

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8001 Dep

0030 OSLO

<b>Deres ref:</b>	<b>Vår ref:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Dato:</b>
	2017/2 15192/2017	Stein Tore Nilsen	22.02.2017

### **Høring – NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten**

Det vises til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 5. desember 2016, der det blir invitert til å gi uttalelse til forslaget i NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. I oversendingen til Helse Vest ble det bedt om videresendelse til helseforetakene. Helse Vest RHF har ikke lagt opp til å gi en samlet høringsuttalelse fra foretaksgruppen, men åpnet for at helseforetakene gir sine egne høringsuttalelser.

### **Oppsummering**

*Det er styret i Helse Stavangers vurdering at mye av den kritikken som er reist i debatten om dagens modell ikke er berettiget. Styret i Helse Stavanger finner utvalgets foreslåtte modell 4, hvor foretakene ikke er egne rettssubjekter, lite aktuell. Av de 3 modeller som er gitt i mandatet fremstår modell 3 - Nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene, som det beste. Men også dette må utredes videre i forhold til innvendinger som kommer frem i rapporten i forhold til en slik modell.*

*Styret i Helse Stavanger ser at dagens modell kan videreføres og understreker at denne modellen har potensiale for fortsatt kontinuerlig forbedring, da sett spesielt opp mot forslagene i utvalgets modell 3. En stor omlegging av styringsmodellen vil uansett om den er rett eller gal, gi flere år med betydelige omstillingskostnader.*

*Styret er også bekymret for at det kan bli for stor avstand og for mye sentralisering av spesialisthelsetjenesten, slik at styringen ikke blir i tilstrekkelig grad i forhold til behovene som finnes lokalt, slik at pasientens helsetjeneste ikke blir godt nok ivaretatt. Videre er styret i Helse Stavanger opptatt av å ivareta medarbeidernes muligheter til påvirkning og medbestemmelse.*

*Uansett modell som velges, mener styret det er viktig å definere klare roller og beslutningsfullmaktsnivå, samt sørge for insentiver til god kvalitet og effektiv drift.*

## Generelle kommentarer

Kapittel 3 og 4 gir en god gjennomgang av helseforetaksmodellen og gir et godt bilde av de erfaringene som er gjort gjennom de 15 årene modellen har virket.

Det sentrale utgangspunktet for utredningen er om endringer i organisering og styring av spesialisthelsetjenesten vil kunne gi et enda bedre grunnlag for å utvikle tjenesten og med det kunne gi ytterligere resultat. Dette spørsmålet vil være nært knyttet til hva som er utfordringsbildet og hvilke problem og utfordringer en ønsker å løse. Når dette er definert, vil det neste spørsmålet være om endringer i organisering vil være et egnet virkemiddel for å møte disse utfordringene/problemene.

Det er styrets vurdering at både mandatet og utredningen er noe utydelig på hvilke utfordringer og problem som skal danne grunnlag for vurderingen av om en endring i organisering og styring er et riktig virkemiddel. Dette selv om både mandatet og utredningen trekker opp en rekke sentrale og aktuelle problemstillinger og i tillegg peker på vesentlige deler av den kritikken som er blitt rettet mot modellen fra ulike grupperinger.

Sentrale endringer som er gjennomført av regjeringen de siste årene, noe som også blir trukket frem av statsråden i sykehustalen i 2017:

- Gjennom nasjonal helse- og sykehusplan har regjeringen etablert en sterkere demokratisk forankring av styringen av spesialisthelsetjenesten.
- Kravet om utarbeidelse av utviklingsplaner i tråd med nasjonal føringer.
- Etableringen av nasjonale foretak for IKT, bygg og innkjøp – noe som legger til rette for mer nasjonal styring og samordning.
- Profesjonalisering av styrene.
- Etablering av en praksis der viktige saker blir lagt fram for beslutning av statsråden i foretaksmøtet, f.eks. nedlegging av sykehus og framtidig sykehusstruktur i hovedstadsområdet.

Utvalget sin oppgave er å vurdere om spesialisthelsetjenesten kan bli bedre ved å velge en annen organisatorisk løsning. Som bakgrunn for vurderingen har utvalget i kapittel 6 drøftet det utfordringsbildet sektoren står overfor. Utvalget trekker særlig frem følgende tema:

- Økt behov og høy endringstakt
- Nasjonal helse- og sykehusplan
- Rettighetslovgivningen
- IKT-området
- Ledelse og intern organisering.

