

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår saksbehandler: Trude Hagen/Oskar Nilssen
Vår ref.: 894339 (2016_00900)

Vår dato: 27.02.2017

Høringssvar fra Norsk Sykepleierforbund - NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Vi viser til høringsbrev av 05.12.16 vedrørende NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes fremover? (Kvinnsland-utvalget).

Vi har valgt å begrense våre vurderinger til de to alternative modellene som fikk mest støtte i utvalget, dvs en modell med et nasjonalt helseforetak og en modell med regionale helseforetak, men der styreren ved HFene er fjernet. Etter en samlet vurdering har NSF kommet fram til at ingen av disse alternativene framstår som fullverdige. Dersom vi skal velge mellom disse, vil likevel alternativ c) nasjonalt helseforetak være å foretrekke. Denne modellen vil i størst grad legge til rette for helseforetaksreformens intensjon om å myndiggjøre virksomhetene, og sikre lokalt handlingsrom. Den vil samtidig kunne ivareta behovet for nasjonal samordning og styring på viktige områder som IKT, forskning og utdanning. For at en modell med et nasjonalt helseforetak skal fungere, må imidlertid en rekke forutsetninger være tilstede. Disse er nærmere beskrevet mot slutten av vårt høringssvar, under våre samlede vurderinger.

NSF kan ikke gi sin støtte til endringer i styringsmodellen som innebærer at de utøvende virksomhetene, og pasienter og ansatte i spesialisthelsetjenesten og de lokale helseforetakene, mister innflytelse og makt. En modell med et regionalt beslutningsnivå uten helseforetak som selvstendige rettssubjekter, er derfor feil vei å gå og støttes ikke.

NSF mener eventuelle endringer i eierskap og styring av spesialisthelsetjenesten må gi betydelig merverdi for pasienter og ansatte. Etter vår vurdering er det behov for utvikling og endring i styringen og organiseringen av spesialisthelsetjenesten, uavhengig av hvordan eierskapet er organisert. Det er redegjort for dette til slutt i dokumentet.



NORSK SYKEPLEIERFORBUND

Tollbugt. 22
Postboks 456
0104 Oslo

Telefon: 0 24 09
Telefaks: 22 04 32 40
E-post: post@nsf.no

www.nsf.no
Bankgiro: 1600 49 66698
Org.nr: NO 960 893 506 MVA

Faktura adresse:
sykepleierforbundet@invoicedrop.com

Våre vurderinger er basert på følgende kriterier:

- Tydelig og hensiktsmessig fordeling av ansvar og myndighet mellom styringsnivåene
- Effektivitet og legitimitet i beslutningsprosesser
- Ledelse, fag og kvalitet
- Gjennomsiktighet og muligheter for påvirkning, innsyn og kontroll
- Tilgjengelige og likeverdige tjenester uavhengig av bosted
- Ansattes medbestemmelse og ivaretagelse av lønns- og arbeidsvilkår
- Pasienter og brukeres innflytelse på tjenestetilbudet
- Tilgjengelige og likeverdige tjenester uavhengig av bosted
- Samhandling med kommunene
- Samarbeid med høyskoler og universitet

Vurdering av modellene opp mot kriteriene

I mandatet ble utvalget bedt om å utrede følgende modeller:

- a) avvikling av de regionale helseforetakene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet
- b) opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene
- c) opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene
- d) eventuelle andre modeller for organisering av spesialisthelsetjenesten.

Et samlet utvalg vurderer et nasjonalt helseforetak (alternativ c) som det beste av de opplistede alternativene. Under alternativ d) har utvalget valgt å utrede en modell med et regionalt beslutningsnivå som i dag, men uten helseforetak som selvstendige rettssubjekter. Utvalget er delt i synet på om det fortsatt bør være helseforetak med egne styrever. 13 av 16 medlemmer anbefaler en modell med et regionalt beslutningsnivå, fremfor en nasjonal modell. På bakgrunn av dette har vi valgt å begrense våre vurderinger til alternativ c) og d).

Tydelig og hensiktsmessig fordeling av ansvar og myndighet mellom styringsnivåene

Nasjonalt helseforetak	Regionalt beslutningsnivå uten HF som selvstendige rettssubjekter
En modell med ett nasjonalt helseforetak til erstatning for dagens fire regionale helseforetak, vil kunne gi en tydeligere	I denne modellen samles «Sørge-for» ansvaret og driftsansvaret på det regionale nivået. Lederne i resultatene vil

