

Gir støtte til samhandlingsreformen

Legeforeningen støtter styrking av fastlegeordningen og kommunalt tjenestetilbud.

Regjeringen la før sommeren frem St. meld. nr. 47 Samhandlingsreformen. Stortingsmeldingen legger blant annet opp til flere fastleger, styrking av legevaktstilbudet og kommunale institusjoner samt endring i finansieringsordningene som skal stimulere kommunene til økt satsing på helse. For å håndtere økt ansvar og økte oppgaver, skal både samarbeidet mellom kommunene og mellom kommuner og helseforetak styrkes.

Legeforeningen har deltatt i arbeidet med reformen gjennom kontaktmøter og skriftlige innspill til departementet. Sentrale temaer i denne dialogen har vært opptrapping av antallet fastleger og utvikling av fastlegeordningen, offentlig legearbeid, legevakt, kommunestruktur og finansieringsordninger.

Ser frem til fortsatt samarbeid

– Vi føler vi har hatt gjennomslag for mange av våre synspunkter, sier president Torunn Janbu. – Hovedmålsetningene og sentrale tiltak som styrking av fastlegerollen og et forbedret kommunalt tjenestetilbud er riktige grep å ta. Vi er også tilfredse med at de områdene hvor vi ikke er sikre på tiltakene, skal utredes videre. Vi ser frem til et fortsatt samarbeid om å utvikle reformen sammen med departementet og andre sentrale aktører, sier hun.

Bakgrunnen for Regjeringens tiltak ligger i erkjennelsen av at pasientens behov for koordinerte tjenester ikke ivaretas godt nok, og at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Det pekes på at den demografiske utviklingen utfordrer samfunnets evne til å bevare og videreutvikle velferdsordningene. Andelen som er yrkesaktive vil i fremtiden reduseres, og andelen som er ikke-yrkesaktive, pleietrengende og som har økt behov for helsetjenester, vil øke.

Fem hovedgrep

Regjeringen beskriver fem hovedgrep for å møte denne utviklingen. Pasientrollen skal bli klarere gjennom økt medvirkning av den enkelte pasient, økt involvering av pasientforeningene og en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får én person som kontaktpunkt i helsetjenesten. Kommunenes rolle foreslås også endret. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging. Dette må i økt grad ses i sammenheng med andre offentlige tjenester. Den forventede veksten i helsetjenesten skal i større grad legges til kommunehelsetjenesten.

Et sentralt tiltak er å øke aktiviteten

i kommunene gjennom å endre de økonomiske incitamentene. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester skal stimulere til å bygge opp tilbudet innenfor den kommunale rammen og bidra til mer riktig bruk av spesialisthelsetjenester. Kommunene får også det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter som ligger på sykehus. Andelen aktivitetsbasert finansiering for spesialisthelsetjenesten foreslås også redusert fra 40 % til 30 %. Legeforeningen har tidligere støttet en økning i andelen til 50 %.

Det skal også skje en utvikling av spesialisthelsetjenesten, slik at den i større grad skal kunne bruke sin spesialiserte kompetanse. Rett oppgavedeling mellom kommuner og helseforetak skal bidra til dette, dessuten skal det settes et sterkere søkelys på etablering av helhetlige pasientforløp på tvers av tjenestenivåene. I tillegg skal prioriteringene tydeliggjøres gjennom at Nasjonalt råd for prioritering og kvalitet skal videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioritering innenfor den samlede helse- og omsorgstjenesten.

Terje Sletnes

terje.sletnes@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Budsjettvekst med forbehold

En ny rapport viser at sykehusenes store budsjettvekst de siste årene i stor grad er spist opp av nye oppgaver, pensjon, lønns- og prisstigning.

Til tross for en sterk økning i tilskuddene, sliter sykehusene med store underskudd og helsepersonellet opplever et stadig økende arbeidspress og knapphet på ressurser. På denne bakgrunnen engasjerte Legeforeningen ECON Pöyry for å kartlegge inntekter og ressursbruk i spesialisthelsetjenesten.

ECON har blant annet vurdert hvor mye av inntektsøkningen som har gått til å dekke pris- og lønnsvekst inkludert pensjonskostnader, effekten av endringer i regnskapsreglene og ressursbruk knyttet til nye oppgaver gitt til spesialisthelsetjenesten. Formålet med analysen er å avdekke om sykehusene reelt sett er i en gunstigere inntektssituasjon nå enn tidligere.

ECON konkluderer med at sektoren kun er tilført om lag 4,5 milliarder kroner for å finansiere økt aktivitet i perioden

2002–08. Den samlede budsjettøkningen fra 2002 til 2008 på om lag 33 milliarder kroner må derfor nedjusteres med om lag 28 milliarder kroner når nye oppgaver, økte pensjonskostnader, lønns- og prisvekst og endringer i arbeidsgiveravgiften trekkes fra. Aktivitetsøkningen har i den samme perioden vært på om lag 16–20 %, inkludert opptrappingen innenfor psykisk helsevern.

