

Systemansvaret for forsvarlighet som ledd i retten til nødvendig helsehjelp.

Særlig om helseforetaksmodellen og utfordringer

Professor Anne Kjersti Befring

Juridisk fakultet, UIO og INN





Helseforetaksmodellen

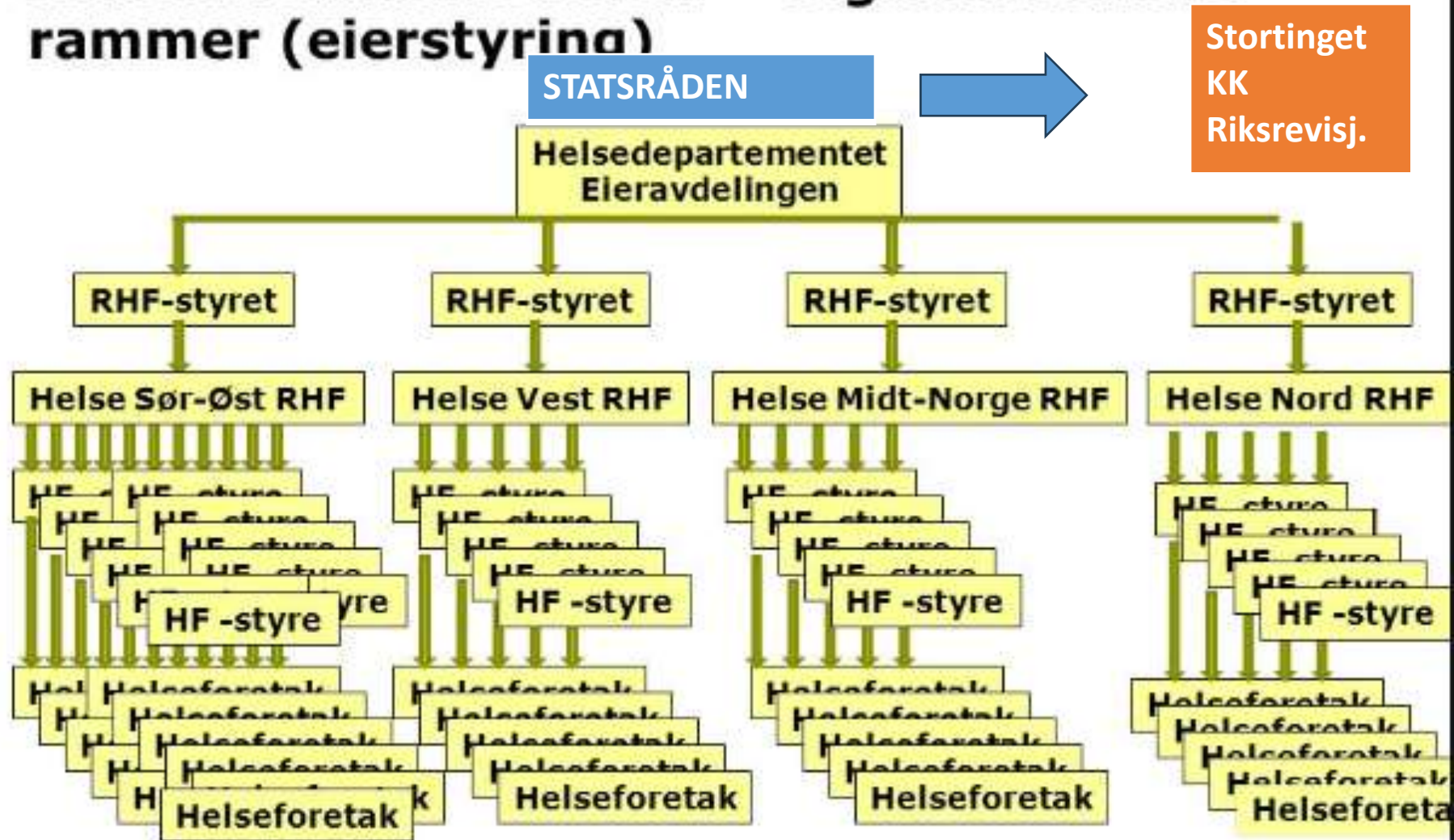
Offentlige sykehus ble organisert som helseforetak med helseforetaksreformen fra 1. januar 2002.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ble øverste eier, i tillegg:

- til å være overordnet Statens helsetilsyn, Hdir mfl
- til rollen som overordnet ansvarlig for helse- og omsorgstjenesten

I dag er det fire regionale helseforetak

Helseforetaksmodellen – organisatoriske rammer (eierstyring)



Befolkningen skal ha:

Trygghet for at de får tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester ved behov når det kan nytte: pbrl. kap. 2. Nødvendig helsehjelp» skal tolkes slik at det gir krav på nødvendig helsehjelp med en «forsvarlig standard». Nytte eller antatt nytte. Alvorlighet - rimelig ressursbruk.

Folketrygdfinansiering av velferdsytelser som: penger, naturalytelser og helsetjenester.

