal være representert. Senterpartiet foreslår også at disse virksomhetsstyrene skal pålegges å holde åpne informasjonsmøter med lokalbefolkningen og ha tett dialog med kommuner i sitt opptaksområde. Dette medlem er bekymret for manglende samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, på tross av samhandlingsreformen, og mener at en ny organisering vil kunne bidra til å styrke dette området.

Dette medlem vil understreke at lokalsykehusenes store fortrinn nettopp er samarbeidet med og nærheten til kommunehelsetjenesten. Derfor mener dette medlem at lokalsykehusene må styrkes, og at samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik kan utvikles. Dersom kommunene opplever lengre fysisk avstand til spesialisthelsetjenesten enn i dag, vil også samarbeidet forringes.

Komiteens medlem fra Venstre vil at de nye sykehusemodellene «akuttisykehus» og «sykehus uten akuttfunksjoner» skal ha minimum 50 prosent basisfinansiering. En økt grad av rammefinansiering for små sykehus i regioner med store av-

stander og lite opptaksgrunnlag (færre enn 50 000 innbyggere) vil sikre et lokalt kompetansemiljø og en trygghet for de akuttmedisinske tjenestene i regionene, uavhengig av om det er staten eller kommunene som har eller skal ha ansvaret de kommende årene. Et svært viktig argument for dette er behovet for opplæring og trening for å sikre kompetanse hos alle i akuttmedisinske team. Når det gjelder, må samspill og samarbeid fungere. Det å trene gir trygghet i de sjeldne, men kritiske situasjonene. I dette må inngå trening og samhandling på tvers, både med større enheter i samme region, med AMK og ambulanse og med kommunal legevakt og øyeblikkelig hjelp-tilbud lokalt. Et annet viktig moment ved disse sykehustypene er å sikre en tverrfaglig kompetanse og unngå vikarstafetter og midlertidige løsninger.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet er enig med Venstre i behovet for økt rammefinansiering av de minste sykehusene og ønsker dette initiativet velkommen.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlem fra Senterpartiet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag som sikrer at lokalsykehus rammefinansieres.»

Komiteens medlem fra Venstre er opptatt av å styrke balansen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved endringer i sykehusene som påvirker kommunenes kapasitet, kompetanse og derved økonomi. Vi ser i dag blant annet eksempler på at sykehusforetak foregriper sentrale politiske vedtak og reformer. Dette skaper utfordringer for kommunene, som i mange tilfeller hverken sitter på utredningskapasitet eller juridisk kapasitet til å forhandle med sykehusforetak om endringer i ansvars- og oppgavefordeling. For kommunene endrer også inntektssystemet seg mye langsommere enn den mer behandlingsrettede finansieringen av sykehusene, noe som gjør at tidsperspektivet blir svært asynkront. En sentral veileder for avtaler er bra, men ikke tilstrekkelig. Dette medlem viser til avtalen mellom flertallspartiene Høyre, Framskrittspartiet og Venstre om at det innføres en ankenulighet for kommuner til tvistenemnd tilsvarende som for Samhandlingsreformen for å oppnå enighet.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet ønsker sterkere folkevalgt styring av sykehusene og vil avvikle de regionale helseforetakene. Uenighet om nedleggelse av lokalsykehus, sykehusutbygginger og -sammenstillinger har skapt strid både lokalt og nasjonalt. Disse medlemmer viser også til at det har vært

betydelig debatt om utviklingen i lønnsnivået til ledernivået i sykehussektoren. Samlet har dette bidratt til at de regionale helseforetakene i noen grad mangler nødvendig legitimitet for å foreta viktige grep for å sikre økt ressurskontroll og hensiktsmessig drift. Disse medlemmer anerkjenner den jobb som gjøres i styrende og administrative organ i de regionale helseforetakene og de utfordringer disse står overfor, men mener at et ønske om og behov for tydelig politisk styring av spesialisthelsetjenesten ikke i tilstrekkelig grad kan ivaretas innenfor eksisterende styringsmodell. Disse medlemmer viser til Kvinnslands-utvalgets utredning om alternative styringsmodeller for sykehusene. Utvalget skal levere innstilling 1. desember 2016. Disse medlemmer er opptatt av å sikre en sykehusmodell som setter pasienten i sentrum, setter kvalitet foran økonomi, og som vektlegger fleksibilitet og løsninger tilpasset morgendagens utfordringsbilde. Disse medlemmer mener at vesentlige endringer i sykehusstruktur og sykehusfunksjoner skal avgjøres av Stortinget i Nasjonal helse- og sykehusplan hvert fjerde år, etter modell av Nasjonal transportplan. Disse medlemmer ønsker en operativ sykehusplan som sikrer større politisk styring av sykehusene og et helhetlig og likeverdig sykehusstilbud over hele landet. Overordnede føringer som gis av Stortinget, skal videre forankres i de regionale utviklingsplanene.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at vesentlige endringer i sykehusstruktur og sykehusfunksjoner avgjøres av Stortinget i Nasjonal helse- og sykehusplan hvert fjerde år, etter modell av Nasjonal transportplan.»

2.7.6 Scenarioer for utvikling av tilbudet til akutt syke pasienter ved sykehusene

Komiteen merker seg at Helse- og omsorgsdepartementet har beskrevet scenarioer for utvikling av tilbudet til akutt syke pasienter.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at regjeringen har valgt å legge frem ulike «scenarioer» for hvordan akuttberedskapen ved ulike sykehus vil utvikle seg, gitt ulike alternativer. Underveis i behandlingen av sykehusplanen i helse- og omsorgskomiteen har Arbeiderpartiet gjennom utstrakt reisevirksomhet, skriftlige spørsmål til regjeringen og dialog med de medisinske og administrative fagmiljøene forsøkt å få klarhet i hvorfor sykehusene i Flekkefjord, Stord, Volda, Narvik, Gravdal og på sikt Odda, er sykehus som vil miste sin akuttkirurgiske beredskap. Flere av de nevnte sykehusene er allerede i en særstilling i og med at

disse stedene ligger i regioner med svært store avstander. Helse- og omsorgsdepartementet har ikke klart å forklare dette på en god måte, og disse medlemmer mener derfor Stortinget må se bort fra denne listen. Etter uttalelser fra helseminister Bent Høie i komiteens høring til meldingen, opplever disse medlemmer at dette sammenfaller med statsrådets eget syn.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at de regionale helseforetakene ser bort fra de beskrivende scenariene for utvikling av tilbudet til akutt syke pasienter ved sykehusene, når nye utviklingsplaner for helseforetak og regionale helseforetak skal utformes.»

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet vil understreke at lokalsykehusene er vårt nærmeste sykehus tilbud og avgjørende for å sikre kvalitet, nærhet og trygghet i tilbudet. Lokalsykehusene er grunnmuren i helsetjenesten og sørger for beredskap og behandling av pasienter med de vanligste sykdommene. I dag utgjør lokalsykehuspasientene 60–75 prosent av pasientene i alle norske sykehus. Mellom 50–70 prosent av alle pasienter som blir lagt inn for øyeblikkelig hjelp, kan ferdigbehandles på lokalsykehusnivå. En stor andel av spesialisthelsetjenestens pasienter har altså ikke behov for et høyt spesialisert tilbud. Behovet for sykehus tjenester kan løses faglig godt og med lavere kostnader på lokalsykehusene enn i de høyspesialiserte sykehusene. Disse medlemmer mener det er en viktig kvalitet, for alle pasienter, å kunne ha god kontakt med sine nærmeste ved et sykehusopphold. Lokalsykehusets nærhet til fastlege og kommunehelsetjenesten er også et stort fortrinn fordi samhandlingen og den personlige kontakten blir bedre. Ringerike sykehus' innsats 22. juli 2011 viser hvor viktig lokalsykehusene er for landets beredskap i krisesituasjoner.

