

# Sykehustalen 2019

Tale/innlegg | Dato: 15.01.2019 | [Helse- og omsorgsdepartementet](#)

Av: [Helseminister Bent Høie](#)

Kjære alle sammen og riktig godt nytt år,

Det ble en *litt* for spennende høst, og spenningen er ikke over. Heldigvis kan jeg holde sykehustalen for sjette året på rad. Det er jeg veldig glad for. Jeg ser alltid frem til denne talen, der jeg kan gi mine forventninger og oppdrag til spesialisthelsetjenesten i året som kommer. Jeg er også glad for muligheten til å rette en stor takk til alle dere som jobber i denne flotte helsetjenesten vår.

Rett før jul møtte jeg Kathrine Mydland Aas i Bergen. Hun hadde slitt med tvangslidelser i ti år. Kathrine var så opphengt i å ha det rent at hele livet ble totalt dominert av tvangstankene om bakterier. Et av ritualene besto i å vaske sengeklær for familiens seks medlemmer flere ganger – hver eneste dag! Hun hadde et konstant stress i kroppen.

Så prøvde hun en behandling utviklet av de norske forskerne og psykologene Bjarne Hansen og Gerd Kvale. Behandlingen gis over fire intensive dager og tilpasses den enkelte pasient.

Resultatene for Kathrine er utrolige. Tidligere måtte Kathrines treårige barnebarn løftes med strake armer fra dørmatten og rett i badekaret når hun kom fra barnehagen. Der ble hun skrubbet og fikk på seg rene klær. Nå, etter at mormor er behandlet, tas hun imot med åpne armer - uten omveien i badekaret.

Kathrine beskriver det slik:

"Etter behandlingen har jeg fått meg selv tilbake. Jeg er evig takknemlig for den behandlingen jeg fikk. Det reddet livet mitt. "

Tenk det - 10 års lidelse. Og på fire dager fikk Kathrine det verktøyet hun trengte for å få livet tilbake.

Ny kunnskap gir nytt liv til en pasientgruppe med store plager. Men effektene går langt utover den enkelte bruker og pasient. Det at Kathrine fikk så god hjelp, betyr også et helt nytt liv for mannen, for barna og barnebarnet.

Dere som jobber i sykehusene leverer stadig bedre tjenester til befolkningen. Årlig betyr dere noe for livene til rundt to millioner pasienter. Pasienter som stoler på kunnskapen, behandlingen, omsorgen og samarbeidet dere imellom.

## **Styringsmålene**

Som politiker er jeg selvsagt opptatt av å holde alle løfter. Derfor kommer ikke styringsmålene jeg har satt i år som noen overraskelse. Jeg gjentar dem for fjerde året på rad. Jeg forventer at sykehusene skal:

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

Grunnen til at jeg gjentar målene, er ikke fordi jeg er lite oppfinnsom.

Styringsmålene er stødige mål som krever langsiktig arbeid. Det er helt nødvendig at vi fortsatt er spesielt oppmerksomme på disse områdene.

Mine oppdrag for 2019: Vi skal tilpasse tjenesten til den enkeltes behov og øke endringstakten

Jeg er stolt av å lede en av verdens beste helsetjenester.

Vi har et felles mål – at pasientene skal få et best mulig tilbud.

Derfor skal vi videreutvikle pasientens helsetjeneste sammen.

Styringsmålene handler nettopp om pasientens helsetjeneste.

Det handler om hvordan pasienten blir møtt.

Om åpenhet og respekt - fra oppmøtet i skranken til samtalen med kirurgen etter operasjon.

Om å bli hørt, sett og forstått.

Om å bli behandlet som et helt menneske og ikke en diagnose.

Pasienten skal være en aktiv partner. *Det* er god og trygg pasientbehandling.

Dette vet dere. I over fem år har vi jobbet sammen for å skape pasientens helsetjeneste. Begrepet står støtt.

Hvis vi *virkelig* skal ta innover oss hva pasientens helsetjeneste betyr, må vi tilpasse tjenestene enda mer til den enkelte. Det betyr ikke at vi skal gi flere helsetjenester. I mange tilfeller vil individuell tilpasning gi færre, og mer målrettede tjenester.

Tre av oppdragene dere får av meg for 2019 handler om nettopp dette. At pasienten får større medvirkning, og at behandlingen i større grad tilpasses den enkeltes behov:

- Vi er i et hamskifte der behandling kan tilpasses mer og bedre til den enkelte pasient. **Persontilpasset medisin** vil gjøre at flere behandlinger skreddersys til den enkelte i fremtiden. Dette er en utvikling den norske helsetjenesten ikke er godt nok forberedt på.
- For 14 dager siden ble de første **pakkeforløpene for rus og psykisk helse** en virkelighet. Endelig skal pasienter i psykisk helse og rus oppleve den suksessen som pakkeforløp har vært for kreftpasientene.
- Et av de viktigste verktøyene for å skape pasientens helsetjeneste er bruk av **ny teknologi og digitalisering**. Da må vi ha et finansieringssystem som ikke bremser, men fremmer innovasjon. Det må lønne seg å jobbe smart.

