

# Sykehustalen 2015

Av helse- og omsorgsminister Bent Høie

Tale/artikkel | Publisert: 07.01.2015

Kjære alle sammen

Takk for sist på samme tid i fjor. Det er flott å stå her igjen med en ny sykehustale for 2015. Og godt nytt år

- til alle medarbeidere i helsetjenesten. En stor takk til hver enkelt av dere for innsatsen dere gjør for pasientene hver eneste dag.
- til pasienter og organisasjonene som tar ansvar og sier fra hvor skoen trykker
- til profesjonsforeninger og politikere i alle partier: Jeg kan love dere et spennende år med debatter som vil gå høyt, og som kan bli førende for helsetjenesten i årtier framover.
- Regjeringen har tatt hele helsetjenesten opp til åpen og bred diskusjon. I løpet av året skal vi legge fram flere stortingsdokumenter og opptrappingsplaner:
- Nå i vår kommer folkehelsemeldingen, en melding om legemiddelpolitikken og en melding om primærhelsetjenesten – den første i sitt slag som beskriver primærhelsetjenesten som en helhetlig helsetjeneste.
- Til høsten kommer Nasjonal- helse og sykehusplan
- Og vi skal legge fram en opptrappingsplan for rus og en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering
- I disse dager legger vi siste hånd på reformen om fritt behandlingsvalg
- Og i høst kom meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet, som skal bli et årlig dokument til Stortinget.

Alle disse meldingene og satsingene er viktige – hver for seg og samlet.

Vi ruster helsetjenesten for fremtiden – og viderefører vårt politiske prosjekt som vi planla i opposisjon, begynte på i 2013 og som vi skal gjennomføre i regjering.

Mitt hovedbudskap her i dag er det samme som i fjor: Vi skal skape pasientens helsetjeneste. Det er et overordnet mål.

Å skape pasientens helsetjeneste innebærer at:

- Vi vil flytte makt fra andre som har makt, og til pasienten.
- Vi vil ta alle gode krefter i bruk – både offentlig og privat.
- Vi vil skape mestring – gjennom å fornye, forenkle og forbedre.

Å skape pasientens helsetjeneste er lite kontroversielt når vi sier det, men det blir fort kontroversielt når vi skal gjøre det.

Et grunnleggende spørsmål er: Hvis pasienten fikk bestemme – hvordan ville vi organisert og styrt arbeidet da?

Dette er et radikalt spørsmål. Svaret vi får skal vi ta på alvor – og det skal være bestemmende for arbeidet med pasientens helsetjeneste.

Det innebærer at vi må møte utfordringene på nye måter, vi må jobbe smartere og annerledes, og vi må involvere pasienter og medarbeidere i større grad enn i dag.

Tre forhold slår meg når jeg ser inn i sykehus-Norge:

Mye er veldig bra – og Norge hevder seg godt i internasjonale sammenlikninger. Når pasientene først kommer inn i sykehuset, blir de stort sett tatt godt vare på.

Men – vi har to viktige utfordringer

- Det er for mange som venter unødvendig lenge.
- Og det er for stor variasjon i kvalitet, effektivitet og ventetid – både mellom sykehus og innen sykehusene.

Først om ventetid

Noen mener kanskje at lang ventetid ikke er så farlig. At det viktigste er god helsehjelp, og at pasientene må regne med noen måneders venting.

Jeg er ikke enig.

- Unødvendig lang ventetid kan redusere mulighetene til å få best mulig utbytte av behandling.

- Lang ventetid gjør at mange er sykmeldt mye lenger enn nødvendig. Det er vondt for pasienten og dyrt for samfunnet.
- Å vente unødvendig lenge på helsehjelp samsvarer ikke med folks forventninger. Det må vi ta innover oss.

Lange ventetider vil, over tid, føre til at mange velger å kjøpe helsetjenester for egen regning til seg og sine, dersom hjelpen fra det offentlige ikke svarer til forventningene.

Mange har allerede en helseforsikring gjennom jobben. På sikt risikerer vi at oppslutningen om et skattefinansiert helsesystem for alle, kan falle.

En slik utvikling ønsker jeg ikke.

Vår andre utfordring er at det er for store variasjoner – eller forskjeller – mellom sykehusene når det gjelder kvalitet, effektivitet og ventetid.

Sykehusene har måttet tåle kritikk fra Riksrevisjonen for manglende effektivitet og kapasitetsutnyttelse.

Riksrevisjonens undersøkelse viser

- at produktiviteten i spesialisthelsetjenesten kan økes betydelig dersom erfaringene fra sykehus med kort liggetid, effektive behandlingsforløp og høy utnyttelse av kapasiteten blir overført til andre sykehus.
- at mange sykehus kan redusere antall liggedøgn. Brukerundersøkelser viser at pasienter som har fått behandling i sykehus med kort liggetid, har like godt funksjonsnivå når de skrives ut, som pasienter som har ligget lenger i sykehus.
- at bedre utnyttelse av operasjonsstuene kan redusere ventelistene.

