

## **Vedlegg 2: Utdypende kommentarer til Høringsnotat - Nasjonal helseplan (2007-2010)**

### **GENERELLE KOMMENTARER**

Høringsdokumentet skisserer i hovedtrekk en helsetjenesteplan, med et særlig fokus på spesialisthelsetjenesten. Innledningen legger opp til at temaet "sosial ulikhet i helse" skal drøftes, men dette er nesten ikke berørt og da kun som en utfordring for tjenestene.

Forebygging har fått sitt eget kapittel *Utfordringer for folkehelsen*, men dette er bygd opp svært forskjellig fra de øvrige kapitler i Del II og med få eller ingen forslag til satsing, strategier eller tiltak. I sum gjør dette at dokumentet preges av et for sterkt fokus på helsetjenester og et for svakt fokus på folkehelse.

I beskrivelsen av rammer er de grunnleggende kravene i helselovgivningen og annen norsk lovgivning lite omtalt. Norge er unik i verdenssammenheng mht å ha en omfattende lovgivning som skal sikre at kritiske / viktige områder som eksempelvis pasienters rettigheter, samhandling og faglig forsvarlighet. Norge er også av de få land som har lovdefinerte styringsprinsipper for helsetjenesten (internkontroll). Nasjonal helseplan burde bygge mer opp under disse kravene som legger lista for norsk helsetjeneste høyt, også i forhold til mange andre land. Ved å fremheve myndighetskravene og sørge for at de gjøres mer pedagogisk tilgjengelig for de som skal følge dem, vil en samtidig bidra til å sikre og synliggjøre den solidariske modellen som skal sikre rettferdige, likeverdige og gode helsetjenester. Etterlevelse av verdigrunnet handler i stor grad om å etterleve lovkravene.

Statlig eierskap av spesialisthelsetjenesten gjør det mulig å gjennomføre store organisatoriske endringer. I de ytterste ledd skal de samme primær oppgavene løses, uansett hvordan man organiserer eller omorganiserer. Det skal ofte relativt små endringer til sentralt, for å få til store endringer i de ytterste leddene. Norge har geografiske utfordringer og så lavt folketall (jfr Nord-Norge) at det kanskje må tenkes andre faglige og ressursmessige løsninger i fremtiden enn i de fleste andre land. Uansett må en alltid ha beste praksis og brukerens behov som hovedsak, og ikke la økonomiske systemer legge for mange utfordringbare føringer.

### ***Innspill på valg av temaer og problemstillinger***

Deler av beskrivelsene antyder en ubalanse (asymmetri) i styringsforholdet mellom de to helsetjenestenivåene, men det gjøres ingen forsøk på analyse av denne vesentlige utfordringen for den samlede helsetjenesten, herav heller ingen forslag til strategier eller tiltak. Denne utfordringen blir stadig tydeligere. I praksis handler det om at foretaksreformen har gitt en sterkere og mer enhetlig organisering av spesialisthelsetjenesten, mens de kommunale tjenestene mangler en tilsvarende styring.

Primærhelsetjenesten (i betydningen alle helse-, pleie- og omsorgstjenester) har derfor ikke utviklet seg til å bli en solid og, på landsbasis, likeverdig trygg grunnmur i helsetjenesten. Samtidig har fastlegereformen gjort at primærlegetjenesten er blitt mer privatisert og mindre integrert i øvrige kommunale tjenester. Resultatet er at vi i stedet for målet om et enhetlig fundament for helsetjenesten har fått en uhensiktsmessig stor variasjon i kommunale tjenester. Dette øker utfordringene i samarbeidet og samhandlingen med

spesialisthelsetjenesten framfor å redusere dem. Det anbefales at Nasjonal helseplan tar opp og drøfter denne utfordringen.

Det er positivt at Nasjonal helseplan kommer til å inneholde samhandling som fokusert område, og at Wisløff-utvalgets innstilling trekkes frem i denne forbindelse. En utfordring vil her bli å utvikle et tydelig målbilde og strategier for å nå dit.

I høringsnotatet fremheves mestringsperspektiv som et sentralt tema i Nasjonal helseplan. En ytterligere belysning av dette emnet imøteses med stor interesse.

## **KOMMENTARER TIL DEL II FELLES UTFORDRINGER I HELSETJENESTEN**

### ***Utfordringer for folkehelsen – forebygging***

Forebyggingsperspektivet vektlegges i Nasjonal helseplan, men bør utdypes på temaet sosial ulikhet i helse. Det gjentas i høringsnotatet flere steder at ulikheten "trolig" har økt. Dette gir et unødvendig inntrykk av tvil til dokumentasjonen. I tillegg til de utfordringer dette gir for tjenestene, er det en selvfølge at regjeringens satsing på nye strategier nevnes, herunder at helsefremmende arbeid vektlegges.

Det personlige helseansvar fremheves som første hovedstrategi og det vil være naturlig men en utdyping av verdien av egenmestring og strategier for dette, samarbeidet om NAV-reformen, og helsemessige konsekvenser av sosiale utviklingstrekk på områder som familie, sosiale nettverk og økning i antall enpersonshusholdninger.

