

Likebehandling er viktig for PSLs medlemmer

Ny finansieringsordning og avtalespesialistenes plass i de regionale helseforetakene etter 1.7. 2010 var blant temaene på Privatpraktiserende Spesialisters Landsforenings årsmøte i Bergen i slutten av august.

Det var et topptungt foreleserlag som hadde tatt turen til Bergen. Ekspedisjonssjef Bjørn Erikstein i Helse- og omsorgsdepartementet orienterte om særskilte sider ved samhandlingsreformen som kan berøre avtalespesialistene. Han nevnte at sykehusene i følge forslagene i samhandlingsreformen, i fremtiden vil få 60 % i rammefinansiering, 20 % i innsatsstyrt finansiering og at 20 % skal finansieres av kommunene der pasientene er hjemmehørende. Når det gjelder utskrivningsklare pasienter så vil penger for disse overføres til kommunen, og kommunen vil ha 100 % betalingsplikt fra første dag.

– For å bruke et eksempel som illustrerer hvilke kostnader vi snakker om, så viser SINTEFs beregninger for St. Olavs hospital at en utskrivningsklar pasient koster ca. 5–6 000 kroner per døgn i sykehus. St. Olav har ca. 17 000 pasientdøgn med utskrivningsklare pasienter som venter. Dette utgjør omlag 100 millioner kroner som må overføres fra St. Olav til kommunene. – Jeg tror dette er en riktig politikk for å utnytte ressursene best mulig, sa han.

Avtaler med RHF-nivået i fremtiden

Erikstein mente at det er et sterkt ønske om å bygge opp flere sentrale registre, og at avtalespesialistene må være innstilt på å delta med data til disse om noe tid.

Han orienterte om kommende endringer av avtaleansvar og finansiering av avtalespesialistene. – De regionale helseforetakene vil overta ansvaret for de sentrale avtalene med helseprofesjonene. Dette vil kunne innebære at det blir takstforhand-

linger mellom RHF-nivået og Legeforeningen, sa han.

De regionale helseforetakene (RHF-ene) vil overta refusjonstakstene, og avtalespesialistene vil bli finansiert gjennom en kombinasjon av driftsavtaler, refusjonstakster og egenandeler. – Avtalespesialistenes aktivitet bør så langt mulig inn i ordningen med innsatsstyrt finansiering, som er en del av finansieringssystemet mellom staten og RHF-et, sa han. Dette betyr at RHF-ene må tenke private avtalespesialister når de skal dekke «sørge for»-ansvaret, og de må tenke gjennom hvordan de kan etablere mest mulig effektive tjenester. Erikstein fremholdt at han håpet at kontrollrutiner og rapporter kan bli mer og mer automatisert, slik at disse enklest mulig kan fremsendes til myndighetene.

– Departementet ser at en del av de små, medisinske fagene kanskje over tid, vil falle ut av sykehusene. Derfor vurderer departementet også om avtalespesialistene kan bli en del av utdanningssystemet for leger, sa Erikstein.

Han var tydelig på at en rekke forhold måtte utredes ytterligere. Blant disse er hvordan avtalespesialistene skal forholde seg til prioriteringsforskriften. – Pasientene har rettigheter. Hvordan skal diagnosene vurderes i forhold til hverandre, og hvordan finne en god ordning for hvordan pliktbrudd håndteres, spurte han og viste til at det i høringsnotatet om samhandlingsreformen også finnes administrative forslag til hvordan oppretting og avvikling av hjemler skal håndteres.

Ivaretakelsen av «sørge for»-ansvaret

– Helse Sør-Øst skal ivareta «sørge for»-ansvaret ved utstrakt bruk av offentlige helseforetak, kjøp av helsetjenester fra ulike private leverandører, bruk av private sykehus som er integrert i den offentlige spesialisthelsetjenesten og bruk av avtalespesialister, sa direktør Stig Grydeland i Helse Sør-Øst. – Det skal være en behovsvurdering i forhold til «sørge for»-ansvaret, det skal være en analyse av behovsutviklingen i befolkningen, en analyse av egen kapasitet og disse skal følges av kvalitetsvurderinger. Det bør være valgfritt for den enkelte pasient å kunne velge mellom offentlig poliklinikk og avtalespesialist, sa Grydeland.