Jeg vil ta noen eksempler

Det første gjelder effektivitet ved operasjonsstuene. I gjennomsnitt står operasjonsstuene tomme halve dagen, og det er store variasjoner mellom sykehusene.

Ved St. Olavs hospital er de best. Der brukes i gjennomsnitt 68 prosent av operasjonsstuene mellom klokken 8 og 16.

Det dårligste sykehuset er nede i 40 prosent kapasitetsutnyttelse. Og landsgjennomsnittet er bare 53 prosent.

Jeg mener på ingen måte å henge ut kirurgene. Mitt poeng er at lav utnyttelsesgrad kan indikere at det er flaskehalsen ett eller flere steder i behandlingsskjeden.

Slike flaskehalsen må lokaliseres, analyseres og gjøres noe med – og det er et lederansvar å sørge for at det skjer lokalt.

Det andre eksemplet gjelder pasienter som får operert inn hofteprotese. Her varierer liggetiden fra 3 til 11 dager – uten at det er holdepunkter for at liggetiden påvirker pasientopplevd eller medisinsk kvalitet.

Selvfølgelig må liggetid ta utgangspunkt i beste kunnskap om hva som tjener den enkelte pasient. Men dersom behandlingsresultatet er like godt, så skal vi ha effektiv utnyttelse av sykehusressursene.

Det tredje eksemplet er Haraldsplass sykehus i Bergen som var tidlig ute med kikkhullskirurgi og en forbedret operasjonsmetode ved tykktarmskreft. De har svært gode resultater.

Men fortsatt er det for mange sykehus som opererer tykktarmskreft på tradisjonell måte, noe som betyr lengre og mer belastende sykehusopphold for pasienten.

Det siste eksemplet er Helse Vest som har utviklet tekniske løsninger for oppgaveplanlegging. Blant annet har personalet som tildeler timer til pasientene, oversikt over når alle behandlerne har ledig tid.

Det betyr at pasienten kan få time ved første kontakt, og at flere undersøkelser for samme pasient, kan koordineres og legges til samme dag.

Disse eksemplene er både godt og dårlig nytt.

Det er uheldig at for mange pasienter venter unødvendig lenge, og at kvalitet og ventetid kan variere, avhengig av hvilket sykehus man sokner til.

Samtidig er det godt nytt at det er stort potensial for læring på tvers av sykehusene.

Hvis sykehusene lærer av de beste, så kan mange flere pasienter få raskere behandling.

Derfor får helseregionene i år i oppdrag å lage strategier for hvordan de vil redusere variasjon i effektivitet og ventetid mellom sykehusene.

De skal identifisere flaskehals, forslå tiltak for å fjerne dem, og ha en plan for hvordan sykehusene kan lære av hverandre.

Vi trenger gode data som synliggjør ubegrunnet variasjon. Derfor får Helse Nord og Helse Vest i oppdrag å utvikle en nasjonal atlastjeneste som viser hvordan forbruk av helsetjenester er fordelt.

Med helseatlas kan vi avdekke ubegrunnet variasjon i helsetjenester og bruke dataene til å sikre likeverdige helsetjenester.

Alle skal være trygge på at helsetjenesten er der for dem når de trenger det.

Disse oppdragene vil jeg følge opp i 2015 og 2016.

Men pasienten har også selv ansvar for at tiden blir brukt fornuftig.

Det er et stort problem at mange pasienter ikke møter til avtalt time på poliklinikken. Det betyr at ventetiden øker, og at personell og utstyr ikke brukes effektivt.

Helse Vest har laget prosjektet "Alle møter" med flere tiltak for å hjelpe pasientene til å overholde avtalene sine. Nettstedet [Vestlandspasienten.no](http://Vestlandspasienten.no) er ett eksempel. Her kan pasientene på en enkel måte få oversikt over avtalene sine og endre på disse selv.

Dette er et eksempel å lære av, men vi må få enda flere til å møte opp til timen. Derfor har vi nå doblet gebyret som pasientene må betale, hvis de ikke møter til avtalt tid.

Jeg har bare møtt positive reaksjoner på dette tiltaket fra sykehusene.

Det er selvfølgelig en forutsetning at pasienten enkelt kan få kontakt med poliklinikken på mail eller telefon. Og selvfølgelig finnes det pasienter som må vises spesielle hensyn.

Jeg sa i sykehustalen i fjor at det som er viktigst for pasientene, skal ha størst oppmerksomhet i vår politikk.

Høyre- og Fremskrittsparti-regjeringens visjon om å skape pasientens helsetjeneste har preget helsepolitikken i året som har gått.

