

Helse- og omsorgsminister Bent Høie

SYKEHUSTALEN 2016 – 12.januar 2016

Kontrollert mot framføring og rettet

Godt nytt år!

Jeg er stolt over å ha ansvar for en helsetjeneste med så mange dyktige og engasjerte ansatte.

Dere gjør en fantastisk innsats for pasientene døgnet rundt – i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Det gjelder i hverdagen, og det gjelder når katastrofen rammer, slik vi opplevde da den tragiske skredulykken rammet Svalbard rett før jul.

Dessverre gikk det liv tapt, men midt i den kaotiske situasjonen opplevde norsk helsetjeneste på sitt aller beste.

En stor takk til alle som bistod på Svalbard og i Tromsø i denne akutte situasjonen.

ooo

Sykehustalen er blitt en tradisjon – det er en stor glede å holde talen her på Oslo universitetssykehus for tredje gang.

Fjorårets tale vakte en viss oppmerksomhet – og jeg lovet et spennende år med frisk debatt. Det har det blitt. Og det har vært bra!

Jeg vet jo ikke om det jeg sier i år skaper like mye diskusjon – men innholdet er like viktig.

Det som er sikkert, er at prosjektet med å skape pasientens helsetjeneste ligger fast.

Det har det gjort siden jeg tiltrådte i 2013.

Vi startet umiddelbart med de pasientrettede reformene, som vi planla i opposisjon, og som pasientene har etterspurt lenge.

Det var å:

- redusere unødvendig ventetid til nødvendig helsehjelp ved hjelp av fritt behandlingsvalg
- innføre pakkeforløp for kreftpasienter
- kjøpe 200 behandlingss plasser innenfor rus, og gjeninnføre den gyldne regel om å prioritere psykisk helse og rusbehandling

Allerede i 2014 så vi resultater – og vi la en tydelig strategi for å bygge pasientens helsetjeneste.

I 2015 fulgte vi opp med en sammenhengende kjede av stortingsmeldinger, strategier og planer.

Nå er vi kommet til 2016. Dette er året for å gjennomføre det vi har lagt grunnlaget for.

Vårt mål er trygge sykehus og bedre helsetjenester uansett hvor du bor.

Det målet skal vi nå.

Vi har levert det vi lovet i 2015.

Vi har konkrete planer for 2016.

Alt dette kommer jeg tilbake til.

Før jeg går videre vil jeg rette blikket utover våre grenser

At Norge er en del av verden, har vi for alvor fått merke i året som er gått.

Da jeg stod her i fjor – 7. januar – var det én alvorlig sak som dominerte det globale helsebildet.

Det var ebola; sykdommen som smittet 28 000 mennesker og kostet 11 300 liv i Afrika.

Det gjorde et uutslettelig inntrykk da jeg selv besøkte Sierra Leone.

Også under ebolaepidemien stilte norske helsearbeidere opp i den akutte fasen.

Og Norge spilte en vesentlig rolle i å få fram en effektiv vaksine mot ebola.

Det som også preget fjoråret, og som også vil prege 2016, er den økte asyltilstrømningen til Norge og Europa – og krisene som ligger bak.

Asylsøkere på flukt fra krig, eller på søk etter et bedre liv, kom til Norge – og våre naboland – i stort antall.

Mange av dem har opplevd prøvelser som berører oss alle og som vi har vanskelig for å ta innover oss.

Sykehus i Finnmark og i Østfold og kommuner over hele landet tok på seg oppgavene som fulgte med å ta imot asylsøkere.

Og da vi etterlyste helsepersonell som kunne bistå i kommunene, tok det bare et par døgn før flere hundre hadde meldt seg frivillig til innsats.

Samfunnet er i stadig endring. Innvandrings- og integreringspolitikken står overfor store utfordringer. Også helsetjenesten påvirkes av dette.

ooo

Skal vi ruste samfunnet for fremtiden, må vi omstille oss for å møte utfordringene.

Da Høyre gikk til valg på nye ideer og bedre løsninger i 2013, var det nettopp fordi vi mente at Norge må rustes bedre for fremtiden.

Vi så to store utviklingstrekk:

For det første at vi er for avhengige av én svært lønnsom næring.

Den har tjent velferdssamfunnet vårt godt, men det gjorde fremtiden for usikker.

Vi er nødt til å ha flere bein å stå på – og klimaendringene gjør at vi må gjennom et grønt skifte.

Denne omstillingen er vi godt i gang med.

- Vi satser på arbeid og aktivitet
- Forskning og innovasjon
- Samferdsel og infrastruktur
- Vi skaper arbeidsplasser i flere næringer og styrker den norske konkurransekraften

Den andre store utfordringen er at velferdssystemet vårt ikke er tilpasset befolkningsutviklingen.

- Vi blir flere i Norge. I 2030 kan det dreie seg om så mye som én million.
- Vi lever lenger, og en 70-åring bruker omtrent dobbelt så mye helsetjenester som en 40-åring. De neste 15 årene blir vi dobbelt så mange over 70 i Norge.

Utfordringene krever endringer.

Pensjonsreformen var én del av jobben med å skape et bærekraftig velferdssamfunn.

Mer komplisert er det å modernisere velferdstjenestene våre for å sikre deres bærekraft.

Men, her er vi også godt i gang med omstillingen av offentlig sektor: Vi er i gang med både politireform, kommunereform og en strukturreform i universitets- og høyskolesektoren.

Også i helsetjenesten må vi vise endringsvilje.

