



FAGFORBUNDET

Helse- og omsorgsdepartementet
Spesialisthelsetjenesteavdelingen
v/ Are Helseth
Einar Gerhardsens plass 3
0030 Oslo

Deres ref.
200602349-/IMN

Vår ref / Saksbehandler
06/1725-6 G10
Unni Hagen / tlf. 23 06 45 20

Dato:
27.06.2006

Nasjonal helseplan (2007 - 2010) Fagforbundets høringssvar

Det vises til høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 22. mai 2006, med høringsnotat - Nasjonal helseplan (2007 - 2010), samt til høringsmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de ansattes organisasjoner 7. juni 2006.

Vedlagt oversendes Fagforbundets høringssvar til Nasjonal helseplan (2007 - 2010)

Med hilsen
FAGFORBUNDET


Jan Davidsen
forbundsleder


Gerd Kristiansen
nestleder

Vedlegg: Fagforbundets høringssvar

Nasjonal helseplan (2007 - 2010)

Fagforbundets høringssvar

Det vises til notat fra Helse- og omsorgsdepartementet om Nasjonal helseplan (2007-2010) som ble sendt ut på høring 22. mai 2006 med høringsfrist 23. juni 2006.

Fagforbundet har i sitt arbeid med utviklingen innenfor spesialisthelsetjenesten ved flere anledninger etterlyst en forpliktende nasjonal plan for å sikre et likeverdig tilbud av høy kvalitet til alle, og er godt fornøyd med at regjeringen er i gang med dette arbeidet.

Fagforbundet vil i sitt høringssvar følge opp målsettingen om at *Helseplanen for årene 2007-2010 særlig vil være rettet mot spesialisthelsetjenesten og de regionale helseforetakene*, og gir synspunkt på spesialisthelsetjenesten hovedfokus. Vi vil først og fremst knytte våre vurderinger opp mot departementets intensjon om at *Nasjonal helseplan vil ha som mål å sikre helheten i utviklingen av spesialisthelsetjenesten*.

Videre vil vi se nærmere på de føringer i departementets intensjon om at *Planen primært skal ha fokus på områder hvor det er behov for klargjøring av politiske mål og rammer for utviklingen*.

Nedenfor følger noen av de hovedpunktene Fagforbundet utdyper i høringssvaret til nasjonal helseplan. Dette er sentrale områder som vil være forutsetninger for å nå helsesektorens målsetninger:

- En strategi som sørger for riktige prioriteringer og god kvalitet må gis hovedfokus, og ses i sammenheng med de økonomiske og strukturelle rammene for spesialisthelsetjenesten
- Evalueringen av foretaksmodellen må drøftes
- Finansieringssystemet må opp til vurdering
- Sykehusstrukturen må nedfelles i nasjonale retningslinjer
- Lokalsykehusene må styrkes
- Sykdomsforebygging og folkehelseperspektivet må gis økt fokus
- *Rett person på rett plass* og en strategi for kompetansehevende tiltak må konkretiseres
- Medarbeiderfokuserte endringsstrategier inn i nasjonal helseplan
- Strategi for samhandling må gis høy prioritet

Generelle kommentarer

Erkjennelsen av behovet for et nasjonalt styringsverktøy i helsepolitikken er en riktig begynnelse for å nå målsettingen om høyere kvalitet og god nok tilgjengelighet til helsetjenestene for hele befolkningen. Fagforbundet er helt enig slik det er formulert i høringsnotatet (s. 7) om at *overordnede strategiske grep er nødvendig for å videreutvikle helsetilbudet i Norge på et verdigrunnlag som skal vektlegge høy kvalitet og likeverdig tilgang til tjenester som styres og i hovedsak utføres offentlig*.

Vi slutter oss videre til beskrivelsen i notatet (s. 8) om *at mange problemstillinger som helsetjenesten står overfor, handler både om helsetjenestens verdigrunnlag og hva som er organisatoriske eller styringsmessige løsninger*. Problemet med notatet er at forhold som følge av nye organisatoriske og styringsmessige løsninger ikke tas opp til vurdering. Uten disse vurderingene blir det umulig å foreta grunnleggende endringer om dette skulle bli nødvendig. Fagforbundet mener løsningene på de problemer vi kjenner med dagens organisering krever grunnleggende organisatoriske endringer. Dette vil vi komme tilbake til i våre kommentarer til del IV (kap. 10 - 15) som omhandler spesialisthelsetjenesten.

Den største utfordringen i arbeidet med en nasjonal helseplan er å finne frem til strategier og virkemidler som klarer å realisere de mange gode målene for helsetjenestene. Høringsnotatet er et godt utgangspunkt, men departementet er lite ambisiøs i forhold til å klargjøre målene, og trekke opp nødvendige veivalg for måloppnåelse.

På høringsmøtet 7. juni 2006 med arbeidstakerorganisasjonene var det bred enighet om at det er nødvendig med en sterkere konkretisering og en betydelig høyere presisjonsgrad. Dette betyr at Helse- og omsorgsdepartementet i neste runde må si noe mer enn ståstedet.

Overordnet står som sagt mye bra i høringsutkastet, men gode målsettinger og muligheten for å nå disse står i sterk kontrast til dagens økonomiske rammer og system. Målene om kvalitet og riktige prioriteringer må kobles opp mot problemene som følger av de økonomiske rammevilkårene, og de nye økonomiske styringsprinsippene. En slik kobling er totalt fraværende i høringsnotatet, og dermed svekkes muligheten til å få på plass de mange gode uttalte målsettinger på helseområdet.

Et annet sentralt ankepunkt er det problematiske med at det nå planlegges føringer for de fire neste årene før den endelige evalueringen er gjennomført. Siste del av evalueringen, resultatevalueringen, kommer samtidig med den nasjonale helseplanen i oktober 2006. Evalueringen av foretaksorganiseringen som ble lagt fram i desember 2005 burde i langt sterkere grad brukes som erfaringsgrunnlag i utformingen av en nasjonal helseplan. Dette kommer vi tilbake til under del IV.

Samordning står sentralt i høringsutkast til nasjonal helseplan. Det er derfor både overraskende og skuffende at en samordning av både evalueringsresultater og andre store endringer som kommer ikke er drøftet i notatet. Meldinger og forslag som må ses i sammenheng med hvordan en helhetlig helsetjeneste skal styres legger allerede premisser i den politiske debatten om strukturelle og velferdspolitiske endringer. Omsorgsmeldingen kommer samtidig med nasjonal helseplan i oktober 2006, og 16. juni la regjeringen fram stortingsmeldingen "Hjarte for heile landet", et løft for distrikts- og regionalpolitikken. Forvaltningsreformen vil føre til at dagens fylker forsvinner og blir slått sammen til større regioner. Til høsten kommer en stortingsmelding om hvilket nivå som skal ha ansvaret for hvilke oppgaver.

I sitt hørings svar til forvaltningsreformen skriver LO at det må vurderes å overføre sykehusene fra helseforetakene til de nye regionene. Dette er også Fagforbundets syn, som i likhet med blant annet SV vil at regionalt folkevalgt nivå skal ha det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten, og at dette skal komme til uttrykk gjennom eierskap, organisering og finansiering. Nasjonal helseplan, omsorgsmeldingen og forvaltningsreformen vil til sammen bli avgjørende og viktige endringsforslag for framtidig organisering av velferd og helse.

Spørsmålet vi stiller er om denne noe "stykkevis og delt" strategien blir hemmende for en offensiv og optimal utvikling for helheten i den politikken som er nedfelt i Soria Moria-erklæringen.

