

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Oslo, 3. mars 2017

Vår ref.: 513951

Deres ref.: 16/6520

Høring - NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten

Organiseringen og styringen av spesialisthelsetjenesten må ta utgangspunkt i den best mulige helsetjeneste for pasienten. Dette gjenspeiles i helseforetaksloven § 1 der det står at helseforetakene skal yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Lik kvalitet og lik helsetjeneste er meget viktig, men det betyr ikke at alt skal være likt alle steder. Det er viktig å skille mellom nivåene og ha en god funksjonsfordeling til det beste for pasienten.

Uavhengig av organisering er det viktig å ivareta medbestemmelse på alle nivåer, slik at tillitsvalgte kan ha reell innflytelse der beslutningene faktisk fattes. Det er de ansatte som vet hvor skoen trykker og medbestemmelse sikrer således kvaliteten på driften. Fornøyde og engasjerte ansatte er til det beste for pasienten. Legitimitet for beslutninger er i NOUen valgt som et kriterium når de ulike modellene har blitt vurdert.

NOUen presiserer at utviklingen av spesialisthelsetjenesten påvirkes av en rekke andre formål enn organisasjonsstrukturen. En hovedbekymring for NITO er, at uavhengig av organisering prioriterer ikke myndighetene å investere tilstrekkelig for å sikre gode helsetjenester i fremtiden. Dette er investeringer både i nok og riktig kompetanse, medisinteknisk utstyr, IKT og bygg. NITO mener derfor en økning av investeringsbudsjettene er viktig uavhengig av organisering.

NITO vil på denne bakgrunn fremheve noen viktige momenter ved valg av modell:

Medbestemmelse og påvirkning

I dag skjer medvirkningen fra ansatte gjennom ansattvalgte representanter i styrene i Regionale Helseforetak (RHF) og Helseforetak (HF). Ansatte har også innflytelse gjennom tillitsvalgtapparatet og vernetjenesten. Hovedsammenslutningene har egne konserntillitsvalgte i helseregionene og regionale konsernverneombud. I helseforetakene er det foretakstillitsvalgte og verneombud. Medbestemmelse og medvirkning er derfor klart definert og regulert i dagens modell på regionalt og lokalt nivå.

Det er grunn til å anta at medbestemmelse og påvirkningsmuligheter vil bli svekket ved nasjonale styringsmodeller (modell 1 RHF avvikles og helseforetak legges direkte under Helse- og omsorgsdepartementet og modell 2 RHF avvikles og helseforetak legges under departement og direktorat). Viktige beslutninger om funksjonsfordeling og fordeling av inntekter vil bli tatt av departementet og/eller direktoratet og ikke RHF. I departementet og direktoratet har de ansatte ingen representasjon. Beslutningene i departementet vil være mer lukket enn i styremøtene i RHF'ene der det praktiseres møteoffentlighet. NOUen påpeker selv at «Sentraliseringen vil svekke lokalmiljøers og ansattes påvirknings- og medvirkningsmuligheter».

På helseforetaksnivå i modell 1 og 2 vil handlingsrommet avhenge av om enkeltsaker løftes til departementet eller om helseforetaket får større frihet, siden departementet neppe har kapasitet til å gå inn i annet enn de største sakene.

I et medbestemmelsesperspektiv kan modell 3, der et nasjonalt helseforetak erstatter RHF'ene, se ut til å være den beste av de tre foreslåtte modellene. Dagens ordninger med medvirkning fra alle de ansattes organisasjoner og møteoffentlighet må videreføres i et eventuelt nasjonalt helseforetak. Det vil innebære en svekkelse av demokratiet ved en så stor grad av sentralisering. Når det er sagt er det ikke åpenbart om modell 3 vil være bedre enn dagens modell. Modellen innebærer at det samles stor makt i det ene styret, og det kan gå på bekostning av regionsnivået.

NITO mener på denne bakgrunn at en videreføring av dagens ordning bør være et aktuelt alternativ.

Det er imidlertid forhold ved dagens modell som kan forbedres. NOUen beskriver at det «... er en oppfatning hos flere at konklusjonene fra direktørmøter, der administrerende direktører i det regionale helseforetaket og helseforetakene samles, kan ha stor betydning for hvilke vedtak styrene i helseforetakene fatter.» NITO mener det må være en gjennomgang av direktørmøtene og hvordan tillitsvalgte kan sikres reell medbestemmelse.

