



Sykehustalen 2020

Tale/innlegg | Dato: 14.01.2020 | [Helse- og omsorgsdepartementet](#)
(<http://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>)

Av: [Helseminister Bent Høie](#) (<http://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/helseminister-bent-hoie/id742895/>) (Helseministerens årlige sykehustale)

Innledning: Visjonen om pasientens helsetjeneste

Kjære alle sammen,

Klare mål og en felles visjon er en forutsetning for å lykkes.

Det har vi.

I mer enn seks år har vi sammen jobbet etter en tydelig visjon.

Pasientens helsetjeneste.

Vi vet hvor vi vil.

Vi bygger en helsetjeneste der det ikke skal tas en beslutning om meg, uten meg. Pasientene skal oppleve forutsigbarhet, trygghet og kvalitet, og vite at det er kort vei til god og profesjonell hjelp når det trengs. Der spiller dere medarbeidere en avgjørende rolle.

Tine Nordgreen jobber på Haukeland universitetssykehus. Der leder hun utviklingen av e-meistring, som er veiledet nettbehandling for panikklidelser, sosial angst og depresjon.

Tine sier:

"Den eneste forskjellen mellom veiledet internettbehandling og ordinær terapi, er at behandlingen skjer via nettet. Vi kan nå pasienter som ellers har høy terskel for å søke hjelp, eller som har utfordringer med å møte opp fysisk på grunn av reisevei, jobb, skole eller familie."

E-meistring er en ny metode som ble besluttet tatt i bruk i Nye Metoder i 2019. Det innebærer at tilbudet er vurdert trygt, sikkert og kostnadseffektivt og kan spres og tas i bruk i hele landet. E-meistring er nå etablert i Helse Bergen, Solli DPS, Vestfold DPS og Nidaros DPS. Inger Meland Buene er leder for Klinikk psykisk helse og rusbehandling ved Vestfold DPS. De har tilbudt e-meistring i fem år. Inger sier:

"E-meistring er nå et vanlig tilbud hos oss, med 500 pasienter i behandling. Pasientene er vel så fornøyde med behandlingen vi gir via internett som ved fysisk oppmøte. Pasientene har jo brukt nettet til mye lenge nå. De vil gjerne få helsetjenestene sine der også."

Resultatene for e-meistring er fantastiske.

Terapeutene behandler tre ganger så mange pasienter som ved fysisk oppmøte.

Det betyr at hver terapeut følger opp 10 pasienter i løpet av dagen.

62 % av pasientene rapporterer at de har hatt en *betydelig* bedring. Sammenlignet med fysisk oppmøte er dette minst like godt.

For pasienten betyr dette å kunne bli kvitt angstlidelsene på en enklere måte.

For behandleren betyr dette å bruke mest mulig av sin tid på direkte pasientbehandling.

For lederen betyr dette å kunne tilby god og effektiv behandling for den enkelte. Og at flere får hjelp.

Dette er kroneksempelen på pasientens helsetjeneste.

En tjeneste som er bygget opp rundt pasientens behov, utviklet og basert på kunnskap, og der de ansatte får brukt kompetansen sin på en god måte.

Sammen jobber vi for å fylle visjonen om pasientens helsetjeneste med stadig bedre innhold.

Vi har et godt utgangspunkt å bygge videre på.

Helsetilstanden i Norge er god.

Barn i dag kan forvente å leve til de blir over 83 år.

Det er ni år mer enn i 1970.

Vi røyker og drikker mindre enn gjennomsnittet i OECD-landene.

Eldre har bedre helse enn før. Tre av fire i aldersgruppen 65-79 år rapporterer om god eller svært god helse. Vi lever lenger med sykdommer vi tidligere døde av.

Få dør i dag av hjerteinfarkt eller slag. Norge er blant landene med lavest dødelighet for flere kreftformer. Nye behandlingsmetoder for hjerteinfarkt og hjerneslag, nye og virksomme kreftlegemidler og mer effektive pasientforløp har gjort dette mulig.

I Norge er det utviklet en ny behandlingsmetode for tvangslidelser som vekker internasjonal oppmerksomhet.

Norske pasienter har et godt inntrykk av sykehusene våre. Innbyggerundersøkelsen fra 2019 viser at sykehusene skårer høyt når det gjelder inntrykket av statlige tjenester, kun slått av universitet og høyskoler, og Lånekassen.

Helsetjenesten vår er en av de beste i verden.

Dette kan en samlet norsk helsetjeneste og alle dere medarbeidere som jobber her være stolte av. Jeg er også stolt over det.

Tusen takk for jobben dere gjør - hver dag og hver natt!

ForBedringsundersøkelsen 2019

Kjære alle sammen,

I årets tale vil jeg nettopp løfte frem dere som jobber i sykehusene og i spesialisthelsetjenesten.

Det er dere som drar lasset for å videreutvikle og forbedre pasientens helsetjeneste.

Derfor er jeg opptatt av å skape åpenhet og tillit i helsetjenesten.

Ikke bare om det som går bra, men også om det som må forbedres.

Det er viktig at dere trives på jobb. At dere opplever å ha gjort en god jobb når dere går hjem for dagen. Eller hjem fra kvelds- eller nattevakt.

Derfor gjennomfører vi nå hvert år en undersøkelse blant alle medarbeidere, kalt ForBedring. Resultatene viser hvordan ansatte i sykehus opplever sitt arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskulturen. 79 % av dere, det vil si mer enn 100 000 medarbeidere, har svart på undersøkelsen.

ForBedrings-undersøkelsen skal først og fremst være et godt verktøy for lokalt forbedringsarbeid. Vi vet at resultatene varierer mellom avdelinger og mellom sykehus. Ledere på alle nivåer skal følge med på utviklingen over tid, og gjennomføre de endringene som må til – i godt samarbeid med dere medarbeidere.

Undersøkelsen viser at dere stort sett er fornøyde. Det er bra.

82 % har svart positivt på spørsmålene som måler engasjement, og som handler om arbeidsoppgavene deres og arbeidsplassen generelt.