I fjor presenterte jeg seks punkter som skal til for å skape pasientens helsetjeneste. Disse er :

1. Ta i bruk mangfoldet ved å innføre fritt behandlingsvalg. Ventetiden skal ned. Kvaliteten skal opp.
2. Lage opptrappingsplan for rusfeltet og bygge ut det psykiske helsetilbudet i kommunene.
3. Sørge for raskere diagnose og redusert ventetid for kreftpasienter.
4. Legge fram en nasjonal helse- og sykehusplan som gjør oss i stand til å planlegge en helsetjeneste med kapasitet og kompetanse til å møte framtidens behov.
5. Skape bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom endring i ledelse, systemer og kultur.
6. Satse på IKT og kommunikasjon.

Disse seks punktene har preget arbeidet i året som har gått, i budsjettet som Stortinget vedtok før jul, og de vil prege mitt oppdrag til helseregionene i 2015.

Jeg vil nå gjøre opp status så langt og trekke opp linjene for hvordan vi skal gå videre.

## **1.**

I disse dager fullfører vi regjeringens forslag til hvordan reformen fritt behandlingsvalg skal se ut og fungere. Stortinget får forslaget i slutten av måneden.

I løpet av året skal vi i gang med det som var mitt punkt 1 – å ta i bruk mangfoldet ved å innføre fritt behandlingsvalg

Høringsnotatet om reformen skapte engasjement. Det synes jeg er helt naturlig.

Som jeg sa, vil det være kontroversielt å gjennomføre pasientens helsetjeneste fordi det vil utfordre makt og etablerte systemer.

Jeg ser at forventningene våre kan oppleves som krevende.

Vi vil mobilisere kapasitet blant private, og vi vil at de offentlige sykehusene skal få mer konkurranse. Jeg mener at konkurranse er sunt.

Noen hevder at fritt behandlingsvalg bare handler om muligheten til å velge helsetjenester privat, der det er ledig kapasitet.

Det er feil. Reformen skal ikke bidra til at køen flyttes fra offentlige til private.

Derfor handler fritt behandlingsvalg også om den offentlige helsetjenesten.

Denne delen av reformen gjelder fra i dag. Vi har fjernet aktivitetstaket for hvor mange pasienter de offentlige sykehusene kan behandle.

Det betyr at sykehusene kan behandle flere pasienter enn budsjettert, så lenge de finansierer det gjennom innsatsstyrt finansiering.

Sykehusene får også større frihet og fleksibilitet til å bruke utstyr og bygninger ved at de kan inngå leieavtaler for 100 millioner kroner per avtale.

De offentlige sykehusene skal også bruke anbud i større grad og kjøpe mer ledig kapasitet hos private. Dette kravet forsterkes i årets oppdrag til helseregionene.

Avtalespesialistene skal brukes mer og bedre. Avtaleverket skal reforhandles i løpet av året, og det er allerede enighet om at det skal etableres samarbeid slik at sykehusene og avtalespesialistene kan utfylle hverandre på en bedre måte enn i dag.

Den andre delen av reformen som vil kreve forsterkede pasientrettigheter, og dermed lovendring, skal fremmes for Stortinget i slutten av januar.

Vi har lyttet til høringsinnspillene. Forslaget som nå skal legges fram, vil forenkle og forsterke pasientrettighetene.

Med det nye forslaget vil det ikke bety noe for pasienten i hvilken ordning han eller hun får tilbud om behandling.

Som ekspertgruppen, bestående av pasienter som jobber med nasjonal helse- og sykehusplan, formulerte det: "I pasientens helsetjeneste merker vi ikke hvem som eier, drifter og betaler – det må systemet tas seg av!"

Hvis Stortinget vedtar forslaget til lovendring, vil reformen tre i kraft i løpet av året. Vi starter først for psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og noe somatisk behandling.

Deretter skal vi gradvis utvide ordningen.

## **2.**

Og da er jeg over på mitt punkt 2 i fjorårets tale – satsingen på rus og psykisk helse.

Jeg var tydelig på at vi skulle prioritere behandling og forebygging innen psykisk helse og rusfeltet.

Det løftet har vi holdt. Fritt behandlingsvalg er ett av flere tiltak som viser at vi mener alvor med prioriteringen.

Til nå har vi gjort mye

Vi har gjeninnført den gyldne regel om at helseregionene skal prioritere rusfeltet og psykisk helse.

Helseregionene har fått ressurser til å kjøpe flere tjenester av ideelle og private.

I 2014 er døgncapaciteten i tverrfaglig spesialisert behandling økt med 200 flere plasser.

Også 2015 vil være preget av at vi prioriterer rus og psykisk helse

Vi arbeider med en ny opptrappingsplan for rusfeltet.

Vi har øremerket 400 millioner til utvikling av et bedre tilbud til rusavhengige i kommunene.

For 2015 har Stortinget bevilget 300 millioner mer til skolehelsetjeneste, helsestasjoner og psykisk helse i kommunene.

Og endelig har vi fått på plass en ny legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Vi er allerede i gang med å godkjenne de første spesialistene i en overgangsordning.

Og vi skal videre. En plan for å bygge ut tilbudet med psykologer i kommunene kommer i stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten nå i vår.