beslutningsstruktur og bedre samsvar mellom det statlige eierskapet og ansvaret for de beslutningene som fattes. Det vil kunne legges til rette for en mer enhetlig styring og prioritering ut mot helseforetakene, og styringen av de felleseide nasjonale helseforetakene og selskapene vil bli enklere¹. Selv om antall beslutningsnivåer og statsrådets konstitusjonelle ansvar ikke endres med denne modellen, vil statsrådets rolle og ansvar likevel kunne fremstå tydeligere både for befolkningen og de ansatte. Statsråden vil kunne komme tettere på både det nasjonale og de underliggende helseforetakene, når eierstyringen skjer fra ett nasjonalt helseforetak. Det kan styrke statsråden og departementets oversikt og mulighet for å prioritere og styre helt ut, men også gjøre det vanskeligere å distansere seg fra vanskelige lokaliseringsdebatter og omstillingsprosesser lokalt. Kontrollspennet i det nasjonale helseforetaket tilsier at det enkelte helseforetak sannsynligvis vil få et større handlingsrom enn i dag. Kontrollspennet kan også gi et behov for å slå sammen helseforetak til færre og større enheter enn i dag. Det kan gi større avstand både fysisk og mentalt mellom styre og administrasjon i helseforetakene, og de enkelte virksomhetene i spesialisthelsetjenesten. Det nasjonale helseforetaket kan velge å opprette regionale administrative avdelinger, som kan ivareta noen av oppgavene som er beskrevet ovenfor. Sentrale, strategiske funksjoner bør imidlertid ligge til den enheten som har sørge-for ansvaret. Det vil innebære at det må bygges opp en administrasjon nasjonalt for å ivareta: • Planlegging og styring, herunder oppgave- og funksjonsfordeling og prioritering av investeringer. • Forvaltning av eierskapet, herunder fordeling av driftsbevilgningen og utarbeiding av oppdragsdokument til helseforetakene. • Oppfølging og kontroll av helseforetakene og formidling av krav fra helsemyndighetene.	rapportere til administrerende direktør i RHFet, og ikke til styret i helseforetaket som i dag. Ansvars- og styringslinjene nedover vil bli kortere, tydeligere og mer direkte i en slik modell. Styret og administrerende direktør i RHFet vil få et større ansvar, og det vil kunne bli tydeligere for befolkningen og ansatte hvem som fatter beslutninger og sitter med ansvaret. Mye tyder på at praksisen i de regionale helseforetakene allerede har utviklet seg i retning av en konsernmodell, med mye kontakt og samarbeid mellom administrerende direktør i RHFet og direktørene i de underliggende HFene. Dette kan undergrave HF-styrenes ansvar og myndighet. Ved å fjerne HFene styrene vil den formelle styringsdialogen kunne bringes i samsvar med etablert praksis. Samtidig vil lederne av de underliggende sykehusgruppene få mer direkte innflytelse på beslutningene regionalt, gjennom å sitte i ledergruppen til administrerende direktør. Modellen forutsetter økt autonomi for det enkelte sykehus, og kan legge til rette for å dele opp dagens helseforetak i flere sykehusgrupper. På den andre siden vil faren for fragmentering av tilbud og pasientforløp, samt hensynet til kontrollspenn for administrerende direktør i RHFet, kunne motvirke en oppdeling i flere sykehusgrupper. Dersom en ledergruppe skal ha en reell strategisk funksjon for hele regionen kan den ikke være for stor. I Helse Sør-Øst vil en slik ledergruppe bestå av 8 ledere med dagens foretaksstruktur. Muligheten for en ytterligere oppdeling vil derfor kunne være begrenset. Resultatet vil da bli en sterk sentralisering av makt og beslutninger på det regionale nivået, heller enn en myndiggjøring av de utøvende virksomhetene.
--	--

¹ Luftambulansetjenesten ANS, Pasientreiser ANS, nødnett HF, Nasjonal IKT HF, Sykehusinnkjøp HF.

- Kjøp av helsetjenester fra private.
- Koordineringsoppgaver knyttet til det lovpålagte ansvaret for forskning og undervisning.

Effektivitet og legitimitet i beslutningsprosesser

Nasjonalt helseforetak	Regionalt beslutningsnivå uten HF som selvstendige rettssubjekter
Antall beslutningsnivåer i denne modellen vil være uendret sammenliknet med dagens modell. Det vil kunne legges til rette for en sterkere grad av nasjonal samordning og styring på viktige områder, og en mer enhetlig utvikling av spesialisthelsetjenesten og bedre ressursutnyttelse. Mye makt vil imidlertid bli samlet hos ett styre og hos en administrerende direktør. Manglende lokalkunnskap kan svekke det nasjonale helseforetakets evne til å ivareta sørge-for ansvaret, mht planlegging og styring for alle deler av landet på en balansert måte. Det gjelder også i beslutninger om oppgave- og funksjonsfordeling, og prioritering av investeringer. Trenden i retning av sentralisering av kompetanse og tilbud kan bli ytterligere forsterket. Dette kan svekke legitimiteten og skape eller gi liv til allerede eksisterende konflikter mellom sentrum-periferi, by og land. Samtidig vil kraften i den regionale styringen og samordningen bli svekket sammenliknet med i dag. En overgang til ett nasjonalt styre tilsier at saksmengden som må styrebehandles på dette nivået vil øke. Det kan gi bedre koordinering og ressursutnyttelse når flere saker blir sett i sammenheng nasjonalt. På den andre siden skal det nasjonale nivået ta hensyn til ulike regionale perspektiver og behov. Dårligere kunnskap om regionale og lokale forhold kan svekke beslutningsdyktigheten og legitimiteten i beslutningene. Legitimitetsproblemene vil kunne bli ytterligere forsterket i et system med regionale administrative avdelinger som ikke er egne rettssubjekter. De regionale avdelingene vil kunne besitte mye innflytelse og makt, men uten å ha det formelle ansvaret og beslutningsmyndigheten slik som dagens RHFER. Dette vil kunne tilsløre de reelle makt-	Modellen kan gi bedre grunnlag for regional samordning og styring, og legge bedre til rette for gjennomføring av nasjonal politikk. Den innebærer samtidig en sentralisering av makt og beslutninger til det regionale nivået. Styrene i helseforetakene har gitt innflytelse for viktige interesser og aktører. Hvis dette forsvinner vil det kunne svekke legitimiteten lokalt. Avstanden mellom beslutningstakerne og de som skal yte og motta tjenestene, vil øke. Det vil kunne gi svekket legitimitet for beslutninger som fattes, både i befolkningen og hos ansatte og pasienter. Modellen innebærer at styret på regionalt nivå vil måtte behandle flere saker enn i dag. I en så stor region som Helse Sør-øst vil saksmengden bli svært stor, og styret vil måtte prioritere de viktigste sakene. Mange saker som i dag styrebehandles kan da bli delegert til konsernledelsen, uten styrebehandling. Det kan svekke både legitimitet og effektivitet i beslutningsprosessene, ved at vedtak ikke blir tilstrekkelig opplyst og forankret lokalt. En risiko ved modellen er at den vil kunne medføre at beslutninger som det er uenighet om i virksomhetene, tas videre i styrings- og lederlinjen. I dag er styret i helseforetakene et naturlig slutt punkt for slike sentraliserende prosesser. Den delen av utvalget som støtter denne modellen, peker nettopp på at det må unngås ...»at de nye helseforetakene fungerer som ankeinstans i saker som naturlig hører hjemme i sykehusgruppene».

og ansvarsforholdene og svekke legitimiteten i styringskjeden.