## **Bærekraft: Samfunnet er i endring**

### **Demografisk utvikling**

I fjor høst ble jeg utfordret til å være med på vakt på akuttmottaket ved Haraldsplass Diakonale sykehus. Jeg møtte pasienter vi kommer til å se mange av fremover: Syke eldre med flere diagnoser og varierende funksjonsnivå. Mange av dem ble sendt til akuttmottaket med én problemstilling, som etter hvert viste seg å være to, tre eller flere. Eller problemet viste seg å være noe annet enn det man i utgangspunktet trodde. Jeg så hvor viktig det er at de som tar imot pasientene lytter til pasienten og har kompetanse til å kartlegge hva de egentlige problemene er.

Vi vet at eldre kommer til å utgjøre en større del av befolkningen.

Flere vil trenge hjelp til å leve med kroniske sykdommer. Mange med flere kroniske sykdommer samtidig.

Derfor vil behovet for helsetjenester øke.

Den demografiske utviklingen rammer de ulike delene av landet forskjellig.

I 1967 var det fire yrkesaktive per pensjonist i Norge.

I dag er det 2,4 yrkesaktive per pensjonist.

Men i noen områder, spesielt i distriktene, vil det om 20 år bare være én yrkesaktiv per pensjonist.

Hvem skal ta vare på de syke der i 2040?

Denne utviklingen utfordrer prinsippet om likeverdig tilgang til gode helsetjenester, uansett hvor du bor.

Hvis vi ikke endrer måten vi jobber på, må halvparten av alle nye arbeidstakere måtte bli helsepersonell frem mot 2040.

Dette er hverken ønskelig, mulig eller bærekraftig.

Vi kan ikke bemanne oss ut av utfordringene.

Vi må løse oppgavene på andre måter.

Helsetjenesten skal møte disse utfordringene, samtidig som hele det norske samfunnet står overfor store endringer. Olje- og gassindustrien kommer til å bidra mindre i vekstkraften i økonomien, og det norske næringslivet må få flere ben å stå på.

### **Rapporter om stormottakerne**

For å sikre en bærekraftig helsetjeneste i årene fremover, må vi sette inn innsatsen der den har størst effekt. Jeg har derfor bedt Helsedirektoratet om å undersøke hvilke pasientgrupper som bruker mest ressurser. Vi må vite dette for at pasientene skal få bedre kvalitet, og for å utnytte ressursene bedre.

De to tingene henger sammen.

Bedre kvalitet og bedre ressursutnyttelse.

Svarene viser at i somatikken bruker 1 av 10 pasienter 60 % av ressursene.

I dag slippes en rapport som viser at nær halvparten av pasientene med store behov for

helsetjenester er eldre pasienter. For pasienter over 80 år er de vanligste tilstandene hoftebrudd, hjertesvikt, influensa og lungebetennelse. I gjennomsnitt hadde hver av de eldre stormottakerne 3,6 tilstander. Dette er ikke sjeldne tilstander, men vanlige sykdommer som kommer i tillegg til nedsatt funksjonsnivå.

Dette er de som ofte omtales som de skrøpelige eldre.

I psykisk helsevern bruker 1 av 10 pasienter 70 % av ressursene.

Blant disse er det mange pasienter med alvorlige psykoselidelser og barn og unge med alvorlige spiseforstyrrelser.

Innen rusbehandling bruker 1 av 10 pasienter 60 % av ressursene. Her virker sosiale faktorer inn. Personer med rusavhengighet mangler ofte jobb og bolig, noe som medvirker til at de blir stormottakere. Mange av disse har både psykiske helseutfordringer og rusavhengighet, og trenger derfor ekstra oppfølging.

Det er naturlig at det er de sykeste som trenger mest ressurser. Men det er en del pasienter som kunne unngått å bli stormottakere av helsetjenester. Vi må fange opp disse pasientene tidligere og forebygge bedre.

Da tenker jeg ikke først og fremst på sunn mat og mosjon.

Jeg tenker på hvordan helsetjenesten i dialog med pasienten kan håndtere risikoen for sykdomsforverring.

- Hvordan *unngår* vi at angstlidelser blir tunge og ressurskrevende?
- Hvordan *unngår* vi at en håndterbar diabetes utvikler seg til store helseplager som krever mye ressurser?
- Hvordan *unngår* vi at en rusavhengig faller utenfor arbeidsliv og sosiale nettverk?

Samhandling og god kommunikasjon mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten må til for å skape gode forløp.

Gode forløp er nøkkelen til å unngå at pasientene blir stormottakere, og sørge for at de som er stormottakere får bedre og mer helhetlige tjenester.

Vi er avhengige av hverandre for å få dette til.

Dette er en av grunnene til at jeg løfter samhandling som tema i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen.

Samhandlingsreformen fra 2009 handlet i veldig stor grad om økonomiske og juridiske virkemidler, og i veldig liten grad om samhandling rundt den enkelte pasient.

Sykehusene og kommunene ble parter i stedet for partnere.

De viktigste i det hele – pasientene og helsepersonellet – forsvant litt i mylderet av kontrakter, møter og økonomiske overføringer mellom partene.

Derfor skal vi tenke nytt om samhandling i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen.

Svaret er ikke flere økonomiske og juridiske virkemidler.

Svaret er at sykehusene og kommunene må gå fra å være parter til å bli partnere. Den lille n-en i partnere har stor betydning.

Det går for sakte å realisere pasientens helsetjeneste

Vi lever i en verden som stadig endrer seg.

Når omgivelsene endrer seg, må også helsetjenesten endre seg. Omstilling er krevende, men helt nødvendig.

Nødvendigheten av omstilling er ikke noe nytt. Bare siden tusenårsskiftet har helsetjenesten endret seg radikalt.

- Flere pasienter får behandling på dagtid, fremfor lange og belastende sykehusopphold. Bruken av kikkhullsoperasjoner har erstattet mange operasjoner med åpen kirurgi, og pasientene får komme raskere hjem.
- Vi har fått banebrytende ny teknologi.
- Vi har fått bedre behandling av pasienter med hjerneslag og hjertesykdommer, slik at flere pasienter overlever og færre får alvorlige følgetilstander.
- Vi har fått bedre muligheter til å bruke genanalyser i diagnostikk og behandling, og mange pasienter har fått god effekt av behandling med biologiske legemidler og immunterapi.

- Vi har fått pakkeforløp for kreft, som har gitt pasientene større trygghet, forutsigbarhet og raskere behandling.

Skal vi klare å innfri fremtidens forventninger og videreutvikle pasientens helsetjeneste, vil det kreve vilje til å tenke nytt, og kunnskap og evne til å jobbe på andre måter.

Men dette er ikke nok.

Endringstakten må opp.

### **Det tar for lang tid å implementere kunnskap**

I dag tas det for gitt at kliniske anbefalinger er basert på forskning. Innføring av kunnskapsbasert medisin er en av de viktigste milepælene i medisinsk historie. Kunnskap som kan redde liv og spare ressurser.

Samtidig kan det ta 17 år å omsette forskningsresultater til praksis. Forskingen som viser dette, er ironisk nok også over 17 år gammel. Om dette fortsatt stemmer, om så bare på enkelte områder, viser det behovet for økt endringstakt. Vi vet at det foregår enormt mye forskning av høy kvalitet i helsetjenesten som krever både tid, ressurser, personell og deltakelse fra forskere og pasienter. Da kan vi ikke akseptere at resultatene kan ha gått ut på dato før de tas i bruk.

Tenk bare på de store endringene i helsetjenesten siden år 2000. Og hvilke fantastiske behandlingsformer som vi med dagens endringstakt først vil ta i bruk om 17 år – i 2036.

Tenk hvor mye lidelse som kunne vært spart, og mestring vi kunne oppnådd, hvis vi hadde brukt disse metodene allerede i år?

Ifølge forsker Per Olav Vandvik, bør det ikke ta mer enn seks måneder fra ny kunnskap er kjent, til resultatene brukes i praksis. Vandvik leder utviklingen av MAGICapp. Appen samler og gjør forskning tilgjengelig for alle, både helsepersonell og pasienter.

For eksempel ble alle studier av kateterbasert behandling av hjerteklaffer på kort tid oppsummert og gjort tilgjengelig i appen. Resultatet ble en ny anbefaling om hvilke pasienter som kan skifte klaff via en blodåre i stedet for åpen hjertekirurgi.

### **Krav til ledelse og kultur for omstilling**

Implementering av ny kunnskap tar for lang tid. Det er nok mange grunner til det.

Jeg har forståelse for at det i en travel hverdag kan være enklere å bruke velkjente metoder, enn å ta i bruk noe nytt man ikke har erfaring med. Implementering krever tid og ressurser til opplæring og oppfølging.

Derfor vil jeg løfte frem helsepersonells viktige funksjon som endringsagenter i tjenesten. Det er dere som er tettest på pasientene og ser hvor skoen trykker.

Vi skal videreutvikle pasientens helsetjeneste

I starten av talen løftet jeg frem persontilpasset medisin, pakkeforløp for rus og psykisk helse, og digitalisering av helsetjenesten. På disse områdene blir tjenesten mer tilpasset behovene hos den enkelte pasient. Jeg vil nå gå nærmere inn på disse tre områdene, og hvordan de kan bidra til å øke endringstakten i helsetjenesten.

## **Persontilpasset medisin**

Pasienter med samme sykdom skal ikke nødvendigvis ha lik behandling. To pasienter kan ha kreft samme sted, men svulsten kan ha forskjellige genetiske egenskaper.

Vi har startet behandling med persontilpasset medisin på kreftområdet. Gjennom systemet for nye metoder bruker vi nå legemidler for lungekreft for pasienter med en bestemt genetisk profil. De får tilgang til behandling som med større sikkerhet har effekt, og vi unngår at pasienter får uvirksom behandling som bare gir bivirkninger.

På Diakonhjemmet får alle pasienter med angst og depresjon en enkel og billig gentest som forteller hvor raskt de bryter ned legemidler. Pasientene får dosering basert på resultatene. De fleste får bedre behandling og færre bivirkninger.

Resultatene fra gentesten for hver enkelt pasient gjelder hele livet. Derfor har vi gjort det mulig å legge inn informasjonen i kjernejournalen, slik at også andre leger kan tilpasse doseringen om pasienten trenger legemidler en annen gang.

Dette er åpenbart veien å gå.

Persontilpasset medisin gir oss nye, fantastiske muligheter.

Persontilpasset medisin gir mer målrettet behandling, og kan være ressursbesparende, fordi vi begrenser behandlingen til de pasientene som faktisk har nytte av den.

Pasienter etterspør allerede behandling tilpasset seg og sin sykdom.

Utviklingen stiller nye krav til innretningen av helsetjenesten. Det er behov for utstyr, infrastruktur og kompetanse.

Forskere og klinikere må jobbe tett sammen.

Og det haster.

Vi har ikke vært godt nok forberedt.

I november var jeg i England for å se hva de har fått ut av sin store satsing på Genomics England. De har kommet langt når det gjelder utvikling av teknologi for persontilpasset medisin. Men når det gjelder systemer for innføring og prioritering av denne teknologien, ser det ikke ut som de har kommet så mye lenger enn oss.

Her må vi komme videre. Systemet for nye metoder må utvikle seg for å ta høyde for utviklingen av persontilpasset medisin.

I fjor sommer ga jeg helseregionene to oppdrag.

Det ene var å sikre at infrastrukturen i sykehusene for molekylære tester og genpaneler er på plass, siden dette er grunnlaget for persontilpasset diagnostikk og behandling.

Det andre var å utrede et bedre system for håndtering av persontilpasset medisin i System for nye metoder. Dagens system er innrettet mot større pasientgrupper, mens morgendagens behandlinger vil være innrettet mot små pasientgrupper og enkeltpasienter.

Helseregionene skal rapportere på disse oppdragene i mars i år. Jeg forventer at helseregionene får dette på plass.

## **Psykisk helse og rus**

### **Pakkeforløp psykisk helse og rus**

I fjor høst hadde vi en lanseringskonferanse for pakkeforløpene innen psykisk helse og rus. Dorte Gytri fortalte da om sine opplevelser i psykisk helsevern:

"Jeg opplevde å bli overstyrt i de dagligdagse valgene jeg var vant til å ta selv, og fikk heller ingen god forklaring på hvorfor.

«Du kan ikke få en kopp kaffe nå, for klokka er etter 18.»

«Det er ikke lov å ta med stort håndkle hjemmefra.»

«Du kan ikke få en brødskive nå, for det var kveldsmat for en time siden». Disse unødvendige maktutøvelsene dag etter dag etter dag, gjorde at jeg litt etter litt ble visket ut. Jeg satt igjen med avmakt."

Dorte opplevde heller ikke å være en likeverdig partner i diskusjonen rundt sitt behandlingstilbud. Hun sa:

"Jeg kjente meg uviktig og verdiløs. Men brukermedvirkning er livsviktig! Å bli lyttet til bekrefter at du er verdt noe. Det har både en egenverdi og en terapeutisk verdi. Hvis brukere får være med å påvirke sin egen behandling, blir de bekreftet som mennesker som *kan og vet og teller.*"

Vi vet dessverre at mange pasienter opplever det samme som Dorte. Derfor er brukermedvirkning helt sentralt i pakkeforløpene. Brukerne er eksperter på eget liv. Bedre involvering gir bedre behandling. Pasienten skal være med på å lage en behandlingsplan, og kunne gi tilbakemelding underveis slik at den kan justeres om nødvendig.

Pårørende er også sentrale i pakkeforløpene. Pårørende er en ressurs både for brukeren, men også for helsetjenesten. De kan bidra med god informasjon, gi råd og være en viktig samarbeidspartner gjennom forløpet. Helsepersonell må også være oppmerksom på behovene til pårørende, som barn og søsken, og bidra til at behandlingen og oppfølgingen har et familieperspektiv.

Mange pasienter får god behandling innen psykisk helsevern. Men god behandling handler om mer enn selve behandlingen.

Å ikke vite hva som skal skje, gjør det tyngre å være syk. Både for den som har sykdommen og for dem som er glade i ham eller henne.

Ventetiden blir lettere dersom man vet *hva* som skal skje, *når* det skal skje, og *hvem* som har ansvaret. Pakkeforløp innebærer at pasienten skal få vite nettopp dette.

Hver pasient får sin egen koordinator, som skal være pasientens og pårørendes kontaktperson. Koordinatoren skal sørge for kontinuitet og sammenheng i behandlingsforløpet, og at pasienten unngår unødvendig venting. Pasienten kan være trygg på at det ikke svikter underveis eller i overgangene mellom tjenestene.

Mennesker som strever med alvorlige psykiske utfordringer og ruslidelser lever opptil tjue år kortere enn befolkningen for øvrig.

Tjue år. Tar vi det egentlig innover oss?

Jeg mener at dette er en av de største og styggeste ulikhetene vi har i landet vårt.

Grunnen er ofte at somatiske sykdommer og livsstilsutfordringer ikke blir sett eller fanget opp.

De får ikke den samme hjelpen som andre pasienter.

Det er en ulikhet vi ikke kan leve med.

Jeg kan ikke la være å være opptatt av dette.

Pakkeforløpene skal sikre at også den somatiske helsen utredes, og at de får behandling om nødvendig. Ansvar for hvem som skal følge opp dette er tydeliggjort i pakkeforløpene.

Det er på høy tid at nettopp *disse* pasientene får mer forutsigbarhet, mer trygghet, mer medvirkning, og bedre behandling.

Jeg vil takke for den flotte innsatsen med å lage pakkeforløpene og legge til rette for innføringen av dem. Jeg vet at det har vært et møysommelig arbeid. Det var stor motstand og mye skepsis da arbeidet startet. Mange var redde for at dette ikke ville passe for disse pasientgruppene, eller at vi skulle få en kopi av de rigide danske pakkeforløpene. Det har det ikke blitt. Dere har gitt av deres beste ledere og fagfolk. De har, ikke minst sammen med pasient- og pårørendeorganisasjoner, kommunene og Helsedirektoratet, deltatt aktivt i arbeidet. Vi har nå fått gode pakkeforløp tilpasset norske forhold.

Det er nå det virkelig starter, og jeg vet at dette er krevende. En suksessfaktor for å lykkes er god ledelse i alle ledd.

Det er en viktig beskjed fra meg i idag til alle ledere på alle nivåer. Dere har ansvaret for å støtte opp om og bidra til at pakkeforløpene blir innført og gir resultater

Jeg gleder meg til å følge dette.

**Gylne regel**

Jeg forventer også at pakkeforløpene for psykisk helse og rus blir et nyttig verktøy for å innfri den gylne regel.

Jeg er fortsatt ikke fornøyd med oppfølgingen og resultatene av den gylne regel.

Men jeg mener likevel at regelen er og har vært viktig for å få en høyere prioritering av psykisk helse og rus.

Uten den gylne regel, hadde vi ikke en gang vært der vi er i dag.

De foreløpige resultatene av den gylne regel innen psykisk helse viser at vi gjorde det bedre i 2018 enn i 2017. Men vi har fortsatt en vei å gå. Derfor justerer jeg den gylne regel. Tidligere har det ikke vært konkrete mål for ventetider for psykisk helse og rus. Det kommer nå i 2019.

Målene for 2019 er at gjennomsnittlig ventetid skal være under 45 dager for psykisk helsevern for voksne. Det vil være en nedgang på to dager.

Ventetiden for psykisk helsevern for barn og unge skal være under 40 dager. Det vil være en nedgang på ti dager.

Innen rusbehandling er ventetiden i dag på 35 dager. Målet er at vi skal ligge under dette nivået i 2019.

Jeg vet at mange av dere mener at kravet om den gylne regel er utfordrende å nå. Derfor får Helsedirektoratet nå i oppdrag å foreslå hvordan den gylne regel bør innrettes fra 2021.

Psykisk helse og rus skal fortsatt prioriteres.

Det skal det ikke være noe tvil om.

### **Digitalisering av helsetjenesten**

eMeistringsklinikken i Bergen og Sykehuset i Vestfold tilbyr veiledet internettbehandling. I Bergen behandler hver terapeut tre til fire ganger så mange pasienter sammenlignet med dem som tilbyr ansikt-til-ansikt-behandling. Tilbakemeldingene er at det gir like gode, om ikke bedre, resultater.

Nordlandssykehuset har, sammen med Telenor, utviklet en løsning for avstandsoppfølging av pasienter med hjemmedialyse. Pasientene kan enkelt rapportere inn status på dialysen, vekt og

blodtrykk. Sykehuset får bedre kontroll og innkaller pasientene ved behov. Løsningen skaper trygghet og sparer pasientene, som allerede har en slitsom hverdag, for mye reisetid.

Digitale løsninger gir oss muligheten til å endre tjenestene, hvordan de leveres og av hvem.

De gjør det mulig å behandle pasienter der de bor i stedet for på sykehus.

De gjør det lettere å leve med sykdom, og pasientene får brukt egne ressurser til å mestre eget liv.

Dere arbeider med digitalisering i helseregionene, både hver for dere og i fellesskap. Det er jeg glad for!

Nå er det på tide at de mange spennende digitale pilotprosjektene blir en del av den digitale hverdagen ute i sykehusene, og kommer enda flere pasienter til gode.

### **Videreutvikling av finansieringsordningene**

Signalene fra meg er tydelige. Bruk av teknologi for å drive avstandsoppfølging, videokonsultasjoner, og andre digitale måter å jobbe på er helt nødvendig for å skape pasientens helsetjeneste.

Noe av det jeg oftest får tilbakemelding på fra dere når jeg er på sykehusbesøk, er behovet for å gjøre endringer i finansieringssystemet, slik at digitale verktøy i større grad kan tas i bruk.

Dette er jeg klar over - og det gjør vi noe med.

Vi må ha et finansieringssystem som ikke er avhengig av hvor pasienten er, og hvilken teknologi som brukes.

Det er ikke de finansielle ordningene som skal avgjøre om pasienter må møte opp fysisk, eller om de kan få tjenestene hjemme i stua.

Fra 2019 gjøres derfor disse endringene:

- Videokonsultasjoner blir tellende aktivitet for flere helsepersonell
- Det opprettes en ny refusjonskategori for digitale tjenesteformer
- Og vi vil ha forsøk med forløpsfinansiering av dialyse og enkelte typer legemiddelbehandling.

Jeg har også gitt Helsedirektoratet i oppdrag i 2019 å starte jobben med å få på plass et finansieringssystem som gjør det enklere å ta i bruk ny teknologi.

### **Teknologi i nye bygg – for pasienter og for medarbeidere**

Den digitale omstillingen foregår også som store og små prosesser gjennom nye bygg og moderniseringer over hele landet.

I fjor åpnet statsministeren og jeg et nytt sykehus i Kirkenes. I Tromsø ble en ny, stor A-fløy og PET-senter tatt i bruk. Jeg har åpnet et nytt bygg på Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen, nytt psykiatribygg i Levanger, og jeg la ned grunnsteinen for nybygget på Martina Hansens Hospital og tok det første spadesticket for det nye sykehuset i Stavanger.

Nye og oppgraderte bygg gir store muligheter for å organisere tjenesten på en bedre måte – til det beste for både pasienten og de ansatte.

Det nye sykehuset som bygges i Stavanger er kåret til verdens beste digitale byggeprosjekt. Prosjektet vant på grunn av sine digitale løsninger, og for å la leverandører, snekkere, sykepleiere, leger og pasienter teste løsningene før bygging. Det er mulig med 3D-teknologi. Og, det betyr bedre tjenester og færre feil når sykehuset står ferdig.

### **De langsiktige IKT-prosjektene**

Det jobbes godt med å få på plass solide og fleksible teknologiske løsninger som gir oss mulighet til å levere gode, helhetlige digitale helsetjenester. Jeg har forståelse for at disse store teknologiske løftene tar tid. Mange som jobber på sykehusene er utålmodige for å få bedre verktøy.

Her må vi glede oss over de skrittene som er tatt. Dere har jobbet med mange viktige løft i regionene. Og vi må huske på dem vi har tatt i fellesskap, som e-resept, kjernejournal, helseportal og elektronisk meldingsutveksling.

Helsenorge.no er blitt et naturlig referansepunkt for nordmenn. Over 2,3 millioner av landets innbyggere bruker nettsiden til å se på egne helseopplysninger som reseptene sine, journalen sin eller til å ha dialog med helsetjenesten.

Helsenorge.no gjør helse-Norge enklere for den enkelte.

Og det kommer stadig nye tjenester til. Et eksempel fra 2018 er digitalt donorkort i kjernejournalen. Nå er det enklere for pasienter å informere helsetjenestene og sine pårørende om at de ønsker å være organdonor. Her har Helse Sør-Øst ledet an.

Før helgen var det over 100 000 som hadde brukt løsningen. Fredag kveld viste programlederen i Nytt på nytt, Bård Tufte Johansen, seerne hvor lett det er å registrere seg. Pågangen på helsenor.no var så stor etter sendingen, at nettsiden ble overbelastet. Bare i helgen var det 25 000 som registrerte seg som donorer!

Dette er livsviktig for mange. På denne måten skaper vi mening i det totalt meningsløse.

Vi jobber for at helsetjenesten i hele landet kan kommunisere på bedre måter og har gode planer i horisonten.

Én innbygger - én journal skal sikre at pasienter, helsepersonell og forskere har tilgang til informasjonen de trenger. Arbeidet skjer gjennom tre parallelle tiltak:

- Helseplattformen i Midt-Norge vil samle sykehusene og kommunene i én felles journalløsning.
- De andre helseregionene jobber med en felles plan for å videreutvikle journalløsningene sine.
- Kommunene utenfor Midt-Norge jobber for å få mer moderne journalsystemer slik at de blant annet kan samhandle bedre med sykehusene.

### **Å endre måten å jobbe på krever kulturendring**

Dere som jobber på sykehusene bidrar til at vi kan ta i bruk nye digitale løsninger. Det er en stor og viktig omstilling som pågår.

Det krever tydeligere eierskap, ledelse og forankring i organisasjonen for å lykkes med å nå målet om en digital helsetjeneste. Her vet jeg at foretakene allerede er i gang med et betydelig og viktig arbeid.

Ledelsen og ansatte må se nytteverdien av teknologien, og være villige til å jobbe på andre måter. Det betyr å gå på jobb i morgen og gjøre ting annerledes enn i går. Digitale løsninger åpner for at vi kan jobbe på nye måter i helsetjenesten, men de må ikke komme i tillegg. De må erstatte de gamle.

Å lære nye ting er morsomt. Det vanskelige er å slutte med gamle vaner. Men det må til.

## **Helsenæring**

Om ikke lenge vil regjeringen legge frem en stortingsmelding om helsenæring. Den vil vise at for å skape en bærekraftig helsetjeneste må vi få til et tettere samarbeid mellom helsetjenesten og næringslivet om forskning og innovative anskaffelser.

Gevinstene ved et slikt samarbeid vil kunne bli som et kinderegg for Norge:

- Pasientene får et bedre tilbud.
- Helsetjenesten blir mer effektiv og bærekraftig.
- Vi får en fremvekst av en kunnskapsrik næring som sørger for flere norske arbeidsplasser: I beste fall et nytt ben norsk økonomi kan stå på, som vil bidra til å sikre velferden også i fremtiden.

Altfor mange steder mangler det en tradisjon for samarbeid med helsenæringen. Det må endres.

Jeg forventer at alle deler av helsetjenesten legger til rette for at det kan samarbeides med helsenæringen.

For det blir ikke noe kinderegg med mindre vi møter hverandre med et åpent sinn. Skal vi løse noen av utfordringene fremover, må alle gode krefter trå til. Da må vi utnytte den konkurransefordelen det er at vi har en stor felleseid helsetjeneste i Norge som kan samarbeide med en voksende norsk helsenæring

## **Ny nasjonal helse- og sykehusplan**

Arbeidet med en ny Nasjonal helse- og sykehusplan er godt i gang. Den forrige planen tok blant annet for seg viktige avklaringer knyttet til lokalsykehus og den akuttmedisinske kjeden. Hensikten med den nye planen er å videreutvikle pasientens helsetjeneste for å møte fremtidens utfordringer. Da må vi:

- Sikre gode pasientforløp
- Ta i bruk teknologi for å yte helsehjelp på nye måter
- Og sørge for at kompetansen og tiden til dere som jobber i sykehus brukes hensiktsmessig

Den nye nasjonale helse- og sykehusplanen har fem temaer. Pasientens helsetjeneste er fortsatt overbygningen. De andre temaene er samhandling, kompetanse, teknologi og psykisk helsevern.

De regionale utviklingsplanene er viktige innspill til den nye nasjonale helse- og sykehusplanen. I tillegg får vi gode innspill fra bruker- og fagorganisasjonene, kommunene og mange andre. Mine folk i departementet har vært land og strand rundt for å lytte til dere som møter pasientene daglig og som opplever utfordringene tett på kroppen. To rådgivningsgrupper med brukere og fagfolk har også bidratt med mye.

Innspillene er nyttige. De viser at hovedtemaene treffer godt, og bekrefter utfordringsbildet vi har sett. Nå skal vi jobbe videre med dem. Planen legges frem til høsten.

Vi må lære av hverandre

### **Kvalitet og pasientsikkerhet**

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet er fortsatt et av mine overordnede styringsmål.

Helseregionene er bedt om å prioritere dette arbeidet høyt.

Vi kan aldri gardere oss hundre prosent mot uønskede hendelser. All sykehusbehandling er forbundet med risiko. Men vi må ha bedre systemer for å redusere risikoen for hendelser som fører til unødvendig skade på pasientene.

Vi må også ha bedre systemer for å lære av hverandre. Det gjelder ikke bare når ting går galt, men også når ting går bra – når vi får til forbedringer. Slik lærdom må spres, både mellom sykehusene, og internt i sykehusene.

I forskriften for ledelse og kvalitetsforbedring stiller jeg klare krav om at ledere skal ha oversikt over risiko for svikt i egen virksomhet. Ledere skal ta grep for å redusere denne risikoen og sette i gang forbedringstiltak. Det er dere på regionalt og lokalt nivå som kjenner virksomheten best. Arbeidet med pasientsikkerhet gjøres mest effektivt der dere går inn i egne resultater og setter i gang målrettede tiltak.

Det skjer mye bra pasientsikkerhetsarbeid på flere sykehus i dag. Seks sykehus har hatt 25 % reduksjon i andelen pasientskader fra 2012 til 2017. Dette viser at det går an å redusere andelen pasientskader ved systematisk arbeid.

Men de gjennomsnittlige resultatene på nasjonalt nivå endrer seg lite.

Alle sykehusene har elektroniske meldesystemer for uønskede hendelser. Her ligger det viktig kunnskap som ledere må sette seg inn i og bruke aktivt til forbedringer.

Kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet kan også hentes fra de medisinske kvalitetsregistrene. Det nasjonale hoftebruddregistret er et godt eksempel. Registret inneholder data både om implantater, behandlingsresultater og pasientenes opplevelser av den behandlingen de har fått.

Vi får aldri nok kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet. Men vi har mer kunnskap og bedre kunnskap enn noen gang tidligere.

Vår største utfordring er å bruke denne kunnskapen i styrerommene, vaktrommene og pasientrommene.

Teknologi kan være en del av løsningene her. Når hverdagen til helsepersonell blir enklere, åpner det opp for å bruke ressursene der de trengs mest.

### **Ventetider og variasjon**

Korte ventetider er viktig av flere grunner.

- Det er viktig for å unngå at pasienter blir sykere mens de venter
- Det er viktig for at potensielt alvorlige tilstander blir avdekket raskt
- Og så er det viktig for å unngå en todeling av helsetjenesten – lang ventetid i det offentlige kan gjøre private alternativer mer attraktive for de som kan betale for det. Det er en utvikling vi ikke ønsker.

Siden 2013 har den gjennomsnittlige ventetiden i sykehusene gått ned med om lag to uker. I 2018 så vi et lite trendbrudd: Fra 2. tertial 2017 til 2. tertial 2018 økte ventetidene med én dag, til 58 dager. Denne trenden må snus i 2019. Målet om at ventetiden skal under 50 dager innen 2021 står fast.

Når jeg reiser rundt og besøker sykehus og andre institusjoner, blir jeg ofte presentert for prosjekter med veldig gode resultater. Noen har fått til en drastisk reduksjon i ventetider, i antallet brutte pasientavtaler, eller i andelen avviste henvisninger. Andre har klart å redusere omfanget av unødvendig behandling, slik at de kan frigjøre ressurser til å behandle pasienter med større behov.

Stadig flere områder blir inkludert i nasjonalt helseatlas. Vi har økt omfanget av kvalitetsindikatorer, og helseregionene utvikler indikatorer som måler variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse.

Likevel er det fortsatt for mye variasjon i helsetjenesten.

Det oppdaterte helseatlas for dagkirurgi som kom i november er et eksempel på at det er de flinkeste som blir flinkere.

Selv om det totale forbruket av unødvendige tjenester går ned, går faktisk variasjonen opp for mange inngrep.

Det er farligere å være knær og skuldre i noen deler av landet enn andre.

