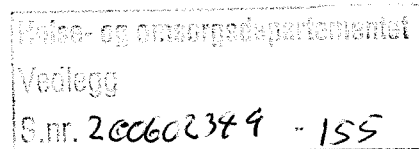


Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep.
0030 Oslo

Vedr. Høring Nasjonal helseplan (2007-2010) – innspill fra Det medisinske fakultet, NTNU

Innledning

Det medisinske fakultet (DMF) synes det foreliggende utkastet til Nasjonal helseplan danner et godt grunnlag for videre planarbeidet. Nedenfor følger en oversikt over de områdene som fakultetet vil fremheve spesielt.

I det videre arbeidet bør de ulike delene av dokumentet kobles tettere sammen slik at sammenhengene mellom de ulike områdene kommer tydeligere frem. Dette gjelder bla.;

- kobling mellom forsknings-, utdannings- og etter-/videreutdanningsaktiviteter (herunder spesialistutdanningen)
- forholdet mellom utdanningsinstitusjoner og helseforetak
- forholdet mellom spesialist- og primærhelsetjeneste
- forholdet mellom universitets- og lokalsykehus

Forskning, utdanning og formidling

Innenfor forskningsområdet vil DMF spesielt fremheve;

- landets fortrinn innen helseundersøkelser, biobanker og registre som kunnskapsbase for forskning
- videre fokus på helsetjenesteforskning
- samspillet mellom pasientnær klinisk forskning og basalforskning (translasjonsforskning)
- behovet for tverrfaglig tilnærming i utdanning og forskning
- utvikling av relevant medisinsk teknologi

Innenfor helseundersøkelser, biobanker og registre er det i planperioden muligheter til å utvikle en kunnskapsbase for forskning som vil være helt unik også internasjonalt. Norge har allerede en infrastruktur som legger spesielt godt til rette for slik forskning. I perioden gjennomføres bla. den tredje store helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT3) og det bygges en topp moderne biobank

Postadresse	Org.nr. 974 767 880	Besøksadresse	Telefon	Saksbehandler
7489 Trondheim	E-post: dmf-post@medisin.ntnu.no	Medisinsk teknisk forskningssenter, Olav Kyrres gt. 3	+47 73 59 88 59	Bjørn Tore Larsen
	http://www.ntnu.no		Telefaks +47 73 59 88 65	Tlf: +47 73 59 89 21

All korrespondanse som inngår i saksbehandling skal adresseres til saksbehandlerenheten ved NTNU og ikke direkte til enkeltpersoner. Ved henvendelse vennligst oppgi referanse.

i Midt-Norge med nasjonale funksjoner og en internasjonal orientering. Drift av den nasjonale biobankfunksjonen bør finansieres av departementet eller over sentrale bevilgninger.

En slik kunnskapsbase vil kunne bidra til forskning både på å forståelse av sykdomsmekanismer og samspillet mellom arv og miljø og til bedre forståelse av sammenhengen mellom helse og samfunn. Økt satsing på kvalitets- og endepunktsregistre vil ytterligere styrke forskningspotensialet. På dette område bør Norge ha en klar ambisjon om å hevde seg internasjonalt. NFR har bla også løftet frem helseundersøkelser, biobanker og registre som et av Norges viktigste satsingsområder inn mot EUs 7. rammeprogram.

Innefor utdanningsområdet må hele studieløpet fra grunnutdanning (inklusive praksisområdet) til etter- og videreutdanning (herunder spesialistutdanning) i sammenheng. Oppgave- og ansvarsdelingen mellom utdanningsinstitusjonene, helseforetakene og fylkeskommuner/kommuner (helsetjenesten) bør presiseres nærmere. Alle disse aktørene bør ha et aktivt eierskap til utdanningssiden. Den teoretiske delen av spesialistutdanningen bør forankres i universitetene.

Det innenfor utdanningssiden vil behovet for tverrfaglig tilnærming fordre at også andre fagområder trekkes tettere inn mot helsefagene, dette gjelder bla. teknologifag, statistikk, IKT osv.

Ny teknologi gjør det lettere for den enkelte å finne informasjon og øker etterspørselen etter kvalitetssikret kunnskap. Dette gir både forskningsmiljøene og helsevesenet nye utfordringer i forhold til kommunikasjon og formidling. Forholdet mellom lege og pasient er også i utvikling og stiller store krav til kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell. Det er derfor behov for å styrke formidlingskompetansen innenfor helsesektoren og dette bør gjenspeiles i planen.

Del I Rammer og spørsmål til høringsinstansene

I utkastet legges det stor vekt på at fremtidige utfordringer primært er knyttet til;

- at alderssammensetningen blir endret mot en eldre befolkning
- at nye behandlingsprinsipper vil legge beslag på større deler av ressursene
- og at det er der utfordringen ligger

Fakultetet mener denne fremstillingen blir noe unyansert. For øyeblikket virker det fortsatt å være de vanligste sykdommene som dominerer. Dessuten kan det bli en utfordring fremover om alle typer pasienter og uansett alder skal få behandling selv med liten effekt og svært begrensede livsutsikter. En av de største utfordringene fremover er vilje og evne til prioritering – selv om dette vil medføre vanskelig etiske valg.

Ressurs- og kapasitetsspørsmål er nært knyttet opp til etiske problemstillinger og dilemmaer. Forholdet mellom etiske dilemmaer og ressurs- og kapasitetsspørsmål bør derfor vies større oppmerksomhet i planen. Slike etiske grensdragninger er viktige faglige, men i høyeste grad også politiske spørsmål.

Del II Felles utfordringer i helsetjenesten

Planen uttrykker bekymring for den rent medisinske doktorgradsproduksjonen. På DMF er det en stadig økning i det totale antall avlagte doktorgrader. Dagens doktorgradsproduksjon bærer preg av at det medisinske området i stadig større grad er tverrfaglig, men fremdeles er omlag halvparten av de avlagte doktorgradene gjennomført av medisinere. Forskningen innenfor det medisinske området er og vil i stadig sterkere grad være disiplinoverskridende. I planen bør det derfor fokuseres sterkere på betydningen av tverrfaglig tilnærming og legges inn tiltak som stimulerer til tverrfaglighet. Fakultetet vil også fremheve betydningen av forskerlinjen ved fakultetet som en viktig rekrutteringskilde for forskere med medisinsk bakgrunn.

Ferdighetstrening og trening på samhandling vektlegges i all forskning. Dette er en positiv vinkling på sikkerhetsaspektet i stedet for å snakke om rapportering av feil. Det er viktig å utvikle organisasjoner som evner å lære av feil og hvor den enkelte ikke er engstelig for å rapportere feil fordi dette kun får negative konsekvenser.

Utvikling av moderne teknologi vil være et viktig bidrag til kvalitet og effektivitet i helsevesenet. Moderne teknologi er imidlertid et hjelpemiddel for å bedre helsetjenestene og ikke nødvendigvis et mål i seg selv. Det vil fremdeles være viktig å ivareta de menneskelige aspekter, omsorg og behov for direkte dialog.

Etablering av medisinske kvalitetsregistre er et svært viktig tiltak i arbeidet for å overvåke og styrke kvalitet i helsetjenesten. En rekke aktører har deltatt i arbeidet med ulike registre, men manglende satsning fra helsemyndigheter har vært en hindring. Likeså har problemer med konsesjon fra Datatilsynet vært en hindring. En større satsning både for å løse de økonomiske og juridiske hindringer anses som vesentlige tiltak for å komme videre i dette arbeidet.

Planen bør være mer tydelig på betydningen av nært samarbeid mellom universitetene og helseforetakene når det gjelder å legge strategier for hvordan forskningsmidler skal fordeles.

Fagpersoner og –miljø ved lokalsykehus og mer spesialiserte sykehus bør i så sterk grad som mulig knytte sine forskningsaktiviteter opp mot større og sterkere forskningsmiljø ved universitetssykehusene/universitetene.

Nasjonal helseplan bør i sterkere grad uttrykke en internasjonal ambisjon – norsk medisinsk forskning må foregå på en internasjonal arena og det bør være en klar ambisjon om aktiv deltagelse i større internasjonalt finansierte forskningsprosjekt (f.eks. gjennom EUs 7. rammeprogram)

Psykisk helse

Det er fortjenestefullt at man gjennom de senere år har bygget opp en omfattende tjeneste på kommune- og DPS-nivå. Samtidig virker vedlikehold av sykehusavdelingene å være forsømt. Det totale bildet av en behandlings/ tiltakskjede som planen har som mål er prisverdig og godt, men denne behandlingsskjeden er på tross av satsingen ennå svak i alle ledd. Kommunene mangler kompetanse på alle nivåer, DPSene mangler dels kompetanse, dels fagfolk. Begge deler skyldes delvis uklare styringssignaler fra sentralt hold. For sykehusavdelingene oppleves kravene enda mer uklare. Spesielt er formuleringene om at disse nå skal omstilles til å ivareta "spissfunksjoner" svært

uklar. Dette vekker bekymring da disse enhetene har vært behandlingsskjedens ankerpunkt, og uten dem har mye av det øvrige ikke kunnet fungere. Selv om målet synes å være å eliminere behovet for dem, er det ennå langt dit. Samtidig er fagmiljøet ved mange av disse enhetene i ferd med å forvitne grunnet uklarheter og manglende stimulering. Den nye formuleringen vil lett kunne marginalisere denne ytterst nødvendige virksomheten ytterligere.

En videre styrking av psykisk helsevern vil kreve satsing utover opptrappingsperioden, klarere styringssignaler for hele kjeden, og en satsing på egnede rammer for den enkelte deltjeneste og på et personale som har den nødvendige kompetanse til å fylle systemet med effektive hjelpe- og støttetiltak.

Del IV Spesialisthelsetjenesten

Organisering og styring

Dagens foretaksmodell er utfordrende både i forhold til skillet mellom RHFenes rolle som "sørgefor" nivå og som konsern, og i forhold til behovet for lokal frihet til å fatte beslutninger og sentralt behov for koordinering og samordning. Den siste konflikten vil både gjelde i forholdet mellom stat og RHF og i forholdet mellom RHF og HF.

Innføring av lokale politiske representanter i styrene kan være en styrke i forhold til gjennomslagskraft og demokrati, men også en svakhet i forhold til handlingskraft. En nasjonal helseplan bør omhandle styringsmodellen ut fra begge disse vinklingene.

Dagens helsepolitikk gir ulike og dels motstridende signaler. Dette gjelder både forholdet mellom;

- helseforetakenes behov for planlegging og stabilitet og den usikkerhet som skapes gjennom en styrking av pasientrettigheter og fritt sykehusvalg
- krav til stram økonomistyring i en situasjon hvor finansieringssystemet er rettet inn mot å belønne økt aktivitet.

Nasjonal helseplan bør i sterkere grad bidra til en klargjøring av hvilke mål man primært ønsker og prioritere og i den forbindelse bidra til en klargjøring av formålet med virkemiddelbruken. I denne sammenhengen bør man også i større grad klargjøre rollefordelingen mellom departement, direktorat og sektor.

Planen er lite tydelig når det gjelder strategier for høyspesialiserte tjenester. Det er viktig og det forventes at et økonomisk privilegert samfunn som det norske deltar også i denne delen av den medisinske utvikling. Planen kan bli enda tydeligere på behovet for nasjonale organer/råd i planlegging/samordning av høyspesialiserte tjenester.

Nasjonale kompetansesentra bør i så sterk grad som mulig knyttes opp mot forskningsaktiviteter- og miljø ved universitetene.

Kapasitet og struktur.

Spørsmålet om kapasitet er både knyttet til volum og fordeling. En situasjon med fritt sykehusvalg kan komme i en konflikt med lokale målsettinger om å være "selvforskynte" og faktiske pasientstrømmer. Det er behov for at en nasjonal helseplan klargjør hva man legger i begrepene "lik tilgang" både innen en region og mellom regioner.

Videre må helseplanen evne å se primær- og spesialisthelsetjenesten som en helhet, og på en konstruktiv måte behandle de problemstillinger som ligger i samordningen mellom vel 430 primærkommuner og 5 regionale helseforetak. I denne sammenhengen må lokalsykehusenes rolle diskuteres, ikke ut fra deres rolle som et distriktpolitisk instrument, men som deres rolle i en behandlingsskjede som går fra allmennlegen til de mest høyspesialiserte tjenester.

Nasjonal helseplan bør skissere en modell for arbeidsdeling mellom de ulike delene i denne kjeden som er både er faglig motivert og samfunnsøkonomisk forsvarlig.

Investeringer

Investeringsnivået i spesialisthelsetjenesten er i dag på et nivå tilsvarende omlag 2 ganger de midler som ligger i basisrammen til finansiering av investeringer. Dette får både konsekvenser for sektorens evne til å dekke løpende rentekostnader, men innebærer også at man i stor grad må dekke kostnadene knyttet til økt kapitalbeholdning gjennom framtidige innsparinger på driftsbudsjettet. Fakultetet er usikre på om man fullt ut har tatt inn over seg de konsekvenser det investeringstempoet som nå er i sektoren vil kunne få for ressursbruken og ressursbehov i årene som kommer.

Det er behov for at nasjonal helseplan klargjør formålet med investeringer (å få økt kvalitet på utstyr og bygninger eller å erstatte arbeidskraft med kapital), og samtidig klargjør i hvilken grad beslutninger om investeringer lar seg delegere nedover i systemet. Konsekvensene av et mer sentralisert beslutningsregime vil kunne være dramatiske ift intensjonene bak styringsmodellen, og også skape uheldige incentiver ift lokalt vedlikehold av kapital.

Med hilsen

/sign

Stig A. Slørdahl

Dekanus

/sign

Anne Katarina Cartfjord

Fakultetsdirektør