

Berre Ingebjørg

Fra: Terje Sletnes [terje.sletnes@legeforeningen.no]
Sendt: 22. juni 2006 22:52
Til: Helseth Are; Solberg Brit; Trommald Mari; Postmottak HOD
Kopi: #Sentralstyret + Avd.dir./Info/O.B.
Emne: Høringsuttalelse fra Legeforeningen: Nasjonal helseplan



part1.htm (2 kB)



06-102-2206h.doc
(343 kB)

Vi viser til høringsbrev av 22. mai 2006 og høringsnotatet om Nasjonal helseplan (2007-2010).

Vedlagt er Legeforeningens høringsuttalelse. Høringsuttalelsen sendes også per post.

I det avtalte møtet om Nasjonal helseplan den 3. juli kl. 1200-1430, stiller Torunn Janbu, Per Meinich, Lars Eikvar, Ottar Grimstad og Terje Sletnes fra Legeforeningen. Vi oppfattet det slik at møtet ble lagt til Legenes hus.

<<06-102-2206h.doc>>

Med hilsen

Terje Sletnes

Seksjonssjef

Den norske lægeforening

Avd. for informasjon og helsepolitikk

Telefon 23 10 91 79

Mobil 97 75 84 68

Faks 23 10 91 70

terje.sletnes@legeforeningen.no

www.legeforeningen.no

This email and any files transmitted with it are confidential and intended solely for the use of the individual or entity to whom they are addressed. If you have received this email in error please notify the system manager.

This footnote also confirms that this email message has been swept by

Symantec Mail Security for the presence of computer viruses.

The Norwegian Medical Association



Deres ref.:

Vår ref.: 1049/2006

Dato: 23.6.2006

Høring – Nasjonal helseplan (2007-2010)

Vi viser til brev av 22. mai 2006 og høringsnotat om Nasjonal helseplan.

Innstillingen har vært på høring i relevante organisasjonsledd i Den norske lægeforening. Kommentarer fra disse er lagt til grunn ved utarbeidelse av høringsuttalelsen. Høringsuttalelsen er behandlet i Legeforeningens sentralstyre.

Overordnet vurdering av høringsnotatet

Utfordringene innenfor ansvars- og oppgavedeling, samhandling og prioritering i helsetjenestene peker på behovet for å utvikle en Nasjonal helseplan. En nasjonal helseplan må ha et vidt og langsiktig perspektiv, og strategiene må være tydelige, helhetlige og visjonære for å møte disse utfordringene.

Legeforeningen mener imidlertid at høringsnotatet ikke gir løfte om et samlet strategisk grep for folkehelsen og helsetjenestene. Folkehelsearbeidet og primærhelsetjenesten er mangelfullt beskrevet og inneholder få eller ingen strategiske utviklingsambisjoner. Uten at disse områdene får sin rettmessige plass, vil det heller ikke kunne tas grep om problemene knyttet til ansvars- og oppgavedeling, samhandling og prioritering i Nasjonal helseplan. Vi mener at også områder som ligger utenfor departementets ansvarsfelt må inngå i en helhetlig nasjonal helseplan.

Legeforeningen stiller seg bak de generelle målformuleringene departementet legger frem. Imidlertid er høringsnotatet utformet på et presisjonsnivå hvor sammenhengen mellom status, tiltak og gjennomgående strategier ikke kommer tydelig frem. Et høyere presisjonsnivå er nødvendig for at planen skal utgjøre et politisk/strategisk styringsverktøy.

Det er en svakhet ved planarbeidet at analyser og tiltak knyttet til viktige eksisterende og kommende satsningsområder ikke inngår som en integrert del av høringsgrunnlaget for Nasjonal helseplan. Dette gjelder særlig den kommende Omsorgsmeldingen. Nasjonal helseplan vil styrkes ved at de faglige vurderingene knyttet til disse satsningsområdene settes inn i en strategisk og helhetlig sammenheng i planen.

For å støtte opp under målsettingen om en helhetlig nasjonal helseplan, mener Legeforeningen at statusbeskrivelse, analyse og strategiske tiltak i første rekke må utdypes og konkretiseres innenfor:

- Folkehelsearbeidet

- Primærhelsetjenesten og allmennlegetjenesten
- Ansvars- og oppgavedeling, samhandling og prioritering med utgangspunkt i både primærhelsetjenestens og spesialisthelsetjenestens perspektiv

Nedenfor følger en tematisk gjennomgang av høringsnotatet.

1. Folkehelsearbeid

Legeforeningen støtter målsettingen om en effektiv befolkningsrettet forebyggende innsats, og at dette forutsetter tverrsektorielle løsninger. Legeforeningen etterlyser en samlet beskrivelse av eksisterende statlige og kommunale satsinger med betydning for folkehelsen, som kan understøtte målsettingen om et bredt og effektivt folkehelsearbeid. Dette vil gi et nødvendig bredere perspektiv på folkehelsearbeidet enn hva høringsnotatet legger opp til.

Helsesektoren er en viktig premissleverandør til dette arbeidet med kunnskap om sammenhenger mellom livsstil, miljøpåvirkning og helse. Det er betenkelig at kommunene bygger ned sin samfunnsmedisinske ekspertise og at samfunnsmedisin som fag stadig svekkes. Det bør arbeides med tiltak som gjør det nødvendig og attraktivt for kommunene å knytte til seg samfunnsmedisinsk kompetanse, og i større grad gjøre bruk av den kompetanse som kommuneleger og fastleger besitter.

Grunnlaget for en helsefremmende livsstil legges gjerne i barne- og ungdomsår, og det er derfor særlig verdifullt med forebyggende arbeid blant barn og unge. Bedring av oppvekstmiljø, fysisk aktivitet, rusfrie arenaer og sunt kosthold er områder hvor forebyggende innsats vil ha effekt for bedre folkehelsen. For den yrkesaktive delen av befolkningen er arbeidsplassen en egnet arena for forebyggende arbeid. Legeforeningen mener at Nasjonal helseplan burde inneholde konkrete forebyggingsstrategier som tar utgangspunkt i det samlede statlige og kommunale tiltaksapparatet.