Men når jeg ser på resultatene fra et nasjonalt perspektiv ser jeg to tilbakemeldinger fra dere som skiller seg ut, og som gir grunn til bekymring:

- Det ene er det fysiske arbeidsmiljøet. Bare 54 % av dere har svart positivt på spørsmål om dere har et godt fysisk arbeidsmiljø.
- Det andre dere melder om, er at mange av dere har for høy arbeidsbelastning. 20 % har det så travelt at dere ikke rekker å ta pauser i løpet av arbeidsdagen.

Disse tilbakemeldingene fra dere tar jeg på alvor.

Disse tilbakemeldingene gjør jeg noe med.

Derfor er det sånn, at selv om denne talen i utgangspunktet skal handle om mine forventninger til dere i sykehusene i året som kommer, så vil jeg i år gjøre en vri.

Jeg vil snakke om hva dere kan forvente av meg. Jeg vil i min syvende sykehustale gå systematisk gjennom hva vi gjør for å bedre hverdagen deres på disse to områdene.

1) Vi bygger nye sykehusbygg i hele landet

På det første punktet i ForBedrings-undersøkelsen sier altså nesten halvparten at dere har et fysisk arbeidsmiljø som medfører risiko for helseplager som luft, lys, støy og støv. De av dere som jobber i nye bygg er mer positive enn de som jobber i eldre og dårligere bygg. Naturlig nok.

I et intervju med Sykepleien fortalte hovedverneombud Per Oddvar Synnes dette om forholdene "bak fasaden" ved Ullevål sykehus:

"Her har vi hatt rotter løpende i korridoren. På veggene her ser dere fuktskader. Inneklimaet er ikke ideelt. Rundt 60 prosent av OUSs bygningsmasse er uegnet til sykehusdrift."

Det var i 2012 at Per Oddvar sa dette.

Siden den gang har Arbeidstilsynet påpekt lovbrudd ved flere anledninger.

Det er ikke bare Per Oddvar og Arbeidstilsynet som er bekymret for medarbeidernes helse og arbeidsmiljø.

Deler av Ullevål sykehus er i veldig dårlig forfatning, og langt unna dagens krav til sykehusbygg.

Jeg forstår godt at folk i Oslo er glade i Ullevål sykehus.

Men de av dere som jobber her fortjener nye bygg. Oslos befolkning fortjener nye bygg.

Jeg er derfor glad for at Stortinget nå har vedtatt lånerammen til bygging av nye sykehusbygg på Aker og Gaustad.

Nå er det viktig at prosessen ikke stopper opp.

Dersom vi skal sikre et godt sykehustilbud som kommer både ansatte og innbyggere til gode, trenger vi nye, moderne bygg, nytt utstyr og økt kapasitet.

Vi investerer stort i nye sykehusbygg – over hele landet.

Da Erna og jeg åpnet det nye sykehuset i Vesterålen – Nordlandssykehuset, Stokmarknes sykehus i 2014, var det det første helt nye lokalsykehuset i fastlands-Norge siden 70-tallet.

Etter dette har vi åpnet en rekke nye sykehusbygg: i Østfold, Tromsø, Haukeland og Kirkenes. Og rett før jul ble Klinikk Alta åpnet. Flere vil komme.

Akkurat nå pågår det store investeringer i sykehusene våre.

Det skal investeres for rundt 20 *milliarder* kroner hvert år, fra nord til sør.

Sykehusene er i gang med over 15 svære utbyggingsprosjekter– i tillegg til en rekke mindre prosjekter. Av de aller største prosjektene som pågår kan jeg nevne moderniseringen av sykehuset i Bodø, byggetrinn to av nytt barne- og ungdomssykehus på Haukeland, nytt sykehus i Stavanger, nytt sykehus i Drammen, nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal, utbygging og modernisering i Haugesund, Førde og Tønsberg, og nye sykehus i Hammerfest og i Narvik – og så utbyggingen her på Oslo universitetssykehus der jeg snart skal ta det første spadetaket for et nytt klinikkbygg og protonsentor på Radiumhospitalet.

Det er vanskelig å skjønne omfanget av hvor mye det faktisk bygges i sykehussektoren og hvor stor sykehussektoren er. Men bare utbyggingen som nå pågår i Stavanger tilsvarer arealmessig det nye store Nasjonalmuseet, det nye Munchmuseet og nye Deichmann bibliotek i Bjørvika - til sammen!

I 2014, som innspill til forrige Nasjonal helse- og sykehusplan, viste Legeforeningen til et investeringsbehov i norske sykehus på mellom 78 og 111 milliarder kroner. Dette skulle muliggjøre en oppgradering og fornyelse av sykehusbyggene til fremtidens behov, og fornye det medisinsk-tekniske utstyret. Legeforeningen foreslo derfor en tiårig investeringspakke.

Realiteten er at vi har gjennomført investeringer på det nivået Legeforeningen ønsket. Med gjennomførte, igangsatte og planlagte prosjekter vil vi i tiårsperioden etter 2014 ha investert over 110 milliarder kroner i norske sykehus.

Investeringsløftet har ikke bare vært mulig på grunn av gode budsjetter siden regjeringen tok over. Det er også fordi helseforetakene har prioritert omstilling og endring av driften. Samtidig har vi bevilget lån til prosjektene som helseforetakene har ønsket å gjennomføre.

Vi bygger ikke bare nytt, vi bygger smartere.

De nye sykehusene bidrar til å tenke fremover – både når det gjelder medarbeideres arbeidsformer, oppgaver og tjenester på tvers. Å planlegge logistikken med pasientflyt, vareflyt og arbeidsflyt anses som selve «blodårene» i et sykehus. Ved å trekke på erfaringer, både det som har fungert bra, men også det som ikke har fungert, skal de nye byggene gi medarbeidere og pasienter en forutsigbar og effektiv bruk av sykehuset. Vi investerer *nå*, men vi tilrettelegger for bedre pasientbehandling og bedre organisering i fremtiden.

På denne måten sikrer vi gode bygg der medarbeiderne våre trives.