Men vi har fortsatt utfordringer. Det er mange som ikke får god nok oppfølging.

Pasientens helsetjeneste handler ikke om å leve livet på institusjon. Det handler om en åpen og oppsøkende tjeneste som gjør det mulig å mestre livet, selv om man har utfordringer med rus eller sin psykiske helse.

Spesialistene må bli flinkere til å følge pasientene ut i kommunene.

Oppsøkende ACT-team der kommuner og spesialisthelsetjeneste samarbeider om et tilpasset tilbud til alvorlig psykisk syke og pasienter med rusavhengighet, har vist svært gode resultater.

Dette er et tiltak vi vet virker og som både brukere og teamet er godt fornøyd med.



Pasientene blir friskere, antall liggedøgn halveres og tvangsbruken reduseres markant. Ja, 70% for de sykeste pasientene.

Derfor skal vi ha flere slike team. Og jeg er glad for at vi fikk lagt inn 10 millioner kroner mer i budsjettforliket til finansiering og nye team.

Dette i påvente av en varig finansieringsmodell hvor kommuner og helseforetak ansvarliggjøres.

Det arbeider vi med nå.

### **3.**

Det tredje punktet var å sørge for raskere diagnose og redusert ventetid for kreftpasienter

1. januar var en milepæl. Datoen markerte at vi nå er i gang med pakkeforløp for kreft i alle regionene.

Vi er først ute med pakkeforløp for de fire vanligste kreftformene som er lungekreft, brystkreft, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft.

Senere i år skal vi innføre ytterligere 24 pakkeforløp for kreft.

Det er ikke pasienten som er pakken. Pasienten får en pakke. Pakken er måten vi organiserer tilbudet på.

Pakkeforløpet er et planlagt forløp, rammet inn i en fast mal slik at pasienter med berettiget mistanke om kreft, kan komme raskt til utredning og behandling.

Pakken skal gi svar på hvor lenge pasienten kan vente i de ulike stadiene i et sykdomsforløp: Fra det er mistanke om kreft og til utredning – fra utredning til diagnose stilles – og fra diagnose til behandling.

Pasienter som lever i frykt for en alvorlig diagnose, skal slippe uvisshet og uforutsigbarhet i møtet med helsetjenesten.

Nye arbeidsformer, som tverrfaglige beslutningsmøter, skal være forpliktende for hvordan forløpet skal være.

Og alle pasientene får en fast kontakt å forholde seg til gjennom hele forløpet. Denne koordinatoren skal sørge for at timer bookes, og delta i de tverrfaglige møtene.

Pakkeforløpene er det andre av tre trinn i regjeringens kreftsatsing.

Det første trinnet i kreftsatsingen er tverrfaglige diagnosesentre for pasienter med usikker diagnose.

Rekkefølgen er viktig. Diagnosesentrene er trinn 1 fordi innføring av pakkeforløp nettopp ikke skal forlenge ventetiden for pasienter med symptomer på noe som kan være alvorlig sykdom.

Målet var å få på plass minst ett diagnosesenter i hver helseregion før pakkeforløpene ble rullet ut i hele landet.

Det målet har vi nådd, og det er flott. Men det vil være behov for flere slike sentre, og flere er underveis.

Styret i Helse Vest har besluttet at det skal etableres ett diagnosesenter ved hvert helseforetak.

Og i Helse Sør-Øst skal det etableres minst ett senter til i 2015.

Det tredje punktet er å styrke samarbeidet med fastlegen. Dette arbeider vi med, parallelt med innføring av pakkeforløpene.

Å forberede pakkeforløpene for kreft har vært et stort løft for mange; for Helsedirektoratet som har koordinert arbeidet, og for de 200 fagfolkene og pasientene som har jobbet fram 28 pakkeforløp og diagnoseveiledere.

Jeg vil benytte anledningen til å takke hver og én av dem for den flotte innsatsen.

Nå er vi i startgropen. Det er nå pakkeforløpene skal settes ut i livet. Da trenger vi engasjement, godt lederskap og vilje til å gjennomføre.

Derfor var det gledelig å lese intervju med kreftlege Andreas Stensvold ved Sykehuset Østfold for noen dager siden. Han forteller at de i rute med å få på plass koordinatorene, og til å ta imot de første pasientene (Sarpsborg Arbeiderblad 3. januar 2015).

Jeg er sikker på at vi skal lykkes.

Den følelsen ble styrket i desember da jeg og statsminister Erna Solberg var til stede på den første konferansen for helsepersonell som skal jobbe med pakkeforløpene.

Alle var enige om at pakkeforløpene er et gode for pasienter, pårørende og for helsetjenesten. Men det ble også uttrykt bekymring for mulige flaskehalsar og for at det ikke kommer friske midler.

Det er bra at dere identifiserer flaskehalsar som hindrer oss i å utnytte ressursene på en god måte.