### ***Strategi for kvalitet og prioritering***

Samfunnsutviklingen går en del i retning av å definere mestringsproblemer som sykdom. WHO sin definisjon på helse: "Helse er ikke bare fravær av sykdom, men en tilstand av psykisk, fysisk og sosialt velvære", er med på å underbygge denne utviklingen. Dersom man for eksempel ikke har god helse pga dårlig sosial velvære, er det nærliggende å kalle det sykdom. Uhelse blir sykdom. Mennesker får en diagnose, når det egentlig handler om personlig eller samfunnsmessig mestring (når er det for eksempel klokt/uklokt å bruke sykmelding, uføretrygd osv, og når er sosiale problemer, alkoholproblemer, rusproblemer, spilleavhengighet, overvekt osv sykdom som helsetjenesten skal behandle?).

Kvalitet og prioritering handler også om hvilke lidelser eller tilstander man velger å sikre befolkningen et grunnleggende tilbud på. Det vil si hvilken "grunnpakke" av helsetjenester som skal være minimum, til hvilken standard og tilgjengelighet. Dette vil være en solidarisk modell der de som trenger det mest skal sikres et grunnleggende tilbud.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten bør koples opp til Internkontrollforskriften for sosial- og helsetjenesten og veilederen "Hvordan holde orden i eget hus". Strategien er et langsiktig arbeid, mens internkontroll skal virke nå. Internkontroll har et sterkt lederfokus, mens strategien er mer prosessorientert. De har imidlertid samme målsetting og er i stor grad overlappende.

Kvalitet handler i stor grad om hvor lista legges for all aktuell aktivitet. Minstekravet til hvor lista skal ligge er myndighetskravene, dvs tjenestene skal utføres faglig forsvarlig og alle myndighetskrav skal følges. Kvaliteten viser seg imidlertid i møtet med pasienten, dvs hvordan pasienten blir møtt og hvilket resultat behandlingen gir. Formålet med register,

indikatorer, rapportering, faglige standarder, pasientforløp osv. bør koples enda mer opp mot dette i Nasjonal helseplan.

Foretakene har ofte besøk av tilsynsmyndighetene. 11 ulike tilsynsorganer gjennomfører tilsyn og krever at foretakene følger internkontrollprinsippet innen alle de 11 lovområdene. Koordinering av dette arbeidet, ikke bare av selve tilsynene, men også definisjoner og krav til eksempelvis risikovurderinger og avviksbehandling vil bidra til å sikre "riktig" prioritering mellom lovområdene. For eksempel skal det tas hensyn til både arbeidsmiljøloven, brannlovgivningen og helselovgivningen når det gjelder korridorpasienter. Hvilken lov har førsteprioritet?

Prioritering og kvalitet har mange dimensjoner på mange nivå. De som trenger det mest skal få rett behandling på rett nivå til rett tid. Det er en lederoppgave å legge til rette for at dette skjer systematisk, og lederrollen bør generelt beskrives mer i Nasjonal helseplan. Helhetlig kvalitetssystem med internkontrollkrav fra alle 11 tilsynsmyndigheter bør være nevnt som minstekrav for styring/ledelse.

### **Strategi for samhandling**

Det er positivt at høringsnotatet gjennomgående og tydelig viser at samhandling er en av de store utfordringene. Høringsnotatet blir mindre tydelig når det kommer til strategier for samhandling. I dette utkastet blir IKT fremhevet som det viktigste virkemidlet, men selv om IKT er et viktig verktøy for å styrke samhandlingen, må en nasjonal helseplan legge vekt på flere strategier og tiltak.

I spesialisthelsetjenesten er det en særlig oppgave å styrke den interne samhandlingen, slik at pasientene i større grad opplever tjenestetilbudet som sammenhengende og helhetlig. Mellom tjenestenivåene er det ennå mye å gjøre på å konkretisere avtalene mellom helseforetak og kommuner/bydeler.

For at samhandlingen skal bli reelt forbedret, er det helt vesentlig at innholdet i grunn- og videreutdanningen av helsepersonell endres og styrkes gjennom en tidsplan med konkrete frister. Helse Øst vil også gjenta tidligere forslag om behovet for økonomiske insentiver for samhandling om enkeltpasienter.

Planen antyder at noen sykdoms- og pasientgrupper, for eksempel kols og diabetes, egner seg for konkrete samhandlingsprosjekter. Helse Øst vil gjerne være med på å utvikle slike prosjekter, og vil at planen også skal understreke det store behovet for mer dokumentasjon og forskning på samhandling og pasientforløpsstudier. Korridorpasienter er for de fleste helseregionene et aktuelt eksempel.

Det er positivt at høringsnotatet understreker koordinering og samhandling også mellom helseforetakene og det regionale helseforetaket. Nasjonal helseplan bør inneholde mer om hvordan oppgave- og funksjonsdeling best kan finne sted mellom disse nivåene.

