



Representantforslag 19 S

(2015–2016)

fra stortingsrepresentanten Kjersti Toppe

Dokument 8:19 S (2015–2016)

Representantforslag fra stortingsrepresentanten Kjersti Toppe om å utvikle folkets helsetjeneste og en ny nettverksmodell for kvalitet i sykehusene

Til Stortinget

Bakgrunn

Formålet med helsepolitikken er å fremme helse, forebygge sykdom og sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Norske sykehus skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt legge til rette for forskning og utdanning. Norske sykehus utfører i dag mye godt arbeid, men de er i for stor grad preget av ressurskamp og sentralisering.

Forslagsstiller mener det må være et mål for helsepolitikken å skape folkets helsetjeneste. Folkets helsetjeneste skal være et gode ikke bare for pasienten, men for hele samfunnet og for mennesker i alle livssituasjoner, som gir grunnlag for bosetting og næringsliv. Et desentralisert helsevesen er nødvendig for å skape likeverdige helsetjenester. Likeverdige helsetjenester trengs for å skape trygghet for de som vil etablere seg i vårt langstrakte land. Forslagsstiller vil ha et solidarisk helsevesen, demokratisk styrt og folkelig forankret. Da trengs det en godt utbygd kommunehelsetjeneste som kan sikre god folkehelse gjennom forebygging og kvalitativt gode helse- og omsorgstilbud nær der folk bor. Da trengs det også en desentralisert sykehussektor som baseres på tydelige faglige krav og samarbeid mellom sykehus. Sykehusene må tas tilbake til offentlig forvaltning. Forslagsstiller vil sikre kvalitet og pasientsikkerhet, lokal be-

redskap for liv og helse og gi folk trygghet for det nære sykehusstilbudet.

I folkets helsetjeneste må det være gode offentlige sykehus som kan sikre folk likeverdige sykehusstilbud og beredskap der de bor. Forslagsstiller mener at ideelle sykehus tilbydere skal være en integrert del av dette offentlige sykehusstilbudet. Private tilbydere av spesialisthelsetjenester er et viktig supplement, spesielt for behandling av enkelte avklarte tilstander. Men bruk av private må reguleres gjennom langsiktige avtaler med det offentlige for å sikre politisk styring.

Forslagsstiller mener at sykehus er samfunnets fellesansvar, som må finansieres på samme måte som eldreomsorg og skole, altså gjennom rammebudsjetter til det enkelte sykehus. Sykehusets ledelse er ansvarlig for at kvalitetskrav og pålagte oppgaver løses innenfor budsjettet. Utvikling av folkets helsetjeneste må sikre at sykehus ledes på en måte som har tillit blant ansatte og i befolkningen. Forslagsstiller viser til at stortingsrepresentantene Per Olaf Lundteigen, Janne Sjelmo Nordås og Kjersti Toppe fra Senterpartiet tidligere har foreslått å erstatte helseforetaksloven med en ny forvaltningslov for norsk spesialisthelsetjeneste, hvor folkevalgte som kan skiftes ved valg, både har myndighet og ansvar, jf. Dokument 8:96 S (2014–2015) om å utvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene og Innst. 377 S (2014–2015).

Offentlig styring av et samlet sykehusstilbud

Stortingets flertall har pålagt helseforetakene å lage en strategi for økt kjøp av helsetjenester fra private tilbydere gjennom anbud. Flertallet har også innført EUs pasientrettighetsdirektiv (Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre) og fritt behandlingsvalg (Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti). Reformene innebærer i realiteten fri etable-

ringsrett for private sykehus til å drive diagnostisering og pasientbehandling betalt av den norske stat. Forslagsstiller mener dette er feilaktige privatiseringsreformer som vil true utviklingen av de offentlige sykehusene og sentralisere et viktig velferdstilbud. Staten betaler og må derfor ha styringen med det samlede sykehusstilbudet. Private sykehus tilbydere har ikke ansvar for øyeblikkelig hjelp, utdanning eller forskning, slik offentlige sykehus har. Offentlige sykehus vil alltid stå igjen med ansvaret i krisesituasjoner. Brannen i Lærdal i 2014 og 22. juli 2011 har lært oss det. Men også ved vanlige akutte hendelser som for eksempel bilulykker, hjerteinfarkt og vanskelige fødsler, er det de offentlige sykehusene som får ansvaret. Offentlige sykehus vil alltid få ansvar for de mest krevende pasienttilfellene. Ved eventuelle komplikasjoner og infeksjoner er det bare de offentlige sykehusene som plikter å følge dette opp, uavhengig av hvor pasienten har vært behandlet først. Forslagsstiller vil derfor styrke de offentlige sykehusene i Norge.

Fagmiljøet på offentlige sykehus er avhengig av å ha oppgaver på dagtid. Dette er avgjørende både for kvaliteten i arbeidet som skal utføres og for økonomisk effektivitet. Men med privatiseringsreformen fritt behandlingsvalg vil nye private behandlingstilbud komme der markedet og lønnsomheten er størst og konkurrere med offentlige sykehus om alle planlagte behandlinger.

Forslagsstiller mener at utvikling av folkets helse-tjeneste bør føre til stans i privatisering og sentralisering av sykehus-tjenester. Det er feil å pålegge helseforetakene å kjøpe enda mer av private tilbydere på bekostning av offentlige sykehus, slik vedtaket fra dagens stortingsflertall innebærer. Nedleggelse av Rjukan sykehus og Helse- og omsorgsdepartementets konsesjon til den private Ibsen-klinikken i de samme lokalene er et illustrerende eksempel på regjeringens politikk. Et annet eksempel er Voss sjukehus, som hadde ledig kapasitet og avtale med foretaket om å utføre et visst antall kirurgiske behandlinger, men som mistet disse da Helse Vest i stedet gav dette «anbudet» til private.

Kvalitet, trygghet og nærhet

Utvikling av folkets helsetjeneste må sørge for kvalitet og trygghet i sykehus-tjenestene. Kvalitet handler ikke bare om effekt av behandling og overlevelse, å hindre skader og uønskede hendelser, men også om tillit, verdighet, nærhet, hjem og pårørende. Trygghet henger også sammen med nærhet til sykehusstilbudet og at tilbudet er forutsigbart. Dette er spesielt viktig når det kommer til det akuttmedisinske tilbudet. De geografiske forholdene i Norge er et faktum. Dette må folkevalgte innrette seg etter når de skal oppfylle målsettingen om at norske sykehus skal

yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det.

Helsedirektoratet beskriver dette presist i sitt høringsinnspill til Nasjonal helse- og sykehusplan:

«Imidlertid er det vanskelig å se for seg en medisinsk utvikling som eliminerer reisetid og reiseavstand som faktor. Det betyr videre at forhold som lokal infrastruktur, reiseavstander, værforhold og topografiske forhold vil være nødvendig å ta hensyn til i Norge så lenge vi opprettholder en desentralisert befolkningsstruktur.»

I motsetning til Helsedirektoratet, legger forslagsstiller til grunn at Norge skal ha et mer desentralisert befolkningsmønster og ha en aktiv politikk for dette. Tilbudet om akuttmedisinske tjenester må da være forutsigbart over tid, slik at beredskapsnivået og funksjonsfordelingen er klar og kjent for befolkningen og for alle leddene i den akuttmedisinske kjeden. Forslagsstiller mener at helseforetakenes stadige sentraliseringsplaner kamuflert som utviklingsplaner, skaper uforutsigbarhet i tilbudene. Det gir utrygghet både for innbyggere og ansatte. Det svekker rekruttering og dermed kvaliteten i sykehusstilbudet. Denne utviklingen må snus.

Lokalsykehusenes rolle

Forslagsstiller viser til at lokalsykehusene er de nærmeste sykehusstilbudene og er avgjørende for å sikre kvalitet, nærhet og trygghet. Lokalsykehusene er grunnmuren i helsetjenesten og sørger for beredskap og behandling av pasienter med de vanligste sykdommene. I dag utgjør lokalsykehuspasientene 60–75 pst. av pasientene i alle norske sykehus. Mellom 50–70 pst. av alle pasienter som blir lagt inn for øyeblikkelig hjelp, kan ferdigbehandles på lokalsykehusnivå. En stor andel av spesialisthelsetjenestens pasienter har altså ikke behov for et høyt spesialisert tilbud. Behovet for sykehus-tjenester kan løses faglig godt og med lavere kostnader på lokalsykehusene enn i de høyspesialiserte sykehusene. Det er en viktig kvalitet, for alle pasienter, å kunne ha god kontakt med sine nærmeste ved et sykehusopphold. Lokalsykehusets nærhet til fastlege og kommunehelsetjenesten er også et stort fortrinn fordi samhandlingen og den personlige kontakten blir bedre. For å utvikle kvaliteten i tilbudene, må spesialiserte sykehus sikres spisskompetanse, mens lokalsykehus må sikres breddekompetanse. Et lokalsykehus med breddekompetanse kan tilby god behandling for flertallet av pasienter som blir innlagt på sykehus. Også ved mer alvorlige tilstander er lokalsykehusenes vurderingskompetanse viktig for å sikre rett diagnostikk og stabiliserende akuttbehandling, før transport videre til et mer spesialisert sykehus. Arbeidsdeling mellom sykehus er avgjørende for å utvikle spisskompetanse og kunne ta i bruk kostbart utstyr, og dermed sikre best

resultat ved mer spesialiserte behandlingsformer og sjeldnere diagnoser. Eksempler på dette er spesialisert kreftbehandling og store traumer. Arbeidsdeling mellom sykehus må bidra til at funksjoner som trygt kan desentraliseres, blir desentralisert. Erfaringen de siste årene er at arbeidsdeling har ført til en for ensidig og unødvendig sentralisering av funksjoner. De største lokalsykehusene ligger i de største byene. Disse må organiseres slik at de tar vare på lokalsykehusfunksjonene med breddekompetanse i mottak.

Sykehusstruktur og kvalitet

Sykehusstrukturen må fremme kvalitet i behandlingen og nærhet ved akutte tilstander. Altfor ofte blir det i sykehusdebatten lagt til grunn at bare sykehuset blir stort nok, så sikres kvaliteten i tilbudet, og at små sykehus har for sårbare fagmiljø til å tilby helsetjenester av god kvalitet. Men det finnes mange undersøkelser og kvalitetsvurderinger av norske sykehus som viser at dette ikke stemmer. Dårlige resultater, svikt i pasientbehandlingen og uheldige hendelser skjer dessverre på både store og små sykehus. Helse- og sykehusplan at kvalitetsforskjeller mellom sykehus og ulike tilbud finnes i Norge, men skillelinjene går ikke først og fremst mellom små og store sykehus.

Det samme skriver professor Bjarne Jensen i sin forskningsrapport: «Helsereformer på feil premisser – om sykehusstruktur, samhandlingsreform og lokalmedisinske sentra». I forskningsrapporten vises det til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenestens data som rangerer sykehusene i Norge etter kvalitet for fire diagnoser: hjerteinfarkt, hjerneslag, hoftebrudd og samlet for alle diagnoser. Kvalitetsindikatoren som brukes er 30 dagers overlevelse etter innleggelse. Videre omtales riksrevisjonsrapporter der kvalitetsindikatorer som er brukt, er relativ risiko for død innen et år, andeler reoperasjoner, reinnleggelser og pasientenes opplevelse av livskvalitet etter operasjon. I rapporten konkluderes det slik:

«Det kan ikke påvises at større sykehus yter sykehus tjenester med bedre kvalitet enn mindre sykehus. Det er tre unntak for denne konklusjonen: når det gjelder hjerteinfarkt skårer de store sykehusene som gruppe noe bedre enn de små, når det gjelder hjerneslag skårer gruppen mindre og mellomstore sykehus bedre enn de store og når det gjelder fødselsomsorg så er de fødendes opplevelse av kvalitet høyere i de små sykehusene enn i de store.»

Helsedirektoratet skriver i sitt innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan at kvalitetskravene må være de samme ved alle sykehus, men de kan innfris på ulike måter. Helsedirektoratet mener at det er kvaliteten på helsetjenesten som gis, og ikke størrelsen på sykehuset, som skal veie tyngst når ulike helsetilbud vurde-

res. Det er forslagsstiller enig i. Forslagsstiller mener videre at kvalitetskrav som settes til sykehustilbudet (f.eks. i akuttmottak), må utformes slik at det er kvaliteten på sluttresultatet som skal være avgjørende. Ellers er det erfaring for at kvalitetskrav fungerer som fordekte sentraliseringskrav.

Pasientopplevd kvalitet

Regjeringen har sagt at de vil skape «pasientenes helsetjeneste». Forslagsstiller mener det da burde vært selvsagt å legge vekt på pasientopplevd kvalitet og pasientenes ønsker når sykehustilbudet skal utvikles. Da sykehuset på Rjukan ble lagt ned, førte det til at flere tusen gikk i demonstrasjonstog. Forslagsstiller tror ikke at folk protesterer i gatene for et helsetilbud de ikke har godt av. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) gjennomfører årlige nasjonale brukererfaringsundersøkelser ved somatiske sykehus, PasOpp-undersøkelsen. Den gir en pekepinn på hvordan pasienter og brukere opplever kvaliteten ved mindre og store sykehus. Undersøkelsen viser at det fortsatt er betydelig variasjon i pasienterfaringer mellom sykehusene, men de små og gjerne nedleggingsstruede sykehusene skårer jevnt over bra på pasientopplevd kvalitet. I PasOpp-undersøkelsen for 2014 scoret eksempelvis både Flekkefjord og Tynset sykehus over landsgjennomsnittet på 7 av 9 indikatorer og ikke under landsgjennomsnittet på noen. Flekkefjord sykehus kom ut som et av landets beste sykehus målt etter pasientenes opplevelse av pleiepersonalet, legene, informasjon, organisering, pårørende, standard og samhandling. I Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) sin rapport «Helsebarometeret 2015», som bygger på en norsk undersøkelse der 7 500 mennesker er spurt om deres oppfatning av egen helse, helsetilbudet og prioriteringer i norsk helsevesen, pekes det på fire kriterier som de klart viktigste for god kvalitet i helsetjenesten: nærhet til sykehus og lege, godt utdannet helsepersonell, effektiv behandling og korte ventetider. Fritt valg av lege og fritt valg av sykehus kom klart lenger ned på lista. Nærhet ser altså ut til å være viktigere enn valgfrihet for folk flest. Forslagsstiller mener at en må legge pasientopplevd kvalitet til grunn for utvikling av sykehustilbudet.

Legespesialisering for kvalitet

Rett kompetanse på rett nivå er avgjørende for å sikre kvaliteten i sykehustilbudet. Spesialistutdanning for leger er til vurdering. Utdanningslengde og innhold, samt hvilke hoved-, gren- og kvistspesialiteter som skal være i fremtiden, er viktige fagligpolitiske spørsmål. Legespesialisering og legestruktur må utvikles i tråd med den medisinske utviklingen og samfunnets behov. Forslagsstiller mener at det i dag ikke er godt nok samsvar mellom legespesialistutdanningen og behovene i helsetjenesten. Nye utdan-

ningsløp må ikke bare sikre spisskompetanse i norske sykehus. Nye spesialistutdanninger må også sikre kompetansen på lokalsykehus og på større sykehus med lokalsykehusfunksjoner, der tross alt de fleste pasientene blir behandlet.

I rapporten fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet i 2007, Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede (Eriksteinutvalget), ble det anbefalt endringer i helsepersonellens utdanninger generelt og i spesialiststrukturen for leger spesielt, for å innrette kompetansen til personellet mot behovene ved både små lokalsykehus og større sykehus med lokalsykehusfunksjoner. Utvalget anbefalte å få avklart hvilken generellkirurgisk kompetanse kirurger som arbeider ved lokalsykehus trenger, og at det etableres en utdanningspakke i «lokalsykehuskirurgi» for kirurger (både generelle kirurgiske, grenspesialister og ortopeder) som ønsker å arbeide ved lokalsykehus.