2. Felles utfordringer for helsetjenesten

Kvalitet

Evalueringsene av sykehusreformen viser at foretakene har rettet oppmerksomheten mot økonomiske, administrative og ledelsesmessige forhold. I flere sammenhenger har Legeforeningen etterlyst en oppfølging av sykehusreformen som setter søkelyset på økt faglighet i spesialisthelsetjenesten. Styring, organisering og finansieringen av helsetjenestene må ta utgangspunkt i det som understøtter god faglig virksomhet som tjener til pasientens beste.

I høringsnotatet rettes departementets sentrale satsingsområder i hovedsak mot rammebetingelsene for kvalitetsarbeid.

Legeforeningen mener kvalitetsarbeidet bør rettes mot pasientforløpene. Det er det faglige innholdet i helsetilbudet til pasienten – og prosessene og rutinene rundt pasientkontakten – som er avgjørende for kvalitet. Prosesser som er pasientnære og som påvirker pasientens forløp gjennom helsetjenesten trenger et særlig løft. Vi mener derfor at det videre arbeidet med å skape et forbedret faglig innhold i helsetjenestene må rettes mot tjenestetilbudet til den enkelte pasient.

Hvis satsingen på pasientrettet og kontinuerlig forbedringsarbeid skal bli virkelighet og skape varig endring, må det arbeides med systemforbedring på alle nivåer. Helsepersonell må få

opplæring og trening i kontinuerlig forbedringsarbeid. Dette innebærer å lære av erfaring fra praksis, forstå systemene de arbeider i og hvordan de kan drive systematisk, dokumentert system- og prosessforbedring. En omfattende satsing på pasientrettet forbedringsarbeid, krever at de sentrale aktørene i norsk helsetjeneste går sammen om dette. Arbeidet må forankres i ledelsen i den enkelte virksomhet, og det er nødvendig med ressurser for å iverksette arbeidet på landsbasis.

Det er også behov for å se overordnet på kvalitet. Kvalitetsforbedring i tjenesteytingen fra flere sektorer og nivåer må ses i sammenheng. Vi støtter derfor vektleggingen av en nasjonal overbygning i kvalitet- og prioriteringsarbeidet, men har ikke tatt endelig stilling til departementets forslag om en nasjonal enhet.

Vi har lite kunnskap om hva de store strukturelle endringene i helsetjenesten som sykehusreformen, fastlegeordningen og Opptrappingsplanen for psykisk helse har betydd for kvaliteten på tjenestene. Det må settes inn tiltak i form av forskning og brukerundersøkelser som kan gi oss slik kunnskap. Resultatevalueringen av sykehusreformen må utgjøre et sentralt premiss for justering av Nasjonal helseplan.

Prioritering

I innledningen i høringsnotatet legges det til grunn at systematisk oppfølging av prioritering skal vektlegges i Nasjonal helseplan. Vi finner imidlertid omtalen av prioriteringsfeltet som svært deskriptiv og smal.

Nasjonal helseplan bør gi konkrete politiske signaler på hvordan helsetjenesten skal prioritere mellom sine oppgaver. En økt konkretisering av prioriteringssignaler innenfor spesialisthelsetjenesten er anbefalt i evalueringsrapporten fra Agenda og Muusmann. Prioritering må bygge på faglige vurderinger, og ressursallokeringen som gjøres på politisk og administrativt nivå må følge av de faglige prioriteringsanbefalingene.

Prioriteringsarbeidet i dag (jf. prosjektet *Rett prioritering i RHF*) er i stor grad rettet mot harmonisering av tildeling av rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Dette er et helt sentralt element for å oppnå riktigere prioritering av pasienter i spesialisthelsetjenesten, men likevel et for smalt perspektiv på prioritering i en Nasjonal helseplan.

En liten prosentvis endring i antall henvisninger fra fastlegene vil kunne føre til store kapasitetsproblemer i spesialisthelsetjenesten. Egenandelssystemet er utformet på en måte som i flere tilfeller står i motstrid med vedtatt prioritering - høyt prioriterte tjenester er belagt med egenbetaling mens lavt prioriterte tjenester har ingen egenbetaling.

Dette viser at prioriteringsfeltet må få en bredere og mer konkret omtale i Nasjonal helseplan enn det legges opp til i høringsnotatet. Vi vil spesielt understreke behovet for å se prioritering i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng. Videre er det behov for en bred gjennomgang av egenandelssystemet i forhold til prioritering. Dette gjelder spesielt områdene rus og psykiatri. Behovet for en gjennomgang er tydeliggjort av undersøkelsene som viser en ulik tilgang og bruk av helsetjenester knyttet til sosial status.

Pasientsikkerhet

Når det gjelder pasientsikkerhet og varsling av utilsiktede hendelser vil vi understreke viktigheten av at et nytt varslingsystem må vektlegge systemtilnærning og en trygg læringskultur. En trygg læringskultur forutsetter at alle berørte parter deltar i utformingen av

et slikt varslingsystem.

Samhandling

Sviktende samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten gir dårligere behandlingsskvalitet, dårligere pasientopplevd kvalitet, ineffektiv bruk av ressursene og dårlig utnyttelse av helsepersonells kompetanse.

I innstillingen fra Wisløff- utvalget forutsettes det at samhandling mellom helseforetak og primærhelsetjeneste må skje på likeverdige premisser og at kompetanseoverføring må gå begge veier. Det slås videre fast at primærhelsetjenesten og fastlegene i større omfang bør trekkes systematisk og formalisert inn i helseregionenes arbeid med kvalitet og faglig baserte oppgave- og funksjonsfordelinger.

Legeforeningen mener at høringsnotatets mangelfulle vektlegging av primærhelsetjenesten og det øvrige tjenesteapparatet ikke gir god støtte for et samlet strategisk grep om samhandling. I forkant av høringen spilte Legeforeningen inn til departementet at avtalespesialistenes plass i Nasjonal helseplan måtte avklares. Dette er ikke tatt til følge i høringsnotatet. Innen eksempelvis psykisk helsevern utgjør avtalespesialistene en betydelig aktør. Strategier for samhandling innen psykiatrien vil dermed i sterk grad svekkes hvis ikke avtalespesialistenes rolle i spesialisthelsetjenesten beskrives i Nasjonal helseplan.