Ledelse, fag og kvalitet

Nasjonalt helseforetak	Regionalt beslutningsnivå uten HF som selvstendige rettssubjekter
Helseforetaksmodellen er kritisert for å innebære en markedsorientert styring hvor fokuset på økonomisk balanse har fått forrang, på bekostning av faglig kvalitet og beste praksis. De økonomiske rammene, finansieringssystemene og styringskravene som dagens RHF og HF er underlagt, vil ikke uten videre bli endret i denne modellen. Modellen vil imidlertid kunne legge til rette for at fag og kvalitet blir viet større oppmerksomhet i dialogen mellom eier og foretak, fordi helseforetakene på ett vis kommer nærmere statsråden. Dette avhenger imidlertid av hvordan det nasjonale helseforetaket velger å innrette sin styring, og av styringsregimet til den til enhver tid sittende statsråd. Spesialisthelsetjenesten er i dag preget av store komplekse virksomheter med mange ledernivåer. Et nasjonalt helseforetak vil i seg selv ikke redusere antall ledernivåer i helseforetakene. Dersom helseforetak slås sammen og enkelte steder nærmer seg dagens regioner, vil antall ledernivåer heller kunne øke. Regionsykehusene vil da kunne få faglig svært stor makt. Dette kan bidra til en ytterligere sentralisering av både fagkompetanse, forskning og behandlingsansvar, på bekostning av lokalsykehusene.	En konsernorganisering med flere underliggende sykehusgrupper enn dagens helseforetak, vil kunne legge til rette for færre beslutnings-/ledernivåer enn i dag. Avstanden mellom toppledelse og ansatte kan dermed bli mindre. På den andre siden vil handlingsrommet og ledelseskraften lokalt kunne bli redusert når direktøren ikke lengre tilsettes og støttes av et styre. Mange forhold av lokal art vil måtte behandles i det regionale foretakets styre, og medføre større avstand mellom virksomhetene og beslutningstakerne. Uten lokale HF-styrer som motvekt vil de største fagmiljøene i regionen, dvs regionsykehusene, kunne få økt makt. Det kan medføre en økende sentralisering av både fagkompetanse, forskning og behandlingsoppgaver på bekostning av lokalsykehusene. Konsernstyring vil legge til rette for en sterkere direkte styring nedover. De markedsrettede innslagene i styringsregimet kan da kunne bli forsterket, med vekt på driftsmessige styringsindikatorer, samt økonomiske mål og resultatkrav.

Gjennomsliktighet og muligheter for påvirkning, innsyn og kontroll

Nasjonalt helseforetak	Regionalt beslutningsnivå uten HF som selvstendige rettssubjekter
Muligheten for innsyn og kontroll vil ligge nasjonalt og på det lokale helseforetaksnivået. Dersom det opprettes regionale kontorer vil mye saksforberedelse og utredningsarbeid kunne bli delegert dit.	En organisering med lokal ledelse uten styrer i et konsern kan medføre mer lukkede beslutningsprosesser, og mindre mulighet for påvirkning og medvirkning både fra ansatte, pasienter, kommuner og andre. Styrings- og

Selv om de regionale avdelingene aktivt involverer ansatte, brukere og andre sentrale aktører i slike prosesser, vil offentlighetens innsyn i og påvirkningsmuligheter ift beslutningsprosesser og vedtak kunne bli mer begrenset enn i dag. Det nasjonale helseforetaket vil ha en begrenset kapasitet til å legge til rette for dialog og kontakt med ulike aktører og interessegrupper. Regionale avdelinger uten formell beslutningsmyndighet vil ikke uten videre kunne ivareta denne funksjonen, og slik avlaste det nasjonale nivået. Interessegrupper vil da søke mot det nasjonale nivået hvor beslutningsmyndigheten formelt ligger.	beslutningslinjen kan lukkes i større grad enn i dag, og det kan bli vanskeligere for ulike aktører å få tilgang til viktig informasjon, og påvirke beslutningsprosesser. Det blir færre styremøter ved avvikling av helseforetakene, noe som svekker offentlighetens innsyn. Dette problemet vil bli større jo større regionen er, fordi styret på regionalt nivå vil måtte delegerer beslutningsmyndighet til administrasjonen i flere saker.
--	--

Tilgjengelige og likeverdige tjenester uavhengig av bosted

Nasjonalt helseforetak	Regionalt beslutningsnivå uten HF som selvstendige rettssubjekter
Utvalget påpeker at helseforetaksmodellen ikke i tilstrekkelig grad har greid å utjevne forskjeller i tjenestetilbudet. Målet om at befolkningen skal ha tilgang til likeverdige tjenester uavhengig av bosted er dermed ikke innfridd. En nasjonal modell vil kunne legge til rette for en sterkere nasjonal styring og implementering av nasjonale standarder og krav, mer enhetlige prioriteringer og større samordning inn mot virksomhetene. Det kan bidra til en sterkere grad av utjevning. Det nasjonale helseforetaket vil imidlertid ha et stort kontrollspenn som kan begrense det nasjonale nivåets reelle mulighet for sterkere nasjonal styring. Utvalget peker også på at mulighetene for tilpasninger i fordelingen av inntektsrammen ut fra lokale behov, vil bli mindre enn i dag. Det kan medføre større ulikhet. Det er store forskjeller mellom helseforetak i kvalitet på bygningsmasse og oppgraderingsbehov. Her vil mulighetene for utjevning og prioritering mellom helseforetak kunne bli bedre, fordi et nasjonalt HF kan fordele og utjevne likviditet nasjonalt. Både utjevning og investeringstakt kan styrkes i en slik modell, forutsatt at det tas et større	Sterkere regional styring kan legge til rette for bedre samordning og styring som bidrar til å utjevne forskjeller. Styrkeforholdet mellom de ulike lederne i sykehusgruppen og deres tyngde inn i ledergruppen, vil imidlertid kunne ha stor betydning for hvilke prioriteringer og valg som gjøres. Det kan trekke i motsetning retning.

nasjonalt eierskap til investeringsbehovene i spesialisthelsetjenesten.