Og jeg vil si: Lokalisér flaskehalsene, og gjør noe med dem lokalt.

Å fjerne flaskehalsar er et ansvar for lederne i virksomheten, og det kreves utstrakt samarbeid og samhandling – også med private.

Som helseminister forventer jeg at alle sykehusene arbeider kontinuerlig med dette.

Det er også et lederansvar å lykkes med pakkeforløpene – prosessen må forankres fra toppen og hele organisasjonen.

Ledelsen må støtte personalet som arbeider med pakkeforløpene, og sørge for at nye ideer og andre måtar å jobbe på, får gjennomslag.

En annen kritikk jeg hører er at et så stort løft som pakkeforløpene er, vil gå utover andre pasientgrupper.

Dette er feil måte å tenke på.

Den nye måten å organisere kreftbehandlingen på er bare begynnelsen – et lokomotiv for hvordan vi skal organisere tilbudet til andre pasientgrupper.

Kreft er et stort område der vi har avklarte behandlingsretningslinjer og erfaringer fra andre land å bygge på. Derfor begynner vi med kreft.

Vi vil også innføre en ordning med kontaktlege. Denne ordningen er på høring og skal gi alvorlig syke rett til en fast lege å forholde seg til. Vi skal bort fra "engangslegene" som Per Fugelli kaller det.

Disse to tiltakene – pakkeforløp og kontaktlege – handler ikke primært om budsjetter; de handler rett og slett om å ta et valg om å sette pasienten i sentrum.

Dette er første prioritet for alt regjeringen gjør.

## **4.**

Jeg regner med at dere har fulgt debatten om nytt fellessykehus i Nordmøre og Romsdal. Jeg mener det var riktig å konkludere i tomte-spørsmålet etter ti år med utredning og debatt.

Kontrollkomiteen skal få svar på sine nye spørsmål, men det er også viktig å komme videre i planleggingen av det nye sykehuset.

Jeg er opptatt av å lande årelange diskusjoner om sykehusstruktur. Og at når det skjer i framtiden, så skal det skje innenfor rammene av en nasjonal helse- og sykehusplan som er forankret i Stortinget.

Og dette handler mitt fjerde punkt om: Å legge fram en nasjonal helse- og sykehusplan i 2015.

Debatten om sykehusene er viktig for å ruste sykehusene for framtiden.

Som i andre land, opplever også Norge en vekst i kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjerte- og karsykdommer, kreft og psykiske lidelser.

Dette utfordrer helsepolitikken på flere områder – folkehelsen, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi vil svare på utfordringen i stortingsmeldingene som legges fram i 2015.

I morgen har NHO årskonferanse under tittelen #7 millioner. Befolkningen vokser raskt. Framtiden bygges nå. Når dagens 15-åringer fyller 40 år i 2040, kan Norges befolkning nærme seg 7 millioner mennesker, mener NHO.

Men samme år – altså i 2040 – vil dagens 45-åringer runde 70, og 17 prosent av befolkningen vil da være over 70 år.

Eldre mennesker bruker sykehusene mer. Men de har behov for andre tjenester enn yngre pasienter har. Mange vil trenge indremedisinsk hjelp når det haster – for eksempel ved hjerneslag.

Flere steder med små sykehus opplever nedgang eller stagnasjon i befolkningsgrunlaget. Men antall pasienter går ikke ned, for de eldre blir boende igjen, når de unge flytter til de store byene.

I dagens sykehusstruktur er de fleste akuttmottakene bygd opp rundt tilbud om indremedisin, kirurgi og anestesi 24 timer i døgnet.

Denne organiseringen utfordres av at kirurgien sentraliseres. Dette er ikke en trend vi kan velge bort – den skjer i alle land og skyldes både den medisinske og teknologiske utviklingen, og det enkle faktum at øvelse gjør mester.

Vi vet for eksempel at sentralisering av brystkreftkirurgien har ført til at flere overlever kreftsykdommen.

Like viktig som at kirurgen er trent, er det at det diagnostiske teamet har bredde og erfaring. Slik unngår man også unødvendige inngrep.

Med dette som bakteppe, ser vi tre mulige utviklingsretninger for framtidens sykehusstruktur. Disse retningene skal belyses i Nasjonal helse- og sykehusplan.

1. Den første er at vi fortsetter med dagens struktur og opprettholder akuttkirurgi også ved de minste sykehusene noen år til.
2. Nummer to er at vi følger tradisjonell medisinsk tenkning som sier at akutfunksjonene i indremedisin alltid må være sammen med akutfunksjoner i kirurgi. Når kirurgien sentraliseres, vil det bety vesentlig færre akuttinntak, og dermed vesentlig færre sykehus.
3. Og den tredje retningen er at vi opprettholder vår desentraliserte sykehusstruktur, men tilpasser akutfunksjonene basert på befolkningsgrunnlaget. Det vil bety at vi kan opprettholde medisinsk akuttberedskap ved flere sykehus nærmere der pasienten bor.

