

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET (HOD)
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref:

Vår ref:
23/04312-12

Saksbehandler:
Knut Thomas Sjølie

Dato:
29.06.2023

Ahus' høringsvar, NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse

Viser til deres invitasjon til å bidra med høringsinnspill av 27.5.2023. Dokumentet har vært på bred høring internt på Ahus, og våre tilbakemeldinger følger i dette dokumentet.

Vedlagt følger også Ahus Brukerutvalgs selvstendige høringsinnspill.

Vedrørende kapittel 2.1.3 om medbestemmelse for den samiske befolkningen: Det virker urimelig å ha krav om én samisk styrerepresentant i alle regionale foretaksstyrer. Dette vil i så fall kunne gi en skjev representasjon som er uforholdsmessig ut fra denne befolkningens størrelse. Flertallets forslag bør utredes grundigere for å sikre ivaretagelse av samene og andre minoriteter på en balansert måte.

Utvalget foreslår i kapittel 5.8.1 en lovpålagt plikt til å inngå avtale med kommuner og fylkeskommunen i opptaksområdet om medvirkning. Ahus anerkjenner behovet for demokratisk involvering i utviklingen av spesialisthelsetjenesten, men er usikker på dette forslaget er hensiktsmessig. Sykehusene er først og fremst leverandører av helsetjenester. Avstandene og oppgavedelingen mellom sykehusene gjør at det ikke er et én til én forhold mellom beslutninger i helseforetakene og de behovene kommuner og fylker spiller inn til beslutningsprosessene. For Ahus er det tre fylker, 21 kommuner og tre bydeler som ville inngått i et slikt avtaleunivers. I tillegg er det funksjons- og oppgavefordeling for hele opptaksområdet mellom Ahus og Oslo universitetssykehus HF.

Samarbeid mellom helseforetakene, kommuner og bydeler er allerede formalisert i Helsefellesskapene. Her møtes representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Ved å avtalefeste ytterligere medvirkning på dette nivået, risikerer man å skape mer kompliserte beslutningsprosesser. De regionale helseforetakene er etter Ahus' vurdering bedre organisert for å ivareta komplekse medvirkningsprosesser før beslutninger. Den demokratiske kontrollen

Postadresse:
Akershus universitetssykehus HF
Postboks 1000
1478 LØRENSKOG

Besøksadresse:
Sykehusveien 25, Nordbyhagen

Telefon: +47 67 96 00 00
E-post: postmottak@ahus.no

Bank: 8601.71.65447
Org.nr: 983 971 636

med det lokale sykehuset kan ivaretas i styringslogikken mellom det regionale helseforetaket og helseforetaket.

Ahus støtter utvalgets forslag i kapittel 5.8.1 om at forventningene til god dialog blir formalisert ved en presisering i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e av kravene til helseforetakenes samarbeid med andre, alternativt ved endringer i vedtekter.

Ahus støtter utvalgets forslag i kapittel 5.8.2 om standardisert opplæring av styremedlemmer. En slik opplæring kan være med å sikre tilstrekkelig kompetanse i styrene som omtalt i kapittelet om styrenes kompetanse. Samtidig kan en generell opplæring av styremedlemmene bidra til økt demokratisk kontroll ved at et bredere lag av befolkningen kan anses som kompetente til plass i helseforetakenes styrer.

Ahus støtter utvalgets vurdering i kapittel 6.6.1 «samhandlingsbudsjetter», om at dagens todelte finansiering av helseforetak og kommuner ikke i tilstrekkelig grad understøtter samhandling mellom de to nivåene. Ulike finansieringsordninger skaper utfordringer med å gå over fra prosjekter til etablering av nye tjenester eller nye måter å levere tjenester på. Mange prosjekter er finansiert med samhandlingsmidler (såkornmidler) eller eksterne midler. Det oppleves som krevende å finne finansiering til videre drift i de lokale budsjettprosessene i henholdsvis kommuner og helseforetak. Det er et strukturelt problem som helsefelleskapene ikke kan løse alene. I hvert prosjekt jobbes det målrettet med å forankre nye tjenester i lederlinjene, samt identifisere og løse andre hindre for etablering av en ny tjeneste, for å gjøre overgangen enklere. Vi mener at utvalgets forslag om å innføre samhandlingsbudsjetter for kommuner og helseforetak kan være en god løsning på dette. Dette forutsatt at midlene øremerkes til ordinær drift og bredding av nye tjenester som helsefelleskapet har besluttet i fellesskap. Det er trolig hensiktsmessig, slik det foreslås, å legge ansvaret for budsjettet til helseforetaket fordi kommunene er mange organisasjoner, og det kan komplisere prosessene hvis en enkeltkommune skal få ansvaret. Tydelige retningslinjer om utforming av samhandlingsbudsjett kan bidra til å styrke samarbeidet om god tjenesteutvikling til på tvers av nivåene.