Det utelates i notatets statusbeskrivelse at samhandling skjer mellom flere aktører innen primær- og spesialisthelsetjenesten, og at disse ikke alltid har en naturlig samhandlingsarena. Innenfor primærhelsetjenesten vil kommunen og fastlegene i mange samhandlingsspørsmål representere atskilte aktører med ulike oppgaver, problemstillinger og tilnærminger. Samtidig foreslås et nasjonalt avtalesystem mellom staten og kommunene som et sentralt grep for å bedre samhandling. I denne sammenhengen bør det pekes på at fastlegene ikke kan være en del av en slik skissert avtale. Vi kan i utgangspunktet ikke se at et nasjonalt avtalesystem kan løse problemene med å implementere gode samhandlingstiltak.

Praksiskonsulentordningen

Ordningen med praksiskonsulenter er et sentralt tiltak for å bedre rutiner og samordning mellom tjenestenivåene til beste for pasientene.

Legeforeningen mener at praksiskonsulentordningen bør innføres ved alle kliniske sykehusavdelinger hvor den egner seg. Erfaringer tilsier at praksiskonsulentordningen gir bedre samhandling både på system- og individnivå. Undersøkelser viser at samarbeid mellom sykehusleger og allmennleger gir bedre faglig kvalitet på tiltak i helsetjenesten.

Helseforetakene må etablere og gi rom for praksiskonsulentordninger som ivaretar gjensidig veiledning og faglig utveksling mellom første- og andrelinjetjenesten. For å styrke ordningen, er det behov for et nasjonalt sekretariat som kan koordinere og fordele oppgavene, og informere om ordningen til beslutningstakerne. Når den avtalefestede praksiskonsulentordningen er iverksatt nasjonalt, bør den evalueres.

Psykisk helse

Det er fremdeles kapasitetsproblemer i psykisk helsevern. Ventetider for behandling må reduseres. For en rekke psykiske lidelser er rask intervensjon, tidlig utredning, diagnostisering og målrettet behandling avgjørende for å hindre et langvarig sykdomsforløp.

Legeforeningen mener at fastlegens rolle og ansvar i behandling av mennesker med psykiske lidelser må synliggjøres og styrkes i Nasjonal helseplan. Etter Legeforeningens syn har Opptrappingsplanen i stor grad oversett fastlegenes rolle. Dette er bekymringsfullt når 90 % av alle med psykiske lidelser som oppsøker helsetjenesten, får utredning, diagnostisk vurdering og behandling hos fastlegen.

Det er også behov for økt kompetanse og flere psykiatere i spesialisthelsetjenesten.

Det er nødvendig med gjennomgang av pasientflyten mellom sektorene og forvaltningsnivåene i behandlingsnettverket for å avklare hvilke pasientgrupper som skal behandles hvor og av hvem. Mange av de langvarig syke som i dag ivaretas i spesialisthelsetjenesten, kan overføres til tilbud i kommunehelsetjenesten, forutsatt et nært samarbeid mellom sektorer og forvaltningsnivåene og at spesialisthelsetjenesten kan bidra i førstelinjen med veiledning og rask bistand ved behov.

Det er fastlegen som har kompetanse til å foreta medisinsk utredning og gjøre diagnostiske overveielser med hensyn på rett behandlingstilvalg. Nasjonal helseplan bør klargjøre fastlegenes koordinerende rolle også innen psykisk helse, se egen omtale i punktet om fastlegene.

Legeforeningen mener at Nasjonal helseplan må ha et særskilt fokus på utsatte grupper med psykiske problemer. Alderspsykiatri er et eget fagområde innen psykiatrien. Det kreves ofte spesialkompetanse for å gjøre utredninger på et høyt faglig nivå. Medikamentell behandling av eldre krever også særlig kompetanse, fordi eldre ofte har somatiske sykdommer og bruker andre medikamenter som kan påvirke behandlingen.

Forekomsten av psykiske lidelser er mye høyere blant innsatte i fengsler enn i normalbefolkningen. Undersøkelser i Norge og andre land viser at opptil to tredeler av de innsatte har en form for personlighetsforstyrrelse. Mange flyktninger og asylsøkere har vært utsatt for krig og traumer som krever spesiell kompetanse i utredning og behandling.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Personer med rusproblem utgjør en stor gruppe (ca. 7 % av befolkningen) og mange trenger behandlingstilbud innen psykisk helsevern. Tunge rusmiddelmissbrukere har ofte alvorlige somatiske og/eller psykiske helseproblemer i tillegg til rusproblemet. Nasjonal helseplan bør omtale rusfeltet, jf. den kommende opptrappingsplanen.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er i dag en helsetjeneste med stor mangel på helsepersonell. Mye av behandlingen av ruspasienter er dessuten ikke bygget på vitenskapelig dokumentert kunnskap. Tilbudet som gis er snarere styrt av om det finnes ledig behandlingsplass enn av om det er den rette behandlingen som tilbys.

Mange pasienter får dessuten mangelfullt tilpassede behandlingstilvalg fordi det ikke er gjennomført adekvat diagnostisk vurdering og utredning. Kunnskapshullene innen rusfeltet er store, og forskningen er mangelfull eller fraværende på en rekke områder.

For at ruspasienter skal få et faglig fullverdig behandlingstilbud som med rette skal kunne kalles spesialisthelsetjeneste, er det etter to grunnleggende forhold som må bedres og styrkes. For det første er det nødvendig med tiltak som sikrer flere fagfolk, mer kompetanse og økt faglighet i tjenesten.

Alle som henvises til spesialisthelsetjenesten, også ruspasienter, skal ha en reell tilgang til utredning, diagnostisk vurdering og skriftlig behandlingsplan, og at faglig kompetent helsepersonell må ha ansvaret for dette. Samtidig må det helt nødvendige sosialfaglige tilbudet opprettholdes.

Kompetansen om behandling av rusmiddelavhengige må økes både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. For det andre må tilgjengeligheten til helsetjenesten økes.

Samhandlingen mellom tjenestenivåer og helse- og sosialtjenesten halter. For at helsetjenesten skal bli lettere tilgjengelig for ruspasienter, mener Legeforeningen at bortfall av egenandeler hos fastlege vil være et viktig virkemiddel.

Det er behov for faglig klargjøring og mer systematisk bruk av kunnskapsbaserte behandlingsprogram, samt utvikling av retningslinjer og prosedyrer. Praksisnær forskning må styrkes, slik at man får bedre kunnskap om hvilke behandlingstilbud som bør videreutvikles. Pasientenes egne erfaringer må vektlegges i videreutviklingen av tjenestetilbudene. Norske leger må få økt kompetanse om rusmiddelbruk og helseskader. Undervisning om rusmiddelskader må styrkes i grunnutdanningen. Leger må delta i forskning og utvikling på området for å ha oppdatert kunnskap, og opparbeide ferdigheter i å ta opp vanskelige temaer som rusmiddelbruk i konsultasjonen.

Legeforeningen mener at arbeidsplassen som forebyggingsarena for skadelig rusmiddelbruk bør utnyttes bedre enn i dag. Arbeidet må forankres i bedriften, eksempelvis i AKAN-utvalg, og støttes av bedriftshelsetjenesten.

IKT

IKT-løsninger skal bidra til bedre og tryggere tjenester i helsesektoren. IKT-hjelpemidler skal tas i bruk der de tilfører verdi til pasientbehandlingen, men må ikke medføre ulempe og økt tidsbruk for pasienten eller behandlende helsepersonell. Det må sikres at helseopplysninger ikke kommer på avveie. Likevel må løsningene være utformet slik at helsepersonell med behandlingsansvar får enkel tilgang til relevante opplysninger, også i hastesituasjoner.

Gode IKT-løsninger vil gi hjelp til kvalitetssikring og åpne for mer tid til pasientrettet virksomhet. Effektiv og kvalitetsmessig god informasjonsflyt er grunnleggende for bedring av samhandlingen innad og mellom tjenestenivåene. IT-systemene som innføres må ikke gi åpning for spredning eller uheldig bruk av helseopplysninger.

Norsk helsenett bør være ryggraden i elektronisk kommunikasjon innenfor helsesektoren. Gjennom helsenettet ligger forutsetningen for å få full nytte av elektronisk pasientjournal og andre sentrale virkemidler som faglig beslutningsstøtte og rapportering av faglige og administrative data. Dette potensialet er ikke utnyttet per i dag.

Legeforeningen mener at Norsk helsenett snarest må tas i bruk i hele landet. Alle relevante aktører må være tilkoblet og være i stand til å kommunisere i nettet. Meldingstjenesten må i første omgang omfatte henvisninger, epikriser, laboratoriesvar inklusive patologi/radiologi. Et oppdatert adresseregister er en forutsetning. Brukere av Norsk helsenett må ha tilgang på nødvendig brukerstøtte.

Videre bør Norsk helsenett gi faglig beslutningsstøtte gjennom tilgang til Helsebiblioteket og nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer og annen litteratur (tidsskrifter).

På sikt bør Norsk helsenett ha systemer som gjør at behandlende helsepersonell kan dele informasjon om oppfølging av pasienter. Dette vil støtte samhandling innen og mellom forvaltningsnivåene. Videre bør behovet for systemer for deling av sentrale helseopplysninger vurderes.

Norsk helsenett bør inneholde systemer for å innhente data til rapportering til kvalitetsregistre og styrings- og virksomhetsdata. Systemene må i minst mulig grad medføre administrativt merarbeid for helsepersonell.

Vi støtter omtalen av elektronisk pasientjournal i høringsnotatet. Det må tas styringsmessige grep slik at elektronisk pasientjournal tas i bruk i foretakene.

Forskning

Legeforeningen ser positivt på at sykehusreformen har ført til økt fokus på helsevesenets oppgave som kunnskapsarena - med forskning og undervisning som viktige oppgaver. Reformen har bidratt til en forbedring av finansieringen av spesielt klinisk medisinsk forskning, med øremerkede midler avsatt ved de enkelte helseforetak til dette formålet. Det er viktig at disse midlene blir skjermet for eventuelle budsjettmessige nedskjæringer og forblir årlige øremerkede bevilgninger til forskning og undervisning.

Den regionaliserte strukturen med helseforetak har gjort det mulig for hver region å utforme sin egen forskningsstrategi og å ta ansvar for medisinsk forskning i egen region. Det virker likevel paradoksalt at et lite land som Norge med relativt svak forskningsinnsats innenfor det medisinske området ikke har en nasjonal overordnet plan og en koordinering av innsatsen innefor medisinsk forskning.

For å sikre en høy kvalitet på de forskningsprosjektene som finansieres via helsedepartementet, må søknadsprosessen ved samarbeidsorgan/ helseforetak gjennomføres etter anerkjente prinsipper i forskningsverden, med ekstern evaluering og med utgangspunkt i godt innarbeidede prosedyrer brukt av Norges forskningsråd og andre forskningsinstitusjoner. Så langt har de enkelte helseforetak valgt ulike prosedyrer og kriterier ved tildelingen av forskningsmidler. En slik fremgangsmåte kan gi grobunn til kritikk og skape legitimitetsproblemer. Det blir stor variasjon mellom regionene i balansen mellom strategiske prioriteringer knyttet til utvalgte fag og helseproblem, øremerket forskningsstøtte på den ene siden og forskerinitiert medisinsk forskning hvor kvalitet veier tyngst på den andre siden.

Utfordringen i fremtiden blir å sikre at samarbeidsutvalgene mellom universitetene og helseforetakene kan utføre de oppgavene de er tiltenkt, at man får en fornuftig samhandling med de øvrige forskningsfinansierende institusjoner som NFR og universitetene, samt frivillige organisasjoner som Nasjonalforeningen, Kreftforeningen og Helse og Rehabilitering. Dette gjelder både forskningsstrategi, tilsettingsforhold, lønn, driftsmidler, veiledning og doktorgradsutdanning i sin helhet.