Forslagsstiller viser også til at det i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) står følgende (side 76):

«I oppdragsdokumentet bes de regionale helseforetakene om å legge til rette for å sikre breddekompetanse, særlig ved mindre sykehus, og om å ha særskilt oppmerksomhet på legestillinger som kan styrke utvikling av lokalsykehus og samhandling med kommunene. Helsedirektoratet vil få i oppdrag å etablere et forsøk med videreutdanning (kompetanseområde) i akuttmedisin for leger og sykepleiere, tilpasset behovene ved mindre lokalsykehus.»

Ifølge regjeringen Solbergs tiltredelseserklæring vil regjeringen opprette en legespesialitet i akutt- og mottaksmedisin. Legeforeningen anser at en slik spesialitet i akuttmedisin kun vil være egnet ved de 4-6 største sykehusene i Norge (universitetssykehusene), og ikke egnet ved de mindre sykehusene. Forslagsstiller er her enig med Legeforeningen. En bør i stedet for å utvikle en helt ny legespesialitet for akuttmottak eller for lokalsykehus heller styrke kompetansen ved å bygge på dagens legespesialiteter samt bedre organisering i akuttmottak. Forslagsstiller mener at endringer i spesialistordningen, videreutdanning og spesialisering av leger og annet helsepersonell også må ivareta behovene til lokalsykehuspasientene, særlig gjelder dette akuttmedisin. Det må opprettes legestillinger som styrker utviklingen av lokalsykehusene og samarbeidet med kommunehelsetjenesten.

Utdanning for kvalitet

I Eriksteinutvalgets rapport i 2007 ble det understreket at lokalsykehusene er viktige utdanningsinstitusjoner for en rekke grupper helsepersonell. Dette gjelder både sykepleiere, radiografer og bioingeniører, som har obligatorisk praksis i spesialisthelsetje-

nesten, og leger, både i turnustjenesten og i spesialistutdanningen. Samtidig som lokalsykehusene representerer viktige utdanningsplasser for lærlinger, studenter og helsepersonell, og gir en viktig kompetanse, er det å ha utdanningskandidater viktig for lokalsykehusene, blant annet av hensyn til fremtidig rekruttering, både til sykehuset og primærhelsetjenesten i sykehusets nærområde. Noe som har opptatt mange i diskusjonen om lokalsykehusenes akuttfunksjoner, er hvordan eventuelle endringer kan påvirke lokalsykehusene som utdanningsarenaer. For eksempel har det vært en bekymring for at dersom man fjerner den døgnbaserte kirurgiske akuttfunksjonen, ville sykehuset ikke lenger kunne godkjennes som utdanningssted for turnusleger. Dette vil ifølge Eriksteinutvalget også kunne føre til svekket legerekruttering, ikke bare på grunn av bortfall av turnusleger, men også fordi leger vil finne det mindre faglig interessant å arbeide ved disse sykehusene.

Forslagsstiller mener at nasjonal helsepolitikk må sikre en utvikling av sykehusene der lokalsykehusenes rolle som viktig utdanningsinstitusjon for helsepersonell styrkes, ikke svekkes. Dette er avgjørende for å sikre den nasjonale utdanningskapasiteten i tråd med behovet, og for å sikre rekruttering til lokalsykehus og kommunehelsetjenesten. Helsepersonellutdanningene må sikres tilstrekkelig med praksisplasser utenfor universitetssykehusene for å gjøre studenter kjent med arbeidet på mindre sykehus.

Rekruttering for kvalitet

Rekruttering av dyktige fagfolk er nødvendig for å bygge opp sterke fagmiljø og sikre kvaliteten i tilbudet. Det er for få legespesialister i Norge. Både store og små sykehus kan derfor ha rekrutteringsvansker. Manglende rekruttering til lokalsykehus blir imidlertid brukt som argument for å legge ned sykehus eller sentralisere tilbud. Erfaringen fra flere småsykehus viser at det er fullt mulig å forbedre rekrutteringen dersom det føres en langsiktig, målrettet rekrutteringspolitikk. Det viktigste er å skape stabilitet for tjenestetilbudet. Om lokalsykehuset er under press for nedlegging, er det selvsagt vanskeligere å rekruttere. Desentraliserte grunnutdanninger for alle helseprofesjoner – leger, sykepleiere, helsefagarbeidere, radiografer m.fl. – er viktig for å sikre tettsteder og småbyers tilgang til kompetent helsepersonell ved sykehusene. Det er stort behov for å etablere flere turnuslegestillinger. Sykehusledelsen må jobbe bevisst for å skape interessante stillinger, et godt arbeidsmiljø og robuste fagmiljøer. Det må gjennomføres rotasjonsordninger for helsepersonell mellom små og store sykehus, slik at kompetanseoverføring skjer kontinuerlig. Det må legges godt til rette for videre- og etterutdanning og forskningsmuligheter. I områder med sterke rekrutteringsvansker må det også kunne tas i bruk økonomiske virkemidler, for eksempel

arbeidsgiverbetalt nedbetaling av studielån. Forslagsstiller mener det er et politisk ansvar å ta i bruk de nødvendige virkemidlene for å sikre best mulig rekruttering av nødvendige fagfolk til spesialisthelsetjenesten i hele landet.

Det finnes gode eksempler på at lokalsykehus med en bevisst rekrutteringspolitikk har styrket rekruttering og utdanning av egne spesialister. Voss sjukehus i Hordaland er et eksempel på sykehus som rekrutterer svært bra. Det er stor konkurranse om jobbene som lyses ut. Tallet på overleger på kirurgisk avdeling har på 15 år økt fra fire til ti og fyller to separate vaktlag – én for bløtdelskirurgi og én for ortopedi. Helen Brandstorp, leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin har påpekt det samme:

«Der fagfolk utdannes og utvikles, vil fagfolk gjerne jobbe. Hammerfest sykehus har som Voss satset selvbevisst på egne krefter og bygget kompetanse. De har hatt regien selv når de har spilt på lag med universitetsbyen for å styrke sine tilpassede fagmiljøer. Nå er ikke sykehusene nedleggingsstruet lenger, og yngre leger tør å kjøpe hus og de tør å satse på et yrkesliv der.»

SI (Sykehuset Innlandet) Tynsets rekrutteringsstrategi er et annet eksempel. Den innebærer en tilpasset Nordsjø-turnus for legene ved sykehuset. De veksler mellom to uker vakt og tre til fire uker ubunden arbeidstid. Dette har gjort det mulig å rekruttere en stabil bemanning av medisinsk fagpersonell til sykehuset. Legene/spesialistene ansettes i faste stillinger ved SI Tynset, men de har (normalt) ikke fast bopel på Tynset.

Overbelegg truer pasientsikkerheten

Hver eneste dag legges norske sykehuspasienter på gangen fordi avdelingene er fulle. Gjennomsnittlig liggetid i Norge er lav i sammenligning med andre OECD-land, bare Israel og Tyrkia har kortere liggetid for pasienter på sykehus. Kommunehelsetjenesten melder om at såkalte utskrivningsklare pasienter er sykere enn tidligere, og antall reinnleggelser har vært økende.

Norske sykehus har ifølge Helsedirektoratets samdatarapport fra 2013 et gjennomsnittsblegg i sykehussengene på 93 pst. Gjennomsnittlig beleggspersent for OECD-land er 78, og i Storbritannia har helsemyndighetene satt belegg på 85 pst. som øvre grense for hva som er forsvarlig. En tysk undersøkelse har vist at et pasientbelegg høyere enn 92,5 pst. gir økt forsinkelse i pasientforløp, økt forekomst av sykehusinfeksjoner, økt dødelighet blant pasienter og økt sykdom blant ansatte. I en undersøkelse blant Sykepleierforbundets medlemmer i 2015 ble det pekt på tre hovedårsaker til at feil begås på norske sykehus: for høyt belegg, lav bemanning og manglende kommunikasjon og samhandling.

Den norske Legeforening uttaler blant annet følgende i sitt policynotat «Overbelegg i norske sykehus – en trussel mot pasientsikkerheten» (1/2015):

«Norge har nådd en øvre grense for beleggspersent i sykehusene. Norske myndigheter og helseforetakene må innføre et forsvarlighetstak i Norge på 85 prosent belegg i ordinær drift. Fremtidige demografiendringer og sterkt økende antall eldre tilsier at sengetallskapasiteten i norske sykehus må styrkes det neste tiåret.»

Forslagsstiller er enig med Legeforeningen i dette og mener at nedlegging av lokalsykehus eller lokalsykehusfunksjoner, med overflytting av pasienter til større sykehus med uforsvarlig beleggspersent, er en utvikling som vil kunne true pasientsikkerheten. I dag planlegges alle nye sykehusbygg i Helse Sør-Øst for et belegg på 90 pst. Dette gjelder for eksempel det nye sykehuset som Vestre Viken HF planlegger i Drammen og storsykehuset som Oslo universitetssykehus (OUS) planlegger på Gaustad i Oslo. Forslagsstiller mener det må settes en forsvarlighetstak for gjennomsnittsblegg i sykehus på 85 prosent. Nye sykehus som skal bygges må ha dette som en sentral føring. Sengekapasiteten i norske sykehus må økes.

Bekjempelse av antibiotikaresistens

Det dør årlig minst 25 000 mennesker av infeksjoner med antibiotikaresistente bakterier i EØS-området. Selv om Norge har lav forekomst av resistens, er den økende. Med økende resistens kan det i løpet av få år være et betydelig problem at pasienter i norske sykehus får infeksjoner med bakterier man ikke har effektive midler mot. Bakteriene spres særlig i sykehus der det er mange pasienter som behandles med antibiotika. Store sykehus med fulle avdelinger og høy beleggspersent øker denne risikoen. Det er også i sykehus de mest bredspektrede og mest resistensdrivende midlene brukes. Siden 1990-tallet har det vært en mangedobling i bruken av de mest bredspektrede midlene i norske sykehus, uten at dette er faglig begrunnet.

Forslagsstiller viser til at målsettingen med pasientrettighetsdirektivet og fritt behandlingsvalg er å skape større markeder for helsetjenester på tvers av landegrenser. Lykkes det, vil pasientmobiliteten øke og med den faren for smittespredning. Legeforeningen, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet uttrykte alle i høringen til pasientrettighetsdirektivet uro for helsemessige konsekvenser og befolkningens vern mot smittsomme sykdommer som følge av økt pasientmobilitet. Forslagsstiller mener at et sykehusvesen med beleggspersent i sengeavdelingene på inntil 85 pst. og minst mulig pasientmobilitet, gir best pasientsikkerhet. Det vises til behandlingen av representantforslag om en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier, Do-

kument 8:2 S (2014–2015), der Stortinget sluttet seg til et mål om å redusere bruken av antibiotika med 30 pst. innen 2020. Forslagsstiller mener at fremtidens sykehuspolitikk må legge til grunn en mer aktiv rolle for bekjempelse av antibiotikaresistente bakterier i sykehus.

Mislykkede sykehusfusjoner

Forslagsstiller viser til at det i sykehusdebatten ofte blir hevdet at det er for mange sykehus i Norge, og at en samling til færre og større sykehus vil gi mer effektiv pasientbehandling og mindre kostbar drift. I forskningsrapporten «Helsereformer på feil premisser» er det analysert om det er samvariasjon mellom sykehusstørrelse og kostnadene ved sykehustjenester målt ved kostnader per DRG-poeng (Diagnose Relaterte Grupper). Det er analysert om det er samvariasjon mellom antall senger i helseforetakene, antall sykehus i foretakene og gjennomsnittlig størrelse på sykehusene i foretaket. Analysene viser at det ikke eksisterer en slik samvariasjon. Det er altså andre faktorer enn sykehusstørrelse som avgjør sykehusets produktivitet. Som for andre samfunnsområder er det også for sykehus både stordriftsfordeler og stordriftsulemper.

Analyser av fusjoner til storsykehus både i Norge og utlandet viser at sykehusfusjoner ikke gir gevinster hverken kvalitetsmessig eller kostnadmessig. De gir sjelden de resultater som er forespeilet og blir ofte veldig dyre. Oslo universitetssykehus er et godt eksempel på en fusjon hvor forutsetningen om økonomisk innsparing langt fra ble oppfylgt. Saken endte i Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité.

Flere helseforetak utreder og planlegger for bygging av ett storsykehus innenfor sitt helseforetak, med tilhørende svekking og nedleggelse av lokalsykehus. OUS planlegger storsykehus på Gaustad (samlokalisering av alle de store enheter i dagens sykehus – Rikshospitalet, Ullevål, Aker, Radiumhospitalet, Dikemark, Gaustad og Epilepsisenteret i Sandvika). Sykehuset Innlandet HF utreder blant flere alternativer mulighet for storsykehus ved Mjøsa.

Forslagsstiller mener at erfaringen med sykehusfusjoner i Norge er at stordriftsulemper blir bevisst holdt skjult, samt at de samfunnsmessige konsekvensene av sykehusfusjonen utover helseområdet, ikke blir utredet før vedtak fattes. Forslagsstiller stiller seg negativ til nytt storsykehus på Gaustad og ved Mjøsa og mener det nå trengs nasjonale avklaringer knyttet til hvor store sykehus som skal bygges i Norge.

Kvalitet og nærhet i fødetilbudet

Nærhet til føde- og barselomsorg er viktig. Forslagsstiller mener at en god svangerskapsomsorg, et trygt fødetilbud og god oppfølging i barseltiden, er nødvendig for å sikre god helse hos mor og barn. Fødselstilbudet er i dag inndelt i tre nivå: kvinnekli-

nikk, fødeavdeling og fødestue. Forslagsstiller viser til at Helsedirektoratet i 2010 kom med nye kvalitetskrav til fødeinstitusjoner. Kvalitetskravene omfatter både krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, krav til kompetanse, system for oppfølging av kravene og krav til informasjon og kommunikasjon. Forslagsstiller mener det er grunn til å tro at kvalitetskravene fra 2010 ennå ikke er innarbeidet i fødeklinnikkene. Et kvalitetskrav til fødeklinnikker er at alle fødende skal sikres jordmor til stede i aktiv fase av fødselen. Men jordmødre på de store fødeklinnikkene advarer mot sprenge tilbud og uforsvarlig oppfølging av den fødende. Jordmor- og kapasitetsmangelen går ikke bare ut over fødetilbudet, men også barselomsorgen.

Dersom akuttkirurgi fjernes ved lokalsykehus, vil dette også svekke fødetilbudet. Forslagsstiller mener at fødetilbudet på et sykehus som skal miste kirurgisk beredskap, blir mindre robust, mer faglig krevende og svært kostbart å opprettholde. Fjernes beredskap for akutt kirurgi, vil konsekvensen på sikt kunne være at fødetilbudet legges ned og sentraliseres. Da vil kvinner i distriktene få enda lenger reiseavstand ved fødsler. Det er omtrent 60 000 fødsler årlig i Norge. Men hvert år fødes det mer enn 400 barn utenfor institusjoner. Nesten 200 er født under transport. Det er i byer som Oslo og Bergen og i distrikt med lange reiseavstander at flest ikke når fram. I Finnmark når én av 60 fødende ikke fram tidsnok. Sentralisering av fødselsomsorgen vil føre til økt risiko for fødsler under transport eller kort tid etter ankomst til sykehus. Den vil også føre til enda mere overfylte kvinneklinikker i byene slik at enda flere fødende blir bedt om å være lenger hjemme når fødsel har startet. Majoriteten av kvinner føder i dag på de største kvinneklinikkene eller fødeavdelingene i de største byene. Under 10 pst. av fødslene i Norge foregår på de små fødetilbudene med mindre enn 500 fødsler.

