

Oslo, 02.05.2022

Vår ref.
HS34

Innspill til Sykehusutvalget

Arbeidsgiverforeningen Spekter viser til invitasjonen av 14.03.22 til å spille inn synspunkter til Sykehusutvalget. Spekter organiserer blant annet alle helseforetakene, de regionale helseforetakene og flere av de sentrale private og ideelle aktørene innen sektoren.

Det følger av utvalgets mandat at det blant annet skal 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».

Vi oppfatter at noe av bakgrunnen for etablering av utvalget er en bekymring for demokratisk underskudd og manglende rom for politisk styring. Spekter mener det er viktig å ivareta balansen mellom behovet for politisk styring og virksomhetenes behov for autonomi og rammebetingelser for faglig forsvarlig og effektiv drift. Det er derfor positivt at det med jevne mellomrom foretas en vurdering av styringsmodellen, slik det ble gjort de første årene etter reformen med flere evalueringsrapporter (NIBR og Agenda Muusmann mv), og nå sist for fem år siden gjennom Kvinnslandutvalgets rapport.

Vi vil understreke at valg av styringsform og organisering kun er virkemidler for å nå de overordnede helsepolitiske målene. Disse har ligget fast over lengre tid, på tvers av politiske skillelinjer: Det heter i Ot.prp. nr. 66 (2000- 2001) som ligger til grunn for etableringen av helseforetakene at: *Hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted skal gis god tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor.* Dette er et bærende element i velferdsstatens universelle velferdsgoder og må være utgangspunktet for utvalgets vurderinger.

Spekters innspill tar utgangspunkt i bakgrunnen for, og resultatene av sykehusreformen i 2002.

Sykehusreformen i 2002. Bakgrunn, mål og resultater

En viktig årsak til sykehusreformen var at helsetjenestene leverte for svakt på de overordnede helsepolitiske målene. Før 2002 var sektoren preget av økonomisk underskudd, korridorpasienter, lange ventelister og for dårlig samordning mellom regioner og sykehus. Mål om kostnadskontroll, bedre regional samordning og myndiggjøring av sykehusene var derfor sentralt i sykehusreformen. Myndiggjøring skulle gi tydelighet i fordelingen av roller og ansvar, og redusere mulighetene for politisk spill. Nye rammevilkår for ledelse ble satt på dagsorden. Politiske myndigheter skulle styre mindre i smått og mer i stort. Ved å skille ut sykehusene fra forvaltningen og gjøre dem til selvstendige foretak, la man til rette for at sykehusene bedre skulle kunne utøve lederskap og ta ansvar. Det ble i vist til at reformen var like mye en ansvars- og lederskapsreform som en eierskapsreform. Spekter mener at Sykehusutvalgets vurderinger må hensynta de politiske målene for reformen.

Det viktigste spørsmålet i vurderingen av helseforetaksmodellen er hvordan styringsmodellen bidrar til best mulige tjenester og resultater innenfor de ressursene som er til disposisjon. Vi vil derfor minne om noen av resultatene som er oppnådd etter reformen:

