



Helse Midt-Norge RHF

Deres ref.:

Vår ref.: 10/1586

Dato: 4.5.2010

Høring – Strategi 2020

Vi viser til brev av 3. mars og utkast til strategi for Helse Midt-Norge RHF mot 2020.

Høringsnotatet har vært på intern høring i relevante organisasjonsledd i Den norske legeforening og kommentarer fra disse er lagt til grunn ved utarbeidelse av høringsuttalelsen. Høringsuttalelsen er behandlet i Legeforeningens sentralstyre den 28. april 2010.

Legeforeningen vil berømme styret i Helse Midt-Norge RHF for å ha startet arbeidet med et langsiktig strategidokument. Det er svært viktig å unngå kortsiktige omstillinger som ikke gir ønsket resultat over tid. Det vises i denne sammenheng til Riksrevisjonens undersøkelser, som viser at involvering av ansatte og ledere på lavere nivåer er nødvendig for å gjennomføre strategi- og omstillingsprosesser med faglig forankring.

1. Hovedutfordringer for spesialisthelsetjenesten

I strategidokumentet gjentas påstander om at budsjettveksten har vært svært høy og at den norske spesialisthelsetjenesten har et urimelig høyt kostnadsnivå. Dette unyanserte bildet er tilbakevist av nyere forskningsrapporter, og dette bør gjenspeiles i dokumentet. Forutsetningen som legges til grunn om lavere fremtidig budsjettvekst må balanseres mot et realistisk ambisjonsnivå knyttet til samhandlingsreformen, samt at den demografiske utviklingen innen noen områder trekker i retning av økt behov for spesialisthelsetjenester. Dette gjelder eksempelvis et økt antall kreftpasienter, økning innen rus/psykiatri og et økt antall osteoporose-relaterte brudd. Disse pasientene vil legge beslag på store ressurser i sykehusene og er vanskelige å overføre til dagbehandling. Det må være samsvar mellom de oppgaver som skal utføres og ressursene som tildeles.

Helse Midt-Norge RHF står overfor spesielle økonomiske utfordringer. Endringene i eierskap og finansiering av spesialisthelsetjenesten har medført at finansieringskostnadene for utbyggingen av St. Olavs hospital må dekkes innenfor totalbudsjettet. Lange ventelister ved inngangen til foretaksmodellen ble møtt med en stor innsats i tjenesteapparatet, finansiert gjennom låneopptak. Det er videre planlagt større nybyggingsprosjekt i regionen (barneavdeling i Ålesund, nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal). I sum fører dette til at

kapitalutgiftene i regionen gir en realnedgang i tilgjengelige ressurser til drift. Etter vår vurdering er det ikke mulig å dekke de kravene helseforetakene har til å yte gode helsetjenester innenfor slike økonomiske rammevilkår. Legeforeningen etterlyser en nasjonal plan for sykehusene, hvor også håndtering av kapitalkostnader inngår.

Legeforeningen mener det skal stilles krav til å dokumentere kvalitet i tjenesten. Helsetjenesten bør styres ut i fra et balansert målsett som inkluderer kvalitetsdimensjonen, og som ikke ensidig fokuserer på aktivitetstall og produserte DRG-poeng. Hvordan helseforetakene skal utvikle systemer for å måle kvalitet må tydeliggjøres i strategien. Kvalitetskrav til tjenesten er viktig og bør inngå som en del av oppdragsdokumentet til egne foretak så vel som til private tjenesteleverandører. Legeforeningen støtter intensjonene omkring standardisering av kvalitetssystemene i regionen, og systemene rundt avvikshåndtering må bli målrettet i forhold til å forebygge nye feil. Som nevnt innledningsvis, mener Legeforeningen at kvalitetsdata bør utgjøre en viktig del av grunnlaget for styring av helsetjenesten. For å arbeide mot et likverdig tilbud i landet, bør det gjøres et nasjonalt arbeid for å utvikle kvalitetssystemer og kvalitetsindikatorer.

2. Strategiske mål

Helseforetakene er pålagt fire oppgaver i lov om helseforetak: pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og pasientopplæring. Etter Legeforeningens syn burde strategien i større grad forankres i disse hovedoppgavene.

