

# NASJONAL HELSE- OG SYKEHUSPLAN

## Senterpartiets alternativ



# FOLKETS HELSETJENESTE

---

- Modell for kvalitet – nettverksmodellen
- Folkevalgt styring av sykehusene

Senterpartiets stortingsgruppe | oktober 2015

# MANDAT

---

Dette dokumentet er utarbeidet av en arbeidsgruppe ledet av helsefraksjonen i Senterpartiets stortingsgruppe. Arbeidsgruppa har bestått av:

**Kjersti Toppe** (leder), stortingsrepresentant Sp, Hordaland  
**Per Olaf Lundteigen**, stortingsrepresentant Sp, Buskerud  
**Kristin Sørheim**, leder for Sp's fylkestingsgruppe i Møre og Romsdal  
**Liv Hellen Skjold Rafoss**, bystyrerepresentant Sp, Flekkefjord kommune.  
Hygienesykepleier SSHF, Flekkefjord  
**Anne-Line Kjos Sollie**, Akershus Sp, anesthesisykepleier Ahus  
**Bjørn Sverre Sæberg Birkeland**, ordfører i Tinn kommune og styreleder  
i KIL (Kommunenes Interesseforening for Lokalsykehus)  
**Cathrine S. Amundsen** (sekretær), politisk rådgiver Sp's stortingsgruppe

Arbeidsgruppa sendte spørsmål på partihøring 15. juni og har mottatt svar fra 12 fylkeslag.

Helsefraksjonen i Senterpartiets stortingsgruppe har høsten 2015 arrangert to fag-politiske seminarer på Stortinget om Nasjonal helse- og sykehusplan.

Senterpartiets stortingsgruppe har sluttbehandlet dette dokumentet i gruppemøtet 21.10.15.

Oslo 22. oktober 2015  
*Kjersti Toppe*

# INNHold

---

## MANDAT

## FORORD

## Kapittel 1. SAMMENDRAG

## Kapittel 2. INNLEDNING

## Kapittel 3. FOLKETS HELSETJENESTE

- 3.1 Behov for en nasjonal helse- og sykehusplan
- 3.2 Offentlig styring av et samlet sykehus-tilbud

## Kapittel 4. KVALITET, TRYGGHET OG NÆRHET

- 4.1 Lokalsykehusenes rolle
- 4.2 Sykehusstørrelse og kvalitet
- 4.3 Pasientopplevd kvalitet
- 4.4 Legespesialisering for kvalitet
- 4.5 Utdanning for kvalitet
- 4.6 Rekruttering for kvalitet
- 4.7 Overbelegg truer pasientsikkerheten
- 4.8 Bekjempelse av antibiotikaresistente bakterier for økt pasientsikkerhet
- 4.9 Mislykkede sykehusfusjoner
- 4.10 Kvalitet og nærhet i fødetilbudet
- 4.11 Kvalitet i de prehospitaltjenester

## Kapittel 5. LOKALSYKEHUS MED AKUTT-KIRURGI

- 5.1 Sentraliserende ekspertråd
- 5.2 Lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner
  - 5.2.1. *Legeforeningens klare råd*

- 5.2.2. *Reduserer kompetanse og svekker fagmiljø*
- 5.2.3. *Økt transport og reiseavstander*
- 5.2.4. *Anestesifunksjonen trues*
- 5.2.5. *Når ulykken er ute*
- 5.2.6. *Svikt i utdanning og rekruttering*
- 5.2.7. *Falsk trygghet?*

- 5.3 Avviser helse- og omsorgsminister Bent Høie sine utviklingsmodeller for sykehus

## Kapittel 6. MODELL FOR KVALITET, NETTVERKSMODELLEN

- 6.1. Fjerde utviklingsmodell, Nav- Eik
- 6.2. Tydelig arbeidsdeling
- 6.3 Nettverksmodell for kvalitet
- 6.4 Stedlig ledelse
- 6.5. Samarbeid med kommunehelsetjenesten
- 6.6 Utnytte ledig kapasitet i offentlige sykehus

## Kapittel 7. NY FINANSIERING OG LEDELSE AV SYKEHUS

- 7.1 Åpenhetskultur er forutsetning for læring
- 7.2 Udemokratisk foretaksstyring
- 7.3 Ikke folkevalgte styrer
- 7.4 Erfaringer og utfordringer ved dagens styring av sykehusene
- 7.5 Ny styringsmodell
  - 7.5.1 *Fra foretak til forvaltning*
  - 7.5.2 *Fra innsatsstyrt til rammefinansiering*
  - 7.5.3 *Regionale folkevalgte sykehusstyrer*
  - 7.5.4 *Stedlig ledelse og virksomhetsstyrer*
- 7.6 Demokrati- og ledelsesreform

# FORORD

---

Norge bør ta mål av seg til å skape folkets helsetjeneste. Folkets helsetjeneste er noe langt mer enn behandling av pasienter. Helsevesenet er en grunnstein i vårt solidariske velferdssamfunn. Folkets helsetjeneste er alt det som fellesskapet må tilrettelegge for, for å sikre best mulig helse for oss alle, forebygging og behandling for ung og gammel, frisk og sjuk.

Norge har et godt utviklet helsevesen sammenlignet med mange andre land. Vi har gjennomgående god helse og levealderen er høy. Det meste som påvirker folkehelsen, skjer utenfor helsevesenet. Sosialmedisinens grunnlegger, legen Rudolf Virchow, sa det slik for 150 år siden: «Politikk er intet annet enn medisin i stort.» Med det mente han at politikk er å fordele levekår og verdier, og dermed helsevilkår, mellom grupper i samfunnet. Når politiske myndigheter lokalt, nasjonalt og globalt fordeler levekår som inntekt, arbeid, utdanning, bolig, mat og miljø, fordeler de samtidig rammevilkår for helse.

Vi har i dag store sosiale helseforskjeller i befolkningen. Helse og leveår avhenger av utdanning og inntekt. Det er et politisk ansvar å forebygge dette, og å sikre likeverdige helsetjenester uansett hvor en bor i landet eller hvilken bakgrunn man har.

Folkets helsetjeneste må ta på alvor helsetjenestens samfunnsansvar. Vi vil gjøre helsevesenet i stand til å bære sitt samfunnsansvar gjennom en demokrati- og ledelsesreform og en nasjonal helse- og sykehusplan som setter folkets og fellesskapets behov først.

## Kapittel 1:

# SAMMENDRAG

---

Senterpartiet ser et stort behov for en nasjonal helse- og sykehusplan. Vi vil sikre sektoren forutsigbarhet ved at store sykehusinvesteringer og fordeling av nøkkelfunksjoner skjer etter en helhetlig plan bestemt av Stortinget. En slik helse- og sykehusplan må være langsiktig og rulleres hvert fjerde år etter modell av Nasjonal transportplan. Når Stortinget vedtar en slik langtidsplan må det være etter en grundig faglig og politisk behandling og med brede høringsprosesser regionalt og lokalt, som selvsagt involverer folkevalgte organer i kommuner og fylker.

I dette dokumentet har vi avgrenset vårt arbeid til sykehusdelen av planen. Våre prioriterte tema vil være utvikling av akuttkirurgi og kvalitet i det nære sykehus tilbudet, styrket rekruttering, finansiering og ny styringsmodell. Vi legger samhandlingsreformen til grunn, og at utviklingen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil fortsette i tråd med denne.

Vi vil skape folkets helsetjeneste. Folkets helsetjeneste skal være et gode for hele samfunnet og for mennesker i alle livssituasjoner, som gir grunnlag for bosetting og næringsliv. Et desentralisert helsevesen er nødvendig for å skape likeverdige helsetjenester. Likeverdige helsetjenester trengs for å skape trygghet for ungdom som vil etablere seg i vårt langstrakte land. Vi vil ha et solidarisk helsevesen, demokratisk styrt og folkelig forankret.

Regjeringen Solberg har varslet at den høsten 2015 skal fremme nasjonal helse- og sykehusplan. Helse- og omsorgsminister Bent Høie sa i sin sykehusstale 7. januar 2015 følgende, sitat:

*«Mitt hovedbudskap her i dag er det samme som i fjor: Vi skal skape pasientenes helsetjeneste. Det er det overordnede målet». Videre framsatte helse- og omsorgsminister Bent Høie tre utviklingsmodeller for sykehusene: «1) Vi kan fortsette 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 samme 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.»*

Helse- og omsorgsministeren uttalte også følgende: «For å drive akuttkirurgi kreves et pasientgrunnlag på minst 60–80 000 innbyggere. Det betyr at minst halvparten

av dagens norske sykehus har for lite pasientgrunnlag.»

Mens statsråd Høies prosjekt er pasientenes helsetjeneste er Senterpartiets prosjekt mye breiere, nemlig folkets helsetjeneste.

Vi støtter ingen av regjeringens tre modeller for utvikling av fremtidens spesialisthelsetjenester. Modell 1, å fortsette med dagens struktur og opprettholde akuttkirurgi ved de minste sykehusene bare «noen år til», er ikke et livskraftig alternativ. Modell 2, å sentralisere både kirurgisk og indremedisinsk beredskap fra halvparten av landets sykehus er i strid med målet om likeverdige tjenester. Modell 3, å tilpasse akuttilbudet etter befolkningsgrunnlaget, det vil si å fjerne akuttkirurgi fra landets lokalsykehus, vil ikke være faglig forsvarlig.

Vi vil foreslå en fjerde utviklingsmodell for fremtidens sykehus: En nettverksmodell for utvikling av kvalitet der lokalsykehusenes rolle styrkes. Det er fullt mulig å utvikle lokalsykehusenes rolle i den samlede helsetjenesten dersom det er politisk vilje til det og sykehusledelsen følger dette opp.

Det tar tiår å bygge opp desentraliserte kompetansemiljø, men bare noen måneder å legge de ned. Vår nettverksmodell bygger på samarbeid mellom sykehus, ikke konkurranse, som i dag gjennomsyrer sykehusvesenet. Det må innføres en nasjonal grense for gjennomsnittsbelegg i sykehussenger på 85 prosent.

Nettverksmodellen tar utgangspunkt i Norges desentraliserte sykehusvesen med både små og store sykehus. Lokalsykehus skal fylles med innhold, sikres rekruttering og gjennom tydelig funksjonsfordeling utvikle potensialet som lokalsykehusene har til å utføre vanlige kirurgiske og indremedisinske utredninger, behandlinger og inngrep og gi trygghet for lokal beredskap.

Med tydelig oppgavefordeling mellom sykehus, vil alle pasientbehandlinger og sykehus komme styrket ut samtidig som den lokale beredskapen både for indremedisinske og kirurgiske lidelser, blir forbedret.

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

En forutsetning for modellen er at lokalsykehus skal sikres breddekompetanse innen både akuttkirurgi, akuttmedisin, anestesi, røntgen og laboratorietjenester, samt fødetilbud. I en slik nettverksmodell for sykehus vil store og flere små sykehus samarbeide om helsetjenestene i sitt område. Da vil helse- og omsorgsministerens forslag om at kun sykehus med opptaksområde på 60 000–80 000 innbyggere skal kunne opprettholde fullverdige akutfunksjoner være mindre relevant, fordi det viktigste vil være det samlede befolkningsgrunnlaget for de samarbeidende sykehusene.