Styret deler utvalgets vurderinger om utfordringsbildet, og er enig med utvalget når det i punkt 6.2.3 blir understreket at de utfordringene og tiltak som følger av Nasjonal helse- og sykehusplan ikke krever en bestemt organisatorisk løsning.

Manglende nasjonal samordning innenfor IKT-området er en utfordring, og det er behov for bedre nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet. Det er i utredningen påpekt at Helse Vest RHF er kommet lengst på dette området, og styret mener de erfaringene som er høstet må legges til grunn for videre utvikling av området.

I tillegg til organiseringen vurderes i utredningen en rekke andre forhold, som det er redegjort for. Bortsett fra forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling (FDVU) av sykehusets bygningsmasse; finner vi ikke grunn for å gå inn på vurderingene her, de baserer seg på fakta som det er redegjort for. Imidlertid stiller styret seg noe spørrende til om de organisatoriske endringene som er løftet frem i mandatet, er det riktige virkemiddel for å møte de utfordringene som utvalget har fremhevet og drøftet i kapittel 6.

### **Eiendomsforvaltning**

Underfinansiering av vedlikehold av sykehusenes eiendomsmasse over tid er en erkjent og veldokumentert problemstilling som varierer i styrke, men som de fleste sykehus sliter med. Utredningen reiser også problemet med en manglende profesjonalisering innen FDVU-miljøene på sykehusene. Dette er en problemstilling som er langt dårligere dokumentert og begrunnet enn underfinansieringsproblematikken. Det nærmeste en kommer en konkret begrunnelse er hypotesen om at et stort fagmiljø er bedre enn mindre fagmiljø. Det er lett å være enig i at små fagmiljøer kan være sårbare, har vanskelig for å opprettholde kompetanse over tid – og har en rekrutteringsutfordring. Det som savnes i utredningen er en refleksjon over hvor stort et fagmiljø må være for å kunne fremstå som profesjonelt med rett kompetanse og leveringsdyktighet.

Løsningen på vedlikeholdsetterslep angis å være organisering av FDVU på regionalt/nasjonalt nivå gjennom et eget eiendomsforvaltningsselskap. Dette vil da komme istedenfor dagens foretaksvise organisering. I denne løsningen ligger også å innføre kostnadsdekkende internhusleie. Dette vil klart og tydelig skille rollene som eier og leietaker. Vår vurdering er at en modell for kostnadsdekkende internhusleie er et prinsipp som er riktig og godt, hvis det her menes en leie som har som formål å være verdibevarende. En ordning med husleie som også skal innbefatte vedlikeholdsetterslepet, vil føre til husleier som langt vil overstige det som ellers finnes i eiendomsmarkedet. Hvis dette skal dekkes av driften vil det også føre til mindre ressurser til pasientbehandling. Behov for økte ressurser på eiendomsområdet vil måtte kompenseres på annen måte enn å ta ned ressurser til pasientbehandling.

Det angis i utredningen at en av hovedfordelene ved å lage regional/nasjonal organisasjon er å styrke fagmiljøet. Det er i utgangspunktet en rimelig antagelse. Denne antakelsen burde likevel blitt gjenstand for en nærmere undersøkelse og drøfting. Det enkle spørsmålet er; hvor stor er den kritiske masse for å kunne utføre en profesjonell funksjon innen FDVU? Og i forlengelsen av dette; hvor går grensen for stordriftsulemper? Dette er spørsmål som vi ikke finner svar på i utredningen.

Det på sin plass å minne om at forslagene som anbefales vil innebære at beslutninger tas bort fra sykehusene og sykehusledelsen. Manøvreringsrommet som nå er lokalt forankret vil, med de skisserte modellene på eiendomsområdet, reduseres betraktelig. Potensialet for salgsgevinster og fleksibilitet både når det gjelder areal og budsjett, vil reduseres eller falle helt bort.

### **Alternativ til dagens organisering**

I kapittel 7 i utredningen er det gitt en omtale og vurdering av de alternative organisasjonsformene som er gitt i mandatet. Modellene er vurdert opp mot ett sett av

kriterier som kan samles under overskriftene legitimitet, effektivitet og kriterier for samhandling og medvirkning.

De tre modellene som var oppgitt i mandatet, har det til felles at de ikke har et regionnivå med formell myndighet. Dette innebærer en ikke ubetydelig sentralisering.