Utdanning og rekruttering av nye spesialister er lite fremtredende i strategien. I kunnskapsvirksomheter er det maktpåliggende å sikre tilgang til kompetanse i fremtiden, selv om det kan bety et kortsiktig effektivitetstap. Legges dette perspektivet til grunn, vil dette vil ha konsekvenser for blant annet oppgave- og funksjonsfordeling og organiseringen av vaktordninger. I strategidokumentet vises det til en tilpassing av spesialistutdanningen for å utdanne de spesialistene som Midt-Norge har behov for. Dette er en tankegang vi sterkt vil advare mot. Norge må ha en nasjonal spesialiststruktur i samsvar med helsetjenestens behov innenfor alle landsdeler.

Videre vil vi fremheve at robuste fagmiljø er, og må være, en sentral målsetting. I sykehusene er fagpersonene avhengige av samarbeid med andre fagpersoner både innenfor sitt eget felt og andre fagområder for å levere tjenester av god kvalitet. Robuste fagmiljø er nødvendig for å sikre god utdanning, forskning og rekruttering og for å sikre at tjenestetilbud ikke blir avhengige av enkeltpersoner. Legeforeningen støtter opprettelsen av kliniske forskningsstillinger.

I strateginotatet legges det til grunn at kunnskapsbasert praksis skal styrkes, at universitetssykehusene skal få en tydeligere og mer fremtredende rolle i kunnskapsutviklingen og at brukerrollen skal styrkes. Vi etterlyser imidlertid forslag til praktiske tiltak for å nå disse målene. En naturlig følge etter angivelsen av målene for Helse Midt-Norge burde være å etablere en tiltaksplan for å etablere og styrke forskningsbaserte og effektive helsetjenester. Virksomheten burde legge til rette og anvende mer ressurser for klinisk, relevant forskning og å implementere resultatene av denne forskningen i det praktiske arbeid. Standardisering av behandlingsmetoder bør ses i et nasjonalt perspektiv. Opplæring i diagnostikk og behandling som bygger på dokumentert viten må gjennomføres av forskningsskolert helsepersonell. Strategidokumentet bør derfor angi målbare størrelser for å kartlegge om Helse Midt Norge oppnår de definerte tre målene de har satt seg om kunnskapsbasert pasientbehandling innen

2020. I dag fremstår strategidokumentet som lite forpliktende og lite rettledeende for å styre helseregionen mot en kunnskapsbasert pasientbehandling. Dette elementet bør styrkes i det videre arbeidet med strategien.

Påstanden om at samling av akutt døgnerberedskap på færre steder vil frigjøre ressurser til høyt prioriterte utviklingsområder er ikke dokumentert. Dersom det fortsatt skal drives elektiv virksomhet på de stedene som mister akuttberedskapen, vil dette fortsatt kreve en vaktberedskap. Transport av pasienter forbi enkelte behandlingssteder til andre større steder vil også kreve økte ressurser, og det å skulle flytte komplikasjonspasienter fra ett behandlingssted uten akuttberedskap til et større med akuttberedskap, kan ikke sies å være i tråd med gode og forutsigbare behandlingsforløp. Denne typen transporter er i tillegg kompetansekrevene.

Avtalespesialistene er ikke nærmere omtalt i strategidokumentet. Å styrke poliklinisk virksomhet og ambulant spesialistbehandling gjennom utbygging av avtalepraksis bør være en uttalt målsetting i strategien. Se vår omtale av avtalespesialistene nedenfor.

Det legges vekt på målsettingen om rett kompetanse på rett sted til rett tid i strategien. Dette må også gjelde øyeblikkelig hjelp, hele døgnet. Det savnes en diskusjon om hvordan denne målsettingen kan stå i motsetning til målsettingen om å omfordele ressurser fra døgn- til dagbehandling og poliklinikk på enkelte steder og innenfor enkelte fagområder. Årsturnus pekes på som et aktuelt virkemiddel, men kan ikke forventes alene å løse utfordringen om rett kompetanse til rett tid når det gjelder øyeblikkelig hjelp. I tillegg må årsturnuser ikke skape rigide løsninger med hensyn på eksempelvis deltakelse på kurs, mv. som er avgjørende for kompetansebygging.

