

Helse- og omsorgsdepartementet  
Postboks 8011 DEP  
0030  
Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202200226

Dato: 21-04-2022

## **Legeforeningens innspill til Sykehusutvalget**

Legeforeningen viser til epost av 14. mars d.å. og takker for invitasjon til å gi skriftlig innspill til Sykehusutvalgets arbeid. God styring, organisering og ledelse av sykehusene er avgjørende for et godt helsevesen. Vi har hatt en intern høringsrunde i vår organisasjon og har mottatt 13 høringsinnspill. Dette innspillet er utarbeidet på bakgrunn av disse uttalelsene.

### **Generelle merknader til utvalgets mandat**

Til grunn for utvalgets arbeid ligger at det fortsatt skal være en modell med statlig eierskap og regionale og lokale helseforetak. Det er også lagt til grunn at det i Norge skal være en desentralisert sykehusstruktur som sikrer beredskap og gir alle innbyggere forsvarlig, trygg og omsorgsfull behandling på sykehus. Et viktig perspektiv er å legge til rette for robuste fagmiljøer, som er vesentlig for kvaliteten i tjenestene og for rekruttering av kompetent personell.

I utvalgets mandat står det at statens mål som eier er å oppnå gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesten har i tillegg til pasientbehandling tre andre primære ansvarsområder - forskning, opplæring og utdanning av helsepersonell. Dette må det også tas hensyn til i sykehusutvalgets arbeid.

Det er viktig at utvalgets perspektiv knyttet til sykehus ikke kun handler om den institusjonaliserte spesialisthelsetjenesten. En stor del av spesialisthelsetjenesten er lokalisert utenfor sykehus, både offentlig og privat organisert. For eksempel står avtalespesialistene for omkring 25 prosent av kapasiteten i den offentlig finansierte polikliniske spesialisthelsetjenesten.

Det er også viktig at utvalget har et ekstra blikk på psykisk helsevern. Til tross for mange års politisk uttrykt ønske om prioritering av psykisk helse har dette ikke blitt gjennomført, og psykisk helse taper stadig terreng sammenlignet med somatikken. Det er behov for en grundig gjennomgang av organisering, finansiering og oppgavefordeling innen psykisk helsevern.

Mange mennesker har sykehuset som sin arbeidsplass. Det er viktig at utvalget også utreder mulige konsekvenser for ansattes arbeidsmiljø i vurderingen av ulike tiltak.

**Punkt 2. Utrede forslag til endringer i styringen av sykehusene innenfor en modell med statlig eierskap som sikrer regional, politisk og demokratisk innflytelse i styringen av sykehusene.**



Mye av kritikken som har vært rettet mot RHF-ene og hvordan de har utviklet seg etter innføringen av helseforetaksmodellen handler om at makt har blitt konsolidert i det regionale nivået, hvor det er stor grad av ovenfra-og-ned styring, og hvor viktig informasjon ikke kommer frem til Helse- og omsorgsdepartementet eller til Stortinget. Dette er en demokratisk utfordring og bidrar i tillegg til unødvendig byråkrati, lange lederlinjer og stor avstand mellom toppledelsen og underliggende virksomheter. Mange av våre foreningsledd trekker også frem at innføringen av profesjonelle styrer og mål- og resultatstyring utfordrer det faglige perspektivet i styringen av sykehusene, hvor økonomifokuset har fått for stor plass på bekostning av fag og kvalitet.

Legeforeningen ber sykehusutvalget om å utrede følgende:

- Endre det regionale nivået fra å være et juridisk subjekt og styringsnivå, til et regionalt forvaltningsnivå for samordning og koordinering. Dette innebærer at regionene får en administrativ funksjon. Å fjerne styrene på regionalt nivå vil kunne bidra til å gi helse- og omsorgsdepartementet en mer direkte styringslinje og vil bidra til å rendyrke oppgavene som regionene skal utføre.
- Vurdere å dele Helse Sør-Øst i mindre enheter. Det er stor avstand mellom det regionale nivået og de underliggende virksomhetene. Størrelsen på Helse Sør-Øst skaper en ubalanse i forholdet mellom dagens regionale helseforetak.
- Opprettholde HF-nivået, men utrede hvilke helseforetak som bør deles opp i mindre enheter for å unngå for stort lederspenn og styrke den lokale sykehusledelsen. Sykehusene som ligger i disse helseforetakene må være utførerorganer med egen stedlig ledelse. Det bør også vurderes om alle HF burde være tilknyttet et universitet, i den hensikt å legge bedre til rette for forskning og undervisning.
- Innføre krav om at beslutninger som omhandler sykehusstruktur, store investeringer og vesentlige endringer i befolkningens helsetilbud blir gjenstand for politisk behandling. Demokratisk kontroll må inn som et klart premiss for styringen av sektoren, med påfølgende begrensninger for de regionale foretakenes rolle og fullmakter.
- Innføre bestemmelser som skal sikre representasjon av styremedlemmer med tilstrekkelig kompetanse og kunnskap om sykehusenes kjerneoppgaver.

### **Punkt 3. Utrede forslag til hvordan helsefellesskapene kan brukes til å sikre bedre samhandling med kommunehelsetjenesten om helhetlige pasientforløp.**

For å løse bærekraftutfordringene i fremtidens helsevesen er god samhandling, på tvers av tjenestenivåene, viktig. Legeforeningen er positiv til opprettelsen av helsefellesskap som en formalisert samarbeidsarena, ledelsesforankret og med klinikerinvolvering. Vår erfaring er at arbeidet med å etablere helsefellesskapene går sakte. For at helsefellesskapsmodellen skal lykkes må den breddes, utvikles og være basert på reell samhandling mellom de som skal løse utfordringene. Det er avgjørende at samsillet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten beskrives bedre og det må være tilstrekkelige rammer i tjenestene som muliggjør god samhandling.

Legeforeningen ber utvalget utrede følgende:



- Avvikle kommunal betalingsplikt for ferdigbehandlede pasienter. Dette har vist seg å skape et høyt konfliktnivå mellom sykehus og kommuner, og synes heller ikke å være et effektivt virkemiddel som setter kommunene i stand til å ivareta sin plikt til å ta imot ferdigbehandlede pasienter.
- Det må satses videre på IKT-løsninger som letter samhandlingen mellom sykehus og kommune/fastleger.

**Punkt 4. Gjennomgå ansvar og myndighet for regionale og lokale helseforetak, og tydeliggjøre hvilke beslutninger som skal avgjøres av helse- og omsorgsministeren i foretaksmøte.**

Vi viser til innspillet under punkt 2.

- Det regionale nivået bør i hovedsak ha ansvaret for fordeling av bevilgninger og oppgaver mellom de underliggende enhetene. Det regionale nivået vil da bli direkte underlagt departementet med et økonomisk forvalteransvar.
- Større avgjørelser omkring sykehusstruktur, store investeringer og vesentlige endringer i helsetilbudet løftes til politisk behandling. Ytterligere styrking av den demokratiske forankringen kan skje ved at Nasjonal helse og sykehusplan blir en forpliktende investeringsplan som vedtas av Stortinget – på samme måte som nasjonal transportplan.

**Punkt 5. Vurdere tiltak for å redusere markedstenkingens plass innen styringen av helseforetakene og vurdere ordningen for finansiering av sykehusbygg.**

Legeforeningen mener at økonomifokuset er dominerende i sykehusene i dag, og at dette kan føre til fortrenging av øvrige hensyn, herunder pasientbehandling basert på god faglighet og omsorg, utvikling av godt og stabilt arbeidsmiljø, samt god samhandling med kommuner og fastleger.

Finansieringssystemet definerer fagområder og pasientgrupper som hhv. kostnadseffektiv virksomhet og lønnsomme pasienter. Systemet identifiserer også de pasientene som i all hovedsak er en utgiftspost. Svake grupper, som eldre med funksjonssvikt og barn med kronisk sykdom og/eller funksjonshemming, er eksempler på pasientgrupper med stort behov for tjenester, men som genererer lite inntekter. Det samme gjelder tverrfaglig virksomhet og aktivitet som fremmer samhandling mellom tjenestenivåene.

Legeforeningen mener at dersom ISF-finansieringen skal beholdes må systemet endres og tilpasses den arbeidsinnsatsen de ulike pasientgruppene representerer. ISF-finansieringen er lite treffsikkert på avdelings- og klinikknivå.

Legeforeningen ber utvalget å:

- Utrede hensiktsmessig nivå og innretning for innsatsstyrt finansiering, sett i forhold til rammefinansiering.
- Vurdere alternative finansieringsordninger for psykisk helsevern og TSB.

Finansieringssystemet i dag legger til grunn at helseforetakene er forpliktet til å følge regnskapsloven. Ved store investeringer må foretakene stille med en betydelig egenandel for å kunne søke om lån fra staten. Denne egenkapitalen skal i hovedsak fremskaffes ved å drive pasientbehandling med overskudd. Når helseforetakene ikke klarer å effektivisere driften i tilstrekkelig grad, blir byggeprosjekter nedskalert underveis i planleggingsprosessen. Når nye sykehusbygg er ferdigstilt, må helseforetakene planlegge for gevinstrealisering og effektivisering av driften for å finansiere renter og avskrivninger. Den direkte koblingen mellom drift og investering legger et utilbørlig press på sykehusøkonomien. En rekke sykehus har endt opp med å utsette eller kutte på investeringer. Dette medfører at kapitalkostnadene faller, men fører på lengre sikt til at bygg og utstyr forfaller.

Hele ordningen med finansiering av større investeringsprosjekt i sykehusene må gjennomgås. Det må gis bevilgninger som setter sykehusene i stand til å håndtere behovet for større investeringer som følger av behovsveksten.

Legeforeningen ber utvalget utrede:

- Hvordan større investeringer i sykehusbygg kan løftes nasjonalt og vedtas av Stortinget.
- En ordning hvor kravet om egenkapital faller bort og finansieringen av større sykehusbyggprosjekter dekkes gjennom både lån og bevilgninger.
- Å skille mellom investeringer i MTU og større investeringer i nye bygg, hvor MTU er et ansvar for helseforetakene, mens store investeringer i nye bygg løftes nasjonalt, for eksempel i en nasjonal investeringsplan.

#### **Punkt 6. Vurdere tiltak for å redusere mål- og resultatstyringens plass i styringen av helseforetakene med sikte på å fjerne unødvendig rapportering og detaljstyring**

Mål- og resultatstyring kan ha ulike formål; måle ansattes effektivitet, få bedre kostnadskontroll og måle kvalitet i pasientbehandlingen. En del rapportering gir viktig kunnskap både lokalt og nasjonalt, mens annen oppleves som kontrollerende og skaper mistillit.

Mål- og resultatstyring gjør at mye tid og krefter brukes på rapportering. Sammen med IKT-systemer som er lite brukervennlige blir dette tidstyver og merarbeid som trekker legene bort fra sine kjerneoppgaver.

Legeforeningen mener det er behov for:

- At klinikere må involveres når IKT-systemer utvikles for helsetjenesten. Uten mulighet for medvirkning og lokale tilpasninger blir systemene tidstyver istedenfor å avlaste helsepersonell og fremme godt samarbeid innad i og på tvers av behandlingsnivåene.
- At andelen merkantilt personell i sykehusene økes for å avlaste sykehuslegene og effektivisere deres arbeidshverdag.
- Å prioritere rapportering som har som formål om å understøtte læring og kvalitetsutvikling.



**DEN NORSKE  
LEGEFORENING**

- Å etablere et system med fagrevisjoner i sykehusene. Fagrevisjon ble vedtatt ved behandling av Nasjonal- helse og sykehusplan (2016 – 2019), men har ikke blitt innført. Det er viktig at fagrevisjon etableres som en selvstendig og uavhengig ordning.

**Punkt 7. Gjennomgå antall lederstillinger og ledernivå i helseforetakene og vurdere regelverk og eventuelt andre tiltak som kan understøtte en fornuftig lederstruktur og som legger til rette for stedlig ledelse.**

Vi viser til innspill under punkt 2. og 4.

Dagens sykehusorganisering med styrer både på HF og RHF nivå, og opptil 6 ledernivå mellom ansatte og administrerende direktør på de største sykehusene, skaper lange beslutningslinjer og fører til at informasjon «siles» oppover i lederlinjen. Dette bidrar til en ovenfra-og-ned styring som i for liten grad tilrettelegger for og rundt møtet mellom behandler og pasient.

Legeforeningen mener det er behov for å styrke den lokale sykehusledelsens innflytelse og redusere antall ledernivåer. Stedlig ledelse vil legge bedre til rette for konstruktiv og respektfull dialog mellom ledere, tillitsvalgte og ansatte.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Siri Skumlien  
generalsekretær

Jorunn Fryjordet  
Avdelingsdirektør

Linda Markham  
Seniorrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)