Disse medlemmer viser til scenarioene oppgitt i Nasjonal helse- og sykehusplan og at disse i offentligheten har blitt oppfattet som en liste over hvilke sykehus som skal ha hvilke akuttfunksjoner, og hvilke som skal miste akuttfunksjonen kirurgi. Disse medlemmer viser til omtalen av Voss sjukehus i planen:

«Voss har lite lokalt pasientgrunnlag, men har pasienter fra Helse Fonna og Helse Førde. Sykehuset har nettverkssamarbeid med Haukeland, og har fått tilført oppgaver innen mage-tarm kirurgi som gir grunnlag for kirurgisk akuttfunksjon i dag og i framtiden. Forutsetningen er at samarbeidsmodellen videreføres. Voss beholder akuttkirurgi.»

Disse medlemmer mener at denne samarbeidsmodellen kan gjennomføres ved flere sykehus, men registrerer at regjeringen i stedet velger å peke på at fem sykehus kan miste sin akuttkirurgi. Disse medlemmer er kjent med at dette oppfattes som en liste over sykehus som skal miste sin kirurgiske akuttfunksjon.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Senterpartiet mener det ikke er fremlagt gode faglige argumenter for dette, snarere tvert imot, og at Senterpartiet uansett mener at avgjørelser om avgjørende funksjoner i sykehusene bør treffes av Stortinget i forbindelse med behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan.

Dette medlem viser til Den Norske Legeforenings anbefaling om at akuttfunksjoner forutsetter døgkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi og laboratorietjenester. Dette minstekravet til akuttfunksjoner mener Senterpartiet skal gjelde for alle sykehus. Ingen fødeavdelinger skal legges ned.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge til grunn for den videre utviklingen av norske sykehus at minimum basiskompetanse skal være døgnerberedskap innenfor indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen- og laboratorietjenester.»

Dette medlem vil, på bakgrunn av den store debatten og uroen som har vært etter at Nasjonal helse- og sykehusplan ble fremlagt, i tillegg fremme konkrete forslag over de sykehus som i planens scenarioer er nevnt spesielt, og som det derfor har vært stor uro rundt.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at Stord sjukehus videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnerberedskap i akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.»

«Stortinget ber regjeringen sikre at Gravdal sjukehus videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnerberedskap i akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.»

«Stortinget ber regjeringen sikre at Volda sjukehus videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnerberedskap i akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og

styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.»

«Stortinget ber regjeringen sikre at Flekkefjord sykehus videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnberedskap i akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.»

«Stortinget ber regjeringen sikre at Narvik sykehus videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnberedskap i akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.»

Dette medlem viser til omtalen av Odda sjukehus i Nasjonal helse- og sykehusplan der det står at Odda sjukehus må vurderes særskilt på grunn av lite opptaksområde, og at dette har skapt usikkerhet rundt Odda sjukehus sin framtid.

Dette medlem fremmer derfor på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Odda sjukehus videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnberedskap i akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.»

Dette medlem viser også til at flere sykehus nevnes spesielt og rammes i Nasjonal helse- og sykehusplans fremsatte scenario 2, noe som har skapt særskilt usikkerhet om videre utvikling.

Dette medlem viser til at Kongsberg sykehus i dag har akuttfunksjon i ortopedi, men ikke i generell kirurgi og vil ifølge scenario 2 kunne miste alle akuttfunksjoner. Dette medlem viser til den store lokale enigheten på Kongsberg om å kreve gjeninnføring av fullverdig døgnberedskap innen radiologi og generell kirurgi (inkludert bløtdelskirurgi) og fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at Kongsberg sykehus får gjeninnført bløtdelskirurgi og radiologi, og videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnberedskap i akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.»

Dette medlem viser til at Orkdal sykehus ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan, på tross av stort opptaksområde, blir utredet for å kunne miste

akuttkirurgisk tilbud (scenario 1) eller miste alle akuttfunksjoner (scenario 2).

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at Orkdal sykehus videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnberedskap i akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.»

2.8 Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Komiteen vil understreke at ambulansetjenesten har en avgjørende rolle i akuttberedskapen. I de senere årene er det utviklet prehospitale behandlingsopplegg for akutte sykdoms- og skadetilstander som tidligere bare ble gitt i sykehus, for eksempel behandling av pasienter med symptomer på akutt hjerteinfarkt og hjerneslag. Luftambulansetjenesten er viktig for beredskap, effektiv behandling og transport ved akutt sykdom eller skade. Tjenesten skal bidra til at pasientene skal få moderne behandlingstilbud ved tidskritiske tilstander, selv om det er lang avstand til aktuelt sykehus.

I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2015 (Prop. 1 S (2014–2015)) hadde helse- og omsorgskomiteen følgende merknad, jf. Innst 11 S (2014–2015):

«Komiteen mener luftambulanseberedskapen er avgjørende for å sikre trygghet for innbyggerne i hele Norge. Komiteen vil i den forbindelse understreke at luftambulanseberedskapen må gjennomgås i forbindelse med arbeidet med ny helse- og sykehusplan, og at regjeringen må vurdere hvordan man kan sikre likeverdig luft-, bil- og båtambulansetilbud i hele landet.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet kan ikke se tiltak som svarer på dette i planen, og er overrasket over at regjeringen ikke har fulgt opp komiteens samlede merknader.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at Nasjonal helse- og sykehusplan har fulgt opp vedtaket om at luftambulanseberedskapen må gjennomgås. Disse medlemmer viser til at det fremgår eksplisitt at kapasitet og basestruktur i luftambulansetjenesten skal gjennomgås i lys av føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan og Akuttutvalgets rapport.

Komiteen mener at med behov for stadig mer avansert behandling under transporten, slik som krevene intensivtransporter og kuvøsetransporter mellom sykehus, kan det være behov for mer spesialisert kompetanse.

Komiteen viser til at St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap, la til grunn at 90 prosent av befolkningen skal kunne nås av legebemannet ambulanse i løpet av 45 minutter. Målet om legebemannet ambulanse omfatter mer enn bare luftambulansetjenesten.

Komiteen er fornøyd med at etter at ambulanshelikopterbasen på Evenes ble etablert våren 2015, er om lag 99 prosent av befolkningen teoretisk sett dekket av denne målsettingen.

Komiteen viser til at Stiftelsen Norsk Luftambulans i 2013 la frem en utredning om kapasitet og basestruktur. De konkluderte med at et luftambulanshelikopter må nå pasienten innen 30 minutter fra nødmelding kommer inn. Dette tilsier nye helikopterbaser for områdene i Telemark og Innlandet i årene framover.

Komiteen vil påpeke at akuttmedisinforskriften slår fast at kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden. Komiteen understreker at det betyr at lokalisering og dimensjonering av legevaktstasjoner og ambulansestasjoner må sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud. Komiteen mener derfor at samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak må utvikles og konkretiseres, slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy.

Komiteen er kjent med at et offentlig utvalg ble oppnevnt høsten 2013 for å gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade, og at utvalget avga sin rapport i desember 2015. Komiteen slutter seg til delrapporten fra 2014, der utvalget foreslår en tydelig nasjonal strategi, blant annet et kvalitetsløft for bedre kompetanse, mer forskning og kvalitetsmåling og mer kunnskap om sammenheng mellom endringer i sykehusstruktur og legevakt.

Komiteen mener det er viktig å sikre dimensjonering og kvalitet av de prehospitale tjenestene. NOU 2015:17 Først og fremst, om akuttjenester utenfor sykehus, beskriver den akuttmedisinske kjede til å omfatte befolkningens evne til å yte førstehjelp i akutte situasjoner, frivillig sektor, akutt hjelpe fra kommunale brann- og redningsetater, legevakt, ambulansetjeneste og nødmeldetjeneste.