Menneskerettighet til helse: ØSK art. 12: stilles høyere krav til rike land

Minstestandard. Barn har særskilte rettigheter: BK art. 24

EØS-retten har betydning for hvordan rettigheten utformes og fortolkes.

Klageretten: pbrl. § 7-2: klagerett hvis retten til forsvarlige og nødvendige helsetjenester ikke oppfylles. Kan også klage hvis det ikke oppnås hjelp fra andre land.

Rt. 2008 s. 1187: nedleggelse av behandlingstilbud

Høyesterett tok stilling til om et sykehus (Ullevål (OUS)) sto fritt til å legge ned behandlingstilbud ut fra kontraktsrettslige prinsipper. Høyesterett la avgjørende vekt på om sykehuset kunne dekke en ung gutts behov for helsehjelp, når sykehuset sa opp en avtale med helseinstitusjonen som ga helsehjelpen.

Sykehuset sa opp avtalen med en institusjon før behandlingen av gutten var avsluttet. Det oppsto tvist om hvem som skulle dekke kostnadene for denne behandlingen. Høyesterett kom til at sykehuset var uberettiget til å si opp plasseringsavtalen så lenge det ikke samtidig ble truffet adekvat beslutning om eventuell fortsatt behandling av gutten da sykehuset hadde et ansvar for å tilby pasienten helsehjelp, se avsnitt 41.

Konsekvensen ble at sykehuset måtte fortsette å betale for behandlingen.

En eventuell nedleggelse må i henhold til loven vurderes ut fra «sørge for»-ansvaret i sphl. § 2-1 og om retten til nødvendig helsehjelp kan oppfylles, jf. pbrl. § 2-1. Dette er i utgangspunktet et ansvar for både de regionale helseforetakene og sykehuset, men ble ikke vurdert i den aktuelle saken.

§ 2a. Prioritering av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut fra følgende kriterier

- a. helsehjelpens prioritet øker i tråd med den forventede nytten av helsehjelpen. Den forventede nytten av helsehjelpen vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelpen kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:
 - b. helsehjelpens prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:
 - c. helsehjelpens prioritet øker desto mindre ressurser den legger beslag på
- Både nå-situasjonen, varighet av liv og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet.

Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp

Kan generelle prioriteringer og vedtak erstatte individuelle rettigheter?

Spesialisthelsetjenesteloven § 4-4: De regionale helseforetakene skal beslutte hvilke metoder som kan tilbys i spesialisthelsetjenesten. Beslutningene som nevnt i første ledd regnes ikke som vedtak, jf. [forvaltningsloven § 2](#) første ledd bokstav a

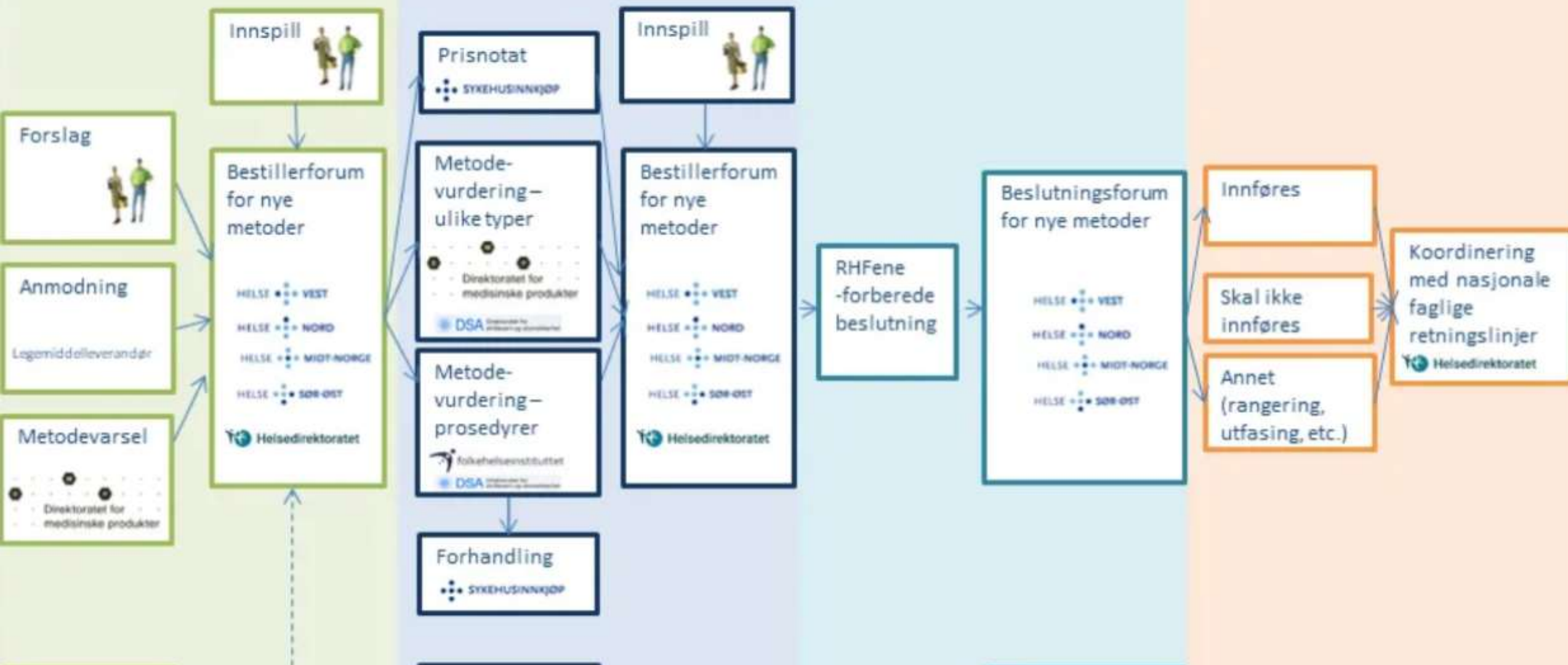
Innst. 93 L (2019-2020) s 6: Komiteen legger til grunn at overordnede beslutninger om metoder *ikke skal påvirke* retten til individuelle vurderinger og rettigheter til nødvendig og forsvarlig medisinsk behandling. De individuelle vurderingene skal ta utgangspunkt i den enkeltes behov og faktiske muligheter for å diagnostisere og behandle sykdom. Komiteen legger til grunn at den individuelle rettigheten til nødvendig helsehjelp skal være i samsvar med internasjonale forpliktelser. Personer med sjeldne sykdommer har samme rett til tilpasset medisinsk behandling i samsvar med de rettslige forpliktelsene til å ivareta likhet og likeverd.

Forslag / anmodning metodevarsel

Metodevurdering

Beslutning

Implementering



Kan retten begrenses til å gjelde i en bestemt region?

Spesialisthelsetjenesteloven § 2-4 a:

«Det regionale helseforetaket skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.»

Pasient og brukerrettighetsloven bestemmelser om fritt behandlingsvalg og likeverdige tjenester i hele landet jf. §§ 2-4 og 1.

Diskrimineringsforbud i Grunnloven om menneskerettighetene.

Kreftparadokset

Vanja fikk ikke tilbud om den beste kreftbehandlingen. Årsak? Hun har feil postnummer.

PUBLISERT 14. MAI 2022 KL. 17:34



Monica White Martinsen
Journalist



Markus Thonhaugen
Journalist

Skjermdump NRK.NO



Mener helseforetakene har feiltolket lovverket – NRK Nordland [Besøk >](#)

Kreftparadokset

Vanja fikk ikke tilbud om den beste kreftbehandlingen. Årsak? Hun har feil postnummer.



Alle skjermdump nrk.no

Vanja:
mangel på
kapasitet:
Mohs-
kirurgi
Saksnr
2023/0902

Vanja er blitt diagnostisert med basalcellekarsinom og søker om å få dekket utgifter til Mohs-kirurgi. Pasienter ved helse sør-øst kan få tilbud om Mohs-kirurgi ved Rikshospitalet.

Overlege XX har i e-post av 5. mai 2022 vist til at kapasiteten for behandlingstilbudet allerede er sprengt og det er problemer med å tilby behandlingen til pasienter som tilhører Helse Sør-Øst innen deres frister.

På grunn av kapasitet har Oslo universitetssykehus ikke åpnet opp for å motta pasienter fra andre helseregioner da dette vil ytterligere forsinke behandlingen for helseregionens egne pasienter. Klageren har blitt henvist til behandling med Mohs-kirurgi, men er blitt avvist i tråd med disse føringene

Vanja fikk rett på økonomisk dekning For Mohs kirurgi i Danmark

Konklusjonen var at hun hadde rett til Mohs kirurgi for å oppfylle retten til nødvendig helsehjelp.

Klagenemnda konstaterer innledningsvis at pasienten har rett på nødvendig helsehjelp og mener at behandlingstilbudet om *åpen kirurgi ikke* er dekkende for hennes rett.

Metoden var *ikke er tilgjengelig for klageren i Norge* på grunn av manglende kapasitet, noe utenlandskontoret la til grunn i sitt avslag, jf. I prioriteringsforskriften § 3, fjerde ledd står det at manglende kapasitet ikke gir rett til behandling i utlandet etter bestemmelsen.

Etter Klagenemndas vurdering er det imidlertid *klagerens bosted* som har fått *avgjørende* betydning for at hun ikke ble tilbudt Mohs-kirurgi i Norge, og ikke kapasitetsproblemer som Utenlandskontoret har lagt til grunn.

Så lenge tilbudet er begrenset til pasienter bosatt i regionen til Helse Sør-Øst mener Klagenemnda at det ikke kan legges til grunn at det finnes et tilbud om Mohs-kirurgi for klageren, som er bosatt utenfor denne regionen.

Tilbudet i utlandet er *dokumentert mer virkningsfullt* enn tilbudet i Norge, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4 a annet ledd bokstav a og prioriteringsforskriften § 3. At helsehjelpen er «mer virkningsfull» kan for eksempel være at behandlingen *gir et bedre eller mer sikkert resultat*, eller mindre varige bivirkninger eller plager. Forskjeller av mer bagatellmessig art omfattes ikke. Et moment som kan tale for at vilkåret er oppfylt er at helsehjelpen er *etablert og tatt i bruk i land* innenfor EØS jf. Prop. 80 L (2018-2019) punkt 5.3.

Vanja har således krav på behandling i Danmark med Mohs kirurgi.

Svulstene minket med kreftbehandling i utlandet. Men den norske 40-åringen må likevel betale selv.

Kroppen til 40 år gamle «Lars» var full av kreft. En avansert behandling i Tyskland slo svulstene tilbake. Men ØUS vil ikke betale for den effektive behandlingen.



Norge 23. april

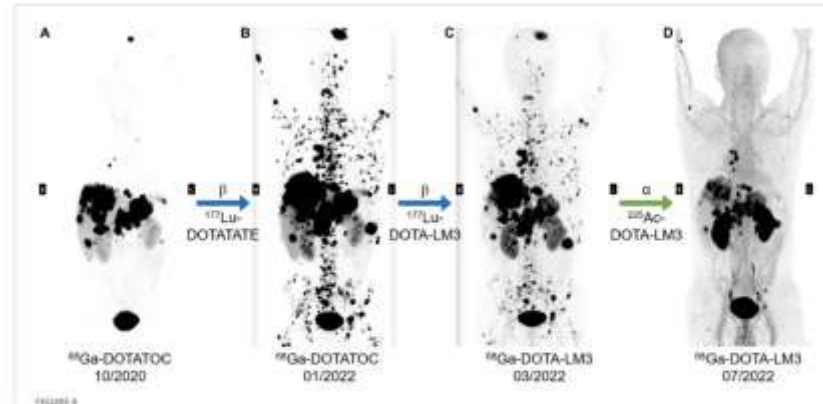
Kritiserer uklar lov: - Ingen pasienter vi har møtt, forstår om de har rett til utenlandsbehandling.

NASJONALT ORGAN FOR RÅDGIVING VED ALVORLIG LIVSFORKORTENDE SYKDOM

Ekspertpanelet



Ekspertpanelets medlemmer og sekretariat sammen med helseminister Bent Høie på lørseringen i Bergen 31. oktober.



Bildet er hentet fra tidsskriftet Frontiers in Medicine 07.12. 2022. Artikkelen handler om alfa-PRRT behandling. På skanningen vises kroppen til Lars før og etter behandlinger. De svarte prikkene er svulster. De er blitt betydelig færre og har krympet i størrelse. Foto: Frontiers in Medicine/Carinosticum-klinikken, Wiesbaden

Skjermdump: aftenposten.no og Helse Bergen

Saksnr. 2023/3969

Utenlandskontoret, Helse Sør-Øst, avslo 6. april 2022 søknad på dekning av *utgifter til alfaPRRT ved XX*, begrunnet med at:

- det omsøkte tilbudet er eksperimentelt og/eller utprøvende og
- at klagerens tilstand ikke anses som sjelden i pasient- og brukerrettighetslovens og prioriteringsforskriftens forstand.

Saken ble oversendt til Klagenemnda 31. mars 2023.

Saksnr. 2023/3969, s. 4 og 5.

Klagenemnda mener at:

- behandlingen med Alfa PRRT er nødvendig helsehjelp for pasienten og
- at tilbudet i utlandet er dokumentert mer virkningsfullt enn tilbudet i Norge, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4a og prioriteringsforskriften § 3.
- Det er dokumentert i saken at **klageren har forsøkt all tilgjengelig og etablert behandling i Norge**, uten at dette har gitt varig effekt. Det er dokumentert fra klagerens side at han har hatt effekt av behandlingen med alfa- PRRT.

Klagerens tilfelle er videre vurdert å komme inn under *unntaksvilkåret* for sjeldne sykdommer i prioriteringsforskriftens § 3, og kravet til dokumentasjon knyttet til behandlingens effekt er dermed noe redusert sammenlignet med tilfellene som ikke er omfattet av unntaket.

Klagenemnda påpeker at det er positivt at klageren har hatt effekt av behandlingen. Dette kan imidlertid ikke få avgjørende betydning for vurderingen av om behandlingen er dokumentert mer virkningsfull.

Nemnda omgjør OUS' vedtak og konkluderer med at «Lars» har rett på å få erstattet sine utlegg.

Bakgrunn

Klageren begynte allerede i 2015 å føle seg dårlig, og han fikk i 2017 påvist neuroendokrin kreft i bukspyttkjertelen (initialt NET G2, etter hvert NET G3). Vedtaket ble påklaget 16. desember 2022. Klagen var fremsatt for sent, men Utenlandskontoret valgte likevel å ta klagen opp til behandling, i medhold av forvaltningsloven § 31. Klager hadde på søknadstidspunktet spredning til lever, lymfeknuter i magen og til så godt som alle knoklene i kroppen. Han har i løpet av behandlingen fått fjernet bukspyttkjertelen og har gjennomgått en rekke andre operasjoner. Han har fått all den medikamentelle behandlingen *som er godkjent i Norge* for neuroendokrin kreft av hans type. Klageren har blant annet fått to runder med PRRT med 177 lutetium. Likevel ble det påvist at klagerens kreftsvulst hadde vokst ved kontroll i januar 2022. Klageren reiste til i Tyskland for å gjennomføre behandling med alfa-PRRT våren 2022. Behandlingen hadde frapperende effekt, og Ekspertpanelet har anbefalt klageren å fortsette behandlingen.

Plikter som
samlet sett bidra
til at rettigheter
kan oppfylles

Behandlerrelasjonen: pasient – helsepersonell,
plikter/rettigheter

Helsevirksomhetens ansvar:

- Tilrettelegging for behandlerrelasjonen,
- forsvarlig drift,
- forsvarlig organisering

Eieransvaret: HOD/RHF/Kommunene:

- oversikt over pasienttilbudet, tilrettelegging, bemanning (HR), overordnet drift og investeringer

Svikt ved helsetilbudet - prosesser i ulike systemer:

- arbeidsgiver
- helsetilsynet: statsforvalteren og Statens helsetilsyn
- påtalemyndighet
- pasientskadeordningen

Varslingsplikt for helsepersonell, jf. hpl. § 17

Lojaliteten skal ligge hos pasienten

Helsetilsynets myndighet

Helsevirksomheter:

Pålegg om retting/endring

Tvangsbøter overfor helseforetak – aldri anvendt?!

Stenging av virksomhet eller del av virksomhet

Helsepersonell:

Faglige pålegg, hpl. § 56

Tilbakekall av autorisasjon, hpl. § 57

Begrensning av autorisasjon, hpl. § 59

Suspensjon,

Tilbakekall av rekvireringsrett

Helsepersonell kan klage til Statens helsepersonellnemnd:

<https://helseklage.no/forside/nyheter/helsepersonellnemnda-har-fattet-vedtak-om-psykologikandidater>

Kan være ulike vurderinger av hendelser

Kari-Anne døde under fødsel: «Døde som følge av svikt»

Kari-Anne Vanebo Paulsen (19) mistet livet da hun fødte sønnen William. Nå slår Norsk pasientskadeerstatning (NPE) fast at hun ikke fikk god nok helsehjelp.

Av **ANNE STINE SÆTHER**

50 MIN SIDEN

Dermed er NPE helt uenig med Statens helsetilsyn som i en rapport fra desember 2023 slo fast at Kari-Anne fikk forsvarlig helsehjelp i timene før hun døde. 19-åringen fødte på Sykehuset Innlandet, Elverum. En ekspertgruppe engasjert av Norsk pasientskadeerstatning er helt uenig og sier i sin rapport:

«På bakgrunn av de opplysningene vi har i dag, er vår vurdering at pasienten døde som følge av svikt i forbindelse med fødselshjelpen.»

31. mai i 2022 ble fødselen satt i gang med ballong klokken 08.00. Da var Kari-Anne to uker over termin. Ni timer senere stanset mors hjerte. 12 minutter senere var sønnen født ved hastekeisersnitt.

Pasienter fikk ikke nødvendig og forsvarlig hjelp helsetilsyn og straffesak: Norwait-studien Hva med det personlige ansvaret?

Helse Stavanger: kr. 2,7 mill.

Norwait: Helse Stavanger får forelegg

Sør-Vest politidistrikt har ilagt Helse Stavanger et forelegg på 2,7 millioner kroner for brudd på helseforskningsloven i forbindelse med Norwait-studien.

| Publisert 12.03.2024

- Dette er først og fremst en svært alvorlig sak og en stor belastning for de pasientene som har vært en del av denne studien, og som ikke har blitt fulgt opp slik de skulle, sier administrerende direktør Helle Schøyen.

Forelegget knytter seg til Helse Stavanger sin rolle som koordinerende forskningsansvarlig institusjon for multisenterstudien. Saken har også vært behandlet av Statens helsetilsyn.

Forskningen knyttet til Helse Stavangers egne pasienter har vært i tråd med forskningsprotokollen, og har ikke vært en del av etterforskningen.

Helse Bergen: kr. 1,8 mill.

Norwait: Helse Bergen får forelegg

Sør-Vest politidistrikt har ilagt Helse Bergen et forelegg på 1,8 millioner kroner for brudd på helseforskningsloven i forbindelse med Norwait-studien.

| Publisert 12.03.2024

- Dette er ei svært alvorleg sak og ei stor belastning for pasientar, pårørande og etterlatne, seier administrerende direktør i Helse Bergen, Eivind Hansen.
- Dette beklagar vi på det sterkaste.

Førelegget er knytt til Helse Bergen si rolle som forskningsansvarleg institusjon. Saka har også vore behandla av Statens helsetilsyn og Statsforvaltaren i Vestland:
[Helsetilsynet har konkludert i Norwait- saka - Helse Bergen HF \(helse-bergen.no\)](#)

[Statsforvaltaren om Norwait- studien: - Helse Bergen HF \(helse-bergen.no\)](#)

Hva med ansvaret for RHFet ved massive systemssvikt ifm Helseplattformen – helse midt

- Avvik påvist av Direktoratet for strålevern og atomberedskap
- Avvik påvist av Arbeidstilsynet
- [Rapport fra Helsetilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen | Helsetilsynet](#) 19. April 2023

Aftenposten Bli abonnent

Helsetilsynet slakter feil i Helseplattformen: «Anser situasjonen som uoversiktlig og risikofylt»

Lytt til saken • 7 minutter 🔊 1x

Fem måneder etter at nytt Journalsystem ble innført ved landets fjerde største sykehus, mener Statens helsetilsyn det fortsatt er fare for pasientsikkerheten ved sykehuset.



Vi oppdaterer at innføringen av Helseplattformen har satt St. ... [Vis mer](#)

Hilde Skjesol
Torun Stebbek

Publisert: 19.04.2023 11:27 | Oppdatert: 19.04.2023 14:55

1. Sammendrag

Helsetilsynet og Statsforvalteren i Trøndelag har i dette tilsynet konkludert med at innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital har ført til økt risiko for svikt i pasientbehandlingen.

På bakgrunn av nye, alvorlige feilmeldinger ved løsningen i perioden etter tilsynsbesøket oppfatter vi risikoen som pågående.

Helse Midt-Norge RHF har organisert innføringen som et regionalt prosjekt. Organiseringen av prosjektet medfører etter vår vurdering at det regionale helseforetaket må medvirke til at St. Olavs hospital settes i stand til å yte forsvarlig helsehjelp.

1 Sammendrag

Vi vil bemerke at innføring av IKT-systemer som utvikles og leveres av tredjepart er kompliserte, og innspill fra virksomheten tas ikke alltid til følge. Vurderinger som gjøres i forkant av at nye løsninger og teknologi blir tatt i bruk er derfor ekstra viktige. Slike vurderinger kan bidra til at virksomheten kan utforme og iverksette kompenserende tiltak, og dermed redusere faren for at uønskede hendelser inntreffer og får negative konsekvenser for pasientene.

St. Olavs hospital har blitt satt i en utfordrende situasjon på grunn av prosjektets organisering, og har etter vår vurdering ikke kunnet få en tilstrekkelig oversikt over risikobildet ved å ta løsningen i bruk, før, under og etter oppstart.

Brudd på helselovene: Helsetilsynet: kontinuerlig fare for pasientsikkerheten
Antakelig også brudd på GDPR

Helseforetaket i Møre og Romsdal ba om utsettelse



Styreleder i Helse Midt sa at det ikke kan imøtekommes. Direktør sier det er opp til sykehuset



Sykehuset presses med tilbakehold av penger hvis systemet ikke innføres i April. Uformelle påvirkningskanaler



Hva er besluttet av Helse Midt?



Foretaksmøtet som skal ta viktige beslutninger: har sagt at videre utbredelse forutsetter at det er forsvarlig



Sammenblanding av roller og ansvar, mangel på åpenhet



Konsekvenser for pasienter

Svar på kreftprøver kommet bort

Pasienter ikke innkalt i tide mv.

Kan søke om erstatning fra NPE

Helsetilsynets myndighet begrenset til helsevirksomheten og helsepersonell

Kan bli aktuelt med straffeansvar

Personlig styremedlemmers ansvar

Snever
forståelse av
prioriteringer?

Medisin for kortvokste barn ble ikke godkjent. - Prisen er for høy

Mandag formiddag sa Beslutningsforum for nye metoder nei til en medisin som gjør at kortvokste barn kan vokse mer og få bedre helse.



Varg Klaveness og Mira Mykletun med sin fire år gamle sønn. L...

Lene Skogstrøm *journalist*

Anine Hallgren *journalist*

Publisert: 18.03.2024 11:46



Forsiden



Vink



Podkast



Utforsk



Innstillinger

Prioriteringer

Pasientbehandling: alvorlig sykdom, nytte (antatt nytte) og kostnader.

Kostnader til tiltaket eller for samfunnet?

Hva med:

- barnets særlige rettigheter
- samfunnsvirksomheter

Generelle prioriteringer og vedtak: kan ikke erstatte individuelle vurderinger av forsvarlighet og nødvendighet

Klagerett indirekte når de griper inn i individuelle rettigheter:

“Prioriteringer” av samfunnets ressurser

Krever andre tilnærminger: At kostnader vurderes i et større bilde: feks hvordan ressurser brukes totalt sett.

Er dagens organisering av helsetjenesten effektiv?



Er målene med foretaksmodellen oppnådd?

Begrunnelsen for helseforetaksreformen var både å styrke pasienttilbudet, bemanningssituasjonen, og mulighetene til økonomisk kontroll. Behovet for langsiktig kompetanseutvikling, rekruttering, undervisning, veiledning og forskning, ble pekt på som viktige hensyn for organisering av helseforetak.

