



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Helse Nord
Helse Midt
Helse Sør-Øst

Legeforeningens høringssvar om regionale utviklingsplaner 2035 for Helse Nord, Helse Midt og Helse Sør-Øst

Deres ref.:

Vår ref.: 18/3901

Dato: 18.10.2018

Legeforeningens hovedinnspill

Legeforeningen takker for muligheten til å svare på høringene om utviklingsplanene til Helse Nord, Helse Midt og Helse Sør-Øst. Utviklingsplanene har vært på høring i Legeforeningens foreningsledd, og høringssvaret er vedtatt av Legeforeningens sentralstyre.

- Legeforeningen ønsker gode planer for utviklingen av norske sykehus. Nedenfra og opp tilnærmingen med utviklingsplaner fra helseforetak og regionale helseforetak som grunnlag for Nasjonal helse- og sykehusplan er et skritt i riktig retning.
- Utviklingsplanene er imidlertid for ulike og innfrir i liten grad målsetningene
- Sammenlikning av framtidige behov for sykehustjenester mellom regionene vanskeliggjøres på grunn av ulik bruk av framskrivingsverktøyene, og usikkerheten i framskrivingene underkommuniseres.
- Samhandling må være reell – Overføring av oppgaver mellom sykehus og kommuner må være godt faglig begrunnet og ikke drives av kortsiktige og ensidige økonomiske hensyn.
- Utviklingsplanene burde ha gitt en status for dagens utstyr og bygg. Mange sykehus sliter med utdatert utstyr og nedslitte bygninger. Nasjonal sykehusplan må også være en investeringsplan.
- Utviklingsplanene beskriver en til dels urealistisk teknologioptimisme, og burde ha en større grad av nøkternhet og synliggjøre den risiko innføring av nye teknologier medfører.
- Stortinget har vedtatt at stedlig ledelse skal være hovedregelen i norske sykehus. Legeforeningen er derfor kritisk til at det i utkastene til utviklingsplan er eksempler på at prinsippet om stedlig ledelse forringes.

Legeforeningen ønsker gode planer for utviklingen av norske sykehus

Legeforeningen har vært en forkjemper for Nasjonal helse- og sykehusplan og synes det er positivt at det nå er etablert en syklus der helsetjenesten selv arbeider med nye planer hvert fjerde år. Først arbeider sykehusene med sine utviklingsplaner, så sammenfattes disse av de regionale helseforetakene, dette legger til slutt grunnen for en Nasjonal helse- og sykehusplan. Legeforeningen mener en slik syklus gir de mange aktørene i helsetjenesten en arena til å samles for å utveksle erfaringer, enigheter og uenigheter i utviklingen av

helsetjenesten. Gode planer gir et godt ordskifte, hvor kraften i de bedre argumenter kan brekke grunnen for en best mulig utvikling av norsk helsetjeneste.

Dette er en grunn til at Legeforeningen har valgt å svare på de tre foreliggende utviklingsplanutkastene i ett samlet svar. Det gir anledning til å sammenlikne regionene og diskutere helheten i utviklingen av helsesektoren. Legeforeningens høringssvar er slik et viktig skritt på veien i den kontinuerlige dialogen om utviklingen av helsetjenesten.

Legeforeningen mener at siktemålet med det samlede planarbeidet må være å utvikle helsetjenesten ved å:

- Legge til rette for en åpen og involverende prosess for utviklingen av norske sykehus.
- Sikre at sykehusene får forutsigbare rammer
- Danne grunnlag for prioriteringer, forsvarlig drift og nødvendige investeringer, som er godt begrunnet, fremtidsrettede og avstemt i en helhetlig utvikling.
- Skissere utviklingsmulighetene for samhandling mellom foretak, avtalespesialister og samarbeidende kommuner.
- Bidra til at overordnede prinsipielle spørsmål beslattes av Stortinget

Utviklingsplanene er for ulike og innfrir i liten grad målsetningene

Med utgangspunktet i ønsket om gode planer mener Legeforeningen at det er beklagelig at de tre utkastene til utviklingsplaner er så forskjellige. Etter Legeforeningens syn innfrir planutkastene i liten grad målsetningene. Planene gir i noen grad detaljert fremstilling av underliggende virksomhet og aktivitet, og framskrivning av aktivtetsnivå. Men i planenes beskrivelse av nødvendige endringer og framtidige tiltak er planene ikke tilstrekkelig konkrete, og preges av generelle målsetninger som har begrenset verdi. Dette gjelder særlig planutkastene til Helse Nord og Helse Midt. Helse Sør-Østs plan er mer konkretisert og utviklet, og tiltakene såpass detaljert beskrevet at det er mulig å gjøre en vurdering av innretning og om tiltakene er ønskede og gjennomførbare. Men også denne planen mangler vesentlige elementer, som beskrivelse av ønsket virksomhetsutvikling og ønsket oppgavefordeling i regionen, og beskrivelser av hvordan de store endringene i hovedstadsområdet skal håndteres.

Etter Legeforeningens syn er planene til Helse Nord og Helse Midt så uklare at de bør gjennomgås på nytt og videreutvikles. Generelle overordnede betraktninger, for eksempel ren gjengiving av nasjonale ordninger og lovpålagte krav i sørge-for ansvaret, bør tones ned. Helse Nord og Helse Midt bør istedenfor innarbeide konkrete tiltak for hvordan regionen skal svare ut dette i sin region. Disse planutkastene mangler den kvalitet og konkretisering som skal til for å danne grunnlaget for utviklingen i norsk helsesektor. Legeforeningen mener Helse Nord og Helse Midt kan se til Helse Sør-Østs utviklingsplan som et eksempel på en mer konkret og forpliktende framstilling.

Et eksempel på slik konkretisering er Helse Sør-Østs hovedsatsing "integreerte tjenester". "Integreerte tjenester" eller "samarbeid om de som trenger det mest" handler om en rekke ulike tiltak som skal forbedre samarbeidet mellom sykehus og kommuner i regionen. Legeforeningen merker seg at disse tiltakene er konkret beskrevet, ofte med referanser til relevant litteratur, og Helse Sør-Øst har tallfestet forventet effekt av tiltakene framover. Dette gjør det mulig for Helse Sør-Øst å justere kurs underveis, skulle en se at måloppnåelsen ikke lar seg gjøre. Det muliggjør også andre aktører, som Legeforeningen, å være en kritisk og konstruktiv aktør som kan peke på styrker og svakheter ved Helse Sør-Østs forslag.

Legeforeningen vil overfor Helse Sør-Øst bemerke at en effekt på 15 % reduksjon av sykehusbehovet til kronisk syke pasienter gjennom samarbeid med kommunen synes urealistisk høyt. Vi er dessuten spørrende til om en sykepleiertjeneste til denne pasientgruppen vil gi dem de medisinske faglige tjenester de har behov for. Når slike antakelser ligger til grunn for Helse Sør-Østs framskrivinger av sykehusbehov, er Legeforeningen bekymret for underdimensjonering av spesialisthelsetjenester og kvaliteten i tilbudet til utsatte pasientgrupper.

Et eksempel på uklarhet er at en så stor satsing som Helseplattformen i Helse Midt, ikke er i nærheten av samme konkretiseringsnivå som satsingen "integreerte tjenester" i Helse Sør-Øst. Helse Midt tallfester heller ikke sine forventninger til utviklingen av Helseplattformen utover at det er høye og svært positive. Dette synes Legeforeningen er mangelfullt, all den tid internasjonale erfaringer, mest relevant fra Sunhedsplattformen i Danmark, har svært nedslående resultater. Sykehus i Danmark lider fremdeles under betydelige produktivitetstap etter innføring av plattformen. Dessverre er det symptomatisk for Helse Midts utkast til utviklingsplan at det er så vagt og uklart formulert at Legeforeningen ikke kan komme i posisjon til å være hverken en konstruktiv eller kritisk partner.

Ulike planer legger ulike grunnlag for dialog. RHF-ene bør etterstrebe likere oppsett av utviklingsplaner. Slik Legeforeningen ser det må utveksling av erfaringer og informasjon mellom RHF-ene i arbeidet med utviklingsplanene ha vært minimalt. Dette gir svært ulikt grunnlag for institusjonelle aktører, helsepersonell, pasienter og vanlige borgere å kunne delta i utviklingen av helsetilbudet i sin egen region.

Legeforeningen har forståelse for at dette er første gang regionene arbeider med utviklingsplaner. Den betydelige variasjonen mellom dem tyder på at arbeidet har vært prioritert ulikt i RHF-ene.

Legeforeningens mener at:

- Planutkastene til Helse Nord og Helse Midt er ikke av høy nok kvalitet eller tilstrekkelig konkretisert til at de kan danne grunnlag for utviklingen i en så viktig sektor. De bør gjennomgå på nytt og videreutvikles.
- Helse Sør-Øst har en langt mer konkret og forpliktende fremstilling, som muliggjør kritisk og konstruktiv dialog.
- Forutsetningen om 15 % reduksjon av sykehustjenester gjennom "integreerte tjenester" i Helse Sør-Øst synes urealistisk høyt. Legeforeningen er bekymret for underdimensjonering av sykehustjenester.
- RHF-ene bør utvikle en likere form og innhold av utviklingsplanene for å kunne sammenlikne dem.

Samhandling må være reell – Overføring av oppgaver mellom sykehus og kommuner må være godt faglig begrunnet og ikke drives av kortsiktige og ensidige økonomiske hensyn.

Alle utviklingsplanene har samhandling, eller overføring av aktivitet fra sykehus til kommune, som premiss for at framtidig sykehusøkonomi og kapasitet skal være bærekraftig og tilstrekkelig. Samhandlingsreformen åpnet riktignok for at kommunene skulle behandle flere pasienter, men erfaringene har vært at kommunene ikke i tilstrekkelig grad har fått bygget opp et godt nok tilbud til de pasientene de allerede har ansvaret for. Slik det framstår

i utkastene ser det ut til at sykehussektoren ensidig definerer hva slags oppgaver kommunene skal overta, og omfanget av disse oppgavene. Dette mener Legeforeningen er svært uheldig, det er ikke et uttrykk for god og reell dialog og samhandling mellom likeverdige parter, men ser ut til å være motivert ut fra et ønske om å holde egne budsjetter. Den demografiske utviklingen tilsier at veksten i behovet for helse- og omsorgstjenester i fremtiden vil være høyere for kommunehelsetjenesten enn spesialisthelsetjenesten¹. Legeforeningen mener det ikke er realistisk at kommunene både skal håndtere sin egen vekst i tjenestebehov og i tillegg få nye oppgaver og ansvaret for syke og syke pasienter fra sykehusene. Forslagene til ensidig overføring av oppgaver møter også motstand hos noen av kommunene (for eksempel Oslo). Utkastene til utviklingsplaner ser etter Legeforeningen syn ikke ut til å ta innover seg behovet for helhetstenkning og bærekraft på tvers av omsorgsnivå.

Legeforeningen mener at:

- Utkastene til utviklingsplaner kan føre til nedbygging av sykehuskapasitet, og underdimensjonering av sykehusbygg, basert på ensidige oppfatninger om hva som skal overføres til kommunene. Dette advarer Legeforeningen mot.
- Overføring av oppgaver mellom sykehus og kommuner må være godt faglig begrunnet og ikke drives av kortsiktige økonomiske hensyn.
- De regionale helseforetakene bør bidra til å desentralisere tjenestene, ved å iverksette prosesser som sikrer reell desentralisering og hensiktsmessig oppgavedeling.

Avtalespesialistene

Avtalespesialistene er en viktige og integrert del av den offentlige spesialisthelsetjenesten og bidrar til regionenes sørge-for ansvar. Gjennom eier-krav fra Helse- og omsorgsdepartementet de siste årene har de regionale foretakene fått i oppdrag å trappe opp bruken av ordningen, ved å øke antallet hjemler. Etter det Legeforeningen kjenner til er eiers krav ikke innfridd, og i planutkastene er det heller ikke konkretisert hvordan eiers krav skal nås.

Legeforeningen mener at:

- Utviklingsplanene til RHF-ene konkret må beskrive hvordan avtalespesialistordningen skal trappes opp i tråd med kravene fra Helse og omsorgsdepartementet.

Det må utvikles enhetlige praksis for å beskrive fremtidig behov for sykehuskapasitet og bemanning

I utkastene er det betydelig variasjon knyttet til hvordan Sykehusbyggs modell brukes til å framskrive behov for sykehuskapasitet, bemanning og samhandling med kommunene. Helse Nord, Helse Midt og Helse Sør-Øst har svært ulike praksis av hvilke endringsfaktorer de bruker i modellen. Knyttet til framskrivinger mener Legeforeningen at RHF-ene bør etterstrebe likere bruk av veileder for utviklingsplaner. For Legeforeningen skaper variasjonen i modellbruk stor usikkerhet om troverdigheten til estimatene som legges fram. Slik Legeforeningen ser det er framskrivingene som presenteres i utkastene beheftet med stor usikkerhet. Legeforeningen har derfor bedt et eksternt forskningsmiljø ved Universitetet i

¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5549212/>

Oslo om å vurdere fremtidig behov for spesialisthelsetjenester. Denne rapporten foreligger ikke enda, men Legeforeningen tror alternative framskrivinger vil være et viktig bidrag. Legeforeningen vil ettersende denne rapporten så snart den foreligger.

Legeforeningen mener at:

- Helsedepartementet må sikre at RHFene har en bruk av modeller som er sammenliknbar for å beskrive fremtidig behov for sykehuskapasitet, bemanning og samhandling med kommunene
- Variasjonen i modellbruk skaper stor usikkerhet om framskrivningene og gjør at risikoen er svært høy for at behovet for spesialisthelsetjenester i fremtiden er undervurdert

**Mange sykehus sliter med utdatert utstyr og nedslitte bygninger.
Utviklingsplanene burde ha gitt en status for dagens utstyr og bygg.
Nasjonal sykehusplan må også være en investeringsplan.**

Legeforeningen mener det behov for en full oversikt med oppdatert kartlegging av tilstanden om sykehusbyggene i utviklingsplanene. Uten et slikt grunnlag er det en stor risiko for feil beslutninger som både kan gi dårlig kost/nytte, men også faktisk gi et dårligere helsetilbud enn nødvendig. Endringstakten i sykehus er høy, drevet av bl.a. reformer knyttet til behandlingsformer, utvikling av ny teknologi, organisasjonsprinsipper, demografisk og epidemiologisk utvikling. Det er sentralt med et godt kunnskapsgrunnlag for avveininger mellom godt vedlikehold av eksisterende bygg og erstatning med nybygg, for hva som gir best nytte- kost resultat. Uten kunnskap om tilstanden, risikerer en derimot å gjøre feil prioriteringer og ta feil beslutninger. Det er dårlig samfunnsøkonomi. Legeforeningen mener utviklingsplanene i for liten grad drøfter disse spørsmålene, og etterlyser tydeliggjøringer av sykehusbyggene i utviklingsplanene.

Rådgivende ingeniørers forening gjorde en ekspertutredning fra 2015 hvor det også var en vurdering av landets sykehusbygg:

- 50% fremstår som god eller akseptabel
- 40% fremstår som utilfredsstillende og har behov for korrigerende tiltak
- 10% fremstår som svært dårlig og har store tekniske oppgraderingsbehov

Det tekniske og bygningsmessige oppgraderingsbehovet ble i rapporten estimert til 35-45 mrd. for å komme opp på en akseptabel teknisk standard. Vi vet ikke hvordan tilstanden er nå, tallet omfatter ikke utvikling og ombyggingsbehov. Heller ikke bygningsmessig og teknisk oppgradering, grunn et vedlikeholdsetterslep og nye forskrifts- og standardkrav. Likevel ligger ikke hele løsningen i å bruke mer penger. Det vil være like viktig å få mer ut av hver krone som skal brukes. Til det kreves det kunnskap om tilstanden og kompetanse om løsningene. Legeforeningen mener utviklingsplanene må videreutvikles og gjøre tydeligere rede for status ved nåværende sykehusbygg og vedlikeholdsbehov.

Legeforeningen mener at:

- Utviklingsplanene burde ha gitt en status for dagens utstyr og bygg. Mange sykehus sliter med utdatert utstyr og nedslitte bygninger.
- Nasjonal sykehusplan må også være en investeringsplan.

Framtidige behov for sykehustjenester

Legeforeningen anser at gode framskrivninger er et særlig viktig verktøy for å understøtte riktig dimensjonering, utvikling av bygg, utstyr og utdanningskapasitet og virksomhetenes øvrige innretning. Det bør komme tydelig fram hvilke forutsetninger som er valgt for framskrivningene, både med hensyn til modell for framskrivning av behov som anvendes (sykelighetsmodell. Compression of morbidity² mv), og hvilke endringsfaktorer som brukes i beregningene. Legeforeningen mener at dette bør klargjøres ytterligere i alle planene, og at det bør gjøres fremstillinger av beregningens usikkerhet, gjerne med ulike scenarier avhengig av valgte endringsfaktorer. Valg av endringsfaktorer og deres størrelse bør heller ikke gjøres alene basert på en ønsket effekt, eller erfaringer i enkelt-studier, men bør ta utgangspunkt utvikling og erfaringer i egen helsetjeneste. Et relevant eksempel å trekke fram er Samhandlingsreformens effekt på liggetid i norske sykehus; beregnet reduksjon ligger i størrelsesorden 0,15 dag/ innleggelse, mellom 3 og 4 prosent på total liggetid³. Å estimere at arbeid med integrerte tjenester skal gi en effekt som er i størrelsesorden 4-5 ganger høyere fremstår som for optimistisk.

Alle planene presenterer framskrivninger basert på beregninger gjort i Sykehusbyggmodellen. Valg av endringsfaktorer (forutsetninger for fratrekk) , og valg av endringsfaktorenes effekt varierer mellom planene. Helse Sør-øst har valgt å innføre endringsfaktorer som ikke har vært anvendt tidligere, men som er mer spesifikke enn de som ligger inne i modellen før. Helse Sør-Øst gir en god og oversiktlig framstilling av valg av endringsfaktorer. Legeforeningen bemerker at samlet effekt av Helse Sør-øst sine nye endringsfaktorer er 21,7 %, mens effekten med de gamle endringsfaktorene var 22,0%.

I alle framskrivingene er det en vridning vekk fra døgnbehandling, til dag og poliklinikk. Legeforeningen vil påpeke at denne utviklingen har vært markert over flere ti-år, men at tendensen har vært noe avtagende de senere årene. I to av helseregionene er blant annet gjennomsnittlig liggetid økende. Befolkningsframskrivingene viser også at den geriatriske pasientgruppen særlig vil øke. For skrøpelige pasienter vil poliklinikk-tilbud ved sykehus ofte være en løsning som kan være vanskelig å nyttiggjøre, og innleggelse vil være nødvendig. I videreutviklingen av planutkastene bør RHF-ene vise hvilke pasientgrupper de særlig ser for seg kan bære gjenstand for mer poliklinikk. Geriatriske pasientgrupper passer dårlig til slik konvertering, særlig i Helse Nord med spesielt stort reiseavstander.

I utkastene til utviklingsplaner er beregnet behovsøkning for sengeplasser – etter fratrekk ved innførte endringsfaktorer – betydelig i alle regionene;

- Helse Sør-Øst venter en økning for regionen i perioden på 16,9 %, noe som tilsvarer om lag 1 000 nye senger, eller 293 000 liggedøgn.
- Helse Nord venter en økning for regionen i perioden på 13 %, det er litt uklart hvilke antall senger de ser for seg i 2035, og 43 000 flere liggedøgn.
- Helse Midt venter en økning for regionen i perioden på 10 %, de ser for seg samme antall senger i 2035 som i 2015, og 52 000 flere liggedøgn.

² Fries, James F. "The compression of morbidity: near or far?" *The Milbank quarterly* (1989):208-232

³ Melberg, H. O. and T. P. Hagen (2016). "Liggetider og reinnleggelse i somatiske sykehus før og etter samhandlingsreformen." Tidsskrift for omsorgsforskning

Etter Legeforeningens vurdering bør regionene i større grad konkretisere hvordan tjenestene skal dimensjoneres for å håndtere forventet økning. Konkretisering av tiltak vil være særlig viktig i hovedstadsområdet, som står foran de største endringene.

Legeforeningen mener at:

- Framskrivingene er heftet med betydelig usikkerhet, og det er særlig viktig at utviklingsplanene viser at RHF-ene er fleksible nok til å legge om kursen, justere sengeantall og sykehusbygg for å kunne tilpasse seg uforutsett utvikling.

Teknologi og digitalisering

Legeforeningen bemerker at alle utkastene har svært positive beskrivelser av hva teknologi kan bidra med. Denne teknologioptimismen kan for Legeforeningen virke noe urealistisk, og det er påfallende at mulige negative effekter av teknologi i så liten grad omtales. Det mangler ikke på eksempler på at forventet "gevinstrealisering" i teknologi og IKT-prosjekter uteblir. Et godt eksempel er Nordens kanskje største satsing på e-helse, "Sundhetsplattformen" i Danmark. Her har kostnadene vært i milliardklassen, og gitt betydelig redusert produktivitet.

Angående Helse Midts utkast finner Legeforeningen verken konkrete beskrivelser av tiltak, teknologier eller verktøy i satsingen Helseplattformen. En følge av dette er at utkastet heller ikke angir måltall eller forventede effekter. Mangelen på tallfesting og konkretisering står i påfallende kontrast til det svært høye ambisjonsnivået for pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet Helse Midt på andre måter tilskriver Helseplattformen.

Teknologibeskrivelsene i utkastene til utviklingsplaner tar sikte på å beskrive muligheter teknologi gir og hvilke effekter disse kan ha. Legeforeningen mener at:

- Helse Nord og Helse Midt minst må videreutvikle sine utviklingsplaner til de når samme grad av konkretiseringsnivå som Helse Sør-Øst, for å kunne nå en slik målsetning.
- Utviklingsplanene må konkretisere hvordan involvering og utvikling av nødvendig informatikk- og teknologi kompetanse hos klinikere skal gjennomføres.
- Utviklingsplanene må beskrive en økning av RHF-enes forskningsaktivitet i teknologi-feltet for å skape troverdighet om utvikling av riktig teknologi-kompetanse i sine organisasjoner.
- Utviklingsplanene må omtale teknologi med mindre løfter, større grad av nøkternhet og synliggjøre risiko innføring av nye teknologier medfører.

Stedlig ledelse

Stortinget har vedtatt at stedlig ledelse skal være hovedregelen i norske sykehus.

Legeforeningen er kritisk til at det i utkastene til utviklingsplan er eksempler på at prinsippet om stedlig ledelse forringes, dette gjelder særlig i utkastene til Helse Midt. Her legges det opp til tverrgående klinikker i alle foretak.

Legeforeningen mener at:

- Stedlig ledelse i sykehus er et ufravikelig prinsipp.

Leseveiledning

Høringssvaret er delt i to. Først presenteres Legeforeningens hovedsynspunkter og målgruppen er alle som er interessert i utviklingen av helsetjenesten og utviklingsplanene på et mer overordnet nivå. Deretter gis en mer detaljert gjennomgang av tema som er representert i alle planene. Målgruppen her er først og fremst dem som arbeider med utviklingsplanene i de regionale helseforetakene og i departement og Storting.

Innhold

Legeforeningens høringssvar om regionale utviklingsplaner 2035 for Helse Nord, Helse Midt og Helse Sør-Øst	1
Legeforeningens hovedinnspill	1
Legeforeningen ønsker gode planer for utviklingen av norske sykehus.....	1
Utviklingsplanene er for ulike og innfrir i liten grad målsetningene	2
Samhandling må være reell – Overføring av oppgaver mellom sykehus og kommuner må være godt faglig begrunnet og ikke drives av kortsiktige og ensidige økonomiske hensyn..	3
Avtalespesialistene.....	4
Det må utvikles enhetlige praksis for å beskrive fremtidig behov for sykehuskapasitet og bemanning.....	4
Mange sykehus sliter med utdatert utstyr og nedslitte bygninger. Utviklingsplanene burde ha gitt en status for dagens utstyr og bygg. Nasjonal sykehusplan må også være en investeringsplan.	5
Framtidige behov for sykehustjenester	6
Teknologi og digitalisering	7
Stedlig ledelse	7
Leseveiledning	9
Innhold	9
Del 2 – Legeforeningens gjennomgang og kommentarer til utviklingsplanene	11
Sammendrag av Legeforeningens innspill til videreutvikling av utviklingsplanene	11
Samhandling	11
Teknologi og digitalisering	12
Psykisk helse og rus	13
Kompetanse og personell	14
Variasjon og brukermedvirkning	15
Spesifikke tilbakemeldinger.....	16
Helse Nord	16
Helse Midt.....	16
Helse Sør-Øst	16
Samhandling	19
Helse Nord	19
Helse Midt.....	20

Helse Sør-Øst	20
Legeforeningens innspill.....	22
Teknologi og digitalisering	24
Helse Nord	24
Helse Midt.....	24
Helse Sør-Øst	25
Legeforeningens innspill.....	26
Psykisk helse og rus	29
Helse Nord	29
Helse Midt-Norge	29
Helse Sør-Øst	30
Legeforeningens innspill.....	31
Kompetanse og personell	34
Helse Nord	34
Helse Midt.....	34
Helse Sør-Øst	34
Legeforeningens innspill.....	35
Variasjon og brukervedvirkning	36
Helse Nord	36
Helse Midt.....	36
Helse Sør-Øst	36
Legeforeningens innspill.....	36

Del 2 – Legeforeningens gjennomgang og kommentarer til utviklingsplanene

I denne del 2 har Legeforeningen samlet med detaljerte tilbakemeldinger på utviklingsplanene. Legeforeningen har samlet dette i 7 kapitler. Det første kapitlet heter "Legeforeningens innspill til videreutvikling av utviklingsplanene". Her har Legeforeningen samlet de mest konkrete innspillene til videreutvikling av planutkastene. Dette kapitlet er i stor grad sammendrag av de mest sentrale punktene i de øvrige kapitlene.

De påfølgende 6 kapitlene heter "Spesifikke tilbakemeldinger", "Samhandling", "Teknologi", "Psykiatri og rus", "Kompetanse og bemanning", "Variasjon og brukermedvirkning". Dette er tverrgående tema, hvor Legeforeningen først gjør en vurdering av hver av de tre foreliggende utkastene til utviklingsplaner sine presentasjoner av det aktuelle tema. Deretter følger Legeforeningens innspill til forbedring av utviklingsplaner til hvert tema.

Sammendrag av Legeforeningens innspill til videreutvikling av utviklingsplanene

Foruten å stake ut kursen for egen region er en viktig funksjon for RHF-enes utviklingsplaner at de skal danne grunnlag for Helse- og omsorgsdepartementets Nasjonal helse- og sykehusplan som skal legges fram høsten 2019. HOD har gitt RHF-ene frist 31. desember for oversendelse av utviklingsplanene.