Problemet med høringsnotatet er ikke i første rekke det som står der, men det som *ikke* står. Det er listet opp uendelig mange utfordringer, mens svarene på hvordan de skal løses ikke kommer som annet enn uforpliktende formuleringer om at man skal samhandle seg fram til løsninger, og at mer politisk styring må til. Høringsdokumentet ikke så mye som antyder hvordan denne politiske styringen skal utøves og hvilke strategiske veivalg man skal utøve styringen etter.

En nasjonal helseplan må derfor gis et mye høyere presisjonsnivå i forholdt til konkrete veivalg for sterkere politisk styring, og klare målsettinger for hvordan vi skal ivareta riktige prioriteringer og sikre en kvalitativt god helsetjeneste.

Sentrale spørsmål den nasjonale helseplanen må gi svar på er etter Fagforbundets syn følgende:

- Hva kan befolkningen forvente seg av helsetjenesten? (Kvalitet, prioriteringer og omfang)
- Hvilke strategier må iverksettes for å oppnå dette?
- Hvilke retningslinjer skal kvalitetsarbeidet drives etter?

Del I Rammer og spørsmål til høringsinstansene

I høringsnotatet stilles noen generelle spørsmål til høringsinstansene. Fagforbundet besvarer spørsmålene relatert til spesialisthelsetjenesten. Flere av disse synspunkt blir gjentatt andre steder i høringsuttalelsen, både under del II og del IV.

Er det andre forhold som bør trekkes fram i omtale av status?

Utviklingen av sykehussektoren må ses i sammenheng med både ny organisasjonsform og styring etter nye regnskapsmessige prinsipper. Dette er i liten grad drøftet i høringsnotatet. Resultatene av evalueringen av reformen må brukes i grunnlaget for nye styringsverktøy.

Er det lagt vekt på de mest sentrale utfordringene?

De fleste sentrale utfordringer er trukket frem i notatet, men disse settes i liten grad inn i sammenheng med de nye styringsprinsippene som gjelder i spesialisthelsetjenesten. Det sies noe om de fleste områdene og problemstillingene, men vi oppfatter at det er et misforhold mellom utviklingen og den status som trekkes frem.

Krav om innsparinger og effektivisering for å komme i økonomisk balanse har fremtvunget en tenkning hvor økonomi styrer de valg som gjøres. Utfra lønnsomhetsbetraktninger er det siden innføringen av nytt styringssystem i spesialisthelsetjenesten foretatt en rekke nedskjæringer i det faglige tilbudet. Nye krav til innsparinger og effektivisering i 2006 for å komme i budsjettbalanse vil tvinge frem ytterligere forslag om nedleggelse av tilbud og ny oppgavefordeling mellom sykehusene. En utvikling av helsetilbudet til befolkningen på dette

grunnlaget umuliggjør etter vårt syn målsettingene for spesialisthelsetjenesten. Erfaringen med å følge regnskapslovens prinsipper for styring av spesialisthelsetjenesten, og fordelingen mellom rammeoverføring og stykkprisoverføring bør drøftes og vurderes i arbeidet med en nasjonal helseplan.

Loven om helseforetak var ment å skulle gi bedre økonomistyring, samtidig som den skulle danne grunnlag for en sterkere statlig styring. De nye styringsverktøyene, (foretaksorganiseringen og styring etter regnskapslovens prinsipper) var ment å skulle sikre at helsetjenesten i fremtiden utviklet seg i samsvar med de nasjonale helsepolitiske mål. Disse målene kommer til uttrykk gjennom helselovgivningen og styringssignal gitt gjennom offentlig dokumenter - som bestillerdokumentet, og nå også gjennom en nasjonal helseplan. Det er et stort sprik mellom de gode formål og foretakenes prioriteringer. Spørsmålet er hvordan den nasjonale helseplanen - som et supplement til bestillerdokumentet vil fungere som det styringsverktøy det er ment å være.

Spørsmål som må gis et sterkere fokus er om vi har fått bedre økonomistyring?

Om ny organisering har gitt en sterkere politisk styring med sektoren?

Er svaret nei må vi gå inn å analysere årsaksforhold for å finne frem til løsninger som retter opp svakhetene. Dette er overhode ikke problematisert i høringsnotatet.

Hva bør stå sentralt i de strategier og tiltak som skal møte utfordringene?

Kvaliteten må overordnes fokus på økonomi

Kvaliteten på de tjenestene spesialisthelsetjenesten skal levere til befolkningen har stått sentralt i arbeidet med sykehusreformen, og for Fagforbundet er kvalitetskravet overordnet. Valg av strategier og tiltak for å ivareta kvalitetskravet må ses i forhold til prioriteringsvalg og økonomiske rammevilkår. Her har Helse- og omsorgsdepartementet en kjempeutfordring med å sørge for at kvaliteten på helsesektorens tjenester overordnes fokus på økonomi, gjennom målrettet politisk styring overfor RHFene når det gjelder prioriterte nasjonale oppgaver. Skal regjeringen lykkes med utfordringene må koblingen mellom styringssystemet og utviklingen tas opp til reelle drøftinger.

Hvilke prosesser bør gjennomføres før strategier og tiltak besluttet?

Vurder evalueringen av foretaksorganiseringen og ikke minst resultatevalueringen som kommer nå i høst. Samtidig med at arbeid med nasjonal helseplan er i gang foregår som nevnt andre viktige utredninger som må knyttes opp mot, og ses i sammenheng med mulige grep både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Del II Felles utfordringer i helsetjenesten

2. Utfordringer for folkehelsen - forebygging

For første gang har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet en rapport om tilstanden og utfordringene til helse- og sosialsektoren. Rapporten gir et bredt bilde av tilstanden til helse-Norge, innen direktoratets fem virksomhetsområder; levekår, folkehelse, sosialtjeneste, primær- og spesialisthelsetjeneste. Funn i rapporten tyder på en negativ utvikling. I en

nasjonal helseplan må folkehelseperspektivet gis et mye tydeligere fokus enn tilfelle er i høringsnotatet. Perspektivene som framkommer i rapporten må bringes fram for å analysere årsaker og legge inn konkrete innsatsfelt i forhold til dette. Helsetjenesten og sykdomsforebygging er et lite prioritert område. Dagens dramatiske innsparingstiltak på nesten alle sykehus viser et økende gap mellom det helsetilbudet samfunnet kan tilby og behovet for undersøkelser og behandling. En årsak til dette gapet kan være at helsevesenet bruker nesten alle sine ressurser på sykdom og nesten ingenting på helse.

Historisk sett er det ernæring, hygiene og boforhold som har hatt størst betydning for helse. God folkehelse er også i dag knyttet vel så sterkt til sosiale og økonomiske forhold som til hvilke behandlingstilbud som finnes.

I 2003 fikk vi en folkehelsemelding som pekte på mulighetene for bedret helse gjennom forebyggende arbeid. Dessverre ble oppmerksomheten mest rettet mot enkeltindivids rolle uten at det i tilstrekkelig grad ble pekt på samfunnets ansvar for at individene skal ha mulighet til å ta vare på helsa. Det fulgte heller ingen midler med til økt forebyggende innsats fra helsevesenets side. Sosial- og helsedirektoratet har nylig gjennomført en kartlegging som viser at spesialisthelsetjenesten kan bidra sterkere til forebyggende og helsefremmende arbeid.