Styrking av kompetanse krever ikke bare synlig og ansvarlig ledelse, men også nok tilgjengelig tid og ressurser. Når det gjelder avsnittet om at kompetansen skal brukes fleksibelt nevnes jobbgledning. Dette er et tema som diskuteres i hele verden, og fokus må være at en slik endring skal gavne pasienten, også sett i et kvalitets og sikkerhetsperspektiv. Vi vet at idag går kun litt over 50 % av legenes arbeidstid til pasientrettet arbeid. Omfattende dokumentasjons-, rapportering- og godkjenningskrav i tillegg til administrative rutiner krever mesteparten av resterende arbeidstid. Riktig bruk av legekompertanse må derfor aller først bety at man gjennomgår oppgavefordeling med tanke på nødvendighet og hvem som skal gjøre hva. Det bør være en strategisk målsetting for Helse-Midt Norge å frigjøre legetid mot sykehusenes fire lovpålagte oppgaver. Reduksjoner i antall merkantil/administrativ personell på avdeling/klinikk nivå slik vi nå ser flere steder, har uheldige konsekvenser mht god bruk av legekompertanse.

Vi finner det bemerkelsesverdig at strateginotatet ikke beskriver hvilken rolle det regionale helseforetaket skal ha i forebyggende og helsefremmende arbeid i årene framover. Selv om det i mange tilfeller er andre enn spesialisthelsetjenesten som står for det utøvende forebyggende helsearbeidet, så har spesialisthelsetjenesten likevel en viktig rolle som kunnskapsbase og premissleverandør for det forebyggende helsearbeidet i samfunnet. Det er viktig at alle deler av helsevesenet bidrar for å utnytte mulighetene til å hjelpe folk med å ta vare på helsen som grunnlag for flere friske og gode leveår og lengst mulig deltagelse i arbeidslivet.

3. Prinsippene for oppgavedeling

Befolkningen har krav på et likeverdig tilbud uavhengig av bosted. Overordnede prinsipper for innholdet i lokalsykehusfunksjonen, herunder oppgavedeling og kvalitetskrav, bør fastsettes på

nasjonalt nivå som en del av nasjonal helseplan.

Legeforeningen skrev i 2006 en rapport om lokalsykehusfunksjonen innenfor somatikk og i 2008 en rapport om lokalsykehusfunksjonen innenfor psykisk helsevern, se <http://www.legeforeningen.no/id/99365.0> og <http://www.legeforeningen.no/id/144531.0>
Rapportene er forankret i foreningens organisasjonsledd.

I vår rapport om lokalsykehusfunksjonen pekes det på at den medisinske utviklingen i form av økende spesialisering og subspecialisering av helsetjenester berører alle områder av medisinsk diagnostikk og behandling – også akutfunksjoner. Den store kunnskapsmengden som skal håndteres, og kompleksiteten i utredning og behandling av pasientene har ført til at de medisinske spesialitetene etter hvert har blitt delt i "smalere", til dels ikke-overlappende grensespecialiteter. Både kompliserte enkelttilstander og en økende andel pasienter med sammensatte sykdomsbilder krever breddekompetanse og samhandling. En teambasert tilnærming der leger (og annet helsepersonell) med ulike spesialiteter involveres, er derfor nødvendig for å sikre pasientene forsvarlig behandling.

God faglig kvalitet i akutte situasjoner krever teambasert breddekompetanse for å kunne avklare uklare tilstander og beslutte rett behandlingsforløp. For å skape et tilstrekkelig kompetent fagmiljø, kreves i tillegg et minimumsantall spesialister innenfor hvert fagområde.

På denne bakgrunnen, mener Legeforeningen at følgende faglige krav til minimumskompetanse ved sykehus med akutfunksjoner må oppfylles:

- Sykehus med akutfunksjoner må som et minimum ha et vaktteam bestående av spesialist i indremedisin, generell kirurgi, ortopedi og anesthesiologi samt tilgang til klinisk-kjemiske laboratorietjenester og radiologisk service 24 timer i døgnet. Sykehus som tar imot gravide/fødende og kvinner med akutte gynekologiske problemer, må i tillegg ha gynekolog i tilstedevakt. Sykehus som ikke kan etablere slike breddekompetente vaktteam, bør ikke ha akutfunksjoner.
- Lege i vakt på sykehus med akutfunksjon må til enhver tid være tilgjengelig for konsultasjon og/eller pasientbehandling og kan ikke ha vakt på annet sykehus samtidig.
- Heldøgnsvakter bør ikke forekomme oftere enn hvert 5-6 døgn.
- Krav til hvilken kompetanse som skal være tilgjengelig på sykehus med akutfunksjoner, må fastsettes på nasjonalt nivå. Unntaksvis vil det måtte etableres egne ordninger på bakgrunn av lokale forhold, men de overordnede krav til standard for akutfunksjoner kan ikke overlates til det enkelte regionale helseforetak eller helseforetak.

Legeforeningen går derfor i mot innføring av begrensede akutfunksjoner, slik det legges opp til i strategien.

Å benytte Lovisenberg Sykehus i Oslo som eksempel på et sykehus med akutfunksjon i bare indremedisin, uten å nevne at dette sykehuset ligger på den andre siden av Kirkeveien overfor Ullevål Sykehus, gjør eksempelet ikke appliserbart på resten av landet. Dette sykehuset har i lange perioder hatt rekrutteringsproblemer når det gjelder anesthesi og røntgenleger, nettopp på grunn av den begrensede aktiviteten innen generellkirurgi og akuttkirurgi. Vi vil også bemerke at det i strategien fremlegges i hovedsak økonomiske argumenter for å underbygge behovet for sentralisering.

Det er grunn til å frykte at et lokalsykehus med den strukturen strategirapporten legger opp til,

vil bli et sykehus som vil tape med hensyn på rekruttering av kvalifisert personell – også til indremedisin og anestesi. Anestesisstillinger ved sykehus som bare skal drive dagkirurgi 5 dager i uken, vil gi for lite trening for å håndtere akutt situasjoner – også indremedisinske og stabilisering for transport av alvorlig syke og skader. Dette vil ikke bidra til å bygge bærekraftige og robuste fagmiljø, men snarere kunne føre at sykehus utvikler seg til ”B-sykehus” som mister tillit i befolkningen. Hvilke konsekvenser en slik omstilling vil ha for utdanning må belyses.

Helse- og omsorgsdepartementet publiserte i 2007 rapporten ”Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede”. Her foreslås det å utrede og kvalitetssikre et driftskonsept for lokalsykehus med bare planlagt kirurgi og redusert kirurgisk beredskap. På bakgrunn av dette bør det innhentes erfaringer fra Mosjøen og Nordfjordeid. Etter det vi forstår, foregår det nå drøftinger om nedlegging av den indremedisinske akuttfunksjonen ved både Mosjøen og Nordfjordeid, noe som kan tyde på at modellen med akuttfunksjon kun i indremedisin ikke er en bærekraftig løsning.

I strateginotatet vises det til antall kirurgiske pasienter som blir operert samme natt eller i løpet av 72 timer for å begrunne behovet for sentralisering. Beredskapsvaktene i kirurgi har mange andre oppgaver, tilsyn og diagnostiske vurderinger med inneliggende pasienter både på egne og andre avdelinger. Det kan ikke være kirurgisk virksomhet med inneliggende pasienter 5 dager i uken uten beredskap for å kunne vurdere komplikasjoner hele døgnet. Poliklinisk vurdering og behandling av kirurgiske pasienter som øyeblikkelig hjelp, er også en viktig arbeidsoppgave som ikke er belyst. De økte transportkostnadene synes betydelig undervurdert.

Etter Legeforeningens syn, synes det derfor prematurt å trekke konklusjonen at det bare skal være ett lokalsykehus med akuttkirurgisk beredskap i hvert helseforetak. Slike vurderinger bør gjøres konkret i enkelt helseforetak etter en konkret vurdering av det totale behovet for behandlingsskapitet, herunder også avstander mellom tjenestetilbudene og om det bidrar til å få frem gode fagmiljø. Det må også vurderes hvilke utdanningsmessige konsekvenser som følger av endringer i oppgave- og funksjonsfordeling mellom sykehus. Vi står imidlertid fast på kravene om minimumskompetanse ved lokalsykehus med akuttfunksjon, og vi ser at dette standpunktet vil kunne medføre en sentralisering av akuttfunksjonene.

Vi tar ikke konkret stilling til hvilke fødeavdelinger som bør opprettholdes og hvilke som bør nedlegges. Fødeavdelinger må ha vaktberedskap med gynekolog, operasjonsberedskap for akutte inngrep og tilgang til pediater.

Det angis at det er ventet krav om mindre arbeidstid på ubekvem tid fremover, og er derfor forventet økt behov inn i vaktordningene. Dette kan vel så gjerne ordnes med større ressurser på dagtid for å øke aktiviteten utenom vakttid, slik at vaktene blir mindre belastende. Det er også angitt et behov for å flytte spesialistene lenger ut fra sykehusene. Man bør søke å unngå løsninger der spesialisthelsetjenesten først sentraliseres, for deretter å måtte basere seg på utstrakt bruk av ambulering for å veie opp for denne sentraliseringen.

Legeforeningen er svært skeptisk til å etablere 5-døgns/dagersposter. Vi er tvilende til kostnadseffektiviteten, blant annet fordi det er vanskelig å forutse varigheten av opphold. Dette kan føre til at pasienter bare tas inn de første dagene i uken. Videre kan det skape situasjoner hvor ansvaret er uavklart i overføringen av pasienter samt transportproblematikk for pasienter som ikke er klar for utskrivning på fredag. Det må stilles spørsmål ved om slike ordninger gir god kvalitet på tilbudet til pasientene og gode forutsetninger for å rekruttere og vedlikeholde

gode og robuste fagmiljø.

Det er positivt at det satses på bedre samarbeid mellom rusområdet, psykiatri og somatikk. Vi mener det også her er behov for en større grad av samlokalisering av tjenester. Midt-Norge har som eneste region valgt å ha et eget foretak for spesialisert tverrfaglig rusbehandling. Dette har vist seg hensiktsmessig i en oppbyggingsfase innen tjenesteområdet, men det skaper utfordringer med hensyn på ressursfordeling og tjenestetilbudet til de mange pasientene som har sammensatt problematikk. På sikt bør det vurderes om ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør legges til de lokale helseforetakene. På samme måte som det er inngått samhandlingsavtaler mellom kommunene og Helse Sunnmøre, bør det også utarbeides samhandlingsavtaler om rusbehandling der helseforetak, rusforetak og kommuner er parter.

I Legeforeningen rapport om lokalsykehusfunksjonen i psykisk helsevern, legges det til grunn at DPSene skal ivareta lokalsykehusfunksjonen i psykisk helsevern, med blant annet ansvar for spesialistutredning, behandling og rehabilitering av de vanligste psykiske lidelsene med 24-timers beredskap for akutt- og krisetjenester ved øyeblikkelig-hjelp trengende pasienter.

4. Oppgavedeling/tjenesteorganisering

Legeforeningen stiller seg bak prinsippet om at oppgaver bør desentraliseres så langt det er faglig forsvarlig for å sikre nærhet mellom pasientene og tjenestetilbudet. Samtidig må kompetanse- og ressurskrevende tjenester sentraliseres, hvis dette er nødvendig for å holde et nødvendig faglig nivå.

I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen legges det opp til en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Legeforeningen støtter hovedintensjonene i reformforslaget, men vil understreke at tilbudet i spesialisthelsetjenesten ikke kan omstilles raskere enn kommunene er i stand til å etablere et faglig tilfredsstillende alternativt tilbud. Dette vil kunne ta lang tid. Det vises til at spørsmålet om finansieringen av nye tiltak i kommunene er utsatt, og at dette skaper usikkerhet rundt all virkemiddelbruk knyttet til reformen. Innenfor en planperiode frem til 2020, vil derfor eventuelle effekter av samhandlingsreformen være begrenset.

Stortingsmeldingen og strateginotatet i Midt-Norge beskriver begge intermediære enheter som kommunale institusjoner med fagstøtte fra sykehus for tidlig å kunne avklare og intervensere overfor for pasienter med forverring av kjent kronisk sykdom, samt styrking av mestingsressurser etter sykehusopphold. Legeforeningen ønsker ikke etablering av et intermediært nivå som skaper nye utfordrende samhandlingsflater og uavklart ansvarsdeling mellom kommune og foretak. Fare for mindre effektiv ressursbruk og uklare ansvarsgrenser gjør at dette bør piloteres før man vurderer å gjennomføre dette i hele regionen. Faglig, ressursmessig og kapasitetsmessig styrking av de institusjonene vi har, vil mange steder være en bedre løsning. Her vil pasientene kunne være nærmere sitt kjente miljø, og det vil være lagt til rette for samarbeid mellom fastleger og hjemmetjenester eksempelvis i utskrivings situasjoner med en tydelig ansvar- og oppgavefordeling.

Legeforeningen mener likevel det bør opprettes kommunale institusjonsplasser hvor fastlegen kan legge direkte inn til kortidsopphold pasienter som ikke trenger sykehus innleggelse men som ikke kan behandles hjemme. Dette kan opprettes f.eks. i tilknytning til sykehjem men også evt interkommunalt. Dette vil ivareta en god ansvar- og oppgave deling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og uten å etablere et nytt intermediært

nivå. Det vil samtidig gjøre det mulig å behandle flere i kommunehelsetjenesten. I tillegg vil det sannsynligvis være ressurseffektivt sammenliknet med utbygging av nye intermediære enheter. I den sammenheng vil vi påpeke at det er viktig å ikke tappe lokale sykehjem for kompetanse.

Legeforeningen mener det må være en målsetting at lokale sykehjem kan ta seg av akutte pleiebehov der det ikke er behov for sykehusets kompetanse.

Det må ikke være en målsetting i seg selv at eldre mennesker ikke skal innlegges på sykehus. Pasienter som trenger sykehusets diagnostiske og terapeutiske ressurser for å få god nok utredning og behandling, må fortsatt få sitt tjenestebehov dekket på sykehus. Dette må også gjelde eldre. Et godt tilbud betyr likevel ofte at sykehusoppholdet bør gjøres så kort som medisinsk forsvarlighet tilsier. Særlig eldre pasienter har det ofte bedre i et lokalt sykehjem enn på en fremmed sykehusavdeling.

Legeforeningen vil advare mot å gjøre felles akuttmottak (FAM) til hovedstrategi for organisering av legevakt. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (NKLM) fraråder en satsing på FAM i sitt forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt. Bakgrunnen er at erfaringer viser at FAM lett kan føre til økt ressursbruk, uten dokumentert positive helseeffekter. LEON prinsippet må ivaretas. Det er mange uavklarte juridiske forhold vedrørende integrerte modeller på tvers av tjenestenivåene. Erfaringer viser at man lett kan få økt ressursbruk uten nyttig helseeffekt. Allmennleger som får slik nærhet til sykehusets ressurser innen diagnostikk og behandling, viser seg å øke tallet på innleggelser og tid til beslutning. Modellen gir økt bruk av laboratorietjenester, røntgen og annen teknologi i forhold til en legevakt som er plassert utenfor sykehuset. Denne økte ressursbruken og kostnaden, har ikke vist økt helseeffekt. Derimot er det mange steder grunn til å vurdere samlokalisering mellom ambulanse, legevakt og kommunale tjenester som brannvern, sykehjem, kommunale institusjonsplasser og base for hjemmesykepleien

I strateginotatet pekes det på rekrutteringsvansker ved de mindre fødeavdelingene. Samtidig legges det til grunn at det på grunn av lange avstander fortsatt skal beholdes mindre fødesteder i regionen. Her må Helse Midt bli enige med seg selv. Legeforeningen mener det viktigste er å fokusere på kvalitet i det tilbudet som skal gis og ikke ensidig på volum.

Både i forhold til fødetilbud og akuttberedskap for øvrig, vil vi peke på viktigheten av at Helse Midt-Norge RHF koordinerer sine omstillingstiltak med naboregionene. Et eksempel er Namsos sykehus som periodevis betjener pasienter fra søndre del av Nordland. Ved en reduksjon av akuttberedskap i Namsos samtidig som evt. Helse Nord gjør det samme med sine "grensesykehus", kan det oppstå områder i landet med svært dårlig tilbud for pasienter med akutte tilstander.

5. Andre tilbakemeldinger

Avtalespesialistene

Avtalespesialistene er ikke omtalt i strategidokumentet, til tross for at styret i 2008 vedtok et dokument som peker på at avtalespesialistene er en viktig ressurs for Helse Midt-Norge RHF i arbeidet med å ivareta "sørge-for"-ansvaret og utgjør en viktig del av tilbudet til befolkningen.

I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2009 står det at "avtalespesialister er en viktig brikke i spesialisthelsetjenesten. Departementet arbeider med å

legge til rette for å videreføre og bygge ut ordningen. [...] Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at avtalespesialistenes kapasitet utnyttes for å sikre tilgjengelige tjenester for pasientene og korterer ventetider...".

Avtalespesialistene er erfarne spesialister på overlegenivå som målretter sin virksomhet mot kostnadseffektiv produksjon. De står i dag for 20-25 % av den samlede polikliniske virksomhet i Helse Midt-Norge. Rammeavtalene med Helse Midt-Norge regulerer virksomheten detaljert og setter i tillegg, som enestående for spesialister, normtall for antall konsultasjoner pr. år slik at regionen har produksjonskontroll. Detaljert elektronisk rapportering til SINTEF-UNIMED gir i tillegg full oversikt den enkeltes virksomhet.

Avtalespesialistene har levert aktivitetstall til NPR de 3 siste årene. Tallene for 2009 er ennå ikke klare, men tall fra 2007 og 2008 viser høy aktivitet i avtalepraksis. Tallene viser at verken diagnosesammensetning eller pasientsammensetning skiller seg vesentlig ut fra det en har ved sykehuspoliklinikkene. På landsbasis utgjør avtalespesialistene i underkant av 7 % av spesialister i offentlig spesialisthelsetjeneste, men de utfører ca 40 % av all poliklinisk virksomhet i Norge. I øyefaget utføres på landsbasis hele 70 % av alle konsultasjoner og operasjoner i avtalepraksis. Dette sier noe om effektiviteten i denne type helsevirksomhet.

For pasientene betyr en avtalespesialist at de har samme erfarne lege å forholde seg til i hele sykdomsforløpet. Det gir trygghet og forutsigbarhet. Pasientene risikerer derfor ikke ved gjentatte konsultasjoner å møte ulike leger med ulik erfaring som på en sykehuspoliklinikk eller ved ambulerende sykehusspesialister. Dette er spesielt viktig for eldre og pasienter med kroniske sykdommer. Pasientene rapporterer høy tilfredshet med tilbudet hos avtalespesialistene og møter med den pasientansvarlige legen.

Legeforeningen mener på denne bakgrunnen at avtalespesialister bør være et naturlig og riktig førstevalg for å dekke så vel økt behov for polikliniske tjenester samt behov for ambulerende spesialisthelsetjeneste. I tillegg vil etablering av spesialisthjemler lettere kunne gi bedre geografisk spredning av spesialisttilbudet. Tilbudet til pasientene vil gjennom et utvidet tilbud i avtalepraksis gi et mer stabilt og mer lokalt tilbud i forhold til pasientens bopel, noe som særlig vil komme kronikergruppene til gode. Det er videre gode erfaringer med samhandling mellom avtalespesialister og primærhelsetjenesten.

I tilknytning stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, er det pekt på at LEON-prinsippet skal revitaliseres, blant annet gjennom å flytte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I dette perspektivet bør det også undersøkes hvilke oppgaver innenfor institusjonshelsetjenesten som kan flyttes til avtalepraksis. Avtalepraksis bygget på stabile avtalehjemler vil kunne gi rom for moderne, faglig effektive og stabile virksomheter. Oppretting av flere avtalehjemler vil kunne redusere det økonomiske presset på institusjonshelsetjenesten, gjennom mer effektiv drift.