Legeforeningen ber Helse Nord, Helse Midt og Helse Sør-Øst særlig videreutvikle følgende områder i planutkastene fram mot oversendelse til HOD:

Samhandling

Overføring av oppgaver og pasienter fra sykehus til kommune et premiss for at sykehusene i framtiden skal ha tilstrekkelig kapasitet. I forslaget til statsbudsjett for 2019 ligger det nærmere 160 milliarder kroner til spesialisthelsetjenesten⁴. En grov pekepinn på omfanget sykehusene ser for seg å overføre til kommunene (ca. 10 til 15 %) i planperioden er at dette i 2019 ville utgjort helsetjenester for mellom 16 til 24 milliarder kroner. Dette overgår langt totale bevilgninger til hele fastlegeordningen hvert år.

Legeforeningen mener RHF-ene må videreutvikle planutkastene sine for å skape troverdighet om premisset de har for samarbeid med kommunene. Det er grunn til å understreke at Legeforeningen er sterkt bekymret, og vil advare mot nedbygging av sykehuskapasitet, og underdimensjonering av nye sykehusbygg, basert på ensidige oppfatninger om hva som skal overføres til kommunen

Et hovedproblem for Helse Nord og Helse Midt er for lav grad av konkretisering av tiltak og effekter for samhandling. Disse RHF-ene må videreutvikle sine utkast til minst samme konkretiseringsnivå som Helse Sør-Øst. Det vil innebære konkrete beskrivelser av tiltak og modeller for samarbeid mellom sykehus og kommune, med tallfestede effekter og mål. Legeforeningen etterlyser grundigere gjennomganger av aktuelle arenaer for samarbeid mellom sykehus og kommune. Eksempler på slike er Møteplass Oslo og Samhandlingsutvalg for fastleger (SUFF) ved Sykehuset Østfold, som også RHF-er utenfor Helse Sør-Øst kan trekke erfaring fra. En annen viktig arena for relasjonen mellom sykehus og kommune er

⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20182019/id2613728/> se post 10.30 side 24.

praksiskonsulentordningen (som verken nevnes av Helse Nord eller Helse Midt). Her er det altså flere godt eksisterende ordninger allerede, som RHF-ene med fordel burde vise hvordan de ønsket å benytte.

Helse Nord og Helse Midts lave konkretiseringsnivå gjør dem vanskelige for Legeforeningen å kommentere ytterligere. Legeforeningen vil påpeke at dette er et alvorlig problem for en god og dialogbasert utvikling av norsk helsetjeneste. Helse Sør-Øst retter tiltak særlig overfor fem prosent-gruppen, de fem prosentene av pasientene som bruker mest sykehustjenester (omkring 45-48% av totalen). Erfaringen fra innføringen av kommunale akutte døgnenheter (KAD) viser at det er legedekning 24/7 som er faktoren som reduserer innleggelser til sykehus fra kommune, om enn i langt mindre omfang enn hva Helse Sør-Øst legger opp til⁵. For å gå i retning av å nå ambisjonsnivået for samarbeid med kommunene som Helse Sør-Øst beskriver mener Legeforeningen det er nødvendig at utviklingsplanen beskriver legens oppgaver i kommunen på en mer konkret måte. Her ønsker Legeforeningen å være en konstruktiv dialogpartner. Tiltak i en slik retning er styrkingen av fastlegekontoret som i dag gjøres gjennom piloten om primærhelseteam og piloten om oppfølgingsteam. Dette er noen av flere mulige måter å lage godt samarbeid mellom sykepleiere og leger i kommunene, som kan rette seg mot fem prosent-gruppen. Legeforeningen er overrasket over at Helse Sør-Øst ikke har trukket disse tiltakene tydeligere inn i sin utviklingsplan.

Samhandling, i betydning at kommunene overtar aktivitet som tidligere fant sted på sykehus, defineres slik det er i utkastene ugjensidig av RHF-ene selv. Legeforeningen stiller spørsmål om hvor hensiktsmessig det er at aktører på et myndighetsnivå (sykehus) ensidig definerer innholdet og omfanget av hva en aktør på et annet myndighetsnivå (kommune) skal gjøre. Samhandling i Norge handler om helsetjenester for et tosifret milliardbeløp årlig. Det er overraskende at vi ikke har kommet dit at det er på plass tydeligere arenaer hvor de mest sentrale partene møtes for å finne hensiktsmessige og forutsigbare løsninger.

Legeforeningen mener strategiene til Helse Nord og Helse Midt, med overføring til kommunene i stort omfang og med en uspesifisert pasientgruppe, er en sentral driver til dagens fastlegekrise. Disse utviklingsplanene bør videreutvikle sine samhandlings-strategier med større forståelse for situasjonen i kommunene. Legeforeningen kan ikke se hvordan utkastene til utviklingsplaner imøtegår at kommuner er svært forskjellige, og for å oppnå resultatlikhet må behandles ulikt av sykehusene. Et desentralisert tilbud i spesialisthelsetjenesten er viktig for å kunne opprettholde vårt bosettingsmønster. Sentralisering svekker tilgjengeligheten til tjenestetilbudet for mange pasienter, i særlig grad eldre som bor igjen i distriktene, og som er mindre mobile enn yngre aldersgrupper. De regionale helseforetakene bør ha aktivt bidra til å desentralisere tjenestene, ved å iverksette prosesser som sikrer reell desentralisering og hensiktsmessig oppgavedeling.

Teknologi og digitalisering

Teknologibeskrivelsene i utkastene til utviklingsplaner tar sikte på å beskrive muligheter teknologi gir og hvilke effekter disse kan ha. Legeforeningen mener Helse Nord og Helse Midt minst må videreutvikle sine utviklingsplaner til de når samme grad av konkretiseringsnivå som Helse Sør-Øst, for å kunne nå en slik målsetning. Helse Sør-Øst er både konkret i sine beskrivelser av tiltak og teknologier, og angir også tall for forventet effekt av dette. Angående Helse Midts utkast finner Legeforeningen verken konkrete beskrivelser av tiltak, teknologier eller verktøy i satsingen Helseplattformen. En følge av dette er at

⁵ <https://bmjopen.bmj.com/content/6/12/e012892>

utkastet heller ikke angir måltall eller effekter. Mangelen på tallfesting og konkretisering står i påfallende kontrast til det svært høye ambisjonsnivået for pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet Helse Midt på andre måter tilskriver Helseplattformen.

Legeforeningen bemerker at alle utkastene har svært positive beskrivelser av hva teknologi kan bidra med. Denne teknologioptimismen kan for Legeforeningen virke noe urealistisk, og det er påfallende at mulige negative effekter av teknologi i så liten grad omtales. Det mangler ikke på eksempler på at forventet "gevinstrealisering" i teknologi og IKT-prosjekter uteblir. Et godt eksempel er Nordens kanskje største satsing på e-helse, "Sundhetsplattformen" i Danmark. Her har kostnadene vært i milliardklassen, og gitt betydelig redusert produktivitet. Legeforeningen ønsker at utkastene omtaler teknologi med mindre løfter, større grad av nøkternhet, og synliggjør risiko innføring av nye teknologier medfører.

Legeforeningen etterlyser at utviklingsplanene, og spesielt Helse Midt, har en mer nyansert tilnærming til begrepet "standard" og "standardisering", forankret i relevant litteratur. En slik begrepsavklaring vil bidra til at utviklingsplanene mer nyansert vil kunne beskrive hva slags forhold RHF-ene ser for seg skal standardiseres på overordnet nivå (nasjonalt eller regionalt), og hvilke forhold som bør utvikles der tjenestene leveres. For å treffe riktig standardiseringsnivå mener Legeforeningen at involvering av klinikere i utvikling og utprøving er avgjørende. Legeforeningen etterlyser at utviklingsplanene ytterligere konkretiserer hvordan involvering og utvikling av nødvendig informatikk- og teknologi-kompetanse hos klinikere skal gjennomføres. Det er åpenbart et stort behov for mer forskning og kunnskap om utvikling og implementering av ny teknologi i helsesektoren og på sykehus i Norge. Her vil Legeforeningen understreke at utviklingsplanene tydeligere må beskrive RHF-enes egen forskningsaktivitet, samt relasjoner til universiteter og høyskoler for å skape troverdighet om hvordan slik forskningsaktivitet skal få et langt større omfang enn i dag. Involvering og forskningsaktivitet er nødvendige og gode tiltak for å utvikle den hybride kompetansen i skjæringspunktet mellom klinikk og teknologi hos leger.

Psykisk helse og rus

Samtlige fremskrivninger legger opp til en dramatisk reduksjon i oppholdsdøgn innen psykisk helsevern, men det finnes ingen konkret beskrivelse av hvordan en slik innsparing skal oppnås i praksis. Utover en antakelse om at bedre samhandling og intern effektivisering kan gi opptil 30% reduksjon i behov for oppholdsdøgn, må utviklingsplanene konkret beskrive hvordan man ser for seg utvikling i forekomst og behandling av alvorlig psykiske lidelser som i dag opptar nærmere to tredeler av døgncapasiteten.

Regjeringen har over flere år instruert RHFene i å prioritere psykisk helsevern og TSB over somatikk både i ressursbruk, aktivitet og faglig utvikling. Denne såkalte gylne regel er ikke oppfylt for noe RHF i noen av de foregående år, og det er vanskelig å lese hvordan RHFene mener regelen skal kunne følges i dimensjonering og drift av tjenestene fremover. Legeforeningen mener RHF-enes forhold til den gylne regel bør tydeliggjøres i en videreutvikling av utviklingsplanene.

Alle utviklingsplanene angir betydelige rekrutteringsproblemer av spesialister i psykiatri og rusmedisin, men det mangler forslag til konkrete tiltak som kan bedre situasjonen.

Kompetanse og personell

Med ny ordning for utdanning av legespesialister står de regionale helseforetakene overfor en av de største reformene i helsesektoren siden foretaksreformen i 2002. Som planene påpeker vil det være et økt behov for sykehusspesialister i fremtiden, og RHF-ene må påregne å utdanne disse selv i foretakene. Selv om det er stor variasjon i RHF-enes framskrivinger, framskrives det gjennomgående økt behov for legespesialister. Legeforeningen mener utkastene ikke tar konsekvensen av en slik økning, og at utviklingsplanene må videreutvikles for å beskrive hvordan RHF-ene skal øke utdanningskapasiteten. I lys av store reformendringer, RHF-enes utdanningsansvar og fremtidig økt behov, står det påfallende lite om dette i Helse Nords, Helse Midts og Helse Sør-Østs utkast til utviklingsplan. Legeforeningen mener RHF-ene konkret må beskrive tiltak og planer for å sikre en god overgang til ny spesialistutdanningsordning, dette er knapt nok nevnt i foreliggende utkast.

Legeforeningen vil understreke at den nye ordningen for utdanning av legespesialister vil stille store krav til veiledere og supervisører. Det vil kreve en betydelig satsing på utdanning og kompetanseutvikling hos egnede personer for å oppfylle intensjonene til spesialistutdanning. Også evalueringsmetodene i ordningen vil være ressurs- og kompetansekrevene. For at ny spesialistutdanning skal bli den kvalitetsreformen den var tenkt å være, er det nødvendig at veiledning og supervisjon av leger i spesialisering ikke viker til fordel for drift. Det er avgjørende at utkastene til utviklingsplaner videreutvikles og synliggjør spesialistutdanningen for leger som den avgjørende delen av RHF-enes oppdrag som den er. For Legeforeningen er det vanskelig å se for seg hvordan dette skal realiseres på en forsvarlig måte uten særlig ressurstilførsel⁶.

Legeforeningen er opptatt av å heve status for undervisningsoppgaver. Eksempler for å konkretisere tiltak for undervisning av leger i spesialisering og medisinstudenter er ideen om utdanningsansvarlig lege på sykehusavdelinger⁷. Undervisningsstillinger kan gjøres etter modell for kombinerte stillinger med klinikk og forskning. Egne stillinger til utdanning synliggjør ressursbruk og undervisningsoppgavens status. Legeforeningen etterlyser tydeligere beskrivelser av samarbeid mellom sykehus, regionale helseforetak og universiteter.

I bruk av framskrivingsmodeller tar Helse Nord i bruk kvalitative vektinger, Helse Midt gjør ikke det, mens Helse Sør-Øst ikke gjør framskrivinger i det hele tatt. At RHF-ene har så forskjellige tilnærminger til framskriving av bemanningsbehov er for Legeforeningen et tydelig signal om at framskrivingsverktøyene for bemanning til RHF-ene er utilstrekkelige. Legeforeningen vil også bemerke at bemanningsframskrivingene i utviklingsplanene, tross at det åpenbart er knyttet stor usikkerhet til disse, i liten grad illustrerer slik usikkerhet. Det presenteres for eksempel ikke ulike scenario eller ulike baner, slik som lav, middels eller høy, med en påfølgende drøfting av RHF-ets vurdering knyttet til de forskjellige mulighetene. Legeforeningen mener RHF-ene må arbeide inn likere praksis av bruk av framskrivingsmodeller for bemanning i utviklingsplanene, og i langt større grad synliggjøre usikkerheten i bemanningsframskrivingene i videreutviklingen av utviklingsplanene.