En viktig del av svaret er stortingsmeldingene, planene og strategiene vi har lagt frem i 2015 for å skape pasientens helsetjeneste.

Det langsiktige omstillingsbehovet, som vi så allerede før 2013, ble forsterket av et brått fall i oljeprisen og dermed økende ledighet. I tillegg oppstod migrasjonskrisen og den økte asyltilstrømningen.

Vi må tilpasse oss den nye virkeligheten.

Vi må prioritere tydelig.

Det gjelder for hele samfunnet – også for helsetjenesten

Vi kan ikke lenger løse problemene med mer penger og mer folk alene.

Den tid er forbi. Vi må gå fra særstilling til omstilling.

I tillegg er mulighetene innen medisinen i rask endring. Medisinsk teknologi og nye medisiner gjør det mulig å behandle mer og flere, og på nye innovative måter.

Mulighetsrommet endres, og påvirker hva et sykehus kan gjøre – og hva som kan gjøres utenfor sykehus.

Innovasjoner kan bidra både til spesialisering og demokratisering – noe blir mer avansert, andre ting blir enklere enn man kunne forestilt seg for bare noen år siden.

Men det er ikke bare hva vi kan tilby, men også hva vi har behov for, som er i endring:

Noen sykdommer og utviklingstrekk blir mindre truende, andre vokser i omfang:

Vi må lære oss "de fire store":

- Kreft
- Hjerte- og karsykdommer
- Muskel- og skjelettlidelser
- Psykisk helse og rus

De to første sykdomsgruppene gjør at mange dør for tidlig. De to siste gir ikke bare kortere liv, men også mange år med store behov for omfattende helsetjenester.

Disse fire store, vil bare bli større. Vi må endre helsetjenesten så den rustet for å håndtere den økningen.

På den andre siden ser vi at samfunnet kan forebygge skade og død

I 1970, året før jeg ble født, døde 560 mennesker i trafikken. 100 av disse var barn.

I 2015 var det 125 som mistet livet.

Også hardt skadde har gått kraftig ned de siste årene.

Det betyr at trafikkulykker ikke lenger er det største akuttproblemet. Men det betyr også at skadeforebygging har vært prioritert – og at det virker.

Dessverre har vi ikke oppnådd tilsvarende resultater for de store sykdomsgruppene.

Men vi kan klare det – det er ikke umulig.

Når det gjelder hjerte- og karsykdommer har vi lykket betydelig. For disse sykdommene er dødeligheten nesten halvert siden 2000 – mye takket være god forebygging.

Dette er positivt og betyr at vi også kan lykkes med forebygging for de andre store sykdomsgruppene.

ooo

De tunge trendene er viktige for hvordan vi planlegger helsetjenesten framover

Dagens måte å organisere og drive helsetjenester på, svarer ikke på det trendene forteller oss.

Hvis vi fortsetter å løse oppgavene på samme måte som i dag, så vil vi kunne trenge:

- 40 prosent flere ansatte i 2040 – eller 44 000 flere årsverk bare i sykehusene
– og 111 000 flere i kommunene.

Det betyr i så fall at hver tredje elev i videregående må velge helse som yrke.

Det går ikke.

Så mange vil ikke jobbe i helsetjenesten. Og så mange kan heller ikke jobbe med helse.

Det er andre oppgaver i samfunnet som også må løses.

Vi kan ikke bemanne oss ut av utfordringene.

Løsningen er heller ikke bare å bevilge mer penger.

Vi må tenke nytt og jobbe annerledes.

Med de 5 stortingsmeldingene vi har lagt fram i 2015, opptrappingsplanen for rusfeltet og i handlingsplan for HelseOmsorg21 legger vi grunnlaget for en ny og innovativ helsetjeneste.

- Folkehelsemeldingen – som sidestiller fysisk og psykisk helse. Og satsingen på aktive eldre. Meldingen svarer på hvordan vi skal forebygge "de fire store" og dermed redusere behovet for helsetjenester.
- Primærhelsemeldingen – med klart signal om høyere kompetanse, team og god ledelse. Den er svar på hva som skal være innholdet i kommunehelsetjenesten for å løse helseproblemene tidligere og hjelpe mennesker å mestre et liv med sykdom.
- Legemiddelmeldingen – som skal sikre riktige legemidler brukt på riktig måte, til riktig pris – og at vi tar i bruk nye behandlingsmetoder til beste for pasientene.
- Nasjonal helse- og sykehusplan – som skal sikre trygge sykehus og bedre helsetjenester – uansett hvor du bor. Den skal ruste sykehusene for fremtiden.
- Årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet – som vi la fram for andre gang i 2015. Statusmeldingen skal bidra til større åpenhet og bedre kvalitet og pasientsikkerhet.
- Opptrappingsplanen for rusfeltet foreslår strategier på kort og lang sikt for å møte utfordringene (2,4 milliarder kroner).
- Handlingsplanen for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien – som tydelig viser betydningen av forskning, innovasjon og næringsutvikling for helse- og omsorgstjenesten.

- Og i 2016 supplerer vi denne rekken med en stortingsmelding om prioritering og én om bioteknologi, og vi arbeider med en opptrappingsplan for rehabilitering.

Samlet er disse stortingsmeldingene og planene regjeringens strategi for å fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten i årene framover.

«For pasientene henger kropp og sinn sammen. Det må også helsetilbudet gjøre.» Dette er ikke mine ord, men et råd fra ekspertgruppen for pasienter og pårørende i arbeidet med nasjonal helse- og sykehusplan.

Jeg har lyttet til det rådet.

- Kropp og sinn henger sammen i forebygging og behandling
- Kommuner og sykehus henger sammen når vi skal fornye og forbedre tjenestene
- Kommuner kan ikke ses isolert fra sykehus, og sykehus kan ikke ses isolert fra kommunene

Og verktøyene vi skal bruke er felles for alt vi gjør – i kommunene og i sykehusene:

- Ledelse – for å snu holdninger og endre kulturer
- Kompetanse – Vi må gjøre det mer attraktivt å jobbe i helsetjenesten, og vi må sørge for at vi utdanner ulike typer helsepersonell i riktig antall og med riktig kompetanse
- Kvalitet – vi skal styre etter kvalitet

- IKT – moderne løsninger er en forutsetning for alt arbeid i helse- og omsorgstjenesten
- Team – ingen skal være seg selv nok, verken helsepersonell eller sykehus. Arbeid i team og ikke minst ledelse i team gjelder både i sykehus og kommuner.

Dette er de 5 verktøyene vi skal bruke, men det viktigste spørsmålet vi skal stille er:

Hva er viktig for deg?

Fordi:

«Å mestre egen sykdom er en medisin som brukes for lite.» Dette rådet kom også fra ekspertgruppen med pasienter.

Rådet er en vesentlig del av svaret.

De fleste av oss skal leve hele eller store deler av livet med en diagnose eller skade.

Derfor må vi bort fra forestillingen om at fravær av sykdom og helseutfordringer er det normale.

Denne erkjennelsen krever en fundamental endring i måten helsetjenesten møter pasientene på.

Og det er selve kjernen i pasientens helsetjeneste. Det er her pasientens helsetjeneste skiller seg fra begrepet "pasienten i sentrum".

Når pasienten er i sentrum, så er pasienten i sentrum for andres oppmerksomhet.

I pasientens helsetjeneste, blir pasienten en aktiv og likeverdig deltaker i utvikling av helsetjenester som bidrar til at pasienten kan leve et liv slik han definerer det gode liv.

Det handler om å flytte makt.

Jeg har alltid sagt at det som er viktigst for pasientene, skal ha størst oppmerksomhet i vår politikk.

I min første sykehustale i 2014 presenterte jeg 6 løsninger som skal til for å skape pasientens helsetjeneste.

Vi har levert på samtlige punkter i året som gikk.

Her er en oppsummering av status punkt for punkt, men også om veien videre:

Punkt 1 var å innføre fritt behandlingsvalg. Ventetiden skal ned og kvaliteten opp

Norsk helsetjeneste er god på overlevelse, men mindre god på opplevelse.

Også OECD trekker fram at Norge har gode behandlingsresultater, men utfordringer med lang ventetid.

Fra den forrige regjeringen tiltrådte til den gikk av, hadde både ventetider og antall ventende økt betydelig.

Vi har vært tydelige på at vi vil gjøre noe med at for mange venter unødvendig lenge på nødvendig behandling.

Budsjettene er styrket og vi har fjernet taket som bestemte hvor mange pasienter sykehusene kunne behandle.

ISF-andelen er økt, helseregionene har kjøpt mer kapasitet fra private og ideelle gjennom anbud.

Vi har også inngått et nytt avtaleverk med avtalespesialistene – som legger til rette for å bruke dem mer, slik at flere kan få hjelp og ventetidene gå ned.

Fritt behandlingsvalg er i gang fra 1. november: Først for mennesker med rusutfordringer og psykiske helseutfordringer, og noe annen sykehusbehandling.

De siste tallene nå i januar viser at 19 virksomheter har søkt om å tilby behandling i ordningen "fritt behandlingsvalg".

På nettstedet helsenorge.no er tjenesten "Velg behandlingssted" på plass. Det betyr økt valgfrihet. Pasienter på venteliste kan få tilbud et annet sted med kortere ventetid.

Pasientrettighetene ble styrket 1. november.

Før fikk pasienten brev fra sykehuset, ofte uten noe informasjon om når behandlingen skulle skje.

Det var lite forutsigbart, lite oversiktlig og skapte frustrasjon.

Nå skal pasientene få brev fra sykehuset innen 10 dager. Der skal det, om mulig, stå tydelig dato og klokkeslett for undersøkelse eller behandling.

Det er bra for pasienten, og gir sykehusene oversikt over ledig kapasitet.

Sykehusene må nå planlegge for mange måneder framover og de må organisere arbeidet bedre.

Kan ikke sykehuset hjelpe pasienten innen fristen, blir det sykehusets ansvar å gi beskjed slik at pasienten kan få hjelp et annet sted. Før var dette pasientens eget ansvar.

Resultatene er tydelige:

Ventetidene har gått ned med to dager for alle områder siden i fjor – og de gikk også ned året før.

For rusbehandling er ventetiden nesten to uker lavere enn på samme tid i fjor. To uker er lang tid i en rusavhengig sitt liv, når en er motivert for behandling.

Og vi ser en begynnende nedgang i antall ventende: det er 25 000 færre som venter på behandling i år enn på samme tid i fjor, en nedgang på 9 prosent. På to år er nedgangen nesten 35 000.

I vårt første år i regjering økte pasientbehandlingen med dobbelt så mye, som i forrige regjering sine siste år – det året Jonas Gahr Støre var helseminister.

Og andelen fristbrudd er redusert med en tredel på ett år.