Dagens helseforetakslov må avvikles. Senterpartiet vil avvikle foretaksmodellen og mener at sykehusene må styres gjennom en forvaltningsmodell med folkevalgt styring nasjonalt, regionalt og lokalt. Folkevalgte i fylkene må gis styreansvar regionalt.

Ved avvikling av foretaksorganiseringen bør sykehusene videreføres med statlig eierskap. Senterpartiet har i Stortinget foreslått en ny styringsmodell der ansvaret for drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten desentraliseres til 20 sykehusstyrer tilsvarende dagens 20 helseforetak. Disse skal styre innenfor rammene gitt av Stortinget i en nasjonal helse- og sykehusplan. Styret skal avgi årsmelding og regnskap til fylkestinget og Helse- og omsorgsdepartementet.

Vi mener at sykehus må finansieres som skole og eldreomsorg, gjennom rammebudsjetter over statsbudsjettet. Dagens forretningssystem etter regnskapsloven bør avvikles og erstattes av kommunenes og fylkeskommunens budsjett- og regnskapsystem. Styret skal ut fra årlig statlig finansiering utarbeide og vedta års- og langtidsbudsjett som grunnlag for sin styring av virksomheten.

Alle sykehus skal ha en stedlig leder som har faglig ansvar, budsjettansvar og personalansvar. Økonomisk gjelder dette også for drift og vedlikehold av bygningsmassen. Alle som er offentlig ansatt ved sykehuset, skal ha stedlig leder som sin sjef.

Ny folkevalgt styring av sykehusene er en demokrati- og ledelsesreform for spesialisthelsetjenesten. Ledelseskulturen er bare vellykket når den har de ansattes og befolkningens tillit.

Kjernevirksomheten i sykehusene, møtet mellom behandler og pasient, skal gis størst oppmerksomhet. Ledelse og støttfunksjoner må alle bygges opp for å fremme dette formål. Befolkningen skal erfare trygghet for at det er kort vei til folkevalgte beslutningstagere og en sykehusledelse som setter pasienten i sentrum.





## Kapittel 2:

# INNLEDNING

---

Regjeringen Solberg skal høsten 2015 fremme en nasjonal helse- og sykehusplan. I regjeringens politiske plattform står det at:

*«Helse- og sykehusplanen skal blant annet inneholde definisjon av innholdet i ulike typer sykehus, struktur i spesialisthelsetjenesten, behovskartlegging, utstyrsbehov og investeringsplaner. Sykehusplanen må også omhandle lokalsykehus og den viktige rollen de har for å sikre beredskap for liv og helse i hele landet.»*

Helse- og omsorgsminister Bent Høie fremsatte tre retninger for utviklingen av sykehusene i sin sykehustale 7. januar 2015:

*«1. Vi kan fortsette med dagens struktur og opprettholde akuttkirurgi også ved de minste sykehusene noen år til. 2. Nummer to er at vi følger tradisjonell medisinsk tenkning som sier at akutfunksjoner 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 befolkningsgrunnlag. Det vil bety at vi kan opprettholde medisinsk akuttberedskap ved flere sykehus nærmere der pasienten bor.»*

Helse- og omsorgsministeren uttalte videre følgende: *«For å drive akuttkirurgi kreves et pasientgrunnlag på minst 60 000–80 000 innbyggere. Det betyr at minst halvparten av dagens norske sykehus har for lite pasientgrunnlag.»*

Helse- og omsorgsministerens uttalelser har bidratt til utrygghet blant folk og i helsevesenet og har selvsagt ført til stor debatt. Mest debattert er forslaget om en sterk sentralisering av akuttkirurgitilbudet. Debatten har avslørt at statsråden mangler faglig dekning for at minst halvparten av norske sykehus er for små til å ha akuttkirurgi. Statsrådets ekspertgrupper kan ikke dokumentere påstandene.

Gjennom våre to fagpolitiske seminarer på Stortinget høsten 2015 har vi fått mange viktige innspill fra et bredt fagmiljø, interesseorganisasjoner og sykehusaksjonister i fra hele landet. Vi vil rette stor takk til de dyktige fagfolkene som har engasjert seg i vår felles sak.

Vi vil med dette notatet fremlegge våre premisser og prinsipper for utvikling av sykehusene i årene som kommer. Dette vil være Senterpartiets utgangspunkt når Stortinget i 2016 skal behandle nasjonal helse- og sykehusplan.



## Kapittel 3:

# FOLKETS HELSETJENESTE

---

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

I folkets helsetjeneste må det være gode offentlige sykehus som kan sikre folk likeverdige sykehusstilbud og beredskap der de bor. Vi mener at ideelle sykehusstilbydere skal være en integrert del av det offentlige sykehusstilbudet. Private tilbydere av spesialisthelsetjenester er et viktig supplement, spesielt for behandling av enkelte avklarte tilstander. Men bruk av private må reguleres gjennom langsiktige avtaler med det offentlige for å sikre politisk styring (jf. Kap 3.2).

Sykehus er samfunnets fellesansvar som må finansieres på samme måte som eldreomsorg og skole, altså gjennom rammebudsjetter til det enkelte sykehus. Sykehusets ledelse er ansvarlig for at kvalitetskrav og pålagte oppgaver løses innenfor budsjettet.

Folkets helsetjeneste må ledes på en måte som har tillit blant ansatte og i befolkningen. For å realisere dette har Senterpartiet i Stortinget foreslått å erstatte helseforetaksloven med en ny forvaltningslov for norsk spesialisthelsetjeneste, hvor folkevalgte som kan skiftes ved valg både har myndighet og ansvar (jf. Kap 7).<sup>1</sup>

## 3.1 Behov for en nasjonal helse- og sykehusplan

Formålet med helsepolitikken er å fremme helse og forebygge sykdom og å sikre nødvendige helse -omsorgstjenester til hele befolkningen. Norske sykehus skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger

---

<sup>1</sup> *Representantforslag om å avvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene, Dokument 8:96 S (2014–2015), Innst. 377 S (2014–2015)*

det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt legge til rette for forskning og utdanning.

Norske sykehus utfører i dag mye godt arbeid. Men de er i for stor grad preget av ressurskamp og sentralisering. I dag utøves politisk styring etter foretaksloven, uten folkevalgt kontroll. Stadige strategiplaner som kalles utviklingsplaner innebærer nedleggning av tilbud og tilhørende sentralisering. Disse planene fører til mye bortkastede penger og arbeid og gir manglende tillit i organisasjonen. Norske sykehus trenger mer enn noen gang forutsigbarhet for drift og utvikling.

Vi vil sikre sektoren forutsigbarhet ved at store sykehusinvesteringer og fordeling av nøkkelfunksjoner skjer etter en helhetlig plan bestemt av Stortinget. En slik helse- og sykehusplan må være langsiktig og rulleres hvert fjerde år etter modell av Nasjonal transportplan. Når Stortinget vedtar en slik langtidsplan må det være etter en grundig faglig og politisk behandling og med brede høringsprosesser regionalt og lokalt, som selvsagt involverer folkevalgte organ i kommuner og fylker.

Nasjonal helse- og sykehusplan må gi politiske avklaringer for kvalitet, rekruttering og utdanning, funksjonsfordeling, organisering og ledelse av helsetilbudet. Helse- og sykehusplanen må avklare sykehusstruktur, prioritere store investeringer og redegjøre for nasjonale, regionale og lokale funksjoner ved de enkelte sykehus. Sykehusplanen må tydeliggjøre oppgavefordelingen mellom de ulike nivå i helsetjenesten. Planen må avklare de økonomiske virkemidlene og se behandlingsforløp i en sammenheng.

En nasjonal helse- og sykehusplan må selvsagt omhandle mer enn bare sykehus. Den vil være en oppfølger av Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 og skal avklare kursen for både helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet, personellbehov, utdanning og rekruttering for hele helsetjenesten, ikke bare spesialisthelsetjenesten.

I dette dokumentet har vi avgrenset vårt arbeid til sykehusdelen av planen. Våre prioriterte tema vil være utvikling av akuttkirurgi og kvalitet i det nære sykehusstilbudet, styrket rekruttering, finansiering og ny styringsmodell. Vi legger samhandlingsreformen til grunn, og at utviklingen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil fortsette i tråd med denne.

### 3.2 Offentlig styring av et samlet sykehusstilbud

Stortingets flertall har innført EUs pasientrettighetsdirektiv (H, Frp og V) og fritt behandlingsvalg (H, Frp, V og KrF).<sup>2</sup> Reformene innebærer i realiteten fri etableringsrett for private sykehus til å drive diagnostisering og pasientbehandling betalt av den norske stat. Dette er feilaktige privatiseringsreformer som vil true utviklingen av de offentlige sykehusene og sentralisere et viktig velferdstilbud.

<sup>2</sup> Samtykke til godkjenning av EØS-komiteens beslutning om innlemmelse i EØS-avtalen av direktiv 2011/24/EU om anvendelse av pasientrettigheter ved helsetjenester over landegrensene, Prop. 135 S (2013–2014), Innst. 99 S (2014–2015) og Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg) Prop. 56 L (2014–2015), Innst. 224 L (2014–2015), Lovvedtak 61 (2014–2015)

Staten betaler og må derfor ha styringen med det samlede sykehusstilbudet. Vi mener at ideelle sykehusstilbud må være en integrert del av det offentlige tilbudet, og at bruk av private, kommersielle sykehusstilbydere må skje i langsiktige avtaler med det offentlige.

Private sykehusstilbydere har ikke ansvar for øyeblikkelig hjelp, utdanning eller forskning, slik offentlige sykehus har. Offentlige sykehus vil alltid stå igjen med ansvaret i krisesituasjoner. Brannen i Lærdal og 22. juli har lært oss det. Men også ved vanlige akutte hendelser som for eksempel bilulykker, hjerteinfarkt og vanskelige fødsler, er det de offentlige sykehusene som får ansvaret. Offentlige sykehus vil alltid få ansvar for de mest krevende pasienttilfellene. Ved eventuelle komplikasjoner og infeksjoner så er det bare de offentlige sykehusene som plikter å følge dette opp, uavhengig av hvor pasienten har vært behandlet først. Senterpartiet vil styrke de offentlige sykehusene i Norge.

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

Senterpartiet vil stanse privatisering og sentralisering av sykehus tjenester. Vi mener det er feil å pålegge helseforetakene å kjøpe ennå mer av private tilbydere på bekostning av offentlige sykehus, slik Regjeringen gjør. Nedleggelse av Rjukan sykehus og statsråds Høies konsesjon til den private Ibsenklinikken i de samme lokalene er et illustrerende eksempel på regjeringens politikk.<sup>3</sup> Et annet eksempel er Voss sjukehus, som hadde ledig kapasitet og avtale med foretaket om å utføre et visst antall kirurgiske behandlinger, men som mistet disse da Helse Vest i stedet gav dette «anbudet» til private.

---

<sup>3</sup> Rjukan sykehus ble lagt ned av Stortinget 17.06.14. 01.07.15 kunngjorde regjeringspartiene i en pressekonferanse på det tidligere sykehuset, med blant andre stortingsrepresentantene Kristin Ørmen Johnsen og Bård Hoksrud tilstede, at Ibsen-sykehuset fikk lisens til å starte privat sykehusdrift.