I rapporten er det ikke gjort noen analyse av faglige og økonomiske gevinster som vil kunne ligge i en flytting av hjemler fra sykehus til avtalepraksis. Dette potensialet burde ha vært utredet og etterlyses innarbeidet i strategidokumentet.

Flytting av aktivitet til avtalepraksis må likevel vurderes mht utdanningsmuligheter for leger i spesialisering og opprettholdelse av gode fagmiljøer på sykehusene. I dag er utdanning begrenset til sykehusavdelinger. Legeforeningen deltatt i utarbeidingen av en struktur for at deler av spesialistutdanningen skal kunne skje i en avtalepraksis. Denne saken har nå ligget i

HOD siden i påvente av en finansieringsordning. Vi vil oppfordre Helse Midt Norge til å etterlyse avklaring på denne saken i HOD for å legge til rette for økt aktivitet i avtalepraksis.

Lege – lege samhandling

Etablering av gode pasientforløp starter i primærhelsetjenesten. Det er behov for et faglig utviklingsarbeid på mange områder for å avklare hva som er god arbeidsdeling mellom allmennleger og spesialister, hvilken utredning som bør gjøres av allmennlege før henvisning til spesialist, hva allmennleger skal overta av kontroll og oppfølging etter utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten – og informasjonsflyten knyttet til dette. Dette utviklingsarbeidet kan ikke ivaretas av spesialisthelsetjenesten alene, men krever aktiv involvering av allmennleger. Dette kan skje gjennom oppretting av deltidsstillinger for allmennleger som praksiskonsulenter ved sykehusene og ved aktiv involvering av allmennleger i arbeidsgrupper. Legeforeningen vil oppfordre til økt bruk av praksiskonsulenter for å utvikle godt samarbeid om helhetlige helsetjenester og gjensidig veiledning.

Ut i fra strategidokumentet kan det ikke leses om det har vært systematisk involvering av fastlegene. Fastlegene er en av helseforetakenes viktigste samarbeidspartnere, og som sammen med lokalsykehusene håndterer ca. 95 % av befolkningens behov for helsetjenester.

IT-verktøy og utvikling av disse

Godt fagarbeid forutsetter gode verktøy. Det er en utbredt oppfatning om at IT-verktøyene som er i bruk ikke tilfredsstiller dagens krav til moderne helsetjenestene. Ressurser, både personellmessige og økonomiske, må legges i arbeidet med å forbedre og videreutvikle de IT-verktøy vi har i dag, samt vurdere behov i fremtiden. Tilgjengelighet og nærhet for brukerne må være i fokus. En IKT-avdeling langt fra brukerne krever ofte mye tid å få tak i og tid til å forklare problemstillingen, sammenlignet med avdelinger innenfor sykehuset. En tydeligere IKT-strategi etterlyses, både generelt og fagspesifikt.

Det er helt avgjørende at det nå skjer en standardisering av IKT verktøyene. I dag kan flere av EPJ systemene i hhv primærhelsetjenesten og på sykehusene ikke ” snakke sammen”. I tillegg har kommunehelsetjenesten med unntak av fastlegene i alt for liten grad tatt i bruk IT-løsninger.

Støttefunksjoner

For at helseforetakene skal få mest mulig effektiv utnytting av arbeidstiden til fagspesialistene, er det nødvendig at det er tilgjengelig støttepersonell, jf. eksempelvis Riksrevisjonens påpekning om merkantil støtte til budsjettarbeid i sykehusene. Denne strategien kan også legge til rette for å redusere legenes arbeidstid, som vil kunne bidra til bedre arbeidsmiljø og lavere lønnskostnader som følge av mindre uforutsett arbeidstid.

Den norske legeforenings sentralstyre
etter fullmakt



Geir Riise
generalsekretær



Terje Sletnes
Fung. avdelingsdirektør

Saksbehandler:
Anjam L. Shuja