Private aktører utgjør en ikke ubetydelig andel av helsetilbudet i Norge, både som supplement til manglende kapasitet og som alternativ til det offentlige helsevesen. Nasjonal helseplan bør derfor inneholde beskrivelse av strategier for samhandling i forhold til de forskjellige rollene private aktører kan ha som supplement og alternativ til et offentlig tilbud. I Helse Øst vil strategi for bruk av private leverandører bli fulgt opp og revideres i 2006. Dette

gir forutsigbare rammebetingelser, blant annet ved bruk av 2- og 3års rammeavtaler med årlige ytelsesavtaler.

Høringsnotatet påpeker at Wisløff-utvalgets innstilling følges opp med to prosesser i HOD og at det vil bli redegjort for dette i statsbudsjettet 2007. Wisløff-utvalget er det vesentligste dokument de siste år i forhold til samhandling, helhet og ansvars- og oppgavefordeling mellom tjenestenivåer innen helse-, omsorg- og sosialtjenester både på førstelinje- og spesialistnivå. Innstillingen er ikke bare strategisk, den er også operasjonell og har tiltak også innen jus og økonomi. Det stilles derfor store krav til samordningen mellom Nasjonal helseplan og oppfølgingen av Wisløff-utvalget.

Et annet perspektiv som kunne vært mer belyst, er hvordan økt individualisering og økte pasientrettigheter kan gi nye fremtidige utfordringer både for pasienter og helsepersonell. Pasienter har rettigheter som helsepersonell har problemer med å oppfylle. Jfr individuell plan og pasientansvarlig lege. Dette handler ikke bare om prioriteringer og ressurser, men om finne frem til egnede styringsteknikker for samhandling. Det er en stor utfordring at de lidelsene som bør ha høyest prioritet pga store samfunnsmessige og personlige konsekvenser, ofte er de som er mest komplekse og vanskeligst å lykkes med. Gode ledelses- og styringssystemer for å sikre systematisk oppfølging og forutsigbarhet er essensielt. Koordinering / koordinatorene er viktige pådrivere i samhandlingen, men kan ikke erstatte ledelsens ansvar for helhetlig styring.

### ***Psykisk helse***

Særlig innen psykisk helsevern og rusbehandling er det viktig å utvikle samhandlende behandlingsskjeder på tvers av nivågrensene. En viktig del av disse behandlingsskjedene er det kommunale ansvaret for å gi basistjenester til mennesker med denne typen problemer. Nasjonal helseplan bør fokusere på de utfordringene kommunene har med blant annet å etablere et tilstrekkelig antall bemannede boliger innen psykisk helsevern og rus. Et manglende tilbud innen dette feltet vanskeliggjør god pasientflyt og hensiktsmessig ansvarsfordeling.

### ***IKT i helsetjenesten***

Nasjonal helseplan må ta hensyn til og ivareta at IKT vil være en viktig premissgiver i arbeidet med å videreutvikle helsetjenestene i Norge. Utvikling av "Grenseløs omsorg", "Beredskap", "styrings- og kvalitetsindikatorer" er eksempler på områder som er meget avhengig av utviklingen innen IKT. Tempo i utviklingen vil være avhengig av organisasjonsutvikling og investering. Behovet for styringsdata og bruk av IKT i alle funksjoner, vil stille krav til IKT kompetanse og kontinuerlig kompetanseutvikling.

IKT har på mange områder kommet meget langt i prosessmodellering, sentralisering/desentralisering, globalisering og standardisering. Erfaringer fra dette må kunne brukes også i videre utvikling av helsesektoren.

Helse Vest til HOD har utarbeidet et notat til HOD vedr innspill til Nasjonal Helseplan IKT. Dette arbeidet skal gjennomgås i Nasjonal IKT, som vil gi et separat innspill til departementet. Helse Øst er også involvert i dette arbeidet.

IKT vil være understøttende og premissgiver for måloppnåelse innen de rammer som er skissert i høringsnotatet. Forståelse av sammenhengen mellom virksomhetens

kjerneprosesser, endring av disse, og den rollen IKT vil ha i å operasjonalisere dette er ikke tydelig adressert. IKT vil være en av de viktigste forutsetningene for å adressere de felles utfordringene som er skissert i høringsnotatets del II. IKT vil for eksempel være premissgiver for kvalitetsmåling, tilgang til styringsdata og samhandling.

Videreutvikling av kunnskap og erfaring vil være avhengig av IKT støtte for å kunne systematisere og analysere erfaringsgrunnlag som finnes. Utvikling og analyse av nasjonale kvalitetsindikatorer vil kreve standardisering og bruk av IKT. Dette vil henge tett sammen med prosessforståelse og organisasjonsforståelse.

Nasjonal helseplan skal peke på behovet for kvalitetsforbedring og utvikling av registrering og indikatorarbeid. Dette er arbeid som ikke vil kunne gi effekt uten vesentlig IKT støtte og prosessutvikling. Eksempelvis vil arbeid med utvikling av datavarehusløsninger, felles dimensjoner for analyse og prosesser for målstyring, være nødvendig for å kunne måle og oppnå kvalitetsforbedring og videreutvikling.

