



STORTINGET

Innst. 255 S

(2019–2020)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Meld. St. 7 (2019–2020)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

Til Stortinget

1. Innledning

1.1 Sammendrag

Formålet med Nasjonal helse- og sykehusplan

Nasjonal helse- og sykehusplan gir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samhandlingen med den kommunale helse- og omsorgstjenesten i planperioden 2020–2023. Det overordnede målet er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. En bærekraftig helsetjeneste må kunne realiseres innenfor de ressursrammene vi som samfunn har mulighet og vilje til å stille til rådighet – både i dag og i fremtiden. Det er særlig knapphet på arbeidskraft som vil sette begrensninger. En bærekraftig helsetjeneste forutsetter derfor at vi utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig.

Planen gir føringer for tiltak og prioriteringer i 2020–2023, men viser også retning for utviklingen ut over planperioden. Fremskrivingene som ligger til grunn for planarbeidet, har en horisont til 2035. Hovedtemaene i planen er samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste, psykisk helsevern, teknologi, digitalisering og kompetanse. Meldingen gjennomgår også de prehospitale tjenestene og redegjør for helseregionenes utviklingsplaner og helseforetakenes investeringsplaner. I tillegg drøftes det hvordan spesialisthelsetjenesten kan utnyt-

te ressursene bedre og hvordan finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten vil videreutvikles.

Nasjonal helse- og sykehusplan omhandler ikke alle temaer av betydning for helse- og omsorgstjenesten. Det er heller ikke meningen. Regjeringen har presentert andre deler av helse- og omsorgspolitikken i andre meldinger til Stortinget.

Utfordringer og muligheter

Helse- og omsorgstjenesten i Norge står overfor store utfordringer i årene som kommer. Mange av utfordringene vil treffe hele helse- og omsorgstjenesten, mens noen utfordringer vil treffe spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten på ulikt vis.

Noen av utfordringene, slik som en aldrende befolkning, kan tjenestene og helsemyndighetene gjøre lite med. Andre utfordringer, for eksempel uønsket variasjon, kan helsemyndigheter og tjenesten påvirke. Regjeringens utgangspunkt er at disse utfordringene representerer muligheter, like mye som utfordringer. Sykehus, kommuner og nasjonale helsemyndigheter har et felles ansvar for å gripe disse mulighetene. Det er nødvendig for at pasientens helsetjeneste skal kunne realiseres på en bærekraftig måte.

1.2 Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Tore Hagebakken, Ingvild Kjerkol, Hege Haukeland Liadal, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland, fra Høyre, Erlend Larsen, Mari Holm Lønseth, Sveinung Stensland og Camilla Strandskog, fra Fremskrittspartiet, Åshild Bruun-Gundersen og Kjell-Børge Freiberg, fra

Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Sosialistisk Venstreparti, Nicholas Wilkinson, og fra Kristelig Folkeparti, lederen Geir Jørgen Bekkevold, viser til at Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 ble lagt frem i november 2019.

Covid 19-pandemien

Komiteen viser til at denne innstillingen i all hovedsak ble skrevet før koronapandemien traff Norge. Innstillingen inneholder derfor ingen referanser til den spesielle situasjonen Norge er i, og som har påvirket hele helsetjenesten, og særlig spesialisthelsetjenesten, sterkt den siste tiden. Komiteen har derfor valgt å skrive denne felles innledende merknaden i etterkant.

Komiteen viser til at det ikke er første gangen Norge er rammet av en pandemi. Forrige gang var med svineinfluensaen i 2009.

Komiteen viser til at det nye koronaviruset (SARS-Cov-2) ble oppdaget i desember 2019 i Wuhan, Kina. Virusets spredde seg, og det første bekreftede smittetilfellet i Norge kom 26. februar 2020, i Tromsø. Komiteen viser til at helse- og omsorgsministeren 10. mars 2020 holdt en redegjørelse for Stortinget om pandemien.

Komiteen vil understreke at pandemier er en kjent samfunnstrussel som vil utfordre norsk helsetjeneste og norsk sykehuskapasitet, siden det forventes mange syke på samme tid og stort press på intensiv- og respiratorbehandling av alvorlig syke. Komiteen vil også bemerke at covid 19-pandemien har ført til at et stort antall sykehusbehandlinger er utsatt, og at pasientrettigheter er midlertidig opphevet, blant annet rett til behandling innen frist, rett til fritt behandlingsvalg, rett til ny vurdering, rett til kontaktlege og individuell plan.

Komiteen viser til at Helse og omsorgsdepartementet 31. januar 2020 delegerte fullmakt til Helsedirektoratet til å lede og koordinere helsesektorens innsats, i tett samarbeid med Folkehelseinstituttet. Komiteen viser videre til 12. mars 2020, da regjeringen kom med de sterkeste og mest inngripende tiltakene Norge har hatt i fredstid – for å hindre smittespredning. Tiltakene inkluderte blant annet stenging av virksomheter, forbud mot store forsamlinger, stenging av skoler, barnehager og andre utdanningsinstitusjoner, karantene ved innreise til Norge og en sterk anbefaling om å ha hjemmekontor og unngå unødvendige kollektivreiser og fritidsreiser. Tiltakene har så langt blitt endret i takt med smittespredningen i Norge. Komiteen viser til at formålet med tiltakene har vært å flate ut kurven, slik at belastningen på helsevesenet blir spredt utover i tid. Komiteen merket seg også at regjeringen den 24. mars 2020 bestemte seg for en strategi med mål om ikke bare å bremse pandemien, men å slå ned pandemien. Komiteen viser også til at det er lagt frem flere

økonomiske tiltakspakker for næringslivet og kommunale tjenester.

Komiteen viser til viktigheten av et sterkt internasjonalt samarbeid under en pandemi. Verdens helseorganisasjon leder og koordinerer den samlede internasjonale innsatsen i helsekriser. Norske myndigheter håndterer utbruddet i tett dialog med WHO, EU og i tråd med sektorens beredskapsplanverk. Det europeiske helseberedskapssamarbeidet gjennom Det europeiske smittevernbyrået (ECDC) og EUs helsesikkerhetskomité, er viktig for den norske responsen, og det foregår et tett samarbeid med de nordiske land.

Komiteen viser til at vi i Norge har en god offentlig helsetjeneste. Likevel vil en epidemi eller en pandemi med stort omfang føre til en utfordrende situasjon. Spesialisthelsetjenesten har hatt forhøyet beredskap, det har vært mange innlagt på intensivavdelinger, og bruken av smittevernutstyr har gått dramatisk opp. Tilgangen på smittevernutstyr har vist seg å være prekær, både på sykehus, og i kommunene. Komiteen viser til at kapasiteten på sykehussenger og intensiv- og respiratorbehandling, samt nok helsearbeidere med slik kompetanse, er en avgjørende faktor for kapasiteten til å behandle alvorlig syke pasienter. Tilgang på både legemidler og smittevernutstyr har vært en utfordring i Norge, men også internasjonalt. Komiteen viser til at omstillingen i helsetjenesten har ført til at mange har fått planlagte behandlinger og undersøkelser utsatt, noe som vil skape utfordringer i helsetjenesten fremover.

Komiteen vil spesielt vise til innsatsen til de ansatte i helsetjenesten. Det har vært en krevende periode med høy arbeidsbelastning. Komiteen vil berømme det arbeidet som er gjort så langt. Komiteen viser til at det er inngått vide avtaler for å sikre at helsepersonell på kort varsel kan bidra med nødvendig arbeidsinnsats i en alvorlig situasjon. Dette har i enkelte kommuner og sykehus ført til at belastningen for enkeltpersoner har blitt svært stor, både grunnet lengre dager og større arbeidspress. Komiteen viser til at det allerede er mangel på helsepersonell, og beregninger fra SSB viser at mangelen vil øke drastisk i årene som kommer. Komiteen oppfordrer organisasjonene til å bruke utvidede arbeidsavtaler med varsomhet, og bare der det er nødvendig, og sikre at normale arbeidsavtaler bør være på plass igjen så fort det er mulig.

Komiteen viser til at pandemien ikke er over, og at vi fortsatt har en krevende periode foran oss. Komiteen viser til at det er lagt opp til en evaluering i etterkant av pandemien.

Bakgrunnen for Nasjonal helse- og sykehusplan

Komiteen viser til at vi blir flere eldre, vi får flere kroniske sykdommer og vi forventer mer. Dette vil gjøre det stadig mer krevende å forene ønsker og realisere alle de mulighetene som finnes innenfor ressursrammene vi

har til rådighet. Knapphet på arbeidskraft vil være en av hovedutfordringene fremover, og vil sette grenser for hva det er mulig å realisere. En bærekraftig helse- og omsorgstjeneste forutsetter at vi benytter de mulighetene teknologien gir, at vi bruker kompetansen hos de ansatte riktig, og at vi løser oppgavene så effektivt som mulig.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, viser til at dette er den andre nasjonale helse- og sykehusplanen som legges frem. Planen gir retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samhandlingen med den kommunale helse- og omsorgstjenesten i planperioden 2020–2023, men viser også retning for utviklingen ut over planperioden.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at hovedtemaene i planen er samhandling mellom kommuner og sykehus, psykisk helsevern, teknologi og digitalisering, kompetanse og akuttmedisinske tjenester. Dette flertallet viser til at det er flere nye store tiltak som trekkes frem i planen, blant annet helsefellesskap.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil innledningsvis påpeke at Nasjonal helse- og sykehusplan i svært liten grad svarer på de reelle utfordringene som finnes innenfor de tre hovedområdene det var varslet at planen skulle dekke: samhandling, psykisk helsevern og den akuttmedisinske kjeden.

Disse medlemmer viser til at regjeringen varslet at Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 skulle ha samhandling, prehospitale tjenester og psykisk helsevern som hovedtema. Disse medlemmer mener at ingen av disse viktige områdene er grundig nok behandlet i planen, og at det i stor grad vises til nye utredninger eller utviklingsplaner. Disse medlemmer viser til at Senterpartiet i inneværende stortingsperiode har fremmet forslag om en evaluering av samhandlingsreformen, om en egen stortingsmelding om prehospitale tjenester og en egen stortingsmelding om psykisk helse. Disse medlemmer registrerer at helseministeren har avvist behovet for dette, ettersom temaene skulle behandles i Nasjonal helse- og sykehusplan. Disse medlemmer hadde derfor forventet at planen skulle trekke konklusjoner om det fremtidige tjenestetilbudet på disse områdene. Imidlertid registrerer disse medlemmer at Nasjonal helse- og sykehusplan skyver disse konklusjonene enda lenger frem i tid: Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene skal utrede det fremtidige kapasitetsbehovet innenfor psykisk helsevern, helseforetakene skal vurdere de prehospitale tjenestene og den akuttmedisinske kjeden i sine kommende utviklingsplaner, og de 19 helsefellesskapene skal fremme innspill om bedre samhandling til

neste nasjonale helse- og sykehusplan. Disse medlemmer mener at det er oppsiktsvekkende at regjeringen ikke har prioritert dette arbeidet høyere.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti etterlyser en overordnet og styrende nasjonal helse- og sykehusplan som sikrer folkevalgt styring av utvikling av spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer mener at verken denne stortingsmeldingen eller den forrige nasjonale helse- og sykehusplanen (Meld. St. 11 (2015–2016)) sikrer dette. Disse medlemmer viser til at dagens statsminister uttalte følgende under valgkampen i 2013:

«Slik vi har en Nasjonal Transportplan (NTP) 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.»

Disse medlemmer viser til at dagens helse- og omsorgsminister ved samme anledning uttalte følgende:

«Det vil alltid gå et 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.»

Disse medlemmer registrerer at de fremlagte sykehusplanene ikke følger opp lovnadene om å definere oppgavene til hvert enkelt sykehus. Disse medlemmer viser som eksempel til at verken beslutning om nedleggelse av fødeavdeling i Kristiansund eller overordnet sykehusstruktur på Helgeland er blitt lagt fram for Stortinget for behandling. Disse medlemmer konstaterer at Nasjonal helse- og sykehusplan heller ikke inneholder en investeringsplan, men at det kun henvises til de regionale helseforetakenes egne investeringsplaner, og at Stortinget dermed ikke får ta stilling til store sykehusinvesteringer i planperioden. Disse medlemmer viser i denne forbindelse til at Stortinget ved behandling av statsbudsjettet for 2020 bevilget en låneramme på 29,1 mrd. kroner til nytt Oslo universitetssykehus. Disse medlemmer viser til at helseministeren i den forbindelse uttalte følgende, som en kommentar til at en juridisk betenkning fastslo at beslutningsgrunnlaget for lånesøknaden ikke oppfylte statens normale krav til saksbehandling (Dagens Medisin, 1. november 2019):

«(...) Stortinget tar stilling til lånesøknaden, mens investeringsprosjektet godkjennes av styret i Helse Sør-Øst. Andre statlige investeringsprosjekter er det Stortinget tar stilling til. Helse Sør-Øst har ansvar for gjennomføring av prosjektet.»

Disse medlemmer registrerer dermed at helseministeren mener beslutningen om tidenes største sykehusinvestering ikke skal tas av Stortinget, men av det regionale helseforetaket. Disse medlemmer mener at Nasjonal helse- og sykehusplan må inneholde en investeringsplan for norske sykehus.

Disse medlemmer viser til Senterpartiets forslag om en overordnet og tydelig nasjonal helse- og sykehusplan som gir folkevalgte ansvar for lokalisering, store investeringer, kvalitet, rekruttering og utdanning, funksjonsfordeling og organisering av helsetilbudet, og som rulleres hvert fjerde år etter modell av Nasjonal transportplan. Disse medlemmer viser til Dokument 8:133 S (2018–2019) fra representanter fra Senterpartiet med forslag om å avvikle foretaksmodellen og innføre en ny finansieringsmodell for sykehus, der store sykehusinvesteringer prioriteres av Stortinget i nasjonal helse- og sykehusplan og fullfinansieres over statsbudsjettet, og der sykehus omfattes av samme budsjett- og regnskapssystem som kommuner og fylkeskommuner, og man slik skiller investering og drift. Disse medlemmer viser til at helseforetakene i dag er underlagt regnskapsloven og må finansiere nødvendige investeringer gjennom overskudd på driftsbudsjettet. Når investeringene er gjennomført, må helseforetakene dekke vesentlig større beløp i avskrivninger og rentekostnader. Konsekvensen er mange steder at helseforetak må kutte i pasienttilbud i forkant av at de skal gjøre større investeringer. Denne finansieringsmodellen fører til at nye sykehusbygg systematisk underdimensjoneres. Disse medlemmer mener det er på høy tid å endre finansieringsmåten av drift og investering i sykehusbygg.

Fødetilbudet

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at vi har en god og trygg fødselsomsorg i Norge som vi må ta vare på og forbedre. Flertallet viser til at finansieringen ikke skal være til hinder for god organisering av tilbudet på den enkelte avdeling eller mellom avdelinger. Flertallet viser til at regjeringen i Nasjonal helse- og sykehusplan har slått fast at det fortsatt skal være en desentralisert sykehusstruktur i landet vårt. Mindre fødeavdelinger og fødestuer skal fordeles slik at vi sikrer nærhet til fødetilbudene, også utenom de store kvinneklinikkene. Flertallet viser til at helseministeren har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å etablere en hurtigarbeidende faggruppe som skal se om arbeidssituasjonen for jordmødrene på kvinneklinikkene har endret seg over tid, og hva som bør gjøres. Frist for oppdraget var 1. mars 2020. Flertallet ser frem til nye og konkrete tiltak som vil forbedre situasjonen i fødselsomsorgen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er en stor svakhet ved Nasjonal helse- og sykehusplan at den overhodet ikke nevner landets fødetilbud. Vi har ingen oversikt over hvilke avdelinger som klarer å oppfylle målet om én-til-én-bemanning, og det er avdekket stor svikt i følgetjenesten for gravide, blant annet. Disse medlemmer mener landets fødetilbud fortjener en grundig gjennomgang, da det har skjedd mye innenfor forskningen på dette området. Disse medlemmer viser til Innst. 39 S (2019–2020), og fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en stortingsmelding som ser på helheten i fødetilbudet og på hvordan man best kan sikre en kvalitativ og sikker svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Meldingen må særlig ta for seg nærhet til fødetilbud, kvalitet og bemanning på fødeavdelingen, oppfølging før og etter fødsel, finansieringssystemet for jordmødre og overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.»

Disse medlemmer understreker at det oppdraget Helsedirektoratet har fått om å gjennomgå hva endringer i kompleksitet i fødselsomsorgen betyr for bemanning og finansieringssystem, ikke er det samme som en stortingsmelding med dertil hørende behandling i Stortinget.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener den fraværende omtalen av fødetilbudet er særlig oppsiktsvekkende med tanke på de siste årenes kraftige folkelige mobilisering mot det som oppleves som en svekkelse av føde- og barseltilbudet i spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer viser i den anledning til barseloppøret som toppet seg i 2018, og fremveksten av Bunadsgeriljaen i 2019.

Disse medlemmer viser til anmodningsvedtak 750 (2017–2018), der Stortinget vedtok følgende:

«Stortinget ber regjeringen sikre en trygg og fremtidsrettet fødselsomsorg ved å sikre dagens fødeinstitusjoner.»

Disse medlemmer viser til behandlingen av statsministerens redegjørelse om regjeringens sammensetting 30. januar 2020, der Senterpartiet fremmet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at ingen av dagens fødeavdelinger eller andre fødetilbud legges ned.»

Disse medlemmer viser til at forslaget ble nedstemt med regjeringspartienes og støttepartiet Fremskrittspartiets stemmer.

Disse medlemmer mener behovet for å sikre dagens fødeinstitusjoner understrekes av en rekke fakta som er minst like aktuelle i dag som da anmodningsvedtak 750 (2017–2018) ble fattet: at antallet fødselsinstitusjoner ifølge tall fra Medisinsk fødselsregister sank fra 182 i 1967 til 48 i 2016, at Norge har færre fødeavdelinger enn det som anbefales av Verdens helseorganisasjon, og at ny forskning basert på norske forhold viser at avstanden til fødeinstitusjonen har vesentlig betydning for risikoen for alvorlige komplikasjoner hos både mor og barn (jamfør forskningen til Hilde Engjom ved Universitetet i Bergen og Haukeland universitets-sjukehus).

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at under den rødgrønne regjeringen ble det lagt ned seks fødesteder, og at det under dagens regjering har blitt lagt ned to fødestuer.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet mener at selv om det er gjort vedtak om at fødeavdelinger i Kristiansund og Molde skal samles i et fellessykehus, er det noe helt annet å legge ned fødeavdelingen i Kristiansund flere år før fellessykehuset står ferdig og pålegge alle fødende i disse årene å reise helt til Molde, ikke minst når vi vet at transporttid har klar betydning for komplikasjoner, og at nedlegging av fødeavdelingen vil føre til tap av kompetanse og økt risiko for fødende. Disse medlemmer anser at en slik nedleggelse ville stride med Stortingets vilje, jf. anmodningsvedtak 750 (2017–2018) om å sikre dagens fødeinstitusjoner. Disse medlemmer fremmer derfor igjen forslaget som først ble fremmet som forslag nr. 9 av Senterpartiet ved behandlingen av Innst. 264 S (2018–2019):

«Stortinget ber regjeringen følge opp anmodningsvedtak 750 (2017–2018), og sørge for at fødeavdelingen i Kristiansund består inntil fødeavdelingen i det nye sykehuset på Hjelset er i drift.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil understreke at Senterpartiets og Sosialistisk Venstrepartis primære standpunkt i Innst. 264 S (2018–2019) var forslag nummer 5:

«Stortinget ber regjeringen følge Stortingets vedtak nr. 750 (2017–2018) og umiddelbart instruere Helse Møre og Romsdal HF om å ikke legge ned fødeavdelingen i Kristiansund. Eventuelle framtidige endringer i fødetilbud og beredskap må legges fram for Stortinget (jf. helseforetaksloven § 30).»

Disse medlemmer vil opplyse om at forslag nummer 9 i samme sak ble fremmet som forsøk på et kompromiss for å sikre bredest mulig støtte.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti konstaterer at fødeavdelingen ved Kristiansund sykehus er akutt nedleggingstruet. Disse medlemmer viser til at styret i Helse Møre og Romsdal 27. mars 2019 vedtok å legge ned fødeavdelingen fra 19. august 2019. Den 15. mai 2019 ble sammenslåingen utsatt til et uvisst tidspunkt «i god tid før innflytting i Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)». Disse medlemmer viser til at styret i Helse Møre og Romsdal i løpet av våren 2020 ventes å ta stilling til når den planlagte nedleggelsen av fødeavdelingen i Kristiansund skal skje. Det medfører at Nordmøre-regionen med nærmere 60 000 innbyggere, vil miste sitt fødetilbud.

Disse medlemmer registrerer at helse- og omsorgsministeren har påstått at Helse Møre og Romsdals planer om å legge ned fødeavdelingen i Kristiansund ikke er i strid med vedtak 750 (2017–2018), blant annet i sitt svar på skriftlig spørsmål i Dokument nr. 15:1353 (2018–2019). Disse medlemmer mener, i motsetning til statsråden, at nedleggelse av en fødeavdeling helt åpenbart strider mot et vedtak om å sikre dagens fødeinstitusjoner. Disse medlemmer mener at fødeavdelingen i Kristiansund må opprettholdes frem til nytt fellessykehus for Nordmøre og Romsdal ferdigstilles. Når nytt fellessykehus er ferdig, mener disse medlemmer at det fortsatt skal være en fødeavdeling i Kristiansund for innbyggerne i Nordmøre-regionen.

På denne bakgrunnen fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen stanse nedleggelsen av fødeavdelingen i Kristiansund og sikre at en fullverdig fødeavdeling i Kristiansund blir en del av den fremtidige sykehusstrukturen i Møre og Romsdal.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til behandling av Dokument 8:79 S (2018–2019) Representantforslag om å stoppe økonomisk motiverte kutt i pasienttilbudet i helseforetakene og stanse nedlegging av fødeavdeling og døgnbehandling ved DPS og rehabilitering i Møre og Romsdal, og statsrådens svarbrev til dette.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til behandlingen av statsbudsjettet for 2018, da Stortinget bevilget en låneramme til Sjukehuset Nordmøre og Romsdal, jf. Innst. 11 S (2017–2018). Her gikk Senterpartiet inn for at man bør planlegge for et avdelingssykehus i Kristiansund, hvor det blant annet skal være et føde- og barseltilbud.

Nye sykehus

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at Helse Nord RHF i 2008 vedtok innføring av nivådeling av intensivvirksomheten i regionen. For Finnmarkssykehuset innebar vedtaket at Hammerfest sykehus skulle ha intensivvirksomhet på nivå 2, mens Kirkenes skulle ha intensivvirksomhet på nivå 1. Flertallet mener at sykehuset i Kirkenes skal ha intensivvirksomhet på nivå 2. På grunn av avstand og klimatiske forhold må sykehuset i Kirkenes også kunne utføre respiratorbehandling over flere døgn i påvente av transport, eller frem til det tidspunktet hvor pasienten ikke har behov for respiratorstøttende behandling. På bakgrunn av dette fremmer flertallet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen definere sykehuset i Kirkenes som intensivvirksomhet nivå 2.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet legger til grunn at enigheten rundt å samle sykehusene i Innlandet i et felles nytt mjøssykehus ved Mjøsbrua ligger fast, og er ikke tilfreds med at Helse Sør-Øst og regjeringen er i ferd med å undergrave denne enigheten ved at det nå legges opp til en opprivende lokaliseringskamp hvor noen sykehus består, mens andre legges ned.

Disse medlemmer viser til at det i Nasjonal helse- og sykehusplan slås fast at en befolkningsgrense på 60–80 000 innbyggere legges til grunn for ett stort akutt-sykehus - dette for å sikre et tilstrekkelig pasientvolum for akuttilbudet, spesielt innenfor kirurgi, men også for andre spesialiteter.

Disse medlemmer viser til Oslo Economics' analyse som ble fremlagt i oktober 2018 om lokalisering av et stort akutt-sykehus på Helgeland, på oppdrag fra Alstahaug kommune, som sier at det er vanskelig å se at det skal være mulig å ha grunnlag for to komplette akutt-sykehus på Helgeland, med bare 40 000 innbyggere som pasientgrunnlag for hvert av sykehusene.

Disse medlemmer viser til at rapporten videre fastslår at to komplette sykehus vil medføre risiko for dårlig kvalitet i enkelte deler av behandlingen, fordi volumet av enkelte typer behandling blir for lite, samt at to sykehus betyr at hvert av dem vil få færre ansatte, med økt sårbarhet til følge.

Disse medlemmer finner det underlig at helseministeren peker på en to-sykehusløsning for Helgeland, når man ikke gjorde det samme i Vest-Finnmark og på Nordmøre. Disse medlemmer mener det er vanskelig å forsvare at man har ett prinsipp i én region, og et helt annet prinsipp i en annen region.

Disse medlemmer viser til at fagmiljøet har pekt på ett stort akutt-sykehus på Helgeland for nettopp

å sikre et bredt fagmiljø som vil gi bedre kvalitet og robusthet over tid. Derfor har også Fremskrittspartiet pekt på denne løsningen hele veien og mener det ville vært den beste løsningen for Helgeland på sikt.

Disse medlemmer understreker likevel at regjeringens nye prinsipp vedrørende sykehusstruktur må legges til grunn også i andre regioner.

Disse medlemmer viser til at værforhold og lange avstander var et viktig argument for beslutningen om to sykehus på Helgeland, noe som er vel så avgjørende i Vest-Finnmark. Disse medlemmer mener at det er et mål at alle pasienter skal få trygge og gode tjenester uavhengig av hvor de bor, og at det derfor er viktig å opprettholde en desentralisert sykehusstruktur.

Disse medlemmer viser til Fremskrittspartiets ønske om en utredning av sykehusstruktur i Vest-Finnmark, som ble stemt ned i Stortinget i 2017. Disse medlemmer viser til at helseministeren har klargjort at geografi og lokalpolitiske ønsker skal veie tyngst i saker om sykehusstruktur, noe disse medlemmer tar på alvor.

Disse medlemmer viser til at da Fremskrittspartiet satt i regjering, ble det igangsatt en utredning om hvilke ytterligere helsetjenester som kan etableres ved Klinikk Alta. Det er ventet at utredningen vil bli lagt frem i nær fremtid, og disse medlemmer krever at dette skal ligge til grunn for utvidelse av helsetilbudet ved Klinikk Alta.

Disse medlemmer viser til at disse utvidelsene av helsetilbudet ved Klinikk Alta må legges til grunn og påvirke dimensjonering av det nye sykehuset i Hammerfest. Det er viktig at disse tingene sees i sammenheng, nettopp for å sikre et best mulig helsetilbud til innbyggerne i Vest-Finnmark.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Senterpartiet fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utvide spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta med en fødeavdeling og nødvendige akuttfunksjoner. Det må legges til grunn at det blir bygget nytt sykehus i Hammerfest og at sykehusene i Finnmark samarbeider i en nettverksmodell for å gi hele befolkningen et likeverdig helsetilbud av god kvalitet.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets merknad i Innst. 55 S (2017–2018), jf. Dokument 8:12 S (2017–2018) om sykehusstrukturen i Vest-Finnmark, om at sykehusstrukturen i Finnmark må videreføres med lokalsykehus i Kirkenes og Hammerfest som fullverdige akutt-sykehus. Dette medlem viser til Senterpartiets forslag i innstillingen om en utviding av akuttilbudet i Alta med etablering av føde-

avdeling og utredning av nødvendige akuttfunksjoner i tilknytning til dette.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, er kjent med at det er krevende værforhold, ofte stengte fjelloverganger om vinteren og lange avstander i Vest-Finnmark. Dette er nettopp grunnen til at spesialisthelsetjenestetilbudet på Klinikk Alta skal bygges ut, slik at befolkningen får dekket en vesentlig større del av behovet for sykehustjenester der. Det er et mål at alle pasienter skal få trygge og gode tjenester uavhengig av hvor de bor. Spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta er betydelig styrket etter åpningen av Klinikk Alta i desember 2019. Befolkningen kan nå få dekket vesentlig mer av helsetjenestene på hjemstedet etter at klinikken er åpnet og kommet i drift.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets forslag om å utrede to sykehus med fullverdige akuttfunksjoner på Helgeland (Dokument 8:159 S (2018–2019), jf. Innst. 40 S (2019–2020)). Dette medlemmer merker seg at helseminister Bent Høie sin beslutning om sykehusstruktur på Helgeland i stor grad samsvarer med Senterpartiets forslag. Dette medlem mener at hensynet til avstand og beredskap er viktig på Helgeland, og at dette selvsagt må gjelde i hele Norge når sykehusstruktur og akutt- og fødetilbud skal dimensjoneres. Dette medlem vil påpeke at en befolkningsgrense på 60–80 000 for et stort akutt sykehus, som var foreslått av regjeringen i forrige nasjonale helse- og sykehusplan, ikke ble tatt til følge da Stortinget behandlet planen.

Antibiotika

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at regjeringen har satt tydelige mål for å redusere bruken av antibiotika, og at Norge er en pådriver globalt i arbeidet med å kutte antibiotikabruken. Flertallet viser til at Norge har et lavt forbruk av antibiotika, og at et internasjonalt tverrsektorielt samarbeid er avgjørende for å lykkes i kampen mot antibiotikaresistente bakterier.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at i Nasjonal helse- og sykehusplan brukes ordet «antibiotika» bare to ganger i hele dokumentet. Det er skremmende at det er så lite politikk for å begrense antibiotikaresistens. Antibiotikaresistente bakterier kan kalles helsesektorens «klimakrise». Det er en av de største utfordringene i moderne medisin, og det er av flere forskere antatt at i 2050 vil flere vil dø av antibiotikaresistente bakterier enn av kreft. Utfordringene vil stå i kø hvis vi ikke får antibiotika som virker.

Norge trenger raskere og bedre diagnosesystemer og mikrobiologisk diagnostikk om hvilke bakterier som antibiotika virker best på. Bruken av bredspektret antibiotika i sykehus er fortsatt høy i Norge. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten utløper i 2020, og disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en ny handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten, med mål om redusert bruk av antibiotika og bedre diagnosesystemer. Planen bør også ha verktøy for bedre smittevern når sykdommer kommer fra utlandet.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til flere representantforslag fra Senterpartiet om å styrke arbeidet mot spredning av antibiotikaresistente bakterier: Dokument 8:2 S (2016–2017), jf. Innst. 170 S (2016–2017), om å styrke det internasjonale og nasjonale arbeidet mot antibiotikaresistens, Dokument 8:5 S (2014–2015), jf. Innst. 186 S (2014–2015), om en handlingsplan mot antibiotikaresistente bakterier, i mat og dyr, og Dokument 8:2 S (2014–2015), jf. Innst. 156 S (2014–2015), om en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier der det ble satt mål om redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 pst. innen utløpet av 2020. Dette medlem mener det er behov for årlige statusmeldinger til Stortinget om dette arbeidet, og at Stortinget blir informert om måloppnåelse. Dette medlem mener at det er behov for å videreføre handlingsplanen med nye mål og virkemidler for å forebygge utvikling av antibiotikaresistens også etter 2020.

Legemiddelmangel

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til DSBs Risikoanalyse av legemiddelmangel (2018), som fastslår at uten egen produksjon av legemidler og med begrenset lagerhold er Norge ekstra sårbart for svikt i den globale legemiddelindustrien. Økningen i mangel-situasjoner er bekymringsfull. For enkelte medisiner er vi avhengige av noen få produksjonssteder i lavkostland som tar lite hensyn til miljø og arbeidsforhold, samtidig som det gjør oss sårbare for stans i produksjonen. Flertallet merker seg at det er et stort behov for å sikre tilgang på sentrale legemidler.

Flertallet mener dette både må gjøres gjennom å utrede etableringen av en økning i sykehusproduksjon av legemidler, og ved forpliktende avtaler med næringslivet. Flertallet viser til Forsvarets avtale om levering av essensielle legemidler med produksjonsbedrifter i Norge, og mener helsetjenesten gjennom de regionale helseforetakene må inngå tilsvarende avtaler om nasjo-

nal produksjon av viktige legemidler for å sikre forsyningen og beredskapen i Norge. En slik produksjon vil også styrke norske bedrifters kompetanse, kapasitet og konkurransekraft i det ordinære legemiddelmarkedet.

Flertallet fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede hvilken produksjonskapasitet som eksisterer i Norge, og hvilke essensielle legemidler og medisinsk utstyr som kan og bør produseres nasjonalt for å sikre forsyning og beredskap, og komme tilbake til Stortinget med en sak om dette.»

Flertallet viser til at produksjon av antibiotika i stor grad foregår i land som synes å ha dårlig kontroll med utslipp og forurensning. Norge har forutsetninger for å være pådriver for at verdens behov for antibiotika blir produsert på en måte som tar hensyn til miljø og mennesker.

Flertallet viser til at det er ledig produksjonskapasitet i Norge, og blant annet legemiddelselskapet Curida sier de står klare til å produsere mer om de får staten med på laget. Fagdirektør i Statens legemiddelverk har tidligere uttalt at penicillin er noe vi kan produsere mer av i Norge. I dag er vi blant annet avhengig av Kina. Der ser vi at utbrudd som covid-19 kan true tilgang på medisiner i Norge. Da er det viktig for Norge å ha nasjonal produksjonskapasitet på medisiner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til representantforslag om tiltak for å redusere sårbarhet ved legemiddelmangel, jf. Dokument 8:93 S (2018–2019) fra Arbeiderpartiet og Innst. 329 S (2018–2019).

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti vil peke på forslaget fra Sosialistisk Venstreparti om å etablere en statlig produksjon av legemidler, StatMed, som gjennom avtaler med de regionale helseforetakene kan sikre produksjon av viktige legemidler og styrke forskning og utvikling av nye, nødvendige medisiner.

2. Pasienten som aktiv deltaker

2.1 Sammendrag

I pasientens helsetjeneste mottar pasientene helse- og omsorgstjenester av god kvalitet når de trenger det, uavhengig av hvor de bor i landet eller hvem de er. Det er pasienten som er ekspert på egen tilstand og livssituasjon. Denne kompetansen må nyttiggjøres bedre enn i dag. Det er lett å undervurdere pasientens evne til å mestre egen tilstand. Regjeringen vil derfor gjøre det enklere for pasientene å delta i beslutninger om egen helse og sikre at pasientens stemme blir hørt i utviklingen av

tjenestene. Regjeringen vil følge tre hovedstrategier for å oppnå dette:

- heve helsekompetansen i befolkningen
- involvere pasienter og pårørende i beslutninger på individ- og systemnivå
- gjøre kommunikasjonen med pasienten mer tilgjengelig og lettere å forstå

Regjeringen vil:

- legge til rette for at pasienten kan være en aktiv deltaker i beslutninger om egen helse og i utviklingen av helsetjenestene
- øke bruken av skjermtolking i spesialisthelsetjenesten
- arbeide for å heve helsekompetansen i befolkningen
- at tjenesten skal bruke klart språk i kommunikasjonen med pasientene
- bidra til bedre pasient- og pårørendeopplæring gjennom en revidering av lærings- og mestringstjenestene
- at innbyggerne skal få tilgang til flere digitale innbyggertjenester

2.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at pasienten bør være en aktiv deltaker i eget pasientforløp. Det er pasienten som er ekspert på egen tilstand og livssituasjon, og komiteen mener denne kompetansen må nyttiggjøres bedre enn i dag.

Komiteen viser til målet om å øke helsekompetansen i befolkningen. Helsetjenesten må ta hensyn til pasientenes helsekompetanse i sin utvikling av tjenester. Det skal være enkelt for pasienter, brukere og pårørende å finne frem til riktig tilbud, og tilbudet skal være tilpasset den enkeltes forutsetninger og livssituasjon.

Komiteen er enig i at økt kompetanse og kunnskap om egen helse er viktig, men vil understreke at helsetjenesten har et lovfestet ansvar til å gi pasienter hjelp etter behov, uansett hvilken «helsekompetanse» pasientene har.

Komiteen viser til at mange pasienter og pårørende opplever at det er vanskelig å forstå informasjon fra helsetjenesten. Det kan føre til misforståelser som resulterer i at pasienten går glipp av viktig informasjon om egen helsetilstand. Komiteen viser til at de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å iverksette tiltak for å gjøre innkallinger til time og informasjon om rett til helsehjelp enklere å forstå.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, mener det er positivt at regjeringen vil gjøre det enklere for pasienten å delta i beslutninger om egen helse og sikre at

pasientens stemme blir hørt i utviklingen av tjenestene. Et av tiltakene er å bidra til pasient- og pårørendeopp- læring gjennom en revidering av lærings- og mestrings- tjenestene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpar- tiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstre- parti viser til at mennesker med funksjonsnedsettelse kommer dårligere ut enn befolkningen for øvrig både for fysisk og psykisk helse, samt tannhelse. Helsen til men- nesker med utviklingshemning er dårligere, og helsetje- nestene er ofte ikke tilrettelagt for dem. Unge med funksjonsnedsettelse opplever også fordommer fra helsevesenet når det gjelder seksuell helse, og personer med utviklingshemninger får lite informasjon om seksu- ell og reproduktiv helse. Dette kan gjøre dem mer utsatt for overgrep. Manglende tolking og annen tilrettelegging av kommunikasjon hindrer pasienter i å gi fritt og infor- mert samtykke. Helsepersonell har ofte ikke den nød- vendige kompetansen om bestemte behov knyttet til funksjonshemninger. Det gjør tilgangen til akutte tjenes- ter problematisk, og fører ofte til for sen og feil behand- ling. Disse medlemmer mener det er viktig at personer med funksjonsnedsettelse får nødvendig in- formasjon om seksuell og reproduktiv helse, og ber om at regjeringen kartlegger barrierer for mennesker med funksjonsnedsettelse i møtet med helsevesenet.

Disse medlemmer viser til nasjonal strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen. I strategien står det at tilstrekkelig helsekompetanse er en forutset- ning for å realisere pasientens helsetjeneste, som er re- gjeringens uttalte mål for helsetjenesten. Befolkningen skal få kompetanse til å navigere seg frem til rett tilbud og velge riktig. Disse medlemmer mener at økt hel- sekompetanse må handle om å øke kompetansen og forståelsen i befolkningen som helhet når det gjeder å ta vare på egen helse, egenmestring og egenbehandling, få trygghet i hva som er normale plager og få kunnskap slik at man kan treffe sunne livsstilsvalg. Kampanjer som hjerneslagskampanjen «Prate, Smile, Løfte» er eksempel på et godt tiltak for å øke helsekompetansen i befolk- ningen. Disse medlemmer mener at økt helsekom- petanse ikke må handle om å lære opp pasienter til å velge riktig, til å «navigere» og finne fram til rett tilbud, i et system der man ser på pasienter som kunder i et hel- semarked. Disse medlemmer viser til at det er et overordnet mål for helsetjenesten at helsetilbud skal gis etter behov, og at folk skal få likeverdig tilgang til helse- tjeneste uavhengig av bakgrunn, og det må også gjelde uavhengig av såkalt helsekompetanse.

Disse medlemmer viser til at regjeringens krav om fastlegeattest ved fravær i videregående er et tiltak som virker imot å øke helsekompetansen i befolkning- en, ved å lære opp en hel ungdomsgenerasjon til å opp-

søke fastlege selv om det ikke er medisinsk behov for det.

3. En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste

3.1 Sammendrag

Fra parter til partnere

Alle pasienter skal motta helhetlige og sammen- hengende helse- og omsorgstjenester av god kvalitet uavhengig av hvor i landet de bor og hvem som yter tje- nestene. Dette krever godt samarbeid mellom helseper- sonell rundt den enkelte pasient, men også mellom le- delsen i kommuner og sykehus. Det stiller store krav til koordinering og samarbeid. For ofte oppstår det svikt i overgangene mellom sykehus og kommuner. For ofte opptrer kommuner og sykehus som parter og ikke part- nere. For ofte kjenner ikke kommuner og sykehus til hverandres planer for utvikling av tjenestene.

Samtidig har mye blitt bedre siden samhandlings- reformen trådte i kraft i 2012. Alle helseforetak har inn- gått samarbeidsavtaler med kommunene i opptaksom- rådet sitt, og det er etablert strukturer for samarbeid. Evalueringer av samarbeidsavtalene og innspill fra re- presentanter fra kommuner og helseforetak tyder på at avtalene har vært viktige for å tydeliggjøre ansvar og oppgavedeling. Samtidig gis det uttrykk for at dialogen har vært orientert mot deling av ansvar og håndtering av økonomiske konsekvenser, noe som kan ha flyttet oppmerksomheten bort fra felles utvikling av bedre tje- nester. Det oppleves også av mange som utfordrende å oppnå likeverdighet i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak. Kommuner og helseforetak bør derfor finne sammen i et bedre og mer likeverdig partnerskap. Nasjonale myndigheter må gi tydeligere forventninger til et slikt partnerskap og støtte dette gjennom ulike til- tak.

Regjeringen ønsker å etablere 19 helsefellesskap mellom kommuner og sykehus med utgangspunkt i de eksisterende helseforetaksområdene. Regjeringen og KS deler målet om å skape en mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og har derfor inn- gått en avtale om innføring av helsefellesskap. Regjerin- gen og KS er enige om prinsippene helsefellesskapene skal bygge på.

I helsefellesskapene vil representanter fra helse- foretak, kommuner, lokale fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal ligge til grunn, men videreutvikles. Fastlegene bør få en rådgivende rol- le, kommunene i helseforetaksområdene bør samordne seg bedre enn i dag, og nasjonale myndigheter må være tydelige i sine forventninger til hva kommuner og syke- hus bør oppnå i de nye helsefellesskapene. Nasjonale myndigheter må i tillegg støtte helsefellesskapene gjen-

nom bedre styringsinformasjon og fremskrivingsverktøy og ved å gjennomføre tiltak som bedrer pasientforløpene.

Helsefellesskapene bør konsentrere sin planlegging og tjenesteutvikling om de pasientgruppene hvor behovet for samhandling er størst. Med dette utgangspunktet vil regjeringen løfte frem fire pasientgrupper som helsefellesskapene særlig bør utvikle gode tjenester for:

- barn og unge
- personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- skrøpelige eldre
- personer med flere kroniske lidelser

Samhandling på nasjonalt og regionalt nivå

Den viktigste samhandlingen skjer mellom de som skal yte tjenestene, det vil si helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og mellom dem og pasientene. De som har ansvar på regionalt og nasjonalt nivå, må samtidig sikre riktige rammebetingelser for denne samhandlingen. Nasjonale helsemyndigheter må sørge for at nasjonale virkemidler støtter utviklingen vi ønsker oss, regionale helseforetak må følge opp nasjonale målsettinger, styre og koordinere helseforetakene og KS må ivareta kommunenes interesser på nasjonalt nivå. Legeforeningen har en særskilt rolle som avtalepart på nasjonalt nivå når det gjelder fastleger og avtalespesialister. I tillegg vil pasient- og pårørendeorganisasjoner og profesjonsorganisasjoner delta gjennom dialog og høringer knyttet til utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.

Tiltak som vil bidra til bedre forløp for alle pasienter

Ulike pasienter trenger ulike pasientforløp. Hva som må til for å skape gode pasientforløp, vil derfor variere. Samtidig viser innspillene til departementet at det er noen elementer som kan bidra til bedre pasientforløp for alle pasienter:

- IKT-systemer som understøtter informasjonsdeling
- mulighet for gjensidig konsultasjon mellom helsepersonell
- metodikk for å utarbeide gode pasientforløp
- gode rutiner for henvisning, innleggelse og utskrivning

Regjeringen vil

- etablere helsefellesskap mellom kommuner og helseforetak for å sikre bedre felles planlegging og utvikling av tjenestene
- at helsefellesskapene prioriterer utviklingen av helhetlige, koordinerte tjenester til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser

- at kommuner og helseforetak i helsefellesskapet skal avtale hvordan de skal drive felles planlegging og utvikling
- understøtte helsefellesskapene gjennom utvikling av bedre styringsinformasjon, fremskrivingsverktøy og prediksjonsverktøy
- be helsefellesskapene om innspill til neste Nasjonal helse- og sykehusplan
- skape det utadvendte sykehus
- gi rom for lokale løsninger i oppgavedelingen mellom kommuner og helseforetak
- oppfordre helsefellesskapene om å drøfte hva som kjennetegner en vellykket kultur for samarbeid
- gjennomføre tiltak som vil bidra til bedre forløp for alle pasienter
- tilpasse finansieringsordninger, regelverk, veiledning og styring for å understøtte ønsket målbilde for pasientbehandling og samhandling

3.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til målet i planen om at alle pasienter skal motta helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, uavhengig av hvor i landet de bor og hvem som yter tjenesten. Samtidig viser komiteen til at det er utfordringer knyttet til samhandling, både internt i sykehusene og mellom sykehus og kommune. Det går spesielt ut over pasienter med store og sammensatte behov.

Helsefellesskap

Komiteen mener det er positivt at KS ønsker et samarbeid med helseforetakene, og at de er enige i målet om at kommuner og sykehus skal se på hverandre som likeverdige partnere med felles ansvar for pasientene. Komiteen viser til regjeringens avtale med KS om helsefellesskap for å få bedre samhandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, er positive til regjeringens avtale med KS om helsefellesskap mellom kommuner og helseforetak. De vil være viktige i arbeidet med å sikre at pasienter og pårørende skal oppleve en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste.

Flertallet tror dette løses best dersom kommuner og sykehus møtes som likeverdige partnere og sammen bidrar til å planlegge og utvikle tjenestene. Samtidig er det viktig å finne løsninger som er tilpasset lokale forutsetninger. Det betyr at oppgavene kan løses på ulike måter i de forskjellige helsefellesskapene. Det viktigste er at oppgavene ligger fast og at innbyggerne er sikret et likeverdig helsetilbud.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Ven-

streparti mener at regjeringens forslag om helsefellesskap kan være med på å bidra til bedre samarbeidsarenaer, men at helsefellesskap ikke alene kan løse de samhandlingsutfordringene helsetjenesten står overfor. De tilfører verken mer ressurser eller endrete beslutningsstrukturer, og kommunenes innflytelse på helseforetakene forblir den samme.

Disse medlemmer påpeker at også de regionale helseforetakene i sitt høringsinnspill har vist til at det er behov for å klargjøre hvordan man skal håndtere manglende konsensus ved uenighet, eller at en eller flere aktører ikke etterlever de løsninger som er avtalt.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener det allerede er mangler i å følge opp innhold og prosedyrer i etablerte samhandlingsavtaler, og at rettigheter til kontaktleger og rettigheter til individuell plan og koordinator ikke følges opp like godt i hele tjenesten. Disse medlemmer ser ikke hvordan helsefellesskapene skal kunne bidra til å rette opp i dette, og mener meldingen burde prioritert konkrete virkemidler, snarere enn oppfordringer til mer samarbeid.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre økt bruk av individuell plan hos pasienter som har bruk for langvarige og koordinerte tjenester, og sørge for at pasientenes lovfestede rettigheter til koordinator og kontaktleger blir fulgt opp i helseforetakene.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at både kommuner og helseforetak ved innføring av samhandlingsreformen fikk en lovfestet plikt til å samarbeide. Det vises til kommunehelsestjenesteloven kapittel 6 om at alle kommuner har lovfestet plikt til å inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket eller med det helseforetaket det regionale helseforetaket bestemmer. Det vises tilsvarende til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 om at det regionale helseforetaket har lovfestet plikt til å sørge for at det inngås samarbeidsavtaler som nevnt. Helseforetaket har også lovfestet plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom like helseforetak innad i det regionale helseforetaket, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven.

Disse medlemmer viser til at samarbeidet ifølge loven skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, og pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

Det er lovfestet hva samarbeidsavtalene som minimum skal inneholde, blant annet retningslinjer for samarbeid knyttet til innleggelse, utskrivning, habilitering og rehabilitering og tjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester, samarbeid om jordmortjenester, IKT-løsninger, forebygging, omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden. Avtalepartene skal årlig gjennomgå avtalene med tanke på nødvendige oppdateringer eller utvidelse.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet vil påpeke at helsefellesskap derfor på ingen måte representerer noe nytt med hensyn til at kommuner og helseforetak må samarbeide, men at dette i flere år har vært lovfestet.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti støtter intensjonen om å ha helsefellesskap mellom kommuner og sykehus for å sikre at pasienter og pårørende skal få en helhetlig og sammenhengende helse-, omsorgs- og rehabiliteringstjeneste. Målet er godt, men regjeringen har ikke gitt ressursene helsetjenestene trenger. Dersom helsefellesskapene skal fungere etter hensikten, trengs det mer ressurser. Hvis ikke risikerer vi at det blir en papirtiger, i stedet for at det bygger opp en helhetlig og sammenhengende helse-, omsorgs- og rehabiliteringstjeneste.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er kritikkverdig at regjeringen ikke har fulgt opp samhandlingsreformen og evaluert hvordan samarbeidsavtalene har fungert i praksis. Disse medlemmer viser til at det mange steder fra kommunenes side oppleves at helseforetaket har vært bestemmende part og premissgiver i utforming og oppfølging av samarbeidsavtalene. Det vises for eksempel til at alle kommuner på Nordmøre i fjor sa opp sine samarbeidsavtaler i protest mot at helseforetaket planla omfattende kutt i sitt tjenestetilbud på en måte som ville få store konsekvenser for det kommunale tilbudet. Disse medlemmer mener at etablering av helsefellesskap må bygge på gode forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, og at samarbeidsavtaler må utvides til å omhandle de prioriterte områdene for helsefellesskap, som er barn og unge, personer med psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen evaluere de lovfestede samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner og sikre at samarbeidsavtalene gjennomgås årlig med tanke på nødvendige oppdateringer og forbedringer.»

«Stortinget ber regjeringen sørge for at de lovfestede samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner omfatter tjenester til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, mener at samhandling også bør omfatte private og ideelle aktører, i tillegg til spesialist- og kommunehelsetjenesten. Private og ideelle aktører av betydning bør ha plass i helsefellesskapene. I større byer der ideelle sykehus har egne opptaksområder, bør hensynet til samhandling være bestemmende for sammensetting og antall helsefellesskap. Samhandling gjennom helsefellesskap forutsetter tilpasning til lokale forhold.

Komiteen viser til høringsinnspill fra Virke om at de ideelle sykehusene må bli inkludert i helsefellesskapene. De ideelle sykehusene Diakonhjemmet, Lovisenberg og Haraldsplass har alle en viktig rolle i de respektive helseregionene i å tilby spesialisthelsetjenester til innbyggerne. De har lang erfaring som akutt-sykehus med bred samhandling til sine bydeler.

Komiteen vil påpeke at ved opprettelsen av eventuelle helsefellesskap må også de ideelle DPS-ene delta som selvstendige parter i helsefellesskapene for sine opptaksområder.

På denne bakgrunn fremmer komiteen følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at ideelle sykehus og ideelle DPS-er blir inkludert i helsefellesskapene.»

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser for øvrig til representantforslag fra Senterpartiet, Dokument 8:64 S (2019–2020), om å styrke det ideelle innslaget i spesialisthelsetjenesten, der det blant annet foreslås å be regjeringen sikre at de 12 ideelle sykehuse- ne med løpende avtaler får langsiktige avtaler i fremtiden, og at helseforetakene får i oppdrag å vurdere muligheten for å øke opptaksområde og nytt tjenestevolum for ideelle sykehus i sine utviklingsplaner. Det foreslås også å sikre at helseforetak ikke kjøper opp eller overtar ideelle aktører sine spesialisthelsetjenestetilbud, og at alle helseforetak får krav om å rullere sine strategiplaner for ideell vekst, der det blir satt konkret mål om at minst 10 pst. av tjenestene skal være drevet av ideelle aktører innen 2030.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at en stor undersøkelse gjort blant synshemmede, gen-

nomført av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, viser at en svært stor andel av gruppen er deprimerte, langt flere enn i befolkningen ellers, samt at langt flere enn i befolkningen ellers er ensomme. Til tross for dette finnes det i dag ingen psykologer eller psykiatere som har spisskompetanse på å gi bistand til blinde og svaksynte. Flertallet mener det derfor er viktig at det etableres et slikt tilbud.

Flertallet viser til at Gaustad sykehus har et tilbud rettet mot hørselshemmede. Dette er en nasjonal behandlingstjeneste som både gir direkte oppfølging til hørselshemmede, personer med kombinert hørsels- og synsnedsettelse og fagpersoner som følger opp de to gruppene innenfor psykisk helsevern rundt i landet.

Flertallet ønsker et tilsvarende tilbud for synshemmede, som legges i tilknytning til det tilbudet Gaustad har rettet mot hørselshemmede. Flertallet viser til at de har bekreftet at de gjerne tar på seg en slik oppgave, noe som også er bekreftet av Oslo universitetssykehus.

Samhandlingsreformen

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at en av hovedårsakene til at ventetidene har gått ned i spesialisthelsetjenesten, er samhandlingsreformen, innført av den rødgrønne regjeringen fra 2012. Sykehusene har vridt mye behandling over på poliklinisk behandling på dagtid, istedenfor at folk ligger lenge på sykehus. Dette gjør at de skriver ut pasienter tidligere og øker sin kapasitet for å ta inn nye pasienter. Samtidig mener disse medlemmer at potensialet i hva man kan få til med å vri behandling over til polikliniske dagtilbud, på noen områder nå er tatt ut.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener samhandlingsreformen var en retningsreform, og det krever kontinuerlig arbeid for at den skal bli vellykket. Disse medlemmer mener regjeringen har sviktet i å følge opp reformen med en satsing på kommunenes helse- og omsorgstjenester.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at helsetjenesten i 2013 var preget av lange ventelister. Det var et politisk mål å redusere ventelister og sikre folk en raskere og trygg behandling. Flertallet viser til at regjeringen etter syv budsjetter har lagt til rette for en aktivitetsvekst på 15,5 pst. i sykehusene. Aktivitetstaket som de rødgrønne påla sykehusene, er fjernet, den innsatsstyrte finansieringen er styrket slik at det skal lønne seg å behandle flere pasienter. Pasienter i spesialisthelsetjenesten står nå 11 dager kortere i behandlingsskø. Flertallet viser til innførin-

gen av helsefellesskap som en løsning på utfordringen med samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, Dokument 3:5 (2015–2016). I denne påpekte Riksrevisjonen at det var for lav kapasitet i kommunene, særlig innenfor rus og psykiatri. I tillegg ble det påpekt at det fortsatt var for lite kompetanse i kommunene til å ta imot pasienter med tyngre pasientprofiler og ikke et godt nok samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer viser til at Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti på denne bakgrunnen gikk inn for å be regjeringen evaluere samhandlingsreformen, og på bakgrunn av evalueringen fremme økonomiske og strukturelle tiltak for å nå samhandlingsreformens intensjoner (jf. Dokument 8:19 (2018–2019) og Innst. 206 S (2018–2019)).

Disse medlemmer viser til at registrering av ventelister er endret, i og med at mange flere av pasienter blir satt på venteliste for utredning og ikke for behandling. Dermed kan ikke ventelisteregistreringen helt og holdent sammenlignes med tidligere registrering.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at regjeringen vil legge Riksrevisjonens undersøkelse og anbefalinger til grunn i styringen av de regionale helseforetakene, og be dem om å følge opp rapporten. Helse- og omsorgsministeren har stilt krav i felles foretaksmøte med de regionale helseforetakene i januar i år om å følge opp undersøkelsen og legge særlig vekt på å iverksette tiltak for å redusere bruken av deltid for sykepleiere uten spesialistutdanning og for jordmødre.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener resultatet av regjeringens manglende oppfølging av samhandlingsreformen er å finne i fastlegekrisen, der fastlegeordningen får overført stadig flere oppgaver fra både myndigheter og spesialisthelsetjenesten og sliter med rekruttering og frafall. En videre utfordring er at forebyggingen uteblir, det har ikke kommet en tilstrekkelig satsing på forebygging, verken primærforebygging i hele befolkningen, eller sekundærforebygging blant grupper som allerede sliter med sykdom og helseplager. At samhandlingen fortsatt er for dårlig mellom nivåene i helsetjenesten, leder også til manglende kvalitetssikring av behandling og at pasienter opplever å bli kasteballer mellom ulike tjenester.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til regjeringens arbeid med handlingsplanen for allmennlegefeltet i kommunene, med særlig fokus på fastlegesituasjonen, som skal legges fram våren 2020. Brukere og fagfolk har bidratt i dette arbeidet, og det har vært drøftinger med Legeforeningen og KS gjennom trepartssamarbeidet. Regjeringen ser på hvordan ordningen kan forbedres ved å øke rekrutteringen, og samtidig sikre at fastleger blir værende i stillingene sine. Flertallet er opptatt av at ordningen moderniseres på en måte som sikrer en god arbeidsdeling mellom fastlegene og øvrig helsepersonell, og at vi tar i bruk teknologi og nye arbeidsformer. Flertallet mener det også er viktig at det ses på hvilke oppgaver fastlegene ikke lenger trenger å gjøre selv.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil også peke på at det nå er mangel på sengeplasser i psykiatrien, både for barn og ungdom og i voksenpsykiatrien, og at økningen i andelen eldre i befolkningen vil kreve at man fremover øker kapasiteten i sykehusene for å kunne håndtere et større antall multisynke eldre, noe som vil være nødvendig for å sikre god samhandling med kommunene.

Disse medlemmer viser til at konsekvensene av dårlig eller manglende oppfølging av samhandlingsreformen har fått mye oppmerksomhet de siste årene, og ligger til grunn for folkelige bevegelser for å bevare fødetilbudet, for nyhetssaker om bruk av nattransport og for de mange pasient- og brukerstemmene som gir uttrykk for at tilbudet innenfor psykisk helsevern ikke er godt nok.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at det er stilt krav til helseforetakene om at eldre pasienter og pasienter med hjelpebehov sikres ambulansetjeneste/pasienttransport på dag- og ettermiddagstid, slik at de ikke sendes hjem om natten.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at det er mange gode eksempler på god samhandling i meldingen, men at det i liten grad gis klare føringer på hvordan disse skal skaleres opp eller videreføres. Pasientsentrert helsetjenestetsteam i Tromsø har hatt vansker med finansieringen etter at prosjektperioden var over, ortogeriatr i Trondheim var et godt dokumentert prosjekt som ble nedlagt en periode grunnet kostnader, FACT-team for psykisk syke har også en dokumentert kostnad. Til tross for god dokumentasjon av effekt, ble de truet med nedleggelse i Trondheim da prosjektperioden var over. I likhet med Meld. St. 15 (2017–2018) Leve hele livet, er denne mel-

dingen god på å trekke frem gode eksempler, men lite forpliktende med tanke på hvordan disse skal kunne implementeres i tjenesten.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at helseforetaksmodellen og innføring av markedsprinsipper i den offentlige helsetjenesten ikke har ført til økt samarbeid om pasientene, men heller økt konkurranse om pasientene. Disse medlemmer vil understreke at før helseforetaksmodellen ble innført, var det en praksis med fylkesvise helseplaner. Ved foretaksorganiseringen ble systemet med fylkesvise helseplaner tatt bort, og ikke erstattet av et tilsvarende felles plansystem for de regionale helseforetakene. Samspill og samordning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom kommunenes og fylkeskommunenes helseplaner og øvrig lokalt og regionalt planarbeid ble også borte. Disse medlemmer vil også understreke at dagens sykehusfinansiering, med stor grad av stykkprisfinansiering av pasientbehandling, ikke bygger opp under samarbeid og ikke er tilpasset behovene som er skapt gjennom samhandlingsreformen. Disse medlemmer viser også til at innføring av ordninger med økonomiske incentiver for samhandling tilsynelatende ikke har hatt tiltenkt effekt. Disse medlemmer merker seg at helse- og omsorgsminister Bent Høie åpner for å fjerne ordningen med betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter (VG, 29. oktober 2019). Disse medlemmer er enig med helseministeren i at det er samarbeid rent konkret om felles tjenester som er det viktige, og ikke å samarbeide om hvem som skal betale regningen. Disse medlemmer mener det trengs en helhetlig evaluering av finansieringsordningene og innføring av finansieringsordninger som favoriserer helhetlige pasientbehandlinger, forebygging og samarbeid. Det første som kan gjøres, er å stoppe praksisen med innsatsstyrt finansiering på sykehusnivå. Disse medlemmer vil minne om at da innsatsstyrt finansiering ble innført, var det tiltenkt en finansieringsmåte for de regionale helseforetakene. På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at de regionale helseforetakene ikke viderefører innsatsstyrt finansiering ned på sykehusnivå eller avdelingsnivå.»

Klart språk i kommunikasjon med pasientene

Komiteen støtter regjeringens mål om at tjenestene skal bruke klart språk i kommunikasjonen med pasientene. Flere ansatte jobber for å bedre språket. På Sykehuset Telemark har ordbok om seksuell helse fra Avdeling for habilitering blitt nominert til «Klarspråkprisen» i 2017. Samtidig viser Dysleksi Norge og Afasi-forbundet til at flere av deres medlemmer ikke kan for-

stå brev fra flere sykehus i Norge. Det er med andre ord fortsatt et godt stykke igjen før vi når målet om klart språk i helsetjenestene. Komiteen mener arbeidet med dette må styrkes betraktelig. Særlig kan det gå ut over personer med dysleksi og afasi som ikke forstår brev fra helsevesenet. Det går ut over behandlingen hvis de ikke møter forberedt til time, og ut over lommeboka når de misforstår innkalling og ikke møter til avtalt time.

4. Psykisk helsevern

4.1 Sammendrag

Alle har både en fysisk og en psykisk helse. Nesten halvparten av oss opplever psykiske vansker i løpet av livet. Regjeringen har styrket tjenestene for mennesker med psykiske helseutfordringer de senere årene. Det er systematisk bygd opp kapasitet og kompetanse både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, og mange får god hjelp. Likevel når ikke hjelpen alle. Dette handler i noen tilfeller om at enkeltes behov for psykiske helsetjenester ikke avdekkes, at hjelpen ikke er godt nok koordinert eller at pasientene ikke blir godt nok involvert i egen behandling. Vi vet heller ikke nok om resultatene av behandlingen og hvordan det går med pasientene. Samtidig skjer det en betydelig fagutvikling på feltet. Det finnes mye kunnskap om både utfordringer og løsninger, og mange pasienter ønsker å ta større del i egen behandling. De regionale helseforetakene er tydelige på prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i de regionale utviklingsplanene. Prioriterte tiltak er blant annet å innføre systemer for å måle effekt av behandling og bedre samarbeid om barn og unge og brukere med alvorlige lidelser. Regjeringen vil bruke dette potensialet for å videreutvikle de psykiske helsetjenestene.

Dette vil ta tid og kreve mye av mange. Det er samtidig nødvendig og vil bidra til bedre liv og bedre helse for de som trenger disse tjenestene. Regjeringen vil utforme sin strategi for utvikling av psykiske helsetjenester gjennom tre hovedgrep:

- Avklare kapasitetsbehov og organisering av psykiske helsetjenester.
- Prioritere kvalitet og fagutvikling i tjenesten.
- Videreutvikle tjenestene basert på bedre arbeidsdeling, samarbeid og bruk av teknologi.

Regjeringen vil i tillegg gi barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov særlig oppmerksomhet. Rusbehandling omtales i meldingen primært knyttet til brukere med alvorlige og sammensatte behov.

Regjeringen understreker at flere av tiltakene i de øvrige kapitlene i meldingen også vil gi bedre tjenester for pasientene i psykisk helsevern, slik som etablering

av helsefellesskap, bedre planlegging, en mer sammenhengende akuttmedisinsk kjede, digitalisering, kompetanse og utvikling av finansieringsordningene.

Utfordringsbildet

Departementet har mottatt mange innspill om utfordringene i psykisk helsevern fra pasienter, helsepersonell, helseforetak, kommuner, etater og forskere. Innspillene trekker i samme retning:

- Det er behov for mer kunnskap om det fremtidige behovet for psykiske helsetjenester og hvordan tjenestene bør organiseres for å dekke dette behovet.
- Det er behov for mer kunnskap om hva som virker, og hvilken nytte pasientene har av behandlingen.
- Det er behov for å videreutvikle tjenestene gjennom bedre samhandling og bruk av teknologi.

Regjeringen vil

- etablere bedre kunnskap om befolkningens fremtidige behov for psykiske helsetjenester for å avklare kapasitetsbehov og organisering
- at helsefellesskapene bør ha særlig fokus på å utvikle gode tjenester for barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- gjennomføre tiltak for å styrke brukermedvirkning og øke kunnskapen om brukernes opplevelser
- legge mer vekt på kvalitet og innhold i tjenesten
- at nye arbeidsformer og metoder skal innføres raskere
- at ambulante tverrfaglige team på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste innføres der det er befolkningsmessig grunnlag for det
- videreutvikle samarbeidet om arbeid og helse
- utrede hvordan avtalespesialistene kan inkluderes i pakkeforløpene
- styrke tilbudet til barn og unge
- styrke tilbudet til brukere med alvorlige og sammensatte behov

4.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at Verdens helseorganisasjon estimerer at psykiske lidelser blir den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i den vestlige verden i 2020. Komiteen viser til at det derfor er viktig å prioritere psykisk helse fremover.

Komiteen er enig med utfordringene skissert i Nasjonal helse- og sykehusplan om at det fortsatt er for store forskjeller i behandlingstilbudet mellom regioner og helseforetaksområder. Det er behov for mer kunnskap om kvaliteten i tjenesten og hvilken nytte pasientene har av behandlingen. Brukere og pårørende må også involveres mer i utviklingen av tjenestene.

Komiteen viser til at det er et behov for å videreutvikle tjenestene gjennom bedre samhandling og bruk av teknologi.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, mener det er behov for mer kunnskap om behovet for psykiske helsetjenester i fremtiden, og er positive til at regjeringen prioriterer dette arbeidet. Flertallet er enig i at kvalitet på tjenestene må styrkes, og at tilbudet til barn og unge og de alvorligst syke skal bli bedre, og mener det er positivt at disse gruppene er blant de som skal prioriteres av helsefellesskapene. Flertallet er positive til å ta i bruk ny teknologi i behandlingen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at regjeringen har innført innsatsstyrt finansiering (ISF) i psykiatrien og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Disse medlemmer viser til at der diagnoser i somatikken er årsaksbaserte, er diagnoser i rusbehandling og psykiatrien som regel symptombaserte. Dermed fungerer innsatsstyrt finansiering, som er basert på diagnoserelaterte grupper, annerledes i psykisk helsevern og i rusbehandling enn i somatikken. Disse medlemmer viser til at diagnoser i psykisk helsevern aldri har vært tenkt brukt som et administrativt verktøy for utbetaling av tilskudd. Disse medlemmer mener innsatsstyrt finansiering i psykisk helsevern og rus vitner om manglende forståelse for psykiatriske diagnoser og arbeidsmåter på feltet. Disse medlemmer er også kritiske til pakkeforløpene for psykisk helse. Mange av de behandlingene som er dokumentert effektive innenfor psykisk helse, slik som firedagersmetoden i Bergen eller det intensive behandlingstilbudet på Modum Bad, er kunnskapsbaserte og gode pasienttilbud som ikke passer inn i pakkeforløpene. Disse medlemmer mener troen på mer bruk av ISF og pakkeforløp innenfor rus og psykiatri vitner om dårlig målstyring på dette feltet, og mener meldingen her peker i feil retning.

Disse medlemmer viser til at Psykologforeningen i sitt innspill har understreket behovet for en kvalitetsreform i psykisk helsevern. Tjenestene bør i større grad styres etter om helsehjelpen bidrar til økt livskvalitet, og om den oppleves som nyttig og hjelpsom. Slik det er nå, måles både psykolog og leder på antall konsultasjoner, epikrisetid og ventetid, men ikke på om folk får det bedre. Disse medlemmer viser til at det er behov for en tillitsreform i sykehusene, som reduserer unødvendig måling og rapportering.

Disse medlemmer viser videre til at Fagforbundet i sitt høringsinnspill peker på at dimensjoneringen av behandlingsplasser innenfor rus og psykiatri ikke er tilfredsstillende. Disse medlemmer peker på at Norsk Sykepleierforbund mener det er behov for et kompetanseløft i døgnavdelingene; 23 prosent av årsverkene i døgnavdelingene i psykisk helsevern utføres

av personell uten helsefaglig utdanning. Riktig kompetanse er avgjørende for kvalitet, behandling og sikkerhet. Det gjelder særlig i de akutte tjenestene i møte med alvorlig syke personer. En fersk kartlegging fra akuttpsykiatrisk avdeling ved OUS viser en 250 prosent økning i registrerte hendelser med vold/trusler/utagering fra 2015 til 2019. NSF påpeker at intensjonene om å styrke kvaliteten i psykisk helsevern og sikre pasientens medbestemmelse forutsetter betydelige investeringer i kompetanse, arkitektur, ledelse, organisering og systemer, samt å ta sykepleiernes kompetanse i bruk på en bedre måte enn i dag.

Den gylne regel

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil påpeke at kostnadsveksten i somatikken har vært fem ganger høyere enn i psykisk helsevern. Disse medlemmer mener det må stilles strengere krav til helseforetakene om konkrete planer for realisering av den gylne regel. Disse medlemmer er bekymret for kapasitetsutfordringer i psykisk helsevern, sterk nedbygging av sengekapasitet, overbelegg, korridorpasienter og tidlig utskriving uten at kommunene er blitt rustet tilstrekkelig for å følge opp pasientene på forsvarlig vis. På denne bakgrunn mener disse medlemmer at psykisk helsevern må rustes opp for å kunne gi pasientene et bedre tilbud. Disse medlemmer viser til at flere helseforetak etablerer tverrfaglige poliklinikker innenfor somatikk og psykisk helsevern med tilstedeværende Nav-koordinatorer, og er positive til denne utviklingen. Disse medlemmer er kritiske til at regjeringen i meldingen skyver kartleggingen av kapasitetsbehovet frem i tid, samtidig som flere helseforetak er i gang med å planlegge eller gjennomføre kutt i sengekapasiteten i psykisk helsevern.

Disse medlemmer mener derfor regjeringen ikke lenger bare kan vise til den gylne regel, og fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en reell opptrappingsplan for psykiatrien.»

Disse medlemmer viser til føringer i tidligere sykehusplaner hvor døgnplasser innenfor psykisk helsevern skulle prioriteres på DPS-nivå. De siste årene har vi imidlertid sett en nedbygging av elektive sengeplasser på DPS-nivå. Eksempelvis er to av tre elektive poster med til sammen ca. 20 sengeplasser nedlagt ved døgnseksjonen Sikta, Asker DPS. Samlet er over 800 sengeplasser i psykisk helsevern nedlagt siden regjeringen Solberg tiltrådte i 2013.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil påpeke at utfordringene innenfor psykisk helsevern ikke bare

handler om behandlingskapasiteten. Disse medlemmer viser til at Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti i 2018 stemte for å be regjeringen legge frem en egen stortingsmelding om psykisk helsevern, jf. Dokument 8:105 S (2017–2018). Dette forslaget ble, foruten reduksjonen i døgnkapasitet, fremmet på bakgrunn av utfordringer med underbemanning innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, underdekning av behovet for psykisk helsehjelp til barn i barnevernet, ustabil bemanning og mangel på psykiatere ved flere distriktpsykiatriske sentre, underforbruk av psykiske helsetjenester blant eldre og svekket kapasitet i sikkerhetspsykiatrien, for å nevne noe. Forslaget ble dessuten fremmet ut fra en oppfatning om at regjeringen mangler en helhetlig plan for psykisk helsevern i møte med disse utfordringene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil påpeke at Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 i svært liten grad svarer på utfordringene som ble påpekt i representantforslaget, og at virkelighetsbeskrivelsen i all hovedsak er like aktuell i dag som da forslaget ble fremmet.

På denne bakgrunnen fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge frem en stortingsmelding om psykisk helsevern.»

Døgnbehandling

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, viser til at det i Nasjonal helse- og sykehusplan fremkommer at det fremtidige behovet for psykiske helsetjenester, herunder behov for døgnbehandling, skal analyseres. Dette er nødvendig for å få enda bedre kunnskap om hvordan den psykiatriske helsetjenesten skal dimensjoneres og organiseres fremover. Flertallet viser til at regjeringen derfor har gitt Helsedirektoratet og helseregionene i oppdrag å utarbeide en analyse av befolkningens behov for psykiske helsetjenester. Dette inkluderer selv sagt også behovet for døgnplasser.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at det samtidig fortsatt skjer en viktig omstilling og utvikling mot en mer åpen og utadrettet tjeneste. Det har vært en vekst på nærmere 2 500 årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid de siste tre årene, og kommunene har nå et lovpålagt krav om psykologkompetanse. 93,8 pst. av kommunene har dette nå.

Dette flertallet viser til at regjeringens satsing på tverrfaglige oppsøkende behandlingsteam har doku-

mentert effekt for mennesker med omfattende psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Det er nå etablert over 70 ACT- og FACT-team på landsbasis, fordelt på alle helseregionene.

Dette flertallet påpeker at selv om regjeringen over flere år har bygget ut tilbudet innenfor psykisk helse, er det fortsatt mye som kan bli bedre.

Dette flertallet viser til at det i revidert nasjonalbudsjett for 2019 ble bevilget 5 mill. kroner til utvikling av digitalt mestringsverktøy i kommunene, for plager som angst, depresjon og søvnvansker. I oppfølgingen av opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse vil regjeringen igangsette en pilot for lavterskel behandling av psykiske helseutfordringer hos unge. Dette flertallet viser til at regjeringen også vil utrede samarbeidsløsninger for dialog mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten før og under henvisning til barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), slik at barn og unge får rask og god hjelp på riktig sted.

Dette flertallet understreker at antall døgnplasser i barne- og ungdomspsykiatrien har vært relativt stabilt gjennom en årrekke. Antallet var nede på 301 i 2014, men har deretter økt til 310 i 2018. Den gjennomsnittlige ventetiden har gått ned hvert år siden 2013. Innenfor psykisk helsevern for voksne har ventetidene gått ned med ni dager, og innenfor psykisk helsevern for barn og unge har ventetidene gått ned med syv dager. Behandlingskapasiteten i psykisk helsevern voksne har totalt sett økt. Dette flertallet er i likhet med tjenestene opptatt av at døgnkapasiteten innenfor psykisk helsevern er tilstrekkelig for å imøtekomme behovet.

Dette flertallet viser til at Norge har et godt utbygd tjenestetilbud innenfor psykisk helse, også i internasjonal sammenheng. Tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser har fått en langt større bredde og kapasitet de siste tiårene. Organiseringen av tjenestetilbudene i Norge utvikler seg i samme retning som i andre land og i tråd med anbefalinger fra WHO. Hovedprinsippene i utviklingen er mindre bruk av institusjoner, desentralisering og integrering av tjenestetilbud lokalt der pasientene bor.

Dette flertallet viser til at det i forbindelse med oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan vil bli vurdert om prioriteringsregelen kan gjøres mer treffsikker for å understøtte ønsket utvikling av tjenesten. Regelen som sådan skal videreføres.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti merker seg at regjeringen i Nasjonal helse- og sykehusplan erkjenner nødvendigheten av «mer kunnskap om behovet for psykiske helsetjenester», blant annet for å «fremskrive behovet for dag- og døgn-tjenester, poliklinikk og ambulante tjenester». Disse medlemmer konstaterer at regjeringen dermed

mangler denne kunnskapen i dag. Disse medlemmer mener det er sterkt bekymringsfullt at det flere steder i landet foregår en nedbygging av døgnkapasiteten i psykiatrien, samtidig som regjeringen erkjenner at den ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvor stort behovet er, og kommer til å være, for ulike psykiatriske helsetjenester.

Disse medlemmer viser til at Helse Møre og Romsdal HF i august 2019, bare få måneder før Nasjonal helse- og sykehusplan ble lagt frem, la ned Sjøholt DPS. Disse medlemmer merker seg at samme helseforetak nå vurderer kutt i døgntilbudet innenfor alderspsykiatrien (Sunnmørsposten 17. januar 2020). Disse medlemmer registrerer at nedleggelsen kom som et av mange sparetiltak i foretaket. Disse medlemmer viser til at det i Sykehuset Innlandet HF pågår en prosess med å legge ned døgnplasser ved distriktspsykiatriske sentre (DPS) i Nord-Gudbrandsdalen og Valdres. Disse medlemmer viser til at kuttene i DPS-tilbudet ble besluttet av foretaket høsten 2018, som et av flere sparetiltak.

Disse medlemmer er kjent med argumentasjonen om at reduksjonen av sengeplasser i psykiatrien skyldes en faglig ønsket utvikling vekk fra døgnbehandling over til poliklinisk og ambulerende tilbud. Disse medlemmer er bekymret for at denne utviklingen har gått for langt, og viser til Dokument 8:60 (2018–2019) om å stoppe nedbygging av sengeplasser og øke døgnkapasiteten i psykisk helsevern. Disse medlemmer mener dessuten at kuttplanene til Sykehuset Innlandet HF og Helse Møre og Romsdal HF viser at det kuttes i psykiatrien ut fra en økonomisk motivasjon, snarere enn en faglig motivasjon. Disse medlemmer mener det tegner seg et mønster der helseforetakenes behov for kortsiktige innsparinger ofte fører til kutt i det psykiatriske døgntilbudet. I en slik situasjon mener disse medlemmer det er problematisk at kartleggingen av behovet for psykiatriske helsetjenester skyves frem i tid, samtidig som helseforetakene får fortsette å kutte i tilbudet.

På denne bakgrunnen fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at helseforetakene ikke planlegger eller gjennomfører nedleggelse av døgnplasser innenfor psykisk helsevern før Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har lagt frem sin analyse av befolkningens fremtidige behov for psykiske helsetjenester.»

Disse medlemmer registrerer at prioriteringsregelen «den gylne regel» skal vurderes i oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan. Disse medlemmer mener dette er enda et eksempel på at stortingsmeldingen skyver de viktigste grepene ytterligere frem i

tid. Disse medlemmer mener vurderingen av prioriteringsregelen burde ha vært gjort før Nasjonal helse- og sykehusplan ble lagt frem, og at regjeringens eventuelle justeringer eller endringer av regelen burde ha vært beskrevet i meldingen.

Disse medlemmer viser til doktorgradsavhandling ved NTNU, «Effects of a Self-referral to Inpatient Treatment Program in Mental Health», som viser til at pasientene får økt autonomi med brukerstyrte sengeplasser. Antall innleggelsesdager i DPS var det samme med brukerstyrte sengeplasser, men varigheten av innleggelsene var kortere enn for dem som fikk vanlig behandling.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om å innføre flere brukerstyrte senger.»

Selv-mord

Komiteen viser til at 4 000 til 6 000 personer behandles i det norske helsevesenet for selvmordsforsøk årlig, ifølge Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Personer som har vært innlagt etter selvmordsforsøk, har høy risiko for nye forsøk, særlig det første året etter utskrivelse. Personer som har forsøkt å ta sitt eget liv, har høy risiko for nye selvmordsforsøk. Komiteen viser til SINTEFs rapport hvor det kom frem at over halvparten av norske kommuner ikke har de rutiner og prosedyrer som skal til for å sikre forsvarlig helsehjelp og en trygg oppfølging av de som har forsøkt å ta sitt eget liv. Rapporten viser også at samhandlingen internt mellom kommunens egne tjenester er mangelfull.

Komiteen viser til at regjeringen skal legge fram en ny handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading våren 2020. Komiteen mener denne pasientgruppen må få en trygg oppfølging og at vi som samfunn kan gjøre mer for å forebygge selvmord og selvskading. Mye har vært sagt om viktigheten av å oppsøke hjelp. Men vi vet også at halvparten av de som tar sitt eget liv, ikke har oppsøkt hjelp. Det er derfor viktig at alle barn og unge lærer mer om livsmestring tidlig i livet.

Komiteen viser til programmet Youth Aware of Mental Health (YAM). Yam er utviklet av Karolinska Institutet i samarbeid med University of Columbia og har vært prøvd ut blant 11 000 studenter i elleve EU-land over en periode på ett år. SEYLE-studien viser at Yam har bidratt til å redusere depressive tanker, selvmordstanke og -handlinger hos unge mennesker med hele 50 prosent. Programmet gir unge mennesker språk og handlingsalternativer til å håndtere vanskelige situasjoner, stress og kriser. Det fremmer samtale og diskusjon, utvikler ferdigheter for å møte livets vanskeligheter og øker kunnskap om psykisk helse. Problemløsende evner og emosjonell intelligens utvikles også, for eksem-

pel hvordan man håndterer egne og andres følelser og relasjoner, samt empati. Målgruppen er skoleelever i alderen 14–16 år, og programmet anbefales av Mental Helse. Yam gjør det mulig å oppdage elever som er selvmordsnære.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til rapporten «Selvmord under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017», utarbeidet av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging ved Universitetet i Oslo. Rapporten viser at 40 prosent har hatt døgnopphold innenfor TSB siste året før de tok livet sitt. Mange av innleggelsene var imidlertid korte, 30 prosent under en uke. Disse medlemmer mener dette indikerer et behov for døgnplasser og for et styrket ettervern i rusomsorgen. Det er fortsatt store utfordringer med det integrerte ettervernet, og behov for at de regionale helseforetakene får tydelig beskjed gjennom oppdragsbrevene om å styrke ettervernet og sikre bedre samhandling på tvers av nivåer. Disse medlemmer merker seg at vedtak 840 (2018–2019) om integrert ettervern ikke har blitt fulgt opp, og at lovnaden om at det skulle følges opp i oppdragsbrevene, ikke ble fulgt opp.

Disse medlemmer viser til at pakkeforløp for psykisk helse får stryk i ny rapport. Innføring av pakkeforløp har ikke gitt nevneverdige utslag på tid brukt på samhandling, verken med henviser eller kommuner, ifølge den første evalueringen av pakkeforløp for psykisk helse og rus. Behandlere opplever at de ikke har rammer til å gi god og nok behandling. Det vises til dårlige IT-systemer som påvirker og gjør implementeringen vanskeligere. Disse medlemmer mener det er alvorlig at regjeringen innførte pakkeforløp innenfor psykisk helsevern uten at rammene for dette var på plass.

Fritt behandlingsvalg

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at motstanden mot fritt behandlingsvalg først og fremst rammer pasienten. Over 25 000 pasienter har allerede benyttet seg av muligheten til å velge akkurat det behandlingsstedet som passer best for dem. Det offentlige tar regningen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er kritiske til regjeringens bruk av fritt behandlingsvalg (FBV) og mener ressursene heller burde gå til å styrke behandlingstilbudet i det offentlige, og til å sikre bedre informasjon, slik at det frie sykehusvalget blir lettere å benytte for flere. Disse medlemmer viser til at Helse Sør-Øst høsten 2019 sendte brev til hel-

seministeren om at det finnes eksempler på leverandører som ikke har nådd opp i regionale anbudskonkurranser, men som har søkt og fått opprettede tilbud innenfor fritt behandlingsvalg-ordningen. I henvendelsen vises det også til at leverandører av helse tjenester innenfor rusbehandling som har avtale med RHF-et, sliter med å fylle plasser og får økonomiske utfordringer på grunn av ordningen. Disse medlemmer viser også til en sak hvor en rusinstitusjon innenfor ordningen ble stengt etter å ha mistet godkjenningen, og Helse Sør-Øst måtte overta ansvaret for pasientene på kort varsel. Disse medlemmer er derfor av den oppfatning at fritt behandlingsvalg ikke hver det faglige nivået innenfor psykiatri og rus, men snarere bidrar til å svekke det.

Sikkerhetspsykiatri

Komiteen registrerer at det helt siden 1990-tallet, da det ble opprettet lokale og regionale psykiatriske sikkerhetsposter, har vært planer om å øke kapasiteten. I enkelte helseforetak har det oppstått situasjoner der det ikke har vært nok kapasitet med tanke på sikkerhetssenger. Komiteen er klar over at stadig flere dømmes til tvungent psykisk helsevern. Det kan medføre at andre pasienter får mindre tilgang til døgnbehandling. Komiteen viser til at det er planer om å bygge ut tilbudet flere steder. Det kan også være behov for bedre pasientforløp, samt å etablere botilbud i kommunene i samarbeid med spesialisthelsetjenesten for pasienter som ikke klarer å nyttiggjøre seg ordinære tjenester.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, understreker derfor viktigheten av oppdraget om analyser og fremskrivninger i psykisk helsevern og rusbehandling, som er gitt i forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette blir et viktig verktøy for å dimensjonere og organisere tilbudet fremover, også behovet for sikkerhetspsykiatriske tilbud. Analysene skal ta utgangspunkt i anbefalinger fra Helsedirektoratet om ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti hadde forventet at Nasjonal helse- og sykehusplan som varslet skulle ha psykisk helsevern som et hovedområde, og at meldingen dermed hadde inneholdt en plan for nødvendig styrking av sikkerhetspsykiatrien i Norge. Disse medlemmer viser til Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015, OUS, som rapporterte at fire av ti pasienter får avslag på henvisning om innleggelse i sikkerhetspsykiatrisk avdeling. Disse medlemmer har grunn til å tro at dette ikke har endret seg, og at konsekvensen er at alvorlig psykisk syke pasienter

i dag ikke får den behandlingen og oppfølgingen de trenger. Disse medlemmer mener at det nå haster med en gjennomgang av kapasitetsbehovet i psykisk helsevern.

Disse medlemmer merker seg at det er en økning i antall mennesker ved psykiatriske heldøgns avdelinger som er dømt til tvungent psykisk helsevern. Dette kan bli en utfordring i helseforetakene av flere årsaker. Disse medlemmer er kjent med utfordringen med at dette krever spesiell kompetanse, særlig med tanke på å friskmelde denne pasientgruppen. Videre at denne pasientgruppen ikke bare er en fare for seg selv, men også for samfunnet, noe som krever spesiell oppfølging. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med sak om plan for pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern.»

Disse medlemmer viser til at Stortinget har gjort lovendringer for at flere kan dømmes til behandling i psykisk helsevern. Disse medlemmer mener at disse lovendringene og konsekvensene dette har hatt for kapasiteten i psykisk helsevern, bør evalueres.

Disse medlemmer viser til regjeringens ti punkter for å bedre det psykiske helsevernet i Norge. Disse medlemmer er enig med målene, men hvis psykisk helse ikke får ressursene det trenger, er disse målene ikke mye mer enn et luftslott. Helsedirektoratets gjennomgang av regjeringens praktisering av den gylne regel viser at økningen til psykisk helsevern var fem ganger mindre enn økningen til somatisk helse. Disse medlemmer mener psykisk helsevern må prioriteres, og viser til at det er nå vi trenger flere folk på jobb i faste, hele stillinger.

Barn og unge

Komiteen mener at barn og unge som har det vondt, skal få god hjelp. Godt psykisk helsevern krever dyktige ansatte, men også systemer som gjør det trygt å snakke åpent og sant. Barn og unge må vite at det er trygt å snakke, og at informasjonen de gir fra seg, ikke går videre uten at de er med på å styre det. Å dele personlige og ofte tunge hemmeligheter er vanskelig for alle. Fire av fem av PsykiskhelseProffene i Forandringsfabrikken forteller at de ikke har fortalt selv psykologen eller psykiateren det aller vondeste, som kan være den egentlige grunnen til at de trenger hjelp. En viktig grunn til det er uro for at informasjonen går videre, forteller de. Det betyr at hjelpen de får, blir langt mindre nyttig. Da må systemet bli bedre, så flere kan få bedre hjelp.

Komiteen mener det er svært viktig at det er gode rutiner for at man reelt sett har mulighet til å trygge barn og unge og sikre at det foreldrene ikke bør få inn-

syn i, heller ikke videreformidles til foreldrene elektronisk. Komiteen har en helt tydelig forventning om at ethvert elektronisk system har enkle og intuitive programmer som på en enkel måte kan sperre deler av innholdet i en journal for innsyn. Helsepersonell må også gis grundig opplæring i unntaksbestemmelsene, for å unnta informasjon fra foreldrene, og det må legges til rette for at helsepersonell både har tid og rom til å gjøre disse viktige vurderingene. Komiteen mener det er viktig og hensiktsmessig at det følges nøye med på om foreldres innsyn i elektroniske journaler får uheldige utslag som kan svekke barn og unges tillit til helsetjenesten.

Komiteen mener at vold og overgrep mot barn er en samfunnsutfordring som må møtes med tidlig innsats. Det innebærer at det må være trygt for et barn når det velger å dele vonde erfaringer, og det må etterstrebes at barnet skal ha kontroll på sin egen informasjon.

Komiteen fremmer på bakgrunn av dette følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det er trygt for barn å dele vonde erfaringer og at barnet skal ha kontroll på sin egen informasjon. Det skal være gode rutiner på plass for å sørge for at deler av barnets journal enkelt kan sperres for innsyn. Det skal gis god opplæring for helsepersonell, og det må være tid og rom til å gjøre disse vurderingene.»

Komiteen viser til at Helsedirektoratet utarbeider forslag til nasjonale føringer for foreldres elektroniske innsyn i barns pasientjournal i spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at det ikke har blitt gjort en grundig gjennomgang av helselovgivning ved inkorporering av barnekonvensjonen, bare en sporadisk gjennomgang. Menneskerettighetene er dynamiske, og dette gjør det nødvendig å foreta en ny gjennomgang for å se om norsk helselovgivning er i samsvar med barnekonvensjonen. Disse medlemmer er bekymret for at norsk praksis kan komme i utakt med folkeretten dersom særlovgivningen ikke er i samsvar med barnekonvensjonen.

Komiteen fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå helselovgivningen for å sikre at denne er i tråd med FNs barnekonvensjons prinsipper om barns rett til å bli hørt, beslutninger til barns beste og barns rett til privatliv.»

5. Akuttmedisinske tjenester

5.1 Sammendrag

Regjeringens mål er å sikre et sammenhengende system for akutte tjenester i og utenfor sykehus – som gir tilstrekkelig trygghet og kvalitet.

Regjeringen har gjennomført betydelige tiltak for å styrke de akuttmedisinske tjenestene, blant annet gjennom akuttmedisinforskriften og oppfølgingen av NOU 2015: 17 Først og fremst. Sammen med de regionale helseforetakenes utviklingsplaner og Helsedirektoratets strategiske plan for akuttmedisinske tjenester gir dette et godt grunnlag for å videreutvikle de akuttmedisinske tjenestene fremover. Regjeringen vil gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 fortsette arbeidet med å styrke kapasitet og kompetanse i de akuttmedisinske tjenestene. Det handler blant annet om å legge til rette for gode pasientforløp i akuttmottakene, sikre en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede utenfor sykehus, fortsette satsingen på førstehjelp i befolkningen og utvikle god styringsinformasjon og bedre kunnskap om tjenesten. Ny teknologi legger til rette for å gi avansert behandling prehospitalt, og kan flytte tjenestene nærmere pasienten.

Status for akuttmedisinsk beredskap

Norge har en god akuttmedisinsk beredskap. Tall fra OECD viser at norske behandlingsresultater er blant de beste ved akutt hjerteinfarkt og hjerneslag. Helsepersonell er raskt på plass og gir kvalifisert helsehjelp ved alvorlig sykdom eller skade. Fire av fem pasienter med hjertestans får hjerte- lungeredning (HLR) før ambulansen kommer, noe som er det høyest rapporterte i verden. Tall fra Norsk hjertestansregister viser at ambulansen i gjennomsnitt er fremme hos pasienten innen ni minutter ved hjertestans. Det er et godt resultat med Norges utfordrende geografi og bosettingsforhold. Det prehospitale mulighets- og ansvarsrommet er utvidet, og teknologi gir nye muligheter for å gi pasientene raske og bedre behandling.

Det er de regionale helseforetakene og kommunene som har ansvaret for den akuttmedisinske beredskapen. De akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus består av kommunal legevaktordning, bil-, båt- og luftambulanse og nødmeldetjenesten (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og legevaktsentraler) samt øvrige kommunale øyeblikkelig hjelp-tjenester. Hjemmesykepleien spiller også en viktig rolle, og kan være først fremme når det er behov for akutthjelp. I sykehus omfatter akuttberedskapen somatiske akuttmottak, akutt behandlingstilbud i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern, herunder ambulante akutteam og brukerstyrt innleggelse. Andre nødetater og frivillige organisasjoner spiller også en viktig rolle i akuttberedskapen.

En sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede

Sentralisering av sykehusfunksjoner, samling av spesialiserte akutttilbud ved færre sykehus, større legevaktstrikter og færre og større ambulansestasjoner har vært nødvendig for å sikre kvalitet og kompetanse i alle ledd i den akuttmedisinske kjeden. Det kan samtidig gi utfordringer med å sikre tilstrekkelig nærhet til de akuttmedisinske tjenestene. Akuttmedisinforskriften slår fast at kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden. Det betyr at helseforetak og kommuner må samarbeide om lokalisering av legevaktstasjoner, ambulansestasjoner mv. for å sikre tilgjengelige tjenester for befolkningen og for at tjenestene dimensjoneres for å møte utviklingen i det øvrige tilbudet. Flere helseforetak og kommuner har utviklet et godt samarbeid om de akuttmedisinske tjenestene, men fortsatt kan samhandlingen bli bedre. Regjeringen vil derfor at helseforetakene, i samarbeid med kommunene i helsefelleskapene, gjennomgår de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus i neste utviklingsplan.

For å kunne understøtte utviklingen av en helhetlig akuttkjede, er det behov for å utvikle styringsinformasjon og sammenliknbare data. Helsedirektoratet har utarbeidet en strategisk plan for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som skal bidra til dette. Andre satsingsområder i strategien er å styrke kompetanse, samarbeid og samhandling og utvikling av tjenester som gir god kvalitet og bedre ressursutnyttelse i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Pasientgrupper som ikke får et godt nok tilbud i dag på grunn av psykisk sykdom og rusrelaterte lidelser, inngår i strategisk plan. Strategien er veiledende og er et viktig tiltak som skal understøtte arbeidet med å utvikle tjenestene i kommuner og helseforetak.

Regjeringen vil:

- styrke kompetanse, innsikt og forståelse, samarbeid og samhandling og sikre god ressursutnyttelse i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus
- at helseforetakene, i samarbeid med kommunene i helsefelleskapene, gjennomgår akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i neste utviklingsplan
- at kompetansetjenestene innenfor beredskap, akuttmedisin og katastrofemedisin i spesialisthelsetjenesten gjennomgås
- at regelverket for båttambulansen gjennomgås i lys av akuttutvalgets utredning
- at organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene gjennomgås, og at tiltak inngår i neste utviklingsplan for helseforetakene
- at den nasjonale veilederen Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak blir revidert

- at Helsedirektoratet, i samråd med helseregionene, vurderer hvilken styringsinformasjon som vil være særlig egnet til å understøtte ønsket utvikling av akuttmottakene, og at det legges til rette for at denne styringsinformasjonen gjøres tilgjengelig for lokal og nasjonal bruk

5.2 Komiteens merknader

Komiteen mener befolkningen skal være trygg på at den får kompetent og rask hjelp ved akutt sykdom og skade. Kvalitet og kompetanse skal sikres, men det kan samtidig gi utfordringer med å sikre tilstrekkelig nærhet til de akuttmedisinske tjenestene.

Komiteen viser til tiltaket i Nasjonal helse- og sykehusplan om at helseforetakene i samarbeidet med kommunene skal gjennomgå de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Dette skal gjøres i helsefelleskapene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at vi har en god akuttmedisinsk beredskap i Norge. Vi er i verdenstoppen når det gjelder behandling av hjerteinfarkt og hjerneslag. Det tyder på en velfungerende akuttkjede. Samtidig er flertallet opptatt av at samhandlingen i den akuttmedisinske tjenesten skal bli bedre, og viser til at regjeringen skal gjennomgå de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Det skal være like god akutt helsehjelp for mennesker med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser som for dem med somatisk sykdom.

Komiteen mener vi i større grad må ta i bruk ny teknologi i den akuttmedisinske tjenesten. Det kan gi mulighet for tidligere diagnostikk og behandling utenfor sykehus.

Komiteen viser til at befolkningen er en viktig ressurs som kan iverksette livreddende førstehjelp. Komiteen ønsker å følge opp den nasjonale førstehjelpsstrategien «Sammen redder vi liv» med en strategi for hvordan vi skal sørge for at flere får opplæring i førstehjelp.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at regjeringen har fremmet en nasjonal førstehjelpsstrategi, «Sammen redder vi liv». Disse medlemmer viser til at behovet for en slik strategi også ble tatt opp i NOU 2015:17 Først og fremst. Utvalget så på befolkningens kunnskap, evne og villighet til å yte livreddende førstehjelp som viktig for den akuttmedisinske kjeden, og foreslo en rekke konkrete punkter for å styrke førstehjelpskunnskapen i befolkningen, blant annet med en satsing i barnehage og skole, i arbeidslivet, i førstegangstjenesten og i utdanningene. Disse medlemmer viser til at regjeringen ikke valg-

te å følge opp NOU-en med en egen stortingsmelding, og oppfatter at regjeringens førstehjelpsstrategi ikke inneholder konkrete tiltak, som NOU-ens foreslåtte førstehjelpsstrategi. Disse medlemmer mener det er behov for en ny og revidert førstehjelpsstrategi som følger opp anbefalingene fra akuttutvalget.

Disse medlemmer viser til vedtak nr. 21 av 15. november 2018:

«Stortinget ber regjeringen legge frem en stortingsmelding om de prehospitaltjenestene og hele den akuttmedisinske kjeden basert på NOU 2015:17 Først og fremst.»

Disse medlemmer viser til behandlingen av Dokument 8:225 S (2017–2018), jf. Innst. 32 S (2018–2019), der et mindretall bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti påpeker at en slik melding «blant annet må ha som mål å utrede behovene for bil-, båt- og luftambulanse samlet, der man ser på behovene for kapasitet og basestruktur under ett,» og at en slik melding må vurdere lovhjemler om krav til responstider. Disse medlemmer mener regjeringens melding om Nasjonal helse og sykehusplan ikke kan sidestilles med en egen stortingsmelding om prehospitaltjenester. I denne meldingen utredes ikke behovene for bil-, båt- og luftambulanse, og det ses ikke på kapasitet og basestruktur, herunder behovet for etablering av baser i Innlandet, Bykle/Vinje og Kirkenes. I tillegg er det ikke gjort noen utredning av krav til responstider, ut over å peke på at dette vil kunne «innebære utfordringer». Disse medlemmer mener det er viktig at helseforetakene i samarbeid med kommunene skal gjennomgå den akuttmedisinske tjenesten utenfor sykehus, men vil understreke at dette ikke erstatter behovet for en helhetlig gjennomgang av den akuttmedisinske kjeden basert på NOU 2015:17 Først og fremst. Disse medlemmer mener dermed at Stortingets vedtak ikke er fulgt opp, og fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen følge opp vedtak nr. 21 av 15. november 2018 og legge frem en stortingsmelding om de prehospitaltjenestene og hele den akuttmedisinske kjeden basert på NOU 2015:17 Først og fremst.»

Disse medlemmer viser til at det i meldingen hevdes at «det viktigste ved akutte hendelser er å få kompetent hjelp fram til pasienten, uavhengig av om det er ambulansetjeneste eller annen helsehjelp». Disse medlemmer er uenige i at det er vilkårlig hva slags helsehjelp som ankommer hendelsesstedet. Disse medlemmer viser til at ved tidskritisk sykdom eller skade er det av avgjørende betydning å få pasienten raskt til sykehus, samt stabilisere og trygge pasienten frem til ankomst til sykehuset. Disse medlemmer

konstaterer at denne oppgaven tilhører ambulansetjenesten – ikke andre deler av det offentlige tjenestetilbudet.

Disse medlemmer er bekymret for at regjeringen dermed fraskriver helseforetakene ansvaret for å hjelpe akutt syke og skadde pasienter utenfor sykehus. Disse medlemmer viser til Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskaps Brannstatistikk 2018, som viser at brann- og redningstjenesten rykket ut på 6 505 helseoppdrag i 2018, og at dette er den hyppigste typen oppdrag sett bort fra brann. Disse medlemmer minner om at legevakttjenesten allerede er svært presset, og viser til tall fra Nasjonalt kompetansesenter for legevakttmedisin som viser at én av ti legevakter på landsbasis har problemer med å rekruttere leger og sykepleiere til tjenesten. Disse medlemmer viser til at denne utfordringen er størst i de nordligste fylkene, der reiseavstandene er lengst og man følgelig er mest avhengig av en velfungerende ambulansetjeneste. Disse medlemmer blir derfor bekymret av regjeringens signaler om at ansvaret ved akutte hendelser i enda større grad skal legges over på de kommunale tjenestene. I 2018 ble det gjennomført 750 185 ambulansoppdrag. Det er en økning på 23 914 oppdrag eller 3,29 prosent fra 2017. Bilambulansetjenesten håndterte nesten hele oppdragsmengdeøkningen på 23 914 oppdrag fra 2017 til 2018. Denne økningen har bilambulansetjenesten tatt med bare én ekstra ambulanse i forhold til 2017. Selv om luftambulansetjenestens andel (2,48 prosent) av alle ambulansoppdrag står stille, økte kostnadene med 11,27 prosent fra 2017 til 2018.

Disse medlemmer peker på at det er et mål for spesialisthelsetjenesten at ambulansen i 90 prosent av alle utrykninger skal være fremme på hendelsesstedet innen de anbefalte responstidene på henholdsvis 12 og 25 minutter. Disse medlemmer viser til at dette målet ikke er nådd i det store flertallet av norske kommuner, ifølge statistikk fra Helsedirektoratet. Disse medlemmer viser til at Helsedirektoratet ifølge meldingen «vil vurdere om det, ved siden av responstider for ambulansetjenesten, skal innføres flere kvalitetsindikatorer for den akuttmedisinske kjeden». Disse medlemmer mener det er bekymringsfullt hvis regjeringen dermed skal gå bort fra det som hittil har vært et tydelig mål, nemlig at responstidene for ambulansetjenesten skal oppnås.

Disse medlemmer viser til at flere helseforetak for tiden planlegger eller vurderer å kutte i ambulansetilbudet. Disse medlemmer viser til at flere steder – som i Helse Møre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Finnmarkssykehuset HF – ligger det en tydelig økonomisk motivasjon bak kuttene, ettersom de inngår blant en rekke innsparingstiltak. Disse medlemmer mener det er bekymringsfullt at mange helseforetak planlegger eller gjennomfører kutt i ambulansetil-

budet, samtidig som man over hele landet har problemer med å oppfylle responstidsmålene.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil påpeke at det allerede er et mål at ambulansetjenesten skal oppfylle responstidsmålene, og mener det er en fallitterklæring at regjeringspartiene aksepterer at målene uthules på grunn av svak sykehusøkonomi. Dette medlem viser for øvrig til Senterpartiets alternative statsbudsjett for 2020, hvor det foreslås å styrke sykehusbudsjettene med én milliard kroner, hvorav 500 mill. kroner til ambulansetjenesten, lokalsykehus og fødetilbud.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at en kartlegging gjennomført av LHL og Ambulanseforbundet i 2017 viser at antall ambulanser har sunket med 14 prosent siden 2002, samtidig som folketallet i Norge har økt med 14 prosent i samme tidsperiode. I løpet av disse 15 årene har også oppdragsmengden for ambulansetjenesten i Norge økt med 46 prosent. Disse medlemmer viser til at selv om det har vært en betydelig aktivitetsvekst i ambulansetjenesten, er det også ambulansestasjoner i spredt bebygde strøk med stagnasjon og reduksjon i antall oppdrag. Ved enkelte helseforetak blir ikke aktiv flåtestyring tatt godt nok i bruk. Dette er et viktig virkemiddel i samtidighetskonflikter, altså der flere hendelser inntreffer samtidig. Disse medlemmer mener det er for stor variasjon rundt i landet knyttet til både kompetanse, personell og utstyr i bilene. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag til forskriftsfestede responstider for blåstjenestene, som fastsetter hvilke responstider som skal gjelde, og hvilke krav som skal settes til utstyr og faglig kompetanse i tjenesten.»

Disse medlemmer viser til at Stortinget i 2000 vedtok veiledende responstider for ambulanser ved akuttoppdrag. Kvalitetsindikatoren, som angir tiden fra AMK varsles, til ambulanse er på hendelsessted, har ikke vært oppdatert siden 2017. Disse medlemmer mener at det er påfallende at Helsedirektoratet etter 2017 ikke har offentliggjort en samlet framstilling av resultater for responstider fordelt på fylker og kommuner.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til at Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i dag gjør et omfattende og viktig arbeid med forberedelser til håndtering av pandemier, både med behandling og eventuell vaksinasjon. Den norske legeforening ønsker å delta nært i dette arbeidet som følge av den sentrale rollen i kontakten med pasientene.

Det er særlig fastlegene som må bære et stort ansvar med mange pasientkontakter i utøvende behandling, rådgivning og informasjon til pasienter og pårørende når sykdom rammer. Dette medlem fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen etablere en modell for effektiv massevaksinasjon, med en effektiv logistikk for invitasjon til prioritert vaksinerings av kjente risikogrupper først.»

Redningstjenester og akutthjelpere

Komiteen viser til at brann- og redningstjenestene utgjør en viktig del av akuttberedskapen ved ulykker og akuttmedisinske hendelser, særlig i distriktene. Det er derfor viktig å avklare prinsipielt oppgaveporteføljen for brann- og redningstjenesten, helsevesenet og politiet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil fremheve at brann- og redningstjenesten og frivillige redningsorganisasjoner gjør en svært viktig innsats når akutte hendelser oppstår. Disse medlemmer registrerer at stortingsmeldingen peker på akutthjelpere som et nyttig tilskudd i den akuttmedisinske kjeden, særlig i områder med store avstander hvor det tar lengre tid før ambulansen kommer frem. Disse medlemmer registrerer videre at meldingen peker på Helsedirektoratets nasjonale veileder for akutthjelpere, som ble sendt på høring sommeren 2019, hvor det blant annet foreslås følgende:

«Helseforetak med AMK-funksjon har ansvar for å vurdere behovet for akutthjelperordninger innenfor eget ansvarsområde. Helseforetakene har ikke selv ansatt personell som utøver virksomhet som akutthjelpere, og må derfor inngå avtaler med andre virksomheter eller organisasjoner om å etablere og drifte ordninger med akutthjelpere. Kommunene har ansvar for å samarbeide med helseforetakene og skal legge til rette for etablering og drift av akutthjelperordninger basert på kommunale ressurser.»

Disse medlemmer registrerer at det foreslås en modell der det er helseforetakene som skal avgjøre hvor akutthjelperne skal være plassert, mens det er kommunene som må stille med ressursene. Disse medlemmer vil påpeke at denne modellen forsterker den skjevheten og maktubalansen i favør helseforetakene som allerede oppleves i mange kommuner.

Disse medlemmer vil gjenta at det flere steder planlegges eller gjennomføres økonomisk motivert sentralisering av ambulansetjenesten. Disse medlemmer er bekymret for at akutthjelperordningen, slik den foreslås i høringsnotatet, kan brukes som et påskudd for ytterligere sentralisering ved at helseforetakene etablerer akutthjelpere i områder hvor ambulanse-

tilbudet legges ned. Denne bekymringen forsterkes av at det er helseforetakene, som ofte har en økonomisk motivasjon for å legge ned ambulanseberedskap, som alene gis ansvaret for å vurdere behovet. Disse medlemmer understreker derfor at akutthjelpere ikke må erstatte de ordinære akuttmedisinske tjenestene, men komme i tillegg.

Disse medlemmer registrerer at det er kommet en rekke kritiske høringsinnspill til utkastet. KS kritiserer Helse- og omsorgsdepartementet for å utvise feil lovforståelse ved å hevde at et oppdrag til de regionale helseforetakene om å etablere en akutthjelperordning er forpliktende for kommunene. KS påpeker også at en mer formalisert akutthjelperordning kan medføre ytterligere oppgaveforskyvning fra helseforetakene til kommunene, uten at det er diskutert hvilke konsekvenser det får for ressursbruk og krav til kompetanse i kommunene. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) uttrykker bekymring for at akutthjelperordningen, slik den foreslås, kan komme til å erstatte de ordinære akuttmedisinske tjenestene. NSDM påpeker for øvrig sterk representasjon fra spesialisthelsetjenesten og svak representasjon fra kommunehelsetjenesten i arbeidsgruppen bak utkastet. Senteret ytrer seg kritisk til at det er RHF-ene som skal vurdere behovet for akutthjelpere, mens kommunene skal utføre tilbudet med sine egne ressurser. Legeforeningen påpeker at primærhelsetjenesten ikke har vært involvert i arbeidet med veilederen, og at den lokale fastlegetjenesten og legevaktjenesten ofte vet best hvor behovet for å etablere akutthjelpere er størst. Disse medlemmer deler bekymringene som er kommet til uttrykk i høringen.

Disse medlemmer viser til at akuttutvalget i NOU 2015:17 anbefalte følgende:

«Det bør settes ned en bredt sammensatt arbeidsgruppe som skal utrede akutthjelperes funksjon med tanke på ansvarsfordeling og kostnader. Det må utarbeides klare retningslinjer for både ansvarsfordeling og kostnader knyttet til akutthjelperordningen.»

Disse medlemmer anser ikke at anbefalingen er fulgt. For det første er det ikke en bredt sammensatt arbeidsgruppe som står bak det foreliggende utkastet til veileder. Videre anser disse medlemmer at en rekke spørsmål ikke er tilfredsstillende besvart, slik som lovgrunnlaget for akutthjelperordningen, hvordan kommunene skal kompenseres for den eventuelle økningen i ressursbruk og kompetanse som kreves av dem, den medisinskfaglige ansvarsfordelingen ved ordningen og så videre.

På denne bakgrunnen fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede akutthjelperordningen med tanke på utvikling, ansvarsfordeling og fi-

nansiering for å sikre akutthjelperordningen som et supplement til, og ikke en erstatning for, eksisterende kommunale og statlige akuttmedisinske tjenester, og legge utredningen frem for Stortinget som egen sak.»

Basestruktur luftambulansen

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, registrerer at stortingsmeldingen peker på de regionale helseforetakenes gjennomgang av basestrukturen for ambulansehelikopter. Flertallet registrerer at det ifølge gjennomgangen er fire områder som ikke nås av legebemannet ambulansehelikopter innen den anbefalte responstiden på 45 minutter: deler av Innlandet, deler av Nord-Trøndelag, deler av Øst-Finnmark og deler av Telemark og Aust-Agder. Flertallet registrerer at RHF-ene anbefaler at det opprettes en base i Innlandet i forbindelse med at den nye sykehusstrukturen til Sykehuset Innlandet blir fastsatt. Flertallet merker seg at rapporten påpeker at Øst-Finnmark er godt dekket av ambulansefly, samtidig som nye politiske vedtak legger opp til en permanent etablering av et ambulansehelikopter i Kirkenes. De aktuelle delene av Nord-Trøndelag er i hovedsak tynt befolkede eller ubebodde fjellområder.

Flertallet fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en egen sak om basestrukturen for luftambulansen i Norge, som må omfatte Innlandet og Bykle/Vinje, senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2021.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til situasjonen i luftambulansetjenesten i Nord-Norge for kort tid siden. For disse medlemmer er det som betyr noe, å få beredskapen på plass. Pasientenes trygghet og sikkerhet er viktigst.

Disse medlemmer mener det er viktig å sørge for at man ikke havner i en slik situasjon på nytt, der man må igangsette ekstraordinære tiltak for å sikre beredskapen. På bakgrunn av dette fremmes derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for et permanent ambulansehelikopter i Kirkenes og et jettfly stasjonert fast i Tromsø.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at den sviktende beredskapen i ambulanseflytjenesten i 2018 og 2019 først og fremst skyldes gjennomføringen av anbuds konkurransen og at operatøren som overtok tjenesten, ikke har tilbudt den beredskapen som

kontrakten krever. Disse medlemmer viser til Dokument 8:28 S (2019–2020), der det foreslås å forberede offentlig overtakelse av ambulanseflytjenesten, og til Dokument 8:30 S (2019–2020) om rask etablering av statlig drift av luftambulansetjenesten. Disse medlemmer anser at det å unngå anbudskonkurranser og operatørbytter i ambulanseflytjenesten er det viktigste bidraget for å unngå den typen beredskapssvikt man har sett den siste tiden.

Disse medlemmer registrerer at de regionale helseforetakene ikke ønsker å prioritere økt luftambulansedekning i Telemark og Aust-Agder, blant annet fordi det aktuelle området er tynt befolket. Disse medlemmer mener denne konklusjonen er problematisk ut fra hensynet til likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted. Disse medlemmer viser dessuten til at det aktuelle området har en stor hyttebefolkning og er et mye besøkt turistmål.

Disse medlemmer viser til at den anbefalte responstiden på 45 minutter er begrunnet i at helsehjelp til tidskritisk syke eller skadde pasienter har vesentlig størst gevinst innen den første timen – også kalt «den gylne timen». Disse medlemmer påpeker at det ofte kan gå tid fra skaden eller sykdommen inntreffer, til nødetatene er varslet, og at mesteparten av denne timen kan forsvinne hvis ambulanshelikopteret deretter ikke ankommer før etter 45 minutter. Disse medlemmer viser til uttalelse fra sjeflegen i Stiftelsen Norsk Luftambulans, som har tatt til orde for at man snarere bør operere med en responstid på 30 minutter hvis man i praksis skal nå akutt syke eller skadde pasienter med legehjelp innen en time.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti merker seg at det fremdeles er områder i Norge som ikke nås innen krav til utryknings- tid for ambulanshelikopter. Det har vært demografiske endringer siden basestrukturen ble vedtatt, som tilsier at basestrukturen bør vurderes på nytt. Disse medlemmer ber regjeringen om å foreta en ny vurdering av eventuelt nye baser for ambulanshelikopter.

6. Teknologi i pasientens helsetjeneste

6.1 Sammendrag

Teknologien endrer tjenesten

Teknologien har i løpet av et par generasjoner endret helse- og omsorgstjenesten. Menneskene opplever derfor også tjenesten helt annerledes. Helsepersonellet jobber på nye måter – både sammen med hverandre, i grenseflaten mot teknologien og i samspill med pasientene. Pasientene både kan mer og forventer mer. Tre hovedtrender har spilt en sentral rolle:

- Medisinsk teknologisk utvikling
- Mer persontilpasset medisin

– Digitalisering

Den teknologiske utviklingen kan gi betydelig effekt i form av økt kvalitet i pasientbehandlingen og bedre ressursbruk. Samtidig går utviklingen fort og medfører økte kostnader til investering og drift av teknologiske løsninger. Det kan oppleves som utfordrende for helsepersonell og ledere i helseforetak, i samspill med pasientene, å endre organisering og arbeidsformer. Nye måter å yte tjenester på ved hjelp av teknologi utfordrer regulering, organisering, faglig normering og finansieringsordningene i helse- og omsorgstjenesten. Helsemyndighetene strever samtidig med å tilpasse de nasjonale virkemidlene raskt nok, slik at mulighetene kan tas i bruk innenfor gjeldende ressursrammer.

Regjeringen angir derfor i Nasjonal helse- og sykehusplan en klar retning for hvordan spesialisthelsetjenesten skal nyttiggjøre seg av teknologien, og hvordan nasjonale virkemidler må justeres for å understøtte dette. Regionale og lokale utviklingsplaner og innspill fra brukere og helseforetak viser tydelige forventninger om økt bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenestene nærmere pasienten og utnytte potensialet som ligger i våre felles helsedata. Spesialisthelsetjenester kan flyttes nærmere pasientene på ulike måter. Noen sentrale tjenesteformer er:

- digitale innbyggertjenester
- digital hjemmeoppfølging
- nettbasert behandling
- hjemmesykehus
- teknologi i prehospitale tjenester

Kunstig intelligens og bedre bruk av helsedata

Regjeringen mener at bruk av kunstig intelligens sammen med store mengder helsedata kan bidra til bedre helse- og omsorgstjenester, gi bedre grunnlag for forskning og innovasjon og bidra til mer effektiv ressursbruk. Oppgaver som hittil har vært forbeholdt mennesker, kan gjøres kvalitativt bedre, raskere og rimeligere av maskiner ved hjelp av teknologier innenfor kunstig intelligens. Behandlingen kan bli mer persontilpasset med lavere risiko og færre bieffekter. I tillegg kan ressursene som i dag brukes på behandlinger med liten effekt, brukes på behandling som har effekt. Nasjonale rammebetingelser må tilpasses for å ta i bruk disse mulighetene på en trygg måte.

Kunstig intelligens blir ikke mer intelligent enn kvaliteten på dataene tillater. God kvalitet på og tilgjengelighet til helsedata, og tilstrekkelig lagringskapasitet, blir dermed viktig for å oppnå gevinster ved bruk av kunstig intelligens.

HVILKEN BETYDNING KAN KUNSTIG INTELLIGENS HA FOR SPESIALISTHELSETJENESTEN?

Kunstig intelligens kan være aktuelt å bruke på ulike stadier i et pasientforløp – fra forebygging til diagnostisering, behandling og oppfølging. Videre kan kunstig intelligens brukes til administrative støttesystemer og logistikk. Vi har i dag identifisert en rekke mulige bruksområder for kunstig intelligens, for eksempel kartlegging av risiko for sykdom, tolkning av bilder og forskjellige former for beslutningsstøtte for helsepersonell og for pasienter. I fremtiden vil bruksområdene trolig bli flere. For helsepersonell kan kunstig intelligens bety et kraftig verktøy for beslutningsstøtte.

HVORDAN SIKRE EN TRYGG INNFØRING AV KUNSTIG INTELLIGENS I SPESIALISTHELSETJENESTEN?

Trygg innføring av kunstig intelligens krever at ansvaret ved bruk av slik teknologi blir avklart. Hvem har ansvaret for konsekvensene av beslutninger som er tuffet på kunstig intelligens? Legen som tok beslutningen, produsenten som har laget algoritmen, eller myndigheten som har fastsatt regler for bruk av kunstig intelligens? Hvem har ansvaret for at algoritmene ikke forsterker diskriminering eller blir manipulert – de som bruker dem, produsentene eller myndighetene? Noen av disse spørsmålene kan trolig håndteres innenfor eksisterende regler og prinsipper, men andre spørsmål krever nytenkning. Behovet for nytenkning er særlig relevant fordi nye utfordringer knyttet til etikk og personvern kan oppstå etter hvert som teknologien utvikler seg og gir nye muligheter for bruk av kunstig intelligens.

Persontilpasset medisin

Kreft og medfødte sykdommer som skyldes genfeil, er de områdene hvor persontilpasset medisin er kommet lengst. Men det er grunn til å tro at persontilpasset medisin vil bli mer relevant og endre hvordan vi forebygger, diagnostiserer og behandler for eksempel hjerte- og karsykdommer, diabetes og infeksjoner. Basert på kunnskap om hvordan genetikken vår påvirker nedbrytning av angstdempende legemidler, kan en enkel gen-test gjøre at pasienter unngår bivirkninger eller får bedre effekt av medisinen.

Det er en premiss at innføringen av persontilpasset medisin skal gi et likeverdig tilbud av god kvalitet over hele landet, at den enkeltes integritet skal ivaretas, og at persontilpasset medisin skal innføres på en måte som er samfunnsøkonomisk bærekraftig og i tråd med kriteriene for prioritering. I Norge har vi derfor valgt å innføre persontilpasset medisin innenfor rammene av den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Persontilpasset medisin gir forskere og klinikere helt nye verktøy, men stiller også nye krav til kompetanse, samarbeid mellom fagområder og profesjoner og til integrasjon av forskning i pasientbehandlingen. Det

kreves også nye strukturer for fagutvikling og deling av data.

Kultur for innovasjon og deling

Store utfordringer krever store endringer. Det krever en kultur for innovasjon og deling på tvers. Spesialisthelsetjenesten er i utgangspunktet tuftet på innovasjon og utvikling i medisinfaget. Hvilke behandlingsmetoder som tilbys i dag, er svært annerledes enn for ikke mange år siden. Medisinsk fagutvikling har alltid stått sterkt og er en sterk motivasjon for klinikerne. Spesialisthelsetjenesten har samtidig svakere tradisjon for innovasjon i organisering og arbeidsprosesser, deling av kunnskap på tvers og utnyttelse av innovasjonskraften som ligger i samhandlingen med næringslivet. Regjeringen legger vekt på at tjenesten i større grad må utnytte disse mulighetene.

En forutsetning for innovasjon og læring på tvers er at ansvaret er klart. Myndighetene har ansvar for å sette overordnede mål og avklare rammebetingelsene. Ansvaret for å nå disse målene ligger hos ledere på alle nivåer i tjenesten. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring pålegger alle virksomhetene en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere – med mål om sikre og gode helsetjenester og forbedret kvalitet. Å ivareta denne plikten fordrer kontinuerlig innovasjon og læring.

Regjeringen vil

- angi retning for bruk av teknologi i spesialisthelsetjenesten og tilpasse nasjonale rammebetingelser til nye måter å yte tjenester på
- at helseforetakene i sine neste utviklingsplaner setter egne mål for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene
- at helsedata i større grad enn i dag skal kunne deles for å utvikle bedre helsehjelp
- videreføre arbeidet med å legge til rette for persontilpasset medisin

6.2 Komiteens merknader

Komiteen vil understreke at det finnes mange muligheter til å bruke teknologi for å skape en bedre helsetjeneste for pasienten. Det handler om å kunne flytte tjenesten hjem til pasienten, at helsedata i større grad enn i dag skal kunne deles for å utvikle bedre helsehjelp, og å videreføre arbeidet med å legge til rette for persontilpasset medisin. Utviklingen går raskt og medfører økte kostnader til investering. Det medfører også et behov for å endre organisering og arbeidsformer, noe som kan oppleves som krevende.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at regjeringen i Nasjonal helse- og

sykehusplan angir en klar retning for hvordan spesialisthelsetjenesten skal nyttiggjøre seg av teknologien, og hvordan nasjonale virkemidler må justeres for å understøtte dette.

Flertallet er positive til at det i Nasjonal helse- og sykehusplan er lagt stor vekt på å bruke teknologi og nye arbeidsformer til å flytte tjenester ut av sykehuset og nærmere, eller hjem til, pasienten. Det betyr mer frihet for pasientene. Noen pasienter har krevende reisevei, de er for sårbare for forflytning eller kan være utsatt for stor infeksjonsfare. For disse pasientene har hjemmesykehus stor verdi.

Flertallet mener også det er bra at spesialisthelsetjenesten skal samarbeide mer med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, enten ved at de jobber sammen i team, eller gjennom veiledning og bistand.

Flertallet ser at bruk av kunstig intelligens sammen med store helsedata kan bidra til bedre helse- og omsorgstjenester og gi bedre grunnlag for forskning og innovasjon. Flertallet støtter regjeringens satsing på bedre løsninger for helsedata og mener det er nødvendig at helsedata i større grad enn i dag skal kunne deles. Flertallet vil understreke at dette må skje innenfor rammen av et godt personvern og datasikkerhet.

Flertallet viser til at med persontilpasset medisin vil pasientene kunne få mer treffsikker behandling. Det skjer mye innenfor genetisk basert diagnostikk og behandling. Flertallet mener det er bra at regjeringen har gitt helseregionene i oppdrag å utrede hvordan persontilpasset medisin kan håndteres i systemet for nye metoder. Vi trenger et system som er fleksibelt, og som kan ta inn over seg den enorme utviklingen som skjer på dette området. Flertallet støtter regjeringen i at innføringen av persontilpasset medisin skal gi et likeverdig tilbud av god kvalitet i hele landet, at den enkeltes integritet skal ivaretas, og at det skal innføres på en måte som både er samfunnsøkonomisk bærekraftig og i tråd med kriteriene for den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Flertallet viser til at integrering av kliniske studier i pasientbehandlingen er en forutsetning for at flere pasienter deltar i kliniske studier. Det krever blant annet en endring i kultur og interne prioriteringer, og det krever at oppgaver knyttet til kliniske studier ses på som en del av drift. Den kommende handlingsplanen for kliniske studier er ventet å tematisere dette. Flertallet mener at det å se kliniske studier og pasientbehandling i nær sammenheng blir stadig mer aktuelt og etter hvert uunngåelig, i lys av utviklingen innenfor persontilpasset medisin og forventningen om å nyttiggjøre oss av virkelighetsdata.

Flertallet mener antallet kliniske studier i pasientbehandlingen er for lavt, og at sykehusene i større grad må frigi midler til og organisere for kliniske studier som en del av driften. Dette krever blant annet

endringer i kultur i avdelingsledelse og blant ansatte samt strukturelle endringer som målstyrer sykehusene og avdelingene bedre på antallet kliniske studier og databehandling ved disse. Flertallet viser også til den kommende handlingsplanen for kliniske studier, som vil tematisere og systematisere tiltakene ytterligere.

Flertallet viser til at Oslo myelomatosesenter på få år har blitt Nordens største kliniske studiesenter for benmargskreft. Senteret inkluderer pasienter raskt, leverer gode data og tiltrekker seg internasjonal tilstedeværelse gjennom den strategiske satsingen på studier. Flertallet mener modellen bør omsettes til flere spesialiserte avdelinger i helseforetakene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til merknader og forslag om persontilpasset medisin og kliniske studier i Innst. 48 S (2019–2020), jf. Meld. St. 18 (2018–2019) Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester. Disse medlemmer viser til følgende mindretallsforslag i innstillingen, fremmet av medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

«Stortinget ber regjeringen om å utrede og pilotere nye finansieringsmodeller som gir mulighet for utvikling av persontilpasset medisin i Norge, slik at norske pasienter så tidlig som mulig får tilgang på utprøvende behandling, og dermed forebygge et todelt helsevesen.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til følgende mindretallsforslag i innstillingen fra medlemmene fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet:

«Stortinget ber regjeringen sikre opprettelsen av et nasjonalt senter for kliniske studier.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Innst. 93 L (2019–2020), jf. Prop. 55 L (2018–2019), der disse medlemmer var imot å lovfeste Beslutningsforum for nye metoder i sin nåværende form, dette fordi perioden fra et legemiddel har fått markedsføringstillatelse i EU til det er tilgjengelig for pasientene, allerede i dag er mye lengre i Norge enn i land vi liker å sammenligne oss med. Det er ikke tilstrekkelig utredet om og eventuelt hvordan systemet kan utvikles slik at prosessene går raskere og systemet blir mer effektivt. Disse medlemmer påpekte at denne problemstillingen ville bli stadig mer aktuell ettersom persontilpasset medisin spiller en stadig viktigere rolle i helsetjenesten. Disse medlemmer advarte derfor om at en lovfesting kunne være til hinder for at pasienter som skiller seg vesentlig fra flertallet i pasientgruppa, får tilgang til virksom og kostnadseffektiv behandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, viser til at det er prinsippet om at de regionale helseforetakene skal ha et felles system for å beslutte hvilke metoder som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten, som ble lovfestet ved behandlingen av Prop. 55 L (2018–2019). Flertallet viser til at det samtidig ble vedtatt å evaluere dagens organisering av og saksbehandling i systemet for nye metoder, med hensikt om å videreutvikle et system for likeverdig og rask introduksjon av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

7. Digitalisering – en forutsetning for pasientens helsetjeneste

7.1 Sammendrag

Nesten alle arbeidsprosesser i helsetjenesten har et digitalt avtrykk. At informasjonen er tilgjengelig og følger pasienten, er en sentral forutsetning for å kunne tilby helhetlige og sammenhengende helsetjenester på tvers av aktører og ansvarsnivå. Digitalisering gjør det også mulig å flytte tjenester nærmere pasienten og i tillegg utvikle mer avanserte tjenester basert på de store mengdene helsedata som samles inn. Selv om digitalisering er utløst av fremskritt innenfor informasjonsteknologi, handler digitalisering først og fremst om endringer i arbeidsprosesser. For å lykkes mener regjeringen at to overordnede grep er avgjørende:

- Tydeligere mål for digitaliseringen. Verdien av digitaliseringen ligger i hva den kan bety for tilbudet til pasientene. I Nasjonal helse- og sykehusplan presenterer regjeringen et målbilde for pasientbehandlingen de neste årene. Dette målbildet skal være førende for gjennomføring av digitaliserings tiltak.
- Tydeligere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen. Regjeringen vil ta større ansvar for å sette retning og rammer for IKT-utviklingen – både gjennom styring av etater og helseregioner, samarbeid med kommunesektoren, bruk av regulering og normering og budsjettforslag. Det betyr ikke at alt skal bestemmes nasjonalt, men at rammen for det lokale handlingsrommet og oppdraget til både tjenesten og forvaltningen må bli tydeligere.

Mål for digitaliseringen

De overordnede målene for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten, som Stortinget vedtok i 2013, ligger fast. Gjennomføring og prioritering av konkrete digitaliseringstiltak må imidlertid knyttes til målene for utvikling av pasientbehandlingen og helsetjenesten. Digitalisering må forstås som en integrert del av utviklingen av helsetjenesten, og ikke som en aktivitet «i tillegg til», eller «på siden av». Verdien av digitalisering ligger i hva den gjør for tilbudet til pasientene og arbeidshver-

dagen til helsepersonellet. Digitaliseringen skal bidra til realiseringsen av pasientens helsetjeneste og er ikke et mål i seg selv.

Regjeringen presenterer i Nasjonal helse- og sykehusplan et overordnet målbilde for utviklingen av pasientbehandlingen for de neste fire årene. Dette målbildet bygger på innspill fra pasienter, helsepersonell, kommuner, sykehus og direktorater. Målbildet vil sette retning og ramme for gjennomføring og prioritering av konkrete digitaliseringstiltak.

Status for digitalisering

Den teknologiske utviklingen vil i årene framover gi mulighet for å innføre nye samhandlingsformer som dokumentdeling (omtales ofte som deling av og tilgang til ferdigstilte dokumenter) og datadeling (omtales ofte som deling av strukturert informasjon). Disse samhandlingsformene forutsetter samtidig standardisering, høy kvalitet på grunndata, robust digital infrastruktur, utveksling eller deling av journalinformasjon og felles retningslinjer for å fungere på tvers av systemer og aktører i tjenesten. Å lykkes med neste etappe i digitaliseringen forutsetter at det blir tydeligere hvem som har ansvar for hva. I det videre digitaliseringsarbeidet er det derfor viktig både å vite hva som trengs, og hvem som har ansvaret for å skaffe det til veie.

Hvilke digitaliseringstiltak er de viktigste å gjennomføre?

Realiseringen av pasientens helsetjeneste krever endringer i måten oppgavene løses på. Mange av disse endringene forutsetter gjennomføring av digitaliseringstiltak. Noen av disse tiltakene bør gjennomføres i planperioden 2020–2023, mens andre vil strekke seg ut over planperioden. Tiltakene må imidlertid henge sammen, og gjennomføringen må være godt koordinert på tvers av tiltak og aktører. Gjennomføringen av tiltakene vil avhenge av det økonomiske handlingsrommet i budsjettene.

Regjeringen vil

- sette tydeligere mål for digitaliseringen gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan
- videreføre arbeidet knyttet til modernisering av journalsystemene
- videreutvikle digital infrastruktur og arbeidet med IKT-sikkerhet
- innføre og utvikle nødvendige nasjonale e-helseløsninger og standarder
- gjennomføre tiltak for bedre kvalitet på og tilgjengelighet til helsedata
- øke samordningen av helseregionenes IKT-utvikling
- understøtte digitaliseringen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

- videreutvikle de nasjonale virkemidlene for styring og samordning på e-helseområdet og foreslå ny lov om e-helse, jf. forslag som er sendt på høring høsten 2019

7.2 Komiteens merknader

Komiteen mener digitalisering er et viktig verktøy for å bedre pasientens helsetjeneste. Verdien av digitalisering ligger i hva den kan bety for tilbudet til pasientene. Helt sentralt er informasjonsdeling og at digitalisering gjør det mulig å flytte tjenester nærmere pasienten.

Komiteen er enig i de to overordnede grepene i Nasjonal helse- og sykehusplan om å ha tydelige mål for digitaliseringen og ha en tydelig nasjonal styring og koordinering av IT-utviklingen. Det handler om å finne smartere måter å løse oppgavene på.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, viser til at digitalisering ikke er et mål i seg selv, men et verktøy for å utvikle bedre tilbud til pasientene. Flertallet støtter regjeringen i at den nå skal ta et større ansvar for å sette retning og rammer for IKT-utviklingen. Flertallet mener at dersom målene i Nasjonal helse og sykehusplan skal realiseres, krever det at vi tenker annerledes om måten vi jobber på. Digitalisering er et viktig verktøy for å nå disse målene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at Meld. St. 9 (2012–2013) *En innbygger – én journal*, jf. Innst. 224 S (2012–2013), ble behandlet i Stortinget 5. mars 2013. Stortingsmeldingen adresserte behovet for at helsepersonell må ha rask, enkel og sikker tilgang til alle nødvendige opplysninger for å sikre best mulig behandling. Dette gjelder gjennom hele behandlingsforløpet, uavhengig av hvor i landet pasienten og brukeren blir syk eller får behandling. Stortingsmeldingen fikk bred tilslutning i Stortinget. Disse medlemmer vil påpeke at det nå har gått syv år, og denne regjeringen har hatt svært lang tid på å komme i gang med arbeidet. Disse medlemmer vil understreke at digitaliseringen av helsetjenesten må skje på en slik måte at det stilles krav til at alle systemer som innføres, skal ha åpne standarder og kan fungere sammen med andre systemer gjennom såkalte programmeringsgrensesnitt (API-er), jf. samstemt komitémerknad i Innst. 48 S (2019–2020).

Disse medlemmer viser til at digitaliseringsprosjekter i helsetjenesten krever gode modeller som må inkludere både næringsliv og offentlig sektor. Disse medlemmer er bekymret for utviklingen mot store IT-prosjekter i regi av staten, som ekskluderer både

næringsaktører og innovasjon. Både helseplattformen og Akson (felles journalløsning) har tendenser til dette. Disse medlemmer viser også til at det de siste årene har vært flere store mislykkede IT-prosjekter som har ført til betydelige økonomiske tap i helsetjenesten. Disse medlemmer mener at størrelsen på det enkelte digitaliseringsprosjektet i helsevesenet må reduseres, både i budsjettomfang og varighet, for å redusere kompleksitet og risiko.

Disse medlemmer mener helsemyndighetene må prioritere tydelig definerte forbedringsområder, slik som pasientens legemiddelliste, et prosjekt Legeforeningen i sitt høringsinnspill frykter er i ferd med å stoppes.

Disse medlemmer viser til Innst. 262 S (2018–2019), jf. Redegjørelse av helseministeren om IKT-området i Helse Sør-Øst, og Riksrevisjonens rapport om selskapskontrollen for 2017, der det kom frem at regjeringen ikke har hatt nødvendig kontroll med IKT-satsingen i helsetjenesten. Disse medlemmer forventer at regjeringen følger opp de regionale helseforetakene også i fortsettelsen, for å kontrollere at Riksrevisjonens anbefalinger faktisk blir implementert i tjenestene, at erfaringene med de mislykkede og kostbare prosjektene faktisk fører til endring i kultur, organisasjon og ledelse, og at Stortinget informeres på egnet vis.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Senterpartiet, er kritiske til hvordan Direktoratet for e-helse fungerer i dag, og har merket seg innvendinger fra næringen om at direktoratet utvikler tjenester selv i stedet for å drive regulering, noe som er til hinder for innovasjon og nasjonal tjenesteutvikling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at man må kunne stille tydeligere krav til grunnleggende IKT-infrastruktur enn til andre IKT-tjenester. Det er, etter disse medlemmers syn, på tide å definere grunnleggende IKT-infrastruktur som skjermingsverdig informasjon som må legges inn under sikkerhetsloven, og at det som hovedregel ikke outsources. Det er avgjørende at helseforetakene selv har høy kompetanse på IKT og får nødvendige ressurser til å både drifte og utvikle gode systemer. Disse medlemmer viser til at ved høsting av helsedata og samarbeid med næringen er det avgjørende at offentlige instanser, som er de som står for uthenting av data, også får full tilgang til de samme dataene. Disse medlemmer understreker også viktigheten av å sikre personvernet.

Disse medlemmer viser til at helsepersonell opplever at IT-systemene i sykehussektoren ikke er gode nok til at de kan gjøre jobben sin tilstrekkelig. Dobbelt-

føring og systemer som ikke snakker med hverandre, er bare noen av utfordringene. Pasientene etterspør også IT-systemer som gjør at de i større grad kan følge sin behandling og kommunisere og delta i behandlingen ved hjelp av teknologiske verktøy. Helsesektoren står derfor overfor store endringer knyttet til digitalisering, noe som representerer store muligheter, men også en risiko. Pasientsikkerheten må derfor stå i sentrum for utviklingen. I arbeidet med å forberede digitale tjenester i helsesektoren er det viktig med nærhet til der tjenestetilbudet blir gitt i dag. Med flere hundre ulike systemer som krever integrasjon på tvers, er det avgjørende for framdrift og realisering at dette gjøres gjennom eller tett på sykehusenes IT-selskap, og at utviklingen skjer i tett dialog med de andre aktørene som systemene skal snakke med, enten dette er kommuner, statlige aktører eller andre.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen definere grunnleggende IKT-infrastruktur i helseforetakene inn under krav i sikkerhetsloven om skjermingsverdig informasjon.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer i tillegg følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at outsourcing og drift av kritiske nasjonale IKT-tjenester og -systemer i helsesektoren avsluttes, og at nye avtaler ikke kan inngås.»

Disse medlemmer viser til at IKT-infrastrukturen ikke er underlagt sikkerhetsloven. Disse medlemmer mener at IKT-infrastrukturen i helseforetakene klart må defineres som samfunnskritisk infrastruktur, og viser til forslag i Dokument 8:197 S (2017–2018).

Disse medlemmer fremmer i tillegg følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at informasjon knyttet til nasjonale sikkerhetsinteresser blir driftet og lagret i Norge.»

8. Kompetanse

8.1 Sammendrag

Gode helse- og omsorgstjenester skapes når pasienten møter personell med høy faglig kompetanse og det er et godt samspill mellom pasienten og personellet. Hvordan dette møtet oppleves – både av pasienten og den ansatte – har endret seg mye over tid. Pasientene kan mer og forventer mer av dem de møter. Mange har store og sammensatte behov som krever samhandling mellom ulike personellgrupper. Mens sykepleierne og legene for få tiår siden arbeidet i hver sine «siloe», inngår de nå i økende grad i team, der andre grupper – tek-

nologer, administrativt ansatte, ernæringsfysiologer osv. – også deltar. Det gir bedre tjenester og gjør arbeidsdagen rikere, men krever også mer av de ansatte.

De ansatte er det store hjulet i helse- og omsorgstjenesten. Fremskrivningene viser imidlertid at det er et stort og udekket behov for helsepersonell. Det gjelder særlig for sykepleiere og helsefagarbeidere. Det er imidlertid verken mulig eller ønskelig å møte veksten i behandlingsbehov ved primært å øke bemanningen – andre virkemidler må tas i bruk.

Innsatsen for å øke andelen ansatte som arbeider heltid, og for å beholde ansatte må fortsette. Arbeidet for livslang læring og omstillingsevne må forsterkes. Det må arbeides mer i tverrfaglige team, kompetanse må deles på tvers i hele helse- og omsorgstjenesten, ny kunnskap må tas raskere i bruk, innovative tjenestemodeller må utvikles og brukes, og teknologi må utnyttes i helse- og omsorgssektoren. Dette forutsetter god ledelse som planlegger strategisk for bemanning og kompetanseutvikling på kort, mellomlang og lang sikt.

Regjeringen vil

- oppfordre helsefelleskapene til å sette konkrete mål for deling av kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- be helseforetakene lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Det skal legges til rette for livslang læring og en heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal gis prioritet i dette planarbeidet
- etablere et nasjonalt system for å følge med på tilgang på og behov for sykepleiere i den samlede helse- og omsorgstjenesten
- øke antall utdanningsplasser for spesialsykepleiere innenfor anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie med basis i kunnskap om behov
- revidere utdanningene for spesialsykepleiere innenfor anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie
- revidere den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helse- og rusarbeid og etablere en ny masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid rettet mot sykepleiere
- utrede behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus og tilrettelegge for utvikling av en utdanning for slik kompetanse
- øke antall læringer både i helsefag og i andre lærefag som er relevante i sykehus. Arbeidet med å øke antallet helsefagarbeiderlæringer skal prioriteres i planperioden
- opprette et opplæringskontor for helsefagarbeiderlæringer og andre relevante lærefag i hvert helseforetak. Helseforetak kan samarbeide om opplæringskontorene der det er hensiktsmessig

- at de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest RHF, skal opprette et nasjonalt kompetansedelingsprosjekt for å følge opp målet om flere lærlinger i planperioden
- be Helse Vest RHF opprette et nasjonalt nettverk for deling av metoder for utvikling av simuleringsopplegg og deling av disse mellom helseforetakene

8.2 Komiteens merknader

Komiteen merker seg at det er et stort behov for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren i årene som kommer. Framskrivninger fra SSB viser at hvis vi fortsetter som før, vil vi ikke ha nok helsepersonell. Det gjelder særlig sykepleiere og helsefagarbeidere. Komiteen ser derfor positivt på at det er disse gruppene som får mest oppmerksomhet i Nasjonal helse- og sykehusplan, og særlig tiltak som vil øke antallet lærlinger i helsefag og andre lærefag som er relevante i sykehus.

Komiteen viser til behovet for å arbeide på nye måter ved at mer arbeid gjøres i tverrfaglige team. Kompetanse må deles på tvers i hele helse- og omsorgstjenesten.

Komiteen viser til arbeidet med å legge til rette for livslang læring og en heltidskultur. Helseforetakene må lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse i fremtiden. Komiteen er også positiv til de nye grepene som tas for utdanningsløpene for sykepleiere som er skissert i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Komiteen viser til at det er behov for flere helsefagarbeidere i sykehus og kommuner. Komiteen støtter derfor regjeringens forslag om å øke antallet lærlinger og se på hvordan deres kompetanse kan brukes bedre. For få helsefagarbeidere kan føre til at kompetansen brukes på uhensiktsmessige måter, blant annet ved at sykepleiere eller leger overtar oppgaver som helsefagarbeidere vil være egnet til å utføre. Ved å få inn flere helsefagarbeidere vil oppgavene kunne fordeles bedre, og man vil kunne utnytte den kompetansen som er tilgjengelig, mer effektivt.

Komiteen er opptatt av at arbeidet med en heltidskultur fortsetter. Det skal være rom for utvikling og kompetanseheving. Komiteen støtter derfor de nye utdanningsløpene som er lagt for sykepleiere, og er positiv til at flere nå tilbyr hele stillinger, høyere lønn og mer attraktive arbeidsvilkår for sykepleiere. Dette arbeidet må fortsette.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, mener vi ikke kan løse fremtidens utfordring med manglende arbeidskraft i helsesektoren kun ved å øke bemanningen. Vi har ikke tilgang på nok arbeidskraft til det. Ressursene vi har, må utnyttes bedre, og vi må tenke annerledes rundt hvordan vi bruker den kompetansen vi har. Flertallet er enig i tiltaket med at

sykehusene skal lage planer for hvordan de skal dekke behovet for personell, og hva slags kompetanse de skal ha.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til høringsinnspill fra Norges Ingeniør- og teknologorganisasjon (NITO) om at Nasjonal helse og sykehusplan verken nevner bioingeniører eller andre ingeniører – og i liten grad teknologer – selv om teknologi og teknologisk utvikling i helsesektoren har en sentral plass i planen.

Disse medlemmer viser til at bemanningskrisen i helsevesenet er stor og kommer til å bli enda større i årene som kommer, og vil understreke behovet for desentraliserte utdanningssteder. Disse medlemmer vil i den forbindelse minne om at denne regjeringen står for å sentralisere sykepleieutdanninger i distrikter, som på Helgeland.

Disse medlemmer vil peke på behovet for flere LIS1-stillinger i sykehus og viser til Dokument 8:78 S (2018–2019), jf. Innst. 263 S (2018–2019), om at utdanning av legespesialister skal svare til helsetjenestens behov. Disse medlemmer viser til at Helsedirektoratet har anbefalt å opprette 200 nye LIS1-stillinger. Disse medlemmer viser også til at det er et stort behov for at helsefagarbeidere og sykepleiere tar etter- og videreutdanning.

Disse medlemmer viser til NOU 2020: 2 Fremtidige kompetansebehov III – Læring og kompetanse i alle ledd, som peker på et økende kompetansebehov innenfor helse. Der kommer det frem at over en tredjedel av virksomhetene innenfor helse- og sosialtjenestene hadde rekrutteringsproblemer våren 2019. Det er særlig mangel på helsefagarbeidere og sykepleiere. Disse medlemmer mener det er et klart behov for å bedre tilgangen på praksisplasser og kanskje også stimulere søknningen til utdanningene.

Disse medlemmer merker seg at det er mange yrkesgrupper som ikke er nevnt med ett ord i planen, men som er viktige for det fine maskineriet sykehusene er. Det er nødvendig at også disse gruppene, som renholdere, drifterne, kokkene og portørene, får nødvendig kompetanseutvikling.

Disse medlemmer viser til Riksrevisjonens rapport om undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene, der kritikknivået er «alvorlig». Sykehusene sliter med å rekruttere og beholde helsearbeidere, hver sjettede spesialsykepleier og jordmor er over 60 år og må erstattes om få år, og to tredjedeler av sykepleiere og jordmødre jobber deltid. Disse medlemmer viser til at helsetjenestene står overfor en bemanningskrise. Norge har dyktig helsepersonell med mye kunnskap, men hvis sykehusene ikke har folk som kan bruke kunnskapen, er det vanskelig å hjelpe dem som trenger det.

Da trenger vi flere folk på jobb i helsetjenesten med hele, faste stillinger.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at alle helseforetak systematisk kartlegger behovet for helsepersonell de kommende årene og utarbeider strategiske planer for å beholde og rekruttere ansatte.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, viser til at regjeringen i meldingens kapittel 9.12 skriver at rekruttering av helsepersonell utdannet i utlandet vil kunne være viktig for å sikre en bærekraftig utvikling, og videre at det er viktig å bruke mulighetene som ligger i å rekruttere flere med utdanning fra utlandet. Flertallet reagerer på denne målsettingen. Flertallet mener det må være et overordnet mål for helsetjenesten å være mest mulig selvhjulpent med helsepersonell til egen befolkning, og at Norge selv må utdanne mest mulig av det helsepersonellet som vi trenger for å møte befolkningens behov. Flertallet viser til at ifølge en rapport fra Helsedirektoratet i 2018 utføres nå omtrent fire av ti årsverk av en lege med utdanning fra utlandet, mindre enn hvert tidende sykepleierårsverk av en sykepleier med utdanning fra utlandet, omtrent hvert fjerde psykologårsverk av en psykolog med utdanning fra utlandet og omtrent syv pst. av helsefagarbeiderårsverk av en helsefagarbeider med utdanning fra utlandet. Mange land opplever nå en kritisk mangel på helsepersonell med nødvendig utdanning, og en av grunnene til dette er at helsepersonell stadig forlater hjemlandet for å jobbe i andre land med bedre levekår og karrieremuligheter. Flertallet viser til WHO's globale kodeks for internasjonal rekruttering av helsepersonell, som Norge har forpliktet seg til. Denne fraråder aktiv rekruttering av helsepersonell fra utviklingsland som opplever kritisk mangel på helsepersonell. I dette ligger en erkjennelse av at det vil være umulig å nå de helserelaterte tusenårsmålene uten sterke og tilstrekkelig bemannede nasjonale helsesystemer. Dette målet må også Norge strekke seg etter. Flertallet viser også til Grimstadutvalgets rapport om økt utdanning av leger i Norge.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at det i januar 2019 kom en rapport fra Helsedirektoratet som anbefalte 200 nye LIS1-stillinger i helseforetakene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet viser til Arbeiderpartiets alternative budsjett for 2020, som la til rette for 100 flere LIS1-leger enn regjeringens forslag.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senterpartiets alternative budsjett for 2020, som la til rette for til sammen 198 nye LIS1-stillinger i 2020.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at man i sykehusene bruker såkalte «postleger», leger som ikke har fått LIS1-stilling, og som dermed ansettes i stillinger som ikke er et vikariat. Disse medlemmer viser til helseministerens svar på Dokument nr.15:632 (2018–2019), der statsråden skriver at det ikke foreligger en «nasjonal oversikt over denne type ulike vikariat og engasjementer i norske sykehus». Disse medlemmer mener det er bekymringsfullt hvis det ansettes nyutdannede leger til å gjøre oppgaver som kunne vært løst av LIS-leger, fordi det ikke er plass til nok kandidater i ordningen.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå bruken av såkalte postleger i helseforetakene og vurdere om slike stillinger burde vært fylt av LIS1-leger.»

Disse medlemmer viser til Diabetesforbundets høringsinnspill, der det påpekes at det over tid har vært en negativ utvikling i kapasiteten ved diabetespoliklinikkene, og at sykehusene er dårlig rustet til å møte det økende behovet for tjenester. Befolkningen blir eldre, flere får diabetes type 2, og personer med diabetes type 1 lever lenger. Hvert år er det ca. 16 000 personer som får diabetes. Det totale antallet med diabetes vil fortsette å øke i lang tid fremover. Det er i ferd med å skje et generasjonsskifte blant endokrinologer, og mange har nådd pensjonsalder uten at det står nye krefter klare til å ta over. Diabetessykepleiere er det også for få av mange steder. Disse medlemmer er urolige for at tilgangen på rett kompetanse blir vanskeligere, samtidig som pasientpopulasjonen øker. Nasjonal diabetesplan 2017–2021 slår fast at i løpet av planperioden vil helseregionene få i oppdrag å kartlegge bemanning og kompetanse ved diabetespoliklinikkene for å få oversikt over ressursbehovene i årene som kommer. Dette oppdraget er ennå ikke gitt, og disse medlemmer ber om at helseregionene får i oppdrag å kartlegge bemanning og kompetanse ved diabetespoliklinikkene, i tråd med punkt 7.8.4 i Nasjonal diabetesplan 2017–2021. Resultatene fra kartleggingen må resultere i en regional plan for å sikre nødvendig bemanning og kompetanse i tråd med utviklingen i demografi og behandling.

Disse medlemmer viser til Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene (Dokument 3:2 (2019–2020)). Disse medlemmer viser til at det her dokumenteres at helseforetakene har store utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere. Disse med-

lemmer viser til Riksrevisjonens anbefalinger om at helseforetakene jevnlig kartlegger behovet for personell, utvikler strategier og planer for hvordan bemanningsbehovet skal dekkes, skaper en heltidskultur, sørger for å beholde ansatte ved å skape gode fagmiljøer og sørger for at ledelsen på ulike nivå har mulighet og verktøy til å gjennomføre nødvendige forbedringer. Riksrevisjonen anbefaler at de regionale helseforetakene bistår helseforetakene med verktøy og kompetanse for å få bedre oversikt over bemanningsbehovet, følger opp arbeidet med å utvikle en heltidskultur i helseforetakene og bistår helseforetakene i deres samarbeid med utdanningsinstitusjonene for å sikre et tilstrekkelig antall praksisplasser med god kvalitet. I tillegg anbefales det at departementet sammen med de regionale helseforetakene utvikler et system slik at utdanningssektoren får et godt grunnlag for å tilpasse utdanningskapasiteten til behovet for ulike typer helsepersonell. Disse medlemmer forventer at regjeringen følger opp Riksrevisjonens anbefalinger og rapporterer til Stortinget på eget vis.

Disse medlemmer mener at for å sikre bedre og flere praksisplasser i kommunene er det viktig at disse finansieres særskilt. Slik er det ikke i dag, og det er etter disse medlemmers syn en årsak til at det er vanskelig å få på plass økt praksis i kommunehelsetjenesten. Disse medlemmer viser til forslag fremmet i Stortinget i forbindelse med behandlingen av Dokument 8:75 S (2015–2016), jf. Innst. 408 S (2015–2016):

«Stortinget ber regjeringen fremme sak for Stortinget om bedre finansiering og tilrettelegging for praksisplasser for sykepleiere i kommunehelsetjenesten.»

Disse medlemmer viser til Innst. 11 S (2017–2018) og Stortingets vedtak:

«Stortinget ber regjeringen komme til Stortinget med en sak om hvordan alle medisinerstudenter kan sikres økt praksis i kommunehelsetjenesten.»

Disse medlemmer viser til at det i statsbudsjettet for 2019 kom midler til å starte en pilotordning for å høste erfaring med hvordan kommunal praksis bør organiseres og finansieres. På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme sak for Stortinget om organisering, finansiering og tilrettelegging for økt antall praksisplasser i kommunenes helse- og omsorgssektor.»

9. Kan ressursene brukes bedre?

9.1 Sammendrag

Mulighetene og ønskene i helse- og omsorgstjenesten overstiger ressursene man har til rådighet. En

aldrende befolkning, knapphet på helsepersonell, utvikling av kostbar medisinsk teknologi og økte forventninger i befolkningen vil trolig øke dette gapet framover. Å gjennomføre tiltak og omstillinger som gjør at vi får mer helse ut av ressursene vi har, blir derfor en stadig viktigere oppgave. Forslagene knyttet til utvikling av pasientbehandlingen i Nasjonal helse- og sykehusplan vil bidra til dette. Regjeringen vil i tillegg videreføre arbeidet med å redusere uønsket variasjon i forbruk og effektivitet og forbedre pasientsikkerheten.

Hvordan prioritere bedre?

Stortinget har slått fast at kriteriene for prioritering skal ligge til grunn for beslutninger om fordeling av ressurser i spesialisthelsetjenesten. Pasienters rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste blir vurdert mot disse kriteriene, og kriteriene står sentralt når helseregionene skal beslutte hvilke behandlingsmetoder som skal tilbys. Brorparten av ressursene i sykehusene blir imidlertid fordelt gjennom ulike administrative beslutninger, blant annet fastsettelse av budsjetter, gjennomføring av anskaffelser, rekruttering og vedtak om investeringer. Disse blir i liten grad tuftet på eksplisitte vurderinger mot kriteriene for prioritering.

Regjeringen har foreslått at de regionale helseforetakene skal innrette sitt tjenestetilbud i tråd med prioriteringskriteriene om nytte, ressursbruk og alvorlighet, jf. Prop. 55 L (2018–2019) om lovfesting av systemet for nye metoder, oversendt Stortinget våren 2019. En mekanisk videreføring av eksisterende ressursfordeling blant annet gjennom budsjett- og planprosesser gir ikke nødvendigvis et tjenestetilbud som er i tråd med kriteriene for prioritering. Helse- og omsorgsdepartementet har, i revidert oppdragsdokument 2019, stilt krav om at planlegging av fremtidige tjenestetilbud skal gjøres med støtte i fremskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester og innrettes i tråd med overordnede prioriteringer. Regjeringen mener at de regionale helseforetakene og helseforetakene i sine neste utviklingsplaner bør synliggjøre hvordan tjenestetilbudet skal utvikles for å være i tråd med overordnede prioriteringer.

Hvordan redusere uønsket variasjon?

Det er betydelig variasjon innenfor mange områder i helsetjenesten. Variasjon er uønsket når den ikke kan forklares av ulikheter i demografi, geografi, sykkelighet eller andre forhold som sykehusene ikke kan gjøre noe med.

Hvordan yte tjenester mer effektivt?

I tillegg til å gjøre de riktige tingene er det viktig at sykehusene gjør tingene riktig. Effektivisering innebærer å endre logistikk, arbeidsformer eller organisering, slik at man kan gi pasientene et like godt tilbud

med lavere ressursbruk – eller et bedre tilbud med lik ressursbruk.

Det har vært en betydelig effektivisering i spesialisthelsetjenesten de siste 15–20 årene. En rapport fra 2016 beregner at samlet produktivitetsvekst i perioden 1999–2014 var 24 prosent i somatikken. De siste ti årene har det vært positive økonomiske resultater i de regionale helseforetakene. Likevel indikerer flere studier at det er rom for økt effektivitet i sykehusene.

Å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen har vært ett av tre hovedmål i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene siden 2016. Departementet har blant annet vektlagt utvikling av nasjonale indikatorer som måler variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse. Det gir mulighet for helseforetakene til å sammenlikne seg med andre og analysere og forstå bakenforliggende årsaker til variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Indikatorene bør brukes som grunnlag for lokalt forbedringsarbeid. Nye datakilder, slik som nasjonale KPP-data (kostnader på pasientnivå) og data fra KPR (kommunalt pasientregister) kan kobles med aktivitetsdata fra spesialisthelsetjenesten for å gi enda bedre innsikt i prosesser og sammenhenger.

Regjeringen vil

- videreføre arbeidet med å redusere uønsket variasjon i forbruk og effektivitet
- videreføre arbeidet for å bedre pasientsikkerheten

9.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at mulighetene og ønskene i helse- og omsorgstjenesten alltid vil overstige ressursene man har til rådighet. Derfor støtter komiteen målsettingen om å bruke ressursene mest mulig effektivt.

Komiteen merker seg at det fortsatt er betydelig variasjon innenfor mange områder i helsetjenesten, og støtter regjeringens arbeid med å redusere uønsket variasjon og bedre pasientsikkerheten.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det er viktig å tenke ressurseffektivt ved planlegging av nye sykehusbygg, all den tid personell blir knappeste innsatsfaktor fremover. I planleggingen bør det vurderes en miks av enerom og flersengsrom, slik man har gjort i Haugesund, da enerom ikke er egnet til å ta imot flere pasienter i perioder med høyt press. Likeledes bør akuttinntak legge til rette for senger til korttidsobservasjon i akuttpoliklinikk, slik man har gjort på St. Olavs hospital i Trondheim.

Komiteen viser til den enstemmige uttalelsen fra nye Holmestrand kommunestyre, som ønsker at kommunen skal ha en delt løsning med tilknytning til både Sykehuset Vestfold HF (Tønsberg) og Vestre Viken HF

(Drammen sykehus). Det nye kommunestyret i den sammenslåtte kommunen Holmestrand ønsker at innbyggerne i gamle Holmestrand kommune skal bruke Sykehuset Vestfold HF (Tønsberg) som sitt lokalsykehus, mens innbyggerne i gamle Sande kommune fortsatt skal bruke Vestre Viken HF (Drammen sykehus).

Komiteen viser til at fordelingen har vært slik i mange år, og kommunestyret i den sammenslåtte kommunen ønsker at denne delte løsningen videreføres, dette for å sikre at alle innbyggerne i Holmestrand får kortest mulig reisevei til sitt sykehus. Helse Sør-Øst har imidlertid problematisert dette, og komiteen oppfatter det slik at Helse Sør-Øst vil at hele den nye kommunen skal tilhøre enten Vestre Viken HF (Drammen sykehus) eller Sykehuset Vestfold HF (Tønsberg).

Komiteen presiserer at kommunen har bestemt at innbyggerne i gamle Sande kommune skal ha sitt kommunale legevakttilbud ved Vestre Viken HF (Drammen sykehus), mens resten av kommunen skal bruke legevakt ved Sykehuset Vestfold HF (Tønsberg).

Komiteen støtter de lokale representantene i Holmestrand kommune i ønsket om å ha en delt sykehusløsning for sine innbyggere.

På bakgrunn av dette fremmer komiteen følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge avgjørende vekt på lokalpolitiske ønsker og innbyggerperspektiv, og derfor åpne opp for at nye sammenslåtte kommuner kan ha delte løsninger mellom flere helseforetak.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Prop. 55 L (2018–2019) om at de regionale helseforetakene skal innrette sitt tjenestetilbud i tråd med prioriteringskriteriene. Disse medlemmer vil understreke at flere høringsinstanser var bekymret for hvilke konsekvenser en slik generell lovbestemmelse vil få for veletablerte pasienttilbud, slik som livreddende dialyse, og at dette ville kunne få konsekvenser for klinikernes mulighet til å velge behandling for den enkelte pasient, idet RHF-ene gjennom beslutninger på gruppenivå kan påvirke behandlingsvalg for den enkelte pasient.

Disse medlemmer viser til målet om å unngå uønsket variasjon og vil peke på at finansieringsmåten for sykehus kan være en driver for både over- og underbehandling i helsetjenesten. Finansieringsmåten kan føre til at tilbud og pasienter som «lønner seg», blir prioritert framfor andre pasienter og behandlingstilbud. Disse medlemmer mener det er en stor feil når regjeringspartiene nekter å utrede hvordan finansieringsmåten kan påvirke prioriteringsbeslutninger, selv om dette ble anbefalt av prioriteringsutvalget.

Disse medlemmer viser til at Helse Midt-Norge har innført «antibiotikafarmasøyer» på post for å redusere antibiotikabruk på sykehus. Disse medlemmer mener at hvis resultatene er gode, bør alle sykehus vurdere å ansette «antibiotikafarmasøyer» for å kutte ned bruken av bredspektrert antibiotika.

Disse medlemmer viser til at flere leger, sykepleiere og helsefagarbeidere sier at de bruker mer tid på byråkratisk arbeid enn før. Disse medlemmer mener at ressursene bør brukes bedre, og at helsepersonell bør ha mer tid med pasientene. Disse medlemmer mener at sykehusene bør ansette flere helsesekretærer for at andre kan bruke mer tid med pasientene.

Disse medlemmer viser til at ansatte med hele, faste stillinger er mindre syke enn de som er vikarer, eller de som har mindre stillinger. Disse medlemmer viser til forskningen og mener at helsetjenesten kan bruke ressursene bedre hvis de har flere faste, hele stillinger.

Disse medlemmer viser til de erfaringene man har gjort blant annet ved St. Olavs hospital i Trondheim, og ved Sørlandet sykehus i Arendal, med å etablere egne ortogeriatriske avdelinger. For eldre som har vært utsatt for brudd, øker slike avdelinger sjansene både for å være i live og for å bo hjemme tolv måneder etter bruddet. Disse medlemmer mener derfor man bør arbeide for å etablere flere ortogeriatriske avdelinger ved norske sykehus, da dette vil være et positivt bidrag til å øke livskvaliteten til eldre som har hatt et brudd, samtidig som gode helhetlige behandlingsforløp for denne gruppen bidrar til å redusere de fremtidige hjelpebehovene.

Disse medlemmer viser til Innst. 206 S (2015–2016), der flertallet fremmet følgende forslag, som ble vedtatt av flertallet i Stortinget:

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

Disse medlemmer mener dette vedtaket i liten grad er blitt fulgt opp, da det har vært få konkrete eksempler på at slik elektiv kirurgi faktisk flyttes. Disse medlemmer mener derfor forslaget må fremmes på nytt, med en klarere bestilling. Derfor fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at de regionale helseforetakene flytter mer av den elektive kirurgien i foretaket fra de største sykehusene til akuttsykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.»

10. Finansiering i pasientens helsetjeneste

10.1 Sammendrag

Nasjonal helse- og sykehusplan angir et målbilde for pasientbehandlingen. Helhetlige og koordinerte tjenestetilbud, god samhandling med kommunene og digitalisering er sentrale og ønskede utviklingstrekk. Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten må understøtte dette målbildet. Både hensynet til bærekraft og effekten av teknologi øker endringstakten i helsetjenesten. Raskere tilpasning innenfor finansieringsordningene er nødvendig for å oppnå økt bærekraft i helsetjenesten på lengre sikt.

Behov for raskere tilpasning i finansieringsordningene

Den demografiske utviklingen og en rask medisinsk og teknologisk utvikling fører til store bærekraftutfordringer i helse- og omsorgstjenesten. Endringstakten i tjenesten må derfor økes. Det er samtidig vanskelig å få til endringer dersom de økonomiske insentivene til endring oppleves som negative. Dersom man skal lykkes med å øke endringstakten i tjenesten, må derfor finansieringsordningene tilpasses raskere. Regjeringen vil legge til rette for dette.

Raskere tilpasning innenfor finansieringsordningene kan gi noe større usikkerhet om kostnadsutvikling på kort sikt. Ved å la være å utvikle finansieringsordningene i tråd med endringsbehovet i tjenesten kan det imidlertid oppstå risiko for stillstand. En utvikling der finansieringen oppleves som et hinder for nye og effektive måter å tilby tjenester på, kan over tid føre til en oppstykket tjeneste for pasientene, at pasienter legges inn på sykehus unødvendig, og at man benytter utdatert teknologi i pasientbehandling. I verste fall kan det føre til en svært lite bærekraftig tjeneste på sikt.

Regjeringen ønsker å forankre en forståelse i Stortinget for at raskere tilpasning innenfor finansieringsordningene er nødvendig for å oppnå økt bærekraft på lengre sikt. En slik forankring vil gi nødvendig rom for å videreutvikle innsatsstyrt finansiering i tråd med endringstakten i tjenesten og i samsvar med formålet for innsatsstyrt finansiering.

Videreutvikling av finansieringsordningene

Regjeringen vil videreutvikle innsatsstyrt finansiering for å understøtte ønsket utvikling av tjenesten. Regjeringen vil videreutvikle finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten langs følgende hovedspor:

- Finansieringen skal i større grad knyttes til innholdet i tjenestene, ikke til hvem som yter behandling, hvor behandlingen ytes, eller hvordan behandlingen ytes.
- Finansieringen skal understøtte helhetlige tjenesteforløp.

- Finansieringen skal understøtte forløp på tvers av sykehus og kommuner.
- Kvalitetsbasert finansiering skal knyttes tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten.
- I videreutviklingen av innsatsstyrt finansiering bør det være innholdet i tjenestene som tilbys, som avgjør finansieringen, ikke hvem som gir behandling, hvor behandlingen gis, eller hvordan behandlingen gis. Dette vil legge til rette for innføring av nye arbeidsformer og økt bruk av teknologi i tjenesten.

Regjeringen vil

- videreutvikle innsatsstyrt finansiering for å understøtte ønsket utvikling av tjenesten, særlig knyttet til mer helhetlige tjenestetilbud, bedre samhandling med kommunene og økt digitalisering
- tilpasse finansierungsordningene raskere for å oppnå økt bærekraft på lengre sikt
- knytte kvalitetsbasert finansiering tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig bedre samhandling og økt digitalisering

10.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at målet med finansieringen er å legge til rette for helhetlige pasientforløp, bedre samhandling med kommunene og at ny teknologi tas i bruk i tjenesten. Finansiering av sykehusene skal ikke oppleves som et hinder for nye og effektive måter å tilby tjenester på. Finansieringen må derfor tilpasses i tråd med utviklingen av tjenesten.

Komiteen viser til at det er et offentlig ansvar å sikre gode helse- og omsorgstjenester til alle. Komiteen mener det er avgjørende at helsetjenesten er bærekraftig i årene fremover, slik at vi fortsatt kan sikre gode tjenester til alle, uavhengig av betalingsevne.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener finansiering gjerne må knyttes til innholdet i tjenesten for å legge til rette for behandling nærmere pasienten, slik at man legger til rette for nye arbeidsformer og økt bruk av teknologi. Disse medlemmer er derimot svært skeptiske til stykkprisfinansiering av typen fritt behandlingsvalg, som utgjør en fri etableringsrett for kommersielle aktører i helsetjenesten.

Disse medlemmer viser til at Helse Sør-Øst – landets største regionale helseforetak hvor det store flertallet av fritt behandlingsvalg-leverandører befinner seg – nylig advarte mot dagens praktisering av ordningen i et brev til helseministeren. Helse Sør-Øst påpeker at leverandører som ikke når opp i regionale anbuds-konkurranser, likevel får opprette tilbud innenfor fritt

behandlingsvalg. Disse medlemmer registrerer at enkelte leverandører som har avtale med RHF-et, har problemer med å fylle plassene sine og dermed får økonomiske vansker. Disse medlemmer deler denne bekymringen.

Disse medlemmer viser også til at mange frykter en todelt helsetjeneste, der de med god råd kan betale seg til et bedre tilbud enn andre. Disse medlemmer vil på det sterkeste advare mot at formuleringer som «oppnå økt bærekraft» innebærer en økt bruk av egenandeler i vår felles helsetjeneste, ut over det som er den generelle prisstigningen i samfunnet.

Disse medlemmer viser til at Stortinget i 2018 vedtok følgende (vedtak nr. 471 og vedtak nr. 473, 13. februar 2018):

«Stortinget ber regjeringen følge opp Prioriteringsutvalget (NOU 2014:12) og evaluere hvordan innsatsstyrt finansiering påvirker prioriteringsbeslutningene i sykehusene.»

«Stortinget ber regjeringen i forslag til statsbudsjett for 2019 redusere andelen innsatsstyrt finansiering i somatikken til å utgjøre maksimalt 40 prosent.»

Disse medlemmer synes det er forstemmende at regjeringen har valgt å ignorere disse vedtakene, med den begrunnelse at man ønsker ytterligere å trappe opp bruken av innsatsstyrt finansiering. Disse medlemmer mener det er nødvendig å få gjennomført en evaluering av ISF-systemet, fordi fagfolk varsler om at innsatsstyrt finansiering bidrar til dårligere prioriteringer, særlig innenfor fødetilbudet, i rusomsorgen og i psykiatrien.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomføre en evaluering av ISF-systemet.»

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. Disse medlemmer ser per i dag ikke at en ny stor omorganisering vil gi et bedre sykehustilbud til befolkningen, men at det er behov for en demokratisering av helseforetakene og en tillitsreform i sykehusene, som reduserer målstyring og rapporteringskrav.

Disse medlemmer vil påpeke at når det kuttes i psykiatri, i rehabilitering, i akuttmedisin og i fødetilbud, er det ikke helseforetaksmodellen som er årsaken til det, men en kronisk underfinansiering fra regjeringen. Disse medlemmer mener fortsatt at statlig eierskap av sykehusene, basert på sterk regional styring, er en god modell, men at helseforetaksmodellen må videreutvikles i retning av tydeligere politisk styring og økt samarbeid med kommunene. Den faglige og teknologiske ut-

viklingen går raskt. Samtidig som sykehusene kan behandle stadig flere pasienter som før ikke kunne behandles, vil stadig flere få behandling i sin hjemkommune eller hjemme. Det krever at kommunene og deres helsetjeneste settes i stand til å håndtere disse oppgavene, og at kommunene får større innflytelse på helseforetakenes prioriteringer.

Disse medlemmer mener det er et 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.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer 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 Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti konstaterer at styring gjennom mål og økonomiske insentiver – samt at folkevalgte skal holdes på armlengdes avstand fra viktige beslutninger om sykehustilbudet – er helt grunnleggende elementer ved helseforetaksmodellen. Disse medlemmer mener derfor at Arbeiderpartiets ønske om en tillitsreform og demokratisering av sykehussektoren er lite forenlig med partiets støtte til helseforetaksmodellen. Disse medlemmer mener det er en selvmotsigelse å ønske en tillitsreform samtidig som man støtter en modell der sykehusene styres ut fra økonomiske resultater og rapportering av ventetider, fristbrudd osv. Disse medlemmer mener også det er en selvmotsigelse at Arbeiderpartiet ønsker en demokratisering av helseforetakene samtidig som partiet støtter en modell der makten er plassert hos styrer som ikke må holdes ansvarlig ved valg.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet ønsker at organiseringen av sykehustjenestene skal endres ved å avskaffe de regionale helseforetakene og fordele oppgavene mellom en nasjonal styringsenhet

og de enkelte helseforetakene. Disse medlemmer ser behovet for en nasjonal enhetlig styring fremfor pulverisering av oppgaver og ansvar som man ser tendenser til med dagens modell.

Disse medlemmer mener det er på høy tid å fjerne det fordyrende og byråkratiske mellomleddet og heller prioritere midlene til pasientbehandling. Med bakgrunn i dette fremmer disse medlemmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen avvikle de regionale helseforetakene og fordele oppgavene mellom en nasjonal styringsenhet og de enkelte helseforetakene.»

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede og fremme lovforslag om at helseforetaksloven erstattes av en ny helseforvaltningslov, der fylkene kan overta drift av sykehusene ved innføring av folkevalgt styring, stedlig og praksisnær ledelse og medbestemmelse for de ansatte.»

Disse medlemmer mener at kombinasjonen lønnsomhetsregnskap, foretaksorganisering med styrer etter modell av aksjeselskaper og stykkprisfinansiering har svekket overordnet politisk styring og stimulert til konkurranse mellom sykehus om pasienter i stedet for samarbeid. Disse medlemmer viser til Senterpartiets forslag om å avvikle helseforetaksmodellen og ta sykehusene tilbake til folkevalgt styring og offentlig forvaltning i Dokument 8:133 S (2018–2019), jf. Innst. 384 S (2018–2019), og følgende mindretallsforslag fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

«Stortinget ber regjeringen utrede og fremme lovforslag om at helseforetaksloven erstattes av en ny helseforvaltningslov, der det utredes hvordan fylkene kan overta drift av sykehusene, innføre folkevalgt styring, stedlig og praksisnær ledelse og medbestemmelse for de ansatte.»

«Stortinget ber regjeringen utrede og fremme forslag til ny finansieringsmodell for sykehus, der store sykehusinvesteringer prioriteres av Stortinget i Nasjonal helse- og sykehusplan og fullfinansieres over statsbudsjettet, og der sykehus omfattes av samme budsjett- og regnskapssystem som kommuner og fylkeskommuner.»

Disse medlemmer mener at en «justering» av modellen i stedet for en avvikling av helseforetaksmodellen ikke endrer på de grunnleggende utfordringene med en sykehussektor som baseres på markedsøkonomiske prinsipper, bestiller-utfører-modell, DRG-koding og ISF-finansiering med mange lederlag, høye direktør-

lønninger og der store beslutninger kan skje uten folkevalgt innflytelse.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at mange pasienter tidligere har ventet altfor lenge på behandling mens det var ledig kapasitet på både offentlige og private behandlingssteder. Fremskrittspartiet har i årevis kjempet for å styrke pasientenes rettigheter, og friheten til selv å velge hvilket behandlingssted man vil benytte. Dette ble gjennomført ved fritt behandlingsvalg.

Disse medlemmer mener at det ikke finnes en grunn til at mennesker skal stå i helsekø når det finnes ledig kapasitet hos private aktører. Fritt behandlingsvalg ble innført nettopp av hensyn til pasientene. Ved utgangen av august 2019 hadde over 25 000 pasienter kommet raskere til helsehjelp eller fått velge seg til den institusjonen de mener har det beste tilbudet. Mange pasienter har over for lang tid ventet på behandling mens det har vært ledig kapasitet på både offentlige og private behandlingssteder.

Disse medlemmer viser til at ventetiden og usikkerheten som følger med, for mange har vært frustrerende. Derfor er alle tiltak som bidrar til at folk får behandling raskere, et gode og noe som Fremskrittspartiet i regjering har prioritert, eksempelvis gjennom å slippe til private aktører. Dette har bidratt til at det er 63 000 færre i sykehuskø nå enn da de rød-grønne styrte.

Disse medlemmer ønsker ikke at man skal ha en todelt helsetjeneste, der bare de som har god råd, skal kunne kjøpe seg ut av køen. Fritt behandlingsvalg gir alle pasienter mulighet til å få raskere behandling og velge hvor behandlingen skal utføres.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Spekters høringsinnspill, der det påpekes at effektiv rehabilitering bidrar til helsevesnets bærekraft ved å bringe pasienter tilbake i jobb og redusere belastningen på helse- og omsorgstjenester. Spesialisert rehabilitering er betydelig videreutviklet de siste tiårene, men finansieringen er uendret siden DRG-systemet ble innført i 1997. Disse medlemmer mener det er grunnlag for å gjennomgå finansieringen innenfor spesialisert rehabilitering, og fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå finansieringen innenfor spesialisert rehabilitering og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»

11. Regionale utviklingsplaner og investeringsplaner i helseforetakene

11.1 Sammendrag

I Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide regionale og lokale utviklingsplaner. De regionale utviklingsplanene er basert på helseforetakenes lokale utviklingsplaner og gir en oversikt over nå-situasjonen i regionene, utfordringsområder og strategisk retning. Investeringer i nye sykehusbygg er en innsatsfaktor i arbeidet med å realisere pasientens helsetjeneste. Det følger av Granavolden-plattformen at Nasjonal helse- og sykehusplan skal inneholde en helhetlig beskrivelse av investeringsplanene for sykehuse- ne. Kapitlet gir en oversikt over de regionale helseforetakenes utviklings- og investeringsplaner og en kortfattet beskrivelse av systemet for investeringer i nye sykehusbygg.

Oppsummering av regionale utviklingsplaner

Under følger et kort sammendrag av de strategiske målene og hovedområdene i de regionale utviklingsplanene per region. Det er redegjort særskilt for mål og tiltak innenfor psykisk helsevern i planene, jf. at psykisk helsevern er det fagområdet som gis oppmerksomhet i denne helse- og sykehusplanen.

HELSE NORD RHF

Helse Nord RHF skal prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å skape kvalitetsmessig bedre og mer tilgjengelige tjenester. Barne- og ungdomspsykiatri skal ha særlig oppmerksomhet. Helse Nord RHF vil sikre et godt faglig tilbud i psykisk helsevern gjennom implementering av pakkeforløp, system for pasientopplevd nytte og effekt av behandling samt satsing på forskning og felles faglige standarder. Regionen vil legge vekt på å gi et riktig tilbud til personer med flere samtidige alvorlige og langvarige lidelser og videreutvikle modeller for tidlig hjelp gjennom samarbeid og veiledning.

HELSE MIDT-NORGE RHF

Helse Midt-Norge RHF vil prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, styrke det regionale samarbeidet, implementere nasjonale pakkeforløp samt utvikle standardiserte pasientforløp. Regionen vil stimulere til forskning, innovasjon og fagutvikling med særlig vekt på forskning innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Helse Midt-Norge RHF har «En fremragende helsetjeneste» som overordnet mål.

HELSE SØR-ØST RHF

Helse Sør-Øst RHF vil fortsette å prioritere psykisk helsevern, spesielt tiltak rettet mot barn og unge, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Regionen vil støtte etablering av flere ambulante tilbud, intensivere arbeidet med forebygging, håndtering av voldsrisiko og selvmordsforebygging og inkludere effektmål for behandling i psykisk helsevern i virksomhetsstyring.

HELSE VEST RHF

Helse Vest RHF omtaler ikke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling særskilt i sin regionale utviklingsplan. Tiltaksområdene i planene dekker imidlertid hele spesialisthelsetjenesten.

Regional utviklingsplan for Helse Vest har fire tiltaksområder med overordnede mål og definerte tiltak.

God styring gir rom for investeringer

De regionale helseforetakene har ansvar for å prioritere mellom ulike investeringsprosjekter i regionen, planlegge disse og beslutte igangsetting av enkeltprosjekter. Etter en viss tid i planleggingen av større investeringsprosjekter (konseptfasen) skal de regionale helseforetakene legge frem resultater og vurderinger for Helse- og omsorgsdepartementet, sammen med ekstern kvalitetssikring. Dette danner grunnlag for søknad om lån i den statlige låneordningen som er etablert.

Gjennomførte investeringer

Helseforetakene overtok bygg og utstyr av varierende kvalitet da staten tok over sykehusene i 2002. Det ble foretatt en verdsetting av helseforetakenes bygningsmasse og utstyr, og verdien ble i 2003 satt til 66,6 mrd. kroner. Verdien har økt med nær 24 mrd. kroner til 90,5 mrd. kroner i 2018. Det er store variasjoner mellom de regionale helseforetakene. Helse Nord RHF har relativt sett hatt størst økning, mens Helse Sør-Øst RHF har den laveste relative økningen.

TILSTANDSGRAD

Helseforetakene registrerer tilstandsnivå og oppgraderingsbehov for sykehusbyggene med bistand fra Multiconsult. Registrering av tilstand gjøres i henhold til Norsk Standard (NS 3424) på en skala fra 0 til 3, der 0 og 1 er «godkjent», mens 2 og 3 tilsier behov for vedlikeholdstiltak. Målet for en tilfredsstillende bygningsmessig tilstandsgrad er om lag 1,2.

Det ble gjennomført en tilstandsvurdering i 2014 som en del av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Denne ble fulgt opp gjennom en ny vurdering i 2017. Helseforetakene har fått krav om at bygningsmassen skal vurderes hvert fjerde år. Gjennomsnittlig tilstandsgrad for helseforetakenes sykehusbygg var 1,46 i 2017. Dette var en svak forbedring fra 2014, hvor gjennomsnittlig tilstandsgrad var 1,48. Det betyr at spesia-

listhelsetjenesten har både moderne sykehusbygg og sykehus som krever betydelige oppgraderinger. Samtidig er det store variasjoner mellom helseregionene. Helse Sør-Øst, som eneste region, hadde en reduksjon i tilstandsgraden i sine sykehusbygg i perioden 2014–2017.

Investeringsplaner for perioden 2020–2024

De regionale helseforetakene behandlet de siste økonomiske langtidsplanene i juni 2019. Samlet for alle helseregionene planlegges det investeringer for nærmere 93 mrd. kroner i perioden 2020–2024. Til sammenlikning ble det i perioden 2016–2019 investert for om lag 46 mrd. kroner. Dette innebærer en betydelig oppgradering av og investeringer i sykehusbygg landet over, noe som også skaper positive synergier for arbeidsmiljø-, HMS- og pasientsikkerhetsarbeid i spesialisthelsetjenesten. Sykehusenes investeringsplaner fremover må ses i lys av dagens tilstandsgrad på bygningsmassen, at arealbehovene endres med nye behandlingsformer, og at det må legges til rette for ny medisinsk teknologi og digitale løsninger.

Økt ansvar for det enkelte helseforetak

Regjeringen slo i Granavolden-erklæringen fast at den vil videreføre dagens styringsmodell, men gi mer myndighet og ansvar til det enkelte sykehus. Regjeringen mener at tiltakene i Nasjonal helse- og sykehusplan bidrar til dette. Dette gjelder særlig forslaget om å innføre helsefellesskap som den primære arenaen for å utvikle samhandlingen mellom helseforetak og kommuner. Nasjonal helse- og sykehusplan gir også nasjonale føringer for neste lokale utviklingsplaner, blant annet knyttet til akuttmedisinske tjenester, innretning av akuttmottak og mål for flytting av tjenester hjem til pasientene, noe som vil bidra til å bemyndiggjøre helseforetakene.

For å gi departementet råd om hvordan helseforetakene, innenfor dagens styringsmodell, kan gis økt ansvar og myndighet, ble det våren 2019 satt ned en arbeidsgruppe med styrerepresentanter og ledere på ulike nivå i helseforetakene. Arbeidsgruppen anbefalte tydeliggjøring av rollen til styrene i helseforetakene, mer tilpassede oppdrag fra regionale helseforetak til helseforetak i lys av lokale behov og forutsetninger, tettere integrasjon av avtalespesialister og private leverandører med avtale og tettere og mer forpliktende samarbeid med kommunene.

Oppfølging av merknad fra komiteen til behandling av Prop. 83 L (2017–2018) om sykehusgodkjenning

I 2018 behandlet Stortinget Prop. 83 L (2017–2018) Endringer i spesialisthelsetjenesteloven (godkjenning av virksomheter og helsetjenester). I forbindelse med behandlingen av denne proposisjonen ga komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre i

innstillingen uttrykk for, under punktet om «Godkjenning av bruk av betegnelsen universitetssykehus», at «kravene som stilles for å få godkjent status som universitetssykehus, bør ses på i forbindelse med revidert nasjonal helse- og sykehusplan».

Denne nasjonale sykehusplanen (Meld. St. 7 (2019–2020)) må ikke forstås som en revisjon av den forrige. Departementet har heller ikke mottatt innspill underveis i arbeidet om problemstillingene som ble behandlet i Prop. 83 L (2017–2018). Siden Stortinget behandlet Prop. 83 L (2017–2018), har Kunnskapsdepartementet oppnevnt et ekspertutvalg (Grimstadutvalget) som tidligere i år leverte rapporten «Studieplasser i medisin i Norge. Behov, modeller og muligheter». I rapporten er det drøftet ulike modeller for å øke antall studieplasser ved medisinstudiet i Norge. Utvalget anbefaler eksempelvis studiemodeller der studentene er ved campuser utenfor universitetsbyen i større deler av studietiden, som del av studieplanen ved sitt lærested. I samsvar med dette anbefaler utvalget etablering av nye campuser.

Dersom oppfølgingen av dette utvalgsarbeidet gjør at det blir behov for økt kapasitet i utdanningen, vil det kunne føre til at flere sykehus må bidra til utdanningen på en annen måte enn de gjør nå. Det kan blant annet gjøres ved at de bidrar mer både i den gjennomgående kliniske undervisningen i hele studiet og i praksisstudiene. Det er imidlertid usikkert om en slik eventuell utvikling vil føre til at det blir behov for flere universitetssykehus, eller om det vil være mer formålstjenlig at nye campuser heller knyttes til eksisterende universitetssykehus i et tettere samarbeid om undervisning og forskning. Slike spørsmål må utredes grundig. Det er derfor naturlig å se oppfølgingen av komiteens merknad til Prop. 83 L (2017–2018) i sammenheng med behandlingen av dette utvalgets arbeid.

11.2 Komiteens merknader

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener norske sykehus trenger en demokrati- og ledelsesreform, blant annet fordi god ledelse og faglig medbestemmelse fra de ansatte er av avgjørende betydning for å benytte kompetansen i sykehusene best mulig. Helseforetaksmodellen har medvirket til at det er blitt mange flere ledernivåer på sykehus, og at mange ikke kjenner sin nærmeste sjef, som gjerne arbeider på et annet geografisk sted. Disse medlemmer mener at innføring av reell stedlig ledelse er svært viktig for å skape gode og effektive tjenester til beste for pasienten. Disse medlemmer viser til at Senterpartiet tidligere ikke har fått nødvendig flertall for sin modell for reell stedlig ledelse, og at flere helseforetak på grunn av dette innfører klinikkledelse selv om Stortinget ved behandlingen av den forrige helse- og sykehusplanen vedtok at stedlig ledelse skal være

hovedregelen på norske sykehus. Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunnen 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.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener 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. Disse medlemmer 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 og sørge for tydelig oppgavefordeling, og som kjenner de ansattes omgivelser og rammevilkår ved å delta nært i pasientbehandlingen. Disse medlemmer mener derfor at innføring av stedlig ledelse i spesialisthelsetjenesten kan bidra til bedre og mer effektiv pasientbehandling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at ved behandlingen av Innst. 206 S (2015–2016) ble dette vedtatt i Stortinget, men det har siden kommet flere eksempler på at stedlig ledelse ikke praktiseres. Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

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

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til forslag fra medlemmene fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti i Innst. 78 S (2019–2020):

«Stortinget ber regjeringen omgjøre vedtaket fra foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 24. juni 2016 og gjennom et nytt foretaksmøte sikre at sykehusutbyggingen i Oslo planlegges ut fra følgende sykehusstruktur:

Radiumhospitalet opprettholdes som spesialisert kreftsykehus.

Ullevål sykehus bygges ut som stort akuttssykehus med traumesenter.

Aker sykehus blir nytt lokalsykehus for hele Grorudalen.

Rikshospitalet opprettholdes uforandret for lands- og regionsfunksjoner.

I senere faser samles regionsfunksjonene på Ullevål.»

Disse medlemmer viser til høringsuttalelse fra Kristiansand regionråd. Her påpekes det at Kristi-

ansand kommune ønsker å samlokalisere sin nye legevakt med akuttbygget ved Sørlandet Sykehus Kristiansand. Imidlertid avhenger en slik samlokalisering av at Helse Sør-Øst fatter en beslutning om å bygge akuttbygget, hvilket igjen avhenger av fremdriften i andre byggeprosjekter i Helse Sør-Øst og de driftsøkonomiske resultatene i helseregionens sykehus. Disse medlemmer konstaterer at den usikkerheten og uforutsigbarheten som Kristiansand kommune er stilt overfor, er et resultat av at ansvaret for å legge investeringsplaner er lagt til de regionale helseforetakene heller enn til Stortinget, samt at helseforetakene må finansiere sine investeringer gjennom å drive med økonomisk overskudd. Disse medlemmer konstaterer at investeringsmodellen for sykehussektoren i dette tilfellet er til hinder for den typen samhandling som meldingen tar til orde for.

12. Økonomiske og administrative konsekvenser

12.1 Sammendrag

Nasjonal helse- og sykehusplan gir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og samhandling med den kommunale helse- og omsorgstjenesten i planperioden. Planperioden er 2020–2023, men utviklingsretningen strekker seg ut over dette, og fremskrivingene som ligger til grunn for planarbeidet, har en horisont mot 2035.

Med noen unntak er det en gjennomgående forutsetning at gjennomføringen av planen skal skje innenfor de til enhver tid gjeldende rammer for regionale helseforetak, kommuner og departementets underliggende etater. Unntakene er i hovedsak knyttet til digitaliseringstiltak, studieplasser for sykepleiere og enkelte tilskudd til kommunene. Dette innebærer samtidig at måloppnåelsen vil avhenge av utviklingen i det økonomiske handlingsrommet for de aktuelle aktørene framover. Eventuelle forslag til bevilgningsøkninger på departementets budsjettområde vil fremmes i den ordinære budsjettprosessen.

Om bærekraften i helse- og omsorgstjenesten

SSB anslår at antall årsverk i helse- og omsorgstjenestene må øke med 35 prosent frem mot 2035 for å dekke fremskrevet behov for helse- og omsorgstjenester. I så fall vil sektoren legge beslag på nesten halvparten av veksten i arbeidsstyrken.

Regjeringen mener at ressursveksten i spesialisthelsetjenesten må vris fra vekst i bemanning, som er en knapp ressurs, til investeringer i teknologi og kompetanse som kan redusere fremtidig arbeidskraftbehov. Denne omstillingen forutsetter at sentrale rammebetingelser knyttet til for eksempel finansieringsordnin-

ger og lovverk er på plass. Regjeringen vil følge opp dette gjennom forslag til budsjett- og lovvedtak.

Økonomiske og administrative konsekvenser på hovedområder i planen

Summen av tiltakene i Nasjonal helse- og sykehusplan vil gi bedre tjenester til pasientene og bidra til en mer bærekraftig utvikling av helse- og omsorgstjenesten. Det er samtidig krevende å måle effekter av enkelttiltak, både fordi mange forhold spiller sammen, og fordi det kan ta lang tid før effekter blir synlige.

Gjennomføring av Nasjonal helse- og sykehusplan

Helse- og omsorgsdepartementet skal følge opp utviklingsretningen som er presentert i Nasjonal helse- og sykehusplan gjennom styringsdokumentene for etatene og de regionale helseforetakene. Videre har departementet ansvar for at nasjonale rammebetingelser, som lovverk og finansieringsordninger, understøtter den ønskede utviklingen. Regjeringen vil komme tilbake til Stortinget med eventuelle konkrete forslag til lovendringer og budsjettvedtak.

Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse vil få en særlig rolle i oppfølgingen av meldingen i tråd med deres roller som henholdsvis følge med-organ for helse- og omsorgstjenestene og ansvarlig for koordinering av digitalisering i helse- og omsorgstjenesten.

Ansvaret for å utvikle tjenestene i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan ligger hos de regionale helseforetakene og kommunene. Departementet vil derfor gi føringer for neste generasjon av lokale og regionale utviklingsplaner og formidle forventninger til helsefelleskapene i tråd med forslagene i denne meldingen og avtalen med KS om innføring av helsefelleskap. Helsefelleskapene oppfordres til å komme med innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan.

Regjeringen foreslår ikke en evaluering av gjennomføringen av Nasjonal helse- og sykehusplan som helhet. Meldingen presenterer en omfattende strategi for helse- og omsorgstjenesten og spenner over vidt forskjellige temaer. Det vil ikke være hensiktsmessig å evaluere dette samlet.

12.2 Komiteens merknader

Komiteen har merket seg Region Kristiansands innspill i høringen om at Sørlandet sykehus HF Kristiansand gis tillatelse til oppstart av planlegging av nytt akuttbygg i samarbeid med Kristiansand kommune, som ønsker å samlokalisere sin legevakt og øvrige øyeblikkelig hjelp og døgnkontinuerlige tjenester med Sørlandet sykehus HF i et felles nytt akutt- og intensivbygg i Kristiansand.

Komiteen deler Region Kristiansands synspunkter om at en samlokalisering, slik det fremkommer i deres notat til høringen, vil bidra til en mer sammenheng-

ende helse- og omsorgstjeneste. Komiteen har i denne forbindelse merket seg at kommunene i Agder og Sørlandet sykehus HF allerede i 2006 innledet et forpliktende overordnet samarbeid, herunder faglige samarbeidingsråd mellom sykehusleger og fastleger.

Komiteen vil på denne bakgrunn be statsråden henstille til Helse Sør-Øst å gi Sørlandet sykehus HF anledning til å starte planleggingen av nytt akutt- og intensivbygg i samarbeid med Kristiansand kommune snarest mulig.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er kritiske til regjeringens mål om at ressursveksten i spesialisthelsetjenesten vris fra vekst i bemanning til investeringer i teknologi og kompetanse. Selv om en økt satsing på kompetanse og teknologi er tvingende nødvendig, vil det ikke være mulig å møte den økende andelen multisyke eldre i befolkningen uten tilstrekkelig bemanning i spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer mener regjeringens mål underspiller dette.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti mener at handlingsrommet for å ansette flere folk i helsevesenet ville ha vært til stede dersom Solberg-regjeringen ikke hadde kuttet skattene til de rike. De rike har fått 316 000 kroner hver i skatteuttak, men velferden til vanlige folk bærer preg av et sparefokus. Dette medlem viser til at Den norske legeforening skrev følgende om helse- og sykehusplanen:

«Tiltakene i planen bærer preg av et sparefokus og stramme bevilgninger. Sykehusenes handlingsrom har krympet bort over de siste statsbudsjettene.»

Dette medlem er enig i at det er nødvendig å bruke mer penger på velferd for alle, ikke skatteuttak for de få.

13. Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen utarbeide en stortingsmelding som ser på helheten i fødetilbudet og på hvordan man best kan sikre en kvalitativ og sikker svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Meldingen må særlig ta for seg nærhet til fødetilbud, kvalitet og bemanning på fødeavdelingen, oppfølging før og etter fødsel, finansieringssystemet for jordmødre og overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen utarbeide en ny handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten, med mål om redusert bruk av antibiotika og bedre diagnosesystemer. Planen bør også ha verktøy for bedre smittevern når sykdommer kommer fra utlandet.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen evaluere de lovfestede samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner og sikre at samarbeidsavtalene gjennomgås årlig med tanke på nødvendige oppdateringer og forbedringer.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen sørge for at de lovfestede samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner omfatter tjenester til barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrapelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en reell opptrappingsplan for psykiatrien.

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen legge frem en stortingsmelding om psykisk helsevern.

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen sikre at helseforetakene ikke planlegger eller gjennomfører nedleggelse av døgnplasser innenfor psykisk helsevern før Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har lagt frem sin analyse av befolkningens fremtidige behov for psykiske helsetjenester.

Forslag 8

Stortinget ber regjeringen om å innføre flere brukerstyrte senger.

Forslag 9

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med sak om plan for pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern.

Forslag 10

Stortinget ber regjeringen følge opp vedtak nr. 21 av 15. november 2018 og legge frem en stortingsmelding om de prehospitale tjenestene og hele den akuttmedisinske kjeden basert på NOU 2015:17 Først og fremst.

Forslag 11

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag til forskriftsfestede responstider for

blålystjenestene, som fastsetter hvilke responstider som skal gjelde, og hvilke krav som skal settes til utstyr og faglig kompetanse i tjenesten.

Forslag 12

Stortinget ber regjeringen utrede akutthjelperordningen med tanke på utvikling, ansvarsfordeling og finansiering for å sikre akutthjelperordningen som et supplement til, og ikke en erstatning for, eksisterende kommunale og statlige akuttmedisinske tjenester, og legge utredningen frem for Stortinget som egen sak.

Forslag 13

Stortinget ber regjeringen definere grunnleggende IKT-infrastruktur i helseforetakene inn under krav i sikkerhetsloven om skjermingsverdig informasjon.

Forslag 14

Stortinget ber regjeringen sørge for at alle helseforetak systematisk kartlegger behovet for helsepersonell de kommende årene og utarbeider strategiske planer for å beholde og rekruttere ansatte.

Forslag 15

Stortinget ber regjeringen gjennomgå bruken av såkalte postleger i helseforetakene og vurdere om slike stillinger burde vært fylt av LIS1-leger.

Forslag 16

Stortinget ber regjeringen fremme sak for Stortinget om organisering, finansiering og tilrettelegging for økt antall praksisplasser i kommunenes helse- og omsorgssektor.

Forslag 17

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

Forslag 18

Stortinget ber regjeringen gjennomføre en evaluering av ISF-systemet.

Forslag 19

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

Forslag 20

Stortinget ber regjeringen gjennomgå finansieringen innenfor spesialisert rehabilitering og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Forslag fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 21

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

Forslag fra Arbeiderpartiet:

Forslag 22

Stortinget ber regjeringen følge opp anmodningsvedtak 750 (2017–2018), og sørge for at fødeavdelingen i Kristiansund består inntil fødeavdelingen i det nye sykehuset på Hjelset er i drift.

Forslag fra Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 23

Stortinget ber regjeringen stanse nedleggelsen av fødeavdelingen i Kristiansund og sikre at en fullverdig fødeavdeling i Kristiansund blir en del av den fremtidige sykehusstrukturen i Møre og Romsdal.

Forslag 24

Stortinget ber regjeringen sørge for et permanent ambulanshelikopter i Kirkenes og et jettfly stasjonert fast i Tromsø.

Forslag fra Fremskrittspartiet og Senterpartiet:

Forslag 25

Stortinget ber regjeringen utvide spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta med en fødeavdeling og nødvendige akutfunksjoner. Det må legges til grunn at det blir bygget et nytt sykehus i Hammerfest, og at sykehusene i Finnmark samarbeider i en nettverksmodell for å gi hele befolkningen et likeverdig helsetilbud av god kvalitet.

Forslag fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 26

Stortinget ber regjeringen sikre økt bruk av individuell plan hos pasienter som har bruk for langvarige og koordinerte tjenester, og sørge for at pasientenes lovfestede rettigheter til koordinator og kontaktlege blir fulgt opp i helseforetakene.

Forslag 27

Stortinget ber regjeringen sørge for at de regionale helseforetakene ikke viderefører innsatsstyrt finansiering ned på sykehusnivå eller avdelingsnivå.

Forslag 28

Stortinget ber regjeringen sikre at outsourcing og drift av kritiske nasjonale IKT-tjenester og -systemer i helsesektoren avsluttes, og at nye avtaler ikke kan inngås.

Forslag 29

Stortinget ber regjeringen sikre at informasjon knyttet til nasjonale sikkerhetsinteresser blir driftet og lagret i Norge.

Forslag 30

Stortinget ber regjeringen utrede og fremme lovforslag om at helseforetaksloven erstattes av en ny helseforvaltningslov, der fylkene kan overta drift av sykehusene ved innføring av folkevalgt styring, stedlig og praksisnær ledelse og medbestemmelse for de ansatte.

Forslag 31

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 fra Fremskrittspartiet:*Forslag 32*

Stortinget ber regjeringen utvikle de regionale helseforetakene og fordele oppgavene mellom en nasjonal styringsenhet og de enkelte helseforetakene.

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti:*Forslag 33*

Stortinget ber regjeringen etablere en modell for effektiv massevaksinasjon, med en effektiv logistikk for invitasjon til prioritert vaksinerings av kjente risikogrupper først.

14. Komiteens tilråding

Komiteens tilråding I, II og VI fremmes av komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti.

Komiteens tilråding III-V, VII og VIII fremmes av en samlet komité.

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

vedtak:**I**

Stortinget ber regjeringen definere sykehuset i Kirkenes som intensivvirksomhet nivå 2.

II

Stortinget ber regjeringen utrede hvilken produksjonskapasitet som eksisterer i Norge, og hvilke essensielle legemidler og medisinsk utstyr som kan og bør produseres nasjonalt for å sikre forsyning og beredskap, og komme tilbake til Stortinget med en sak om dette.

III

Stortinget ber regjeringen sørge for at ideelle sykehus og ideelle DPS-er blir inkludert i helsefelleskapene.

IV

Stortinget ber regjeringen sørge for at det er trygt for barn å dele vonde erfaringer, og at barnet skal ha kontroll på sin egen informasjon. Det skal være gode rutiner på plass for å sørge for at deler av barnets journal enkelt kan sperres for innsyn. Det skal gis god opplæring for helsepersonell, og det må være tid og rom til å gjøre disse vurderingene.

V

Stortinget ber regjeringen gjennomgå helselovgivningen for å sikre at denne er i tråd med FNs barnekonvensjons prinsipper om barns rett til å bli hørt, beslutninger til barnets beste og barns rett til privatliv.

VI

Stortinget ber regjeringen komme til Stortinget med en egen sak om basestrukturen for luftambulanse i Norge, som må omfatte Innlandet og Bykle/Vinje, senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2021.

VII

Stortinget ber regjeringen legge avgjørende vekt på lokalpolitiske ønsker og innbyggerperspektiv, og derfor åpne opp for at nye sammenslåtte kommuner kan ha delte løsninger mellom flere helseforetak.

VIII

Meld. St. 7 (2019–2020) – Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 5. mai 2020

Geir Jørgen Bekkevold
leder

Camilla Strandskog
ordfører

