



STORTINGET

Representantforslag 147 S

(2019–2020)

fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Marit Knutsdatter Strand og Per Olaf Lundteigen

Dokument 8:147 S (2019–2020)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe, Marit Knutsdatter Strand og Per Olaf Lundteigen om en ny politikk for finansiering og dimensjonering av offentlige sykehus

Til Stortinget

Bakgrunn

Sykehusene er en av grunnpilarene i velferdsstaten. Imidlertid står sykehusene og spesialisthelsetjenesten overfor store utfordringer når det gjelder blant annet økonomi, vedlikeholdsbehov og arbeidsbelastning for de ansatte. Det forventes en økning både i befolkningstall og i gjennomsnittsalder, som kommer til å medføre ytterligere press på spesialisthelsetjenesten i årene fremover. Statistisk sentralbyrå (SSB) har anslått at vi vil få et økt behov for helse- og omsorgstjenester frem mot 2035 tilsvarende en økning på 35 prosent i antall årsverk. I en slik situasjon er det avgjørende å ha nok sykehuskapasitet i hele landet.

Siden 1980 har antallet somatiske sykehussenger sunket fra rundt 22 000 til under 11 000. Mye av nedgangen skyldes en faglig og politisk ønsket overgang til kortere sykehusopphold og økt bruk av poliklinikk, men det stilles også spørsmål om hvorvidt utviklingen er gått for langt. Samtidig ser vi at nye sykehusbygg ofte fører til redusert sengekapasitet sammenlignet med sykehusene de skal erstatte. Innen psykisk helsevern har nedgangen vært desto mer markant, med en halvering i sengetallet fra rundt 8 000 i 1990 til mindre enn 4 000 i 2015. Også denne utviklingen fortsetter: For eksempel planlegger Sykehuset Innlandet for et vesentlig lavere sengebehov

innen både sykehuspsykiatri, distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatri frem mot 2040 («Konkretisering av virksomhetsinnhold Sykehuset Innlandet HF», Helse Sør-Øst RHF 2020).

Mange av sykehusene som er bygget etter at helseforetaksreformen trådte i kraft, har vist seg å være underdimensjonert allerede kort tid etter åpning. Dette har særlig vært et problem ved Akershus universitetssykehus (Ahus), som sto ferdig i 2008, Sykehuset Østfold Kalnes, som sto ferdig i 2015 og Kirkenes sykehus, som sto ferdig i 2018. Ofte henger dette sammen med urealistiske forventninger om effektivisering og oppgaveoverføring til kommunene. Tidligere administrerende direktør ved Sykehuset Østfold har for eksempel uttalt at sykehuset på Kalnes ble underdimensjonert fordi det var «designet for at samhandlingsreformen skulle fungere», men at dette vilkåret ikke ble innfridd (Klassekampen, 9. mai 2020).

I tillegg kommer det flere bekymringsfulle signaler om at også pågående sykehusprosjekter står i fare for å ende opp med underdimensjonerte sykehusbygg. På bakgrunn av Helse Møre og Romsdals behov for å kutte kostander la helseforetaket i februar frem en skisse der arealet ved Sykehuset Nordmøre og Romsdal var redusert fra drøyt 70 000 til 55 000 kvadratmeter. Når det gjelder det nye sykehuset i Drammen, har tillitsvalgte i årevis advart om at sykehuset kommer til å bli underdimensjonert fra dag én, blant annet fordi man har planlagt med såkalt «høy utnyttelsesgrad», som innebærer en gjennomsnittlig beleggsprosent på 90. Byggeplanene for Nye Oslo universitetssykehus bygger på en utviklingsplan der man forventer å ta ned aktiviteten med rundt 140 000 liggedøgn i året ved å effektivisere, overføre flere oppgaver til kommunen og øke bruken av hotell – en urealistisk forutsetning, ifølge Legeforenin-

gen. I forbindelse med byggeprosjektet til Sykehuset Innlandet regner helseforetaket med at behovet for somatiske senger i 2040 vil være lavere enn foretakets sengekapasitet i dag, på tross av en ventet befolkningsvekst på ni prosent og en større økning i andelen eldre enn i landet for øvrig.

Disse erfaringene viser at det er et klart behov for en ny politikk for sykehusutbygging, for å sikre at det bygges sykehus i tråd med pasientenes behov.

Mangelfulle modeller

I 2014 ble det nasjonale helseforetaket Sykehusbygg HF opprettet. Hensikten var å bygge opp et nasjonalt kompetansemiljø for byggeprosjekter i spesialisthelsetjenesten, blant annet for at nye byggeprosjekter kunne baseres på erfaringene fra tidligere prosjekter. Opprettelsen ser imidlertid ikke ut til å ha løst problemet med at nye sykehusbygg systematisk planlegges og bygges med urealistiske krav til effektivisering og reduksjon i døgnbehandling, slik at sykehuskapasiteten i realiteten bygges ned.

Sykehusbygg HF har utarbeidet en modell for å beregne fremtidig aktivitet og dermed fremtidig kapasitetsbehov i sykehus (Beskrivelse av «Modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov i sykehus», Sykehusbygg HF 2014). Modellen tar utgangspunkt i SSBs befolkningsfremskrivninger og aktivitetstall fra Norsk pasientregister for å regne ut behovet for senger og arealer i nye sykehus. Imidlertid åpner modellen for at foretakene kan legge inn såkalte «endringsfaktorer» i beregningene. I praksis har dette ofte ført til at helseforetakene planlegger nye sykehusbygg ut fra forventninger om driftseffektivisering og at flere oppgaver skal overføres til kommunene.

Ettersom flere både nylig avsluttede og pågående sykehusbyggeprosjekter kritiseres for å ha undervurdert kapasitetsbehovet, mener forslagsstillerne at det er nødvendig å endre modellen helseforetakene bruker når de fremskriver aktiviteten og planlegger kapasitetsbehovet i nye sykehusbygg. Forslagsstillerne mener at det ikke bør være anledning til å basere kapasitetsbehovet på udokumenterte forventninger om effektivisering og oppgaveoverføring, og at sykehusene må planlegge kapasiteten ut fra OECDs anbefalte maksimalgrense for gjennomsnittlig belegg på 85 prosent.

Sykehusbygg HF og helseforetakene har de siste årene fulgt et prinsipp om at nye sykehus skal bygges med kun ensengsrom. Sykehusbygg HF argumenterer for dette ut fra hensynet til smittevern, personvern og bedre søvn (Dagens Medisin, 2. mars 2020). Men når man kun bygger ensengsrom samtidig som sykehusene er planlagt med for liten kapasitet, blir konsekvensen ofte at pasienter legges på korridoren eller sammen med andre pasienter på rom som ikke er dimensjonert for flere enn én. Forslagsstillerne mener dessuten at dagens situasjon

– der det såpass hyppig forekommer at flere pasienter havner på rom som ikke er beregnet for mer enn én pasient – betyr at man bør revurdere prinsippet om at nye sykehus kun skal bygges med ensengsrom. Herunder bør det vurderes om sykehus må planlegges med en andel fleksible rom som både kan brukes som ensengsrom og utvides til flersengsrom ved behov.

Kapasitetsmangel svekker pasientsikkerheten

Kapasitetsmangelen kan ha betydelige negative konsekvenser for pasientsikkerheten. Mangelen på sengeplasser medfører jevnlig at pasienter som ellers ville blitt innlagt, behandles i akuttinntaket og sendes hjem, eller at pasienter blir plassert på en annen avdeling enn der de medisinsk sett hører hjemme. Begge deler kan føre til at pasientene ikke får den helsehjelpen de trenger. I løpet av 2020 skal Statens helsetilsyn føre tilsyn med oppfølgingen av slike såkalt utlokaliserte pasienter på norske sykehus. Per februar var det gjennomført slikt tilsyn ved åtte sykehus, og det var påvist uforsvarlig høy risiko ved syv av sykehusene.

Underdimensjonerte sykehusbygg fører dessuten til at flere pasienter legges på korridorene. Det er dokumentert at korridorpasienter fører til svekket kvalitet og pasientsikkerhet på mange områder, blant annet økt risiko for feilbehandling og uhell, økt risiko for sykehusinfeksjoner og økt risiko for brudd på taushetsplikten. I sin årlige sykehusale lanserte helseministeren i 2016 en nullvisjon for korridorpasienter. Men fremdeles plasserer sykehusene årlig flere titalls tusen pasienter på korridorene, og den siste tilgjengelige statistikken viser at andelen korridorpasienter øker. En tysk studie fra 2014 dokumenterer at en beleggspersent på over 92,5 prosent er forbundet med en signifikant økt risiko for dødsfall. Likevel viser statistikk fra Statistisk sentralbyrå at flere norske helseforetak de siste årene har hatt en beleggspersent som ligger høyere enn dette.

Det er de ansatte som skal bruke bygningene, og som best kjenner behovene som skal løses i sykehusene. Tilbakemeldinger fra tillitsvalgte i sektoren tyder på at de ansattes representanter ofte blir involvert i avgjørelser først etter at viktige sider ved konseptet for nye sykehusbygg er avgjort. Forslagsstillerne mener det er avgjørende at de ansattes representanter får en reell påvirkningsmulighet i utformingen av nye sykehusbygg, og er bekymret for at manglende involvering er en medvirkende årsak til kapasitetsmangelen ved nye sykehusbygg.

Behov for smittevern- og pandemiberedskap i sykehusprosjekter

Koronavirusutbruddet har ytterligere synliggjort problemet med underdimensjonerte sykehus. En studie publisert i tidsskriftet *Intensive Care Medicine* med data fra 2012, viser at Norge befant seg i nedre halvdel

blant europeiske land når det gjaldt antallet intensivsenger i forhold til innbyggertallet. Mens Norge hadde åtte intensivsenger per 100 000 innbyggere, var det europeiske gjennomsnittet 11,5. Da pandemien traff Norge, fikk man et akutt behov for å tilgjengeliggjøre økt behandlingsskapasitet ved sykehus som også i en normalsituasjon er overfylte. Derfor har en sentral del av helse-tjenestens pandemihåndtering vært å utsette planlagt behandling for å frigjøre intensivkapasiteten ved sykehusene. Dette må man også forvente har hatt en negativ helseeffekt for dem som har fått sin behandling utsatt.

Pandemien har også synliggjort behovet for å revurdere måten sykehus utformes på. En trend ved nye sykehusprosjekter er at sykehusdriften samles i få og store bygninger. Dette kommer tydeligst til uttrykk ved Nye Oslo universitetssykehus, der det er søkt om å bygge sykehus i høyhus på opptil 80 meter. Fra flere hold er det blitt uttrykt bekymring for større smittefare i slike bygg, deriblant fra fungerende assisterende helsedirektør Espen Rostrup Nakstad, som uttalte følgende i et intervju med NRK (28. mars 2020):

«Kanskje må vi ha systemer med sykehus med mer plass, ikke bygge svære høye tårn, men på en måte ha mer smittevern hensyn inn i måten vi bygger sykehus på.»

Også fra Folkehelseinstituttet er det ytret bekymring for smittevernutfordringer ved å bygge sykehus i høyden, da en seniorrådgiver ved Avdeling for smittevern og beredskap ved Folkehelseinstituttet uttalte følgende:

«Bygging i høyden og høye tårn kan skape utfordringer for smittevern, for eksempel ved frakt av pasienter.» (30. mars 2020)

Det er beskrevet, blant annet i Sykehusbygg HF's «Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter», hvilken prosess helseforetak og regionale helseforetak skal følge i utredningen og planleggingen av nye sykehusbygg. Den manglende oppmerksomheten på smittevern og pandemiberedskap i pågående sykehusutbygginger taler imidlertid for at det bør stilles strengere krav til hvordan disse temaene ivaretas allerede i et tidlig stadium i sykehusplanleggingen.

Behov for politisk forankring

Ettersom sykehusene spiller en helt sentral rolle i den offentlige velferdsstaten, er dette et område som krever folkevalgt styring. Etter innføringen av helseforetaksmodellen har imidlertid mange av de viktigste beslutningene om sykehusstilbudet blitt unntatt demokratisk forankring. Senterpartiet har flere ganger fremmet forslag om å avvikle helseforetaksmodellen til fordel for en modell der sykehusene er underlagt folkevalgt sty-

ring og offentlig forvaltning (Dokument 8:133 (2018–2019)).

Foretaksreformen innebar blant annet at helseforetakene ble forpliktet til å følge regnskapsloven. Ved store investeringer må foretakene dermed stille med en egenandel på 30 prosent for å kunne søke om lån fra staten til de resterende 70 prosentene. Denne egenkapitalen er i hovedsak ment å fremskaffes ved å drive pasientbehandlingen med overskudd. Når helseforetakene ikke klarer å effektivisere driften så mye som behøves for å oppnå slike overskudd, har man sett en rekke eksempler på at byggeprosjekter blir nedskalert underveis i planleggingsprosessen. Også etter at nye sykehusbygg er ferdigstilt, må helseforetakene planlegge for gevinstrealisering og effektivisering av driften for å finansiere renter og avskrivninger. Derfor må en viktig del av løsningen for å sikre sykehusutbygging i tråd med pasientbehovet være å innføre en modell der man skiller mellom bevilgninger til ordinær sykehusdrift og bevilgninger til store investeringer. Store sykehusinvesteringer må behandles av Stortinget gjennom en nasjonal helse- og sykehusplan og finansieres over statsbudsjettet på samme måte som annen statlig infrastruktur. Slik sikrer man økt folkevalgt forankring av de viktigste beslutningene i sykehussektoren, i tillegg til at man unngår situasjoner der helseforetakene blir nødt til å nedskalere byggeprosjekter og redusere pasienttilbudet av sparehensyn.

I et intervju med Klassekampen (9. mai 2020) uttaler nåværende prosjektdirektør ved Oslo universitetssykehus HF og tidligere administrerende direktør ved Sykehuset Østfold HF at spørsmålet om kapasitetsbehov ved sykehus er et politisk spørsmål. I svar på skriftlig spørsmål i Dokument nr. 15:1651 (2019–2020) uttaler helse- og omsorgsministeren derimot at «det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for planlegging av framtidig behandlingsskapasitet i sykehus». Uttalelsen fra statsråden er et tydelig eksempel på den ansvarpulveriseringen og den manglende politiske forankringen som preger spørsmålet om kapasitetsbehov ved nye sykehusbygg.

De sykehusplanene som legges i dag, vil få avgjørende konsekvenser for om vi kan tilby befolkningen trygg og forsvarlig helsehjelp i mange år fremover. Derfor er dette spørsmålet for viktig til å overlates til foretaksdirektører som ikke står ansvarlige overfor folket.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen sikre at Sykehusbygg HF utarbeider en ny modell for fremskriving av aktivitet og kapasitetsbehov. Modellen må sikre at helseforetakene planlegger nye sykehusbygg ut fra behov og forventet demografisk og epidemiologisk utvikling, og ikke ut fra forventninger om effektivisering, ytterligere kutt i døgnbehandling og oppgaveoverføring til kommunene.
2. Stortinget ber regjeringen sørge for at alle nye sykehusbygg planlegges med en maksimal beleggsprosent på 85 prosent, i tråd med anbefalingen fra OECD.
3. Stortinget ber regjeringen sikre involvering av de ansattes representanter i planleggingen av nye sykehus og at det legges avgjørende vekt på de ansattes innspill og synspunkter.
4. Stortinget ber regjeringen gjøre nødvendige endringer i de styrende dokumentene for gjennomføring av sykehusbyggeprosjekter for å sikre at smittevern og beredskap ved epidemier og pandemier vektlegges ved planleggingen av nye sykehusbygg.
5. 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.

19. juni 2020

Kjersti Toppe

Marit Knutsdatter Strand

Per Olaf Lundteigen