## Kapittel 4:

# KVALITET, TRYGGHET OG NÆRHET

---

En nasjonal helse- og sykehusplan skal medvirke til å utvikle bedre kvalitet og trygghet i sykehustjenestene. Kvalitet handler ikke bare om effekt av behandling og overlevelse, å hindre skader og uønskede hendelser, men også om tillit, verdighet, nærhet, hjem og pårørende. Trygghet henger også sammen med nærhet til sykehus tilbudet og at tilbudet er forutsigbart. Dette er spesielt viktig når det kommer til det akuttmedisinske tilbudet. De geografiske forholdene i Norge er et faktum. Dette må folkevalgte innrette seg etter når de skal oppfylle målsettingen om at norske sykehus skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det.

Helsedirektoratet beskriver dette presist i sitt høringsinnspill til Nasjonal helse- og sykehusplan: «Imidlertid er det vanskelig å se for seg en medisinsk utvikling som eliminerer reisetid og reiseavstand som faktor. Det betyr videre at forhold som lokal infrastruktur, reiseavstander, værforhold og topografiske forhold vil være nødvendig å ta hensyn til i Norge så lenge vi opprettholder en desentralisert befolkningsstruktur»<sup>4</sup> (vår understrekning).

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

## 4.1 Lokalsykehusenes rolle

Lokalsykehusene er vårt nærmeste sykehus tilbud og er avgjørende for å sikre kvalitet, nærhet og trygghet. Lokalsykehusene er grunnmuren i helsetjenesten og sørger for beredskap og behandling av pasienter med de vanligste sykdommene. I dag utgjør lokalsykehus pasientene 60–75 prosent av pasientene i alle norske sykehus.<sup>5</sup> Mellom 50–70 prosent av alle pasienter som blir lagt inn for

<sup>4</sup> Helsedirektoratets vurdering av lokalsykehus og akuttfunksjon, 17.08.2015

<sup>5</sup> Nasjonal helse og omsorgsplan (2011–2015) Meld. St. 16 (2010–2011)

øyeblikkelig hjelp kan ferdigbehandles på lokalsykehusnivå.<sup>6</sup> En stor andel av spesialisthelsetjenestens pasienter har altså ikke behov for et høyt spesialisert tilbud. Behovet for sykehustjenester kan løses faglig godt og med lavere kostnader på lokalsykehusene enn i de høyspesialiserte sykehusene.<sup>7</sup> Det er en viktig kvalitet, for alle pasienter, å kunne ha god kontakt med sine nærmeste ved et sykehusopphold. Lokalsykehusets nærhet til fastlege og kommunehelsetjenesten, er også et stort fortrinn fordi samhandlingen og den personlige kontakten blir bedre. Lærdal sjukehus sin innsats ved brannen i Lærdal i 2014 viste hvor viktig lokalsykehusene er for beredskap i krisesituasjoner.

For å utvikle kvaliteten i tilbudene må spesialiserte sykehus sikres spisskompetanse, mens lokalsykehus må sikres breddekompetanse. Senterpartiet har programfestet at lokalsykehus må minimum sikres døgnberedskap og breddekompetanse innen medisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester. I tillegg kommer fødeavdeling. Lokalsykehus må ha et bredt tilbud av planlagte dagtjenester, for eksempel dagkirurgi, nevrologi, øye-, øre-, nese-, halssykdommer, barnesykdommer, hudsykdommer, revmatiske sykdommer, kreftsykdommer, nyresykdommer (dialyse) og gynekologiske sykdommer.

Et lokalsykehus med en slik bemanning og kompetanse kan tilby god behandling for flertallet av pasienter som blir innlagt på sykehus. Også ved mer alvorlige tilstander er lokalsykehusenes vurderingskompetanse viktig for å sikre rett diagnostikk og stabiliserende akuttbehandling, før transport videre til et mer spesialisert sykehus. Arbeidsdeling mellom sykehus er avgjørende for å utvikle spisskompetanse og kunne ta i bruk kostbart utstyr, og dermed sikre best resultat ved mer spesialiserte behandlingsformer og sjeldnere diagnoser. Eksempler på dette er spesialisert kreftbehandling og store traumer. Arbeidsdeling mellom sykehus må bidra til at funksjoner som trygt kan desentraliseres, blir desentralisert. Erfaringen de siste årene er at arbeidsdeling har ført til en for ensidig og unødvendig sentralisering av funksjoner.

De største lokalsykehusene ligger i de største byene. Disse må organiseres slik at de tar vare på lokalsykehusfunksjonene med breddekompetanse i mottak.

## 4.2 Sykehusstørrelse og kvalitet

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

<sup>6</sup> Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede, sluttrapportrapport fra arbeidsgruppe ledet av Bjørn Erikstein på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, 2007 s.1

<sup>7</sup> Jensen, Bjarne, *Helsereformer på feil premisser, om sykehusstruktur, samhandlingsreform og lokalmedisinske sentra- kortversjon av rapporten, KIL 2014 s. 22 (heretter: Jensen, HPFP, 2014)*



lelinjene går ikke først og fremst mellom små og store sykehus.<sup>8</sup>

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

*«Det kan ikke påvises at større sykehus yter sykehustjenester med bedre kvalitet enn mindre sykehus. Det er tre unntak for denne konklusjonen: når det gjelder hjerteinfarkt skårer de store sykehusene som gruppe noe bedre enn de små, når det gjelder hjerneslag skårer gruppen mindre og mellomstore sykehus bedre enn de store og når det gjelder fødselsomsorg så er de fødendes opplevelse av kvalitet høyere i de små sykehusene enn i de store.»<sup>9</sup>*

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

Kvalitetskrav som settes til sykehusstilbudet (f.eks. i akuttmottak) må utformes slik at det er kvaliteten på sluttresultatet som skal være avgjørende. Ellers har vi erfaring for at kvalitetskrav fungerer som fordekte sentraliseringskrav.

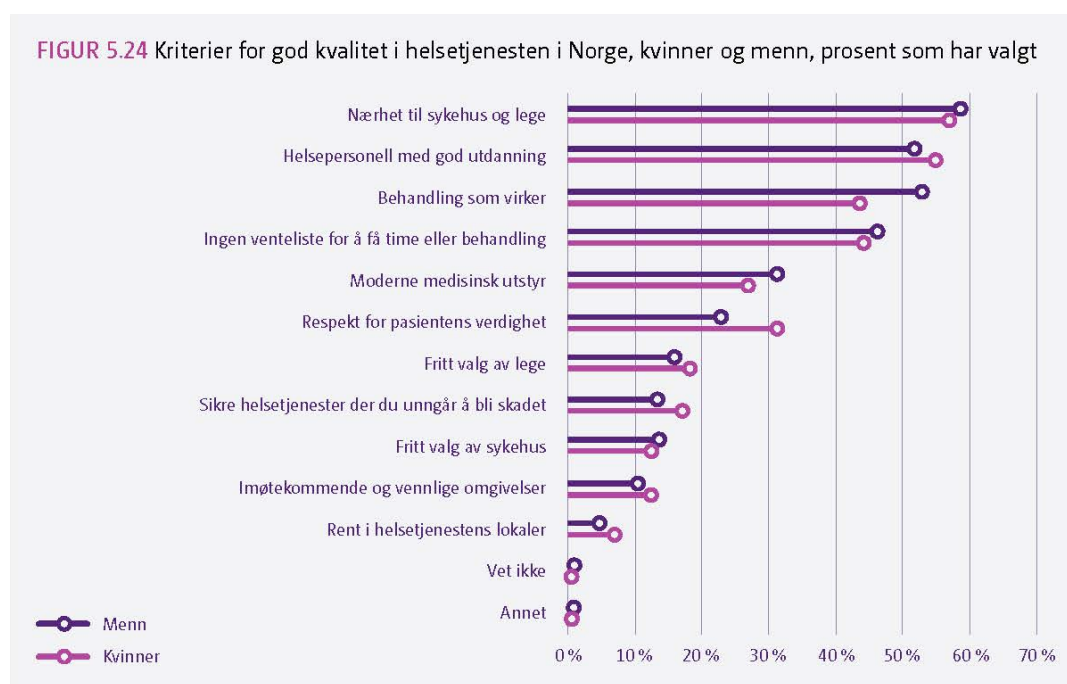
### 4.3 Pasientopplevd kvalitet

Regjeringen har sagt at de vil skape «pasientenes helsetjeneste». Da burde det vært selvsagt å legge vekt på pasientopplevd kvalitet og pasientenes ønsker når sykehusstilbudet skal utvikles. Da sykehuset på Rjukan ble lagt ned, førte det til at flere tusen gikk i demonstrasjonstog. Vi tror at folk vet sitt eget beste. Vi tror ikke at folk protesterer i gatene for et helsetilbud de ikke har godt av. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) gjennomfører årlige nasjonale brukererfaringsundersøkelser ved somatiske sykehus, PasOpp-undersøkelsen. Den gir en pekepinn på hvordan pasienter og brukere opplever kvaliteten ved mindre og store sykehus. Undersøkelsen viser at det fortsatt er betydelig variasjon i pasienterfaringer mellom sykehusene, men de små og gjerne nedleggingstruede sykehusene skårer jevnt over bra på pasientopplevd kvalitet. I PasOpp-undersøkelsen for 2014 scoret eksempelvis både Flekkefjord og Tynset sykehus over landsgjennomsnittet på sju av ni indikatorer og ikke under landsgjennomsnittet på noen. Flekkefjord kom ut som et av landets

<sup>8</sup> Helsedirektoratets vurdering av lokalsykehus og akutfunksjon, 17.08.2015

<sup>9</sup> Jensen Bjarne, Helsereformer på feil premisser, om sykehusstruktur, samhandlingsreform og lokalmedisinske sentra-upublisert fullversjon, 2014 s 120

beste sykehus målt etter pasientenes opplevelse av pleiepersonalet, legene, informasjon, organisering, pårørende, standard og samhandling.<sup>10</sup> I LHL sin rapport «Helsebarometeret 2015» (se illustrasjon under), som bygger på en norsk undersøkelse der 7500 mennesker er spurt om deres oppfatning av egen helse, helsetilbudet og prioriteringer i norsk helsevesen, pekes det på fire kriterier som de klart viktigste for god kvalitet i helsetjenesten: nærhet til sykehus og lege, godt utdannet helsepersonell, effektiv behandling og korte ventetider. Fritt valg av lege og fritt valg av sykehus kom klart lenger nede på lista. Nærhet ser altså ut til å være viktigere enn valgfrihet for folk flest. Vi mener at Nasjonal helse- og sykehusplan må legge pasientopplevd kvalitet til grunn for utvikling av sykehusstilbudet.



Kilde: LHL, Helsebarometeret 2015.

#### 4.4 Legespesialisering for kvalitet

Rett kompetanse på rett nivå er avgjørende for å sikre kvaliteten i sykehusstilbudet. Spesialistutdanning for leger er til vurdering. Utdanningslengde og innhold, samt hvilke hoved-, gren- og kvistspesialiteter som skal være i fremtiden, er viktige fagligpolitiske spørsmål. Legespesialisering og legestruktur må utvikles i tråd med den medisinske utviklingen og samfunnets behov. Vi mener at det i dag ikke er godt nok samsvar mellom legespesialistutdanningen og behovene i helsetjenesten. Nye utdanningsløp må ikke bare sikre spisskompetanse i norske sykehus. Nye spesialistutdanninger må sikre kompetansen på lokalsykehus og på større sykehus med lokalsykehusfunksjoner, der tross alt de fleste pasientene blir behandlet. Legespesialiseringen kan drives så langt at det blir i direkte motsetning til lokalsykehuspasientenes behov og lokalsykehusenes rolle og økonomisk evne. Eksempler på dette er økende press om flere parallelle vaktlag innen kirurgi.

<sup>10</sup> Pasienterfaringer med norske sykehus i 2014, Nasjonale resultater. Rapport om brukeropplevd kvalitet, Kunnskapssenteret, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015, s. 31

Spesialistutdanning av leger og annet helsepersonell er politisk bestemt. Regjeringen fikk våren 2015 fullmakt av Stortinget til å beslutte endringer i spesialistutdanningene.<sup>11</sup> Eriksteinutvalget anbefalte i 2007 endringer i helsepersonellens utdanninger generelt og i spesialiststrukturen for leger spesielt, for å innrette kompetansen til personellet mot behovene ved både små lokalsykehus og større sykehus med lokalsykehusfunksjoner. Utvalget anbefalte å få avklart hvilken generellkirurgisk kompetanse kirurger som arbeider ved lokalsykehus trenger og at det etableres en utdanningspakke i «lokalsykehuskirurgi» for kirurger (både generelle, grenspesialister og ortopeder) som ønsker å arbeide ved lokalsykehus.<sup>12</sup>

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) står følgende (side 76):

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

Solbergregjeringen har i sin tiltredelseserklæring sagt at de vil opprette en legespesialitet i akutt- og mottaksmedisin. Legeforeningen anser at en slik spesialitet i akuttmedisin kun vil være egnet ved de 4–6 største sykehusene i Norge (universitetssykehusene), og ikke egnet ved de mindre sykehusene. Vi er enige med Legeforeningen. Vi mener at videreutdanning og spesialisering av leger og annet helsepersonell må ivareta behovene ved lokalsykehusene, også når det gjelder akuttmedisin. Det må opprettes legestillinger som styrker utviklingen av lokalsykehusene og samarbeidet med kommunehelsetjenesten. Det må opprettes en utdanningspakke i «lokalsykehuskirurgi»- slik Eriksteinsutvalget anbefalte.

## 4.5 Utdanning for kvalitet

*«Lokalsykehusene er viktige utdanningsinstitusjoner for en rekke grupper helsepersonell. Dette gjelder både sykepleiere, radiografer og bioingeniører, som har obligatorisk praksis i spesialisthelsetjenesten, og leger, både i turnustjenesten og i spesialistutdanningen. Samtidig som lokalsykehusene representerer viktige utdanningsplasser for lærlinger, studenter og helsepersonell, og gir en viktig kompetanse, er det å ha utdanningskandidater viktig for lokalsykehusene, blant annet av hensyn til fremtidig rekruttering, både til sykehuset og primærhelsetjenesten i sykehusets nærrområde. Noe som har opptatt mange i diskusjonen om lokalsykehusenes akutfunksjoner, er hvordan eventuelle endringer kan påvirke lokalsykehusenes om utdanningsarenaer. For eksempel har det vært en bekymring for at dersom man fjerner den døgnbaserte kirurgiske akutfunksjonen, ville sykehuset ikke lenger kunne godkjennes som utdanningssted for turnusleger. Dette vil også kunne føre til svekket legerrekruttering, ikke bare på grunn av bortfall av turnusleger, men også fordi leger vil finne det mindre faglig interessant å arbeide ved disse*

<sup>11</sup> Endringer i helsepersonelloven og helsetilsynsloven (spesialistutdanningen m.m.), Prop. 81 L (2014–2015), Innst. 303 L (2014–2015)

<sup>12</sup> Eriksteinutvalget, 2007, s. 89–92

sykehusene. (Eriksteinutvalget)».<sup>13</sup>

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

## 4.6 Rekruttering for kvalitet

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

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

«Der fagfolk utdannes og utvikles, vil fagfolk gjerne jobbe. Hammerfest sykehus har som Voss satset selvbevisst på egne krefter og bygget kompetanse. De har hatt regien selv når de har spilt på lag med universitetsbyen for å styrke sine tilpassede fagmiljøer. Nå er ikke sykehusene nedleggingstruet

<sup>13</sup> Eriksteinutvalget, 2007

lenger, og yngre leger tør å kjøpe hus og de tør å satse på et yrkesliv der.»  
(Helen Brandstorp, Leder Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT)<sup>14</sup>

SI Tynsets rekrutteringsstrategi er et annet eksempel. Den innebærer en tilpasset Nordsjø-turnus for legene ved sykehuset. De veksler mellom to uker vakt og tre til fire uker ubunden arbeidstid. Dette har gjort det mulig å rekruttere en stabil bemanning av medisinsk fagpersonell til sykehuset. Legene/spesialistene ansettes i faste stillinger ved SI Tynset, men de har (normalt) ikke fast bopel på Tynset.<sup>15</sup>

#### 4.7 Overbelegg truer pasientsikkerheten

Hver eneste dag legges norske sykehuspasienter på gangen fordi avdelingene er fulle. Gjennomsnittlig liggetid er lav i sammenligning med andre OECD-land, bare Israel og Tyrkia har kortere liggetid for pasienter på sykehus.<sup>16</sup> Kommunehelsetjenesten melder om at såkalte utskrivningsklare pasienter er sykere enn tidligere, og antall reinnleggelser har vært økende.<sup>17</sup>

Norske sykehus har i følge Helsedirektoratets Samdatarapport fra 2013 et gjennomsnittsbelegg i sykehussengene på 93 prosent.<sup>18</sup> Gjennomsnittlig beleggsprosent for OECD-land er 78, og i Storbritannia har helsemyndighetene satt belegg på 85 prosent som øvre grense for hva som er forsvarlig. En tysk undersøkelse har vist at et pasientbelegg høyere enn 92,5 prosent gir økte forsinkelser i pasientforløp, økt forekomst av sykehusinfeksjoner, økt dødelighet blant pasienter og økt sykdom blant ansatte. I en undersøkelse blant Sykepleieforbundet sine medlemmer i 2015 ble det pekt på tre hovedårsaker til at feil begås på norske sykehus: For høyt belegg, lav bemanning og manglende kommunikasjon og samhandling.

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

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

Vi er enig med Legeforeningen i dette. Derfor trenger vi også alle de sykehus og sykehussenger som finnes. Nedlegging av lokalsykehus eller

<sup>14</sup> Avstand gjør tilbudet dårligere, Helen Brandstorp, Lege og leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT, bergens Tidende 10.10.2015

<sup>15</sup> Eilertsen Roar, Kvalitet og nærhet – lokalsykehusenes rolle, De Facto-Rapport 1: 2015

<sup>16</sup> Plass nok til alle! Torgeir Bruun Wyller, professor i geriatri, Universitetet i Oslo, Sykepleien 18.11.2014

<sup>17</sup> Samhandlingsstatistikk 2013–2014 Helsedirektoratet

<sup>18</sup> Årlig rapport om utviklingen i ressursinnsats til spesialisthelsetjenesten, bruk av tjenestene og utnytting av ressursene for både somatisk behandling, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), Helsedirektoratet

lokalsykehusfunksjoner, med overflytting av pasienter til større sykehus med uforsvarlig beleggsprosent, er en utvikling som vil kunne true pasientsikkerheten. I dag planlegges alle nye sykehusbygg i Helse Sør Øst for et belegg på 90 prosent. Dette gjelder for eksempel det nye sykehuset som Vestre Viken HF planlegger i Drammen og storsykehuset som OUS planlegger på Gaustad i Oslo. Senterpartiet har i Stortinget foreslått innføring av en nasjonal forsvarlighetsgrense for pasientbelegg. Vi mener at Nasjonal helse- og sykehusplan må sette et forsvarlighetstak for gjennomsnittsblegg i sykehus på 85 prosent. Nye sykehus som skal bygges må ha dette som en sentral føring. Sengekapasiteten i norske sykehus må derfor økes.<sup>19</sup>

FORETAK	døgncapasitet	liggedager	belegg
Sunnaas sykehus HF	50 164	43 488	87 %
St Olavs Hospital HF	247 324	246 748	100 %
Vestre Viken HF	263 337	241 869	92 %
Akershus universitetssykehus HF	224 051	241 085	108 %
Sykehuset Innlandet HF	284 057	245 060	86 %
Sykehuset Østfold HF	153 198	138 153	90 %
Helse Stavanger HF	202 465	217 201	107 %
Helse Fonna HF	121 317	107 098	88 %
Helse Bergen HF	312 834	316 541	101 %
Helse Førde HF	90 651	68 794	76 %
Helse Nord Trøndelag HF	86 547	77 990	90 %
Helse Finnmark HF	44 572	42 996	96 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	205 754	161 794	79 %
Nordlandssykehuset HF	103 821	96 431	93 %
Helgelandssykehuset HF	55 937	44 161	79 %
Sørlandet sykehus HF	191 370	157 603	82 %
Sykehuset i Vestfold HF	132 118	129 725	98 %
Sykehuset Telemark HF	140 700	113 928	81 %
Oslo universitetssykehus HF	468 832	471 448	101 %
Helse Møre og Romsdal HF	181 952	161 060	89 %

Tabell over beleggsprosent for helseforetakene 2014. Utarbeidet av Stortingets utredningsseksjon/SSB.

## 4.8 Bekjempelse av antibiotikaresistente bakterier

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

<sup>19</sup> Belegg somatikk HF 2014 og Legeforeningens policynotat 1/2015

midlene brukes. Siden 1990-tallet har det vært en mangedobling i bruken av de mest bredspektrede midlene i norske sykehus, uten at dette er faglig begrunnet.

Målsettingen med Pasientrettighetsdirektivet og Fritt behandlingsvalg er å skape større markeder for helsetjenester på tvers av landegrenser. Lykkes det vil pasientmobiliteten øke og med den faren for smittespredning. Legeforeningen, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet uttrykte alle i høringen til Pasientrettighetsdirektivet uro for helsemessige konsekvenser og befolkningens vern mot smittsomme sykdommer som følge av økt pasientmobilitet.

Vi mener at et helsevesen med beleggsprosent i sengeavdelingene på inntil 85 prosent og minst mulig pasientmobilitet gir best pasientsikkerhet.

Senterpartiet har i Stortinget fremmet forslag om en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistens og en handlingsplan mot antibiotikaresistens i mat og dyr.<sup>20</sup>

## 4.9 Mislykkede sykehusfusjoner

I sykehusdebatten blir det ofte hevdet at vi har for mange sykehus i Norge og at en samling til færre og større sykehus vil gi mer effektiv pasientbehandling og mindre kostbar drift. For det første så har vi ikke små sykehus i Norge, sett i forhold til andre land.<sup>21</sup> For det andre er ikke små sykehus generelt mindre effektive. I forskningsrapporten «Helsereformer på feil premisser» er det analysert om det er samvariasjon mellom sykehusstørrelse og kostnadene ved sykehustjenester målt ved kostnader per DRG- poeng (DRG: Diagnose Relaterte Grupper). Det er analysert om det er samvariasjon mellom antall senger i helseforetakene, antall sykehus i foretakene og gjennomsnittlig størrelse på sykehusene i foretaket. Analysene viser at det ikke eksisterer en slik samvariasjon. Det er altså andre faktorer enn sykehusstørrelse som avgjør sykehusets produktivitet. Som for andre samfunnsområder er det også for sykehus både stordriftsfordeler og stordriftsulempen.