Han viste til forpliktelsene i rammeavtalen mellom Legeforeningen og det regionale helseforetaket. – Allerede i dag ser RHF-et det som sin oppgave å initiere til samhandling med avtalespesialistene innenfor de enkelte fag. De innkalles sammen med fagansvarlige på helseforetakene, og vi legger kraftige føringer på at spesialistene og sykehusene skal gjøre avtaler. Jeg er sikker på at når dette er gjort mange nok ganger, så vil noe skje, sa han og la til at noe av utfordringen er å få til kommunikasjonen. – Det kan være vanskelige dialoger, sa Grydeland.

Han trakk også frem som svært viktig det oppdrag helseforetakene har i oppdragsdokumentet fra departementet. Her fremgår det at det skal gjennomføres tiltak for å bedre koordineringen av henvisninger til psykisk helsevern, slik at pasientene får lettere tilgang til spesialisthjelp. Han viste også til det pågående omstillingsarbeid hvor avtalespesialistene skal inngå i oppgave- og funksjonsfordelingen i sykehusområdene.

Grydeland avsluttet med å anerkjenne avtalespesialistenes innsats. – De vil ha en sentral plass i helse Sør-Øst. De må være med på det felles omstillingsarbeid vi står overfor – og det er vi sikre på at de vil, avsluttet han med et smil.

Avtalespesialister leverer kvalitet!

Torunn Janbu var tydelig på at grunnen til at avtalespesialistene er viktige, er at de leverer kvalitet og at de er effektive. – Dere leverer kontinuitet. Dere representerer et alternativ i arbeidsmarkedssituasjonen, som for leger i sykehusspesialiteter preges av store virksomheter og i tillegg en monopol-



Bjørn Erikstein, Torunn Janbu og Stig Grydeland var blant innlederne. Foto Ellen Juul Andersen



Synnøve Bratlie ble gjenvalgt som leder av PSL. Hun leder en forening med god aktivitet. Foto Ellen Juul Andersen

situasjon med én eier, sa hun. – Avtalespesialistene representerer kontinuitet både for pasientene og for fastlegene. Dere er en desentralisert spesialisthelsetjeneste, og dere burde vært løftet tydeligere frem i samhandlingsreformen, sa hun til stor applaus. Janbu understreket at avtalespesialistene fortsatt må ha tilstrekkelig faglig og organisatorisk selvstendighet til at avtalepraksis kan utgjøre et alternativ og korrektiv til sykehus. De kommende endringene må ikke medføre at det særpreg som nå gjør avtalespesialistene og avtalepraksis ettertraktet, blir borte, sa hun.

– Utviklingen av antall hjemler og fordeling av oppgaver mellom sykehus og avta-

lespesialister kan bli en utfordring. Her trenger vi god dialog, understreket Torunn Janbu.

– Både spesialistutdanning og forskning bør kunne foregå i avtalepraksis. Hvordan utdanning kan gjennomføres er allerede utredet. Et siste brev vedr. finansiering, ble sendt fra Legeforeningen til Helsedirektoratet i 2006, men er ikke besvart. Det er derfor ikke nødvendig å starte dette arbeidet på nytt, minnet legepresidenten om.

Av utfordringer forøvrig pekte hun på at finansierungsordningen og rammebetingelsene må gi forutsigbarhet for investeringer og kontinuitet i praksis. Avtalepraksis må ikke bli en salderingspost for svak sykehusøkonomi. Den som skal være avtalepart for avtalespesialister må ha et incitament for å videreutvikle denne praksisformen.