Punkt 2 var å lage en opptrappingsplan for rusfeltet og bygge ut det psykiske helsetilbudet i kommunene

Fra første dag i regjering sa vi at mennesker med psykiske helseutfordringer og rusavhengighet skal prioriteres.

Det løftet har vi holdt.

Den største sosiale ulikheten i Norge i dag, er at disse pasientene har en forventet levealder som er 20 år kortere enn resten av befolkningen.

Det betyr at midt i blant oss, har vi naboer, venner og kolleger som på grunn av at de ikke får den helsehjelpen de har behov for, har en forventet levetid på nivå med det som er situasjonen i Liberia, Kenya og Kongo.

En viktig årsak er at de ikke får hjelp til sine kroppslige sykdommer – antakelig at de ikke blir sett godt nok.

Vi skal bli bedre til å gi hjelp, og nå begynner vi å se resultater:

Vi startet med å kjøpe 200 ledige behandlingsplasser for ruspasienter i 2014. Ventetiden har gått ned med nesten to uker innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Behandlingsinstitusjoner som var vedtatt nedlagt før vi overtok, fra Phoenix Haga i Østfold til Finnmarkskollektivet i Nord, er nå i full aktivitet med å behandle pasienter.

Vi har lagt fram opptrappingsplan for rusfeltet som Stortinget skal behandle denne våren.

De økonomiske rammene har regjeringspartiene og samarbeidspartiene KrF og Venstre allerede blitt enige om; en økning på 2,4 milliarder kroner de neste 5 årene.

Hovedinnsatsen fra de 2,4 milliardene skal gå til kommunene, der mye må gjøres for å lykkes på dette feltet – ikke minst når det gjelder oppfølging og bolig til rusavhengige.

Utgifter til spesialisert rusbehandling skal komme i tillegg.

Vi gjeninnførte den gylne regel om at sykehusene skal prioritere rus og psykisk helse, med høyere vekst enn for somatikk.

Vi ser at regelen virker, i den forstand at den påvirker sykehusenes prioriteringer.

Jeg er glad for at den gylne regel, i stort, ble oppfylt for rusbehandling i fjor.

Men regelen ble ikke ble tilstrekkelig oppfylt innen psykisk helsevern – verken for kostnader eller ventetider.

Det er jeg ikke fornøyd med. Derfor viderefører vi den gylne regel også i 2016, og jeg forventer bedre resultater.

Det er blitt enklere å få behandling på pasientens premisser.

Før måtte pasienten selv komme over dørstokken til behandleren i poliklinikken, for å få hjelp.

Det har vi ryddet opp i. Nå kan behandleren komme over dørstokken til pasienten.

Eller, pasienten kan få hjelp gjennom dialog over internett.

Dette er å tenke pasientens helsetjeneste.

Mange av dere etterlyste et regelverk som stimulerer til dette. Nå er det på plass. Ballen ligger hos dere.

Nå må helsetjenesten ta ballen, og møte pasientene der pasientene er.

Jeg forventer at det blir mer av dette i 2016.

Pakkeforløp for psykisk helse og pakkeforløp for rusavhengige skal utvikles i 2016.

Helsedirektoratet har oppstartmøte for dette prosjektet i neste uke.

Behandlingstilbud uten medikamenter innen psykisk helsevern skal i gang i alle helseregioner.

Punkt 3 var å sørge for rask diagnose og redusert ventetid for kreftpasienter

Kreftpasienter skal oppleve god kvalitet, rask oppfølging og trygg behandling.

Dessverre er det mange som ikke har opplevd dette. De har snarere opplevd lange ventetider i møtet med helsetjenesten og uvisshet i en vanskelig tid.

Da jeg ble helseminister hadde jeg klare mål på kreftområdet:

Gode pasientforløp skal hindre unødvendig venting på utredning, behandling og oppfølging. Pasienter skal ikke bli kasterboller i systemet, men få god og rask behandling.

I løpet av 2014 ble det etablert ett diagnosesenter i alle helseregionene for å følge opp pasienter med mistanke om kreft, slik kravet var.

Helse Sør-Øst har etablert to sentre til i 2015, og Helse Vest er klar med et nytt diagnosesenter i Stavanger.

Vi gikk inn i fjoråret med en ny stor kreftsatsing: De første pakkeforløpene startet for de vanligste kreftsykdommene.

I løpet av 2015 innførte vi til sammen 28 pakkeforløp, slik vi lovte.

Jeg vil benytte anledningen og takke for den enorme innsatsen som fagmiljøene og sykehus over hele landet har gjort for å få pakkeforløpene i gang.

De aller fleste pasientene er godt fornøyde med rask og god hjelp i en sårbar livssituasjon.

For eksempel: Morten Hjulstad Sand var hos legen med mistanke om kreft på en tirsdag. Allerede lørdag samme uke ble han operert, og han fikk en plan for oppfølging før han dro fra sykehuset.

På Facebook roser han sykehuset for god informasjon, omsorg og behandling, og skriver: "Det er så utrolig deilig å være i trygge hender og bli tatt så godt vare på!"

Et eksempel til: Hilde Ottosen Svendsen fikk brystkreft og forteller i Bergens Tidende om rask innkalling og rask operasjon og hva det betydde for henne og resten av familien: "Husk at en slik diagnose går ut over langt flere enn kreftpasienten. Hadde det gått lengre tid før operasjonen, ville det gått hardt utover mannen min", sa hun til avisen.

