

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet	
Saksnr.: 200500444	Doknr.: 73
Arkivkode: 500	Journ dato: 02.06.05
Ayd.: KTA	Saksbeh.: EV
U.off.:	

Vår ref.:
2005/134 - 1780/2005

Deres ref.:
20050444

Saksbehandler:
Ingvill Skogseth , 51 96 38 12

Dato:
30.05.2005

NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste" - høring

Vi viser til høyringsbrev frå Helsedepartementet til NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende teneste".

Helse Vest sine kommentarar til NOU 2005:3 er ordna punktvis under dei tre hovudbolkanane for høyringssvar, slik dei er nemnt i høyringsbrevet frå HOD. Høyringssvaret er behandla i styret for Helse Vest RHF den 27. mai 2005 og er samrøystes.

Generelt

Wisløff-utvalet tek til orde for at samhandling mellom linjer i helsetenesta skal ta særskilte omsyn til sårbare og vanskeleg stilte pasientar som har størst behov for samanhengande helsetenester. Godt koordinerte helsetenester er viktigast for dei som har behandlings- og omsorgsbehov som ingen part aleine kan dekke. Slike store pasientgrupper er mellom anna kreftpasientar, eldre pasientar med fleire alvorlege sjukdomar, sjuke i terminal fase, kronisk sjuke, psykiatri og rus. I åra framover vil desse gruppene representere endå større utfordringar for helsetenesta enn no.

Utvalet lanserer mange forslag som det meiner vil betre samhandlinga i helsetenesta. Tiltaka gjeld tre hovudområde:

- Styrking av pasientperspektivet
 - Betre informasjon, medverknad og påverknad
 - Større fokus på heilskap og samanhengande behandlingsforløp
- Målretta tiltak for betre samhandling
 - Styrke leiaransvaret
 - Større funksjons- og kvalitetskrav til tenesteytarane
 - Formaliserte samarbeidsavtalar og møteplassar mellom nivåa
 - Større fleksibilitet i organisering av samarbeidsløysingar
- Økonomiske insentiv, mellom anna:
 - Justering av takstar og finansieringsordningar
 - Øyremerkte tilskot for å støtte samhandlingstiltak

Mange av problemstillingane og forslaga kjenner ein igjen frå dokumenta til RHF-gruppa ”*Nasjonale gruppe for samhandling og desentralisering*”, som lanserte sin strategi for dette samhandlingsfeltet i oktober 2004.

Helse Vest RHF seier seg nøgd med at innstillinga slår fast at primærhelsetenesta er fundamentet i helsetenesta, og at fastlegane er ein viktig del av primærhelsetenesta.

Utvalet har lagt ned eit stort arbeid i beskriving og analyse av status i fyrste- og andrelinjetenesta. Helse Vest ser likevel at rammene for samhandling innan primærhelsetenesta kunne vore nærare utdjupa.

1. Økonomiske og organisatoriske rammevilkår

1.1 Høve til å etablere felles organisatoriske einingar

Utvalet vil opne for høve til at kommunar kan delegera mynde til interkommunale organ eller til andre kommunar (noko som ikkje er heimla i dagens lovgjeving)

Kommentar:

Dagens kommunestruktur er i endring. Det er forventa at kommunane i framtida blir slått saman i større einingar. Ein parallell ser ein i Danmark, som er i ferd med å etablere helseregionar som erstatning for amt. Ein del av denne endringa er at fyrste- og andrelinjetenesta blir slått saman. I Noreg samarbeider kommunar alt i dag på mange plan, mellom anna med økonomi- og lønssystem. Det vert bygt sjukeheimar som skal dekke behov i fleire kommunar (Asker-Røyken). Kommunal samfunnsmedisin er under omorganisering, og ein forventar at kommunar etterkvart utvidar sitt samarbeid på fleire område.

Helse Vest RHF støttar forslaget om å opne for at interkommunale organ kan tildele og utføre oppgåver for innbygarane i deltakande kommunar. Dette er samorganisering på same organisatoriske hovudplan, og representerer derfor i liten grad ukjente grensesnitt.

1.2 Forsøk med nye organisasjonsformer

Utvalet foreslår å opne for at kommunar og helseføretak kan eige utførar-einingar i helsetenesta saman. Vidare foreslår utvalet å opne for forsøk med organisasjonsmodellar der kommunar og helseføretak overfører eigar- og myndigheitsansvar til eigne organ (sjølvstendig rettssubjekt). Kommunar eller nye organisasjonar kan overta ”sørge-for” ansvaret som regionale helseføretak har for spesialisthelsetenesta.

Kommentar:

I mandatet er det lagt til grunn at hovudtrekka i dagens oppgåvedeling mellom førstelinje og andrelinje skulle ligge fast. For organisasjonar i sterk endring og i samhandlingsspørsmål vil det alltid vere freistande å flytte grenser og slå saman nivå og sektorar. Det finst lite kunnskap om samhandling, både på nasjonalt og internasjonalt plan. Samhandling innanfor same organisasjonsnivå er minst problematisk, men nye organisatoriske løysingar på tvers av linjegranser vil skape nye og ukjende grensesnitt med ukjente konsekvensar for pasientar, samhandling og offentlege kostnader. Dersom ein skal endre lover for å tillate nye organisasjonar som HF og kommunar kan overføre mynde til, må ein på førehand gjera kontrollerte forsøk. Feltet eignar seg for forskning. Ein bør vere varsam med foreslå lovendringar før slike forsøk er grundig evaluert og har vist å ha sikker overføringsverdi.

1.3 Lokal forankring av spesialisthelsetenester

Mange kommunar med ulik storleik og ressursar, og 5 regionale helseføretak, representerer stor asymmetri i samhandling. Dette kan gjera likeverdige samhandling vanskeleg. Utvalet skriv at det bør skapast arenaer mellom likeverdige partar, og foreslår at HOD drøftar eit opplegg om eit landsdekkande avtale-system med KS.

Kommentar:

God balanse i organisering, makt og ressursar mellom samarbeidspartar styrker samarbeid. Med dagens ulike organisering av primærhelseteneste og spesialisthelseteneste er det vanskeleg å oppnå samarbeid mellom likeverdige partar. Det vil ta tid og ressursar å endre organisatoriske grensesnitt etter dei forslaga som utvalet drøftar. I mellomtida er det viktig å satse på å etablere gode avtaleverk, kommunikasjon på leiarplan og faglege nettverk som spenner over dagens linjegranser. Ein landsdekkande avtale med KS og HOD kan vera ein veg å gå for å betra likeverdet i samhandling mellom kommunar og HF.

1.4 Endringar i takst- og refusjonssystem

Utvalet foreslår mellom anna:

- fjerne insentiv til oppstyking av pasientforløp
- finansiering av veilednings- og ambulant arbeid bør vurderast.
- oppnå kostnadsnøytralitet ved dyr medikamentell behandling av alvorleg sjukdom, uavhengig av kvar pasienten er i helsetenesta.
- etablere ordning med statleg finansiering i form av refusjonar for tilstedevakt i interkommunale legevakter (gjere det kostnadsnøytralt å ha kommunal legevakt eller delta i interkommunalt legevaktssamarbeid).

Kommentar:

Helse Vest sluttar seg til forslaga under dette punktet. Ein forstår utvalet si bekymring for at ytterligere stykkprisfinansiering kan medføre at ukompliserte, prosedyreorienterte helsetenester vert prioritert framfor kompliserte tenester som krev høg grad av samhandling, med mindre finansiering blir betra på dei sistnemnte områda.

Vidare ser vi at ambulante team, som utvalet peikar på, kan være eit godt verktøy for å fremje gjensidig rettleiing og koordinerte pasientforløp. Særleg viktig er det at det vert etablert betre legevakttenester i form av interkommunale ordningar, med legevaktssentralar som i hovudregel er samlokalisert med akuttmottak i sjukehusa.

Det bør i tillegg arbeidast med lokale avtalar mellom DMS/Nærsjukehus og primærhelsetenesta som er tilpassa lokale tilhøve. Helse Vest er i gang med slikt utviklingsarbeid for Nærsjukehuset i Florø/Helse Førde HF.

1.5 Forslaget om ”friske pengar” til betring av samhandling

Utvalet foreslår ein milliard kroner til samhandlingstiltak over ein tidsperiode, med visse krav:

- formalisert avtale mellom kommune og føretak for utløyning av øyremerkte midlar til styrking av samhandling
- avtale om samarbeidstiltak før utløyning av statlege midlar frå opptrappingsplanen for psykisk helse
- midlane skal brukast til delfinansiering av samarbeidsprosjekt, som også skal ha eigeninnsats frå begge partane

- tilskott til samhandling skal kanalisert via kommunane, og øyremerkast tiltak som kommunar og føretak i fellesskap har interesse av å etablere.

Kommentar:

Helse Vest støttar forslaget om oppretting av øyremerkte tilskott til samhandling, som kan stimulere nye aktivitetar og vidareutvikle eksisterande samhandlingstiltak. Øyremerkte midlar kan setje fart i samhandling, men slike tilskott bør gjevast over tidsavgrensa periodar. Slike midlar bør også kunne nyttast til forskning på samhandling. Det må stillast krav om evaluering.

Slike midlar bør kunne nyttast til samhandlingsprosjekt mellom allmennlegeteneste og spesialisthelseteneste, som til dømes prosedyrearbeid og arbeid med prioritering.

Helse Vest er usamd i slike midlar bare skal kanalisert gjennom kommunen.

Uansett om slike midlar skal kanalisert via kommunar eller HF, vil det krevje godt samarbeid på leiariplanet mellom lokalsjukehus og omliggande kommunar.

2. Forslag knytt til pasientperspektivet

2.1 Styrke pasientperspektivet

Utvalet tilrår å gje større rom for brukarorganisasjonane sin kollektive medverknad, og å innføre like reglar om brukarmedverknad i kommunchelsetenestelova som i lovverket om helseføretak.

Kommentar:

Brukarperspektivet er eit viktig idégrunnlag og korrektiv for alle tenesteytarar i primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Helse Vest støtter forslaget om lik vekt på brukarmedverknad gjennom brukarutval på RHF- og HF-nivået og i primærhelsetenesta. Helse Vest ser slike utval som ein viktig samhandlingspart og korrektiv i planlegging og tilrettelegging på utøvande nivå.

2.2 Individuell plan (IP)

Utvalet foreslår:

- Målretta informasjonsarbeid om individuell plan mot grupper av pasientar med store behov for samhandling
- Kommunane skal vere ansvarlege for individuelle planar, spesialisthelsetenesta har plikt til å medverke i arbeidet med individuell plan når det vert ytt tenester til pasientar som har slik rett/behov
- Lovverket om individuell plan må harmonerast innanfor somatikk og psykiatri
- Plikt til å delta i individuell plan må tas inn i helsepersonellova og i regelverk som regulerer verksemda til andre kommunale, fylkeskommunale, statlege og private etatar/verksemder
- Nasjonal rapportering på bruk av IP for alle kommunar og helseføretak.

Kommentar:

Individuelle planar er eit verktøy i samhandling. Informasjon om IP bør gjevast av den til ei kvar tid ansvarlege part, enten pasienten er i primærhelsetenesta eller i spesialisthelsetenesta. Denne plikta må også gjelde for private helsetenester. Helse Vest støttar forslaget om at slike krav må innarbeidast i kvalitetssystem.

Ved delt ansvar er det alltid fare for ansvarspulverisering. Det verkar klokt at hovudansvaret for IP ligg i primærhelsetenesta, som har kontakt med pasientane over tid og i fleire samanhengar enn sjukehusavdelingar har. Helse Vest etterlyser forslag om kva tenestegrupper og tenestenivå i kommunen ansvaret skal forankrast i, samt ei utgreiing av konsekvensar av manglande oppfyljing av dette ansvaret.

Helse Vest er usikker på om det er teneleg å laga administrative system med nasjonal rapportering på IP. Spørsmålet er om nytten står i høve til den innsatsen som skal til for å rapportere og overvake eit slikt register.

2.3 Pasientansvarleg lege (PAL)

Kravet om pasientansvarleg lege må brukast for dei pasientgruppene som treng det mest. Utvalet tilrår at PAL vert fjerna som generelt krav, og at kravet vert avgrensa til pasientar med komplekse og/eller langvarige behov for spesialisthelsetenester.

Kommentar:

Det har vist seg at PAL som generelt krav er vanskeleg å innføre, sjølv om det ligg lovheimel bak kravet. Helse Vest støttar derfor forslaget om avgrensing av kravet til å gjelde for pasientar med komplekse og/eller langvarige behov for spesialisthelsetenester.

2.4 Pasientopplæring og informasjon

Utvalet foreslår at lærings- og meistringskompetanse får betre finansiering, og vert tildelt utviklingsmidlar som kan stimulere til auka innsats frå kommunehelsetenesta.

Det vert foreslått at helseteneste og brukarorganisasjonar saman styrker informasjon til pasientgrupper som ikkje søker informasjon aktivt, til dømes ved informasjon på internett.

Kommentar:

Læring om og meistring av sjukdom og skade er eit viktig utviklingsområde. Best resultat oppnår ein truleg dersom slike sentra er felles arena for kommunehelseteneste og HF. Dermed kan ein auke læring og kompetanseoverføring samstundes som ein dekker pasientane sine behov. Hovudvekta av slike sentra sine funksjonar bør leggast på opplæring og kompetanseoverføring til helsepersonell i primærhelsetenesta, og ikkje på individuelt eller gruppevis pasientplan. Det har over tid utvikla seg ein praksis med at grupper av pasientar med kronisk sjukdom vert ivaretatt av spesialiserte sjukepleiarar, i regi av sjukehus-poliklinikkar (hjertesvikt, KOLS, diabetes og andre). Etter LEON-prinsippet er det viktig at ansvaret for grupper av pasientar med kronisk sjukdom overførast tilbake til ei fagleg oppdatert primærhelseteneste så snart dette er medisinsk forsvarleg.

Opplæring og veiledning til personell i primærhelsetenesta ved lærings- og meistringssenter er med og oppfyller ei av hovedoppgåvene til sjukehusa, som er opplæring og rådgjeving.

Betre informasjon på internett for ulike pasientgrupper kan medverke til kunnskap og betra eigenomsorg. Slik informasjon bør vere eit offentleg helsetenesteansvar.

2.5 Pasientombod og tilsyn

Dagens ordning med ombod vert tilrådd utvida til også å gjelde tenester etter kommunehelsetenestelova og tenester etter sosialtenestelova (gjeld i dag berre spesialisthelsetenesta).

Kommentar:

Det synest å vera gode grunnar for å innføre pasientombod i førstelinjetenesta. Mange pasientar har behov for å ta opp problem som oppstår ved utredning og behandling i primærhelsetenesta og i grensesnittet mellom førstelinje og andrelinje. I dagens situasjon er desse pasientane tilvist å ta opp problem direkte med behandlarar, administrasjonen i kommunen eller Fylkesmannen.

Samhandlingsproblema i helsetenesta tilseier samla organisering av tilsyn med helsetenesta. Det er naturleg at tilsyn med helsetenester er samla hos Helsetilsynet, for å unngå unødvendige grensesnittproblem.

3. Forslag knytt til samhandling mellom tenesteutøvarane.

3.1 Legetenester i kommunane

Utvalet tilrår at kommunane skal utnytte dei 7.5 timane som fastlegane etter regelverket kan tilpliktast å arbeide med offentleg legearbeid. Samfunnsmedisinsk arbeid bør styrkast, og kommunane bør gis høve til å bruke fastlegane innanfor ramma på 7.5 timar til slike arbeidsoppgåver.

Staten og Legeforeningen bør gjennom dei neste forhandlingane søkje å få til ei dreining av finansieringsordninga i retning av større basistilskott og respektivt lågare takstar og eigenandeler.

Listelengde bør få mindre økonomisk betydning, og alderssamansetjinga bør gje større økonomisk uttelling.

Forhandlingspartane vert tilrådd å arbeide for at pasientar med store og samansette behov vert betre ivaretatt i takstsystemet.

Kommentar:

Helse Vest ser det som viktig at fastlegar yter offentlege allmenntilleggs tenester i kommunane (til dømes pleie-omsorgssektor, helsestasjon, smittevern, helsetenester i fengsel).

For å betra samhandling er det viktig at fastlegar innanfor ramma av samfunnsmedisinske oppgåver kan delta i praksiskonsulentordninga. Fastlegeordninga ser ut til å fungere etter hensikta. Helse Vest kan ikkje sjå at foreslått endring i forholdet mellom basistilskott og takstar vil føre til betre samhandling, og ser dette forslaget som lite viktig i samhandlingsspørsmål.

Helse Vest har ingen kommentarar til listelengde og vekting av pasientgrupper på fastlegane sine pasientlister. Derimot støtter ein forslag om at pasientar med store og samansette behov generelt vert betre ivaretatt i takstsystemet, både i primærhelsetenesta og i spesialisthelsetenesta.

3.2 Anna privatpraktiserande helsepersonell

Utvalet tilrår at det bør innarbeidast klare funksjons- og kvalitetskrav i avtalar med anna privatpraktiserande helsepersonell enn legar.

Kommentar:

Helse Vest meiner at det bør innførast funksjons- og kvalitetskrav til private tenesteytarar, enten dei arbeider i primærhelsetenesta eller i spesialisthelsetenesta. Privatpraktiserande fysioterapeutar er ikkje nemnt i utvalet sitt arbeid. Det er i mange kommunar lange ventetider på fysioterapi. For

å betra på dette, bør mellom anna den gamle ordninga med driftstilskott til fysioterapeutar reviderast.

3.3 Formaliserte avtalar mellom HF og kommunar

Utvalet tilrår å pålegge kommunar og føretak gjensidig plikt til å inngår samarbeidsavtalar med sikte på å oppnå heilskapleg pasientbehandling. Slike avtalar skal vedtakast både av kommunestyre og føretaksstyre. Avtalane må m.a innehalde gjensidig konsekvensutredning ved planlegging av større tiltak og dei bør reviderast kvart fjerde år.

Kommentar:

Helse Vest støttar forslaget. Helse Vest har allereie gjort mykje på dette området og har gode erfaringar både med samarbeidsavtalar med kommunar og nærsjukehus. I Helse Vest er det også formaliserte møter med ordførarar. Slike kontaktpunkt har vist seg å vera svært nyttig i høve til endringsprosessar.

3.4 Tiltak for å styrke (re)habiliteringstenesta

Utvalet tilrår at kommunar og føretak bør samarbeide om felles kriterium for planlegging og bruk av rehabiliteringstilbod.

Kommentar:

Dette feltet heng tett saman med læring og meistring. Felles kriterium er ein føresetnad, og det er viktig at rehabilitering fungerer som ein felles arena for primærhelsetenesta og sjukehusa. Sjå også kommentar til punkt 2.4.

3.5 Ei adresse for samhandling både i kommunar og føretak

Utvalet tilrår at både kommunar og føretak bør etablere ei klar adresse som kan rettleie og hjelpe ved samhandlingsbehov hos tenesteytarar.

Kommentar:

Helse Vest stiller spørsmål om forslaget er hensiktsmessig, og etterlyser konkrete forslag om korleis dette er tenkt organisert. Fastlegane er i dag hovudkontakt i medisinske spørsmål, og dette potensialet bør kunne utnyttast betre.

3.6 Krav til leing og oppfølging

Tiltaksforslaga frå utvalet under dette punktet er i hovudsak retta mot helseføretaka. Utvalet viser til at ei rekke tiltak og krav ikkje er følgt opp, døme er IP, PAL, epikrisetid og veiledningsplikt. Derfor foreslår utvalet at det vert stilt resultatkrav på samhandlingsnivået på alle plan. Resultatrapportering må koplast til nasjonale, regionale og lokale rapporteringssystem.

Kommentar:

Samhandling treng sterk forankring på leiarplan i førstelinje og i andrelinje. Like viktig er det at det er god kontakt mellom leiarar i HF og leiarar i omliggande kommunar, slik at ein lettare oppnår felles perspektiv, mål og haldningar som er nødvendig for å få til samanhengande helsetenester av god kvalitet.

De er alt etablert rapporteringssystem for kvalitetsindikatorar. Eventuell utvida rapportering på nye indikatorar for samhandling bør knyttes til dette systemet.

Rapporteringsystem på mjuke data som til dømes leiar-forankring synest vanskeleg å operasjonalisere.

3.7 God og effektiv informasjonsutveksling

Utvalet tilrår å avklara korleis informasjon kan delast mellom tenesteytrarar utan at teiepikta vert broten. Her må det takast omsyn til samhandlingsbehovet.

Kommentar:

Informasjonsbehandling er ein suksessfaktor for samhandling, og arbeidet med sikker elektronisk informasjonsutveksling bør prioriterast høgt.

3.8 Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring

Utvalet vil prioritere ressursar til forskning retta mot samhandlingskrevande pasientar. Det vil satse på forskning på metodar for samhandling, mellom anna utvikling av behandlingsprogram for utvalde pasientgrupper.

Samhandling skal vere ein del av grunnutdanning og vidare- og etterutdanninga for helsepersonell.

Krav til deltaking i ambulant verksemd for å verte spesialist i geriatri, psykiatri og fysikalsk medisin.

Kommunar og HF bør etablere gjensidige hospiteringsordningar.

Helseføretak bør utvida praksiskonsulentordninga, og i tillegg la den omfatte fleire yrkesgrupper.

Kommentar:

I Helse Vest sin samhandlingsstrategi er det foreslått at forskning på samhandling skal styrkast. Helse Vest støtter forslaget om at samhandling bør vere ein del av grunnutdanning og vidare- og etterutdanning for helsepersonell. Helse Vest vil ikkje kommentere spesielt på enkelte legespesialitetar, men meiner at ambulant verksemd generelt kan betre samhandling mellom delar av desentraliserte helseføretak og med primærhelsetenesta.

Bilateral hospitering for sjukepleiarar er i funksjon ved fleire av helseføretaka i regionen. I Helse Vest har ein hatt praksiskonsulentar sidan 1996. Denne ordninga er eit satsingsområde som RHF har stor merksemd på, og vil utvide til å gjelde for alle HF i regionen.

3.9 Rettleiingsplikt

Utvalet meiner at det er eit problem at rettleiing er knytt til person, og er ikkje eit systemansvar. Det foreslår å endra kravet om rettleiing til at "verksemd" i spesialisthelsetenesta, ikkje "person", er ansvarleg for rettleiing. Rettleiingsplikta er todelt; i forhold til enkeltpasientar og i forhold til pasientgrupper. Utvalet meiner at det bør innførast likelydande bestemmelse i spesialisthelsetenestelova og kommunehelsetenestelova om gjensidig plikt til rettleiing.

Kommentar:

Helse Vest arbeider ut frå det overordna prinsippet at rettleiing er eit system-ansvar og ikkje individuelt ansvar. Dette er inkludert i avtaleverk mellom HF i regionen og primærhelsetenesta. Gjensidig plikt til rettleiing stadfester at samarbeidets natur er likeverd.

Sluttkommentar, om prioritering:

NOU 2005:3 er eit grundig stykke arbeid som har tatt opp mange viktige spørsmål om samhandling. Helse Vest stiller seg positivt til dei fleste av forslaga, og har reservert seg i høve til nokon forslag.

Eit viktig spørsmål som er lite berørt, er prioritering av helsetenester. Helsetenesta får stadig større samfunnsmessig betydning. Utgiftene har auka sterkt siste tiåret, og auken er større enn auken i BNP. Noreg ligg på tredjeplass i verda (etter USA og Sveits) i forbruk av helsekroner per capita, og høgast i forbruk av offentlege kroner per capita.

Det er viktig å prioritere for å kunne bruke ressursar optimalt og sikre rettferdig fordeling. Det tilbodet som samfunnet ser seg råd med å yte, vil aldri kunne dekke alle forventningar og krav om utredning, behandling og omsorg.

Styring av ressursar i helsetenesta ber ofte preg av prøving og feiling, og kan lett bli eit spel mellom politikarar, administrasjon, helsepersonell og pasientar. Derfor er prioritering viktig.

Prioritering begynner i møte mellom helsepersonell i primærhelsetenesta og pasientar. Når pasientar er tilviste til spesialisthelsetenesta, er det alt gjort ei rekke tiltak som gjev pasienten prioritet for utredning og behandling i spesialisthelsetenesta.

Helse Vest vil tilrå at prioriteringsfeltet vert sterkare vektlagt i samhandlinga mellom primærhelseteneste og spesialisthelseteneste, og ikkje berre ved inngangen til spesialisthelsetenesta. Primærhelsetenesta bør få større ansvar for rett prioritering av helsetenester, og fastlegane bør gjerast betre i stand til å ivareta god koordinering av samla helsetenester.

Med helsing


Hans K. Stenby
Plansjef


Ingvill Skogseth
seniorrådgjevar

Kopi: Helseføretaka i Helse Vest
Regionale helseføretak