Komiteen mener det er viktig at alle disse aktørene sees i sammenheng, og at de er samtrente. Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner skal fungere som felles planleggingsverktøy.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at en eventuell endret oppgavedeling mellom

sykehus må føre til en samtidig gjennomgang av kapasitet i ambulansetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet vil presisere at Akuttutvalget avga sin NOU, Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus (2015:17) etter at Nasjonal helse- og sykehusplan var lagt fram. Utvalget har gitt innspill til utforming av planen, men innspillet ble gitt nesten ett år før planens utforming og endelige konklusjoner og føringer var kjent. Stortinget har dermed svært begrenset mulighet til å behandle helheten i den akuttmedisinske kjeden og tankene om håndtering av akutte skader og sykdommer utenfor sykehus.

Komiteen mener Norge i utgangspunktet har en god akuttberedskap. Men for å ivareta befolkningens trygghet ved akutt sykdom og skade er det behov for et nasjonalt løft for å øke kapasitet, kompetanse og kvalitet i akuttkjeden.

Komiteen mener eksisterende basestruktur for luftambulansen må vurderes. Luftambulansetjenesten ANS har påbegynt arbeidet med å evaluere dagens ambulanshelikoptertjeneste, og arbeider med fremtidig struktur og kravspesifikasjon. Nytt offentlig anbud ble utlyst i 2015, med oppstart av nye kontrakter medio 2018.

Komiteen mener det må vurderes å styrke eksisterende basestruktur. Områdene i Innlandet og Telemark er pekt på som spesielt sårbare i Norsk Luftambulansens utredning (2013) om kapasitet og basestruktur.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med egen sak om basestrukturen for luftambulansen i Norge, senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2017.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med egen sak om basestrukturen for luftambulansen i Norge.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil legge avgjørende vekt på at det både i Ryfylkerådet, Hardangerrådet og Vest-Telemarksrådet er enig-

het om at Åmot i Vinje kommune vil være en svært god lokalisering for en ny luftambulansbase, som vil kunne betjene indre kommuner i både Telemark, Aust-Agder, Rogaland og Hordaland. Dette medlem støtter denne lokaliseringen.

Dette medlem mener det bør etableres en ny luftambulansbase for Oppland og Hedmark, stasjonert ved sykehuset på Gjøvik. En luftambulansbase her vil ha mulighet til å nå de store befolkningstette områdene i Innlandet i løpet av svært kort tid. Områdene lengst øst og mot svenskegrensen vil bli dekket. Dette medlem viser til at AMK-sentralen ligger ved sykehuset på Gjøvik i dag. Selv om luftambulanssens innsats styres fra Oslo, vil nærheten til en operativ sentral og sykehus være et gode.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet understreker viktigheten av rask tilgang til avansert akuttmedisinsk kompetanse for diagnostikk og behandling for alle landets innbyggere. Disse medlemmer mener det bør etableres et krav til responstid for ambulans og luftambulans, på lik linje som for andre utrykningsfartstøy.

Disse medlemmer mener det er hensiktsmessig å tydeliggjøre nasjonale responstidskrav med Akuttutvalgets forslag om nasjonale responstider på 8, 12 og 25 minutter ved å stadfeste dette i forskrift (Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften 2015)). Disse medlemmer sier seg enig med Ambulansforbundet i at det må gis et tydelig signal om responstid, og at et kvalitetsindikatorsett på helsenorge.no er viktig, men at krav om responstid for utrykningsfartstøy som ambulans og luftambulans, bør stadfestes i forskriftsform. Absolutte krav om responstid legger til rette for at de regionale helseforetakene gjør en tydelig prioritering av de prehospitaltjenestene.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om å forskriftsfeste krav om responstid basert på Akuttutvalgets forslag om nasjonale responstider for ambulanser på 8, 12 og 25 minutter.»

Disse medlemmer viser til høringsinnspillet fra Norsk Luftambulans (SNLA), hvor det påpekes at det haster å gjennomføre en dimensjonering av luftambulansetjenesten, og videre understreker behovet for å opprette luftambulansbasen på Innlandet og i indre Telemark for å sikre at pasientene får rask tilgang til avansert akuttmedisinsk kompetanse og behandling. Disse medlemmer mener det er helt

avgjørende at det i den forespeilede gjennomgangen av kapasitet og basestruktur for luftambulansen tas hensyn til at det også med dagens sykehusstruktur og oppgavefordeling pekes på flere «sikkerhetskull».

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at ambulansetjenesten fungerer aller best dersom den har godt samarbeid med lokalsykehuset i sitt område. Luftambulansen har en ikke ubetydelig nedetid på grunn av annet oppdrag eller ugunstige værforhold. Også bil- og båtambulansen kan hindres av vær eller samtidighetskonflikter. En videreutvikling av ambulans- og luftambulansetjenester må derfor komme i tillegg til, og ikke i stedet for en utvikling av fullverdige akuttmottak i lokalsykehus og andre større sykehus. Selv om ambulansetjenesten kan starte livreddende behandling, vil de ikke kunne tilby samme kvalitet og trygghet som et lokalsykehus.

Dette medlem viser til NOU 2015:17 Først og fremst, og dens anbefaling om å pålegge kommuner og helseforetak sammen å legge planer for de akuttmedisinske tjenestene knyttet til dimensjonering av akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus. Dette medlem viser til tallene i Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem som Helsedirektoratet gir ut, som viser at ingen av helseforetakene klarer å innfri de gjeldende veiledende responskravene om at 90 prosent av utrykningen i grisgrendte strøk skal nås innen 25 minutter, og at 90 prosent av utrykningen i sentrale strøk skal nås innen 12 minutter. Dette medlem mener at disse resultatene er for dårlige, og viser at helseforetakene ikke prioriterer ambulansetjenesten i stor nok grad. Dette medlem etterlyser en større omtale av dette temaet i Nasjonal helse- og sykehusplan, og mener det trengs en egen strategi for utvikling av ambulansetjenesten. Nå oppleves mange steder en samtidig sentralisering av både legevakt, ambulans og akuttmottak. Det er dette medlem sterkt bekymret over, og viser til at kuttene i ambulansetjenesten som skjer i flere helseforetak, gjør at det kommunale, frivillige brannvesenets first-responderer mer enn før blir de som får en fremskutt posisjon når ulykken er ute. Det er etter dette medlems syn en negativ utvikling. Dette medlem vil understreke at Senterpartiet støtter de høringsinstansene som ønsker å forskriftsfeste responstidskrav til ambulansetjenestene.

Dette medlem viser til at trass i at viktigheten av gode prehospitaltjenester stadig understrekes, så kommer det jevnlig meldinger om at ulike helseforetak kutter i disse tjenestene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at utbygging av lokalmedisinske sentre, slik

som Valdres lokalmedisinske senter utbygd for 300 mill. kroner i fellesskap mellom seks kommuner i Valdres, i liten grad skjer andre steder i landet. Det må stimuleres til flere slike utbygginger, og staten må finne en modell for å bistå med minimum akuttmedisinsk vaktordning med anestesilege og akuttlege og samtrening med lokal legevakt. Særlig viktig er dette i områder hvor det er lang responstid for ambulanshelikopter i dag.