Så hva skal vi gjøre?

Å fortsette som nå (retning 1), betyr i realiteten en seigpining gjennom mange vanskelige prosesser der kvaliteten vil lide underveis.

Vi vet at mange småsykehus allerede sliter med å rekruttere fagfolk, og særlig innen kirurgi. Det betyr at det ikke er gitt hvilken kompetanse pasienten møter ved akutt sykdom, og vi vet at denne utviklingen vil fortsette.

Alle brukerutvalgene ved landets helseforetak sier det samme i denne saken: Det viktigste er at de møter kompetente fagfolk og at kvaliteten på behandlingen er god.

Hvis vi beslutter at alle akuttinntakene skal ha hele bredden av indremedisin, kirurgi og anestesi 24 timer i døgnet (retning 2), så vil det kreve at pasientgrunnlaget er stort nok til at ressursene brukes fornuftig, og at ferdigheter og kompetanse opprettholdes.

For å drive akuttkirurgi kreves et pasientgrunnlag på minst 60 til 80 000 innbyggere. Det betyr at minst halvparten av dagens norske sykehus har for lite pasientgrunnlag.

Samtidig vil behovet for indremedisinsk spesialisthelsetjeneste fortsette å øke også rundt de minste sykehusene, fordi befolkningen der blir eldre.

I dette perspektivet blir det et viktig spørsmål om indremedisinen må sentraliseres sammen med kirurgien. Derfor må vi se nøye på om vi bør differensiere akuttmottakene ytterligere (retning 3).

En mulighet her er at de minste sykehusene har spesialister til stede hele døgnet innen indremedisin og anestesi, og kirurger tilgjengelig på dagtid når det jobbes med planlagt kirurgi.

I en slik situasjon kan de minste sykehusene ha et pasientgrunnlag på rundt 20 til 30 000 innbyggere. I så fall vil det være mulig å opprettholde en desentralisert sykehusstruktur med medisinsk akuttberedskap hele døgnet.

Men det er på ingen måte uproblematisk å ha sykehus med medisinsk akuttberedskap uten samtidig kirurgisk døgnberedskap.

Skal vi velge en slik modell må samarbeidet mellom sykehusene styrkes, og bruk av telekommunikasjon og videokonferanse mellom sykehusene må økes.

Dette skjer allerede i dag, men ikke systematisk. Vi har heller ikke tatt i bruk alle mulighetene som finnes med dagens teknologi.

Det må også arbeides videre med kvaliteten på de prehospitale tjenestene slik at pasientene kommer til rett sykehus.

Vi jobber nå med en egen spesialitet i nettopp mottaksmedisin.

Kan denne modellen virke i praksis?

Ja – fem norske sykehus har i dag rene indremedisinske akuttmottak med støtte av anestesi, og kombinert med dagkirurgi.

Modellen virker både ved store sykehus – som Lovisenberg i Oslo, og ved små sykehus – som Mosjøen sykehus.

Det vil være ulemper med en slik differensiering, og disse må veies mot fordelene ved at medisinsk akuttberedskap kan opprettholdes nærmere der folk bor.

Slik nærhet har særlig verdi i Norge hvor vi har lange avstander og begrenset befolkning i store deler av landet.

Denne viktige diskusjonen må vi ta – og vi må ta den nå!

Regjeringens anbefaling kommer i Nasjonal helse- og sykehusplan til høsten.

Valget som Stortinget tar, vil ha stor betydning for hvordan vi ruster sykehus-Norge for framtiden.

Arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan er et langsiktig arbeid, og det vil ta tid før planen er vedtatt og virker. Fram til planen er vedtatt og virker, skal de regionale helseforetakene fortsatt ha en sentral koordinerings- og styringsrolle.

Vi skal bruke en stor del av fellesskapets penger til å investere i nye sykehusbygg i årene framover.

Fra Kirkenes i Nord til Haukeland i Vest, på begge sider av Oslofjorden – Østfold og Vestfold.

Nytt sykehus i Østfold skal tas i bruk i år og mange prosjekter er under planlegging; i Drammen, Stavanger og i Nordmøre og Romsdal, for å nevne noen.

Hittil har hvert nytt sykehusprosjekt utviklet sine egne løsninger.

Standardisering og gjenbruk vil gi store besparelser. Derfor ble

Sykehusbygg HF stiftet i oktober i fjor, med hovedkontor i Trondheim.

Jeg har store forventninger til at "Sykehusbygg" skal bidra til mer standardiserte løsninger ved at erfaringer overføres fra det ene byggeprosjektet til det andre.

Vi har ikke råd til å la være!

**5.**

Som jeg sa innledningsvis, har vi nylig lagt fram den første av det som skal være årlige stortingsmeldinger om kvalitet og pasientsikkerhet, der Stortinget får anledning til å drøfte utfordringene regelmessig.

Denne meldingen er en viktig oppfølging av punkt 5 i fjor om å skape bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom endring i ledelse, kultur og systemer.