Våre tillitsvalgte har påpekt at driften av selve sykehusene er det som skaper god helsetjeneste til befolkningen. Styrene på lokalt nivå har en nærhet til driften, som de regionale styrene ikke har. Styremedlemmenes kunnskap og kompetanse, spesielt fagkompetanse, bør tillegges større vekt. I dagens styrer er dette bedre ivaretatt på lokalt nivå enn på regionalt nivå. NITO ser ikke at dette vil bli bedre med et nasjonalt helseforetak. NITO mener videre at flere av styremedlemmene må ha kunnskap om sykehus og sykehusdrift.

I dagens modell utfyller styrene på regionalt og lokalt nivå hverandre. Ved en eventuell endring av dagens organisering for eksempel ved å fjerne ett styrenivå, er det viktig å beholde de lokale styrene på helseforetakene, fremfor styrene på regionnivå.

Modell 4

Vedrørende synspunkter på styringsmodell med et regionalt beslutningsnivå påpeker et flertall i Kvinnsland-utvalget vedrørende regioninndeling at «Helse Sør-Øst RHF har et stort kontrollspenn, som forsterkes ved eventuell etablering av flere underliggende enheter i modellen der regionale helseforetak med underliggende helseforetak samles i samme juridiske enhet. Helse Sør-Øst RHF må vurdere sin interne organisering i lys av dette, f.eks. ved at sykehusgruppene får egne kontaktpersoner med særskilt ansvar for et mindre antall sykehusgrupper og den helhetlige oppfølgingen av disse. I denne modellen skal lederne i sykehusgruppene inngå i ledergruppen i helseforetaket. Siktemålet er at antall sykehusgrupper skal øke sammenlignet med dagens antall helseforetak. For at modellen skal kunne fungere i Helseregion Sør-Øst, er det en forutsetning at foretaket tar de nødvendige grep for å håndtere en større ledergruppe.» NITO stiller spørsmålsteget ved om dette vil medføre en fisjon av dagens helseforetak med dertil knyttede omstillingskostnader.

Digital omstilling

Der en ser det er mulig i dag innføres nasjonale løsninger i samarbeid og forståelse mellom de fire regionene. IKT-infrastrukturen «grunnmuren» er svært ulik i de fire regionene, til dels også internt innad i regionene. Dette vanskeliggjør fremdrift med å innføre felles systemer ytterligere.

Kvinnsland-utvalget «... mener det er behov for bedre nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet. For å sikre samarbeid og utvikling i tråd med de nasjonale målene for IKT-området, bør det etter utvalgets vurdering gjøres en samlet gjennomgang av roller og oppgaver for de ulike aktørene ...» «... Samtidig legger utvalget vekt på at det er viktig å sikre gjennomføring av de igangsatte regionale utviklingsprosjektene. Det er også viktig å sikre drift av eksisterende (regionale) systemer fram til en nasjonal samordning realiseres.»

NITO er enig i at målet på sikt må være en nasjonal samordning av det strategiske IKT-arbeidet ved den digitale omstillingen av helsesektoren. Før en nasjonal samordning må det bygges opp under regionale løsninger med lokale tilpasninger. Det forutsetter at mulighetene er like. Det er derfor viktig å starte på de områdene der det allerede er etablert standarder og felles arbeidsprosesser. Konsensus

og likelydende vedtak i regionene har vist seg å gi best resultat og oppnåelse av nasjonale IKT løsninger.

Det er helt essensielt at vi har systemer som fungerer sammen, både innad i spesialisthelsetjenesten og med primærleger og kommunale tilbud. Dette betyr ikke nødvendigvis at det er behov for å være de samme systemene som velges på landsbasis, men at viktig informasjon kan deles mellom systemene der det er behov for det.

For å få dette på plass mener NITO:

- Det må være nasjonal styring av IKT-utvikling og systemvalg slik at helsesektoren har tilfredsstillende datakommunikasjon mellom alle foretakene i henhold til dagens og fremtidens teknologi.
- Det må defineres standard for informasjonsutveksling. Det må være krav til at de aktører som skal inn må støtte disse og det gis signaler om prioriteringer for hvilke områder som må samkjøres.
- Eksisterende IT-systemer skal driftes fra, og data lagres i, Norge for å bygge nødvendig sikkerhet for data-lagring, -overføring, -drift og -utvikling.
- Det må etableres nødvendig IKT-kompetanse på et overordnet nivå for å kvalitetssikre om de pågående prosjekter i foretakene er nødvendig å slutføre.
- IKT-sikkerheten må standardiseres på regelverksnivå, herunder standardiserte sikkerhetskrav til leverandører, fysisk sikkerhet og kvalitative bakgrunnssjekker av IKT-personell.
- IKT-sikkerheten må også standardiseres på løsningsnivå, herunder standardiserte IKT-infrastrukturer og sikkerhetsløsninger. Som et minimum bør det etableres en nasjonal kontrollert løsning for permanent kryptering av helseopplysninger (objektkryptering).
- Det må stilles krav til ledelseskompetanse på alle nivå om datasikkerhet. Det gjelder særlig trusselbildet relatert til cyber-security som vil bli den største trusselen i et digitalisert regime.