Flertallet ønsker økt oppmerksomhet om hele kjeden som redder liv, fra den enkelte innbygger, nødmeldetjenesten, utrykningspersonale (first responders), ambulansetjeneste, legevakt, luftambulansse og mottagende sykehus. Det er behov for mer systematisk arbeid med prosedyrer, erfaringsutveksling, samhandling og kommunikasjon. Flertallet mener det vil være nyttig å etablere 2–4 pilotprosjekter med bruk av simulering som verktøy. Minst en av pilotene bør ha vekt på rollen til kommunelege I/kommuneoverlege i denne kjeden, mens én eller flere kan ha mer vekt på sykehus og foretakenes rolle. Ett av prosjektene bør også legge vekt på å mobilisere førstehjelpskunnskap i befolkningen og ideelle aktørers bidrag, samt at luftambulansetjenesten må være delaktig. Flertallet vil peke på Evenes luftambulansbase som en mulig «hub» og prosjektleder. Et annet område som peker seg ut, som i dag har lav akuttmedisinsk dekning, lang responstid for luftambulansse og i perioder et stort antall turister, er Valdres.

Det nye Lokalmedisinske senteret i Valdres, nærheten til Helsetjenestens Driftsorganisasjon HF (HDO) og AMK-sentralen på Gjøvik, samt NTNU Gjøviks ambulansesimulator gjør denne regionen særlig aktuell for en pilot med vekt på tekniske avgrensninger mellom framtidige kommunale alarmsentraler og nødnettet, hvilke kommunale alarmtjenester som eventuelt kan egne seg for nødnett og ikke, samt utvikle driftsstøttesystemer for framtidens digitale alarmsentraler i regi av kommunene.

Flertallet ønsker raskere framdrift i arbeidet med utprøving og implementering av prehospital pasientjournal. Minst en av pilotene må ta del i dette.

Komiteens medlem fra Venstre viser til at Stortinget i behandlingen av St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om akuttmedisinsk beredskap, jf. Innst. S. nr. 300 (2000–2001), i 2000 etablerte et ønske om maksimale utrykningstider for ambulansse på henholdsvis 12 og 25 minutter. Etter 16 år med ønsker er det på tide at Stortinget etablerer «skal»-krav på 12 og 25 minutter, og at dette blir forskriftsfestet. Dette medlem mener samtidig at det må utredes et system for økonomiske sanksjoner for overtredelse, og at dette implementeres fra og med 2020.

Dette medlem er bekymret for at det i dag ikke finnes gode virksomhetsdata på nasjonalt nivå som kan gi informasjon om det reelle behovet for luftambulansetjenester i Norge. Dette medlem viser til at det finnes data som beskriver dagens aktivitet med dagens basefordeling og kapasitet, men at disse dataene ikke er samordnet med øvrige data fra prehospitale akuttmedisinske tjenester. Dette medlem viser til at både Finland (FinnHEMS) og Danmark (den Nasjonale Danske Luftambulansse) har sørget for gode systemer som gir data som grunnlag for baseplassering og kapasitet, samt et bilde av samtidighetskonflikter. Dette medlem mener at en nasjonal utredning om luftambulansetjenesten må utrede gode systemer for evaluerings- og styringsdata for luftambulansetjenesten, sett i sammenheng med de totale prehospitale tjenestene.

Komiteen mener vi står overfor et paradigmeskifte innen den medisinske og teknologiske utviklingen. Det er derfor viktig å legge til rette for at ideelle og private aktører får bidra i innovasjon og utvikling, og at det offentlige alene ikke kan eller skal bære alle kostnader knyttet til innovasjon. Samarbeidet om den såkalte «slagambulansen» i Østfold er ett eksempel blant flere som viser nytten av samarbeid mellom ulike aktører.

2.9 Privates rolle i framtidens spesialisthelsetjeneste

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at regjeringen til stadighet argumenterer for å øke bruken av private helseaktører, og at dette også kommer til uttrykk i Nasjonal helse- og sykehusplan. I konkret politikk har dette f.eks. gitt seg utslag i krav til de regionale helseforetakene om at de skal øke omfanget av anskaffelser fra private leverandører innen somatikk, innenfor rammen av vedtatte strategier. I tillegg har regjeringen tidligere innført det såkalte «fritt behandlingsvalg», som egentlig dreier seg om å åpne for etablering av en parallell privat kommersiell sykehussektor, som i stor grad vil være organisatorisk og administrativt frikoblet fra offentlige helsetjenester.

Disse medlemmer vil hevde at spørsmålet om privates rolle i helsesektoren blir usedvanlig overfladisk behandlet av regjeringen. I Nasjonal helse- og sykehusplan er det et kort kapittel som omhandler private aktørers rolle. Andre steder i planen omtales private aktører til stadighet med positivt fortegn, uten at man på noe tidspunkt problematiserer dette perspektivet. Det mangler fullstendig grundige analyser om hvordan økt bruk og økt innflytelse av private kommersielle aktører vil slå inn i helsesektoren. Begreper som «valgfrihet» og formuleringer om «å ta i bruk alle gode krefter» hindrer etter disse

medlemmers mening effektivt all forståelse av hvordan det kommersielle markedets dynamikk virker i møtet med en sårbar helsesektor.

Når private kommersielle aktører kan etablere seg fritt, med automatisk rett til offentlig finansiering såfremt man er faglig godkjent, vil dette gå på bekostning av kapasitet og ressurstilgang i offentlige sykehus.

Disse medlemmer vil understreke at de offentlige sykehusene blir pålagt mange ulike oppgaver og styres etter streng økonomisk kontroll, tydelige effektiviseringskrav og færre muligheter enn private bedrifter når det gjelder å arbeide fleksibelt. Dersom knappe ressurser i helsetjenestene i større grad styres inn mot private kommersielle aktører, vil dette på sikt bidra til økt byråkrati, feilprioritering av behandlingsressursene og deretter, i ytterste konsekvens, utgjøre en fare for svakere kvalitet.

Disse medlemmer er kritiske til at regjeringen vil pålegge de regionale helseforetakene å kjøpe flere tjenester fra private aktører. Det er etter disse medlemmers mening positivt at den offentlige helsetjenesten samarbeider med private, og særlig ideelle, aktører. Men det må være behovet for supplerende tjenester som styrer mengden av anskaffelser på områder hvor de offentlige tjenestene ikke er tilstrekkelige for å dekke befolkningens behov. Det er verd å understreke at både de samlede økonomiske og faglige ressursene er begrenset. En ser at framskrivninger når det gjelder behovet for helsepersonell viser at vi kan få knapphet på flere ulike fagprofesjoner i årene som kommer, både leger, sykepleiere, helsefagarbeidere og flere andre fagfolk. Da er det særdeles viktig at vi ikke henter ressursene fra de offentlige sykehusene, som på en helt annen måte enn de private ivaretar bredden av behandlinger, utdanning av helsepersonell og oppfølging av pasienter gjennom behandlingsløpet. I tillegg vil disse medlemmer understreke at offentlige sykehus er spredt over hele landet, i byer og tettsteder, nær der store deler av befolkningen bor, mens private kommersielle aktører primært etablerer seg i og rundt de største byene. Utstrakt bruk av kommersielle aktører vil med andre ord innebære en vridning av ressursbruken i retning av sterkere sentralisering og mer til de kommersielt sett «lønnsomme» pasientgruppene, på bekostning av vår felles helsetjeneste. Disse medlemmer frykter også at en slik sentralisering vil svekke de store regionale sykehusenes evne til god oppgave- og funksjonsfordeling med de mindre lokale sykehusene. Det vil undergrave prinsippet om likeverdig rett til god helsehjelp til alle.