Kvalitet og pasientsikkerhet er også tema i stortingsmeldingene og planene som regjeringen vil legge fram i 2015.

Åpenhet er nødvendig for å kunne forbedre tjenestene og skape tillit til det arbeidet vi gjør.

Derfor vil vi ha åpenhet og diskusjon om det som er bra, men også om det som ikke er godt nok.

Internasjonalt ligger Norge høyt på overlevelse for sykdommer som kreft, hjerte- og karsykdom og hjerneslag. For befolkningen betyr det trygghet og tiltro til at vi får behandling av høy kvalitet, når vi trenger det.

Som helse- og omsorgsminister vil jeg gi honnør til en helsetjeneste som holder høyt faglig nivå.

Men vi har også utfordringer – og de kommer tydelig fram i meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet.

Utfordringene handler om pasientskader, om mangel på medvirkning, dårlig kommunikasjon og samhandling, og for liten kunnskap om status for flere områder i helse- og omsorgstjenesten.

Vi kan si at vi har en helsetjeneste som ofte er veldig god på overlevelse, men ikke alltid så god på opplevelse.

Det drives mye godt systematisk forbedringsarbeid for å bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse- og omsorgstjenesten.

Det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet vi er i gang med, er et ledd i dette arbeidet.

Vi har mange gode helseregistre i Norge, men det er nødvendig med modernisering slik at de kan utnyttes bedre.



På flere områder mangler vi registre, blant annet innenfor psykisk helsevern og rus. Nasjonalt folkehelseinstitutt har derfor fått i oppdrag å utrede et register for psykisk helse og rus.

Vi har også startet arbeidet med å etablere et eget register for helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid er et lederansvar.

Jeg forventer at ledere bruker alle tilgjengelige kilder for å forstå kvaliteten på tjenesten de er ansvarlig for, og at de setter inn tiltak for å bedre kvaliteten der det er nødvendig.

Dette gjelder både den pasientopplevde og den medisinske kvaliteten, og det gjelder effektiviteten i tjenesten.

Den årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet skal være én av flere kilder for ledere på alle nivåer i arbeidet med å bedre kvaliteten og øke pasientsikkerheten.

Et av de viktigste oppdragene for helseregionene i 2015 vil være å redusere variasjon, som jeg snakket om innledningsvis som en av to hovedutfordringer.

Jeg mener at pasientene i for liten grad er med i utformingen av tjenestetilbudet.

Brukermedvirkning og kommunikasjon er lavt prioritert i helsetjenesten. Det kommer tydelig fram i den første årlige kvalitetsmeldingen.

Nå er det brukerutvalg i alle helseforetakene. I foretaksmøtet senere i dag vil jeg formidle at alle regionale helseforetak og helseforetak skal lage enhetlige retningslinjer for brukerutvalg og brukermedvirkning, blant annet i styrene.

Det å involvere pasienten i beslutninger om behandling gjør at vi bruker ressursene på en bedre måte.

Tidligere tenkte vi at vanskelige prioriteringer måtte tas av legen, og så måtte pasienten avfinne seg med det.

Og det har også vært en oppfatning at pasienten alltid ville velge på øverste hylle. Men det er faktisk ikke slik når pasienten tas med på råd. Dette er blitt et interessant forskningsfelt.

Pasientene er like kloke som dem med helseutdanning. De velger det alternativet som er fornuftig for dem selv – i samarbeid med legen sin.

Dette har prioriteringsutvalget løftet fram i NOUen Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten.

Jeg ser fram til en bred debatt om denne utredningen, som nå er på høring. Høringen blir svært viktig for arbeidet med stortingsmeldingen som vi er i gang med.

## **6.**

Moderne IKT-løsninger er en forutsetning for alt jeg har snakket om til nå. Derfor var punkt 6 å satse på IKT og kommunikasjon.

I mine møter med helsepersonell er det få temaer som er gjenstand for så mye misnøye som IKT-løsningene.

Mangelfulle løsninger og systemer som ikke kommuniserer med hverandre, hemmer arbeidet og gjør hverdagen frustrerende for personalet.

For ett år siden varslet jeg derfor full gjennomgang av dagens organisering av IKT i helse- og omsorgssektoren.

Jeg bestilte tre rapporter for å belyse utfordringsbildet på IKT-området. Funnene i disse rapportene er ganske sammenfallende med beskrivelsen i Riksrevisjonens to rapporter som kom i høst.

Vi har noen krevende utfordringer. Det er det ingen tvil om:

- Rapportene viser at vi ikke har tilstrekkelige mekanismer til å gjennomføre nasjonale beslutninger om IKT-systemene i helsetjenesten. Det er for mange beslutningstakere, og de er ikke koordinert.
- Vi har for mange journalsystemer som i for liten grad kommuniserer med hverandre.
- Det er også et funn at journalsystemene vi bruker i helsetjenesten, mangler viktig funksjonalitet sammenliknet med ledende internasjonale systemer.