Pakkeforløp for kreft er et svært godt eksempel på pasientens helsetjeneste. Men pakkeforløp viser også noe annet som er viktig: Å fornye og forbedre helsetjenesten handler ikke bare om mer ressurser, men om nye ideer og bedre løsninger.

Pakkeforløpene er fortsatt i en tidlig fase, og gjennomføringen kan bli bedre.

De første resultatene var gode, men de siste tallene viser at det er for stor forskjell på hvor bra sykehusene har lykket.

Pakkeforløpene fungerer for pasientene som får dem, men utfordringen er at ikke mange nok får pakkeforløp over alt.

Det er for store variasjoner mellom helseregionene, men også mellom helseforetakene i hver helseregion.

Jeg vil understreke at det arbeides svært godt med pakkeforløpene. Det er viktig at vi ikke bremser det positive engasjementet ved sykehusene.

Vi må bruke dataene til å forklare variasjoner og tydeliggjøre hva som skal til for å bli bedre.

Derfor innkalte jeg styrelederne og direktørene i helseregionene til et eget møte før jul, der vi gikk gjennom resultatene. Jeg forventer at de som var med på møtet, følger opp direkte med lederne i sykehusene.

Og Helse- og omsorgsdepartementet kommer til å følge opp mye tettere når det gjelder kvalitet og resultater i styringen av sektoren.

Ledere vil bli ansvarliggjort for de faglige og pasientrettede resultatene.

Før ble de øverste lederne bare ansvarliggjort for de økonomiske resultatene. Det er for ensidig.

Sykehusene må lære av hverandre. Ingen liker å ligge dårlig an. Jeg vet at dette er tema på ledermøter ved sykehusene og i avdelingene. Det er bra.

Pakkeforløp er selve lokomotivet for hvordan vi skal organisere helsetjenesten.

Kreftpasientene var starten.

Nå følger vi opp med nye pakkeforløp for hjerneslag og, som jeg allerede har nevnt, for psykisk helse og rus.

Punkt 4 i min første sykehustale var å legge fram en Nasjonal helse- og sykehusplan. Det har de fleste fått med seg, og jeg kommer tilbake til dette om litt.

Punkt 5 var å skape bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom endring i ledelse, systemer og kultur.

Gjennom mange år som helsepolitiker har jeg sett at kvalitet og pasientsikkerhet har seilt opp som et eget stort tema i alle helsepolitiske diskusjoner.

Noe av årsaken var at vi fikk kunnskap om at det ikke alltid stod så bra til som vi skulle ønske. Ikke minst rundt feil og uheldige hendelser.

Derfor har vi vært klare på dette: Kvalitet og pasientsikkerhet skal på dagsorden, og inn i bevisstheten til alle som påvirker helsetjenesten.

Ikke minst som et lederansvar.

I oppdragsdokumentet har jeg gjort det klart at pasient- og kvalitetssikkerhetsarbeid skal være en integrert del av helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS).

En forutsetning har vært mer kunnskap og mer åpenhet.

I fjor høst la vi fram den andre årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet. Her oppsummerer vi status for kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Vi har fått mye gode data og kunnskap fra spesialisthelsetjenesten, men det er fortsatt for store kunnskapshull om hva som skjer i kommunene.

Derfor har vi bestemt at det skal opprettes et nytt kommunalt pasient- og brukerregister, og arbeidet pågår for fullt.

Et tema som jeg mener må prege diskusjonen om kvalitet og pasientsikkerhet fremover, er dette:

Variasjon

Uberettiget variasjon

Forskjeller i hvordan pasienter behandles fra et behandlingssted til et annet, som ikke kan forklares med forskjeller mellom pasientene selv.

Det er fortsatt store variasjoner i forbruk av helsetjenester mellom helseregionene og mellom sykehusene.

I 2015 fikk vi det første Helseatlas som viser variasjon i dagkirurgiske inngrep mellom sykehusene.

Den viste blant annet at det var svært stor variasjon i menisk- og skulderoperasjoner.

Dette er områder der det er dokumentert at mange heller burde hatt fysioterapi enn operasjon.

Skulderoperasjoner har økt med mer enn 200 prosent på 10 år. 70 prosent av disse operasjonene kan være unødvendige, mener overlege og forsker Jens Ivar Brox.

Samtidig er det på disse områdene vi har flest pasienter som venter. Det er derfor et paradoks at mange pasienter venter lenge på en behandling de aldri skulle hatt.

Det å løfte frem variasjon gir allerede resultater.

Finnmarksykehuset lå på topp i gjennomførte skulderoperasjoner i Helseatlasen. Det likte de dårlig.

De handlet raskt ved å invitere kolleger fra Lovisenberg sykehus i Oslo for å lære.

Ved Lovisenberg hadde de lenge brukt fysioterapeuter til å vurdere pasienten sammen med ortopedien. Finnmarkssykehuset innførte raskt samme praksis. Nå får skulderpasientene opptrening istedenfor operasjon når det er riktig.

Det er Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord, som lager Helseatlasen og Barneatlasen.

I 2016 vil de følge opp Barneatlasen med flere sykdommer hos barn, som de ikke rakk å få med i det første atlasen.

De arbeider også med å knytte variasjon i forbruket opp mot de kliniske kvalitetsregistrene for barn. På den måten kan de se om variasjon i forbruk av tjenester også gir variasjon i resultat.

Det arbeides også med helseatlas for kols, og det er planlagt ferdig i år.

Mange i helsetjenesten har reist debatter om overbehandling. Jeg mener det er feil inngang. Vi må snakke om variasjon.

