



Representantforslag 17 S

(2015–2016)

fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Iselin Nybø, Ola Elvestuen og André N. Skjelstad

Dokument 8:17 S (2015–2016)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Ketil Kjenseth, Iselin Nybø, Ola Elvestuen og André N. Skjelstad om et drømmeløft for akuttmedisin, psykiatri og regional helseinnovasjon 2017–2021

Til Stortinget

Bakgrunn

Norske helsetjenester er blant de beste i verden, målt både i overlevelse, levealder, ressursinnsats og geografisk fordeling. Men Norge står foran store utfordringer knyttet til en økende spesialisering, ny og persontilpasset medisiner, ny medisinsk teknologi, ny bioteknologi, ny sensortechnologi, digitalisering og ikke minst en aldrende befolkning som i mindre grad enn unge er mobile – de må i hovedsak få tjenester nært der de bor. Dette vil være utfordrende både når det gjelder prioriteringer, investeringer og organisering fram mot 2040.

I 2003 brukte Norge 70 mrd. kroner over statsbudsjettet til helseformål, fordelt på 10 mrd. kroner til kommunehelsetjenester, og 55 mrd. kroner til spesialiserte helsetjenester i sykehusene og om lag 5 mrd. kroner til helsebyråkrati. I 2013 var dette vokst til 232 mrd. kroner, fordelt på 78 mrd. kroner i kommunehelsen, 119 mrd. kroner i spesialisthelsen i sykehusene og vel 35 mrd. kroner til helseadministrasjon. Det fremgår av dette at veksten har vært stor, og særlig stor i spesialisthelsetjenesten (sykehusene).

I 2014 var de løpende helseutgiftene på 290 mrd. kroner, hvor de offentlige utgiftene stod for 247 mrd. kroner (85 pst.). Norges andel på 85 prosent offentlig finansiering er noe høyere enn snittet i EU-landene, som er på 73 prosent.

En stor del av de private utgiftene på 43 mrd. kroner gjelder tannhelse – som i Norge i hovedsak er privat (70 pst.). Legger man til syn og hørsel, utgjør tenner, øyne og ører en stor del av de private utgiftene. Noen vil si naturlig nok. Andre vil si at det er et stort paradoks, all den tid det er basale funksjoner og svært allmenne helsetjenester som ligger i de private tjenestene. Av de totale offentlige utgiftene på statsbudsjettet i 2014 på 1 418 mrd. kroner utgjorde helseutgiftene ca. 17 prosent.

Forslagsstillerne viser til at investeringene til helseformål i 2014 utgjorde om lag 20 mrd. kroner, ifølge foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Historisk sett er dette et høyt nivå. Dette henger blant annet sammen med bygging av nytt sykehus i Østfold. I 2017 forventes det store investeringer, med oppstart av nye sykehusbygg i Drammen, Molde og Stavanger. Av de 20 mrd. kronene i 2014 gikk om lag 3,5 mrd. kroner til investeringer i forskning og utvikling (FoU). Dette inkluderer hovedsakelig lønn og andre kostnader som går med til å drive med FoU i sykehusene. Dette representerer en verdi i form av kunnskap som man vil kunne dra nytte av i årene som kommer.

Korrigert for investeringer i sykehussektoren, samt FoU som nesten utelukkende foregår i sykehusene, skjer det svært lite investeringer i den (inter)kommunale delen av helsesektoren. Forslagsstillerne vil trekke fram to eksempler for å belyse mulighetene, men også utfordringene.

Valdres lokalmedisinske senter, en felles investering på 300 mill. kroner mellom de seks Valdreskommunene, står som ett av få eksempler etter samhandlingsreformen på et interkommunalt initiativ og en i hovedsak kommunalt drevet investering gjennom et felles eiendomsselskap. Underveis har det kommet til flere tilbud som etableres i regi av Syke-

huset Innlandet og med en årlig leieforpliktelse på 5 mill. kroner for polikliniske spesialisthelsetjenester.

Et annet godt eksempel på nytenkning om framtidens lokalsykehus og tettere samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er «Utviklingsprosjekt Nordfjord sjukehus» – en vellykket omstilling som de fleste aktører i dag er svært godt fornøyde med. Det startet imidlertid ikke med et (inter)kommunalt ønske om samling av primærhelsetilbud, men med et statlig ønske om å avvikle akuttkirurgi og tilskudd til omstilling.

Forslagsstillerne mener disse eksemplene synliggjør at det trengs sterkere insentiver lokalt – uansett hvordan tjenester skal samles. Dette må settes bedre i system, slik at det blir en bedre balanse i utviklingen av samlokaliserte tilbud i primærhelsetjenesten og prehospitale tilbud og ikke bare i nye, store sykehusbygg.

Forslagsstillerne viser til at Norge, som andre land, har utfordringer knyttet til sosial ulikhet i helse. Generelt ser man en betydelig vekst i ikke-smittsomme sykdommer som diabetes, kreft og KOLS, samt overvekt og sykkelig fedme og vekst i antallet med psykiske lidelser. Dette er en stor folkehelseutfordring.

Framover mot 2040 får Norge en stor vekst i antallet eldre over 80 år. Dette gir i liten grad et nytt sykdomsbilde, men flere vil komme til å leve med sykdom lenger. Slik sett vil det kreve en kapasitetsvekst, særlig hvis man vil opprettholde eller styrke dagens nivå på pleie- og omsorgstilbudet i kommunene. Men det forventes også en betydelig vekst i spesialisthelsetjenesten. Særlig gjelder dette poliklinisk behandling.

I 2040 vil det være behov for rundt 40 prosent flere årsverk i spesialisthelsetjenesten, ifølge beregninger fra SSB. Framskrivningene viser hvordan den nødvendige bemanningen avhenger av befolkningsutvikling, produktivitetsvekst, standarden på tjenestene og helsetilstanden blant eldre. Bemanningsbehovet øker sterkest i de regionene hvor det forventes sterkest befolkningsvekst. Behovet er beregnet å vokse mest i Akershus, Oslo og Stavanger med opptil 50 prosent. Lavest anslås veksten å bli for Nord-Norge, med om lag 25 prosent. Uansett er dette et betydelig antall årsverk. Svært mange flere må velge helsefaglig utdanning og mange flere må ta spesialistutdanning. Særlig vil det gjelde sykepleiere.

Norsk helsesektor er relativt godt organisert, med stor inspirasjon fra britisk helsesektor og relativt lik organisering som i de andre nordiske landene. Sykehusreformen i 2002 endret både styring, organisering og finansiering av sykehussektoren. Staten, med regionale helseforetak overtok eierskapet fra fylkene, og sykehusforetak med oppnevnte styrer overtok driften av de enkelte sykehus. I kommunehelsen er samhandlingsreformen fra 2012 den siste store inn-

holdsreformen. Intensjonen var å skape et mer helhetlig helsetilbud der folk bor ved å bygge ut generalistkompetansen lokalt.

Forslagsstillerne viser til at en viktig premissleverage til samhandlingsreformen var den amerikanske forskeren Barbara Starfield. Hun skrev mye om gevinstene ved å bygge helsetjenesten på en solid primærhelsetjeneste, både med hensyn til befolkningens forventede levealder og samfunnsøkonomi. Primærhelsetjenesten skal være noe annet enn andrelinjertjenesten. Den skal være helhetlig, tilby hjelp over lange tidsstrekk og koordinere.

Det er for tidlig å felle en dom over samhandlingsreformen og gevinstene, men så langt tyder det meste på at kommunene heller spesialiseres på syke eldre som er utskrevet (for tidlig?) fra sykehus enn at de har blitt sterkere generalister. I tillegg har utviklingen fra 1970-tallet med silo-organisering av stadig nye helse-, sosial- og velferdstjenester i kommunene tiltatt, med Nav-reformen på toppen. Helsestasjon på ett sted, skolehelsetjeneste et annet, sosialbolig i en kommunal boligstiftelse, PPT et tredje sted, barnevern her, jordmor der, Frisklivssentral for seg, hjemmetjenesten spredt rundt i baser og kanskje rehabilitering i en privat institusjon i nabokommunen.

I takt med lokal fragmentering innen tidlig innsats og folkehelse har det akutte og mest alvorlige i kommunene, legevakt, tatt av i foretaksorganisering. Fra legevakt i hver kommune (428), er det nå 191 legevakter – hvorav 112 er interkommunale, organisert i vertskommunesamarbeid eller som interkommunalt samarbeid (IKS). Samme vei har det gått med de akuttmedisinske kommunikasjonsentralene, som det i dag er 20 av, og der det forventes en ytterligere nedgang. Rent teknisk kunne Norge kanskje nøye seg med 1, men rent praktisk vil det gå mot et antall mellom 6 og 15.

For framtidens utfordringer er det viktig å styrke primærhelsetjenesten lokalt og tenke helhet i de tjenestene som utvikles. Dette er selve fundamentet for å bygge robusthet med hensyn til å håndtere de akutte situasjonene.

Det mest akutte i norsk helsesektor er ikke hvilke 4–5 lokalsykehus som står i fare for å miste akuttkirurgi, men hvordan samfunnet skal organisere akuttmedisin og psykiatri i en kommunestruktur som stammer fra en tid det knapt fantes sykebiler. I 2015 er det 10 luftambulansebaser og nesten like mange ambulanshelikoptre som det var sykebiler i 1964 (i byene var hesteambulans helt vanlig på 1950-tallet). Om noen få år blir bruk av helsedroner vanlig. Ikke for å frakte personer, men for å frakte informasjon, hjelpemidler og medisiner til syke og pårørende.

Det investeres stort i større sykehus, men bygges knapt lokalmedisinske sentre i Kommune-Norge. Legevaktene, førstelinja i akuttmedisinen, domineres mange steder av vikarleger som hverken snakker

norsk eller kjenner norske forhold. Et barn med armbrudd venter på samme lille venterom som en psykisk syk voksen. Knappt noen legevakter har legebil, og de er eneste nødetat som ikke er uniformert. Noen har omtalt legevakten som «nødetat i bakevja». Ambulansene, som er i ferd med å bli små akuttmottak på hjul, har først de siste årene fått sin høyskoleutdanning (paramedic) for ambulanspersonell, og første psykebil er så vidt på veien.

Lokalt står alarmsentralene overfor en digital revolusjon, som er på full fart inn i norske (alders)hjem med smarttelefoner og nettbrett. Mens Telenor minner kommunene stadig mer akutt på at sentralene (på brannvakta) i dag er analoge og at fasttelefonen skal avvikles i 2017. Skal brannmennene bli hjemmehjelpere, eller skal hjemmehjelpen bli digital?

De neste fem årene i norsk helsesektor er de viktigste de neste femti årene. Det er nå landet har tid og penger til å organisere seg for å møte framtida. Helsesektoren blir mer spesialisert, ja, men også mer allmenn. Norge trenger allmennmedisin og akuttmedisin i kombinasjon med ny teknologi, bedre organisering og at noen får et ansvar. Særlig for det viktige «venterommet» – det som i dag hverken kommuner eller sykehusene helt tar ansvar for og som de neste årene skal håndtere en stadig større andel eldre i distriktene. Forslagsstillerne peker særlig på følgende utfordringer:

- Lokal samling (i lokal-/distriktsmedisinske sentre (DMS), helsehus og distriktspsykiatriske sentre (DPS) samt samle folkehelse lokalt i Familiens Hus)
 - Samle legevakt og/eller helsevakt (som Trondheim nå bygger) med kommunalt akutte døgnplasser/øyeblikkelig hjelp-senger, sykehjem, ambulans, fysio-/ergoterapi etc. og kanskje til og med noen avtalespesialister
 - Styrke lokal betjening via telefon og nettbaserte henvendelser. Særlig med innføring av nytt, felles nummer for øyeblikkelig hjelp for hele Norge (116 117). Om lag 40 prosent av alle henvendelser til legevakt besvares av sykepleier og henvises ikke til lege.
 - Det brukes i dag store offentlige beløp på å kjøpe vikartjenester fra private vikarbyråer særlig i helseforetakene, men også i kommunene. En kan ikke møte framtidens store behov for vekst i antall ansatte i helsesektoren med en slik økonomisk ressursbruk og kompetanseforvaltning.
 - Utvikle regionale/fylkesvise modeller med flere fastlønnede legevaktsleger for å bistå lokalt og ta ansvar for opplæring, utdanning av turnusleger i legevakt, utdanning av legevaktsykepleiere og utdanning av merkantil legevaktkompetanse.
 - Utvikle lokal legebil- og ambulansetjeneste og sørge for fagutdanning (fagbrev og/eller paramedic for ambulanspersonell, samt koordinere øvelser og etter- og videreutdanning)
 - AMK (akuttmedisinsk kommunikasjonssentral) – koordinere øvelser og bidra i samhandling mellom de mange aktørene
 - Alarmsentraler – digitalisering, standardisering og bemanning for framtida
 - Etablere regionale trenings- og simuleringssentre for nødetatene
 - Bidra til utvikling av prehospital elektronisk pasientjournal (PEPJ), elektronisk samhandling mellom legevakt og kommunehelsetjeneste – og mellom kommuner og sykehus
 - Bidra til å implementere velferdsteknologi, telemedisin og mobil helse i primærhelse og lavterskel psykisk helse. Mange kommuner har behov for å prøve ut nytt utstyr i samhandling med eksisterende, for å avklare både teknologiske og kompetansemessige barrierer før de går til større anskaffelser. En utlånspool/bibliotekordning med tilhørende kompetanse vil særlig redusere risiko og avklare behov.
 - Innovasjon i helse
 - Rehabilitering og habilitering – med hverdagsrehabilitering og standardisering av behandlingsforløp
 - Samhandling med og utvikling av private aktører (som i hovedsak er diakonale og ideelle aktører i Norge, men også mer integrering av de 1 500 avtalespesialistene). I tillegg til de 51 somatiske sykehusene finnes 20 psykiatriske sykehus, ca. 20 private klinikker med sykehusgodkjenning og en rekke rusinstitusjoner og rehabiliteringsinstitusjoner som kan utnyttes bedre, særlig utenfor de store byene.
 - Utvikle og bistå juridisk avtalekompetanse. Bare 1 av 10 kommuner har ansatt jurist. Det er i dag en stor utfordring for den kommunale helsetjenesten å «henge med» på den enorme veksten i juridiske avtaler mellom kommunene og helseforetakene.
- Forslagsstillerne mener at tjenestene og oppgavene over egner seg typisk for et «opptaksområde»/befolkningsgrunnlag på mellom 5 000 og 30 000 innbyggere, avhengig av geografi og typisk utenfor de store byene. I praksis angår dette tilbud på tvers av særlig de om lag 250 kommunene med færre enn 5 000 innbyggere. Men det angår også legevakter i sentrale strøk med opp til 100 000 i opptaksområde og som er organisert helt eller delvis i et samarbeid mellom opp til 14 kommuner, nesten uten administrativt personale til å drifte.
- I sykehusene snakker man gjerne om opptaksområder for å betegne funksjoner og innhold:
- Universitetssykehus: 300 000 innbyggere

- Regionsykehus: 60–300 000 innbyggere
- Lokalsykehus: 20–60 000 innbyggere

Tilsvarende bør man begynne å snakke om befolkningsgrunnlag/opptaksområder i primærhelsetjenesten for akuttmedisin og -psykiatri og nødeter for å tydeliggjøre ansvar for tilbud og utvikling som i dag hverken er ansvarliggjort, godt nok organisert og/eller finansiert.

Det akutte samhandlingsløftet 2017–2021

For å få fart på strukturering av og investeringer i primærhelsetjenesten samt i akuttmedisin og psykiatri regionalt, styrke rekrutteringen til ulike helsefag lokalt og ta et politisk ansvar for standardisering og implementering av ny teknologi, vil forslagsstillerne gi fylkene/de nye regionene et politisk prosjektansvar i perioden 2017 til 2021.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene et tidsavgrenset politisk prosjektansvar i perioden 2017–2021 for å utvikle mer samlokalisering av lokale helsetilbud, styrke akuttmedisin og akuttpsykiatri lokalt, bistå i utvikling av legevaktene, implementere velferdsteknologi, innovere mer i primærhelsetjenesten, drive fram flere kliniske studier lokalt og være samhandlingsaktør særlig for ideelle/private helsetilbydere regionalt.
2. Stortinget ber regjeringen om årlig å stille til disposisjon en samlet investeringsramme på 1 mrd. kroner for perioden 2017–2021 som fylkene/regionene får ansvar for å fordele til interkommunale legevaktprosjekter, helsehus, alarmsentraler m.m. basert på lokale søknader. De beste prosjektene vinner, uansett fylke/region.
3. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene et større ansvar for innovasjon i helse knyttet til ideelle aktører og frivillige organisasjoner for å imøtekomme endringer i anskaffelsesregelverket fra 2016.
4. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene et særlig ansvar for å utvikle modeller for regionalt offentlig-privat og offentlig-frivillig samarbeid (OPS/OFS) innen rehabilitering og habilitering – og delegere et avgrenset økonomisk ansvar for å inngå behandlingsavtaler.
5. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene ansvar for forsøk knyttet til formidling og forvaltning av hjelpemidler, hvor hjelpemidler i offentlige og private rehabiliteringsinstitusjoner implementeres og hvor formidlingsmodeller prøves ut. Målet må være færre hjelpemidler på lager og i garasjer – og flere i bruk.
6. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene ansvar for forsøk med å prøve ut utlånsordninger for velferdsteknologi og medisinskteknisk utstyr til kommuner.
7. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene et særlig ansvar for å utvikle nye fagskoletilbud i velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering i praksisnære løp med kommunene og særlig rettet mot å virke i hjemmebaserte tjenester. Utdanning og praksis fra helsefaglig yrkesutdanning som helsefagarbeider, helsesekretær, fotpleier, tannpleier og aktivtør er særlig relevant bakgrunn.
8. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene et særlig ansvar for å etablere kompetanse som gjør at kommunene, interkommunale selskaper (IKS), lokale helseklynger og lokale/ideelle aktører knyttet til helse og velferd bedre settes i stand til å nyttiggjøre seg virkemiddelapparatet (virkemidler for regional FoU og innovasjon (VRI), InnoMed, klyngene, regionale forskningsfond (RFF) og offentlige og industrielle forsknings- og utviklingskontrakter (OFU/IFU)).
9. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene et særlig ansvar for å sørge for anskaffelser av pilotmodeller for tjenesteutvikling fra sosiale entreprenører, hvor målet er at det offentlige skal få tilgang til og dernest kjøpe og implementere de beste modellene.
10. Stortinget ber regjeringen gi fylkene/regionene et særlig ansvar for å utvikle mobile helsetilbud rettet mot ungdom, slik som blant annet Nordland fylkeskommune har utviklet den nasjonale og autoriserte tjenesten Klara Klok.

24. november 2015