



Det må klargjøres hvilke oppgaver som skal løses i sykehusene. Illustrasjonsfoto Colourbox

Helseplanen spriker

– Regjeringens forslag til ny nasjonal helse- og omsorgsplan inneholder mye positivt, men politikken spriker.

Det sier president Torunn Janbu om planen som ble lagt frem i midten av oktober. – Legeforeningen er tilfreds med at vi endelig har fått konkrete virkemidler på bordet slik at vi får en reell diskusjon om hvordan samhandlingsformen bør settes ut i live, sier hun.

Går ikke i hop

I den nye planen legges det opp til at den fremtidige veksten i helsebudsjettet i større grad skal tilfalle kommunene. – Dette mener vi er rett vei å gå, men først må det klargjøres hvilke oppgaver som skal løses i sykehusene og hvilke oppgaver kommunene skal påta seg. Politikken spriker når veksten i sykehusbudsjettene skal bremses og ingen lokalsykehus skal legges ned, samtidig som sykehusene skal utvikles i en enda mer spesialisert retning. Det går rett og slett ikke i hop, sier hun.

Legeforeningen har etterlyst behovet for en nasjonal sykehusplan hvor det klart fremgår hvilke tjenester du kan forvente å få på sykehus samt lokalisering. – Noen lokalsykehus vil måtte legges ned, andre styrkes. En plan vil gi forutsigbarhet og dette bør Stortinget ta stilling til, foreslår Janbu.

Økt kommunalt finansieringsansvar

Regjeringen foreslår å innføre en avgrenset modell for kommunal medfinansiering og at kommunen har finansieringsansvaret for

utskrivingsklare pasienter. – Vi har ment at det er uklokt å innføre en generell kommunal medfinansiering. En slik ordning ville ha gitt for stor økonomisk risiko for kommunene. En begrenset modell med kommunal medfinansiering kan prøves ut for å se om ordningen bidrar til å nå målene med reformen, sier Janbu.

Lokalmedisinske sentra

Regjeringen legger opp til at lokalmedisinske sentra skal være en tverrfaglig arena for samarbeid mellom kommuner og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. – Det er behov for å bygge opp mer solide enheter i kommunene, men «halvannenlinjetjenester» eller intermediære nivåer vil ikke nødvendigvis bidra til bedre samhandling. Dette kan skape nye samhandlingsflater og økt samhandlingsbehov for en del oppgaver. Hun peker blant annet på at opprusting av sykehjem gjennom faglig forsterking og differensiering av tilbudet er en bedre vei å gå. Større fastlegekontorer som samarbeider med andre yrkesgrupper vil også bidra til mer robuste samarbeidsenheter og gi økt tilgjengelighet og bedre koordinering av tilbudene.

Terje Sletnes

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

mene er oppnevnt med bakgrunn i forslagene fra ykesforeningene.

Kunngjøring:

Endring av spesialistreglene i generell kirurgi og de kirurgiske grenspesialitetene

I tråd med Legeforeningens anbefaling har Helse- og omsorgsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vedtatt endringer av spesialistreglene i generell kirurgi og de kirurgiske grenspesialitetene.

For generell kirurgi omfatter endringene både tjenestekravet, kurskravet og operasjonslisten/attestasjonsskjemaet som kreves vedlagt søknad om spesialistgodkjenning.

Tellende tjeneste i én kirurgisk grenspesialitet kan benyttes for inntil 2 ½ år av utdanningen i generell kirurgi, mot tidligere to år. Dette medfører at også spesialistreglene i de kirurgiske grenspesialitetene er endret og nå inneholder følgende formulering:

«Inntil 2 ½ år av tjenesten kan inkluderes i spesialistutdanningen i generell kirurgi, se spesialistreglene i generell kirurgi.»

Andre viktige endringer:

Bestemmelsen om at gruppe I-tjenesten skal avtjenes ved minst to seksjoner bortfaller. Gruppe I-tjenesten vil i sin helhet kunne avtjenes som grenspesialisert tjeneste i én kirurgisk grenspesialitet, og da dekke kravet om 18 måneders gruppe I-tjeneste både for hoved- og grenspesialiteten.

Kravet til deltagelse i generell kirurgisk vaktordning er redusert fra fire til tre år. Det er ikke lenger krav om deltagelse i generell vaktordning i minimum ett år av gruppe I-tjenesten da gruppe I-tjenesten i sin helhet skal kunne avtjenes som grenspesialisert tjeneste.

Inntil ½ år, mot tidligere ett år, av tjenesten kan erstattes av forskningstjeneste, tjeneste i relevante spesialiteter eller tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmennmedisin.

Det innføres obligatorisk kurs i «Advanced Trauma and Life Support» (ATLS-kurs eller tilsvarende) og kurs i akuttkirurgiske tilstander.

For komplett regelverk henvises det til Legeforeningens nettsider www.legeforeningen.no/id/164889.

De nye spesialistreglene, inklusive nytt kurskrav og ny operasjonsliste i generell kirurgi, er gyldig umiddelbart og blir obligatorisk fra 1.1. 2015. Det er vedtatt overgangsordning med antledning til å søke om spesialistgodkjenning etter begge regelverk t.o.m. 31.12. 2014.

Både nye og gamle regler og operasjonslister i generell kirurgi vil være tilgjengelig på nettsidene i overgangsperioden.

Nye medlemmer i rettshjelpsutvalget

■ Sentralstyret har oppnevnt følgende medlemmer til rettshjelpsutvalget for perioden 1.1. 2011–31.12. 2014: Åge Henning Andersen, Allmennlegeforeningen, Anne Kristin Møller Fell, Norsk arbeidsmedisinsk forening, Fridtjov Riddervold, Overlegeforeningen og Torunn Forbord, Praktiserende Spesialisters Landsforening. Fridtjov Riddevold er oppnevnt som leder av utvalget med Åge Henning Andersen som nestleder.

I henhold til vedtektene for Rettshjelpsordningen har de sju yrkesforeningene, samt Norsk medisinstudentforening én representant hver i rettshjelpsutvalget. Medlemmene oppnevnes for fire år, og utskifting skjer med halve utvalget hvert annet år. Medlem-

Les mer på
www.legeforeningen.no