NITO vil påpeke at modell 1 og 2 ikke er tilpasset målbildet «En innbygger – en journal».

Alle modellene er sentraliserende modeller som legger mer av styringen sentralt. Hvis disse modellene skal være aktuelle må det skje stegvis, og alle må involveres på en god måte i prosessen. Risikoen er imidlertid at lokal kompetanse forsvinner i regionene.

Videre vil NITO påpeke at en modell som er en mellomting mellom regional og sentral styring sannsynligvis vil gi den beste utviklingen for IKT og helsesektoren generelt, så lenge man tar vare på/anskaffer lokal og sentral kompetanse. Fortsatt regional styring og konsolidering er svært viktig for ikke å miste styringsfart i årene fremover. Endring til en nasjonal modell (gjelder antagelig for alle de tre alternative nasjonale modellene) mener vi vil tappe energi og gi svært uforutsigbar fremdrift på IKT-området.

Tverrsektoriell standardisering

Generelt vil NITO påpeke klare fordeler ved tverrsektoriell standardisering av IKT-sikkerheten, spesielt for samfunnskritiske funksjoner. Det betyr som minimum at helse-, kraft-, justis- og forsvars-sektoren samles om IKT-sikkerheten, standardiserer i størst mulig grad, og lærer av hverandre.

Kompetanse

Kompetanse var ikke valgt som et kriterium i mandatet når modellene skulle vurderes, men behovet for kompetanse nevnes likevel mange steder i utredningen. NOUen påpeker at nye behandlingsmuligheter, legemidler og medisinsk utstyr utvikles i stort tempo. Dette vil endre profesjonenes arbeidsoppgaver, sette nye krav til kompetanse og åpne for å tenke nytt med tanke på samarbeid mellom profesjoner og ikke minst involvering av pasientene i behandlingen.


For å kunne drive et sykehus godt er det i dag nødvendig at det i ledelsen finnes både helsefaglig-digital/teknologisk- og logistikk kompetanse. NITO mener flere toppledere og styremedlemmer i helseforetak må ha teknologisk kompetanse til å ta beslutninger av strategisk karakter som involverer teknologi. Videre krever den raske utviklingen at det er fokus på kompetanseutvikling hos de ansatte.

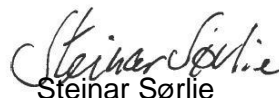
NITO mener grunnutdanningen må gi kunnskaper som gjør de ulike profesjonene i stand til å samarbeide tverrfaglig og gjøre dem fleksible nok til å påta seg nye arbeidsoppgaver. Uansett nivået du arbeider på i sykehuset vil den utdanningen du har ikke være tilstrekkelig tilpasset de nye metodene og tekniske løsningene som kommer. Etter- og videreutdanning er derfor nødvendig.

Det er viktig at det rekrutteres fremtidsrettet. Det vil fremover være stort behov på ingeniører, teknologer og helsepersonell i Helse-Norge. Sykehusene trenger dyktige ingeniører og teknologer som kan drifte og vedlikeholde nytt teknisk utstyr og systemer. Det er også viktig at sykehusene har god bestillerkompetanse på teknisk utstyr og teknologi, for å kunne uttrykke egne behov på en god måte, stille de riktige kravene og evne å følge opp leveransene underveis. Gode praksisplasser og godt samarbeid med leverandører/utviklere av teknisk utstyr er essensielt. Sykehusene blir mer og mer teknologiske og det er viktig at ledelse og organisasjon har den kompetansen som er nødvendig for å drifte dette.

Ved valg av modell er det viktig at det tas hensyn til det store behovet sykehussektoren har for å styrke sin kompetanse på alle nivåer innenfor digitalisering, logistikk og helsefag. Modellen som velges må gjøre det lett å tilpasse seg den raske utviklingen vi ser innenfor behandlingsmuligheter, legemidler og tekniske og digitale løsninger.

Vennlig hilsen


Trond Markussen
President


Steinar Sørli
Generalsekretær