- Ventetidene er kortere og antall korridorpasienter er lavere.
 - Det har vært 31% reduksjon i ventetid (dager i snitt) for pasienter i somatikk fra 2002 til 2019, selv om befolkningen i løpet av perioden har blitt både flere og eldre. (Antall personer over 70 år eller eldre har økt med 37 prosent siden 2002). (Kilde: NPR)
 - Andel korridorpasienter, som var mye omtalt før reformen, har en tydelig nedadgående tendens, fra 3 prosent av pasientene i 2005 til 0,9 prosent av pasientene i 2021. (Kilde: Helsedirektoratet)
- Det har vært en økning i antall behandlede pasienter
 - Antall ny-henviste behandlede pasienter har økt, fra 1.1 mill. i 2002 til 1.4 mill. i 2014. Etter 2014 har antallet ny-henviste pasienter vært stabilt/noe fallende. (Kilde: NPR)
 - Antall polikliniske konsultasjoner økte med 201 prosent i perioden 2002 – 2019. Innen psykisk helsevern har økningen vært enda større, 281 prosent. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling har hatt en økning i polikliniske konsultasjoner med 521 prosent. (Kilde: SSB)
- Samtidig har kvaliteten økt
 - I perioden 2016-2020 var det om lag 75 prosent av de med kreftdiagnose som overlevde i 5 år. På slutten av 90-tallet var det under 60 prosent (Kilde: Kreftregisteret)
 - Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i Norge har falt betydelig fra 1990-tallet og ligger fra 2015 under det gjennomsnittlige nivået i Vest-Europa (Kilde: FHI)
- Økonomien er under kontroll i alle regioner
 - Helseforetakene har snudd røde tall til kontroll over økonomien fra 2008, altså er Stortingets mål om budsjettkontroll og slutt på svartepersillet som det ble sagt, nådd. Samtidig oppgraderes også sykehusene i stort omfang. (Kilde: Samdata)

- Samordning og fordeling av ulike funksjoner er gjennomført både innenfor helseforetak og regioner for å gi best mulig tilbud til pasientene
- Det har også vært gjennomført flere endringer når det gjelder antall foretak og grensesnitt – hele tiden for å sikre kompetent, faglig forsvarlig og effektiv drift. Det var 44 helseforetak som drev sykehusdrift i 2002, nå er det 20.
- Medarbeiderundersøkelser viser trivsel på nivå med resten av arbeidslivet, og sykefraværet er redusert
 - I forbedringsundersøkelsen for Helse Sør-Øst i 2021 sier 87 prosent av de ansatte at de er godt fornøyde med å jobbe der
 - Sykefraværet er på 6,1 prosent legemeldt fravær i 2019, som er lavere enn helse og sosialsektoren samlet (7,3 prosent). (Kilde: Rapportering fra faggruppen for IA-avtalen).
- Redusert deltidsandel
 - Det har vært jobbet grundig og systematisk med å redusere deltid- nå er den gjennomsnittlige stillingsprosenten 90,2 prosent for alle helseforetak - og det er medregnet de som har deltid pga små barn, alder og sykdom. I de fleste sykehus får de ansatte den stillingsprosenten de ønsker, blant annet fordi sykehusene tilbyr deltidsansatte å fylle opp stillingene ved å arbeide i interne bemanningspooler ved sykehuset. Dette bidrar også til å redusere behovet for innleie og overtid.
- Høy pasienttilfredshet
 - Nasjonale undersøkelser viser høy tilfredshet blant pasientene. (Kilde: FHI)

De gode resultatene skyldes flere forhold, blant annet teknologiutvikling, forebygging og økte bevilgninger. Vår vurdering er likevel at reformen har vært en viktig forutsetning for de resultatene som er oppnådd.

Muligheter for politisk styring

Vi mener det er grunn til å konkludere med at spesialisthelsetjenesten har levert gode resultater etter sykehusreformen. Samtidig oppstår det stadig debatter om helseforetaksmodellen, organisering og mulighetene for politisk styring. Demokratiske prosesser og mulighet for politisk styring er grunnleggende for å sikre modellens demokratiske legitimitet og dermed også oppslutning om en skattefinansiert helsetjeneste. En grunnleggende avveining ved valg av styringsmodell og tilknytningsform er behovet for politisk styring på den ene siden og virksomhetens behov for handlefrihet, autonomi, altså helsefaglig og medisinsk forsvarlig drift på den annen side. Med løsningen som ble valgt i 2002 med selvstendige foretak kombinert med gode muligheter for politisk styring, ble det lagt vekt på å balansere disse hensynene på en mest mulig hensiktsmessig måte.

Sykehusreformen i 2002 hadde to hovedelementer, statlig overtakelse av eierskapet og foretaksorganisering. Statliggjøringen hadde som begrunnelse å gi Stortinget bedre inngrep med en helhetlig nasjonal helsepolitikk.

Fra Ot prp 66, kap 2.5, Begrunnelser for reformen:

«Departementet legger videre til grunn at siktemålet med reformen er å oppgradere den nasjonale politiske styringsposisjonen. Gjennom at staten kommer i en helhetlig styringsposisjon ligger det bedre til rette for en god gjennomføring av den helsepolitikken som Stortinget vedtar.»

Oversikten nedenfor viser at helsesektoren er gjenstand for omfattende politisk styring og kontroll. Hovedvirkemidlene i den statlige styringen er regulering, finansiering, eierstyring og styring gjennom normer og retningslinjer:

Regulering

På Helsetilsynets hjemmesider er det listet mer enn 30 lover og 130 forskrifter innen helse- og omsorg. Omfanget viser at helsesektoren er et område med omfattende bruk av regulering som virkemiddel i sektorpolitikken.

Rettighetsfesting har økt de siste årene og har vært et viktig virkemiddel for politisk styring av helse- og omsorgssektoren. Det er i dag om lag 50 lovfestede rettigheter for pasienter og brukere innenfor helse- og omsorg. (Kilde: Helsetilsynet)

Styring gjennom finansiering og vilkår i oppdragsdokumentet

Det ligger sterke muligheter for politisk styring av spesialisthelsetjenesten gjennom hvor mye som bevilges, hvordan dette fordeles og ikke minst gjennom vilkår for tilskuddet i Oppdragsdokumentet. Oppdragsdokumentene har økt i omfang etter sykehusreformen, med relativt detaljerte krav, ikke bare om resultatene som skal oppnås (resultatkrav), men også *hvordan* de skal oppnås (virkemiddelkrav). På det meste har det vært nærmere 130 mål og krav. I tillegg heter det at alle tidligere krav, videreføres selv om de ikke er eksplisitt nevnt.

Styring gjennom retningslinjer og veiledninger

Dette er en viktig styringsform innenfor helsesektoren, med Helsedirektoratet som den sentrale aktøren. Formålet er blant annet å bidra til å sikre at helse- og omsorgstjenestene har god kvalitet, gjør riktige prioriteringer, ikke har uønsket variasjon i tjenestetilbudet og løser samhandlingsutfordringer. Med uønsket variasjon menes geografisk variasjon som ikke kan forklares med forskjeller i sykkelighet, pasientpreferanser eller tilfeldig variasjon.

I oversikten på helsedirektoratets hjemmesider er det listet over 70 nasjonale faglige retningslinjer, 30 nasjonale faglige råd, mer enn 60 nasjonale veiledere, 34 prioriteringsveiledere, 40 pakkeforløp og 34 rundskriv. De fleste av disse gjelder spesialisthelsetjenesten.

Styring gjennom foretaksmøtene

Departementet, som eier, utøver også styring av RHFene gjennom foretaksmøtene. I praksis avvikles det flere foretaksmøter i løpet av året. Det ligger med dette muligheter for politisk styring også gjennom eierrollen, selv om mye av den sektorpolitiske styringen er knyttet til vilkårene i oppdragsdokumentet. Det følger også av helseforetakslovens § 30 at «saker av vesentlig betydning» skal legges frem for foretaksmøtet. Dette gjelder saker som kan ha prinsipielle sider eller som antas å ha vesentlige samfunnsmessige virkninger.

Stortingets styringsmuligheter

Ett av målene med helseforetaksreformen var å gi Stortinget et helhetlig inngrep med en nasjonal helsepolitikk. Hovedlinjene i politikken legges frem for Stortinget i form av meldinger, som for eksempel Nasjonal Helse- og Sykehusplan. (Nå Nasjonal helse- og samhandlingsplan). I tillegg er det i Stortinget mulighet til å fremme private lovforslag og også stille både skriftlige og muntlige spørsmål til statsråden. Helse- og omsorgskomiteen har de siste årene avgitt 30-40 innstillinger årlig hvorav de fleste har berørt helsesektoren.

Den årlige budsjettbehandlingen gir muligheter for styring av hvor mye som skal bevilges, men også hvordan midlene skal fordeles. Som nevnt er helsesektoren også et gjennomregulert område, slik at Stortinget har en sentral rolle i utformingen av politikken gjennom rollen som lovgiver. Stortinget har blant annet foretatt flere endringer i rettighetslovgivningen.

Stortingets kontroll- og konstitusjonskomite følger også opp at regjeringen og forvaltningen gjennomfører de vedtak som fattes i Stortinget.

Tilsyn/kontroll

I tillegg til den direkte politiske styringen benyttes tilsyn og kontroll som virkemidler for oppfølging av vedtak, lover og regler. Riksrevisjonen og Helsetilsynet/Statsforvalteren er sentrale aktører her. Undersøkelser blant våre medlemmer viser at de enkelte helseforetakene har om lag 15-20 ulike tilsyn de må forholde seg til.

Riksrevisjonen følger gjennom den årlige selskapskontrollen opp statsrådets utøvelse av eierrollen, og med forvaltningsrevisjon har den mulighet til å se på virkningene av Stortingets vedtak. Riksrevisjonen har hatt helse som ett av flere definerte satsingsområder for revisjon og kontroll.

Rapportering

Rapporteringssystemene er også en del av de statlige styringsvirkemidlene. Både årlig melding og andre typer rapportering både når det gjelder økonomi- og ressursstyring, oppfølging av kvalitet, pasientrettigheter og sammenligningsdata forbedres kontinuerlig. Dette sikrer dermed den politiske styrbarheten.

Lokalpolitisk forankring og samhandling mellom forvaltningsnivåene

Det følger av mandatet at utvalget skal utrede forslag som «sikrer regional, politisk og demokratisk innflytelse i styringen av sykehusene». Spekter er selvsagt enig i at det er viktig å sikre politisk og demokratisk styring. Vi mener som nevnt over at det er en rekke virkemidler i dagens styringsmodell som sikrer dette.

Samtidig kan det være behov for å se på hvordan den nasjonale helsepolitikken forankres lokalt. Selv om reformen i 2002 hadde som begrunnelse å gi Stortinget bedre inngrep med en helhetlig nasjonal helsepolitikk, så er helsepolitikken et resultat av et samspill mellom nasjonale hensyn og lokale og regionale behov.

Samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak og etableringen av helsefelleskap spiller også en rolle her. Samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak er et

av flere virkemidler for å realisere samhandlingsreformen. Bruken av samarbeidsavtaler ble som kjent lovfestet i 2012, og loven forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler og stiller minimumskrav til innholdet i avtalene. Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak, og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. De er med andre ord rettet mot det praktiske samarbeidet mellom kommune og helseforetaket. Evalueringer av samarbeidsavtalene viser blant annet at avtalene «har bidratt til å tydeliggjøre ansvars- og oppgavedeling, men ikke nødvendigvis til bedre opplevd samhandling» (Prop. 102 L (2020–2021) Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven). Det vises her også til at «kommuner og helseforetak i varierende grad involverer hverandre i planer og beslutninger innenfor sine respektive ansvarsområder og at det i liten grad foregår planlegging i *fellesskap*». På bakgrunn av dette har det nylig kommet inn et nytt krav til samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak som innebærer at kommuner og helseforetak må avtale hvordan de sammen skal planlegge og utvikle tjenester. Spekter støtter intensjonen med dette.

Avtalen om etablering av helsefellesskap innebærer et bredere perspektiv i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak. I helsefellesskapene skal representanter fra kommuner, helseforetak, fastleger og brukere planlegge og utvikle helse- og omsorgstjenester i fellesskap. Tanken er etter det vi forstår at samarbeidet i helsefellesskapene skal foregå på tre nivåer, overordnede, prinsipielle, strategiske og faglige beslutninger. Gjennom partnerskapsmøte skal politisk og administrativ toppledelse i kommuner og helseforetak møtes årlig for å forankre overordnet retning og diskutere prinsipielle saker.

