



STORTINGET

Innst. 387 S

(2023–2024)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Meld. St. 9 (2023–2024)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 Vår felles helsetjeneste

Til Stortinget

1. Bakgrunn

Målet med regjeringens helse- og omsorgspolitik er å skape helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helse- og omsorgstjeneste som yter gode, trygge og likeverdige tjenester i hele landet. Regjeringen mener at de største utfordringene for helse- og omsorgstjenesten er tilgang på nok personell, for dårlig sammenheng mellom tjenestene og likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester. Gjennom Nasjonal helse- og samhandlingsplan presenterer regjeringen seks hovedgrep. Samlet skal disse grepene bidra til en bærekraftig utvikling slik at den offentlige helse-tjenesten blir en attraktiv arbeidsplass for fagfolk, og pasienter fortsatt får tjenester i verdensklasse. De seks grepene er:

- Rekruttere og beholde personell med riktig kompetanse gjennom et fagarbeiderløft, flere LIS1-stillinger, innføring av offentlig spesialistgodkjenning til flere helsepersonellgrupper, mer vekt på breddekompetanse og å foreta hensiktsmessig oppgavedeling.
- Endre finansieringsordningene mot mer rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten og bedre rammebetingelser for investeringer i sykehus. Regjeringen ønsker også å styrke samarbeidet mel-

lom kommuner og sykehus for å skape gode pasientforløp og bedre bruk av de samlede ressursene.

- Prøve ut og innføre nye organiseringsformer for å skape mer sammenhengende tjenester og bedre bruk av personell, slik som integrerte psykiske helsetilbud for barn og unge, kombinerte stillinger for jordmødre og mer tematisk organisering av psykisk helsevern.
- Ny strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenestene med prioritering av digital samhandling. Det skal gi en bedre arbeidshverdag for dem som jobber i tjenesten, gi bedre pasientforløp og virke personellbesparende.
- Forenkle og tydeliggjøre regelverk for å gjøre det enklere for fagfolkene å bruke tiden på å hjelpe pasientene og brukerne, dele informasjon og forske.
- En attraktiv og framtidsrettet allmennelegetjeneste med kapasitet, kvalitet og bedre oppfølging av pasienter med sammensatte behov. Regjeringen vil blant annet legge til rette for tverrfaglige fastlegekontorer, større handlingsrom for kommunene, redusere oppgaver og endre kompetansekravene.

Regjeringen fremhever at tiltakene i meldingen i hovedsak kan gjennomføres innenfor eksisterende økonomiske rammer. I øvrige tilfeller vil håndtering finne sted gjennom den ordinære budsjettprosessen.

2. Komiteens behandling

Komiteen gjennomførte en åpen høring om saken tirsdag 16. april 2024. Til den muntlige høringen ble det invitert 78 høringsinstanser. I tillegg mottok komiteen 16 skriftlige innspill. Høringsnotatene til deltakerne på

den muntlige høringen kan leses på sakens side på stortinget.no.

Komiteen sendte ytterligere spørsmål i brev til helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre den 30. april 2024. Brevet ble besvart den 10. mai 2024 og svarbrevet følger som vedlegg til innstillingen.

3. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kamzy Gunaratnam, Tove Elise Madland, Even A. Røed og Truls Vasvik, fra Høyre, Sandra Bruflot, Erlend Svardal Bøe og lederen Tone Wilhelmsen Trøen, fra Senterpartiet, Lisa Marie Ness Klungland og Siv Mossleth, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud og Morten Wold, fra Sosialistisk Venstreparti, Marian Hussein, fra Rødt, Seher Aydar, fra Kristelig Folkeparti, Olaug Vervik Bollestad, og fra Pasientfokus, Irene Ojala, viser til Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 – Vår felles helsetjeneste.

Komiteen merker seg at det har vært lagt fram nasjonale helse- og sykehusplaner ved to tidligere anledninger, men at regjeringen denne gangen legger fram en nasjonal helse- og samhandlingsplan.

3.1 Vår felles helsetjeneste

Komiteen merker seg at regjeringen beskriver tre hovedutfordringer i helsetjenesten:

- Mangel på personell
- For dårlig sammenheng mellom tjenestene
- Likeverdig tilgang på tjenester.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at meldingen bygger på grundige utredninger fra blant annet Helsepersonellkommissjonen, Sykehusutvalget, Kvinnehelseutvalget og ekspertutvalget for allmennlegetjenesten. Dette gir et godt kunnskapsgrunnlag, og en helhetlig plan. Disse medlemmer vil berømme regjeringen for ikke å legge fram en nasjonal helse- og sykehusplan, men en nasjonal helse- og samhandlingsplan som evner å se hele helsetjenesten under ett og ikke stykkevis og delt.

Disse medlemmer viser til at målet for regjeringens helse- og velferdspolitikk er å skape helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helsetjeneste som yter gode og likeverdige helsetjenester i hele landet. En sterk offentlig helsetjeneste, styrt av fellesskapet og finansiert over skatteseddelen, er avgjørende i kampen mot økte sosiale og geografiske forskjeller og mot en todeling av helsetjenesten. Den of-

fentlige helsetjenesten skal sørge for beredskap og trygghet i hverdagen og tilgang på helsehjelp av høy kvalitet ut fra behov. Koronapandemien har vist at vår felles helsetjeneste også gir et sterkt forsvar i krisetid.

Disse medlemmer mener at økte ventetider er symptomet på de tre hovedutfordringene som vår felles helse- og omsorgstjeneste står overfor:

- Tilgang på nok folk med rett kompetanse. Helsepersonellkommissjonen viser at mangel på personell er den største utfordringen helse- og omsorgstjenesten står overfor.
- Sammenhengen mellom tjenestene er ikke god nok. Særlig pasienter med store og sammensatte behov opplever for fragmenterte tjenester og er sårbare for svikt i overgangene mellom tjenestene.
- Likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester. Vår felles helsetjeneste skal være for alle og er avgjørende for å redusere sosiale helseforskjeller, og for å opprettholde et godt tjenestetilbud til folk i hele landet.

Disse medlemmer mener at en reduksjon i ventetider krever flere ulike tilnærminger, blant annet: økt kapasitet i tjenesten, effektiv organisering, riktig bruk av personell, særlig spesialisert kompetanse og digitale løsninger som frigjør arbeidstid. I tillegg kan god forebygging og lavterskeltjenester i kommunene også redusere ventetidene i spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer vil trekke frem at det i planen er en hel rekke tiltak som vil være med på å redusere ventetiden i spesialisthelsetjenesten, og som vil gjøre vår felles helsetjeneste bedre i stand til å møte behovene for fremtiden. Disse medlemmer mener at det er særlig grep som forbedrer organiseringen i tjenesten, innføring av tidsbesparende digitalisering og forbedret samhandling mellom ulike deler av tjenesten som vil ha effekt på å få ned ventetidene.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener Nasjonal helse- og samhandlingsplan ikke løser de mest kritiske utfordringene i helsetjenesten i dag, nemlig at helsekøene er rekordlange, at pasienter venter altfor lenge på helsehjelp, og at arbeidsbelastningen på helsepersonell er høy. Disse medlemmer viser til at med regjeringen Støre har ventetidene for pasienter økt med to uker på to år, sykehus går med underskudd og sykefraværet i helsetjenesten er skyhøyt. Særlig mener disse medlemmer at Nasjonal helse- og samhandlingsplan ikke tydelig nok ruster helsetjenesten for å løse dette.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet mener det er grunn til å frykte at ventetidene vil fortsette å øke når regjeringen ytterligere reduserer den innsatsstyrte finansieringen og der-

med ikke belønner sykehusene for å behandle flere pasienter.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener at for å oppnå sykehus i verdensklasse må både offentlige og private sykehus delta aktivt, og myndighetene må legge til rette for økt offentlig-privat samarbeid. Det er nødvendig å utnytte ny teknologi og nye metoder, samt å investere mer i sykehusutstyr for å sikre tilgang til det beste av tilgjengelig teknologi og medisiner. Derfor mener disse medlemmer det er avgjørende å øke investeringene i sykehusutstyr og utnytte alle tilgjengelige teknologiske muligheter, inkludert økt bruk av telemedisin og fjernoperasjoner.

Disse medlemmer mener videre at dagens organisering av sykehustjenestene må endres. De regionale helseforetakene må legges ned og oppgavene fordeles mellom en nasjonal styringsenhet og lokale helseforetak. Lokale helseforetak bør være selvstendige driftsenheter, som tilpasser sin virksomhet etter etterspørsel etter helsetjenester og styringssignaler fra staten.

Disse medlemmer vil peke på at Fremskrittspartiet i forbindelse med statsbudsjettet for 2024 (jf. Innst. 11 S (2023–2024) fremmet en rekke forslag som ville bidratt til å stille helsesektorene bedre rustet enn det regjeringen har lagt opp til i sitt budsjett.

Disse medlemmer mener at sykehusene bør få en fast sats for pasientbehandling, for å gi økonomiske insentiver til å tilby best mulig behandling og redusere helsekøene. Det er viktig at offentlige og private helsetjenester behandles likt både juridisk og økonomisk for å sikre rettfærdig konkurranse. Derfor er fritt sykehusvalg essensielt, slik at pasienter kan velge tjenesteleverandør uavhengig av offentlig eller privat tilbyder, inkludert godkjente helsetilbud i utlandet. Det vil øke effektiviteten og fokusere ressursene på viktige oppgaver.

Norge må tilby desentraliserte helsetjenester for å sikre trygghet og tilgjengelighet for alle innbyggere, inkludert akutt- og fødetjenester i distriktene. Det er viktig å styrke omsorgen for alvorlig syke og døende, inkludert etablering av flere hospiceplasser over hele landet og styrking av det palliative tilbudet for barn.

Disse medlemmer mener at helseforetakene som skal bygge nye sykehus, ikke bør finansiere dette gjennom driftsbudsjettene, fordi det ofte rammer pasientbehandlingen. Investeringer i sykehusbygg bør heller finansieres direkte over statsbudsjettet gjennom en nasjonal sykehusplan. Det er viktig å bygge sykehus med tilstrekkelig kapasitet for å møte forventet befolkningsvekst og ha beredskapskapasitet til å håndtere pandemier. Ved planlegging og investering i offentlige sykehus bør også privat kapasitet tas med i beregningen.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet peker videre på konsekvens-

ne av avviklingen av fritt behandlingsvalg, som vi nå ser i form at økte helsekøer. Disse medlemmer mener alle gode krefter må tas i bruk for å få ned helsekøene, slik at folk får den hjelpen de trenger. Private og ideelle aktører må få levere helsehjelp for å bidra til dette arbeidet.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen reversere avviklingen av fritt behandlingsvalg og komme tilbake til Stortinget med forslag om ny finansieringsmodell. Inntil videre bruker man finansieringsmodellen som ble brukt før avviklingen.»

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen endre satsen for innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten til 60 pst.»

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus er bekymret for den svært krevende situasjonen i helsevesenet, og mener det haster å ta nødvendige grep for at vi fortsatt skal ha en sterk felles, offentlig helsetjeneste. Gode offentlige helsetjenester, med korte ventetider og effektiv behandling, er en grunnpilar i velferdsstaten og en forutsetning for at vi kan leve gode og frie liv, uavhengig av hvilken arbeidsplass vi er tilknyttet, eller hvor mye penger vi har i banken. De senere årene, under både denne og forrige regjering, har både ansatte og ledelse i landets helseinstitusjoner varslet om at vi mangler ansatte og ressurser, og at ventetidene øker, samtidig som det vokser fram en parallell, kommersiell helsetjeneste. Det mener disse medlemmer er signaler som krever at vi raskt tar grep for å sikre et helsevesen som ivaretar befolkningens behov for helsetjenester.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti merker seg at Helseforetaksmodellen nå er over 20 år gammel, og at det er på høy tid å se på hvordan vi kan få en bedre forvaltning av sykehusene. Sosialistisk Venstreparti var mot ideen om at sykehus skal styres som bedriftskonsern da foretaksmodellen ble innført, og mener vi nå ser konsekvensene av en sykehusdrift der det har blitt flere ledelsesledd og flere direktører, mer markedenkning og mindre tillit til de ansatte. Selv om det finnes enkelte positive trekk i riktig retning, som at sykehus ikke lenger kalles foretak, og at innsatsstyrt finansiering tones noe ned, trengs det langt tydeligere grep for å sikre demokratisk kontroll og en finansiering av sykehus som ikke går direkte ut over pasientbehandling. Dette medlem viser til at Sosialistisk

Venstreparti en rekke ganger har foreslått at Helseforetaksmodellen burde utvikles.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Pasientfokus mener sykehuse- ne bør styres av en forvaltningsmodell, der det skilles mellom investering og drift, med en mye tydeligere politisk styrt utvikling, og der det gis større tillit til at helsepersonell tar beslutninger knyttet til pasientbehandling og daglig drift. For å få til en slik endring mener disse medlemmer at det er nødvendig å sette ned et utvalg som foreslår alternative måter å styre sykehusene på.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus viser til at Sykehusutvalget sin utredning NOU 2023:8 Fellesskaps sykehus som ble lagt fram i 2023, ikke hadde mandat til å se på alternativer til helseforetaksmodellen, men hadde likevel en rekke gode forslag til hvordan vi kan sikre en bedre styrt spesialisthelsetjenesten. Blant disse finner vi et forslag som ville ha sikret en langt bedre finansiering av sykehus, nemlig at staten tar ansvar for 75 pst. av kapitalkostnadene når nye sykehusbyg- tas i bruk. Disse medlemmer viser til at nye og mer effektive sykehusbygg er en forutsetning både for bedre pasientsikkerhet og mer effektiv bruk av helseperso- nell, men det forutsetter at sykehusene har råd til å ha ansatte. Disse medlemmer merker seg at det er be- tydlig usikkerhet knyttet til om den foreslåtte rente- modellen vil føre til den innsparingen som er lovet. Det gjør det ytterligere akutt å finne andre modeller for å sikre god finansiering av sykehus og kostnader ved ny- bygg.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt merker seg LO og Fagfor- bundet sine innspill til komiteen om at de ansatte er de eneste aktørene som ikke har en formalisert rolle i Hel- sefellesskapene, og støtter deres innspill om at det bør komme på plass, i likhet med Sykehusutvalgets forslag om å gi representanter for de ansatte i de regionale hel- seforetakene observatørstatus. Regjeringen følger hel- ler ikke opp forslaget til begrensninger i styreverv for direktører, ledere og ansatte.

På denne bakgrunn fremmer disse medlem- mer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innføre sykehusutval- gets forslag om at 75 pst. av kapitalkostnadene ved bruk av nye sykehusbygg finansieres av staten.»

«Stortinget ber regjeringen innføre tiltak for å redu- sere bruken av helseforsikringer, som å innføre merver- diavgift på helseforsikring og sikre at statlig eide selskaper og offentlig sektor ikke tilbyr helseforsikring som en del av lønnsgodter til sine ansatte.»

«Stortinget ber regjeringen sikre at ansatte får en formell rolle i Helsefellesskapene.»

På denne bakgrunn fremmer komiteens med- lemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Pa- sientfokus følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sette ned et utvalg som skal se på alternativer til helseforetaksmodellen, som inkluderer å se på en mer demokratisk styring, skille mellom drift og investering og mindre detaljstyring og byråkrati for helsepersonell.»

På denne bakgrunn fremmer komiteens med- lemmer fra Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pa- sientfokus følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at større endringer i sykehusstruktur skal legges frem for Stortinget til god- kjenning for endelig vedtak.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Ar- beiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt, fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om at det før sommeren 2025, i forbindelse med en folkehelseundersøkelse i Oslo, gjennomføres oppsøkende arbeid i Groruddalen for å sikre deltagelse fra minoritetsbefolkningen og en særlig kartlegging av minoritetshelse.»

Komiteens medlem fra Rødt understreker at helse, leveår og livskvalitet henger tett sammen med økonomi, arbeidsvilkår og bolig. Folk med dårlig råd har både dårligere helse og dårligere tilgang på helsetje- nester. Derfor er styrking av fellesskapsløsninger helt avgjørende for å styrke vilkårene for god helse.

Dette medlem er enig i beskrivelsen av de tre store utfordringene i helsetjenesten som regjeringa pe- ker på, nemlig mangel på personell, for dårlig sammen- heng mellom tjenestene og likeverdig tilgang på tjenes- ter, men savner en tydeliggjøring av hvordan disse ut- fordringene i den offentlige helsetjenesten gir grobunn for et todelt helsevesen. De tte medlem viser til LO og Fagforbundet sitt høringsinnspill til komiteen:

«Imidlertid savner vi en grundigere analyse av det vi mener er den fjerde store utfordringen framover; at fel- lesskapets helsetjeneste er under press. I nord etablerer Aleris sykehus i Bodø og Tromsø. Samtidig sliter Helse Nord med å få tak i fagfolkene til sine offentlige sykehus. Private helseforsikringer har eksplodert og danner et viktig grunnlag for ytterligere vekst av private kommer- sielle aktører. Bruken av innleie – både i kommuner og sykehus – synes ute av kontroll. Sykehusene betaler mer og mer til private for behandling de selv ikke rekker. De fire siste årene har utgiftene til sykehusene bare for frist- brudd-pasienter mer enn åttedoblet seg.»

Dette medlem mener den gode virkelighetsbeskrivelsen fra LO og Fagforbundet ikke er svart ut.

Dette medlem viser til Dagsavisen 19. mars 2024 som beskriver at

«Antallet fristbrudd i helsevesenet har blitt så omfattende at det finnes egne klinikker som spesialiserer seg på nettopp å ta imot pasienter fra det offentlige som ikke får hjelp innen fristen.»

Flere hundre millioner kroner i året blir betalt til kommersielle aktører i helsevesenet på grunn av fristbrudd i det offentlige. Avdelingssjef på Øyeavdelingen ved Sykehuset i Østfold, Oddbjørn Bjordal, sier at de pengene som går til kommersielle aktører, heller bør brukes til å ruste opp sykehusene og ikke minst for å holde på ansatte i sykehusene som rømmer til private foretak for bedre lønn og bedre arbeidsforhold (Dagsavisen 19. mars 2024 Tjener seg søkkrike på offentlige fristbrudd). Dette medlem understreker at ordninger som gir pasientene rettigheter, er positivt, men hensikten med en slik ordning er ikke å skape rom for kommersielle aktører som beriker seg på fellesskapets midler. Det er derfor hensiktsmessig med en gjennomgang som ser på hvordan pasientenes rettigheter kan ivaretas best, og samtidig sikre at penger som er bevilget til helse, går til kun helse, og ikke privat berikelse. Dette medlem mener at hovedproblemet er underfinansiering og dårlig organisering av den offentlige helsetjenesten, der det over tid har det blitt mer lagt til rette for private aktører i stedet for å satse på det offentlige.

På denne bakgrunn fremmer dette medlem følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om å gjennomgå ordningen med fristbrudd, og sikre at alle pasienter får helsehjelp i det offentlige helsevesenet.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til at fristbruddordningen er et viktig sikkerhetsnett som beskytter pasienters rettigheter til nødvendig helsehjelp når det offentlige ikke klarer å levere innen den medisinske forsvarlige fristen. Disse medlemmer er svært bekymret over at antallet fristbrudd er doblet i de to siste årene, og mener dette er en dramatisk utvikling. Disse medlemmer mener dette skyldes den store økningen i gjennomsnittlig ventetid for alle pasienter fra 2021, og at løsningen for å unngå fristbrudd for pasienter er å sikre raskere helsehjelp og få ned helsekøene.

Komiteens medlemmer fra Rødt og Pasientfokus viser til at befolkningen og ansatte har blitt nødt til å kjempe for lokalsykehus og fødeavdelinger landet rundt. Trusselen om sentralisering og nedlegging av tilbud skaper utrygghet og usikkerhet i befolkningen, så

vel som hos de ansatte. Stikk i strid med politiske bestillinger og faglige råd legges døgnplasser ned. Det er helseforetaksmodellen som er det underliggende problemet, ved at sykehusene styres mest etter bunnlinjen og mindre etter pasientenes behov. Da helseforetaksmodellen ble innført ble sykehusene juridisk selvstendige foretak, fristilt fra folkevalgt styring og underlagt regnskapslovens bestemmelser. Dette binder sykehusene til å følge lovbestemte bedriftsøkonomiske målsettinger som ethvert annet privat aksjeselskap. Men sykehus er ikke butikk eller en fabrikk, det er en velferdstjeneste.

Komiteens medlem fra Rødt viser til at det ble påstått at helseforetaksmodellen skulle skape mindre byråkrati og tydelige ansvarsforhold, men at utviklingen viser det motsatte. Helseforetaksmodellen har ført til forsterket politisk ansvarsfraskrivelse og fravær av demokratisk styring, et oppsvulmet og fordyrende helsebyråkrati. Sykehusene bør organiseres som offentlige forvaltningsorganer underlagt og eid av staten, og regionale helsestyreer bør opprettes med politisk representasjon fra regionenes fylkesting og et mindretall av sykehusoppnevnte helsefaglig ansatte, valgte fagforeningsrepresentanter og valgte representanter fra pasientorganisasjonene.

På bakgrunn av dette fremmer komiteens medlemmer fra Rødt og Pasientfokus følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme lovforslag om at helseforetaksloven erstattes av en ny helseforvaltningslov med folkevalgt styring av sykehusene, der sykehusene eies av staten.»

«Stortinget ber regjeringen om at helseprofesjonene styrkes på sykehusene, og at helsebyråkratiet reduseres sammen med kontroll- og ledernivåene, som erstattes av stedlig ledelse.»

Komiteens medlem fra Pasientfokus viser til at et av regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken er at helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer. Det understrekes i meldingen at en sterk og velfungerende offentlig helse- og omsorgstjeneste er en forutsetning for god helseberedskap og krisehåndtering.

BEREDSKAP

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Rødt og Pasientfokus viser til at Forsvaret nå i hovedsak baserer seg på de sivile sykehusene, i motsetning til tidligere. Det betyr at sykehusene er særdeles viktig i Norges totalberedskap. Forsvar av Norge handler også om sivilbefolkningen som bor i områdene som er strategisk viktig for Norge, og dette gjelder spesi-

elt Finnmark. Disse medlemmer viser til at når de sivile sykehusene skal ivareta både sivilbefolkningens behov for trygge helsetjenester og Forsvarets behov, legger det et stort ansvar på de regionale helseforetakene sitt ansvarsområde for helse og sikkerhet. Disse medlemmer vil understreke at dersom vi skal sikre nordområdene, må det bo folk i nord.

Komiteens medlem fra Pasientfokus viser til at statsminister Jonas Gahr Støre uttalte da han i Tromsø i februar 2022 trakk opp regjeringens nordområdepolitiske linjer, at vi ikke kan ha et tomt rom på grensa til Russland og til Arktis. En stadig synkende befolkning i nord, særlig i Finnmark, er en utfordring av stor sikkerhetspolitisk betydning. Dersom folk skal bo i Finnmark, må befolkningen ha trygghet for at de får grunnleggende tjenester, og sykehustilbudet kan ikke svekkes. Dette medlem viser til at hele landet, også Finnmark, må ha en desentralisert sykehusstruktur som gir alle innbyggere forsvarlig og trygg behandling på sykehus, og som sikrer beredskapen, jf. helseberedskapslovens formål. Dette medlem viser til at en samlet helsekomité i Innst. 186 S (2023–2024) understreker behovet for at utredninger av sykehusstruktur inkluderer vurderinger av samfunnsmessige konsekvenser, herunder konsekvenser for samfunnssikkerhet og beredskap. Komiteen uttrykker at plassering av sykehustilbud er grunnleggende for pasientsikkerhet, stabilitet og beredskap.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til at både Forsvarskommisjonen i NOU 2023:14 og Totalberedskapskommisjonen i NOU 2023:17 har pekt på at det er viktig for Norge at det bor folk i vårt nordligste fylke, og at det er et stabilt sivilsamfunn i landsdelen. Begge mener det er på tide å styrke beredskapen i nordområdene, som igjen skal gi folk trygghet i hverdagen. Disse medlemmer viser til at Totalberedskapskommisjonen anbefaler at nasjonal sikkerhet og forsvarsevne må inngå i vurderingsgrunnlaget når sykehusstruktur og helseberedskap i Troms og Finnmark vurderes. Forsvarskommisjonen understreker at det må rettes særlig oppmerksomhet mot helseberedskapen, og at sikkerhetssituasjonen tilsier at ressursene i større grad enn i dag må være planlagt, prioritert og samordnet før krisen treffer.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til at Kommisjonen blant annet peker på at forventninger til Norges rolle som tilrettelegger for alliert innsats også tilsier at saniteten må dimensjoneres med tanke på et større forsvar og en farligere sikkerhetssituasjon.

Komiteens medlemmer fra Rødt og Pasientfokus viser videre til at Sannhets- og forsoningskommisjonen har gitt Stortinget og regjeringen klar beskjed om å sette i gang arbeidet med å bygge tillit og skape forsoning i møte med Finnmarks flerkulturelle befolkning. Kommisjonens rapport viser at forsoningspolitikken har hatt alvorlige konsekvenser for skogfinner, kvener/norskiner og samer.

Disse medlemmer mener det er på tide å ruste opp helsetjenestene i Finnmark. Staten kan gi en utstrakt hånd til hele den flerkulturelle befolkningen i Finnmark gjennom å sikre likeverdige helsetjenester til alle, uavhengig av språk- og kulturbakgrunn. For å bidra til forsoning, til likeverdig tilgang til helsetjenester og til totalforsvaret av Norge må helsetilbudet til Finnmarks befolkning styrkes.

KLIMA

Komiteens medlem fra Pasientfokus viser til at et av regjeringens overordnede mål for helse- og omsorgspolitikken er bærekraftig og rettferdig ressursbruk. Dette medlem viser til Norges internasjonale forpliktelser til reduksjon av klimagassutslipp. Dette medlem mener at det må være en sammenheng mellom politiske beslutninger og statens egen gjennomføring av klimatiltak i statlige og halvstatlige virksomheter. Det må også gjelde for helseforetakene i Norge. De nye store sykehusene som bygges i Norge, vil føre til mer transport, ikke mindre. Det forekommer mye unødvendig pasient- og pårørendetransport. Dette medlem mener derfor at helseforetakene skal pålegges et større lokalt klimaansvar og pålegges fremtidsrettede løsninger med for eksempel distriktsvennlige teleteknologiske løsninger. I tillegg må fødeavdelinger bygges og opprettholdes nær der folk bor. Eldre må få sine geriatriske undersøkelser så nært hjemstedet som mulig. Pasienter må i fremtiden alltid sendes i riktig retning – aldri omveien via sykehus som må videresende pasienten grunnet manglende kompetanse, for eksempel ved lungesykdommer eller hjerte-, hjerne-, og karssykdommer. Dette medlem vil på det sterkeste advare mot endringer i tjenestestrukturen som fører til økte klimautslipp fra transport. Det er lite framtidsrettet og ikke bærekraftig. Dette medlem viser til at FNs klimarapport beskriver en fremtid med våtere og villere vær og flere stormfulle perioder. Det er en del av dette medlemms forståelse av hvordan fremtiden i Norge og Finnmark kan bli. Dette medlem viser til at det er statens ansvar å sikre befolkningen mot fremtidens vær- og klimautfordringer.

3.2 En helse- og omsorgstjeneste som fremmer forebygging og mestring

Komiteen er kjent med at omtrent 87 pst. av sykdomsbyrden i Norge er knyttet til ikke-smittsomme sykdommer. Gjennom folkehelseiltak og innsats i helse- og omsorgstjenestene kan mange ikke-smittsomme sykdommer reverseres, utsettes eller konsekvensene av dem reduseres.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, merker seg at regjeringen vil omstille helsetjenestene til å bli mer forebyggende og justere finansieringsordningene slik at de i større grad støtter opp under forebyggende aktivitet.

Flertallet registrerer at regjeringen vil legge frem en strategi for kvinnehelse i løpet av 2024, og at kjønnsforskjeller skal ligge til grunn for videreutvikling av alle helsetjenester.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Rødt og Kristelig Folkeparti viser til at regjeringen i Nasjonal helse- og samhandlingsplan ikke følger opp NOU 2023: 5 Den store forskjellen, som viste svært grunnleggende og åpenbar diskriminering av kvinners helse i norsk helsetjeneste. Disse medlemmer mener regjeringen ikke ser ut til å prioritere arbeidet med å løfte kvinners helseutfordringer.

3.2.1 HABILITERING OG REHABILITERING

Komiteen merker seg at i høringen tok svært mange aktører til orde for å styrke samhandlingen om rehabilitering og habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenestene og kommunene. Mange kommuner har ikke bygd ut et adekvat behandlingstilbud og mange barn risikerer å stå i kø i flere år for å få riktig hjelp. Komiteen mener at habilitering og rehabiliteringstjenestene må legges til som ett av de prioriterte områdene som skal behandles i helsefelleskapene, og forventer at helsefelleskapene prioriterer området som et sentralt tema når det utlyses samhandlingsmidler.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus, merker seg at et samlet fagfelt etterspør ytterligere planer for videreutvikling av habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. I årene som kommer vil både habilitering og rehabilitering bli stadig viktigere, med en befolkning som blir eldre og lever lenger, og et stort behov for arbeidskraft. Blant annet bør det legges en plan for hvordan livslange rehabiliteringsforløp for ikke-kurative

sykdommer kan sikres, og hvordan vi kan sikre at folk får den hjelpen de trenger, når de trenger den.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus, mener et sentralt mål må være å bygge en samlet kompetanse i offentlig/ ideell regi for å gi flere nordmenn funksjonsfriske liv. Flertallet mener at arbeidsrettet rehabilitering skal være en egen kategori og inngå i tilbudet med tilstrekkelig plasser med overnatting. Dette flertallet er opptatt av at pasienter med neurologiske sykdommer skal ivaretas gjennom de kommende anskaffelsene innen spesialisert rehabilitering. Dette flertallet understreker at det må opprettholdes tilbud til minst like mange pasienter som i dag og med mulighet for desentraliserte opphold. Oppholdslengde skal tilpasses pasientens sykdomsstadium. Nydiagnostiserte pasienter skal få et lærings- og mestringstilbud for å øke kompetansen om egen sykdom og for å mestre hverdagen på en bedre måte.

Dette flertallet har vært bekymret for mangelen på kunnskap om innholdet i rehabiliteringstilbudet til pasientene, hvem som bruker rehabiliteringstjenestene i sykehus og kommuner, og hvilke rehabiliteringstilbud som gir best effekt for ulike pasientgrupper. Dette flertallet er derfor positiv til at Helsedirektoratet har fått i oppdrag særlig å følge opp bedre informasjon og data om rehabiliteringsfeltet. Dette arbeidet fortsetter i et samarbeid mellom direktorat og fagpersoner som arbeider med rehabilitering. Denne kartleggingen er viktig for å kunne utvikle rehabiliteringstjenestene på en kunnskapsbasert måte.

Dette flertallet mener at det må utarbeides en plan for habilitering som sikrer bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, inkludert en nasjonal modell for veiledning i hjemmet for barn med nedsatt funksjonsevne, og komme med anbefalinger for å sikre at pårørende får nødvendig bistand fra kommuner.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti har vært bekymret for mangelen på kunnskap om innholdet i rehabiliteringstilbudet til pasientene, hvem som bruker rehabiliteringstjenestene i sykehus og kommuner, og hvilke rehabiliteringstilbud som gir best effekt for ulike pasientgrupper. Disse medlemmer er derfor positive til at Helsedirektoratet har fått i oppdrag særlig å følge opp bedre informasjon og data om rehabiliteringsfeltet. Dette arbeidet fortsetter i et samarbeid mellom direktorat og fagpersoner som arbeider med rehabilitering. Denne kartleggingen er viktig for å kunne utvikle rehabiliteringstjenestene på en kunnskapsbasert måte.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet støtter at regjeringen vil opprettholde desentraliserte rehabiliteringstilbud gjennom samarbeid mellom sykehus, mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og ved bruk av digitale løsninger. Disse medlemmer viser til at private og ideelle rehabiliteringstilbud utgjør en stor andel av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å innrette sine fremtidige anbudsprosesser slik at man kan opprettholde desentraliserte tilbud.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus er opptatt av at helse- og omsorgstjenesten ikke bare skal behandle sykdom. En like viktig oppgave er å gi den enkelte mulighet til å mestre eget liv og håndtere ulike påkjenninger. Noen mennesker lever med kronisk sykdom eller funksjonsnedsettelse som gjør at de har behov for rehabilitering hele livet.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til at regjeringen Solberg la frem en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019) som særlig rettet seg mot kommunenes ansvar og mulighet til å gi gode rehabiliteringstilbud. Planen inneholdt målrettede tiltak med finansiering gjennom stimuleringsmidler og øremerkede tilskudd. Regjeringen Solberg foreslo å prøve ut nye arbeidsmåter og modeller for bedre oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, og sikret at pasienter med Parkinson fikk bedre og mer egnet oppfølging gjennom etableringen av ParkinsonNet. Det ble også opprettet et nasjonalt prosjekt for å sikre et bedre behandlingsforløp til barn med hjerneskade. Antallsbegrensningen for behandlinger hos kiropraktor ble fjernet og pasienter fikk enklere tilgang til logoped gjennom at krav om forhåndsgodkjenning fra Helfo før behandling hos logoped ble opphevet. Blant andre viktige tiltak ble det igangsatt mer ambulant virksomhet og veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene for å sikre bedre samhandling om pasienter med rehabiliteringsbehov. Det ble også satset ytterligere midler i Raskere tilbakeordningen målrettet mot arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer viser til at til tross for målrettet innsats gjennom opptrappingsplanen har ikke rehabiliteringsfeltet fått det løftet det bør de siste årene. Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene Dokument 3:12 (2023–2024) viser at mange pasienter ikke får de rehabiliteringstjenestene de har behov for av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen konkluderer med at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten flere steder

ikke fungerer til det beste for pasientene, at det er svakheter i rehabiliteringstjenestene som får store konsekvenser for pasientenes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid, og at styringen av rehabiliteringstjenestene er mangelfull på alle nivåer. Disse medlemmer viser til at Riksrevisjonen påpeker at nesten 40 pst. av kommunene mener at ansvarsforholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er uklart, og at pasienter dermed havner mellom to stoler og ikke får den hjelpen man trenger. Disse medlemmer mener det er svært alvorlig at det avdekkes i undersøkelsen at bare hver fjerde kommune har alle de anbefalte rehabiliteringstjenestene tilgjengelig for sine innbyggere. Disse medlemmer viser til at regjeringen Solberg lovfestet kompetansekrav til kommunene på flere områder som er viktig for rehabilitering, blant annet for ergoterapi.

Disse medlemmer er derfor svært bekymret over at regjeringen i Nasjonal helse- og samhandlingsplan ikke tar tak i rehabiliteringsfeltet og ikke har noen konkrete tiltak for å løse de store utfordringene. Disse medlemmer mener det er særlig alvorlig at de regionale helseforetakene har planer om å legge drastisk om rehabiliteringsfeltet med mer dagbehandling og mindre døgnbehandling, og ta ned og delvis fjerne avtaler med private og ideelle aktører som leverer spesialiserte rehabiliteringstjenester. Disse medlemmer viser til at private og ideelle aktører, ifølge Virke, leverer over 60 pst. av rehabiliteringstjenester i dag. At regjeringen ikke ser ut til å ta grep i denne situasjonen, er svært bekymringsfullt. Det er også fra de regionale helseforetakene gjennom anbudsprosesser og behovsanalyser uttrykt at mer av rehabiliteringen skal overføres til kommunene. Disse medlemmer mener dette er svært krevende når Riksrevisjonen nylig har påpekt store mangler i kommunenes evne til å sikre rehabiliteringstjenester til sine innbyggere. Disse medlemmer viser til at Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti tok flere grep i regjering, blant annet med opprettelsen av helsefelleskapene og den nevnte opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering, men at det nå må gjøres et nytt og stort arbeid på dette området. Disse medlemmer viser til at Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti tidligere har foreslått i Stortinget at regjeringen må se på behovet for en habiliterings- og rehabiliteringsreform, og mener nå det er behov for en helhetlig gjennomgang av det samlede rehabiliterings- og habiliteringstilbudet.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede og innføre et pakkeforløp for habilitering og rehabilitering som et ledd i å få til bedre samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og et mer helhetlig pasientforløp. Stortinget ber også regjeringen vurdere muligheten for et eget digitalt pakkeforløp hjem.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen ikke foreta endringer i ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for rehabiliterings- og habiliteringstjenester frem til det er foretatt en helhetlig faglig gjennomgang av det samlede rehabiliterings- og habiliteringstilbudet.»

«Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig faglig gjennomgang av det samlede rehabiliterings- og habiliteringstilbudet og legge frem en framskrivning av behovet for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten frem mot 2040.»

Disse medlemmer viser til at 60 pst. av rehabiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten tilbys gjennom avtaler med ideelle og private rehabiliteringsvirksomheter. Dette er uvurderlig spisskompetanse som disse medlemmer frykter blir redusert eller borte, etter dreiningen til de regionale helseforetakene, der rehabiliteringstjenestene i større grad skal gis i kommunene. Kommunene har ikke tilstrekkelig økonomi eller fagkompetanse til å overta disse tjenestene.

Disse medlemmer vil peke på at dersom regjeringen følger opp det som står i helse- og samhandlingsplanen innenfor rehabiliteringsfeltet, vil det være krevende for svært mange pasienter. Det å flytte mange av oppgavene fra spesialisthelsetjenestene og over til kommunene vil bety at mange tilbud som er bygget opp over tid i det private og ideelle, kan bli rasert og få store konsekvenser for pasientene. Dette gjelder tilbud som MS-senteret i Hakadal, Vikersund Bad, Modum Bad samt en rekke andre tilbud som i dag drives av ideelle stiftelser og organisasjoner etter avtale med de regionale helseforetakene.

Disse medlemmer vil videre vise til Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene, Dokument 3:12 (2023–2024), hvor det slås fast blant annet at:

- Både kommunene og de regionale helseforetakene jobber for lite systematisk med rehabilitering.
- Rehabilitering er ett av helsevesenets svakeste områder. Det har vært kjent i mange år, men helsemyndighetene har ikke gjort nok. En satsing ble satt i gang i 2017, men tiltakene har ikke gitt resultater.
- Helse- og omsorgsdepartementet tar ikke et helhetlig ansvar. En overordnet strategi og klare målsettinger mangler.
- Mange pasienter får ikke rehabiliteringstjenestene de har behov for av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Også innholdet i tjenestene fra spesialisthelsetjenesten varierer. Hvor du bor, avgjør hvilken type

hjelp du får. Pasienter med samme diagnose får svært ulik hjelp.

- Det er store nasjonale forskjeller. Flaks og tilfeldigheter avgjør om, og hvilken hjelp du får.
- Over 60 pst. av kommunene mener at det er vanskelig å gi innbyggerne gode rehabiliteringstjenester.

Disse medlemmer peker på at dette er klare og tydelige tilbakemeldinger fra Riksrevisjonen som viser at bare en svært liten andel av kommunene klarer å følge opp de lovpålagte oppgavene de har innenfor rehabiliteringsfeltet. Regjeringens svar på det er å flytte enda mer av den spesialiserte rehabiliteringen over til kommunen. Dette er det jo umulig å kunne forstå logikken i, og disse medlemmer mener at den planlagte nedbyggingen av nevrorehabilitering er svært bekymringsfull, spesielt med tanke på den økende erkjennelsen av behovet for tverrfaglig spesialisert rehabilitering for personer med multippel sklerose (MS). Riksrevisjonens rapport om rehabilitering har tydelig påpekt mangler i oppfyllelsen av brukernes behov, og samhandling er nevnt som et spesielt kritikkverdig område. De foreslåtte tiltakene for rehabilitering i Nasjonal helse- og samhandlingsplan anses derfor som svake og skuffende, spesielt for rehabiliteringsområdet.

Det er et presserende behov for å sikre at fagmiljøene innenfor tverrfaglig spesialisert rehabilitering ikke går tapt. Institusjoner som MS-senteret i Hakadal har en spesiell rolle som nasjonalt kompetansesenter, og det er viktig å sikre tilgangen til deres tjenester for MS-pasienter over hele landet.

De regionale helseforetakene har utarbeidet fagplaner og behovsvurderinger for kommende anbud, men involveringen av fagmiljøene og brukerorganisasjonene har vært kritikkverdig. Dette har resultert i fagplaner som ikke tilstrekkelig imøtekommer pasientgruppens behov.

Disse medlemmer mener det er sterkt kritikkverdig at verken helseregionene eller den nasjonale helse- og samhandlingsplanen tar tilstrekkelig tak i behovet for tverrfaglig spesialisert rehabilitering innen nevrologi. Dette er en tapt mulighet til å utvikle nye og mer kostnadseffektive rehabiliteringsforløp i samarbeid med fagmiljøene.

Disse medlemmer støtter MS-forbundets anmodning om å revurdere utlysningene for MS-rehabilitering fra Helse Midt RHF og Helse Sør-Øst RHF. Det er avgjørende å sikre MS-pasienters tilgang til tverrfaglig spesialisert rehabilitering, og de regionale helseforetakene bør pålegges å kjøpe nødvendig antall døgnplasser ved ideelle og private rehabiliteringsinstitusjoner som for eksempel MS-senteret i Hakadal.

Disse medlemmer støtter også MS-forbundets anmodning om å utarbeide en forbedret plan for tverrfaglig spesialisert rehabilitering innen nevrologi, som

sikrer ivaretagelse av fagmiljøene utenfor helseforetak og kommuner. Det er også viktig å vurdere Virke Rehabilitering og Hjernerådets forslag om å nedsette et bredt sammensatt utvalg for å vurdere og foreslå organiseringen av spesialisert tverrfaglig rehabilitering i fremtiden.

Disse medlemmer vil understreke betydningen av at arbeidsrettet rehabilitering beskrives som en egen kategori og at en andel døgnplasser inngår i offentlige anskaffelser overfor ideelle og private rehabiliteringsinstitusjoner.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen implementere arbeidsrettet rehabilitering som en egen kategori i anbudsrunder og at en andel døgnplasser inngår i offentlige anskaffelser overfor ideelle og private rehabiliteringsinstitusjoner.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus, merker seg at meldingen trekker fram Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering og betydningen av kunnskapsbaserte metoder for å gjenvinne arbeidsevne. Her er samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste viktig. Arbeidsrettet rehabilitering vil oftest være poliklinisk og som dagbehandling, men samtidig vil flertallet sterkt understreke at der rehabilitering gjennom døgntilbud i spesialisthelsetjenesten er avgjørende, må dette videreføres og utvikles. Flertallet merker seg at dette gjelder særlig for ungt utenforskap, psykisk helse og utmattelsestilstander.

Komiteens medlem fra Rødt merker seg at i komiteens høring tok svært mange aktører til orde for å styrke rehabilitering og habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenestene og kommunene, og at samhandlingen må styrkes. Mange kommuner har ikke bygd ut et adekvat behandlingstilbud, og mange barn risikerer å stå i kø i flere år for å få riktig hjelp.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at det ved anbud på rehabilitering og habilitering, sikres at arbeidsrettet rehabilitering og tverrfaglig spesialisert rehabilitering blir inkludert som egne kategorier, og at antallet sengeplasser ikke reduseres. Anbudet må være forbeholdt ideelle aktører.»

Komiteens medlemmer fra Rødt og Pasientfokus mener det er positivt at regjeringen vil omstille helsetjenestene til å bli mer forebyggende og justere finansieringsordningene slik at de i større grad støtter opp under forebyggende aktivitet. Det er allike-

vel viktig å presisere at dette ikke må gå på bekostning av mer spesialisert behandling til de som trenger det, og at omstilling må være begrunnet i hva som er mest hensiktsmessig faglig, ikke økonomisk. Disse medlemmer vil særlig trekke frem utfordringene som gjelder habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Nylig kom Riksrevisjonen med en rapport – «Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene» (Dokument 3:12 (2023–2024)) – som konkluderte med at mange pasienter ikke får de rehabiliteringstjenestene de har behov for av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, at samhandlingen flere steder ikke fungerer til det beste for pasientene, og at styringen av rehabiliteringstjenestene er mangelfull på alle nivåer.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Rødt og Pasientfokus vil understreke at rehabilitering er viktig for livsmestring og for å kunne stå i arbeid eller komme tilbake til arbeidslivet. Mange utsettes for lange ventetider i diagnosefasen, under behandlingen og i rehabiliteringen. Utover å påvirke pasientenes livskvalitet kan de lange ventetidene medføre at det utvikles irreversible skader som kunne vært unngått. Dette medfører igjen høyere behandlingstkostnader og reduserte muligheter for pasientene. I dag er tilbudet i spesialisthelsetjenesten bedre utbygd, med et større fagmiljø og mer spesialisert kompetanse, enn i kommunehelsetjenesten. De regionale helseforetakene legger opp til å redusere sine tilbud, ved å ta ned kjøpet av rehabiliteringstjenester i sine nye anbudsutlysninger. Det vises til at tilbudene skal gis i kommunene. Dette gjelder både tilbud til kronikere og arbeidsrettet rehabilitering.

Komiteens medlem fra Rødt viser til at Rødt er mot anbudssystemet, og mener at det offentlige skal dekke behovet selv, med langsiktige avtaler med de ideelle som supplement. Men dette medlem er kritisk til at kjøpet tas ned generelt, uten realistiske og finansierte planer som dekker det behovet pasientene trenger.

3.2.2 KVINNEHELSE

Komiteen viser til at Kvinnehelseutvalget i NOU 2023: 5 Den store forskjellen peker på at flere undersøkelser viser at sykdommer og diagnoser rangeres i et prestisjehierarki av helsepersonell, og at diagnoser som i størst grad rammer kvinner, er de som havner nederst i hierarkiet. Det har konsekvenser for hvor fort en person får riktig hjelp, eller om korrekt diagnose blir stilt basert på symptomene. Komiteen mener dette viser at det er behov for et kjønnsperspektiv i forskningen, sammen med en rekke andre tiltak, som vil sikre at helsepersonell i større grad er klar over ulike symptomer hos kvinner og menn på ulike akutte eller langvarige sykdom-

mer eller hendelser. Mer forskning på hvilke symptomer kvinner og menn opplever ved ulike sykdommer, er avgjørende for å bidra til at flere raskere får hjelp, og at helsetilbudet blir mer likeverdig. Komiteen vil også peke på at Kvinnehelseutvalget mener det er mangler ved dagens rutine for å oppdatere de faglige retningslinjene for helse- og omsorgstjenesten. Det fører til at kunnskap som finnes, ikke når ut i tjenestene.

Komiteen vil peke på at beslutningsgrunnlaget er av stor betydning for hvordan endelige beslutninger blir sendt ut, og mener det er viktig at det jobbes systematisk med å sikre at konsekvenser for kjønn er en del av nye planer, strategier og praksiser. Som Kvinnehelseutvalget peker på, eksisterer det ingen systemer og rutiner som ivaretar dette i dag, og det bidrar til at tilsynelatende kjønnsnøytrale praksiser videreføres. Komiteen mener det er nødvendig å bruke ressurser på å utarbeide systemer og rutiner som sikrer at kjønn hensyntas. Samtidig er dette et ansvar som ikke kan hvile på helsesektoren alene, og som krever godt samarbeid på tvers av sektorer for å ivareta kjønnsperspektivet i beslutningsgrunnlag.

På dette grunnlag fremmer komiteen følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen bedre ivareta et kjønnspektiv i beslutningsgrunnlaget på helse- og omsorgsfeltet.»

Komiteen mener det er behov for en gjennomgang og oppdatering av nasjonale retningslinjer for sykdommer og helsetilstander som rammer kvinner. Gjennomgangen bør kartlegge og oppdatere kunnskapen som ligger til grunn for de eksisterende retningslinjene, og vurdere behovet for å etablere retningslinjer for andre plager og lidelser som ikke dekkes i dag. Retningslinjene må ta hensyn til kjønn og hvordan kjønn påvirker helse, sykdom og behandling. Vurderingen av hvilke retningslinjer som bør oppdateres, og hvor det eventuelt er nødvendig å utarbeide nye, bør etter komiteens mening gjøres i samråd med fagmiljøer og brukerorganisasjoner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus, fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om å sikre at kjønnspektivet blir ivaretatt i behandlingsretningslinjene når de oppdateres, og ber regjeringen foreta en særskilt oppdatering av retningslinjene for typiske kvinnesykdommer der de starter med å oppdatere Nasjonal prioriteringsveileder for kvinnesykdommer, retningslinjer for angst og depresjon og de faglige retningslinjene for

forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd.»

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus, fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå og oppdatere nasjonale retningslinjer for sykdommer og helsetilstander som rammer kvinner.»

«Stortinget ber regjeringen innføre krav om kjønnspektiv i all medisinsk og helsefaglig forskning.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus, viser til at Norge har i internasjonal sammenheng høy arbeidsdeltakelse for kvinner. Kvinnehelseutvalget trekker samtidig fram at kvinner i Norge generelt har lavere deltakelse i arbeidslivet enn menn, at de har høyere sykefravær og oftere er uføretrygdete, selv om levealderen for kvinner er lengre enn for menn. Flertallet mener at en overordnet målsetting for vår felles helse-tjeneste må være at alle i Norge, uavhengig av kjønn, skal ha likeverdige muligheter til god helse og livskvalitet. For å sikre dette målet mener flertallet at kjønnspektiver må legges til grunn i videreutvikling av helsetjenestene.

Flertallet mener at det er behov for et helhetlig løft for å sikre at helse- og omsorgstjenesten får bedre kunnskap om og bedre utredning, behandling og oppfølging av kvinnehelse. En slik dreining krever at det gjøres strukturelle grep der kjønnsdimensjonene i helse integreres i hele helsetjenesten, og at kvinnehelse ikke skal være noe som skjer på siden av den ordinære helse-tjenesten.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til at regjeringen i Nasjonal helse- og samhandlingsplan ikke følger opp NOU 2023:5 Den store forskjellen, som viste svært grunnleggende og åpenbar diskriminering av kvinners helse i norsk helse-tjeneste. Disse medlemmer er svært skuffet over at regjeringen ikke har fulgt opp Stortingets vedtak nr. 3 i Trontaledebatt 5. oktober 2023 med ordlyd:

«Stortinget ber regjeringen sikre at kvinnehelse blir en sentral del av nasjonal helse og samhandlingsplan og at det legges frem konkrete forslag til tiltak og en plan slik at kvinnehelse blir behandlet i Stortinget.»

Disse medlemmer mener regjeringen ikke følger opp Stortingets vedtak og ikke ser ut til å prioritere arbeidet med å løfte kvinners helseutfordringer.

Kvinnehelseutvalget, som leverte sin utredning mars 2023, pekte blant annet på store og dyptgående utfordringer i norsk helsetjeneste knyttet til kvinnehelse, som at kvinnehelse har lav status, at leger og sykepleiere rangerer lidelser som rammer kvinner, lavt, og at det forskes mindre og med mindre penger på kvinnehelse, videre at det er manglende samordning i helsetjenesten knyttet til kvinnehelse, og at det særlig rammer kvinner med komplekse og sammensatte lidelser, at det er sviktende kunnskap om hvordan sykdommer rammer ulikt for kvinner og menn, og at kvinners stemmer får lite gjennomslag, og at selv om kvinners stemme finnes, blir de ikke alltid hørt. Disse medlemmer mener det er særlig krevende at Kvinnehelseutvalget påpekte at mange av de samme utfordringene som de påpekte, var de samme som ble løftet frem da man for første gang utredet kvinners helse i 1999.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti mener Stortinget burde tatt helhetlig stilling til kvinnehelse gjennom en stortingsmelding, og er svært skuffet over at Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti i Stortinget har stemt ned forslag om dette, jf. Innst. 197 S (2022–2023):

«Stortinget ber regjeringen fremme en stortingsmelding om kvinnehelse og helse i et kjønnsperspektiv.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti er særlig kritiske til at begrunnelsen fra regjeringen var at det ville være raskere å legge frem en kvinnehelsestrategi, men godt over 1 år etter at den offentlige utredningen fra kvinnehelseutvalget ble presentert, har regjeringen fortsatt ikke presentert en kvinnehelsestrategi. Disse medlemmer mener regjeringen Støre bidrar til tapt tid for å rette opp de ulikhetene som rammer kvinner, og er bekymret for de vedvarende forskjellene og hva det innebærer for den enkelte kvinne.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå dagens diagnoserelevante grupper (DRG) for å sikre at finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten legger til rette for prioritering av kvinnehelse.»

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå og endre takster i kommunehelsetjenesten for å sikre at prioritering av kvinnehelse belønnes økonomisk.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus mener tilgjengelig informasjon er viktig for å kunne ta gode valg om egen helse. Det er også viktig at helsepersonell er oppdatert på kvinnehelse, og

at ny forskning og informasjon rask spres til alle som kan ha bruk for den. Helsekompetanse er viktig for at den enkelte kan ta gode valg om sin helse, men det krever at informasjonen som gis til befolkningen, tar høyde for forskjeller mellom kjønnene. Kvinnehelseutvalget peker blant annet på at kampanjen «prate, smile, løfte» fra Helsedirektoratet, som skal øke befolkningens kompetanse rundt hjerneslag, ikke formidler symptomene som mange kvinner har på hjerneslag. Behovet for økt kompetanse på kvinnehelse generelt og ulikheter i symptomer og sykdomsbildet er stort både blant helsepersonell og i befolkningen.

På dette grunnlag fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen etablere en digital kvinnehelseportal for formidling av kunnskap om kvinnehelse.»

Komiteen viser til at overgangsalderen fortsatt er et tema det snakkes lite om, og forskes lite på. Overgangsalderen byr, for mange, på helseplager som både er slitsomme og utfordrende, samt at mange går den i møte med bekymring og lite informasjon om hva overgangsalderen er. Samtidig som overgangsalderen inntrer, er mange kvinner midt i det travleste arbeidslivet, med aldrende foreldre og tenåringsbarn. Når normen er at kvinner jobber, betyr det at arbeidslivet må tilpasse seg, og bidra med tilrettelegging for å sikre at overgangsalderen ikke medfører at kvinner faller ut av arbeidslivet. Men det at overgangsalderen er delvis tabubelagt, gjør at mange ikke snakker med arbeidsgiver om behovet for tilrettelegging på arbeidsplassen. Komiteen mener det er viktig at det fremover forskes mer på overgangsalderen, både på hvilken behandling som kan hjelpe, og sammenhengene mellom overgangsalder, sykefravær og uførepensjon. Det er også behov for mer forskning på eventuelle sammenhenger mellom overgangsalderen og forekomsten av muskel- og skjelettplager.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til at for noen byr overgangsalderen på så store helseplager at det er aktuelt med hormonbehandling. Det kan være et kostbart tiltak, og per i dag er det ikke alle som får dekt en slik behandling.

På dette grunnlag fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen vurdere å utvide muligheten for å få medisiner på blå resept eller individuell refusjon av utgifter til hormonbehandling i overgangsalderen.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Pasientfokus mener at Nasjonal helse- og samhandlingsplan mangler et grundig kjønnsperspektiv, spesielt med tanke på kroniske tilstander, samt eldre og digitalisering. Disse er i meldingen ikke behandlet med kjønns spesifikke tilnærminger. Det er nødvendig med en omlegging fra et kjønnsnøytralt til et likeverdig helsevesen, i tråd med regjeringens mål om å fremme vår felles helsetjeneste, noe som er godt dokumentert i NOU 2023: 5 Den store forskjellen. Det bør eksistere insentiver for å integrere et kjønns perspektiv i hele helsetjenesten for å sikre bedre kvinnehelse.

Disse medlemmer mener derfor at Nasjonal helse- og samhandlingsplan må følges opp med konkrete tiltak som retter seg spesifikt mot kvinnehelse og tar hensyn til innvandrede kvinners helse. Det er behov for tiltak av både overordnet og strukturell karakter for å sikre at et kjønns perspektiv blir integrert i utformingen av helsetjenester og styrker behandlingen av kvinnesykdommer.

Disse medlemmer understreker viktigheten av å styrke bevilgningene til kvinnehelseforskning i tråd med anbefalingene fra NOU-en, samt å oppdatere nasjonale retningslinjer for sykdommer som rammer kvinner. Det er også nødvendig å innføre diagnose-systemet ICD-11 for å sikre riktig diagnose og behandling av kvinnesykdommer.

Disse medlemmer mener at det må opprettes flere tilbud innen kvinnehelse, spesielt for vulvalidelser, endometriose og adenomyose. Det er behov for å styrke vulvapoliklinikkene og etablere kompetansetjenester og regionale, tverrfaglige team for disse sykdommene. Videre må rehabiliteringstilbudene forbedres med bedre samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt sikre sømløse tjenester for pasientene.

3.2.3 STYRKE FORSKNING PÅ KVINNESYKDOMMER

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil vise til at det ofte hevdes at noe av grunnen til at det ikke forskes mer på kvinnehelse, er at det ikke er nok gode søknader. Men disse medlemmer er gjort oppmerksomme på at Forskningsrådet opplever en stor tilstrømning av gode forskningssøknader på kvinnehelsefeltet, men har altfor liten pott til å dele ut. I fjor, 2023, delte de ut 60 mill. kroner til kvinnehelseforskning, men hadde kvalifiserte søknader tilsvarende 1,4 mrd. kroner. Det betyr at kvinnehelsefeltet hos Forskningsrådet har en tildelingsprosent på bare 4 pst. Det er betydelig lavere enn for andre tildelingsområder. I kvinnehelseutvalgets utredning foreslås det å øke øremerkingen i tildelingsmidler til kvinnehelse hos Forskningsrådet og å be sykehusene gjennom oppdragsbrevet prioritere kvinnehelseforskning. Dette vil være til-

tak som gir resultater som ikke innebærer økte bevilgninger, men en omprioritering av midler.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Rødt og Pasientfokus fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at man øker finansiering av forskning knyttet til kvinners helse gjennom å øke Forskningsrådets tildeling øremerket kvinners helse. I tillegg skal de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentene få beskjed om at forskning på kvinnehelseområdet skal økes, og at dette skal følges opp av regjeringen.»

Disse medlemmer vil videre peke på at i NOU-en foreslås det en styrking av Nasjonal senter for kvinnehelseforskning, og at man bør øke bevilgningen til de allmennmedisinske forskningsenhetene. Det siste er et kvinnehelsetiltak fordi veldig mange typiske kvinnesykdommer – som ulike smerte- og trøtthetstilstander og stoffskiftesykdom – ikke har noe behandlingsløp i sykehus, men håndteres i allmennmedisin. I tillegg har kvinner oftere enn menn flere sykdommer samtidig, og det gjøres svært få studier om samsykelighet. Allmennmedisinen har veldig lite forskningsmidler, og dermed er kunnskapsutviklingen lav på dette feltet.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen styrke Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning og øke bevilgningen til allmennmedisinske forskningsenheter.»

For veldig mange av sykdommer som bare rammer kvinner eller som rammer kvinner oftere enn menn, mangler det nasjonale retningslinjer, eller retningslinjene er utdaterte. Da blir tilbudet til pasientene veldig variabelt og litt tilfeldig avhengig av hva den enkelte legen kan noe om. Oppdaterte retningslinjer sikrer at ny kunnskap blir tatt i bruk, og at pasienten får den hjelpen de trenger. Veilederen for osteoporose er fra 2005 og den om spiseforstyrrelser er fra 2017. For en rekke andre kvinnelidelser som stoffskiftesykdom og fibromyalgi, finnes det ingenting.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjennomgå og oppdatere nasjonale retningslinjer for sykdommer og helsetilstander som rammer kvinner, og sikre at det settes i gang arbeid for å opprette veiledere og retningslinjer på relevante tilstander som i dag ikke er dekket.»

Disse medlemmer vil peke på at i helse- og samhandlingsplanen legges det opp til et kompetansesenter på endometriose og endometriose team i alle helseforetakene. Endometriosekirurgi kan være veldig

kompliserte inngrep, og det er derfor også behov for en sentralisert spesialisert behandlingsenhet. Kvinner med dypt infiltrerende endometriose kan ha endometriosevev i organer utenfor bekkenet. Disse kvinnene får ofte ikke tilfredsstillende behandling, fordi de som opererer, ikke har kompetanse til å finne vevet eller til å fjerne det. Resultatet er at de ofte må operere flere ganger, eller blir gående uten tilfredsstillende behandling og må leve med alvorlige og livsbegrensende smerter.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at Nasjonalt kompetansesenter på endometriose og adenomyose også har en behandlingsenhet for avansert endometriosekirurgi som pasienter fra hele landet kan henvises til.»

Vulvodyni rammer ca. 10–15 pst. av alle kvinner i løpet av livet. Kvinner med vulvalidelser kan ha livsbegrensende smerter og funksjonsnedsettelse. Det er i dag 4 vulvaklinikker i Norge. De har til tross for ventelister på 6 måneder åpent bare fra en halv dag til 4 dager i måneden. I Helse Vest finnes det ikke noe tilbud. Til sammenligning finnes det 21 slike klinikker i Sverige. Kvinnehelseutvalgets NOU anbefaler at vulvapoliklinikkene styrkes gjennom øremerkede midler, og at det opprettes i alle helseregioner for å sikre at disse kvinnene har tilgang på nødvendig helsehjelp.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen styrke vulvapoliklinikkene, og sikre at det finnes tilbud i alle helseregioner.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Rødt og Pasientfokus viser til at skjevheter i medisinsk forskning og i utformingen av helsetjenestene fører til at vi ikke har likeverdige helsetjenester for kvinner og menn.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Rødt og Pasientfokus viser til at Kvinnehelseutvalget i 2023 leverte en NOU som konkluderte med at kjønnsforskjellene ikke i stor nok grad har fått betydning for utformingen av helsetjenestene våre, og at resultatet er at det er store kunnskapshull om kvinners helse og at mange kvinner får mangelfull oppfølging for sine helseproblemer. Utvalget foreslo 75 tiltak for å sikre likeverdige helsetjenester.

Disse medlemmer viser til at et enstemmig Storting stilte seg bak vedtaket om at

«Stortinget ber regjeringen sikre at kvinnehelse blir en sentral del av nasjonal helse og samhandlingsplan og at det legges frem konkrete forslag til tiltak og en plan slik at kvinnehelse blir behandlet i Stortinget.»

Disse medlemmer mener dette vedtaket ikke er oppfylt i Helse- og samhandlingsplanen da planen, med unntak av kapittelet om føde og barsel, kun har noen få sider som berører kvinnehelse, ikke fremmer noen konkrete politiske forslag som vil føre til de strukturelle endringene NOU-en etterspør, og heller ikke har en plan for feltet som vedtaket ber om.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Rødt og Pasientfokus er også skuffet over at kjønnsperspektivet ikke har en gjennomgripende plass i planen, men kun behandles i et særkapittel, da kvinnehelseutvalget påpeker at betydningen av kjønn må vektlegges både i folkehelsearbeidet, utvikling av helsetjenestene og i forskning og utdanning for å nå målet om likeverdige tjenester.

Komiteens medlemmer fra Rødt og Pasientfokus mener at det må gjøres strukturelle grep for å sikre mer kunnskap om kjønnsforskjeller i helse.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen etablere systemer for å ivareta et kjønnsperspektiv i beslutningsgrunnlaget på helse- og omsorgsfeltet slik at det sikres at vurderinger av kjønnsforskjeller ligger til grunn i utviklingen og oppdatering av nasjonale veiledere, retningslinjer og anbefalinger og for utformingen av tjenestetilbud i helse- og omsorgssektoren.»

Komiteens medlem fra Rødt er bekymret for den økende kommersialiseringen av kvinnehelse. De siste årene har det vært en eksplosiv vekst i kommersielle helseaktører, og mange av dem har rettet seg spesielt mot kvinnehelse. Dette medlem viser til at mange kvinner har udekkede helsebehov i det offentlige på grunn av manglende tilbud og lange ventelister i den offentlige helsetjenesten, og at kommersielle aktører finner et marked i hullene til velferdsstaten. Dette medlem er bekymret for at veksten i de kommersielle tapper det offentlige for helsepersonell det er mangel på. Dette medlem viser til at kommersielle klinikker rekrutterer både jordmødre og gynekologer samtidig som flere sykehus har problemer med å opprettholde føde- og barseltilbudet og har lange ventelister på gynekologiske inngrep på grunn av mangel på gynekologer og jordmødre. Dette medlem mener at det er nødvendig å styrke de offentlige helsetjenestene for å sikre at alle kvinner, uansett økonomi, får nødvendig helsehjelp, og at det må sikres bedre arbeidsvilkår for gynekologer og jordmødre slik at de offentlige tjenestene er gode arbeidsplasser.

Dette medlem viser til at kvinnehelseutvalget peker på at kvinnehelse har hatt lav status i helsetjenesten, og at det har fått følger for finansieringen og ut-

vikling av tjenestene. Det finnes i dag ikke noe behandlingstilbud til kvinner med lipødem i det offentlige, mens flere kommersielle klinikker tilbyr behandling til de som klarer å betale for seg. Det mangler fortsatt vulvaklinikk i Helseregion Vest og de klinikkene som finnes, har marginale åpningstider til tross for lange ventelister. Dette medlem peker på at det er nødvendig å bedre finansieringsordningene slik at kapasiteten på behandling på kvinnespesifikke lidelser kan øke, å gjøre et arbeid for å bedre tjenestetilbudet for kvinnespesifikke lidelser og at det må gjøres tiltak for å bedre arbeidsvilkårene til de ansatte.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Rødt og Pasientfokus følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i samarbeid med fagforeningene om å lage en strategisk plan for å beholde og rekruttere gynekologer og jordmødre i de offentlige helsetjenestene.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Rødt og Pasientfokus mener det er uakseptabelt at kvinner som kontakter helsetjenestene på grunn av smerter eller symptomer, opplever å ikke bli tatt på alvor. Disse medlemmer viser til at et av kvinnehelseutvalgets fire hovedkonklusjoner er at «kvinner ikke blir hørt» på den måten at mange kvinner har opplevd å ikke bli trodd eller at plagene deres har blitt bagatellisert i møte med helsetjenesten. Utvalget påpeker videre at kvinners stemmer ikke blir vektlagt når tjenestene utformes, og foreslår flere tiltak på dette området.

Komiteens medlemmer fra Rødt og Pasientfokus viser til at kvinnehelseutvalget i sin NOU peker på at mange kvinner i dag lever med tilstander som medfører kronisk lidelse og nedsatt funksjonsevne, uten at det kan påvises sykdom etter objektive kriterier. Dette er lidelser som krever en sammensatt og tverrfaglig tilnærming. Tjenesten er i dag fragmentert, og mange får for lite hjelp. Disse medlemmer mener det er behov for et styrket samarbeid både innad i kommune- og spesialisthelsetjenesten og mellom tjenestenivåene for best mulig å imøtekomme denne gruppen, og at kompetansen i helsetjenestene må økes for å sikre bedre forståelse av disse plagene og bedre helsetilbud til dem som rammes.

På bakgrunn av dette fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen etablere et nasjonalt kompetansesenter for kroniske smerter.»

3.2.4 FOREBYGGING

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti er opptatt av å sikre en helse- og omsorgstjeneste som bidrar til mestring og gir gode muligheter for forebygging av sykdom og skade gjennom et helsefremmende perspektiv, i helsetjenesten og i samfunnet som helhet. Disse medlemmer er opptatt av å skape pasientens helsetjeneste hvor den enkelte som trenger hjelp og bistand, får mulighet til å medvirke, og hvor det å være pasient og pårørende oppleves trygt og med god informasjon. Disse medlemmer viser til hvor viktig det er at vi legger godt til rette for at mennesker kan ta gode, egne valg, og at forebyggende helseinnsats prioriteres høyere i helsetjenestene. Disse medlemmer viser til merknader fra partiene Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti i Innst. 398 S (2022–2023) Folkehelsemeldingen:

«Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener det skal være enkelt å ta gode valg for egen helse og livsstil. Hver enkelt av oss skal ha størst mulig frihet til og ansvar for å forme vårt eget liv. Disse medlemmer mener det er viktig å føre en folkehelsepolitikk som i størst mulig grad bygger på positive virkemidler med belønning og stimulering. Det er særlig viktig å sikre barn, unge og sårbare gruppers rett til å leve i helsefremmende omgivelser og sikre alle retten til beskyttelse mot skade og avhengighet. Disse medlemmer mener gode levekår, god helse, livskvalitet og trivsel henger sammen. Disse medlemmer mener en god skole som sikrer at flest mulig fullfører videregående opplæring, er det viktigste grunnlaget for god helse, både for den enkelte og for samfunnet. Disse medlemmer mener folkehelsearbeidet må tilpasses mennesker i alle livsfaser og bidra til å redusere sosiale forskjeller.»

Disse medlemmer erkjenner legemiddelindustriens betydning for en bærekraftig helse- og omsorgssektor, da den tilbyr livreddende behandlinger og forebyggende vaksiner. Det er viktig at innovative medisinske løsninger er tilgjengelige for pasientenes beste. Legemiddelindustrien bidrar også til betydelig forskning og utvikling i Norge, og disse medlemmer støtter næringsutvikling og innovasjon i helsetjenesten.

Disse medlemmer mener det er på høy tid å komme i gang med voksevakinasjonsprogrammet for å redusere behovet for helsetjenester gjennom forebygging.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener det også er viktig at leverandører får muligheten til å informere befolkningen om vaksiner for å sikre høyest mulig vaksinedekning.

Det er positivt at regjeringen vil styrke og videreutvikle det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet, men dette må også inkludere desentraliserte kliniske studier. For å øke antall kliniske studier og antall pasien-

ter inkludert i studier uavhengig av bosted, er en effektiv implementering av desentraliserte tjenester avgjørende, både når det gjelder behandling og oppfølging.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet erkjenner behovet for en forsterket innsats når det gjelder implementeringen av handlingsplanen for kliniske studier, spesielt med tanke på bedre informasjon til pasienter og helsepersonell, samt digital samtykkeløsning.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener det er nødvendig å sikre tilstrekkelige ressurser, spesielt på analysetjenester, for å møte et økende ønske om deltakelse i kliniske studier fra tjenestens side.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen styrke innsatsen for å tilby desentraliserte kliniske studier og avstandsoppfølging for å sikre likeverdig tilgang til helsetjenester i hele Norge.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om snarest mulig å implementere og komme i gang med voksende vaksinasjonsprogrammet for å sikre høyest mulig vaksinedekning og gjennom forebygging redusere behovet for helsetjenester.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til at disse partier satte opprettelsen av et voksende vaksinasjonsprogram på agendaen, blant annet med Folkehelseinstituttets utredning av et voksende vaksinasjonsprogram i 2018. Disse medlemmer er opptatt av at flere skal gjennomføre vaksiner for å sikre bedre helse i befolkningen. Disse medlemmer viser til at et voksende vaksinasjonsprogram vil gjøre det lettere for enkeltmennesker å gjennomføre anbefalingene om vaksiner fra Folkehelseinstituttet.

Disse medlemmer viser til Stortingets behandling av Dokument 8:146 S (2019–2020) der følgende ble vedtatt:

«Stortinget ber regjeringen utrede hvordan et voksende vaksinasjonsprogram kan gjennomføres, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.»

Disse medlemmer viser til at regjeringen ikke fulgte opp dette i Folkehelsemeldingen men bare redegjorde for at det skal arbeides videre med et voksende vaksinasjonsprogram.

Disse medlemmer viser videre til følgende forslag som Stortinget vedtok i behandlingen av folkehelsemeldingen:

«Stortinget ber regjeringen vurdere muligheten for å etablere en automatisk informasjonsordning til innbyggere om når det er behov for påfyllingsvaksine mot difteri, stivkrampe og kikhoste. Denne tjenesten kan organiseres som en del av helsenorge.no og også innebære mulighet for å avregistrere seg fra en slik ordning.»

Disse medlemmer viser til at det under forrige regjering ble åpnet opp for vaksiner i apotekene. Disse medlemmer mener at apotekene kan og bør være en viktig aktør i arbeidet med et voksende vaksinasjonsprogram, men at regjeringen må se nærmere på betingelsene til apotekene når det gjelder vaksinasjonsarbeidet. Disse medlemmer viser til at en samlet komite i behandlingen av Folkehelsemeldingen (Meld. St. 15 (2022–2023)) uttrykte at det må bli enklere for apotekene å informere om vaksiner i apotek, og mener at det kan øke vaksinasjonsgraden i befolkningen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus understreker at en forutsetning for lek og læring for barn er et godt syn. Redusert syn kan redusere utbyttet av skolegangen, og det er også dokumentert at syn i skolen påvirker yrkesvalg. Frafall i skolen er stort og kostbart for samfunnet som helhet, og for den enkelte. Heldigvis er det få barn som har tilstander som trenger øyelegevurdering, men utfordringene innen øyehelsefeltet er store og vil øke. Disse medlemmer mener at øyelegene bør brukes til mer egnede oppgaver enn å være et unødvendig mellomledd før brillene kommer på nesa til de barna som trenger briller. Derfor mener disse medlemmer at det er behov for et mer formalisert samarbeid mellom helsepsykiatere, lege og optiker for å sikre at alle barn ser godt i lek og læring.

På bakgrunn av dette fremmer komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om å foreslå konkrete tiltak for bedre samarbeid mellom skolehelsetjeneste, fastlege og lokale optikere for å sikre at skolebarn ser godt, herunder å rettighetsfeste at skolebarn som henvises fra skolehelsetjeneste eller fastlege til optiker, får dekket synsundersøkelsen.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Rødt og Pasientfokus vil peke på at hvert år er det ca. 400–500 mennesker i Norge som må amputere benet sitt som følge av diabetes. Dette er en tragedie for den enkelte, og har store kostnader for samfunnet. Disse medlemmer vil peke på at Fottera-

peutforbundet, Delta og Diabetesforbundet mener at halvparten av disse drastiske operasjonene kan unngås. Men da må det iverksettes flere forebyggende tiltak, bena til diabetikere må undersøkes oftere, og fotterapeutene må få en mer aktiv rolle i det forebyggende arbeidet. Det må snarest komme en ny oppdatert Diabetesplan, det holder ikke bare å videreføre en plan som er utgått for flere år siden. Vi ser jo at svenskene med «Värmlandsmodellen», hvor man har systematisert fotterapien, har halvert antallet amputasjoner. I Danmark og Tyskland har man også styrket ordningene med fotterapi.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med konkrete forslag til tiltak for å få ned antallet amputasjoner i Norge.»

3.3 Gode pasientforløp og likeverdig tilgang på tjenester

Komiteen merker seg at regjeringen fastslår en målsetting om at pasienter og brukere i hele landet skal ha tilgang til trygge og gode helse- og omsorgstjenester til rett tid og på rett sted. Helse- og omsorgstjenestene skal oppleves som helhetlige og sammenhengende i tråd med den enkeltes behov uavhengig av om det er kommune eller sykehus som tilbyr tjenestene.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Rødt, viser til at regjeringen vil styrke og videreutvikle det desentraliserte spesialisthelsetilbudet.

Komiteen er kjent med utfordringene i allmennlegetjenesten, og merker seg at regjeringen varsler at det vil komme en lovproposisjon med meldingsdel våren 2025.

Komiteen viser til at regjeringen foreslår å innføre nasjonale virkemidler for å styrke helsefelleskapene. Arbeidet i helsefelleskapene skal særlig konsentrere seg om barn, og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, eldre med skrøpeligheit, personer med flere kroniske lidelser og kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barselstid.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at regjeringen foreslår i planen å etablere et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd. Midlene skal understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Midlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner.

Ved tildeling av rekrutterings- og samhandlingstilskuddet skal det legges vekt på at midlene skal tilrettelegge for lokale løsninger. Disse medlemmer vil understreke at tilskuddet er ment å gjøre det enklere for kommuner og sykehus å samarbeide om felles planlegging, tjenesteutvikling og gode pasientforløp for fem prioriterte pasientgrupper gjennom helsefelleskapene. Tilskuddet skal stimulere til samarbeid om gode tjenester der folk bor, og lokale behov og prioriteringer skal være førende.

Disse medlemmer mener at en viktig forutsetning for trygge overganger mellom sykehus og kommuner er god kommunikasjon. Kommuner og sykehus er tradisjonelt opptatt av ulike sider av et pasientforløp og kan bruke ulike begreper om like tilfeller. Disse medlemmer er derfor positive til at regjeringen har bedt Helsedirektoratet om å utrede en felles måte å beskrive og vurdere pasientens funksjonsnivå og skrøpeligheit på.

Disse medlemmer er enige med regjeringen i at det er behov for å evaluere om prosesskravene i forskriften om utskrivningsklare pasienter understøtter at pasienter kommer ut av sykehuset til rett tid, om nivået på og innretningen av døgnprisen er hensiktsmessig og identifisere kjennetegn ved kommuner og helseforetak som lykkes godt med samarbeidet om pasientene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Pasientfokus, viser til at det har vært en ønsket styrking av det polikliniske og ambulante tilbudet inn psykisk helse. Flere har med det fått hjelp, og hjelpen kan gis nærmere der pasientene bor. Flertallet er likevel bekymret for at det har blitt lagt ned for mange døgnplasser, og viser til opptrappingsplanen for psykisk helse og den brede enigheten om at antallet døgnplasser innen psykisk helse skal øke. Flertallet mener det er en selvfølge at all behandlingen innen psykisk helse skal være forsvarlig, og at tjenesten må sikres ressurser og tilgang på nok kompetent personell.

På denne bakgrunn fremmer komiteen derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at det totale antallet døgnplasser i psykiatrien økes i tråd med framskrivningene for den enkelte helseregion, og at det skal være desentralisert psykiatrisk behandling med døgntilbud.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti merker seg at regjeringspartiene og Sosialistisk Venstreparti nå viser til helseforetakenes reviderte framskrivningsmodell når det gjelder psykisk helsevern og fremmer forslag om at regjeringen må sikre det totale antall døgnplasser i psykiatrien i tråd

med framskrivningene. Dette er en ambisjon disse medlemmer deler, og da disse medlemmer nylig fremmet samme forslag, forslag 24, i Innst. 108 S (2023–2024) ved behandlingen av Opptrappingsplan for psykisk helse, i Stortinget, stemte regjeringspartiene og Sosialistisk Venstreparti imot. Disse medlemmer viser videre til at den nevnte framskrivningsmodell også gjelder for det fremtidige behovet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og merker seg at regjeringspartiene og Sosialistisk Venstreparti ikke nevner dette med ett ord. Disse medlemmer mener målet om ikke å bygge ned plasser også må gjelde for døgnplasser i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Disse medlemmer har tidligere også bemerket at en andel av sengeplassene bør være brukerstyrte senger, og mener regjeringen må legge til rette for det. Disse medlemmer viser til Dokument 8:82 S (2023–2024), representantforslag om å sikre kvalitet og valgfrihet i rusbehandling, hvor Høyre, Fremskrittspartiet, Rødt, Venstre, Miljøpartiet De Grønne, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus ba regjeringen stanse nedbyggingen av døgnplasser innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

ALLMENNLEGETJENESTEN

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti er opptatt av å sikre en fastlegeordning som virker rekrutterende og beholdende for leger, og som møter innbyggernes behov for tilstedeværende og tilgjengelige fastlegetjenester. Disse medlemmer viser til at det nå registreres en svak bedring i utfordringene i fastlegeordningen og mener det er positivt at både den forrige regjeringens «Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert» og nåværende regjeringens satsing på økt basistilskudd ser ut til å gi resultater. Disse medlemmer mener det fremover vil være behov for å se på hvordan norske fastleger i større grad også kan avlastes for oppgaver videre, i nært samarbeid mellom leger og annet helsepersonell, og viser i den forbindelse til merknader knyttet til primærhelseteam og oppgavedeling i kapittel 3.4 «God bruk av personell og kompetanse» i denne innstillingen.

Disse medlemmer merker seg at regjeringen vil komme tilbake til Stortinget først våren 2025 med løsninger for en bærekraftig allmennlegetjeneste. Disse medlemmer imøteser endringer som sikrer mer tverrfaglighet, oppgavedeling og profesjonsnøytralitet som kan bidra til å avlaste fastlegene og sikre mer flerfaglig helsehjelp for pasientene. Derimot er disse medlemmer mer avventende til signaler om strukturelle endringer som å etablere fastlegeselskaper eid av leger, kommuner eller ideelle organisasjoner. Disse medlemmer mener fortsatt det er behov for å sikre

en effektiv fastlegeordning gjennom å slå fast at selvstendig næringsdrift skal være hovedregel i ordningen.

GODE PASIENTFORLØP MED TRYGGE OVERGANGER

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti er opptatt av å sikre gode pasientforløp uavhengig av om helsehjelpen skjer i kommunene eller i sykehusene, eller hos begge. Helsetjenesten må derfor sikre robuste og gode helsetjenester både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at regjeringen Solberg sikret en desentralisert sykehusstruktur med en ryggrad av sykehus i hele landet, som sikrer beredskap, øyeblikkelig hjelp og nærhet til viktige sykehustjenester. Disse medlemmer mener dette er viktig for å møte behovene til den aldrende befolkningen med økende sykdomsbyrde og til å gi god og nær helsehjelp til de som har rus- og psykiske helseutfordringer. Disse medlemmer mener de store sykehusene skal være spydspisser og gi høyspesialisert sykehusbehandling, men at de store sykehusene samtidig har et stort ansvar for å bygge opp under de mindre sykehusenes aktivitet. Med flere eldre kommer mange til å trenge sykehustjenester, og da blir de mindre sykehusene i distriktene viktige.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti merker seg at pakkeforløp hjem for pasienter med kreft ikke er kommentert i planen, på tross av at dette ble utviklet av regjeringen Solberg nettopp som en metode for å styrke samhandlingen mellom sykehusene og kommunene. Disse medlemmer merker seg også høringsinnspillet fra Kreftforeningen, som viser til nye tall fra Norsk Pasientregister som viser at kun 2 000 av 38 000 kreftpasienter i 2023 ble henvist til pakkeforløp hjem etter en behovskartlegging i sykehuset. Behovskartleggingen er startskuddet for pakkeforløp hjem, og de er sykehusets ansvar, og ligger dermed i en direkte styringslinje for regjeringen. Disse medlemmer viser til at Kreftforeningen anbefaler at samhandlingsmidler kunne vært en god løsning for å sikre implementeringen av pakkeforløp hjem.

Disse medlemmer mener det i større grad må tas i bruk telemedisinske løsninger, kunstig intelligens og inngås konkrete samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for å sikre at nødvendig helsehjelp kan ytes selv der innbyggerne opplever at avstanden til sykehus og spesialist er stor. Disse medlemmer viser til at regjeringen i planen foreslår å opprette et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd som er ment å understøtte tjenesteutvikling og gode pasientforløp

gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Disse medlemmer har merket seg at regjeringen skal komme tilbake til innretning og størrelse på disse midlene, og mener det derfor fortsatt er stor usikkerhet knyttet til hvordan ordningen faktisk vil fungere utover at midlene skal brukes etter enighet mellom helseforetak og aktuelle kommuner.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus peker på det er særskilte utfordringer i Helse Nord knyttet til å sikre god samhandling mellom kommuner og sykehus, gitt at det både er lange avstander, utfordrende værforhold og krevende å rekruttere og beholde helsepersonell. For å sikre tilgang på gode helsetjenester til befolkningen foreslår disse medlemmer at det prøves ut en særskilt ordning for innbyggerne i Finnmark. Målet må være å utvikle et mer sømløst pasientforløp der innbyggere i landets nordligste fylke kan få tilbud om spesialisthelsetjenester nærmere der de bor ved hjelp av samhandling, innovasjon, telemedisin og ny teknologi. Disse medlemmer mener Finnmarkssykehuset HF og kommunene i Finnmark bør få teste ut kombinerte stillinger som innebærer at spesialister jobber nærmere innbyggerne ute i kommunene, og at helsepersonell i kommunal sektor får verdifull erfaring i spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra et slikt målrettet samhandlingsprosjekt, om innovative og smarte løsninger for bedre samhandling, vil kunne få betydning også for resten av landet på sikt. Disse medlemmer mener derfor at prosjektet bør organiseres slik at ansatte har kombinerte stillinger i spesialist- og kommunehelsetjenesten, som vil sikre nyttig kompetanseoverføring mellom nivåene og bedre samhandling og kontinuitet for pasientene.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus mener at i en slik ordning bør Finnmarkssykehuset HF og kommunene selv råde over et felles samhandlingsbudsjett, og at dette bør skilles ut fra samhandlingsmidlene som Helse Nord RHF tildeles.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen igangsette et prosjekt i Finnmark hvor pasienter tilbys mer sømløse helsetjenester og hvor spesialisthelsetjeneste kan ytes nærmere der pasienten bor. Prosjektet finansieres gjennom et eget samhandlingsbudsjett mellom Finnmarkssykehuset HF og kommunene. Prosjektet skal også følgeforskes.»

AVTALESPELIALISTENE

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til at regjeringen i meldingen ønsker å gjøre store endringer i avtalespesialistordningen ved å gi de regionale helseforetakene et helhetlig ansvar for denne. Disse medlemmer viser til Legeforeningens høringsuttalelse til komiteen om at en flytting av økonomi fra folketrygd til de regionale helseforetakene etter deres mening er en svekkelse av pasientrettighetene, og at det vil kunne bidra til økte regionale forskjeller i spesialisthelsetilbudet.

UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til at regjeringen varsler en evaluering av dagens modell for utskrivningsklare pasienter, og stiller seg avventende til om regjeringen vil foreslå endringer i den kommunale betalingsplikten. Disse medlemmer ser med stor bekymring på at det ved enkelte sykehus er svært krevende å få skrevet pasienter ut til kommunene når pasienten anses utskrivningsklar, og mener dette må løses på en bedre måte så mange år etter at samhandlingsreformen ble innført. Pasienter som da i realiteten er overliggere på sykehus, får ikke den helsehjelpen som er best egnet for dem, og sykehuset får utfordringer med å ta inn nye pasienter. Det er et kommunalt ansvar å sikre nok sykehjems plasser, kommunale akutte døgnplasser og nok kapasitet i hjemmebaserte tjenester til å kunne håndtere de utskrivningsklare pasientene. Disse medlemmer vil påpeke at god samhandling ved utskrivelse fra sykehus er viktig for barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre, og at disse gruppene er prioritert målgruppe for arbeidet i helsefelleskapene. Disse medlemmer forventer at regjeringen sikrer at samhandlingen om utskrivningsklare pasienter hensyntar disse pasientgruppene.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet tror ikke det vil være en bærekraftig løsning å fjerne betalingsplikten og er redd for at det vil forsinke utbyggingen av et godt, kommunalt helsetilbud.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti er bekymret for at det faktisk at regjeringen Støre kuttet i støtten til bygging og renovering av heldøgns omsorgsplasser i kommunene har bidratt til at kommunene ikke holder tritt med den veksten i antall plasser som er nødvendig fremover.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at regjeringen Solberg la til rette for at det ble bygget og modernisert et rekordstort antall heldøgns omsorgsplasser i sykehjem og omsorgsboliger, og at kommunene planla for å ferdigstille 4 600 flere plasser i perioden 2020–2023 (KS' undersøkelse om kommunenes planer for heldøgns omsorgsplasser 2020–2023).

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at Høyre ønsker nye boløsninger og bofellesskap mellom mennesker uavhengig av alder, og at trygghetsboliger særlig i distriktet kan bidra til å redusere ensomhet, øke trivselen og utsette hjelpebehovene. Disse medlemmer viser til at noe av det første regjeringen Støre gjorde, var å kutte investeringstilskuddet for tilrettelagte boliger for eldre i distriktene, altså trygghetsboliger, og at dette dessverre har utsatt realisering av svært viktige boliger for eldre som kan klare seg lenger hjemme.

GJENNOMGANG AV PASIENT- OG BRUKERRETTIGHETSLOVEN

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus merker seg at Pasient- og brukerombudet i sin årsmelding for 2023 særlig trekker frem at pasientrettigheter blir brutt eller ikke fungerer slik de var ment å skulle virke. Ombudet mener pasienter og brukeres rettssikkerhet settes på spill ved for lav kunnskap om rettigheter hos de som jobber i helse- og omsorgstjenesten, og at ombudet ser at regelverket tolkes og håndheves forskjellig. Disse medlemmer merker seg med bekymring at ombudet stiller spørsmål om hvor reelle pasient- og brukerrettighetene egentlige er.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus, viser til at regjeringen i planen vil «vurdere å oppnevne et offentlig utvalg for å gjennomgå pasient- og brukerrettighetsloven med sikte på å forenkle og gjøre loven mer tilgjengelig for pasienter, brukere, pårørende og helsepersonell». Pasient- og brukerrettighetsloven er mer enn 20 år gammel, og er endret mer enn 100 ganger, og fremstår i dag svært utilgjengelig for dem den er til for. Flertallet er bekymret for at pasienter ikke får et forsvarlig helsetilbud, fordi lovverket er for uklart.

KREFTBEHANDLING

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener for eksempel at eksperimentell kreftbehandling bør tilbys i større grad i Norge for pasienter som kan ha medisinsk nytte av det. Det bør opprettes et fond for finansiering av kreftmedisiner, og pasienter

som har nytte av medisinsk cannabis som en del av behandlingen, bør få tilgang til det.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus, mener persontilpasset trening bør legges inn i pakkeforløp for kreft. Forskning viser at det å gjennomføre tilpasset fysisk aktivitet bidrar til å tåle kreftbehandlingen bedre, at det reduserer bivirkninger, reduserer risiko for senskader og tilbakefall, øker livskvalitet og bidrar til at pasientene kommer seg raskere etter endt behandling. Flertallet viser til at det de siste årene har vært en imponerende etablering av Pusterom, som er tilrettelagte treningstilbud for kreftpasienter, og at dette nå er etablert på 21 sykehus i Norge. Flere er også under etablering. Flertallet vil trekke frem at persontilpasset trening er viktig fra diagnosetidspunkt for å forberede pasienten best mulig fysisk og mentalt til behandlingsstart (prehabilitering), og at det er viktig under hele behandlingsforløpet. Flertallet viser til at persontilpasset trening fra det tidspunkt det er mistanke om kreft, vil kunne bidra til langt bedre pasientforløp enn i dag, fordi pasientene er bedre forberedt fysisk og mentalt, de trenger kortere sykehusopphold, de har færre komplikasjoner og reinleggelse, og de kommer raskere tilbake til et «normalt» liv. Flertallet ser positivt på at persontilpasset trening før, under og etter behandling vil føre til bedre pasientbehandling, og bedre sykehus- og samfunnsøkonomi.

På denne bakgrunn fremmer flertallet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at henvisning til Pusterom, eller annet tilrettelagt treningstilbud, innføres i pakkeforløpene for kreft ved diagnosetidspunktet.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til Professor Johanna Olweus forskningsprosjekt, TcR-studien, som er pågående på Oslo Universitetssykehus, Radiumhospitalet. Dette er et viktig forskningsprosjekt som har som mål å muliggjøre klinisk behandling av pasienter med uhelbredelig kreft, ved å modifisere kroppens eget immunforsvar til å gjenkjenne og uskadeliggjøre kreftceller i pasientens kropp. Denne forskningen kan bety et reelt paradigmeskifte for kreftbehandling for mange typer kreft, også kreftsvulster. Metoden, som er utviklet av Olweus og hennes forskningsteam i Norge, er allerede testet med stor suksess på humaniserte mus, med eksepsjonelt gode resultater. Dette gir store forventninger i forhold til klinisk behandling av kreftpasienter, og Olweus sitt team har allerede fått godkjennelse til å utprøve behandlingen på pasienter.

Som en unik anerkjennelse har Olweus nylig vunnet den store Cancer Grand Challenges. I konkurranse

med det ypperste av internasjonale forskningsmiljøer, har Olweus' norskutviklede metode vunnet frem. For første gang var en forsker fra Norden med på et av vinner-teamene. Med seg har hun forskere i verdensklasse innen felt som bioteknologi, genetik og kunstig intelligens. Sammen får de nå 260 mill. kroner til å løse en av kreftforskningens største utfordringer. Professor Olweus og hennes team skal nå gjennomføre grunnforskning på metoden, og dette gir håp om banebrytende resultater.

Den store bevilgningen fra Cancer Grand Challenges kan imidlertid ikke brukes til klinisk forskning, altså utprøving av behandling på faktiske pasienter av Olweus sitt team. Derfor viser disse medlemmer til at det nå er kritisk viktig at både statlige og private bidrar til å sikre at professor Olweus' kan behandle de pasientene som lider av uhelbredelig kreft. Med TcR-metoden kan pasienter som er i siste fase av kreftsykdom, og som ikke responderer på stråling og benmargstransplantasjon, bli helt friske igjen.

Disse medlemmer viser til at dersom denne studien lykkes, vil vi stå i en epokeavgjørende endring i kreftbehandling, og ser nå konturene av en effektiv kreftbehandling. Olweus' mål er både å behandle kreftpasienter og å effektivisere behandlingen slik at den kan produseres i Norge, som en ferdig medisinsk metode.

Disse medlemmer mener at dersom man skal lykkes med dette, må både private og det offentlige sammen bidra, og det første skrittet er å sikre klinisk utprøvede behandling av pasienter i Norge. Her må vi sammen sikre at fremtidens kunnskapssamfunn og industriarbeidsplasser har god grobunn i Norge. I første fase betyr dette å sikre at private donasjoner til Professor Olweus' pasientbehandling, får «match money» fra det offentlige til å gjennomføre den planlagte behandlingen i de kommende år. Det er allerede aktører på banen, som «victordyrensstiftelse.no», som allerede samler inn private midler for å støtte Olweus' behandling av uhelbredelig syke pasienter.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen se på hvordan det offentlige kan være en mer aktiv bidragsyter til lovende kreftforskning og -studier.»

«Stortinget ber regjeringen se på ulike former for å sikre en sikker driftsfinansiering for Barnekreftforeningens kommende familiehus, slik at dette kan bli en integrert del av det norske helsetilbudet. Familiehusene etableres nå i forbindelse med de fire regionsykehuse- ne. Det skal i denne forbindelse opprettes en stilling ved familiehusene for å hjelpe familiene til å koordinere deres lovfestede tjenestebehov mellom spesialisthelsetje-

nesten og kommunehelsetjenesten, for å imøtekomme oppvekstreformen.»

FARMASI OG APOTEK

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus mener at Nasjonal helse- og samhandlingsplan ville blitt styrket av å i større grad inkludere apoteker. Fagmiljøene innenfor farmasi, blant annet Norges Farmaceutiske Forening, ser et betydelig potensial for å avlaste presset på annen helsetjeneste ved å utnytte apotekene som en førstelinje innen flere områder i helsetjenesten.

Disse medlemmer mener derfor at det er nødvendig å ta i bruk apotekpersonell mer aktivt og systematisk for å sikre bærekraft i det offentlige helsevesenet. Til tross for at internasjonale eksempler, som Storbritannia, har positive resultater ved å integrere apotekene tettere inn i helsevesenet, mangler en slik vurdering i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Disse medlemmer peker på eksempler fra andre land hvor apotekene spiller en sentral rolle i å tilby helsetjenester og veiledning. Gjennom standardisert veiledning og utlevering av reseptpliktige legemidler etter fastsatte protokoller, har disse landene oppnådd betydelige kliniske resultater og kostnadsbesparelser.

Disse medlemmer understreker viktigheten av å utvikle nasjonale protokoller for å definere hvilke tjenester apotekene kan tilby, slik som fornyelse av resepter for ukompliserte tilstander og behandling av enkle diagnoser. Ved å utnytte farmasøytens kompetanse på en bredere skala, kan man frigjøre tid i andre deler av helsevesenet og gi innbyggerne enklere tilgang til helsetjenester.

Disse medlemmer mener en rekke tjenester kan innføres i norske apotek, både knyttet til behandling av enkle helseplager og forebyggende helsetiltak. Dette inkluderer blant annet fornyelse av resepter, tilbud om vaksinasjoner, medisinstart for kroniske sykdommer og multidose for eldre brukere med mange medisiner. Ved å integrere disse tjenestene i apotekene, kan man sikre bedre legemiddelbruk og redusere presset på annen helsetjeneste.

Disse medlemmer mener at det er avgjørende å ta tak i utfordringene knyttet til legemiddelbruk i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Videre vises det til høringsinnspill til komiteen fra Norges Farmaceutiske Forening, som representerer rundt 5 000 farmasøytter, som ser et stort potensial for å redusere omfanget av legemiddelrelaterte skader og bidra til bedre legemiddelbruk i Norge.

Disse medlemmer mener derfor at det er positivt at Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide en gjennomføringsplan for riktig legemiddelbruk med

status, mål og prioriterte tiltak for å få færre legemiddelrelaterte pasientskader. Med en økende bekymring knyttet til både kostnader og pasientsikkerhet understreker disse medlemmer viktigheten av å mobilisere farmasøytisk ekspertise for å adressere disse problemene.

Disse medlemmer ser et klart behov for å styrke tverrfaglighet og oppgaveglidning i helsetjenesten for å sikre en mer fornuftig ressursbruk knyttet til eldre og legemiddelbruk. Norges Farmaceutiske Forening vil bidra til å realisere dette gjennom forslag som profesjonsnøytrale takster, tverrfaglige helseteam, fast tilstedeværelse av farmasøyt på akuttmottak og kommune-farmasøyt.

Disse medlemmer påpeker at legemiddelrelaterte pasientskader utgjør den hyppigste årsaken til skader i norske sykehus, og det er et presserende behov for å øke bruken av farmasøytisk kompetanse i både spesialist- og primærhelsetjenesten. Norges Farmaceutiske Forening vil minne om at deres medlemmers kompetanse på langt nær benyttes i det omfang som synes å være nødvendig, og de oppfordrer til en større integrasjon av farmasøyer i helsetjenesten for å bedre pasientsikkerheten og legemiddelbehandlingen.

Disse medlemmer understreker betydningen av tverrfaglighet og samordning av legemiddelinformasjon på tvers av ulike nivåer i helsevesenet. Disse medlemmer ser med uro på den manglende utnyttelsen av farmasøytisk kompetanse i kommunene og sykehusene, og disse medlemmer ønsker å sikre at alle innbyggere har tilgang til kvalifisert personell for å håndtere legemiddelbehandlingen på en trygg og effektiv måte.

Disse medlemmer vil også peke på at det er lenge siden apotekutvalget leverte sin utredning, og at dagens lov har stort behov for å moderniseres og oppdateres til det samfunnet vi lever i i dag.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen snarest og innen utgangen av 2024 legge frem forslag til en ny apoteklov.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en sak om tilrettelegging for tverrfaglige team og oppgavedeling i alle deler av helsetjenesten, slik at riktig og trygg bruk av legemidler kan bli en realitet for alle pasienter.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Pasientfokus peker videre på at det er en stor andel av personer i Norge som

har, og som også fremover vil ha, store utfordringer i livene sine. Mange lever med store plager og har et stort omsorgsbehov som man i dag ikke kan møte i den kommunale helsetjenesten. En god del av disse er også eldre personer som på grunn av sykdom vil ha behov for tjenester blant annet innenfor alderspsykiatrien. Her får kommunene et større og større ansvar for å levere tjenester som før ble levert av sykehusene, men som nå skal flyttes ut til kommunene. Dette utfordrer mange kommuner og tjenestene som kommunene skal levere, blant annet fordi helse- og omsorgstjenestene i spesialisthelsetjenestene og kommunen er ulikt finansiert, styrt og organisert, samtidig som de også har ulik sammensetning av personell, kompetanse og rammer i lov- og regelverk. Det er derfor viktig at dersom oppgaver skal flyttes mellom nivåene, så må dette også følges opp både økonomisk og med personell og lovverk, slik at kommunen er i stand til å kunne gi gode, trygge tjenester med respekt for den enkelte pasienten.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gå gjennom lov- og regelverk, og samtidig se på finansieringen, slik at kommunene på en god måte blir i stand til å ivareta personer som har vært i alderspsykiatrien, som har store adferdsutfordringer og nå skal håndteres av kommunehelsetjenesten.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Pasientfokus vil i tillegg til dette også vise til at en del av disse pasientene faller mellom to stoler fordi mange vil ha behov for et tilbud og omsorg som er på et høyere nivå enn det kommunehelsetjenesten kan og skal tilby, men et lavere nivå enn det som det er normalt at spesialisthelsetjenestene skal levere. Disse medlemmer vil peke på et slikt viktig tilbud i dag er NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus som leverer denne typen tjenester, men som opplever at dette er utfordrende med dagens finansieringsordning. Disse medlemmer ønsker derfor at det må sees på en egen sentral finansiering for å sikre at vi kan få plass spesialsykehjems plasser for pasienter med alvorlige alderspsykiatriske lidelser, og som er ferdigbehandlet i sykehus. En nasjonal eller sentral finansiering er avgjørende for at slike tilbud kan etableres og sikre en forutsigbarhet for fagressursene.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for å få på plass en finansieringsordning som sikrer tilbud om alderspsykiatriske sykehjem.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og

Pasientfokus vil peke på at pårørende er en svært viktig ressurs for pasientene, og at det er viktig med godt samarbeid mellom helsetjenestene og pårørende. Det å involvere, lytte og ta hensyn til pårørende på en god måte betyr mye for de pårørende, men er ofte også svært viktig for den som skal ha behandling og/eller som får tjenester levert av spesialisthelsetjenesten eller kommunene. Det bør etableres ordninger som sikrer at pårørende får en kontaktperson som man kan forholde seg til og kunne stille spørsmål og få hjelp og veiledning fra.

«INN PÅ TUNET»-GÅRDER

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus registrerer at det finnes en rekke «Inn på tunet-gårder» i vårt langstrakte land. Felles for dem er at de leverer viktige og gode tilbud til innbyggere, det være seg barn eller voksne. Tjenestetilbud som blir gitt fra de forskjellige «Inn på tunet»-gårdene, er allsidige, blant annet psykisk helse- og demensomsorg.

Disse medlemmer merker seg at det i dag kun er de gårdene som er medlemsbedrifter i Inn på tunet Norge SA, som får tilskudd, siden det er derfra tilskuddene som forvaltes av Helsedirektoratet, utbetales.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres flere 'inn på tunet'-tilbud for å sikre forskjellige typer tilbud til personer som har demens, sliter psykisk og/eller med rus.»

Disse medlemmer viser til at «Inn på tunet»-gårder er et viktig tilbud som kan gi mennesker et godt innhold, kvalitet og meningsfylte hverdager sammen med andre mennesker og ikke minst i møter mellom mennesker og dyr. Disse medlemmer vil peke på at erfaringer fra denne typen tilbud er svært godt egnet for mange mennesker som blant annet har demens. Samtidig vet vi at denne typen tilbud gir svært gode resultater og gode opplevelser også for personer som sliter med rus og/eller psykiske utfordringer i livene sine.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus vil derfor peke på at det må settes av midler for å kunne tilby flere slike tilbud.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener det viktigste for å motta tilskudd fra Helsedirektoratet, bør være at man er godkjent som «Inn på tunet»-gård, ikke om man er medlemsgård eller ikke. Disse medlemmer mener godkjente «Inn på tunet»-gårder bør få anledning til å kunne søke på til-

svarende tilskudd uavhengig om de er medlemsbedrift eller ikke. Dette vil medføre at flere av gårdene som i dag ikke er medlemsgårder, kan få et tilskudd for å kunne opprettholde driften.

For å kunne hjelpe enda flere mennesker inn i et slikt lavterskeltilbud, mener disse medlemmer at dette kan gjøres ved å legge til rette for at flere godkjente gårder kan søke om og motta tilskudd.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om å tilrettelegge for å bruke erfaringskonsulenter i skole- og helsesektoren, samt rusomsorgen.»

Disse medlemmer mener at ved diagnostisering og når man får påvist Parkinsons sykdom, bør det opprettes et kontaktpunkt som ser hele pasienten og følger dem over tid for å fange opp nye symptomer og endringer, og være et kontaktpunkt inn mot eks. Parkinsonnett. Dette bør være en parkinsonsykepleier.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen etablere et kontaktpunkt for pasienter som enten henvises med mistanke om eller får påvist Parkinsons sykdom.»

SYKEHUSPRESTER

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti vil trekke frem sykehusprestene som en viktig rolle og støtte for både pasienter, pårørende og ansatte i krevende og potensielt traumatiske situasjoner. Sykehusprestene kan også være en viktig støttespiller og samarbeidspartner ved overgangen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Disse medlemmer er bekymret over at flere foretak fjerner akutttilbudet fra sykehusprestene, og mener det er et viktig tilbud å opprettholde selv i økonomisk krevende tider.

DESENTRALISERT TILBUD

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Rødt og Pasientfokus støtter en desentralisert spesialisthelsetjeneste på grunn av Norges geografi og store avstander. Derfor er det viktig å opprettholde lokalsykehusene og sikre likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted og sykdomstype. Sykehus må også bygges med tilstrekkelig kapasitet for å håndtere både forventet befolkningsvekst og pandemier. Disse medlemmer peker på at omorganiseringsprosessen i Helse Nord ikke har vært god, og har skapt stor usikkerhet for fremtiden blant lokalbefolkningen og de ansatte.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Pasientfokus peker videre på Alta

kommunestyre sin uttalelse om situasjonen i Helse Nord. Disse medlemmer vil også spesielt peke på Finnmarkssykehuset HF sin håndtering av Dagkirurgi ved Klinikk Alta og siterer fra deler av det enstemmige vedtaket i Alta kommunestyre som sier:

«Finnmarkssykehusets nedbygging av Klinikk Alta må stanses. Dagkirurgien ved Klinikk Alta må opprettholdes og utvikles videre for å gi pasientene tilgang til kirurgi og spesialisthelsetjenester nært der tyngdepunktet av innbyggere (26 000) i Finnmark bor. Klinikk Alta har over år bygd opp et svært godt fagmiljø, med en av landets mest moderne operasjonsstue, med gode muligheter for å utvide aktiviteten innenfor flere felt, som for eksempel plastikk-kirurgi med mer. Alta kommune er positiv til å tilby arealer for en utvidelse av dagkirurgien.»

Midler til en ny operasjonsstue ved Klinikk Alta ble bevilget i 2022. Den er ennå ikke på plass, og Alta kommune forventer at den realiseres. Stortinget har videre fulgt opp Klinikk Alta med en årlig øremerket styrking på 25 mill. kroner. Dette ble vedtatt i budsjettbehandlingen i Stortinget i 2023. Disse midlene skal gå til nye og flere tjenester ved klinikk Alta, særlig rettet mot eldre og eldre med kroniske sykdommer. Dersom Finnmarkssykehuset tar av disse pengene og bruker det på noe annet enn flere og styrkede tjenester i Alta, er det meget alvorlig og i strid med føringene i Hurdalsplattformen og vedtak gjort av Stortinget. Helse Nord må påse at midlene går til formålet de er bevilget til.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er også litt overrasket over at vi i denne saken opplever at Finnmarkssykehuset ikke på en god nok måte følger opp det vedtaket til ny operasjonsstue ved Klinikk Alta som Fremskrittspartiet var pådriver for å få vedtatt i Stortinget i 2022.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til framlegget til Nasjonal helse- og samhandlingsplan (NHSP), der det slås fast at det skal være gode pasientforløp og rask tilgang til helsetjenester i hele landet. Disse medlemmer viser til behovet for nytenkning i rekrutteringsarbeidet og utprøving av nye arbeidsformer for å bidra til stabil rekruttering til lokalsykehusene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Rødt og Pasientfokus viser videre til tidligere vedtak fra et samlet storting, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan, Meld. St. 11 (2015–2016), der det slås fast at sykehuset i Flekkefjord skal ha akutt- og traumefunksjoner. På tross av Stortingets vedtak besluttet styret ved Sørlandet sykehus HF å stanse aktivt rekrutteringsarbeid og dermed ta sykehuset ett skritt

nærmere permanent nedleggelse av akutt- og traumekirurgien.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Flekkefjord sykehus opprettholdes med akutt- og traumefunksjoner.»

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet følgende forslag:

«I tråd med regjeringens føringer om å prøve ut nye organiseringsformer, rekruttere og beholde fagfolk, samt oppdrag til de regionale helseforetakene om å prøve ut alternative arbeidstidsmodeller, ber Stortinget regjeringen om å sørge for at det etableres en pilot ved Flekkefjord sykehus for utprøving av slike modeller som kan bidra til stabil og sikker rekruttering av legespesialister og annet helsepersonell til Flekkefjord sykehus og andre sykehus.»

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus vil understreke at helsetjenestene er en del av den samlede beredskapen. Både forsvarskommisjonen og totalberedskapskommisjonen peker på en desentralisert sykehusstruktur som en vesentlig del av landets felles beredskap og sikkerhet. Vær- og klimaendringer og påvirkningen på bosettingsmønstre er viktige hensyn som bør inkluderes i en vurdering av plassering av sykehus. Mange deler av landet er preget av store avstander, dårlig vær, mørketid og avhengighet av broer, ferjer og luftambulansetilbud. Samlet gjør dette at det er avgjørende at samfunnsberedskap og de samfunnsmessige konsekvensene må inkluderes som en del av beslutningene ved endring i sykehusstruktur.

Disse medlemmer merker seg at regjeringen planlegger å utrede eventuelle nødvendige endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven som kan bidra til bedre gjensidig involvering i planleggings- og beslutningsprosesser for både helseforetak og kommuner. En slik utredning må ta inn over seg hvordan den demokratiske forvaltningen av sykehusene styrkes, inkludert mulige krav til hvordan sikre at samfunnsberedskap og samfunnsmessige konsekvenser blir vurdert ved større endringer i sykehusstruktur.

Komiteens medlemmer fra Rødt og Pasientfokus vil understreke at dersom befolkningen skal sikres likeverdig tilgang til helsetjenester i hele landet, så må det fortsatt finnes lokalsykehus, og sentralise-

ringen av livsviktige tjenestetilbud, som helseforetakene har igangsatt, må stanses. Befolkningen i hele landet skal ha trygghet for at de får forsvarlig helsehjelp ved akutt sykdom og skade, og skal også ha tilgang på likeverdige helsetjenester der de er når de trenger det. Nord-Norge spesielt er en landsdel som er preget av lange geografiske avstander, spredt befolkning og værharde forhold.

Disse medlemmer viser til Stiftelsen norsk luftambulanses sitt høringsinnspill til komiteen:

«I Helse Nord ligger det an til en ytterligere sentralisering av tjenester, der pasienter kan få en fremtidig reisevei på over 50 mil til DPS. En endret funksjonsfordeling i foretakene, både akutt og elektivt, vil få konsekvenser for prehospitaltjenester. Terskelen for elektiv innleggelse vil øke når avstanden til behandlingstilbudet er stor og behandlingsskapasiteten er liten. Dette vil medføre økt sannsynlighet for at disse pasientene vil havne i et akutt behandlingsforløp med behov for prehospital omsorg og transport. Mye tyder dessuten på at helsetjenestene ikke lykkes i møte med disse pasientene når de først kommer i kontakt med de akutte helsetjenestene».

Disse medlemmer viser videre til høringsinnspill fra NSF faggruppe innen psykisk helse og rus til komiteen:

«WHO anbefaler tydelig en styrking av tilbud nært folk. Planen legger opp til sterkere sentralisering av tjenestetilbud innen psykisk helse og rus. Den forenklede oppfatningen om at mennesker med psykiske lidelser kan innlegges på døgninstitusjoner langt hjemmefra og deretter returnere til sine hjem, trodde vi tilhørte en svunnen tid. Eksempelvis forslaget om sentralisering blant annet i Helse Nord går imot disse anbefalingene. Belastningen legges på pasienter, pårørende og kommunale helsetjenester. Her må vi være i tråd med internasjonale føringer og lytte til befolkningen, samtidig som vi må tørre å tenke nytt.»

Disse medlemmer merker seg at begrepet «likeverdige tjenester» i noen sammenhenger blir erstattet med begrepet «forsvarlige tjenester», blant annet i Helse Nord RHF's pågående omstillingsprosess, i deres nylig utsendte høring Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord. Helseministeren forsikret også i sykehustalen om at fødetilbud skulle opprettholdes om det var forsvarlig. Disse medlemmer vil understreke at disse to begrepene ikke kan erstatte hverandre, men må utfylle hverandre.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Pasientfokus mener det er bra at regjeringen vil utvikle og styrke det desentraliserte sykehustilbudet, flytte mer av den elektive virksomheten ut til lokalsykehus og styrke den lokale akuttberedskapen. Disse medlemmer mener det er avgjørende for befolkningen at den lokale akuttberedskapen er god nok, og at alle, i hele landet, har god nok tilgang til tryg-

ge og gode helsetjenester når de trenger det, der de trenger det.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Pasientfokus viser til at Helse Nord i 2017 besluttet å opprette PCI-tilbud ved Nordlandsykehuset i Bodø. Fram til da hadde et slikt tilbud for Nordlands innbyggere blitt gitt ved UNN i Tromsø. Det ble besluttet at det skulle driftes som et dagtilbud, inntil evaluering skulle gjøres etter fem år (altså 2022). Senteret er driftet i over fire år etter oppstarten i februar 2020. Disse medlemmer viser til at PCI-senteret i Bodø har gjort at pasienter og befolkning i Nordland har fått et betydelig bedre helsetilbud. Tilbudet er bedre fordi det gir kortere transporttid til PCI-senter for pasienter fra Nordland med store hjerteinfarkt, og fordi det nå er flere hjerteinfarktpasienter som blir PCI-behandlet innen 72 timer. Norsk hjerteinfarktregister viser at andel pasienter under 85 år med hjerteinfarkt fra Helgelandssykehusene, som blir invasivt utredet innen 72 timer, har økt signifikant fra ca. 65 pst. i 2019 (før PCI i Bodø) til 80–85 pst. i 2021 og 2022.

Etableringen av PCI-senteret i Bodø har ført til god rekruttering av hjertespesialister til regionen, grunnet stimulerende, spennende og komplett faglig arbeidsmiljø. LIS-leger søker seg til Bodø både fra Helgeland og Finnmark.

Komplett kardiologisk utredning og behandling i Bodø gir god læringsarena for medisinstudenter fra UiT, med et komplett faglig læringsmiljø innenfor hjertemedisin. UiT er avhengig av robuste og faglig gode læringsarenaer utenfor UNN, som ikke har pasientgrunnlag og kapasitet til alle studentene. Disse medlemmer viser til at PCI-tilbudet i Bodø altså gir betydelig gevinst og bedre pasienttilbud i Nordland, i tillegg til at det påvirker UNNs kapasitet og tilbud, også til pasienter fra Finnmark. Det er bekymring for hva som vil skje med Finnmarks pasientgrunnlag på 75 000 dersom PCI-tilbudet i Bodø legges ned og Nordlands pasientgrunnlag på 240 000 overføres til UNN. Slik det er i dag, sendes pasienter fra Finnmark som har/kan ha angina pectoris og hjerteinfarkt, svært ofte innom lokalsykehuset i Hammerfest eller Kirkenes. Der blir de i flere dager – når de egentlig skulle vært direkte til UNN i Tromsø, som er Finnmarks hjerteavdeling. Pasienter fra Kautokeino, Alta, Vardø, Karasjok eller Honningsvåg sendes stadig til Hammerfest på flere dagers opphold – når de egentlig skulle direkte til UNN i Tromsø. Når de ankommer Tromsø, får de beskjed om at de skulle kommet en uke før, og prognosetapet er ofte svært alvorlig.

LIKEVERDIGE SYKEHUSTJENESTER

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til at norsk helselovgivning ikke gjør forskjell

på folk. Hele befolkningen, uavhengig av geografisk, språklig og kulturell bakgrunn, skal sikres et likeverdig helsetilbud. Alle pasienter i Norge har rett til likeverdige sykehustjenester til riktig tid og på riktig behandlingssted.

Komiteens medlem fra Pasientfokus viser til at Alta kommune i innspill til komiteen skriver at i

«landets største fylke Finnmark, som er på størrelse med Viken, Telemark, Vestfold, Akershus og Oslo til sammen, blir prinsippet om likeverdige helsetjenester brutt hver dag, alle dager i året. Årsaken til dette er at tyngdepunktet av pasientene i Finnmark befinner seg i Alta-regionen, 2–4 timer til nærmeste lokalsykehus. 26 000 pasienter og 45 pst. av de fødende i Finnmark sikres ikke likeverdig helsetjenester før nasjonale myndigheter åpner for å bygge ut Klinikk Alta med fødeavdeling og akutttilbud.»

Dette medlem vil understreke at det ikke finnes unntak i norsk helselovgivning – heller ikke for pasienter i Alta, Kautokeino og distriktene i Finnmark. Dette medlem mener det ikke skal gjøres forskjell på folk. Uansett hvem pasienten er – uavhengig av religion, etnisitet, politisk ståsted, rik eller fattig, mann eller kvinne, ung eller gammel, gravid, fødende, bestemor eller bestefar, áhkku ja áddjá, oldemor og oldefar – har alle like rettigheter under norsk helselovgivning.

Dette medlem vil understreke at både pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og helseforetaksloven har formålsbestemmelser om å sikre «likeverdige helsetjenester» og pålegger helsefaglig personell å gi likeverdige tjenester til hele den norske befolkningen, herunder den samiske, kvenske, norskfinske, skogfinske og øvrige minoritetsbefolkningen.

Dette medlem understreker at likeverdig ikke er det samme som likt, det er ikke et mål at alle pasienter mottar helt like tjenester. Det er viktig at pasienter mottar de tjenestene akkurat de har behov for, tilpasset deres kropp og helse. Dette forutsetter variasjon i tjenestetilbudet. Men tjenestene er ikke likeverdige dersom de ikke har god nok kvalitet, ikke er tilgjengelige der folk bor, eller ikke er tilrettelagt for befolkningen som bor der.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus vil peke på at Norge er forpliktet til å sikre urfolks rettigheter, jf. ILO-konvensjon nr. 169 om urfolks rett til helsetilbud, og at regjeringen har sagt at Norge skal være et foregangsland når det gjelder urfolks rettigheter.

Disse medlemmer viser videre til at Norge er forpliktet til å sikre gode og likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen og til alle nasjonale minoriteter gjennom FNs konvensjon om økonomiske, sosiale rettigheter og kulturelle rettigheter (ØSK) art. 12 nr. 1,

som fastslår at enhver har rett til å oppnå den «høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk». ØSK-komiteen har slått fast at dette innebærer at det skal tas hensyn til pasienters kulturelle bakgrunn når det tilbys helsetjenester. I tillegg er FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) art. 27 og Europarådets rammekonvensjon om beskyttelse av nasjonale minoriteter og den europeiske pakten om regions- eller minoritetspråk relevante bestemmelser og avtaler som forplikter Norge til å sikre helsetjenester tilpasset minoriteters språk og kultur.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Pasientfokus viser til at Pasientfokus og Fremskrittspartiet er særdeles opptatt av de som er i en sårbar situasjon i samfunnet – de som har dårlig økonomi, uhelse eller er utviklingshemmede. Mange mennesker i landet vårt er avhengige av tjenester fra det offentlige når det gjelder både bolig, økonomi, praktisk hjelp i hverdagen og arbeid/aktivitet. Mye av dette er kommunale oppgaver, men Stortinget legger avgjørende rammer gjennom lovverk og bevilgninger. Disse medlemmer viser til at Pasientfokus og Fremskrittspartiet vil jobbe for bedre forhold for utsatte grupper og spesielt dem som har vansker med selv å hevde eller kreve sine rettigheter.

Komiteens medlem fra Pasientfokus viser til at Finnmark er annerledesfylket der avstandene er store og helsetjenestene spesielt sårbare. For å styrke totalberedskapen i Finnmark er det nødvendig med et totalberedskapsblikk på Finnmarks sykehus. Dette medlem viser til at Finnmarks utfordringer ikke kun handler om mangel på fagfolk og helseberedskap, men også om mangelen på infrastruktur.

Dette medlem viser til at Finnmark er det ultimate nordområdet i Norge. Finnmark er annerledesfylket, med et areal på størrelse med Danmark og med en befolkning på størrelse med innbyggertallet i Tromsø. Avstandene i Finnmark til lokalsykehusene skaper utrygghet – særlig ved akutte og livstruende sykdommer.

Dette medlem mener at sykehusstrukturen i Finnmark må endres, og at det bør vurderes om det vil gi en enklere og mer helhetlig pasientbehandling dersom Finnmarkssykehuset legges administrativt under UNN HF i Tromsø. Dette medlem vil i denne sammenheng vise til hvordan Universitetssykehuset i Tromsø samhandler med UNN Narvik og UNN Harstad i dagens struktur, en struktur som er framtidsrettet, og som ikke bør endres.

Dette medlem mener at tidstap må unngås for alvorlig syke pasienter. Alle hjerte- og hjerneslagpasienter, uansett hvor de bor i Finnmark, må sendes direkte til Universitetssykehuset i Tromsø. Finnmark har per i

dag ikke tilgang til fagkompetanse på hjerte- og karsykdommer. Gjennom pasient- og pårørende historier bekräftet av epikriser har dette medlem sett at når pasienter sendes omveien om lokalsykehus i Kirkenes eller Hammerfest, påføres de ofte tidstap som gir prognosetap, uførhet og noen ganger tidlig død. Dette kan ikke aksepteres.

Dette medlem mener at Finnmark ikke må utvikle seg til å bli et permanent unntaksfylke når det gjelder norsk helselovgivning. Ingen pasienter med akutte livstruende hjerte-, hjerne- eller lungesykdommer skal sendes omveien til lokalsykehus i Finnmark, men direkte til UNN (Universitetssykehuset i Nord-Norge) i Tromsø.

Fiskeren skal tilbake til fiskebåten som yrkesfisker, ikke som hobbyfisker. Reindriftsutøveren skal tilbake til vidda som aktiv reindriftsutøver. Skiferarbeideren skal klippe stein i fremtiden, og butikkmedarbeideren skal tilbake til butikken som ansatt, og ikke kun som kunde.

Dette medlem mener distriktslegenes kompetanse ikke må undervurderes. For å unngå prognosetap ved kritiske sykdommer som hjerte- eller hjerneinfarkt må leger ved samtlige legevakter i Finnmark kunne sende pasientene raskest mulig til riktig behandlingssted uten omveien om et av lokalsykehusene i Finnmark. Dette medlem mener at akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) ikke skal overstyre legenes beslutninger. Det handler om pasientenes liv.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Pasientfokus mener at ordningen med fritt behandlingsvalg var viktig for distriktene. Ved bruk av fritt behandlingsvalg kunne pasienter som ellers ville vært sykmeldt en lengre periode, unngå lange ventetider, prognosetap, kroniske helseproblemer og komme raskere tilbake til jobb. Dette er en ordning som er samfunnsøkonomisk svært lønnsom, både arbeidstakere, arbeidsgiver og det offentlige tjener på raskere gjennomført behandling der pasienten selv ønsker.

PASIENTREISER

Komiteens medlemmer fra Rødt og Pasientfokus vil peke på at jo mer sentralisert sykehus tilbudet blir, jo større blir utfordringen med å sikre rask tilgang til tjenester i hele landet, og behovet for pasienttransport øker. Når helsetilbud legges ned, får pasienter lengre reisevei, og transportkostnadene øker.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til at Stortinget en rekke ganger har påpekt behovet for en pasientreiseordning som fungerer bedre for pasientene, ivaretar målet om gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, og som gjør reisen minst mulig problema-

tisk for pasientene. Disse medlemmer mener det haster med forbedringer i pasientreiseordningen.

Komiteens medlem fra Pasientfokus har stilt helse- og omsorgsministeren spørsmål om pasientreiser i januar 2023, juni 2023, august 2023, november 2023, mars 2024 og i april 2024, og tatt opp tematikken i innlegg i Stortinget i april 2022 og mars 2023. Barn, kreftsyke og eldre pasienter i distriktene opplever utrygghet og frustrasjon blant annet knyttet til ugunstige reisetider. Pasienter i Finnmark melder om at de opplever et dårligere tilbud fra Pasientreiser, noe som gjør det vanskelig å bo på et lite sted i distriktet med lang vei til nærmeste behandlingssted, spesielt for kronisk syke. Dette medlem viser til arbeidet med forenkling og forbedring av reglene for pasientreiser som Stortinget har bedt om, og ser fram til at forbedringer i regelverk og praksis gjennomføres. Det er blant annet viktig at pasienter får kortest mulig ventetid før hjemreise. En pasient som har time hos legen i Tromsø kl. 12.00, må ofte reise fra sin bopel i 04-tiden om morgenen og er ikke hjemme før rundt midnatt samme dag. Dette gjelder for eksempel pasienter fra Kautokeino og andre indre og ytre strøk i Finnmark. Dette medlem mener Pasientreiser HF er nødt til å endre sin praksis i møte med disse pasientene.

Dette medlem vil også peke på betydningen av å ha et botilbud til både pasienter og pårørende ved sykehusbesøk og innleggelse, spesielt i områder der pasientene bor langt unna sykehus. I dag er det et stort misforhold mellom det pasienter og pårørende betaler for overnatting, og den refusjonen de har rett til via helse-systemet. Dagens sats på under 700 kroner per natt dekker ofte kun en tredel av de faktiske overnattingskostnadene.

Dette medlem viser til at Brukerutvalget ved Finnmarkssykehuset har spilt inn en rekke bekymringer rundt dagens regelverk og praksis i høringssvar om «Endringer i pasientreiseforskriften». Brukerutvalget peker blant annet på utfordringer med lang behandlingstid, mange ankesaker, at Pasientreiser legger opp svært ugunstige reiser som gir lang reisetid, lave satser som ikke dekker pasientenes faktiske utgifter, mangel på samiskspråklige behandlere, uklarhet rundt rett til ledsagere, for store egne utgifter til egen reise og ledsagers reise, samt at mange reiser fører til store utlegg. Når det er så lang behandlingstid hos Pasientreiser før utlegg utbetales, blir dette utfordrende for mange.

PASIENTER MED RUS- OG PSYKISKE LIDELSER

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti peker på viktigheten av gode lavterskeltilbud innenfor behandlingen av rus og psykisk helse. Disse medlemmer vil peke på at vi har sett at det er mange gode

lavterskeltilbud som skal bidra til å hjelpe mennesker med utfordringer i hverdagen og liv.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil peke på at tilbudet Jobbskolen i Kristiansand, som er et tiltak hvor Nav, Kristiansand kommune, og Agder fylkeskommune sammen hjelper ungdommer som av forskjellige grunner trenger noe mer tilrettelagte tilbud for å få fullført utdannelsen sin, og komme videre i utdanning eller ut i jobb er et utrolig viktig tilbud.

Disse medlemmer vil videre peke på et annet lavterskeltilbud. Sammensenteret i Grimstad er et lavterskeltilbud innen rus og psykisk helse. Det er et dagtilbud som har åpent hver ukedag. Her får brukerne hjemmelaget middag og bakst, delta på aktiviteter, utlevering av klær ved behov, hygieneartikler, matposer, samtaler og sosialt samvær i en ellers strevsom hverdag. De tilbyr en rekke ulike aktiviteter, blant annet også rusfrie fotballkvelder. Det er IOGT i Norge som står bak, og det er 2 ansatte i til sammen 1,5 årsverk. Det er et tilbud som er helt avhengig av frivillige og har et frivilligteam som stiller opp år etter år og gjør en fantastisk jobb. Flere tidligere brukere er hjulpet på veien mot en rusfri hverdag som nå jobber som brukerrettede frivillige. De utgjør en kjemperessurs, og er et eksempel på hvor viktig det er å bruke organisasjoner og frivilligheten for å gi mennesker bedre liv og hverdager. Disse medlemmer er derfor svært kritisk til at regjeringen nå legger opp til at slike tilbud får redusert bevilgningene sine, og at flere nå opplever at tilbud som dette risikerer å bli lagt ned, med de negative konsekvensene dette kan få for mange mennesker som sliter med rus og psykiske utfordringer i livene sine.

Komiteens medlem fra Pasientfokus mener at det må opprettes flere akutt plasser for unge pasienter med psykiske lidelser. Det må ansettes flere psykiatere, slik at psykisk syke og rusavhengige får raskest mulig behandling. Ettervern må ikke tidsbegrenses, men gis i henhold til pasientenes behov.

TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus, viser til at stadig flere dømmes til psykisk helsevern. I 2022 ble 64 personer dømt til tvungent psykisk helsevern. 31 fikk opphør av slik dom. Ved utgangen av 2022 var det 347 personer som gjennomførte en dom til tvungent psykisk helsevern. 317 personer sitter på tidsbestemt dom og 30 personer på tidsbestemt dom. En stadig større andel av døgnplassene innen psykisk helsevern opptas av personer som er dømt til psykisk helsevern. Flertallet viser til Fafo-rapporten «I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv» (Fafo-rapport

2023:06), som peker på ulik forståelse og vurdering i kommunene og spesialisthelsetjenesten om pasientene sine behov, og som fremhever at mennesker med langvarige og sammensatte behov skal ha tilgang på gode og trygge boliger tilpasset deres behov.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus, mener at trygge og tilpassede boliger som er samlokaliserte med døgnbehandling vil kunne gi et bedre og mer sammenhengende hjelpetilbud, mer tverrfaglighet og derav bedre utnytting av personellressursene. Dette flertallet mener at det er nødvendig å sette i gang et arbeid for å bedre tilgangen på tilpassa boliger for denne gruppa.

På denne bakgrunn fremmer dette flertallet derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede sikkerhetshjem som en løsning for de som dømmes til tvunget psykisk helsevern.»

3.4 God bruk av personell og kompetanse

Komiteen viser til at meldingen inneholder en rekke tiltak for å rekruttere og beholde fagfolk med riktig kompetanse til helsetjenestene. Dette inkluderer blant annet fagarbeiderløft, flere LIS1-stillinger, innføre offentlig spesialistgodkjenning for flere helsepersonellgrupper og øke vektleggingen av breddekompetanse i tjenestene.

Komiteen merker seg at regjeringen melder tre innsatsområder i arbeidet med å sikre nok fagfolk til den offentlige helse- og omsorgssektoren:

- Understøtte arbeider med å fremme godt arbeidsmiljø, og gode arbeidsvilkår.
- Hensiktsmessig oppgavedeling og kompetanseutvikling for å fremme en effektiv organisering av arbeidsprosesser.
- Understøtte arbeider med å sikre tilgang til riktig kompetanse gjennom rekruttering, kvalifisering og kompetanseheving.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus, vil påpeke at vår felles helsetjeneste er sammensatt av en bredde av faggrupper med ulikt utdanningsnivå. For å sikre framtidens helsetjeneste må det gjøres en gjennomgang og behovsanalyse av spesialutdanninger og offentlige godkjenningsordninger for de ulike profesjonsgruppene.

Flertallet viser til den medisinske utviklingen som gjør at på mange fagområder er det viktigere å ha spesialisert kompetanse for å gi moderne behandling. Samtidig som det har blitt en økt grad av spesialisering,

vil flertallet understreke at det er et særlig behov for generalister framover, også spesialisert generalistkompetanse. Generalister er særlig viktige for lokalsykehuse- og den akuttmedisinske beredskapen. Flertallet mener at det må skapes en bedre balanse mellom utdanning av generalister og spesialister. Flertallet vil påpeke at det må bli en større sammenheng mellom utdanningstilbudet og helsetjenestenes faktiske behov for kompetanse og personell.

KOMPETANSE

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til hvor avgjørende viktig det er å rekruttere og beholde helsepersonell og sikre høy kompetanse både i primær- og spesialisthelsetjenesten i årene fremover. Disse medlemmer viser til de utfordringer helsetjenesten står overfor med en aldrende befolkning og en økende sykdomsbyrde, og mener dette må møtes med en betydelig mer kraftfull satsing på kompetanse og oppgavedeling enn regjeringen legger opp til i denne meldingen.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, som beskriver det samme utfordringsbildet knyttet til helsepersonellutfordringen fremover som Helsepersonellkommisjonen påpeker i NOU 2023:4 Tid for handling. Nasjonal helse- og sykehusplan inneholdt en lang rekke tiltak for å øke heltidsandelen og for å beholde ansatte, for livslang læring og omstillingsevne, for mer arbeid i tverrfaglige team og kompetansedeling på tvers i hele helse- og omsorgstjenesten, om å ta i bruk ny kunnskap raskere og øke innovasjon og bruk av teknologi i helse- og omsorgstjenesten.

Disse medlemmer viser til at regjeringen i Meld. St. 19 (2023–2024), Profesjonsmeldingen, varsler at de vil fjerne karakterkravene for sykepleierutdanningen og også har gitt signaler om at de mener sykepleierutdanningen har blitt for akademisk og for lite praksisnær.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus mener det er viktig å bygge den norske helsetjenesten faglig sterk, og vil advare mot en utvikling hvor en stiller mindre krav til kompetanse i en situasjon hvor sykdomsbyrden og kompleksiteten øker. Sykepleierne er den største helsepersonellgruppen i helsetjenesten, og i årene fremover vil vi trenge godt utdannede sykepleiere med bachelor, master og doktorgrad i både somatikk, psykisk helsevern og rusavhengighet.

Disse medlemmer er opptatt av en god, tverrfaglig samhandling mellom helsepersonell og mener

dette er løsningen på hvordan vi som samfunn skal møte utfordringene fremover.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus mener det er viktig å redusere andelen ufaglærte og vil ha flere helsefagarbeidere gjennom å tilby flere ufaglærte mulighet til å ta fagbrev. Samtidig vil det være viktig å sikre at flere får etter- og videreutdanning, og at ledere får lederutdanning. Disse medlemmer viser til at en bør satse videre på å øke antall plasser ved lederutdanningen «Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten» som ble startet i 2015, og hvor evalueringen viser gode resultater,

Disse medlemmer viser til Innst. 348 S (2022–2023) hvor Stortinget behandlet forslag om å styrke pasientsikkerheten ved økt bruk av simulering i sykepleierutdanningen. Disse medlemmer viser til at praksis er en flaskehals i sykepleierutdanningen, og at andre land lar simulering erstatte deler av den pålagte praksisperioden i studiet. Simulering som en del av praksisperioden kan bidra til kompetente og trygge sykepleiere, som igjen gir bedre pasientsikkerhet. Disse medlemmer viser til at Verdens helseorganisasjon i sine retningslinjer fra 2013, «Transforming and scaling up health professionals' education and training» anbefaler simuleringsbasert opplæring for å bedre pasientsikkerheten.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti forventer at regjeringen følger opp og intensiverer arbeidet med å få til endringer i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv, og viser til at tidligere forsknings- og høyere utdanningsminister Ola Borten Moe i Stortinget 16. mai 2023 uttalte at:

«han hadde satt i gang et langsiktig arbeid for å endre direktivet. Mange land er nødt til å være enige for at så skal skje, og dette arbeidet går over tid. Vi har flere viktige internasjonale samarbeidsarenaer som allerede er benyttet for å opprette dialog om denne tematikken.»

Disse medlemmer viser til at andre EU-land faktisk erstatter noe av praksis med simulering og forventer at regjeringen utforsker hvilket handlingsrom som finnes innenfor dagens yrkeskvalifikasjonsdirektiv, slik at det kan tilrettelegges for lik og mer bruk av simulering ved norske utdanningsinstitusjoner.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge til rette for en fleksibel modell for kontinuerlig utdanning tilpasset helse- og omsorgsektoren som tillater helsepersonell å gjennomføre nødvendig opplæring uten at det går utover

deres operasjonelle oppgaver. Dette kan omfatte modulære nettbaserte kurs, opplæring på arbeidsplassen og partnerskap med utdanningsinstitusjoner.»

ARBEIDSTID

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet mener det er en stor utfordring at helsepersonell opplever at arbeidsbelastningen er høy. Det er utfordrende at arbeidsmiljøloven ble brutt 800 000 ganger ved norske sykehus i 2022, sykefraværet ligger på rundt 10 pst og bruk av innleie økte med 35 pst. fra 2021 til 2022. Disse medlemmer mener dette beskriver en svært krevende situasjon for helsepersonellet i tjenesten, men også innebærer store utfordringer med kontinuitet i helsehjelpen for pasientene. Disse medlemmer mener regjeringen ikke tar dette nok på alvor, og merker seg at regjeringen ikke i større grad følger opp flertallsforslagene fra Helsepersonellkommissjonen om å oppfordre partene til å finne løsninger om å fastsette bestemmelser om gjennomsnittsberegning av arbeidstid og eventuelt andre forhold som krever avtale i de sentrale tariffavtalene. Flertallet i Helsepersonellkommissjonen mener i NOU 2023: 4 at:

«dersom partene ikke kommer frem til en slik enighet, bør myndighetene iverksette en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser, for å sikre at arbeidsgiver har myndighet til å ivareta ansvaret for både å bemanne tjenesten og til å ivareta arbeidsmiljølovens krav om at arbeidstakerne skal ha et fullt svarlig arbeidsmiljø.»

Disse medlemmer merker seg at regjeringen i meldingen vil gi de regionale helseforetakene i oppdrag å vurdere egnede områder for utprøving av alternative arbeidstidsordninger, og sette i verk tidsavgrensede utprøvinger med sikte på å vinne erfaringer. Disse medlemmer deler regjeringens syn på at det er viktig at utprøving av alternative arbeidstidsordninger skjer i nært samarbeid med partene, men mener at en rekke forsøksprosjekter med blant annet 12,5 timers vakter i sykehus og kommuner har vist at slike turnusordninger både bidrar til færre oppmøter for helsepersonell, mindre sykefravær og mer kontinuitet for pasientene. Når en rekke forsøk viser så gode resultater, mener disse medlemmer at slike prosjekter bør skaleres opp og implementeres.

OPPGAVEDELING

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til at dersom helsetjenesten skal være bærekraftig i årene fremover, må vi tenke nytt om oppgavedeling og at dette arbeidet må intensiveres. Disse medlemmer viser som eksempel til andre land som Storbritannia hvor helsetjenesten har hatt store utfordringer de

siste årene, men hvor man også har funnet nye løsninger for oppgavedeling mellom helsepersonell. Det gjelder blant annet ved at man har etablert betydelig mer tverrfaglighet i primærhelsetjenesten ved legekantorene. I Storbritannia er det vanlig at fastlegekontorene består av mange faggrupper ved siden av allmennlegene, som fysioterapeut, sykepleier, psykolog, helsesekretær m.m. Disse medlemmer viser til forsøkene med primærhelseteam i Norge som er evaluert løpende av Institutt for helse og samfunn ved UiO, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved UIT, og hvor statusrapport 6/2024 konkluderer samlet med at forsøket med primærhelseteam viser at teamarbeid og tverrfaglig samarbeid i fastlegjetjenesten kan styrke tilbudet, særlig til listeinnbyggere med store og sammensatte behov. Disse medlemmer viser til at det nå er 15 aktive legekantorer som driver som primærhelseteam, og at de har fått økonomisk mulighet til å bidra ut juni 2024. Disse medlemmer er svært kritiske til at regjeringen vil avslutte finansieringen av disse, samtidig som den er tydelig på at den vil komme tilbake med tilsvarende opplegg gjennom profesjonsnøytrale takster i en sak til Stortinget neste år. Disse medlemmer mener det må være særlig viktig at de legekantorene som har deltatt i prosjektet og høstet svært nyttig erfaring, til nytte for pasienter med sammensatte og store behov, får fortsette frem til regjeringen utvider dette til en permanent ordning. Disse medlemmer mener noe annet vil være helt meningsløst, særlig når både ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten og helsepersonellkommissjonen, opprettet av regjeringen Støre, peker på behovet for ny oppgavedeling i sine utredninger. Disse medlemmer viser til at innsatsen i primærhelseteam særlig rettes mot personer med kroniske sykdommer, psykiske lidelser og rusavhengighet, utviklingshemming og funksjonsnedsettelse, samt skrøpelige eldre. Dette er ofte innbyggere og pasienter som har store behov, men som er svake etterspørere etter helsehjelp. Evalueringen viser at bedre oppfølging av disse pasientene har vist seg å kunne gi redusert behov for andre helse- og omsorgstjenester, fordi de fanges opp tidlig, videre at pasienter og pårørende opplever mer helhet og bedre koordinering, bedret helsetilstand, og at man dermed mestrer egen helsetilstand og livssituasjon bedre enn tidligere. På dette grunnlag mener disse medlemmer at regjeringen må videreføre forsøksordningen med primærhelseteam til regjeringen selv presenterer sin nye, varslede ordning med flerfaglige fastlegekontor og profesjonsnøytrale takster.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen videreføre forsøksforskriften for primærhelseteam og opprettholde egenan-

del og sykepleiertakster fram til ny ordning for flerfaglige fastlegepraksiser er innført.»

Disse medlemmer viser til at Helsepersonellkommisjonen er tydelig på at bedre og mer oppgavedeling mellom helsepersonell kan bidra til å opprettholde og forbedre kvaliteten på tjenestene, øke effektiviteten og redusere ressursbruken i helsetjenesten. Disse medlemmer viser til at evaluering av legekontor med primærhelseteam viser økt arbeidstilfredshet blant de som jobber der. Disse medlemmer viser videre til at det i norsk helsetjeneste foregår mange gode prosjekter med oppgavedeling mellom helsepersonell ute i kommuner og sykehus. Disse medlemmer mener det er viktig at oppgavedeling skjer ute i feltet, der oppgavene skal løses, og der pasientenes behov skal møtes. Likevel etterlyser disse medlemmer at regjeringen tar mer aktive grep for et systemisert arbeid på dette som gjør at gode prosjekter kan skaleres opp til et større nasjonalt volum. Disse medlemmer viser til at flere europeiske land i større grad innretter sin helsetjeneste mer flerfaglig, både for å møte pasientens behov bedre og også for å sikre riktig oppgavedeling mellom helsepersonell og møte helsepersonellutfordringen. Eksempel på dette er «First contact physiotherapist» hvor alle voksne i England innen 2024 får mulighet til å konsultere fysioterapeut ved sitt lokale fastlegekontor for muskel- og skjelettplager, uten å måtte gå om fastlegen først. På samme måte gjennomfører man også i England og resten av Storbritannia «Pharmacy First» som skal bidra til å avlaste fastlegene med oppgaver gjennom å bruke kompetansen hos farmasøyter i apotek. Disse medlemmer mener det bør utredes nærmere i Norge hvordan en kan sikre norske innbyggere og pasienter raskere tilgang til nødvendig helsehjelp gjennom bedre oppgavedeling, og mener regjeringen ikke følger dette godt nok opp i denne meldingen.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sette i gang et større arbeid med å sikre økt oppgavedeling mellom helsepersonell i hele helsetjenesten.»

SPESIALISTGODKJENNING

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til at Helsedirektoratet i juni 2023 la frem sin utredning med tre modeller for spesialistgodkjenning for åtte sykepleiergrupper; anestesisykepleier, barnesykepleier, intensivsykepleier, operasjonssykepleier, kreftsykepleier, jordmor, helsesykepleier og sykepleiere i psykisk helse-, rus og avhengighetsarbeid. Regjeringen Solberg innførte spesialistgodkjenning for avansert klinisk allmennsykepleie samtidig som denne masterutdan-

ningen ble opprettet. Spesialistgodkjenning er en viktig del av å anerkjenne sykepleiere som tar en viktig spesialisering, det bidrar til å løfte statusen. I tillegg vil spesialistgodkjenning bidra til at en har en samlet oversikt over viktig spesialistkompetanse blant sykepleiere i Norge. Disse medlemmer har etterspurt regjeringens oppfølging av Helsedirektoratets evaluering, og har blitt lovet at regjeringen ville svare opp dette i denne meldingen. Dessverre vil regjeringen i stedet utrede dette videre, og disse medlemmer mener dette er en helt uforståelig utsettelse av en viktig avgjørelse for å sikre en faglig sterk helsetjeneste.

Disse medlemmer mener spesialistgodkjenning bør komme etter gjennomført masterutdanning basert på modell 1 i Helsedirektoratet sin utredning.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjering innføre spesialistgodkjenning for anestesisykepleier, barnesykepleier, intensivsykepleier, operasjonssykepleier, kreftsykepleier, jordmor, helsesykepleier og sykepleiere i psykisk helse-, rus og avhengighetsarbeid på bakgrunn av mastergradsvitnemål innenfor gjeldende fagområde.»

Disse medlemmer viser til behovet for å utdanne flere klinisk avanserte sykepleiere med spesialistgodkjenning for å styrke helsetilbudet til pasienter med kroniske og sammensatte lidelser i kommunene. Disse medlemmer mener at Norge bør ha en nasjonal sjefsykepleier og en nasjonal sjefjordmor, på lik linje med mange andre land. Med dette vil Norge sørge for at disse funksjonene får en definert ramme og et tydelig mandat. Slik vil de kunne bidra med sin kompetanse og kunnskap i helsedirektørens ledergruppe til nytte for helsetjenestene og myndighetene her i Norge og representere Norge i utenlandske fora.

INNLEIE I HELSESEKTOREN

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Pasientfokus, viser til at helsesektoren er et område som har store utfordringer med innleie fra bemanningsbyråer. I De Factos Rapport 2:2018: Bemanningsselskaper i kommunesektoren ble det presentert erfaringer og analyser som underbygger at bemanningsselskaper i kommunesektoren representerer alvorlige utfordringer, og at de verste eksemplene er å finne i helse- og omsorgssektoren. Flertallet mener derfor at bruk av kommersielle bemanningsbyråer i kommunene og helseforetakene må fases ut med mål om en helsesektor uten vesentlig bruk av bemanningsbyråer.

Flertallet viser videre til Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene,

Dokument 3:2 (2019–2020), hvor Riksrevisjonen påpeker følgende:

«Ved enhetene hvor lederne opplever at det er vanskelig å rekruttere, er også omfanget av vikarbruk fra private byrå i gjennomsnitt noe høyere. Ved de enhetene hvor de ansatte ofte jobber sammen med vikarer fra private vikarbyråer, svarer de at det går med mye tid på å lære opp og veilede vikarer. Høy vikarbruk krever altså mye ressurser både på grunn av den økonomiske belastningen det gir, og den tidsmessige belastningen som følger av opplæring og veiledning.»

Flertallet mener det er avgjørende for å sikre et sterkt og godt offentlig helsevesen at vi fortsetter og forsterker utviklingen det siste året fra innleie til hele, faste ansettelser. Flertallet viser til at alle sykehusene hadde en reduksjon i bruken av innleie fra 2022 til 2023, med størst reduksjon i Helse Nord på over 10 pst. Flertallet mener at økt grunnbemanning, tilbud om faste og hele stillinger og helsefremmende turnusordninger sammen med egne bemanningsenheter og kompetanseplanlegging skal løse dagens behov for innleie fra bemanningsbyråer.

Et annet flertall, komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus, viser til Fafo-rapporten 2023:17 Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor det fremkommer at i 2021 brukte kommunene 2,4 mill. kroner på innleie av helse- og omsorgspersonell fra bemanningsbyråer, mens helseforetakene brukte henholdsvis 1 mrd. kroner i 2021 og 1,45 mrd. kroner i 2022. Siden 2012 har utgiftene til innleie fra bemanningsbyråer samlet mer enn doblet seg, og det er særlig i kommunene at utgiftene er økende. Dette flertallet merker seg at det er ulike utfordringer for helseforetakene og kommunene, hvor det hos helseforetakene har vært en redusert bruk og i kommunene er økende bruk av innleie fra bemanningsbyråer det siste året.

Dette flertallet mener personalpolitikk i det offentlige med en stedlig ledelse som gir ansvar og myndighet til sine fagfolk slik at det blir en inspirerende arbeidsdag hvor en over tid kan stå i en krevende jobb, er viktig. Arbeidsvilkår, ledelse, utviklingsmuligheter og grunnbemanning er eksempel på forhold som må bedres for å styrke rekrutteringen. Flere ansatte i heltidsstillinger vil føre til bedre kvalitet i tjenestene og bedre arbeidsmiljø, og gjøre det lettere å rekruttere og beholde de ansatte, i tillegg til bedre kompetanseutvikling og forutsigbar planlegging av arbeidet.

På bakgrunn av dette fremmer dette flertallet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen ta initiativ til å få på plass en samarbeidsavtale med KS og partene i arbeids-

livet om å redusere bruken av innleid arbeidskraft fra bemanningsbyråer i helse- og omsorgstjenestene i kommunesektoren. Ansvar for arbeidet med å redusere innleie fra bemanningsbyråer i kommunale helse- og oppveksttjenester skal sikres gjennom partssamarbeidet mellom KS og partene i arbeidslivet.»

«Stortinget ber regjeringen sørge for en årlig rapportering på utviklingen i bruken av innleie i helseforetakene med mål om ytterligere reduksjon, og sette mål om en vesentlig reduksjon innen to år. Stortinget skal holdes orientert på egnet måte.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til at bruken av innleie har økt i norsk helsetjeneste og mener at for stor bruk av vikarer for å erstatte fast personell i helsetjenesten kan bidra til å svekke kontinuiteten i pasientbehandlingen. Samtidig mener disse medlemmer at det er viktig å kunne bruke innleie når det anses helt nødvendig for å sikre gode og forsvarlige helsetjenester til pasientene. Disse medlemmer mener de viktigste tiltakene for å redusere behovet for innleie er å skape stabilitet i bemanningen i helsetjenestene ved å rekruttere og beholde helsepersonell, sikre hele faste stillinger, mer fleksible turnusordninger og redusere arbeidsbelastningen på helsepersonell.

Disse medlemmer viser til at det er lite konsistens mellom det Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti skriver i merknader i denne innstillingen om innleie, og det de samme partier stemte for da de nylig utgjorde flertallet da Stortinget vedtok følgende forslag i Innst. 296 S (2023–2024):

«Stortinget ber regjeringen utrede fjerning av unntaket for helsesektoren i regelverket for innleie, med sikte på å redusere bruken av innleie i helsesektoren, uten å svekke kommunene og helseforetakenes evne og mulighet til å redusere ventetider og opprettholde en forsvarlig helsetjeneste.»

Disse medlemmer viser til at et forslag som innebærer å fjerne unntaket for helsesektoren når det gjelder innleie av personell, kan bidra til å øke arbeidsbelastningen på helsepersonellet og svekke kvaliteten i pasientbehandlingen, og viser for øvrig til Høyres merknader i Innst. 296 S (2023–2024):

«Komiteens medlemmer fra Høyre mener regjeringens innstramminger i adgangen til å leie inn arbeidskraft er inngripende og unødvendig. De nye reglene svekker tilgangen på arbeidskraft i et marked med store behov for folk og fleksibilitet. Særlig er helsesektoren helt avhengig av noe innleie for å få vaktordningene til å gå opp, spesielt i helgene. Disse medlemmer støtter fullt ut at heltidsandelen i helsesektoren må opp, men å stramme inn på adgangen til innleie i denne sektoren vil få konsekvenser som utfordrer helsetjenestenes formål. Helse Lovgivningen har et grunnkrav om at pasient-

behandling og øvrig drift av helsetjenesten skal være forsvarlig. Det er helt avgjørende at helse- og omsorgstjenesten har tilgang på tilstrekkelig personell med faglige kvalifikasjoner som er nødvendig for å utføre arbeidet. Disse medlemmer viser til at det totale omfanget av innleie i helsesektoren fremdeles er lavt, men at innleie er den bemanningsløsningen helseforetakene benytter når bemanningsbehovet ikke kan dekkes på annen måte. Innleie benyttes i dag der det er behov for personell på kort varsel for å sikre forsvarlig drift, slik helselovgivningen krever.»

Komiteens medlem fra Rødt støtter forslagene om innstramminger i innleie, fordi de utgjør noe forbedring, men mener at de ikke går langt nok i møte med en stor utfordring i helsetjenestene. Når helse- og omsorgssektoren bemannes med minimumsbemanning fører dette til overtidsbruk, høy innleie og stor belastning på de ansatte. Det er meningsløst å budsjettere og planlegge med en minimumsbemanning for så å la millionene renne ut til bemanningsbyråene når de helt forventede hullene i bemanningen oppstår. Derfor er økt grunnbemanning en viktig forutsetning. I tillegg kan egne bemanningsenheter bidra til å dekke vikarbehovet. Ved å bygge opp egne bemanningsenheter investerer vi i egen kompetanse og kapasitet, i stedet for å gjøre oss avhengige av kommersielle vikarbyråer som driver etter et mål om profitt i stedet for helsevesenets egentlige formål – å sikre nødvendig helsehjelp til befolkninga. Dette medlem viser til at Representantforslag 101 S (2023–2024) fra representanter fra Rødt om å gjøre sykehusene til bedre arbeidsgivere behandles i helse- og omsorgskomiteen, der det foreslås at regjeringen sikrer at avdelingslederne i helseforetakene har fullmakter til å omdisponere midler fra vikarbudsjett til fastlønn for å sikre robust bemanning basert på analyser av forventet fravær og faktisk behov. Videre mener dette medlem at unntak fra innleiebestemmelsene for helse- og omsorgstjenestene var feil steg, og det var også derfor fagbevegelsen (Sykepleierforbundet, Fagforbundet, Unio) advarte mot unntaket.

ALTERNATIV BEHANDLING

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at Stortinget har bedt regjeringen avklare hvilke av tjenestetilbyderne i registeret for utøvere av alternativ behandling som kan anses å yte helsehjelp. Stortinget bad om at dette arbeidet måtte gjøres så snart som mulig. Disse medlemmer viser til vedtak 417 (2021–2022) som kom på bakgrunn av at det ble åpnet for autorisasjon av osteopater og naprapater, men vedtaket fra Stortinget har ikke blitt fulgt opp på en tilfredsstillende måte:

«Vedtak nr. 417, 8. mars 2022:

Stortinget ber regjeringen avklare hvilke av tjenestetilbyderne som er registrert i Registeret for utøvere av alternativ behandling, som kan anses å yte helsehjelp,

og komme tilbake til Stortinget med en helhetlig gjennomgang av ordningene for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning av helsepersonell, herunder en vurdering av hvilke grupper som skal omfattes av disse ordningene og få fritak fra merverdiavgiftsloven, så snart som mulig.»

Disse medlemmer viser til at departementet vurderer at gjennomgangen av alternative utøvere heller bør inngå i en helhetlig gjennomgang av godkjenningsordningene, autorisasjon og spesialistgodkjenning. Som ledd i oppfølgingen av anmodningsvedtaket, vil regjeringen sette i gang et arbeid for å vurdere endringer i helsepersonelloven.

Disse medlemmer mener arbeidet er langt på overtid. Dagens regulering gjør at pasientsikkerheten fremstår uakseptabel da det er umulig å skille mellom seriøse og useriøse aktører. Det er en grunn til at Stortinget anmodet om at dette må gjøres så snart som mulig.

Disse medlemmer anmoder regjeringen om å få dette på plass, da det viktigste med en autorisasjon av homeopater i Norske Homeopaters Landsforbund (NHL) er pasientsikkerhet gjennom oppfylte krav til kvalifikasjoner, i tråd med det som er den overordnede intensjon i en autorisasjon.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Pasientfokus fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen følge opp Stortingets vedtak nr. 417 (2021–2022) om at regjeringen skal komme tilbake til Stortinget med en helhetlig gjennomgang av ordningene for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning av helsepersonell, herunder en vurdering av hvilke grupper som skal omfattes av disse ordningene og få fritak fra merverdiavgiftsloven, i løpet av 2024.»

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt viser til at en rekke rapporter fra SSB, Riksrevisjonen og andre aktører – i tillegg til tilbakemeldinger fra ansatte og ledelse i både helseforetak og kommunenes helsetjenester – viser oss at mangelen på helsepersonell er alvorlig. Dessverre ble resultatet av arbeidet til Helsepersonellkommissjonen i NOU 2023: 4 en debatt om hvor mange som kan jobbe i offentlig helse, framfor en debatt om hvordan vi kan gjøre at folk ønsker å starte, og forbli i offentlig helse. Disse medlemmer er ikke enig i flere av de forutsetningene som ligger i Helsepersonellkommissjonen, og mener det er svært uheldig om vi pålegger allerede slitne helsepersonell mer og tyngre arbeid per ansatt, samtidig som det kommersielle markedet vokser seg større. Det fører ikke til at andelen som jobber i helse blir redusert, men et svekket offentlig helsevesen på bekostning av et styrket kommersielt tilbud. Det fører til dårlige prioriteringer i helsevesenet, der vi både risikerer overbe-

handling og et utarmet offentlig helsevesen, slik vi ser i store deler av Europa nå. Disse medlemmer mener det er avgjørende at vi raskt tar grep slik at vi stopper kommersialiseringen av helsevesenet og sikrer rekruttering i det offentlige. Det er også nødvendig med en helt annen satsing på tiltak som sikrer at offentlig helsevesen rekrutterer og beholder ansatte. Dette er et systematisk planarbeid som må gjøres i tett samarbeid med de ansattes organisasjoner, og som må omfatte en rekke områder, som godt fysisk arbeidsmiljø, gode turnusordninger og effektiv oppgavedeling. Normen må være at stillinger lyses ut som hele og faste.

Disse medlemmer viser til at vi trenger å utdanne helsepersonell i hele landet. Erfaringer viser at desentraliserte utdanninger fungerer godt, og at dette er ordninger som vi må sikre. Å tilby utdanninger der folk bor, er en svært effektiv måte å sikre at folk også ønsker å jobbe der. I tillegg til å sikre nok utdanningsplasser, er det også avgjørende med nok praksisplasser og utdanningsstillinger.

Disse medlemmer mener regjeringens satsing på fagarbeidere er et viktig skritt i riktig retning. Et fagarbeiderløft og satsingen på TØRN-prosjektet er begge tiltak som er rettet mot flere faste stillinger og bedre utnytting av den viktige kompetansen fagutdannede har og kan få.

Disse medlemmer støtter i likhet med Sykepleierforbundet arbeidet med offentlig spesialistgodkjenning, og mener dette bør realiseres raskt. Videre merker disse medlemmer seg bekymringen om stort lederspenn, og mener det er viktig at regjeringen i det videre arbeidet går i dialog med kommunene om å sikre god lederstøtte for ledere i helsetjenesten, og redusere lederspennet. Disse medlemmer støtter regjeringens forslag om å gå over til profesjonsnøytrale takster, og tror det kan være en god måte for å sikre raske og bedre pasientbehandling.

Disse medlemmer viser til at helsesektoren er et område som har store utfordringer med innleie fra bemanningsbyråer. I De Factos Rapport 2:2018: Bemanningsselskaper i kommunesektoren, ble det presentert erfaringer og analyser som underbygger at bemanningsselskaper i kommunesektoren representerer alvorlige utfordringer, og at de verste eksemplene er å finne i helse- og omsorgssektoren. I rapporten pekes det også på at det er gode argumenter for nettopp å innføre et generelt forbud mot å bruke bemanningsbyråer i blant annet helse- og omsorgssektoren. Disse medlemmer mener derfor at bruk av kommersielle bemanningsbyråer i kommunene og helseforetakene på sikt må stanses og ikke bare begrenses til fastsatte særregler om tidsbegrenset innleie av helsepersonell.

Disse medlemmer viser videre til Riksrevisjonens undersøkelse av bemanning utfordringer i helse-

foretakene, Dokument 3:2 (2019–2020), hvor Riksrevisjonen påpeker følgende:

«Ved enhetene hvor lederne opplever at det er vanskelig å rekruttere, er også omfanget av vikarbruk fra private byrå i gjennomsnitt noe høyere. Ved de enhetene hvor de ansatte ofte jobber sammen med vikarer fra private vikarbyråer, svarer de at det går med mye tid på å lære opp og veilede vikarer. Høy vikarbruk krever altså mye ressurser både på grunn av den økonomiske belastningen det gir, og den tidsmessige belastningen som følger av opplæring og veiledning.»

Videre peker undersøkelsen på at et stort flertall av lederne mener at flere ansatte i heltidsstillinger vil føre til bedre kvalitet i tjenestene og bedre arbeidsmiljø og gjøre det lettere å rekruttere og beholde de ansatte, i tillegg til bedre kompetanseutvikling og forutsigbar planlegging av arbeidet.

Disse medlemmer viser til Fafo-rapporten 2023:17 Vikarbruk i sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor det fremkommer at i 2021 brukte kommunene 2,4 mrd. kroner på innleie av helse- og omsorgspersonell fra bemanningsbyråer, mens helseforetakene brukte henholdsvis 1 mrd. kroner i 2021 og 1,45 mrd. kroner i 2022. Siden 2012 har utgiftene til innleie fra bemanningsbyråer samlet mer enn doblet seg, og det er særlig i kommunene at utgiftene er økende.

Disse medlemmer mener at økt grunnbemanning, tilbud om faste og hele stillinger og helsefremmende turnusordninger sammen med egne bemanningenheter og kompetanseplanlegging skal løse dagens behov for innleie fra bemanningsbyråer.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til Dokument 8:108 S (2023–2024), jf. Innst. 296 S (2023–2024), hvor Sosialistisk Venstreparti har fremmet forslag om å fjerne unntaket i arbeidsmiljøloven som åpner for tidsbegrenset innleie av helsepersonell. Forslaget får dessverre ikke flertall i Stortinget, men dette medlem er opptatt av at det er nødt til å komme på plass konkrete planer for å få stanset bruken av innleie fra bemanningsbyråer i helsesektoren.

På bakgrunn av dette fremmer komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen redusere bruken av innleid arbeidskraft fra bemanningsbyråer i kommunesektoren med minimum 15 pst. årlig. Ansvaret for arbeidet med å redusere innleie fra bemanningsbyråer i kommunale helse- og oppveksttjenester skal sikres gjennom partssamarbeidet mellom KS og partene i arbeidslivet.»

«Stortinget ber regjeringen senest innen utgangen av 2024 instruere helseforetakene om å utarbeide kon-

krete planer for å redusere bruken av innleid helsepersonell fra bemanningsbyråer og en opptrapping av faste ansettelser. Planene må kreve en årlig reduksjon i bruken av innleie fra bemanningsbyråer på minimum 15 pst., og de ansattes organisasjoner må involveres i arbeidet med å utarbeide forpliktende planer for å rekruttere og beholde ansatte i helse, inkludert tiltak for mer hel- tid og bedre arbeidsforhold.»

Komiteens medlem fra Rødt mener at plan- en gir en god beskrivelse av hvordan situasjonen for hel- sepersonell er, men at den ikke inneholder tilstrekkelige tiltak for å løse utfordringene. Styrene i sykehusene drif- ter sykehusene som de har fått beskjed om å gjøre: etter markedsøkonomiske prinsipper, der innsparing og inn- tjening i drift skal finansiere investeringer. Når pris- veksten spiser opp pengene og betongprisene øker, går det utover tilbud til pasientene og arbeidsforhold for de ansatte. Helsepersonellkrisa løses ikke av å legge ned nødvendige tilbud. Den løses gjennom å sikre at de som er på jobb i helsetjenesten, har en arbeidsplass som tar vare på dem, en arbeidsplass som gir gode rammer til å utøve arbeidet på en god måte og i et tempo som både ansatte og pasientene deres trives med.

De tte medlem er bekymret for en utvikling der helseforetakenes utgifter til innleie øker hvert år. Det er ikke bare en økonomisk utfordring, men høy andel inn- leie innebærer også en byrde på arbeidsmiljøet, både i form av at de faste må ta mer ansvar og drive kontinuer- lig opplæringsarbeid. Den økende andelen innleie er også et uttrykk for at bemanningen i utgangspunktet er så lav at man er tvunget til å hente inn vikarer ved fravær for å kunne drive forsvarlig. Rekrutteringsutfordringer, turnover, høyt sykefravær, frafall og tidlig avgangsalder er alle årsaker til mangel på helsepersonell som henger sammen med utfordrende arbeidsvilkår i helsetjeneste- ne. Helsepersonellmangelen har blitt en ond spiral. Å komme ut av den må være et hovedmål. Da må det vi gjør, styrke arbeidsvilkårene, ikke svekke dem. Da må vi se på arbeidstidsordninger, oppgavedeling og grunnbe- manninga. Ikke minst, det er ikke overbetalte ledere som alltid veit best. De ansatte må ikke bli overkjørt i av- gjørelsesprosesser.

De tte medlem viser til representantforslag fra Rødt om å gjøre sykehusene til bedre arbeidsgivere Do- kument 8:101 S (2023–2024) der disse forslagene frem- mes:

- «1. Stortinget ber regjeringen utrede og implementere et HMS-regelverk som er mer tilpasset belastningene og helseutfordringen i helse- og omsorgstje- nestene.
2. Stortinget ber regjeringen sørge for at det sikres are- aler til ansatte som pauserom, garderobes i kort avstand til avdelingene og arbeids- og rapportrom, når offentlige sykehus bygges eller renoveres.
3. Stortinget ber regjeringen sikre at helseforetakene utarbeider retningslinjer for forsvarlighetsvurde-

ringer av arbeidsmiljøet i samråd med fagforenin- gene og verneombud.

4. Stortinget ber regjeringen sikre at helseforetakene ved avtalte unntak fra arbeidsmiljøloven organiserer arbeidet slik at belastningen minimeres, at sam- tidighetskonflikter så langt det lar seg gjøre unngås, og at det sikres at lovpålagt hviletid/pauser gjen- nomføres, samt at dette følges opp med årlige for- svarlighetsvurderinger på avdelingsnivå sammen med verneombud.
5. Stortinget ber regjeringen sikre at avdelingslederne i helseforetakene har fullmakter til å omdisponere midler fra vikarbudsjetten til fastlønn for å sikre robust bemanning basert på analyser av forventet fravær og faktisk behov.»

Komiteens medlemmer fra Fremskritt- partiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfo- kus viser til at det er behov for nytenkning i rekrutte- ringsarbeidet og utprøving av nye arbeidsformer for å bidra til en stabil rekruttering ved lokalsykehusene. Disse medlemmer viser til at Stortinget tidligere har vedtatt at Flekkefjord sykehus skal ha akutt- og traume- funksjoner, men at styret ved Sørlandet sykehus HF har besluttet å stanse det aktive rekrutteringsarbeidet til disse avdelingene. Disse medlemmer er bekymret for at det i praksis fører sykehuset et steg nærmere en permanent nedleggelse av akutt- og traumefunksjoner. Disse medlemmer vil oppfordre regjeringen til å la foretakene teste nye arbeidstidsmodeller ved lokalsyke- husene, som Flekkefjord, for å se om det bidrar til en mer stabil og sikker rekruttering av helsepersonell.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til at det er kri- tisk mangel på jordmødre i Norge. Det mangler et stort antall jordmødre både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Jordmødre må etter disse medlemmers syn få tilbud om heltidsstillinger, og det må utdannes flere jordmødre i Norge, også samisk- talende.

Komiteens medlem fra Pasientfokus me- ner det er behov for fire permanente sykepleierutdan- ninger i Finnmark, lokalisert til Kautokeino, Kirkenes, Alta og Hammerfest. Dette medlem vil jobbe for å sikre sykepleierutdanninger permanent på flere steder i Finnmark, kvoter for videreutdanning ved Universitetet i Tromsø (UiT) som sikrer et gitt antall plasser til syke- pleiere fra Finnmark, gode økonomiske støtteordninger og innføring av virkemiddelordninger også for sykeplei- ere. For å opprettholde kompetansen i distriktene er det viktig med distriktsrettet utdanning. De tte medlem vil også peke på at det kan være nødvendig å tilpasse stu- diekapasiteten etter søkertall. De tte medlem viser til at det i fjor høst var 12 søkere til neste studiestart på Hammerfests heltidsstudium i sykepleie med 70 plasser, mens søkertallet i Alta var 128 søkere til bachelor i syke-

pleierutdanning, deltid over fire år, som har 30 plasser. Vernepleierutdanningen i Alta fikk 180 søkere.

Dette medlem vil videre understreke at det må utdannes flere leger, spesialistsykepleiere, logoped og annet helsepersonell. Dette medlem mener dette er viktig også av beredskapshensyn i den endrede sikkerhetspolitiske situasjonen vi nå befinner oss i. I tillegg til å utdanne flere er det viktig at myndighetene legger til rette for å beholde og mobilisere allerede utdannede sykepleiere, leger og andre helsearbeidere. Dette medlem vil spesielt peke på at arbeidsbelastningen for leger, sykepleiere og annet helsepersonell er stor, og når den blir for stor, velger personell å slutte som helsearbeidere. Noen blir svært syke, med de utfordringer det kan påføre dem og deres familie. Dette medlem mener at vi må ta dette alvorlig, vi har ikke noen å miste. Dette medlem vil peke på at å beholde ansatte ofte handler om lønns- og arbeidsvilkår og ikke minst arbeidstid og trivsel. Det er avgjørende med turnus- og vaktordninger som er levelige, og som legger til rette for en god balanse mellom arbeidsliv, familieliv og fritid.

Dette medlem mener det er behov for utdanning av flere generalister, og at det er viktig å øke statusen på generalister. Videre er det viktig å styrke kompetansen på aldring og helse i helseutdanningene. Forskning viser at eldre som pasienter og brukere av helsetjenester ikke er godt nok representert i forskrifter, fagplaner, studieemner og nasjonale rammeplaner. Det må etter dette medlems syn innføres flere fordypningsemner om aldring og helse i videregående skoler, høyskoler og universiteter. Det må også i denne sammenheng legges vekt på samisk språk- og kulturforståelse.

Dette medlem vil minne om at ambulansetjenesten er pasientenes livline og sykehusets forlengede arm. Lønnsnivået må styrkes i takt med utdanningen og ansvaret. Vaktordningene må sikre ambulansearbeidernes rettigheter til hviletid, og slik sikres også pasienten riktig behandling. Dette medlem viser til forslag om «forskrift om særlige vilkår for rett til autorisasjon som paramedisiner for ambulansearbeidere og sykepleiere i en overgangsperiode» som er under behandling i departementet. Dette medlem mener det er viktig at det kommer på plass en overgangsordning som ikke er urimelig, og som ikke ekskluderer erfarne og flinke fagfolk på grunn av urimelige tidsfrister.

Dette medlem viser til at en samlet helse- og omsorgskomite i Innst. 186 S (2023–2024) understreker at det er viktig at eventuelle endringer i sykehustilbud skal styrke pasienttilbudet og øke mulighetene for å beholde og rekruttere kvalifisert personell.

3.5 En kunnskapsbasert og godt ledet tjeneste med god kvalitet og pasient- og brukersikkerhet

Komiteen viser til at regjeringen følger opp Varselutvalgets rapport «Fra varsel til læring og forbedring». Formålet med varselordningen skal i større grad enn i dag være læring og forbedring. I tråd med anbefalingene fra utvalget vil det bli en sterkere vektlegging av virksomhetsperspektivet i oppfølgingen av uønskede hendelser.

Komiteen merker seg at regjeringen vil etablere et tjenestenært kunnskapssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det skal også legges stor vekt på å spre kunnskap og kompetanse på tvers av tjenestesteder og tjenestenivåer.

Komiteen viser til at det legges opp til å styrke lederrollen i tjenesten og styrke kompetansen på ledelse i tjenestene.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til helsetjenestens lovpålagte plikt til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Melde- og varselordninger, pasientskadeerstatninger og journalgranskninger bidrar til viktig kunnskap om risikoområder og årsaker til pasientskader. Disse medlemmer viser til at regjeringen Solberg særlig vektla viktigheten av åpenhet om uønskede hendelser som grunnlag for å lære og forbedre helsetjenesten. Disse medlemmer mener det er skuffende at regjeringen Støre ikke har prioritert å legge frem årlige meldinger til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet, slik regjeringen Solberg gjorde. De årlige meldingene bidro til større åpenhet og økt oppmerksomhet om kvalitet og pasientsikkerhet både i den nasjonale og den lokale helsepolitikken. Ved årlige meldinger kan utviklingen følges regelmessig og over tid.

Disse medlemmer har merket seg at regjeringen vil endre dagens varselordning til en meldeordning, og at den vil komme tilbake til videre oppfølging av Varselutvalgets forslag i løpet av 2024. Disse medlemmer viser til at det er over ett år siden Varselutvalget leverte sin rapport «Fra varsel til læring og forbedring» hvor varselordningene til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten ble vurdert. Disse medlemmer merker seg at regjeringen først nå følger opp utvalgets arbeid og varsler at de vil sende et høringsnotat med forslag til lovendringer på høring. Disse medlemmer mener det er uheldig at regjeringen ikke har prioritert dette tidligere, og mener at Nasjonal helse- og samhandlingsplan burde være rette sted til å gjøre en helhetlig oppfølging av utvalgets arbeid. Slik kunne Stortinget tatt stilling til det viktige pasientsikkerhetsarbeidet som en naturlig del og helhetlig i planen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus, har merket seg at regjeringen vil endre varselordningene til en meldeordning, og er bekymret dersom det innebærer å avvikle Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Kommisjonen ble opprettet i 2019 for å undersøke alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten for å få mer kunnskap om hva som skjedde, og årsakene til hendelsen. Kommisjonens mandat er å være en uavhengig undersøkelseskomisjon hvor oppdraget og uavhengigheten har hjemmel i en egen lov, Ukom-loven. Ukom skal bidra til læring og forbedring i helse- og omsorgstjenesten og skal ikke ta stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar. Flertallet viser til at Norge var et foregangsland da Ukom ble opprettet med en egen lov, og at andre land nå følger etter, blant annet England.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus mener regjeringen bør utvikle Ukom videre og vurdere å gjøre enkelte endringer i loven, for eksempel ved å sikre bedre at Ukom-anbefalinger etter undersøkelser følges opp i tjenesten. Disse medlemmer mener det ikke er riktig å slå Ukom sammen med Statens Helsetilsyn og mener det vil svekke mulighetene vi har som samfunn for å lære av svært alvorlige uønskede hendelser i helsetjenesten. Før opprettelsen av Ukom hadde pårørende og pasienter i mange år etterlyst en slik kommisjon fordi vi som samfunn trenger å få mer kunnskap om de sammensatte årsakene til at folk blir skadet og dør som følge av feil i helsetjenesten.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti støtter regjeringens tre mål for arbeidet med pasient- og brukersikkerhet, men mener regjeringen i tillegg til å utarbeide en årlig statusrapport for pasient- og brukersikkerhet burde videreføre en årlig stortingsmelding om temaet.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen gjeninnføre årlige meldinger til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.»

Disse medlemmer er svært kritiske til at regjeringen etter snart tre år i regjering ikke har sikret Norge en oppdatert nasjonal strategi mot antibiotikaresistens. Disse medlemmer viser til at Norge, under regjeringen Solberg, fikk på plass en overordnet nasjonal strategi mot antibiotikaresistens, i tillegg til handlingsplaner for ulike sektorer. For helseområdet ble det utarbeidet egne handlingsplaner med tiltak for redusert antibioti-

bruk og for et bedre smittevern. Disse medlemmer merker seg at måleperioden for den nasjonale strategien og handlingsplanene løp ut i 2020. Halvveis ut i 2023 er det fremdeles ikke kommet på plass en ny strategi eller nye handlingsplaner, til tross for at Folkehelseinstituttet allerede i 2020 ferdigstilte et oppdatert kunnskapsgrunnlag som både peker på behovet for å videreføre eksisterende tiltak med uforminset styrke og behovet for å tenke nytt.

Disse medlemmer viser til at Norge under regjeringen Solberg også var en aktiv pådriver i det internasjonale arbeidet mot antibiotikaresistens. Verdens helseorganisasjon har definert antibiotikaresistens som en av topp 10 globale helsetrusler. Disse medlemmer viser til at Norge var med på å ta initiativet for å løfte arbeidet mot antibiotikaresistens opp på agendaen til FN på statsledernivå under vår regjeringstid. Disse medlemmer etterlyser et betydelig sterkere engasjement fra regjeringen knyttet til antibiotikaresistens og mener manglende prioritering av en oppdatert nasjonal handlingsplan er svært alvorlig, gitt den store helsetjenestens resistensutvikling i våre helsetjenester vil være i årene fremover.

Disse medlemmer mener gode og kompetente ledere i norsk helsetjeneste er en viktig faktor for å sikre høy kvalitet, god pasientsikkerhet og gode brukeropplevelser. Disse medlemmer mener nettbaserte lederutdanninger av kort varighet kan være et supplement, men ikke er nok alene for å sikre kompetente ledere og viser til forslag fra disse medlemmer under kapittel 3.4 i innstillingen, «God bruk av personell og kompetanse».

Disse medlemmer mener systematiske pasient-, bruker- og pårørendeundersøkelser i hele helsetjenesten er viktig, både for å skape større innsikt og åpenhet om hvordan helsetjenesten oppfattes av dem som bruker den, og også for løpende læring og forbedring av tjenesten. Disse medlemmer er opptatt av å skape pasientens helsetjeneste og at pasienter skal oppleve å bli tatt på alvor og få mulighet til å bestemme hva som er viktig for seg. Å systematisk undersøke hvordan helsetjenesten oppfattes, og hvordan helsehjelpen fungerer for den enkelte pasient, danner viktig kunnskap for ledere og beslutningstakere i å utvikle en bedre helsetjeneste.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til Pasient- og brukerombudets årsrapport for 2023 hvor ett av tre områder ombudet er særlig bekymret for, er at ressursmangel og mangel på riktig kompetanse i hele helsetjenesten gir høy pasientsikkerhetsrisiko. Ombudet peker videre på at det er store utfordringer innen kommunikasjon og samhandling mellom alle nivå, noe som medfører utrygge pasienter

og brukere med lav tillit til systemet. Disse medlemmer mener dette er bekymringer som må tas på stort alvor, og hvor det er viktig både å sikre en faglig sterk helsetjeneste med kompetanse til å møte pasientenes sammensatte helseutfordringer og riktig bruk av helsepersonellressursene. Disse medlemmer viser videre til at det i den samme årsrapporten vises til de utfordringer pasienter opplever med fristbrudd. Disse medlemmer ser svært alvorlig på den store økningen i antall fristbrudd i norsk helsetjeneste. Tall fra Helsedirektoratet viser at 1 av 10 pasienter som sto på venteliste ved utgangen av 2023, ikke hadde fått nødvendig helsehjelp innen den medisinske oppsatte fristen. Disse medlemmer viser til at sykehusene håndterer praksis rundt fristbrudd ulikt, som medfører forskjeller i helsetilbudet som ikke er i tråd med helselovgivningens krav om likt tilbud uavhengig av bosted. Disse medlemmer deler Pasient- og brukerombudets forventning om at alle landets sykehus skal ha definerte målsettinger og tydelige, gjennomførbare tiltak for å oppfylle de sentrale pasientrettighetene.

Komiteens medlem fra Pasientfokus vil understreke at gode rutiner for avviksrapportering sikrer pasientenes rettssikkerhet. Det er helt avgjørende for læring at feilbehandling eller manglende behandling som fører til prognosetap, eller i verste fall død, registreres og følges opp på en forsvarlig måte.

3.6 En sammenhengende, trygg og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Komiteen merker seg at regjeringen lanserer tre mål for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen:

- Kvinner skal oppleve et sammenhengende, trygt og helhetlig tilbud gjennom svangerskap, fødsel og barseltiden.
- Et bedre tilbud til gravide med behov for ekstra støtte og oppfølging.
- God bruk av personell og kompetanse.

Komiteen viser til at regjeringen ønsker å videreføre alle fødesteder, gitt forsvarlig bemanning for hele planperioden til Nasjonal helse- og samhandlingsplan. I tillegg ønsker regjeringen å videreføre det differensierte fødetilbudet i Norge og styrke det desentraliserte tilbudet gjennom samarbeid mellom kommuner og sykehus.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet støtter at regjeringen har slått fast at dagens fødetilbud skal opprettholdes innenfor planperioden (2024–2027), gitt forsvarlig drift.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til at det med dagens utfordringer med å rekruttere nok og

riktig helsepersonell nesten utelukkende er et spørsmål om hva som er «forsvarlig drift» dersom en fødeavdeling eller fødestue vurderes nedlagt. Disse medlemmer er opptatt av å sikre en fortsatt god og trygg føde- og barselomsorg i hele landet med nok og riktig helsepersonell, en tilgjengelig og god følgetjeneste og nok jordmødre i både kommunene og sykehusene. Disse medlemmer viser til Dokument 8:85 S (2021–2022) om en bedre barselomsorg, der det ble flertall for å styrke arbeidet med å forebygge og behandle fødselsdepresjon, samt å rettighetsfeste hjemmebesøk etter fødsel. Kristelig Folkeparti, Høyre, Sosialistisk Venstreparti og Rødt foreslo også å lovfeste retten til å ha med en støtteperson som mor velger, under svangerskap og i fødsel og i barsel.

Komiteens medlemmer fra Rødt og Pasientfokus mener det er bra at regjeringa vil styrke barseltilbudet, men det holder ikke når det samtidig bygges sykehus med en struktur som effektivt tvinger fødende til å reise hjem kort tid etter fødsel, slik vi så i Bergen og slik det nå blir på nye SUS i Stavanger. Det reelle tilbudet må være i samsvar med de uttalte politiske målene.

Disse medlemmer mener at en viktig forutsetning for god føde- og barselomsorg er bedre grunnbemanning, slik at kvinner til enhver tid har en jordmor til stede i aktiv fødsel. For å sikre det må sykehusene både være gode arbeidsplasser for ansatte, og det må være en finansieringsmodell som ikke straffer seg for fødselsomsorgen. Disse medlemmer mener at det er behov for en strategisk plan for å beholde og rekruttere gynekologer og jordmødre i de offentlige helsetjenestene, og at det må skje i samarbeid med fagforeningene.

Disse medlemmer støtter at regjeringen vil innføre en finansieringsordning for fødselsomsorgen som legger til rette for faglig kvalitet, gjennom å redusere ISF-andelen, men mener det er uforståelig at denne ordningen ikke avvikles fullstendig.

Disse medlemmer viser til Helsedirektoratets rapport (2020) Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem som beskriver at i dagens system er inntjeningen til fødeavdelingene knyttet til antall fødsler og til medisinske intervensjoner ved komplikasjoner. Et keisersnitt genererer mer penger enn en ukomplisert fødsel, rifter og andre komplikasjoner generer også DRG-poeng. Det blir også trukket fram i rapporten at ordningen medfører at innsats som legges i å forebygge komplikasjoner, ikke gir noen inntjening. Det er uheldig for pasientsikkerheten når det å forebygge rifter eller blødninger i praksis vil bety økonomisk tap. Innen barselomsorgen faller viktige oppgaver som ammeveiledning utenfor finansieringsmodellen. Dette må ses i sammenheng med at det i nye sykehusbygg planlegges for færre barselsenger og hjemreise bare timer etter fødsel. Helseforetakene har få insentiver for å opprett-

holde en god barselomsorg og bygger ned barselsenger i en slik skala at det er vanskelig å se at vil kunne oppfylle retningslinjene for barselomsorg. I tillegg peker den tidligere nevnte rapporten på at uønskede hendelser i føde og barsel i stor grad er relatert til samtidighetskonflikter på grunn av for få fødselshjelpere og økt behov og opplyser om at både gynekologer og jordmødre angir økende arbeidspress og en stadig mer krevende arbeidssituasjon. Jordmødrene har i mange år, både i media og til tilsynsmyndigheter, meldt bekymring for at effektiviseringen har gått så langt at det går på bekostning av forsvarlighet og kvalitet på tjenestene.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i forslaget til statsbudsjett for 2025 erstatte innsatsstyrt finansiering med full ramme-styrt finansiering innen føde- og barselomsorgen.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at regjeringen i meldingen opplyser at Helsedirektoratet jobber med å vurdere forløpsfinansiering av den spesialiserte fødselsomsorgen, inkludert barseltiden. Disse medlemmer mener det er nødvendig med en finansiering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen som gir ansatte tid til å gi den beste oppfølgingen og hjelpen for mor og barn, og som muliggjør kvalitetskravene for en trygg fødselsomsorg. Disse medlemmer vil påpeke at en vurdering utført av Helsedirektoratet ikke forplikter til å innføre forløpsfinansiering, og mener regjeringen raskt må avklare hvordan en bedre finansiering av fødselsomsorgen skal følges opp dersom vurderingen fra Helsedirektoratet ikke støtter forløpsfinansiering.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus støtter at det gis mulighet for alle til å ta kontakt med fødeavdelingen uten henvisning den første uken etter fødsel. Samtidig vil disse medlemmer understreke at dette må være et minimumsnivå, og ikke bety at de som i dag har denne muligheten i for eksempel to uker, får redusert muligheten til å ta kontakt med én uke.

Disse medlemmer vil understreke at selv om mye er bra i svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen i Norge, er det flere steder nødvendig å gjøre grep som sikrer en bedre ivaretagelse av mor og barn. En viktig del av oppfølgingen av nybakte mødre er hjemmebesøk fra jordmor kort tid etter hjemkomst. Disse medlemmer viser til at forslag om rettighetsfesting av hjemmebesøk ble fremmet i Dokument 8:85 S (2021–2022) om en bedre barselomsorg, og alle utenom regjeringspartiene støttet forslaget.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus, registrerer at regjer-

ingen i Nasjonal helse- og samhandlingsplan mener intensjonen i dette vedtaket er oppfylt gjennom gode rutiner på helsestasjonene for hvem som møter til kontroll og ikke. Flertallet forutsetter at en slik oversikt er noe helsestasjonene har fra før, og mener fortsatt at det er behov for å rettighetsfeste hjemmebesøk. Tall fra SSB viser at 65 pst. får hjemmebesøk i dag, og det er for lavt. Flertallet er ikke enig med regjeringen i at intensjonen i forslaget er fulgt opp.

På dette grunnlag fremmer komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Pasientfokus følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen følge opp vedtak 520 (2021–2022), slik at hjemmebesøk fra jordmor innen en uke etter fødsel rettighetsfestes.»

Disse medlemmer viser til høringsinnspillet fra NSF Jordmor til komiteen, hvor de mener alle nybakte mødre bør innkalles til etterkontroll hos jordmor eller gynekolog.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus mener kontrollen bør omfatte både mors fysiske og psykiske helse. Disse medlemmer er helt enig med NSF Jordmor i dette, og mener det er på høy tid at oppfølgingen rundt nybakte mødre blir bedre. Det burde blant annet være automatisk innkalling til 6-ukerskontroll for mor etter fødsel, slik at det ikke er noe som selv må bestilles. Disse medlemmer mener også det er nødvendig å vurdere om etterkontrollen etter fødsel bør gjennomføres før det har gått 6 uker. Flere steder får mange en samtale med jordmor i ettertid, og det er en praksis disse medlemmer mener bør bli landsdekkende.

På dette grunnlag fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innføre automatisk innkalling til kontroll 6 uker etter fødsel for mor.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus, mener det er viktig å sikre en bedre oppfølging av de som opplever problemer med bekkenbunn og bekkenmuskulatur etter fødsel. Riktig oppfølging tidlig kan forhindre mange år med plager og smerter, og er viktig for arbeidshelsen til kvinner gjennom hele livet. I land som blant annet Tyskland er bekkenbunnsjekk en del av oppfølgingen etter fødsel gjennom Krankenkassen, hvor de som har behov for det får inntil 10 timer hos fysioterapeut. Flertallet anser fortsatt dette som et viktig tiltak for å styrke kvinners helse og ivaretagelse av mor etter fødsel. Flertallet mener det er på høy tid å få en sterkere involvering av fysioterapeuter på helse-

stasjonene, for å sikre at også mor får den fysiske oppfølgingen etter fødsel som kan være nødvendig. Mange er ikke klar over at fysioterapeuter kan bidra med hjelp og veiledning til trening og opptrening etter fødsel.

På dette grunnlag fremmer flertallet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen vurdere hvordan fysioterapeuter kan bli en del av oppfølgingen på helsestasjonene, også for mor etter fødsel.»

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Pasientfokus fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme konkrete tiltak som sikrer at alle kvinner som trenger oppfølging hos fysioterapeut etter fødsel, får det.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til at enkelte grupper innvandrerkvinner har høyere risiko for alvorlige komplikasjoner under fødsler, og er overrepresentert blant dem med barseldepresjon. Disse medlemmer er glad for at regjeringen med Nasjonal helse- og samhandlingsplan ønsker å videreutvikle tilbudet Flerkulturell doula, som er med på å sikre utsatte kvinner trygge og gode fødselsopplevelser. Tiltaket er i dag driftet av Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) i samarbeid med en rekke sykehus, og har 130 kursede flerkulturelle doulaer. Disse medlemmer mener en avgjørende suksessfaktor for tiltaket er at ansvaret ligger hos NKS, da de som en ideell organisasjon med flere tiltak rettet mot målgruppen når kvinner som ellers har lav tillit til helsevesenet og i liten grad benytter seg av offentlige helsetjenester. NKS har i tillegg nettverket som er nødvendig for å rekruttere doulaene, og kompetansen som trengs for å kurse dem. Disse medlemmer støtter at tilbudet styrkes, men mener det både her og i fremtidige budsjettbevilgninger må presiseres at tilbudet flerkulturell doula skal driftes av NKS, slik som i dag.

Komiteens medlem fra Pasientfokus mener en avgjørende forutsetning for trygghet og bosetting er tilgang til et trygt fødetilbud og til geriatriske tjenester i rimelig nærhet til bostedet.

Dette medlem viser til at Alta er Finnmarks største by. Ingen andre byer i Norge med samme innbyggertall som Alta har like lang tid til sykehus og akutttilbud. Det bor like mange mennesker i Alta som det gjør i sykehusbyene Hammerfest og Kirkenes til sammen. Men de viktigste tilbudene, de som handler om selve livet, mangler: fødeavdeling, geriatrisk sengepost og et tidsriktig akutttilbud.

Dette medlem viser til at det fra Alta til fødeavdelingen i Hammerfest er 140 kilometer. Fra Kautokei-

no til Hammerfest er det 280 kilometer. Dette medlem jobber for at kvinner fra Alta, Kautokeino og distriktene rundt skal få føde sine barn i Alta, på en fullverdig fødeavdeling i Alta. Dagens fødestue gir et svært godt tilbud til noen kvinner, men det trengs en fullverdig fødeavdeling med de nødvendige funksjoner for at flere kvinner kan føde i Alta. Dette medlem vil understreke at ingen kvinner skal sendes alene, uten jordmorfølge, i privatbil i kolonne over fjellovergangen Sennalandet når fødselen nærmer seg. Dette medlem mener at jordmorfølge må bli et lovfestet tilbud for alle gravide i distriktene i Finnmark og distriktene i Norge for øvrig.

Dette medlem viser til følgende gode merknad fra komiteens medlem fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, i Innst. 55 S (2017–2018) fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag om sykehusstrukturen i Vest-Finnmark:

«Fødetilbudet som er i Alta i dag, fungerer godt for dei kvinner som ifølge retningslinene kan føde på jordmorstyrt fødestove. Men for dei som ikkje kan det, eller der det skjer noko undervegs som krev legetilsyn, er tilbudet mangelfullt. Det er fleire som kan fortelje om uverdige transportar eller utryggeleik fordi bil- eller luftambulansse er vekke i anna oppdrag. Uavhengig av forslaget om ein ekstern vurdering av nytt sjukehus i Alta, er det naudsynt med ein brei gjennomgang av fødetilbudet i Vest-Finnmark, for å sikre fødekvinner i Alta-området og deira familiar betre rettar og tilbod før, under og etter fødsel. I ein slik gjennomgang må ein høyre på helsepersonell, innbyggjarar og brukarar av tenestene sine erfaringar. Følgjeteneste, barseltilbod og kven som kan få tilbod om innlegging/pasienthotell-opphald før termin og etter fødsel, må evaluerast.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utvide spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta med en fødeavdeling og utrede nødvendige akuttfunksjoner i tilknytning til dette.»

Disse medlemmer vil i denne sammenheng vise til at det nå legges til rette for en forbedring av fødetilbudet i Alta, når regjeringen i revidert statsbudsjett for 2024 foreslår bevilgningsøkninger på 250 mill. kroner til Helse Nord RHF, herunder 15 mill. kroner til Finnmarkssykehuset for å styrke Klinikkk Alta. Det skal gå til å sikre fødetilbudet, styrke poliklinikk, psykisk helsevern og dagbehandling. Dette kommer i tillegg til de ordinære budsjettene og bevilgningsøkninger i statsbudsjettet for 2024, herunder den varige økningen på 25 mill. kroner til videreutvikling av spesialisthelsetjenestene ved Klinikkk Alta.

3.7 Styring og finansiering av vår felles helsetjeneste

Komiteen viser til at det foreslås en rekke endringer for finansieringen av sykehusene. Dette innebærer blant annet:

- Reduksjon av den innsatsstyrte finansieringen fra 40 pst. til 30 pst.
- Redusere kravet til egenkapital for investeringer i sykehusene.
- Endre rentemodellen på lånene i helseforetakene, slik at det blir lavere rente.
- At aktivitetsveksten i helseforetakene ikke lenger skal finansieres med et krav til effektivisering på 20 pst.

Komiteen merker seg at regjeringen vurderer å gjøre endringer i finansieringsmodellen for fastlegeordningen for å legge til rette for tverrfaglighet, tjenesteinnovasjon, samhandling og medisinskfaglig prioritering.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at helse- og samhandlingsplanen følger opp flere av Sykehusutvalgets forslag om å forbedre finansieringen av sykehusene. For å kunne møte en befolkning som blir eldre, medisinsk og teknologisk utvikling og store investeringsbehov må vår felles helsetjeneste styrkes økonomisk i årene som kommer.

Disse medlemmer viser til at det gjennom mange år har vært lagt til grunn urealistiske forventninger til hvor mye som kan effektiviseres i norske sykehus. Hvert år beregnes det hvor mye sykehusenes kostnader øker for å dekke behovet i befolkninga, men sykehusene har bare fått dekket 80 pst. av de reelle kostnadene, mens de resterende 20 pst. har måttet blitt dekket inn ved effektivisering. Disse medlemmer mener det er avgjørende at sykehusene fremover får dekket demografiendringene, på samme måte som kommunene får.

Disse medlemmer mener at sykehusene må sikres forutsigbare rammer og finansiering. Disse medlemmer vil derfor understreke viktigheten av å redusere sykehusenes egenkapitalkrav ved store investeringer og bedre rentebetingelsene. På den måten kan det bygges store nok sykehus til riktig tid.

Disse medlemmer støtter regjeringen i en ytterligere reduksjon i andelen aktivitetsbasert finansiering ned til 30 pst. Denne endringen vil gi økt strategisk handlingsrom for sykehusene.

Disse medlemmer vil understreke at for innbyggerne er det viktig å være trygg på at man blir ivare tatt dersom en akutt situasjon skulle oppstå, og at for pasienter som er ofte til behandling, kan lang reisevei gjøre at sykdommen tar større plass i hverdagen enn nødvendig. Men nærhet kan ikke bli et hinder for kvalitet i tjenestene. Derfor er det viktig at lokalsykehusene får

rammene til å kunne rekruttere helsepersonell med rett kompetanse. Disse medlemmer støtter prinsippet om å desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må av hensyn til kvalitet.

Disse medlemmer viser til at regjeringen vil sikre et fortsatt desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud av god kvalitet. Det vil imidlertid være nødvendig med endringer og utviklingsarbeid for å kunne ivareta dette også i årene framover. Disse medlemmer viser til at de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus. Medisinsk utvikling gjør det mulig å tilby tjenester på mindre sykehus, for eksempel som dagbehandling. Utviklingen skaper også nye muligheter for å yte tjenester nærmere pasienten, for eksempel i form av en dialysesatellitt på et lokalmedisinsk senter, eller ved hjelp av digitale løsninger. Disse medlemmer mener at denne utviklingen er viktig for å kunne sikre nærhet til tjenester samtidig som kvaliteten i tjenestetilbudet holdes oppe.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at det er avgjørende at beslutningsprosessene om planlegging, utvikling og endringer i tilbudene i spesialisthelsetjenesten er kjennetegnet av åpenhet, demokratisk medvirkning og innflytelse fra folkevalgte i kommuner og fylkeskommuner, innenfor de formelle rammene som følger av det statlige eierskapet. Disse medlemmer støtter at regjeringen vil utrede om det er behov for endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven som kan bidra til bedre gjensidig involvering i planleggings- og beslutningsprosesser for både helseforetak og kommuner.

Disse medlemmer vil påpeke at for å ivareta tillit og legitimitet er det behov for regelmessig og en mer strukturert dialog om utfordringer, strategier og saker på et tidlig stadium mellom ledelsen i helseforetakene og politisk ledelse i kommunene og fylkeskommunene. Det er også viktig at kommunene involverer spesialisthelsetjenesten ved planlegging og utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å sikre sammenhengende og gode helse- og omsorgstjenester.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt, viser til sykehusutvalgets forslag i NOU 2023:8 om endringer i avskrivingsreglene og det foreslåtte grepet om å endre rentemodellen for lånene som helseregionene har i forbindelse med større investeringer. I tiden fra sykehusutvalget startet sitt arbeid og etter at utvalget la frem sin innstilling i februar 2023 har rentenivået økt betydelig. Flertallet mener derfor at det er grunnlag for å se enda nærmere på ord-

ningene knyttet til avskrivninger, rentemodeller og låneordningene for investeringer i sykehus.

Flertallet fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede ulike ordninger for å håndtere avskrivningskostnader i sykehus og alternative modeller for rentekompensasjon for sykehusbygg.»

«Stortinget ber regjeringen vurdere å overføre kontraktsansvaret for fristbruddordningen til de regionale helseforetakene.»

Komiteens medlemmer fra Høyre merker seg at regjeringspartiene og Sosialistisk Venstreparti kommer med forslag om nye utredninger for avskrivningskostnader i sykehus og alternative modeller for rentekompensasjon for sykehusbygg. Disse medlemmer mener det er oppsiktsvekkende at regjeringen, etter ha ledet Helsedepartementet i snart tre år og etter Sykehusutvalgets NOU 2023:08, ikke evner å legge frem et beslutningsgrunnlag for Stortinget om noe så avgjørende viktig som bærekraftig styring og finansiering av sykehusene. Disse medlemmer noterer seg at denne regjeringen nå skal bestille nye utredninger og at mens dette pågår, vil det være usikkert hva som er den langsiktige planen for sykehusfinansieringen i Norge. Disse medlemmer må forholde seg til de forslag regjeringen faktisk fremmer i planen som Stortinget nå har til behandling, og etterspør om regjeringspartiene og Sosialistisk Venstreparti vil stille seg bak regjeringens forslag eller om det nå skal råde uvisshet om sykehusfinansieringen. Disse medlemmer merker seg at regjeringen ikke har tatt initiativ til noen tverrpolitiske samtaler i Stortinget for å sikre stabilitet og trygghet rundt viktige avklaringer om finansiering og styring av sykehusene fremover. Disse medlemmer viser til at det under regjeringen Solberg ble gjennomført viktige endringer både i kravet til låneandel, fra 50 pst. av styringsramme P50 i konseptfasen til 70 pst. av estimert kostnadsramme P85 i konseptfasen. I tillegg ble det først fra 2017 åpnet for å øke avdragstiden på statlige lån fra 20 til 25 år, og fra 2019 økt til 35 år. Det ble også fra 2019 gitt mulighet til å ta opp annuitetslån. Med disse endringene sørget regjeringen Solberg for at de regionale helseforetakene kunne forbedre sin likviditet og gjennomføre større og viktige investeringer i nye sykehusbygg, IKT og medisinsk-teknisk utstyr.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til regjeringspartiene og Sosialistisk Venstreparti sitt forslag om å be regjeringen vurdere å overføre kontraktsansvaret for fristbruddordningen til de regionale helseforetakene. Disse medlemmer vil påpeke at den store utfordringen for norske pasienter er at det

med regjeringen Støre har blitt en høy vekst i ventetider i sykehusene, med to uker på to år fra 2021 til 2023. Disse medlemmer mener at den dramatiske økningen i fristbrudd skyldes økende ventetider, og er svært skeptiske til forslaget om at de regionale helseforetakene eventuelt skal overta ansvaret for fristbruddordningen. Ordningen, som i dag administreres av Helfo, er pasienters sikkerhetsnett når den offentlige helsetjenesten, det vil si helseforetakene, ikke klarer å tilby pasienter behandling innen den medisinsk forsvarlige fristen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus, deler sykehusutvalgets bekymring for hvor mange lederroller og styreverv enkeltpersoner kan inneha i sykehusstyrer og helseregionene. Helseregionene har ulik praksis for oppnevning av styremedlemmer til sykehusstyrene. I flere av styrene i helseforetakene er det et flertall av medlemmene som bor utenfor helseregionen, det kan være med på å svekke legitimiteten for styringen av sykehusene. Samtidig har flere toppledere i helseregionene styreverv i andre helseregioner enn der de jobber. Flertallet er bekymret for at en slik praksis kan samle for mye makt på få hender. Flertallet mener regjeringen bør sikre at de regionale helseforetakene har en enhetlig praksis ved oppnevning av styremedlemmer i helseforetakene for å sikre legitimitet.

Flertallet merker seg at det for mange syke er for vanskelig å få endret eller avbestilt timer og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig at det blir utviklet og innført nye og moderne systemer slik at pasienten selv på en enkel måte kan endre tidspunkt for konsultasjoner. Flertallet er kjent med at en rekke sykehus har fått ned andelen pasienter som ikke møter til timer gjennom bruk av påminnelser på SMS og gjennom digitale løsninger, og at flere sykehus har innført digitale selvbetjeningsløsninger. Slike ordninger må bli vanlige i alle deler av tjenestene, og må prioriteres i utviklingen av nye digitale systemer. Flertallet ser med uro på at opptil 5 pst. av pasientene ikke møter opp til konsultasjoner. Det gjør at kapasiteten i tjenestene ikke utnyttes godt nok, og at ventetidene blir lengre enn kapasiteten skulle tilsi.

På denne bakgrunn fremmer komiteen følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen vurdere ikke møttgebyret for barn og pasienter innen psykisk helse, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte med en innretning som i mindre grad er belastende for sårbare grupper.»

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Pasientfokus, mener at det er avgjørende at beslutningsprosessene om planlegging, utvikling og endringer i tilbudene i spesialisthelsetjenesten er kjennetegnet av åpenhet, demokratisk medvirkning og innflytelse fra folkevalgte i kommuner og fylkeskommuner, innenfor de formelle rammene som følger av det statlige eierskapet. Dette flertallet støtter at regjeringen vil utrede om det er behov for endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven som kan bidra til bedre gjensidig involvering i planleggings- og beslutningsprosesser for både helseforetak og kommuner.

Dette flertallet vil påpeke at for å ivareta tillit og legitimitet, er det behov for regelmessig og en mer strukturert dialog om utfordringer, strategier og saker på et tidlig stadium mellom ledelsen i helseforetakene og politisk ledelse i kommunene og fylkeskommunene. Det også viktig at kommunene involverer spesialisthelsetjenesten ved planlegging og utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å sikre sammenhengende og gode helse- og omsorgstjenester.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener stabil og forutsigbar økonomisk styring er viktig for å skape grunnlag for gode helse- og omsorgstjenester. Disse medlemmer viser til at helsepersonell og helseledere nå står i krevende utfordringer, og disse medlemmer har lenge vært bekymret for at uforutsigbar og svak sykehusøkonomi får konsekvenser for ansatte og pasienter. At regjeringen Støre ikke avklarte sykehusbudsjettene før ved fremleggelsen av revidert nasjonalbudsjett i 2023, satte lederne i landets sykehus i en svært vanskelig situasjon. Dette kom i tillegg til at sykehusene ikke fullt ut er kompensert for de siste års lønns- og prisvekst, og mange sykehus styrer mot underskudd. Disse medlemmer er bekymret for økte ventetider og etterlyser tydeligere grep fra regjeringen. Disse medlemmer viser til at Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti de siste årene har foreslått en styrket sykehusøkonomi utover regjeringens forslag og konkrete tiltak for å få ned ventetidene, blant annet gjennom økt kjøp av ledig kapasitet hos private og ideelle.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus mener regjeringens avvikling av fritt behandlingsvalg har gitt pasienter mindre valgfrihet, særlig i behandlingen av alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser, og har bidratt til å redusere mangfoldet og kapasiteten i helsetjenesten ved at flere anerkjente institusjoner har måttet legge ned.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti mener planen ikke løser de mest kritiske utfordringene i helsetjenesten i dag, nemlig at helsekøene er rekordlange, at pasienter venter altfor lenge på helsehjelp, og at arbeidsbelastningen på sykepleiere og leger er høy. Disse medlemmer viser til at med regjeringen Støre har ventetidene for pasienter økt med to uker på to år, sykehus går med underskudd og sykefraværet i helsetjenesten er skyhøyt. Særlig mener disse medlemmer at Nasjonal helse- og samhandlingsplan ikke tydelig nok ruster helsetjenesten for å løse dette.

Særlig mener komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet at det er grunn til å frykte at ventetidene vil fortsette å øke når regjeringen ytterligere reduserer den innsatsstyrte finansieringen og dermed ikke belønner sykehusene for å behandle flere pasienter.

Komiteens medlemmer fra Høyre mener dette er oppskriften på lengre ventetider og viser til at da regjeringen Solberg økte den innsatsstyrte finansieringen til 50 pst. og fjernet taket for hvor mange pasienter sykehusene fikk behandle, ble ventetiden for pasienter betydelig redusert og flere fikk helsehjelpen de trengte.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen endre satsen for innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten til 50 pst.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen instruere helseforetakene om å kjøpe ledig kapasitet hos private og ideelle leverandører innenfor somatikk, rus og psykiatri.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti merker seg at regjeringen i stortingsmeldingen følger opp enkelte forslag fra Sykehusutvalget om å sikre større forutsigbarhet for sykehusene blant annet ved å kompensere fullt ut for endring i demografi ved å øke marginalfinansieringen til 100 pst. Disse medlemmer viser til at regjeringen følger opp forslag fra Sykehusutvalget om å endre rammebetingelsene for investeringer i sykehusbygg med å redusere egenkapitalkravet til 10 pst. for investeringer over 500 mill. kroner, og ved å endre rentemodell for helseforetakene. Disse medlemmer vil likevel bemerke at ingen av disse tiltakene alene styrker sykehusøkonomien, men at det avgjørende vil være størrelsen på de totale budsjettene for helseforetakene og hvor stor aktivitets-

vekst utover demografi regjeringen legger opp til i helsebudssettene fremover.

Disse medlemmer merker seg at regjeringen vil innføre en finansieringsløsning med beredskapsfinansiering for å dekke Forsvarets behov for helseberedskap, men at dette kun er svært kort omtalt i planen. Disse medlemmer har derfor ingen mulighet til å vurdere om denne løsningen vil svare opp Forsvarets behov for kapasitet i helse- og omsorgstjenesten og om det faktisk er et ledd i en styrket helseberedskap i det sivil-militære helsesamarbeidet. Disse medlemmer mener regjeringen med sin svært dårlige håndtering av prosessen i Helse Nord skapte stor uro og usikkerhet, også når det gjelder fremtiden for sykehuset i Narvik, som er et sentralt sykehus for Forsvaret i nord. Disse medlemmer er overrasket over at regjeringen i omstillingsprosessen i Helse Nord ikke sørget for at det ble tatt hensyn til Forsvarets behov både under ordinær tilstedeværelse, under allierte øvelser og ved en krise- eller krigssituasjon. Disse medlemmer mener dette var en åpenbar svakhet og mangel helt til regjeringen avklarte sykehussituasjonen og fremtiden for det nybygde Narvik sykehus først i januar 2024.

Disse medlemmer viser til at regjeringen Solberg la frem den første nasjonale helse- og sykehusplan i 2015 (Meld. St. 11 (2016–2019)), og senere fulgte opp med den andre nasjonale helse- og sykehusplanen i 2019 (Meld. St. 7 (2019–2020)). Nasjonal helse- og sykehusplan i 2015 var første gang siden staten tok over sykehusene i 2002, at en regjering la fram for Stortinget en helhetlig og konkret plan for utvikling av spesialisthelsetjenesten. Med to nasjonale helse- og sykehusplaner la regjeringen Solberg til rette for en demokratisk forankret, nasjonal politikk for framtidens sykehus i Norge, hvor Stortinget satte de overordnede politiske rammene for utvikling av framtidens spesialisthelsetjeneste.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en Nasjonal helse- og sykehusplan som fremmes for Stortinget hvert fjerde år.»

Komiteens medlemmer fra Høyre merker seg at regjeringen understreker at spesialisthelsetjenesten skal være statlig eid med regional styring av ressursene. Disse medlemmer merker seg at regjeringen mener det innenfor helseforetakslovens bestemmelser og vedtekter ligger muligheter for å sikre demokratisk, regional og politisk innflytelse ved alle forhold som gjelder spesialisthelsetjenesten, og at det derfor ikke er behov for lovendringer. Disse medlemmer støtter dette. Disse medlemmer viser også til Sykehusutvalgets overordnede vurdering om at spesialisthelsetjenesten holder god kvalitet, og at utviklingen de siste fem til ti årene har vært positiv, og at Nor-

ge ligger godt an i forhold til andre OECD-land, samtidig som det er variasjon både i kvalitet og aktivitet på noen områder.

Komiteens medlem fra Rødt viser til at regjeringen i Nasjonal helse- og samhandlingsplan legger opp til at innsatsstyrt finansiering reduseres til 30 pst. av sykehusenes totale driftsramme. Innsatsstyrt finansiering (ISF) ble innført for somatisk spesialisthelsetjeneste juli 1997. Fra 2017 ble ordningen utvidet til også å omfatte polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, til tross for advarsler fra fagfolka. Resultatet har vært at ansatte har måtte bruke mye av tiden sin på administrative oppgaver og koding av pasienter, og at tilbudet til pasientene er blitt dårligere. Dette medlem påpeker at styringsform og finansieringsmodeller har direkte innvirkning på tilbudet til pasientene. Innsatsstyrt finansiering innebærer at hver behandling genererer penger, og et system med diagnoserelaterte grupper (DRG) avgjør hvor mye en gitt behandling er priset. Det er en modell som er hentet inn fra det amerikanske Medicare og utviklet for et kommersielt, profittdrevet helsevesen. DRG-systemet innebærer også at både helsepersonell og et relativt omfattende merkantilt byråkrati i sykehusene må bruke mye tid på detaljert økonomisk koding av diagnoser og prosedyrer.

Dette medlem vil minne om at forskning viser at i praksis øker antall utførte behandlinger i diagnosegrupper som justeres opp, mens de synker der behandlingene blir priset ned (se for eksempel Melberg, Olsen og Pedersen i tidsskriftet Health Policy, 2016).

Dette medlem viser til Rødts representantforslag om gjennomgang og avvikling av innsatsstyrt finansiering (Dokument 8:180 S (2021–2022), Innst. 416 S (2021–2022)), og forslag i samme sak om å erstatte innsatsstyrt finansiering med full rammestyrt finansiering innen poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Dette medlem mener at markedstenkningen i sykehusene har vært en driver til kortere liggetid og nedprioritering av tid- og omsorgskrevende pasientgrupper. Det har gjort eldre til kasterballe mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Fokuset på kortsiktig innsparing er ikke god samfunnsøkonomi eller bra for folk - verken de som jobber i tjenestene eller pasientene.

Dette medlem mener at økonomisk motivert effektivisering, sentralisering og privatisering har svekket og svekker beredskapen i sykehusvesenet. Det bedriftsøkonomiske regimet har systematisk sentralisert og bygget ned sengetall og annen beredskap i sykehusene.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen avvikle innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten.»

«Stortinget ber regjeringen i forslaget til statsbudsjett for 2025 erstatte innsatsstyrt finansiering med full rammestyrt finansiering innen poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.»

Dette medlem mener at dagens finansiering av sykehusbygg ikke sikrer tilstrekkelige midler til kapasitet og areal, da investeringene går på bekostning av driften. Det trengs en bedre finansiering av sykehusutbygginger som sikrer at det er tilstrekkelige midler til å bygge sykehus med tilstrekkelig kapasitet og areal, uten at investeringene går på bekostning av driften

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at investeringer i sykehusbygg holdes utenom driftsregnskapet til sykehusene.»

Dette medlem viser til at redusert sengekapasitet i sykehusene og økonomiske insentiver til å skrive pasienter ut for tidlig belaster kommunal helse- og omsorgstjeneste, som selv sliter med lite ressurser. Det må legges til rette for reelt samarbeid, med tilstrekkelige ressurser både i kommunene og på sykehusene, for at pasientens behov skal komme i første rekke.

Dette medlem viser til høringsinnspillet fra Fellesorganisasjonen til komiteen:

«Vi savner forslag og tiltak til finansieringsordninger som bidrar til insentiver for kommunene og spesialisthelsetjenestene i å prioritere forebyggende virksomhet og tjenester. Mange kommuner har svært stram økonomi og økt press på kommunale tjenester.»

Komiteens medlemmer fra Rødt og Pasientfokus viser til at det har vært en massiv overføring av oppgaver fra sykehusene til kommunene, uten at det har blitt sikret tilsvarende økte ressurser eller kompetanse. Kommunene har gått fra å drive omsorg til å skulle ta hånd om pasienter som kommer rett fra operasjonsbordet, kreftpasienter i aktiv behandling og mennesker med alvorlig psykisk sykdom. Kommunene blir straffa med bøter om de ikke kan ta imot pasientene sykehuset mener de skal kunne håndtere, uavhengig av om kommunen er i stand til å kunne gi forsvarlig hjelp til pasientene. I 2022 lå pasienter på sykehus nesten 72 000 døgn etter at de var utskrivningsklare. Det kostet kommunene 395 mill. kroner til helseforetakene (Rapporten fra helsedirektoratet: Utskrivningsklare pasienter – utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og forløp etter utskrivning, publisert 1. mars 2024). Bøter mellom ulike helsetjenester er ikke en god måte å sikre samhandling på, det sikres gjennom god organisering og ressurser etter behovene.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om at ordningen med dagbøter for overliggere i sykehus avvikles.»

SAMSPILL MED PRIVATE AKTØRER

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil understreke at både ideelle og private kommersielle virksomheter er og vil bli viktige samarbeidspartnere for den offentlige helsetjenesten. Disse medlemmer merker seg at regjeringen omtaler ideelle aktører som et viktig supplement til det offentlige og mener de bidrar til økt mangfold og innovasjon i tjenestene, men at regjeringen i meldingen kun kort omtaler det offentliges samarbeid med private aktører. Disse medlemmer er svært bekymret for en regjering som så tydelig gir signaler om at kommersielle aktører ikke skal være en del av løsningen for fremtiden, og ser med uro på regjeringens mål om å avkommersialisere alle velferdstjenester i Norge. Disse medlemmer vil understreke at mange av de viktigste velferdstjenestene i Norge var opprinnelig initiativer fra private og ideelle som det offentlige gradvis har tatt mer og mer ansvar for. Den norske velferdsmodellen har dermed historisk sett bestått av et samarbeid mellom det offentlige, private og ideelle – med det offentlige som bærebjelken – til det beste for innbyggerne, og for det offentliges regning. Disse medlemmer mener en velferdsmodell der alle gode krefter tas i bruk, er til det beste for pasienter, pårørende, helsepersonell og samfunnet fordi private og ideelle bidrar med innovasjon som kan gjøre også offentlige tjenester bedre. De gjør det mulig å raskere skalere opp nødvendige tjenester i kriser, og skalere dem ned når krisen er over. De kan bidra til å ta unna lange helsekøer ved å bruke deres ledige kapasitet, og kan dekke behov der det offentlige ikke leverer godt nok. Disse medlemmer mener også at pasienters valgfrihet er en viktig rettighet å hegne om, og at dette lar seg best realisere i et godt og konstruktivt offentlig-privat samarbeid.

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til Høyres forslag om økt åpenhet, mer brukerinvolvering og strenge krav til ansattes lønns- og arbeidsvilkår i de offentlig finansierte velferdstjenestene, Innst. 187 S (2023–2024). Disse medlemmer mener åpenhet om eierskap, organisering og økonomi hos private og ideelle aktører er viktig for å sikre tillit i befolkningen, og at det både skal være god brukerinvolvering, strenge krav til ansattes lønns- og arbeidsvilkår og at det må bli enklere og raskere å inngå samarbeid med ideelle og private aktører. På bakgrunn av dette, imøteser disse medlemmer at regjeringen vil komme tilbake med forslag om innrapportering av aktivitetsdata fra private helsetjenester, men vil understreke at det vil være helt avgjørende at slik innrapportering omfatter alle helse-tjenester som utføres i Norge uavhengig av eierskap.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sikre at innrapportering av aktivitet til Norsk Pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) inkluderer all aktivitet uavhengig av om eierskapet er offentlig, ideelt eller privat.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i løpet av stortingsperioden innføre en godkjenningsordning for kommersielle helseaktører. En slik ordning skal sikre kvalitet og faglig forsvarlighet i kommersielle tjenester. Det må innføres mekanismer der staten har mulighet til å legge begrensninger på etablering av nye kommersielle helseaktører når nyetableringer, av beredskapshensyn eller mangel på helsepersonell, vil gå på bekostning av den offentlige helsetjenestens evne til å gi forsvarlig helsehjelp.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet merker seg at regjeringen vil utrede en ny godkjenningsordning for helprivate tilbud, og stiller seg spørrende til om dette skal gjelde for alle typer helsetjenester eller om det er knyttet særlig til sykehusrelaterte tilbud i spesialisthelsetjenesten. Disse medlemmer vil avvente hvordan en slik godkjenningsordning presenteres før en tar stilling til dette.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til at helsefrivilligheten spiller en svært viktig rolle i vårt samfunn. Frivillige lag og organisasjoner gjør stor innsats for innbyggere, pasienter og pårørende og stiller gjerne opp der de kommunale eller statlige tjenestene ikke strekker til. De samme lag og organisasjoner er innovative, kreative og nytenkende, og skreddersyr ofte tilbud som treffer godt. Disse medlemmer viser til at regjeringen de siste årene har redusert flere av tilskuddsordningene for helsefrivilligheten og lagt om kriteriene for å søke på og få tildelt tilskudd. Dette har skjedd uten at frivillig sektor har fått medvirke og uten forutgående bred høring og debatt. Disse medlemmer er opptatt at helsefrivilligheten og frivillig sektor må få beholde sin frie og uavhengige rolle, og er bekymret dersom tilskuddsordningene endres for i større grad å bidra til at staten skal nå sine mål, mer enn å underbygge verdien av frivilligheten i seg selv.

AVTALESPEKIALISTER

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti

viser til at regjeringen i planen vil flytte finansieringsansvaret for avtalespesialistordningen i sin helhet til de regionale helseforetakene og oppheve folketrygdens takster til pasientbehandling hos avtalespesialister. Disse medlemmer viser til at partene i avtalesamarbeidet om avtalespesialistordning har gitt uttrykk for at de vil samarbeide om å videreutvikle ordningen og mener at dette er positivt, men at profesjonsforeningene gir uttrykk for at de ikke ser regjeringens forslag til endring som en god løsning. Disse medlemmer viser til at avtalespesialistene står for 25 pst. av alle polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, og bidrar til økt tilgjengelighet for pasientene og er en viktig tilbyder av desentraliserte spesialisttjenester. Disse medlemmer ønsker å øke bruken av private avtalespesialister, med flere hjemler og bedre arbeidsdeling mellom sykehus, poliklinikker og avtalespesialister. Disse medlemmer mener det er mye som tyder på at dagens finansiering er robust mot konjunktursvingninger og enkel å administrere, og mener det er for lite kunnskap om konsekvensene av regjeringens omlegging. En bør ikke gå videre med en slik omfattende endring før Stortinget har bedre oversikt over formålet med endringen og hvilke konsekvenser det vil få for avtalespesialistordningen og for pasientene. Slik disse medlemmer ser det, kan flytting av finansieringen føre til en svekkelse av pasientrettighetene, da folketrygden gjennom lov regulerer konkrete ytelser som en rettighet. Disse medlemmer viser til at dette er en regelstyrt finansiering der «pengene følger pasienten» og at dette vil forsvinne ved en flytting av finansieringen. Forslaget vil dermed kunne ha store konsekvenser for store pasientgrupper som i dag har et stabilt offentlig spesialisthelsetjenestetilbud hos avtalespesialistene. Disse medlemmer mener det er vanskelig å ta stilling til konsekvensene av å flytte finansieringen av avtalespesialistordningen fra folketrygden til de regionale helseforetakene.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om å ikke flytte finansieringen av avtalespesialistordningen fra folketrygden til de regionale helseforetakene.»

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser videre til sitt representantforslag som var til behandling i Stortinget i 2023 om å etablere et utbyggingsselskap for sykehus, jf. Representantforslag 153 S (2022–2023). Disse medlemmer viser til forslaget i representantforslaget:

«Stortinget ber regjeringen etablere et eget utbyggingsselskap med ansvar for investeringer i utbygging, drift og vedlikehold av sykehus etter modell av Nye Veier AS.»

Disse medlemmer peker på at dette ville sørget for at vi raskere kunne kommet i gang med viktige sykehusutbygginger som nå er satt på vent på grunn av dagens finansieringsmodell. Disse medlemmer registrerer også at regjeringen i forbindelse med presentasjonen av Nasjonal helse- og samhandlingsplan pekte på at kravet til egenandel blir redusert fra 30 til 10 pst., og at man skal legge til grunn en ny rentemodell som skal spare sykehusene for mange milliarder kroner de neste årene. Disse medlemmer er skeptiske til dette, for den eneste konsekvensen av å redusere egenandelskravet fra 30 til 10 pst. er at de 20 pst. flyttes ut og må finansieres i sykehusenes årlige budsjetter og vil bety at det må kuttes i driften for å kunne finansiere dette. Disse medlemmer mener at Fremskrittspartiets modell med å skille sykehusenes drift og investeringer gjør at sykehusene kan bruke tiden sin på å drive pasientbehandling, og at andre tar seg av investeringene og finansieringen av disse.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen etablere et utbyggings-selskap som får ansvaret for investeringer i utbygging, drift og vedlikehold av sykehus etter modellen fra Nye Veier AS.»

Disse medlemmer viser til statsrådets brev dattert 10. mai 2024 med svar på komiteens spørsmål om rentemodell og egenkapital. Statsråden viser til at det i statsbudsjettet for 2018 ble innført en ny rentemodell

for investeringslån til de regionale helseforetakene, og at modellen som ble innført, beregner faste og flytende renter med utgangspunkt i basisrenten som beregnes av Finanstilsynet, med et fratrekk på 0,5 prosentpoeng. Departementet opplyser at basisrenten også benyttes av Husbanken og Statens Lånekasse, men de har et større fratrekk i basisrenten.

Disse medlemmer merker seg at det er ulike syn på statsrådets beregninger. Disse medlemmer er kritiske til ny rentemodell lagt frem av regjeringen og er usikre på om ny finansieringsløsning er gunstig. Disse medlemmer ønsker en modell der man skiller spesifikt på drift og investering.

Disse medlemmer har i etterkant av komiteens spørsmål til statsråden fått innspill fra aksjonen alternativ til helseforetaksmodellen hvor de har sett nærmere på forholdene mellom basisrente og 6 måneders statsrente i perioden juli 2022 til mars 2024.

I tabellen nedenfor fremgår det at differansen mellom basisrente og 6 måneders statsrente varierte fra 0,13 prosentpoeng i november 2022 til 1,06 prosentpoeng i mai 2024.

Differansen mellom rentemodellene med påslag på 0,4 prosentpoeng for 6 måneders statsrente og fratrekk av 0,5 prosentpoeng for basisrenten er også vist. Differansen mellom de to modellene forekommer i siste kolonne. Ved en rekke tidspunkt i perioden er dagens modell basert på basisrente med fratrekk av 0,5 pst. rimeligere, også betydelige rimeligere enn den foreslåtte endringen i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Dato fastsatt	Basisrente	Basisrente fratrekk 0,5	6 mnd statsrente	6.mnd statsrente påslag 0,4	Differanse uten påslag og fratrekk	Differanse med påslag og fratrekk
jul.22	2,14	1,64	1,925	2,325	0,215	-0,685
sep.22	2,49	1,99	2,809	3,209	-0,319	-1,219
nov.22	3,17	2,67	3,034	3,434	0,136	-0,764
jan.23	3,54	3,04	3,016	3,416	0,524	-0,376
mar.23	3,74	3,24	3,213	3,613	0,527	-0,373
mai.23	3,88	3,38	3,569	3,969	0,311	-0,589
jul.23	4,17	3,67	3,988	4,388	0,182	-0,718
sep.23	4,66	4,16	4,157	4,557	0,503	-0,397
nov.23	5,02	4,52	4,302	4,702	0,718	-0,182
jan.24	5,3	4,8	4,531	4,931	0,769	-0,131
mar.24	5,4	4,9	4,443	4,843	0,957	0,057
mai.24	5,49	4,99	4,421	4,821	1,069	0,169

Disse medlemmer vil her peke på at det her kommer frem at det ut fra de siste årenes forhold mellom de to skisserte rentemodellene ikke er sannsynliggjort at overgang til ny rentemodell slik som foreslått i Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 vil gi lavere rentekostnader.

Disse medlemmer merker seg at helse- og omsorgsministeren i sitt svarbrev til komiteen skriver:

«Det er vurdert at å gå tilbake til den gamle renteberegningsmodellen vil gi bedre rentebetingelser for helseforetakene over tid. Helse Sør-Øst RHF har estimert effekten av forslaget til 2,8 mrd. kroner for Nye Aker og

Nye Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus HF, over lånets løpetid.»

Disse medlemmer vil her peke på at det er ikke redegjort nærmere for hvilke forutsetninger som ligger til grunn for estimatene fra Helse Sør-Øst. I innspillet disse medlemmer har fått i estimatene fra Helse Sør-Øst RHF og som ikke er nærmere forklart, påpekes det at de mener grunnlaget for et helt sentralt premiss som skal legge til rette for økt andel låneopptak til nye sykehusutbyggingsprosjekter, er feil.

En viktig forutsetning for den foreslåtte nye finansieringsmodellen for sykehusbygg i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 er endring av rentemodell for å redusere renten. Helseforetakene kan i dag låne 30 pst. av investeringskostnaden basert på kostnadsramme P85 i konseptfasen for prosjektet. I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 foreslås dette endret til at helseforetakene kan låne inntil 50 pst. av kostnadsramme P50.

Disse medlemmer viser til statsrådets brev der det står:

«Forslaget om endret låneandel betyr i realiteten at låneandelen øker med 10 prosentpoeng sammenlignet med dagens ordning. Dette skyldes at lånerammen øker (fra 70 pst. til 90 pst.) basert på et lavere beløp (P50 istedenfor P85).»

Disse medlemmer peker på at lavere renter gjennom foreslått endring av rentemodell er et viktig premiss i forslaget om å øke andelen lånefinansiering. Det er kjent at kapitalkostnader i dag er krevende for en rekke helseforetak etter at det har vært gjennomført omfattende investeringer. Kapitalkostnadene belaster driftsbudsjettene til helseforetakene så snart utbyggingen er ferdigstilt og nye bygg skal tas i bruk. Renter, avdrag og avskrivningskostnader belaster driftsbudsjettene til helseforetakene fra tidspunktet de tas i bruk. Det er mange eksempler på helseforetak som har fått til dels store økonomiske utfordringer knyttet til store kostnader forbundet med høye investeringer i nybygg.

Disse medlemmer mener at det ikke på en tryggende måte er redegjort for at den foreslåtte nye rentemodellen vil gi helseforetakene lavere renter og dermed bidra til å redusere de økonomiske belastningene ved høyere gjeldsopptak.

Komiteens medlem fra Rødt viser til at Helsepersonellkomisjonens rapport NOU 2023:4 «Tid for handling» slår fast at rekrutteringsutfordringene både på sykehus og i kommunehelsetjenesten nå er så omfattende at det er vanskelig å opprettholde flere grunnleggende tjenester. Samtidig som mangelen på helsepersonell i det offentlige øker, har det vært en eksplosiv vekst i kommersielle, private helsetjenester. De offentlige sykehusene bruker ressurser og tid på praksis-

plasser og utdanningsløp for helsepersonell. De kommersielle helsetjenestene bidrar ikke til å utdanne nytt helsepersonell. De binder opp ressurser det offentlige har bygget opp. Tidligere har etablering og utbygging av sykehus vært regulert gjennom en forskrift som stilte krav om at det skulle søkes godkjenning ved nyetablering, utvidelse eller ved endring i sykehusvirksomhet. Dette medlem synes det er positivt at regjeringen vil utrede en ny godkjenningsordning for helprivate helse-tjenestetilbud. Men samtidig fortsetter kommersielle aktører å etablere seg i stor fart, og problemene med dette vokser for hver dag som går.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at ingen nye private sykehus blir etablert eller utvidet inntil helsepersonellmangelen er under kontroll.»

Dette medlem påpeker at Rødt vil fase ut alle kommersielle aktører fra velferden, og mener at profittmotivet ikke hører hjemme i helsetjenestene. De kommersielle aktørenes grunnoppdrag er å tjene penger til investoren og å sikre bedriftens omdømme – de har ikke noe samfunnsoppdrag slik den offentlige helsetjenesten har. Helsepersonellkomisjonen peker på at det er en fare for at det kommersielle markedet for helsetjenester vil vokse som en konsekvens av at det offentlige må stramme inn. De som har råd til å betale selv, vil fortsatt kunne få tilgang til tjenester det offentlige ikke kan prioritere. Det vil føre til et todelt helsevesen, der de som har private helseforsikringer eller god råd, har tilgang på bedre og raskere tjenester, mens det offentlige tilbudet svekkes av personellmangel. Dette medlem mener denne utviklingen må stanses. Ett viktig tiltak er å sikre at det offentlige helsevesenet tilbyr attraktive arbeidsvilkår. En styrking av det offentlige helsevesenet er et nødvendig grep for likeverdige helsetjenester for befolkningen, uavhengig av økonomi og bosted. Det er behov for å ta kontrollen tilbake for å hindre utviklinga av et todelt helsevesen. Det er også behov for regulering av etablering av private sykehus og klinikker.

Dette medlem vil løfte fram bemanningssituasjonen i helsetjenesten i Nord-Norge som eksempel på hvordan den uregulerte etableringen av private sykehus utgjør en trussel mot den offentlige helsetjenesten. Både Helse Nord og kommuner i Nord-Norge har store utfordringer med rekruttering av helsearbeidere og har store budsjettoverskridelser knyttet til innleie fra bemanningsbyrå. Dette medlem mener den varslede utredningen bør resultere i en etableringskontroll for private sykehus som passer dagens utfordringer.

Dette medlem fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag om en godkjenningsordning som

sikrer at private helseinstitusjoner og private helsetjenester innen spesialisthelsetjenesten som ønsker å etablere virksomheter må søke gjennom en godkjenningsordning, og at avslag kan gis dersom etableringen kan true tilgangen på helsepersonell for de offentlige helsetjenestene.»

«Stortinget ber regjeringen sikre en godkjenningsordning der private helseinstitusjoner og helsetjenester innen spesialisthelsetjenesten som ønsker å utvide eller endre virksomheten, må søke om ny godkjenning.»

Dette medlem mener at kommersialisering truer våre felles helsetjenester, og viser videre til LO og Fagforbundet i sitt høringsinnspill til komiteen:

«Kommersielle aktører er svært pågående for å fortrengte ideelle aktører, blant annet gjennom å skape usikkerhet om lovligheten av å reservere kontrakter for ideelle aktører. Dette er helt i strid med et uttalt politisk mål om at det primært er ideelle aktører som skal bidra til mangfold og en god balanse mellom private og fellesskapsløsninger. Selv Helse Sør-Øst RHF har gitt et bidrag som svekker ideelles posisjon, basert på et høyst diskutabelt rettslig grunnlag, noe Fagforbundets ansattrepresentant i styret påpekte i en protokolltilførsel. Det er viktig at departementet mer aktivt følger opp det klart uttalte målet fra regjeringen om å styrke bruken av handlingsrommet i EØS-avtalen.»

Dette medlem deler bekymringen fra LO og Fagforbundet, og viser til at Rødt nylig har fremmet forslag om å reservere anbud for ideelle aktører (Dokument 8:136 (2023–2024)). Det går et viktig skille mellom de private ideelle aktørene og kommersielle aktører. For kommersielle aktører er den økonomiske gevinsten hovedmotivet for å gå inn i velferden. Det skiller seg grunnleggende fra ideelle som driver non-profit. Dette medlem mener at alle penger som er bevilga til velferdstjenester, må gå nettopp til det, ikke til privat berikelse.

Dette medlem understreker at det offentlige helsevesenet må styrkes slik at alle er sikre på at de får den hjelpa de trenger, når de trenger det, uavhengig av økonomi og bostedet. Framveksten av helseforsikringer og kommersielle aktører skaper et todelt helsevesen og et skille mellom helsetilbudet basert på hvor mye du har på konto, eller hvor du jobber. Private helseforsikringer er et uttrykk for at flere opplever behov for en ekstra sikring for tilgang til helsetjenestene våre. Dette medlem viser til Rødts representantforslag om å stoppe veksten av private helseforsikringer og unngå amerikanisering av helsevesenet (Dokument 8:54 S (2023–2024), Innst. 213 S (2023–2024)), og mener at det er viktig å både stanse den veksten av private helseforsikringer, og å styrke offentlig helsevesen der alle er sikre på at de får helsehjelp. På den måten vil helseforsikringer være overflødige.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus viser til at Sykehusutvalget (NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus – styring, finansiering, samhandling og ledelse) har sett på to vesentlige forhold i styringen av helseforetakene, nemlig politisk vilje til styring og kvaliteten på medvirkningsprosessene.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Pasientfokus er bekymret for at det på sikt etableres en elite i sykehus-Norge som har mye makt samlet hos få mennesker, og at dette vil bidra til en ytterligere svekking av tilliten til foretakssystemet.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus mener Sykehusutvalgets forslag om at de som «har lederroller i et regionalt helseforetak, eller er administrerende direktør i helseforetak, ikke samtidig skal kunne inneha styreverv i annet helseforetak i egen eller andre regioner» er et godt forslag, og er skuffet over at regjeringen ikke går videre med dette. Disse medlemmer registrerer at regjeringen mener det vil være et stort tap for erfaringsoverføringen, men vil understreke at det eneste virkemiddelet for erfaringsoverføring mellom sykehusene ikke kan være styreverv for ansatte i lederroller. Disse medlemmer er helt enig med regjeringen i at kompetente styrer er viktig, men mener det er viktig med spredning av makt, og at erfaringsoverføring kan skje på flere måter.

Komiteens medlem fra Pasientfokus mener at innføringen av helseforetaksmodellen i 2002 har skapt store utfordringer for syke mennesker – særlig i distriktene. Foretaksmodellen har gjort økonomien til et mål overordnet de helsefaglige og politiske hensynene.

Dette medlem vil minne om at det er fellesskapet, ved staten, som har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i Norge. Staten eier sykehusene som igjen ivaretar ansvaret for god og likeverdig behandling. Det avgjørende er etter dette medlemms syn at de nasjonale folkevalgte har ansvaret for overordnet styring og prioritering av spesialisthelsetjenestene.

Ett av problemene med dagens organisering er at sykehusenes egen budsjettbalanse prioriteres foran god behandling og effektiv ressursbruk. Dette medlem mener dagens butikkmodell for sykehusene må forlates. Det bør innføres et klart skille mellom midler til investeringer og driftsmidler, og rammefinansiering må være sykehusenes hovedfinansieringskilde. Dette medlem mener regnskapsmodellen med krav til overskudd må forkastes, og at sykehusene heller bør underlegges ordinært forvaltningsregnskap, med rammefinansiering som hovedprinsipp. Sykehusene må styres og ledes i tråd med øvrig offentlig forvaltning, og det enkelte syke-

huset må være en selvstendig enhet med egen ledelse og eget styre. Sykehusstyret bør være sammensatt av politiske representanter, ansatterrepresentanter og pasient- og brukerrepresentanter. Dette medlem mener systemet for brukermedvirkning bør demokratiseres ved at brukergrupper gjennom valg selv utpeker representanter til brukerorganene.

Dette medlem er enig i at det er avgjørende at beslutningsprosessene om planlegging, utvikling og endringer i helsetilbudene er kjennetegnet av åpenhet, demokratisk medvirkning og innflytelse fra folkevalgte i kommuner og fylkeskommuner. Dette medlem viser til at utviklingsplanene, helseforetakenes øverste strategiske dokument, skal legges fram hvert fjerde år, og at helseforetakene er pålagt å samarbeide med involverte kommuner og andre samarbeidsaktører i plan- og utviklingsarbeidet. Dette medlem mener, i likhet med Sykehusutvalget, at det enkelte helseforetak bør ha en lovpålagt plikt til å avtale med kommuner og fylkeskommuner i opptaksområdet om i hvilke saker disse skal høres før styret i helseforetaket fatter beslutninger.

Dette medlem fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede og komme med forslag til lovendringer som gir helseforetakene plikt til å inngå avtale med kommuner og fylkeskommuner i opptaksområdet om i hvilke saker kommuner og fylkeskommuner skal høres før styret i helseforetaket fatter beslutninger.»

Dette medlem vil understreke behovet for samfunnsøkonomiske analyser og konsekvensutredninger av endringer i sykehusstruktur og helsetjenester, og andre beslutninger som har store samfunnsmessige konsekvenser. Disse må utføres på en uavhengig måte, av uheldede tredjeparter.

Dette medlem mener det må være et grunnleggende prinsipp at foretakene kompenseres for pris- og lønnsvekst. Dette har ikke i stor nok grad skjedd de siste årene, og dermed har foretakene fått voksende økonomiske utfordringer. Sykehusene er kommet inn i en ond sirkel med stort arbeidspress og høyt sykefravær, som igjen innebærer større arbeidspress. Det kan nå bare løses gjennom bedre økonomiske rammer.

3.8 Digitalisering i helse- og omsorgstjenesten – raskere gjennomføring og realisering av nytte

Komiteen merker seg at erfaringene med de store digitaliseringsprosjektene innen helse tilsier at det må tenkes nytt om hvordan helse- og omsorgstjenestene skal arbeide med digitalisering.

Komiteen viser til at meldingen foreslår en rekke grep for å få innført ny teknologi raskere, og at fremtidige prosjekter skal være tettere på driften og det kliniske slik at det lettere kan tas ut gevinster av innføringen av ny teknologi.

Komiteen imøteser at det gjøres en full gjennomgang av regelverket for digitalisering, og at det gjennomføres tiltak for å få en likere praktisering av regelverket.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet deler regjeringens mål om at det må sikres raskere gjennomføring av og realisering av nytten ved bruk av digitale løsninger i helse- og omsorgstjenesten. Disse medlemmer er enige i at digitale løsninger og ny teknologi skal være personellbesparende, men vil også vise til at dette vil kunne bidra til økt pasientsikkerhet. Disse medlemmer mener Norge må ha en sterkere ambisjon for digitalisering og ny teknologi og viser i den forbindelse til England, som i 2022 lanserte sin «Data saves lives» med 102 tiltak for å transformere helse- og omsorgstjenesten med målsetting om å forbedre pasient- og brukeropplevelse og tilgang til helsetjenester, få på plass de riktige systemer, understøtte helsepersonell og styrke effektivitet i tjenestene og med tiltak særskilt målrettet mot å håndtere den aldrende befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester.

Disse medlemmer viser til at det i dag eksisterer mange godkjente helse-, velferds- og omsorgsteknologier som kan tas i bruk, men at det kan være kulturelle og organisatoriske årsaker til at disse ikke tas i bruk. Som eksempel hadde løsninger for blant annet videokonsultasjon vært tilgjengelig lenge før koronapandemien satte fart på anvendelse og bruk av slike løsninger. En ambisjon om økt bruk av ny teknologi, utstyr og løsninger i helse-, velferds- og omsorgssektoren, fordrer at slike hindringer identifiseres og adresseres.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at helseteknologi raskere kan kontrolleres og valideres, slik at veien til kommersialisering blir kortere.»

Disse medlemmer mener dette må ses i sammenheng med de eksisterende valideringsorganene nasjonalt, og vurderes hvorvidt disse må få utvidet mandat for å kunne validere ny teknologi, særlig den digitale.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at mange leverandører av produkter, teknologi og tjenester innen helse-, omsorgs- og velferdssektoren leverer tjenester til nors-

ke kommuner. Det ligger store gevinstmuligheter i skalering, og den samme løsningen kan i mange tilfeller brukes for flere kommuner. Likevel opplever enkelte leverandører at de må gjennomgå individuelle og omfattende godkjenningsprosesser og screeninger hos den enkelte kommune når de leverer tilbud og er i dialog med innkjøpere, dette selv om den aktuelle løsningen er validert og kan være tatt i bruk av flere andre kommuner og vise til gode resultater. For mange mindre selskaper skaper det et unødvendig hinder for skalering og vekst, og er til hinder for at de får den kritiske kundemassen de trenger for å lykkes. Disse medlemmer vil understreke at lokalt selvstyre er viktig, men at det er gode muligheter for rimeligere tjenester og løsninger i kommunal sektor gjennom økt samarbeid og koordinering, og at det samtidig kan bidra til mindre byråkrati og økt verdiskaping i Norge. Bedre oversikt over validerte tilbydere innenfor ulike tjenester kan være et virkemiddel for å gjøre innkjøpsarbeidet enklere.

Disse medlemmer viser til at helseklyngene utgjør en viktig rolle for å legge til rette for kunnskap, samhandling og innovasjon mellom norsk helseindustri og helsetjenestene.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen vurdere om finansieringen av dagens helseteknologiklynger ivaretar det langsiktige arbeidet med helseteknologi, og legge en langsiktig plan for helseklyngene som understøtter arbeidet med helseteknologi.»

Disse medlemmer viser til at det kan eksistere regulatoriske barrierer for å ta i bruk ny teknologi. Regulatoriske sandkasser gir mulighet for å teste ut anvendelse av teknologier i et kontrollert miljø, og med det legge til rette for forskning og utvikling før pilotering av teknologien og løsningene.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for regulatoriske sandkasser der bedrifter og myndigheter får mulighet til å teste ut nye helseteknologier, utstyr og tjenester i utvikling som ikke helt passer inn i dagens lov- og regelverk.»

Komiteens medlemmer fra Høyre fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i statsbudsjettet for 2025 allokere midler til opprettelse av en egen Katapult for helseteknologi/helseinnovasjon og at denne legges til et av de sentrale områdene for forskning og helseteknologi/innovasjon som eksisterer i dag. Attraktivitet for

utenlandsk kompetanse og styrking av dagens eksisterende ledende miljøer i Norge må vektlegges i valg av lokasjon.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at regjeringen fra 1. januar 2024 har slått sammen Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet og forventer at dette bidrar til at arbeidet med digitalisering i helsetjenenesten får større fart. Disse medlemmer viser til høringsinnspill fra IKT-Norge til komiteen som vektlegger at fellesløsningene som Helsenorge leverer, er en viktig grunnmur, men at det samtidig vil kunne være en hindring for mange norske og utenlandske aktører dersom Helsenorge som sterk offentlig aktør gjør at veien inn i markedet blir for vanskelig eller virker monopolisert. Disse medlemmer mener dette er viktige innvendinger, og etterlyser at regjeringen i planen er tydeligere på større samhandling mellom offentlige og private aktører, for å nå målene om en digitalisert helsetjeneste i Norge.

Disse medlemmer mener helseteknologiordningen kan bidra positivt til at det tas større lokalt ansvar for arbeidet med å utvikle ny teknologi og nye løsninger. Farten i utvikling vil derimot være avhengig av nødvendige bevilgninger til den søkbare ordningen i hvert statsbudsjett.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen legge en plan for hvordan offentliges innkjøp av helseteknologi i kommunesektoren i større grad kan gjennomføres sammen av flere kommuner.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremlegge en plan for økt samarbeid i kommunesektoren om digital infrastruktur og digitale helse- og velferdsteknologier.»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til at tettere dialog mellom det offentlige og private er sentralt for å lykkes med omstilling, økt digitalisering og anvendelse av nye løsninger i helse-, omsorgs- og velferdssektoren. Disse medlemmer vil understreke at å legge til rette for økt dialog mellom næringsliv og departementet vil være viktig med tanke på fremtidig politikktutvikling, og for å skape en økende forståelse for mulighetene som ligger i ny teknologi og løsninger og at disse blir hensyntatt.

Disse medlemmer mener det er avgjørende for pasientsikkerheten at både helsepersonell og pasienter har tilgang til riktig informasjon. Arbeidet med de nasjonale e-helseløsningene og samhandlingstjenestene pasientens legemiddelliste, pasientens prøvesvar og deling av pasientens journaldokumenter, er særlig viktige. Disse medlemmer merker seg at regjeringen vil etablere et digitalt helsekort for gravide og mener dette er et svært viktig tiltak. Disse medlemmer merker seg likevel at dette bare skal utprøves i et svært begrenset omfang og ikke dreier seg om en nasjonal utrulling. Disse medlemmer forventer at skalering av prosjektet følger en tydelig tidslinje slik at gravide snart slipper å ha med seg papirskjema overalt gjennom hele svangerskapet, og at helsepersonell har tilgang til opplysningene uavhengig av om den gravide har med seg skjemaet.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen tilrettelegge for økt bruk av fleksible anskaffelsesstrategier for innovative helse-tjenesteløsninger, blant annet ved å tilrettelegge for at flere aktører kan samle sine løsninger i et innovasjons-partnerskap og legge frem tilbud sammen som en pakke.»

«Stortinget ber regjeringen sørge for tverrsektorielt samarbeid gjennom digitale plattformer som integrerer data og ekspertise fra ulike sektorer, inkludert helse, teknologi og utdanning.»

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at Norge har svært gode helseregistre og helseundersøkelser, men at det haster å gjøre sekundærdata og virkelighetsdata mer tilgjengelig og anvendbare. Dette er nødvendig dersom Norge skal lykkes med å sikre bedre pasientbehandling, utvikling av nye medisiner, nye innovasjoner og for å legge til rette for en helsenæringsindustri i Norge med stort potensial i fremtiden. Disse medlemmer mener det haster å realisere det store potensialet i våre nasjonale helsedataressurser.

Komiteens medlemmer fra Høyre mener at det må defineres nasjonale mål, prioriteringer og virkemidler for å øke tilgangen til dataene. Disse medlemmer mener det er svært utfordrende at legemiddelselskaper og forskere melder om opptil 17 måneders ventetid på tilgang til data, og at det praktiseres ulik tolkning av regelverkene avhengig av hvor helsedataene forvaltes. Dette bidrar til at bare en liten prosentdel av dataene gjøres tilgjengelig for forskning og innovasjon. Disse medlemmer mener for lang ventetid og for lite datadeling har store og uheldige konsekvenser, med mindre forskning og utvikling i Norge og færre investeringer, innovatører og gründere innen helse-teknologi. Dette medfører at Norge går glipp av ar-

beidsplasser, verdiskaping og innovasjon. Disse medlemmer er opptatt av å legge til rette for at helsenæring kan bli en av de viktigste næringene fremover, samtidig som norske pasienter får tidligere tilgang til kliniske studier og nye behandlingsterapier og banebrytende medisin.

Disse medlemmer viser til at land som Finland og Storbritannia har kommet betydelig lenger enn Norge på deling og tilgjengeliggjøring av helsedata. Særlig Finland har utviklet systemer for oppbevaring og bruk av helsedata, og har en ny lov fra 2019 som tillater bruk av sekundær helsedata til pasientene i ulike områder, som vitenskapelig forskning, statistikk, utviklings- og innovasjonsvirksomhet og opplæring.

Disse medlemmer etterlyser konkrete politiske tiltak for etablering av et nasjonalt helsedataregister og et konkret lovarbeid for å sikre vern av personlige helseopplysninger og samtidig større tilgjengelighet for bruk av dataene i Norge.

Disse medlemmer viser til at de teknologiske endringene går stadig raskere, og at det gjør lov- og regelverksutviklingen mer krevende. De raske endringene fordrer jevnlig vurderinger, gjennomganger og oppdatering av eksisterende og fremtidig helselovgivning for å sikre at implementering av ny teknologi ikke unødvendig eller utilsiktet forhindres av utdatert regelverk. Samtidig bør den ulike lovgivning på helsefeltet ses i sammenheng.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen etablere arbeidet med et samlet nasjonalt helsedataregister og starte det nødvendige lovarbeidet for samtidig å sikre vern av personlige helseopplysninger.»

«Stortinget ber regjeringen sørge for at Helsenorge kan få en løsning for å gi den enkelte mulighet til å gi utvidet samtykke til anonymisert deling av egne helsedata.»

«Stortinget ber regjeringen legge en plan for at norsk helsetjeneste kan ha tilgang til sanntidsdata, og i første rekke velge enkelte områder som det kan gis sanntidsdata fra først.»

Komiteens medlemmer fra Høyre fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen jobbe for å sikre rask norsk deltakelse, og regulatorisk tilpassing til rammeverket for datadeling av helsedata i EU (European Health Data Space).»

Komiteens medlemmer fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti viser til Kantars Helsepolitiske barometer for 2024 hvor det kommer frem at flere enn 4 av 10 stiller seg positive til bruk av kunstig intelligens i helsetjenesten, og det er flere som er positive enn negative til bruken. Samtidig oppgir halvparten at man må vurdere nye arbeidsformer for å løse helsevesenets oppgaver, og mange mener i tillegg det må legges mer vekt på ny teknologi og for nye eksisterende og personellbesparende utstyr.

HELSETEKNOLOGI

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet mener at Norge har potensial til å bli verdensledende innen helseteknologi, med en høyt utdannet befolkning og gode forutsetninger for å være både produsent, utvikler og eksportør av helseteknologi. Det bør være attraktivt for både norske og internasjonale helsebedrifter å etablere seg i Norge, skape arbeidsplasser og drive utvikling og produksjon av helse-teknologi.

Utvikling og produksjon av helseteknologi kan gi tusenvis av høykompetente og attraktive arbeidsplasser, og disse medlemmer ser positivt på at private selskaper velger å etablere seg også i distriktene

Disse medlemmer mener at velferdsteknologi må tas i bruk i større grad for å imøtekomme behovene til en økende eldre befolkning. Gjennom bruk av velferdsteknologi kan hverdagen bli enklere, tryggere og mer selvstendig for eldre, samtidig som det gir flere muligheten til å bo hjemme lenger. Det offentlige må legge til rette for implementering av gode velferdsteknologiske løsninger, samtidig som det er viktig å understreke at teknologien aldri kan erstatte den menneskelige omsorgen og pleien.

Disse medlemmer ser også potensialet i kunstig intelligens for å forbedre diagnostisering og oppfølging av sykdommer, og for å redusere helsebyråkratiet. Bruk av roboter kan også bidra til tryggere operasjoner og mer helsetjenester hjemme. Det er viktig at Norge legger til rette for nyutvikling innen helseteknologi og kunstig intelligens for å sikre fremtidige fremskritt på dette området.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil peke på at det skjer masse innovativ utvikling innenfor helseområdet, men at det er vanskelig å få implementert dette, og at finansieringsordningene ikke følger med og gjør det vanskelig å få dette til. Et slikt eksempel er i innlandet hvor man har jobbet frem en løsning hvor man benytter tele- og kommunikasjonsutstyr for å undersøke en pasient når ambulansen eller hjemmetjenestene rykker ut. Dette kan bidra til at pasientene kan få raskere hjelp, det kan gjøre at pasienten i mange tilfeller ikke har behov for å måtte fraktes til sykehus, le-

gevakt osv. fordi med videokonsultasjoner kan lege/helsepersonell raskt finne ut hva som er best for pasienten.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres hurtigspor som kan bidra til at man raskere kan få på plass finansieringsløsninger og takstendringer som gjør at nye løsninger raskere kan tas i bruk.»

Disse medlemmer mener at den raskt utviklede digitale teknologien burde vært bedre adressert i meldingen, spesielt med tanke på utnyttelsen av helse-data og kunstig intelligens for å løse helsetjenestens utfordringer.

Det er viktig å sikre at helsetjenesten er fleksibel og omstillingsdyktig til tross for knappe ressurser og stramme budsjetter. Disse medlemmer mener at Stortinget og regjeringen må legge til rette for omstilling og fleksibilitet ved å satse på bruk av helsedata for å skape verdier, støtte klinisk forskning og innovasjon, samt redusere behovet for helsetjenester gjennom forebygging og bruk av innovative medisinske produkter.

Disse medlemmer mener at det må satses mer på teknologi og infrastruktur for bruk av helsedata, samt bedre involvering av innbyggere og brukere i utviklingen av strategier og tjenester. Det er positivt at regjeringen ønsker å legge til rette for bedre bruk av helsedata i forskning, kvalitetsforbedring og innovasjon, men det er viktig at tiltakene går langt nok for å sikre samfunnets høsting av verdier fra helsedata.

Disse medlemmer viser til Legemiddelindustrien (LMI) sitt høringsinnspill til komiteen om at:

«Den største mangelen i meldingen er konkrete planer for hvordan data fra pasientjournal og undersøkelser skal kunne brukes til forskning. Selv om vi har gode registerdata i Norge og disse etter hvert er blitt mer tilgjengelig, er det i mange sammenhenger behov for ytterligere data fra journal. Finland har satset spesifikt på å sette opp datasjører for å øke bruken av journaldata til sekundærbruk.»

Disse medlemmer mener at oppfølgingen av meldingen må inkludere en oppdatert og videreført handlingsplan for kliniske studier og investeringer, som er avgjørende for å sikre gode pasientforløp og likeverdig tilgang til helsetjenester. Det er også nødvendig å styrke innsatsen for å tilby desentraliserte kliniske studier og avstandsoppfølging, slik at pasienter over hele Norge kan få tilgang til nødvendig behandling.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt viser til at alle oppgaver innenfor helsetjenesten blir berørt av en digitaliseringsprosess som har stor betydning for både pasienter og helsepersonell sin arbeidshverdag. I møte med dette trengs en gjennomsliktig og forutsigbar prosess, som

både ivaretar helsetjenestens behov for effektivitet og kontinuerlig utvikling og pasientens rett til å beskytte egne data. Utvikling, sikkerhet og drift må være tre sider av samme sak, og alle må være såkalt inhouse, slik at man har egne ansatte som har kompetanse og kontroll.

Helseplattformen ga oss et system som verken er godt nok tilpasset eller oppleves som god i bruk, og der store deler av helsetjenesten nå er låst til eksterne leverandører, og må bære ekstrakostnaden ved det. Denne innsikten må føre til nye måter å jobbe med digitalisering i helsetjenesten på. Nav, Skatteetaten og Altinn er gode eksempler på løsninger der vi har egne utviklere og åpne kildekoder.

Komiteens medlem fra Sosialistisk Venstreparti viser til at Sosialistisk Venstreparti tidligere har fremmet et eget forslag om moratorium knyttet til kunstig intelligens.

På denne bakgrunn fremmer komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen komme tilbake med en egen sak om digitalisering i helsevesenet, der det legges til grunn at digitale løsninger er en del av kjernevirksomheten i helsevesenet, hvordan sikre tilstrekkelig kompetanse i helsevesenet til å sikre forsvarlig drift og utvikling, og der offentlig kildekode legges til grunn.»

4. Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen i løpet av stortingsperioden innføre en godkjenningsordning for kommersielle helseaktører. En slik ordning skal sikre kvalitet og faglig forsvarlighet i kommersielle tjenester. Det må innføres mekanismer der staten har mulighet til å legge begrensninger på etablering av nye kommersielle helseaktører når nyetableringer, av beredskapshensyn eller mangel på helsepersonell, vil gå på bekostning av den offentlige helsetjenestens evne til å gi forsvarlig helsehjelp.

Forslag fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus:

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen ikke foreta endringer i ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for rehabiliterings- og habiliteringstjenester frem til det er foretatt en helhetlig faglig gjennomgang av det samlede rehabiliterings- og habiliteringstilbudet.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen foreta en helhetlig faglig gjennomgang av det samlede rehabiliterings- og habiliteringstilbudet og legge frem en framskrivning av behovet for både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten frem mot 2040.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen implementere arbeidsrettet rehabilitering som en egen kategori i anbudsrunder og at en andel døgnplasser inngår i offentlige anskaffelser overfor ideelle og private rehabiliteringsinstitusjoner.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen etablere en digital kvinnehelseportal for formidling av kunnskap om kvinnehelse.

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen vurdere å utvide muligheten for å få medisiner på blå resept eller individuell refusjon av utgifter til hormonbehandling i overgangsalderen.

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen igangsette et prosjekt i Finnmark hvor pasienter tilbys mer sømløse helsetjenester og hvor spesialisthelsetjeneste kan ytes nærmere der pasienten bor. Prosjektet finansieres gjennom et eget samhandlingsbudsjett mellom Finnmarkssykehuset HF og kommunene. Prosjektet skal også følgeforskes.

Forslag 8

Stortinget ber regjeringen snarest og innen utgangen av 2024 legge frem forslag til en ny apoteklov.

Forslag 9

Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres flere «inn på tunet»-tilbud for å sikre forskjellige typer tilbud til personer som har demens, sliter psykisk og/eller med rus.

Forslag 10

Stortinget ber regjeringen legge til rette for en fleksibel modell for kontinuerlig utdanning tilpasset helse- og omsorgssektoren som tillater helsepersonell å gjennomføre nødvendig opplæring uten at det går utover deres operasjonelle oppgaver. Dette kan omfatte modulære nettbaserte kurs, opplæring på arbeidsplassen og partnerskap med utdanningsinstitusjoner.

Forslag fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti:*Forslag 11*

Stortinget ber regjeringen utrede og innføre et pakkeforløp for habilitering og rehabilitering som et ledd i å få til bedre samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og et mer helhetlig pasientforløp. Stortinget ber også regjeringen vurdere muligheten for et eget digitalt pakkeforløp hjem.

Forslag 12

Stortinget ber regjeringen gjennomgå dagens diagnoserelevante grupper (DRG) for å sikre at finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten legger til rette for prioritering av kvinnehelse.

Forslag 13

Stortinget ber regjeringen gjennomgå og endre takster i kommunehelsetjenesten for å sikre at prioritering av kvinnehelse belønnes økonomisk.

Forslag 14

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en sak om tilrettelegging for tverrfaglige team og oppgavedeling i alle deler av helsetjenesten, slik at riktig og trygg bruk av legemidler kan bli en realitet for alle pasienter.

Forslag 15

Stortinget ber regjeringen videreføre forsøksfor- skriften for primærhelseteam og opprettholde egenandel og sykepleiertakster fram til ny ordning for flerfaglige fastlegepraksiser er innført.

Forslag 16

Stortinget ber regjeringen sette i gang et større arbeid med å sikre økt oppgavedeling mellom helsepersonell i hele helsetjenesten.

Forslag 17

Stortinget ber regjering innføre spesialistgodkjenning for anestesisykepleier, barnesykepleier, intensivsykepleier, operasjonssykepleier, kreftsykepleier, jordmor, helsesykepleier og sykepleiere i psykisk helse-, rus og avhengighetsarbeid på bakgrunn av mastergradsvitnemål innenfor gjeldende fagområde.

Forslag 18

Stortinget ber regjeringen gjeninnføre årlige meldinger til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Forslag 19

Stortinget ber regjeringen instruere helseforetakene om å kjøpe ledig kapasitet hos private og ideelle leverandører innenfor somatikk, rus og psykiatri.

Forslag 20

Stortinget ber regjeringen om å ikke flytte finansieringen av avtalespesialistordningen fra folketrygden til de regionale helseforetakene.

Forslag 21

Stortinget ber regjeringen sørge for at helseteknologi raskere kan kontrolleres og valideres, slik at veien til kommersialisering blir kortere.

Forslag 22

Stortinget ber regjeringen vurdere om finansieringen av dagens helseteknologiklynger ivaretar det langsiktige arbeidet med helseteknologi, og legge en langsiktig plan for helseklyngene som understøtter arbeidet med helseteknologi.

Forslag 23

Stortinget ber regjeringen sørge for regulatoriske sandkasser der bedrifter og myndigheter får mulighet til å teste ut nye helseteknologier, utstyr og tjenester i utvikling som ikke helt passer inn i dagens lov- og regelverk.

Forslag 24

Stortinget ber regjeringen legge en plan for hvordan offentlige innkjøp av helseteknologi i kommunesektoren i større grad kan gjennomføres sammen av flere kommuner.

Forslag 25

Stortinget ber regjeringen tilrettelegge for økt bruk av fleksible anskaffelsesstrategier for innovative helse- tjenesteløsninger, blant annet ved å tilrettelegge for at flere aktører kan samle sine løsninger i et innovasjons- partnerskap og legge frem anbud sammen som en pakke.

Forslag 26

Stortinget ber regjeringen sørge for tverrsektorielt samarbeid gjennom digitale plattformer som integrerer data og ekspertise fra ulike sektorer, inkludert helse, teknologi og utdanning.

Forslag fra Høyre, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus:*Forslag 27*

Stortinget ber regjeringen innføre automatisk innkalling til kontroll 6 uker etter fødsel for mor.

Forslag fra Høyre og Fremskrittspartiet:*Forslag 28*

Stortinget ber regjeringen reversere avviklingen av fritt behandlingsvalg og komme tilbake til Stortinget med forslag om ny finansieringsmodell. Inntil videre bruker man finansieringsmodellen som ble brukt før avviklingen.

Forslag fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus:*Forslag 29*

Stortinget ber regjeringen sikre at innrapportering av aktivitet til Norsk Pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) inkluderer all aktivitet uavhengig av om eierskapet er offentlig, ideelt eller privat.

Forslag fra Fremskrittspartiet, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus:*Forslag 30*

Stortinget ber regjeringen sørge for at Flekkefjord sykehus opprettholdes med akutt- og traumefunksjoner.

Forslag fra Høyre og Kristelig Folkeparti:*Forslag 31*

Stortinget ber regjeringen utarbeide en Nasjonal helse- og sykehusplan som fremmes for Stortinget hvert fjerde år.

Forslag 32

Stortinget ber regjeringen fremlegge en plan for økt samarbeid i kommunesektoren om digital infrastruktur og digitale helse- og velferdsteknologier.

Forslag 33

Stortinget ber regjeringen etablere arbeidet med et samlet nasjonalt helsedataregister og starte det nødvendige lovarbeidet for samtidig å sikre vern av personlige helseopplysninger.

Forslag 34

Stortinget ber regjeringen sørge for at Helsenorge kan få en løsning for å gi den enkelte mulighet til å gi utvidet samtykke til anonymisert deling av egne helsedata.

Forslag 35

Stortinget ber regjeringen legge en plan for at norsk helsetjeneste kan ha tilgang til sanntidsdata, og i første rekke velge enkelte områder som det kan gis sanntidsdata fra først.

Forslag fra Fremskrittspartiet, Rødt og Pasientfokus:*Forslag 36*

Stortinget ber regjeringen sørge for at man øker finansiering av forskning knyttet til kvinners helse gjennom å øke Forskningsrådets tildeling øremerket kvinners helse. I tillegg skal de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentene få beskjed om at forskning på kvinnehelseområdet skal økes, og at dette skal følges opp av regjeringen.

Forslag 37

Stortinget ber regjeringen styrke Nasjonalt senter for kvinnehelseforskning og øke bevilgningen til allmennmedisinske forskningsenheter.

Forslag 38

Stortinget ber regjeringen gjennomgå og oppdatere nasjonale retningslinjer for sykdommer og helsetilstander som rammer kvinner, og sikre at det settes i gang arbeid for å opprette veiledere og retningslinjer på relevante tilstander som i dag ikke er dekket.

Forslag 39

Stortinget ber regjeringen sikre at Nasjonalt kompetansesenter på endometriose og adenomyose også har en behandlingsenhet for avansert endometriosekirurgi som pasienter fra hele landet kan henvises til.

Forslag 40

Stortinget ber regjeringen styrke vulvapoliklinikkene, og sikre at det finnes tilbud i alle helseregioner.

Forslag 41

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med konkrete forslag til tiltak for å få ned antallet amputasjoner i Norge.

Forslag fra Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus:*Forslag 42*

Stortinget ber regjeringen utvide spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta med en fødeavdeling og utrede nødvendige akutfunksjoner i tilknytning til dette.

Forslag fra Høyre:*Forslag 43*

Stortinget ber regjeringen endre satsen for innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten til 50 pst.

Forslag 44

Stortinget ber regjeringen i statsbudsjettet for 2025 allokere midler til opprettelse av en egen Katapult for helseteknologi/helseinnovasjon og at denne legges til et av de sentrale områdene for forskning og helseteknolo-

gi/innovasjon som eksisterer i dag. Attraktivitet for utenlandsk kompetanse og styrking av dagens eksisterende ledende miljøer i Norge må vektlegges i valg av lokasjon.

Forslag 45

Stortinget ber regjeringen jobbe for å sikre rask norsk deltakelse, og regulatorisk tilpassing til rammerverket for datadeling av helsedata i EU (European Health Data Space).

Forslag fra Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti:

Forslag 46

Stortinget ber regjeringen om snarest mulig å implementere og komme i gang med voksendvaksinasjonsprogrammet for å sikre høyest mulig vaksinedekning og gjennom forebygging redusere behovet for helsetjenester.

Forslag fra Fremskrittspartiet og Pasientfokus:

Forslag 47

Stortinget ber regjeringen sørge for å få på plass en finansieringsordning som sikrer tilbud om alderspsykiatriske sykehjem.

Forslag 48

Stortinget ber regjeringen følge opp Stortingets vedtak nr. 417 (2021–2022) om at regjeringen skal komme tilbake til Stortinget med en helhetlig gjennomgang av ordningene for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning av helsepersonell, herunder en vurdering av hvilke grupper som skal omfattes av disse ordningene og få fritak fra merverdiavgiftsloven, i løpet av 2024.

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus:

Forslag 49

Stortinget ber regjeringen sikre at større endringer i sykehusstruktur skal legges frem for Stortinget til godkjenning for endelig vedtak.

Forslag 50

Stortinget ber regjeringen om å foreslå konkrete tiltak for bedre samarbeid mellom skolehelsetjeneste, fastlege og lokale optikere for å sikre at skolebarn ser godt, herunder å rettighetsfeste at skolebarn som henvises fra skolehelsetjeneste eller fastlege til optiker, får dekket synsundersøkelsen.

Forslag fra Fremskrittspartiet:

Forslag 51

Stortinget ber regjeringen endre satsen for innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten til 60 pst.

Forslag 52

Stortinget ber regjeringen styrke innsatsen for å tilby desentraliserte kliniske studier og avstandsoppfølging for å sikre likeverdig tilgang til helsetjenester i hele Norge.

Forslag 53

Stortinget ber regjeringen se på hvordan det offentlige kan være en mer aktiv bidragsyter til lovende kreftforskning og -studier.

Forslag 54

Stortinget ber regjeringen se på ulike former for å sikre en sikker driftsfinansiering for Barnekreftforeningens kommende familiehus, slik at dette kan bli en integrert del av det norske helsetilbudet. Familiehusene etableres nå i forbindelse med de fire regionsykehusene. Det skal i denne forbindelse opprettes en stilling ved familiehusene for å hjelpe familiene til å koordinere deres lovfestede tjenestebehov mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, for å imøtekomme oppvekstreformen.

Forslag 55

Stortinget ber regjeringen gå gjennom lov- og regelverk, og samtidig se på finansieringen, slik at kommunene på en god måte blir i stand til å ivareta personer som har vært i alderspsykiatrien, som har store adferdsutfordringer og nå skal håndteres av kommunehelsetjenesten.

Forslag 56

Stortinget ber regjeringen om å tilrettelegge for å bruke erfaringskonsulenter i skole- og helsesektoren, samt rusomsorgen.

Forslag 57

Stortinget ber regjeringen etablere et kontaktpunkt for pasienter som enten henvises med mistanke om eller får påvist Parkinsons sykdom.

Forslag 58

I tråd med regjeringens føringer om å prøve ut nye organiseringsformer, rekruttere og beholde fagfolk, samt oppdrag til de regionale helseforetakene om å prøve ut alternative arbeidstidsmodeller, ber Stortinget regjeringen om å sørge for at det etableres en pilot ved Flekkefjord sykehus for utprøving av slike modeller som kan bidra til stabil og sikker rekruttering av legespesialister og annet helsepersonell til Flekkefjord sykehus og andre sykehus.

Forslag 59

Stortinget ber regjeringen etablere et utbyggingsselskap som får ansvaret for investeringer i utbygging, drift

og vedlikehold av sykehus etter modellen fra Nye Veier AS.

Forslag 60

Stortinget ber regjeringen sørge for at det etableres hurtigspor som kan bidra til at man raskere kan få på plass finansieringsløsninger og takstendringer som gjør at nye løsninger raskere kan tas i bruk.

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt:

Forslag 61

Stortinget ber regjeringen innføre sykehusutvalgets forslag om at 75 pst. av kapitalkostnadene ved bruk av nye sykehusbygg finansieres av staten.

Forslag 62

Stortinget ber regjeringen innføre tiltak for å redusere bruken av helseforsikringer, som å innføre merverdiavgift på helseforsikring og sikre at statlig eide selskaper og offentlig sektor ikke tilbyr helseforsikring som en del av lønnsgodter til sine ansatte.

Forslag 63

Stortinget ber regjeringen sikre at ansatte får en formell rolle i Helsefellesskapene.

Forslag 64

Stortinget ber regjeringen redusere bruken av innleid arbeidskraft fra bemanningsbyråer i kommunesektoren med minimum 15 pst. årlig. Ansvaret for arbeidet med å redusere innleie fra bemanningsbyråer i kommunale helse- og oppveksttjenester skal sikres gjennom partssamarbeidet mellom KS og partene i arbeidslivet.

Forslag 65

Stortinget ber regjeringen senest innen utgangen av 2024 instruere helseforetakene om å utarbeide konkrete planer for å redusere bruken av innleid helsepersonell fra bemanningsbyråer og en opptrapping av faste ansettelser. Planene må kreve en årlig reduksjon i bruken av innleie fra bemanningsbyråer på minimum 15 pst., og de ansattes organisasjoner må involveres i arbeidet med å utarbeide forpliktende planer for å rekruttere og beholde ansatte i helse, inkludert tiltak for mer heltid og bedre arbeidsforhold.

Forslag 66

Stortinget ber regjeringen komme tilbake med en egen sak om digitalisering i helsevesenet, der det legges til grunn at digitale løsninger er en del av kjernevirksomheten i helsevesenet, hvordan sikre tilstrekkelig kompetanse i helsevesenet til å sikre forsvarlig drift og utvikling, og der offentlig kildekode legges til grunn.

Forslag fra Sosialistisk Venstreparti og Pasientfokus:

Forslag 67

Stortinget ber regjeringen sette ned et utvalg som skal se på alternativer til helseforetaksmodellen, som inkluderer å se på en mer demokratisk styring, skille mellom drift og investering og mindre detaljstyring og byråkrati for helsepersonell.

Forslag fra Rødt og Pasientfokus:

Forslag 68

Stortinget ber regjeringen fremme lovforslag om at helseforetaksloven erstattes av en ny helseforvaltningslov med folkevalgt styring av sykehusene, der sykehusene eies av staten.

Forslag 69

Stortinget ber regjeringen om at helseprofesjonene styrkes på sykehusene, og at helsebyråkratiet reduseres sammen med kontroll- og ledernivåene, som erstattes av stedlig ledelse.

Forslag 70

Stortinget ber regjeringen etablere systemer for å ivareta et kjønnsperspektiv i beslutningsgrunnlaget på helse- og omsorgsfeltet slik at det sikres at vurderinger av kjønnsforskjeller ligger til grunn i utviklingen og oppdatering av nasjonale veiledere, retningslinjer og anbefalinger og for utformingen av tjenestetilbud i helse- og omsorgssektoren.

Forslag 71

Stortinget ber regjeringen i samarbeid med fagforeningene om å lage en strategisk plan for å beholde og rekruttere gynekologer og jordmødre i de offentlige helse-tjenestene.

Forslag 72

Stortinget ber regjeringen etablere et nasjonalt kompetansesenter for kroniske smerter.

Forslag 73

Stortinget ber regjeringen i forslaget til statsbudsjett for 2025 erstatte innsatsstyrt finansiering med full rammestyrt finansiering innen føde- og barselomsorgen.

Forslag 74

Stortinget ber regjeringen om at ordningen med dagbøter for overliggere i sykehus avvikles.

Forslag fra Kristelig Folkeparti og Pasientfokus:*Forslag 75*

Stortinget ber regjeringen følge opp vedtak 520 (2021–2022), slik at hjemmebesøk fra jordmor innen en uke etter fødsel rettighetsfestes.

Forslag 76

Stortinget ber regjeringen fremme konkrete tiltak som sikrer at alle kvinner som trenger oppfølging hos fysioterapeut etter fødsel, får det.

Forslag fra Rødt:*Forslag 77*

Stortinget ber regjeringen om å gjennomgå ordningen med fristbrudd, og sikre at alle pasienter får helsehjelp i det offentlige helsevesenet.

Forslag 78

Stortinget ber regjeringen sikre at det ved anbud på rehabilitering og habilitering, sikres at arbeidsrettet rehabilitering og tverrfaglig spesialisert rehabilitering blir inkludert som egne kategorier, og at antallet sengeplasser ikke reduseres. Anbudet må være forbeholdt ideelle aktører.

Forslag 79

Stortinget ber regjeringen avvikle innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten.

Forslag 80

Stortinget ber regjeringen i forslaget til statsbudsjett for 2025 erstatte innsatsstyrt finansiering med full rammestyrt finansiering innen poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Forslag 81

Stortinget ber regjeringen sikre at investeringer i sykehusbygg holdes utenom driftsregnskapet til sykehusene.

Forslag 82

Stortinget ber regjeringen sørge for at ingen nye private sykehus blir etablert eller utvidet inntil helsepersonellmangelen er under kontroll.

Forslag 83

Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag om en godkjenningsordning som sikrer at private helseinstitusjoner og private helsetjenester innen spesialisthelsetjenesten som ønsker å etablere virksomheter må søke gjennom en godkjenningsordning, og at avslag kan gis dersom etableringen kan true tilgangen på helsepersonell for de offentlige helsetjenestene.

Forslag 84

Stortinget ber regjeringen sikre en godkjenningsordning der private helseinstitusjoner og helsetjenester innen spesialisthelsetjenesten som ønsker å utvide eller endre virksomheten, må søke om ny godkjenning.

Forslag fra Pasientfokus:*Forslag 85*

Stortinget ber regjeringen utrede og komme med forslag til lovendringer som gir helseforetakene plikt til å inngå avtale med kommuner og fylkeskommuner i opptaksområdet om i hvilke saker kommuner og fylkeskommuner skal høres før styret i helseforetaket fatter beslutninger.

5. Komiteens tilråding

Komiteens tilråding I fremmes av medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Rødt.

II, VI, XIV og XV fremmes av en samlet komité.

III, VIII, IX og X fremmes av medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet, Sosialistisk Venstreparti, Rødt og Pasientfokus.

IV, V, VII og XI fremmes av medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Rødt, Kristelig Folkeparti og Pasientfokus.

XII og XIII fremmes av medlemmene fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti og Rødt.

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

v e d t a k :

I

Stortinget ber regjeringen om at det før sommeren 2025, i forbindelse med en folkehelseundersøkelse i Oslo, gjennomføres oppsøkende arbeid i Groruddalen for å sikre deltagelse fra minoritetsbefolkningen og en særlig kartlegging av minoritetshelse.»

II

Stortinget ber regjeringen bedre ivareta et kjønnsperspektiv i beslutningsgrunnlaget på helse- og omsorgsfeltet.

III

Stortinget ber regjeringen om å sikre at kjønnsperspektivet blir ivaretatt i behandlingsretningslinjene når de oppdateres, og ber regjeringen foreta en særskilt oppdatering av retningslinjene for typiske kvinnesykdommer der de starter med å oppdatere Nasjonal prio-

riteringsveileder for kvinnesykdommer, retningslinjer for angst og depresjon og de faglige retningslinjene for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd.

IV

Stortinget ber regjeringen gjennomgå og oppdatere nasjonale retningslinjer for sykdommer og helsetilstander som rammer kvinner.

V

Stortinget ber regjeringen innføre krav om kjønnsperspektiv i all medisinsk og helsefaglig forskning.

VI

Stortinget ber regjeringen sikre at det totale antallet døgnplasser i psykiatrien økes i tråd med framskrivingene for den enkelte helseregion, og at det skal være desentralisert psykiatrisk behandling med døgntilbud.

VII

Stortinget ber regjeringen sørge for at henvisning til Pusterom, eller annet tilrettelagt treningstilbud, innføres i pakkeforløpene for kreft ved diagnosetidspunktet.

VIII

Stortinget ber regjeringen utrede sikkerhetshjem som en løsning for de som dømmes til tvunget psykisk helsevern.

IX

Stortinget ber regjeringen ta initiativ til å få på plass en samarbeidsavtale med KS og partene i arbeidslivet om å redusere bruken av innleid arbeidskraft fra bemanningsbyråer i helse- og omsorgstjenestene i kommunesektoren. Ansvaret for arbeidet med å redusere innleie fra bemanningsbyråer i kommunale helse- og

oppveksttjenester skal sikres gjennom partssamarbeidet mellom KS og partene i arbeidslivet.

X

Stortinget ber regjeringen sørge for en årlig rapportering på utviklingen i bruken av innleie i helseforetakene med mål om ytterligere reduksjon, og sette mål om en vesentlig reduksjon innen to år. Stortinget skal holdes orientert på egnet måte.

XI

Stortinget ber regjeringen vurdere hvordan fysioterapeuter kan bli en del av oppfølgingen på helsestasjonene, også for mor etter fødsel.

XII

Stortinget ber regjeringen utrede ulike ordninger for å håndtere avskrivningskostnader i sykehus og alternative modeller for rentekompensasjon for sykehusbygg.

XIII

Stortinget ber regjeringen vurdere å overføre kontraktsansvaret for fristbruddordningen til de regionale helseforetakene.

XIV

Stortinget ber regjeringen vurdere ikke møtt-gebyret for barn og pasienter innen psykisk helse, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte med en innretning som i mindre grad er belastende for sårbare grupper.

XV

Meld. St. 9 (2023–2024) – Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 Vår felles helsetjeneste – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 28. mai 2024

Tone Wilhelmsen Trøen

leder

Truls Vasvik

ordfører



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2024/5512

Vår ref
24/1711-

Dato
10. mai 2024

Meld. St. 9 (2023-2024) – spørsmål om ny rentemodell og egenkapital

Jeg viser til brev av 30. april 2024 fra Helse- og omsorgskomiteen ved komiteleder Tone Wilhelmsen Trøen med følgende spørsmål til Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027*:

- 1. Kan statsråden gjøre rede for forholdet mellom dagens rentemodell og rentemodellen fra før 2018 som er foreslått gjeninnført?*
- 2. Hvorfor vil endret rentemodell gi «betydelig lavere rentekostnader» og «spare sykehusene for milliarder» når egenkapitalen senkes til 10 %? Vi ber om at statsråden viser hvordan helseforetakene kommer gunstigere ut med endret rentemodell ved for eksempel en investering i et nytt sykehusbygg til 15 milliarder.*
- 3. Hvordan slår disse to rentemodellene ut ved henholdsvis 30 % egenkapital og 10 % egenkapital? Dette må illustreres med konkrete utregninger i klare tall og tabeller.*

Svar:

I statsbudsjettet for 2018 ble det innført en ny rentemodell for investeringslån til de regionale helseforetakene. Rentemodellen ble gjort gjeldende for lån til prosjekter som fikk innvilget låneramme fra og med 2018. Ny rentemodell fra 2018 beregner faste og flytende renter med utgangspunkt i basisrenten som beregnes av Finanstilsynet, med et fratrekk på 0,5 prosentpoeng. Basisrenten benyttes også i Husbanken og Statens Lånekasse, men de har et større fratrekk i basisrenten.

Prosjekter som var innvilget låneramme før 2018, beholdt tidligere rentebetingelser hvor det er lagt til grunn renten på seks måneders statskasseveksler med et påslag på 0,4

prosentpoeng. Den samme rentemodellen gjelder også for helseforetakenes bruk av driftskreditter.

Forslaget om å endre rentemodellen fra 2018 tilbake til modellen som ble brukt før 2018 for alle lån, er i tråd med forslaget fra Sykehusutvalget og innspill fra de regionale helseforetakene. Det er vurdert at å gå tilbake til den gamle renteberegningsmodellen vil gi bedre rentebetingelser for helseforetakene over tid. Helse Sør-Øst RHF har estimert effekten av forslaget til 2,8 mrd. kroner for Nye Aker og Nye Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus HF, over lånets løpetid. Stortinget har allerede vedtatt lånerammer til dette prosjektet basert på gjeldende låneandel. Endringen som nå foreslås i låneandelen vil ikke ha tilbakevirkende kraft og dermed ikke påvirke dette prosjektet. Det samme gjelder en rekke andre prosjekter med vedtatte lånerammer i perioden 2018 til 2024. Det gjennomføres nå store sykehusutbygginger i alle regioner. Som følge av dette vil samlet lånegjeld før byggelåmsgjeld øke fra om lag 15 mrd. kroner ved utgangen av 2023 til om lag 55 mrd. kroner i løpet av få år. Lavere rente vil utgjøre store beløp over lånenes løpetid for disse prosjektene.

Over tid har det skjedd flere endringer i lånebetingelsene. I perioden 2008-2013 var øvre låneandel 50 pst. av styringsramme P50 i konseptfasen. I statsbudsjettet for 2014 ble det vedtatt en utvidelse av lånerammen fra 50 pst. til 70 pst. av investeringskostnaden tilsvarende estimert kostnadsramme P85 i konseptfasen. Dette innebar både at lånerammen økte (fra 50 pst. til 70 pst.) og at den baserte seg på et høyere beløp (fra P50 til P85). I 2017 ble det åpnet for å øke avdragstiden på statlige lån fra 20 til 25 år. Fra 2019 ble avdragstiden ytterligere økt til 35 år, i tillegg ble det gitt mulighet til å ta opp annuitetslån. Formålet med endringene i lånebetingelsene har vært å forbedre likviditeten til de regionale helseforetakene og sikre større evne til raskere å kunne gjennomføre store og nødvendige investeringer i bygg, IKT og medisinsk-teknisk utstyr.

På omleggingstidspunktet i 2018 ga den nye rentemodellen ett prosentpoeng høyere rente for helseforetakene. I perioden 2018 til 2024 har renten i gjennomsnitt vært 0,3 prosentpoeng lavere for lån som er gitt etter rentemodellen som gjaldt før 2018. Det er vanskelig å anslå hvordan rentenivået vil utvikle seg framover og hva forskjellen i rentenivå mellom de to modellene vil bli, men som oppgitt i meldingen er det grunn til å tro at renten vil være lavere med den gamle modellen over hele lånets løpetid. Endring av rentemodellen tilbake til modellen som ble brukt før 2018 for alle lån var et forslag fra Sykehusutvalget, og er ønsket av alle de fire helseregionene.

Forslaget om endret låneandel betyr i realiteten at låneandelen øker med 10 prosentpoeng sammenlignet med dagens ordning. Dette skyldes at lånerammen øker (fra 70 pst. til 90 pst.) basert på et lavere beløp (P50 istedenfor P85). Økt låneandel vil gi økte rentekostnader uansett rentenivå, og den enkelte helseregion må vurdere om det er ønskelig å benytte seg av økt låneandel i det enkelte prosjekt. Forslaget om økt låneandel legger til rette for at nødvendige investeringer kan gjennomføres raskere siden det ikke vil være nødvendig å spare opp like mye egenkapital på forhånd. De regionale helseforetakene kan for øvrig fordele likviditet til helseforetak med prioriterte prosjekter. Slik fordeling av tilgjengelig

regional likviditet håndteres som interne lån og kommer i tillegg til investeringslån fra staten. De regionale helseforetakene praktiserer ordninger med interne lån på ulike måter. Interne lån belastes med renter og det beregnes renter på innskudd for helseforetak som eventuelt må avgi likviditet.

Hvorvidt framtidige prosjekter med økt låneandel vil få reduserte rentekostnader samlet sett vil avhenge av renteutviklingen framover.

I spørsmålet bes det om en konkret beregning basert på en investering på 15 mrd. kroner for de to rentemodellene og henholdsvis 30 og 10 prosent egenkapital. I beregningen under er det lagt til grunn at endret egenkapitalkrav vil kunne øke lånet fra 10,5 mrd. kroner til 12 mrd. kroner for denne investeringen, jf. omtalen over om å gå fra P85 til P50. Effekten av endret rentemodell og redusert egenkapital er illustrert i tabellene nedenfor med ulike antakelser om rentebaner framover. Det er lagt til grunn at en langsiktig rente på 3,5 pst. over lånets løpetid og et lån på 10,5 mrd. kroner vil gi samlede rentekostnader på 6 523 mill. kroner (serielån over 35 år), dvs. 186 mill. kroner i året i gjennomsnitt over 35 år. En økning i låneandelen til 80 pst. vil gi økte rentekostnader på 932 mill. kroner over lånets løpetid i nullalternativet med økt låneandel og uendret rentemodell.

1. Renteforskjell på 0,3 prosentpoeng

Alle tall i mill. kroner	70 pst. låneandel (av p85)	90 pst. låneandel (av p50)
Modell fra 2018 3,5 prosent	0	932
Modell til 2018 3,2 prosent	-559	293

I tabellen over er det beregnet at lånekostnadene vil øke med 293 mill. kroner over lånets løpetid med økt låneandel og endret rentemodell tilbake til modellen før 2018.

2. Renteforskjell på 0,5 prosentpoeng

Alle tall i mill. kroner	70 pst. låneandel (av p85)	90 pst. låneandel (av p50)
Modell fra 2018 3,5 prosent	0	932
Modell til 2018 3 prosent	-932	-133

I tabellen over er det beregnet at lånekostnadene vil bli redusert med 133 mill. kroner over lånets løpetid med økt låneandel og endret rentemodell tilbake til modellen før 2018

3. Renteforskjell på 0,45 prosentpoeng

Alle tall i mill. kroner	70 pst. låneandel (av p85)	90 pst. låneandel (av p50)
Modell fra 2018 3,5 prosent	0	932
Modell til 2018 3,05 prosent	-839	-26

I tabellen over er det beregnet at lånekostnadene vil bli om lag uendret over lånets løpetid med økt låneandel og endret rentemodell tilbake til modellen før 2018.

Med hilsen



Jan Christian Vestre