Manglende kunnskap om sammenhengen mellom balansert håndtering av de seks kjennetegn ved god kvalitet og helsegevinst for pasientene nødvendiggjør etablering av balansert målstyring med IKT løsninger som en forutsetning for å kunne forstå og analysere multidimensjonale problemscenarier. Overordnet må Nasjonal helseplan ta stilling til IKT som virkemiddel for å bygge endringskompetanse.

Gjennomgående helhetlig systematikk for sammenheng mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vil forutsette prosessmodellering og IKT løsninger. For å understøtte samhandling anbefales det at det vurderes å gjennomføre tiltak av overordnet organisatorisk karakter. For å kunne håndtere konsekvensen av eventuelle organisatoriske tiltak, uten å "starte på nytt", bør prosesser med tilhørende IKT verktøy utvikles med mest mulig innebygget fleksibilitet.

Som et sentralt element i Nasjonal helseplan bør utvikling og bruk av Norsk Helsenett styres på en slik måte at sammenhengen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten styrkes. Norsk Helsenetts rolle som eneleverandør av et lukket bransjenett må styrkes i hele helsesektoren. Norsk Helsenett bør inngå i Nasjonal helseplan på en slik måte at det sikres utvikling i takt med utviklingen i tele- og datacom bransjen generelt. Dette gjøres gjennom volum og utvikling av nye tjenester i takt med andre bransjer.

Videre utvikling av EPJ vil stille store krav til prosessforståelse og utvikling av kjerneprosesser.

For å sikre en stabil drift av IKT tjenestene er det behov for store investeringer. Disse investeringene må henge sammen med de målsetninger og investeringsplaner som lages for virksomheten som helhet. De teknologiske og finansielle utfordringer dette vil medføre er ikke godt reflektert i høringsnotatet.

Kap 6.2 gir ikke en god forståelse av den fundamentale sammenhengen mellom strategiske målsetninger og den utvikling som foregår innen IKT.

Beredskap i helsevesenet må ta høyde for bortfall av IKT som helhet. Alle beredskapsplaner må ta høyde for at det ikke finnes IKT infrastruktur (telefoni, mobiltelefoner, datasystemer, pasientsystemer etc) tilgjengelig.

Framtidens omsorgsutfordringer adresserer blant annet "Grenseløs omsorg" – IKT vil være en av premissgiverne for utviklingen av fleksible løsninger.

Det pekes på at det mangles gode styringsdata. Styringsdata vil produseres av IKT systemer, med datagrunnlag fra de operative prosesser og parametere som er definert. Datamengdene som produseres vil måtte basere seg på en fungerende underliggende IKT infrastruktur. Definisjon av begrepet "Struktur" vil henge tett sammen med de IKT løsninger som etableres.

### ***Forskning for bedre helse***

Helse Øst har vedtatt en forskningsstrategi for 2005-2007 med tiltak som ivaretar krav i bestillerdokument om at de regionale helseforetakene skal prioritere forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater.

I Helse Øst er prosjekter innenfor psykisk helse og rus er prioritert ved tildeling av forskningsmidler. Det er også opprettet en rekke nye stipendiatstillinger ved helseforetakene/sykehusene.

I høringsdokumentet gis forskning en betydelig plass. Helse Øst er i store trekk enig i de momentene som legges frem. Det er viktig at forskning og utvikling av forskningsbasert beste praksis også gis en sentral plass i Nasjonal helseplan.

### ***Tverrfaglige satsninger, handlingsplaner og strategier***

Det er behov for nasjonal samhandling og koordinering på en lang rekke områder, eksempelvis innen psykisk helsevern, rusfeltet og kreftomsorgen. Det er viktig at Nasjonal helseplan omtaler hvilke områder og strategiske føringer og prioriteringer som skal følges opp. Helse Øst vil være støttespiller i utviklingen av de prioriterte områdene.

Helhetlige løsninger av oppgavene vil også innebære en forpliktelse for de regionale helseforetakene til etablering/ivaretagelse av fellesoppgaver og interregional samordning. I st.prp. nr. 1 fremheves det som meget viktig at de interregionale initiativ og arbeider videreføres slik at de understøtter hovedprioriteringene i helsetjenesten. Det anses videre som viktig og vesentlig at de regionale helseforetakene også på eget initiativ ivaretar nødvendig samordning og underbygger de regionale helseforetakenes omdømme som potent instans for fag, styring og ledelse.

Det pågår i dag interregionalt samarbeid på en rekke områder:

- IKT – nasjonalt helsenett
  - Forskning
  - Lederutvikling
  - Psykisk helsevern
  - Prioritering
  - Nødnett
  - Utdanning
  - Felles avtaler med utenlandske leverandører
  - Pensjonsspørsmål - KLP
  - Langsiktig pensjonsstrategi
  - Gjennomgang av:
    - Radiologifaget
    - Blodbank
    - Traumetilbudet
    - Mv.
  - Koordinering av sekretariatsoppgaver for AD-møtet og fagdirektørmøtet.
- Med bakgrunn i bestillerdokumentet for 2006 vil også belyse følgende punkter
- Harmonisering av prioritering og

- Utvikling av finansieringsordning mellom RHF og HF – felles seminar
  - Lønnsoppgjør
  - Forhandlinger med legeforeningen om rammeavtaler for praktiserende spesialister
  - Forholdet til legemiddelindustrien
  - Luftambulansen ANS
  - Felles opplegg for fakturering av ambulanseoppdrag
  - Legemiddelinnkjøpssamarbeid
  - Gjennomgang høyspesialiserte funksjoner
  - Helseforetakenes innkjøpssenter
  - Praksiskonsulentordningen
  - Rusomsorg
  - Rehabilitering – nasjonalt kontaktforum
  - Behandlingshjelpemidler
  - tildelingskriterier
  - Samlet kapasitetsanalyse for spesialisthelsetjenesten, med oppfølgingsstrategi
  - Helhetlig plan for fremtidig organisering av høyspesialiserte tjenester
  - Iverksetting av forskningssamarbeid innenfor minst to fagområder
- Med bakgrunn i protokollene fra foretaksmøtene i januar 2006 vil også samarbeide på følgende områder:
- Samordning og standardisering av IKT
  - Organisering av stabs- og støttefunksjoner
  - Forholdet til ILO-konvensjon nr. 94
  - Nødnett – utbygging av felles digitalt radiosamband for nødetatene
  - Beredskapsområdet
  - Utvikling av felles kommunikasjonskanaler

Helse Øst vil forsette å ta initiativ til interregionalt samarbeid og bidra til nødvendig koordinering av aktivitetene. Det anmodes om at departementet balanserer sine samordningsaktiviteter i forhold til de regionale helseforetakene selvstendige ansvar for å løse sine oppgaver.

### **KOMMENTARER TIL DEL III KOMMUNALE HELSE- OG SOSIALTJENESTE**

Det er ovenfor nevnt behovet for en balanse mellom det kommunale selvstyret og en sterkere styring av kommunale tjenester. For eksempel er god samhandling avhengig av at partene vet hva de kan forvente av hverandre. I dag vanskeliggjøres samhandlingen av at spesialisthelsetjenesten må forholde seg til uforsvarlig store ulikheter mellom kommunene, både i organisering og utbygging av kommunale tjenester.

En tilsvarende mangel på styring eksisterer for fastlegeordningen. Planen redegjør godt for utfordringene i primærlegetjenesten, men vi vil understreke behovet for bedre løsninger, fremfor alt bedre stabilitet, for sykehjemmene og legevaktjenesten. Det bør også legges til rette for at fastlegenes kunnskap og erfaringer bedre utnyttes på systemnivå.

I innledningen til kapitlet (9 og 9.1) er det behov for å gjennomgå oversiktstallene for ansatte og årsverk, slik at de blir konsistente.

### **KOMMENTARER TIL DEL IV PROBLEMSTILLINGER SOM ER RETTET INN MOT SPESIALISTHELSETJENESTEN**

#### **Organisering og styring**

De regionale helseforetakene styres gjennom lover, forskrifter, vedtekter og gjennom virkemidler forvaltet av Helse- omsorgsdepartementet. Samlede styringsbudskap gis gjennom årlige bestillerdokumenter, hvor eier bl.a. stiller krav til ivaretagelse av "sørge for"-

ansvaret, og klargjør tildelingen av midler og ressursgrunnlag. I protokoll fra foretaksmøter klargjør eier det overordnede styringsbudskap og prestasjonskrav, samt krav og rammebetingelser knyttet til organisering og økonomi.

Utvikling i et mer langsiktig perspektiv gir utfordringer som bare kan møtes ved samspill mellom god oppgaveløsning på RHF-nivå og riktige rammebetingelser fra eier. Løsninger kan ikke utvikles uten dialog med brukere og samarbeidspartnere. For å kunne gjennomføre dette er det av vesentlig betydning av RHFene har frihet til selv å kunne utforme hensiktsmessige løsninger på en god måte.

(Se også vedlegg om evalueringsrapporter om helseforetaksreformen.)

### **Kapasitet og struktur**

Frem mot 2020 vil Helse Øst oppleve en betydelig økning i den eldre delen av befolkningen. For personer 70 år og eldre ventes en økning på 0,4 prosent fra 2003 til 2010, og 26,2 prosent fra 2003 til 2020. Etter 2020 vil denne utviklingen fortsette frem mot 2050. Dette vil ha store konsekvenser for sykehustilbudet i regionen og helseforetakenes virksomhet. Langsiktige planer og utviklingsstrategier må ta hensyn til dette.

Til tross for dette har en, bl.a. med utgangspunkt i utviklingen i liggetid og overgang til mer poliklinisk behandling og dagbehandling, vurdert at behovet for sykehussenger ikke vil øke. Viktige forutsetninger for at dette kan oppfylles er bedre samhandling internt og mellom behandlingsnivåene og en betydelig større kapasitet innen poliklinikk og dagbehandling.