Vedrørende kapittel 6.6.2 «betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter»: Ahus vurderer at fjerning av betalingsplikten nå kan føre til at andelen utskrivningsklare pasienter og antall utskrivningsdøgn øker. Det påvirker den enkelte pasients helse- og livskvalitet å bli liggende for lenge på sykehus. Dette gjelder særlig sårbare pasienter som trenger stabilitet, trygge og skjermede omgivelser, høyere sikkerhetsnivå og mulighet for persontilpassede aktiviteter. Dette har ikke Ahus mulighet for å tilby over lengre tid. Mange i denne pasientgruppen blir også mer urolige av å oppholde seg i en hektisk sykehusavdeling. Ahus foreslår å øke døgnprisen til et nivå som stimulerer kommunene til å planlegge for bufferkapasitet.

Det er behov for tydeligere nasjonale veiledere og grunnstandarder av prinsipiell art for etablering av tjenester på tvers av spesialist- og kommunehelsetjeneste som omtalt i kapittel 6.6.3. Det bør sikres at slike veiledere og standarder ikke bidrar til økt detaljstyring. Ahus mener medvirkning fra ansatte og tillitsvalgte i helsefelleskapene bør ivaretas i den enkelte virksomhet.

Vedrørende kapittel 6.6.4 «Faglig samarbeid, kommunikasjon og IKT»: Ahus opplever mangel på felles IKT-løsninger som understøtter deling av informasjon på tvers av omsorgsnivåer og helselogistikk, som et hinder for effektiv samhandling. Det er behov for felles elektroniske behandlingsplaner og deling av data; både for god oppfølging av den enkelte pasient og for løpende evaluering av tjenesten. Videre blir overgangene mellom sykehus og kommune mer krevende når det brukes ulike leverandører for verktøy og utstyr til digital hjemmeoppfølging. Slike løsninger bør utvikles i tråd med et regelverk som ivaretar innbyggernes behov, både for helsetjenester og personvern. Dagens lovverk på dette området oppleves ikke som tilstrekkelig robust for å sikre gode samhandlingsløsninger på tvers av organisasjoner.

Ahus ønsker en tydeligere føring om samarbeid om tilgjengelighet på tvers av behandlingsnivåene. Travle perioder i sykehusene er gjerne travle også i primærhelsetjenesten. Både på kort og lang sikt kunne vi tenke oss en felles enighet om årshjul for aktivitet mellom kommuner og helseforetak.

Vedrørende kapittel 7 «finansiering av sykehusbygg»: Forslaget om å redusere kravet til egenkapital ved nye sykehusbygg fra 30 til 10 % virker fornuftig. Slik situasjonen er nå, opplever pasienter og ansatte at man skal spare på ressursbruken i dag for å få råd til å bygge noe i fremtiden. Ved å redusere kravet til egenkapital, blir det ikke mer penger totalt, men dagens penger går i større grad til å hjelpe dagens pasienter. Ahus mener dette kan være enklere å forstå både for pasienter og ansatte. Ahus mener det er viktig å ta inn over seg Helsepersonellkomisjonens poeng om at det er personell som vil være knapphetsfaktoren fremover. Det bør sikres investeringer som kan fjerne flaskehals, øke produktivitet og redusere driftsutgifter, herunder redusere behov for personell, allerede i dag.