Det er også viktig å understreke at bevilgningene til forskning ved helseforetakene ikke svekker finansieringen av andre deler av den medisinske forskningen i Norge.

Økt tildeling av forskningsmidler til medisin via helseforetakene har synliggjort et stort behov

for forskningsveiledning i sykehusene, spesielt ved universitetssykehusene. Det må opprettes flere forskerstillinger og samarbeidet med universitetene må bedres for å ivareta veiledningsoppgaver. Satsing på klinisk forskning skaper behov for å opprette nye typer stillinger, som for eksempel kombinerte stillinger for forskning og klinikk og stillinger som forskningsoverlege. Det er dessuten nødvendig å knytte basalmedisinere til de kliniske avdelinger for å sikre implementering av komplekse basalmedisinske kunnskaper i klinisk medisin. Vi viser her til Legeforeningens forskningspolitiske dokument.

Effektivisering av doktorgradsutdanningen i medisin i de senere år har ført til økende fokus på behov for å etablere et felles utdanningsprogram for forsker- og spesialistutdanning. Erfaringer fra tidligere pilot-prosjekt i Tromsø, gjennomført med støtte fra NFR, samt fra nylig påbegynt kombinert pilot-prosjekt i psykiatri, bør danne grunnlag for å intensivere et arbeid med etableringen av kombinert PhD-lege-spesialist utdanning på flere fagområder. Etter Legeforeningens vurdering bør etableringen av et slikt program få høy prioritet.

Ved siden av de økonomiske tilskuddene til forskningen ved helseforetakene (394 mill kr. i 2006), er det etter Legeforeningens vurdering viktig å prioritere *tid* til forskning. Ledere på alle nivåer må pålegges å sørge for at det legges til rette for forskningsaktivitet. Økende fokus på etiske problemer i medisinsk forskning bør etter vår mening føre til at forskningskompetanse forankres i ledelse på alle nivåer i helseforetak, og at samarbeidet med universitetet styrkes for å sikre felles etiske normer. Av ressursmessige hensyn bør man søke å unngå utstrakt oppbygging av parallelle forskningsadministrative enheter ved sykehus og universitet der det allikevel er faglig felleskap.

I 7.2 skisseres et tiltak om å etablere formelle forskningsnettverk på tvers av institusjonene og tjenestenivåene for ulike fagområder. Her vil det være naturlige at man trekker inn primærhelsetjenesten og allmennlegene i tillegg til de ulike sykehusnivåene i spesialisthelsetjenesten. Forskning på behandlingsforløp og behandlingsskjeder vil forutsette at alle involverte aktører deltar i forskningen.

Legeforeningen ser med glede på at i revidert nasjonalbudsjett er satt av midler til etablering av allmennmedisinske forskningsenheter tilknyttet universitetene. God faglig kompetanse er en forutsetning for at allmennlegetjenesten skal være et effektivt og godt helsetjenestenivå som sikrer befolkningen høy kvalitet på forebygging, diagnostikk og behandling.

Allmennlegetjenesten mangler i stor grad muligheter for å utvikle oppdatert kunnskap, også for de vanligste sykdommene. Kunnskap og forskning fra andre behandlingsnivåer er ikke nødvendigvis direkte anvendelig i allmennlegetjenesten. Det er av stor viktighet at det gjennomføres fri industriuavhengig forskning på legemiddel/behandlingsregimer - som et supplement til studier initiert og gjennomført av legemiddelindustrien.

Myndighetene må derfor sørge for at allmennlegetjenesten har økonomiske og organisatoriske rammer som gir rom for og stimulerer til forskning og kunnskapsutvikling.

3. Den kommunale helse- og sosialtjenesten

I beskrivelsen av status under 9.1 slås det i høringsnotatet fast at "helsetjenesten består først og fremst av miljørettet helsevern, helsesøstertjeneste, legetjeneste, fysioterapitjeneste mv". Legetjenesten ved fastlegene utgjør den største gruppen både personellmessig og produksjonsmessig innenfor primærhelsetjenesten. Vi stiller derfor spørsmålsteget ved at allmennlegetjenesten ikke er bedre belyst i den generelle delen av kapittel 9, men kun står

som et eget addendum (9.5 *Fastlegeordningen*) løsrevet fra resten av beskrivelsen av den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Allmennlegetjenesten er kommunenes viktigste bidrag til kurativ helsetjeneste og bør ytes en grundig og bred beskrivelse i dette kapittelets hoveddel.

Det savnes en drøfting av kapasitet, dimensjonering og ressurstilgang i primærhelsetjenesten generelt og i fastlegeordningen spesielt. Dette er drøftet hva angår spesialisthelsetjenesten, og må tilsvarende beskrives for primærhelsetjenesten.

Under beskrivelsen av status for samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene er det en forsømmelse ikke å påpeke at mange kommuner har bygget ned sin samfunnsmedisinske kompetanse. Kommunene har behov for og bør søke allmennt medisinsk og samfunnsmedisinsk kompetanse for å kunne utvikle gode tjenester til befolkningen.

Fremtidens omsorgsutfordringer

Legeforeningen er bekymret for at mange eldre mennesker som er avhengige av hjelp ikke får de pleie- og omsorgstjenestene som de trenger, fordi de er "feilplassert" i egne hjem eller i omsorgsboliger. For å bedre tilbudet til eldre som har behov for døgntkontinuerlig pleie og omsorg, mener Legeforeningen det er nødvendig med en differensiering av omsorgsboligene og klare kvalitetskrav til omsorgsboliger som skal gi heldøgns pleie og omsorg.

Legeforeningen mener at omsorgsboliger er et verdifullt tilskudd i eldreomsorgen, men mange av boligene er ikke tilrettelagt for døgntkontinuerlig pleie og omsorg. Sykehjem og omsorgsboliger er ikke likeverdige alternativer for eldre som trenger slikt tilbud. Det trengs en begrepsmessig differensiering av omsorgsboligene og klare kvalitetskrav til de omsorgsboligene som skal gi tilbud om heldøgns pleie og omsorg. Bare omsorgsboliger som er tilrettelagt for at beboerne kan få like mye pleie og omsorg som i et sykehjem, kan inkluderes i utregning av samlet dekningsgrad for heldøgns pleie og omsorg.

Videre pekes det i 9.4 *En sammenhengende behandlingkjede* på behovet for bistand og veiledning fra spesialisthelsetjenesten for at kommunen skal klare av med sine krevende oppgaver i sosial- og helsetjenesten. Vi vil framheve at allmennlegetjenesten i større grad vil kunne gi hensiktsmessig veiledning til annet kommunalt personell enn tjenesteutøvere som har sin hverdag i 2.linjetjenesten. Veiledning må dessuten alltid være gjensidig for å fremme samhandling og hensiktsmessig kunnskap.

I statsbudsjettet for 2006 ble det varslet innføring av lokale normer for legetjenesten i sykehjem i de enkelte kommuner. Legeforeningen har fra 2001 arbeidet med nasjonale bemanningsnormer på sykehjem og har ved flere anledninger presentert disse for myndighetene fordi vi mener det er det beste virkemiddel for å heve kvaliteten på tjenesten ved sykehjem.

Fastlegeordningen

I høringsnotatets punkt 9.5 oppsummeres fastlegeevalueringen med at reformen i hovedsak har vært vellykket. Ordningen står allikevel overfor en del utfordringer, blant annet tilgjengelighet.

Vi støtter rapportens understreking av at kommunene må sørge for tiltrekkelige hjemler slik at pasientene har et reelt legevalg, også ved legebytte. Det er også viktig at nyetablerte fastleger

sikres økonomiske rammer de kan leve med. Aldersfordelingen blant fastlegene viser at det er behov for rekrutteringstiltak.

Når det gjelder allmennt medisinsk offentlig legearbeid er ikke utfordringen for kommunene å sikre seg legetjenester men å få kommunene til å benytte seg av de 7,5 timene hver fastlege kan tilpliktes. Økning av stillingsbrøkene utover 7,5 timer forutsetter - som påpekt i høringsnotatet - at dette arbeidet må gjøres mer attraktivt økonomisk og faglig fra arbeidsgiver. Det vil oppad være en grense for økning i stillingsbrøk da allmennt legen forutsettes også å ha variert allmennt medisinsk arbeide for å kunne opprettholde spesialiteten i allmennt medisin og ha tid nok på kontoret til å være tilgjengelig for sine listepasienter.

Fastlegens portnerrolle var en av de viktigste premissene ved innføring av fastlegeordningen og det ble da også innført en skjerpet henvisningsordning. I evalueringene fra samarbeidspartene har det vært trukket fram at fastlegen sees på som den som samler og bygger den medisinske informasjonen om pasienten og koordinerer de medisinskfaglige tiltakene.

I de siste årene har myndighetene gitt andre yrkesgrupper adgang til å henvise og sykemelde og dette innebærer en klar svekkelse av portner- og koordinatorrollen. Wisløff-innstillingen foreslår at fastlegens rolle som pasientens sentrale kontaktpunkt styrkes og videreutvikles både med hensyn til portnerrollen og koordinatorrollen. Utvalgets synspunkt bør følges opp i Nasjonal helseplan. Legeforeningen etterlyser strategier som styrker fastlegens rolle og tiltak som bidrar til videreutvikling og konsolidering av fastlegeordningen.

Interkommunal legevakt

Høy vaktbelastning og manglende støtteapparat preger store deler av den kommunale legevakttjenesten. Legevaktordninger med leger alene på vakt uten hjelpepersonell og støttetjenester er ikke lenger tilfredsstillende. Kvaliteten på tjenestetilbudet på kveld og natt blir dårligere, noe som også kan øke presset på andrelinjetjenesten. Legevakter med små personellressurser og dårlig støtteapparat betyr lengre ventetider for pasientene og stor sårbarhet ved helsepersonells sykdom, permisjon, vakanser og liknende. Sikkerheten for legen i en tid der det er økende problem med rus og vold, er også for dårlig. Alt dette bidrar til rekrutteringsproblemer av fastleger, særlig i utkantstrøk.

I mange områder er det en forutsetning for å bedre legevakttjenesten at interkommunal legevakt etableres på tvers av kommunegrensene.

Organisering i interkommunale legevakter vil bidra til økt kvalitet, bedre samarbeid mellom tjenestenivåene og til å styrke rekrutteringen av leger til distriktene. Alle kommuner bør inngå i samarbeid om legevakt, men tilknytningsformen vil variere avhengig av geografiske forhold. Det må fastsettes maksimal reisetid til legehjelp, og etableres bakvaktordninger der det er nødvendig.

Selv om legevakter er et kommunalt ansvar, må staten engasjere seg med et regelverk som sikrer kvalitet og sikkerhet og finansieringsordninger som stimulerer til opprettelse av nødvendige interkommunale ordninger.

4. Spesialisthelsetjenesten

Organisering og styring

Legeforeningen har vært en klar pådriver og støttespiller til sykehusreformen. Vi mener statlig eierskap og foretaksorganisering representerer et forbedret rammeverk i forhold til tidligere organisering, og støtter Agenda og Muusmann i at dagens foretaksorganisering utgjør en egnet plattform for videre utvikling.

Vi støtter også Agenda og Muusmanns anbefaling om en større klargjøring av ansvar og roller mellom aktørene i helseforvaltningen. Dette gjelder særlig Sosial- og helsedirektoratets fagdirektorsrolle overfor helsetjenestene.

Videre etterlyser Agenda og Muusmann en sterkere grad av nasjonal styring og koordinering på enkelte strategisk viktige områder. Vi støtter departementets vurdering at hensynet til nasjonal likhet og god ressursutnyttelse tilsier økt nasjonal styring. Vi mener at en nasjonal helseplan som setter virksomheten i spesialisthelsetjenesten i en klar sammenheng med tjenestetilbudet innen andre sektorer og forvaltningsnivåer, er et viktig bidrag i denne sammenhengen.

Vi støtter departementet i at de største utfordringene i helsetjenesten nå knytter seg til ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, mellom stat og kommune, og hvordan sammenheng og samhandling mellom tjenestenivåene fungerer i praksis. Det er derfor med undring vi ser at dette kapittelet i kun omhandler spesialisthelsetjenesten og utelater primærhelsetjenesten. Også avtalespesialistenes plass i spesialisthelsetjenesten ville vært naturlig å beskrive i denne sammenhengen.

Selv om sykehusreformen var en reform for spesialisthelsetjenesten framgår det tydelig av premissen for og målene med reformen at den også skulle bidra til bedre samhandling mellom spesialist – og primærhelsetjenesten. Agenda og Muusmann skriver at spesialisthelsetjenesten fikk et klart pålegg om å bidra til at dette samarbeidet ble videre utviklet og styrket. Det er imidlertid ikke gjennomført strukturelle eller systemmessige tiltak for å sikre dette – hvis vi ser bort fra mer individrettede tiltak av typen individuell plan.

Evalueringsrapport av foretaksmodellen utført av NIBR viser at den i første rekke har hatt betydning for ledelse, administrasjon og økonomistyring og i svært liten grad hatt innflytelse på tjenestene til pasientene. Det rapporteres fra helseforetakene at oppmerksomheten i første rekke rettes mot bunnlinjen (økonomistyring), effektivitet og kostnadshensyn og i at det i svært liten grad er rom for faglige prioriteringer som premisser for styring av tjenestene. Dette støttes av NIBRs evalueringsrapport. Vi vil understreke vår støtte til departementets forutsetning om at modellen krever en stor grad av kombinasjonen fag- og ressursstyring. Legeforeningen har i statusrapporten *Rom for faglighet* (2005) pekt på behovet for en sterkere vektlegging av faglige vurderinger i styringen av helsetjenestene.

Kapasitet og struktur

Til tross for at det i dette kapittelet står skrevet at "Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal til sammen dekke befolkningen helsetjenestebehov" er kapittelet ellers viet vurderinger av helseforetakenes kapasitetsbehov i kommende år.

Legeforeningen etterlyser en grundig analyse omkring kapasitet i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, ansvars- og oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåene og samhandling rundt vurderinger av kapasitet.

Evalueringen fra Agenda Muusmann konkluderer at det er vesentlig å prioritere det nasjonale arbeidet med planlegging av kapasitet innen henholdsvis spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. De senere års sterke fokusering på spesialisthelsetjenesten etter sykehusreformen, har gitt et etterslep når det gjelder fokus på primærhelsetjenesten og samspillet og den gjensidige forpliktende samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Her er LEON-prinsippet sentralt, det vil si at oppgavene bør løses og tjenesten tilbys på lavest effektive omsorgsnivå.

Vi støtter Agenda Muusmann rapportens konklusjon om at ”innholds- og eierstyring i helseforetakene bør sørge for virkemidler som sikrer at behovet for økt kapasitet innenfor primærhelsetjenesten og for økt sammenbinding av pasientforløp i forhold til primærhelsetjenesten ikke blir nedprioritert som følge av insitammenter til å bruke kapasitet på frittvalgspasienter eller i forhold til indikasjoner som ligger klart utenfor rammene av prioriteringsforskriften og innholdsstyringens øvrige prioriteringer.”

I kapittel 11.4 om struktur mener vi framstillingen av pasientforløp er skjev idet de hyppigste pasientforløpene – det vil si de 90 % som får sine helsetjenester dekket i primærhelsetjenesten - ikke er tegnet inn.

Beskrivelsen av de prehospitale tjenestene/ambulansetjenesten i 11.4 mangler det faktum at dersom pasienten skal sikres et effektivt og forsvarlig akuttforløp har fastlegene/ legevaktstlegene en sentral plass i den akuttmedisinske kjeden. ”De prehospitale tjenestene” beskrives i notatet som transportører og ikke som de helsearbeiderne som faktisk yter nødvendig og ofte livsnødvendig helsehjelp utenfor sykehus.

Høyspesialisert medisin i Norge er underfinansiert gjennom DRG-systemet. Kapasiteten i den spisseste delen av medisinen begrenses av at sykehusenes budsjett svekkes ettersom aktiviteten øker. Det er nødvendig med en gjennomgang av finansieringen for å fjerne det negative incitamentet til full kapasitetsutnyttelse.

Det er satt i gang prosesser både på RHF-nivå og i regi av fagmiljøene for å samle de ulike høyspesialiserte tilbudene i færre og sterkere miljøer. Dette for å styrke både kvalitet og kapasitet, samt legge til rette for mest mulig effektiv ressursbruk. I denne delen av medisinen er nærhet til behandlingstilbudet oftest underordnet å sikre topp kvalitet på høyde med det beste nivå internasjonalt.

I Oslo-området er en omfattende strukturendring i spesialisthelsetjenesten allerede igangsatt. Funksjoner flyttes mellom sykehusene og avdelinger slås sammen og samlokaliseres. På kort sikt er det å forvente en utvikling i retning av sammenslåing av avdelinger med felles ledelse lokalisert på flere sykehus. I denne prosessen er det svært viktig å ha fokus på å bevare velfungerende fag- og forskingsmiljøer. Det er også økende bekymring for de sammenslåtte avdelingens evne og vilje til å opprettholde utdanningskapasitet og utdanningskvalitet for leger i spesialisering.

Når det gjelder rapportens omtale av oppgavefordeling mellom sykehus i 11.5 støtter vi konklusjonen om at utfordringene i framtida blir den stadig økende gruppen med eldre, kronikere og sammensatte lidelser som vil kreve større grupper av generalister og omsorgspersonell og en skikkelig lokalsykehustjeneste.

Nasjonal helseplan mangler en beskrivelse av kapasitet i psykisk helsevern i forhold til somatisk sektor. Agenda Muusmann rapporten viser at driftskostnadene i somatisk sektor vokser noe raskere enn kostnadene i psykisk helsevern, og det antas at finansieringssystemet i somatisk sektor kan være noe av årsaken. Nasjonal helseplan må inneholde strategier for implementering av vedtatt politikk.

Investeringer

I Agenda og Muusmanns evaluering pekes det på at 2/3 av gjenanskaffelsesverdien ikke kan legitimeres ut fra henvisninger til det faktiske omfanget av investeringer i tidligere år eller årtier. Evalueringen legger til grunn at investeringsnivået må bli oppjustert – ellers så kan det i verste fall bidra til å så tvil om helseforetakmodellens generelle egnethet. Det foreslås at investeringsnivået oppjusteres slik at det svarer til en gjenanskaffelsesverdi på eksempelvis 4/5, slik at estimerte levetider for aktiva fremstår som realistiske. Legeforeningen støtter dette synet.

Lokalsykehus

En viktig utfordring i spesialisthelsetjenesten er å gi den stadig voksende gruppen kronikere og eldre pasienter med sammensatte lidelser en tjeneste av tilstrekkelig kvalitet og tilgjengelighet. Legeforeningen mener lokalsykehusfunksjonen må styrkes både på små og store sykehus. Det er behov for lokalsykehus som har rett kompetanse til å avklare uklare tilstander og gi behandling for de vanligste sykdommene. Det må stilles faglige minimumskrav til sykehus som skal ha akuttberedskap. Indremedisin som eneste vaktspesialitet er ikke tilstrekkelig.

I Norge er det behov for desentraliserte og små sykehus med nærhet til pasientene. Dette må ikke gå ut over kvaliteten på behandlingen som gis. Også de minste sykehusene med akuttberedskap må ha vaktkompetanse i indremedisin, kirurgi og anesthesiologi og tilgang til laboratorietjenester og radiologiske tjenester hele døgnet. Lokalsykehusene må utgjøre et ledd i behandlingsskjeden, hvor pasienter som trenger mer spesialisert utredning og behandling blir stabilisert og sendt videre til rett instans.

De største lokalsykehusene ligger i de store byene. Også høyspesialiserte sykehus har ansvar for den lokale befolkningen. Disse sykehusene må organiseres slik at de tar vare på en god lokalsykehusfunksjon. Pasientene må møtes med breddekompetanse i mottak, ved avklaring av pasienter med uklare sykdomsbilder og behandling av sammensatte problem. Kompetanse innen generell indremedisin og generell kirurgi må derfor styrkes.

Vi viser til Legeforeningens rapport *Lokalsykehusenes fremtidige rolle* for utdyping av våre synspunkter.

Utdanning av helsepersonell

Godt læringsmiljø for leger under spesialisering er avgjørende for å sikre fremtidige sykehustjenester av høy kvalitet. Legeforeningen frykter at videreutdanningen av leger svekkes gjennom måten spesialisthelsetjenestene finansieres, organiseres og driftes på i dag. Sykehusavdelinger med stor utdanningsaktivitet blir underfinansiert siden denne aktiviteten ikke belønnes i dagens finansieringsordning. Økt arbeids- og funksjonsdeling øker faren for at samhandlingen mellom fagmiljøene svekkes og at kontakten mellom de ulike spesialitetene brytes.

Spesialistutdanningen må være enhetlig og nasjonal. Alle parter i helsevesenet har et felles ansvar for at utdanningstilbudet til leger under spesialisering har god kvalitet. Regionale helseforetak og foretak har en lovpålagt plikt til å sørge for utdanning av spesialister, og bærer dermed det største ansvaret. Dette må gjenspeiles i prioriteringer og organisering av helsetjenesten. Det må være et internasjonalt perspektiv på spesialiststrukturen.

Arbeidsforholdene for leger under spesialisering må legge til rette for at legene får den tiden de trenger til å lære faget under forsvarlig veiledning fra eldre kolleger. Hver enkelt lege har utover dette et personlig ansvar for å tilegne seg og vedlikeholde de kunnskapene som kreves. Det må være et nasjonalt ansvar at det er nok leger og spesialister i fremtiden.

Legeforeningen vil peke på at finansieringen av spesialistutdanningen fortsatt er uløst. Det er ikke tatt stilling til tiltakene i Delutredning nr. 1 fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling som ble utarbeidet for flere år siden. Finansieringsordningene må stimulere til økt satsing på spesialisering. Øremerkede tilskuddsmidler eller tyngre DRG-vektning av ønskede aktiviteter kan være aktuelle veier å gå.

Spesialiseringen må synliggjøres i sykehusavdelingenes budsjetter. Kostnader knyttet til internundervisning, supervisjon, veiledning og utdanning av veiledere må budsjetteres på lik linje med andre aktiviteter. Dette gjelder også kursavgifter og andre spesifiserte kostnader ved spesialisering. Tid må frigjøres til fordypning, internundervisning, veiledning og supervisjon

Omorganiseringer, og særlig arbeids- og funksjonsfordelinger, krever planlegging og konsekvensutredning for å ivareta spesialisering. Spesialitetskomiteene, spesialforeningene og tillitsvalgte må delta i denne prosessen

Kapasiteten for spesialisering må opprettholdes og helst økes. Ledige stillinger må lyses ut. Avdelinger som holder stillinger ledige, må møtes med reaksjonsformer som også rammer økonomisk. Helsemyndighetene og regionale helseforetak må bedre rammevilkårene for legenes videre- og etterutdanning.

God faglig kompetanse er en forutsetning for at allmennlegetjenesten skal være et effektivt og godt helsetjenestnivå som sikrer befolkningen høy kvalitet på forebygging, diagnostikk og behandling. Myndighetene må derfor sørge for at allmennlegetjenesten har økonomiske og organisatoriske rammer som gir rom for og stimulerer til forskning og kunnskapsutvikling. Det bør være et faglig mål at fastleger er spesialister eller under spesialisering i allmenntmedisin.

Den norske lægeforenings sentralstyre
etter fullmakt

Terje Vigen
Generalsekretær

Jorunn Fryjordet
Avdelingsdirektør

Saksbehandler:
Terje Sletnes

Postadresse
Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo
Besøksadresse
Legenes hus, Akersgata 2, Oslo

Telefon
23 10 90 00
Telefaks
23 10 90 10

Postgiro
0805 5114707
Bankgiro
5005 05 48802

Organisasjonsnr.
NO 960 474 341 MVA
E-post
legeforeningen@legeforeningen.no