



Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.:

Vår ref.: 15/3147

Dato: 07.09.2015

Høring - endringer i pasientskadeloven m.m. - omorganisering i sentral helseforvaltning

Legeforeningen viser til høringsnotat om ovennevnte. Notatet har vært på intern høring i Legeforeningens organisasjonsledd. Disse uttalelsene ligger til grunn for foreliggende høringsuttalelse, som er behandlet av Legeforeningens sentralstyre.

Legeforeningen mener at flere av forslagene er egnet til, på sikt, å bidra til en mer effektiv sentral helseforvaltning. Omorganiseringen kan bidra til at det bygges opp færre, og sterkere fagmiljøer innenfor de ulike områdene. Vi har likevel flere synspunkter på flere av forslagene i høringsnotatet i det følgende.

Flytting av oppgaver til Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet – nedleggelse av Kunnskapssenteret

Det er hensiktsmessig at det ryddes i oppgaver mellom Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet for å utnytte synergieffekter og forhindre dobbeltarbeid. Legeforeningen ser det som fornuftig og vil oppfordre til en løsning der forvaltningsoppgavene til Kunnskapssenteret flyttes til Helsedirektoratet.

Legeforeningen ønsker likevel å påpeke at nedleggelse av Kunnskapssenteret som så dann kan forsterke behovet for en faglig sterk og uavhengig premissleverandør for kunnskapsproduksjon knyttet til helsetjenesten. Det er viktig at uavhengige kompetansemiljø beholdes og at det legges til rette for samarbeid og innspill fra disse overfor myndighetene. Legeforeningen oppfordrer til et sterkere samarbeid med blant annet Legeforeningens fagmedisinske foreninger/miljøer og pasientorganisasjonene.

Opprettelse av nasjonal klagenemd for helsetjenesten

Opprettelse av en nasjonal klagenemd kan være positivt, gitt at dette fører til mer effektiv saksbehandling. Legeforeningen stiller seg sterkt tvilende til hvor store de faktiske synergieffekter vil være da det er til dels svært ulike fagmiljøer og ulike regelverk som slås sammen og skal behandles i den nye klagenemnden. Skal man oppfylle målet bak ordninger som Helsepersonellnemnda må man sikre spisskompetanse i de spørsmål som behandles. Om dette skal ivaretas i den nye klagenemnda risikerer man i realiteten vanntette

skott mellom de ulike delene av organets virksomhet, og får i liten grad realisert effektiviseringsgevinster.

I tillegg kommer at klagenemnda skal flyttes til Bergen. Flyttingen vil innebære tap av viktig kompetanse. Tidligere flyttinger av offentlige etater har vist at svært få ansatte flytter med. Flere av miljøene som skal berøres har brukt år på å bygge opp solide organisasjoner med tung fagkompetanse, herunder sekretariatet for pasientskadenemnda. Konsekvensen vil med all sannsynlighet være lengre saksbehandlingstid, noe som vil være det motsatte av det oppgitte formålet med omorganiseringen– å øke brukerorientering. Dagens saksbehandlingstid for helsepersonellnemnda er etter vår oppfatning allerede uakseptabelt lang.

Blant oppgavene til den nye klagenemnda er behandling av klagesaker i henhold til turnusregelverket og regelverket om veiledet tjeneste for allmennleger. Det er Legeforeningens erfaring at begge disse regelverkene er kompliserte, og vi gir bistand og råd i svært mange saker. Legeforeningen har bistått mange leger med klager, og vedtak i klageorganet har gitt helt nødvendige korrektiver til førsteinstansbehandlingen. Det er uheldig at disse klagesakene etter forslaget vil behandles i en etat som erfaringsvis vil bruke tid på å bygge opp nødvendig kompetanse.

Innlemmelse av SAK i Helsedirektoratet

Legeforeningen støtter at Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) innlemmes i Helsedirektoratet. Vi har over lang tid erfart utfordringer med SAKs saksbehandling. Dette har gått utover rettsikkerheten til mange medisinstudenter og leger. Legeforeningen viser særlig til etatens saksbehandling knyttet til regelverket om veiledet tjeneste for allmennleger, der fortolkningen av regelverket og informasjon til leger som henvendte seg til etaten i en periode med mange regelverksendringer ofte var uriktig. En rekke medlemmer har henvendt seg til Legeforeningen med kritiske tilbakemeldinger på hvordan de har blitt møtt i søknadssaker.

Legeforeningen er bekymret for at disse manglene i praktisering av regelverket også kan ha konsekvenser for rekruttering til allmennlegetjenesten. Vi har tilsvarende erfaringer etter innføring av ny turnusordning, der SAK beholdt ansvaret for turnusleger på gammel turnusordning.

Opprettelse av et e-helse direktorat

Legeforeningen har lenge vært kritiske til fremdriften for å få gode, nasjonale IKT systemer. Blant annet er det svært mange enheter/etater, prosjekter og tiltak på alle nivåer i helseforvaltningen som på ulike måter, og med til dels store budsjetter har oppgaver knyttet til IKT arbeid. Dette har konsekvenser for gjennomføringsevnen i større IKT prosjekter, som er særlig fragmentert i helsesektoren og der en helhetlig tilnærming ville gitt store effektiviseringsgevinster. Riksrevisjonen og Difi har påpekt flere mangler, blant annet at arbeidet på dette området i liten grad er samordnet, og at det er behov for tydeligere styring og samordning mellom mange aktører og ulike tiltak på ulike nivåer av helsetjenesten. Legeforeningen er enig i dette, og ser at en samlet etat vil kunne avhjelpe dette i noe grad da erfaring fra andre samfunnsområder (for eksempel NAV og politiet) tilsier at nasjonal samordning og god styring er helt nødvendig for å få best utbytte av store investeringer. Det bemerkes likefullt at forslaget om et eget e-helsedirektoratet ikke i seg selv løser problemene knyttet til utvikling og implementering av IKT løsninger i helsetjenesten. En forutsetning for at e-helsedirektoratet skal kunne bidra positivt er at man lytter til klinikere og gir dem reell

medvirkning og medbestemmelse. Vi finner også grunn til å uttrykke bekymring for at en omlegging vil bidra til at IKT utviklingen fjernes ytterligere fra kliniske miljøer i helsedirektoratet, og at den helt avgjørende kompetansen for vellykkede prosesser med det begrenses.

Legeforeningen vil i det følgende fremheve særlige oppgaver og områder som forslaget e-helsesatsing/organisering bør ivareta.

Legeforeningen påpeker at det ligger betydelige effektivitets-, kvalitet- og pasientsikkerhetsgevinster både ved å ta i bruk ny teknologi og ved å oppgradere teknologi som mange steder allerede er helt utdatert og/eller underdimensjonert. Forutsetningen må være at det dreier seg om kunnskapsbasert IKT utvikling, der så vel internasjonale erfaringer samt medisinskfaglig brukermedvirkning fra idé til bredding blir ivaretatt, slik at faglige og funksjonelle krav blir førende.

Legeforeningen får stadig innspill om at mangelfulle IKT-verktøy fortsatt er et stort hinder for effektive pasientforløp. utfordringer i hverdagen fra legenes ståsted ved dagens IKT løsninger er knyttet til manglende kvalitet og lang responstid, samt mye feil og nedetid som oppleves som forårsaket av mangelfull infrastruktur, utdaterte plattformer og sviktende support. Det synes som om kliniske behov taper i kampen for andre behov når IKT utvikles. Faglige/funksjonelle krav er i stor grad felles for leger i og utenfor sykehus. Robust meldingsutveksling står i fokus på begge sider, men tekniske, finansielle og linjemessige utfordringer er forskjellige.

På helseområdet er særlige problemer knyttet til muligheten for kommunikasjon *mellom IT-systemer*. Pasientbehandlingen og effektiviteten rundt denne er vesentlig hemmet av at systemer ikke snakker med hverandre, både i og utenfor sykehus, og mellom tjenestenivåene.

Fra alle deler av helsetjenesten er det meldt bekymring over at man på nasjonalt nivå ikke har tilstrekkelige fokus på å ferdigstille, feilrette og vedlikeholde dagens løsninger. Samtidig trekkes store finansielle- og kompetanseressurser inn mot svært store prosjekter med usikker tidshorisont og potensial.

Legeforeningen erfarer at det er en utbredt følelse av avmakt blant sykehus- og sykehjemsleger, mens fastleger og avtalespesialister opplever å ha noe mer styring med sin hverdag. Til tross for store mangler i EPJ- og kommunikasjonsløsninger er det ikke tvil om IKT-systemene som brukes i avtalebasert legepraksis på mange områder ligger foran sykehusløsningene. Relativt velutviklede muligheter for e-kommunikasjon, integrasjon av e-resept og legemiddelsamstemming er eksempler på dette. Erfaring fra disse områdene må brukes i videre utviklingsarbeider.

Legeforeningen anser at myndigheten må ta et overordnet ansvar for teknologiutviklingen på helseområdet, der prioritering og koordinering står sentralt. Klinikerperspektivene i alle sammenhengene må samtidig ivaretas. Videre må det jobbes over flere akser for å håndtere oppgavene på området. Organisasjonene er så komplekse, behovene sammensatte og aktørene ulike, slik at uten overordnet koordinering og satsning (herunder finansiering) vil viktige prosesser vesentlig forsinkes og fordyres, om de overhodet kan realiseres.

Når dette er sagt vil Legeforeningen samtidig trekke frem nødvendigheten av at brukerne på alle nivåer blir involvert i prosessene. Det er også slik at representanter fra ulike aktører må samarbeide, og vi fremhever at avtaleverket kan brukes for nettopp å nå felles målsettinger.

Et konkret eksempel i så måte er det såkalte «EPJ Løftet». Dette samarbeidet er basert på en avtale som ble inngått under Normaltariffforhandlingene mellom staten og Legeforeningen våren 2014 om avsetning av midler til utvikling av EPJ (elektronisk pasientjournal) i fastlegepraksis. Partene gikk inn i forhandlingene med en felles intensjon om å finne en modell for å løse konkrete utviklingsprosjekter, og har opprettet en partssammensatt styringsgruppe som treffer vedtak om hvilke prosjekter som skal gjennomføres mv. Partene har hele veien hatt dialog om så vel utvelgelse av prosjekter, prioriteringer og gjennomføringsplaner, der også leverandørene og fagmiljøet har vært tett involvert. Satsingen ble videreført våren 2015 gjennom ytterligere avsetninger. Så langt er flere konkrete utviklingsprosjekter ferdigstilt, og det tas sikte på at flere prosjekter vil bli realisert.

Særlig om journalsystem i sykehjem

Legeforeningen vil benytte anledningen til særlig å gjøre oppmerksom på situasjonen i sykehjem, der det per i dag ikke foreligger noe tilpasset journalsystem. Dette representerer en betydelig trussel for pasientsikkerheten. Legeforeningen finner dette sterkt bekymringsverdig, og det kan vises til flere uttalelser fra Statens helsetilsyn som påpeker uforsvarlighet. Når helsepersonellet daglig må bruke store deler av sin arbeidstid til å lete, dobbeltsjekke og kvalitetssikre pasientinformasjon, medfører dette dessuten et betydelig ressurstap som Legeforeningen er forundret over at ikke ansvarlige myndigheter synes å ta mer på alvor. Det er denne vinteren blitt iverksatt et prosjekt under ledelse av KS som omhandler situasjonen i sykehjem, men alvorlighetsgraden av saken tilsier etter vår oppfatning et større fokus enn hva vi i dag ser.

Arbeidet med å skape fremtidens pasientjournal

På nasjonalt nivå skjer en satsning med føringer fra Stortingsmelding nr. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal*. I denne stortingsmeldingen er økt struktur i elektroniske pasientjournaler løftet frem som et sentralt område.

Legeforeningen mener arbeidet må bygge på det omfattende kunnskapsgrunnlaget som finnes om både muligheter og risiko ved økt bruk av struktur i pasientjournaler. Dagens journalsystemer inneholder allerede mye struktur. Redusert bruk av fritekst for å gjøre automatiske uttrekk enklere, vil føre til at journalens nytteverdi i møtet med den enkelte pasient reduseres. For å sikre en riktig utvikling av *Én innbygger – én journal* må arbeidet skje trinnvis og basert på den beste tilgjengelige kunnskap.

En fleksibel pasientjournal hvor innholdet, inkludert en nødvendig mengde standardisert informasjon, tilpasses formålet ville kunne gi økt kvalitet og effektiv kommunikasjon. For å oppnå dette må informasjonsteknologi og medisinsk kompetanse bringes tettere sammen, herunder må leger i klinisk virksomhet være representert på alle nivåer og i alle faser ved utvikling av den elektroniske pasientjournalen.

Tiltak som kan bidra til bedre og mindre arbeidskrevende registrering og koding i helsetjenesten må prioriteres. Ny funksjonalitet i EPJ-systemene må være gjenstand for funksjonell testing og pilotering før eventuell implementering. Gode og inkluderende prosesser vil øke mulighet for at klinisk anvendelighet av pasientjournal ikke svekkes.

Generelt anser Legeforeningen at en vellykket utvikling av fremtidens journalsystemer forutsetter at Norge utvikler praksisnære helseinformatikkmiljøer som forstår de medisinske behov og mulighetsrom, og som har tett kontakt med den internasjonale forskningsfronten på området. Nasjonale løsninger må være tuftet på den beste kunnskapen og de beste produktene i det internasjonale markedet, tilpasset norske forhold og helsearbeidernes behov.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær

Lars Duvaland
avdelingsdirektør

Saksbehandler: Siri Næsheim

Dokumentet er godkjent elektronisk