Norsk overlegeforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Den norske legeforening

her.

Deres ref.: 16/6546 Vår ref.: Dato: 30.1.2017

Høring- NOU 2016:25. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?

Det vises til høringssak publisert på Legeforeningens sider 14.12.2016.

Styret i Norsk overlegeforening behandlet saken i styremøte.

Styret vedtok følgende uttalelse i saken:

Norsk overlegeforening vil innledningsvis bemerke at innretningen av statens eierskap er av stor betydning for spesialisthelsetjenesten. Etter 14 år med foretaksorganisering er det betimelig å gjøre en gjennomgang av historikk og erfaringer, og vurdere endringer i innretningen. **Norsk overlegeforening mener det er uheldig - i et så stort og viktig arbeid - at utvalgets mandat ikke har åpnet for vurdering av en ren forvaltningsmodell.**

Som kjent har Pål Martinussen på oppdrag fra Legeforeningen undersøkt sykehuslegers erfaringer med dagens styringssystem. Legene opplever at faglige hensyn vektlegges i mindre grad, og at økonomihensyn har blitt dominerende i de øvre styringsnivåene. Videre opplever legene at manglende stedlig ledelse og lange lederlinjer er uhensiktsmessig. Overlegeforeningen anser at forholdene henger sammen med den overordnede organiseringen av tjenestene, og sammenslåing til store foretaksenheter.

Ved inngangen til reformåret 2002 var hovedregelen i norske sykehus stedlig ledelse både på avdelingsnivå og overordnet nivå. Majoriteten av sykehusene hadde to eller tre ledernivå. Ti år senere har antallet ledernivå økt til mellom 4 og 6 i det store flertallet av norske sykehus. Overlegeforeningen anser denne endringen som en viktig forklaring på økt avstand mellom ledelsen og behandlingsnivået. Denne økte avstanden kan bidra til dårligere organisering og et svekket tjenestetilbud.

På oppdrag fra Spekter gjennomførte FAFO i 2012 en undersøkelse av sykehuslederes erfaringer med foretaksreformen. 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". I en nylig publisert studie av Johannesen og medforfattere ble det avdekket at produktivitet målt som DRG per lege i norske sykehus ikke har økt siden 2005. Med bakgrunn i våre egne medlemsundersøkelser samt andre undersøkelser som har vist at andel arbeidstid i pasientrettet arbeid er redusert, tolker Overlegeforeningen funnene til Johannesen og medarbeidere som uttrykk for at

organisasjonsendringene etter foretaksreformen ikke har lagt godt nok til rette for pasientrettet arbeid.

De regionale helseforetakene ivaretar i dag en rekke ulike oppgaver. Norsk overlegeforening vil fremheve at den mest sentrale oppgaven alltid vil være å legge til rette for en god og effektiv pasientbehandling ute i sykehusene i samhandling med kommuner og fastleger. Etter Overlegeforeningens syn har disse hensynene ikke vært godt nok ivaretatt gjennom de disposisjonene de regionale foretakene har gjennomført det siste årtiet. Endringene har gjennomgående skjedd i retning av sammenslåing av sykehus til større enheter og sentralisering av beslutningsmyndighet. Resultatet er store organisasjoner med manglende stedlig ledelse og lange lederlinjer. Kombinert med nedleggelse av mange mindre sykehus og underdimensjonering av nybygg har dette bidratt til å skape vanskelige arbeidsvilkår i store deler av tjenesten, og svekket mulighetene for å utvikle god samhandling.

Organiseringen av spesialisthelsetjenesten må i størst mulig grad være tilpasset oppgavene som skal løses. Den demografiske utviklingen vi når står foran vil kreve endringer i måten vi møter pasientens behov og hvilke løsninger vi velger. Andelen eldre med flere sykdommer vil utgjøre en større del av pasientpopulasjonen. Å legge et økende antall multisyke inn i store høyt spesialiserte sykehus er ikke en hensiktsmessig tilnærming. Tvert i mot vil vi måtte finne løsninger ved en desentralisering av mange av spesialisthelsetjenestene, og i et tettere og mer sømløst samarbeid med primærhelsetjenesten.

Siktemålet for en ny organisering av spesialisthelsetjenesten må være å innrette tjenesten for de fremtidige utfordringene, men også korrigere organisatoriske utviklingstrekk som ikke har bidratt til bedre pasientbehandling. Overlegeforeningen vurderer at begge hensyn peker i samme retning: mot en styrking av autonomien i sykehusene, og ved å legge til rette for at flere sykehus organiseres som selvstendige enheter.

Etter Overlegeforeningens syn bør altså flere sykehus som i dag er underlagt foretaksoverbygning gis en selvstendig rolle. Eksempler kan være Bærum og Harstad sykehus. Mindre organisasjoner med stedlig ledelse og færre ledelsesnivå vil kunne bidra til at sykehusene gis større mulighet til å utvikle samhandling med tilgrensende helsetjenester, og legge bedre til rette for utforming av god og effektiv pasientbehandling.

Stortingets presisering av at stedlig ledelse skal være hovedregel i sykehusene, peker også i denne retning. Reell stedlig ledelse lar seg ikke gjennomføre i foretak bestående av mange større sykehus. For Overlegeforeningen er ikke betydningen av stedlig ledelse begrenset til ansattes arbeidsmiljø, tvert i mot er det viktigste hensynet ivaretakelse av et aktivt og effektivt nivå for koordinering av de ulike faggruppene og ressursene som inngår i behandlingsforløpet, herunder koordinering mot den øvrige helsetjenesten. Overlegeforeningen vil altså betone betydningen av stedlig ledelse i pasientforløpene.

Det følger av betraktningene over at Overlegeforeningen ønsker at en ny organisering legger til rette for flere sykehus (eller helseforetak). Organiseringen av det neste ledd i styringskjeden – som har vært Kvinnsland-utvalgets mandat – bør etter Overlegeforenings syn ivareta en bedre organisering av pasientbehandlingen i de underliggende sykehusene.

Regionaliseringsprinsippet i norsk spesialisthelsetjeneste har røtter tilbake til oppbyggingen av regionssykehusene på 70-tallet. Etter Overlegeforeningens syn har prinsippet vært et helt avgjørende premiss for å utbre en desentralisert spesialisthelsetjeneste. Norsk overlegeforening

vil sterkt tilrå at en fremtidig organisering også bygger på en regionløsning. Etter foreningens syn bør antallet regioner tilpasses den underliggende sykehusstrukturen, og det følger av anbefalingen om flere selvstendige sykehus at Overlegeforeningen vil anbefale en økning av antallet regioner.

Erfaringene med de regionale helseforetakene har vært ulik i de ulike regionene. Den største regionen har erfart flere og mer alvorlige problemer enn de øvrige regionene. Etter Overlegeforeningens syn må dette ses i sammenheng med regionens størrelse og styringsspenn, men også med organiseringen av de underliggende sykehusene. Norsk overlegeforening vil tilrå at det gjøres en oppdeling av denne helseregionen i tre eller flere selvstendige regioner, med Oslo som en egen region.

Utviklingen av nye behandlingstilbud som kateterbaserte prosedyrer i behandling av hjerteinfarkt og slag innebærer at behandlingstilbud fremover må legges ved flere sykehus enn de fire regionssykehusene. Overlegeforeningen anser at regionssykehusene også i de kommende tiårene vil være viktige brikker i en regionalisert spesialisthelsetjeneste, men at skillene mot andre større sykehus gradvis vil bli mindre tydelige som ledd i utviklingen av tjenestetilbudet. I Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan er det nå fastsatt at Helsedirektoratet skal gis oppgave å plassere nasjonale og regionale funksjoner ved 8-10 sykehus i landet. Norsk overlegeforening anser en slik innretning som hensiktsmessig. Etter Overlegeforeningens syn vil det være hensiktsmessig at arbeidet med en reorganisering av spesialisthelsetjenesten koordineres med arbeidet med en ny regionreform. En samordning muliggjør en utvikling i retning av at større deler av helsetilbudet organiseres fra samme nivå.

Overlegeforeningen tilrår altså at innretningen av statens eierskap utvikles ved at en viderefører et regionalt prinsipp, men at antallet regioner økes. Nasjonal koordinering regionene i mellom har i dag delvis vært ivaretatt av departement og direktorat, og delvis i uformelle møter mellom de direktørene i de fire regionale helseforetakene (AD-møtene). Overlegeforeningen anser at en reorganisering med flere regioner vil styrke behovet for en mekanisme for nasjonal koordinering. Dette kan skje ved at flere oppgaver tillegges et direktorat, eller ved at samarbeidet mellom regionene utvikles og formaliseres. Dagens ordning med at det fattes vedtak med vidtrekkende konsekvenser i et uformelt forum (AD-møtene) bryter med lov- og avtaleverk, og Overlegeforeningen vil sterkt tilrå at denne arbeidsformen ikke videreføres.

Kvinnsland-utvalgets mandat angir at en ny innretning av statens eierskap skal skje innen en videreføring av foretaksmodellen. Det innebærer at organiseringen med selvstendige rettssubjekt med styrer skal videreføres. Det fremgår av vurderingene over at Overlegeforeningen ikke anser at styrenes innretning og plassering er det viktigste hensynet å ivareta i en ny innretning. **Men Overlegeforeningen anser likevel utvalgets forslag om å fjerne styrene på sykehusnivå som helt uegnet**. Etter foreningens syn bør styrene på sykehusnivå videreføres under en fortsatt foretaksorganisering. Videre bør styrenes faglige kompetanse styrkes. Det bør det sitte representanter fra primærhelsetjenesten i sykehusstyrene.

Med vennlig hilsen
Norsk overlegeforening

Jon Helle (sign.)
leder