

Hørings svar

til

Kvinnsland-utvalget

NOU 2016:25

Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Kommunenes Interesseforening for Lokalsykehus

Oslo, 20. februar, 2017



KIL er en interesseforening for kommuner som arbeider for å styrke og videreutvikle sine lokalsykehus ut fra lokale forhold. Vi har tro på lokalsykehusene som en levedyktig enhet inn i framtidens sykehusstruktur.

KIL er organisert som en frittstående landsforening med styre, årsmøte og eget sekretariat.

Vi er opptatt av at befolkningen skal ha nærhet til sykehuset sitt, og for ca 70 % av innleggelsene i norske sykehus, kan de ferdigbehandles ved lokalsykehusene. For andre mer kompliserte kirurgiske og medisinske tilfeller, har lokalsykehusene ofte en viktig rolle i å stabilisere pasienten før den videresendes til sentralsykehus eller regionalsykehus.

Vårt hovedbudskap er:

KIL ønsker å avvikle helseforetaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene, og vi mener at norske sykehus i dag ledes på en måte som ikke gir tillit i befolkningen.

KIL la fram en rapport 6. mai, 2014, "Helsereformer på feil premisser", utarbeidet av Professor Bjarne Jensen ved Høgskolen i Hedmark. Oppsummering av denne er vedlagt vårt innspill til denne høringen.

Oslo, 20. februar, 2017


Bjørn Sverre Sæberg Birkeland
Styreleder
Kommunenes Interesseforening for Lokalsykehus

Helseforetaksmodellen

KIL mener at ansvarsfordeling er blitt mer uklar etter gjennomføringen av Helseforetaksreformen i 2002. Utgangspunktet, slik det den gang ble framlagt, var at det skulle skapes tydeligere ansvars- og rollefordeling, og legges bedre til rette både for politisk styring og for foretakenes "produksjon av helsetjenester".

KIL mener at helseforetaksmodellen er totalt feilslått i forhold til intensjonen, om å gi bedre og rimeligere helsehjelp til befolkningen. Modellen har ført til en ledelseskultur der viktige lokale, regionale og nasjonale beslutninger blir tatt av personer i såkalte profesjonelle styrer, utenfor den demokratiske og politiske beslutningsprosessen.

Kvinnsland-utvalget

2. oktober 2015 oppnevnte Regjeringen et utvalg som skulle utrede hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kan organiseres. Utvalgets leder var Stener Kvinnsland.

Kvinnsland-utvalgets mandat var blant annet følgende:

Utvalget skal

1. Gi en kort beskrivelse og vurdering av erfaringene med helseforetaksmodellen og kort redegjøre for andre lands erfaringer med organisering av eierskap til sykehus.

2. Med utgangspunkt i pkt. 1 – utrede alternative modeller for hvordan staten kan organisere sitt eierskap til og innrette eierstyringen av foretak som tilbyr spesialisthelsetjenester og gi tilråding om valg av modell. Med foretak menes selvstendige rettssubjekter med styrer. Utvalget skal blant annet vurdere følgende alternativer:

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.

KIL's høringsinnspill

Det følger av mandatet at utvalget skal vurdere følgende alternativer til dagens organisering av spesialisthelsetjenesten:

- 1. Avvikling av de regionale helseforetakene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet*
- 2. Opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene*
- 3. Opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene*
- 4. Eventuelt andre alternativer for organisering av spesialisthelsetjenesten.*

(fra rapporten, s 18)

Utvalget mener en modell med ett nasjonalt helseforetak er det beste alternativet av de tre første, som er nevnt over.

Altså: Opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene.

Det betyr at vi får 3 nivåer (departementet, overordnet helseforetak og utøvende helseforetak), mot 4 slik det er i dag.

Men utvalget skriver selv i sin vurdering at:

Alle de tre alternativene som er omtalt i mandatet innebærer at mange av de viktigste beslutningene blir sentralisert. Dette er en naturlig konsekvens av at modellene ikke har et selvstendig regionalt nivå. Dette kan gi bedre grunnlag for nasjonal samordning og styring. Samtidig vil sentralisering av beslutninger kunne svekke legitimiteten.

(s. 23)

Flertallet (13 av 16) vil derfor videreføre de fire regionale helseforetakene, men gi dem enda mer makt.

Halvparten av utvalget støtter også en modell der helseforetakene (HF'ene) ikke lenger skal være egne rettssubjekter, men underlagt regionalt helseforetak (RHF'ene). Dagens RHF og HF-nivå blir dermed samlet i et foretaksnivå.