Disse medlemmer peker på at ordningen «fritt behandlingsvalg» blir framstilt som en pasientreform. Dette er etter disse medlemmers mening sterkt misvisende. Fritt valg av behandlingssted

når man blir syk har norske pasienter hatt siden 2001, da ordningen med fritt sykehusvalg ble innført. Under den rød-grønne regjeringen ble denne retten utvidet til å gjelde billeddiagnostikk og laboratorietjenester. Forslag om at valgfriheten i tillegg skulle gjelde rehabilitering ble også fremmet av den rød-grønne regjeringen. Disse medlemmer vil hevde at den borgerlige regjeringens prestisjeprosjekt «fritt behandlingsvalg» i realiteten ikke gir noen nye pasientrettigheter. Valgfrihet innen behandling har vært en rettighet i mange år, samtidig som det kun er ca. 15 prosent av pasientene som aktivt benytter seg av denne valgfriheten. Her er det et løpende arbeid som må gjøres, både når det gjelder bruk av IKT, tilgjengelighet og kvaliteten på informasjon til pasienter og brukere.

«Fritt behandlingsvalg» er i realiteten først og fremst innrettet for å øke private aktørers innflytelse i helsetjenesten, på bekostning av vår felles, offentlige helsetjeneste. Problemet er, slik disse medlemmer ser det, ikke først og fremst at man tar i bruk noen flere plasser hos private og at disse behandlingsstedene kan velges av pasientene. Men disse medlemmer er sterkt kritiske til at private kommersielle aktører skal kunne ha full frihet til selv å bestemme hvilken behandling man vil tilby og hvor man vil etablere seg – med rett til full statlig refusjon. Til alt overmål skal disse ressursene tas fra de offentlige sykehusene, som er en avgjørende del av vår felles helsetjeneste.

Disse medlemmer vil også peke på at når man kutter forbindelsen mellom det offentlige helsevesenet og private enkeltaktører, slik man gjør i ordningen med «fritt behandlingsvalg», vil det skape et brudd i de koordinerte pasientforløpene. Slike sammenhengende forløp er en forutsetning for å lykkes i behandlingen av psykisk syke mennesker og pasienter med rusproblemer. Disse medlemmer vil sterkt beklage at regjeringen på denne måten innfører et behandlingsregime som understøtter en politikk for disse sårbare gruppene som fagmiljøer både er kritiske til og advarer mot.

Disse medlemmer vil peke på at en slik politikk står i skarp kontrast til erkjennelsen av behovet for sterk prioritering og god fordeling av de helseressursene vi rår over, og som vi vet det blir knapphet på i årene framover. Ikke minst står regjeringens privatiseringsideologi i klar motsetning til befolkningens prioriteringer. I debatten rundt Nasjonal helse- og sykehusplan er det folks kamp for de offentlige lokal-sykehusene som formidles med styrke til storting og regjering. Det burde i den forbindelse gi regjeringen adskillig hodebry at norske pasienter og brukere slett ikke roper på privatisering, men at man slår ring om de offentlige sykehusene – vår felles helsetjeneste.

Disse medlemmer viser til omtale av privates rolle i fremtidens helsevesen. Per i dag utgjør dette om lag 10 prosent av de totale driftskostnader i spesialisthelsetjenesten, men av dette utgjør private ideelle sykehus, som for eksempel Diakonhjemmet og Lovisenberg og andre virksomheter med avtaler med de regionale helseforetakene, en dominerende del. Disse medlemmer viser til at regjeringen i dokumenter til Stortinget om «fritt behandlingsvalg», angir at disse virksomhetene i juridisk forstand er å forstå som offentlige tjenester. I tillegg til Lovisenberg, Diakonhjemmet med flere, har staten gjennom de regionale helseforetakene avtaler om levering av spesialisthelsetjenester fra andre ideelle virksomheter innen diagnostikk, behandling og rehabilitering. Disse medlemmer viser til samarbeidsavtalen mellom regjeringen, KS og ideelle organisasjoner, og til Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene vedrørende nasjonal politikk og operasjonalisering av rammevilkårene for ideelle aktører på feltet. Disse medlemmer vil understreke betydningen av at disse krav følges for å trygge merverdien når det gjelder samarbeid mellom offentlig og ideell sektor også i fremtiden. Dette må regjeringen ta spesielt hensyn til i arbeid med nytt nasjonalt regelverk for offentlige anskaffelser.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at offentlige, ideelle og private aktører utfyller hverandre og gjør hverandre bedre. Disse medlemmer mener valgfrihet for pasientene er et gode, videre fremmer konkurranse effektivitet, samtidig som det er ledig kapasitet hos private og ideelle som kan gi pasienter raskere behandling.

Disse medlemmer viser til at som en del av reformen fritt behandlingsvalg utarbeidet de regionale helseforetakene i 2014 nye strategier for økt bruk av private gjennom anskaffelse. Målet er å redusere unødvendig venting for pasienter som har fått tildelt rett til helsehjelp, øke valgfriheten og stimulere de offentlige sykehusene til å bli mer effektive.

Disse medlemmer viser videre til at i revidert oppdragsdokument 1. juli 2015 ba Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene om å vurdere anskaffelser fra private innenfor de tre somatiske fagområdene som har lengst ventelister i regionen, og for tjenester der det er vedvarende flaskehalser i helseforetakene. Det ble videre bedt om en vurdering av hvordan videreutvikling av samarbeidsmodeller mellom avtalespesialister og helseforetak kan redusere ventetidene.

Disse medlemmer vil påpeke at vår politikk virker. Månedstallene fra siste halvår 2015 viser at ventetiden fortsetter å gå ned. Disse medlem-

mer mener at det viktigste hensynet er om pasientene merker effekten av vår politikk ved at det blir kortere ventetider, og ikke hvem som utfører tjenestene. Disse medlemmer mener Arbeiderpartiet nok en gang med sin retorikk viser at de er mest opptatt av systemet, og mindre opptatt av pasienten.

Disse medlemmer vil påpeke at Arbeiderpartiet overdriver de privates rolle i spesialisthelsetjenesten. Det vises til at de totale driftskostnadene til den offentlige spesialisthelsetjeneste var på om lag 128 mrd. kroner i 2014 (SSB). Kostnadene til private aktører utgjorde om lag 13 mrd. kroner, eller om lag 10 prosent av de totale driftskostnadene. Helseforetakenes kostnader til de private økte med 3,4 prosent målt i faste priser sammenlignet med 2013. Hoveddelen av kostnadene i privat sektor, om lag 6 mrd. kroner, gjelder private institusjoner med driftsavtale med staten. Her dominerer de store private ideelle sykehus som blant annet Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus.

2.10 Finansiering og investering i spesialisthelsetjenesten

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til at både Høyre og Arbeiderpartiet gikk til valg på 12 mrd. kroner mer til sykehusene i inneværende stortingsperiode. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet har levert på sine løfter, og foreslo på nytt i 2016 å styrke sykehusbudsjettet utover regjeringens forslag. Regjeringen har gjennom sine forslag til statsbudsjett vist at det er stor avstand mellom det de mener helsetjenesten skal leve, og det de er villige til å betale.

Disse medlemmer mener at målt mot rekordhøy oljepengebruk, behovene i sektoren og regjeringens egne lovnader, har regjeringen flere år på rad foreslått svake sykehusbudsjett. Disse medlemmer påpeker at avstanden til regjeringens egen lovnad på 12 mrd. kroner til sykehusene i inneværende fireårsperiode, er enda større etter budsjettfremlegget for 2016.

Disse medlemmer viser til at ifølge Finansdepartementets svar på spørsmål 41 fra finanskomiteen/Arbeiderpartiets fraksjon av 9. oktober 2014, er det de to første årene med Bent Høie som helseminister totalt bare bevilget 4,6 mrd. kroner for å nå målet på 12 mrd. kroner. Bevilgninger til økt pasientbehandling knyttet til fritt behandlingsvalg er da holdt utenfor. Iberegnet årets bevilgning på om lag 2,9 mrd. kroner, fratrukket 250 mill. kroner til fritt behandlingsvalg, utgjør dette en samlet sum på 7,25 mrd. kroner. Regjeringspartiet Høyre ligger da 4,75 mrd. kroner på etterskudd for å oppfylle eget løfte. Disse medlemmer peker på at i samme periode har Arbeiderpartiet i sine alternative budsjett foreslått 5,9 mrd. kroner i perioden 2014–2015, samt

støttet regjeringens økning på 2,65 mrd. kroner, fratrukket fritt behandlingsvalg, for 2016. I tillegg har Arbeiderpartiet i sitt alternative budsjett for 2016 foreslått å kompensere sykehusene for de budsjettekniske endringene i regjeringens forslag, som går ut over aktivitetsveksten i sykehusene, samt økt rammen, slik at økningen totalt blir på 456,5 mill. kroner. Reelt sett utgjør dette en økning på om lag 9 mrd. kroner i årene 2014, 2015 og 2016, noe disse medlemmer anser som å være godt i rute for å nå lovnaden om 12 mrd. kroner i inneværende periode.

Disse medlemmer viser til finansinnstillingen for 2016, hvor det på en grundig og omfattende måte redegjøres for Arbeiderpartiets skatteopplegg, utgiftsøkninger og inndekningsforslag. Til forslaget om innføring av merverdiavgift for finansnæringen, vil disse medlemmer påpeke at regjeringen selv har varslet at dette vil bli innført fra 2017. Disse medlemmer viser videre til at Arbeiderpartiet, i likhet med Kristelig Folkeparti, foreslår at denne avgiften innføres fra 1. juli 2016, etter å ha vært utredet i en årrekke.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet påpeker at svake budsjetter får konsekvenser i helseregionene, der det ikke er nok trykk på hverken planlegging eller realisering av byggeprosjekter flere steder. Flere sykehusbygg står på vent, mange bygg bør renoveres og vedlikeholdes, store medisinsk-tekniske investeringer ligger foran oss og IKT-utviklingen krever store investeringer. Flere høringsinstanser, herunder Legeforeningen og de regionale helseforetakene, deler disse medlemmers vurdering om at investeringstakten må økes, for å nå de helsepolitiske målene som er satt for vår felles helsetjeneste.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at regjeringen i budsjettet for 2016 la til rette for en aktivitetsvekst på om lag 2,5 prosent i 2016. Dette er en høy budsjettert aktivitetsvekst sammenliknet med tidligere år. Disse medlemmer påpeker at regjeringen har lagt til rette for en høyere vekst i pasientbehandlingen i sine tre budsjetter, sammenliknet med hva de rød-grønne fikk vedtatt gjennom sine åtte år. Disse medlemmer vil minne Arbeiderpartiet om at de ikke ligger an til å innfri valgløftet om en sykehusvekst på 12 mrd. kroner over en fireårsperiode. Disse medlemmer viser til at i sitt alternative budsjett for 2016 legger Arbeiderpartiet 450 mill. kroner oppå regjeringens budsjett, som øremerkede midler fordelt på mange småposter. I tillegg vil disse medlemmer bemerke at Arbeiderpartiet opererer med inndekninger på nesten 5 mrd. kroner som de ikke har dekning for. Dette dreier seg om to inndekningsfor-

slag som ikke gir effekt i 2016. Det gjelder forslaget om å innføre moms på finansielle tjenester fra 1. juli 2016. Det gjenstår svært mye regelteknisk arbeid for å få til en slik reform. Dette står omtalt i skattemeldingen. Disse medlemmer mener derfor det er helt urealistisk å kalkulere med en inntekt på 1,75 mrd. kroner.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at regjeringsplattformen slår fast at regjeringen vil fremme en nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget for å skape åpenhet og forutsigbarhet i sektoren. Helse- og sykehusplanen skal ifølge regjeringsplattformen blant annet inneholde en definisjon av innholdet i ulike typer sykehus, struktur i spesialisthelsetjenesten, behovskartlegging, utstysbehov og investeringsplaner. Dette medlem mener det blir et løftebrudd når Nasjonal helse- og sykehusplan ikke omhandler behovskartlegging, utstysbehov og investeringsplaner, og at dette er en svekkelse av planen som strategisk og styrende dokument. Dette medlem viser til at det på side 141 i planen står følgende:

«Verken departementet eller regjeringen har tatt stilling til investeringsnivået eller investeringsbehovet samlet eller fordelt på helseregionene. Prosjektene som er listet opp krever i tillegg til effektivisering og økonomisk kontroll, også statlige investeringslån. Igangsetting av konkrete prosjekter som forutsetter investeringslån må vurderes i de årlige budsjettprioriteringene.»

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener også det er oppsiktsvekkende at det store vedlikeholdsetterlepet på bygningsmasse og utstyr på norske sykehus, ikke er omhandlet i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at dette viser at Nasjonal helse- og sykehusplan har mange mangler, når det mangler en grundig gjennomgang av status for bygninger og medisinsk teknisk utstyr, og hva som er behovet de nærmeste årene. Slik har heller ikke Stortinget et beslutningsgrunnlag for å foreta prioriteringer og bevilgninger, som dette medlem forventet at Nasjonal helse- og sykehusplan skulle bidra til.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme for Stortinget en gjennomgang av status og investeringsbehov for sykehusbygninger og medisinsk teknisk utstyr, med forslag til prioriteringer og fremtidige bevilgningsbehov.»

2.11 Helseregionenes planer og strategier

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, mener at vesentlige endringer i oppgavedeling mellom sykehus skal avklares i lokale prosesser, og at kommunene skal høres. Flertallet mener også det er viktig at det sikres gode lokale prosesser ved endringer i akuttberedskap, og er positiv til at det utarbeides et eget kvalitetssikringssystem for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner i form av en veileder.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at alle helseforetak (HF) skal i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører utarbeide utviklingsplaner. Dette flertallet viser til at utviklingsplanene for de ulike HF må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. De regionale helseforetakene har, slik ordningen er i dag, sørgefor-ansvaret for sin region. Det er under utarbeiding en veileder for hvordan arbeidet med utviklingsplanene skal gjennomføres. Dette flertallet mener veilederen må beskrive hvilke krav som må stilles til dialog med kommunene og andre aktuelle aktører for å sikre gode og sammenliknbare prosesser, og krav til utredning av konsekvensene av eventuelle foreslåtte endringer. Dette flertallet viser til at når planen er vedtatt, vil regjeringen holde Stortinget orientert om vesentlige endringer som er løftet til foretaksmøte, det vil si vesentlige endringer i henhold til foretaksloven.

Dette flertallet mener den foreslåtte avtalen mellom HF og kommuner om prehospitaltjenester skal være en del av de lovpålagte avtalene mellom sykehus og kommuner, og derved en del av ordningen med tvisteutvalg opprettet i samband med samhandlingsreformen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener det er viktig og riktig at helseforetakene raskt gjør en oppdatering av sine utviklingsplaner i lys av Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan. Utgangspunktet for oppdateringen av utviklingsplanene må være å styrke lokalsykehusenes stilling gjennom å invitere til økt samarbeid, varierte modeller for vaktberedskap og nettverkstenking sykehus imellom.