Dagens helseutfordringer er ikke mangel på behandlingsskapitet, men at stadig flere av oss rammes av faktorer med negativ betydning. Slike faktorer er bl.a. fysisk inaktivitet, feil mat og drikke, oppløsning av sosiale bånd, og et arbeidsliv som for noen er sykdomsskapende og utstøtende. Og når helsevesenet nesten bare bryr seg om sykdommer uten å ta hensyn til årsakene, bærer det galt av sted. Her vil det være mye å hente igjen av ressurser på lang sikt.

For mange sykdomsgrupper er befolkningsrettet forebygging det eneste middelet som nytter. Røykerelaterte sykdommer er en sykdomsgruppe der en moralistisk pekefinger overfor enkeltindividet ikke nytter, mens samfunnstiltak som for eksempel røykeloven bidrar mye til sykdomsforebygging. Et annet eksempel på sykdomsgruppe som primært må forebygges er benskjørhet. Likevel ser vi at oppmerksomheten også for denne sykdomsgruppe rettes mest mot individrettede undersøkelser og behandling. For benskjørhet tilbys kvinner i risikozonen diagnostikk mens forebygging for alle på et langt tidligere tidspunkt er det eneste som nytter. Tallrike private initiativer er på banen for å tilby undersøkelser og behandling. Til slutt er det samfunnet som betaler for at vi ikke i tide gjør nok for å hindre sykdom framfor bare å vente på at den oppstår.

Forebyggende og helsefremmende arbeid går ut på å hjelpe folk til å mestre hverdagen, og å skape forhold i samfunnet som gjør det mulig å ta vare på helsa. Et slikt arbeid krever innsats også fra helsetjenesten som kunnskapsprodusent og premissleverandør. Til det trengs kompetanse og ressurser som må investeres for å kunne hente ut gevinsten.

Skolehelsetjenesten er ikke nevnt i høringsnotatet. Hvilken plass skal denne ha og hvilke krav stilles til kommunene om denne viktige delen av forebyggende helsearbeid?

Det er også en mangel at høringsnotatet ikke har en kopling til sosiale ytelser. Sammenheng mellom helse og samfunnets evne til å gi folk et verdig liv er uomtvistelig. Nasjonal helseplan må ha et klart helseperspektiv i forhold til denne delen av fellesskapets ansvar.

Helse- og omsorgsdepartementet må gjennom nasjonal helseplan følge opp Sosial- og helsedirektoratets kartlegging som viser at spesialisthelsetjenesten kan bidra sterkere til

forebyggende og helsefremmende arbeid, og sørge for å gi forebyggende helsearbeid mer innhold og mer ressurser.

3. Strategi for kvalitet og prioriteringer

Vi slutter oss til høringsnotatet som slår fast at god kvalitet og riktig prioritering er avgjørende forutsetninger for å nå de politiske målene om likeverdig tilgang til gode helsetjenester for alle.

Helse- og omsorgsdepartementets mål er at det utarbeides nasjonale mål og at det er en systematisk oppfølging på områdene kvalitet og prioritering for å sikre likeverdig tilgang til riktig helsehjelp av god kvalitet (s. 15)

Dette er helt sentrale målsettinger som må ses i sammenheng med de erfaringene vi kjenner så langt med ny organisering i spesialisthelsetjenesten.

Kvaliteten på de tjenestene spesialisthelsetjenesten skal levere til befolkningen har stått sentralt i arbeidet med sykehusreformen, og for Fagforbundet er kvalitetskravet overordnet. Men problemet med å realisere de kvalitetskrav som settes ligger der nærmest som en uløselige målsetting når en tar i betraktning de krav som stilles til effektivisering og innsparinger. Flere uttalelser fra medisinskfaglige ledere på NSHs årlige lederkonferanse i februar 2006 bekrefter den utviklingen vi fryktet sykehusreformen ville utløse. Blant annet ble det sagt at - *produktivitetsmål og aktivitetsmål har fått økt fokus på bekostning av den faglige kvaliteten*, og det ble hevdet at - *trykket på økonomi og effektivitet har fjernet fokus fra god diagnostikk og god behandling*. Dette er urovekkende, og hindrer en optimal kvalitetsutvikling.

Her har Helse- og omsorgsdepartementet en kjempeutfordring med å sørge for at kvaliteten på helsesektorens tjenester overordnes fokus på økonomi, gjennom målrettet politisk styring overfor RHFene når det gjelder prioriterte nasjonale oppgaver. Skal regjeringen lykkes med dette må koblingen mellom styringssystemet og utviklingen tas opp til reelle drøftinger.

4. Strategi for samhandling

Høringsnotatet sier mye om logistikk-relaterte problemer knyttet til pasientflyt og samhandling mellom de forskjellige nivåene i helsetjenesten. Det er bra at dette problematiseres, men når vi skal ha en nasjonal helseplan er det puslete at man ikke engang forsøksvis prøver å gå opp en klar grenseoppgang. Strategien her er kun formulert til at dette må løses gjennom samhandling. Dette er altfor passivt. En nasjonal helseplan må kunne tydeliggjøre oppgavefordelingen mellom nivåene i helsetjenestene. Dette er en sentral utfordring som må tegnes klart og tydelige. Hvilken retning skal samhandlingsarbeidet gå i? I denne sammenheng er det en klar svakhet med forslaget til nasjonal helseplan at status og plass for Riks- /Radiumhospitalet som sykehus med spesielle nasjonale oppgaver og ansvar ikke berøres.

Det er et uttalt mål å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I flere offentlige utredninger er det fremhevet at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten skal fungere som en sammenhengende behandlingskjede og gi et

helhetlig tilbud. Tanken er at pasienter med sammensatte lidelser og uklare sykdomstilstander skal prioriteres. Funksjonsfordelingsmodellen som blant annet er valgt i Sykehuset Innlandet HF går i motsatt retning. De endringer som gjøres i funksjonsfordelingens navn rundt om i helseforetakene må evalueres og vurderes i forhold til kvalitetsutviklingen og i forhold til målsettingen om bedre samhandlingssystem mellom første- og andrelinjetjenesten. Med dagens system i spesialisthelsetjenesten er vi i ferd med å utvikle ytterligere ansvarsfraskrivelse i kampen om budsjettbalanse og effektivitetskravene.

Dilemmaet mellom samhandlingsbehov på den ene siden for å ivareta en god kvalitet og trygghet for pasientene, og innsparingskravene på den andre siden skaper et uløselig motsetningsforhold som departementet må sette på dagsorden i arbeidet med utformingen av nasjonal helseplan.

5. Psykisk helse

Under dette punktet trekkes det frem at mange enkelthendelser viser at spesialisthelsetjenesten ikke fungerer godt nok, blant annet vises det til ventetider og overbelegg. Det er riktig som det står videre under dette kap. *At en stor utfordring til utformingen av et helhetlig hjelpetilbud ligger i manglende kapasitet og kompetanse i kommunene.* Fagforbundet deler disse vurderingene, men vi vil på det sterkeste fraråde den utvikling vi nå ser konturene av med en nedbygging av psykiatrien i spesialisthelsetjenesten. Det er som det står i notatet s. 26 *viktig å sikre tilbudet til de alvorligst syke gjennom riktig antall akutt plasser og spissfunksjoner ved de øvrige sykehusavdelinger.*

Psykiatrien og ressursforskyvning mellom sykehus og DPS

Det er i andre utredninger foreslått en gradvis utjamning av ressursbruk mellom sykehusfunksjoner og DPS. I rapporten "Regionalt strategiarbeid innen psykisk helsevern" i helse Øst ble det foreslått at fordelingen mellom psykiatriske sykehusnivå og DPS-nivå på 50:50 fram mot 2015. Dette gir etter vårt syn ikke et godt svar på de utfordringene psykiatrien står overfor. I vårt høringssvar til denne rapporten uttalte Fagforbundet følgende:

Prosjektgruppas anbefalinger synes å være styrt av føringer som ikke lenger har relevans for å løse de store problemene for eksempel akuttpsykiatrien står oppe i. På dette feltet synes det åpenbart at det er en økning i sengekapasiteten i akuttavdelingene som er nødvendig for å møte behovet, ikke å desentralisere ansvaret ved ensidig å opprette ambulante team på DPS-nivå, slik rapporten foreskriver. Rapporten foreslo en forskyvning fra sykehus til DPS-nivå, gjennom en massiv oppbygging av akuttfunksjoner på DPS, samt at DPS-nivået overtar alle allmennpsykiatriske funksjoner fra sykehusene. Samtidig skal sykehusene foreta en ytterligere spesialisering av sine funksjoner.

Vi advarer på det sterkeste mot en slik løsning. Vi kan ikke se at DPS-nivået har faglige forutsetninger for å kunne ivareta de oppgavene som på denne måten skal flyttes til dem fra sykehusene. Konsekvensen av en slik omorganisering vil være å gi DPSene sykehusoppgaver, men dette uten sykehusenes bygningsmessige og strukturelle forutsetninger. Eksempler på slike nye oppgaver vil naturlig være økte innslag av utagerende og voldelige pasienter og et økt behov for bruk av tvang, uten at det i utgangspunktet finnes verken kapasitet eller kunnskap på DPS til å håndtere dette på en tilfredsstillende måte.

Vi har aldri oppfattet at meningen med opprettelsen av DPS var at de skulle være kopier av de allerede etablerte psykiatriske sykehusene. I stedet ble dette tjenestenivået etablert som et nødvendig supplement til sykehusene. Virkeligheten har da også vist at DPSenes poliklinikker, deres dag- og aktivitetstilbud, og deres avlastnings- og botreningsavdelinger i stor grad har fanget opp behov som ikke tidligere ble dekket av sykehusene.

Å pålegge DPSene rene sykehusoppgaver, vil etter vårt syn sterkt redusere mulighetene til å ta seg av de kjerneoppgavene DPS er dimensjonert og spesialisert for. Resultatet vil bli en forringelse av tilbudet til befolkningen. Fagforbundets syn er at det nå trengs en styrking av psykiatrien i alle ledd – både på sykehusene, på DPS og på primærhelsenivå. Dette må en nasjonal helseplan stadfeste.

6. Informasjons- og kommunikasjonsstrategi

Det gjøres et stort poeng av IKT-utfordringene innen helsetjenestene, men vi savner en tydeliggjøring i planen omkring hvilke opplæringsbehov og implementeringsproblemer nye og mer omfattende IKT-løsninger krever. Erfaringen er at både opplæring og implementeringsproblemer alltid undervurderes ved etablering av IKT-løsninger. Dette bør tydeliggjøres i planen.

7. Forskning for bedre helse

Det fokuseres på at noen områder skal prioriteres som forsknings- og utviklingsområder. Man burde gjøre det klart i helseplanen hvem (hvilke regioner/foretak) som skal ha ansvaret for disse slik at man kan innrette seg i forhold til slikt utviklingsarbeid. Dette ville kunne gi forutsigbarhet for helseregionene langt utover det de årlige bestillerdokumentene gir. En ansvars- og arbeidsdeling mellom helseregionene på dette området er nødvendig.

I tillegg til forskning og utvikling er det også nødvendig å tydeliggjøre i denne planen hvem som skal ha ansvaret for nasjonale oppgaver knyttet til meget høyspesialisert medisin. Ettersom vi er et lite land vil enkelte områder ikke kunne opprettholdes flere steder. Planen må i tillegg til å ansvarsfordele forskning og utvikling også gi klar beskjed om hvem (hvilke helseregioner/foretak) som skal ha ansvar for hvilken type spesialistmiljøer. Samhandling omkring dette vil fort bli et svarteperspill og det vil være ressursødende innenfor flere medisinske spesialistområder om miljøer og utstyr skal opprettholdes flere steder. Et utøvende fagmiljø/enhet for slike spesialoppgaver må selvfølgelig ses i nær sammenheng med hvem som skal ha forsknings- og utviklingsansvar for feltet.

Man burde ha supplert overordnede satsinger med kjønnsperspektiv og gitt en klar føring på at utvikling og forskning knyttet til sykdommer og sykdomsbilder som spesielt rammer kvinner må styrkes.

8. Tverrfaglige satsinger, handlingsplaner og strategier

Skal vi løse de problemene vi står midt oppe i må det sørges for en bedre organisering av det arbeidet som skal gjøres. En bedre intern organisering, og større grad av samarbeid og helhetstenking gjennom hele behandlingskjeden vil virke positivt inn på kapasiteten. Rett person på rett plass vil gi en bedre utnyttelse av ressursene, og disse aspektene må med i en analyse av hvordan de ansattes vilkår er ivarettatt i det nye systemet.

Handlingsplaner og strategier

Forholdene innenfor akuttpsykiatrien spesielt og det psykiske helsevernet generelt er blitt forverret både for pasientene og for de ansatte de siste årene, situasjonen har kommet så langt at fagfolk forlater psykiatrien fordi de stadig har måttet gå på akkord med egne faglige vurderinger. To år etter innføringen av rusreformen retter legeforeningen i en ny rapport knallhard kritikk mot manglende faglig tilbud. Disse forholdene bekrefter behovet for sterkere politisk styring overfor de regionale helseforetakene. Psykiatrien og det psykiatriske tilbudet til befolkningen må gis klare nasjonale retningslinjer. Det samme gjelder rusomsorgen.

Dette avdekker et sprik mellom vedtatte handlingsplaner (opptrappingsplanen - psykiatri) og evnen til å gjennomføre de vedtatte målsettingene.

Et annet eksempel er utviklingen innenfor kreftområdet. Her er det vedtatt en nasjonal strategi for kreftområdet (2006-2009). Oppslaget i Aftenposten 25. juni om at kreftpasienter trues av legemangel synliggjør at det også her er et avvik mellom strategiske grep og utviklingen. Fremtidige kreftpasienter kan risikere ikke å få den behandling og oppfølging de har krav på dersom det ikke utdannes flere kreftspesialister. Utdannelsen av kreftspesialister (onkologer) må trappes kraftig opp for å kunne møte fremtidige utfordringer i behandlingen av pasienter som rammes av kreft. Og det haster, ifølge ekspertene ved blant annet Rikshospitalet-Radiumhospitalet.

En nasjonal helseplan må binde opp RHFene til å målrette arbeidet innenfor disse områdene.

Medarbeiderfokuserte endringsstrategier

For å kunne møte nye krav og forventninger må helsesektoren være endringsorientert. Så langt i reformutviklingen har de ansatte i stor grad "blitt omstilt". Grensen for hva som tåles av pålagte omstillinger og krav til effektivisering i sektoren er for langt nådd. Derfor tror Fagforbundet det nå er på høy tid å initierer endringsstrategier som ikke er toppstyrt og lite involverende av de som faktisk er hovedaktørene for endringer og omstillinger.

I en nasjonal helseplan bør det skisseres overordnede mål som skal ha som hensikt å utvikle modeller for omstilling i spesialisthelsetjenesten som bidrar til å fornye og bevare et sterkt, fellesskapsbasert helsevesen som alternativ til privatisering og utskilling. Avgjørende for hvor vellykket omstillingsprosessen blir er at de er medarbeiderfokusert og initiert av de ansatte selv.

Gjennom involvering og myndiggjøring nyttiggjøres den kompetanse og innsikt som ligger hos de ansatte og tillitsvalgte. Målet må være å utvikle modeller for partssamarbeid mellom likeverdige parter som bidrar til et balansert og verdiskapende samarbeid mellom arbeidsgiver, ansatte og myndighetene til beste for pasientene. Sentrale punkter som bør legges til grunn for omstilling og utvikling av helsesektoren på nasjonalt nivå:

- Å sette pasientens behov i sentrum ved å fokusere på kvalitetsutvikling og kvalitetsforbedring
- Å styrke den offentlige spesialisthelsetjenesten og trygge arbeidsplassene
- Å bidra til mer effektiv ressursbruk hvor frigjorte ressurser anvendes til økt satsing innenfor spesialisthelsetjenesten
- Å legge til rette for aktiv medvirkning fra de ansatte

- Å sikre åpne og forutsigbare omstillingsprosesser som skaper trygghet hos pasienter og ansatte
- Å sikre en målrettet og styrket innsats i forhold utdanning, forskning og fagutvikling

Del III Den kommunale helse- og sosialtjenesten

Samhandling spesialisthelsetjenesten - primærhelsetjenesten

Faglige utviklingstrekk i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er i ferd med å føre disse tjenestene sammen på en rekke områder. Det oppstår en rekke nye samarbeids- og samhandlingsarenaer knyttet til eksempelvis distriktsmedisinske sentra, felles akuttmottak (FAM), sykestuer, hospiteringsordninger, intermediæravdelinger, hospice og samarbeid om individuell plan. Denne "overlappingen" mellom de ulike nivåene gir i noen tilfeller organisatoriske, ansvarsmessige og finansielle utfordringer.

Selv om sykehusreformen ikke omfattet kommunehelsetjenesten, fremgikk det av premissene for og målene med reformen at den skulle også bidra til å bedre samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Agenda og Muusmanns evaluering av foretaksorganiseringen peker på at etablering av formelle og driftsmessig stabilt fungerende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kanskje vil være den største utfordringen for det norske helsesystem som helhet i de kommende årene.

Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner inngås på en rekke områder. Gjennom regelverket for helse- og sosialtjenesten er det gitt bestemmelser som har særskilt betydning for samarbeidet mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten, for eksempel forskriften om individuell plan og forskriften om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Forskriften om kommunal betaling kommer som kjent til anvendelse dersom kommunene og foretakene ikke har inngått egne samarbeidsavtaler for utskrivning av pasienter til kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Videre er spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunene sentral i denne sammenheng. Veiledningsplikten fremgår av Spesialisthelsetjenesteloven, og utdypes i helseforetakenes vedtekter: "RHFene skal sørge for at det etableres nødvendig samarbeid med veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud."

Wisløffutvalget har analysert og kommet med konkrete forslag til tiltak på samhandlingsutfordringer mellom første- og annenlinjetjenesten. Utvalget peker på at til tross for politisk og faglig enighet om betydningen av primærhelsetjenesten og den rolle den skal ha, observeres i dag en stor tyngdekraft mot spesialisthelsetjenesten, både i forhold til tildeling av ressurser og omtale. Utvalget legger til grunn at samhandlingen må baseres på likeverdighet mellom aktørene. Mange oppfatter at styrkeforholdet mellom aktørene etter sykehusreformen er endret i foretakenes favør ved at de er blitt større og mer konsoliderte.

Etter at Wisløffsutvalgets utredning hadde vært ute på høring, besluttet HOD å nedsette en prosjektgruppe som skal vurdere hvordan dagens organisatoriske ordninger påvirker samhandling og samarbeid mellom tjenestenivåene, herunder å konkretisere tiltak. Prosjektgruppa avga sin rapport 1. juni 2006. I dette arbeidet vil det være viktig å ha in mente

at samhandlingsutfordringene ikke bare finnes i samhandlingsrommet mellom første- og annenlinjetjenesten, men også innad i spesialisthelsetjenesten og innad i kommunehelsetjenesten.

Selv om nasjonal helseplan (2007-2010) kommer til å ha et hovedfokus på spesialisthelsetjenesten må samhandlingsproblematikken nødvendigvis tas opp til en grundig gjennomgang for å styrke en optimal pasientbehandling.

Del IV Spesialisthelsetjenesten

10.3 Dagens status og utfordringer

Mange vil si at man har oppnådd det motsatte av intensjonen om en bedre og mer samordnet styring i spesialisthelsetjenesten. Ansvarsreformen har så langt ikke blitt det den var ment å bli, snarere erfarer vi at den har utviklet seg til å bli en ansvarspulveriseringsreform, der ingen ser ut til å ha et overordnet ansvar for de prioriteringer som foretas i foretakene. Resultatene av foretaksorganiseringen i spesialisthelsetjenesten bekrefter at det nå er nødvendig med en sterkere politisk styring av sektoren, og en nasjonal helseplan kan være et riktig virkemiddel for å få på plass dette.

Kjennetegn for den utviklingen som foregår i helseregionene er manglende helhet, manglende sammenheng mellom første- og annenlinjetjeneste, samt geografisk spredning som gjør samarbeid innen spesialitetene vanskelig. Siden reformen ble iverksatt er funksjoner flyttet rundt i sykehusene i helseforetakene, slik at de skal bli mer spesialisert på hvert sitt område. Dette bidrar til å øke problemene for pasienter med sammensatte sykdommer. Det blir vanskeligere å få alle tjenestene på ett sted og pasientene må stadig transporteres mellom sykehus. Denne "funksjonsfordelingsmodellen" er blant annet begrunnet i konkurransehensyn. Men hvor blir det da av de nasjonale målsettingene om oppgavefordeling mellom ulike nivå, og samhandlingen og sammenhengen mellom første- og annenlinjetjenesten - mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten? Her må en nasjonal helseplan bli et viktig korrektiv.

Spesialisthelsetjenesten sliter med milliardunderskudd og mange venter på politiske grep som kan få reformen av sykehusene inn i et nytt spor - en ny politisk kurs. I dette perspektivet er høringsnotatet til nasjonal helseplan lite handlingsrettet. Det varsles i liten grad nye grep.

I helseforetak etter helseforetak kuttes årsverk og senger. Vi vet at kutt ofte fører til færre ansatte, og at effektiviseringene og kuttene dermed har gitt økt press på de ansattes arbeidssituasjon. Dette bekreftes i Arbeidstilsynet omfattende arbeidsmiljøundersøkelse, "God vakt". Så langt avdekker undersøkelsene grove brudd på bestemmelser om arbeidsmiljø og sikkerhet, og mange pålegg er allerede gitt. Funnene i undersøkelsen viser at forholdet mellom oppgaver og bemanning er mest problematisk for sykehusansatte.

Spørsmål som må besvares i denne sammenheng er hvordan påvirker dette kvaliteten på tjenestene? Gir omorganiseringene og nedbyggingen av tilbudet en bedre kvalitet for pasientene?

Nytt finansieringssystem

Vi ønsker også å rette oppmerksomheten mot de nye regnskapsprinsippene som styrer utviklingen, og som etter vår oppfatning er særdeles problematisk for å nå målene for spesialisthelsetjenesten.

Utviklingen av sykehussektoren må ses i sammenheng med både ny organisasjonsform og styring etter nye regnskapsmessige prinsipper. Krav om innsparinger og effektivisering for å komme i økonomisk balanse har fremtvunget en tenkning hvor økonomi styrer de valg som gjøres. Utfra lønnsomhetsbetraktninger er det siden innføringen av nytt styringssystem i spesialisthelsetjenesten foretatt en rekke nedskjæringer i det faglige tilbudet. Krav til ytterligere innsparinger og effektivisering i 2006 for å komme i budsjettbalanse vil tvinge frem ytterligere forslag om nedleggelse av tilbud og ny oppgavefordeling mellom sykehusene. En utvikling av helsetilbudet til befolkningen på dette grunnlaget umuliggjør etter vårt syn målsettingene for spesialisthelsetjenesten. Erfaringen med å følge regnskapslovens prinsipper for styring av spesialisthelsetjenesten, og fordelingen mellom rammeoverføring og stykkprisoverføring bør drøftes og vurderes i arbeidet med en nasjonal helseplan.

10.4 Evalueringen av helseforetaksmodellen

Fagforbundets vurdering av Rapporten fra **Agenda og Muusmann**:

Evalueringen prøver å skape en plattform hvor foretaksmodellen skal vurderes uavhengig av spørsmålet om markedsretting og privatisering av spesialisthelsetjenesten. En troverdig analyse av dette glimrer med sitt fravær. Dette er påfallende all den tid rapporten påviser at modellen med foretak eller stiftelser bare har oppstått i land som har hatt som uttalt mål å innføre mer marked i sykehussektoren (England), mens de har blitt avvirket der hvor denne strategien er forlatt (Skottland). Uviljen mot å gå inn i alle sider ved forsøkene på markedsøkonomiske strategier og eksperimentering fører til at evalueringens anbefalinger blir sprikende og til dels motstridende.

Evalueringens viktigste og dristigste konklusjon er anbefalingen om å avvikle bestiller-utfører modellen. I praksis er det et farvel til ideen om at markedsprinsipper er løsningen for den norske spesialisthelsetjenesten. Det fremstår derfor både som uforståelig og unnvikende at en ikke også tar et oppgjør med bruken av kommersielle aktører i sektoren. Det er naivt å tro at kommersielle aktører kan eksistere som nøytrale avlastere for de offentlige sykehusene, som brukes eller ikke brukes alt etter hva som er kapasitetssituasjonen i disse.

Evalueringen gir ingen systematisk analyse av de faglige og politiske konsekvensene av å anvende regnskapsloven som styringsredskap i helseforetakene. Anbefalingen om å øke avskrivningene (slik at 4/5 av eiendelene kan gjenanskaffes i stedet for 2/3) vil redusere de offisielle underskuddene, men løser ikke de politiske utfordringene. Det gjøres heller ingen analyse av konsekvensene av de endringer som nå gjennomføres i Regnskapsloven.

Evalueringen anbefaler fortsatt bruk av høy ISF-andel i finansieringen av sykehussektoren. De uheldige sidene ved denne finansieringsmodellen drøftes eller belyses nesten ikke. Det gis heller ingen god begrunnelse for hvorfor dette er en velegnet finansieringsmodell i et system som for øvrig skal bevege seg bort fra markeds- og konkurransetenkning.

I evalueringens presentasjon av internasjonale erfaringer er det påfallende at erfaringene fra Skottland ikke er behandlet. Utviklingen i Skottland er på mange måter sammenlignbar med det vi har sett i Norge, men der konkluderte man etter et tiår med markedseksperimentering at konkurransemodellen skulle forlates og foretakene avvikles. De skotske erfaringene gir et utmerket utgangspunkt for å diskutere sammenhengen mellom foretaksmodellen og markedstenkning m.v., men dette gjøres ikke.

Rapporten fra **Agenda og Muusmann** er kritisk til økt privatisering, til organisering etter bestiller-utførermodell, til å etablere liksom-markeder i offentlig sektor, og den etterlyser mer politisk styring. Evalueringen legger til grunn at "bestiller-utfører tenkning" var en del av sykehusreformens verdigrunnlag. Denne delingen i en uavhengig bestiller-/innkjøpsfunksjon og en konkurranseutsatt produsentarena er et hovedelement i strategien for markedsomlegging av spesialisthelsetjenesten, og forutsetter at departementet og de regionale helseforetakene innfører organisatoriske skiller mellom disse rollene. Myndighetene må som en konsekvens av bestiller-utfører modellen også skille mellom bl.a. eierstyring og innholdsstyring av helseforetakene, men evalueringen påpeker at dette i praksis både har vist seg vanskelig og uhensiktsmessig. Så selv om det etter hvert har blitt arbeidet mye både i departementet og i de regionale helseforetakene med denne rolleatskillelsen, har det etter evalueringens syn ikke ført til at konkurranse på pris og kvalitet i særlig grad har blitt styrende for valg av produsent.

Evalueringen ender opp med å anbefale at hele "bestiller-utfører" modellen avvikles, og konklusjonen støttes opp av rapportens gjennomgang av et utvalg internasjonale erfaringer med måter å organisere spesialisthelsetjenesten på (kapittel 6).

"Et av grepene med sykehusreformen var at helseforetakene skulle omfattes av regnskapsloven – bl.a. som en del av endringen av den juridiske status for sykehusene. Av noen trekkes dette frem som en del av en mer bevisst strategi for å få mer markedsøkonomi innen spesialisthelsetjenesten, mens andre fokuserer på behovet for å sikre større grad av sammenheng mellom driftsøkonomisk og investeringsøkonomisk styring og disponering" (s. 250).

Spørsmålet om Regnskapslovens egnethet i sykehussektoren er langt mer komplekst enn det denne evalueringen presenterer. De problemene som har dominert i perioden etter innføringen er på ingen måte av teknisk natur, men handler om av hvem som skal bestemme, og hvordan utbygging og utvikling av sektoren skal bestemmes. Bruken av Regnskapsloven begrenser i dag det politiske handlingsrommet på dette området.

Det faktum at regnskapslovens system nå er i utvikling og endring, vil høyst sannsynlig medføre økende problemer for offentlige, ikke markedsbaserte virksomheter som anvender dette systemet. Den nye, internasjonale regnskapsstandarden forutsetter at det løpende skal gjennomføres oppdaterte verddivurderinger av eiendelene. Slike vurderinger er blant annet knyttet til antagelser om fremtidige inntektstrømmer, basert på aktuelle markedsbetingelser. Det vil enten gjøre regnskapslovens system enda mindre anvendelig for offentlige virksomheter (som ikke får sine inntekter via markedet), eller det vil presse frem mer markedssimulering og mer bruk av markedsmekanismer i offentlige virksomheter. Dette er forhold som evalueringen overhodet ikke belyser eller drøfter.

Disse problemstillingene må på dagsorden i arbeidet med nasjonal helseplan.

I **Agenda og Muusmanns** rapport heter det:

"Forbedret kostnadskontroll var en vesentlig premiss ved sykehusreformen. På tross av denne premiss har det vært en fortsatt utgiftsstigning også etter at helseforetaksmodellen trådte i kraft. Selv om aktiviteten generelt er økt, synes det å sikre en klarere synliggjøring av hva eksakt innbyggerne får for pengene å være stadig mer vesentlig" (s. 292-93).

Dette er kanskje det lengste evalueringen går i å innrømme at foretaksmodellen ikke har resultert i den kontrollen med kostnadsutviklingen som reformen hevdet å skulle gi. Med et samlet underskudd (iht til de revisorgodkjente regnskapene) på nærmere 10 milliarder kroner i løpet av de tre første årene, skal det godt gjøres å hevde noe annet. Av materialet som presenteres i rapporten fremgår det at den aktivitetsveksten som har skjedd de siste årene har vært nærmest lineær i hele perioden 2000-2005. Den var altså like stor i årene før sykehusreformen som i årene etter. Rapporten prøver heller ikke å gjøre et poeng av at ventelistene er redusert som følge av foretaksmodellen, slik sentrale politikere har prøvd seg på ved flere anledninger. Det vises til at ventelistene ble redusert i årene like før sykehusreformen, og det fremgår at utviklingen med reduserte ventetider stoppet opp i 2004 innen somatikken og at de har økt innen psykiatrien.

Rapporten retter fokuset mot tiltak som kan bidra til å dokumentere sammenhengen mellom pengebruk og effektivitet i sykehusene. Det påpekes at Norge har utviklet få og dårlige indikatorer på effektivitet og kvalitet i sykehusene, og det fremmes en del forslag til tiltak og reformer for å bedre dette.

12. Investeringer i spesialisthelsetjenesten

Som tidligere nevnt avviser evalueringen at en sterkere markedsretting av sektoren er en farbar vei. I oppsummeringskapitlet heter det for eksempel:

"Det bør kanskje erkjennes at det ganske enkelt ikke er eller kan etableres et egentlig marked for spesialisthelsetjenestens ytelser – og at helseforetak dermed heller ikke på noen måte kan isoleres eller ha full autonomi" (s. 253).

Når man som en konsekvens av dette unnlater å anbefale at også Regnskapsloven bør forlates, skulle en kanskje tro at det ble argumentert aktivt for synet om at Regnskapsloven er nødvendig for at foretakene skal ta ansvar for egne investeringer og anvendelsen av kapital som innsatsfaktor. Det skjer ikke. Tvert i mot, refereres det til internasjonale erfaringer som viser:

"at siktemålet om å ansvarliggjøre sykehusene i forhold til samtlige innsatsfaktorer og balansen mellom innsatsfaktorene, - og hvor hensynet til kostnadskontroll, kan ivaretas gjennom flere andre mekanismer.." (s. 252).

Men gitt (den ulogiske?) konklusjonen om at Regnskapsloven fortsatt bør anvendes, kommer evalueringen likevel med synspunkter på og anbefalinger om at de konflikter og uklarheter som har vært rundt verdifastsetting og levetider på helseforetakenes eiendeler (ref. striden rundt åpningsbalansene). Konklusjonen er at problemene "må løses".

Det argumenteres for at dagens politikk for gjenanskaffelse av bare 2/3 av foretakenes eiendeler er uholdbar. På side 251 heter det bl.a.:

”Det er derimot ikke vår oppfatning at et 2/3`s nivå kan legitimeres ut fra henvisninger til det faktiske omfanget av investeringer i tidligere år eller årtier. Den behandlingsteknologiske utvikling innebærer konstant økte behov for investeringer i apparatur og utstyr – og ofte i parallelle bygningsmessige investeringer” (s. 251).

Som en konsekvens av dette foreslås det i rapporten at nivået for gjenanskaffelser oppjusteres fra 2/3 til 4/5 av eiendomsmassen. I praksis er dette et forslag om at bevilgningene til avskrivninger bør økes fra 3 til 4 milliarder kroner pr år. Det betyr at avstanden mellom de revisorgodkjente underskuddene i sykehusregnskapene og departementets såkalte ”korrigerte resultat” reduseres fra 2 til 1 milliard kr pr år. Dersom kravet om balanse i regnskapene skal nås under disse vilkårene, må sykehusene enten kvitte seg med eiendeler tilsvarende 1 milliard (gjennom sentraliseringer mv.) eller gjennomføre ytterligere effektiviseringer i samme størrelsesorden. Det kommer på toppen av et behov for å spare inn om lag 1,5 milliarder kroner i 2006 for å få budsjettene i balanse i forhold til departementets såkalte ”korrigerte resultat”.

I evalueringen presenteres det gode argumenter for at rammene for investeringer bør økes i årene fremover, men det sies ingen ting om hvordan dagens problemer med to sykehusregnskaper – et revisorgodkjent og et ”korrigert regnskap” fra departementet – skal løses. Man nøyer seg med å konstatere at

”Det er en klar vurdering at en slik situasjon som her er beskrevet – med forskjellige former for resultatoppgjør – er uholdbar, og at den potensielt kan bidra til å undergrave helseforetaksmodellens legitimitet” (s. 251):

Evalueringen ender opp med følgende anbefaling:

”Vi vil anbefale at hele denne problemstillingen – som i verste fall kan bidra til å så tvil om helseforetaksmodellens generelle egnethet – blir løst, og at investeringsnivået blir oppjustert, slik at det svarer til en gjenanskaffelsesverdi på eksempelvis 4/5, og slik at estimerte levetider for aktiva fremstår som realistiske” (s. 11).

13. Lokalsykehus

Nasjonal helseplan inneholder positive signaler om at lokalsykehus ikke skal tømmes for innhold. Her understrekes lokalsykehusenes rolle som lokale trygghetsfaktorer. Dette er i tråd med Fagforbundets syn på lokalsykehusene.

Høringsnotatet vektlegger at en desentralisert infrastruktur og bosetting vil være en sentral ramme for strategisk planlegging av helsetilbudet. Dette er etter vår oppfatning særdeles viktig.

En nasjonal helseplan må etter vår oppfatning konkretisere lovens bestemmelse når det gjelder sykehusnedleggelse. Her er lovverket helt klar, men RHFene kan omorganisere mye av strukturen som på sikt ender opp med at et sykehus ikke lenger har sin berettigelse på grunn av manglende innhold.

I forslag til nye strukturelle endringer i helseregionene (også kalt funksjonsfordeling) ligger det strategier som etter vårt syn får som konsekvens en ytterligere sentralisering/nedbygging. Dette står i sterk kontrast til målsettingen om å vektlegge desentralisert infrastruktur og bosetting.

Denne utviklingen synliggjør nødvendigheten av en plan for antall lokalsykehus og andre helsetilbud for å sikre et forutsigbart og solidarisk helsevesen. I funksjonsfordelingens navn bygges lokalsykehusene ned. Planene om salg av psykiatriske sykehus ble satt på dagsorden sommeren 2005, og understreker behovet for klare nasjonale retningslinjer for å unngå nedbygging som vanskelig lar seg reversere.

Legeforeningen har i sin rapport *lokalsykehusenes fremtidige rolle* gitt viktige retningslinjer for lokalsykehusenes innhold. Fagforbundet slutter seg til legeforeningens syn om at 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 utover kvaliteten. Også de minste sykehusene med akuttberedskap må ha vaktkompetanse i indremedisin, kirurgi og anestesilogi og tilgang til laboratorietjenester og radiologiske tjenester hele døgnet.

Sykehusstruktur, antall lokalsykehus og klare retningslinjer for lokalsykehusene må inn i en nasjonal helseplan.

14. Utdanning av helsepersonell

I høringsnotatet vektlegges de ansatte og den ressurs de representerer. Det er helt nødvendig at forståelsen av hvilken verdi de ansatte representerer løftes opp på nasjonalt nivå i form av forpliktende føringer. I årets tariff-forhandlinger ble det lagt inn forpliktelser om kompetanseheving og faglig utvikling, men vår erfaringen med at kompetansehevende tiltak er betydelig nedprioritert krever føringer også fra sentrale politiske myndigheter.

Erfaringen i det nye systemet er at reformens form virker begrensende på medbestemmelsesmulighetene. Vilkår for medbestemmelse i det nye systemet må gis en grundig gjennomgang i evalueringsprosessen. Videre opplever Fagforbundets medlemmer en lav prioritering av muligheten til faglig utvikling sammenliknet med andre yrkesgrupper. Det er et skrikende behov for rekruttering av fagpersonell innenfor både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Uten kvalifiserte ansatte vil det ikke være mulig å drive verken sykehus eller andre institusjoner på en tilfredsstillende måte slik at innbyggernes behov for omsorg og pleie blir ivaretatt. Det er vår oppfatning at mange av de problemene som er knyttet til personellmangel og hvordan vi skal møte nye utfordringer ligger i det organisatoriske systemet, og da i første rekke knyttet til funksjons- og arbeidsfordelingsmønstrene innenfor sektoren.

Rekruttering og kompetansebygging

Det mangler et punkt om kompetanse og kompetanseheving i høringsnotatet. Det er også en skuffelse at man ikke verdsetter helsepersonell som ikke er høyskole/universitetsutdannet. I beskrivelsen av helsefagutdanningene har man med seg hele spekteret med helsefagutdanninger fra vgs-nivå via høyskole til universitetsutdanninger. Når man i strategier for utdanning ikke engang nevner verken behov for utdanning eller behov for faglig

videreutdanning for de uten formell kompetanse og de med formell kompetanse på videregående skole-nivå, kan man lure på hvilke motiver som ligger bak. Helsearbeidere med formell utdanning på vgs-nivå er en selvfølgelig og integrert del av moderne sykehusdrift og det er beklagelig at helse- og omsorgsdepartementet med dette signaliserer at det er en stor gruppe ansatte helsearbeidere man ikke ønsker å satse på.

Hvordan nå målet med 10 000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten fram mot 2009 ? Tilgangen på personell med fagutdanning i helse- og sosialfag fra videregående opplæring har økt siden 2000. Om denne tendensen holder seg, vil vi oppfylle måltallet om en tilgang på 4500 hjelpepleiere og omsorgsarbeidere pr. år. Denne økningen er et resultat av programmet for kvalifisering av ufaglærte og kompetansereformen i utdanningssektoren.

Men selv om tilgangen øker, øker ikke årsverkene av hjelpepleier og omsorgsarbeider tilsvarende i tjenesten. Det er mange som ikke går ut i yrket, og mange som ikke blir der så lenge. Dette har sammenheng med små stillingsbrøker og stor arbeidsbelastning.

De fleste nye hjelpeleiere og omsorgsarbeidere er voksne. For rekrutteringen er derfor voksenopplæring avgjørende. Fylkeskommuner og kommuner må tilrettelegge for voksenopplæring. Nå må behovet for pleiepersonell i framtiden kartlegges, slik at det blir tilrettlagt for gode nok utdanningstilbud og kompetanseheving for pleie- og omsorgspersonell.

Den nye helsefagarbeiderutdanningen må synliggjøres i sterkere grad. Samtidig må motivasjonen blant ungdom som velger den nye helsefagarbeider utdanningen styrkes, slik at flere faktisk går ut i yrket etter fullført utdanning. For at en ny utdanning skal lykkes må partene i arbeidslivet trekke i samme retning. Både kommunene og helseforetakene må tilrettelegge for lærerplasser. Skal vi lykkes med rekruttering til helsefagarbeideren og ivareta framtidens behov må økonomien på plass.

For å få en optimal kvalitet på tjenestene må det fastsettes i Nasjonal Helseplan at best tilgjengelige kunnskap ikke er ensbetydende med ensidig utdannet personell, men at man skal tilstrebe å ha "rett person på rett plass". Departementet må legge inn klare signaler som påvirker mulighetene til den omgjøringspraksis som i dag foregår ute i helseforetakene. Lavest effektive omsorgsnivå oppnås best med et stort tverrfaglig spenn i personalgruppene.

Flere kommuner opplever problemer med å skaffe kommunelege. Nasjonal helseplan bør være konkret i forhold til dette området på punkter som: Beordring av turnuskandidater, lønnspolitikk, plikt til samarbeid mellom kommuner og liknende.

Dårlige kår for spesialistutdanning

Det meldes nå fra de fleste sykehus at helseforetakene ikke prioriterer utdanning. Dette er ulønnsomt og kostnadskrevende. Mange leger under utdanning sliter med å få fullført sin spesialistutdanning pga. f.eks. "barberte" tjenesteplaner eller økonomisk begrunnede funksjonsfordelinger av sykehus som fører til ufullstendig praksis. Spesialistutdanningskravene har blitt redusert for å ta høyde for, eller retttere legge seg flat for dette. De mange private sykehusene som ikke har utdanningsansvar og som Sykehusreformen bereder grunnen for, tar også bort et ikke uvesentlig antall pasienter fra de offentlige sykehusene. Disse pasientene kunne vært lærekasus for leger under spesialist-

utdanning. Vi kan ikke være fornøyd med at våre fremtidige sykehusspesialister blir smalere og dårligere skolerte og kanskje altfor få i det hele tatt. Her må sentrale myndigheter binde opp RHFene.

Avsluttende kommentarer

Den største svakheten med forslaget til nasjonal helseplan er at den ikke berører de fundamentale drivkreftene og maktendringen som skjedde i spesialisthelsetjenesten da Sykehusreformen ble iverksatt i 2002.

De negative konsekvensene av reformen trekkes ikke frem og problematiseres i høringsforslaget.

Det er etter hvert mange som mener at dagens situasjon ikke er tilfredsstillende, og at foretaksmodellen som ble etablert 1. januar 2002 ikke fungerer etter hensikten. En stadig mer utbredt oppfatning er at foretaksorganiseringen verken leverer den effektivitet, kostnadskontroll eller opprettholder den tilgang og struktur på spesialisthelsetjenestene som befolkningen forventer og krever. Målet med sykehusreformen var å få en sterkere nasjonal styring og bedre ressursutnyttelse av tjenestene. Når reformen nå går i motsatt retning, mener Fagforbundet tiden er inne til å foreta en analyse av virkningene av omorganiseringen til fristilte foretak og regnskapslovens prinsipper.

Det er helt nødvendig å sørge for stabilitet og forutsigbarhet i spesialisthelsetjenesten. En nasjonal helseplan må sammen med bestillerdokumentet sørge for en slik forutsigbarhet og langsiktighet i utviklingen av tjenestene. Men da må den gjøres mer forpliktende - og langt sterkere styrende overfor RHFene.

Uten en nasjonal forankret plan risikerer vi et snevert bedriftsøkonomisk fokus på bekostning av en helhetlig samfunnsøkonomisk styring. Uten klare politiske føringer er det overhengende fare for både kvaliteten og tilbudet uten at noen tar ansvar for helheten. Dette dilemma må etter vårt syn gis et hovedfokus i arbeidet med en nasjonal helseplan.

Oppsummeringsvis noen hovedpunkter som Fagforbundet mener er viktige forutsetninger for å nå helsesektorens målsetninger:

- **En strategi som sørger for riktige prioriteringer og god kvalitet må gis hovedfokus, og ses i sammenheng med de økonomiske og strukturelle rammene for spesialisthelsetjenesten**
- **Evalueringen av foretaksmodellen må drøftes**
- **Finansieringssystemet må opp til vurdering**
- **Sykehusstrukturen må nedfelles i nasjonale retningslinjer**
- **Lokalsykehusene må styrkes**
- **Sykdomsforebygging og folkehelseperspektivet må gis økt fokus**
- **Rett person på rett plass og en strategi for kompetansehevede tiltak må konkretiseres**
- **Medarbeiderfokuserende endringsstrategier inn i nasjonal helseplan**
- **Strategi for samhandling må gis høy prioritet**