KIL kan derfor ikke se at utvalget har gjort en reell vurdering av å erstatte dagens modell, men bare kommet med noen forslag til endringer av dagens modell, som KIL mener i realiteten er forverring av dagens organisering og vil føre til en enda større sentralisering.

Dette er det motsatte av det KIL ønsker.

KIL mener at det å konsentrere makten enda mer på det regionale nivået med å ta styremakt fra helseforetakene, er en feil retning å gå. Vi mener at vi i motsatt grad, trenger mer lokale og mer demokratisk forankrede beslutninger i sykehusene.

I følge Legeforeningen; «mener 74 % av sykehuslegene at lange beslutningslinjer er et stort problem, og at sykehusledere opplever at de har for lite handlingsrom.»

(Marit Hermansen, President i DNLF, i følge Framtid, 01.12.2016)

Rapporten peker selv på:

I St.meld. nr. 19 (2008–2009) Ei forvaltning for demokrati og fellesskap defineres fire grunnleggende verdier for statsforvaltningen: Demokrati, rettssikkerhet, faglig integritet og effektivitet. Valg av organisatoriske løsninger skal understøtte disse forvaltningsverdiene.

(s 114)

KIL føler seg på ingen måte overbevist om at disse fire grunnleggende verdiene kommer styrket ut av den anbefalte endringen, hvilket vi mener at vi har belyst det stikk motsatte i KIL-rapporten, 2014 «Helsereformer på feil premisser» (Professor Bjarne Jensen).

KIL ønsker å beholde bygningsmassen i de lokale helseforetakene

Sykehusbyggene er viktige, og det er særdeles viktig at dette er en del av den totale driften til de nåværende helseforetakene. Selve sykehuset/foretaket må være «herre i eget hus», og KIL kan ikke se fordelene av å sentralisere dette i et eget foretak, og dermed ødelegge den lokale oversikten og den lokale kjennskapen til bygningsmassen.

Her viser vi for øvrig til høringsinnspillet fra Fagforbundet.

KIL ønsker å avvikle helseforetaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene,

og vi mener at norske sykehus i dag ledes på en måte som ikke gir den nødvendige tilliten i befolkningen. Helseforetaksloven fører dessverre til en ledelseskultur der viktige beslutninger blir avgjort av få personer sentralt. I denne sammenhengen mener Kvinnsland-utvalget å sentralisere

enda mer, altså gjøre mer av det KIL mener ikke virker tilfredsstillende, og som fører til at viktige beslutninger tas enda lengre fra pasientene.

KIL mener at den nåværende modellen er for markedsstyrt og udemokratisk, og derfor ikke er tilpasset vårt styresystem og vårt landsstrakte land. Nå risikerer vi å få enda mindre demokrati inn i beslutningsprosessene.

Norge har helt andre demografiske, geografiske og meteorologiske utfordringer, enn de fleste land vi kan sammenlignes med.

KIL mener faktisk at helseforetaksmodellen har vist seg særdeles lite egnet for å styre et offentlig norsk helsetilbud på en god nok måte. I den sittende regjerings politiske plattform står det at regjeringen vil:

Legge ned de regionale helseforetakene når det er utarbeidet en nasjonal helse- og sykehusplan.

KIL mener at politikerne må ta tilbake styringen over sykehus-Norge, og ikke drive dette som en hvilken som helst annen bedrift. Vi savner en reell demokratisk styring over "helse-Norge".

Helseforetakene forvalter samfunnets verdier og de skal levere gode tjenester til befolkningen. Det er regulert og styrt gjennom en rekke lover og forskrifter. Fordi helse- og sykehustjenester er offentlig forvaltning, er den bedriftsøkonomiske foretaksmodellen ikke egnet til å oppfylle målene i disse lovene og forskriftene, og klarer heller ikke å oppfylle innbyggernes forventning om gode og likeverdige tjenester.

Offentlig velferdsforvaltning må baseres på verdier som fremmer solidaritet, likeverd og trygghet for hele befolkningen.

"Bås-tenking" og revirtenkning er allerede en svøpe i helsevesenet, og derfor må vi ha en felles grunnmur på plass, der man er enig om mål og retning for vårt helse- og sykehusvesen. Deretter kan man legge strukturen, og det betyr at vi må ta tilbake den politiske- og folkevalgte styringen med sykehusene.

Men uavhengig av om helseforetaksmodellen kontinueres eller ikke, mener KIL at fastsetting av sykehusstrukturen, herunder sykehusenes plassering og innhold, er av for stor samfunnsmessig betydning til at det kan overlates til helseforetakene alene. Dette skal og må være en nasjonalpolitisk oppgave.

De siste 10-15 årene har vært preget av folkeopprør, fakkeltog, turbulens og usikkerhet i distriktene. Politisk og i foretakene er det hevdet at «lokale endringer i helsevesenet alltid medfører slike reaksjoner», og at de i stor grad er basert på uvitenhet. KIL vurderer dette som ansvarsfraskrivelse og en «sovepute» for å avlede oppmerksomhet fra det faktiske: helsemyndigheter og foretak har ikke evnet å gjennomføre strukturendringer på bakgrunn av gode og inkluderende faglige prosesser, som har vært egnet til å opprettholde foretakenes renommé og trygghet i distriktene. Det er betenkelig endringer gjøres med helseforetakene som «enerådende».

Norsk sykehusvesen er i behov av å gjenopprette tilliten i befolkningen, enten vi snakker om «Utviklingsplaner» i Telemark, Nordmøre og Romsdal eller Aker sykehus i Oslo.

KIL observerer et sterkt tillitsbrudd mellom helseforetakenes håndtering av sykehustilbud og drift og den forventning befolkningen har til dette.

Det er bred aksept i faglige miljøer om at høyt spesialiserte tjenester skal og må sentraliseres. Uenigheten i faglige miljøer står på *hvilke* tjenester som faller inn under dette, og hvor cost/benefit-grenser går når medisinsk behandling og beredskapstjenester trekkes lengre bort fra befolkningen i distriktene – i rasjonaliseringens, foretaksøkonomiens og tjenestekvalitetens navn.

Kommunehelsetjenesten og brukergrupper sitter med viktig erfaring og kompetanse her, som i forsvinnende liten grad er blitt benyttet eller vektlagt i de beslutningsprosesser helseforetakene har gjennomført. Distriktene erfarer at beredskap og akuttmedisinske tjenester fjernes *uten* at tilstrekkelige ROS-analyser er utført, og uten at prehospital beredskap og behandlingsskjede er tilstrekkelig oppgradert og kvalitetssikret.

Grovt sagt bør vi ha de store sentrale sykehusene som har de høyspesialiserte utrednings- og behandlingsfunksjonene, utdanning, forskning etc, dernest må vi ha lokalsykehusene som bør ha nærmere definerte tjenester, og fortsatt akuttfunksjon. I tillegg må vi ha en god mobil akuttberedskap (land, vann og luft) som skal sørve en større region.

KIL vil ikke støtte den gigantiske sentraliseringsreformen vi nå er vitne til. Sentraliseringsreformen skaper enorme byråkratier, som vil bli lite omstillingsvillige og forsterke tungroddhet og fjernhet fra pasientene. DRG-systemet alene er beregnet til at 600 årsverk arbeider med dette systemet på ulike nivåer.

- **KIL mener at dagens helseforetaksmodell er uten god nok politisk styring og forankring, og således er udemokratisk, og må avskaffes.**
- **KIL mener at det er hensiktsmessig å gjennomføre videreføring og forbedring av en desentralisert sykehusmodell.** KIL-rapporten dokumenterer at en slik modell ikke er til hinder for kvalitet, men snarere en forutsetning for en god framtidig sykehustjeneste, både med hensyn til kapasitet og samfunnsøkonomi.
- **KIL mener at et hvert sykehus må ha en stedlig ledelse med faglig-, økonomisk og personalansvar, og at det må opprettes et eget styre for den enkelte virksomhet.** Styret må bestå av representanter fra de ansatte, brukere og kommunehelsetjenesten (jmf Samhandlingsreformens idealer) og kommunale- og fylkeskommunale politisk valgte representanter. Det er da selvsagt naturlig å ha med representanter fra det regionale sykehusstyret.

Lokalsykehusene

Lokalsykehusene er en viktig akutt-, beredskaps- og trygghetsinstitusjon for befolkningen i hele landet. De er ikke minst viktig for pasientgrupper som bruker sykehustjenestene hyppig, slik som eldre, kronikere, mennesker med psykiske lidelser og pasienter under rehabilitering.

Lokalsykehusene har oftest oppmerksomheten sterk rettet mot å gi et godt tilbud til pasienter med de vanligste sykdommene og de som bruker sykehustjenestene mest. Denne gruppen trenger i stor grad et helhetlig perspektiv på sin situasjon, sine sykdommer og sine lidelser.

I følge legeforeningen er det desentralisering og ikke sentralisering av akuttfunksjoner, som har vist bedre overlevelse og behandlingsresultat når de vanligste tidskrisiske tilstander oppstår.

Den Norske Legeforening mener i sitt "innspill til nasjonal sykehusplan" (Sykehus for fremtiden, Statusrapport 2014) at:

"Lokalsykehus skal kunne ivareta de vanligste sykdommer og skader- Legeforeningen mener at sykehus med akuttfunksjoner må ha beredskap innen indremedisin, kirurgi og anesthesiologi, med tilgang til støttetjenester i radiologi og laboratoriefag."

(Vedtatt på DNL's Landsstyremøte, 2011)

For at befolkningen i hele landet skal sikres et godt sykehustilbud, må organisering, struktur og lokasjon tilpasses de lokale og regionale forhold. Det gjelder ikke minst akuttfunksjoner ved lokalsykehusene. Det er nødt til å tas høyde for reisetid og utrykningstid (ikke minst ved akutte tilfeller).

Vi mener også at det er nødvendig med stedlig ledelse for å bygge og opprettholde vitalitet, gode og stabile fagmiljøer, gode arbeidsmiljø og god kvalitet på pasientbehandlingen.

- **KIL mener at lokalsykehusene er grunnmuren i sykehusbehandlingen av pasienter med de vanligste sykdommene.**
- **KIL mener at lokalsykehusene har en livsviktig akuttfunksjon i distriktene, der reise- og utrykningstid er for lang til neste sykehus.**
- **KIL mener at begrepet lokalsykehus må defineres, med fastsetting av minstekrav for tjenestetilbud og beredskap ved disse.**
- **KIL mener at lokalsjukehus må ha indremedisinsk og kirurgisk beredskap, samt anestesilege på vakt.**
- **KIL mener at vi må få definert hvilke oppgaver lokalsykehusene som minstekrav skal være rustet til å utføre.**
- **KIL mener at om definerte minstekrav for innhold ikke oppfylles, skal institusjonen ikke lenger kunne ha status som «sykehus», og må vurderes nedlagt. Et slikt vedtak skal være politisk, og ikke legges under foretakenes myndighet, og/eller til styret i en eventuell framtidig annerledes styringsform.**

KIL-rapporten, 2014

«Helsereformer på feil premisser»

Professor Bjarne Jensen

Rapportens hovedkonklusjoner kritiserer følgende premisser som er lagt til grunn for omstruktureringen av det norske helsevesenet:

- *«Norge bruker mer ressurser på helsetjenester enn sammenlignbare land, og resultatene står ikke i forhold til ressursinnsatsen.»*
Rapporten dokumenterer at dette er feil, og at forestillingen baserer seg på en mistolkning av eksisterende statistiske data. Norges ressursbruk til helsetjenester ligger i et mellomstykke mellom de land som bruker mest og land som bruker lite. I forhold til inntektsnivået er Norge blant de land som bruker minst ressurser til helsetjenester.
«Med flere eldre vil vi ikke kunne finansiere helsetjenestene og skaffe nok personell til helsesektoren etter 2030 uten disse reformer.»
Rapporten dokumenterer at dette er feil, og at departement og forvaltning ikke har evnet eller villet bearbeide/tolke tall og framskrivninger på en faglig korrekt måte.
- *«Norge har et overforbruk av sykehustjenester»*
Rapporten dokumenterer at dette ikke er basert på faktisk viten, og at en spesialistgruppe Helse- og omsorgsdepartementet selv satte ned i 2011 konkluderte med det motsatte: At det ikke er dokumentert systematisk overforbruk av sykehustjenester hos eldre, men tvert imot et underforbruk av spesialisthelsetjenester hos skrøpelige eldre. Det finnes faktisk ingen dokumentasjon på at unødvendige innleggelse er et systemproblem i norske sykehus.
- *«Samfunnet kan spare store ressurser på redusert liggetid i sykehusene særlig ved at utskrivningsklare pasienter overføres raskere til kommunene.»*
Rapporten dokumenterer at dette ut i fra en total samfunnsøkonomisk betraktning er feil, og at tiltakene i samhandlingsreformen vil medføre helsemessige og økonomiske tap.
- *«Deler av dagens sykehustjenester kan ivaretas mer effektivt i kommunehelsetjenestene gjennom såkalte lokalmedisinske sentra med døgntilbud, også i kommuner med kort vei til nærmeste sykehus.»*
Rapporten dokumenterer at påstanden mangler faglig belegg.

- *«Større sykehus leverer generelt sykehustjenester med bedre kvalitet og til lavere kostnader enn mindre sykehus»*

En slik sammenheng kan ikke påvises ut fra de kvalitetsindikatorer og tall som foreligger offentlig. Mindre sykehus kommer like godt ut som større sykehus (og på noen områder bedre) både med hensyn til behandlingskvalitet og på kostnader for de tjenester et lokalsykehus skal ivareta.