Forslagsstiller mener det er et viktig politisk ansvar å sikre kvaliteten og kapasiteten i alle deler av fødselsomsorgen. Da trengs minst like mange fødetilbud som i dag. Sykehusene må tilby følgetjeneste til alle fødende med over én times reisevei til sykehus. Forslagsstiller mener fødetilbud må fullt ut rammefinansieres og ikke finansieres med 50 prosent innsatsstyrt finansiering (ISF) som i dag. ISF betyr at fødetilbudet «premieres» ved komplikasjoner, mens jordmorfaglig kompetanse til stede ikke «premieres». Det vises til Dokument 8:2 S (2015–2016) om å sikre kvaliteten i fødselsomsorgen og rammefinansiere fødeavdelinger og kvinneklinikker.

Kvalitet i de prehospitaltjenester

De prehospitaltjenester består av fastlege, legevakt, pleie- og omsorgstjeneste i kommunen, nødmeldetjeneste (AMK- og legevaktssentral) og bil-, båt- og luftambulans. Kommune og helseforetak har

felles ansvar for å sikre befolkningen et godt akuttmedisinsk tilbud (jf. Nasjonal helse- omsorgsplan 2011–2015).

Kommuner og sykehus må samarbeide om utviklingen av de akuttmedisinske tjenestene. Ambulanse og luftambulansen er helseforetakenes ansvar, og kvaliteten henger nøye sammen med utviklingen av legevaktstjenesten og dimensjonering av akuttmottak i sykehus.

Legevaktslegen, ambulanspersonell og luftambulansen er ofte første kontakt med helsevesenet for pasienter med akutt og alvorlig sykdom. Ambulanse-tilbudet har utviklet seg mye de siste årene, både hva angår tilgjengelig utstyr, kommunikasjon og kompetanse. De er sammen med legevakt en bærebjelke i det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus. Men ved omlegging av sykehusstilbudet har en altfor ofte ikke beregnet konsekvensen dette vil gi for legevakt, ambulansetjenesten og økt transport.

Ambulansetjenesten fungerer aller best dersom de har et godt samarbeid med lokalsykehuset i sitt område. Luftambulansen har en ikke ubetydelig nedetid – på grunn av enten annet oppdrag eller ugunstige værforhold. Også bil- og båtambulanse kan bli hindret av vær eller ha samtidighetskonflikter.

Forslagsstiller mener derfor at en videreutvikling av ambulans- og luftambulansetjenester må komme i tillegg til, og ikke i stedet for, en utvikling av fullverdige akuttmottak i lokalsykehus og andre større sykehus. Selv om ambulansetjenesten kan starte livreddende behandling, vil de ikke kunne tilby samme kvalitet og trygghet som et lokalsykehus.

Lokalsykehus med akuttkirurgi

Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte sommeren 2014 en ekspertgruppe i forbindelse med utarbeidelsen av Nasjonal helse- og sykehusplan. Gruppen skriver i sin rapport at det er vanskelig å se for seg at et sykehus kan ha akutt funksjon innenfor kirurgi med mindre enn 80 000–100 000 mennesker i opptaksområdet. Ekspertgruppen skriver videre at i regioner hvor værforhold og geografi gjør at avstanden blir altfor lang, må det settes inn ekstra ressurser for å dekke beredskapen. Det kan være nødvendig å gjøre unntak slik at man har akuttkirurgi selv om befolkningsgrunnlaget er under 80 000–100 000. Ekspertgruppen ser liten beredskapsmessig nytte av å ha planlagt dagkirurgi som supplement til indremedisin i de minste sykehusene. Den anbefaler at antall sykehus i Norge som driver akutt kirurgi utover skadepoliklinisk virksomhet, reduseres betydelig i løpet av planperioden (10–15 år).

Forslagsstiller registrerer at ekspertgruppen er blitt sterkt kritisert for sin sammensetning, og at de ikke oppga noen faglige referanser som bakgrunn for sine påstander i rapporten. Skulle en følge ekspertgruppens råd, ville Norge stå igjen med 17 sykehus

med akuttkirurgi dersom grensen settes ved sykehus som har 100 000 eller flere mennesker i opptaksområdet, dette i motsetning til dagens 51 akuttstsykehus. Forslaget innebærer altså å fjerne akuttkirurgi ved om lag to tredjedel av landets sykehus. Det vil ikke bare sentralisere Norges helsevesen. Det vil sentralisere Norge.

Rådene står i sterk kontrast til rapporten fra Eriksteinutvalget i 2007, som vurderte akuttfunksjoner ved lokalsykehus. Denne arbeidsgruppen mente at ressursene i helsetjenesten, i større grad enn i dag, bør forskyves i retning av lokalsykehusene og primærhelsetjenesten. Over 90 pst. av befolkningens behov for helsetjenester ivaretas i primærhelsetjenesten, og 50–70 pst. av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelpinnleggelse, ferdigbehandles på lokalsykehus.

Ifølge Eriksteinutvalget er det begrenset systematisert kunnskap og erfaring i Norge om drift av sykehus med hovedvekt på indremedisinske akuttfunksjoner, elektiv kirurgi og enklere kirurgisk beredskap. Det er ikke vurdert hvilken konsekvens dette vil ha for den faglige kvaliteten i tilbudet, for utdanning av helsepersonell, for rekruttering av fagfolk, for brukertilfredshet og transportbehov. Det er heller ikke vurdert hvilke behov dette utløser for nye sengeposter ved de store sykehusene. Det er sannsynlig at slike tilpassede løsninger vil redusere befolkningens trygghetsfølelse og tilliten til helsetjenestene. Eriksteinutvalget anbefalte at slike sykehus ble evaluert langs en rekke dimensjoner, noe som forslagsstiller ikke kan skje har skjedd. Eriksteinutvalget anbefalte også at sykehus med tilpassede akuttfunksjoner må kunne dokumentere kompetanse i å utføre visse akuttkirurgiske prosedyrer på døgnbasis. Det vil være enkle prosedyrer som det er urimelig at pasienter reiser langt for å få, samt prosedyrer som er viktige for å stabilisere pasienter, som for eksempel innlegging av dren i brysthulen, avlastning av urinretensjon og midlertidig stabilisering av brudd.

Forslagsstiller viser så til at Den norske legeförening har vært klar på at lokalsykehus må ha breddekompetanse innen både indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester. Landsstyret i Legeföreningen gjorde følgende vedtak 29. mai 2015:

«Faglig forsvarlighet, god beredskap og trygghet for befolkningen må veie tyngst i landets sykehusstruktur.

Legeföreningen mener:

- Kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akutt pasienter i sykehus.

- Akuttfunksjon forutsetter døgnkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester.

- Sykehus må gis nødvendige ressurser til å sikre kvalitet på diagnostikk og behandling. Det må være systemer for å opprettholde og videreutvikle robuste fagmiljøer som rekrutterer godt.

- Befolkningen må sikres gode akutttilbud uavhengig av bosted. Velfungerende lokalsykehus er nødvendige i den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Reisetid, geografi og værforhold er tungtveiende faktorer som krever lokalsykehus med full akuttberedskap.»

Forslagsstiller mener Legeforeningens faglige argumentasjon om at sykehus trenger en kombinasjon av spesialiteter for å sikre døgnkontinuerlig akuttfunksjon, må respekteres.

Dersom kirurgisk vaktkompetanse sentraliseres, vil ikke bare det kirurgiske tilbudet sentraliseres. Også en betydelig del av det indremedisinske tilbudet vil bli sentralisert. Dette gjelder pasienter med indremedisinske tilstander der en vet at man trenger kirurgisk vurdering eller støtte for å få rett diagnose og best behandling. Dersom kirurgisk vaktkompetanse sentraliseres, vil pasienttilbudet som blir igjen på lokalsykehuset også svekkes. Selv om det erfaringsmessig er flest pasienter som trenger indremedisinsk behandling ved en innleggelse i sykehus, kan man ikke vite dette på forhånd. Liknende symptomer kan ha forskjellige årsaker. Mange pasienter, særlig eldre, kan også ha uklare symptomer med generell svekket allmentilstand som den viktigste. Da er det viktig med god diagnostikk. Et sykehus med breddekompetanse der pasienten om nødvendig kan bli vurdert av både kirurg og indremedisiner, er avgjørende. Med kun én type legespesialist på vakt vil en fort kunne komme i svært krevende situasjoner.

Dersom sykehus mister kirurgisk akuttberedskap, vil konsekvensen for reisetid og transport til nærmeste akuttstasjon øke. Det vil øke folks reiseavstand til helsehjelp ved akutte hendelser, der tid kan være en viktig faktor. Dersom akuttkirurgi legges ned ved Flekkefjord Sykehus, vil det ikke eksistere akuttkirurgisk beredskap mellom Stavanger og Kristiansand. Det er en reiseavstand med bil på 233 km. Dersom akuttkirurgi legges ned ved lokalsjukehuset i Volda, er det ikke akuttkirurgisk beredskap mellom Førde og Ålesund, en avstand på 248 km. Det har til nå vært en stor svakhet i spesialisthelsetjenesten at samfunnsmessige konsekvenser av planlagte endringer ikke blir vurdert. Alle planlagte omlegginger av sykehusstilbud som vil kunne gi samfunnsmessige konsekvenser for beredskap og sikkerhet, må ha krav om å gjennomgå risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS).

Anestesikompetanse er nødvendig for å sikre god beredskap og pasientbehandling i sykehus. I lokalsykehus er anestesilegen sammen med indremedisiner og kirurg en av tre hovedpilarer i akutttilbudet. Dersom kirurgisk vaktkompetanse sentraliseres og mye av den kirurgiske aktiviteten med den, vil arbeids-

oppgavene til anestesiteamet bli redusert. Samtidig må sykehuset opprettholde vaktberedskap for pasienter som kan bli innlagt på indremedisinsk innen anesthesi avdeling. Slike sykehus vil sannsynlig bli lite attraktive for anestesileger.

Forslagsstiller vil understreke at et lokalsykehus ikke skal behandle alle slags tilstander. Det gjør heller ikke lokalsykehus i dag. Men de har en viktig rolle også ved alvorlige situasjoner med å stabilisere pasientene. Slik kan pasientene tåle transport videre for nødvendig behandling på et større og spesialiserte sykehus. Forutsetningen for at lokalsykehus kan yte slik livreddende førstehjelp, er at sykehuset får beholde kirurgisk vaktberedskap. Akuttmedisinsk arbeidsgruppe slo i 2015 fast at dersom det er mer enn 45 minutters transporttid til traumesenter, bør en pasient som er fysiologisk påvirket transporteres til nærmeste akuttstasjon med traumefunksjon. Dette understreker behovet for en desentralisert struktur av sykehus med traumefunksjoner, altså sykehus med kirurg på vakt.

All erfaring tilsier at når ulykken først inntreffer, så vil de krevende pasienttilfellene med kirurgiske tilstander som haster mest, likevel kunne havne på døren til lokalsykehusene selv om sykehusene er fratatt kirurgisk vaktberedskap. For eksempel ved trafikkulykker der dette er det nærmeste sykehuset, ved uvær der luftambulansen ikke kan fly eller i andre krisesituasjoner.

Forslagsstiller viser til at rekrutteringsvansker blir brukt som argument for en modell med tilpassede akuttfunksjoner. Men man styrker ikke rekrutteringen eller kvaliteten i tilbudet ved å svekke kompetansen og vingeklippe fagmiljøet. Å fjerne kirurgene fra akuttstasjonene i småbyene, vil være det motsatte av å skape likeverdige helsetjenester, som er selve formålet til spesialisthelsetjenesten. Rekruttering til lokalsykehus kan bedres med aktiv politikk for dette. Dersom man fjerner den døgnbaserte kirurgiske akuttfunksjonen, vil sykehuset ikke lenger kunne godkjennes som et fullverdig utdanningssted for turnusleger. Dette vil også kunne føre til svekket legerekruttering, ikke bare på grunn av bortfall av turnusleger, men også fordi leger vil finne det mindre faglig interessant å arbeide ved disse sykehusene. Det vil også påvirke rekrutteringen og utdanningen av annet helsepersonell negativt.

Forslagsstiller mener at for å sikre kvaliteten i tilbudet og skape likeverdige helsetjenester uansett hvor en bor, må alle sykehus med akuttfunksjoner som minimum ha basiskompetanse og døgnberedskap innen kirurgi, indremedisin, anesthesi, røntgen og laboratorietjenester.

Modell for kvalitet, nettverksmodellen

Forslagsstiller vil foreslå en ny utviklingsmodell for fremtidens sykehus: En nettverksmodell for ut-

vikling av kvalitet der lokalsykehusenes rolle styrkes. Forslagsstiller mener det er fullt mulig å utvikle lokalsykehusenes rolle i den samlede helsetjenesten dersom det er politisk vilje til det og sykehusledelsen følger dette opp. Det tar tiår å bygge opp desentraliserte kompetansemiljø, men bare noen måneder å legge dem ned. En nettverksmodell for utvikling av kvalitet bygger på samarbeid mellom sykehus, ikke konkurranse, som i dag preger sykehussektoren. Nettverksmodellen tar utgangspunkt i Norges desentraliserte sykehusvesen med både små og store sykehus. Lokalsykehus skal fylles med innhold, sikres rekruttering og gjennom tydelig funksjonsfordeling utvikle potensialet som lokalsykehusene har til å utføre vanlige kirurgiske og indremedisinske utredninger, behandlinger og inngrep og gi trygghet for lokal beredskap. Med tydelig oppgavefordeling mellom sykehus vil alle pasientbehandlinger og sykehus komme styrket ut samtidig som den lokale beredskapen både for indremedisinske og kirurgiske lidelser blir forbedret.

Nettverksmodellen legger til grunn at lokalsykehus fungerer som «eiker» i et hjul hvor regionssykehuset/universitetssykehuset er «navet». I en slik modell er det et gjensidig avhengighetsforhold mellom store og små sykehus. Flere slike faglige nettverk kobles så sammen til større enheter som dekker det samlede regionale og nasjonale behovet for spesialisthelsetjenester.

En forutsetning for modellen er at lokalsykehus skal sikres breddekompetanse innen både akuttkirurgi, akuttmedisin, anestesi, røntgen og laboratorietjenester, samt fødetilbud. I en slik nettverksmodell for sykehus vil store og flere små sykehus samarbeide om helsetjenestene i sitt område. Da vil sykehusens opptaksområde og befolkningsgrunnlag med tanke på å kunne opprettholde fullverdige akuttfunksjoner være mindre relevant, fordi det viktigste vil være det samlede befolkningsgrunnlaget for de samarbeidende sykehusene.

Modellen baseres både på en klar og tydelig arbeidsdeling og funksjonsfordeling mellom sykehus, der en har sentralisering av spesialiserte tilbud og desentralisering av de andre tjenestene. Utviklingen må skje i samarbeid med universitetssykehus og større sykehus i området. Til grunn ligger at alle sykehus har breddekompetanse, og at basal akuttkirurgi og akuttindremedisinsk beredskap skal kunne utøves ved alle sykehus. Modellen baseres på et reelt samarbeid mellom sykehus, og ikke konkurranse slik situasjonen mange steder er i dag. Moderne teknologi, slik som digital bildediagnostikk og felles pasientjournal er eksempler på arbeidsverktøy som vil bidra til å gjøre den faglige samhandlingen enklere. Lokalsykehusene må sikres forutsigbarhet for sine nøkkeltilbud gjennom en avklaring om dette i Nasjonal helse- og sykehusplan. I dag finnes flere gode eksempler på at

store og små sykehus samarbeider godt i en nettverksmodell om både pasientbehandling og om å gi desentraliserte tilbud. For eksempel har Ringerike sykehus utviklet en kvalitativt god faglig modell i samarbeid med Ål sjukestugu. Uten en dyktig ledelse som ønsket utvikling i det desentraliserte tilbudet, ville ikke dette vært mulig å realisere og videreutvikle. Det samme gjelder for Voss sjukehus, som har avtale med Helse Bergen om visse pasientbehandlinger. Dette er begge lokalsykehus som har vist at de har stort beredskapspotensial ved akutte hendelser og krisesituasjoner. Dette bør bli modeller for utvikling av resten av Sykehus-Norge.