Rapporteringssystemer og prosedyredeverk er i dag ikke tilstrekkelig utviklet og tilpasset avtalepraksis. Utviklingen må foregå i nært samarbeid med profesjonsforeningene. Det er avgjørende for kvaliteten på et nytt finansieringssystem at aktivitetsregistreringen gir en korrekt beskrivelse av den faktiske aktiviteten i avtalepraksis. Per i dag er situasjonen ikke moden for overføring av finansierungsansvaret. Det er behov for en gradvis overgang til ny modell, sa hun.

Må unngå amerikanske tilstander

Nevrolog Aud Nome Dueland hadde gitt sitt foredrag tittelen forskjellsbehandling. Hun var opptatt av at det ikke skal oppstå

amerikanske tilstander i norsk helsevesen. Hun tok fatt i den forskjellsbehandling som hun nå frykter vil kunne utvikle seg, nemlig at bare leger i sykehus og enkelte, utvalgte, avtalespesialister skal kunne skrive ut de nye, biologiske legemidlene til kronikere med MS, leddgikt, psoriasis og inflammatorisk tarmsykdom. Det er lagt opp til at spesialister som i dag behandler pasienter med de samme behov, men som arbeider uten avtaler med RHF-ene, ikke skal kunne forskrive disse medikamentene.

– Jeg frykter at slik forskjellsbehandling av leger kan føre til en utilsiktet forskjellsbehandling av pasienter. Dette vil kunne få negative konsekvenser for lege-pasientrelasjonen, samtidig som medisinske vurderinger skyves til side på grunn av økonomi, sa Nome Dueland.

– Prinsipielt burde det være underordnet hvor legen arbeider så lenge medisinskfaglige vurderinger er gode og nasjonale retningslinjer for forskrivning og behandling følges. De forslagene til forskrivning som nå foreligger, tilsier at det er grunn til å ha høy oppmerksomhet mot problemstillingen, og vi må sikre at de pasienter som virkelig trenger disse nye medisinene, får dem, sa hun.

Ellen Juul Andersen

ellen.juul.andersen@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Prestisjetung kongress for karkirurger

Den 23. årlige internasjonale karkirurgiske kongress gikk av stabelen i Oslo i begynnelsen av september.

– Det ble et vellykket arrangement, både faglig og sosialt. Vi i den lokale organisasjonskomiteen har lagt ned mye arbeid og jeg er stolt av det vi har fått til, sier Jørgen J. Jørgensen, leder for komiteen.

Den årlige kongressen, som ble arrangert for første gang i Oslo, skjer i regi av The European Society for Vascular Surgery (ESVS). Nærmere 1 800 deltok i år, hovedsakelig europeere, men også deltagere fra Asia, Australia og USA hadde funnet veien til Oslo Plaza i perioden 3.–6. september. Kongressen er kjent for sitt høye vitenskapelige nivå med 36 muntlige presentasjoner og 60 postere. Disse velges ut blant cirka 400 innsendte abstrakter. For øvrig sto diverse workshops, kurser og resultater av større internasjonale studier på programmet samt at det ble anledning til å avlegge den europeiske eksamen i karkirurgi.

– Nytt av året var at det ble arrangert en egen sesjon for sykepleiere og teknikere med karkirurgisk profil. Denne gruppen har fått en mer sentral plass ikke bare innen pleie og omsorg, men også innen forebygging og oppfølging av den karkirurgiske pasient. Vi håper årets konferanse kan bidra til etableringen av et enda tettere samarbeid og kanskje opprettelse av egen internasjonal organisasjon for denne gruppen av helsepersonell, sier Jørgensen.

Blant temaene som sto på programmet, og som over tid vil kunne få stor betydning for pasientgruppen, var resultater av forskning og pågående studier av nye metoder for å forebygge hjerneslag, behandling og forebygging av røykebein, nye og forbedrede operasjonsteknikker for å reparere/fjerne utposninger i blodårer forskjellige steder i kroppen og bruk av nye teknolo-



Frans Moll, president i ESVS. Foto John Poulsson

giske metoder for behandling og undersøkelser.

Knut E. Braaten

knut.braaten@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk