yy

Den norske legeforening

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Deres ref.: | xx | Vår ref.: | xx/xxxx | Dato: | 17.09.2018 |

Høring om regionale utviklingsplaner

Yngre Legers forening takker for tilsendt høring om regionale utviklingsplaner. Styret har behandlet saken per e-post.

Utviklingsplan for Helse Sør-Øst (HSØ):

Med ny ordning for utdanning av legespesialister står de regionale helseforetakene overfor en av de største reformene innenfor vår sektor siden foretaksreformen i 2002. I lys av dette står det påfallende lite om reformen i HSØs utviklingsplan. Tiltak og planer for å sikre en god overgang til ny ordning er knapt nok nevnt. Utdanningsreformen må forventes å påvirke driften av sykehusene i stor grad, og bør omtales grundigere.

Regionen står overfor omfattende investeringer i nybygg i planperioden. Sykehusbygningenes vedlikeholdsbehov øker og medfører betydelige behov for ressurser. Regionen har en aldrende beholdning av medisinsk-teknisk utstyr (MTU) som nå er i gjennomsnitt 8,8 år. Det legges ikke til grunn vesentlig vekst i inntekter utover det som følger av befolkningsvekst og inflasjon. Totalt sett finner Yngre legers forening derfor grunn til bekymring over regionens evne til å bære planlagte investeringer og gjennomføre nødvendig vedlikehold i perioden.

Yngre legers forening vil berømme Helse Sør-Øst for beslutningen om å justere ned planlagt utnyttelsesgrad for sykehussenger fra 90% til 85% belegg. De to siste store utbyggingsprosjektene i regionen (Akershus Universitetssykehus og Sykehuset Østfold) demonstrerer svært tydelig hvorfor denne reduksjonen er tvingende nødvendig, og burde vært gjennomført tidligere. Ylf er også positive til at utnyttelsesgraden for poliklinikker justeres ned fra 240 til 230 dager i året, og fra 10 til 8 timer om dagen.

Regionens framskrivninger viser at man frem til 2035 venter en økning i 3,2 millioner polikliniske konsultasjoner, og 1,3 millioner liggedøgn i sykehus med mindre tiltak iverksettes. HSØ foreslår i hovedsak tre tiltak for å møte dette.

1. Gjennom «samarbeid om de som trenger det mest» anslår HSØ at man kan redusere antall innleggelser i sykehus med totalt 15%. Dette baseres på et prosjekt i Valencia hvor man oppnådde 70% reduksjon i innleggelser for det mindretallet som utgjør de største forbrukerne av helsetjenester. Totalt førte det til en reduksjon av liggedøgn på 25% overordnet. HSØ angir imidlertid at man i lignende prosjekter andre steder har oppnådd mellom 6 og 11 % reduksjon i totalt antall innleggelser. Ylf vurderer tiltaket som spennende, og med gode muligheter for signifikant forbedring av tilbudet til kronikerne. Imidlertid fremstår det overdrevent optimistisk å forvente 15% reduksjon i totalt antall innleggelser basert på et slikt tiltak, særlig uten at effekten har vært utprøvd/pilotert i norsk helsevesen. Ylf er bekymret for at man gjennom å overvurdere effekten av dette tiltaket ender opp med å kamuflere en planlagt underkapasitet i antall sykehussenger. Vi mener at estimert effekt av dette tiltaket bør justeres ned.
2. Overføring av pasienter til kommunene. Selv om HSØ har justert ned forventet effekt av pasientoverføring til kommunene fra 15% til 6% er det grunn til bekymring ved dette tallet. Kommunal helsetjeneste, og særlig fastlegeordningen, er allerede overbelastet. Kommunale akutte døgnenheter er nå etablert i de fleste kommuner. Å planlegge med en fortsatt overføring av aktivitet til kommunehelsetjenesten fremstår som et tiltak med høy risiko.