Analyser av fusjoner til storsykehus både i Norge og utlandet viser at sykehusfusjoner ikke gir gevinster hverken kvalitetsmessig – eller kostnadsmessig. De gir sjelden de resultater som er forespeilet og blir ofte veldig dyre.<sup>22</sup> Oslo Universitetssykehus (OUS) er et godt eksempel på en fusjon hvor forutsetningen om økonomisk innsparing langt fra ble oppfulgt. Saken endte i Stortingets kontroll- og konstitusjonskomite.

<sup>20</sup> Representantforslag om en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier. Dokument 8:2 S (2014–2015) og Representantforslag om handlingsplan mot antibiotikaresistente bakterier i mat og dyr Dokument 8:5 S (2014–2015)

<sup>21</sup> Direktoratets konsekvensutredning – rapport som bestilt?, Christian Grimsgaard, Overlege OUS og tillitsvalgt Legeforeningen, *Blogg Dagens Medisin* 26.05.15

<sup>22</sup> Om sykehusstørrelse, kvalitet og fusjoner se også: Torgeir Bruun Wyller Professor, OUS og Oluf D.Røe Overlege phd, Sykehuset Levanger, NTNU, *Større sykehus gagnar ikke pasienten*, NRK Ytring 23.05.2015, *Gigantsykehus verken billigere eller bedre*, Brekke Kurt R. professor Norges Handelshøyskole, NHH Bulletin 05.03.2014. Choi Soki, *Competing logics in hospital mergers – The case of the Karolinska University Hospital*, Karolinska instituttet 2011.

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

Vi mener at det i nasjonal helse- og sykehusplan må gjøres avklaringer knyttet til hvor store sykehus som skal bygges i Norge. Vi mener at stordriftsulempen blir bevisst holdt skjult, samt at de samfunnsmessige konsekvensene av sykehusfusjonen utover helseområdet, ikke blir utredet før vedtak fattes.

Vi stiller oss negative til nytt storsykehus på Gaustad og ved Mjøsa.

#### 4.10 Kvalitet og nærhet i fødetilbudet

Nærhet til føde- og barselomsorg er viktig. En god svangerskapsomsorg, et trygt fødetilbud og god oppfølging i barseltiden er nødvendig for å sikre god helse hos mor og barn. Fødselstilbudet er i dag inndelt i tre nivå: kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue. Helsedirektoratet kom i 2010 med nye kvalitetskrav til fødeinstitusjoner. Kvalitetskravene omfatter både krav til organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, krav til kompetanse, system for oppfølging av kravene og krav til informasjon og kommunikasjon. Det er grunn til å tro at kvalitetskravene fra 2010 ennå ikke er innarbeidet i fødeklisikkene. Et kvalitetskrav til fødeklisikker er at alle fødende skal sikres jordmor tilstede i aktiv fase av fødselen. Men jordmødrene på de store fødeklisikkene advarer mot sprengte tilbud og uforsvarlig oppfølging av den fødende.<sup>23</sup> Jordmor- og kapasitetsmangelen går ikke bare ut over fødetilbudet, men også barselomsorgen.

Forslaget om å ta vekk akuttkirurgi ved halvparten av landets sykehus, vil selvsagt svekke fødetilbudet. Fødetilbudet ved de minste fødeavdelingene på et sykehus som skal miste kirurgisk beredskap, blir svært kostbart og faglig krevende. Fjernes beredskap for akuttkirurgi vil konsekvensen de fleste steder være at også fødetilbudet legges ned og sentraliseres.

Da vil kvinner i distriktene få ennå lengre reiseavstand ved fødsler. Det er omtrent 60 000 fødsler årlig i Norge. Men hvert år fødes det mer enn 400 barn utenfor institusjoner. Nesten 200 er født under transport.<sup>24</sup> Det er i byer som Oslo og Bergen og i distrikt med lange reiseavstander at flest ikke når fram. I Finnmark når én av 60 fødende ikke fram tidsnok.<sup>25</sup> Sentralisering av fødselsomsorgen vil føre til økt risiko for fødsler under transport eller kort tid etter ankomst til sykehus. Den vil også føre til enda mere overfylte kvinneklinikker i byene slik at enda flere fødende blir bedt om å være lengre hjemme når fødsel har startet. Majoriteten av

23 – Bemanningen ved KK er ikkje jordmorfaglig forsvarlig, Torunn A. Aarøy og Ikke fød i helgen, Eline Skirnisdottir Vik, Bergens Tidene, 21.09.15, «Jeg måtte krangle meg til en fødeplass», Tine Dommerud, Aftenposten 16.07.15

24 Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

25 Helseminister Bent Høie møter leder i Jordmorforbundet NSF, NSFs nettsider 20.10.2015



kvinner føder i dag på de største kvinneklinikkene eller fødeavdelingene i de største byene. Under 10 prosent av fødslene i Norge foregår på de små fødetilbudene med mindre enn 500 fødsler.<sup>26</sup>

Nasjonal helse- og sykehusplan må sikre kvaliteten og kapasiteten i alle deler av fødselsomsorgen. Vi trenger minst like mange fødetilbud som i dag. Sykehusene må tilby følgetjeneste til alle fødende med over en times reisevei til sykehus.

Fødetilbud må fullt ut rammefinansieres og ikke finansieres med 50 prosent innsatsstyrt finansiering (ISF) som i dag. ISF betyr at fødetilbudet «premieres» ved komplikasjoner, mens jordmorfaglig kompetanse tilstede ikke «premieres».<sup>27</sup>

#### 4.11 Kvalitet i de prehospitale tjenester

De prehospitale tjenester består av fastlege, legevakt, pleie- og omsorgstjeneste i kommunen, nødmeldetjeneste (AMK- og legevaktssentral), bil-, båt- og luftambulanselanse. Kommune og helseforetak har felles ansvar for å sikre befolkningen et godt akuttmedisinsk tilbud (jf. Nasjonal helse- omsorgsplan 2011–2015).

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

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

Ambulansetjenesten fungerer aller best dersom de har godt samarbeid med lokalsykehuset i sitt område. Luftambulansen har en ikke ubetydelig nedetid – på grunn av enten annet oppdrag eller ugunstige værforhold. Også bil- og båtambulanselanse kan bli hindret av vær eller ha samtidighetskonflikter. En videreutvikling av ambulans- og luftambulansetjenester må derfor komme i tillegg til, og ikke i stedet for en utvikling av fullverdige akuttmottak i lokalsykehus og andre større sykehus. Selv om ambulansetjenesten kan starte livreddende behandling, vil de ikke kunne tilby samme kvalitet og trygghet som et lokalsykehus.

<sup>26</sup> Et trygt fødetilbud, kvalitetskrav til fødselsomsorgen, Veileder IS-1877, Helsedirektoratet 2010, s 26

<sup>27</sup> Se Representantforslag om å styrke jordmørtjenesten i norske kommuner, Dokument 8:112 S (2014–2015) og Representantforslag om å sikre kvaliteten i fødselsomsorga og rammefinansiere fødeavdelingar og kvinneklinikkar, Dokument 8:2 S (2015–2016)

## 4.12 Kvalitet i rus- psykiatri og rehabiliteringstilbudet

Den nasjonale helse- og sykehusplanen må konkretisere en opptrappingsplan for å styrke kapasiteten og kvaliteten i rus- og psykiatritilbudet og sikre habilitering- og rehabiliteringsfeltet gjennom en egen opptrappingsplan. Senterpartiet mener at nedlegging av sykehussenger i psykisk helsevern må stoppes. Vi har i Stortinget foreslått en 5-årig opptrappingsplan for psykisk helsearbeid i kommunene, med øremerkede midler.<sup>28</sup> Spesielt er det viktig at rusavhengige og pasienter i psykisk helsevern sikres ettervern og et tilpasset boligtilbud i sin hjemkommune. 58 prosent av pasientene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og nesten halvparten av brukere av lavterskeltilbud for rusavhengige har en psykisk lidelse. 40 prosent av TSB-pasientene er bostedsløse ved avsluttet behandling.<sup>29</sup> Vi er i mot å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen rus og psykiatri før kommunene er gitt mulighet til å gi et godt tilbud for disse pasientene.

---

<sup>28</sup> Representantforslag om en 5-årig kommunal opptrappingsplan for psykisk helse, Dokument 8:41 S (2013–2014)

<sup>29</sup> Dyb og Holm, Rus og bolig, kartlegging av boligsituasjonen til personer med rusproblemer, NIBR – rapport 2015:5

## Kapittel 5:

# LOKALSYKEHUS MED AKUTTKIRURGI

---

I forbindelse med den varslede nasjonale helse- og sykehusplanen har helse- og omsorgsministeren skissert tre mulige utviklingstrekk for akuttfunksjoner ved norske sykehus (kap 2). Statsråden legger til grunn at små sykehus har dårlig kvalitet og at mangelfull rekruttering og legespesialisering ikke er noe som kan politisk styres. Det er feil. I følge statsråden har bare sykehus med opptaksområde på 60 000–80 000 innbyggere stort nok befolkningsgrunnlag til å beholde fullverdige akuttfunksjoner innen kirurgi og indremedisin. Det er også feil. Det er mange eksempler på lokalsykehus som rekrutterer bra og som sørger for faglige og forsvarlige tjenester, som har mindre enn 60 000–80 000 innbyggere i sitt opptaksområde.

## 5.1 Sentraliserende ekspertråd

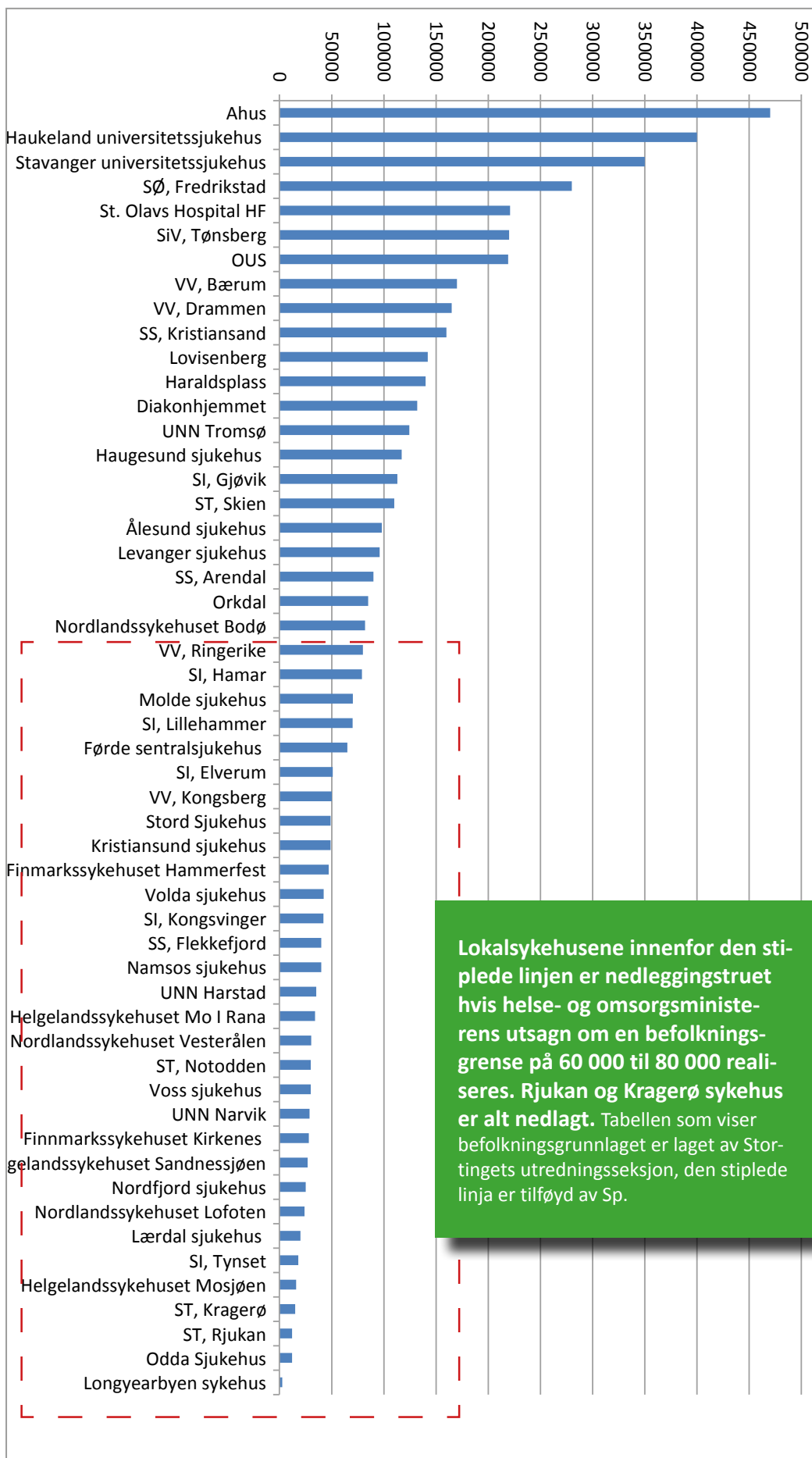
Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte vinteren 2015 en ekspertgruppe som i sin rapport mente at det er vanskelig å se for seg at et sykehus kan ha akuttfunksjon innen kirurgi med mindre enn 80 000–100 000 mennesker i opptaksområdet.<sup>30</sup> Ekspertgruppen skriver at i regioner hvor værforhold og geografi gjør at avstanden blir altfor lang, må det settes inn ekstra ressurser for å dekke beredskapen. Det kan være nødvendig å gjøre unntak slik at man har akuttkirurgi selv om befolkningsgrunnlaget er under 80 000–100 000. Ekspertgruppen ser liten beredskapsmessig nytte av å ha planlagt dagkirurgi som supplement til indremedisin i de minste sykehusene. Den anbefaler at antall sykehus i Norge som driver akuttkirurgi utover skadepoliklinisk virksomhet reduseres betydelig i løpet av planperioden (10–15 år).

Ekspertgruppen er blitt sterkt kritisert for sin sammensetning, og de oppga ingen faglige referanser som bakgrunn for sine påstander i rapporten. I følge ekspertgruppens råd vil Norge stå igjen med 17 sykehus med akuttkirurgi dersom grensen settes ved sykehus som har 100 000 eller flere mennesker i opptaksområdet. Dette i motsetning til dagens 51 akuttpsykehus. Forslaget innebærer altså å fjerne akuttkirurgi ved om lag to tredjedel av landets sykehus. Det vil ikke bare sentralisere Norges helsevesen. Det vil sentralisere Norge.

---

<sup>30</sup> Faglige konsekvenser av alternativer for sykehusstruktur – Innspill fra faglig rådgivingsgruppe for sykehusstruktur til Nasjonal helse- og sykehusplan, 04.05.15

Befolkningsgrunnlag for somatiske sykehus med akuttfunksjoner\*  
(størrelsen på opptaksområde som lokalsykehus)



Lokalsykehusene innenfor den stiplede linjen er nedleggingstruet hvis helse- og omsorgsministerens utsagn om en befolkningsgrense på 60 000 til 80 000 realiseres. Rjukan og Kragerø sykehus er alt nedlagt. Tabellen som viser befolkningsgrunnlaget er laget av Stortingets utredningsseksjon, den stiplede linja er tilføyd av Sp.

## 5.2 Lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner

Det er begrenset systematisert kunnskap og erfaring i Norge om drift av sykehus med hovedvekt på indremedisinske akuttfunksjoner, elektiv kirurgi og enklere kirurgisk beredskap (helse- og omsorgsministerens alternativ 3). Til nå har det vært unntakene i helse-Norge at akuttpsykehus ikke har kirurger i vakt. Nå foreslår Helse- og omsorgsdepartementets ekspertgruppe at dette skal bli regelen i helse-Norge. Det er ikke vurdert hvilken konsekvens dette vil ha for den faglige kvaliteten i tilbudet, for utdanning av helsepersonell, for rekruttering av fagfolk, for brukertilfredshet og transportbehov. Det er heller ikke vurdert hvilke behov dette utløser for nye sengeposter ved de store sykehusene. Det er sannsynlig at slike tilpassede løsninger vil redusere befolkningens trygghetsfølelse og tilliten til helsetjenestene.

### 5.2.1. Legeforeningens klare råd

Den norske Legeforening har vært klar på at lokalsykehus må ha breddekompetanse innen både indremedisin, kirurgi, anestesi, røntgen og laboratorietjenester og landsstyret gjorde følgende vedtak 29.05.15:

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

- *Kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akuttpasienter i sykehus.*
- *Akuttfunksjon forutsetter døgnkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester.*
- *Sykehus må gis nødvendige ressurser til å sikre kvalitet på diagnostikk og behandling. Det må være systemer for å opprettholde og videreutvikle robuste fagmiljøer som rekrutterer godt.*
- *Befolkningen må sikres gode akutttilbud uavhengig av bosted. Velfungerende lokalsykehus er nødvendige i den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Reisetid, geografi og værforhold er tungtveiende faktorer som krever lokalsykehus med full akuttberedskap.»*

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

### 5.2.2. Reduserer kompetanse og svekker fagmiljø

Å sentralisere kirurger vekk fra akuttmottak, vil være å redusere kompetansen, svekke fagmiljøet og dermed kvaliteten i sykehusstilbudet.

Dersom kirurgisk vaktkompetanse sentraliseres, vil ikke bare det kirurgiske tilbudet sentraliseres. Også en stor del av det indremedisinske tilbudet vil bli sentralisert. Dette gjelder pasienter med indremedisinske tilstander der en vet at man trenger kirurgisk vurdering eller støtte for å få rett diagnose og best behandling. Hvilke sykehus som skal ha kapasitet til å ta i mot disse lokalsykehuspasientene, er ikke diskutert eller gjort rede for.

Dersom kirurgisk vaktkompetanse sentraliseres, vil pasienttilbudet som blir igjen på lokalsykehuset også svekkes. Selv om det erfaringsmessig er flest pasienter som trenger indremedisinsk behandling ved en innleggelse i sykehus, så kan man ikke vite dette på forhånd. Det er derfor vi har sykehus, for å finne ut hva pasientene feiler og gi rett behandling. Liknende symptomer kan ha forskjellig årsaker. Mange pasienter, særlig eldre, kan også ha uklare symptomer med generell svekket allmenntilstand som den viktigste. Da er det viktig med god diagnostikk. Et sykehus med breddekompetanse der pasienten om nødvendig kan bli vurdert av både kirurg og indremedisiner, er avgjørende. Med kun én type legespesialist på vakt vil en fort kunne komme i svært krevende situasjoner.

### 5.2.3. Økt transport og reiseavstander

Dersom minst halvparten av norske sykehus mister kirurgisk akuttberedskap vil konsekvensen for reisetid og transport til nærmeste akuttisykehus øke dramatisk. Det vil øke folks reiseavstand til helsehjelp ved akutte hendelser, der tid kan være en viktig faktor. Dersom akuttkirurgi legges ned ved Flekkefjord Sykehus, vil det ikke eksistere akuttkirurgisk beredskap mellom Stavanger og Kristiansand. Det er en reiseavstand med bil på 233 km. Dersom akuttkirurgi legges ned ved lokalsykehuset i Volda, er det ikke akuttkirurgisk beredskap mellom Førde og Ålesund, en avstand på 248 km. For Nord- Norge vil helse- og omsorgsministerens uttalelser om at fullverdige akuttisykehus trenger et befolkningsgrunnlag på mellom 60 000–80 000, bety at dagens to fullverdige akuttisykehus i Finnmark (Hammerfest og Kirkenes) ville stått uten akuttkirurgisk beredskap. Det har til nå vært en stor svakhet i spesialisthelsetjenesten at samfunnsmessige konsekvenser av planlagte endringer ikke blir vurdert. Alle planlagte omlegginger av sykehusstilbud som vil kunne gi samfunnsmessige konsekvenser for beredskap og sikkerhet, må ha krav om å gjennomgå risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS).

### 5.2.4. Anestesifunksjonen trues

Anestesikompetanse er nødvendig for å sikre god beredskap og pasientbehandling i sykehus. I lokalsykehus er anestesilegen sammen med indremedisiner og kirurg en av tre hovedpilarer i akutttilbudet. Dersom kirurgisk vaktkompetanse sentraliseres og mye av den kirurgiske aktiviteten med den, vil arbeidsoppgavene til anestesiteamet bli redusert. Samtidig må sykehuset opprettholde anesthesi vaktberedskap for pasienter som kan bli innlagt på indremedisinsk avdeling. Slike sykehus vil sannsynlig bli lite attraktive for anestesileger.

*«En ting jeg frykter som anestesilege er å bli stående alene med en indremedisiner for å stabilisere en hardt skadet pasient. Det er den faglige anbefalingen rådgivningsgruppen til helsedirektoratet kommer med. På mitt sykehus har vi rundt 50 traumealarmer i året, ca en i uken, i tillegg trener vi på mottak av disse pasientene regelmessig. Ingen i dag er uenige om at hardt skadde pasienter helst skal direkte til et traumesenter, men virkeligheten i Norge, utenfor det sentrale Østlandet, gjør at det ikke alltid er mulig å nå traumesenteret innen 45 min.»*

Anestesi-overlege Stord sjukehus på vårt fagpolitiske seminar på Stortinget 2. september 2015.

### 5.2.5. Når ulykken er ute

Et lokalsykehus skal ikke behandle alle slags tilstander, og det gjør heller ikke lokalsykehus i dag. Men de har en viktig rolle også ved alvorlige situasjoner med å stabilisere pasientene. Slik kan pasientene tåle transport videre for

nødvendig behandling på et større og spesialisert sykehus. Forutsetningen for at lokalsykehus kan yte slik livreddende førstehjelp, er at sykehuset får beholde kirurgisk vaktberedskap. Akuttmedisinsk arbeidsgruppe slo i 2015 fast at dersom det er mer enn 45 minutters transporttid til traumesenter bør en pasient som er fysiologisk påvirket transporteres til nærmeste akutttsykehus med traumefunksjon.<sup>31</sup> Dette understreker behovet for en desentralisert struktur av sykehus med traumefunksjoner, altså sykehus med kirurger på vakt.