Utfordringen handler ikke bare om at noen kan få for mye behandling, men også at andre får for lite, og at noen rett og slett får feil behandling. Og disse tingene henger sammen.

Jeg vil være helt tydelig: Variasjon i norsk helsetjenesten er så omfattende at det må kalles systemsvikt.

Jeg har derfor varslet Stortinget om at variasjon vil bli nærmere omtalt i årets melding om kvalitet og pasientsikkerhet.

Det handler om å gi pasienten den beste behandlingen, den riktige behandlingen, unngå å gi behandling som skader unødvendig, bruke ressursene riktig og prioritere riktig.

Å redusere uberettiget variasjon blir en helt sentral utfordring for helsetjenesten fremover.

Pasientsikkerhetsprogrammet er nå inne i sitt tredje år. I 2016 skal innsatsområdene fra kampanjen "I trygge hender" spres til alle sykehus og avdelinger.

Vi har nå 52 nasjonale kvalitetsregistre. Dataene er sentrale kilder for å si noe om forskjeller og hva som må bli bedre i helsetjenesten.

I 24 av kvalitetsregistrene er det tatt inn informasjon fra pasientene, slik jeg gav i oppdrag i fjor. Dette er gledelig, og enda bedre er det at mange flere registre er interessert i å ta inn pasienters erfaringer og opplevelser.

Eksempel: Brystkreftregisteret viser at andel pasienter som har fått brystbevarende kirurgi varierer mellom 51 og 96 prosent.

Kvalitetsregistrene er et felles ansvar for alle helseforetakene, men vi har noen utfordringer:

Jeg hører ofte ledere og andre i tjenesten si at de er opptatt av kvalitet, men at de mangler data. Jeg mener det er feil. Det største problemet er at vi har mye data som ikke tas i bruk.

Det er også et lederansvar å sørge for at dataene faktisk blir brukt i kvalitetsarbeidet.

Jeg har derfor sendt på høring en forskrift som stiller krav til styring og ledelse i helsetjenesten.

Ett av kravene er at alle virksomheter, minst en gang i året, skal forholde seg systematisk til informasjonen de har om kvaliteten i den tjenesten de leder.

Det vil bidra til at alle ledere og foretakenes styrer hvert år gjør en kritisk og helhetlig vurdering av egen tjeneste. Og gjør endringer der det er nødvendig.

Punkt 6 var å satse på IKT og kommunikasjon

IKT spiller en nøkkelrolle i å skape pasientens helsetjeneste.

Derfor var en av de første sakene jeg tok tak i som helseminister, å bestille tre rapporter fra Helsedirektoratet for å beskrive nå-situasjonen.

Summen av disse rapportene viste at vi ikke har det beslutningssystemet som kreves for å nå målene.

Helsetjenesten er kommet et godt stykke videre i digitaliseringsarbeidet. Men det er fortsatt behov for å tenke nytt.

Jeg varslet i fjor at vi ville opprette et nytt direktorat for e-helse.

Det har vi gjort. Jeg åpnet det nye direktoratet for en uke siden.

La meg gjøre det helt klart at det ligger ikke naturlig for en Høyre-statsråd å etablere nye direktorater.

Det skal heller ikke bli noen vane.

Grunnen til at jeg opprettet et eget direktorat for e-helse, var behovet for sterkere nasjonal styring for å koordinere mellom regionene, mellom kommunene, mellom kommuner og sykehus og mellom offentlige og private tjenester.

En langsiktig oppgave for det nye direktoratet for e-helse er å realisere visjonen om "én innbygger – én journal".

Ved åpningen av det nye direktoratet fikk jeg forstudierapporten om «Én innbygger – én journal». Representanter for hele helsesektoren har deltatt i arbeidet og samlet seg om en anbefalt løsning.

Å få til en felles løsning er en krevende oppgave som vil ta mange år.

Forstudien har anbefalt at vi starter med kommunene, for der er behovet størst.

De fire helseregionene har allerede kommet langt med felles løsninger innen sine regioner.

Dette arbeidet må fortsette med full kraft, og regionene må styrke samarbeidet seg imellom.

Vi må øke gjennomføringsevnen i digitalisering av offentlig sektor. Regjeringen kommer i år med en stortingsmelding om digitalisering.

Meldingen skal føres i pennen av Kommunal- og moderniseringsdepartementet, men vi i Helse- og omsorgsdepartementet skal bidra til å løfte behovene for nye modeller for samarbeid og finansiering mellom stat og kommunene.

Viktige hindringer i lovverket er allerede fjernet gjennom ny lov om pasientjournal og endringer i helseregisterloven fra 1. januar i fjor.

Helsenorge.no-portalen er i kraftig vekst med over 1 million brukere hver måned den siste tiden. Nettstedet får stadig nye tjenester.

Et eksempel er "Min pasientjournal" som jeg åpnet i Bodø i desember. Nå kan pasienter i Nord-Norge sitte hjemme i stua og lese sykehusjournalen sin på nett – som de første i landet.

Jeg traff Åse Vinje, som sa det slik: "Å være en opplyst pasient er viktig for meg og de som skal hjelpe meg. Det er ikke vanskelig om du kan lese. Og så er det både trygt og enkelt."

Det å gi pasienten digital tilgang til egen journal, er å dele kunnskap.

Det flotte med å dele kunnskap, er at jo mer du deler av det, jo mer blir det av den.