Så når statsminister Erna Solberg åpner det nye sykehuset Narvik i 2025, er 13 helt nye eller moderniserte sykehus tatt i bruk siden vi kom i regjering.

2) Arbeidshverdagen

Det andre punktet dere melder tilbake til oss ledere gjennom ForBedringsundersøkelsen, er at selv om 68 % er fornøyd med arbeidsforholdene, har mange av dere det for travelt. 31 % mener arbeidsbelastningen er for stor.

Mange tenker kanskje automatisk at det trengs mer penger for å gjøre noe med dette.

Det trengs penger. Og vi *har* tilført mer penger. Gjennom mange år.

Fra jeg ble helseminister i 2013 til i dag, har sykehusbudsjettene økt med over 47 milliarder kroner. Av dette er den reelle styrkingen over 14 milliarder kroner.

Likevel opplever altså mange at dere har det travlere nå enn før.

Dette viser at det må *mer* enn økte budsjetter til.

Det handler om å endre et system og et lowverk som jobber *med* dere, ikke mot dere.

Ideer dere får til å løse oppgaver på andre og bedre måter skal være mulige å få til - raskt.

Vi har en av verdens beste helsetjenester.

Men vi kjenner også til fremtidsutsiktene våre.

Vi blir flere, vi blir eldre, flere får kroniske sykdommer, og vi forventer mer av helsetjenesten. Samtidig vil det bli en lavere andel i yrkesaktiv alder.

Skal vi nå visjonen vår om pasientens helsetjeneste, forutsetter det at vi bruker kompetansen hos medarbeidere våre best mulig, utnytter mulighetene teknologien gir, og organiserer oppgavene våre bedre.

Medarbeidernes kompetanse

For utviklingen i helsetjenesten handler ikke om å gjøre mer av det vi gjør i dag raskere eller med flere ansatte. Mye av forbedringsarbeidet ligger i å klare å tenke helt nytt i måten å jobbe på, og hvordan vi utvikler og utnytter kompetansen til våre medarbeidere.

Som Inger Cathrine Bryne, administrerende direktør ved Stavanger universitetssjukehus, sier:

"Vi ledere må tenke grundig gjennom hvordan vi bruker *hver eneste én* av våre medarbeidere, hvordan teamene settes sammen, hvordan vi kommuniserer med hverandre og med pasientene og pårørende, og hvordan vi kan ta i bruk teknologi på en slik måte at vi faktisk kan nyttiggjøre oss mulighetene."

Urologisk poliklinikk i Helse Bergen har gjort nettopp dette, og endret for noen år siden organiseringen av driften helt. Utgangspunktet var at de slet med rekrutteringsproblemer, og det var nødvendig å sikre riktig bruk av kompetansen. Ved å sette sammen leger og sykepleiere i team, sikrer de et forløp med kompetente medarbeidere i alle ledd. Ulempen med at pasienten ikke alltid treffer samme lege hver gang, oppveies av at forløpene er raskere og tryggere for pasientene. Avdelingen er mindre sårbar dersom en medarbeider ikke kan komme på jobb. At omorganiseringen er vellykket, er lett å se: Urologisk avdeling har god oppnåelse av nasjonale målsettinger på pakkeforløp kreft og ventetider, og har svært gode resultater på klinisk kvalitet. Helse Bergen og Haraldsplass sykehus lå i andre tertial 2019 på topp i landet for andel prostatakreftpasienter som ble behandlet innen anbefalt forløpstid.

Denne måten å jobbe på har også ført til mer stabile og forutsigbare dager for medarbeiderne.

Ved St. Olavs hospital har ledelsen jobbet målrettet med tjenesteinnovasjon for å tenke nytt om arbeidsoppgaver som utføres ofte og mye. Det er laget pasientforløp for flere typer akuttpasienter hvor ulike spesialister samarbeider for økt pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet. Ett eksempel er pasienter med akutte brystmerter. Tidligere ble disse pasientene lagt inn på hjerteavdeling og utredet neste dag. Nå blir de ferdig utredet i akuttmottaket, først av spesialister i akutt- og mottaksmedisin, og deretter blir de som trenger det undersøkt av spesialist i hjertemedisin. I tillegg er det opprettet en korttids observasjonspost. Seksjonsoverlege Ole Christian Mjølstad sier at dette har hatt stor betydning for medarbeidernes hverdag:

"Ved å legge om pasientforløpet og bruke oss medarbeidere annerledes, har vi nå tryggere, raskere og bedre pasientbehandling, og vi unngår mange innleggelse. Medarbeiderne våre i front vet hva de skal gjøre og hva de skal se etter, og dermed flyter arbeidsprosessen bedre hos oss nå."

Disse eksemplene viser sykehus som klarer å bruke kompetansen bedre, og som sikrer bedre og lettere hverdager for medarbeiderne sine.

Det er viktig at slike erfaringer deles mellom sykehusene.

Det må vi gjøre mer av.

Derfor kan dere forvente av meg at jeg stiller krav om at deres ledere stiller seg spørsmålet «Hva kan vi lære av andre?»,

og når de har funnet en god løsning spørre «Hvem kan vi dele denne kunnskapen med?».

Et kompetent team er som regel et team der medarbeidere trives.

Ledere må sørge for tilstrekkelig og stabil bemanning, som sikrer forutsigbarhet og trygghet for medarbeiderne.

Vi trenger kompetent helsepersonell som står i arbeid lenge.

Ingen skal gå ut på dato.

Vi må ha nok personell – nok folk – med riktig kompetanse.

Som dere vet, viser framskrivninger at vi kommer til å mangle altfor mange sykepleiere og helsefagarbeidere. Antall årsverk må øke med 35 % de neste 15 årene for å dekke behovene, ifølge Statistisk sentralbyrå. Jeg har bedt Helsedirektoratet om å etablere et nasjonalt system for å følge med på tilgangen på og behovet for sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det skal gjøre det enklere for ledere i hele helsetjenesten når dere planlegger hvilken kompetanse dere vil trenge.

Ledere må ikke bare sørge for at medarbeiderne får brukt kompetansen sin.

Dere må også sørge for at medarbeiderne får videreutviklet kompetansen.

For dere medarbeidere er den mest verdifulle ressursen vi har i helsetjenesten.

Dere er entusiastiske og engasjerte fagfolk med høy kompetanse.

Denne ressursen – den må vi ta vare på og foredle.

Den enkelte må være forberedt på å skulle lære hele livet, i videre- og etterutdanninger og ikke minst i det daglige arbeidet sammen med kolleger.

Fordi kompetanse, i tillegg til samhandling og teknologi, er et av de viktigste virkemidlene vi har for å møte den nye hverdagen som venter oss.

Thorleif Brønn er helsefagarbeider og jobber på Sykehuset Østfold. Det har han gjort i over 30 år. Han sier:

"Dersom det er muligheter for faglig utvikling og arbeidsvilkårene er gode, er det ingen grunn til ikke å være helsefagarbeider hele livet."

På sykehuset i Stavanger har de satset på et eget strukturert opplæringsløp for lærlinger i dette faget. Sakte, men sikkert har de åpnet flere og flere avdelinger for helsefagarbeideren. Nå er det helsefagarbeidere blant annet i intensivavdelingen, i akuttmottak og ved psykiatrisk avdeling.

Flere fagmiljøer utvikler kompetansen sin ved å bruke simulering. I et prosjekt innenfor barne- og ungdomspsykiatri i Helse Sør-Øst læres medarbeidere opp i medisinsk og VR-basert simulering. Medarbeiderne øver for eksempel på situasjoner der barn og unge har selvmordstanker, og der det må brukes tvang. Det er god respons i sykehusene på dette tiltaket. Nyansatte, men også ansatte som har vært i jobben lenge, forteller at denne måten å utvikle seg faglig på er nyttig. Helse Vest skal derfor opprette et nasjonalt nettverk slik at flere sykehus kan dele simuleringsopplegg på tvers.

Norsk Sykepleierforbunds nye leder, Lill Sverresdatter Larsen, skrev dette om viktigheten av sykepleiernes kompetanse i et innlegg før jul:

"Folk lever lenger, med komplekse og sammensatte diagnoser, behandling og teknologi blir stadig mer avansert. Sykepleiere er den største yrkesgruppen i spesialisthelsetjenesten, vi er til stede hele døgnet og er ofte alene med pasienten. Fortellingen om sykepleie som «varme hender» eller arbeid som alle og enhver kan gjøre, er forbi."

Ingen skal tvile på det.

Kvalifisert bemanning er helt avgjørende for at helsetjenesten skal ha god nok kvalitet og ivareta pasientsikkerheten. Dette gjelder ikke minst sykepleiere.

For å øke sykepleierbemanningen og utvikle kompetansen, tar vi nå flere grep samtidig:

- vi øker utdanningskapasiteten

- karakterkravene er satt høyere for å sikre motiverte studenter som fullfører studiene
- flere får tilbud om heltidsstillinger
- vi utvikler videreutdanninger ytterligere
- og vi gjør endringer i utdanningene slik at det skal passe bedre med nye arbeidsmåter og med pasientenes sykdomsbilde

For eksempel skal en egen breddeutdanning for sykepleiere i sykehus utredes med tanke på behovene på sengeposter, i poliklinikk og tjenester som leveres der pasientene bor. Dette blir et søsken til utdanningen for avansert klinisk allmennsykepleie i kommunene. Dette skal sikre at pasientene som fremover vil være eldre, med flere samtidige og kroniske sykdommer, får den hjelpen de trenger.

Dere kan forvente av meg at dere får flere kompetente kollegaer å dele jobben med, at sykehuset har en plan for faglige utviklingsmuligheter for deg og tilbyr 100 % stilling.

Digitalisering av helsetjenesten

Jeg vet, og dere vet, at når teknologien er på vår side, så er verktøyene veldig nyttige.

Men det er ikke alltid datasystemene og teknologien spiller på lag med oss.

Christopher Elnan Kvistad, legespesialist på Nevrologisk avdeling på Haukeland Universitetssykehus, har skrevet et blogginnlegg med tittelen "Jeg klikker". Han skriver:

"IKT-systemer kan ofte være tungvinte og til hinder for effektiv bruk av tid. Mye tid og konsentrasjon går til spille på grunn av meningsløse, men sikkert velmente klikk som er satt i system. Det trengs en samkjøring av alle de forskjellige IKT-systemene på nasjonal basis."

Kommentarene under innlegget vitner om at mange av dere kjenner dere igjen.

Når datasystemene deres er for treige eller ikke hjelper på behovene dere har, da er de ikke blitt de gode verktøyene vi ønsker at de skal bli.

De har gitt noen fordeler, men potensialet er ikke tatt ut.

Det er viktig for meg å poengtere at teknologi og digitale verktøy er nettopp det.

Et verktøy.

Teknologi har kun en funksjon dersom det hjelper dere i hverdagen og det bidrar til bedre pasientbehandling.

Riktig verktøy er halve jobben, sier vi ofte. Teknologi er blitt et viktigere og riktigere verktøy for dere. Da må det fungere.

Dere kan forvente av meg at jeg tar flere grep for å tydeliggjøre den nasjonale styringen og koordinere IKT-utviklingen enda bedre. Jeg legger til rette for forbedringer både på kort og lang sikt.

Vi skal få på plass en nasjonal oversikt over pasientenes legemiddelbruk slik at helsepersonell får tilgang til informasjon som epikriser, prøvesvar og andre viktige opplysninger som er nødvendige for å gi best mulig helsehjelp.

Kjernejournalen videreutvikles slik at dokumenter kan deles på tvers av virksomheter og nivåer.

Vi er i gang med å modernisere journalsystemene våre. Dette er nødvendig for å få til en mer effektiv og sammenhengende helsetjeneste.

Arbeidet med Helseplattformen i Midt-Norge er kommet lengst.

I Midt-Norge jobber nå pasienter, sykehusleger, fastleger, sykepleiere og teknologer sammen. De setter opp en ny, felles pasientjournal for hele helsetjenesten i regionen. Dette unike samarbeidet vil gi innbyggerne bedre innsikt i og mulighet til å påvirke egen behandling.

Alle data skal samles på ett sted. Pasienten skal slippe å gjenta sykehistorien sin hver gang han eller hun er i kontakt med en ny behandler.

Medisinene pasientene går på og annen informasjon om dem skal alltid være oppdaterte. Det gir bedre pasientsikkerhet og øker kvaliteten på behandlingen.

For dere medarbeidere betyr dette ny teknologi som støtter arbeidsprosessene deres. På sikt skal dette gi dere en hverdag med bedre oversikt og at vi fjerner mye unødvendig dobbeltarbeid.

Jeg vet at veien frem ikke er enkel, og dere kommer helt sikkert til å oppleve utfordringer. Men forberedelsene i Midt-Norge har pågått lenge, og arbeidet bygger på erfaringer fra tilsvarende prosjekter i inn- og utland. Det legges ned en imponerende innsats på tvers av yrker og behandlingsnivå.

Mot slutten av neste år tas Helseplattformen i bruk.

St. Olavs hospital og Trondheim kommune er først ute.

Arbeidet med modernisering av journalene er et langsiktig arbeid. Vi må derfor ikke glemme de kortsiktige tiltakene. Vi *har* allerede en rekke digitale helsetjenester som gjør hverdagen enklere for både helsepersonell og pasient. Pasienter finner selv informasjon på helsenorge.no, har innsyn både i kjernejournal og egen sykehusjournal, oversikt over e-resepter, kan bestille timer digitalt og se status på henvisninger. Dette er eksempler på digitalisering som verktøy for pasientene, men som også sparer dere for tid.

Jeg ønsker at flere sykehus og kommuner skal ta i bruk de nasjonale e-helseløsningene vi *har* etablert. Disse løsningene har størst verdi for dere når alle bruker dem. Det hjelper lite om du har tilgang til pasientens legemiddelliste dersom ikke fastlegen bruker løsningen. Derfor har jeg sendt en ny lov om e-helse på høring, der jeg stiller tydeligere krav til både sykehus og kommuner for å sikre at de gode løsningene tas raskere i bruk i hele sektoren.

Vi må gjøre oss erfaringer fra det vi prøver ut i helsetjenesten, og lære av hverandre. Det finnes mange gode eksempler fra tjenesten der dere har identifisert flaskehalser, og benyttet teknologi for å åpne dem.

I Helse Vest så de at det hvert år var over 80.000 legetimer som ikke ble benyttet fordi pasienten ikke dukket opp. Det er flere enn de som står på prioritert planlagt venteliste. Helse Vest innførte derfor flere digitale løsninger som gjør det enklere for pasienten å følge opp egen helse på HelseNorge.no, i tillegg til SMS-påminnelser og at regjeringen innførte høyere gebyr. Fra 2013 til 2018 er antallet timer der pasientene ikke møter redusert fra 4,2 % til 2,2 % innen somatikk. Nå øker jeg gebyret ytterligere slik at enda flere pasienter møter til avtalte timer.

Sykehuset Innlandet gjennomfører nå et prosjekt der ambulanspersonellet kan koble seg opp til lege på AMK, sykehus eller legevakt via et hodekamera, og få råd om hvilken behandling pasienten trenger. Bruk av video gir raskere og riktigere diagnostisering og behandling, og mindre unødvendig transport til sykehusene.

Haraldsplass sykehus har innført et system der touch-skjermer og apper på mobile enheter sikrer at viktig informasjon fra blant annet lab, røntgen og journal automatisk kommer til ansvarlig behandler. Informasjon fra pasientalarmer og varslinger om unormale prøvesvar kan også mottas på denne måten. Alle ansatte på sykehuset er med, fra leger og sykepleiere til renholdere, portører, bioingeniører og kjøkkenpersonale. Informasjon fra ulike systemer og ansatte samles i én arbeidsflate. Dette gir bedre arbeidsflyt, økt pasientsikkerhet og frigjør tid til pasientoppfølging.

Finansieringsordningene

Finansieringsordningene må ikke stå i veien for gode løsninger der digitale virkemidler tas i bruk. Tvert imot ønsker jeg at vi i enda større grad tar i bruk de mulighetene teknologien gir til å frigjøre medarbeideres tid til andre gjøremål. Tine Nordgreen, som har vært med å utvikle den nettbaserte tjenesten e-meistring, har sagt dette:

"I mange år har ikke finansieringsordningene vært tilpasset nettbaserte tjenester. Nå har vi endelig fått en refusjon som er bærekraftig, som gjør at vi ikke går i tap når vi tilbyr disse tjenestene. Virtuelle helsetjenester må sidestilles med fysiske helsetjenester. Så ofte vi kan, og alltid når vi kan, skal vi tilby helsetjenestene digitalt."

Jeg er helt enig med Tine. Derfor har jeg gjort noe med det, og vil fortsette å forbedre finansieringsordningene.

Det er innholdet i tjenestene som tilbys som skal avgjøre finansieringen - ikke hvem, hvor eller hvordan behandlingen gis.

Fra 2020 gjør vi flere endringer i finansieringsordningene slik at dere ikke skal oppleve at finansieringen står i veien for de gode løsningene:

- For det første skal finansieringen raskere tilpasses utviklingen i tjenesten. Nye digitale tjenester må inkluderes kontinuerlig etter innspill fra tjenesten.
- Dere skal få refusjoner uavhengig av hvilket personell som utfører oppgaven.
- Vi styrker helhetlige tjenesteforløp i finansieringsordningen, og tester ut finansiering av forløp framfor finansiering av enkeltoppgaver.
- Mer teambasert og tverrfaglig oppfølging inkluderes i ordningen.
- Samarbeidsmøter mellom sykehus og kommuner innenfor somatikken inkluderes i ordningen. Slike møter gjelder allerede for arbeid med psykisk helse og rus.
- Alle videokonsultasjoner finansieres fra 2019 på lik måte som konsultasjoner med oppmøte. Refusjoner for nettbaserte tjenester, som e-meistring, kommer til å øke betraktelig fra 2020. Fra i år inkluderes også telefonkonsultasjoner innenfor somatikk.

Alle disse finansieringstiltakene skal bidra til mer effektiv ressursbruk både for behandlere og pasienter, og gi økt fleksibilitet.

Utadvendte sykehus: tjenestene flyttes nærmere pasienten

Måten vi organiserer helsetjenesten på har mye å si for din arbeidsdag. Det blir travelt på poliklinikken dersom alle kronikere skal på jevnlig kontroll - når de strengt tatt ikke trenger det. Det blir strevsomt på akuttmottaket når psykosene fører til en tvangsinnleggelse – som kunne vært unngått om pasienten hadde fått tidligere hjelp.

I dag har vi en forestilling om at pasientene blir sendt til sykehus, får behandling, og kommer hjem igjen. For mange pasienter vil dette fortsatt være tilfelle i tiden fremover. Men for dem som bruker helsetjenesten mest, og som kommer til å bruke helsetjenesten mer i årene fremover, vil sykehuset ikke være et "hus", men en tjeneste de får i eget hjem.

Mer og mer behandling tilbys i hjemkommunene eller hjemme hos pasienten selv.

Innbyggere på Nordmøre som trenger langvarig antibiotikabehandling, får nå tilbud om hjemmesykehus. Ved hjelp av en bærbar infusjonspumpe kan pasienter gå på jobb og ellers leve som normalt, ved tilstander som tidligere krevde flere ukers innleggelse på sykehus.

Spesialsykehuset for epilepsi har begynt med ambulante team. Nevrolog Erik Sætre forklarer:

"Vi har sett at enkelte pasienter med epilepsi og psykisk utviklingshemming ofte er svært urolige når de må reise til sykehuset og til ukjente omgivelser. Nå som vi har en bærbar EEG-maskin, kan leger og sykepleiere hos oss reise hjem til disse pasientene der de er trygge, og foreta de nødvendige undersøkelsene der. "

Det er dette regjeringen og jeg har kalt utadvendte sykehus. Det betyr at spesialisthelsetjenester som før krevde fysisk oppmøte på sykehuset, heller utføres der pasienten bor.

I utadvendte sykehus samarbeider sykehuset med kommunen – enten ved å dele kompetanse eller å gi tjenestene sammen. Dette kan skje ved hjelp av ambulante tjenester som avansert hjemmesykehus, delte stillinger mellom sykehus og kommuner, spesialister på store sykehus som deler sin kompetanse med spesialister på små sykehus, eller ved hjelp av digitale løsninger.

Dette gjør det enklere for pasientene å motta helsetjenester og frigjør tid som dere medarbeidere kan bruke på andre pasienter.

Flere nye samarbeidsmodeller er under utprøving og utvikling.

ACT- og FACT-team for voksne er team av medarbeidere fra *både* kommunen og sykehuset, og som aktivt oppsøker og hjelper pasienter med alvorlige psykisk helse- og rusutfordringer. Erfaringen med ACT og FACT-team for voksne er gode - antall oppholdsdøgn på tvang er mer enn halvert. Reduksjonen er særlig stor for personer med mange innleggelser før de fikk behandling i ACT-team.

FACT-ung er en ny tilsvarende behandlingsmetode spesielt for barn og unge. Dette prøves nå ut i Oslo. Med mer oppsøkende virksomhet bidrar FACT-ung til å avdekke behov for hjelp, gi tidligere hjelp og langsiktig oppfølging. Jeg gir nå Helsedirektoratet i oppdrag å foreslå hvordan FACT-Ung bør innrettes, implementeres og evalueres. For som prosjektleder Cecilie Fronth Nyhus, ved Nic Waals Institutt ved Lovisenberg sykehus, sier:

"Vansker i hverdagen kan stå i veien for den enkeltes mulighet til å ta imot hjelp, for eksempel dersom boligen ikke er på stell. Derfor er det viktig at også det lokale hjelpeapparatet i kommunen bidrar. Det å jobbe hjemme hos ungdommen, kan være en viktig kilde til å forstå personen."

Denne utviklingen med utadvendte sykehus og mer samarbeid mellom sykehus og kommune bidrar til mer helhetlige tjenester, bedre bruk av medarbeidere og økt mestring for pasientene.

Tidligere har helsetjenesten booket inn pasienter med kroniske lidelser til rutinemessige kontroller. Dette kan være unødvendige oppfølgingstimer, som spiser av tiden andre pasienter kunne brukt. Nå er det en dreining mot at pasienten selv melder inn resultater, og kan komme inn ved behov.

Flere av dere tilbyr videokonsultasjoner, spesielt ved oppfølging av personer med kroniske lidelser. På Sunnaas sykehus har de i mange år brukt videokonferanser til tverrfaglig oppfølging av personer med ryggmargsskade og trykksår, i tett samarbeid med hjemmesykepleien i kommunen. Pasient Ingar Bergesen forteller:

"Når jeg snakker med folkene på Sunnaas via skjermen, så føles det som de er hjemme hos meg. Fordi de er så nære, oppleves det som vi har tett kontakt. Jeg syns det er flott."

St. Olav har innført pasientstyrt oppfølging av revmatisk sykdom. Pasienten avgjør når det er behov for time og bestiller selv time på nettet. Dette sparer pasienten for unødig reising og belastning, helsetjenesten sparer penger, og de ansatte bruker tiden sin mer fornuftig.

Siden teknologi er et viktig verktøy i denne utviklingen med utadvendte sykehus, vil jeg at sykehusene skal sette seg konkrete mål i de lokale utviklingsplanene for bruk av teknologi for å flytte tjenester hjem til pasienten.

Helsefellesskap

Det er mer enn faglig utvikling og teknologi som trengs for å ta vare på de mest sårbare pasientgruppene våre. Gjennom det siste halve året har VG hatt en rekke artikler om svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune, spesielt om skrøpelige eldre. Eigil Sigvartsen på 79 år er en av dem VG forteller om. Eigil, som var alvorlig syk, ble sendt i taxi fra sykehuset til sykehjemmet i bare nattskjorten. Sykehuset varslet om at Eigil ville komme, men det var ingen informasjon som fulgte med, om medisinbruk, eller hvilken behandling Eigil trengte. Da sykepleier Linn Maria Sundfør forsto hvilken forfatning Eigil var i da han kom til Ellingsrudhjemmet, ble hun sint. Fryktelig uverdig, tenkte hun. Hun sier til VG:

"Jeg skrev avvik. Det har jeg ofte latt være, fordi jeg føler at jeg kjemper mot et system som er mye større enn det jeg får gjort noe med."

Jeg er glad for at Linn Maria skrev avviket.

Jeg *vet* at alle dere som hører på meg nå ønsker at pasientene skal bli møtt, sett og forstått, og at pasientene skal slippe å koordinere tjenestene selv.

Jeg *vet* at dere har pasientene i tankene når dere går på jobb.

Jeg *vet* at dere er opptatt av hvordan det går med pasientene når jobben deres er ferdig.

Jeg *vet* også at vi har utfordringer med samhandlingen mellom sykehus og kommuner, spesielt gjelder dette de mest sårbare pasientene.

Monika Dalbakk er prosjektleder ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Hun sier:

"Helsetjenesten er ikke bygd for multisyke eldre. Spesialistene er skikkelig gode på behandling av enkeltdiagnoser, men ikke alle ser, eller har mulighet for å se, hele pasienten, slik vi har organisert helsetjenesten i dag. Så fort det er mange diagnoser, sykdommer, medikamenter og flere enheter som skal samarbeide, så får helsetjenesten det ikke alltid til."

Jeg vil bidra til at helsepersonell spiller hverandre gode – og vet hva kollegaene i neste ledd kan bidra med.

Jeg ønsker at sykehus og kommuner skal gå fra å være parter til å bli partnere.

Jeg vet at gjennom bedre samarbeid, er det ikke bare pasientene som får det bedre. Bedre pasientbehandling gir også dere en bedre arbeidshverdag.

I høst la jeg frem en ny nasjonal helse- og sykehusplan for hele landet, der mange av dere bidro med innspill. Et av hovedgrepene er opprettelsen av 19 helsefelleskap i samarbeid med Kommunenes interesseorganisasjon, KS.

I helsefelleskapene skal sykehus og kommuner planlegge og utvikle tjenester *sammen*.

Ingen driver helsetjenestene alene.

Vi må gjøre hverandre gode. Vi må bruke hverandres kompetanse.

Vi har gode eksempler på flere som har fått til dette. Prosjektet som Monika Dalbakk ved UNN leder heter Pasientsentrert helseteam (PSHT). Som det ligger i navnet tar tjenestene utgangspunkt i pasienten, denne gangen eldre som har flere samtidige sykdommer. Da sykehuset, fastleger og kommuner begynte å samarbeide om behandlingen, *halverte* det dødeligheten blant multisyke eldre!

Det er den viktigste endringen - bedre kvalitet. Men endringene har vært betydelige også for de ansatte. Monika forteller:

"Vi ser at vi klarer å forebygge, slik at pasientens helse holder seg stabil lengre, og dermed unngår vi mange ekstra innleggelseser i sykehuset, som ellers ofte er vanlig for disse pasientene. Ved å jobbe annerledes og bedre som team, har vi klart å redusere antall liggedøgn med 32 %."

Dette er utgangspunktet for arbeidet i helsefellesskapene. Endringene i måten å jobbe på skal forbedre tjenestene for pasientene, men også gjøre jobben enklere for dere. Veien er kortere fra de gode løsningene tenkes ut, til de gjennomføres i praksis. Dersom det er enighet i helsefellesskapene om en felles løsning, forplikter dette sykehusene og kommunene til å endre måten å jobbe på.

Ofta når man skal gjøre noe nytt, så starter man med det enkle.

Sammen med KS har vi valgt å være modige.

Helsefellesskapene skal starte med å tilpasse pasientforløpene for de pasientene som opplever de største sviktene og som opplever dem oftest, nemlig:

- barn og unge
- personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet
- skrøpelige eldre
- og personer med flere kroniske lidelser

Det er fordi vi har troen på dere medarbeidere, og på at dette – det skal vi få til.

Lykkes vi med å gi et helhetlig tilbud til de aller svakeste pasientene

- da klarer vi alt.

Noen ganger tar systemtenkningen overhånd i helsetjenesten. Det tror jeg også frustrerer dere som er ansatt. Et eksempel på dette har VG trukket frem i sine saker om nattransport av eldre pasienter. Jeg vet at for ambulanspersonell oppleves det ikke som godt å måtte vekke eldre pasienter på sykehuset midt på natten for å kjøre dem til sykehjemmet eller hjem, fordi det er da de har ledig kapasitet. Når dette skjer, tror jeg ikke det handler om at den enkelte ansatte i sykehusene heller mener dette er en god idé, men at systemet har ført til at dette blir resultatet. Da er det min oppgave å sørge for at hverken pasientene eller ansatte i sykehusene opplever dette. Derfor gir jeg nå et oppdrag til helseregionene om at de skal sørge for at eldre pasienter og pasienter med hjelpebehov sikres transport på dag- og ettermiddagstid slik at de ikke sendes hjem om natten. Dette kan innebære å øke transportkapasitet på dag- og ettermiddagstid. Unntak kan gjøres hvis pasienten selv ønsker å reise hjem.

Det å involvere pasienter og pårørende i prosessen og beslutningene som tas, er hele fundamentet i pasientens helsetjeneste. Nemlig tilliten pasientene har til oss.

Vi er helt avhengige av denne tilliten.

Tilnærmingen til dette handler om samspillet mellom behandler og pasient.

Derfor er et sentralt spørsmål:

"Hva er viktig for deg?"

Jo mer pasienter forstår,

jo bedre blir behandlingen,

jo lettere blir det å mestre sykdom,

jo enklere blir det å ta valg som fremmer god fysisk og psykisk helse.

Har vi ikke den tilliten og denne kommunikasjonen, vil jobben bli tyngre.