Spekter mener samarbeidsavtalene og helsefellesskapene kan være et godt utgangspunkt for samarbeid mellom forvaltningsnivåene og lokalpolitisk forankring. Helsefellesskapene kan gi mulighet for ytterligere samarbeid med lokalpolitisk nivå. Samtidig bør dette kunne tilpasses ulike lokale behov.

Et eksempel er Sykehuset Innlandet hvor det er etablert en *Politisk referansegruppe* deltakere fra fylkesting og kommuner i Mjøsregionen. Referansegruppens mandat er blant annet å:

- komme med råd, synspunkter og innspill til Sykehuset Innlandets langsiktige utviklingsprosess.
- være arena for dialog mellom helseforetaket, folkevalgte og pasient/ brukerrepresentanter.
- sette på dagsorden egne saker som er av betydning for utvikling av helseforetaket og for samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- få seg forelagt saker som er relevante for utviklingen av spesialisthelsetjenesten og kan avgi uttalelse i strukturelle og organisatoriske spørsmål.

I tillegg arrangerer Sykehuset Innlandet en årlig perspektivkonferanse i samarbeid med den politiske referansegruppen. Dette er en møteplass mellom faglige og politisk perspektiver. Konferansen er en samling for stortingsrepresentanter, ordførere, fylkestingsrepresentanter, fylkesstyrer i politiske partier, Statsforvalteren i Innlandet, KS og Helsefellesskap Innlandet.

Spekter mener det kan være grunn til å se nærmere på disse virkemidlene for å sørge for lokal forankring av helsepolitikken.

De regionale helseforetakene og helseforetakene utarbeider hvert fjerde år langsiktige utviklingsplaner. Brede høringsrunder med berørte kommuner og berørte interesser inngår som del av planprosessen.

Effektiv ressursutnyttelse

Utvalget skal «foreslå tiltak som kan bidra til effektiv ressursutnyttelse og spesialisthelsetjenester av god og likeverdig kvalitet». Spekter mener det er viktig å vurdere hvordan helseforetaksmodellen påvirker mulighetene for effektiv ressursutnyttelse og god økonomisk styring. Det er fra enkelte hold stilt spørsmål ved om oppmerksomheten om styring av økonomien er blitt for stor. Etter vår vurdering, er det grunnleggende for den demokratiske legitimiteten at Stortingets bevilgninger anvendes på en effektiv måte til de formål som er bestemt. Det er de regionale helseforetakene som har fått ansvaret for å sikre dette.

Effektiv ressursutnyttelse berører både samordning og effektiv bruk av ressurser på nasjonalt nivå, på tvers av helseforetak og regioner, og effektiv ressursutnyttelse i de enkelte driftsorganisasjonene. Organisering av arbeidet, hensiktsmessige arbeidstidsordninger, oppgavedeling og hvordan teknologiutvikling påvirker muligheten for effektiv drift, er viktige og sentrale spørsmål i den sammenheng. Dette er spørsmål som særlig belyses av Helsepersonellkommissjonen, men det er nødvendig at Sykehusutvalget og Helsepersonellkommissjonen ser til hverandres arbeid slik at alle sammenhengene blir godt belyst.

Bedre samordning og funksjonsfordeling var et av målene med sykehusreformen i 2002. Etter reformen er det gjennomført et omfattende arbeid med funksjonsfordeling og samordning innen de enkelte regionene. Etter Spekters vurdering er det fortsatt et potensial for mer nasjonal samordning, men dagens modell gir gode rammevilkår for dette. Det har vært nødvendig å ha på plass samordning i hver region før mer omfattende nasjonal samordning kan gjennomføres. Dette arbeidet har nå startet, blant annet med nasjonale foretak innen bygg, IKT og innkjøp.