– Dette viser at det er feil å ensidig fokusere på veksten i sykehusbudsjettene, sier Legeforeningens visepresident Arne Refsum. – Politikerne endrer rammevilkår som pensjons- og regnskapsregler og gir samtidig sykehusene stadig nye oppgaver, men uten å se på dette i forhold til ressurstilgangen. Derfor opplever vi dilemmaet at sykehusene aldri har blitt tilført mer penger, samtidig som vi opplever budsjettunderskudd og stadig økt slitasje på helsepersonellet.



Arne Refsum. Foto Lise B. Johannessen

Budsjettene for spesialisthelsetjenesten har hatt en sterk vekst de siste årene. I 2009 mottar de regionale helseforetakene knapt

103 milliarder kroner, mens de i 2002 mottok om lag 53 milliarder kroner. – Vi støtter en gjennomgang av hvilke oppgaver som bør løses i sykehus og hvilke oppgaver som bør løses i kommunene. Men like viktig er det å se på hvilken finansiering som må til for å dekke de oppgavene som

sykehusene skal håndtere. Vi kan ikke ha en situasjon hvor utviklingen i sykehus beskrives som en kostnadseksplasjon og at foretakene er økonomisk ute av kontroll. Dette gir et feil bilde av virkeligheten. Sykehusene har blitt mer effektive og helsepersonellet håndterer et langt høyere akti-

vitert på bakgrunn av en beskjeden budsjettvekst. Denne innsatsen må anerkjennes, avslutter Refsum.

Terje Sletnes

terje.sletnes@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Likestillingsombudet er viktig for leger

– Vi håper hver sak vi får medhold i, bidrar til å øke kunnskapen hos arbeidsgiverne når det gjelder likestilling, sier Hege Gjessing i Yngre legers forening.

Yngre legers forening (Ylf) hadde i juni 2009 en sak oppe for Likestillings- og diskrimineringsnemnda, som er Likestillings- og diskrimineringsombudets klageorgan.

Saken gjaldt en gravid ansatt ved en kvinneklinikk på et større sykehus. Legen ble etter endt distriktsturnus i 2007 tilsatt ved kvinneklinikken i et to måneders vikariat, hvor sluttdato var sammenfallende med datoen for forventet svangerskapspermisjon i oktober. Hun ble informert om at flere stillinger for leger i spesialisering ville bli utlyst på kvinneklinikken rundt samme tidspunkt. Hun søkte på stillingene, men arbeidsgiver valgte til slutt å ansette en spesialist foran den kvinnelige legen i spesialisering.

I strid med likestillingsloven

Arbeidsgiver begrunnet dette med at det dreide seg om et vikariat av kort varighet, og at den kvinnelige søkeren ikke kunne være til stede under hele tilsetningsperioden grunnet uttak av foreldrepermisjon.

Dette er klart i strid med likestillingsloven § 3 som sier at direkte og indirekte forskjellsbehandling av kvinner og menn ikke er tillatt, og likestillingsloven § 4, andre ledd, som sier at man ved ansettelse

ikke kan gjøre forskjell på kvinner og menn i strid med § 3.

Det er et problem at kunnskapen om diskrimineringsregelverket synes å være begrenset på mange helseforetak. Dette ble også tatt opp som et hjertesukk under nemndsbehandlingen fra likestillingsombudets representant.

Likestillingsombudet omtaler helsesektoren som en «versting» i sin rapport fra 2008, der de også spesifikt nevner tre saker vedrørende leger i spesialisering, hvor ombudet i alle tre saker uttalte seg i favør av arbeidstakeren.

Stor påkjennning

Å ta opp kampen mot arbeidsgiver i slike saker er en stor påkjennning både for de som blir utsatt for forskjellsbehandlingen og for tillitsvalgapparatet. Mange av sakene kunne vært unngått dersom det hadde vært større bevissthet om grunnleggende likestillingsjus i helseforetakenes administrasjon og ledelse.

Hege Gjessing, Ylfs leder, ser alvorlig på situasjonen. – Vi håper at hver sak vi får medhold i, bidrar til å øke kunnskapen hos arbeidsgivere i sykehusene når det gjelder hvordan slike saker skal behandles. Når det



Hege Gjessing og likestillings- og diskrimineringsombud Beate Gangås (t.v.). Foto Jon-Ole Whist

er sagt, er vi selvsagt klar over at en del arbeidsgivere handler i strid med loven, selv om de meget godt kjenner til den. Vi er derfor glade for at ombudet eksisterer. Det er en uvurderlig hjelp for oss i håndteringen av dette, sier hun.

Anne-Sofie Daleng

anne-sofie.daleng@legeforeningen.no
Forhandlings- og helseerettsavdelingen

LEIF

holder orden på etterutdanningen din

- Leif hjelper deg til å få en mer målrettet og bedre planlagt etterutdanning.
- Leif hjelper deg å dokumentere det arbeidet som legges ned i etterutdanning.
- Leif bidrar til å klargjøre behovet for etterutdanning hos arbeidsgiverne.

Samarbeidet med kollegaer eller spesialitetskomité gjør det enklere å gjennomføre planlagte aktiviteter.

Registrer deg på www.legeforeningen.no/leif og start planleggingen



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**