

stendige gjennom utvidede fullmakter, kunne styringen dreies over mot de overordnede rammer, sa Bakke.

Han pekte på at Legeforeningen mener det er helt nødvendig at reformen gis en faglig forankring dersom statlig overtakelse skal bli vellykket. Dette ble konkretisert i tre punkter: faglighet i oppfølging og gjennomføring, forskning og utdanning samt fleksibilitet i avtaleverket.

– De strukturelle reformer må kombineres med en innholdsreform som tar utgangspunkt i de faglige aspektene i helsetjenesten, utdypet presidenten. – Medisinsk kompetanse som gjennomgående premiss er en forutsetning i den nye strukturen. Funksjonsfordeling må være basert på kvalitets- og faglighetsvurderinger og fagmiljøene må trekkes inn i faglige vurderinger.

– Skal sykehusene ha kompetanse til å møte fremtidens utfordringer, må det gis rammebetingelser til å videreutvikle og fornye egen kompetanse. Dette innebærer at forskning, videre- og etterutdanning, undervisning og spesielle funksjoner må gis en særskilt og skjermet finansiering, inntektsmuligheter og et eget resultatregnskap, mente Bakke.

### Økt respekt

– Legeforeningen ønsker å bidra til at reformen blir vellykket og til at de faglige aspektene får større gjennomslagskraft. For Legeforeningen har det derfor vært viktig å fremstå med et klart og tydelig ansikt utad regionalt. Landsstyremøtet 2001 vedtok derfor å opprette fem regionale interimutvalg for å ha en tilpasset og fremtidsrettet organisasjon, sa presidenten. – For Legeforeningen er det av største betydning at det ikke er tvil hos våre samarbeidspartnere om hvor de skal henvende seg for å hente faglig kompetanse. Det må være Legeforeningens tillitsvalgtapparat og organisasjonsledd på aktuelle nivå.

Regionsutvalgene er Legeforeningens kontaktnett på regionalt nivå og samordner et faglig nettverk med kontakter i fagmiljøene, sa Bakke.

– I flere regioner har reformen ført til økt respekt for faglige råd. Flere av regionsutvalgene opplever at faglige vurderinger får langt større gjennomslagskraft i den nye foretaksstrukturen enn tidligere. Det oppleves som svært positivt at faget nå har fått en større innflytelse i de prosesser og prosjekter det arbeides med, selv om arbeidet tidvis foregår i skyggen av økonomiske bekymringer. Det er vårt klare inntrykk at gode faglige argumenter generelt vinner gehør, sa presidenten.

### Ellen Juul Andersen

ellen.juul.andersen@legeforeningen.no  
Informasjonsavdelingen

### Litteratur

1. Høie IM. Klinisk forskning i de regionale helseforetakene. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2660.

## Spesialforeningene på offensiven

Overkapasitet i gynekologi, behovet for grundigere utredning av funksjonsfordelingen ved elektiv kirurgi og utfordringer knyttet til indremedisinens bredde, var blant temaene spesialforeningene var opptatt av.

Noen spesialforeninger var invitert til å presentere et kortfattet innlegg om faglige utviklingstrekk innen sitt området, og hvilke konsekvenser dette kunne få for organiseringen av tjenestetilbudene.

Blant dem som presenterte aktuelle problemstillinger, gjengis fire her.

### For få pasienter

Leder Oddvar Sviggum i Norsk gynekologisk forening sa at faget kjennetegnes ved en overgang til bedre og billigere pasientbehandling. Det gjennomføres laparoskopier som dagkirurgi, inkontinens behandles med dagkirurgi, mindre inngrep tas ved poliklinikker. Det er nesten ikke ventelister på operativ behandling. Det er en økning i antall kreftpasienter fra 1993 til 2010 som forventes å bli på 18,7%. Ved økt bruk av poliklinikk/dagkirurgi er sengebehovet redusert. Hans konklusjon er at redusert liggetid gir en overkapasitet i faget.

– Det er ingen rekrutteringskrise og avgang/tilgang er i god balanse. Det er heller ikke rom for flere stillingshjelm, sa Sviggum. Han sa også nye behandlingsformer medfører at sykehusene trenger volum/pasienter for å få en god nok kvalitet. Han reiste derfor spørsmålet om det i forbindelse med sykehusstrukturendringer vil være slik at færre gynekologiske avdelinger er uunnødvendig.

– Det er i dag ikke stort nok pasientgrunnlag. Hva skal da fordeles? Hva med faglig kvalitet? spurte Sviggum. Han advarte på det sterkeste mot osthøvelprin

sippet når man får en situasjon hvor det er for små økonomiske rammer. Han bad om en konstruktiv strukturdebatt, ikke at reduserte budsjetter fører til ansvarsfraskrivelse og destruktiv intern strid.

### Psykiatrien må samorganiseres

Anne Morseth fra Norsk psykiatrisk forening sa at faget gjenspeiler samfunnsutviklingen.

– Rusmiddelbruken øker kraftig, det er stor bevegelse på arbeidsmarkedet, oppsplitting av familier, migrasjon, krig og katastrofer. Terskelen for å søke psykiatrisk hjelp, er også lavere enn før, sa Morseth, som fremholdt at det er store og krevende pasientgrupper som øker: Eksempler er dobbeltdiagnoser, alvorlige personlighetsforstyrrelser, voldelig atferd og traumatiserte flyktninger. Nye pasientgrupper er personer med ADHD, spilleavhengighet og mennesker som dømmes til psykiatrisk behandling. Hun nevnte også at det i dag er store grupper som får lite hjelp, som personer med psykosomatiske lidelser og psykisk utviklingshemmede.

Morseth mente at fagligheten var truet på grunn av oppsplitting i en rekke små og sårbare miljøer, uten tilstrekkelig tilgang på spesialister. – Nye oppgaver ved de distriktpsykiatriske sentrene (DPS) krever spesielt tilrettelagte lokaliteter. Investeringsrammene bør økes og utbyggingstakten trappes opp, sa Morseth. Hun mente det er behov for samorganisering av DPS og sykehuspsykiatri i et distrikt. Videre trakk



Oddvar Sviggum



Anne Morseth



Knut E.A. Lundin

hun frem at Rikshospitalet bør kunne ta imot enkelte pasienter som man ikke klarer å ta imot lokalt, og at det bygges ut forskningsnettverk i samarbeid med Rikshospitalet.

### Kardiologiens dramatik

Knut E.A. Lundin fra Norsk indremedisinsk forening sa at utfordringene er et bredt spekter av sykdomstilstander, mange tekniske ferdigheter innen spesialiteten og stor strøm av pasienter. – I tillegg er nesten alle innleggelser øyeblikkelig hjelp; det er krav til hurtighet kontra grundighet, og med eldrebølgen kommer mange indremedisinske sykdommer.

Lundin sa også at det er kryssende interesser mellom økende ferdighet i et snevert felt og å bevare oversikten og den generelle kompetanse i faget. Når det gjelder utdanning av indremedisinere, tar nesten alle hoved- og grenspesialitet.

Lundin trakk særlig frem utviklingen innen enkelte deler av faget. Når det gjelder kardiologi, er dette det største faget innen indremedisin og behandler halvparten av alle innleggelser. – Det er et fag med mye dramatik, sa Lundin med et smil. Kardiologi er dels et akutfag, dels et utredningsfag. Lundin viste til at det skjer nyutvikling spesielt innen akutt perkutan koronar intervensjon (PCI). Han reiste spørsmålet om hvilke pasienter skal ha tilgang til PCI (1), hvem skal kunne utføre slike inngrep og hvilke pasienter skal «nøy» seg med annen behandling. Lundin la til at dette er et område innen medisinen hvor Helse Øst og Helse Sør i fellesskap kunne være et aktuelt nedslagsområde (2).

Lundins konklusjon er at faget indremedisin har store utfordringer, at det er et stort volum der mange pasienter har flere sykdommer og bruker mange medikamenter, og at det derfor er viktig å opprettholde bred kompetanse.

### Ikke bare akuttkirurgiske funksjoner

Norsk kirurgisk forening, ved leder Hans Petter Næss, sa at foreningen er organisert som en paraplyorganisasjon for spesialforeningene for de kirurgiske grenspesialiteter – i tillegg til ortopedi, nevrokirurgi og plastikkirurgi. Det er gastrokirurgi og ortopedi som er de store akutfagene, i volum. Karkirurgi og thoraxkirurgi er vitale i traumatologi og i krevende akuttsituasjoner, som rumperte aortaaneurismer og akutt hjertekirurgi.

– Med oppgavefordeling menes både fordeling av akuttkirurgiske funksjoner og av elektive funksjoner, påpekte Næss. – Akutttilbudet er utredet ganske omfattende. Det er et visst faglig grunnlag for funksjonsfordelingen, men dette er ikke tilstrekkelig ivarettatt, sa Næss. Han syntes heller ikke spørsmålet om hvordan faglige hensyn skal ivaretas ved fordeling av elektiv virksom-

het, er grundig nok utredet. – Det er behov for å gjøre mer når det gjelder det faktiske behovet og nytten av en oppgavefordeling, både økonomisk og kvalitetsmessig, mente han.

– Staten og sykehuseierne bør ta et større ansvar for å trekke fagmiljøene inn i utredningsarbeid. Slik skapes et bedre beslutningsgrunnlag for blant annet oppgavefordeling, sa Næss.

### Ydmykhet

Det kirurgiske fagområdet er omfattende, og står i tillegg overfor et spørsmål om oppsplitting av fagområdet. Funksjons- og oppgavefordelingen kan medføre atskillelse av grenspesialiteter og i noen tilfeller deling av grenspesialiteter (3).

Næss trakk frem hvor viktig det er at oppgavefordeling krever en god begrunnelse. For eksempel må oppfyllelse av målkriterier være i tråd med virksomhetenes målsetting, også når det gjelder forskning og utdanning. – Oppgavefordeling er komplisert. Den forutsetter grundig utredning av både medisinerne og økonomer i samarbeid, og som arbeider i respekt for hverandre. Medisinske forutsetninger for beslutninger må komme fra fagets utøvere, ikke fra legeledere eller legetillitsvalgte alene, da disse har en annen rolle, sa han.

– Selv om medisin og helsefag ikke bærer i seg mange incitamentet til kostnadseffektivitet, og vi må finne oss i å bli utfordret av for eksempel økonomer, må disse også ha respekt og en viss ydmykhet for de begrensninger vi setter på faglig grunnlag. Når vi gjør noe, så tukler vi tross alt med levende organismer som til og med tenker selv, avsluttet Hans Petter Næss.

### Ellen Juul Andersen

*ellen.juul.andersen@legeforeningen.no*  
Informasjonsavdelingen

### Litteratur

1. Sundar T. PCI som akutt behandling – hvor og hvordan? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 196–7.
2. Ronge K. Oppgave- og funksjonsfordeling klar i Helse Øst. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2733.
3. Sundar T. Mot radikale inngrep i kirurgisk spesialitetsstruktur? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2820–1.