



# Representantforslag 91 S

(2011–2012)

fra stortingsrepresentantene Siv Jensen, Per Arne Olsen, Jon Jæger Gåsvatn og Kari Kjønås Kjos

Dokument 8:91 S (2011–2012)

## Representantforslag fra stortingsrepresentantene Siv Jensen, Per Arne Olsen, Jon Jæger Gåsvatn og Kari Kjønås Kjos om en total gjennomgang av styringen med sykehussektoren

Til Stortinget

### Bakgrunn

Sykehussektoren er en stor og omfattende sektor som skal gi gode og nødvendige helsetjenester til alle landets innbyggere. Helsetjenesten gir i dag et godt tilbud til svært mange pasienter, som følge av kompetent helsepersonell som daglig gjør sitt ytterste i møte med sine pasienter.

Norske medier har gjennom alle tider avdekket enkelthendelser i helsevesenet som medfører at pasientene ikke får det helsetilbudet de kan forvente. Dette vil trolig alltid være slik.

Forslagsstillerne opplever likevel at det de siste årene har blitt avdekket mange forhold ved norske sykehus som bør imøtekommes med konkrete tiltak. Ventelistejuks, sviktende pasientsikkerhet, omstillingsprosesser ute av kontroll, økende ventelister og omfattende vedlikeholdsetterslep på bygninger og sykehusutstyr er bare noen av utfordringene norske sykehus står overfor. Forslagsstillerne mener det er behov for en total gjennomgang av systemer, strukturer, lovgivning, kapasitet og ressurser for å imøtekomme de utfordringer som har vært belyst, med tanke på iverksettelse av tiltak som sikrer pasientenes beste ved norske sykehus.

Videre ser det ut som om departementet i stadig flere saker skyver ansvaret for at de overordnede systemene ikke fungerer tilstrekkelig nedover til de regionale helseforetakene.

Forslagsstillerne understreker at det er Stortingets og deretter departementets ansvar å sørge for at helsetjenesten fungerer tilfredsstillende.

På bakgrunn av dette mener forslagsstillerne at det er avgjørende at Stortinget tar grep om de systemsviktene som er avdekket de siste årene.

### Utfordringer i kø

#### *Ventelistejuks*

Forslagsstillerne viser i den sammenheng til at det de siste årene er avslørt flere saker der sykehusene «trikser» med ventelister.

Våren 2010 avslørte flere medier at det ved kirurgisk avdeling ved Sykehuset Asker og Bærum ble jukset med ventelistene og at det ikke ble sendt ut standardbrev til pasientene som inneholdt ventelisteopplysninger, men at det tvert imot ble sendt ut brev som ikke opplyste pasientene om deres rettigheter. I etterkant av denne avsløringen ble det startet en intern gjennomgang av rutinene. Allerede på dette tidspunktet krevde forslagsstillerne at det måtte gjennomføres en ekstern gjennomgang. Det ble på dette tidspunktet ikke tatt til følge.

Forslagsstillerne noterer seg at det drøyt 2 år senere avsløres triksing med ventelistene på nytt, denne gangen ved et annet helseforetak (Oslo universitetssykehus (OUS)), men innenfor samme helseregion, nemlig Helse Sør-Øst. Videre hevder TV2 at flere helsetopper har bekreftet at dette skjer ved flere helseforetak. Videre er forslagsstillerne bekymret for at det i perioder er meldt om bevisst bruk av feil DRG-koder (diagnoserelaterte grupper) for å sikre eget helseforetaks økonomi. I den forbindelse mener forslagsstillerne at det kan ha bidratt til å øke risikoen for triksing med ventelistene da Stortinget valgte å redusere den innsatsstyrte finansieringen. I en situasjon der hver pasientkonsultasjon blir en kostnad som

blir trukket av basisfinansieringen, vil det å bruke feil DRG-kode kunne bidra til at man opprettholder balansen i budsjettene.

Forslagsstillerne mener det er uakseptabelt med en slik praksis, men mener det er grunnlag for å evaluere om dagens finansieringsnøkkel medfører økt risiko for slike hendelser.

Forslagsstillerne mener videre at stadig økte ventelister representerer en annen stor utfordring for norsk helsevesen. Dette viser, etter forslagsstillernes syn, at det er nødvendig med en fullstendig gjennomgang av praksisen i norske sykehus knyttet til håndteringen av ventelister.

### **Økte ventelister**

Forslagsstillerne er bekymret over at ventelistene fortsetter å vokse. Ved utgangen av 2011 står over 280 000 pasienter på venteliste til behandling i norsk helsevesen. Størst vekst i ventelistene skjer i dag i somatikken. Dette skjer i en tid der mange kutt i helseforetakene gjennomføres, og konsekvensen er at stadig flere pasienter må vente på behandling. Bare siden 2007 har ventelistene økt fra 233 043 pasienter til 281 589 pasienter ved utgangen av 2011. Dette viser, etter forslagsstillernes syn, at manglende styring, presset økonomi og lite forutsigbare rammer til helseforetakene rammer pasientene i stor grad.

Samtidig mener forslagsstillerne det er et paradoks at dette skjer i en tid der flere private leverandører, både i Norge og i våre naboland, kan tilby behandling til disse pasientene. Det er i mange tilfeller slik at pasientene i dag blir satt ut av arbeidslivet lenger enn nødvendig med bakgrunn i ventetider, noe som etter forslagsstillernes syn er lite samfunnsøkonomisk lønnsomt.

### **Strukturendring og ressursutnyttelse**

Helsetjenesten, som alle andre sektorer, må kontinuerlig utvikles og forbedres. Samtidig er helsetjenesten en grunnleggende velferdstjeneste for alle landets innbyggere. Det er derfor viktig at omstillingsarbeid gjennomføres på en måte som bidrar til at folk har tillit til de prosessene som foregår, samt at behovet for kapasitet, kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas.

Forslagsstillerne mener at dette i flere tilfeller har vært en undervurdert faktor i de omstillingene som foregår. Økonomiske innstramminger og store endringer mellom ulike sykehus innen samme helseforetak pågår kontinuerlig. Det er naturlig at slike prosesser pågår løpende, men det er like fullt grunnlag for å vurdere tempoet slike endringer skjer i. I dag er det omstillingsprosesser på gang i en rekke helseforetak. Dette skaper i mange tilfeller uro både blant innbyggerne i de ulike regionene, men også i fagmiljøene. Det er i den sammenhengen naturlig å vise til at hovedstadsprosessen har konsekvenser langt utenfor

Oslo, noe som viser at endringer i tilbudet på et helseforetak kan medføre endringer og økt uro også i andre helseforetak.

Forslagsstillerne understreker at det er avgjørende at man gjennomfører slike prosesser også på tvers av grensene til de ulike helseforetakene. Dersom slike prosesser ikke blir satt i en større sammenheng på tvers av helseforetakene, risikerer befolkningen i enkelte geografiske områder eksempelvis å få et vesentlig dårligere akutt- og fødetilbud enn man tidligere har hatt.

I løpet av de siste årene har en rekke helseforetak, med regjeringens velsignelse, lagt ned flere lokalsykehus eller endret funksjonsfordelingen i vesentlig grad. Dette har i mange områder i landet medført større usikkerhet for tryggheten til pasientene. Videre har det vist seg at dette er svært lite hensiktsmessig med tanke på utnyttelse av helsepersonell. I februar 2012 sto helsepersonell ved sykehuset i Nordfjord frem og sa at man som følge av endringer i funksjonsdeling nå er i en situasjon der man ikke får benyttet sin kapasitet fornuftig. Dette har medført at en stor del av helsepersonellet hverdag går med til strikking, løsning av kryssord og kaffedriking, ifølge sykepleierne ved sykehuset.

Dette viser, etter forslagsstillernes syn, at man ikke har tilstrekkelig kontroll med slike prosesser, noe som medfører en enorm sløsing med offentlige ressurser. Det vises i den sammenheng til Dokument 8:23 S (2009–2010) og Innst. 159 S (2009–2010) om å sikre økonomisk styring og kostnadskontroll ved helseforetakene.

Forslagsstillerne viser videre til at det har vært en enorm utvikling av antall byråkrater i helseforetakene. Stadig flere jobber altså med andre ting enn pasientbehandling i norske sykehus. Tall fra 2007 viser at mens det var ca. 14 000 sengeposter i norske sykehus og 8 500 leger, var det nærmere 10 500 ansatte som hadde administrativt arbeid som ikke var pasientrelatert. Dette viser, etter forslagsstillernes syn, at det er behov for en betydelig slanking av sykehusbyråkratiet og at det er naturlig å starte med å legge ned de regionale helseforetakene.

Det er, etter forslagsstillernes syn, fortsatt nødvendig å gjennomgå rutineene for omstillingsprosesser i helseforetakene både med tanke på kostnadskontroll og pasientsikkerhet.

### **Manglende økonomisk styring**

Spesialisthelsetjenesten er et av de største kapittelområdene på det årlige statsbudsjettet. Overføringene til de regionale helseforetakene utgjør for budsjettåret 2012 godt over 100 mrd. kroner.

Denne sektoren har vært og er fortsatt under store omstillinger og endringer. Det vil alltid være store endringer i denne sektoren, spesielt sett i lys av tekniske og medisinske fremskritt, samt endringer i den

geografiske og demografiske sammensetningen av befolkningen.

Politiske beslutninger fra år til år vil også være en svært viktig pådriver med hensyn til hva et sykehus har mulighet til å tilby av tjenester, vedlikehold og investeringer, enten beslutningene er av finansiell eller av strukturell art. Dette har, slik forslagsstillerne ser det, medført at mulighetene for langsiktig planlegging og omstilling har vært vanskelig å gjennomføre i praksis. En viktig grunn til dette vil måtte være den meget korte tiden mellom vedtatt statsbudsjett og budsjettperiodens virketid. Statsbudsjettet blir vedtatt i midten av desember, med de endringer som der måtte ligge i finansiering og struktur, mens virketiden for budsjettets periode starter fra 1. januar.

Forslagsstillerne mener det er behov for en egen sykehusproposisjon som hvert år legges frem i samme periode som kommuneproposisjonen. Det vil medføre muligheten for, og evnen til, å planlegge de nødvendige og ønskelige endringer for påfølgende år.

Kommuneproposisjonen har den funksjon at den gir kommunene mulighet til å ha den langsiktighet i planlegging og strukturendringer som til enhver tid er nødvendig og ønskelig. Kommuneproposisjonen beskriver forholdene rundt de finansielle rammene, samt andre utfordringer som kommunesektoren vil bli stilt overfor i påfølgende år. Dette er med på å bidra til et endringsforløp i sektoren over et lengre tidsrom enn hva som hadde vært tilfellet dersom disse signalene ikke hadde kommet. Dette er selvsagt en fordel for administrativ ledelse i kommunene, kommunepolitikere, ansatte i kommunene og til slutt den enkelte kommunes innbygger. Det er grunn til å anta, slik forslagsstillerne ser det, at det kommunale tjenestetilbudet ville ha vært utsatt for større endringer over en kort periode dersom kommuneproposisjonen ikke hadde eksistert og blitt lagt frem i den tidsperioden som er blitt praksis.

Forslagsstillerne ser klare paralleller mellom den langsiktighet som er nødvendig i kommunesektoren og sykehussektoren, blant annet dersom man ser på omstillingskrav, størrelse på sektoren og ikke minst innbyggernes krav om en god tjenesteyterrolle.

### ***Omstillingsproblematikk i sykehussektoren***

Sykehusene har vært, er, og vil alltid være under en kontinuerlig omstillingsprosess. Dette er en naturlig konsekvens av endrede muligheter på det medisinske området, befolkningsutvikling så vel i alder som i geografi, og endrede politiske vedtak når det gjelder prioriteringer og føringer. Problemene knyttes til omstilling blir, slik forslagsstillerne ser det, forsterket av den korte tidsperioden mellom politisk vedtatte ramme- og strukturendringer og omstillingsbehovets virkeområde som trer i kraft 1. januar. Blant annet vil det være vanskelig å planlegge beho-

vet for endringer i bemanningssituasjonen i løpet av en tidsperiode av den karakter man har i dag. Dette har blant annet kommet tydelig frem både i forbindelse med omstillingen ved Oslo-sykehusene og i forbindelse med nedleggelsen av Nordfjordeid sykehus. Konkret kan en sykehusproposisjon på dette området bidra til at rekruttering til ledige stillinger, eventuelt opphør av unødvendige stillinger for det påløpende år, gjøres enklere. Dagens situasjon med rekrutteringsproblemer i sektoren, samt en oppsigelsestid på 6 måneder, er faktorer som ville vært mindre problematiske dersom man på forsommeren året før budsjettperioden hadde fått de nødvendige signaler til å gjøre de endringer som kreves for å imøtekomme det bemanningsbehovet man ser seg tjent med i det kommende år.

Når det gjelder behovet for vedlikehold, nyinvesteringer og strukturendringer på eksisterende bygningsmasse og utstyr, så vil dette også være enklere å gjennomføre dersom man får på plass en egen proposisjon som avspeiler de politiske forventningene til oppnådd resultat det påfølgende år, noe som igjen vil komme pasientene til gode i form av at tilbudet som gis avspeiler de forventninger som er i befolkningen. Opprettelse/utvidelse av nye avdelinger, nytt medisinsk utstyr og flytting av funksjoner kan være noen av endringene som lettere lar seg gjennomføre dersom man gir de nødvendige føringer på et tidligere tidspunkt i form av en egen sykehusproposisjon, noe som igjen vil medføre at prosessene går på en bedre og smidigere måte, noe som er til det beste for pasientene.

### ***Endrede oppgavefunksjoner for sykehusene***

Et annet viktig element er de stadig nye oppgavene som er tillagt de regionale helseforetakene og det enkelte sykehus. Politiske vedtak som fattes i desember, for så å gjennomføres fra 1. januar det påfølgende år medfører store utfordringer for sykehusenes mulighet til langsiktighet og god økonomistyring. Særlig aktuelt har dette vist seg å være i forbindelse med samhandlingsreformen. I tillegg bør store sektorer som rusomsorg og rehabilitering nevnes, da dette er viktige oppgaver som er tillagt de regionale helseforetakene uten å være fullfinansiert. Dette er bare noen av eksemplene på nye oppgaver som i løpet av en kort tidsfrist, fra politisk vedtak til praktisk gjennomføring, er tillagt sykehusene de siste årene. Det er, slik forslagsstillerne ser det, uheldig at sykehusene ikke blir gitt det nødvendige tidsrom til å planlegge for de nye oppgavene, særlig når det ikke medfører en fullfinansiering fra statens side.

### ***Teknisk beregningsutvalg***

En sykehusproposisjon bør videre inneholde en gjennomgang av den reelle situasjonen for det inneværende året, utført av et teknisk beregningsutvalg.

Det vises til at det i budsjetttrammene blir foretatt en rekke kostnadsanslag, blant annet når det gjelder lønnsutgifter, medisintilgifter, øvrige pris- og kostnadsendringer samt pasientanslag. Et teknisk beregningsutvalg bør derfor opprettes for å påvise hva de faktiske kostnadene blir, slik at man fra politisk side blir gitt muligheten for de nødvendige korrigeringer av det løpende års budsjett. Et aktuelt eksempel på denne problemstillingen er årets lønnsoppgjør, som kan synes å bli vesentlig høyere enn hva som er lagt til grunn i årets statsbudsjett, noe som eventuelt vil medføre svært store ekstrautgifter for sykehusene. Forslagsstillerne vil peke på at dette er penger som må hentes fra andre tiltak, noe som sannsynligvis vil måtte bety et redusert tilbud for pasientene dersom det ikke vedtas en kompensasjonsbevilgning fra Stortingets side.

Forslagsstillerne viser til de vurderinger som representantforslaget legger til grunn, og mener på denne bakgrunn at det er tungtveiende grunner til å få på plass en årlig sykehusproposisjon etter modell av kommuneøkonomiproposisjonen. Dette vil, slik forslagsstillerne ser det, bidra til en større grad av langsiktighet og økonomisk handlingsrom for det enkelte foretak, noe som igjen vil medføre større grad av fleksibilitet og omstillingsmuligheter.

### **Prehospitale tjenester**

Ambulansetjenesten er en viktig del av totaltilbudet til pasientene. Men også innenfor styringen av denne tjenesten har det blitt tatt flere beslutninger som fremstår som lite hensiktsmessige. Eksempelvis har man i Helse Midt-Norge valgt å hente ambulansetjenesten tilbake til egenproduksjon til tross for at det angivelig er dyrere enn alternativ organisering. Dette medfører at ressurser som kunne vært brukt til pasientbehandling isteden blir brukt til en dyrere ambulansetjeneste, uten at tilbudet til pasientene blir styrket som følge av dette.

Forslagsstillerne mener også at det er nødvendig å se på de prehospitale tjenestene for landet under ett, for å sikre gode tjenester over hele landet. Dette er spesielt aktualisert som følge av endringer av funksjonsfordelingen mellom de ulike sykehusene. Samtidig vektlegges det at enkelte områder allerede med dagens struktur har et for svakt tilbud innen luftambulansetjenesten. Videre har det de siste årene vært avdekket svakheter i tilbudet til psykiatriske pasienter. Det vises derfor til Dokument 8:163 S (2009–2010) og Innst. 184 S (2010–2011) om å innføre et tilbud om psykiatriambulanser i alle landets fylker.

Det er derfor, etter forslagsstillerne syn, nødvendig med en gjennomgang av de prehospitale tjenestene for å sikre kvalitet og tilgjengelighet over hele landet.

### **Situasjonen ved Oslo-sykehusene**

Forslagsstillerne har over tid uttrykt bekymring for situasjonen ved Oslo universitetssykehus (OUS). Dette har resultert i flere representantforslag for å styrke situasjonen i helseforetaket. Det vises i den sammenheng til Representantforslag 8:70 S (2009–2010) om å sikre videre drift av Aker sykehus. Videre vises det til Representantforslag 8:24 S (2011–2012) om tiltak for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet ved omstillingsprosessen ved Oslo universitetssykehus.

Forslagsstillerne mener involvering av ansatte er avgjørende for å lykkes i en omstillingsprosess, og mener derfor det er bekymringsfullt at bare 1 av 3 ansatte svarer i en undersøkelse gjennomført av Helse Sør-Øst at man vil lykkes med omstillingsprosessen.

Forslagsstillerne mener det er åpenbart at omstillingsprosessen medfører økt risiko for pasientene, noe som også Statens helsetilsyn bekrefter i høringen til kontroll- og konstitusjonskomiteen den 2. mars 2012.

Videre er forslagsstillerne bekymret over at fylkeslege i Oslo, Petter Schou, under den samme høringen uttaler at det for ham fremstår som åpenbart at ledelsen ved OUS ikke forstår alvoret i situasjonen omstillingsprosessen gir for pasientene. Dette viser, etter forslagsstillerne syn, at det helt uavhengig av de mange medieoppslag som viser urovekkende situasjoner ved OUS, er nødvendig med en total gjennomgang av departementets styring med omstillingsprosesser på et overordnet nivå for å sikre forsvarlig oppfølging og gjennomføring av slike prosesser.

### **Feilbehandlinger**

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har gjennom pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» kartlagt at om lag 4 500 pasienter døde etter pasientskader som følge av behandlingen på norske sykehus i 2010. Videre viser tallene at 100 000 pasienter skades på sykehusene.

Overlege Ellen Tveter Deilkås ved Kunnskapssenteret uttaler:

«Trolig kunne halvparten av dødsfallene vært unngått med bedre rutiner, bedre hygiene og høyere prioritering av pasientsikkerhet.»

Forslagsstillerne mener dette er en tydelig indikasjon på at pasientsikkerhet må prioriteres høyere i helsetjenesten og at det bør settes i verk konkrete tiltak for å sikre dette. Forslagsstillerne viser i den sammenheng til Dokument 8:146 S (2009–2010) og Innst. 185 S (2010–2011) samt Innst. 177 S (2011–2012) der en samlet opposisjon foreslår en rekke tiltak for å bedre pasientsikkerheten.

### **Norsk pasientskadeerstatning**

I 1988 ble Norsk pasientskadeerstatning (NPE) opprettet. Opprinnelig omfattet den bare somatiske sykehus, men fra 1992 ble også psykiatriske sykehus og kommunelegetjenesten omfattet av ordningen. Norsk pasientskadeerstatning er et resultat av en avtale inngått høsten 1987 mellom staten ved Sosialdepartementet og landets fylkeskommuner. Fra NPE ble opprettet i 1988 og fram til 2003 ble ordningen administrert av KLP-forsikring. Fra 1. januar 2003 er NPE organisert som et uavhengig statlig forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

NPE skulle i utgangspunktet fungere som en midlertidig ordning i tre år, inntil en lov om pasientskadeerstatning skulle tre i kraft. Regjeringen Bondevik I la i desember 1998 frem et lovforslag (Ot.prp. nr. 31 (1998–1999)). Det ble senere fremmet en Tilleggsproposisjon (Ot.prp. nr. 55 (1999–2000)), og pasientskadeloven ble vedtatt våren 2001. Fra 1. januar 2003 trådte den nye pasientskadeloven i kraft, men kun for offentlig helsetjeneste.

Norsk pasientskadeerstatnings hovedoppgaver er:

- å avgjøre om erstatningssøker har krav på erstatning og fastsette erstatningens størrelse
- å bygge opp en database som statistisk grunnlag for helsesektorens arbeid med kvalitetsforbedringer og skadeforebyggelse
- å informere om pasientskadeordningen til allmennheten, pasienter og helsevesen

Siden starten av NPE i 1988 og frem til utgangen av 2010 har NPE mottatt i overkant av 50 000 erstatningskrav. I 2010 mottok NPE 4 276 krav og betalte ut over 790 mill. kroner i erstatning.

Videreutvikling av ordningen som ble behandlet i Ot.prp. nr. 31 (1998–1999), Ot.prp. nr. 55 (1999–2000) og Ot.prp. nr. 103 (2005–2006), bygger på Lødruputvalgets utredning om erstatning ved pasientskader som er gjengitt i NOU 1992:6.

Fra behandlingen av Ot.prp. nr. 31 (1998–1999) i Innst. O. nr. 68 (2000–2001) uttales det av en samlet sosialkomité:

«Komiteen vil understreke viktigheten av at loven skal fokusere på pasientens skade. Pasienten må heller ikke bevise at noen i helsevesenet kan bebreides for at skaden er skjedd. Komiteen legger til grunn at lovfesting vil gi flere pasienter mulighet til erstatning både i ordningen og ved domstolene.

Komiteen er enig i at alminnelig erstatningsrett ikke gir tilstrekkelig vern for personer som skades ved ytelse av helsetjenester, og at praksis må bygge på en mindre streng uaktsomhetsvurdering.»

Det er, slik forslagsstillerne ser det, liten tvil om at hensikten med ordningen skal være at pasientenes

sikkerhet og trygghet skal være i fokus, samt at beviskravet ikke skal være så omfattende som praksisen er i normal rett.

I Ot.prp. nr. 103 (2005–2006) ble ordningen utviklet slik at også private tjenesteytere ble innlemmet i NPE. Under overskriften «Proposisjonens hovedinnhold» uttales følgende:

«Pasientskadeloven trådte i kraft for den offentlige helsetjenesten fra 1. januar 2003. Det uavhengige forvaltningsorganet Norsk Pasientskadeerstatning behandler erstatningskrav og utbetaler eventuell erstatning. Avgjørelsen kan påklages til Pasientskadenemda. Pasientskadeloven er gunstigere for skadelidte enn alminnelige erstatningsrettslige regler både hva gjelder vilkårene for å få erstatning og behandlingsmåten.»

Mens det i Innst. O. nr. 46 (2006–2007) står følgende:

«Komiteen mener det er viktig å styrke pasientenes erstatningsrettslige stilling. Komiteen vil vise til at mange pasienter sannsynligvis ikke er klar over at man i dag vil bli behandlet etter mer fordelaktige erstatningsrettslige regler dersom pasientskaden er voldt i den offentlige helsetjenesten. Komiteen mener at dette ikke er en tilfredsstillende situasjon, og vil vise til at dagens grense mellom offentlig og privat helsetjeneste både kan være vanskelig å trekke og kan skape uventede problemer for pasienter. Komiteen støtter på denne bakgrunn en lovendring som tar sikte på at Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) overtar erstatningsansvaret for privat helsesektor.»

Forslagsstillerne mener det fortsatt er store behov for forbedringer i ordningen. Blant annet burde det være en pasients rett å få muligheten til personlig oppmøte når saken skal vurderes i NPE. Dette vil måtte bety at det må innarbeides en praksis som sørger for at dette lar seg gjøre, enten ved transport for pasient, eller ved hjemmebesøk der dette er det mest naturlige.

Når det gjelder erstatningsutmålinger, viser forslagsstillerne til NOU 1992:6:

«En skadet pasient kan for det første ha krav på dekning av sitt økonomiske tap: Påløpne utgifter, lidt inntektstap, utgifter i fremtiden og tap i fremtidige erverv. Videre peker utvalget på muligheten for menerstatning ved varig og betydelig skade av medisinsk art, samt på at det kan gis oppreisning hvor skadevolder har opptrådt med forsett eller grov uaktsomhet.»

Forslagsstillerne er kjent med flere tilfeller der dette ikke synes å være ivaretatt, som en følge av den praksis som benyttes i NPE, og mener derfor det er behov for en gjennomgang av ordningen også på dette området.

Forslagsstillerne mener det har vært viktig å få på plass en helhetlig ordning som i første omgang har som oppgave å sikre pasientenes rettigheter og trygg-

het for erstatning når man er blitt utsatt for skade under behandling i helsevesenet. Forslagsstillerne mener imidlertid at ordningen ikke er tilfredsstillende på samtlige områder, og at det dermed er rom for forbedringer som vil styrke den enkelte pasients muligheter og rettigheter.

Et annet viktig forbedringspotensial er knyttet til å få ned saksbehandlingstiden. Forslagsstillerne er kjent med at det i mange tilfeller er svært lang saksbehandlingstid, noe som ofte oppfattes som en ekstrabelasting for den skadelidte. En revidering og gjennomgang av NPE-ordningen bør derfor ha klare ambisjoner og tiltak knyttet til å få redusert saksbehandlingstiden kraftig.

### **Utstyrssituasjonen**

Det har den siste tiden vært en rekke medieoppslag om alvorlige mangler ved medisinsk utstyr på norske sykehus, samt et stort etterslep når det gjelder utstyrsinvesteringer og vedlikehold av eksisterende utstyrspark.

Forslagsstillerne, blant andre, har kunnet se og lese om manglende utstyr, utdatert teknologi og manglende investeringsmuligheter. Leger og annet fagpersonell har uttrykt sterk bekymring for situasjonen, og sågar påpekt at pasientsikkerheten er skadelidende som følge av den prekære og uholdbare situasjonen.

Forslagsstillerne er av den oppfatning at dette er en situasjon vi ikke kan akseptere, og at man derfor må igangsette tiltak for å sikre at norske sykehus blir utstyrt med topp moderne utstyr, til det beste for pasientene. I denne sammenheng ønsker forslagsstillerne å påpeke at moderne og oppdatert utstyr vil være et viktig bidrag både i forhold til effektivisering og av kvalitet i helsetjenesten, noe som igjen kan være en avgjørende faktor for å få redusert ventetider og helsekøer.

Forslagsstillerne viser til at det allerede i 1998 ble behandlet en plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus, jf. St.prp. nr. 61 (1997–1998). Dette var en 5-årig handlingsplan som var ment å bedre utstyrssituasjonen i norske sykehus og som forutsatte å utløse utstyrsinvesteringer i norske sykehus i perioden på 5,3 mrd. kroner.

Ved Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk-teknisk utstyr i sykehus, Dokument nr. 3:6 (2005–2006), som var en undersøkelse av resultatene av handlingsplanen, fant man at lite var endret. Undersøkelsen viste blant annet at ingen av de prioriterte utstyrgruppene fikk gjennomsnittsalderen redusert i perioden 1997–2003. Riksrevisjonen mente at sentrale målsettinger i utstyrsplanen ikke var nådd med de konsekvenser det har for blant annet effektiviteten i sykehusdriften.

Situasjonen er fortsatt kritisk når det gjelder utstyrssituasjonen ved mange norske sykehus. En ut-

redning om medisinsk teknologi i Helse Sør-Øst, som er omtalt i media, viser at halvparten av utstyret ved sykehusene i denne helseregionen er utrangert og at prisen for å erstatte dette utstyret antas å være 3,2 mrd. kroner og økende år for år. Det antas at for Oslo universitetssykehus er gjenanskaffelseskostnaden for utrangert utstyr alene 1,8 mrd. kroner.

Gammelt utstyr fører ofte til problemer og brudd i behandlingsprosessen som kan gi lengre ventetider. I tillegg kan det føre til at Norge blir hengende etter på forskningssiden på grunn av utdatert utstyr.

Forslagsstillerne mener det store etterslepet på utstyrsinvesteringer i sykehusene viser at det er behov for en ny investeringsplan for modernisering av medisinsk utstyr som må følges opp. En langsiktig og forutsigbar finansieringsplan for nødvendige investeringer må komme på plass, senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2013.

Forslagsstillerne mener videre det er et behov for å gjennomføre en særskilt øremerket bevilgning for å løse den akutte situasjonen som kan være en trussel for pasientsikkerheten. I denne sammenheng bør det derfor gis en ekstrabevilgning på minimum 700 mill. kroner i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett i juni 2012. Dersom dette signalet kommer fra Stortinget så raskt som mulig, vil dette gi sykehusene en forutsigbarhet som medfører at anskaffelse av nødvendig utstyr kan igangsettes raskt.

### **Situasjonen for slagpasienter**

Slag er den tredje største dødsårsaken i Norge. Hvert år får mellom 15 000 og 16 000 nordmenn slag. Forslagsstillerne viser til at behandlingstiden er svært relevant for slagpasienter. I denne sammenheng er det svært urovekkende at Statens helsetilsyn har funnet lovbrudd ved 9 av 29 tilsyn i forbindelse med behandling av denne pasientgruppen. Forslagsstillerne mener det må igangsettes en evaluering av situasjonen for slagpasienter i Norge, både når det gjelder behandlingskvalitet, responstid og andre forhold som potensielt kan forbedres. Det vises videre til punkt om prehospitaltjenester, hvor responstid og kvalitet er nærmere omtalt.

### **Fryktkultur hindrer forbedringer**

I forbindelse med sammenslåingen av sykehuse- ne i Oslo har flere leger offentlig sagt at det eksisterer en fryktkultur blant leger og øvrige ansatte ved sykehusene. «Enten så er du med og da gjør du sånn som du får beskjed om, eller så er du mot og da må du si opp.» uttalte professor i geriatri, Torgeir Bruun Wyller, til TV2 24. november 2011.

I forbindelse med en høring i Stortinget bekreftet Legeforeningen at deres medlemmer, over hele landet, har gitt tilsvarende tilbakemeldinger.

Forslagsstillerne mener ansatte ved norske sykehus må stå fritt til å si hva de mener i forbindelse med

ulike problemstillinger som helsevesenet står overfor. En utbredt fryktkultur vil bidra til at kritikkverdige forhold holdes skjult, noe som i ytterste konsekvens kan medføre svikt i pasientbehandlingen. Forslagsstillerne mener derfor en ekstern gjennomgang, slik det foreslås i dette representantforslaget, også må gjennomgå den varslings- og åpenhetskultur alle forventer ved landets sykehus. En forutsetning for en slik gjennomgang er, slik forslagsstillerne ser det, at det iverksettes konkrete tiltak dersom gjennomgangen viser at en slik fryktkultur eksisterer.

### **Rehabiliteringstjenesten**

Alle partier, representert på Stortinget, har hatt et uttalt mål om å styrke rehabiliteringstjenesten de siste årene. Likevel slår Riksrevisjonen i Dokument 3:11 (2011–2012) fast at det ikke er noen målbar forbedring av rehabiliteringstjenesten siden 2005. Samtidig ser man i dag at stadig flere rehabiliteringstilbud blir bygget ned i spesialisthelsetjenesten uten at det på forhånd er bygget opp tilbud for å erstatte disse plassene andre steder i helsetjenesten. Forslagsstillerne mener dette representerer en risiko for at flere pasienter får et dårligere tilbud enn tidligere. Dette er også, etter forslagsstillerne syn, i strid med en del av premissene som ligger til grunn når Stortinget vedtok samhandlingsreformen. Det er derfor, etter forslagsstillerne syn, viktig med en gjennomgang av rehabiliteringstjenesten for å sikre kvalitet og kapasitet i tjenesten.

### **Kreftomsorgen**

Flere medier har det siste året beskrevet de mange utfordringene som er i norsk kreftomsorg. Lange ventetider går på pasientsikkerheten løs. Helsedirektoratet anbefaler at kreftpasienter maksimalt bør vente 20 dager før behandlingen startes. Forslagsstillerne viser til at opposisjonen har fremmet en rekke konkrete forslag til forbedringer av norsk kreftomsorg. Det vises i denne sammenheng til Dokument 8:51 (2009–2010) og Innst. 204 S (2009–2010), om omdannelse av Radiumhospitalet til et nasjonalt kompetansesenter. Videre vises det til Dokument 8:102 S (2009–2010) og Innst. 316 S (2010–2011) om forsterket innsats mot kreft, Dokument 8:130 S (2010–2011) og Innst. 418 S (2010–2011), om å innføre et såkalt pakkeforløp innen kreftomsorgen, Dokument 8:18 S (2011–2012) om en reell behandlingsgaranti for kreftpasienter, Dokument 8:8 S (2011–2012) om å sikre kvinner rask rekonstruksjon av bryst etter kreftoperasjon, Dokument 8:147 S (2010–2011) og Innst. 65 S (2010–2011) om opprettelsen av spesialiserte diagnosesentre. Alle disse forslagene som har

vært forsøk på å øke kompetanse, kapasitet og organisering er avvist av regjeringspartiene. I tillegg vises det til Innst. 11 S (2011–2012) der forslagsstillerne foreslo å styrke bevilgningene både til pasientbehandling samt investeringer i nytt medisinsk utstyr. Forslagsstillerne mener det er åpenbart at forbedringer i norsk kreftomsorg er påkrevet, og mener derfor det er behov for en total gjennomgang av norsk kreftomsorg for å sikre at effektive tiltak blir satt i gang så raskt det er mulig.

### **Innovative legemidler**

Norge har stort forbedringspotensial i å ta raskere i bruk nye innovative legemidler. Dette henger, etter forslagsstillerne syn, sammen med liten åpning for utprøvede behandling i Norge, samt at man er redd for økte kostnader knyttet til ny behandling eller nye legemidler.

Forslagsstillerne har også tidligere tatt til orde for mer utprøvede behandling og at man må lage en strategi for raskere å ta i bruk nye innovative legemidler. Til tross for at regjeringen tidligere har avvist dette behovet, avslørte TV2 den 20. mars 2012 at en ung mann på 20 år ikke får tilgang til legemiddelet Ipilimumab. Hadde denne unge mannen bodd i Danmark, ville han fått tilgang til det samme legemiddelet, noe som kunne gitt mannen bedre prognoser for å overleve sin kreftsykdom. Forslagsstillerne har fått signal om at dette gjelder for flere medikamenter i kreftbehandlingen, eksempelvis med medikamentet Zytiga.

Forslagsstillerne viser videre til at helsedirektør Lars E. Hanssen sier til TV2 at saksbehandlingstiden for å få ta i bruk nye legemidler er for lang. Forslagsstillerne mener dette dokumenterer at det er nødvendig med en rekke tiltak for å effektivisere saksgangen, men også for å lage en strategi for å ta i bruk mer utprøvede behandling for pasienter som ikke responderer på ordinær behandling.

### **Oppsummering**

Forslagsstillerne mener det er på tide å foreta en gjennomgang av styringen med sentrale deler av spesialisthelsetjenesten, slik at man på denne måten får en overordnet vurdering av hvordan den sentrale organiseringen, styringen og ansvarsdelingen mellom departement, helseforetak og det enkelte sykehus gir seg praktiske utslag for pasientene. Videre er det nødvendig med en gjennomgang av organiseringen av en rekke helsetjenester som det er avdekket store mangler ved, slik at Stortinget kan sette i verk nødvendige tiltak for å rette opp i situasjonen.

## Forslag

Forslagsstillerne fremmer på denne bakgrunn følgende

### f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen gjennomgå alle rutiner for styring av helseforetakene for å sikre at organiseringen og styringslinjene fremmer kvalitet og pasientsikkerhet i alle ledd, og legge dette frem for Stortinget.
2. Stortinget ber regjeringen sørge for at det blir gjennomført en ekstern evaluering av helseforetakenes håndtering av ventelistene og bruk av DRG-systemet for å sikre egen økonomi.
3. Stortinget ber regjeringen fremme forslag der man vurderer en ny finansieringsnøkkel som fremmer økt pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten.
4. Stortinget ber regjeringen fremme forslag om nødvendige og effektive virkemiddel for å redusere ventelistene med minimum 25 000 pasienter i året, senest i forbindelse med statsbudsjettet for 2013.
5. Stortinget ber regjeringen utarbeide en strategi for avbyråkratisering av spesialisthelsetjenesten og nedlegging av de regionale helseforetakene, og legge denne frem i forbindelse med statsbudsjettet for 2013.
6. Stortinget ber regjeringen etablere rutiner for å følge opp helseforetakene i omstillingsprosesser som medfører trygghet for pasientene og effektiv ressursutnyttelse mens prosessen pågår.
7. Stortinget ber regjeringen sørge for at omstillingsprosessen ved Oslo universitetssykehus (OUS) gjennomføres i et tempo som ikke øker risikoen for pasientene.
8. Stortinget ber regjeringen utarbeide og legge frem tiltak for å redusere uheldige hendelser i helsetjenesten.
9. Stortinget ber regjeringen utarbeide forslag til en ny plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus.
10. Stortinget ber regjeringen fremme forslag om en ekstrabevilgning på minimum 700 mill. kroner, øremerket til investeringer i sykehusutstyr, senest i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2012.
11. Stortinget ber regjeringen i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett 2012 fremme forslag om innføring av en egen årlig sykehusproposisjon.
12. Stortinget ber regjeringen foreta en gjennomgang av ordningen med Norsk pasientskadeerstatning, for å bedre pasientenes rettigheter og vilkår.
13. Stortinget ber regjeringen iverksette en evaluering, samt innføre nødvendige tiltak, som sikrer tilbudet om en rask og god behandling til slagpasienter i hele landet.
14. Stortinget ber regjeringen sikre at helseforetakenes praksis som har medført en fryktkultur blant helsepersonell, som i sin tur medfører økt risiko for at uheldige hendelser ikke blir avdekket eller øker risikoen for pasientene, opphører.
15. Stortinget ber regjeringen utarbeide og legge frem en plan for styrking av kapasitet og kvalitet i rehabiliteringstjenesten.
16. Stortinget ber regjeringen utarbeide og legge frem en strategi for en bedre kreftomsorg.
17. Stortinget ber regjeringen sørge for at norske pasienter får raskere tilgang til nye innovative legemidler.
18. Stortinget ber regjeringen utarbeide en strategi for å sikre mer utprøvende behandling i spesialisthelsetjenesten, samt sørge for mer medisinsk forskning og utvikling.

29. mars 2012