Bemanning: Bowim-utvalget (helsepersonellkommisjonen)
NOU 2023: Spekteraksens policy: blåser opp tall når det gjelder antallet helsepersonell (ikke hensyn til deltidsstillinger og fusjoner som gjør sml uriktige). Hus og hytte: ambulering: Spekters krav allerede i 2006.

Styrking av pasienttilbudet, hva vet vi?

Ingen oversikt over klagesaker til statsforvalterne

Flere som får innvilget pasientskadeerstatning

Sykehusene ser ikke økonomiske utbetalinger som følge av pasientskader – de må betale gebyrer ved personvernbrudd

Årsmelding fra P og BO: store utfordringer

Ventetiden har økt, over tid utfordringer med juks.

Antallet senger er betydelig redusert.

Tilbudet til kronikergrupper og psykisk syke?

Norge er tregere enn andre land med å innføre nye metoder



Økonomisk kontroll, hva vet vi?

RHF-systemet har omdisponert ressurser:

- mer penger på administrasjon, ledere (flere og dyrere),
- uopplyste vedtak,

Sammenslåing av Oslo-sykehusene: ingen økonomisk kontroll

Investering i Klinisk arbeidsflate: tapsprosjekt

Outsourcing av It systemet i Helse sør øst: tap 5 milliarder el mer

Helseplattformen: ??

Bygging av høyhus på Rikshospitalet: ??

Stadige krav om etterbevilgninger og kutt i driften

- Bruk av kommunikasjonstjenester. Nå: helseplattformen har hyrt inn Try

Omdømmebygging i kollisjon med krav til åpenhet



GODE RÅD VAR DYRE: Sykehuset har en egen kommunikasjonsavdeling, men Ahus-ledelsen har hittil i år brukt 1,4 millioner kroner på PR-råd fra kommunikasjonsbyrået First House. Her er kommunikasjonsdirektør Bjarte Reve og administrerende direktør Hulda Gunnlaugsdottir ved Ahus. Foto: Mattis Sandblad/Jan Petter Lynau/Kristian Helgesen

Ahus-ledelsen ville forbedre medieomtale - sprengte budsjettet: Kjøpte PR-hjelp fra First House for 1,4 mill.

Det har stormet rundt Ahus-ledelsen etter saker om kaosdrift, rovdrift på

Flere pasientdødsfall var under politietterforskning i perioden da toppledelsen ved Ahus bestemte seg for å kjøpe dyre, mediestrategiske råd.

I en tid med store driftsutfordringer og svært presset økonomi, har sykehusledelsen fått førstehjelp fra PR-byrået First House til å takle media - og til å kommunisere med egne ansatte.

Fra januar til september i år har Akershus universitetssykehus (Ahus) brukt 1.393.357 kroner på medie- og kommunikasjonsråd fra First House. Selv om sykehuset har sin egen kommunikasjonsavdeling med seks heltidsansatte.

Budsjettet sprengt

Denne summen har blitt holdt skjult for styret og sentrale tillitsvalgte.

VG 11. oktober 2013:
hovedstadprosessen
160000 overført til
Ahus

Linjen fra
beslutninger
til pasient



Spekter: arbeidsgiverorganisasjonen til helseforetakene

Helseforetakene er pålagt å bruke Spekter. Har årlige konferanser

Slår fast og problematiserer:

- At befolkningen må forvente dårlige helsetilbud fremover
- Endringsmotstand i helseforetakene mot kutt i pasienttilbudet
- At helsepersonell må finne seg i reduksjon av vilkår

Problematiserer ikke:


- Egen rolle og arbeidsgiverpolicy som hinder for utvikling og rekruttering
- Prioriteringer som gjelder annet enn reduksjon av pasienttilbudet
- Dokumenterte og uriktige vedtak på RHF nivået
- Nettverkstyring og mangel på gjennomsiktighet

Spekters årlige konferanser: Befolkningens og ansattes forventninger må dempes



ARBEIDSGIVERFORENINGEN
SPEKTER



MENY 

Knappere økonomiske ressurser og større behov for prioritering. Flere pasienter, økte behandlingsmuligheter og mindre tilgjengelig arbeidskraft. Mer spesialisering og krav om en desentralisert struktur.

To av tre toppledere i Spekters medlemsvirksomheter oppgir at endringsmotstand og forventninger om å vente med å ta beslutninger til alle interessenter er enige, konsensuspress, som begrensende for utviklingen av virksomheten. Handlingsrommet for effektiv drift og omstilling oppleves smalere for ledere i helseforetakene enn for ledere i andre statseide virksomheter (Høyskolen Kristiania, 2023, for Spekter). Den offentlige debatten om utvikling av helsetjenesten kan ikke akkurat sies å gjenspeile det massive omstillingsbehovet.

På Spekters sykehuskonferanse spurte vi: Hva kan innbyggerne forvente av sykehusene framover? Hvilke forventninger vil være mulig å innfri, og hva vil det kreve av omstilling, samarbeid og lederskap?



Evaluering

Foretaksmodellen er ikke evaluert med utgangspunkt i målene.

Hvem evaluerer?

Kvinnsland

Magnussen

Proba



Høyre ville legge ned RHFene

RHF direktør i vest slo fast at det var uaktuelt.

NOU 2016: 25 Kvinnsland-utvalget: sammensetningen? Stener Kvinnsland som leder og tidligere Spekter leder Lars Haukaas i en sentral rolle. RHF-direktørene ble konferert under arbeidet.

Uansett:

- vurderte ikke måloppnåelse eller alternative modeller
- vurderte ikke dokumenterte utfordringer i saker behandlet av Stortingets Kontroll – og konstitusjonskomite (skandaler). Utvalget gikk motsatt vei enn det som var intensjonen og drøfter om de regionale foretakene bør få mer makt.



AP/SP regjeringen ville vurdere foretaksmodellen

Regjeringsplattformen for Ap/SP: enighet om at *styringen av sykehusene og helseforetaksmodellen* skulle vurderes med sikte på endringer.

Magnussen-utvalget som avga sin innstilling i 2023, NOU 2023: 8
Fellesskapets sykehus — Styring, finansiering, samhandling og ledelse.

Utvalgsleder under arbeidet fikk kontrabeskjed om at helseforetaksmodellen *ikke* skulle evalueres. Alle forslag om endringer og tiltak skal «være innenfor rammen av helseforetaksmodellen».

- Ikke gjort noen systematisk evaluering av helseforetaksmodellen som gjør det mulig å konkludere samlet i forhold til konsekvensene den har hatt for graden av helsepolitisk måloppnåelse.

De regionale helseforetakene stor makt, både i form av definisjonsmakt og beslutningsmakt.

Stortinget ville ha en vurdering av RHFenes myndighet til å vedta nye metoder

Norge etter andre land når det gjelder å innføre nye metoder

Stortinget ba regjeringen om å evaluere systemet med beslutningsforum (Nye metoder):

Stortinget ber regjeringen å – i tråd med prioriteringsmeldingen og de vedtatte målene for legemiddelpolitikken samt premissene i Prop. 55 L (2018-2019) – sørge for en evaluering av dagens organisering av og saksbehandling i systemet for nye metoder, med hensikt å videreutvikle et system for likeverdig og rask introduksjon av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.

Mandatet for Probas evaluering ble begrenset, skulle ikke:

- foreta en vurdering av pasienters rettigheter og saksbehandlingen i denne sammenhengen:
- vurdere om systemet harmonerer med menneskerettigheter og EU/EØS-retten.



Utfordringer med modellen

Betydelig makt i de fire regionale helseforetakene og Spekteraksen:

- Formell makt til å treffe vedtak med vidtrekkende betydning
 - formell makt: Mange vedtak baseres ikke på nødvendige vurderinger
 - Kan vedta om nye metoder skal tilbys i Norge
 - Uklart hvor vedtak treffes – tilslørte vedtak og mangel på transparens?
- Tiltatt uformell makt: vedtak av AD og fagdirektører
- RHFes vedtak går utover sykehusene mulighet til forsvarlig drift
- RHFene i spekteraksen definerer arbeidsmiljøpolitikken
- RHFene definerer pasienttilbudet direkte og indirekte

A large, light blue puzzle piece is shown against a bright yellow background. The piece is missing from a larger assembly, with its shape clearly defined by the surrounding yellow. The puzzle piece has several interlocking tabs and blanks, suggesting it is part of a complex system or structure.

Skyldes samhandlingsreformen at departementet var eier av sykehusene?

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen la opp til en samhandlingsreform uten å styrke fastlegeordningen eller sykehusene og utfordringene i kommunene økte. Terskelen for sykehushjelp skulle økes og terskelen for å skrive ut pasienter ble senket, før det var bygget ut et tilbud i kommunene. I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen het det: «Regjeringen vil legge til rette for at veksten i legetjenesten i hovedsak kommer i kommunen, bl.a. gjennom en streng regulering av nye legestillinger i spesialisthelsetjenesten».

Hanssen mente at helsetjenesten skulle lære av japanske bilprodusenter og uttalte til VG i 2012: «Biler og pasienter er selvfølgelig ikke samme sak. Man forholder seg annerledes til mennesker enn til ting, men jeg liker Toyotas tenkning i forhold til god organisering og logiske transportetapper.»

Med dette utgangspunktet ble eldrebølgen møtt med effektivisering og stram logistikk og sterk styring ovenfra og ned.



Mine vurderinger

RHF-systemet har fått og tiltatt seg betydelig makt – utover det loven legger til grunn. Grunnleggende krav som ikke følges:

- å opplyse vedtak med høy risiko økonomisk og på andre måter
- åpenhet og å motvirke rollesammenblanding

RHF-systemet er kostbart, har ført til omdisponering av ressurser. Tar for lite hensyn til:

- målet med reformen og kjerneoppgavene i helsetjenesten
- bemanning og rekrutteringsbehov
- sterk maktkonsentrasjon og for lite kontroll.

Styringssystemet bør endres.