Kunnskap er også makt. Når vi nå tar i bruk ny teknologi for å dele kunnskap med pasientene, får også pasientene mer makt.

IKT gjør også at vi kan fange de beryktede tidstyvene. Her ved OUS skal de kutte 500 000 papirrapporter.

Og de er godt i gang. Når de er i mål, betyr det at OUS slipper å skrive ut, sortere, pakke, sende, sortere, frakte, sortere igjen, åpne og dobbeltsjekke 500 000 svarrapporter hvert år – som allerede er sendt elektronisk.

Det er det grunn til å feire, skriver OUS på nettsiden sin.

Jeg er helt enig. Det er grunn til å feire at vi er godt i gang med IKT-satsingen i pasientens helsetjeneste.

ooo

Så tilbake til nasjonal helse- og sykehusplan som kom i november

Nasjonal helse- og sykehusplan skal gjøre oss i stand til å planlegge en helsetjeneste med kapasitet og kompetanse til å møte fremtidens behov.

Det er en plan for trygge sykehus og bedre helsetjenester uansett hvor du bor.

Mange trodde at vi kom til å legge frem en plan der de små sykehusene skulle fases ut, og der løsningen var færre og store sykehus.

Selv om det aldri var aktuelt, bidro nok talen til det inntrykket.

Men analysene av befolkningsutviklingen, sykdomsutviklingen og hva det var behov for i fremtiden, viser tydelig at de små sykehusene ikke er problemet. De er en del av løsningen.

De små sykehusene står for en stor del av pasientbehandlingen. De store sykehusene vil ikke ha kapasitet til å overta disse pasientene.

Men det viktigste er at det ville ha vært en dårligere løsning for de pasientene det blir flere av.

Som jeg sa tidligere: I 2030 er det dobbelt så mange over 70 år som i dag. En pasient på 70 bruker omtrent dobbelt så mye helsetjenester som en på 40.

I motsetning til de unge som flytter til byene, blir de eldre boende igjen på bygda. I dag er det 5 kommuner med mer enn 25 prosent av innbyggerne som er over 67 år.

I 2030 vil det være 105 kommuner med en så stor andel eldre. Dette er de kommunene som ligger i nærheten av de mindre sykehusene våre. Disse sykehusene vil få *mer* å gjøre, ikke mindre.

Derfor er svaret å beholde de mindre sykehusene, men samtidig slå fast at ingen sykehus kan være seg selv nok. De må jobbe sammen som team, og i et team har alle ulike oppgaver og roller.

Dette er den første operative nasjonale helse- og sykehusplanen, men det er mitt mål at det ikke skal bli den siste.

Jeg vil løfte frem tre av temaene i planen:

- bedre ledelse av kvalitet og pasientsikkerhet
- definisjoner av ulike typer sykehus
- behovet for personell og kompetanse

Helseforetakene må jobbe systematisk med å sikre tilstrekkelig personell, riktig kompetanse, og god arbeidsdeling og bruk av personellet.

Sykehusene må legge til rette for kompetanseutvikling.

Nasjonal bemanningsmodell skal utvikles og brukes som verktøy for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov.

Vi arbeider med å legge om spesialistutdanningen for leger, og det skal etableres utdanningsentre ved regionsykehusene for å støtte dette arbeidet.

ooo

Å legge fram meldinger og strategier er bare en liten del av jobben – det er gjennomføringen pasientene vil måle oss på.

Politikken er først gjennomført når pasienten opplever en forskjell i møtet med helsetjenesten.

Det som jeg kaller for sannhetens øyeblikk:

Det er sannhetens øyeblikk når pasienten får den vanskelige beskjeden fra fastlegen om at det er mistanke om kreft, men samtidig får god nok informasjon om at hun vil bli henvist til et pakkeforløp, og om hva som skal skje og når.

Men ikke minst at hun får denne informasjonen: At alle sykehus som utreder og behandler kreft skal ha egne kontaktpersoner (forløpskoordinatorer) som forbereder ditt forløp ved booking av timer til undersøkelser og prøver du må ta.

Du kan ta kontakt om praktiske spørsmål rundt utredningen, timer og liknende. Forløpskoordinator er ofte sykepleier, men kan også ha annen bakgrunn.

Det er sannhetens øyeblikk hvis du som rusavhengig er motivert for behandling, og får vite at du kan velge mellom 154 behandlingsteder i hele Norge, der flere har en ventetid på en uke til utredning eller behandling.

Det er sannhetens øyeblikk når du får et brev fra sykehuset ditt innen 10 dager fra du var hos fastlegen, med dato og klokkeslett for undersøkelse eller behandling.

Det betyr at pasientene kan tørre å ha forventninger til hvordan de skal behandles, systemene støtter pasientene og ikke seg selv.

Det er sannhetens øyeblikk når en alvorlig syk pasient får en fast lege på sykehuset å forholde seg til, en kontaktlege som er tilgjengelig når pasienten ønsker, som informerer pasienten om det som skjer, og har en rolle i behandlingsteamet. Dette blir virkelighet i 2016.

ooo

Vi har gjennomført mye som gjør en forskjell for pasientene i hverdagen. Likevel er det 2016 som blir gjennomføringens år – et år for å se framover og sette planer og strategier om i handling.

Jeg ser at Dagens medisin rett før jul kalte meg "Helseprodusenten" på lederplass. Det er en kompliment, og viser at vi har levert.

Regjeringens meldinger, planer og strategier henger sammen – de beskriver en helhetlig helsetjeneste for hele pasienter.