#### Alternativ 1 – De regionale helseforetakene avvikles og helseforetak legges direkte under departementet

Alternativet innebærer at de regionale helseforetakene avvikles, og at helseforetakene legges direkte under departementet. Helseforetakene vil, som i dagens modell, være det utøvende leddet i spesialisthelsetjenesten, og yte spesialisthelsetjenester i sitt geografiske område. Helseforetakene vil være selvstendige rettssubjekter med egne styrer. Alternativet innebærer at det fjernes et ledd i styringslinjen, og departementet utøver direkte eierstyring overfor helseforetakene i foretaksmøte.

Dette alternativet kan i utgangspunktet framstå som en forenkling av styringsmodellen. Alternativet gir færre nivå hvor avgjørelser tas, direkte politisk innflytelse og opprydning i unødvendig byråkrati. Slik sett svarer modellen ut mye av den kritikken som er rettet mot eksisterende modell.

Utvalget peker på at en i denne modellen sikrer at viktige avgjørelser blir brakt til et forvaltningsnivå der statsråden har både full instruksjonsrett og ansvar overfor Stortinget, noe som i neste omgang vil kunne gi økt legitimitet hos de aktørene som i dag etterlyser sterkere politisk styring. På den annen side sikrer dagens regelverk at en lang rekke sentrale spørsmål skal legges frem for departementet.

Utvalget peker på at kontrollspennet for statsråden blir stort i denne modellen, og at det gir stor risiko for at det blir for stort fokus på enkeltsaker og forskyving fra en helhetlig tilnærming til helsepolitikken. Et positivt trekk ved modellen vil kunne være at helseforetakene blir gitt et større handlingsrom.

Styret i Helse Stavanger HF er enige med utvalget når de understreker at departementet vil være lite egnet til å ivareta mange av de oppgavene og ansvaret som de regionale helseforetakene har i dag, og departementet vil aldri kunne sitte på den lokale og regionale kunnskap og forankring som åpenbart er nødvendig for å få til en god styring og utvikling av tjenestene.

Inntektsfordeling fra nasjonalt nivå og helt ut vil bli krevende, og det nasjonale nivå vil vanskelig kunne opparbeide seg den samme innsikt i og kunnskap om lokale forhold som i dag er etablert på regionalt nivå. Modellen vil derfor kunne gi økt risiko for konflikt på tvers av helseforetak og regioner.

Alternativet kommer også dårlig ut i forhold til de tre overordnede kriteriene som utvalget har målt de ulike modellene opp mot. Modellen gir større avstand til avgjørelsene, den fører til sentralisering, den svekker lokalmiljøene sin mulighet til å påvirke avgjørelser. Viktig i denne forbindelse er at de lokale tillitsvalgtes deltagelse og medbestemmelse blir klart svekket.

Samlet sett vurderes modell 1 som lite egnet for å ivareta de utfordringer og den utvikling som helseforetakene vil måtte ha i årene som kommer.

### Alternativ 2 – Departement med sykehusdirektorat til erstatning for de regionale helseforetakene

I dette alternativet avvikles de regionale helseforetakene, og det etableres et sykehusdirektorat som støtte for departementet i styringen av spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene vil, som i dagens modell, være det utøvende leddet i spesialisthelsetjenesten som yter spesialisthelsetjenester i sitt geografiske område. Helseforetakene vil være selvstendige rettssubjekter med egne styrer. Alternativ 2 skiller seg fra alternativ 1 ved at det opprettes et sykehusdirektorat, men de formelle ansvarsforholdene vil være de samme.

Som i alternativ 1 kan det forventes flere omkamper og større pågang fra pressgrupper i både i budsjettprosessen og i enkeltsaker når statsråden har sørge-for-ansvaret, og buffer-rollen som regionale helseforetak har i dag faller bort. Samlet sett mener utvalget at også alternativ 2 kommer dårlig ut vurdert i forhold til effektivitetskriteriene.

De fleste av de innvendingene som er anført i forhold til Alternativ 1, gjelder også for Alternativ 2 som på mange måter fremstår som det dårligste alternativet av de 3 som er utredet i forhold til oppdraget i mandatet. Styret i Helse Stavanger kan ikke anbefale at dette alternativet blir lagt til grunn for den videre utvikling og organisering.