Utvalget foreslår videre å endre inntektsfordelingen til de regionale helseforetakene slik at helseforetakene får dekket 75 prosent av sine faktiske regnskapsførte avskrivningskostnader. Sammen med et redusert krav til egenkapital ved sykehusbygg vil dette kunne gi en nødvendig stimulans til økte investeringer. Gitt at den samlede inntektsrammen er uendret, vil en slik kompensasjon for avskrivninger likevel indirekte stille generelle og økte krav til effektivisering av tjenesten ved at andelen inntekter til å dekke øvrige kostnader blir mindre. I dag blir slike effektiviseringskrav definert på foretaks- og prosjektnivå innenfor en samlet inntektsramme, hvor de konkrete investeringer ved et foretak forventes å gi effekter for driften ved samme foretak. En modell som foreslått vil kunne treffe mer vilkårlig, hvor økte avskrivningskostnader ved andre foretak gir lavere inntekter hos de som av ulike årsaker ikke har investert eller kan investere i nye bygg eller utstyr. Dersom en modell med kompensasjon for avskrivningskostnader skal innføres, mener Ahus dette i stedet bør gjøres ved at en andel av lånet for store byggeprosjekter gis i form av et statlig tilskudd. Dette tilskuddet kan helseforetaket inntektsføre over byggets levetid som en reduksjon av de årlige avskrivningskostnadene. Dermed gis en direkte stimulans til investeringer ved at den årlig netto regnskapsførte kostnaden blir lavere, uten en tilsvarende skjevfordeling for foretak som ikke investerer. Ved byggingen av Nye Ahus fikk foretaket gjennom byggeperioden et slikt statlig tilskudd, hvor en andel av dette fortsatt inntektsføres årlig og gir en reduksjon av avskrivningskostnadene.

I omtalen av finansiering og planlegging av sykehusbygg ser det ut som om den nære samhandlingen med universitets- og høyskolesektoren har fått minimal oppmerksomhet. Denne sektoren er kun omtalt kort på sidene 123-125 inkl. 7.4.5 «Universitetsareal i sykehusene», og da med innretning på at dagens situasjon er statisk. Ahus mener dette er gal antagelse, da vi har oppdrag om å utdanne flere innen mange ulike helsepersonellgrupper. Vi må derfor legge til grunn at bredden i sektorsamarbeidet mellom helseforetakene og universitets- og høyskolesektoren vil øke betydelig. Forventet økning i utdanningskapasitet for helsepersonell fremover gjør også at det må tas høyde for areal til dette i sykehusbyggene, og Ahus mener utvalget i større grad burde vurdert tiltak for å sikre finansiering av arealer til å utdanne fremtidens helsepersonell, blant annet bør det utredes modeller for samfinansiering mellom HOD og KD. Universitetssykehusene er heller ikke omtalt spesielt i dokumentet. Disses rolle som nav for forskning og innovasjon i helsetjenesten krever også areal i sykehusbyggene. Vi håper at denne viktige tematikken ivaretas i oppfølgingen av utredningen.

Ahus mener forslaget om overgang til rammefinansiering som hovedmodell bør utredes ytterligere. Det er flere grunner til dette. For det første er helseforetakene svært ulike med hensyn til befolkningens sammensetning og behov for helsetjenester, hvor noen sykehusområder har en økning i behovet, mens andre kan ha en nedgang. Det er en risiko for at en overgang til rammefinansiering som hovedmodell vil kunne bli for statisk, og ikke raskt nok kompenserer for slike vridninger i behov. For det andre har de variable inntektene en sentral rolle i helseforetakenes som grunnlag for dynamisk omfordeling i de interne økonomimodellene. Dette innebærer at fagområder som får større pasienttilstrømning enn planlagt også vil få økte inntekter, og dermed mulighet til å styrke sin bemanning. Tilsvarende vil fagområder med lavere aktivitet få ansvaret med å tilpasse ressursbruken til et lavere nivå. En slik intern omfordeling av ressurser i foretakene vil bli mer byråkratisk og etterskuddsbasert uten en andel variable inntekter. Et tredje forhold som må vurderes er hvordan oppgavefordelingen mellom helseforetak skal ivaretas ved en overgang til rammefinansiering som hovedmodell. I dag gjøres dette opp gjennom et månedlig gjestepasientoppgjør, som er basert på innsatsstyrt finansiering. Til slutt vil vi også peke på risikoen for at kvaliteten på registreringen av pasientbehandlingen over tid vil kunne bli dårligere dersom det ikke er knyttet inntekter til en korrekt og komplett aktivitetsregistrering. Denne registreringen er igjen grunnlaget for dagens fordeling av økonomiske rammer mellom regioner og foretak.