Disse medlemmer vil påpeke at ulike partier – inkludert dagens regjeringspartier – gjennom mange år har foreslått nye og store omorganiseringer av styringssystemet for sykehusene. 2,5 år inn i denne stortingsperioden konstaterer disse medlemmer at ingen reelle alternativer er lagt frem eller sannsynliggjort. Dette betyr at alle partier må ta utgangspunkt i gjeldende styringsmodell. I henhold til dagens helseforetakslov er helseministeren, gjennom

foretaksmøtet, øverste ansvarlig for styringen av sykehusene i Norge. Det er den sittende helseministerens ansvar å påse at prosessene som følger av behandlingen av Meld. St. 11 (2015–2016) i Stortinget, bidrar til gode vedtak som bygger på et solid faglig grunnlag, inkluderende prosesser og en tydelig vilje til å bidra til at pasientene møter høykompetente spesialister over hele landet. Selv etter omfattende og grundige prosesser kan det være uenighet – særlig lokalt – om hva som vil være den beste løsningen i et aktuelt område. Det er derfor avgjørende at helseministeren er seg bevisst det ansvar han etter loven har, som eier og øverste myndighet for helseforetakene. Disse medlemmer vil understreke viktigheten av at Stortinget står fast på denne arbeidsdelingen, og vil advare mot en utvikling der Stortinget tar stilling til enkeltavgjørelser om enkeltfunksjoner på enkelt-sykehus.

Komiteen er opptatt av at helseforetakene sikrer kommunene og andre aktuelle høringsinstanser tidlig og kontinuerlig dialog i utviklingen av sine utviklingsplaner, så de kan få reell innflytelse på utviklingen av tjenestene i sin region.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at vesentlige endringer i oppgavefordeling mellom sykehus må avklares i Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette medlem viser til helseforetaksloven § 30 Saker av vesentlig betydning, der det heter at:

«Foretaksmøtet i regionalt helseforetak treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver.»

Dette gjelder vedtak som kan endre virksomhetens karakter, vedtak om nedleggelse av sykehus, omfattende endringer av sykehusstrukturen i helseregionen, omfattende endringer i helsetilbudet, endringer i antallet helseforetak i regionen eller vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak. Dette medlem minner om at helseforetakene i henhold til loven ikke har vedtakskompetanse i disse sakene. Dette medlem mener det er vesentlig at regjeringen styrer på et mandat gitt av Stortinget, som landets øverste folkevalgte forsamling og at dette mandatet burde gis ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette medlem vil påpeke at å vise til helseforetakene når vesentlige endringer i sykehusene skal skje, er ansvarsfraskrivelse fra storting og regjering, og at Senterpartiet er sterkt imot at det overlates til helseforetakene å bestemme utviklingen i den kirurgiske akuttberedskapen.

Dette medlem slutter seg til Erna Solbergs uttalelser i Bergens Tidende 2. september 2013:

«Slik vi har en Nasjonal transportplan for samferdsel, bør vi få en nasjonal helseplan for sykehusene. Da vil vi lytte til lokale innspill, faglige råd og la Stortinget ta avgjørelsene. Den helseplanen vi skal lage, vil definere oppgavene til hvert enkelt sykehus, ut fra et nasjonalt hensyn».

Og stortingsrepresentant Bent Høie som sa:

«Det vil alltid gå fakkeltog, men nå vil fakkeltogene vite hvor de skal gå. (...) De kan henvende seg til sine egne politikere på Stortinget, som med vår modell vil ha ansvar for beslutningene. Det har de ikke i dag, den makten ligger til de regionale helseforetakene.»

Dette medlem mener at Stortinget må være ansvarlig for de avgjørende prioriteringene i sykehussektoren.

Dette medlem viser til at gjeldende lov om helseforetak ikke åpner for at vesentlige endringer i sykehustilbudet skal avgjøres av de regionale helseforetakene, slik Nasjonal helse- og sykehusplan nå legger til rette for. Dette medlem vil understreke at loven ikke åpner opp for at et regionalt helseforetak kan treffe vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder vedtak i andre saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning, eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger. Dette medlem mener at den offentlige debatten og det sterke faglige engasjementet mot forslaget om å ta vekk akutt kirurgi viser at sentralisering av beredskap og akuttkirurgisk tilbud er en vesentlig endring som vil kunne gi samfunnsmessige endringer. Ut fra dette mener dette medlem at det bør være opplagt at slike vesentlige endringer må forankres av folkevalgte i Stortinget, ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette medlem mener at å kalle avgjørelsen om akuttkirurgi eller ikke for en «enkeltavgjørelse om enkeltfunksjoner» er uforståelig, og vil fastholde at å endre det akuttkirurgiske tilbudet er en vesentlig endring som ville kunne ha store konsekvenser for struktur, kvalitet og innhold i spesialisthelsetjenesten, og dermed muligheten for å tilby likeverdige spesialisthelsetjenester til befolkningen i hele landet.

Dette medlem viser til representantforslag fra Senterpartiet, Dokument 8:19 S (2015–2016) om å utvikle folkets helsetjeneste og en ny nettverksmodell for kvalitet i sykehusene. I dette representantforlaget fremmes to forslag:

«Stortinget ber regjeringen innføre en nettverksmodell for kvalitet i sykehusene hvor fullverdige lokalsykehus med akuttberedskap innen kirurgi, indremedisin, anestesi, røntgen og laboratorium samhandler med mer spesialiserte sykehus.»

«Stortinget ber regjeringen fremme sak om å erstatte helseforetaksloven med en helseforvaltningslov der eierrepresentantene i styrene velges av og blant fylkestingenes medlemmer.»

Dette medlem mener at dagens helseforetakslov må avvikles. Senterpartiet vil avvikle foretaksmodellen og mener at sykehusene må styres gjennom en forvaltningsmodell med folkevalgt styring nasjonalt, regionalt og lokalt. Folkevalgte i fylkene må gis styreansvar regionalt. Ved avvikling av foretaksorganiseringsen bør sykehusene videreføres med statlig eierskap.

Dette medlem viser til at Senterpartiet foreslår en ny styringsmodell der ansvaret for drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten desentraliseres til 20 sykehusstyrer tilsvarende dagens 20 helseforetak. Disse skal styre innenfor rammene gitt av Stortinget i en nasjonal helse- og sykehusplan. Styret skal avgi årsmelding og regnskap til fylkestinget og Helse- og omsorgsdepartementet.

Dette medlem viser til at Senterpartiet vil at sykehus skal finansieres som skole og eldreomsorg, gjennom rammebudsjetter over statsbudsjettet. Dagens forretningsystem etter regnskapsloven bør avvikles og erstattes av kommunenes og fylkeskommunens budsjett- og regnskapssystem. Styret skal ut fra årlig statlig finansiering utarbeide og vedta års- og langtidsbudsjett som grunnlag for sin styring av virksomheten.

Dette medlem vil understreke at alle sykehus skal ha en stedlig leder som har faglig ansvar, budsjettansvar og personalansvar. Økonomisk gjelder dette også for drift og vedlikehold av bygningsmassen. Alle som er offentlig ansatt ved sykehuset, skal ha stedlig leder som sin sjef.

Dette medlem vil peke på at Senterpartiets modell for folkevalgt styring av sykehusene er en demokrati- og ledelsesreform for spesialisthelsetjenesten.

Dette medlem vil understreke at ledelseskulturen er vellykket bare når den har de ansattes og befolkningens tillit. Kjernevirksomheten i sykehusene – møtet mellom behandler og pasient – skal gis størst oppmerksomhet. Ledelse og støttefunksjoner må alle bygges opp for å fremme dette formål. Befolkningen skal erfare trygghet for at det er kort vei til folkevalgte beslutningstagere og en sykehusledelse som setter pasienten i sentrum.

Dette medlem registrerer at det ikke vil bli flertall for at Stortinget skal ta beslutninger om hvilke lokalsykehus som skal ha akuttkirurgisk beredskap. Etter flertallets syn skal disse beslutninger nok en gang overlates til helseforetakets styrer – styrer som er direkte underlagt statsrådets instruksjon. Denne realiteten vil etter dette medlems syn kreve at arbeidet med å erstatte dagens helseforetakslov

med en helseforvaltningslov der folkevalgte organer står til ansvar for de politiske beslutningene, må få førsteprioritet. Bare slik kan vi utvikle folkets helse-tjeneste med likeverdige helsetjenester som gir trygghet, uansett hvor i landet du bor.

3. Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen utrede muligheter for å ta i bruk modulbasert spesialisering som formaliserer legers vaktkompetanse.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen se bort fra prinsippet om at befolkningsgrense skal være bestemmende for akutfunksjoner ved sykehus.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen fremme forslag for Stortinget om tiltak som kan sikre legestudenter økt tilgang til praksisplasser i kommunehelsetjenesten.

Forslag fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet:

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget på egnet måte med tiltak som kan styrke utdanning og rekruttering av helsefagarbeidere i norske sykehus.

Forslag fra Arbeiderpartiet:

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen utrede alternative modeller for organisering av Helse Sør-Øst, med sikte på en deling av det regionale helseforetaket.

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen ta initiativ til en særskilt avtale mellom arbeidstaker- og arbeidsgiversiden i helseforetakene for å kunne iverksette ventetidsprosjekter og prosjekter ved poliklinikkene på kvelds- og helgebasis, og fremme forslag om finansiering i statsbudsjettet for 2017 etter gjennomførte forhandlinger.

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen foreta en gjennomgang av Helsedirektoratets portefølje med sikte på å desentralisere flere oppgaver til de regionale helseforetakene, der dette er formålstjenlig.

Forslag 8

Stortinget ber regjeringen sørge for at de regionale helseforetakene har hovedansvaret for utvikling av nye behandlingsmetoder, for oppgavefordeling mellom sykehusene, samt ansvar for regionovergripende virksomhet, der dette er formålstjenlig.

Forslag 9

Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at de regionale helseforetakene utreder ulike modeller for kirurgisk akuttberedskap ved akuttisykehusene, herunder alternative vaktordninger, rotasjonsordninger og eventuelt med samarbeid mellom sykehus, der dette er mulig – med tanke på å ivareta akuttberedskapen ved det enkelte sykehus gjennom best mulig utnyttelse av de samlede kirurgiske ressurser.

Forslag 10

Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at de regionale helseforetakene ser bort fra de beskrivende scenarioene for utvikling av tilbudet til akutt syke pasienter ved sykehusene, når nye utviklingsplaner for helseforetak og regionale helseforetak skal utformes.

Forslag 11

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med egen sak om basestrukturen for luftambulansen i Norge, senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2017.

Forslag fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet:

Forslag 12

Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig gjennomgang av dagens finansiering i sykehusene og utrede alternative finansieringsmodeller som sikrer at økonomien ikke blir styrende for den helsehjelpen som gis pasientene.

Forslag 13

Stortinget ber regjeringen innføre måleindikatorer som årsverksutvikling, kostnads- og aktivitetsindikatorer for å sikre at den gylne regel, som tilsier høyere vekst innen rus og psykisk helse enn somatisk, etterleves i de regionale helseforetakene.

Forslag 14

Stortinget ber regjeringen øke utdanningskapasiteten av medisinstudenter i Norge, slik at utdanningen står mer i forhold til det nasjonale behovet.

Forslag 15

Stortinget ber regjeringen sikre at lokalsykehusene, såkalte akuttstasjon, som i dag har akuttkirurgi, beholder denne akuttfunksjonen for å sikre god og forsvarlig beredskap i hele landet.

Forslag 16

Stortinget ber regjeringen sikre at vesentlige endringer i sykehusstruktur og sykehusfunksjoner avgjøres av Stortinget i Nasjonal helse- og sykehusplan hvert fjerde år, etter modell av Nasjonal transportplan.

Forslag 17

Stortinget ber regjeringen om å forskriftsfeste krav om responstid basert på Akuttutvalgets forslag om nasjonale responstider for ambulanser på 8, 12 og 25 minutter.

Forslag fra Kristelig Folkeparti:*Forslag 18*

Stortinget ber regjeringen sikre delvis rammefinansiering av lokalsykehusene og et styrket samarbeid mellom store og små sykehus, herunder tildeling av oppgaver fra de større sykehusene, hospiterings- og rotasjonsordninger.

Forslag fra Senterpartiet:*Forslag 19*

Stortinget ber regjeringen pålegge de regionale helseforetakene å innføre stedlig ledelse ved alle sykehus og større sykehusavdelinger, og at stedlig leder skal få ansvar for hele virksomheten med både faglig ansvar, økonomisk ansvar og personalansvar.

Forslag 20

Stortinget ber regjeringen styrke kompetansen og kvaliteten i akuttmottak ved å utvikle spesialiteten generell indremedisin med mer mottakskompetanse og egne kompetanseområder for øvrige spesialiteter, i stedet for å innføre en ny legespesialitet i akutt- og mottaksmedisin.

Forslag 21

Stortinget ber regjeringen innføre en forsvarlighetsgrense på 85 prosent belegg i norske sykehus.

Forslag 22

Stortinget ber regjeringen pålegge alle sykehus å innføre et reglement som sikrer åpenhet og å jevnlig kartlegge ansattes opplevelse av ytringsfrihet og meldekultur på arbeidsplassen.

Forslag 23

Stortinget ber regjeringen fremme forslag som sikrer at lokalsykehus rammefinansieres.

Forslag 24

Stortinget ber regjeringen legge til grunn for den videre utviklingen av norske sykehus at minimum basiskompetanse skal være døgnerberedskap innenfor indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen- og laboratorietjenester.

Forslag 25

Stortinget ber regjeringen sikre at Stord sjukehus videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnerberedskap i akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.

Forslag 26

Stortinget ber regjeringen sikre at Gravdal sjukehus videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnerberedskap i akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.

Forslag 27

Stortinget ber regjeringen sikre at Volda sjukehus videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnerberedskap i akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.

Forslag 28

Stortinget ber regjeringen sikre at Flekkefjord sykehus videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnerberedskap i akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.

Forslag 29

Stortinget ber regjeringen sikre at Narvik sykehus videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnerberedskap i akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.

Forslag 30

Stortinget ber regjeringen sørge for at Odda sjukehus videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnerberedskap i akutt indremedisin,

kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.

Forslag 31

Stortinget ber regjeringen sikre at Kongsberg sykehus får gjeninnført bløtdelskirurgi og radiologi, og videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnerberedskap i akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.

Forslag 32

Stortinget ber regjeringen sikre at Orkdal sykehus videreutvikles som et fullverdig lokalsykehus med minimum døgnerberedskap i akutt indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og styrkes gjennom bedre oppgavefordeling og samarbeid i helseregionen.

Forslag 33

Stortinget ber regjeringen fremme for Stortinget en gjennomgang av status og investeringsbehov for sykehusbygninger og medisinsk teknisk utstyr, med forslag til prioriteringer og fremtidige bevilgningsbehov.

4. Komiteens tilråding

Komiteens tilråding til I fremmes av komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre.

Komiteens tilråding til II fremmes av komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre.

Komiteens tilråding til III og IV fremmes av komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre.

Komiteens tilråding til V fremmes av Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre.

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til meldingen og rå Stortinget til å gjøre slike

vedtak:

I

Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.

II

Stortinget ber regjeringen sørge for at sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud, fortsatt vil ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.

III

Stortinget ber regjeringen om at scenarioene som er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan, ikke skal være førende for de lokale og regionale utviklingsprosessene som skal gjennomføres etter at Stortinget har behandlet planen.

IV

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med egen sak om basestrukturen for luftambulansen i Norge.

V

Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at de regionale helseforetakene starter en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretaket til akutt-sykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.

VI

Meld. St. 11 (2015–2016) – om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 10. mars 2016

Kari Kjønås Kjos
leder

Kristin Ørmen Johnsen
ordfører