



Finansdepartementet

Sendt kun pr. e-post:  
postmottak@fin.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 15/1337

Dato: 01.06.2015

## **Legeforeningens høringsuttalelse - Produktivitets kommisjonens første delrapport - NOU 2015:1**

Det vises til NOU 2015: 1 Produktivitet - grunnlag for vekst og velferd. Legeforeningen mener det var riktig å nedsette en produktivitetskommisjon. Dette gjør det mulig å gjennomføre omfattende og uavhengige analyser av produktiviteten i Norge. En forutsetning for at en slik satsing skal ha nytte er imidlertid at analysene blir gjennomført med grundighet, åpenhet og transparens. Det er en utfordring at kommisjonens arbeid spenner over så store samfunnsområder at det blir krevende å gå inn i de ulike sektorer med den nødvendige dybde. Dessverre mener vi en del av vurderingene og konklusjonene som angår helsetjenesten er mangelfulle.

Legeforeningen mener det er betydelig utfordringer og forbedringsmuligheter knyttet til effektiv ressursutnyttelse i helsetjenesten og vil særlig fremheve:

- Delrapporten viser til enkelte rammebetingelser for og eksempler fra helsetjenesten som påvirker produktivitet, men ser i liten grad på sammenhengen mellom forhold i helsetjenesten og på rammebetingelser for samhandling mellom helsetjenestens ulike deler som påvirker effektiv ressursutnyttelse. Rapporten inneholder i liten grad analyse av bakenforliggende årsaker som kan påvirke produktivitet i helsetjenesten. Dette gjør den lite egnet som beslutningsgrunnlag for tiltak for å bedre effektiviteten.
- Legeforeningen reagerer på metodene som brukes i rapporten til å måle og beskrive effektivitet i helsetjenesten. Det er for eksempel problematisk at rapporten kobler aktivitetsdata til effektivitetsmål, samt at rapporten ikke skiller klart mellom produktivitet og effektivitet. Rapporten viser for eksempel til nasjonale variasjoner på liggetid og kapasitet på operasjonsstuer, men rapporten har ingen analyse av årsaker til forskjellene. Ulikheter knyttet til andel ø-hjelp og ressurser brukt på beredskap er heller ikke kommentert. Reinnleggelser, liggetid, beleggsprosent og antallet senger er svært sentrale parametere som enten ikke er kommentert, eller sett i sammenheng. For

eksempel har norske sykehus høy beleggsprosent, enkelte langt ut over europeiske normer. Dette har betydning for blant annet effektivitet da det medfører mange avlyste behandlinger. Høy beleggsprosent er også assosiert med høyere dødelighet. Legeforeningen mener at når analysene enten er fraværende eller lite presise, bør man være forsiktig med å trekke konklusjoner.

- Det er en gjennomgående svakhet ved rapporten at den ikke ser på helheten i helsetjenesten og de ulike oppgaver helsetjenesten skal løse. Det er blant annet problematisk med et ensidig produksjonsfokus, da dette vil kunne gå utover ikke-målbare størrelser som for eksempel sykehusenes lovfestede ansvar for pasientopplæring, utdanning av helsepersonell og forskning. Dette er viktige oppgaver som bidrar til lavere målt produktivitet.
- Legeforeningen savner omtale av behovet for investeringer i sykehus da dette er en grunnleggende forutsetning for effektiv utnyttelse av ressurser. Et ensidig produksjonsfokus tar oppmerksomheten bort fra behovet for investeringer. Det må også skilles mellom bevilgninger til investering og til drift slik at nødvendige investeringer gjennomføres.
- Legeforeningen mener at kommisjonen gjør flere gode drøftinger av styringsutfordringer i offentlig sektor. Rapporten påpeker at Mål- og resultatstyring (MRS) preges av at overordnet nivå styrer gjennom til dels svært detaljerte og mange mål og oppgaver. Legeforeningen mener likevel at eksemplene og konklusjonene som trekkes i kapitlet mangler faglig grunnlag og viser en manglende forståelse for styringsmodellene og på hvilken måte de påvirker effektiv ressursutnyttelse.
- Legeforeningen er enig i kommisjonens vurdering om at statlige reformer må konsekvens utredes og gjennomføres på en måte som gir grunnlag for å vurdere effektene. Dette kan for eksempel gjøres ved forsøksordninger før reformene iverksettes. Kommisjonen omtaler samhandlingsreformen og foretaksreformen, men trekker ingen konklusjoner. Også her savner Legeforeningen at kommisjonen fremhever at det er dokumentert flere uheldige konsekvenser av reformene, blant annet hva gjelder ventetid, behandlingsskøer, antall re-innleggelser, og samhandlingsutfordringer mellom nivåene i helsetjenesten.
- Legeforeningen er enig i at økt konkurranse i helsevesenet kan føre til bedre effektivitet, kvalitet, service og tilgjengelighet. Pasientene kan tjene på at man utnytter ledig kapasitet, uavhengig av om det er på private eller offentlige sykehus.
- Økt bruk av anbud for å dekke helsetjenestebehov kan i noen tilfeller være hensiktsmessig for å øke effektivitet og tilgjengelighet, mens enkelte typer helsetjenester bør gis mer langsiktige rammebetingelser. Kontinuitet er viktig for kvalitet og pasienttilfredshet, og kvalitet bygges over tid. Videreføring av langsiktige avtaler og forutsigbarhet for avtalespesialister er et eksempel på det siste.
- Legeforeningen savner en omtale av bruk av avtalesamarbeid med næringsdrivende og folketrygdfinansiering som en effektiv faktor i organisering og finansiering av helsetjenesten. Forskning viser at dette er en effektiv måte å løse offentlige oppgaver på, og at finansieringsformen gir god kostnadskontroll.

- Legeforeningen savner en omtale av veksten i byråkrati i den sentrale og regionale helseforvaltningen og betydningen økningen har for hvordan helsetjenesten organiseres og drives – hvor stor del som brukes på administrasjon og hvor stor del går til tjenesten. Ressurser til administrasjon kan også ha betydning for mulighetene for investering i sykehus. Størrelsen på administrasjon har også betydning for overordnede prioriteringer og produktivitet.
- Det er fremdeles for mange og for detaljerte rapporteringskrav i helsetjenesten og helsepersonell bruker for mye ressurser på dette i stedet for pasientbehandling. Legeforeningen ber om en gjennomgang og forenkling av disse.
- Legeforeningen mener at kvalitetsaspektet blir borte i det til tider altomfattende fokuset på økt produksjon på den ene siden og økonomisk balanse på den andre. Økningen i antall re-innleggelses viser at dette fokuset i realiteten fører til økte kostnader for samfunnet og legger beslag på kapasitet.
- Legeforeningen vil også påpeke at et ensidig produktivitetsfokus og kan føre til at flere kan falle ut av arbeidslivet, og den betydning dette har for den enkelte og for samfunnet. Det stilles også spørsmål ved om ensidig fokus på produktivitet gjennom deregulering og økt konkurranse i landbruket vil kunne få negative effekter på matvarekvaliteten blant annet fordi dette kan medføre høyt forbruk av antibiotika, og den betydning dette har for folkehelsen. Økt produktivitet har også et miljøperspektiv, som rapporten ikke omtaler.

Legeforeningen vil i det følgende påpeke enkelte områder vi mener det kan være hensiktsmessig å se nærmere på, herunder kommentere delrapportens omtale av disse problemstillinger (under punkt I), samt enkelte forhold i helsetjenesten som per i dag fungerer godt og som bidrar til effektiv ressursutnyttelse (punkt II). Vi vil deretter kommentere delrapportens øvrige omtale og analyse av forhold i helsetjenesten som påvirker produktivitet (punkt III).

## **I. utfordringer**

### **1. Økt effektivitet gjennom tillit, avtalesamarbeid og ansvarliggjøring av ledelsen**

Kommisjonen skriver innledningsvis i kapittel 15 at fagprofesjonenes interesser kan stå i veien for nødvendige omstillingsprosesser. Legeforeningen reagerer på at kommisjonen på denne måten bidrar til å befeste fordommer uten at dette dokumenteres. Legeforeningen har registrert at i den senere tid er slike oppfatninger blitt vektlagt sterkere og preger en utvikling mot stadig sterkere styring av de ulike delene av helsetjenesten, og en dreining bort fra velfungerende samarbeid. Konsekvensene er at legitimitet og tillit svekkes, noe som er avgjørende for gode prosesser og resultater. Legeforeningen mener at samarbeid og medvirkning er en avgjørende faktor for utvikling av gode og hensiktsmessige rammebetingelser for helsetjenesten, og har sett mange eksempler på uheldige konsekvenser av omstillingsprosesser og regelendringer der den faglige forankringen og samarbeid med fagmiljøene har vært mangelfull. Vi ser tendenser til at forvaltningen i større grad ser seg selvforsynt med faglig kompetanse og dermed unnlater å involvere fagmiljøene. Gjennomgående fører dette til dårligere løsninger, manglende oppslutning og dermed energi-/effektivitetslekkasjer.

Trepartssamarbeidet i arbeidslivet mellom arbeidstakere, arbeidsgivere og myndighetene, er svært viktig for norsk økonomi. Samarbeidet bidrar til høy sysselsetting, lav ledighet og høy produktivitetsvekst. Trepartssamarbeidet bidrar også til bedre samfunnsmessige løsninger, i form av gjennomføring av flere store velferdsreformer, som pensjonsreformen og avtalen om inkluderende arbeidsliv. En sentral premisse for samarbeidet er at det er høy organisasjonsgrad, og at organisasjonene på begge sider er godt organisert.

Andre suksesskriterier for høy produktivitet og omstillingsevne er at det offentlige bærer de langsiktige velferdskostnadene, et lite hierarkisk arbeidsliv og en gjennomgående kultur for medvirkning og samarbeid i stedet for ensidig styring og kontroll. Under punkt 15.7 om kommisjonens vurderinger om effektivisering av offentlig forvaltning heter det at økt effektivitet er avhengig av mindre kontroll og detaljstyring. Legeforeningen er enig i denne vurderingen.

Legeforeningen ser en skjerpet styringsideologi fra arbeidsgiversiden, særlig i staten og i helseforetakene. Det er fokus på pålegg og ensidig styring fremfor dialog og samarbeid. Lokale ledere får sterkt begrenset handlingsrom som følge av stramme sentrale føringer. Vi har sett samme tendens i primærhelsetjenesten. Arbeidet med revidert fastlegeforskrift var et uttrykk for en slik tankegang.

Tillitshensynet er det viktigste aktivumet i norsk arbeidsliv. Gjensidig tillit og samarbeid er nødvendig for å bruke kompetansen riktig og effektivt i kompleks oppgaveløsning. Styringsideologien vi i dag ser i både Stat, i helseforetakene og helsemyndighetenes styring og regulering av primærhelsetjenesten og avtalespesialistordningen utfordrer dette.

Tillitshensyn i arbeidslivet må gi nødvendig fleksibilitet i ressursutnyttelsen og prioriteringene og fordrer at ledere gis reell autonomi og ansvar for egen virksomhet og/eller fagområde. Reell ledelse må være mulig helt ned på virksomhets- og avdelingsnivå. Systemene må bygges på prinsippet om at samordning er mulig uten at alle beslutninger må fattes sentralt. Aktørene på sentralt nivå bør angi overordnede mål og rammer for politikk og administrasjon, men det er de lokale lederne som skaper reell effektivitet ved å tilpasse ressursbruk etter behov og lokale forhold.

Legeforeningen viser til at offentlige kontrollorganer har dokumentert at det treffes beslutninger av stor betydning for pasienttilbudet, men uten at effekten av beslutningene følges opp (Riksrevisjonen 2012). Det er fra Riksrevisjonen, Arbeidstilsynet og Helsetilsynet, i ulike sammenhenger konstatert lite åpenhet om de faktiske utfordringer, og at det er for liten dialog med fagmiljøene om å utvikle virksomheten og driften.

Legeforeningen mener:

- Dialog og samarbeid med fagmiljøene er avgjørende for vellykkede omstillings- og regelendringsprosesser.
- Det er viktig med god tillitt mellom arbeidslivets parter og mellom myndigheter og fagmiljøer og deres representanter. Tillitt bygges gjennom samarbeid og medvirkning i stedet for utstrakt bruk av ensidig styring og kontroll.
- Gode tillitsrelasjoner er også nødvendig for å bruke kompetansen riktig og opprettholde og forbedre effektivitet i komplekse kunnskapsbedrifter som helsetjenesten.

## 2. Behov for en investeringspakke

Legeforeningen har ved flere anledninger påpekt behovet for en investeringspakke. Norsk spesialisthelsetjeneste er preget av ubalanse mellom oppgaver og ressurser. En ny kartlegging fra Rådgivende ingeniørers landsforening (RIF), State of the Nation, viser at sykehusene trenger 70-80 milliarder kroner. Den slår fast at investeringsnivået er mye lavere enn sykehusenes behov. Sykehusene må styre økonomisk stramt og skape overskudd for helt nødvendige investeringer innen IKT, bygningsmasse og medisinsk-teknisk utstyr.

### *Investeringsmidler til bygg, IKT og medisinsk-teknisk utstyr*

Dagens investeringsregime legger opp til at helseforetakene må generere budsjettoverskudd som de kan benytte til investering i bygg, IKT og medisinsk-teknisk utstyr. Det reelle handlingsrommet for investeringer stemmer ikke overens med kvalitet på tjenester, sykehusbygg og utstyr. Legeforeningen har pekt på at behovet for en satsing på IKT i spesialisthelsetjenesten er i en slik størrelsesorden at staten må ta det finansielle ansvaret.

Det er behov for en nasjonalt koordinert og finansiert innsats for å utvikle felles IKT-standarder i helsetjenesten. Velfungerende elektronisk pasientjournal (EPJ) i og utenfor sykehus må være grunnmuren. Dette gjelder for både nasjonal kjernejournal og annen elektronisk kommunikasjon, se forøvrig punkt 2.4 for mer om satsing på IKT i helsetjenesten.

Det er ofte blitt hevdet at Norge har svært høye helseutgifter i europeisk sammenheng. Dette er ikke riktig. Med Europas høyeste vekst i folketall betyr de siste økningene i de årlige helsebudsjettene ingen realvekst per innbygger ifølge SSB, se <http://www.ssb.no/helsesat>. Helseutgiftene i Norge ligger på gjennomsnittet for Vest-Europa i kroner per innbygger når vi ser bort fra pleie- og omsorgstjenester og bruker EUROSTATs kjøpekraftspariteter for helse (og dermed korrigerer for det svært høye relative lønnsnivået i Norge). Regnet som andel av BNP ligger helseutgiftene (når vi ser bort fra pleie- og omsorgstjenester) helt i bunnsjiktet blant OECD-landene. I perioden 1999 til 2009 ligger Norge lavest av samtlige OECD-land i realvekst i helseutgifter per innbygger. Fra 2009 til 2014 er det en realnedgang i de totale helseutgiftene per innbygger ifølge SSBs foreløpige tall for 2014. Dersom vi velger å se bort fra pleie- og omsorgstjenester, er utviklingen i Norge enda svakere siden 1999, og for sykehusene er utviklingen svakest.

### **Legeforeningen mener:**

- Norge kan og må bruke mer penger på helsetjenester, problemene løses ikke med effektiviseringstiltak alene, og under enhver omstendighet er kommisjonens rapport lite egnet som beslutningsgrunnlag.
- Det må bli samsvar mellom sykehusenes pålagte oppgaver og tilgjengelige ressurser.
- Det trengs en tiårig investeringspakke til sykehusbygg og medisinsk-teknisk utstyr for å løse etterslepet på investeringssiden.
- Det er behov for en kritisk gjennomgang av hvilke sykehusbygninger som bør oppgraderes, hvilke som bør bygges om og hvilke som bør erstattes av nybygg.

## 3. Økning i administrative stillinger i helsetjenesten – betydning for effektiv ressursutnyttelse

Delrapportens kapittel 15 behandler effektivisering av offentlig sektor og i avsnitt 15.9 vises det til eksempler for å oppnå dette, for eksempel den påbegynte avbyråkratiserings- og effektivitetsreformen i statsforvaltningen. Legeforeningen savner omtale av forhold knyttet til organisering og vekst i administrasjonen i helseforvaltningen. Vi ser klare tendenser til

byråkratisering i helseforvaltningen. Dette trekker ressurser bort fra kjerneoppgavene. Det er imidlertid ingen offentlig tilgjengelig oversikt over størrelsen på helseadministrasjon, verken på sentralt, regionalt eller kommunalt nivå. Det generelle bildet er at helseadministrasjonen er stor og synes å ha økt uten at dette er lett å tallfeste.

Legeforeningen nedsatte en intern prosjektgruppe i 2013 for å kartlegge utviklingen i helseadministrasjon. Hovedformålet med prosjektet var å få en oversikt over denne for å synliggjøre ressursbruken og hvilken betydning ressurser til administrasjonen kan ha for ressurser til tjenesten.

Gjennom denne kartleggingen ble det avdekket store utfordringer knyttet til de offisielle tallene som benyttes vedrørende helseadministrasjonen. I styringslinjen for sykehus, med helseministeren som eier og leder av foretaksmøter, er det i varierende grad tilgjengelig oversikt over ressursbruk og antallet ansatte på regionalt nivå. Oppgaver og administrasjon skilles ut i egne enheter, med ledelsen i RHF som styreledere, uten at det foreligger en samlet, offentlig tilgjengelig oversikt over dette.

#### *Hovedfunn fra kartleggingen*

##### *a. Helseadministrasjonen er betydelig større enn det som rapporteres til OECD*

Gjennomgangen viste at andelen som norske helsemyndigheter rapporterer til OECD om andelen av de totale helseutgiftene som brukes til helseadministrasjon, er misvisende. I følge disse tallene brukes kun 0,9 % av totale helseutgifter til administrasjon. Tallet er svært misvisende da driftsutgiftene til de regionale helseforetakene og helseforetakene ikke er inkludert i oversikten. Den største feilkilden er imidlertid at utgiftene til administrasjon i de regionale helseforetak og helseforetakene overhodet ikke er regnet med. Ansatte i store enheter i den sentrale helseforvaltningen (herunder Helsedirektoratet, Kunnskapscenteret og Folkehelseinstituttet) er heller ikke regnet med. I den sentrale helseadministrasjonen synes det også å være en større økning i antall ansatte<sup>1</sup>, men det finnes ingen samlet tilgjengelig oversikt. Det er heller ingen oversikt over administrasjon i kommunal sektor. Det har blitt uttalt at etter samhandlingsreformen er det i liten grad utviklet nye tjenester i kommunene, men at administrasjonen som administrerer samhandlingsreformens oppgaver har økt betydelig.

##### *b. Administrative oppgaver flyttes til eksterne virksomheter*

I forbindelse med kommunereformen er det fremhevet at politisk ledelse er skeptisk til utviklingen der stadig flere kommunale oppgaver settes ut til interkommunalt samarbeid og interkommunale selskap. Et av målene med kommunereformen er en kommunesektor der oppgaver og ansvar er samlet på samme sted. Det er en økende tendens til at enkelte administrative oppgaver i helsetjenesten flyttes til eksterne virksomheter på RHF nivå. Denne utviklingen bidrar til pulverisering av ansvar og uklare styringslinjer, som igjen kan ha en betydning for effektiv ressursutnyttelse i tjenesten. Særlig innenfor IKT kan det se ut som det er svært mange ansatte og enheter/etater på alle nivåer i helseforvaltningen og som på ulike måter, og med til dels store budsjetter har oppgaver knyttet til IKT arbeid. Dette har konsekvenser for gjennomføringsevnen i større IKT prosjekter, som har er særlig fragmentert i helsesektoren og der en helhetlig tilnærming ville gitt store effektiviseringsgevinster. Se mer om betydningen av gode IKT løsninger under punkt 2.4.

Legeforeningens gjennomgang viste at det ikke er en samlet offentlig tilgjengelig oversikt over ansatte og driftskostnader til de tilknyttede, utskilte virksomhetene slik som for

---

<sup>1</sup> Difi rapport 2013:11: <http://www.difi.no/artikkel/2013/11/merverdi-eller-unodig-omvei-difi-rapport-2013-11>

eksempel Nasjonal IKT, Helse Midt IKT mm. Tilsammen gir en manuell telling ca 4000 ansatte (dette inkluderer ansatte i de tilknyttede virksomhetene og ansatte i gruppen administrasjon/kontor og ledelse på RHF nivå) slik som Sykehuspartner, Nasjonal IKT og de regionale IKT foretakene som er opprettet på foretaksnivå. Når det i den offentlige debatten vises til at ansatte på RHF nivå ikke har steget, tas det ikke hensyn til utskilte virksomheter i RHF'enes regi.

#### **Legeforeningen mener:**

- Ressursene i norsk helsetjeneste styres i økende grad bort fra pasientene. Størrelsen på helseadministrasjon har betydning for hvordan helsetjenesten organiseres og drives – og hvor stor del brukes på administrasjon og hvor stor del går til tjenesten (pasientbehandling)
- Ressursene til administrasjon kan også ha betydning for investering i sykehus
- Størrelsen på administrasjon har også betydning for overordnede prioriteringer og produktivitet.
- En tillitsreform er nødvendig for å kunne sette brukerne i sentrum. Vi ber konkret kommisjonen vurdere veksten i den sentrale helseforvaltning, inkludert RHF'ene og de utskilte virksomhetene mot veksten i helsetjenestens utøvende ledd. Veksten i denne delen av administrasjonen tar ikke bare personellressurser fra helsetjenesten, men fører sannsynligvis også til økte administrative oppgaver for behandlingsapparatet.
- Det bør vurderes om produktivitetskommisjonen kan bidra til at det innhentes korrekte oversikter over den samlede helseadministrasjonen, som kan benyttes for å styre utviklingen og som grunnlag for korrekt rapportering til OECD. Det bør herunder vurderes å se særlig på bruken av konsulenttjenester i det offentlig da denne er stor, og synes å ha økt, uten at det er tilgjengelige oversikter.
- Det bør vurderes å særlig se nærmere på størrelsen på tilknyttede virksomheter på RHF nivå da det er en økende tendens til at enkelte oppgaver flyttes til eksterne enheter (for eksempel Sykehuspartner, driftsorganisasjon for nødnett, pasientreiser, de ulike IKT virksomhetene: Helse Nord IKT, Hemit, Helst Vest IKT mv)

#### **4. Rapporteringskrav i helsetjenesten**

Legeforeningen støtter kommisjonens omtale i kapittel 15.2.4 om at rapportering og dokumentasjon går på bekostning av tid brukt til andre oppgaver, og at kravene til rapportering og dokumentasjon derfor må baseres på en vurdering av nytte i forhold til kostnad. Kommisjonen viser til at tidsbruksundersøkelser kan være nyttige verktøy for å øke effektivitet. Tidsbruksundersøkelser fra sykehus viser at en lege utfører flere administrative oppgaver nå enn tidligere.

Kravene til rapportering og dokumentasjon for ledere og ansatte i helsetjenesten øker, noe som går utover verdiskapning og tjenesteyting. Det har stor betydning for effektiv utnyttelse av helsepersonells ressurser er at helsepersonell utfører stadig flere administrative oppgaver. Et poeng som ikke framgår av statistikken Legeforeningen har sett på i prosjektet er de administrative oppgavene som er mer direkte knyttet til behandlingen av hver enkelt pasient og som utføres av helsepersonell. I RHF'ene/HF'ene tyder tall på at det har vært en nedgang i antall merkantilt personell/støttefunksjoner. Men her er det grunn til å tro at nettopp dette har ført til ytterligere administrative byrder på sykepleiere og leger. Dette måles ikke og andel administrativt arbeid hos helsepersonell registreres ikke.

En gjennomgang av rapportering, dokumentasjon og registrering i spesialisthelsetjenesten ble gjennomført av den forrige regjeringen. Rapporten viste at de aller fleste informantene opplevde at mengden dokumentering og rapportering har økt. Mange oppgav ikke en spesifikk grunn til økningen, men det er totaliteten av rapporterings- og dokumenteringsoppgaver som øker litt etter litt. Det er allikevel noen indikasjoner på hva som kan ha økt. Samhandlingsreformens krav til mer formalisert kommunikasjon mellom kommune og spesialisthelsetjeneste bidrar også til økte administrative oppgaver og rapportering. Svært mange oppgir å oppleve en klar økning i rapportering og oppfølging av aktivitets/styringstall. Mellomledere opplever også at ad-hoc rapportering etter forespørsel fra ledelse høyere opp i organisasjonen har økt med veksten i administrasjonen av disse.

Det er et uttalt mål for regjeringen å gjennomføre en tillitsreform gjennom at de skal ha færre mål, mindre rapportering og bedre ledelse. Legeforeningen berømmer Helse- og omsorgsdepartementet som i 2014 gjorde betydelige forenklinger med færre krav og forenklet rapportering og ber om fortsatt fokus på ytterligere hensiktsmessige forenklinger. Målet må være at omfanget av helsepersonells rapportering begrenses til det som er nødvendig, og at nødvendig rapportering skjer på en så effektiv måte som mulig

## **5. Effektivitetsutfordringer i primærhelsetjenesten**

Statens styring av kommunesektoren omtales i kapittel 16.2, men Legeforeningen savner omtale av primærhelsetjenesten i delrapporten.

Fastlegeordningen er beskrevet som en av de mest populære offentlige tjenestene, og utgjør i praksis en verdifull og ikke minst effektiv del av helsetjenesten.

### *Fastlegene – beholde fokus på kjerneoppgaver*

Nye oppgaver, blant annet som følge av ny fastlegeforskrift og Samhandlingsreformen, har de siste årene satt fastlegenes tid under press. I fastlegeforskriften er det fastsatt at flere krav til tilgjengelighet og oppgaver enn tidligere, slik som for eksempel flere oppgaver utenfor legepraksisen, som hjemmebesøk, møter med andre instanser osv. Når fastlegene pålegges nye oppgaver legger dette beslag på tid som kunne blitt brukt på pasientbehandling. Fastleger har tradisjonelt vært effektive behandlingseenheter med fokus på behandlingsevne. Med økte lovkrav og stadig flere dokumentasjonskrav, tappes behandlingsevne. Legeforeningen mener at det ligger et betydelig effektivitetspotensial ved å beholde fokus på fastlegens kjerneoppgaver og bruk av riktig kompetanse.

### *Næringsdrift – effektiv organisasjon av fastleger*

Næringsdrift er den valgte hovedform for organisering av fastlegevirksomhet. Denne driftsformen er effektiv, legger lite beslag på administrative ressurser i kommunen og bør være hovedregelen også i fremtiden fordi det gir stabilitet og god tilgjengelighet for pasientene. Avtalebaserte samarbeidsformer er videre fleksible og gir stor rom for å finne felles løsninger. Legeforeningen ser imidlertid at ledelsen av fastlegeordningen bør videreutvikles og at de mulighetene som ligger i avtaleverket kan brukes enda mer effektivt enn i dag.

### *Videreutvikling av fastlegeordningen - innføring av avtalebasert standard m.m.*

I Legeforeningens innspill til stortingsmelding om primærhelsetjenesten har Legeforeningen vurdert ulike tiltak for å styrke mulighetene for ledelse i virksomhetene med avtalebasert næringsdrift. Et av disse er en avtalestruktur som gjør *virksomheten* og ikke bare den enkelte helsearbeider til avtalepart. Dette kan særlig gjelde krav til tjenestetilbud, kvalitetsutvikling,



utstyr mv. Strukturen kan gis i en form for *fellesstandard*, som fastsettes etter enighet mellom (de sentrale) parter. Denne vil kunne ligge til grunn for lokale tilpasninger i kommunene. Virksomheten som sådan kan forpliktes av dette, og i større grad legitimere ledelsesutøvelse innad i virksomheten. Ordningen bygger på prinsippet om populasjonsansvaret, dvs at pasienten selv velger sin fastlege og at fastlegen har et særlig ansvar for å følge opp pasienten som står på legens liste. Det er altså etablert et system med en adresse for ansvar for pasientens allmenntilleggs helsetilbud.

Andre kommunale tjenester har ikke denne tilnærmingen. Det bør vurderes om en utvidelse av populasjonsansvaret til flere aktører vil føre til bedre muligheter for både reell tverrfaglighet og strategisk ledelse av tjenestene. For de faggrupper som bør arbeide tett sammen med fastlegene kan det spørres om sammenfallende populasjonsansvar nærmest er en forutsetning for å lykkes. På denne bakgrunn bør man se nærmere på om og hvordan helsesøstre, fysioterapeuter, hjemmesykepleiere, jordmødre, spesialsykepleiere og psykologer/kommunale psykiske helsetilbud mm kan være en del av et felles populasjonsansvar.

#### *Utfordringer som følge av samhandlingsreformen*

Samhandlingsreformen innebærer overføring av helseressurser fra sykehus – til kommunebudsjettene (ikke øremerket helsetjenesten). Kommunene skal med reformen behandle flere pasienter og «sykere» pasienter. Fastleger gir tilbakemelding om at de får ansvar for flere pasienter etter reformen med flere og sammensatte sykdommer. Det stilles høyere krav til kompetanse og kvalitet. Med øyeblikkelig hjelp senger i kommunene forutsetter det kompetanse, kapasitet og klare ansvarsforhold. Dette behovet har også økt med samhandlingsreformen.

Det foreligger i dag lite kunnskap om hvordan kommunene har ivaretatt dette ansvaret. Det kan stilles spørsmål ved hvordan ressursene er benyttet for å styrke behovet for mer spesialiserte helsetjenester i kommunene. Dette er et eksempel på at samhandlingsreformen kan ha ført til målbare effektivitetsgevinster i sykehus, men at «problemet» har forskjøvet seg til primærhelsetjenesten som nå må behandles flere og sykere pasienter. Dette viser at økning i effektivitet i en del av tjenesten kan føre til større ressursbruk og ineffektivitet i andre deler av tjenesten, en tjeneste som heller ikke er dimensjonert for oppgaveglidningen. Dette er også et eksempel på en omfattende reform som ble gjennomført for raskt og konsekvensene for de respektive delene av helsetjenesten ikke godt nok hensyntatt ved utformingen og gjennomføringen. Delrapporten omtaler ingen av disse konsekvensene, og Legeforeningen mener dette er en stor svakhet ved rapporten.

#### *Folketrygdfinansiering – en effektiv finansieringsform med god kostnadskontroll*

Legeforeningen påpeker at også finansiering av fastlegetjenester har betydning for effektivitet i primærhelsetjenesten. Legeforeningen mener at folketrygdfinansiering bidrar til god ressursutnyttelse ved behandling hos fastleger. Pasienters behov for fastlegetjenester dekkes ved at ressursene i stor grad følger pasienten med finansiering over folketrygden og speiler aktiviteten hos fastlegen. Dette er en fleksibel og effektiv finansieringsordning som sikrer at helseressurser går til behandling og ikke til administrasjon. I tillegg gir denne finansieringsformen god kostnadskontroll for staten samt forutsigbare rammevilkår for den enkelte fastlege.

#### *Særlig om legevakt*

Legeforeningen har flere ganger påpekt at norske legevakter har store svakheter og at tilbudet rundt om i landet varierer sterkt. Legevakten skal gi befolkningen trygghet. Det er alvorlig at

en så viktig del av helsetjenesten ikke fungerer som den skal. En rapport nylig utarbeidet av Legeforeningen<sup>2</sup> peker på for lav bemanning, tilfeldig organisering, rekrutteringsproblemer, lange avstander til nærmeste legevakt og for lite systematisk arbeid med kvalitet. Mange steder er det kun én lege på vakt, og arbeidspresset er så stort at det truer forsvarligheten. I rapporten påpeker Legeforeningen at gjeldende myndighetskravene for legevakt er på et absolutt minimum og at det ikke finnes konkrete krav til innhold og kvalitet.

Forbedring av legevaktstjenesten krever et godt samarbeid med øvrige deler av helsetjenesten. Her ligger det et betydelig effektiviseringspotensial. Flere henvendelsene på legevakt kan håndteres av fastlegene på dagtid. Områder som har lav dekning av fastleger har høyere konsultasjonsfrekvens ved legevaktene. Organisering og drift av øvrige helsetilbud har således betydning for legevakt. Dette illustrerer viktigheten av et godt samarbeid mellom legevakt/kommune og de lokale fastlegekontorene, og at effektiv utnyttelse av ressursene i en del av helsetjenesten har betydning for den totale ressursutnyttelsen. I tillegg har legevakt en viktig rolle som portfunksjon og selvstendig sorteringsmekanisme mot spesialisthelsetjenesten. Dette har også en side til effektiv ressursutnyttelse – godt organiserte og bemannede legevakter kan spare spesialisthelsetjenesten for betydelige beløp dersom de er tilfredsstillende organisert og utrustet for å kunne håndtere flere pasienter og dermed henvise færre.

Legeforeningen mener:

- I videreutvikling av primærhelsetjenesten er det behov for å holde fokus på fastlegens kjerneoppgaver og nedbygge administrative krav.
- Samhandlingsreformen medfører at kommunene skal gi et mer spesialisert behandlingstilbud. Dette krever mer kompetanse. Det er derfor behov for mer kunnskap om effekten av samhandlingsreformen og bruken av ressurser.
- Folketrygdfinansiering er en ressurseffektiv finansieringsform som følger pasientene – og motvirker «svinn» i stor administrasjon.
- God organisering av legevakt og samarbeid med øvrige deler av helsetjenesten kan gi betydelige effektiviseringsgevinster. Innholdet på legevaktene må alltid ses i sammenheng med spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenestens øvrige tjenestetilbud.

## 6. Effektive pasientforløp

Gode pasientforløp i og mellom ulike deler av helsetjenesten er helt avgjørende for best mulig utnyttelse av ressursene samt for kvaliteten på behandlingen.

### *Effektive pasientforløp i spesialisthelsetjenesten*

Dagens systemer legger ikke godt nok til rette for helhetlige pasientløp gjennom sammenhengende behandlingsskjeder. Analyser av pasientforløp viser at dagens strukturer og systemer i liten grad er rettet inn mot helheten i pasientenes behov. Ansvar for helhet i pasientforløpene er delt mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Uklare ansvarsforhold og dårlig samhandling mellom nivåer og enheter kan bryte behandlingsskjeder og kan få alvorlige følger for pasientene, i tillegg til at det gir dårlig ressursutnyttelse. God pasientflyt styrker både kvalitet og økonomi. Legeforeningen ønsker i denne sammenheng å påpeke at det er fordeler med en enkel organisering med få beslutningsledd og nær kontakt mellom det operative nivå og toppledelsen. Svikt og mangler kan avdekkes og utbedres umiddelbart, flaskehalser fjernes og kapasitet styres.

---

<sup>2</sup> <https://legeforeningen.no/Nyheter/2015/Legevakt-med-store-mangler/>

Avtalespesialistene er en integrert del av den offentlige spesialisthelsetjenesten og en viktig desentralisert ressurs. En god benyttelse av avtalespesialistene og en bredere fordeling i regionene vil bidra til målet om helhetlige pasientforløp og bidra til en effektiv bruk av ressurser.

### *Effektive pasientforløp i kommunehelsetjenesten*

Kommunehelsetjenesten vil i lang tid framover stå overfor økende press på å yte tjenester til multisyke/funksjonshemmede, særlig eldre. Det kreves en pasientrettet og fleksibel samarbeidsmodell mellom ulike tjenestenivåer og allmennlegene har en sentral rolle for blant annet kroniske sykdomsforløp. Senter for kvalitet i legekontor, som støtter kvalitetsutvikling i fastlegeordningen og hos avtalespesialister, ønsker i samarbeid med helsemyndighetene å bidra med verktøy som fremmer systematisk oppfølging av fastlegenes og hjemmesykepleiens felles pasienter i kjerneteam rundt pasienten.

## **II. Forhold i helsetjenesten som fungerer godt og bidrar til effektiv ressursutnyttelse**

### **1. Avtalesamarbeid med næringsdrivende**

Særlig i helsetjenesten er det langvarig tradisjon for at store deler av oppgaveløsningen utføres av næringsdrivende. Dette gjelder blant annet fastlegeordningen og avtalespesialistordningen. Forskning viser at dette er en effektiv måte å løse offentlige oppgaver på. Også disse ordningene forutsetter gjensidig tillit, samarbeid og forutsigbare rammebetingelser. Erfaringene fra bl.a. Sverige er at fokus på ensidig styring og kortvarige avtaleforhold skaper rekrutteringssvikt. OECD har i en ny og omfattende rapport trukket frem den norske fastlegeordningen som et eksempel på en svært velfungerende ordning. En av forklaringsfaktorene er stor grad av tillit i systemet og fravær av et omfattende kontrollregime som man har i mange andre europeiske land. OECD anbefaler å ta ytterligere i bruk de samarbeidsmuligheter som ligger i ordningen for videreutvikling.

Kommisjonen viser til et eksempel om at det inngås avtalesamarbeid mellom enkelte departementer og KS som et alternativ til sterkere styring gjennom lovfesting og øremerking. De skriver videre at for at avtalene skal fremme effektiv ressursbruk, er det imidlertid viktig at de erstatter eller forebygger, og ikke kommer i tillegg til andre og sterkere styringsverktøy. Legeforeningen er enig i denne vurderingen.

### *Særlig om utviklingen av avtalespesialistordningen*

Det er i regjeringsplattformen bestemt at avtalespesialistordningen skal utvikles. Det har det siste året pågått en dialog med myndighetene om utvikling av ordningen. Avtalepraksis er små moderne praksiser med erfarne leger, lite byråkrati og lave kostnader. Avhengig av hvilke tiltak som iverksettes for å integrere avtalepraksis tettere i spesialisthelsetjenesten, må det under alle omstendigheter påse at endringene i minst mulig grad går utover effektiviteten. En styrket styringsrolle for RHF'ene vil kunne føre til større rapporteringskrav og mindre effektivitet. Ensidig styring og kontroll gir økt byråkrati.

Avtaler gir en enkel og dynamisk regulering forutsatt at partene har et effektivt og tillitsfullt samarbeid. I perioden RHF'ene har hatt ansvar for ordningen har det vært en betydelig vekst innenfor det institusjonsbaserte helsevesenet, men ikke innenfor avtalepraksis. Dette kan være uttrykk for en styringsideologi i RHF'ene som ikke fremmer effektivitet.

### *Desentralisert spesialisthelsetjeneste*

Samhandlingsreformens virkemidler innebærer at færre pasienter blir henvist til sykehus og at flere blir skrevet ut av sykehus tidligere, for behandling i kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen virker ved at kommunene behandler flere og «sykere» pasienter. Spørsmålet er hvilket medisinsk tilbud pasientene har fått. Legeforeningen mener at avtalespesialistene i større grad burde brukes til å møte dette behandlingsbehovet, og at dette ville vært en effektiv ressursutnyttelse. Det er lovnader fra sittende regjering om at dette skal skje. Legeforeningen venter på konkrete resultater.

### **III Særlige kommentarer til delrapporten**

#### **1. Arbeidstidsreguleringer**

Kommisjonen skriver om arbeidstidsregulering i kapittel 12. Der heter det blant annet at fleksibel bruk av arbeidskraft over tid kan være viktig for produktivitetsutviklingen og at arbeidstidsreguleringer, enten de er lov eller tariffestede kan begrense muligheten for fleksibel bruk av arbeidskraften og effektiv ressursutnyttelse av infrastruktur og utstyr. Som et eksempel vises det til at arbeidstidsreguleringer på sykehus bidrar til at en del av aktivitet bare drives innenfor et snevert tidspunkt på dagtid, slik at dyrt utstyr og infrastruktur er ubenyttet store deler av dagen.

Det er oppnevnt et eget arbeidstidsutvalg som skal se nærmere på enkelte av disse problemstillingene, og Legeforeningen vil i den sammenheng gi mer omfattende innspill der. Vi ønsker likevel allerede nå å fremheve følgende.

Befolkningen har behov for tilgang til akutt medisinsk behandling hele døgnet og hele året. Legene dekker behovene for døgntilbud ved sykehus. Legeforeningen har i alle år bidratt til dette ved avtaler med arbeidsgiversiden om vide unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Med slike unntak forventes det blant annet oversikt over arbeidet tid og innflytelse over tjenesteplanene med den avtalte arbeidstiden. Legeforeningen ønsker å bidra til god sykehusdrift gjennom å avtale unntak fra lovens arbeidstidsbestemmelser. De avtalte unntakene er blant de videste og mest fleksible i norsk arbeidsliv.

Det har skjedd vesentlige endringer i legenes arbeidssituasjon de siste årene. Med stram effektivisering, kombinert med flere og sykere pasienter, økt byråkratisering, høyere intensitet under vakt og mindre muligheter for hvile, har presset på legenes arbeidstid økt betydelig. Endringer i sykehusenes praktisering av de avtalte unntak fra arbeidsmiljøloven har også bidratt til dette.

Legeforeningen ønsker også å påpeke at kvalitet, pasientsikkerhet og effektivitet krever bemanning ikke bare fleksible arbeidstidsordninger. Det må ansettes flere leger i sykehus. Fremover vil det være spesialistmangel innen en rekke spesialiteter. Legeforeningen savner tiltak som griper fatt i bemanningsproblematikken, slik som for eksempel behovet for flere utdanningsstillinger i sykehus og flere turnuslegestillinger.

Arbeidspresset i sykehus har økt dramatisk over flere år. Helseforetakene driftes og styres med stor oppmerksomhet om kutt i kostnader og langt mindre fokus på hvilken effekt disse kuttene har for pasienttilbudet, arbeid med kvalitet og fagutvikling og de ansattes arbeidssituasjon. Mange steder er bemanningen for lav utfra de oppgavene som skal utføres.

Helse Midt-Norge gikk i september 2012 ut med tall som viser at de ansatte i helseforetaket i sommer har brutt arbeidstidsbestemmelsene mellom 13 000 og 15 000 ganger per måned. De

fleste bruddene er gjort fordi de ansatte har gått sammenhengende vakter og ikke har hatt lang nok hviletid mellom vaktene. Det må derfor tilføres ressurser slik at feil som følge av dårlig bemanning og lange vakter reduseres. Flere helseforetak er pålagt store innsparinger som i realiteten betyr reduksjon i bemanningen. OUS må i 2013 spare mellom 750 og 850 millioner kroner. Omsatt i årsverk tilsvarer dette en reduksjon på 1139.

Legeforeningen mener:

- Kvalitet, pasientsikkerhet, og effektiv ressursutnyttelse krever bemanning tilpasset oppgavene og ikke bare fleksible arbeidstidsbetingelser
- Sykehusene er avhengig av avtaler om arbeidstid ut over arbeidsmiljølovens grenser for leger
- At Legeforeningen vil bidra med slike avtaler, for å bidra til å dekke sykehusenes behov for legekapasitet
- Avtaler må forvaltes av avtalepartene med likeverdighet og samarbeid

## **2. Effektivisering av offentlig sektor – herunder effektivisering i helsetjenesten**

Kommisjonen drøfter ulike utfordringer og tiltak for å øke effektivitet i offentlig forvaltning, herunder helsetjenesten. Legeforeningen har følgende kommentarer knyttet til forhold i helsetjenesten.

I kapittel 15 skriver kommisjonen at fagprofesjoners interesser kan stå i konflikt med nødvendig omstilling. Legeforeningen er kjent med at dette er en utbredt oppfatning, som den senere tiden har blitt vektlagt i sterkere grad, det vises til det som står i punkt I nr. 1 for nærmere omtale. Slike oppfatninger bidrar til at faglige begrunnelser ikke hensyntas i slike prosesser, noe Legeforeningen mener er en forutsetning for vellykkede omstillinger. Legeforeningen reagerer på at kommisjonen bidrar til å underbygge slike fordommer, og savner belegg for slike påstander.

### **2.1 Styring av offentlig sektor - sykehus**

Legeforeningen savner en analyse av styringsmodellen for sykehusene og hvordan denne påvirker effektivitet og oppgaveløsning i sykehusene. Mål- og resultatstyring (MRS) av sykehus bidrar til ensidig fokus på målbare resultater med utilsiktede konsekvenser for pasientbehandling og kvalitet i tjenesten. Styringsmodellen medfører mange rapporteringskrav til sykehusene som igjen legger beslag på ressurser til tjenesten. Det påpekes i rapporten at MRS også bidrar også til å forsterke sektortenkning og hindre hensiktsmessig samordning. I delrapporten begrenses gjennomgangen i stor grad til en drøfting av MRS, men eksemplene og konklusjonene som trekkes er gjennomgående svakt fundert.

Ansatte opplever at sykehusene i dag er for ensidig styrt på bakgrunn av økonomi og antall pasienter som behandles. Lett målbare resultater og et ensidig fokus på den produktivitet som kan måles kan føre til at man ikke får en diskusjon om hensiktsmessige styringsmodeller. Det mest opplagte kriteriet som helsetjenesten må styre etter, er om pasientenes helse blir bedre i forhold til ressursene som brukes. I dag styres størstedelen av helsetjenesten ikke etter kvalitet, men etter kvantitet, økonomi og bunnlinje. Å måle helsetjenestens kvalitet og effektivitet etter aktivitet gir risiko for feilprioriteringer. Aktivitetsmål sier lite om kvaliteten på tjenesten, tid med pasienten, eller om tjenesten bedrer helsetilstanden til pasienten. Faren

for feilbehandling og behandling av «feil pasienter» - det vil si de som er lettest å telle - øker når styring primært baserer seg på aktivitet og produksjon.

Måten sykehusene er organisert på, særlig etter innføringen av foretaksreformen har også betydning for effektiv ressursutnyttelse. Legeforeningen har registrert at det har skjedd en forskyvning mot styring via mellomledd, både i større og mindre enheter. Et eksempel ser vi fra Oslo universitetssykehus der tillitsvalgte rapporterer om flere tilfeller med ledelsessvikt som følger av en stor organisasjon med mange mellomledd. Sykehuset består av inntil 7 ledelsesnivåer. Ansvar for koordinering av ressursinnsatsen i de aller fleste pasientforløpene i mange sykehus ligger mange ledernivåer unna driftsenhetene. Å skulle styre samhandlingen i mellom mange enheter gjennom fem til seks ledd, er krevende og derfor oppleves svikt alt for ofte. Dette har betydning ikke bare for kvalitet, men også for effektiv ressursutnyttelse i sykehus.

Utviklingen ser vi også på regionalt plan, med innføring av de regionale helseforetak som fører til mange mellomledd mellom staten som øverste eier, og den operative tjenesten. Mellomledd bidrar til uklare styringslinjer og ekstraarbeid i form av møtevirksomhet, økte rapporteringskrav i alle ledd mv.

## **2.2 Konkurransen som virkemiddel**

Legeforeningen er enig i at økt konkurranse i helsevesenet kan føre til bedre effektivitet, kvalitet, service og tilgjengelighet. Pasientene kan tjene på at man utnytter ledig kapasitet, uavhengig av om dette er på private eller offentlige sykehus.

Det norske helsevesenet er under et vedvarende kapasitetspress, med til dels lange ventetider og høy beleggprosent i sykehusene. Utfordringen er at gapet mellom kapasiteten i det offentlige og de politiske målene er for stor. Skal vi minske gapet kreves nytenkning og en erkjennelse av at det offentlige også trenger gode private partnere. Legeforeningen ønsker å unngå en ytterligere todeling i helsetilbudet, der tilgjengelighet blir mer avhengig av privat kjøpekraft og helseforsikringer. En slik todeling vil bidra til økende ulikhet i helse. For å unngå dette må den offentlige helsetjenesten fortsatt være en bærebjelke i det norske velferdssamfunnet. Men den må suppleres og korrigeres av private tjenestetilbydere – både ideelle og kommersielle.

Spørsmålet er derfor ikke – offentlig eller privat. Spørsmålet er hvilke samarbeidsformer som samlet sett vil gi en best helsetjeneste.

Legeforeningen mener tiden er inne til å igangsette piloter der de «helprivate» klinikkene også får mulighet til å ta ansvar for flere offentlige oppgaver, og spesialisering. Avtalespesialister utfører i dag 27 prosent av den totale polikliniske aktiviteten innen somatiske fagområder og psykisk helsevern for voksne. Erfaringene har vist at dette er et ressurseffektivt tilbud.

I tillegg til at private aktører kan bidra til å avhjelpe kapasitetsutfordringene bør det i økende grad erkjennes at de også kan bidra til å øke sektorens kvalitet og bærekraft. Deres eksistensgrunnlag er helt avhengig av pasientenes tillit, og resultater. Kompetente fagfolk liker å bli utfordret. Konkurransen som fremmer kvalitet, bidrar til ny fagutvikling og bedre tilbud for pasientene. Det må derfor stimuleres til konkurranse, både mellom offentlige og private helsetilbydere, og innad i det offentlige. Private helseaktører kan snu seg raskt og

finne nye, og mer effektive løsninger. Kvalitativt gode private helsetilbud kan bidra til å gjøre den offentlige helsetjenesten bedre – og vice versa.

### **Legeforeningen mener:**

- Legeforeningen ønsker å bevare og styrke en offentlig helsetjeneste som ivaretar hele befolkningen. Vårt mål er å sikre pasientene rett behandling, til rett tid, og på riktig nivå.
- Offentlige behandlingstilbud har i for stor grad en monopolrolle i dag. Innovasjonstakten må økes, og private kan bidra til at det offentlige fornyer seg raskere, til det beste for pasientene.
- Ulikhet i helse er et økende samfunnsproblem. Innretningen på private helsetjenestetilbud må også bidra til at de svakeste får tilbud i tide.

Kommisjonen omtaler blant annet følgende former for konkurranse i offentlig sektor:

#### **2.2.1 Fritt brukervalg**

Fritt brukervalg innebærer at brukere innenfor gitt rammer kan velge hvem som skal være tjenesteyter. Kommisjonen drøfter fritt brukervalg som en måte å øke konkurransen i offentlig sektor. Eksempler innenfor helsetjenesten er for eksempel fritt sykehusvalg, som nylig er slått sammen med fritt behandlingsvalg innen rus og psykiatri.

Fritt brukervalg begrunnes ofte med å ta hensyn til brukernes individuelle preferanser. Delrapporten viser til at forskningslitteratur og intervjuer med brukere viser at brukerne imidlertid legger mer vekt på kontinuitet og fleksibilitet i tjenesteyting enn på muligheten til å velge tjenesteleverandør. En videreutvikling av avtalespesialistordning vil kunne bidra til å møte dette behovet.

Store deler av fagmiljøet var skeptiske til om reformen vil oppfylle regjeringens mål om å redusere ventetidene da saken var på høring. Legeforeningen stilte spørsmålsteget ved om ordningen med fritt behandlingsvalg ville byråkratisere, i stedet for å forenkle adgangen til helsevesenet. 20 millioner av en total kostnadsramme på 170 millioner kroner ble avsatt til administrasjon. Legeforeningen mente at det ikke var sannsynlig at ordningen ville redusere byråkratiet og at dette måtte følges opp av fortløpende evalueringer. Legeforeningen støttet likevel intensjonene i lovforslaget om fritt behandlingsvalg og at det var hensiktsmessig å bygge videre på en allerede etablert ordning. Dette vil blant annet kunne føre til at fritt behandlingsvalg *kan* bli et tilbud til hele befolkningen – og ikke bare ressurssterke pasienter. Dette er særlig viktig da evalueringer av fritt sykehusvalg viser at det er klare sosiale forskjeller i bruken av fritt sykehusvalg (Bjorvatn og Ma 2011).

Legeforeningen understreket at reformen ikke må bidra til å svekke de offentlige sykehusene og at det mest effektive tiltaket for å få ned ventetidene og køene er å sikre de offentlige sykehusene adekvate rammebetingelser gjennom økte bevilgninger over statsbudsjettet.

### **Legeforeningen mener:**

- Legeforeningen er positiv til å prøve modeller som gjør at private aktører kan være med å bidra til å løse de store oppgavene i helsetjenesten.
- Økt konkurranse og utnyttelse av ledig kapasitet i spesialisthelsetjenestene kan føre til bedre tilgjengelighet, effektivitet, og bedre pasientopplevelser. Pasientene kan tjene på at man utnytter ledig kapasitet, uavhengig av om dette er på private eller offentlige sykehus.

- Fritt behandlingsvalg passer best for avklarte tilstander.

### 2.2.2 Innsatsstyrt finansiering

«Pengene følger pasienten» ved at store deler av finansieringen utløses først ved produksjon av helsetjenester. Innretningen på finansieringsordningen er positiv ved at den stimulerer til økt behandlingsskapasitet. Denne stimuleringen har siden innføringen av ISF i 1997 virket så godt at styringen av spesialisthelsetjenesten har hatt økende fokus på økonomisk kontroll de siste 15 år. Legeforeningen mener at kvalitetsaspektet blir borte i det til tider altomfattende fokuset på økt produksjon på den ene siden og økonomisk balanse på den andre. Etter vårt syn har blant annet kvaliteten blitt skadelidende. Et godt mål på dette er antall reinnleggelser som har økt kraftig. Reinnleggelser innebærer i praksis at produksjonen har hatt mangler og at pasientene må inn til «retting». Dette bidrar ikke til økt produktivitet i helsesektoren.

Produksjonsfokuset i ISF-systemet har også ført til at tilgjengelige ressurser i alt for stor grad har vært kanalisert til pasientbehandling. Når valget står mellom investeringer i bygg eller utstyr der kostnaden bæres 100 prosent av basisbevilgningen eller investeringer i produksjon som utløser ISF-finansiering framstår produksjon som mest attraktivt. Nødvendige investeringer i bygninger, IT og medisinskteknisk utstyr blir utsatt, og dette etterslepet har allerede nådd et uholdbart nivå i mange sykehus. Investeringer som det er grunn til å tro ville bidratt til en mer effektiv pasientbehandling i et lengre perspektiv.

### 2.3 Offentlige anskaffelser og utnytting av synergier og stordriftsfordeler

Ved mer bruk av offentlig anskaffelser for å dekke behandlingsbehov mener Legeforeningen at det er viktig å legge vekt på langsiktighet, forutsigbarhet og kvalitetshensyn. Det er en svakhet ved kommisjonens rapport at omtale av offentlig anskaffelser ikke er viser til disse hensynene, og at de er særlig fremtredende ved kjøp av helsetjenester sammenlignet med kjøp av andre tjenester.

Etter det vi kjenner er erfaringer fra det svenske vårdvalssystemet at nye aktører kvier seg for å gå inn i systemet på grunn av omfattende og stadig ensidig endrede kravspesifikasjoner og priser. Spesialisthelsetjenester er svært avanserte tjenester der det krever betydelig tid og innsats for å bygge behandlingstilbud av høy kvalitet. Når det gjelder fritt behandlingsvalg registrerer vi at departementet ønsker å satse videre på anbud som den primære modellen for anskaffelse av kapasitet fra private aktører. Vi vil understreke viktigheten av at både varighet og ikke minst kvalitetskrav må veie tungt om denne ordningen skal breddes. Legeforeningen har mottatt en rekke tilbakemeldinger fra avtalespesialister som har deltatt i anbudskonkurranser om at det har blitt et uforholdsmessig press på pris fremfor kvalitet.

Anbudsutsetting kan være en viktig deløsning for å redusere behandlingsskøer og få mer effektive tjenester. Det er imidlertid flere utfordringer med bruk av kortsiktige anbudskontrakter når det gjelder kjøp av helsetjenester.

Bruk av kortsiktige kontrakter skaper flere problemer. Kortsiktigheten i seg selv er det mest åpenbare problemet. En kortsiktig tidshorison gjør det vanskeligere for aktørene å videreutvikle kontrakten og å justere på kvalitet, profil og eventuell manglende måloppnåelse underveis. Innen utfordringene er kommet fram og identifisert, og man har oppnådd enighet om tiltak og nye mål, vil kontrakten nærme seg utløpstiden. Kortsiktighet vil også påvirke aktørenes opplevelse av å ha stabile og forutsigbare rammevilkår. Dette gjelder både avtalespesialisten som vil ha sikkerhet for investeringer og har behov for å bygge opp en god



praksis som er kjent blant fastlegene i området og for det regionale helseforetaket som vil ha effektiv pasientbehandling og god kvalitet.

### **Legeforeningen mener:**

- Anbudsutsetting kan være en viktig deløsning for å redusere behandlingsskøer og få mer effektive tjenester. Det er imidlertid flere utfordringer med bruk av kortsiktige anbudskontrakter når det gjelder kjøp av helsetjenester.
- Arbeidet med anbud/kortsiktige kontrakter medfører kostnader for kontraktspartnerne.
- Tidshorizonten kan hemme utvikling av samarbeidet.
- Vissheten om at avtalen muligens ikke fornyes, vil påvirke kvaliteten i tjenestene som utføres. Går man ut i fra at kvalitet er kostnadsdrivende så vil kvaliteten bli lavere i et anbudssystem.
- Usikkerhet for investeringer vil kunne gå ut over kvaliteten ved at man ikke tar i bruk nyere og presumptivt bedre utrednings- og behandlingstilbud på grunn av investeringskostnader.
- Kortsiktige kontrakter vil påvirke rekrutteringen negativt da det vil bli mindre attraktivt å inneha kontraktene.

### **2.4 Effektivitetsgevinster gjennom bedre bruk av teknologi**

Kommisjonen skriver at potensialet for økt effektivitet i offentlig sektor gjennom å utnytte tilgjengelig teknologi trolig fortsatt er betydelig. Til dette vil Legeforeningen først påpeke at effektivitetsgevinster ved ny eller bedre bruk av teknologi er lite undersøkt og dokumentert. Legeforeningen deler likevel kommisjonens antakelse, ikke minst i helsetjenesten må det antas å være betydelige effektivitets-, kvalitet- og pasientsikkerhetsgevinster, både ved å ta i bruk ny teknologi og ved å oppgradere teknologi som mange steder allerede er helt utdatert og/eller underdimensjonert. Forutsetningen må være at det dreier seg om kunnskapsbasert IKT utvikling, der så vel internasjonale erfaringer samt medisinskfaglig brukermedvirkning fra idé til bredding blir ivarettatt, slik at faglige og funksjonelle krav blir førende.

Legeforeningen får stadig innspill om at mangelfulle IKT-verktøy fortsatt er et stort hinder for effektive pasientforløp. Utfordringer i hverdagen fra legenes ståsted ved dagens IKT løsninger er knyttet til manglende kvalitet og lang responstid, samt mye feil og nedetid som oppleves som forårsaket av mangelfull infrastruktur, utdaterte plattformer og sviktende support. Det synes som om kliniske behov taper i kampen for andre behov når IKT utvikles. Faglige/funksjonelle krav er i stor grad felles for leger i og utenfor sykehus. Robust meldingsutveksling står i fokus på begge sider, men tekniske, finansielle og linjemessige utfordringer er forskjellige.

Kommisjonen har under punktet om «Digitalisering av offentlig sektor» kommentarer til muligheten for kommunikasjon *mellom IT-systemer*. På helseområdet er nettopp dette punktet problematisk. Pasientbehandlingen og effektiviteten rundt denne er vesentlig hemmet av at systemer ikke snakker med hverandre, både i og utenfor sykehus, og mellom tjenestenivåene.

Fra alle deler av helsetjenesten er det meldt bekymring over at man på nasjonalt nivå ikke har tilstrekkelige fokus på å ferdigstille, feilrette og vedlikeholde dagens løsninger. Samtidig trekkes store finansielle- og kompetanseressurser inn mot svært store prosjekter med usikker tidshorizont og potensial.

Legeforeningen erfarer at det er en utbredt følelse av avmakt blant sykehus- og sykehjemsleger, mens fastleger og avtalespesialister opplever å ha noe mer styring med sin hverdag. Til tross for store mangler i EPJ- og kommunikasjonsløsninger er det ikke tvil om IT-systemene som brukes i avtalebasert legepraksis på mange områder ligger foran sykehusløsningene. Relativt velutviklede muligheter for e-kommunikasjon, integrasjon av e-resept og legemiddelsamstemming er eksempler på dette. Erfaring fra disse områdene må brukes i videre utviklingsarbeider.

Kommisjonen omtaler behovet for samordning av tiltak, samt behovene for god planlegging og styring, sammen med en strategi for realisering av gevinster. Legeforeningen fremhever at slike strategier er avgjørende for å få til en helhetlig satsning i helsevesenet.

Legeforeningen anser at myndigheten må ta et overordnet ansvar for teknologiutviklingen på helseområdet, der prioritering og koordinering står sentralt. Brukerperspektivene i alle sammenhengene må samtidig ivaretas. Videre må det jobbes over flere akser for å håndtere oppgavene på området. Organisasjonene er så komplekse, behovene sammensatte og aktørene ulike, slik at uten overordnet koordinering og satsning (herunder finansiering) vil viktige prosesser vesentlig forsinkes og fordyres, om de overhodet kan realiseres.

Når dette er sagt vil Legeforeningen samtidig trekke frem nødvendigheten av at brukerne på alle nivåer blir involvert i prosessene. Det er også slik at representanter fra ulike aktører må samarbeide, og vi fremhever at avtaleverket kan brukes for nettopp å nå felles målsettinger. Et konkret eksempel i så måte er det såkalte «EPJ Løftet». Dette samarbeidet er basert på en avtale som ble inngått under Normaltariffforhandlingene mellom staten og Legeforeningen våren 2014 om avsetning av midler til utvikling av EPJ i fastlegepraksis. Partene gikk inn i forhandlingene med en felles intensjon om å finne en modell for å løse konkrete utviklingsprosjekter, og har opprettet en partssammensatt styringsgruppe som treffer vedtak om hvilke prosjekter som skal gjennomføres mv. Partene har hele veien hatt dialog om så vel utvelgelse av prosjekter, prioriteringer og gjennomføringsplaner, der også leverandørene og fagmiljøet har vært tett involvert. Så langt er flere konkrete utviklingsprosjekter ferdigstilt, og forutsatt videreføring av modellen i årets forhandlinger vil ytterligere prosjekter i nær fremtid bli realisert.

#### *Særlig om journalsystem i sykehjem*

Legeforeningen vil særlig gjøre oppmerksom på situasjonen i sykehjem, der det per i dag ikke foreligger noe tilpasset journalsystem. Dette representerer en betydelig trussel for pasientsikkerheten. Legeforeningen finner dette sterkt bekymringsverdig, og det kan vises til flere uttalelser fra Statens helsetilsyn som påpeker uforsvarlighet. Når helsepersonellet daglig må bruke store deler av sin arbeidstid til å lete, dobbeltsjekke og kvalitetssikre pasientinformasjon, medfører dette dessuten et betydelig ressurstap som Legeforeningen er forundret over at ikke ansvarlige myndigheter synes å ta mer på alvor. Det er denne vinteren blitt iverksatt et prosjekt under ledelse av KS som omhandler situasjonen i sykehjem, men alvorlighetsgraden av saken tilsier etter vår oppfatning et større fokus enn hva vi i dag ser.

#### *Arbeidet med å skape fremtidens pasientjournal*

På nasjonalt nivå skjer en satsning med føringer fra Stortingsmelding nr. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal*. I denne stortingsmeldingen er økt struktur i elektroniske pasientjournaler løftet frem som et sentralt område.

Legeforeningen mener arbeidet må bygge på det omfattende kunnskapsgrunnlaget som finnes om både muligheter og risiko ved økt bruk av struktur i pasientjournaler. Dagens

journalssystemer inneholder allerede mye struktur. Redusert bruk av fritekst for å gjøre automatiske uttrekk enklere, kan føre til at journalens nytteverdi i møtet med den enkelte pasient reduseres. For å sikre en riktig utvikling av *Én innbygger – én journal* må arbeidet skje trinnvis og basert på den beste tilgjengelige kunnskap.

En fleksibel pasientjournal hvor innholdet, inkludert en nødvendig mengde standardisert informasjon, tilpasses formålet ville kunne gi økt kvalitet og effektiv kommunikasjon. For å oppnå dette må informasjonsteknologi og medisinsk kompetanse bringes tettere sammen, herunder må leger i klinisk virksomhet være representert på alle nivåer og i alle faser ved utvikling av den elektroniske pasientjournalen.

Tiltak som kan bidra til bedre og mindre arbeidskrevende registrering og koding i helsetjenesten må prioriteres. Ny funksjonalitet i EPJ-systemene må være gjenstand for funksjonell testing og pilotering før eventuell implementering. Gode og inkluderende prosesser vil øke mulighet for at klinisk anvendelighet av pasientjournal ikke svekkes.

Generelt anser Legeforeningen at en vellykket utvikling av fremtidens journalssystemer forutsetter at Norge utvikler praksisnære helseinformatikkmiljøer som forstår de medisinske behov og mulighetsrom, og som har tett kontakt med den internasjonale forskningsfronten på området. Nasjonale løsninger må være tuftet på den beste kunnskapen og de beste produktene i det internasjonale markedet, tilpasset norske forhold og helsearbeidernes behov.

## **2.5 Bedre utnytting av produktivitetspotensialet i offentlig sektor**

Legeforeningen mener at analysene i rapporten på dette punktet er lettvinte og overfladiske, med en overdreven vektlegging av det rent målbare. Det er videre gjennomgående for kapitlet at det vises til ulike eksempler slik som liggetid, prosedyretid ved ekko og utnyttelse av operasjonsstuer uten at det gjøres en grundig analyse av de underliggende årsakene for å forklare de nevnte forskjellene.

Rapporten viser en effektivitet på 86 prosent i sykehusene. Bare barnevernet ligger høyere med 89 prosent. SAMDATA-rapporten viser en betydelig vekst i produktivitet/effektivitet i sykehusene de siste fem årene. Spørsmålet er om denne effektiviteten allerede kan være *for høy* tatt i betraktning en del andre parametere som ikke inngår i dette effektivitetsmålet, og om det er mulig å øke den målte effektiviteten i sykehusene ytterligere uten at det går ut over andre viktige mål for sykehusene.

Rapporten har heller ingen betraktninger knyttet til at lov om spesialisthelsetjenester angir fire oppgaver for spesialisthelsetjenesten: pasientbehandling, pasientopplæring, utdanning av helsepersonell og forskning. Dette er sentrale, lovpålagte oppgaver for sykehusene, hvor rapporten bare ensidig vektlegger punkt 1, uten å vise til de øvrige oppgavene. Vektlegging av disse vil nødvendigvis bidra til lavere målt effektivitet. Men selv om man skulle godta at punkt 2- 4 ikke omtales, er ensidige mål som DRG-poeng per brutto månedsverk eller per liggedøgn svært dårlige mål på effektiviteten i pasientbehandlingen. Man sammenligner ulike pasienter som blir behandlet på ulike sykehus, med ulik liggetid etter operasjon. Kort liggetid fører selvsagt til høy målt effektivitet, men gir høyere målte kostnader per liggedøgn. Sykehus som opererer unge pasienter vil ha langt høyere målt effektivitet enn sykehus som opererer eldre pasienter, som gjerne har flere ulike diagnoser og behov for lengre liggetid. Ulikheter mellom sykehusene med henhold til andel ø-hjelp og ressurser sykehusene bruker på beredskap spiller også inn, men omtales ikke i rapporten. Faktorer som kostnader knyttet til fødetilbud og desentralisert sykehusstruktur i Norge, som rapporten nevner, er også viktige årsaker til ulikheter mellom sykehus.

Legeforeningen påpeker at dersom man skulle forsøke seg på sammenligninger mellom sykehus, krever dette en multivariant analyse for å se på mulige forskjeller når man har korrigert for sentrale parametere, som f.eks. pasientenes alder og kjønn, ulike diagnoser med videre. Flere ulike variable må legges inn samtidig for å gjøre rimelige sammenligninger.

En annen svakhet ved rapporten er at reinnleggelser, beleggsprosent og antallet senger per innbygger (som har vært synkende siden 1970-tallet) er svært sentrale parametere som enten ikke er kommentert eller analysert, og hvor Norge skiller seg klart fra gjennomsnittet for OECD-landene.

Det er videre en svakhet ved rapporten at den ikke har vurdert mulige målinger av kvalitet.

Figur 15.8 viser sykehusproduktiviteten i Norden. Det er ikke gitt nærmere kommentarer til at Sverige fremstår med vesentlig lavere produktivitet enn Danmark, Finland og Norge. Det vises blant annet til at Norge har lavere produktivitet enn Finland. Rapporten bruker utnyttelsesgrad av operasjonsstuer som et eksempel. Det er ikke tatt høyde for at ulike pasienter har behov for ulik oppfølging etter operasjon og at det ligger sammensatte årsaker til grunn for ulik kapasitetsutnyttelse. I tillegg er det slik at i mange sykehus er det et personell som er en kritisk ressurs og ikke operasjonsstuekapasitet. Det er nødvendig å planlegge med høyere kapasitet (lavere utnyttelsesgrad) innen sykehus med større andel av ø-hjelp.

Legeforeningen mener at det er lite hensiktsmessig å måle effektivitet i sykehus ut fra antall liggedøgn eller utnyttelsesgrad av senger eller operasjonsstuer, da det vil være mer hensiktsmessig å planlegge for høy utnyttelsesgrad av helsepersonell, da lønnskostnader er det dominerende for ressursbildet i sykehus.

Legeforeningen er kjent med høy effektivitet i finske sykehus. Det er flere årsaker til dette, blant annet har Finland ikke gjennomgått større reformer slik som de andre nordiske landene. Finske sykehus har blant annet vesentlig lengre liggetid enn norske. Dette står i sterk kontrast til kommisjonens antakelse om at kort liggetid er uttrykk for høy effektivitet. Rapporten forklarer at «Forskjellen i produktivitet mellom norske og finske sykehus forklares dels med at det er færre leger og sykepleiere per seng i Finland». Det er ikke gitt at løsningen på dette er færre leger og sykepleiere. Legeforeningen mener at forskjeller i effektivitet blant annet kan forklares med at finske sykehus har flere sengeplasser. Beleggsprosenten i norske sykehus er på 93,1 % (2011). Gitt det lave og fortsatt synkende antallet senger i Norge, er løsningen da trolig å øke sengetallet i Norge. Dette vil gjøre det mulig å øke kvaliteten i pasientbehandlingen og øke gjennomsnittlig liggetid fra et nivå som ofte kan være uforsvarlig lavt i Norge. Høyt belegg er i flere studier assosiert med høyere dødelig, og kort liggetid er forbundet med økt andel re-innleggelser (Helsedirektoratet 2014) og økt dødelighet (Nordström BMJ 2015).

### **3 Gjennomføring av reformer**

Legeforeningen er forøvrig enig i kommisjonens vurdering i kapittel 19 om at statlige reformer må konsekvens utredes og gjennomføres på en måte som gir grunnlag for å vurdere effektene. Dette kan for eksempel kan gjøres ved forsøksordningen før reformene iverksettes. Legeforeningen støtter kommisjonens anbefaling om bruk av forsøksordninger for reformer og at slike forsøk må utformes for å gi en mulighet til læring. Fastlegeordningen er et forbilledlig eksempel. Betydelig arbeid og ressurser avsatt til forsøksordningen bidro til en reform som har vært en av de mest vellykkede i norsk helsetjeneste noensinne.

Både sykehusreformen og samhandlingsreformen ble iverksatt uten grundige, uavhengige konsekvensutredninger. Det samme gjelder også for gjennomføring av fritt behandlingsvalg. Legeforeningen reagerer på at foretaksreformen og sykehusreformen omtales uten at vesentlig dokumenterte svakheter nevnes. Det vises blant annet til FAFO rapporten «Ti år etter» som viser at leder på lavere nivå mener at foretaksreformen i liten grad har vært vellykket. Det vises på den annen side til at foretaksreformen har ført til at ventetiden har gått ned (Forskningsrådet 2007) og at kostnadskontrollen har blitt bedre (Helse- og omsorgsdepartementet). Legeforeningen påpeker at målene om redusert ventetid og mindre køer ikke er oppnådd. Det er flere pasienter i kø nå enn for ti år siden, og ventetiden har steget etter 2007. Det påpekes også at en sentral årsak til bedre kostnadskontroll er styrkede budsjetter, som blant annet hadde sin bakgrunn i anbefalinger fra Magnussen- utvalget i 2008.

Legeforeningen er enig i at risikoen for å pådra samfunnet store kostnader og uheldige konsekvenser for kvaliteten i helsetjenesten kan være unødig stor ved for rask gjennomføring. Det er viktig med grundig forarbeid særlig nå som det arbeides med to stortingsmeldinger som vil legge føringer for utvikling av primær- og spesialisthelsetjeneste de kommende årene.

#### **4 Videre arbeid**

Produktivitetskommissjonen har uttalt at de i neste fase ønsker å se nærmere på blant annet tiltak for å øke produktivitet i offentlig sektor, teknologi, utvikling, innovasjon, bedre bruk av arbeidskraftsressursene. Legeforeningen bidrar gjerne med innspill i det videre arbeidet og stiller gjerne i et møte for å diskutere de særlige utfordringene i helsetjenesten.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Geir Riise  
generalsekretær

Lars Duvaland  
avdelingsdirektør

Saksbehandler: Siri Næsheim

Dokumentet er godkjent elektronisk