Ansattes medbestemmelse og ivaretagelse av lønns- og arbeidsvilkår

Nasjonalt helseforetak	Regionalt beslutningsnivå uten HF som selvstendige rettssubjekter
Dagens ordninger for medvirkning fra de ansatte, og kravet til møteoffentlighet vil bli videreført. De konserntillitsvalgte i dagens RHFer vil bli erstattet av konserntillitsvalgte på nasjonalt nivå. Tillitsvalgte nasjonalt vil få et begrenset antall plasser i det nasjonale styret. I dag samarbeider de konserntillitsvalgte på RHF-nivå med de foretakstillitsvalgte i helseforetakene i sin region. I et nasjonalt helseforetak vil den konserntillitsvalgte måtte samarbeide med de foretakstillitsvalgte fra alle helseforetakene. Med dagens antall helseforetak vil det bli en svært krevende oppgave. Kontrollspennet for tillitsvalgte på nasjonalt nivå vil bli stort, noe som kan bidra til å svekke ansattes reelle mulighet for påvirkning nasjonalt i regionale og lokale saker. Forutsatt at antall konserntillitsvalgte minst opprettholdes på dagens nivå, vil en nasjonal modell kunne gi bedre samordning og koordinering av denne ressursen. Lokale lønnsforhandlinger gjennomføres i det enkelte helseforetak, noe som kan videreføres innenfor modellen.	Ansattes medbestemmelse etter hovedavtalen videreføres. Virksomhetsbegrepet i hovedavtalen må endres dersom lokal medbestemmelse og de lokale lønnsforhandlingene, fortsatt skal gjennomføres lokalt, jf HA § 2. Ansattes representasjon i styrene lokalt forsvinner, mens de fortsatt vil være representert regionalt. Ansattes reelle medbestemmelse og påvirkningsmuligheter lokalt vil kunne bli svekket når styrerepresentasjonen lokalt forsvinner. Dersom antall saker som behandles i det regionale styret blir begrenset av kapasitetshensyn, vil de ansattes påvirkningsmulighet også bli begrenset.

Pasienter og brukeres innflytelse på tjenestetilbudet

Nasjonalt helseforetak	Regionalt beslutningsnivå uten HF som selvstendige rettssubjekter
Brukerutvalgene lokalt kan videreføres som i dag, mens det regionale brukerutvalget vil forsvinne. Et nasjonalt helseforetak vil kunne utnevne rådgivende brukerutvalg på nasjonalt nivå, med møte- og talerett i styret. Pasienter og brukere vil dermed kunne få en sterkere innflytelse på strategiske beslutninger og valg nasjonalt, som legger føringer for alle helseforetakene.	Brukerutvalg lokalt vil måtte knyttes til sykehusgrupper i denne modellen. Noen steder er brukerutvalgene gitt møte- og talerett i det lokale HF-styret. Denne muligheten vil forsvinne og dermed kunne begrense pasienter- og brukeres innflytelse i de strategiske beslutningene lokalt. Det regionale brukerutvalget vil kunne videreføres som i dag.

Samhandling med kommunene

Nasjonalt helseforetak	Regionalt beslutningsnivå uten HF som selvstendige rettssubjekter
Med samhandlingsreformen ble det innført lovpålagte lokale samarbeidsavtaler for å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Dette vil kunne videreføres i modellen. Flere steder er det etablert lokale samarbeidsutvalg med kommunene, både ved det enkelte sykehus og for helseforetaket samlet. Behovet for samhandlingsarenaer regionalt må enten ivaretas av regionale avdelinger eller knyttes til regionsykehusene. Sterkere nasjonal samordning og styring gjennom et nasjonalt helseforetak kan bidra til økt prioritering av tiltak for å styrke samhandlingen, og legge til rette for en sterkere implementering av samhandlingstiltak mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.	Lokale samarbeidsutvalg med kommunene må knyttes til sykehusgrupper i denne modellen, og det kan opprettes regionale samhandlingsarenaer. Det overordnede og strategiske fokuset på behovet for å styrke samhandling og samhandlingstiltak mot kommunene kan bli svekket lokalt når de lokale styrene forsvinner som påvirkningsarena.

Samarbeid med høyskoler og universitet

Nasjonalt helseforetak	Regionalt beslutningsnivå uten HF som selvstendige rettssubjekter
Et nasjonalt helseforetak vil kunne legge til rette for en sterkere nasjonal styring og samordning av utdanningskapasitet og innhold i utdanningene fremover. Helsetjenesten skal spille en mer aktiv rolle i utformingen av innholdet i helse- og velferdsutdanningene fremover, jfr. forslag til Felles Rammeplan (Kunnskapsdepartementet). Arbeidet med å få på plass en nasjonal oversikt over behov for helsepersonell, inkludert behovet for sykepleiere og spesialsykepleiere, kunne også blitt styrket gjennom et nasjonalt helseforetak. Dagens RHF har ikke levert nødvendig koordinering og langsiktighet i sine planer for utdanning og forskning jfr. Husebakk-utvalgets rapport, «Samordning mellom universiteter og helseforetak». Rapporten er for øvrig mangelfull når det gjelder andre	Helseforetakene har en sentral oppgave knyttet til undervisning av studenter og til forskning. Dette ansvaret vil måtte overtas av sykehusgruppene i denne modellen. Uten helseforetak med egne styrer vil det strategiske fokuset på utdanningsoppgaver og forskning kunne svekkes. Med en oppdeling av helseforetakene i flere sykehusgrupper vil også det virksomhets- og pasientnære ansvaret for utdanning og forskning bli mer fragmentert og koordineringsarbeidet regionalt mer omfattende. På sentrale punkter vil modellen derfor ikke kunne ivareta en koordinert levering og samarbeid med universitet og høyskoler på det nivået som er nødvendig. Helseforetakene må ta et større ansvar, og ha et klarere mandat når det gjelder utdanning og forskning. Avtalestrukturen mellom UH og spesialisthelsetjenesten krever en bedre lokal forankring og oppfølging enn det vi ser i dag. Oppfølging av kvalitet i praksisstudier og

helseprofesjoner enn medisin, og annen forskning enn den medisinske. I dag er det etablerte samarbeidsorgan mellom RHFene og universitet og høyskoler, etter instruks fra Helse- og omsorgsdepartementet. Samarbeidsorganene behandler strategiske saker av felles interesse for helseforetak og UH-sektoren. Strukturendringene innen høyere utdanning med færre UH-institusjoner som også strekker seg utover dagens regionale helseforetak skaper behov for nye samarbeidskonstruksjoner. Samarbeidsorganene lyser også ut midler til medisinsk og helsefaglig forskning og kompetanseutvikling for forskere i regionen. Det er behov for en bedre nasjonal koordinering av forskningsinnsatsen. Tildelingen har variert sterkt mellom regioner, og helsefagene har hatt lite tilgang til midlene. Et nasjonalt helseforetak som har ansvar for tildelingene ville også kunne bidratt til at forskningsresultater fikk større nasjonal betydning. Helseforetakene har en sentral oppgave knyttet til undervisning av studenter og til forskning. Dette er nedfelt i sørge for ansvaret. Oppgavene er tett knyttet til, og betinget av et nært samarbeid med universiteter og høyskoler. Dette vil kunne videreføres i en modell med nasjonalt helseforetak.	etablering av kombinerte stillinger krever en strategisk oppfølging på HF-nivå.
---	--

Samlet vurdering

Kvinnsland-utvalgets mandat har vært begrenset til å utrede alternativer til dagens organisering av eierskapet, innenfor rammen av en helseforetaksmodell. Utvalget har dermed ikke stått fritt til å vurdere hva som vil være den beste modellen for organisering og styring av spesialisthelsetjenesten fremover, sett i lys av de styringsutfordringer og behov tjenestene har. NSF mener utvalget burde fått et mer åpent mandat, slik at også dagens modell kunne vurderes i større bredde opp mot ulike alternativ. Dette kunne åpnet for en viktig debatt om organisering og styring av helsetjenesten, i en større bredde. Vi vil samtidig påpeke at spesialisthelsetjenesten består av mer enn somatiske sykehus. En diskusjon om organisering og styring må derfor også ta opp i seg behovene innenfor psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering.

Helsetjenesten står overfor store utfordringer i årene fremover med en økende andel eldre, og pasienter med sammensatte og kroniske lidelser. Stadig flere av oss vil ha behov for tjenester fra ulike nivåer, fagområder og spesialiteter. Styringen og organiseringen av spesialisthelsetjenesten må bygge opp under og legge til rette for helhetlige og integrerte pasientforløp, i tett samarbeid med kommunene. Arbeidskraftbehovene i sektoren må møtes. Samarbeidet mellom universitets- og høyskolesektoren og spesialisthelsetjenesten må styrkes, og sikres god forankring lokalt.

Spesialisthelsetjenesten er en stor arbeidsplass og forvalter store verdier på vegne av fellesskapet. Den har ansvar for tjenester av livsviktig betydning for befolkningen. Mange av oss er i kontakt med ulike deler av spesialisthelsetjenesten i løpet av et år, både som pasienter og pårørende. Styringen og organiseringen av spesialisthelsetjenesten er dermed ikke bare et anliggende for spesialisthelsetjenesten, men for oss alle. Fylker og kommuner berøres i stor grad av endringer i spesialisthelsetjenesten, både gjennom lokaliseringsvalg og funksjonsfordeling.

På bakgrunn av dette kan ikke NSF gi sin støtte til endringer i styringsmodellen, som innebærer at de utøvende virksomhetene i spesialisthelsetjenesten og de lokale helseforetakene, mister innflytelse og makt. En modell hvor helseforetakene ikke lenger er selvstendige rettssubjekter, er derfor feil vei å gå. NSF støtter den delen av utvalget som peker på at sammenblanding av sørge-for ansvaret og det operative driftsansvaret er i strid med reformens bærende ide. Dette vil ikke være bare være en justering, men en vesentlig endring av modellen.

Ved innføringen av helseforetaksreformen ble det lagt til grunn at de enkelte virksomhetene skulle myndiggjøres. I flere regioner er det imidlertid det motsatte som har skjedd: det regionale helseforetaket legger så sterke føringer at de underliggende helseforetakene og virksomhetene er fratatt både handlingsrommet, og de nødvendige virkemidlene for å løse sitt oppdrag. Det gjelder særlig på et så sentralt område som rekrutterings- og lønnspolitikk. NSF mener intensjonene i helseforetaksreformen må oppfylles. Helseforetakene og de enkelte virksomhetene må gis det nødvendige handlingsrommet til å utvikle et godt tilbud for sin befolkning, innenfor overordnede rammer og krav. ***NSF støtter Kvinnsland-utvalget i at styrene i helseforetakene må styrkes med tilstrekkelig kompetanse, herunder helsefaglig kompetanse, kunnskap om primærhelsetjenesten og universitets- og høyskolesektoren, slik at de kan fylle sin rolle.***

I vårt innspill til Kvinnsland-utvalget av 18.03.16, pekte vi på at foretaksmodellen med en eier, ikke i tilstrekkelig grad har greid å samle spesialisthelsetjenesten om en tydelig og enhetlig utvikling og prioritering, på tvers av regionene. Det er til dels store forskjeller mellom regioner og helseforetak mht styringskultur, organisering, prioritering og finansiering. Dette er særlig tydelig på IKT- og systemsiden hvor både regioner og foretak i stor grad har fått velge løsninger selv. Forskjeller som er begrunnet ut i fra lokale behov, kan være både riktig og bra. Forskjeller som ikke kan begrunnes verken faglig eller ut fra befolkningens behov, kan imidlertid være til hinder effektiv ressursutnyttelse og kvalitetsutvikling i tjenestene, og være til hinder for at vedtatte mål i helsepolitikken blir realisert.

En innføring av et nasjonalt helseforetak til erstatning for dagens fire regionale helseforetak, vil kunne legge til rette for en sterkere nasjonal statlig styring og samordning, og bidra til en større likhet i prioriteringene. NSF vil særlig fremheve IKT-området, forskning og utvikling, og rekruttering, utdanning og kompetanse som områder med behov for en sterkere nasjonal styring og prioritering. Samtidig synliggjør

Kvinnsland-utvalget i sin utredning, at RHFeNe har bygd opp systemer og lagt planer på investeringsiden som er knyttet opp til dagens regioner. I tillegg til den risiko som en endring i styringsmodellen vil innebære, synes det også å være behov for regionale administrasjoner en tid fremover for å håndtere dette. Et nasjonalt helseforetak vil også innebære en ytterligere maktkonsentrasjon, ikke bare nasjonalt men også lokalt, dersom mange helseforetak slås sammen i større enheter. NSF mener dette vil kunne være uheldig og bidra til større avstand mellom virksomhetene og beslutningstakerne, som kan svekke både effektivitet og legitimitet i beslutningsprosessene.

Med unntak av Helse Sør-Øst har helseregionene i Norge vært uendret siden 1970-tallet. Mellom 92 og 98 prosent av befolkningen mottar i dag alle sine spesialisthelsetjenester innenfor egen region. Regionsykehusene har en viktig rolle i pasienttilbudet i sin region. Nasjonal helse- og sykehusplan legger opp til å tydeliggjøre regionsykehusenes rolle i det faglige nettverket i helseregionene. Planen innebærer et mål om å styrke den faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus, og gjøre den mer forpliktende. Dette skal sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning og hospiteringsordninger. De store sykehusene skal ivareta de mindre sykehusene i nettverket, og avgi behandlingsoppgaver. Dette kan tilsa at en styringsmodell med et regionalt beslutningsnivå vil være mest effektivt, selv om utvalget mener at gjennomføringen av helse- og sykehusplanen ikke er avhengig av en bestemt modell.

Med bakgrunn i utvalgets innstilling har NSF valgt å vurdere de to modellene som fikk mest støtte i utvalget, dvs. modell c) nasjonalt helseforetak og modell d) regionalt beslutningsnivå uten helseforetak som selvstendige rettssubjekter. Etter en samlet vurdering fremstår ingen av disse to alternativene som fullverdige. Dersom vi skal velge mellom disse vil likevel alternativ c) nasjonalt helseforetak være å foretrekke. For at en modell med et nasjonalt helseforetak skal fungere, må følgende forutsetninger være på plass:

- Intensjonene i helseforetaksreformen må oppfylles ved å gi helseforetakene og den enkelte virksomheten, det nødvendige handlingsrommet til å utvikle et godt tilbud for sin befolkning, innenfor et sett av overordnede rammer og krav.
- Målsettingene i nasjonal helse- og sykehusplan om å utvikle forpliktende faglige og organisatoriske nettverksfunksjoner og samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning og hospiterings- og ambuleringsordninger, blir ivaretatt.
- De ulike landsdelenes særskilte forutsetninger og behov ivaretas, og befolkningen sikres tilgang til gode spesialisthelsetjenester lokalt og innenfor egen region.
- Det legges til rette for samarbeid mellom helseforetak både innad i og på tvers av regioner.
- Det opprettholdes et antall helseforetak som sikrer nødvendig nærhet mellom beslutningstakere, virksomhetene og befolkningen. Samhandlingen med kommunene styrkes, og det legges til rette for et godt samarbeid om oppbygging av tilbud, kapasitet og innhold både generelt og i den akuttmedisinske kjeden.
- Fordelingen av driftsrammen tar hensyn til lokale forskjeller i behov. Befolkningen sikres tilgang til likeverdige tjenester uavhengig av bosted.
- Fordelingen av investeringsmidler sikrer en nødvendig nasjonal prioritering og finansiering av store investeringsprosjekter, og en større fart i investeringstakten.

- Ansatte sikres muligheten til reell medbestemmelse og medvirkning. Ansatte og brukere i spesialisthelsetjenesten er representert styrene i helseforetak og selskaper som leverer tjenester til virksomhetene.
- Helseforetakene gis reell mulighet til å tilpasse lønns- og arbeidsvilkår for sykepleiere, på en måte som sikrer tilgang til nødvendig sykepleierkompetanse i egne tjenester.

NSF mener eventuelle endringer i eierskap og styring av spesialisthelsetjenesten må gi betydelig merverdi for pasienter og ansatte. Omstillingskostnader må synliggjøres og vurderes opp mot forventede gevinster for tjenestene.

Behov for utvikling og endring i organiseringen og styringen av spesialisthelsetjenesten

Styringen og organiseringen av spesialisthelsetjenesten skal legge til rette for at det kan ytes tjenester av god kvalitet til hele befolkningen, uavhengig av bosted. Ressursene samfunnet stiller til rådighet må brukes mest mulig effektivt, og sikre en riktig og rettferdig fordeling både geografisk, mellom pasientgrupper og fagområder. Dette betyr at en vurdering av hvordan spesialisthelsetjenesten bør organiseres og styres, må omfatte langt mer enn hvordan selve eierskapet er innrettet.

Uavhengig av hvilken modell som velges mener NSF det er behov for utvikling og endring i styringen og organiseringen av spesialisthelsetjenesten fremover:

1. Bedre intern organisering og ledelse og økt fokus på fag og kvalitet i alle deler av virksomheten

Sykepleietjenesten utgjør samlet sett den største personellmessige innsatsfaktoren i helseforetakene. Riksrevisjonens rapport om styringen av pleieressursene konkluderte med at ledelsens styringsinformasjon ikke gir nok grunnlag for å sikre effektiv bruk av pleieressursene, og at det er behov for mer samarbeid for å bedre ressursutnyttelsen.

De aller fleste lederne som står nærmest pasientene er sykepleiere med lederansvar. Undersøkelser peker på svært stramme rammevilkår og stort ansvar, uten tilvarende myndighet og handlingsrom. Manglende standardisert terminologi for dokumentasjon av faglig kvalitet, samt en oppsplittet sykepleietjeneste innebærer mindre samarbeid og læring på tvers, dårlig ressursutnyttelse og lite fleksibilitet i den daglige driften. Felles overordnede strategier for sykepleietjenesten, bedre faglig koordinering og oppfølging må forankres sterkere i toppledelsen.

På bakgrunn av dette støtter NSF utvalgets anbefaling om å igangsette et evalueringsarbeid for å gjennomgå erfaringer med ulike organisasjons- og ledelsesmodeller. Sykepleietjenesten må eksplisitt ivaretas i en slik gjennomgang.

2. Nasjonal samordning og styring av kompetanse og utdanning

Både når det gjelder utdanning og forskning er det mange oppgaver med behov for nasjonal styring. Fremskrivninger viser en betydelig underdekning av sykepleiere

og spesialsykepleiere i årene fremover, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det må sikres nødvendig nasjonal styring og samordning av innholdet i helse- og velferdsutdanningene, og det må på plass en nasjonal oversikt over behov for helsepersonell, inkludert behovet for sykepleiere og spesialsykepleiere. Behovet skal ligge til grunn for dimensjonering av antallet studieplasser i UH-institusjonene. Dette er et nasjonalt anliggende ettersom spesialisthelsetjenesten også må ta høyde for behov for helsepersonell i kommunehelsetjenesten i sin utdanningskapasitet.

3. En arbeidsgiverpolitikk som understøtter helsepolitiske mål

Allerede i dag ser vi konturene av et udekket arbeidskraftbehov i spesialisthelsetjenesten med mangel på sykepleiere og spesialsykepleiere. Dette vil forsterke seg i årene fremover. Dette skyldes både en ubalanse mellom oppgaver og ressurser, men også en urovekkende begynnende mangel på nytt personell. Det foreligger en betydelig arbeidskraftreserve blant sykepleierne, men høye krav til fleksibilitet, lange arbeidsøkter og hyppig helgearbeid, bidrar både til deltidsarbeid og lekkasje til andre yrker.

Deltidsomfanget i helsesektoren er fortsatt alt for høyt, til tross for et langvarig fokus for å få det ned. Å utnytte arbeidskraftreserven er en mer økonomisk og effektiv måte å øke antall tilgjengelige sykepleierårsverk på, fremfor å øke utdanningskapasiteten. Måltrettede tiltak og kulturutvikling er helt nødvendig for å øke den gjennomsnittlige stillingsprosenten blant sykepleiere. Dette forutsetter arbeidstidsordninger som ikke medfører økt andel ulempe, herunder hyppigere helgearbeid i alminnelighet.

Det er i dag for mange sykepleiere som går ut av arbeidslivet tidlig. Gjennomsnittlig pensjonsalder er i dag så lav som 57 år, og medfører tap av mange tusen årsverk. Sykepleieryrket er krevende turnusarbeid, og mange får belastningsskader. Mange rapporterer også at et økende arbeidspress gjør det vanskelig å bli stående i full jobb, eller å jobbe videre ved høy alder. En seniorpolitikk som gjør det mulig å stå lengre i arbeid er avgjørende for å snu denne utviklingen.

En av forutsetningene for å mobilisere arbeidskraft både fra de som jobber deltid og fra de som er i andre yrker, er at fulltidsarbeid er mer attraktivt enn alternativet. Sånn sett må helseforetakene være i stand til å benytte lønn som et reelt virkemiddel for å utløse arbeidskraftreserven og for å gjøre sykepleieryrket attraktivt fremover. I den anledning er det helt avgjørende at det gis klare signaler til helseforetakene at de må ta dette på et så stort alvor at det bringes videre inn i tariffvurderingene fremover.

Samtidig må det etableres ordninger som sikrer sykepleieledere en meningsfull retrettstilling. Dette vil gjøre det lettere for arbeidsgiver å rekruttere til krevende lederstillinger.

4. Styrket medbestemmelse

Nasjonale selskapsdannelser medfører etter vårt syn utfordringer i forhold til medbestemmelse for brukerne av de respektive tjenester som selskapene skal levere. Med brukerne av tjenestene mener vi her de ansatte i helseforetakene. Vi foreslår derfor at tillitsvalgte sikres representasjon i felleseide nasjonale selskaper, slik at det gis mulighet til å komme med innspill fra brukerne i helseforetakene.

Dette kan gjøres ved at tillitsvalgte får observatørstatus i styrene, på samme måte som brukere/pasienter gjennomgående har dette i foretaksstyrene.

5. Samordning på IKT-området

Det er en stor og fragmentert organisering av IKT i helsetjenesten. Dette skaper utfordringer for samhandling i tjenestene og oppnåelse av nasjonale mål. Utvalget tar til ordet for en samlet gjennomgang av roller og oppgaver for de ulike aktørene på IKT-feltet. Dette er i tråd med NSF's syn. Vi foreslår i tillegg til de aktørene som er nevnt, å inkludere kommuner og fastleger i en slik gjennomgang, da dette har betydning for koordinering og styring av IKT-utviklingen i hele helsetjenesten.

6. Økonomiske rammebetingelser og finansieringsordninger som understøtter helsepolitiske målsettinger

Finansiering er et av de sterkeste styringsverktøyene i helsetjenesten, med stor innvirkning på hvordan tjenestetilbudet blir organisert og dimensjonert. Finansieringssystemet må underbygge prioriteringskriteriene, og de helsepolitiske målsettingene om helsefremmende og forebyggende tjenester og helhetlige pasientforløp. Spesialisthelsetjenestens ansvar for utdanning og forskning, herunder opplæring, etter- og videreutdanning, må ivaretas i finansieringssystemet. Det samme gjelder lærings- og mestringstilbud for pasientene som bør være en integrert del av alle pasientforløp.

Finansieringssystemet må legge til rette for at sørge-for ansvaret kan ivaretas. Det må understøtte utviklingen i arbeidsformer både elektivt og akutt, for at det skal være mulig å ta ut effektiviseringspotensialet. Det må ikke være mer lønnsomt å legge inn pasienter som kan behandles poliklinisk eller som dagbehandling, og det må legges til rette for ambulant behandling.

Kvinnsland-utvalget dokumenterer at det er et betydelig behov for oppgraderinger og investeringer. Vedlikeholdsetterslepet er stort og en betydelig andel av bygningsmassen holder ikke tilfredsstillende standard. Dette har direkte konsekvenser for ressursutnyttelse og kvalitet i tilbudet. En rapport fra Menon Economics, på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund og Den norske legeforening², viser at nødvendige effektiviseringstiltak i sektoren ikke lar seg realisere, uten et betydelig investeringsløft.

De siste ti årene har *investeringer* i helsesektoren blitt nedprioritert. Selv om investeringene har økt, har investeringenes andel av de totale utgiftene i spesialisthelsetjenesten likevel falt. Man har i økende grad prioritert drift fremfor investeringer. Som følge av dette har den såkalte *kapitalintensiteten* falt. Dette har ført til at produktiviteten i helsesektoren ikke har vokst de siste ti årene. Dette skyldes ikke at de som jobber i helsesektoren har blitt mindre produktive. Tvert imot viser analysen at man har lyktes med å effektivisere arbeidsprosessene i spesialisthelsetjenesten. Effekten av dette har imidlertid blitt «spist opp» av at man ikke har satset tilstrekkelig på investeringer i IKT, ny teknologi, oppgradering av utstyr, vedlikehold av bygningsmasse osv. Dermed har produktivitetsveksten uteblitt.

² Bruker vi for mye penger på helse? En vurdering av offentlige helseutgifter fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, med særlig fokus på spesialisthelsetjenesten. Menon-publikasjon nr 6/2017.

Spesialisthelsetjenesten må sikres økonomiske tildelinger som gjør det mulig å gjennomføre vedtatt helsepolitikk. Storting og regjering må ta et aktivt politisk eierskap til utviklingen av sektoren gjennom nasjonal helse- og sykehusplan og de årlige statsbudsjettene, og sikre at det er samsvar mellom ressurser og oppgaver både mht drift og investeringer.

7. Strategisk og målrettet samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester

Det er behov for å igangsette et utredningsarbeid for å se på hvordan en desentralisert spesialisthelsetjeneste kan utfylle en fremtidig integrert primærhelsetjeneste, herunder bidra til å fylle kompetansegapet i omsorgssektoren. Avtaleverk, finansiering og den gjensidige veiledningsplikten må sees i sammenheng. Det bør igangsettes et arbeid for å se på hvordan halvannet nivå tjenester er forankret og finansiert. Både definisjon, innhold og sørge for ansvar bør gjennomgås. Vi har en rekke eksempler på tjenester som intermedieære avdelinger, lokalmedisinske sentre og ulike typer ambulante team, som utgår fra avtalene og der både finansieringsansvaret og sørge for ansvaret ikke er tydelig definert.

Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak må forankres på et nivå som er nærmest mulig pasientbehandlingen for å være et operasjonelt verktøy for samhandling mellom tjenestenivåene. Det er viktig at avtaleinstituttet gjennomgås med jevne mellomrom for å sikre kontinuitet og utvikling av avtalene. Veilederen for inngåelse av avtaler fra helsedirektoratet må også revideres jevnlig.

NSF mener mange av utfordringene i samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste også skyldes at de kommunale tjenestene er fragmentert. I stortingsmeldingen Først og fremst 2015:17 pekes det på en rekke grenseflater og potensialer for synergier innad i kommunene og mellom forvaltningsnivåer. I et utredningsarbeid bør man bygge videre på disse vurderingene, samt se hvordan en desentralisert spesialisthelsetjeneste og virkemidler for denne utviklingen står seg i møte med utviklingen av primærteam og oppfølgingsteam, jf meld 26 2014-2015.

Avslutning

Spesialisthelsetjenesten står overfor store oppgaver i årene fremover, både når det gjelder organisering og fordeling av funksjoner, sikring av tilstrekkelig tilgang til arbeidskraft og kompetanseutvikling, samt tilrettelegging for investeringer i IKT, bygg og utstyr. Styringskraften og gjennomføringsevnen må understøttes.

NSF vil være en tydelig aktør og dialogpart i arbeidet med å videreutvikle styringen og organisering av spesialisthelsetjenesten fremover.

Med vennlig hilsen


Eli Gunhild By
Forbundsleder