Det kan også synes å være rom for betydelig en kapasitetsutvidelse ved å øke utnyttelsesgraden av operasjonsrom og poliklinikker og systematisk arbeide for å få ned liggetiden. I det videre arbeid med Helse Øst 2025 vil en foreta en nærmere utredning av disse spørsmålene. Videre vil Helse Øst i 2006 samarbeide med øvrige regionale helseforetak om å utarbeide en samlet kapasitetsanalyse for spesialisthelsetjenesten.

Kapasiteten, hvor mange pasienter som kan behandles per år i de ulike deler av virksomheten, bestemmes av flere faktorer:

- o Bygningsmessig kapasitet (sengeplasser, operasjonsstuer, laboratorier, undersøkelses- og behandlingsrom osv)
- o Utstyr
- o Personell
- o Organisering av virksomheten både internt i spesialisthelsetjenesten og i forhold til primærhelsetjenesten

Helse Øst utvikler planer basert på fremskrivingsmodeller (Buhaug/SINTEF) som gir som resultat at det ikke er behov for flere senger i tiden fremover. I utvalgsarbeidet knyttet opp mot Helse Øst 2025 legges en ytterligere reduksjon av liggetid og en økning av kapasitet for dagbehandling og poliklinisk virksomhet til grunn. Dette har konsekvenser i forhold til fremtidige beslutninger om investeringer og strukturell organisering.

Det er viktig at det også på nasjonalt nivå utredes tiltak for en styrt utvikling av samlet behandlingsskapasitet. Helse Øst vil i denne sammenheng søke å utvikle planer og tiltak for å redusere gjennomsnittlig liggetid og å øke åpningstiden for dagbehandling og poliklinisk virksomhet. En vil også arbeide videre med tiltak for en bedre samhandling med Helse Sør RHF for å sikre god utnyttelse av den samlede behandlingsskapasitet i hovedstadsområdet.



Det arbeides med utvikling av et eget dokument for kapasitet på oppdrag av Nasjonal helseplan. Helse Øst er engasjert i dette arbeidet. I tillegg vil det, på bakgrunn av Bestillerdokumentet 2006, settes i gang arbeid med å videreutvikle metodikk for kapasitetsanalyser og vurderinger.

### ***Investeringer***

Helse Øst står overfor store utfordringer med å betjene kapitalkostnadene ved de store prosjektene som etter hvert tas i bruk innen 2008. Størstedelen av de økte kapitalkostnadene må tas gjennom effektivisering av driften. På bakgrunn av dette, og de gjeldende finansieringsordningene for nyinvesteringer, har Helse Øst begrensede muligheter for nybygginger i de nærmeste årene.

Siden det ved den statlige overtagelsen av sykehusene var registrert store vedlikeholdsetterslep som krever betydelige investeringer, vil det av samme grunn være vanskelig å komme à jour. Vedlikeholdsetterslepet er per i dag beregnet til om lag 4 mrd. kroner. Det vil derfor være ønskelig med avhending av ukurante bygg, for derigjennom å redusere arealene og oppnå en mer effektiv drift.

Flere av de potensielle avhendingsobjektene må erstattes med nybygg som mer effektivt støtter opp om kjernevirksomheten, men det totale arealet bør likevel reduseres.

Avvik mellom årlige avskrivninger og mottatte avskrivningstilskudd/korrigeringer øker årlig. Årsaken til dette er bl.a. at den årlige korrigeringen av strukturfond og levetid blir mindre og mindre for hvert år.

### ***Lokalsykehus***

Planutkastet utdyper HODs tidligere omtaler av lokalsykehusfunksjonene, som nå konsekvent beskrives som lokalsykehus*tjenester*. Vi merker oss at "det legges opp til å opprettholde et desentralisert sykehusstilbud. Ingen lokalsykehus skal nedlegges", men også at "det bør gis rom for en fleksibilitet i oppgavefordelingen mellom de ulike delene av helsetjenesten, i henhold til hva som er hensiktsmessig ut fra ny medisinsk/ teknologisk kunnskap". Lokalsykehusbegrepet er ikke entydig og kan muligens erstattes med lokalbasert spesialisthelsetjeneste eller lignende. Nasjonal helseplan bør omfatte en bredere analyse langs dimensjonen sentralisering/desentralisering og en vurdering både i forhold til geografi og innhold.

Helse Øst understreker behovet for fleksibilitet, og ser en utfordring i å følge opp disse forslagene, selv om mange av dem passer godt med våre planer for lokalbaserte spesialisthelsetjenester.

### ***Utdanning av helsepersonell***

Kapitlet om utdanning handler mest om struktur og organisering, og må utdypes med behovet for innholdsending i alle helsefaglige helseutdanninger.

Behovet for innholdsendinger går på to forhold fra planens øvrige kapitler:

- At samhandling må inn i alle utdanninger på en helt annen måte enn i dag, jfr. det som skrives i kap. 3, 4, 5, 8 og 13. Behovet for en sterkere vektlegging av grupperettet arbeid i forhold til individrettet arbeid bør også drøftes.
- At all spesialistutdanning bedre enn i dag må ivareta at framtidige spesialister skal arbeide på ulike nivåer i spesialisthelsetjenesten, jfr. det som skrives i kap. 10, 11 og 13.

Det anføres at helsetjenesten er særdeles personellintensiv og at det er avgjørende å sikre tilstrekkelig og kompetent personell. Beskrivelsen i dette kapitelet virker statisk og trekker ikke inn utfordringene som forventes å ligge i medisinsk/teknologisk utvikling. Det refereres heller ikke til utviklingsarbeid og høringer som faktisk er igangsatt på nasjonalt nivå på området (Jf. høringen vedrørende Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og spørsmål knyttet til spesialistgodkjenning mv.)

Kompetent personale er viktig, men kompetansen må stemme overens med behovene. Det kan tenkes at en del arbeidsprosesser vil være mindre personellintensive i framtiden og at andre vil kreve mer. For eksempel vil perspektivet fram mot 2025 med en befolkning som lever lenger og pådrar seg flere sykdommer, ikke nødvendigvis kreve mer høyteknologi og spesialisert personell.

I denne sammenheng er det viktig å være oppmerksom på spesialisthelsetjenestens behov for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere så vel som høyspesialisert personell. Et viktig perspektiv vil være at personell som utfører praktiske funksjoner i nær kontakt med pasienten kan spesialisere seg på dette uten å fjerne seg fra pasienten.

Et annet fremtidsperspektiv vil være å inkludere andre profesjonsgrupper enn de som tradisjonelt betegnes som helse- eller medisinsk personell i større grad. Det vil dreie seg om akademisk og yrkesfaglig personell fra ulike utdanningsområder som ikke nødvendigvis har en medisinsk eller helsefaglig utdanning som utgangspunkt. Disse gruppene vil kunne ha sin funksjon ikke bare innen støtte og servicefunksjoner, men også direkte i selve behandlingen. IKT-kompetanse vil gjennomsyre hele virksomheten og må således være en grunnleggende komponent også i grunnutdanningene. Det vises for øvrig til utredningen i Helse Øst 2025 som bl.a. har belyst disse forhold mer utdypende.

Utredning og drøfting av fremtidig utdannings- og kompetansebehov bør ha et langt dristigere anslag og ikke avgrenses til referering av historie og beskrivelse av dagens strukturer. Det er mulig at øvrige kapitler i planen vil tegne fremtidsscenariene for behandlings- og kompetansebehov, men fremstillingen av utdanningsbehovene bør i så fall gjenspeile dette og kunne ut i fremtidsrettede strategier.

Nasjonale prognoser og perspektivanalyser av utdanningsbehov har vært et savn innen spesialisthelsetjenesten. Arbeidet som er påbegynt ved Statistisk Sentralbyrå med fremskrivning av tilbud og behov på nasjonalt nivå hilses derfor velkommen. Imidlertid vil det også her være viktig å ha perspektivet på behovet og hva som gir endringer i behovet. Sykdomsutvikling og demografiske forhold er en side i dette, men det er for lengst erkjent at den viktigste behovsdriveren er den medisinske og teknologiske utvikling. Nye behandlingsmuligheter skaper nye behov.

Vi vil advare mot å ensidig fremskrive tilbud og behov låst til dagens strukturer for utdanning og spesialisering. Perspektivanalyser av for eksempel legekapasiteten i seg selv – tilgang avgang, aldersfordeling, spesialistproduksjon mv. er ikke tilstrekkelig grunnlag for å vurdere fremtidig behov for spesialister. Analysen må ta hensyn til:

- en akselererende utvikling både med hensyn til medisin, teknologi og utstyr
- endringer i arbeidsoppgavene og andre måter å organisere oppgavene på
- funksjonsfordeling
- forskyvninger i arbeidsfordelingen mellom første og andre linje og
- mellom profesjoner, m.m.

Det er viktig at RHFene gis mulighet til å gi innspill i forhold til fremskrivningene som utvikles fram mot 2025.

Helse og sosialdepartementet inviterte i høringsbrev datert 12.7.2005 til diskusjon av mange sentrale spørsmål vedrørende fremtidig utdanning, godkjenning og forvaltning av legespesialister, og det ble åpnet for diskusjon av hensiktmessigheten av dagens kvoteregulering. En hadde forventet at eventuelle prosesser som er satt i gang knyttet til dette var tatt inn i helseplannotatet. Vi vil referere noen av de momentene vi har spilt inn til høringen, da vi anser at de er relevante for helseplanarbeidet.

Helse Øst er av den oppfatning at helseforetakene er best i stand til å planlegge eget behov for stillinger innen egen budsjetttramme i sitt strategiske arbeid for å dekke befolkningens behov. Helseforetakene representerer en bedre regulator enn en sentralisert detaljstyring, som i verste fall kan føre til at et knapphetsgode ikke blir godt nok utnyttet. At det til enhver tid eksisterer en rekke "langtidsledige" hjemler viser dette. At legemarkedet i dag i motsetning til i 1999 er i noenlunde balanse, understreker behovet for å oppheve kvotereguleringen.

Dersom RHFene hver for seg sørger for tilstrekkelig utdanningskapasitet til eget behov, vil de til sammen også sikre det nasjonale behovet. RHFene må videreutvikle gode styringsdata for aktivitet og bemanning og derav gjøre strategiske analyser av rekrutterings- og bemanningsbehov. Samtidig bør helseforetakene (HF) fortsatt rapportere om overlegestillinger og assistentlegestillinger til en statlig database som kan gi grunnlag for nasjonal overvåking og kvalifiserte analyser av utviklingen i legemarkedet og utdanningskapasiteten. Basert på dette vil departementet for eksempel kunne gi pålegg i det årlige bestillerdokumentet til RHF vedrørende behov for å opprette utdanningsstillinger i bestemte spesialiteter og anbefalinger om forholdstall for antall overleger /assistentleger.

Det bør vurderes om spesialiststrukturen er riktig, og om den avspeiler den medisinske utviklingen og behovene i samfunnet. Strukturen i Norge kjennetegnes ved mange og små spesialiteter, og den har vært statisk. Det er et erkjent problem i spesialisthelsetjenesten at oppstykkningen i mange spesialiteter dels hemmer effektiv organisering, ressursutnyttelse og samarbeid.

Helse Øst har gitt følgende anbefalinger som vi ønsker blir fanget opp av det pågående utredningsarbeid:

- *Kvoteregulering av alle typer legestillinger bør opphøre.*
- *Helse og omsorgsdepartementets overordnede nasjonale ansvar for å sørge for tilstrekkelig utdanningskapasitet bør utøves via de regionale helseforetakene (RHF), samtidig som også utviklingen innen legemarkedet overvåkes nasjonalt.*
- *RHFene har ansvaret for å utdanne legespesialister.*
- *RHFene må videreutvikle gode styringsdata for aktivitet og bemanning og derav gjøre analyser av rekrutterings- og bemanningsbehov og utarbeide strategiske planer.*

- De 5 RHFene sørger hver for seg for å dekke utdanningsbehovet innen de ulike spesialitetene og bidrar derved til å oppfylle og videreutvikle spesialistkapasiteten i tråd med befolkningens behov og oppfylle det nasjonale ansvaret for utdanningskapasiteten.
- Helseforetakene (HF) bør fortsatt rapportere om overlegestillinger og assistentlegestillinger til en statlig database som kan gi grunnlag for nasjonal overvåking og kvalifiserte analyser av utviklingen legemarkedet og utdanningskapasiteten.
- Basert på dette vil departementet kunne iverksette tiltak og gi pålegg i det årlige bestillerdokumentet til RHF vedrørende behov for å opprette utdanningsstillinger i bestemte spesialiteter og andre mangler.
- Sentral database for legestillinger plasseres i sentral enhet som innhenter statistikk fra andre samfunnsområder og innehar analytisk kompetanse (for eksempel SSB eller, SINTEF, jf. forslag som foreligger fra NR i egen utredning oversendt HOD).
- Dagens registrering av legestillinger bør forenkles, men inneholde data både for legespesialister og assistentleger fordelt på spesialiteter og ledige stillinger (ledighet utover 6 mndr. uavhengig av årsak). Det bør produseres årlige oversikter/analyser vedrørende kapasitet og ledighet; spesielt når det gjelder utdanningsstillinger. For øvrig bør oversikter over ledige utdanningsstillinger fremstilles tertialvis og kunne hentes ut ved behov.
- Myndighet til å fatte endelige vedtak vedrørende avvikling/oppretting av medisinske spesialiteter og fremtidig spesialitetsstruktur bør tilligge Helse – og omsorgsdepartementet.

Et område er praksisstudier som en av hovedoppgavene til helseforetakene. Her har Helse Øst gjennom flere år spilt inn at den medisinske utviklingen og endringer i pasientbehandlingen i sykehusene byr på store utfordringer til omstilling og tilrettelegging av gode praksisstudier:

- antallet senger synker
- belastningen på den enkelte sengepost øker – sykere pasienter, flere studenter pr. sengepost totalt.
- raskere pasientflyt – kortere diagnostisk tid
- økt behandling utenfor sykehus
- større grad av selvadministrasjon av egen helse/kronisk lidelse
- pasient- og pårørende opplæring.

Praksisstudiene må tilpasses de nye behandlingsstrategier, organiseres ut fra behandlingsskjeder og at tverrfaglighet og samarbeid må vektlegges i større grad også i grunnutdanningene. Videre at det i større grad må etableres praksisplasser i alle deler av sykehusets virksomhet – at "antall senger" ikke bør være den begrensende faktor. Fra helseforetakenes synspunkt oppleves til tider "høy studenttetthet" og dette er krevende for formidling, samarbeid og oppfølging knyttet til praksisplasser. Samarbeidsorganet Helse Øst tok i 2005 initiativ til to omfattende prosjektarbeid for å gå dypere inn i problemstillingene. Det er et sterkt ønske at man på nasjonalt nivå har systemer som fanger opp resultater og anbefalinger fra denne type utviklingsarbeid raskere og at erfaringene kan omsettes i utprøvinger innen utdanningssystemet som så evalueres og evt. innføres i rammeplanene.