### Alternativ 3 – Nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene

I dette alternativet erstattes de regionale helseforetakene med et nasjonalt helseforetak, som også vil overta sørge-for-ansvaret. Helseforetakene vil, som i dagens modell, være det utøvende leddet i spesialisthelsetjenesten, og yte spesialisthelsetjenester i sitt geografiske område. Helseforetakene vil være selvstendige rettssubjekter med egne styrer.

Bortsett fra at dagens fire regionale helseforetak erstattes med ett nasjonalt helseforetak, vil funksjonsmåte for og konsekvenser av alternativ 3 på mange måter være lik gjeldende organisering med regionale helseforetak. Ansvar og rolle for statsråden og departementet endres i utgangspunktet ikke, og da heller ikke arbeidsmåte og fokus i departementet.

Følgende kan trekkes fram i forhold til effektivitet:

- Beslutnings- og kontrollspennet til ledelsen i det nasjonale helseforetaket blir stort.
- Det nasjonale helseforetaket antas å kunne ivareta planleggingsansvaret på en bedre måte enn i de to andre alternativene.
- Antall beslutningsnivåer reduseres ikke, men det blir færre beslutningstakere og færre beslutningsprosesser, når de fire regionale helseforetakene erstattes av ett nasjonalt selskap.

Utvalget vurderer det også slik at det er minst risiko knyttet til implementeringen av alternativ 3. Modellen har også andre flere fordeler. Særlig tydelig blir det for de mulighetene en slik modell gir for nasjonal samordning. På den annen side vil en innføring av denne modellen kreve betydelig utredninger før den kan innføres på en trygg måte.

Helse Stavanger er enig med utvalget i at en modell med ett nasjonalt helseforetak er å foretrekke blant de alternativene som er gitt i mandatet. Det er også innvendinger mot dette alternativet som innebærer en sentralisering og dermed også påvirkning av gjennomføringskraften. Før evt. implementering av denne modellen, må en også se på innvendingene fra et mindretall i utvalget (side 220-2) og deres forslag om færre foretak (8-12).

#### Alternativ 4 – et alternativ der helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter

Mandatet åpner for at utvalget kan utrede andre alternativer enn de tre som er beskrevet foran. Utvalget har utredet et alternativ 4 der helseforetak ikke lenger er selvstendige rettssubjekter, men blir direkte styrt av regionale helseforetak. Dette innebærer at det ikke lenger vil være styrer på helseforetaksnivå. Virksomheten i dagens regionale helseforetak og helseforetak blir samlet i ett foretaksnivå.

Dette alternativet har som utgangspunkt at de regionale helseforetakene videreføres som selvstendige rettssubjekter. Helseforetakene videreføres også som hensiktsmessige organisatoriske resultatenheter for sykehus, men er i dette alternativet del av samme rettssubjekt som det regionale helseforetaket. Lederne av resultatenheter rapporterer til administrerende direktør i det regionale helseforetaket, og opererer innenfor de fullmakter som er gitt av styret og administrerende direktør. Når helseforetaksnivået ikke lenger har styrer, vil lederne på dette nivået rapportere til det nye helseforetakets administrerende direktør og inngå i ledergruppen i foretaket.

Alternativet legger opp til kortere formelle beslutningslinjer, men avstanden mellom toppledelsen og de underliggende resultatenheter blir ikke kortere. Videre vil dette alternativet medføre en intern fullmaktstruktur hvor det ikke entydig er gitt at dette vil føre til effektivisering og medbestemmelse.

Helseforetakene opphører som selvstendige enheter med egne styrer og den mulighet dette innebærer til lokal medbestemmelse og lokale innspill i beslutningsprosessen. Utvalgets medlemmer har også ulike syn på om helseforetakene bør opprettholdes som egne rettssubjekter.

I stortingsbehandlingen av nasjonal helse- og sykehusplan ble stedlig ledelse løftet fram som et viktig begrep. Komitéen uttaler at stedlig ledelse er et viktig prinsipp, blant annet fordi lange beslutningslinjer resulterer i utydelige ansvarslinjer og usikkerhet, og at målformuleringer og strategier ikke forankres helt ut i sykehusene. Stedlig ledelse er et nødvendig grep for bedre samspill mellom sykehusene. Komitéens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig folkeparti og Venstre, fremmet følgende forslag som fikk tilslutning fra flertallet i Stortinget:

«Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus.»

Styret i Helse Stavanger setter spørsmål med om Alternativ 4 er i tråd med den vekt Stortinget har lagt på stedlig ledelse. En avvikling av styrene i Helseforetakene anbefales ikke og en kan vanskelig se at Alternativ 4 bør legges til grunn i den videre organisering.

## **Regioninndeling**

I kapittel 8 vurderes særskilt Helse Sør-Øst og om det er grunn til å dele opp denne regionen, som er 56% av hele helse Norge. Helse Sør-Øst har en befolkning på 2,8 millioner, 60.000 årsverk og samlet budsjett på 81 milliarder for alle foretak. Utvalget konkluderer med at regionen ikke bør deles opp, vesentlig på grunnlag av den funksjon Oslo Universitetssykehus har i regionen. Det er et tankekors at en anbefaler en så stor region, mens en for mange av forslagene problematiserer størrelse og sentralisering av beslutninger.

Styret i Helse Stavanger vil fremheve kommentarene på side 220-221 (fra medlemmene Bleikelia, Brustad, Carlyle, Gjessing, Haukaas, Grimsgaard, Gåsvatn og Thûrmer), og kommentarene fra medlemmene Bleikelia, Brustad, Carlyle, Gjessing og Haukaas på side 221-222, som har alternative forslag til organisering og antall enheter, samt at de legger til grunn at dette bør utredes videre.

## **Styrets vurderinger**

Det er styrets vurdering at dersom det skal gjøres endringer i styringsmodellen, må det være til en modell som er bedre enn gjeldende modell. Det er ikke åpenbart at de modeller som er foreslått i utredningen, er det. Styret vil også understreke den endringskapasitet og engasjement som finnes i de lokale styrer. De representerer også viktig lokalkunnskap, kontinuitet og komplementær kompetanse, i tillegg til helsekompetansen. For styret er det viktig å ha et klart handlingsrom med klare linjer og roller.

En stor omlegging av styringsmodellen vil uansett om den er rett eller gal, gi flere år med betydelige omstillingskostnader. Det betyr at før man gjør en eventuell omlegging skal man være veldig sikre på at man går rett vei - og at det er organiseringen og ikke andre forhold (økonomisystem, bestillingsmåte, prioriteringer, incentivmodeller) som er problemet. Videre må en ny modell sikre at enheter har kritisk masse og er store nok til å ha ledelsesmessig og faglig tilstrekkelig kompetanse. Disse enhetene må ha store grad av internt selvstyre. Det gir motivasjon og handlekraft og redusert byråkrati.

Styret er bekymret for at det kan bli for stor avstand og for mye sentralisering av spesialisthelsetjenesten, slik at styringen ikke blir i tilstrekkelig grad i forhold til behovene som finnes lokalt, slik at pasientens helsetjeneste ikke blir godt nok ivaretatt. Lokal styring vil kunne gi et engasjement for utvikling av spesialisthelsetjenesten i de lokale foretakene, og som vil kunne formidles til andre regioner/lokasjoner gjennom et godt samarbeid i Helse Norge.

Styret i Helse Stavanger er opptatt av å ivareta medarbeidernes muligheter til påvirkning og medbestemmelse. Faller lokale styrer bort vil det kreve andre fora for informasjon og medvirkning. Styret i Helse Stavanger er bekymret for at disse fora vil kunne fremstå som mindre forpliktende. Det er usikkert om det vil føre til bedre sykehustjenester.

Vi mener at det må være synergieffekter med å utvikle universal teknologi og universale digitale tjenester for både pasienter og i arbeidsprosesser ved en overordnet sentral styring. Dette krever imidlertid en god medvirkning fra dem som skal bruke teknologien og tjenestene, enten det er pasienter eller ansatte.

Styret er opptatt av at det, uansett modell 1,2,3 eller 4, eller dagens modell, må legges klare føringer på hvordan organisasjonsenheter skal spille sammen (avklaring av ansvar og roller), og at en unngår dobbeltrapportering i størst mulig grad.

Styret i Helse Stavanger har ovenfor argumentert for at en finner modell 4 lite aktuell. Av de 3 første modeller som er gitt i mandatet, fremstår modell 3 - Nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene, som det beste. Men også dette må utredes videre i forhold til innvendinger som kommer frem i forhold til en slik modell.

Det er grunner som taler for at dagens modell blir videreført, jfr vurderingen i kapittel 3 og 4. Men også dagens modell må revidere og kontinuerlig forbedres, også her er det behov for utredninger i forhold til de innvendingene som finnes.

For styret i Helse Stavanger HF



Grethe Høiland  
nestleder