Derfor står styringsmålet om å redusere unødvendig venting og variasjon fortsatt ved lag.

I årets oppdragsdokument ber jeg dere om å identifisere områder der dere har spesielt gode resultater eller stor framgang. Dere skal se på hvilke faktorer som har bidratt til dette, og hvordan disse faktorene kan brukes til å bli bedre på andre områder. Tilsvarende øvelse skal gjennomføres på områder der resultatene *ikke* er gode.

Arbeidet kan være en inngang til forbedringsarbeid på mange områder – enten det dreier seg om ventetider, kvalitet eller kapasitetsutnyttelse. Uønsket variasjon på alle disse områdene er en trussel mot det overordnede målet for pasientens helsetjeneste: At alle skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet.

### **Utfasing av metoder som ikke har dokumentert effekt**

I England har de identifisert 17 kirurgiske metoder som har liten dokumentert effekt, eller der det har kommet bedre og mer skånsomme metoder. Disse 17 metodene brukes i stor grad i helsetjenesten.

På listen står blant annet snorkeoperasjon, en type kneoperasjon og åreknuteoperasjon.

Helse Sør-Øst har sett på bruken av disse kirurgiske metodene i sin helseregion. De har funnet ut at bare i Helse Sør-Øst ville utfasing av disse metodene tilsvare omtrent halvparten av aktivitetsbudsjettet for et stort sykehus som Sykehuset Vestfold.

Å utsette en pasient for en operasjon som har liten eller ingen effekt, betyr at vi utsetter mange pasienter for unødvendig behandling, og dermed unødvendig risiko for skade.

Å operere noen uten at det gir særlig effekt, er også unødvendig ressursbruk. Ressurser som kunne vært brukt til å gi *andre* pasienter med *større* behov et bedre tilbud. Eller brukt til å gi pasienten en behandling som faktisk virker.

Siden Beslutningsforum ble opprettet i 2014, er det innført 93 nye metoder. Men det finnes ingen oversikt over metoder som er avviklet.

System for nye metoder har gjort oss mer oppmerksomme på innføringen av nye medisiner og behandlingsformer. Men vi er for lite kritiske til metoder som ikke har dokumentert effekt eller liten dokumentert effekt, og som må nedprioriteres.

For meg som helseminister er det et paradoks at mange pasienter venter lenge på behandling de aldri skulle ha hatt og som utsetter dem for en betydelig risiko.

Med en utfasing av metoder med liten dokumentert effekt, reduserer vi risikoen for unødvendige skader på pasientene våre.

Vi kan bruke de knappe ressursene i helsetjenesten på pasientene med de største behovene.

Dette er ikke et sparetiltak.

Dette gjør vi for å sikre at ressursene blir brukt på de pasientene som trenger dem mest. Og på de behandlingene som faktisk har effekt.

Jeg gir dere derfor i oppdrag å vurdere om det er metoder som utføres i helsetjenesten i dag, som ikke skal benyttes rutinemessig fremover.

Vi skal selvfølgelig være tilgjengelig for de pasientene som har et reelt behov. Så tror jeg det er lurt å ta utgangspunkt i den jobben som er gjort i England; jeg tror ikke at et kne og et øyelokk er veldig ulikt hos britene enn hos nordmenn.

Kjære alle sammen,

Historien jeg fortalte dere om Kathrine, og hennes vei ut av tvangslidelsen som styrte både hennes og familiens liv, er sterk.

Den rører meg som menneske, og gjør meg samtidig stolt.

Stolt over alle dere i helsetjenesten som ser brukerens behov, og tilpasser og utvikler nye metoder.

Dere sørger for at Kathrine, og mange i samme situasjon, får livene sine tilbake.

Fremover kommer vi til å høre mange historier som Kathrine sin. Historier om enkeltpasienter som opplever smidigheten av et helhetlig pasientforløp. Der det finnes behandling tilpasset akkurat dem.

Vi har fått til mye. Pasientens helsetjeneste er et godt etablert begrep.

Nå skal vi møte fremtiden sammen.

Det betyr at vi må være villige til å løse oppgavene våre på en annen måte i dag enn i går. Endringene må skje raskere. Det betyr å lære av de beste og gjøre det enda bedre selv – uten at det tar 17 år.

Vi må jobbe for at kommuner og sykehus opptre som partnere, med felles ansvar for gode pasientforløp.

Vi skal få mer ut av ressursene vi har. Vi skal bruke ressurser på de riktige tingene.

Brukere, pasienter og pårørende skal oppleve at de er partnere i helsetjenesten.

Vi skal jobbe sammen for at pasientens helsetjeneste blir enda bedre tilrettelagt for den enkelte bruker og pasient.

Dagens Medisin fylte 20 år i fjor høst. Da kåret avisen de mektigste i helse-Norge gjennom de siste 20 årene. Kandidatene bestod av politikere, byråkrater og fagfolk. Det er ikke overraskende.

Om 9 år fyller Dagens Medisin 30 år. Da skal de kanskje igjen lage en slik liste.

Om vi sammen lykkes med arbeidet vårt -

At vi *virkelig* klarer å skape pasientens helsetjeneste

Da håper og tror jeg, at det øverst på listen over de mektigste i Helse-Norge, svart på hvitt i Dagens Medisin, troner ett enkelt ord:

Pasienten