Jeg tviler på at vi kommer til målet dersom alle kommuner, fastleger og helseforetak fortsatt skal treffe helt uavhengige valg om egen IKT-infrastruktur.

Tiden er moden for å styrke den nasjonale styringen av IKT-utviklingen:

Nå utreder vi å etablere et eget IKT-direktorat ved å skille ut dagens e-helsedivisjon fra Helsedirektoratet.

En slik nasjonal IKT-organisasjon kan styrke koordineringen – mellom regionene og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Et IKT-direktorat kan også bidra til integrering av fastleger, fysioterapeuter og avtalespesialister i en helhetlig helsetjeneste.

Vi vurderer også om det bør etableres sterkere nasjonal finansiering av sentrale IKT-løsninger, og om det er behov for ytterligere lov hjemler som sikrer en helhetlig utvikling av IKT i helsetjenesten.

Fram til nå har lovverket satt en sperre for utviklingen. Men heldigvis har de to lovene om helseregister og om pasientjournal som vi fikk vedtatt i fjor, trådt i kraft fra 1. januar.

Takket være disse lovene kan informasjonen følge pasienten hele veien, samtidig som personvernet er svært godt ivaretatt. Dette er et viktig skritt for pasientens helsetjeneste.

I 2014 ble vi stilt overfor en ny og skremmende utfordring. Ebola-epidemien i Vest-Afrika.

Vi opplevde igjen at de frivillige organisasjonene, Leger uten grenser og Røde Kors, hadde raskere og bedre respons og også bedre analyser av den reelle situasjonen.

Helsetjenestens respons i møtet med epidemien viser hvilke ressurser vi har i Norge: Vi hadde motivert personell med den aller beste kompetanse til å ivareta den syke legen Silje Lehne Michaelsen.

Vi kunne ikke ha bidratt med folk i Vest-Afrika hvis vi ikke hadde hatt et velfungerende helsesystem som er rustet for rask omstilling.

Svært mange har meldt seg som frivillige til å reise ut. Det er jeg takknemlig for.

Vi har nå helsepersonell på plass i Sierra Leone, og vi høster nye erfaringer ved at staten deltar direkte på denne måten.

Jeg vil takke Helse Bergen, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og OUS for innsatsen de gjør på ulike måter for å bekjempe ebola-epidemien.

Men – vi kan allerede nå konstatere at verdenssamfunnet, våre internasjonale organisasjoner og enkeltstater reagerte for sent, og var for dårlig forberedt.

Når vi får bedre kontroll på situasjonen, må vi evaluere og lære.

Før utbruddet i Vest-Afrika, tok USA initiativ til partnerskapet "Global Health Security Agenda" – for oppbygging av grunnleggende helseberedskap i utviklingsland.

Jeg er overbevist om at dette er en del av løsningen, og jeg kan forsikre at Norge vil bidra til at vi lykkes.

Som dere har hørt i årets sykehustale, så kommer 2015 til å være preget av at mange store satsinger og av meldinger som skal behandles i Stortinget.

Dette innebærer viktige endringer som vil bidra til å ruste helsetjenesten for framtiden.

Jeg har møtt mange pasienter, brukere og pårørende i løpet av dette året. De forteller at det som er viktigst for dem, er:

- å få nok informasjon og god informasjon som de forstår
- å bli tatt med på råd når avgjørelser skal tas
- å møte flinke folk som har tid nok til å gjøre en god jobb med akkurat meg

Vi skal innfri på disse områdene. Det er målet for pasientens helsetjeneste. Det er det jeg kaller "sannhetens øyeblikk" – møtet mellom pasient og helsepersonell.

Bevilgninger, systemendringer og lover er viktig, men ikke tilstrekkelig. Det kreves også kulturendringer, tydelige verdier og holdningsendringer.

Jeg merker at pasientens helsetjeneste er blitt et tema på de fleste møtestedene der helsepersonell diskuterer sin arbeidssituasjon og framtiden for helsetjenesten.

Jeg mener at vi nå kan se klare endringer i holdninger og kultur ved sykehusene. Det er jeg glad for.

Sett med pasientens øyne må forutsetningen være at "ingen beslutninger tas om meg, uten meg". Det gjelder både når systemer utformes nasjonalt og i møte med den enkelte pasient.

Én av dem som jobber med pakkeforløp i sykehusene, fortalte om en lege som var grundig lei av alle disse styringssignalene ovenfra.

Han svarte: "Dette er ikke et styringssignal ovenfra, det er et styringssignal nedenfra – fra pasientene."

Jeg synes svaret er glimrende, og det viser nettopp poenget med pasientens helsetjeneste.

Pasientens helsetjeneste handler om forutsigbarhet og respekt. Jeg er glad for at jeg har så mange flinke og engasjerte folk i helsetjenesten med på laget i det viktige arbeidet vi skal gjøre i 2015.