Helheten skal avspeiles i måten vi jobber på: i departementet og etatene, i helseregionene og ved det enkelte sykehus, og mellom sykehus og kommuner.

Jeg har gjort opp status og veien videre for de seks punktene som skal til for å skape pasientens helsetjeneste. De er en blanding av tiltak som iverksettes politisk, i departementet og direktoratene og i tjenesten.

Men bakgrunnen for sykehustalen i dag, er at jeg gir sykehusene oppdraget som de skal jobbe med i 2016.

Oppdraget fra meg er forenklet og gjort tydeligere.

Første året som helseminister halverte jeg antall krav og tiltak. I år har jeg gått lenger.

Nå er oppdraget samlet i 3 overordnede mål for all aktivitet ved sykehusene i 2016 (vises på skjermen).

Målene er valgt fordi de er avgjørende for å lykkes med pasientens helsetjeneste.

- **Det første målet er å** redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- **Det andre målet** er å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- **Og det tredje overordnede målet er:** Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Som dere ser, får de tre målene plass på en A4-plakat. Denne vil jeg at alle styremedlemmer og ledere skal ha med seg og huske. Det er så enkelt at en kan lære seg dem utenat.

Alle styrene og lederne i sykehusene skal arbeide etter disse målene.

Under hvert av målene har vi noen tydelige indikatorer for hva som skal oppnås

For redusert unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse ved sykehusene vil dette være:

- Gjennomsnittlig ventetid skal under 65 dager
- Det skal ikke være noen fristbrudd
- Variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom helseforetakene skal være lavere enn i 2015
- Variasjon i gjennomsnittlig liggetid innenfor utvalgte fagområder skal være lavere enn i 2015
- Variasjon i andel dagbehandling innen utvalgte fagområder skal være lavere enn i 2015

- 70 prosent av kreftpasienter skal være registrert i et pakkeforløp

For å måle om vi lykkes med å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gjelder disse indikatorene:

- Veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn for somatikk på regionnivå (den gylne regel)
- Antall tvangsinnleggelseser for voksne skal være redusert sammenliknet med 2015 (per 1 000 innbyggere i helseregionen)
- Andel årsverk i distriktpsikiatriske sentre skal være økt sammenliknet med sykehus i psykisk helsevern for voksne i 2015

For å bedre kvalitet og pasientsikkerhet er indikatorene:

- Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 prosent
- Det skal ikke være korridorpasienter

ooo

I dag har jeg utnevnt to nye styreledere – begge kvinner:

Ann-Kristin Olsen i Helse Sør Øst og Marianne Telle i Helse Nord.

Dette er to dyktige og svært kompetente kvinnelige ledere som jeg er glad for å få med på laget.

Og dette er ikke uttrykk for kvotering – men et resultat av å lete etter de beste kandidatene.

At vi har 40 prosent kvinnelige (topp)ledere høres kanskje bra ut, men i en sektor der nesten 8 av 10 av de ansatte er kvinner, er dette en slående underrepresentasjon.

Kvinneandelen i lederstillinger er altså halvparten av hva den er i tjenesten for øvrig.

Jeg mener at for en sektor med så mange kvinner, så har en et særlig ansvar for å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt til topplederstillinger.

Bare én av de fire RHF-direktørene er kvinner, og på helseforetaksnivå og blant felleseide virksomheter i spesialisthelsetjenesten er det bare 6 av 32 ledere som er kvinner.

Kvinneandelen i sykehusene tyder derfor på at for mange dyktige kvinner ikke blir toppledere.

Derfor vil jeg stille krav til helseregionene om at de må bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere i spesialisthelsetjenesten, spesielt på toppledernivå.

Jeg er helt enig med direktør Maalfrid Brath i Manpower som sier at det er et topplederansvar å sikre rekruttering av dyktige kvinnelige ledere.

Det må også toppledere bli målt på, det er ikke noe en kan overlate til HR. Jeg har gjort en del av jobben i dag, ved å sørge for at to av de fire styrelederne er kvinner.

Men topplederne i helsetjenesten kommer fra nå av til å bli målt på at dere også bidrar til å utvikle flere kvinnelige toppledere.

Skal Norge få flere kvinnelige ledere i årene fremover, så må de faktisk få muligheten til å utvikle seg i den sektoren hvor det er flest. Vi bør ha som ambisjon at flere kvinnelige toppledere fra Helse i fremtiden blir rekruttert over til andre sektorer og næringslivet.

ooo

Vi har levert i 2015. Vi skal gjennomføre det vi har lovet i 2016

Pasientene er våre viktigste endringsagenter.

De er involvert hele veien, og de bidrar til at vi utnytter sykehusene bedre.

Og som statsminister Erna Solberg sier: Vi har gjort jobben vår først når pasientene merker endringene.

Pasientenes bestilling er klar: "I pasientens helsetjeneste er det én helsetjeneste. Pasienten skal ikke merke hvem som eier, drifter og betaler – det tar systemet seg av."

Alle dere som er medarbeidere i helsetjenesten over hele landet, er viktige i dette arbeidet.

Dere stilte opp da vi mobiliserte til innsats mot ebola.

Dere stilte opp i høst da antallet asylsøkere kom i uventet antall til Norge.

Og på Svalbard da skredulykken rammet.

Jeg er sikker på at dere vil gjøre det igjen.

Men først og fremst stiller dere opp 24-7, året rundt for å møte pasientene i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Jeg er trygg på at dere vil være med å skape pasientens helsetjeneste – også i 2016.