Det at pasienter og pårørende blir lyttet til og bidrar i planleggingen, betyr derfor mye for å kunne lette arbeidshverdagen deres. Behandlingen blir mer treffsikker.

Åpenhet og kommunikasjon er også viktig for å avdekke psykisk sykdom.

Dere medarbeidere har en viktig rolle her.

Jeg vet at det er krevende å avdekke selvmordsrisiko.

Vi må alle være årvåkne og tørre å spørre når vi mistenker at et medmenneske eller en pasient sliter psykisk. Ikke bare de som jobber innenfor psykiatrien.

Medarbeidere har også mulighet for å avdekke om det ligger andre eller mer alvorlige problemer bak somatiske lidelser, som magevondt eller et brukket ben. Da er det viktig at helsepersonell tar seg tid til å spørre:

«Hvordan har du det *egentlig?*»

Maud Angelica Behn kom med et viktig budskap til alle i sin sterke og flotte tale i sin fars begravelse:

«Det finnes folk der ute som kan og vil hjelpe. Du kan få hjelp og ting kan bli bedre.»

Maud Angelica har helt rett.

Det er hjelp å få dersom man sliter psykisk eller om man er bekymret for noen. Både fastleger, kommunen, spesialisthelsetjenesten og frivillige organisasjoner kan hjelpe.

Og mange får heldigvis god hjelp. Tilbudet innen psykisk helse er styrket på alle nivåer de siste årene. Fra forebygging, til tilbudet i kommunene og i psykisk helsevern.

Helsedirektoratet har nå fått i oppdrag å vise bredden i hjelpetilbudet som finnes, og så raskt som mulig å gå ut med ny og oppdatert informasjon om alle steder man kan få hjelp.

Petter Andreas Ringen er spesialist i psykiatri og avdelingsleder ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved OUS. Han har ledet en ressursgruppe innen psykisk helsevern og rus etablert av Legeforeningen. Petter sier:

"Vi ser at det er mangelfull organisering av rus- og psykiatribehandling nasjonalt, problemer med rekruttering, og at nedbyggingen av døgnplasser i psykiatrien må stanse."

Denne uroen tar jeg på alvor. Og jeg forstår at mange som jobber innenfor psykisk helse mener at nedbyggingen innenfor døgnplasser har skjedd for raskt og at det er behov for å stoppe opp.

Sammenlignet med andre land, har Norge høy bruk av døgnplasser innenfor psykisk helse.

Samtidig er det stor variasjon i tilbudet til mennesker med psykiske vansker nasjonalt. Det kan være det mangler døgnplasser på enkelte geografiske steder, og innenfor noen fagområder, som for eksempel innen barne- og ungdomspsykiatrien, eller at vi har for få sikkerhetsplasser.

Denne variasjonen må vi få mer kunnskap om.

For regjeringen og jeg vil prioritere kvalitet og fagutvikling i tjenesten.

Ambisjonene våre var å gi svar på dette i nasjonal helse- og sykehusplan, men vi så at vi trengte mer kunnskap.

Derfor har jeg gitt Helsedirektoratet og helseregionene i oppdrag å vurdere og avklare kapasitetsbehovet innenfor psykisk helse, inkludert døgnplasser, og hvordan tjenesten skal organiseres for å dekke dette behovet.

De som oppsøker hjelp hos dere skal få hjelpen de trenger.

Avslutning/styringsmålene

I årets sykehusale har jeg spart hovedoppdragene mine til slutt. Det er ikke fordi styringsmålene kommer som noen overraskelse, eller fordi de er mindre viktige enn tidligere. De er de samme som før, og er like viktige som før:

- Redusere unødvendig venting og variasjon
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Vi er nemlig ikke i mål.

Dette er noe vi *skal* og må jobbe med kontinuerlig.

Kjære alle sammen,

Sammen gjør vi en innsats for å oppfylle visjonen om pasientens helsetjeneste.

Skal vi klare å lykkes med å nå målene våre, er vi nødt til å utvikle tjenesten ved å jobbe på andre måter, bruke kompetansen vår bedre, og spre de beste løsningene.

Her er det et stort potensial for å lære av hverandre.

Noen verktøy må tilpasses og videreutvikles lokalt.

Andre kan brukes ved å kopiere "rett ut av boksen".

Og det er jo ingenting som er bedre enn det!

Gründere er viktige, men det er de som kopierer og tar i bruk løsninger som finnes også.

Jeg innledet talen med å snakke om den nettbaserte tjenesten e-meistring.

Eksempelet er ikke nytt.

Men det er godt.

Inger og Klinikken hun leder i Vestfold er ikke de første til å ta i bruk nettbehandlingen.

Ikke er de den andre heller, forresten.

Men de har bygget videre på metoden og tjenesten, og gjort det til sitt.

Jeg vil løfte frem de som er nummer to og nummer tre til å ta i bruk de gode løsningene.

Jeg vet at det er vanskeligere å få entusiasme og gjennomføringskraft knyttet til noe som andre har funnet opp og gjort før.

Men skal man bli bedre, handler det om å se muligheter.

Og det handler om å ta i bruk mulighetene, og endre arbeidsmåter.

Jeg vet at det er vanskelig å endre praksis.

Det bare å gå hjem og prøve å bytte side i dobbeltsengen, det.

Men vi har verktøyene.

Vi har mulighetene.

Ta i bruk det vi vet virker!

Vær en god nummer to.

Dere medarbeidere skal få gjøre det dere er gode på.

Dere skal kunne ta i bruk verktøyene og metodene, og skape kultur for endring.

Jeg skal gjøre det jeg kan på nasjonalt nivå for at dere har de beste verktøyene.
For de riktige verktøyene er jo som sagt halve jobben.

Helse- og omsorgsdepartementet

TEMA

Sykehus

[^ Til toppen](#)

Ansvarlig for Helse- og omsorgsdepartementets sider:

Ansvarlig redaktør: Mona Sæverud Higravf

Nettredaktør: Andreas Keus

Telefon: 22 24 90 90

E-post: postmottak@hod.dep.no

Ansatte i HOD: Depkatalog

Organisasjonsnummer: 983887406