

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Vår ref.
2016/517 - 1589/2017

Deres ref.

Saksbehandler
Mette Nilstad

Dato
28.02.2017

Høringsuttalelse fra Helse Midt-Norge RHF - NOU 2016:25 - Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev av 3. desember 2016, der det bes om høringsinstansenes vurderinger av forslagene i *NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – Hvordan bør statens eierskap innrettes framover*.

Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet høringsuttalelsen i styremøte 22. februar 2017. Høringsuttalelsen ble vedtatt mot 3 stemmer, jf. vedlagte protokoll fra sak 16/17.

Oppsummering

Dersom det skal ha en hensikt å endre organiseringen av spesialisthelsetjenesten må det etter Helse Midt-Norges vurdering være ut fra en sikkerhet for at en har funnet fram til en modell som er bedre egnet til å innfri pasientenes helsetjeneste/møte de utfordringene som helsetjenesten står overfor. Helse Midt-Norge finner ikke at det gjennom utredningen er anført argumenter som tilsier en omfattende endring av dagens organisatoriske struktur.

Helse Midt-Norge RHF støtter gjeldende modell for organisering og styring av spesialisthelsetjenesten med en videreføring og en videre utvikling av et regionalt beslutningsnivå. Dette begrunnes dels i de positive erfaringene med, og potensialet for videreutvikling av dagens modell. Dels sees dette som den best eigna modell for å møte de utfordringene som samfunnet står overfor i årene framover. Gitt at dagens modell med et regionalt beslutningsnivå videreføres er det viktig at modellen videreutvikles.

Innledning – generelle refleksjoner

Det er både bra og viktig at vi diskuterer utviklingen og organiseringen av spesialisthelsetjenesten og våre sykehus. Innføring av foretaksmodellen representerte en betydelig omstilling i måten spesialisthelsetjenesten ble styrt og drevet på. Erfaringen er at en diskusjon om rammebetingelser ofte kan virke forstyrrende på de omstillingsprosesser som er nødvendige. Helseforetaksreformen involverer store og komplekse organisasjoner, og virkningen forutsetter omstilling av både ledelses- og organisasjonskulturer. Det er en viktig lærdom at store og kompliserte nasjonale reformer trenger tid før effekten kan vurderes og vises. Helse Midt-Norge RHF mener at dersom det skal gjøres endringer, så må

det være til en styringsmodell som er bedre egnet til å møte de utfordringene som helsetjenesten står foran.

Som også utvalget understreker, har gjeldende styringsmodell gått gjennom en «modningsprosess». Dels har dette skjedd gjennom de formelle endringene som ble vedtatt i 2012 (Prop 120 L (2011-2012)), dels gjennom måten staten utøver sin eierstyring. Det er blitt økt fokus på felles nasjonale løsninger blant annet gjennom opprettelsen av flere felleseide nasjonale selskap. Videre er det etablert en tettere oppfølging av de regionale helseforetakene. Det er gjennom årene gjort flere endringer i dagens styringssystem, noe også helse- og omsorgsministeren påpekte i Sykehustalen for 2017;

- Gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan er det sikret sterkere demokratisk forankring av styringen av spesialisthelsetjenesten.
- Innen utgangen av 2018 skal alle regionene lage utviklingsplaner med en tidshorison fram mot 2035. Disse skal være grunnlaget for arbeidet i den neste sykehusplanen.
- Det er etablert felles nasjonale foretak for IKT, bygg og innkjøp. På den måten er det lagt til rette for mer nasjonal styring og samordning.
- Styresammensetningen er endret. Det er ikke lenger partitilhørighet som betyr noe for hvem som sitter der.
- Og flere viktige saker er besluttet av statsråden i foretaksmøtet, for eksempel nedleggelse av sykehus og framtidig sykehusstruktur i hovedstadsområdet.

En tilsvarende utvikling har skjedd i styringslinjen mellom de regionale helseforetakene og de lokale helseforetakene. Det er i dag en tettere dialog og driftsoppfølging av de lokale helseforetakene. Dette er også noe som er i tråd med merknadene til § 16 i helseforetaksloven (side 137) der det er angitt at "Det vil trolig være en nærmere og mer løpende kontakt mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene enn det er mellom departementet og det regionale helseforetaket. Slike kontaktsopplegg bør kunne utvikles med utgangspunkt i praksis som generelt er utviklet i konsernforhold."

Utvalget gir en bred omtale av erfaringer som er gjort med dagens modell som også Helse Midt-Norge RHF slutter seg til. Utredningen viser til at foretaksmodellen har levert svært gode resultater på mange områder men at det fremdeles er utfordringer knyttet til eksempelvis manglende samordning på IKT-området på nasjonalt nivå og samhandling med kommunene. Helse Midt-Norge RHF er enig i utvalgets vurdering av at potensialet i dagens modell ennå ikke er fullt utnyttet.

Viktige egenskaper som kreves av en styringsmodell i årene framover

Utvalget har ut fra sitt mandat vurdert de ulike modellene ut fra et «styringsperspektiv», og har søkt å besvare spørsmålet om hvilke modell som samlet sett gir best politisk styring og demokratisk kontroll med utvikling av spesialisthelsetjenesten. Like viktig er det etter vår vurdering å stille spørsmålet ut fra et brukerperspektiv:

Hvis målet er å skape pasientenes helsetjeneste, hvilken styringsmodell er da best egnet?

Selv om politisk styring og demokratisk kontroll selvsagt har til hensikt å legge til rette for utvikling av «pasientenes helsetjeneste», vil brukerperspektivet i noen sammenhenger vektlegge andre perspektiv på styring, koordinering og ledelse. Helse Midt-Norge RHF mener

derfor at denne vinklingen også bør inngå som et evalueringskriterium for de ulike modellene.

Arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan og vår egen Strategi 2030 har gitt oss noen viktige erkjennelser som vi mener også må vektlegges i evalueringen av de ulike modellene:

- De utfordringene samfunnet står overfor i de neste 10-20 år er betydelige, og gir oss som samfunn et felles utfordringsbilde. Måten spesialisthelsetjenesten utvikles på må stå i nær sammenheng med utviklingen i kommunehelsetjenesten og andre samfunnssektorer. Vår evne til å møte utfordringene vil derfor utfordre vår evne til en samlet styring og prioritering i samfunnet, der spesialisthelsetjenesten bare utgjør en del av helheten. Helsetjenestenes omstillingsevne og gjennomføringskraft vil bli helt avgjørende og det er vesentlig at en modell legger til rette for dette.
- Utvikling av helhetlige pasientforløp, som ivaretar den enkelte både innad og mellom forvaltningsnivåene, synes i dag å framstå som et av våre viktigste virkemidler for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet. Arbeidet med pasientforløp har også vist seg som et viktig virkemiddel for utvikling av et «sømløst» samarbeid mellom ulike institusjoner. Om lag 95 pst. av pasientene får sitt behandlingsbehov dekket innenfor egen region. Samtidig har den faglige utviklingen krevd større grad av oppgavedeling mellom sykehus innad i regionen. Behovet for samarbeid mellom institusjoner innad i regionen er raskt økende. Dette fordrer både tett dialog mellom foretak og mellom foretak og kommuner. En styringsmodell må evne å tilrettelegge for en slik utvikling. Uten et regionalt ledd vil det bli vanskeligere å forvalte og utvikle pasientforløpene.

Erfaringene viser at dette ikke bare dreier seg om å definere de ulike institusjonenes rolle i pasientforløpet. Det sømløse samarbeidet stiller krav til utstyr som «snakker sammen», til IKT-løsninger som «snakker sammen» og til felles gjennomgående prosedyrer på regionnivå på en rekke felt. Ut fra et brukerperspektiv framstår derfor regionen som den viktigste samlende «enheten» for utvikling av gode pasientforløp.

- En styringsmodell for spesialisthelsetjenesten er avhengig av legitimitet og tillit både ovenfra og nedenfra, slik utvalget på en god måte beskriver. Uavhengig av hvilke modell som velges, vil modellen lett komme «på strekk» mellom ulike hensyn som isolert sett alle er viktige. Valget av modell må derfor bli en avveining av ulike fortrinn i de ulike modellene. Det å ha med brukerperspektivet i denne vurderingen, vil etter vårt syn være helt avgjørende.

Alternativer til dagens organisering

Utvalget har gitt en særskilt vurdering av de tre konkrete modellene som var beskrevet i utvalgets mandat:

- Avvikling av de regionale helseforetakene og ha færre helseforetak enn i dag direkte underlagt departementet
- Opprettelse av et eget direktorat til erstatning for de regionale helseforetakene
- Opprettelse av et nasjonalt helseforetak til erstatning for de regionale helseforetakene.

Helse Midt-Norge RHF deler utvalgets vurderinger av de tre alternativene, og vil spesielt peke på utvalgets vurdering om at alle disse modellene vil innebære en sentralisering som igjen vil bety svekka legitimitet og lojalitet til beslutninger. Videre vil det også medføre at de nasjonale enhetene i stor grad må befatte seg med lokale spørsmål på detaljnivå uten muligheter til å inneha lokal kunnskap til organisasjon og medarbeidere.

Sett i forhold til de perspektivene vi har pekt på, er det betydelig risiko forbudet med alle disse tre modellene.

Helse Midt-Norge RHF deler imidlertid utvalgets konklusjon om at i valget mellom disse tre modellene, er det minst risiko knyttet til implementeringen av alternativ 3 med opprettelse av et nasjonalt helseforetak.

Nasjonalt eller regionalt eierskap til spesialisthelsetjenesten

Utvalget har vurdert modellen med et nasjonalt helseforetak opp mot en modell med en videreføring av et regionalt beslutningsnivå.

Helse Midt-Norge viser til at Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019) slo fast at spesialisthelsetjenesten skal planlegges og dimensjoneres med utgangspunkt i en regionalisert helsetjeneste. Vi vil også vise til arbeidet som pågår med en regionreform og at det bør søkes at de ulike sektorene følger de samme strukturer. Regiondebatten er ikke uinteressant ut fra et helseperspektiv og særlig ikke for spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Vi trenger en sterk helseregion for å møte de utfordringene vi står overfor og vi trenger en sterk rekrutteringsbase for dyktige medarbeidere. Vi har gjennom mange år klart å etablere gode faglige samarbeidsrutiner og pasientforløp i regionen, og dette perspektivet må heller ikke glemmes i den pågående regiondebatten.

Et regionalt beslutningsnivå utfører sitt sørge for ansvar innenfor rammen av nasjonal helsepolitikk og de krav som myndighetene til enhver tid setter. En sentral oppgave for de regionale helseforetakene har vært å utvikle det regionale samarbeidet og etablere robuste helseforetak. Oppgaver som de regionale helseforetakene i dag utøver er blant annet funksjons- og oppgavefordeling, prioriteringer av investeringer, styring og oppfølging av kapasitet, inntektsfordeling mv. Helse Midt-Norge RHF tror ikke at et nasjonalt helseforetak vil kunne ha tilstrekkelig lokal og regional kunnskap eller kunne skape den forankring som er nødvendig for å få til en god styring og utvikling av tjenestene. En modell med et nasjonalt helseforetak vil innebære en sterk sentralisering som vil kunne svekke legitimiteten til styringssystemet. Svekket legitimitet kan igjen gi mindre gjennomføringskraft. Helse Midt-Norge viser til at helsetjenestens omstillingsevne og gjennomføringskraft vil være helt avgjørende for å løse framtidige utfordringer.

En modell med beslutningsorganer på regionalt nivå vil etter Helse Midt-Norges syn gi det beste grunnlaget for planlegging av spesialisthelsetjenesten. Myndighet på regionalt nivå vil styrke legitimiteten og dermed lojaliteten til beslutninger.

Helse Midt-Norge er en robust konstruksjon som har gitt oss mulighet til å etablere en god regionalisert spesialisthelsetjeneste for vel 700.000 innbyggere. Ut fra målet om å skape pasientenes helsetjeneste, vil Helse Midt-Norge RHF støtte utvalgets alternativ med en

videreføring av et regionalt beslutningsnivå. Dette begrunnes dels i erfaringene med, og potensialet for videreutvikling av dagens modell, dels med at vi ser dette som den beste modellen i møte med det utfordringsbildet vi står overfor. Vi viser her til de erkjennelsene som arbeidet med utviklingsplaner og Strategi 2030 har gitt oss, og som tidligere er nevnt i notatet. Helse Midt-Norge slutter seg for øvrig til de vurderingene som utvalget har gjort i avsnittet regionalt eller nasjonalt beslutningsnivå (sidene 215 – 217).

Det er Helse Midt-Norge sin vurdering at en videreføring og en videreutvikling av et regionalt beslutningsnivå vil gi et bedre utgangspunkt for å møte de utfordringene som helsetjenestene står foran, enn en modell med et nasjonalt helseforetak. Det er gjennom utredningen ikke sannsynliggjort at de alternative modellene vil kunne gi bedre styring, bedre effektivitet eller bedre pasientbehandling, enn hva dagens modell gir.

Bør helseforetakene videreføres som egne rettssubjekter i en regional modell?

Utvalget er delt i synet på avvikling av de lokale styrene. Helse Midt-Norge RHF vurderer at dette spørsmålet er sekundært til spørsmålet om videreføring av et regionalt beslutningsnivå.

Avvikling av de lokale styrene vil kunne gi en «renere» beslutningsmodell, nærmere en konsernmodell og gi økt «beslutningseffektivitet». Nasjonale og regionale strategier kan bli noe enklere å sette ut i livet. Samtidig vil det kunne hevdes at fjerning av lokalt styre kan skape større avstand til den lokale samarbeidsarenaen som gir helsetjenesten sin legitimitet i befolkningen. Det er imidlertid vårt inntrykk at modellen med lokale styrer for helseforetakene i dag har «gått seg til». Utforming av et felles utfordringsbilde, gjennom bl.a. arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan og lokale utviklingsplaner, har gitt mer fokus på vårt felles ansvar for oppgavene, og mindre fokus på den rettslige status til det enkelte helseforetak.

Utvalget viser til at forarbeidene til helseforetaksloven framhevet at en vellykket reform var avhengig av en riktig balanse mellom lokal frihet i det enkelte foretak og nødvendig overordnet nasjonalt styring. Helse Midt-Norge er enig i utvalget i at det på nytt er viktig å understreke betydningen av handlefrihet for sykehusene i den daglige driften. Foretaksreformen skulle gi sykehusledelsen autoritet til å gjennomføre oppdraget. Autoritet er basert på myndighet og legitimitet. I tillegg til åpne prosesser og medvirkning fra ansatte og brukere, vil nærhet til og involvering av de som utfører tjenestene være avgjørende for å gi legitimitet til faglige, økonomiske og driftsmessige beslutninger. For å sikre effektiv ressursutnyttelse, må spesialisthelsetjenesten organiseres og styres på en måte som sikrer at ulike profesjoner og andre aktører i tjenesten er engasjert i utviklings- og forbedringsarbeid. Å avvikle de lokale helseforetakene som egne rettssubjekt vil kunne svekke sykehusledelsens legitimitet og autoritet og skape større avstand mellom de som utfører tjenestene og de som tar de formelle beslutningene. Dette vil igjen bidra til økte muligheter for spill i systemet og vanskeliggjøre effektueringen av beslutningene.

Uavhengig av modell som velges må det legges til rette for at brukermedvirkning blir ivare tatt minst like bra som i nåværende foretaksmodell. Brukerperspektivet må ivaretas og brukermedvirkning må bli vurdert som lederstøtte.

Eierskapet til bygg og eiendom

Et flertall i utvalget foreslår å legge om eiendomsforvaltningen ved å etablere egne eiendomsenheter på regionalt nivå og å innføre en ordning med kostnadsdekkende husleie.

Helse Midt-Norge RHF er enig i situasjonsbeskrivelsen til utvalget knyttet til at det er et betydelig akkumulert vedlikeholdsetterslep i sektoren. Sektoren har hittil ikke prioritert vedlikehold godt nok. Dette reduserer omstillingsevnen i sektoren samtidig som det er ulønnsomt på lengre sikt.

For å prioritere (sette av mer midler til) vedlikehold må det fattes sentrale beslutninger, enten på nasjonalt eller regionalt nivå. Dersom problemet er for lite midler til vedlikehold, så er det mer snakk om vilje og evne til å prioritere enn spørsmålet om organisasjonsform. Det er ikke gitt at en alternativ organisering vil gi større prioritet til vedlikehold.

Helse Midt-Norge RHF viser videre til at det hittil i liten grad er stilt krav om verdibevarende vedlikehold – som krav til utvikling av tilstandsgrad for bygningsmassen – og at tettere oppfølging av indikatorer for byggenes tilstandsgrad kan være en like god måte å sikre målsetningene.

Det helhetlige ansvaret for å se drift og investeringer i sammenheng var et viktig poeng i foretaksreformen. Utvikling og vedlikehold av bygninger har store konsekvenser for driften, og muligheten for å skape rom for investeringer er en viktig drivkraft for effektiv drift. Dette insentivet vil forsvinne dersom vi velger å etablere et nasjonalt eiendomsforvaltningsselskap der leietagerne skal betale husleie. Helse Midt-Norge er enig i at dersom regionalt nivå beholdes bør det ikke etableres et eget nasjonalt eiendomsforvaltningsselskap.

Et regionalt eiendomsselskap kan bidra til å skille ordinær drift og verdibevarende vedlikehold, samtidig som forvalter- og eierrollen styrkes. Samtidig vil avstanden mellom beslutningstaker og driftsmiljøene øke, noe som kan gi suboptimalisering og mer krevende beslutninger knyttet til ombygginger/tilpasninger av bygg til virksomhetens behov. Regionalt eierskap til bygg og eiendom vil kunne svekke insentivet til effektiv drift ved det enkelte sykehus og vil gi mulighet for spill mellom sykehus i regionen.

Ansvaret for eiendomsforvaltningen bør derfor etter Helse Midt-Norges vurdering legges til det nivået som har ansvaret for driften av tjenesten.

Det er Helse Midt-Norges vurdering at utfordringsbildet innenfor eiendomsforvaltning i utgangspunktet kan håndteres innenfor dagens modell. Herunder vil en profesjonell eiendomsforvaltning kunne etableres uavhengig av organisasjonsmodell.

Helse Midt-Norge RHF vil støtte utvalgets konklusjoner om at videreutvikling av Sykehusbygg HF kan legge til rette for standardisering, samordning, læring og erfaringsoverføring på viktige områder innen eiendomsutvikling og drift.

Felleseide selskaper

Utvalget viser til at de felleseide selskapene kan være et egnet virkemiddel for å nå nasjonale mål, forutsatt at departementet gir klare styringskrav for virksomhetene. Det fremgår at de regionale helseforetakene har ulike relasjoner til felleseide selskaper; først og

fremst som eier, men også som kunde og i noen grad som konkurrent til virksomheten i selskapene.

Helse Midt-Norge vil vise til at det er de regionale helseforetakene som har etablert og som eier og styrer de felleseide selskapene. De regionale helseforetakene vedtok høsten 2015 prinsipper for styring av felleseide selskaper.

Helse Midt-Norge vil støtte utvalgets konklusjoner om at de felleseide selskapene kan være et egnet virkemiddel for å nå nasjonale mål. Helse Midt-Norge RHF vil likevel påpeke at utvalget i liten grad har problematisert utfordringene ved at nasjonale selskap gjør at beslutningstakere er langt unna driftsmiljøene. Dette medfører at det kan bli mer krevende å få aksept for driftsmessige behov, eksempelvis ønsker knyttet til medisinsk-teknisk utstyr. Som en konsekvens øker utfordringene knyttet til medvirkning og avtalelojalitet/oppfølging.

IKT-området

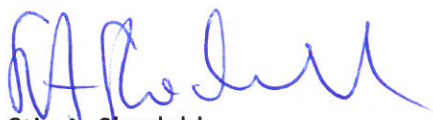
Helse Midt-Norge deler utvalgets syn på behovet for bedre nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet. For å sikre samarbeid og utvikling i tråd med de nasjonale målene for IKT-området, støtter vi at det foretas en samlet gjennomgang av roller og oppgaver for de ulike aktørene; herunder Nasjonal IKT HF, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF, Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF.

Samtidig legger utvalget vekt på at det er viktig å sikre gjennomføring av de igangsatte regionale utviklingsprosjektene. Helse Midt-Norge RHF støtter denne vurderingen, og vil minne om at Helseplattformen har som mål å skape en felles IKT-plattform for både spesialisthelsetjenesten og kommunene i Midt-Norge. Trondheim kommune er hovedsamarbeidspart i anskaffelsen, men alle de andre (84) kommunene i Midt-Norge har tegnet opsjonsavtale. Helseplattformen er også nasjonal pilot for en mulig nasjonal løsning for «En innbygger - en journal».

Inntektsmodellen

Det vises til at det er åtte år siden inntektsmodellen til de regionale helseforetakene ble oppdatert. Helse Midt-Norge støtter utvalgets forslag om at det settes i gang et arbeid med å oppdatere modellen for fordeling av basisbevilgningen.

Med vennlig hilsen



Stig A. Slørdahl
administrerende direktør



Mette Nilstad
senior strategirådgiver

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 22. februar 2017 kl. 19.00 - 20.15

Møtested: Telefonmøte

Saksnr.: 16/17 – 18/17

Arkivsaksnr.: 17/110

Møtende medlemmer:

Ola H. Strand
Paul Steinar Valle
Tore Kristiansen
Ivar Østrem
Brit Tove Welde
Vigdis Harsvik
Ellen Wøhni
Randulf Søberg

Forfall:

Liv Stette

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Stig A. Slørdahl
Kst. direktør for stab og prosjektstyring Rita Bjørgan Holand (referent)
Kst. direktør for stab og prosjektstyring Mette Nilstad
Direktør for samhandling Daniel Haga
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås
Kst. direktør for helsefag Henrik A. Sandbu
Seniorrådgiver Gunn Fredriksen
Internrevisjonssjef Jørgen Midtlyng

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 15.02.17. Saksdokumentene til møtet ble lagt ut i styreadministrasjonen fredag 17.02.17.

Møtet ble avviklet som telefonmøte, med egen kode for de som ønsket å lytte til møtet.

Styrets leder Ola H. Strand ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling og saksliste til møtet ble godkjent.

Sak 16/17 Høring - NOU 2016:25 - Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Forslag til vedtak:

Styret slutter seg til utkast til høringsuttalelse til NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*, med de endringer som fremkommer i møte.

Protokoll

Forslag til vedtak ble vedtatt mot 3 stemmer (Ellen Wøhni, Ivar Østrem og Randulf Søberg)

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret slutter seg til utkast til høringsuttalelse til NOU 2016:25 *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten*, med de endringer som fremkommer i møte.

Stemmeforklaring fra:

Ivar Østrem, Ellen Wøhni og Randulf Søberg

Undertegnede mener NOU 2016 – 25 "Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten" ikke tar for seg de faktiske utfordringer spesialisthelsetjenesten står oppe i. Spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver - pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring - er i tillegg lite berørt i utredningen.

Utredningen bærer preg av at organiseringen betraktes fra toppen av hierarkiet, mens betraktning fra pasient, behandler eller siste ledds leder mangler. (FAFO rapport 2012:57; Ti år etter; «Ledere på seksjons- eller avdelingsnivå rapporterte negative erfaringer, kun 2 % av lederne på disse nivåene sa seg helt enig i påstanden "Alt i alt vil jeg si at helseforetaksreformen har vært vellykket"» og Legeforeningens rapport 2016; Mellom politikk og administrasjon).

Kvinnslandsutvalgets utredning gir ikke svar på om det foreligger et problem og hva som evt. problemet er. På den måten får man heller ikke vite noe om hva som kunne være løsningen på problemet og videre hva som kunne være målet. De konkrete spørsmål som ble oppspilt i mandatet er i liten grad drøftet og i alle fall ikke skriftliggjort i rapporten.

Rapporter fra SINTEF, Helsetilsynet, Riksrevisjonen, Helsedirektoratet, Legeforeningen o. a. samt mange saker i media (sist psykiatri og tvang – VG) viser betydelig utfordringer og svikt i styringssystemet og benyttes i overraskende liten grad i Kvinnslands-utredningen. Situasjonen i sykehusene i dag er alvorlig og vanskelig. Sykehus er en meget betydelig risikobedrift hvor svikt får store konsekvenser for pasientene som rammes og ingen konsekvens for beslutningstakere. Ansvarsforhold burde være tydelige og klare, slik de er i andre risikovirksomheter. I spesialisthelsetjenesten er de ikke det i dag. Man burde sett tydeliggjøring av sikkerhet og ansvar; lange beslutningslinjer må reduseres og likedan må maktkonsentrasjon reduseres. Ledelse som støttefunksjon bør fokuseres, i tråd med det statsråd Høie sa

til avslutning av årets sykehustale. FAFO rapport 2016:33 gir i tillegg klare indisier på at belastningen ved å si i fra for ansatte er blitt for høy. Dette høyner risikobildet ytterligere i sykehusene. Arbeidet for en åpenhetskultur er viktig og må både prioriteres og fokuseres. Sykehus-organisasjonene selv synes ikke å ha god oversikt over behandlingssystemet og tilrettelegging av behandlingstilbudet. Det er med andre ord diskrepans mellom det som står i utredningen og dokumentasjon av virkeligheten i sykehusene.

Man bør ikke endre organisering av spesialisthelsetjeneste uten at man er rimelig sikker på at endring fører til forbedring, sies det i oppsummering i høringsutkastet. Dette kan man fullt ut slutte seg til, men dagens modell er ikke velfungerende, slik Kvinnslands-utredningen og utkast til høringsuttalelse fra HMN RHF hevder. Det er nødvendig med retningsangivelse angående forbedring av dagens modell og utredning av alternative modeller. Hele helsetjenesten står overfor betydelige utfordringer i kommende desennier; grensesnittet spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste bør derfor også vektlegges i ny utredning.

Styresak 16/17 gir ingen klar retning for forbedring av eksisterende modell og gir heller ikke insitament til ytterligere analyse og initiativ til ny utredning. Vi tre ansatterepresentanter i HMN-styret kan derfor ikke stemme for utkast til høring

Sak 17/17 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 18/17 Godkjenning og signering av protokoller

Protokoll blir godkjent og signert i neste styremøte.

Stjørdal 22.02.17

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Liv Stette

Tore Kristiansen

Vigdis Harsvik

Brit Tove Welde

Randulf Søberg

Ellen Wobni

Ivar Østrem