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

### 5.2.6. Svikt i utdanning og rekruttering

Helse- og omsorgsministeren brukte i sin sykehustale rekrutteringsvansker som argument for en modell med tilpassede akuttfunksjoner. Men man styrker ikke rekrutteringen eller kvaliteten i tilbudet ved å svekke kompetansen og vingeklippe fagmiljøet. Å fjerne kirurgene fra akuttmottakene i småbyene, vil være det motsatte av å skape likeverdige helsetjenester, som er selve formålet til spesialisthelsetjenesten. Rekruttering til lokalsykehus kan bedres med aktiv politikk for dette (jf. Kapittel 4.6). Dersom man fjerner den døgnbaserte kirurgiske akuttfunksjonen, vil sykehuset ikke lenger kunne godkjennes som et fullverdig utdanningssted for turnusleger. Dette vil også kunne føre til svekket legerekruttering, ikke bare på grunn av bortfall av turnusleger, men også fordi leger vil finne det mindre faglig interessant å arbeide ved disse sykehusene. Det vil også påvirke rekrutteringen og utdanningen av annet helsepersonell negativt.

### 5.2.7. Falsk trygghet?

Slik reagerte en tidligere pasient da overlege ved Oslo Universitetssykehus (OUS), Johan Ræder, i media i august 2015 tok til orde for at små akuttkirurgiske miljø skaper falsk trygghet:<sup>32</sup>



<sup>31</sup> Akuttmedisinsk arbeidsgruppe kom med sin anbefaling etter oppdrag fra helseforetakene og var ledet av Torben Wisborg, leder Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi, anestesilege ved Hammerfest sykehus og professor II ved Institutt for Klinisk Medisin ved Universitetet i Tromsø.

<sup>32</sup> Småsykehus uten akuttkirurgi, Johan Ræder, Dagens Næringsliv, 23.08.2015 og – Ingen foreslår å produsere biler og tv-apparat i småkommuner, Lasse Moe, Dagens Medisin 25.08.2015

Etter vår vurdering vil sykehus med fullverdige akuttfunksjoner kunne sikre befolkningen ekte trygghet. Mens sykehus med tilpassede akuttfunksjoner, med fremtidens kvalitetskrav, vil utvikle seg til å bli et lokalmedisinsk senter som er noe helt annet enn det vi i dag forventer av kvalitet og trygghet i et sykehus.

### 5.3 Avviser helse- og omsorgsministerens utviklingsmodeller

Senterpartiet støtter ingen av regjeringens 3 modeller for utvikling av fremtidens spesialisthelsetjenester. Nasjonal helse- og sykehusplan må sikre utviklingen av en moderne og solid spesialisthelsetjeneste som dekker samfunnets behov og som gir pasientene det beste tilbudet i tråd med medisinens utvikling.

Modell 1, å fortsette med dagens struktur og opprettholde akuttkirurgi ved de minste sykehusene bare « noen år til», er ikke et livskraftig alternativ. Modell 2, å sentralisere både kirurgisk og indremedisinsk beredskap fra halvparten av landets sykehus, slik helse- og omsorgsministeren har uttalt, er i strid med målet om likeverdige tjenester. Modell 3, å tilpasse akutttilbudet etter befolkningsgrunnlaget, det vil si å fjerne akuttkirurgi fra landets lokalsykehus, vil ikke være faglig forsvarlig.



## Kapittel 6:

# MODELL FOR KVALITET, NETTVERKSMODELLEN

---

Vi vil foreslå en fjerde utviklingsmodell for fremtidens sykehus: En nettverksmodell for utvikling av kvalitet der lokalsykehusenes rolle styrkes. Det er fullt mulig å utvikle lokalsykehusenes rolle i den samlede helsetjenesten dersom det er politisk vilje til det og sykehusledelsen følger dette opp.

Det tar tiår å bygge opp desentraliserte kompetansemiljø, men bare noen måneder å legge de ned. Vår nettverksmodell bygger på samarbeid mellom sykehus, ikke konkurranse, som i dag gjennomsyrrer sykehusvesenet.

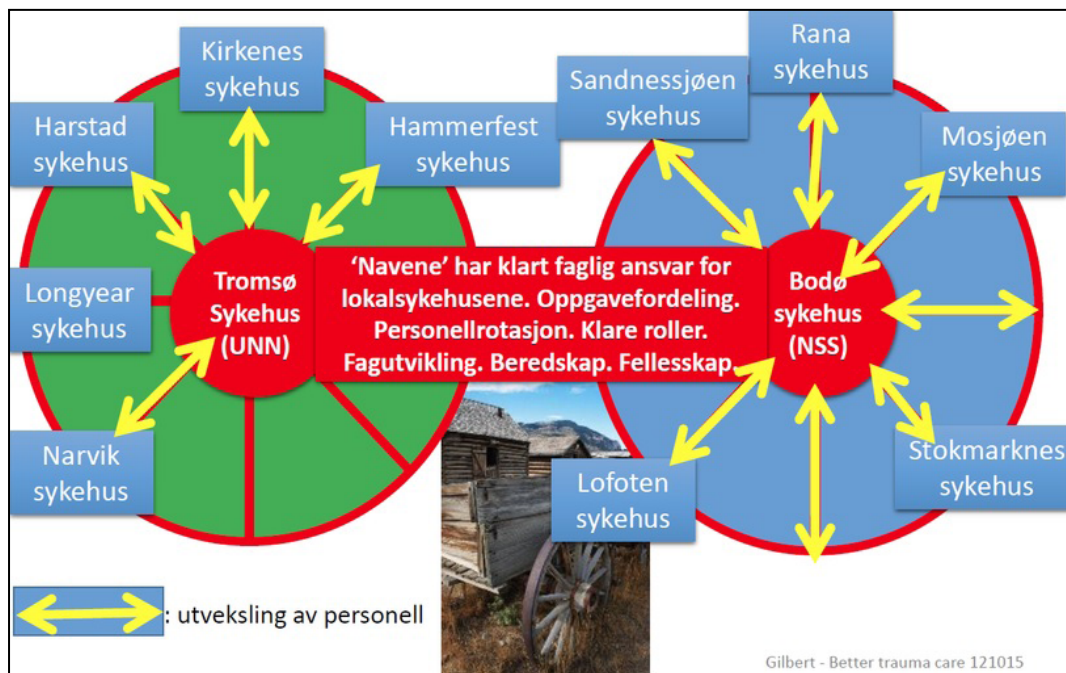
Nettverksmodellen tar utgangspunkt i Norges desentraliserte sykehusvesen med både små og store sykehus. Lokalsykehus skal fylles med innhold, sikres rekruttering og gjennom tydelig funksjonsfordeling utvikle potensialet som lokalsykehusene har til å utføre vanlige kirurgiske og indremedisinske utredninger, behandlinger og inngrep og gi trygghet for lokal beredskap.

Med tydelig oppgavefordeling mellom sykehus, vil alle pasientbehandlinger og sykehus komme styrket ut samtidig som den lokale beredskapen både for indremedisinske og kirurgiske lidelser, blir forbedret.

## 6.1 Fjerde utviklingsmodell, «nav/eik»

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

En forutsetning for modellen er at lokalsykehus skal sikres breddekompetanse innen både akuttkirurgi, akuttmedisin, anestesi, røntgen og laboratorietjenester, samt fødetilbud. I en slik nettverksmodell for sykehus vil store og flere små sykehus samarbeide om helsetjenestene i sitt område. Da vil helse- og omsorgsministerens forslag om at kun sykehus med opptaksområde på 60 000–80 000 innbyggere skal kunne opprettholde fullverdige akuttfunksjoner være mindre relevant, fordi det viktigste vil være det samlede befolkningsgrunnlaget for de samarbeidende sykehusene.



Illustrasjon ved Mads Gilbert, klinikkoverlege Universitetssykehuset Nord-Norge og professor II i Akuttmedisin Universitetet i Tromsø.

## 6.2 Tydelig arbeidsdeling

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

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

### 6.3 Nettverksmodell for kvalitet

Nettverksmodellen skal sikre kvalitet i fremtidens sykehustjenester og sørge for faglig forsvarlige tjenester som har tillit i befolkningen. Det skal være åpenhet om kvaliteten i tilbudet og det skal settes tydelige kvalitetskrav til tilbudene. Kvalitetskravene skal kunne innfris på ulike måter (jf. Kap. 4.2.) Felles fagmiljøer, rotasjonsordninger og hospiteringsordninger, felles utdanningsprogrammer og felles bakvaksordninger er eksempler på tiltak som øker det faglige samarbeidet og bidrar til å styrke kvalitets – og pasientsikkerheten i en slik nettverksmodell. Leger som arbeider på mindre sykehus må få rett og plikt til å hospitere på større sykehus og leger på større sykehus må få rett og plikt til å delta i rotasjonsordninger og ha dager med jobb på det mindre sykehuset. Tilsvarende rett og plikt til rotasjons- og hospiteringsordninger må gjelde andre fagfolk ved sykehusene, for eksempel jordmor, anestesi, intensiv, spesialsykepleiere, helsefagarbeidere, også videre. Modellen bygger på at lokalsykehusene styrkes som utdanningsinstitusjoner, Alle lokalsykehus må føre en aktiv rekrutteringspolitikk i et samarbeid mellom lokalsykehus og regionssykehus/universitetssykehusene.

### 6.4 Stedlig ledelse

I nettverksmodellen («nav/eik»), er det stedlig leder på hvert sykehus som har ansvaret for den faglige kvaliteten, budsjett og personalansvar (se kap. 7.9) En stedlig leder skal ha ansvar for hele sykehusets virksomhet. Det er fremdeles for mange sykehus med såkalt klinikkorganisering, der lederen ikke jobber på samme sykehus. Vi mener at nasjonal helse- og sykehusplan må sette krav om at alle sykehus skal ha stedlig ledelse. Kjernen i ledelseskulturen må være å sikre møtet mellom pasient og behandler. Formålet med all ressursbruk er å gjøre dette møte kvalitativt godt og trygt for pasienten og med størst mulig økonomisk effektivitet for sykehuset. Fagfolk i sykehus må gis større personlig ansvar for å gjennomføre arbeidet på sin plass i tråd med overordnet ledelse sin intensjon (operasjonsbasert ledelse).

### 6.5 Samarbeid med kommunehelsetjenesten

I nettverksmodellen skal lokalsykehusene og sykehus med lokalsykehusfunksjoner få et tydeligere ansvar for det lovfestede samarbeidet med kommunehelsetjenesten. Lokalsykehusenes store fortrinn er nærhet til og kunnskap om lokalsamfunnet. Med samhandlingsreformen har kommunehelsetjenesten fått økt ansvar for helsetilbudet til befolkningen. Utskrivningsklare pasienter er overført til kommunene, og mange av pasientene er syke og trenger omfattende helsehjelp. Øyeblikkelig hjelp-senger blir et lovkrav fra 1.1.16, i tillegg har Regjeringen i Primærhelsemeldingen varslet at det samme lovkravet om øyeblikkelig hjelp-senger skal innføres innen rus- og psykiatrifeltet. Vi mener at samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten langt i fra er god nok. Med økte faglige krav til kommunehelsetjenesten er det ennå mer viktig med et tett samarbeid mellom sykehus og lokalsamfunn. Dette må bli et ansvar for lokalsykehusene. Vi foreslår at lokalsykehus regelmessig må ha kontaktmøter med kommunehelsetjenesten og at kommunehelsetjenesten er representert i sykehusstyret (kap 7.9).

## 6.6 Utnytte ledig kapasitet i offentlige sykehus

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

## Kapittel 7:

# NY FINANSIERING OG LEDELSE AV SYKEHUS

---

Spesialisthelsetjenesten styres i dag gjennom fire regionale helseforetak (RHF) og 20 sykehusforetak (HF). Spesialisthelsetjenesten fungerer etter en bestiller–utførermodell. Bestillingen skjer fra staten via regionale helseforetak til datterforetakene (HF) og private institusjoner.

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

Det er behov for en demokratiserings- og ledelsesreform av norske sykehus. Spesialisthelsetjenesten må være desentralisert, og somatiske og psykiatriske sykehus må sikre nærhet til behandlingstilbud og akuttberedskap. Organisering og ledelse av spesialisthelsetjenesten må sikre disse formålene, og legge godt til rette for det viktigste av alt; møtet mellom pasient og behandler. Sykehusene må tas tilbake til offentlig forvaltning og folkevalgt styring. Senterpartiet fremmet våren 2015 forslag for Stortinget om å avvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene.<sup>33</sup>

## 7.1 Åpenhetskultur er forutsetning for læring

Det har utviklet seg en taushetskultur i norsk helsevesen der ledelsens kommunikasjonspolitikk ofte vektlegger ansattes lojalitet til arbeidsgiver mer enn hensynet til at ulike faglige vurderinger kommer fram og dermed bidrar til kritikk og læring. Noen aktive ansatte opplever å få munnkurv, mens enda flere innretter seg etter en kultur der kommunikasjonsarbeidere får styre informasjonsflyten. Taushetskulturen fremmes etter vår vurdering gjennom bedre karrieremuligheter for de som opptrer lojalt. I følge en doktoravhandling i 2011 er antallet kommunikasjonsarbeidere ved norske sykehus doblet etter at foretaksmodellen ble innført i 2002.<sup>34</sup> Nesten alle kommunikasjonsarbeidere i norske sykehus sitter i sykehusledelsen.

Helseforetakene er opptatt av å drive merkevare- og omdømmebygging. Dette gir lite rom for fagfolk å uttale seg. Konsekvensen er en mindre opplyst

<sup>33</sup> Representantforslag om å avvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene, Dokument 8:96 S (2014–2015)

<sup>34</sup> Sataøen Høgne, Lerøy, Omdømmehandtering i sjukehusa, Universitetet i Bergen 2011

offentlighet med større konsentrasjon av makt til ansatt helseledelse. Også fagfolk i kommunehelsetjenesten opplever mindre og mindre rom til å ytre seg som fagpersoner. Eksempelene som har nådd offentligheten via media er etter hvert blitt mange og alvorlige.

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

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

## 7.2 Udemokratisk foretaksstyring

Ved stortingsvedtak av 6. juni 2001 ble lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) vedtatt.<sup>35</sup> Dette innebar at ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble overført fra fylkeskommunen til staten. Med loven gikk en vekk fra tidligere forvaltningsmodell og det ble etablert en ny styringsmodell, der spesialisthelsetjenesten ble organisert i selvstendige økonomiske og juridiske enheter kalt helseforetak (HF) og regionale helseforetak (RHF).

Målet med helseforetaksreformen var å skape en styringsmodell hvor man politisk kun klargjorde overordnet styring, mens de faglige og driftsmessige oppgavene skulle løses av de regionale helseforetakene. Slik er det ikke blitt. Statsråden blir involvert i store og små saker, både gjennom åpne formelle kanaler og gjennom lukkede uformelle kanaler. Innføring av foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten i Norge hadde sammenheng med innføring av bestiller/utfører-modell og aktivitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Økonomistyringen ble endret fra systemer utviklet for offentlige velferdstjenester til regnskap utviklet for lønnsomhetsstyring i forretningsvirksomhet.

## 7.3 Ikke folkevalgte styrer

Det primære i reformen fra 2002 var å avvikle fylkeskommunal folkevalgt styring og erstatte den med styring etter mønster fra næringslivet. Systemendringen betydde at beslutningsmyndighet ble overført fra ansvarlige folkevalgte organer, som måtte vurdere helsetjenestene ut fra befolkningens behov og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. I stedet overtok upolitiske foretaksstyrer, såkalte profesjonelle styrer. Styrene for RHF ble oppnevnt av statsråd. Styret

<sup>35</sup> Lov om helseforetak mm, Innst. O. nr. 118 (2000–2001) og Ot.prp. nr. 66 (2000–2001)

for HF skal i prinsippet oppnevnes av RHF. Disse styrene er pålagt å drive spesialisthelsetjenesten basert på mål og krav fra helse- og omsorgsdepartementet gjennom oppdragsdokumentet og bedriftsøkonomisk styring ut fra det enkelte foretakets interesser. Kombinasjonen lønnsomhetsregnskap, foretaksorganisering med styrer etter modell for aksjeselskaper og stykkprisfinansiering har svekket overordnet politisk styring og stimulert til ressurskamp mellom institusjonene i stedet for samarbeid. Disse virkningene står i motsetning til de overordnede mål for reformen: pasienten i sentrum, sterkere politisk styring, velferdssamfunnets verdigrunnlag og trygghet i samfunnet.

## 7.4 Erfaringer og utfordringer ved dagens styring av sykehusene

Helse og sykehus er et vesentlig politisk område der behov for åpenhet, debatt og folkevalgt innflytelse er stort. Erfaringene med dagens foretaksmodell er at beslutninger om vesentlige endringer i sykehusstilbudet mangler demokratisk legitimitet og fører derfor til mye uro. Dette svekker igjen kvaliteten og effektiviteten i sykehusorganisasjonen. Styremedlemmer i RHF- og HF-ene står ikke til ansvar overfor folket i valg. Utviklingen har også gått i retning av at de regionale helseforetakene legger stor vekt på å disiplinere foretaksstyrene. Kravet om lojalitet til overordnede organer er sterkt.

Erfaringen med helseforetaksloven er at den fungerer best når det er stor grad av enighet og samsvar mellom befolkningens forventninger og avgjørelser som fattes om helsetilbudet. Helseforetaksloven har imidlertid vist seg å fungere svært dårlig i vanskelige og viktige saker det er uenighet om, jf. Kontroll- og konstitusjonskomiteens behandling i 2015 av eierstyringen knyttet til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal.<sup>36</sup>

Samhandlingsreformen<sup>37</sup> har forsterket behovet for å se helheten i helsetjenesten og for å etablere en eier- og ledelsesstruktur som understøtter sammenhengen mellom det forebyggende helsearbeidet, primærhelsetjenesten og sykehusenes virksomhet. Dagens sykehusorganisering er ikke tilpasset behovene som er skapt gjennom samhandlingsreformen og sikrer ikke på en god måte et nært samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

## 7.5 Ny styringsmodell

### 7.5.1 Fra foretak til forvaltning

Dagens helseforetakslov må avvikles. Senterpartiet vil avvikle foretaksmodellen og mener at sykehusene må tas tilbake til fylkeskommunens folkevalgte styring og offentlig forvaltning for å sikre en effektiv og demokratisk ledet spesialisthelsetjeneste med tillit i befolkningen. Både New Zealand og Skottland har reversert foretaksorganiseringen fordi den ikke virket etter hensikten. Det skotske

<sup>36</sup> Helse- og omsorgsdepartementets eierstyring knyttet til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. Innst. 240 S (2014–2015)

<sup>37</sup> Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (2008–2009), Innst. 212 S (2009–2010)

helsevesen baseres på samarbeid, ikke konkurranse.

Vi mener at også norske sykehus må styres gjennom en forvaltningsmodell med folkevalgt styring nasjonalt, regionalt og lokalt. Folkevalgte i fylkene må gis styreansvar regionalt. Ved avvikling av foretaksorganiseringen bør sykehusene videreføres med statlig eierskap. Senterpartiet har i Stortinget foreslått en ny styringsmodell der ansvaret for drift og utvikling av spesialisthelsetjenesten desentraliseres til 20 sykehusstyrer tilsvarende dagens 20 helseforetak. Disse skal styre innenfor rammene gitt av Stortinget i en nasjonal helse- og sykehusplan.

### **7.5.2 Fra innsatsstyrt til rammefinansiering**

Vi mener at sykehus må finansieres som skole og eldreomsorg, gjennom rammebudsjetter over statsbudsjettet. I dag finansieres sykehus med 50 prosent rammefinansiering og 50 prosent innsatsstyrt finansiering (ISF) basert på såkalte diagnosekoder (DRG). De regionale helseforetakene viderefører innsatsstyrt finansiering helt ned på avdelingsnivå. Slik blir hver enkelt helsearbeider pålagt økonomiske vurderinger i pasientbehandling og diagnosesetting. Da Hagen-utvalget (NOU 2003: 1) vurderte finansieringsmodeller for de regionale helseforetakene, anbefalte et stort flertall å gå over til en ordning med rammebudsjettering av RHF-ene, uten at det skjedde. Også Nordheim-utvalget (NOU 2014: 12) problematiserer innsatsstyrt finansiering (ISF) og viser til at den kan påvirke prioriteringsbeslutninger i sykehusene. Skottland gikk i 2004 tilbake til en drifts- og finansieringsmodell hvor alle aktører opererer på grunnlag av de budsjetter de får tildelt fra overordnet myndighet. Senterpartiet har programfestet at vi vil endre finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten slik at sykehusene i all hovedsak blir rammefinansiert. Dagens forretningsystem etter regnskapsloven bør avvikles og erstattes av kommunenes og fylkeskommunens budsjett- og regnskapssystem.

### **7.5.3 Regionale folkevalgte sykehusstyrer**

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

### **7.5.4 Stedlig ledelse og virksomhetsstyrer**

Alle sykehus skal ha en stedlig leder som har faglig ansvar, budsjettansvar og personansvar. Økonomisk gjelder dette også for drift og vedlikehold av



bygningssmassen. Alle som er offentlig ansatt ved sykehuset, skal ha stedlig leder som sin sjef. I tillegg foreslår Senterpartiet at hvert sykehus skal ha et eget virksomhetsstyre. Virksomhetsstyrene skal bestå av de ansattes representanter og brukerrepresentanter, representanter fra kommunehelsetjenesten, fra sykehusstyret i regionen og representanter valgt av fylkestinget blant kommunestyremedlemmer i aktuelle kommuner. Kommunene nominerer sine representanter. Styrene må forpliktes til å arrangere åpne informasjonsmøter for befolkningen i alle berørte kommuner hvert år, i tillegg til regelmessige samarbeidsmøter med kommuneledelsen. Årsmelding og regnskap fra virksomhetsstyrene skal avgis til fylkestinget og berørte kommuner. For å sikre nødvendig samhandling skal det være gode rutiner for løpende møter og dialog mellom kommunene, sykehuset og kommunehelsetjenesten.

## 7.6 Demokrati- og ledelsesreform

Ny folkevalgt styring av sykehusene er en demokrati- og ledelsesreform for spesialisthelsetjenesten. Ledelseskulturen er bare vellykket når den har de ansattes og befolkningens tillit. Stedlig leder skal være synlig i sykehusmiljøet og tilgjengelig for de ansatte. Den daglige driften av sykehusene må være tillitsbasert gjennom sterke faglige fellesskap mellom alle sykehusansatte. Kjernevirksomheten i sykehusene, møtet mellom behandler og pasient, skal gis størst oppmerksomhet. Ledelse og støttefunksjoner må alle bygges opp for å fremme dette formål. Befolkningen skal erfare trygghet for at det er kort vei til folkevalgte beslutningstagere og en sykehusledelse som setter pasienten i sentrum.



**Senterpartiet**