Dersom rammefinansiering som hovedmodell skal innføres, bør det vurderes om en slik modell skal ha noen kompenserende mekanismer for å ivareta de ovenfor nevnte momenter. En endring til rammefinansiering bør følges opp med en gjennomgang av retningslinjer, veiledere og ulike rettigheter, slik at sykehusene styres gjennom færre, prinsipielle føringer.

Ahus støtter utvalgets vurdering i kapittel 8.3.3 om at retten til å velge behandlingssted er en sentral pasientrettighet. Samtidig bør individets ønsker vektet mot hele pasientpopulasjonens behov. Spesialisthelsetjenester er et begrenset gode. Ahus mener det er viktig å sikre effektiv utnyttelse av dette godet til beste for befolkningen. Fremveksten av private helseforsikringer og helsetjenester bør reguleres på en måte som sikrer befolkningen et tilstrekkelig beredskapsnivå i hele sektoren samlet. Dette kan løses

ved å stille krav til de private aktørene om hva slags tjenester de får lov å tilby og at de må bidra til å dekke det totale behovet for vaktberedskap.

Ahus kjenner seg igjen i utvalgets beskrivelse av et stort rapporteringstrykk. Ahus er enig i at bruk av data fra de kliniske systemene kan kompensere for manuelle rapporteringsrutiner. Det bør utredes nærmere om en slik tilnærming faktisk fører til et behov for å standardisere tekster og bruk av kodeverk for å sikre tilfredsstillende rapporteringskilder. Kan det være mulighet for at nye språkmotorer og AI kan kompensere for dette behovet? Ahus mener at «bør ha stor bevissthet om» ikke er tilstrekkelig for å iverksette en tillitsreform. Vi støtter således utvalgets konklusjon om at det må være en systematikk som ligger til grunn for å redusere det totale rapporteringsomfanget. Innføring av kliniske fagrevisjoner fremstår isolert sett som et fornuftig virkemiddel for å kartlegge graden av samsvar mellom virksomhetens rutiner, praksis og definerte krav. Det å innføre en ny kontrollfunksjon kan like fullt oppleves som et uttrykk for manglende tillit, og således være i konflikt med regjeringens tillitsreformambisjoner.

Det fremgår av kapittel 10.5 at er det er et ønske om kortere lederlinjer og begrenset lederspenn for den enkelte leder. Utvalget konkluderer med at jo mindre lederspennet er, jo flere ledernivåer vil være nødvendig.

Utvalget definerer ikke hva et «for stort lederspenn» er. Ahus mener må tas hensyn til hvordan kontrollspenn påvirkes av at ledere kan ha medarbeidere som jobber til ulike tider på døgnet, på ulike tjenestesteder, eller at det er andre variasjoner i medarbeidergruppen som vil kunne påvirke kontrollspennet til leder.

Ahus er enig i at dagens krav til enhetlig ledelse i sykehusene videreføres. Videre er Ahus enig i vurderingen om at det bør legges til grunn en vid forståelse av kravet om enhetlig ledelse for å ivareta helseforetakenes autonomi. Det er en viktig avklaring at bruk av tverrgående organisering, koordinator, matriseorganisering og etablering av team mv. ikke er i strid med enhetlig ledelse. Ahus etterlyser en presisering på hva som menes med andre ledelsesformer i rapporten. Ahus stiller seg bak at det er et viktig signal og en forutsetning at det legges til rette for at ledere skal bruke tiden sin på ledelse som fag, og at det legges til rette for samarbeid mellom ledere og lederteam.

NOU2023:8 Fellesskapets sykehus har skapt engasjement og gitt grobunn for flere nyttige diskusjoner om driften av Akershus universitetssykehus HF fremover. Vi ser frem til det videre arbeidet med å realisere flere av de tiltakene og endringsprosessene som skisseres i dokumentet.

Med hilsen
Akershus universitetssykehus HF

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Knut Thomas Sjølie
Spesialrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent