



Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 Dep,  
0030 Oslo

Deres ref.:

Vår ref.: 15/6023

Dato: 3.3.2017

### **Legeforeningens høringsuttalelse NOU2016:25 (Kvinnsland-utvalget)**

Legeforeningen viser til Helse- og omsorgsdepartementets høring av Kvinnsland-utvalgets utredning. God styring, organisering og ledelse av sykehusene er avgjørende for et godt helsevesen. Utvalgets innstilling har vært på bred høring i vår organisasjon. Dette innspillet er utarbeidet på bakgrunn av disse høringsbrevsvarselene og er vedtatt av sentralstyret i møte 16. februar 2016.

Legeforeningen er ikke tilfreds med Kvinnsland-utvalgets mandat og innstilling. Vi hadde forventet at utvalget skulle bidra med gode alternativer til dagens styringssystem. Det er et flertall på Stortinget for å fjerne RHF-modellen, men ingen enighet om alternativ modell. Dette utvalgsarbeidet har dessverre ikke brakt oss nærmere en bedre styringsmodell for sykehusene, en av den offentlige velferdsstatens kjerneoppgaver.

Det sentrale spørsmålet utvalget skulle ha belyst er hvilken innretning som best vil ivareta pasientenes behov i årene som kommer. Et godt svar må ivareta to hensyn; å bøte på manglene i dagens system, og å utruste virksomheten for morgendagen. Eierstyringen og organiseringen av spesialisthelsetjenesten må i størst mulig grad være tilpasset oppgavene som skal løses. Den demografiske utviklingen vi står foran vil kreve endringer i måten vi møter pasientens behov på og hvilke løsninger vi velger. Andelen eldre med flere sykdommer vil utgjøre en enda større del av pasientpopulasjonen. Å legge et økende antall multisyke inn i store høyt spesialiserte sykehus er ikke en hensiktsmessig tilnærming. Tvert i mot vil vi måtte finne løsninger ved en desentralisering av mange av spesialisthelsetjenestene, og i et tettere og mer sømløst samarbeid med primærhelsetjenesten.

### **Legeforeningens viktigste kommentarer til Kvinnsland-utvalgets utredning**

Vi ser behov for endringer i dagens styringsmodell. En endret/justert modell må bidra til:

- Fortsatt regional forankring og samordning
- Helse Sør-Øst deles i tre og at sykehus-Norge organiseres i 6 eller flere regioner
- De lokale sykehusstyrene må bestå
- Reell og lokal beslutningsmyndighet må delegeres nedover til sykehusene og stedlig ledelse innføres i tråd med stortingets vedtak
- Større investeringsbeslutninger om sykehusbygg må løftes opp til Stortinget
- AD-møtene må åpnes for innsyn og protokoll- og referatføres
- Bedre åpenhet, involvering, kvalitet og pasientsikkerhet.
- For å kunne finne gode alternativer til dagens styringsmodell er en ny utredning nødvendig

## **Fortsatt regional forankring og samordning**

Regionaliseringsprinsippet i norsk spesialisthelsetjeneste har røtter tilbake til oppbyggingen av regionssykehusene på 70-tallet. Etter Legeforeningens syn er regionprinsippet viktig å videreføre. Norge er et langstrakt land. Inndeling i regioner gjør det lettere å sikre en desentralisert spesialisthelsetjeneste, i god dialog og samarbeid med helsetjenesten i kommunene. Vi vil sterkt tilrå at en fremtidig organisering også bygger på en regionløsning.

Erfaringene med de regionale helseforetakene har imidlertid vært ulik i de ulike regionene. Den største regionen, Helse Sør-Øst, har erfart flere og mer alvorlige problemer enn de øvrige regionene. Etter Legeforeningens syn må dette ses i sammenheng med regionens størrelse og styringsspenning, men også med organiseringen av de underliggende sykehusene. Tore Tønnes visjon for sykehusreformen var at sykehusene skulle få økt makt og beslutningsmyndighet. Etter reformen har flere sykehus, lokalisert på ulike steder, blitt slått sammen til store sykehuskonstruksjoner. Legeforeningen mener dette har vært en uheldig utvikling. Flere helseregioner vil legge grunnlaget for at man får flere, selvstendige sykehus som kan videreutvikle sin egenart i nær dialog med lokal primærhelsetjeneste.

## **Helse Sør-Øst må deles i tre**

Legeforeningen mener spørsmålet om en deling av Helse Sør-Øst er overmodent og bør være en del av den løsningen man kommer frem til. Vi mener Helse Sør-Øst er blitt for stort, både geografisk, andel av befolkningen det omfatter og organisasjonsmessig med lange lederlinjer og mange store sykehuskonstruksjoner (som omfatter sykehus på flere lokalisasjoner). I dag omfatter Helse Sør-Øst ca. 60 prosent av Norges befolkning. Legeforeningen tilrå at det gjøres en oppdeling av denne helseregionen i tre regioner, og at hovedstaden er en egen region. Mindre regioner kan muliggjøre at flere av sykehusene igjen blir selvstendige, og ikke en del av en større konstruksjon. Det kan også bidra til å løse de velkjente problemene i hovedstadsområdet. Ett viktig prinsipp til nå har vært at alle regioner skal ha et eget regionssykehus, som et sentralt premiss for å kunne ivareta "sørge-for ansvaret for sin befolkning". Legeforeningen har ikke tatt stilling til om dette bør videreføres. Vi mener det er avgjørende er at alle regioner har tilgang til nødvendige regionsfunksjoner. Det er mulig at hensiktsmessige samarbeidsavtaler og gode gjestepasientoppgjør medfører at det ikke lenger er behov for at hver region må ha eget regionssykehus.

- Helse Sør-Øst er for stort og må deles i tre.
- Uansett valg av modell mener vi at alle regioner må ha regionsfunksjoner.
- Legeforeningen ønsker seg ikke tilbake til den tidligere Helse Sør og Helse Øst modellen.

## **De lokale sykehusstyrene må bestå**

Halvparten av utvalget foreslår å fjerne styrene på HF-nivå. Legeforeningen mener dette vil være et skritt i feil retning, da det vil medføre manglende medvirkning, innsyn og offentlighet. Forslaget vil også medføre høyere risiko for at beslutninger tas på sviktende grunnlag. Det vil sementere en uheldig maktkonsentrasjon på regionalt nivå og forsterke overstyringen, og bidra til demokratisk underskudd.

Flere oppgaver og mer myndighet må delegeres nedover, der pasientbehandlingen foregår. Det er ledelsen og de ansatte ved det enkelte sykehus og den enkelte avdeling som har lokalkunnskapen og de beste forutsetningene for å legge til rette for god pasientbehandling. Da må de også ha reell innflytelse i beslutninger som påvirker utviklingen av det lokale tjenestetilbudet. Departementet bør også vurdere å avvikle dagens praksis med styrerepresentanter som sitter med lederfunksjoner i andre helseforetak. Videre bør styrene sikre representasjon fra lokalpolitisk nivå, og fra kommunehelsetjenesten.

## Reell og lokal beslutningsmyndighet til sykehusene, kortere beslutningslinjer og innføring av stedlig ledelse

Legeforeningen har pekt på at viktige beslutninger i dag tas for langt fra pasientene, og at sykehusene må få økt beslutningsmyndighet lokalt. Det er i særlig grad lederne nærmest pasientene som ser behovet for en ny styringsmodell. 74 prosent av sykehuslegene mener at lange beslutningslinjer er et stort problem i dagens modell (survey, Legeforeningen 2016<sup>1</sup>). Det er blitt stadig flere styringsnivåer i sykehusene etter reformen i 2002.

Tabell 8. Hvor mange formelle ledernivåer er det i foretaket?  
Prosentandel (N)

	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2012
Ett nivå	0 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
To nivå	26 %	19 %	6 %	4 %	4 %	0 %	0 %
Tre nivå	59 %	66 %	60 %	57 %	28 %	24 %	6 %
Fire nivå	15 %	13 %	34 %	39 %	60 %	71 %	67 %
Fem nivå	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	6 %	22 %
Seks nivå	0 %	0 %	0 %	0 %	8 %	0 %	6 %
N	(46)	(47)	(35)	(23)	(25)	(17)	(18)

Kilde: Kjekshus, Bernhus (UiO, HERO-rapport 2013)

Ved inngangen til reformåret 2002 var hovedregelen i norske sykehus stedlig ledelse både på avdelingsnivå og overordnet nivå. Majoriteten av sykehusene hadde to eller tre ledernivå. Ti år senere har antallet ledernivå økt til mellom 4 og 6 i det store flertallet av norske sykehus. Legeforeningen anser denne endringen som en viktig forklaring på økt avstand mellom ledelsen og behandlingsnivået. Denne økte avstanden kan bidra til dårligere organisering og et svekket tjenestetilbud. Stortinget vedtok stedlig ledelse som førende prinsipp i nasjonal helse- og sykehusplan (2016). Reell stedlig ledelse lar seg ikke gjennomføre i foretak bestående av mange større sykehus. For Legeforeningen er ikke betydningen av stedlig ledelse begrenset til ansattes arbeidsmiljø. Tvert i mot er det viktigste hensynet ivaretagelse av et aktivt og effektivt nivå for koordinering av de ulike faggruppene og ressursene som inngår i behandlingsforløpet, herunder koordinering mot den øvrige helsetjenesten. Legeforeningen vil derfor understreke betydningen av stedlig ledelse i et pasientforløpsperspektiv.

Utviklingen etter årtusenskiftet har bedret samhandlingen i regionene. Men det har også bragt med seg lite hensiktsmessige effekter. Både lokalsamfunn, den øvrige helsetjeneste og ansatte i sykehusene savner kontakt og innflytelse på avgjørelsene som fattes i de øverste ledd. Det har utviklet seg en styringsideologi i de regionale helseforetakene der de, over tid, både har tiltatt seg en mer politisk rolle og økt detaljstyringen av sykehusene – stikk i strid med reformens intensjoner.

Våre medlemmers erfaring tilsier at korte linjer fra der helsetjenestene utøves til der bestemmelsene tas, gir kvalitet og resultat. Tilbakemeldingene fra våre fagmiljøer er at reformen ikke har medført noen reell desentralisering og delegering av styring og ledelse. I stedet har pasientnære lederes autonomi og beslutningsmyndighet blitt betydelig innskrenket.

### AD-møtene må åpnes for innsyn og protokoll- og referatføres

I etterkant av Kvinnsland-utvalgets rapport har AD-møtene blitt problematisert fra flere hold. Legeforeningen mener det er store prinsipielle utfordringer med AD-møtets funksjon. Det er både uheldig og kritikkverdig at denne møtearenaen mellom de fire RHF-direktørene ikke er åpne for innsyn. Det er i dag ikke mulig å vite hvilke beslutninger som fattes i disse møtene og det er ingen balansert representasjon på vegne av nivåene nedover i styringskjeden. RHF-direktørene har allerede betydelig formell makt gjennom Beslutningsforum. Med utvalgets forslag sementeres en uheldig maktkonsentrasjon på sentralt nivå og forsterker overstyringen.

Åpenhet og medvirkning er viktig for styringen av sykehusene. Skal spesialisthelsetjenesten være kjennetegnet av transparente beslutninger må AD-møtene åpnes for innsyn ved protokoll- og referatføring.

Nasjonale selskapsdannelser utfordrer også mulighetene for medbestemmelse for brukerne av de tjenester som selskapene skal levere. Det er de ansatte i helseforetakene som her er brukerne, men de ansatte i helseforetakene har ingen innflytelse over driften av disse selskapene. Legeforeningen mener det trengs en gjennomgang av hvordan arbeidstakerorganisasjonene kan sikres reell medbestemmelse i de nasjonale selskapene.

### **En endret modell må bedre ivareta større investeringer i infrastruktur**

Dagens modell og praktiseringen av den har vist seg utilstrekkelig for å håndtere større investeringer i infrastruktur. Investeringer i sykehusbygg og medisinsk teknisk utstyr er blitt en salderingspost og etterslepet øker<sup>2</sup>. Dette har negative konsekvenser for pasientsikkerheten, effektiviteten og arbeidsmiljøet ved sykehusene. Etterslepet er for stort til at sykehusene klarer å ta investeringene gjennom overskudd på drift, uten at det går ut over pasienttilbudet. Sykehusene skulle i dagens modell sikres økonomi som skulle gjøre det mulig å ivareta utstyr og kapital. Slik har det ikke blitt.

I stedet har vi fått et system der man må ha overskudd på drift for å kunne investere. Dagens system medfører videre at omkostningene ved nye sykehusbygg gjør at de andre sykehusene i regionen ikke får tilstrekkelige midler til vedlikehold, ombygninger og nytt medisinsk teknisk utstyr. Legeforeningen mener derfor at større beslutninger om nye sykehusbygg bør løftes opp til nasjonalt nivå og avgjøres av Stortinget.

Helseøkonom og professor Jon Magnussen har drøftet flere alternative måter å bedre ivareta investeringer i sykehusene<sup>3</sup>. Disse alternativene bør etter vårt syn utredes nærmere. Hensikten bak en endring må bl.a. være å sikre en bedre allokering av de totale rammer mellom drift og investering, bedre allokering mellom alternative investeringsprosjekter, og bedre politisk styring og legitimitet for investeringsbeslutningene.

### **Fremtidig regionreform**

Legeforeningen tilrår at innretningen av statens eierskap utvikles ved at en viderefører et regionalt prinsipp, men at antallet regioner økes fra dagens 4 til 6 eller flere. Legeforeningen mener det vil være hensiktsmessig at arbeidet med en slik reorganisering av spesialisthelsetjenesten koordineres med arbeidet med en ny regionreform. En samordning kan muligjøre en utvikling i retning av at større deler av helsetilbudet organiseres fra samme nivå.

Nasjonal koordinering regionene i mellom har i dag delvis vært ivaretatt av departement og direktorat, og delvis i uformelle møter mellom RHF-direktørene. En reorganisering med flere regioner vil styrke behovet for en mekanisme for nasjonal koordinering. Dette kan skje ved at flere oppgaver tillegges et direktorat, eller ved at samarbeidet mellom regionene utvikles og formaliseres.

### **En ny utredning er nødvendig**

Spesialisthelsetjenesten er en av velferdsstatens kjerneoppgaver. Statens eierskap til spesialisthelsetjenesten bør derfor være gjenstand for en kontinuerlig debatt og utvikling. Eierskapet må innrettes slik at sykehusene gis reell og økt beslutningsmyndighet. Det er viktig at innretningen sikrer et godt regionalt og lokalt sykehus tilbud, og at systemet for investeringer i sykehussektoren forbedres.

Statens eierskapsutøvelse må vurderes i lys av en fremtidig region-reform. Dette er ikke belyst av utvalget. Utvalgets arbeid bør derfor følges opp med utredning med åpent mandat som inkluderer dette viktige perspektivet, før Stortinget fatter en prinsippbeslutning om fremtidig organisering og styring av spesialisthelsetjenesten.

Med hilsen  
Den norske legeforening



Geir Riise  
generalsekretær



Jorunn Fryjordet  
avdelingsdirektør

Anders Vollen  
saksbehandler

Fotnoter:

<sup>1</sup> Se kap. 2 i Jon Magnussen, Jan Frich, Karsten Vrangbæk, Pål Martinussen *Mellom Politikk og Administrasjon* 2016.

<sup>2</sup> Se McKinsey rapporter *Investeringer i spesialisthelsetjenesten* 2011 og 2013, undersøkelse av Riksrevisjonen 2010-11, og RIFs *State of The Nation* 2015.

<sup>3</sup> Se kap. 5 i Jon Magnussen, Jan Frich, Karsten Vrangbæk, Pål Martinussen *Mellom Politikk og Administrasjon* 2016.

Vedlegg:

Jon Magnussen, Jan Frich, Karsten Vrangbæk, Pål Martinussen *Mellom Politikk og Administrasjon* 2016.