1. Brukerstyrte poliklinikker og/eller avstandsoppfølging. Basert blant annet på prosjekter fra Danmark ønsker Helse Sør-Øst å innføre digitale spørreskjema for å identifisere pasienter som har behov for polikliniske kontroller, og de som trygt kan observeres videre hjemme. Man omtaler også de muligheter som ligger i moderne sensorteknologi og digitale helseapplikasjoner. 11 år etter lanseringen av iPhone bruker norske sykehus fortsatt DOS-baserte applikasjoner. Fax utgjør en uunværlig del av vår kommunikasjon med samarbeidende foretak. Røntgenbilder sendes fortsatt mellom sykehus på CD-plater via drosje. Det er med andre ord mye som må endres med sykehusenes IKT-infrastruktur og programvare før vi kan nyttiggjøre oss moderne sensorer og andre innretninger for avstandsoppfølging av pasienter på en effektiv måte. Ved å innføre brukerstyrte poliklinikker har man i Danmark oppnådd en reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner på 25%. Basert det velger HSØ å planlegge med 20% reduksjon av det totale antallet polikliniske konsultasjoner som følge av brukerstyrte poliklinikker og avstandsoppfølging. Som konsekvens av dette beregner HSØ at behovet for nye poliklinikkrom reduseres fra 700 til 500 i planperioden. De beskrevne tiltakene kan antakelig bedre oppfølgingen av en rekke pasientgrupper, og gi mulighet for å dreie fokus over mot de grupper av pasienter som trenger det mest. Det stiller Ylf seg postitive til. Vi finner likevel grunn til å advare sterkt mot den anslåtte effekten på totalt volum av polikliniske konsultasjoner som HSØ legger opp til. Det er grunn til å forvente at effekten vil være langt mer moderat, selv 10 år etter at man starter implementering. Ylf frykter at man kamuflerer en planlagt betydelig underkapasitet i polikliniske behandlingsrom. Vi mener at estimert effekt av dette tiltaket bør justeres ned.

Helse Sør Øst anslår et økt behov totale antall sykehussenger på ca 1000 senger i planperioden, gitt implementering av de tiltak man foreslår. OUS og Ahus alene anslås å mangle 300 senger hver. Det foreligger utbyggingsplaner i Oslo Universitetssykehus som er angitt å skulle øke sengetallet i foretaket. For Ahus foreligger kun svært begrensede utbyggingsplaner, med usikker realiseringsdato, som kun kan forventes å gi en beskjeden økning i sengetallet. Ylf finner derfor grunn til sterk bekymring over den planlagte utviklingen i Helse Sør-Østs totale kapasitet i planperioden.

Utviklingsplan Helse Midt-Norge (HMN)

Utviklingsplanen til Helse Midt-Norge RHF oppleves diffus; det er mange ord og lite konkret innhold. Planen er kledd i en språkdrakt som fremstår unødvendig kompleks, og som fremmedgjør heller enn å engasjere. Klimaks nås vel med setningen «Uønsket ekstern turnover, det vil si at ansatte slutter i virksomheten». Den språklige innpakningen av planen bidrar ikke til å underbygge målsetningen om pasientens helsetjeneste.

For yngre leger i Helse Midt-Norge er det flere momenter som er viktige i planen.

* Effektivisering
  + Standardisering av IKT-verktøy er nødvendig i mange sammenhenger. Det er imidlertid viktig å passe på at standardiseringen ikke går for langt slik at den kompromitterer effektive løp/prosesser som allerede eksisterer i sykehusene. Pga størrelse og lokalisasjon vil arbeidet i ulike medisinske enheter innen samme fagfelt jobbe forskjellig. Ylf mener det fortsatt bør være rom for lokale forskjeller når det gjelder IKT-løsninger, og det er avgjørende at helsearbeidere blir trukket med i standardiseringsarbeidet for å identifisere fallgruver og for å gjøre verktøyene klinisk relevante. I arbeidet med Sundhetsplattformen i Danmark de senere årene er nettopp forsakelsen av disse momentene blitt trukket fram som årsaken til at prosjektet ikke har vært vellykket. To år etter innføringen jobber man ennå ikke like effektivt som før implementeringen av plattformen. Det er viktig å dra lærdom av erfaringene fra Danmark.
  + Vi ser positivt på at man ønsker å effektivisere ved standardisering av IKT-verktøy, medisinsk-teknisk utstyr og innkjøps- og forsyningsstruktur.
  + Det er positivt at man vil redusere uønsket variasjon, som både kan representere over- og underbehandling. I tillegg til de nevnte tiltak vil vi foreslå at felles faglige nettverk med felles undervisning, arenaer for fagdiskusjoner på tvers av foretak og hospiteringsordninger tas inn i planen, da dette kan bidra til mer enhetlig behandling.
  + Overgangen fra Doculive EPJ til Helseplattformen vil kreve enorme ressurser i innføringsperioden, dette er det ikke tatt høyde for i planen. Igjen må det understrekes at fagpersoner må involveres og høres i beslutningsarbeidet forut for implementeringen.
* Organisering av sykehusene
  + Planen legger en forutsetning om tverrgående klinikker i alle foretak, dette til tross for stortingsvedtaket om stedlig ledelse og negative erfaringer i fagmiljøet. Det skal også være avdelingssjef og seksjonsledernivåer, og i Helse Møre og Romsdal har de også opprettet stilling som sykehuskoordinatorer for hvert sykehus. Dette gir unødig mange lederlag, og stor avstand mellom de som sitter med økonomiske og strategiske avgjørelser og de som jobber med pasientene. Det fremkommer ikke hvor i ledelseshierarkiet sykehuskoordinatorene vil befinne seg.

I Helse Nord-Trøndelag (HNT) ble det innført tverrgående klinikker tidlig på 2000-tallet, men tiltaket ble reversert etter at en revisjonsrapport fra SINTEF konkluderte med at forsøket var mislykket. Senere har man igjen innført tverrgående klinikkstruktur i HNT, til tross for at flertallet av ansatte gikk imot dette i den forutgående høringsrunden. Innføringen av tverrgående klinikkstruktur i HNT førte til en rekke nyansettelser, i tillegg til betydelig møtevirksomhet, og det har ikke vært mulig å få oversikt over kostnadene dette har medført. Resultatet er klinikkledere som har en nær umulig jobb med å styre store klinikker med et geografisk spenn som ikke er forenlig med stedlig ledelse, og hvor det ikke er rom for å finne smidige løsninger. I tillegg er det en frykt blant ansatte og tillitsvalgte for at man kan risikere å måtte reise mellom sykehusene for å fylle spesialistbehov det det til enhver tid måtte trenges, hvilket vil være kritisk i forhold til rekruttering, i et foretak hvor rekruttering allerede er en stor utfordring.

Det er grunn til å frykte at HMR, med flere lokasjoner og større geografisk spredning enn HNT, vil få enda større utfordringer med tverrgående klinikkstruktur enn hva de opplever i HNT.

* + Det angis som et mål å ha minst mulig duplisering av vaktberedskap og oppgaver, samtidig som alle skal få et likeverdig helsetilbud. Dette fremstår ikke realistisk.
* Hvordan møte økte krav fra befolkningen
  + Planen påpeker at befolkningen vil ha et betydelig økt behov for helsetjenester, basert på framskrivninger om befolkningsutvikling. I tillegg må man vente en ytterligere økt etterspørsel på grunnlag av trender i befolkningen med økt kunnskap og større krav. De skisserte tiltakene vil neppe klare å demme opp for dette. Vi savner flere konkrete tiltak for hvordan man skal møte dette, gitt at det ikke forventes økte bevilgninger til helsevesenet. Vi kan ikke forvente at potensialet som ligger i nytt IKT-system og redusert uønsket variasjon vil være tilstrekkelig.
* Ny LIS-utdanning
  + Den nye LIS-utdanningen er læringsmålsbasert, med økt fokus på veiledning, og forutsetter at utdanning prioriteres i mye større grad enn hva vi opplever i sykehusene i dag. Ylf er bekymret for at dette vil bli en reform av gode intensjoner, hvor sykehusene likevel til syvende og sist prioriterer drift fremfor utdanning. For at ny spesialistutdanning skal bli den kvalitetsreformen den var tenkt, er det blant annet nødvendig at veiledning og supervisjon av LIS fra blant annet overleger ikke viker til fordel for drift.
  + Organisering av utdanningsaktiviteter og kurs for LIS-leger er ikke kommentert i utviklingsplaner. For å få gode spesialister er det en forutsetning at sykehusene setter av tid og ressurser slik at leger i spesialisering får gjennomføre de kurs og aktiviteter som kreves. Som planen påpeker vil det være et økt behov for sykehusspesialister i fremtiden, og en må påregne å utdanne disse selv i foretakene.
  + Planen kommenterer ikke utdanningskapasiteten for LIS-leger. Dersom man skal nå målet om flere spesialister, må også antall LIS-stillinger økes. Særlig gjelder dette antall LIS-1 stillinger, som ikke står i stil med behovet. Ylf mener dimensjoneringen av utdanningskapasiteten for hele spesialistutdannelsen må følge robuste fremskrivningsmodeller for spesialistbehovet på kort og lang sikt.
* Rekruttering av kritisk personell
  + Vi savner konkrete tiltak for å sørge for rekruttering til de spesialiteter som beskrives som kritiske i planen.
  + Det refereres til at noe av det økte behovet for ulike spesialiteter kan løses ved oppgavedeling; konkret refereres til oppgavedeling mellom onkologer og kreftsykepleiere. Ut fra konteksten er det åpenbart at det er tenkt at kreftsykepleiere skal ta over noe av legeoppgavene. Dette virker lite gjennomtenkt i en situasjon hvor vi allerede i dag har sykepleiermangel, og vi vet at dette vil bli et enda større problem i fremtiden. En oppgaveglidning fra leger til for eksempel sykepleiere kan ha betydelige konsekvenser for pasientsikkerheten og utdanningen for leger, og alle dimensjoner må være tilstrekkelig utredet før evn. slike tiltak settes i live.
* Kapasitetsberegninger
  + I sine beregninger legger Helse Midt-Norge til grunn en beleggsprosent på 85% i somatikk og psykisk helsevern voksne. Det synes vi er positivt. I sykehushverdagen opplever vi dessverre at beleggsprosenten jevnt over ligger langt høyere enn dette, med negative effekter for pasientbehandling og drift.

*Skriv en side om hvordan du opplever betingelsene for egen fagutøvelse i dag, og hvordan du ser på fremtiden.*

En LIS forteller:

Som lege i spesialisering i et indremedisinsk fag opplever jeg at hovedfokus for arbeidshverdagen er rettet på drift, og mye tid går med til å løse logistikkutfordringer.

Det er stort fokus på at pasientene skal utskrives fortest mulig. Hver dag må man skrive flyttelister over pasienter som kan flyttes internt, altså av de pasientene man av ulike grunner ikke kan skrive ut. Jeg opplever ofte at pasientene har forventning om et lengre opphold enn det som anses som «medisinsk nødvendig», og jeg synes ikke det er riktig å presse noen til å dra hjem når de ikke føler seg i form til det. Mange eldre bor alene og føler seg utrygge. Løsningen kan bli å be om at hjemmetjenesten følger opp pasienten hjemme de første dagene, da «vinner» pasienten gjerne også en ekstra dag på sykehuset siden hjemmetjenesten trenger tid til å gjøre en vurdering av behovet.

Ved enkelte enheter er presset så stort at hvis det blir avklart at pasienten ikke feiler noe innenfor det aktuelle fagfeltet blir konklusjonen nettopp det, og pasienten sendes hjem. Problemet er ikke løst, men ingen har tid til å utrede videre fordi det står stadig nye pasienter og venter på å få komme inn.

Vi opplever at fokus på økonomi og effektivisering blir stadig sterkere. Fagmiljøet fortviler over ledelsens ulike tiltak for innsparinger. Det er mangel på tilstrekkelig poliklinikkrom, slik at en ofte må ta med pasienter fra poliklinikken på leting etter egnet rom andre steder. Kapasiteten på sengeposten er sprengt, og man bruker mye tid og ressurser både for å finne plass til pasienter ved andre enheter, og senere på å følge opp disse pasientene. Tilsvarende motsatt situasjon hvis det mot formodning skulle være en ledig seng; da kommer pasienter fra andre fagområder, og vi som fagpersonell forventes å gå visitt og følge opp pasienter med diagnoser vi har begrenset kunnskap om. Dette oppleves uhensiktsmessig, og ikke minst uheldig for pasientene.

Inntil nylig hadde LIS-leger poliklinikk en halv dag i uken, etter først å ha gått visitt på halve sengeposten. Det innebar at man måtte håndtere utskrivinger, følge opp undersøkelser og eventuelt undersøke nye pasienter innimellom pasientene på poliklinikken. Veldig uhensiktsmessig både for lege og pasienter. Nå har vi heldigvis fått en hel dag med poliklinikk, uten samtidig sengepostansvar. Ettersom nesten halvparten av arbeidsplanen består av vakttid ender man i praksis med en dag poliklinikk hver 2.uke.

Som nevnt er nær halvparten av arbeidsplanen vakt, for LIS er det ikke subspesialisert vakt, det betyr at man går i generell vaktordning for indremedisinske spesialiteter. Som b-gren lege har man halvparten av arbeidsplanen igjen til fagspesifikk aktivitet på sengepost/poliklinikk og fordypning. Det er mulig å diskutere pasienter i forbindelse med morgenmøte enkelte dager, og ellers er det anvist supervisjonsansvarlig overlege som kan kontaktes for å diskutere inneliggende pasienter.

En positiv side av fagutøvelsen er flere tverrfaglige møter med relevante spesialiteter hvor man diskuterer utfordrende problemstillinger som omfatter flere faggrupper. Dette burde prioriteres ytterligere slik at man kunne samarbeide tettere med flere fagmiljø.

Organiseringen av internundervisningen er også et positivt element. Dog frykter jeg at dette kan bli en salderingspost i fremtiden dersom kravet om et visst omfang av internundervisning faller bort.

*Skriv en side om din typiske arbeidshverdag, for eksempel hva du opplevde i går.*

En LIS forteller

Dagen starter med morgenmøte kl 8. Nye pasienter i avdelingen «rapporteres» fra journal (den som har hatt nattevakt er sjelden tilstede siden det er spesialitetsovergripende vaktordning mens hver spesialitet har sitt eget morgenmøte) og man ser på røntgenbilde, prøvesvar, og diskuterer mulige diagnoser og videre tiltak. Dersom det er tid diskuteres også aktuelle problemstillinger blant inneliggende eller polikliniske pasienter. To dager i uken er det røntgendemonstrasjon etter morgenmøtet, på røntgenavdelingen. Deretter går man til intensivavdelingen for å tilse egne pasienter som ligger der.

Kl 9 starter previsitt og visitt; sykepleierne er organisert slik at de har ansvar for 3 pasienter hver, så man går previsitt og visitt på 3 pasienter, deretter ny runde med de 3 neste pasientene, og så de 3 siste. Superviserende overlege vil gjerne være med på visitten til nye pasienter, og må da tilkalles når det er aktuelt. Når visitten er over er det lunsjtider, som nesten alltid innebærer møte eller internundervisning. Så skal man gjøre alt etterarbeidet; sende henvisninger, skrive journalnotater, lese seg opp om aktuelle problemstillinger eller sjeldne tilstander, skrive pasientorienteringer og epikriser og ha utskrivingssamtaler. I tillegg skal man tilse nye pasienter som kommer i løpet av dagen, iverksette utredning og behandling og dokumentere i journal. Vår sengepost har en kombinasjon av pasienter som innlegges for akutte tilstander som avklares relativt raskt og kan dra hjem for videre behandling, og pasienter med komplekse tilstander som krever grundig og langvarig utredning. Det kan gjerne være 5-6 utskrivinger en dag, samt mye utredningsarbeid med de øvrige pasientene. Pasienter som er avklart og som trenger langvarig sykehusbehandling flyttes til lettpost på pasienthotellet, og må følges opp der etter behov.

I løpet av dagen er det også ønskelig at LIS går tilsyn på pasienter som er henvist fra andre avdelinger, men det settes ikke av øremerket tid til dette og i praksis lar det seg sjelden gjennomføre.

*Skriv en side om en positivt og en negativ erfaring om samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten du har opplevd.*

En LIS forteller:

Jeg hadde en pasient med komplisert sykdomsbilde som også hadde problemer med etterlevelse av igangsatt behandling (dårlig compliance). Hjemmetjenesten var involvert med daglige besøk, i den grad de fikk komme inn hos pasienten. I perioder nektet pasienten å ta en eller flere av sine medisiner, og ved kontroll på poliklinikken ble det hevdet at hjemmetjenesten hadde godtatt dette i samråd med pasientens fastlege. Etter hvert fikk vi til en ordning med tett telefonisk kontakt mellom undertegnede som pasientens lege på poliklinikken, pasientens fastlege og hjemmetjenesten, slik at vi sikret at vi alle kommuniserte det samme i forhold til pasienten. Dette syntes å ha god effekt, det ble enklere å få registrert bivirkninger, andre sykdomsmanifestasjoner og vi fikk skreddersydd behandlingen bedre. Dessverre flyttet pasienten til en annen landsdel. Vi forsøkte da å dele våre erfaringer rundt oppfølgingen, og håper de fikk til et godt system på det nye bostedet.

Negativ erfaring – mangel på samhandling og unødige krav:

* Pasient innlegges fra sykehjem uten å ha vært tilsett av lege, og uten følgedokumenter. Vi vet ikke hva problemet er, ei heller hvilke sykdommer pasienten har fra tidligere eller hvilke medisiner vedkommende bruker. Når pasienten så er ferdigbehandlet får vi ikke engang sende melding om at han/hun kan komme tilbake til sykehjemmet før hele epikrisen er ferdig skrevet (oppdatert medisinliste og kort oppsummering av det aktuelle holder ikke).
* En avdeling bestemte at de ønsket å endre kriteriene for henvisning, uten dialog med fastlegekorpset. Det ble simpelthen sendt brev om at henvisninger som ikke fylte visse kriterier for innhold ikke ville bli vurdert.
* Overføring av oppfølging av ulike pasientgrupper fra sykehuspoliklinikk til fastlege uten at det sikres at fastlegen har kunnskap om hvordan dette skal håndteres. Fastlegene har heller ikke verktøy for innkalling til time slik man har på sykehus.
* Sykehuset har i liten grad åpning for hastetimer, slik at fastlegene må sende til akuttmottak pasienter som ellers kunne vært avklart på poliklinikk i løpet av 2-3 dager. Skaper unødig stort press i akuttmottaket, og disse pasientene blir typisk sittende lenge og vente siden deres tilstand ikke haster
* Når vi som medisinsk fagpersonell anbefaler at en pasient får oppfølging av hjemmesykepleie eller sykehjem for en kortere eller lengre periode etter et sykehusopphold, virker det som kommunen ikke stoler på våre vurderinger. De sender da sine egne folk til sykehuset for å gjøre sin egen vurdering av pasienten. Vi har gjerne sett pasienten over flere dager, men de vil heller gjøre sin vurdering basert på et kortvarig besøk. Ofte blir konklusjonen som vi har beskrevet, men noen ganger gir de avslag, og da sitter både pasient og sykehus igjen med «svarteper» - pasienten er kanskje for dårlig til å kunne dra hjem uten hjelp, men har ikke medisinsk behov for videre behandling i spesialisthelsetjenesten.

Med vennlig hilsen

Yngre legers forening

Christer Mjåset

leder

Dokumentet er godkjent elektronisk