Nettverksmodellen skal sikre kvalitet i fremtidens sykehustjenester og sørge for faglig forsvarlige tjenester som har tillit i befolkningen. Det skal være åpenhet om kvaliteten i tilbudet, og det skal settes tydelige kvalitetskrav til tilbudene. Kvalitetskravene skal kunne innfris på ulike måter. Felles fagmiljøer, rotasjonsordninger og hospiteringsordninger, felles utdanningsprogrammer og felles bakvaksordninger er eksempler på tiltak som øker det faglige samarbeidet og bidrar til å styrke kvalitets- og pasientsikkerheten i en slik nettverksmodell. Leger som arbeider på mindre sykehus, må få rett og plikt til å hospitere på større sykehus, og leger på større sykehus må få rett og plikt til å delta i rotasjonsordninger og ha dager med jobb på det mindre sykehuset. Tilsvarende rett og plikt til rotasjons- og hospiteringsordninger må gjelde andre fagfolk ved sykehusene, for eksempel jordmor, anestesi, intensiv, spesialsykepleiere, helsefagarbeidere også videre. Modellen bygger på at lokalsykehusene styrkes som utdanningsinstitusjoner. Alle lokalsykehus må føre en aktiv rekrutteringspolitikk i et samarbeid mellom lokalsykehus og regionssykehus/universitetssykehusene.

Forslagsstiller mener at i en fungerende nettverksmodell (Nav/eik) må det være stedlig leder på hvert sykehus som har ansvaret for den faglige kvaliteten, budsjett og personalansvar. En stedlig leder skal ha ansvar for hele sykehusets virksomhet. Det er fremdeles for mange sykehus med såkalt klinikkorganisering, der lederen ikke jobber på samme sykehus. Forslagsstiller mener at det må settes tydelige politiske krav om at alle sykehus skal ha stedlig ledelse. Kjernen i ledelseskulturen må være å sikre møtet mellom pasient og behandler. Formålet med all ressursbruk er å gjøre dette møte kvalitativt godt og trygt for pasienten og med størst mulig økonomisk effektivitet for sykehuset. Fagfolk i sykehus må gis større personlig ansvar for å gjennomføre arbeidet på sin plass i tråd med den overordnede ledelsens intensjon (operasjonsbasert ledelse).

I en nettverksmodell for utvikling av kvalitet i sykehus skal lokalsykehusene og sykehus med lokalsykehusfunksjoner få et tydeligere ansvar for det lovfestede samarbeidet med kommunehelsetjenesten.

Forslagsstiller vil understreke at lokalsykehusenes store fortrinn er nærhet til og kunnskap om lokalsamfunnet. Med samhandlingsreformen har kommunehelsetjenesten fått økt ansvar for helsetilbudet til befolkningen. Utskrivningsklare pasienter er overført til kommunene, og mange av pasientene er syke og trenger omfattende helsehjelp. Øyeblikkelig hjelp-senger blir et lovkrav fra 1. januar 2016, i tillegg har det gjennom behandlingen av stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste, jf. Meld. St. 26 (2014–2015), blitt vedtatt at det samme lovkravet om øyeblikkelig hjelp-senger skal innføres innenfor rus- og psykiatrifeltet. Forslagsstiller mener at samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten langt ifra er god nok. Med økte faglige krav til kommunehelsetjenesten er det enda viktigere med et tett samarbeid mellom sykehus og lokalsamfunn. Dette må bli et ansvar for lokalsykehusene. Forslagsstiller foreslår at lokalsykehus regelmessig må ha kontaktmøter med kommunehelsetjenesten og at kommunehelsetjenesten er representert i sykehusstyret.

Offentlige sykehus drives mest effektivt og faglig godt med et stort antall planlagte behandlinger på dagtid som kan understøtte beredskapstilbudet på kveld og helg. Forslagsstiller mener at en nettverksmodell for utvikling av sykehus må baseres på at offentlige sykehus har et bredt tilbud av dagbehandlinger og planlagte operasjoner på dagtid og politisk vilje til å redusere helsekøene ved å nytte ledig kapasitet i det offentlige helsevesenet. Nettverksmodellen vil derfor fungere optimalt når privatiseringsreformen fritt behandlingsvalg blir avvirket. Ellers vil private sykehus drive planlagte behandlinger vekk fra offentlige sykehus og dit hvor det er størst mulighet for å tjene penger.

Ny finansiering og ledelse av sykehus

Forslagsstiller mener at norske sykehus i dag ledes på en måte som ikke gir tillit i befolkningen. Helseforetaksloven har ført til en ledelseskultur der viktige beslutninger blir avgjort av få personer, gjennom uformelle samtaler og i lukkede «styreseminarer».

Det er behov for en demokratiserings- og ledelsesreform av norske sykehus. Spesialisthelsetjenesten må være desentralisert, og somatiske og psykiatriske sykehus må sikre nærhet til behandlingstilbud og akuttberedskap. Organisering og ledelse av spesialisthelsetjenesten må sikre disse formålene og legge godt til rette for det viktigste av alt: møtet mellom pasient og behandler. Sykehusene må tas tilbake til offentlig forvaltning og folkevalgt styring. Forslagsstiller viser til at stortingsrepresentantene Per Olaf Lundteigen, Janne Sjelmo Nordås og Kjersti Toppe fra Senterpartiet våren 2015 fremmet forslag for Stortinget om å avvikle foretaksmodellen og innføre

folkevalgt styring av sykehusene, jf. Dokument 8:96 S (2014–2015).

Åpenhetskultur er forutsetning for læring

Forslagsstiller mener det har utviklet seg en taushetskultur i norsk helsevesen, der ledelsens kommunikasjonspolitikk ofte vektlegger ansattes lojalitet til arbeidsgiver mer enn hensynet til at ulike faglige vurderinger kommer fram og dermed bidrar til kritikk og læring. Noen aktive ansatte opplever å få munnkurv, mens enda flere innretter seg etter en kultur der kommunikasjonsarbeidere får styre informasjonsflyten. Taushetskulturen fremmes etter forlagsstillers vurdering gjennom bedre karrieremuligheter for de som opptrer lojalt. Ifølge Høgne Lerøy Sataøens doktoravhandling 2011 er antallet kommunikasjonsarbeidere ved norske sykehus doblet etter at foretaksmodellen ble innført i 2002. Nesten alle kommunikasjonsarbeidere i norske sykehus sitter i sykehusledelsen.

Helseforetakene er opptatt av å drive merkevare- og omdømmebygging. Dette gir lite rom for fagfolk til å uttale seg. Konsekvensen er en mindre opplyst offentlighet med større konsentrasjon av makt til ansatt helseledelse. Også fagfolk i kommunehelsetjenesten opplever mindre og mindre rom til å ytre seg som fagpersoner. Eksemplene som har nådd offentligheten via media er etter hvert blitt mange og alvorlige.

Forslagsstiller mener at ansattes rett til å ytre seg og en åpenhetskultur er en forutsetning for å skape lærende organisasjoner og avgjørende for rettssikkerheten i et fungerende demokrati. Helsevesenet forvalter svært viktige verdier på vegne av befolkningen og må være en del av det frie offentlige ordskiftet. Fagfolkene er viktige kunnskapsbærere som bidrar til folkeopplysning og folkevalgtes mulighet til å ta beslutninger på et informert grunnlag.

Forslagsstiller mener at sykehusene sine kommunikasjonsreglement og praksis må underlegges målsettingen om å sikre ansatte ytringsfrihet, ikke det motsatte. I Nasjonal helse- og sykehusplan må det pålegges alle sykehus å innføre åpenhetsreglement, som sikrer åpenhet om feil og mangler og som forsikrer at det å si ifra, selvsagt ikke får konsekvenser for arbeidsforholdet.

Erfaringer og utfordringer ved dagens styring av sykehusene

Helse og sykehus er et vesentlig politisk område der behov for åpenhet, debatt og folkevalgt innflytelse er stort. Erfaringene med dagens foretaksmodell er at beslutninger om vesentlige endringer i sykehusstilbudet mangler demokratisk legitimitet og fører derfor til mye uro. Dette svekker igjen kvaliteten og effektiviteten i sykehusorganisasjonen. Styremedlemmer i de regionale helseforetakene og helseforetakene står ikke til ansvar overfor folket i valg. Utviklin-

gen har også gått i retning av at de regionale helseforetakene legger stor vekt på å disiplinere foretaksstyrene. Kravet om lojalitet til overordnede organer er sterkt.

Erfaringen med helseforetaksloven er at den fungerer best når det er stor grad av enighet og samsvar mellom befolkningens forventninger og avgjørelser som fattes om helsetilbudet. Helseforetaksloven har imidlertid vist seg å fungere svært dårlig i vanskelige og viktige saker det er uenighet om, jf. kontroll- og konstitusjonskomiteens behandling i 2015 av eierstyringen knyttet til nytt sykehus i Møre og Romsdal.

Forslagsstiller mener at samhandlingsreformen har forsterket behovet for å se helheten i helsetjenesten og for å etablere en eier- og ledelsesstruktur som understøtter sammenhengen mellom det forebyggende helsearbeidet, primærhelsetjenesten og sykehuse- nes virksomhet. Dagens sykehusorganisering er ikke tilpasset behovene som er skapt gjennom samhandlingsreformen, og sikrer ikke på en god måte et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Fra foretak til forvaltning

Forslagsstiller mener dagens helseforetakslov må avvikles. Sykehusene må tas tilbake til fylkeskommunens folkevalgte styring og offentlig forvaltning for å sikre en effektiv og demokratisk ledet spesialisthelsetjeneste med tillit i befolkningen. Både New Zealand og Skottland har reversert foretaksorganiseringen fordi den ikke virket etter hensikten. Det skotske helsevesen baseres på samarbeid, ikke konkurranse. Forslagsstiller mener at også norske sykehus må styres gjennom en forvaltningsmodell med folkevalgt styring nasjonalt, regionalt og lokalt. Folkevalgte i fylkene må gis styreansvar regionalt. Ved avvikling av foretaksorganiseringen bør sykehusene videreføres med statlig eierskap. Senterpartiet har i Stortinget foreslått en ny styringsmodell der ansvaret for drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten desentraliseres til 20 sykehusstyrer tilsvarende dagens 20 helseforetak. Disse skal styre innenfor rammene gitt av Stortinget i en nasjonal helse- og sykehusplan.

Fra innsatsstyrt til rammefinansiering

Forslagsstiller mener at sykehus må finansieres som skole og eldreomsorg, gjennom rammebudsjetter over statsbudsjettet. I dag finansieres sykehus med 50 prosent rammefinansiering og 50 prosent innsatsstyrt finansiering (ISF) basert på såkalte diagnosekoder (DRG). De regionale helseforetakene viderefører innsatsstyrt finansiering helt ned på avdelingsnivå. Slik blir hver enkelt helsearbeider pålagt økonomiske vurderinger i pasientbehandling og diagnosesetting. Da Hagen-utvalget (NOU 2003: 1) vurderte finansieringsmodeller for de regionale helseforetakene, anbefalte et stort flertall å gå over til en

ordning med rammebudsjettering av RHF-ene, uten at det skjedde. Også Nordheim-utvalget (NOU 2014: 12) problematiserer innsatsstyrt finansiering og viser til at den kan påvirke prioriteringsbeslutninger i sykehusene. Skottland gikk i 2004 tilbake til en drifts- og finansieringsmodell hvor alle aktører opererer på grunnlag av de budsjetter de får tildelt fra overordnet myndighet. Forslagsstiller viser til at Senterpartiet har programfestet å endre finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten slik at sykehusene i all hovedsak blir rammefinansiert. Dagens forretningssystem etter regnskapsloven bør avvikles og erstattes av kommunenes og fylkeskommunens budsjett- og regnskapssystem.

Regionale folkevalgte sykehusstyrer

Forslagsstiller viser til at i Senterpartiets styringsmodell for sykehus, er ansvaret for drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten desentralisert til 20 sykehusstyrer tilsvarende dagens 20 helseforetak. Sykehusstyrene får ansvaret for sykehusene i sin region i en rammefinansiert modell. Sykehusene skal styres av overordnede prioriteringer fra Stortingets side nedfelt i den nasjonale helse- og sykehusplanen. Sykehusstyrene ansetter stedlig leder ved sykehusene. Sykehusstyrene skal bestå av et flertall av medlemmer valgt av og blant fylkestingets medlemmer, i tillegg til de ansattes representanter og brukerrepresentant. Lederen av styret skal velges blant fylkestingsrepresentantene i styret. Styret skal ut fra årlig statlig finansiering utarbeide og vedta års- og langtidsbudsjett som grunnlag for sin styring av virksomheten. Styret skal avgi årsmelding og regnskap til fylkestinget og Helse- og omsorgsdepartementet. Dersom området for sykehusstyret ikke følger fylkesgrensene, må styrerepresentanter bli valgt fra begge fylker. Eventuelt må området for sykehusstyret tilpasses fylkesgrensene. I tillegg må det vurderes å opprette egne styrer for landsomfattende tjenester. Disse tjenestefunksjonene må forankres i Nasjonal helse- og sykehusplan. Eksempel på slike områder er IKT, sykehusbygg, forskning og utdanning.

Stedlig ledelse og virksomhetsstyrer

Alle sykehus skal ha en stedlig leder som har faglig ansvar, budsjettansvar og personansvar. Økonomisk gjelder dette også for drift og vedlikehold av bygningsmassen. Alle som er offentlig ansatt ved sykehuset, skal ha stedlig leder som sin sjef. I tillegg foreslås det at hvert sykehus skal ha et eget virksomhetsstyre. Virksomhetsstyrene skal bestå av de ansattes representanter og brukerrepresentanter, representanter fra kommunehelsetjenesten, fra sykehusstyret i regionen og representanter valgt av fylkestinget blant kommunestyremedlemmer i aktuelle kommuner. Kommunene nominerer sine representanter. Styrene må forpliktes til å arrangere åpne informasjonsmøter

for befolkningen i alle berørte kommuner hvert år, i tillegg til regelmessige samarbeidsmøter med kommuneledelsen. Årsmelding og regnskap fra virksomhetsstyrene skal avgis til fylkestinget og berørte kommuner. For å sikre nødvendig samhandling, skal det være gode rutiner for løpende møter og dialog mellom kommunene, sykehuset og kommunehelsetjenesten.

Demokrati og ledelsesreform

Forslagsstiller mener at ny folkevalgt styring av sykehusene slik beskrevet i Dokument 8:96 S (2014–2015) om å utvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene, er en demokrati- og ledelsesreform for spesialisthelsetjenesten. Ledelseskulturen er bare vellykket når den har de ansattes og befolkningens tillit. Stedlig leder skal være synlig i sykehusmiljøet og tilgjengelig for de ansatte. Den daglige driften av sykehusene må være tillitsbasert gjennom sterke faglige fellesskap mellom alle sykehusansatte. Kjernevirksomheten i sykehusene, møtet mellom behandler og pasient, skal gis størst opp-

merksomhet. Ledelse og støttefunksjoner må alle bygges opp for å fremme dette formål. Befolkningen skal erfare trygghet for at det er kort vei til folkevalgte beslutningstagere og en sykehusledelse som setter pasienten i sentrum.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

1. Stortinget ber regjeringen innføre en nettverksmodell for kvalitet i sykehusene hvor fullverdige lokalsykehus med akuttberedskap innen kirurgi, indremedisin, anestesi, røntgen og laboratorium samhandler med mer spesialiserte sykehus.
2. Stortinget ber regjeringen fremme sak om å erstatte helseforetaksloven med en helseforvaltningslov der eierrepresentantene i styrene velges av og blant fylkestingenes medlemmer.

1. desember 2015