Effektiv ressursutnyttelse i driftsorganisasjonen dreier seg også om treffsikker og effektiv utnyttelse av de ressursene (penger, personell, utstyr og bygg) som stilles til disposisjon. Dette var et av målene med foretaksetableringen i 2002, som ga nye rammebetingelser for virksomhetene. Arbeidet med utvikling av effektive driftsorganisasjoner lykkes best når rammebetingelsene knyttet til finansiering og prioriteringer ligger fast, når det er rimelig grad av forutsigbarhet og når styrets og ledernes myndighet og ansvar er tydelige.

Mål- og resultatstyring

Utvalget skal «vurdere tiltak for å redusere mål- og resultatstyringens plass i styringen av helseforetakene». I den offentlige debatten kan man fra tid til annen få inntrykk av at helseforetaksmodellen er et resultat av markedstenkning og såkalt «New public management». Det er feil.

Som i resten av offentlig sektor, er det også i helse tatt i bruk mål- og resultatstyring. Mål- og resultatstyring ble innført i offentlig forvaltning på 80- og 90-tallet for å *redusere detaljstyringen* som tidligere ble praktisert gjennom detaljert regelstyring og etatsstyring. Mål- og resultatstyring er dermed tillitsbasert ledelse satt i system.

Vi er enig i at det på en del områder har blitt mer mål- og *aktivitetsstyring*, enn overordnet målstyring. Dette ser vi ikke bare i spesialisthelsetjenesten og i offentlig sektor, men det er tema for oppmerksomhet og diskusjon også i private virksomheter. Dette er det viktig at utvalget ser nærmere på. Årsaken til detaljstyringen finner vi ofte i nye krav og rettigheter fra politikere og myndigheter, som i neste omgang må følges opp på virksomhetsnivå. Når det i oppdragsdokumentet for eksempel stilles krav om hvor stor andel pasienter i pasientforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan, så må det følges opp med systemer for å rapportere dette på virksomhetsnivå. Eller når det innføres krav til ventetider eller innsending av epikriser innen et visst antall dager, så er ikke dette nødvendigvis urimelige krav, men det skal følges opp.

Finansiering (av sykehusbygg)

Utvalget skal også vurdere ordningen for finansiering av sykehusbygg. Ordningen for finansiering av større investeringer, typisk sykehusbygg, henger sammen med hensikten med helseforetaksmodellen og kjernen i den, altså sørge-for-ansvaret og det helhetlige ansvaret for utvikling av spesialisthelsetjenesten. Det blir umulig å pålegge et sørge-for- ansvar, hvis du ikke samtidig har kontroll med de viktigste innsatsfaktorene. Ansvar for investeringer er en viktig del av dette. I tillegg gir et samlet ansvar for drift og investeringer incentiver for effektiv drift, da et eventuelt overskudd på driften gir bedre investeringsmuligheter.

Vi vil derfor sterkt advare mot løsninger hvor investering- og driftsansvaret skilles.

Vi vil minne om at det allerede i dag finnes mekanismer for politisk forankring av de største investeringsbeslutningene. Etter en viss tid i planleggingen av større investeringsprosjekter skal de regionale helseforetakene legge frem resultater og vurderinger for Helse- og omsorgsdepartementet, sammen med ekstern kvalitetssikring. For store prosjekter over 500 millioner kroner kan regionale helseforetak søke og ta opp lån i den særskilte statlige låneordningen. Helseforetakenes lånesøknader behandles i forbindelse med de årlige statsbudsjettene.

Innovasjon, endring og handlingsrom for ledelse

Spekter mener helseforetaksmodellen også burde vurderes ut fra hvordan den bidrar til innovasjon og omstilling. Det er ikke nevnt i utvalgets mandat. Vi står overfor store demografiske endringer, en rivende medisinsk utvikling, samtidig som befolkningens forventninger til helsetilbudet er økende. Presset på tjenesten vil øke. Samtidig vil de økonomiske rammebetingelsene være begrenset.

Vi kan ikke møte utfordringene med økt bemanning og ressursbruk alene. Det vil også være nødvendig å forbedre og fornye tjenestene med bruk av innovative løsninger både når det gjelder teknologi, organisering, prosesser og bruk av kompetanse.

Innovasjon og endring kan ikke vedtas politisk, det må gjøres i virksomhetene, blant de som har ansvar for driften av sykehus. Samtidig må politikere legge til rette for at endring og utvikling av kreative løsninger er mulig.

Noen viktige forutsetninger er da:

- Virksomhetene må gis tilstrekkelig autonomi og handlingsrom for ledelse.
- Det må være mindre detaljstyring. Styringen bør konsentrere seg om overordnede resultatmål, ikke hvilke virkemidler som skal benyttes.

Utvalget skal ifølge mandatet tydeliggjøre hvilke beslutninger som skal avgjøres av helse- og omsorgsministeren i foretaksmøtet. Det er allerede i dag en rekke beslutninger som skal løftes til beslutning i foretaksmøtet iht. § 30 i helseforetaksloven. Spekter vil advare mot at listen over saker som legges til beslutning i foretaksmøtet utvides.

Et viktig formål med sykehusreformen i 2002 var myndiggjøring og handlingsrom for ledelse. Dette er forutsetninger for gjennomføringskraft i endring og omstilling. Det er like aktuelt i dag, og det er derfor viktig at den valgte styrings- og organisasjonsmodellen understøtter dette. Dette dreier seg både om innholdet i styringen, og selve styringsmodellen.

På oppdrag fra Spekter har professor Tom Colbjørnsen gjennomført en undersøkelse blant toppledere i samtlige statlig eide selskaper, der han har sett på ledelsens handlingsrom i ulike statlige selskaps- og foretakstyper. Ifølge rapporten, opplever helseforetakenes ledere å ha mindre handlingsrom enn ledere i andre statlig eide virksomheter. De erfarer mer konsensuspress, mindre forutsigbarhet og mer endringsmotstand. Helseforetakenes toppsjefer er dessuten fire ganger så eksponert for kritikk og oppmerksomhet i det offentlige rom som lederne i andre statlige selskaper. Når det gjelder selskapsstyringen, mener de fleste lederne at staten opptre i samsvar med allmenne prinsipper for god eierstyring. Lederne for helseforetakene opplever imidlertid at selskapsstyringen ofte involverer seg i sykehusenes drift.

Gjennomgang av lederstillinger

Det følger av mandatet at utvalget skal «gjennomgå antall lederstillinger og ledernivå i helseforetakene og vurdere regelverk og eventuelt andre tiltak som kan understøtte en fornuftig lederstruktur.»

Organisering av virksomheten, med vurdering av antall lederstillinger og nivåer, er et viktig virkemidlene for å kunne levere de tjenestene som etterspørres, med god kvalitet. Det er virksomhetene selv, som ut fra lokale forhold og vurderinger, har best grunnlag for å foreta disse vurderingene. Som leder for et helseforetak har man også påtatt seg et stort ansvar, både for pasientene, økonomien og ikke minst med det arbeidsgiveransvaret som følger av arbeidsmiljøloven. Som arbeidsgiver har man ansvar for at alle ansatte har et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, og det er knyttet et strafferettslig ansvar til dette ansvaret. Når utvalget skal se på tiltak på områder som berører organisering av virksomhetene, vil vi minne om den rolle- og ansvarsdelingen som er definert i helseforetaksloven.

Dette berører også alminnelige medbestemmelsesordninger, blant annet i hovedavtalen for sykehusene. Fagforeningene (32 i sykehusene) har rett til å drøfte og gi innspill til organisering. Dette brukes det mye tid på. Hvis det i en ekstern regulering er gitt bestemmelser om antall lederstillinger eller ledernivåer, er det samtidig satt en begrensning på hva de tillitsvalgte skal høres om. Det er neppe noen andre sektorer, bransjer eller virksomheter/bedrifter i det norske arbeidslivet der arbeidsgiver og de tillitsvalgte har en så stor begrensning på hva de skal kunne påvirke når det gjelder organisering av «lederstruktur». «Lederstruktur» er i realiteten «organisering», fordi enhver organisatorisk enhet nødvendigvis må ha en leder der de tillitsvalgte kan utøve sin medvirkningsrett overfor.

Hovedavtalen bestemmer at ansatte og tillitsvalgte ikke bare har en rett, men også en plikt til å bidra med sin erfaring og innsikt til å utvikle virksomheten, sikre resultatoppnåelse og bidra til et godt fungerende arbeidsmiljø. Det er på disse arenaene diskusjon om intern organisering i helseforetakene hører til, ikke i et offentlig utvalg, eller i en slags regulering. Disse prosessene er høyt prioritert hos ledelsen i sykehusene, og det brukes mye tid på forankring og drøfting før beslutninger fattes.

Spekter mener organisering av virksomheten, herunder antall ledernivåer og lederstillinger er virksomhetens eget ansvar. Hvis styret og daglig ledelse i et rettssubjekt, ikke rår over noe så grunnleggende som organisering og struktur og kompetanse hos lederne, kan det oppstå risiko for ansvarspulverisering. Å påvirke arbeidsmiljø og kultur, blir vanskeliggjort i tillegg. Dette burde ikke vært en del av utvalgets mandat.

Oppsummering

Vår vurdering er at dagens modell har levert i henhold til målene som er satt når det gjelder innhold og resultater i spesialisthelsetjenesten.

Det er innenfor dagens modell, et veletablert system for demokratisk påvirkning gjennom en rekke kanaler. Videre er det svært gode muligheter for politisk styring gjennom mange typer virkemidler. Helsesektoren er en av de mest gjennomregulerte og politisk styrte sektorene i samfunnet.

Samtidig ser vi at det finnes muligheter for å videreutvikle arbeidet med lokal og regional forankring av beslutninger. Samarbeidsavtalene og helsefelleskapene gir et godt grunnlag for lokal forankring og samarbeid

Utvalget skal vurdere finansieringen av sykehusbygg/investeringer. Spekter vil advare mot løsninger hvor investering- og driftsansvaret skilles. Vi vil minne om at det allerede i dag finnes gode mekanismer for politisk forankring av de største investeringsbeslutningene.

Mål- og resultatstyring er tillitsbasert ledelse satt i system. Vi er enig i at det på en del områder har blitt mer mål- og *aktivitetsstyring*, enn overordnet målstyring. Dette er det viktig at utvalget ser nærmere på. Årsaken til detaljstyringen finner vi ofte i nye krav og rettigheter fra myndighetene, som i neste omgang må følges opp på virksomhetsnivå.

Sykehusene kan ikke regne med å bli skjermet for de økte produktivetskravene det norske samfunnet står overfor i årene fremover. Omstillingstakten må derfor justeres opp, også i helseforetakene. Det er derfor viktig at styringsmodellen understøtter mulighetene for innovasjon og endring. Handlingsrom for ledelse, og dermed for forankrede og solide medvirkningsprosesser med fagfolk og tillitsvalgte er en forutsetning for dette.

Det følger av mandatet at utvalget skal «gjennomgå antall lederstillinger og ledernivå i helseforetakene og vurdere regelverk og eventuelt andre tiltak som kan understøtte en fornuftig lederstruktur.» Spekter mener organisering av virksomheten, herunder antall ledernivåer og lederstillinger er virksomhetens eget ansvar, og kan og bør variere ut fra behov, kompetanse og for eksempel geografiske forutsetninger.

Med vennlig hilsen
Arbeidsgiverforeningen Spekter

Anne-Kari Bratten
Administrerende direktør (sign)

Klikk her for å skrive inn en dato.