Den største utfordringen de nærmeste ti-årene blir å sikre tilstrekkelig kompetent arbeidskraft i tjenestene, gjennom god nok rekruttering og utdanning, samt ved å redusere frafallet.

⁶ For utdypning om Legeforeningens posisjon om spesialistutdanning viser vi også til høringsvaret om "Veileder i vurdering av kompetanse hos leger i spesialisering" avgitt til Helsedirektoratet.

⁷ Utdypning tilgjengelig i Legeforeningens rapport om grunnutdanning. Tilgjengelig på: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Spesialistutdanning/Rapporter-og-utredninger-om-utdanning/Grunnutdanning-for-leger/>

Legeforeningen mener utviklingsplanene bør beskrive hvilken rollefordeling regionene ser for seg i dette arbeidet, og hvilken sammensetning av helsepersonell vil være egnet til å løse oppdraget.

Legeforeningen vil vise til Helsedirektoratets rapport⁸ hvor det særlig pekes på legespesialitetene radiologi, patologi, nevrologi og onkologi, samt medisinsk genetikk, medisinsk mikrobiologi, gastroenterologisk medisin og geriatri, som vil trenge strategisk oppmerksomhet i spesialisthelsetjenesten. Etter Legeforeningens syn er utviklingsplanene en mulighet for RHF-ene å gi slik "oppmerksomhet", og etterlyser beskrivelser i planene med konkrete tiltak for rekruttering, utdanning og for å beholde legespesialister.

Variasjon og brukervedvirkning

Håndtering av variasjon og brukervedvirkning er sentrale tema i alle utkastene til utviklingsplaner. Helse Midt og Helse Nord ønsker hovedsakelig å bruke standardisering av henvisningspraksis og pasientforløp som virkemiddel, mens Helse Sør Øst legger stor vekt på å bruke samvalg og økt brukervedvirkning for å redusere uønsket variasjon. Både Helse Nord og Helse Midt ønsker ifølge utviklingsplanene å arbeide med standardisering og harmonisering av indikasjonsstilling som tiltak for å redusere uønsket variasjon. Det må nøye vurderes om slik standardisering kan føre til uforutsett under- eller overdiagnostikk/behandling. I Legeforeningens fagmedisinske foreninger er det for tiden pågående arbeid med å utvikle råd og spørsmål for å redusere overbehandling, som er en form for uønsket variasjon, gjennom kampanjen Gjør Kloke Valg⁹. Legeforeningen mener slike råd er en viktig ressurs for RHF-enes arbeid mot uønsket variasjon. Legeforeningen mener samvalgstilnærmingen til Helse Sør-Øst er mest interessant, herunder ideen om brukerstyrte poliklinikker, men understreker at alle slike kvalitetstiltak må følgeforskes. Legeforeningen mener det er avgjørende at RHF-ene legger til rette for at nødvendig datamateriale fra slike nye tiltak framskaffes, og at forskning basert på dette finner sted sammen med de involverte fagmiljøene. Legeforeningen merker seg at i utkastene til utviklingsplaner kan det synes som om reduksjon av variasjon i hovedsak er et ressursspørsmål. Legeforeningen mener at reduksjon av uønsket variasjon er spørsmål om kvalitet og pasientsikkerhet - ikke om innsparinger. Legeforeningen ber RHF-ene videreutvikle sine utviklingsplanutkast slik at de framstår med større troverdighet i kvalitetsspørsmål og konkretiserer hvordan konsekvensene for kvaliteten i behandlingen for pasientene berøres av tiltak mot uønsket variasjon og brukervedvirkning.

⁸ Helsedirektoratet (2017) Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Rapport. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1412/leger-i-kommune-ogspesialisthelsetjenesten-rapport-2017.pdf>

⁹ <https://beta.legeforeningen.no/kloke-valg/>

Spesifikke tilbakemeldinger

Legeforeningen har samlet det meste av tilbakemelding i tema som går på tvers av alle RHF-ene. Det er likevel noen forhold som er spesifikke for hvert RHF, disse er samlet i dette kapittelet.

Helse Nord

Legeforeningen mener det er viktig at alle innbyggere i Norge kan kommunisere med helsetjenesten. Intensjonene i Helse Nords utkast til utviklingsplan om å øke utdanning og rekruttering av helsepersonell med samisk språk og kulturkompetanse er prisverdig. Hvordan dette konkret skal gjøres, sies det dessverre lite om.

Helse Midt

Legeforeningen har flere kritiske bemerkninger til Helse Midts utviklingsplan som handler om forringing av prinsippet om stedlig ledelse.

Utkastet til Helse Midt legger en forutsetning om tverrgående klinikker i alle foretak. Dette til tross for stortingsvedtaket om stedlig ledelse og negative erfaringer i fagmiljøet. Helse Midt skal også ha avdelingssjef og seksjonsledernivåer, og i Helse Møre og Romsdal er det i tillegg 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. Legeforeningen vil bemerke at dette er en uheldig utvikling og forringing av prinsippet om stedlig ledelse.

I Helse Nord-Trøndelag 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 Helse Nord-Trøndelag, 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 møtevirkosomhet, 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 rommet for å finne smidige løsninger er svært lite. 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 Helse Møre og Romsdal, med flere lokasjoner og større geografisk spredning enn Helse Nord-Trøndelag, vil få enda større utfordringer med tverrgående klinikkstruktur enn hva de opplever i Helse Nord-Trøndelag.

Helse Midt angir som et mål å ha minst mulig duplisering av vaktberedskap og oppgaver, samtidig som alle skal få et likeverdig helsetilbud. For Legeforeningen framstår dette som lite realistisk.

Helse Sør-Øst

Legeforeningen vil her særlig gi støtte til Helse Sør-Østs en av fire hovedsatsinger "ta tiden tilbake for helsepersonell". Det har lenge vært et ønske fra Legeforeningen at leger skal bruke mer av tiden sin på pasientrettet arbeid.

Hovedstadsområdet

Som Legeforeningens høringssvar viser har Helse Sør-Øst på langt nær den utviklingsplanen som i størst grad konkretiserer og tallfester utviklingen RHF-et forventer. Hva gjelder hovedstadsområdet, hvor flere store sykehus ligger så tett at de må ses i sammenheng, mener Legeforeningen Helse Sør-Østs utviklingsplan at bildet er et annet. Her er det langt mer uklart hva Helse Sør-Øst ser for seg, og om tilstrekkelige forbehold og grunnlagstall er tatt med i beregningen. Legeforeningen mener at for hovedstadsområdet, hvor så mye er i spill, er det nødvendig å vise konkrete tall for fagområder og avdelinger, samt differensiering mellom nasjonale, regionale og lokale sengeplasser. Legeforeningen mener utviklingsplanen med tanke på hovedstadsområdet må videreutvikles og i større grad synliggjør lokale forpliktelser om sykehusbehov.

Legeforeningen mener Helse Sør-Østs utviklingsplan må presentere en helhetlig plan for sykehuskapasiteten i hovedstadsområdet. Legeforeningen mener utviklingsplanen tydeligere må presentere tallgrunnlag for befolkningsframskrivninger her, samt hvordan samspillet mellom de ulike sykehusene i området skal være. Tiltakene som nevnes av Helse Sør-Øst (s. 40) knytter seg til optimalisering av drift ved sykehusene, utvidet bruk av de ideelle sykehusene Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale sykehus, endring i oppgavedeling i Oslo sykehusområde, foruten overføring av spesialisert behandling til andre helseforetak i regionen (desentralisering for eksempel innen kreftbehandling). Legeforeningen mener disse tiltakene mangler konkretisering.

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

Helse Sør-Øst bemerker i utkastet at erfaringene fra Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold har gjort at de har endret framskrivingsmodell fra "høy utnyttelsesgrad" til en mer moderat variant. I den nye framskrivingsmodellen til Helse Sør-Øst legger RHF-et samme utnyttelsesgrad til grunn som de øvrige RHF-ene.

Som følge av erfaringene Helse Sør-Øst har gjort seg, mener Legeforeningen den nye utbyggingen av Vestre Viken er bekymringsverdig. Her legges høy utnyttelsesgrad til grunn for dimensjoneringen. Legeforeningen mener det er avgjørende at utviklingsplanen til Helse Sør-Øst videreutvikles og beskriver hvordan en skal imøtegå det Helse Sør-Øst selv erkjenner er en underdimensjonering av sykehusbehov, basert på erfaringene fra Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold.

Helse Sør-Øst 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 Legeforeningen derfor grunn til bekymring over regionens evne til å bære planlagte investeringer og gjennomføre nødvendig vedlikehold i perioden.

Legeforeningen vil bemerke at Helse Sør-Øst forevnter en endring på 17 % økning i aktivitet for poliklinikk fram til 2035. Dette samtidig som Helse Sør-Øst mener brukerstyrt poliklinikk og avstandsoppfølging skal gi en reduksjon i aktivitet på 20 %. Legeforeningen mener dette er overraskende tall, særlig med tanke på at i Oslo universitetssykehus sin utviklingsplan, tabell 32 side 48, hvor det forventes en økning i dagopphold på 65 % og konsultasjoner på 56 %, i somatikk. En så påfallende stor forskjell bør kommenteres av Helse Sør-Øst.

Legeforeningen bemerker også Helse Sør-Østs behandling av de ideelle sykehusene, særlig Lovisenberg diakonale sykehus. Legeforeningen vil påpeke at Lovisenberg ikke lenger skal betjene bydel Sagene (s. 42 i planutkastet). Noe som vil bety en betydelig endring for Lovisenbergs sykehusøkonomi. Samtidig heter det i utkastet at Lovisenberg og Diakonhjemmet skal overta flere oppgaver. Det er uklart for Legeforeningen hvordan ressursituasjonen for de ideelle sykehusene vil bli etter disse tiltakene. Legeforeningen mener Helse Sør-Øst må klargjøre dette i videre arbeid med utviklingsplanen. Legeforeningen etterlyser også at Helse Sør-Øst markerer et tydeligere skille mellom ideelle og hel-private aktører. Helse Sør-Øst bør vurdere å utvide opptaksområdene til de ideelle sykehusene. Legeforeningen deler Lovisenberg Diakonale Sykehus sin oppfatning om at det er svært uheldig å øke egendekningen for dette sykehuset. Dette er også i tråd med innspillet fra Oslo kommune.

Legeforeningen etterlyser en ytterligere styrking av arbeidet med smittevern og antibiotikaresistens, utover et eget tiltakspunkt i boks 10. Overfor antibiotikaresistens må sykehusene både jobbe mer sekundær og tertiærforebyggende.

Samhandling

For alle RHF-ene er overføring av oppgaver og pasienter fra sykehus til kommune et premiss for at sykehusene i framtiden skal ha tilstrekkelig kapasitet. Samtlige RHF erkjenner at *Fem prosent-gruppen* legger beslag på mellom 45-48 % av ressursene (Helse Nord: 45 %, Helse Midt: 46 %, Helse Sør-Øst: 48 %). Selv om dette nevnes av alle RHF-ene, er det etter Legeforeningens syn Helse Sør-Øst som i størst grad skaper troverdighet i sin plan om at de setter inn tiltak overfor denne gruppen.

Prosentvis forventet andel av totalaktivitet som skal foregå i kommune istedenfor i sykehus, sammenliknet med referansebane:

Helse Sør-øst	Helse Midt	Helse Nord
15 %	?	9,06 – 10,57 %

Legeforeningen har i sin gjennomgang av utkast til utviklingsplan, samt rapport for Framskrivning og kapasitetsberegning i Helse Midt¹⁰ ikke funnet konkrete tall for endring i aktivitet for overføring til kommunene.

Etter Legeforeningens syn har RHF-ene ulike strategier for sin relasjon til kommunen. Disse utdypes kort under.

Helse Nord

Helse Nord oppsummerer sine tiltak for samhandling på side 66 i høringsutkastet i 9 punkter. Her heter det blant annet at Helse Nord ønsker å pilotere alternative modeller for finansiering, samlokalisering og samorganisering. Videre at RHF-et ønsker å iverksette målrettede tiltak for storforbrukere av sykehustjenester i samarbeid med kommunene.

Etter Legeforeningens syn er det her flere gode punkter som gir retning til Helse Nords arbeid videre med samhandling i regionen. Legeforeningen har likevel to innsigelser. Utover korte punkter på en til to setninger er det liten grad av konkretisering av modeller, organisasjonsløsninger eller beskrivelse av piloter. Videre, det er heller ingen tallfesting av forventet effekt av tiltakene, altså ingen eksplisitt kobling til hvordan Helse Nord skal nå sitt mål om omkring 10 % overføring av aktivitet til kommunene i 2035.

Lav grad av konkretisering skaper, etter Legeforeningens syn, lavere grad av troverdighet rundt Helse Nords planer for samhandling i utviklingsplanutkastet. Dette inntrykket forsterkes andre steder i utviklingsplanen. Helse Nord skriver at det er usikkerhet knyttet til effektene av samhandling, og problematiserer dette på side 49 og 50. Her kan vi blant annet lese: "Det estimeres at tjenester tilsvarende 45 000 liggedøgn [i 2035] kan overføres til primærhelsetjenesten *i en eller annen form*" (s. 49, Legeforeningens utheving). Videre heter det: "Dette greier seg altså om framtidige oppgaver som etter dagens praksis ville gitt 45 000 liggedøgn i sykehusene [i 2035], men der oppgavene altså forventes ivaretatt *på en eller annen måte* av kommunehelsetjenesten" (s. 50, Legeforeningens utheving).

At Helse Nord må bruke vendinger av typen "en eller annen form" eller "en eller annen måte", mener Legeforeningen vitner om lav grad av forpliktelse, konkretisering og utvikling av gode ideer for samhandling mellom sykehus og kommune i utkastet til utviklingsplan.

¹⁰ <https://helse-midt.no/Documents/2018/170929%20Rapport%20framskriving%20Sykehusbygg%20HF.pdf>

Etter Legeforeningens syn viser Helse Nords plan noe potensiale og lanserer et sett med tiltak som kan gjøre samhandling mellom sykehus og kommune bedre. Dessverre gjør manglende konkretisering og tallfesting, disse tiltakene mindre troverdige. Helse Nord spesifiserer i liten grad hvilke typer pasienter som skal overføres kommunene, og viser lite til hvordan kommunikasjonen mellom sykehus og kommune skal gjøres. Når det er sagt finnes det eksempler på at sykehus i Helse Nord utvikler nye relasjoner til kommunen. Et eksempel på dette er forsøkene med pasientsentrert helsetjenesteteam ved Universitetssykehuset Nord Norge (UNN). Legeforeningen er overrasket over hvorfor planutkastet til Helse Nord ikke i større grad trekker på konkrete erfaringer fra egen region, i utvikling av tjenesten videre.

Helse Midt

Helse Midt har fire hovedsatsinger, to av disse relaterer til samhandling. "Vi skaper pasientene[s] helsetjeneste fokuserer på "helhetlige pasientforløp" som også går på tvers av omsorgsnivå". Dette utdypes på side 40 til 45. Det siste heter "Vi er gode lagspillere", hvor samhandling mellom sykehus og kommune også er sentralt. Dette hovedmålet utdypes med tiltak på side 58 til 63.

Helse Midt skriver blant annet (s. 62): "[Helse Midt vil] arbeide målrettet for et tett og forpliktende samarbeid med kommunene om behandling og personell." Og at "[Helse Midt vil] bidra til å utvikle økonomiske insentiver som stimulerer forebygging, tverrfaglig diagnostikk, behandling og oppfølging". Utkastet til plan nevner at Helse Midt ønsker en "differensiert" tilnærming til ulike pasientgrupper (s. 40-41), men dette konkretiseres ikke ytterligere.

Konkretiseringen av hvordan Helse Midt ser for seg relasjonen til kommunene gjøres hovedsakelig gjennom Helseplattformen – Helse Midts store prosjekt for å etablere felles journal- og pasientdatasystem for hele helsetjenesten i regionen. Helseplattformen skal konfigureres våren 2019. Helse Midt skriver: "[Helse Midt vil] utnytte Helseplattformen og øvrig digitalisering som verktøy for å standardisere og skape helhet i helsetjenesten på tvers av geografi, profesjoner og forvaltningsnivå." Hva gjelder relasjonen til kommunen skriver Helse Midt (s. 54): "[Helse Midt vil] sikre god samhandling med kommunene og gjøre Helseplattformen til et så godt verktøy at kommuner og fastleger velger å ta den i bruk."

Legeforeningen vil bemerke at Helse Midt bruker begrepet "standardisering" i svært mange sammenhenger i utkastet til utviklingsplan. Begrepet er ikke tydelig definert, og brukes i så forskjellige kontekster at det helt klart har ulike betydninger. Her savner Legeforeningen en klargjøring av begrepsbruken, gjerne forankret i litteratur.

Etter Legeforeningens syn framstår Helse Midts plan som lite konkret hva gjelder beskrivelser av tiltak for samhandling mellom sykehus og kommune. Hovedsakelig legges det vekt på å etablere Helseplattformen, som skal være utgangspunktet for videre samhandling. Legeforeningen vil her holde fram at målene for hva Helse Midt vil oppnå med samhandling ikke er tallfestet i utviklingsplanen.

Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst har fire hovedsatsinger hvor en av dem er "samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester" – her er samhandling et hovedfokus. Knyttet til hovedsatsinger har Helse Sør-Øst laget nye vektinger i framskrivingsmodellen, som skiller seg fra de øvrige RHF-ene (se s. 75).

Helse Sør-Øst skriver at de ikke er fornøyd med hvordan relasjonen mellom kommune og sykehus tidligere har vært gjort. Helse Sør-Øst ønsker å erstatte den tidligere effekten "overføring til kommune", som var uspesifisert, med effekten "Samarbeid om de[m] som trenger det mest". Dette er en pasientgruppe som defineres ut fra ressursbruk, *fem prosent-gruppen*. Fem prosent av pasientene i Helse Sør-Øst bruker om lag 48 % av ressursene, hadde årlig snitt på 17 kontakter med sykehuset, 19 dager liggetid, behandling for 3,5 ulike hoveddiagnoser. 56 % har en eller flere reinnleggelser (s. 63). Det er forventet en betydelig økning i denne pasientgruppen frem mot 2035.

Omfanget av pasienter og oppgaver som skal utføres i kommune er høyere i Helse Sør-Øst enn i de andre regionene, altså 15 % istedenfor omkring 10 %. Likevel skriver Helse Sør-Øst at de mener dette ikke vil innebære en ensidig oppgaveoverføring fra et nivå til et annet. Helse Sør-Øst understreker at de mener dette handler om samarbeid og felles bruk av ressurser, og at det vil være en "gevinstdeling" mellom kommune og sykehus (s. 63). Vedrørende kostnadsfordeling mellom kommune og sykehus i håndteringen av pasientene "som trenger det mest" skriver Helse Sør-Øst at modellene vil egne seg for følgeforskning: "... kanskje med en hypotese om at samlet forbruk av helsetjenester vil gå ned og fordele seg omtrent likt mellom kommuner og sykehus (s. 67).

Helse Sør-Øst presenterer flere ulike modeller for hvordan omsorgen for femprosent-gruppen kan gjøres, og hvordan dette har blitt gjort i andre land. Helse Sør-Øst gjør konkrete beskrivelser av modeller fra Valencia, Spania, tilnærminger hos Kaiser Permanente i USA og "Forløbsprogrammet" i Danmark.

Slik Legeforeningen leser Helse Sør-Østs utkast til utviklingsplan er det disse modellene som ligger til grunn for tiltak knyttet til "pasientens team" som vil være en rekke piloter som skal foregå ved alle foretak i regionen andre halvår 2018. Helse Sør-Øst trekker fram at et hovedgrep her vil være sykepleiere som er koordinatorene, en i sykehus og en i kommunen, som vil utgjøre kjernen i teamet. For disse sykepleierne vil telefonen være viktigste koordineringsredskap (s. 64).

Som gjennomgangen over viser vil Legeforeningen framholde at Helse Sør-Øst har langt mer konkretiserte tiltak og langt flere tallfestede mål (se s. 68), enn de andre RFH-ene. Legeforeningen mener de øvrige RFH-ene bør se til Helse Sør-Øst utviklingsplan og særlig kapittel 6 "Satsingsområder og aktuelle tiltak" som et eksempel på hvordan en utviklingsplan kan være konkret, forpliktende og forståelig. Helse Sør-Øst skaper slik et annet grunnlag for dialog om utvikling av tjenesten, enn de øvrige RFH-ene.

Når dette er sagt har Legeforeningen en rekke innvendinger til Helse Sør-Østs utviklingsplan. Likevel mener Legeforeningen at det er et viktig skille å være uenige om virkning og innretning på ulike tiltak, og at en plan er så uklar at det er vanskelig for andre aktører, som Legeforeningen, å forstå om de er enige eller uenige.

En av Legeforeningens innvendinger til Helse Sør-Østs framstøt overfor "de som trenger det mest" er mangelen på en "plan B", altså hva har Helse Sør-Øst tenkt å gjøre om samarbeidet med kommunene ikke går som planlagt. Det er en bekymring at effekten som Helse Sør-Øst viser til er for stor, og at risikoen for å ikke lykkes med å nå målet på 15 % innen 2030 er betydelig tilstede. Skulle for eksempel effekten bli 5 % istedenfor 15 % vil dette ha store konsekvenser for dimensjonering av sykehus."

Allmennlegen er den tyngste helsekompetansen i kommunehelsetjenesten, og denne kompetansen er helt nødvendig å ta effektivt i bruk for å nå det ambisjonsnivået om samarbeid mellom sykehus og kommune som Helse Sør-Øst legger opp til. Et eksempel er erfaringene fra kommunale akutte døgnenheter (KAD). I den registerbaserte studien til Swanson og Hagen (2016) om effekten på reduksjon av sykehusinnleggelser av KAD, er effekten 0, med unntak av KAD-er med 24/7 legedekning hvor det er en reduksjon av innleggelser på omkring 3 %. Legeforeningen merker seg at dette er langt mer moderate effekter enn hva Helse Sør-Øst legger opp til i sitt utkast til utviklingsplan.

Legeforeningen tror det er nødvendig for Helse Sør-Øst å beskrive sine ambisjoner for legens rolle i kommunen på en mer konkret måte, for å kunne gå i retning av de effektene av samarbeid med kommune som skisseres. Her ønsker Legeforeningen å være en konstruktiv dialogpartner. Et tiltak i en slik retning er styrkingen av fastlegekontoret som i dag gjøres gjennom piloten om primærhelseteam og piloten om oppfølgingsteam. Dette er noen av flere mulige måter å lage godt samarbeid mellom sykepleiere og leger i kommunene, som kan rette seg mot *fem prosent-gruppen*. Legeforeningen er overrasket over at Helse Sør-Øst ikke har trukket disse tiltakene tydeligere inn i sitt planutkast, gitt oversikten som er demonstrert ellers. Muligheten for elektronisk dialogmelding mellom sykehus og fastleger er et annet tiltak det er overraskende at Helse Sør-Øst utelater i utkastet til utviklingsplan. Dette er noe andre RHF-er får til. Dialogmelding er ikke nevnt i Helse Sør-Østs plan. Legeforeningen etterlyser beskrivelser av når leger på sykehus og i kommuner kan vente seg bedre elektronisk kommunikasjon. Slik Helse Sør-Østs utkast er nå, kan det se ut som dette først skal skje etter 2035. Dette står ikke i stil til Helse Sør-Østs ambisjoner ellers, og framstår som en forglemmelse.

Legeforeningens innspill

Befolkningsvekst og medisinsk utvikling fører til at sykehusene utfører stadig mer behandling. Dette kan sykehusene løse på ulike måter. De kan utvide egen kapasitet, bli mer effektive, eller overføre aktiviteten til noen andre. Alle utkastene til utviklingsplan skisserer betydelige overføringer til kommunene, fra om lag 10 til 15 %.

I forslaget til statsbudsjett for 2019 ligger det nærmere 160 milliarder kroner til spesialisthelsetjenesten årlig¹¹. En grov pekepinn på omfanget sykehusene ser for seg å overføre til kommunene er at dette i 2019 ville utgjort helsetjenester for mellom 16 til 24 milliarder kroner, årlig. Dette overgår langt totale bevilgninger til hele fastlegeordningen hvert år.

Legeforeningen er skeptisk til om kommunene vil være i stand til å overta oppgaver fra sykehusene i det omfang som skisseres i planperioden. Nedgangen i liggetid er i ferd med å stoppe opp, og det er ikke sannsynlig at utviklingstendensen vi har sett de siste ti-årene kan videreføres, uten nye drastiske tiltak. Med unntak av Helse Sør-Øst finner Legeforeningen i liten grad konkretisering av tiltak overhodet.

Det skisseres behovsøkning i sykehusene på mellom 30 og 50 prosent i planperioden, og det må legges til grunn at økningen i kommunene (long-term care) vil overgå økningen i spesialisthelsetjenesten¹². Det er lite sannsynlig at kommunene vil være i stand til å håndtere

¹¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20182019/id2613728/> se post 10.30 side 24.

¹² <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5549212/>

en betydelig økning i behov innenfor egne tjenester, og samtidig overta en rekke oppgaver fra sykehusene.

De demografiske endringene i planperioden, med flere eldre, vil gi oppgave-vekst i sykehusene, men i enda større grad i kommunene, gitt samme arbeidsdeling som i dag. Situasjonen for mindre og fraflyttingstruede kommuner er her enda mer prekær. Legeforeningen kan ikke se hvordan utkastene til utviklingsplaner forholder seg til at kommuner er svært forskjellige, og for å oppnå resultatlikhet må behandles noe ulikt av sykehusene.

Sykehus og kommuner er avhengig av å investere for å bygge opp de tjenestene de trenger for å imøtegå framtidens behov. Legeforeningen mener at en tydeligere spesifisering av aktuelle pasientgrupper sykehusene ønsker å samarbeid med kommunene om, vil gjøre relasjonen mellom sykehus og kommune mer forutsigbar, og muliggjør imøtegåelse fra kommunes side i større grad. Det vil også legge til rette for at sykehus og kommune har en utvikling hvor de bygger opp komplementære tjenester, som understøtter hverandre. Legeforeningen mener Helse Nord og Helse Midt bør se til Helse Sør-Østs utkast til utviklingsplan som eksempel til etterfølgelse hva gjelder konkretisering av relasjonen mellom sykehus og kommune.

Legeforeningen vil understreke viktigheten av at pilotering av nye måter å samhandle på mellom sykehus og kommune må være gjenstand for følgeforskning, både med tanke på kvalitet i behandling, effekt av tiltaket og kostnadsbilde. Legeforeningen synes det er spennende at det i utkastene til Helse Nord, Helse Midt og Helse Sør-Øst nevnes at RHF-ene er villige til å pilotere nye finansieringsordninger i relasjon mellom sykehus og kommune. Det er grunn til å understreke at Legeforeningen også er sterkt bekymret, og vil advare mot nedbygging av sykehuskapasitet, og underdimensjonering av nye sykehusbygg, før en ser effekten av tiltakene RHF-ene setter i verk for å overføre oppgaver til kommunen.

Legeforeningen etterlyser grundigere gjennomganger av aktuelle arenaer for samarbeid mellom sykehus og kommune. Eksempler på slike er Møteplass Oslo og Samhandlingsutvalg for fastleger (SUFF) ved Sykehuset Østfold, som også RHF-er utenfor Helse Sør-Øst kan trekke erfaring fra. En annen viktig arena for relasjonen mellom sykehus og kommune er praksiskonsulentordningen (som verken nevnes av Helse Nord eller Helse Midt). Gitt det ekstremt høye ambisjonsnivået utkastene til utviklingsplaner viser om overføringer til kommunen, savner Legeforeningen mer konkrete beskrivelser av hvordan relasjonen mellom sykehus og kommune skal være. Her er det altså flere godt eksisterende ordninger allerede, som RHF-ene med fordel burde vise hvordan de ønsket å benytte. Legeforeningens erfaring er at når helsepersonell på tvers av omsorgsnivå møtes, blir dette konstruktive treff.

Avslutningsvis vil Legeforeningen problematisere utkastene til utviklingsplan på et overordnet nivå. Samhandling, i betydning at kommunene overtar aktivitet som tidligere fant sted på sykehus, defineres slik det er nå ugjensidig av RHF-ene selv. Legeforeningen stiller spørsmål om hvor hensiktsmessig det er at aktører på et myndighetsnivå (sykehus) ensidig definerer innholdet og omfanget av hva en aktør på et annet myndighetsnivå (kommune) skal gjøre. Samhandling i Norge handler om helsetjenester for et tosifret milliardbeløp årlig. Det er overraskende at vi ikke har kommet dit at det er på plass tydeligere arenaer hvor de mest sentrale partene møtes for å finne hensiktsmessige og forutsigbare løsninger.

Teknologi og digitalisering

Under følger en gjennomgang av utkastene til utviklingsplan hos Helse Nord, Helse Midt og Helse Sør-Øst, hvor Legeforeningen gjør sine vurderinger med tanke på hvordan temaet teknologi er framstilt.

Helse Nord

Helse Nord skriver at regional utviklingsplan som en av fire overordnede målsetninger skal "Beskrive de muligheter digitalisering av oppgaveløsning gir, hvilke effekter dette vil kunne ha og hvordan dette skal prioriteres i Helse Nord." (s. 4)

I utkastet til utviklingsplan blir planer for teknologi presentert på side 70 til 73. Her presenterer Helse Nord store forventninger til hvordan teknologi og digitalisering skal "smelte" sammen med andre løsninger og "viske ut" skillet pasienten opplever mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Teknologi vil føre til store og dramatiske endringer for hele helsetjenesten, skriver Helse Nord.

Blant de åtte tiltakspunktene Helse Nord lanserer på side 73 løfter Helse Nord fram flere viktige og gode prinsipper for teknologiimplementering slik Legeforeningen ser det. Her heter det eksplisitt at nye teknologiske løsninger og digitalisering skal understøtte klinisk arbeid, ikke gi mer arbeid. Helse Nord understreker også at de ønsker å anvende velprøvde og fungerende løsninger. Videre at teknologiutvikling og IKT må ses i sammenheng med sykehusbygg. Dette er prinsipper Legeforeningen støtter opp om, og vil berømme Helse Nord for.

Slik Legeforeningen ser det legger Helse Nord gode prinsipper til grunn, men konkretiserer ikke tilnærmingen sin. Kombinasjonen av dette med den åpenbare teknologioptimismen som presenteres skader troverdigheten i utkastet. Målet Helse Nord åpner med om å beskrive oppgaveløsninger og effekter blir etter Legeforeningens syn ikke oppnådd når man ikke drøfter virkemiddelbruken på et nødvendig detaljeringsnivå.

Helse Midt

En av fire hovedsatsinger for Helse Midt er "Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse", her er Helseplattformen sentral, samt virkemiddelet "standardisering". I Helse Midts beskrivelse av dette (på side 51-53) framgår det at de ønsker å standardisere pasientforløp, arbeidsprosesser, utstyr og data. Helse Midt bruker også ord som "helhet" og "kontinuerlig endring" i beskrivelsen.

Slik Legeforeningen leser dette presenterer Helse Midt mange ord, og det er vanskelig å trekke ut hvilke konkrete virkemidler og verktøy Helse Midt ønsker å ta i bruk, utover at utkastet understreker at ny teknologi og standardisering er blant Helse Midts viktigste hjelpemidler for å imøtegå utfordringene de står overfor. Her vil Legeforeningen igjen vise til at begrepet standardisering brukes av Helse Midt i så mange ulike kontekster, på så ulike måter og overfor så ulike situasjoner og prosesser, at en nærmere gjennomgang og definisjon av begrepet er nødvendig. Det er for øvrig økende erfaringer med at digital standardisering av pasientforløp på regionalt eller nasjonalt nivå skaper høy risiko for tap av kvalitet og effektivitet slik det bl.a. er vist i Københavnområdet ved implementering av EPIC som journalsystem. Etter Legeforeningens syn må bygging av digital understøttelse av pasientforløp skje desentralisert og under klinisk medisinsk ledelse.

Ifølge utkastet skal Helseplattformen gi store framskritt for pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet. Det heter også at Helse Midt skal sette av ressurser underveis til ansatte og ledelse på alle nivå, for å sikre implementering av plattformen. Slik ressursavsetning støtter Legeforeningen, men hva Helse Midt mener er tilstrekkelig ressurser til arbeidet framgår ikke. Utover en vag beskrivelse av Helseplattformen kan ikke Legeforeningen finne konkrete beskrivelser av tiltak, teknologier eller verktøy i utkastet. En følge av dette er at utkastet heller ikke angir måltall eller effekter av tiltak. Mangelen på tallfesting står i påfallende kontrast til det svært høye ambisjonsnivået for pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet utkastet skriver at Helseplattformen skal gi.

Utkastet til Helse Nord har i likhet med Helse Midts utkast ikke konkrete beskrivelser av teknologier og verktøy. Et skille mellom Helse Nord og Helse Midt er at Helse Nord markerer eksplisitt et tydelig prinsipp om at digitalisering og teknologi skal understøtte klinisk praksis. Legeforeningens inntrykk av Helse Midts planutkast er motsatt prioritet. Altså at ansatte og ledere i Helse Midt skal tilpasse seg standardisering og Helseplattformen, ikke at Helseplattformen skal understøtte ansatte og ledere. En annen forskjell er at Helse Nord poengterer at de ønsker velprøvde løsninger. Helse Midts beskrivelse av Helseplattformen er at dette skal være et dramatisk brudd i hvordan helsetjenesten har jobbet til nå. Det framstår som så radikalt at det er vanskelig å forstå det som en velprøvd tilnærming.

Helse Sør-Øst

En av fire hovedsatsinger til Helse Sør-Øst er "Bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer – mer brukerstyring" (s. 3). Satsingen utdypes på side 57 til 63 i utkastet.

Helse Sør-Østs tilnærming er at de ønsker å bruke teknologi til å realisere brukermedvirkning. Utkastet spesifiserer at "kronikere" er den mest aktuelle pasientgruppen for dette. En spesifisering av aktuell pasientgruppe skiller Helse Sør-Øst fra Helse Nord og Helse Midt, som er mer uspesifiserte i sin tilnærming.

Helse Sør-Øst har en rekke eksempler på tiltak de ønsker å sette i verk. Et hovedgrep er ulike tiltak som gjør at kronikere selv, eller ved hjelp av enkel teknologi som spørreskjema på nett eller i en app, selv kan bestemme eller få støtte til å avgjøre om det er behov for kontroll ved en poliklinikk. Istedenfor rutinekontroll, brukes elektroniske spørreskjema og en algoritme grovsorterer svarene. Utkastet viser til erfaringer fra Danmark hvor danskene oppnådde en 25 % reduksjon av kontroller av kronikere. En annen variant er Oxford hip score overfor pasienter som har gjennomgått hofteskiftkirurgi, her var effekten 50 % reduksjon av poliklinikk, skriver Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst viser også til kognitivt adferdsterapi for depresjon og angst, gjennom internett på pc eller app på telefon (se s. 58-60). Legeforeningen mener slike virkemidler kan bedre oppfølgingen for en rekke pasientgrupper, men at det finnes få gode studier som viser effekt både på ressursbruk og pasientutkomme. Legeforeningen mener Helse Sør-Øst tydeligere bør beskrive tydeligere resultatet av kvaliteten av behandlingen for pasienten ved ulike e-helsetiltak, ikke utelukkende reduksjon i forbruk.

Helse Sør-Øst viser også til desentraliserende teknologi som fjernstyrte operasjonsroboter, virtuelle sykehus, og bruk av videokonsultasjoner for å gjøre spesialistkompetanse mer tilgjengelig i perifere strøk, foruten en rekke andre konkrete tiltak.

Kapittelet avsluttes med en tydelig gjennomgang av forventet effekt, hvor Helse Sør-Øst viser til flere baner og anslår at de tror effekten av ulike tiltak vil føre til en reduksjon av forbruk av poliklinikk på 20 % i løpet av ti år (s. 62-63). Her vil Legeforeningen bemerke at dette er en betydelig forventet effekt, og at det er risiko for at effekt ikke vil komme som følge av digitalisering men av oppgaveoverføring til en allerede hardt presset primærhelsetjeneste. Helse Sør-Øst beregner at behovet for nye poliklinikkrom reduseres fra 700 til 500 i perioden. En risiko er her underkapasitet i polikliniske behandlingsrom, som vil føre til lavere effektivitet og produktivitet. Reduksjon i polikliniske arealer bør skje først og fremst basert på erfaringer og ikke på usikre fremskrivninger av mulige gevinster.

Helse Sør-Øst skiller seg i beskrivelsen av teknologi og bruken av denne skarpt fra de andre planutkastene. I motsetning til Helse Nord og Helse Midt, er Helse Sør-Øst både konkret i sine beskrivelser av tiltak og teknologier, og angir også tall for forventet effekt av dette. Legeforeningen merker seg også at Helse Sør-Øst beskriver e-helsetiltak og nye teknologier som er tatt i bruk andre steder, og Helse Nord, i det minste i prinsippet, peker på behovet for velprøvde teknologier og understreker at tiltakene skal understøtte klinisk praksis. Helse Midt, slik Legeforeningen ser det, har en annen linje hvor ansatte og organisasjonen ser ut til å skulle tilpasse seg de teknologiske løsningene, ikke motsatt (som i de andre RHF-ene). Det skal nevnes at Helse Midt i noen leddsetninger bruker vendinger som "individuell" og "lokal" tilpasning, men dette framstår med langt lavere troverdighet enn i de øvrige planutkastene.

Gitt Helse Sør-Østs konkrete og grundige gjennomgang er det for Legeforeningen overraskende at direkte dialogmeldinger mellom sykehusleger og primærleger ikke løftes fram. Dette vil åpenbart være nyttig, og er en velprøvd teknologi.

Legeforeningens innspill

Legeforeningen har en rekke innspill til forbedring av utkastene til utviklingsplan, og går gjennom disse under.

Legeforeningen erfarer at norske sykehus har mange utdaterte applikasjoner i drift. Det er mye som må endres med sykehusenes bruk av teknologi, IKT-infrastruktur og programvare før vi kan nyttiggjøre oss mer moderne sensorer og avansert teknologi, som for eksempel sensorer og andre innretninger for avstandsoppfølging av pasienter på en effektiv måte. Antakeligvis er Legeforeningens medlemmer blant dem som sterkest ønsker bedre integrerte IKT-løsninger. Legeforeningen anbefaler sterkt at utvikling i regionene også ses i sammenheng med utviklingsarbeid som gjøres i Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse, slik at ulike løsninger kan snakke sammen. Her er "standardisering" et nøkkelord.

Legeforening mener at en nasjonal styringsmodell må ha fokus på å etablere de nødvendige standardene som muliggjør utvikling av løsninger i et konkurrerende marked. Dette vil bidra til at nødvendig innovasjon skjer der tjenestene leveres, mens nødvendige nasjonale felleskomponenter håndteres sentralt.

Knyttet til standardisering mener Legeforeningen utkastene har ulike tilnærminger. Alle utkastene skriver om standardisering, men dette vektlegges i ulik grad. En indikasjon på slik vektlegging er hvor mange ganger ordet "standard" nevnes i planutkastene. Helse Midt skiller seg her klart ut, hvor ulike former av ordet standard nevnes omkring tre ganger så mange ganger som i de andre planene:

- I Helse Nords planutkast nevnes ordet “standard”, da er ulike endinger i ordet med, slik som “standardisering”, 16 ganger.
- I Helse Midts planutkast nevnes ordet “standard”, da er ulike endinger i ordet med, slik som “standardisering”, 54 ganger.
- I Helse Sør-Østs planutkast nevnes ordet “standard”, da er ulike endinger i ordet med, slik som “standardisering”, 18 ganger.

Slik Legeforeningen ser det, er det sentrale å finne riktig grad av standardisering, anvendt på riktige måter. Det må skilles mellom nasjonale digitale standarder, som er helt nødvendige, og standarder for kliniske forløp, som i stor grad må besluttes og bygges lokalt og ikke regionalt eller nasjonalt. Her svekkes troverdigheten til planene ved å ha utydelige strategier. Hva gjelder grad av standardisering er klinisk praksis en kompleks virksomhet – noen elementer av klinisk praksis lar seg i større grad standardisere enn andre. Legeforeningen er opptatt av hvor grensene for standardisering går. Noen oppgaver og koordinering mellom dem løses best når en samarbeidet på en relativt ustandardisert måte, mens andre oppgaver lar seg standardisere. Problemet oppstår når en forsøker å standardisere forhold som ikke lar seg godt standardisere, samt ineffektiviteten som oppstår når en ikke standardiserer det en kan. Her gjelder det å finne en gylden middelvei hvor Legeforeningen understreker behovet for et tilstrekkelig antall leger med kompetanse i informatikk og teknologi som har sitt virke i klinikken og pasientnær ledelse.

For å treffe riktig standardiseringsnivå mener Legeforeningen at involvering av klinikere i utvikling og utprøving er sentralt. Dette vektlegges i alle utviklingsplanutkastene, men på ulikt vis. Legeforeningen mener det er nødvendig at klinisk kompetanse er førende, ikke bare når en ny løsning foreligger, men i utviklingen av den. Dette forutsetter også at de regionale helseforetakene satser på å utvikle informatikk-kompetanse hos mange nok av sine klinikere. Knyttet til klinisk informatikk mener Legeforeningen at samarbeidet mellom RHF-ene og forskningsmiljø ved universiteter og høyskoler bør ha et langt større omfang enn i dag.

Legeforeningen bemerker at alle utkastene har svært positive beskrivelser av hva teknologi kan bidra med. Denne teknologioptimismen kan for Legeforeningen virke noe urealistisk, og det er påfallende at mulige negative effekter av teknologi i så liten grad omtales. Det mangler ikke på eksempler på at forventet "gevinstrealisering" i teknologi og IKT-prosjekter uteblir. Et godt eksempel er Nordens kanskje største satsing på e-helse, danske "Sundhetsplattformen" i Danmark. Her har kostnadene vært i milliardklassen, og gitt betydelig redusert produktivitet. Legeforeningen ønsker at utkastene omtaler teknologi med mindre løfter, større grad av nøkternhet, og synliggjør risiko innføring av nye teknologier medfører. Her vil Legeforeningen berømme Helse Sør-Øst som skriver om de teknologiske utfordringer som har vært ved Sykehuset Østfold.

I utkastene til utviklingsplaner framstår det som at teknologi og telemedisin utelukkende vil føre til redusert bruk av tjenester. For helsetjenester er det som regel slik at økt tilgjengelighet fører til økt forbruk. Legeforeningen vil bemerke at det vil være overraskende om ingen av de nye tekniske løsningene RHF-ene vil introdusere den nærmeste tiden fører til økt forbruk av tjenester. Det er åpenbart svært viktig å følge implementering nøye, med løpende evalueringer for å undersøke intenderte og uintenderte effekter. Likevel, vil Legeforeningen bemerke at det kan være nyttig og ressursbesparende med digital dialog og videokonferanser mellom fastleger, spesialisthelsetjenesten og pasienter. Det er særlig reisevei for pasienter som er en kostnadsbesparende side ved avstandsoppfølging. Legeforeningen vil minne om at

også e-konsultasjoner vil trenge fysiske rom. Dette er behov som må inngå i dimensjonering av sykehusbehov og sykehusbygg.

Legeforeningen mener det er bra at Helse Sør-Øst spesifisere hva slags type pasienter de ser for seg kan ha nytte av nye teknologiske løsninger. De skisserer en kroniker som er ekspert på egen sykdom. Legeforeningen vil minne om at det også er andre typer pasienter, for eksempel eldre som også kan ha god nytte av nye teknologiske løsninger, men med helt andre tilpasninger. En tilstand som demens vil for eksempel føre til at noe teknologibruk utelukkes for denne gruppen, samtidig som teknologi for å begrense behovet for fysiske kontroller og mer tilpassede kontroller vil være gunstig for skrøpelige pasienter. Slike forhold kunne med fordel spesifiseres ytterligere, særlig i planene til Helse Nord og Helse Midt.

Psykisk helse og rus

Under følger en gjennomgang av feltet psykisk helse og rus slik det er behandlet i de foreliggende utkastene til utviklingsplan hos RHF-ene, der Legeforeningen kommer med sine innspill til forbedring.

Helse Nord

For Helse Nords område vil det samlet sett være en befolkningsvekst på 7 % i perioden fram mot 2035, med en svak nedgang på 2 % for aldersgruppen 0-59 år. Det er i denne aldersgruppen psykiske lidelser debuterer, så isolert sett vil dette trekke behovet for helsetjenester innen PHV ned. Samtidig vil det være 35 000 flere mennesker over 70 år. Framskrivningen bygger på en rekke kvalitative faktorer som det knyttes usikkerhet til. Eventuelle skjevheter ved dagens organisering, som det blant annet fins innenfor psykiatrien, vil videreføres ved denne framskrivningen.

Framskrivninger:

Voksne PHV:

- Liggedøgn -21 %
- Dagbehandling +43 %
- Poliklinikk +44 %

BUP:

- Liggedøgn -33 %
- Dagbehandling +32 %
- Poliklinikk +37

TSB:

- Liggedøgn -27 %
- Dagbehandling +39 %
- Poliklinikk + 43 %

Helse Midt-Norge

Helse Midt forventer at en økende andel av befolkningen vil trenge, og etterspørre, oppfølging for psykiske helseplager. En side av dette er at andelen kroniske langtidspasienter vil øke. Samtidig mener man medisinske fremskritt vil gjøre det lettere å leve med sykdom, og at færre vil trenge døgnomsorg. Polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger vil vokse betydelig som følge av sterk etterspørselsvekst, og i betydelig grad også avløse døgnbehandling. Dette vil ifølge Helse Midt-Norges planutkast slå mer eller mindre direkte ut i redusert antall liggedøgn og behov for sengeplasser. Det er usikkert hvordan den forventede veksten i antall personer med kognitiv svikt (demensproblematikk) kan komme til å påvirke det framtidige behovet for tjenester i PHV, men demens assosieres ofte med andre psykiske lidelser som kan kreve oppfølging.

Helse Midt-Norge skriver at innen PHV for barn og unge vil antall døgnopphold øke, mens antall liggedøgn vil falle. Det innebærer at liggetiden reduseres ganske markant, fra 12 til 8 døgn per opphold. Samtidig utgjør den inneliggende tiden en relativt beskjeden andel av tjenestene i BUP; polikliniske tjenester driver aktiviteten. Det samme utviklingstrekket gjenfinnes i TSB, med kortere liggetid per opphold. I overkant av halvparten av liggedøgnene i Helse Midt-Norges område (57 %) var ved private sykehus. Denne andelen antas å forbli omtrent konstant i framskrivningsperioden.

Framskrivninger:

Voksne PHV:

- Liggedøgn -9 %
- Poliklinikk/dagbehandling +43 %

BUP:

- Liggedøgn -17 %
- Poliklinikk/dagbehandling +38 %

TSB:

- Liggedøgn -16 %
- Poliklinikk/dagbehandling +40 %

Helse Sør-Øst

I den nye framskrivningsmodellen til Helse Sør-Øst innen PHV/TSB gjøres det en rekke kvalitative justeringer (omtalt som endringsfaktorer i utviklingsplanen). Tiltaket "samarbeid om de som trenger det mest" – tidligere overføring til kommunene – er antatt å redusere behov for døgnopphold med 15 %, mens den antas å ikke ha noen effekt på bruken av polikliniske konsultasjoner. Helse Sør-Øst medgir at "det er større usikkerhet knyttet til størrelsen av effekt innen disse fagområdene enn for somatikk, men gitt lang gjennomføringsperiode og stor grad av enighet om tiltaket oppfattes 15 prosent som realistisk. Det må dog verifiseres gjennom praktisk utprøving." Tiltaket "interneffektivisering" er ventet å redusere behov for døgnopphold med 14 %. Herunder kommer satsing på digitale plattformer, vurdering av innleggelsesmønstre og utvikling av tilbudet i hjemmet. I kriteriet interneffektivisering ligger det inne en forventning om reduksjon i liggetid. Man tror satsning på digitale plattformer vil påvirke forløpstider i en viss grad, mens de større effektene antakelig vil realiseres gjennom utvikling av tilbudet rundt pasienten i hjemmet og vurderinger av innleggelsesmønstre. Innen PHV og TSB er tilbud med ambulante team og forsterket arenafleksibel behandling i BUP eksempler på tilbud som er etablert, men i ulik grad implementert i de enkelte helseforetak. Helse Sør-Øst mener det fortsatt vil være en dreining fra døgn til dag og poliklinikk i perioden. Bruk av teknologi som e-mestring og lignende vil redusere bruken av polikliniske konsultasjoner med 15 %.

Framskrivninger: Helse Sør-Øst har foreløpig ikke gjort en framskrivning av behovet for døgnbehandling innen PHV og TSB. Grunnen er at flere av helseforetakene i regionen gjennomgår endringsprosesser for dimensjonering av døgnbehandling. En framskrivning av behov for døgnbehandling avventes derfor til ytterligere analyse foreligger ultimo 2018. I TSB-feltet ser det likevel ut til at fagfeltet er presentert relativt tydelig i utkastet til regional utviklingsplan, selv om framskrivingene her ikke er ferdigstilt.

Det er heller ikke gjort en eksplisitt framskrivning av behovet for polikliniske tjenester, men det anbefales at "man ikke endrer kapasitetsplanene for poliklinikkrom for å sikre nødvendige arealer [for nye behandlings- og oppfølgingsplattformer som medisinsk avstandsoppfølging og e-mestring]."

Oppsummert kan vi si at **Helse Nord** og **Helse Midt-Norge** forventer begge en kraftig økning i bruken av poliklinikk og dagbehandling. Samtidig anslår begge RHF-ene en reduksjon i antall liggedøgn. Reduksjonen skyldes i stor grad at liggetiden per opphold blir kortere. **Helse Nord**s framskrivningsår er riktignok fem år lengre frem i tid, og begge anslagene kan ventes å være noe lavere for år 2035 (mindre endring sammenliknet med dagens nivå).

Helse Midt-Norge legger vekt på at det knytter seg en usikkerhet til det epidemiologiske ved demens, som kan legge et ytterligere press på PHV i fremtiden. Dette fanges ikke opp i modellen hvor man har tillagt alle diagnosegrupper samme vekt. **Helse Nord** poengterer at framskrivningen kan videreføre eksisterende skjevheter, og at anslagene derfor må ses i lys av dette. **Helse Sør-øst** har som nevnt ennå ikke publisert sine framskrivninger, men de legger opp til kvalitative justeringer som innebærer en kraftig reduksjon særlig i oppholdsdøgn i sykehus. Dette vil få merkbare utslag i anslagene for sengebehovet i 2035.

Legeforeningens innspill

I tråd med politiske mål for opptrappingsplanen for psykisk helse ble antall oppholdsdøgn i psykisk helsevern mer enn halvert i perioden 1998-2017¹³. Antall innleggelser er holdt rimelig konstant, mens gjennomsnittlig oppholdstid per innleggelse i samme perioder er redusert fra 66 til 20 døgn. Parallelt er det bygd opp økt kapasitet i poliklinikker ved DPS, og kommunene har fått tilført midler for å ta større ansvar for pasienter med langvarige behov for psykisk helsetjenester. I tråd med denne politisk ønskede dreiningen av psykisk helsevern er antall polikliniske konsultasjoner nærmest tredoblet i samme periode. Imidlertid har det vært en reduksjon i relativt antall årsverk i psykisk helsevern siden 2006, slik at vi nå er på samme nivå som ved starten av opptrappingsplanen i 1998¹⁴. Det er altså et synkende antall behandlere som behandler et økende antall pasienter på de psykiatriske poliklinikkene. Mange helseforetak har problemer med å rekruttere både spesialister i psykiatri og i barne- og ungdomspsykiatrien, og dette vil på sikt gå ut over det faglige innholdet i tjenesten. Rekrutteringssvikten er presisert i alle tre utviklingsplaner, men det er ikke angitt spesifikke tiltak som kan bedre rekruttering av leger til psykisk helsevern og TSB.

I TSB er tilbudet i dag preget av en arbeidsdeling der helseforetakene står for akutt avrusning og poliklinisk oppfølging, mens en rekke private og ideelle organisasjoner tilbyr døgnplasser og i noen tilfeller polikliniske tjenester for RHF-enes pasienter. Slik behandling skjer ofte på et geografisk annet sted enn der pasientene bor. I utkast til utviklingsplaner er det i liten grad diskutert hvordan denne arbeidsdelingen skal fortsette. I rusbehandling er det særlig viktig å sikre de sårbare overgangene fra avrusning til videre behandling og rehabilitering, og det må legges tettere løp mellom private/ideelle aktører og offentlige tilbud for å sikre pasientene helhetlige løp og trygg tilbakeføring til bosted i kommune. Utviklingsplanene må videre ta høyde for økt aktivitet som del av den varslede politiske rusreformen, der personer som pågripes for bruk og besittelse av illegale rusmidler i større grad skal bli helsevesenets enn justissektorens ansvar. Innen rusfeltet har mange av de lange behandlingssløpene blitt redusert og en stor del av behandlingen er lagt til private. Noe innsparing kan oppnås ved tettere opplegg mellom avrusning og behandling, men dette vil neppe gi rom for å avvikle en tredel av kapasiteten innen 2035 slik bl.a. Helse Nord skisserer.

Vi ser at RHF-enes utviklingsplaner legger opp til videre reduksjon i oppholdsdøgn i psykisk helsevern, fra 9% i Helse Nord til 21% i Helse Midt-Norge. Helse Sør-Øst antar at bedre samhandling og interne effektiviseringstiltak kan gi rom for reduksjon i oppholdsdøgn på 29% innen 2035. Helse Nord og Helse Midt benytter seg av en framskrivningsmodell utarbeidet av Sykehusbygg, mens Helse Sør-Øst oppgir å benytte seg av modellen med andre vektinger. Generelt antar man at innsparingen skal gjøres ved at hvert opphold skal reduseres i tid, men ingen av utviklingsplanene diskuterer konkret hvilke tiltak og på hvilken måte man kan oppnå en innsparing i oppholdsdøgn på oppimot 30% . Det diskuteres heller ikke hvilken

¹³ SAMDATA analysenotat 06-2018, Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne 2013-2017

¹⁴ Distriktpsikiatriske tjenester 2015, Helsedirektoratet 2016

pasientgruppe som er i behov av døgntil behandling i psykisk helsevern i dag og hvordan man tror forekomst og behandling av disse gruppene vil være i 2035. Det antydes at nye digitale samarbeidsflater, intern effektivisering og innsats overfor dem som trenger det mest, skal gi rom for kortere sykehusinnleggelser, men igjen er det mangel på konkrete eksempler på hvordan dette blir i praksis.

Basert på tall fra Helsedirektoratet¹⁵ ble 37% av totalt over en million oppholdsdøgn i PHV for voksne i 2016 benyttet av pasienter med hoveddiagnose schizofreni eller lignende psykotiske lidelser, mens 26% ble benyttet av pasienter med affektive lidelser og 13% av pasienter med angstlidelse. Av totalt over 1,5 millioner offentlige polikliniske konsultasjoner var 28% benyttet av pasienter med affektive lidelser, 28% av pasienter med angstlidelser, og 18% av pasienter med schizofreni.

Oppsummert kan man si at pasienter med alvorlig psykisk lidelse (schizofreni, bipolar lidelse og alvorlige former for depresjon), med en forekomst på 3-5% i befolkningen¹⁶, er de pasientgrupper som står for 63% av alle oppholdsdøgn og 46% av alle polikliniske kontakter i psykisk helsevern.

Det er ingen holdepunkter for at forekomsten av schizofreni, bipolar lidelse eller depresjon vil synke i årene som kommer, og det er vanskelig å se hvilke medisinske fremskritt og effektiviseringstiltak som skal kunne forkorte lengden på innleggelsene for disse pasientgruppene i den grad som er foreslått i utviklingsplanene. Arenafleksible oppsøkende tjenester som FACT/ACT team for pasienter med schizofreni er vist å redusere lengden på døgntil behandling¹⁷, men slike tjenester er ikke allment tilgjengelige og vil uansett kun være aktuelt for et fåtall av pasientene som er i behov av døgntil behandling

Desentralisert, internettbasert behandling kan være et alternativ til fysisk oppmøte på poliklinikk for pasienter med milde og moderate psykiske lidelser slik som angst og lettere depressive tilstander, men det er neppe noe alternativ til hverken innleggelse eller poliklinisk oppmøte for pasienter med alvorlig psykisk sykdom. Legeforeningen vil også minne om at selv om avstandsoppfølging og e-helseløsninger vil kunne redusere reisetid, vil dette likevel medføre konsultasjoner og tilhørende rombehov.

Framskrivning av behov for helsetjenester i psykisk helsevern bør spesifisere hvordan mulige metodiske og organisatoriske endringer kan påvirke behovet for sengeplasser og poliklinisk kontakt for pasientgruppene som i dag i størst grad benytter slike tjenester.

Heller økt enn redusert behov for sengeplasser i psykisk helsevern

Legeforeningen mener det er urimelig å anta et lavere behov for døgnplasser i psykisk helsevern fremover. Noen av RHF-ene går lengre enn andre i å forutse reduksjon av liggedøgn. For Helse Sør-Øst er det foreslått en reduksjon for sengebehov på 15 % gjennom tiltak under paraplyen "integreerte tjenester" og 14 % gjennom generell effektivisering som tidligere utskrivelse. Det ser ut til at slike tiltak skal gi en samlet effekt på 29 % reduksjon i døgnbehandling. Det er vanskelig å se hvilke konkrete tiltak i tjenestene som skal kunne gi rom for en slik innsparing. Økt og forbedret utadrettet poliklinisk og samhandlingsaktivitet kan godt medføre økt behov for døgninnleggelser til grundig utredning inkl diagnostikk og oppstart av behandlingsforløp.

¹⁵ SAMDATA analysenotat 03-2017

¹⁶ [Psykisk helse i Norge, Folkehelseinstituttet 2018](#)

¹⁷ [Utprøving med ACT i Norge. Hva sier resultatene?](#) Se s. 69-73 for påvirkning av innleggelser

Foruten at gruppen med alvorlige psykiske lidelser må forventes å ha minst like stort behov for behandling i døgnavdeling i fremtiden, er det to andre politisk besluttede endringer som drar i retning av økt behov for sengeplasser i sektoren. Det er foreslått en lavere terskel for å dømme psykisk syke lovbyggere til tvungent psykisk helsevern, og disse vil ha behov for døgnbehandling i de samme avdelingene som nå behandler ordinære pasienter. Den kommende rusreformen vil føre til at langt flere rusmisbrukere i framtiden vil få tilbud om behandling i helsevesenet istedenfor straff gjennom justissektoren. Dersom bruk av cannabis og andre illegale rusmidler avkriminaliseres, må man forvente økt bruk også blant pasienter med psykiske lidelser, noe som er vist å gi økt behov for døgnbehandling. Alle disse endringene vil øke presset på både polikliniske og døgnbaserte tjenester innen psykisk helsevern og TSB. Et tredje poeng er selvmordsforebygging blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse, særlig bipolar affektiv lidelse. I psykisk helsevern er tid og behandlerkontinuitet helt sentrale faktorer for god behandling, og for tidlige utskrivinger må derfor unngås.

Hva med den gylne regel?

Slik Legeforeningen ser det virker det ikke som framtiden som skisseres i utkastene til utviklingsplaner harmonerer med ambisjonsnivået til Helse- og omsorgsdepartementet, som over flere år har instruert RHF-ene om at psykiatri og rus skal prioriteres over somatikk både faglig og ressursmessig. Denne såkalte gylne regel er ikke oppfylt av noen av RHFene innen psykiatri, og kun delvis for rusbehandling¹⁸. Budskapet om kraftig reduksjon i sengekapasitet i utviklingsplanene bidrar til ytterligere usikkerhet for pasienter og helsepersonell når det gjelder myndighetenes videre satsning på psykisk helsevern og rusbehandling.

Legeforeningen etterlyser en grundigere og mer eksplisitt redegjørelse for hvordan den gylne regel skal oppfylles, altså hvordan det skal være relativt større økning i faglig innsats og ressursbruk i psykiatri og rus enn i somatisk sektor.

Behov for flere spesialister i psykiatri og rus- og avhengighetsmedisin

Alle RHF-ene oppgir at rekruttering av legespesialister til psykiatri og rusbehandling er en stor utfordring. Opptrappingsplanen for psykisk helsevern har medført en relativt større rekruttering av psykologer enn leger og andre yrkesgrupper til sektoren, og Legeforeningen anbefaler nå en spesifikk satsning på rekruttering av spesialister innen barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og rus- og avhengighetsmedisin. Det må opprettes flere utdanningsstillinger innen disse fagene, og det bør utformes retningslinjer for samhandling innad og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten som sikrer at faglig ekspertise gjøres tilgjengelig og utnyttet på beste måte i hele sektoren.

¹⁸ [SAMDATA analysenotat 12/17](#)

Kompetanse og personell

	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst
Leger	21 %	37 %	<i>Ikke publisert</i>
Sykepleiere	28 %	37 %	<i>Ikke publisert</i>

Helse Nord

Helse Nords framskrivning av bemanningsbehovet i år 2035 tilsier en økning av både legespesialister og sykepleiere på 37 % i forhold til dagens nivå. Framskrivningene av behovet for leger og sykepleiere i Helse Nord (37 %) fremstår påfallende høyt sammenliknet med Helse Midt. Det må enten forklares med spesielle demografiske forhold i nord, eller med spesielle beregningstekniske antakelser.

Framskrivningen er gjort ved hjelp av simuleringer i Nasjonal bemanningsmodell. Til grunn for denne analysen legges framskrivningene for aktivitet, som tar høyde for demografisk utvikling, endret sykdomsbilde og effekten av ulike effektiviseringstiltak. Det gjøres dermed kvalitative justeringer for å ta hensyn til forventede, tilsiktede omstillinger. Kompetansefordelingen og organiseringen innad i helseforetakene mellom de ulike yrkesgruppene antas å være som i dag.

Helse Midt

Helse Midt-Norges framskrivning av bemanningsbehovet i år 2035 tilsier en økning av legespesialister på 21 % og sykepleiere på 28 % i forhold til dagens nivå. Framskrivningen er gjort ved hjelp av simuleringer i Nasjonal bemanningsmodell. Bemanningsbehovet i 2035 er en ren demografisk framskrivning uten kvalitative justeringer, det vil si uten endringer i arbeidsorganisering, fravær, pensjonsalder, andel verdiskapende tid, turnover og samhandling med kommunene. Det er heller ikke lagt til grunn en epidemiologisk utvikling utover den endring i sykdomsbildet som fanges opp av den endrede demografiske sammensetningen.

Befolkningsveksten og den demografiske utviklingen mot større andel eldre driver behovet for flere leger og sykepleiere i Helse Midt-Norges område. Den samlede befolkningsveksten vil være 15,4 %, med en klar aldersmessig forskyvning til aldersgruppen 67 år og eldre – dem som etterspør helsetjenester i størst grad. I 2035 vil denne aldersgruppen være 57 % større enn i 2015.

Legeforeningen bemerker at Helse Midt bruker en framskrivningsmodell uten kvalitative vektinger, mens Helse Nord tar i bruk vektinger i sin framskriving. Hvorfor det er slik ulik praksis av modellbruk er uklart for Legeforeningen.

Helse Sør-Øst

Ingen framskrivning publisert. "Helse Sør-Øst RHF vurderer det som nødvendig at det arbeides mer med innhenting av erfaringstall og gjennomføring av piloter før publisering av fremskrevet bemanningsbehov." (s. 82).

Videre beskriver Helse Sør-Øst en rekke tiltak som vil ha innvirkning på framtidig bemanningsbehov. Tiltakene er knyttet til hovedsatsingene integrerte tjenester, teknologi og ta tiden tilbake for helsepersonell.

Legeforeningens innspill

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 Helse Nords, Helse Midts og Helse Sør-Østs utkast til 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.

Den nye utdanningen for leger i spesialisering (LIS) er læringsmålsbasert, med økt fokus på veiledning, og forutsetter at utdanning prioriteres i mye større grad enn hva vi opplever i sykehusene i dag. Organisering av læringsaktiviteter som kurs for LIS-leger er ikke, til svært lite, kommentert i noen av utviklingsplanene. 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 planene påpeker vil det være et økt behov for sykehusspesialister i fremtiden, og en må påregne å utdanne disse selv i foretakene. Legeforeningen 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.

Legeforeningen mener dimensjoneringen av utdanningskapasiteten for hele spesialistutdannelsen må følge så robuste fremskrivningsmodeller som mulig for spesialistbehovet på kort og lang sikt. At RHF-ene har så forskjellige tilnærminger til framskriving av bemanningsbehov er for Legeforeningen et tydelig signal om at framskrivingsverktøyene for bemanning til RHF-ene er utilstrekkelige.

Legeforeningen vil også bemerke at bemanningsframskrivingene i utviklingsplanene, tross at det åpenbart er knyttet stor usikkerhet til disse, i liten grad illustrerer slik usikkerhet. Det presenteres for eksempel ikke ulike scenario eller ulike baner, slik som lav, middels eller høy, med en påfølgende drøfting av RHF-ets vurdering knyttet til de forskjellige mulighetene.

Selv om framskrivingene viser til betydelig behovsøkning av leger og annet helsepersonell, kan ikke Legeforeningen lese at planene kommenterer utdanningskapasitet for LIS-leger, og økning av antall LIS-stillinger, LIS1 og andre.

Det er et premiss for alle utviklingsplanene at samhandling med kommunen skal føre til betydelig reduksjon av behov for sykehustjenester. Legeforeningen mener utviklingsplanene bør omhandle tilrettelegging av gode utdanningsstillinger for fastleger, for å ta ytterligere ansvar for kompetanseutviklingen i kommunen.

I utviklingsplanene løftes noen fagfelt og spesialiteter fram som særlig kritiske, hvor det er mangel på fagfolk. Legeforeningen savner beskrivelser og utredninger av konkrete tiltak for å sørge for rekruttering til spesialiteter som beskrives som kritiske i planene. Legeforeningen vil også bemerke at det i flere områder også er kritisk sykepleiemangel, noe som skaper utfordringer for oppgaveglidning sykepleiere og leger imellom.

Variasjon og brukermedvirkning

Håndtering av variasjon og brukermedvirkning er sentrale tema i alle utkastene til utviklingsplaner. Variasjon og medvirkning knyttes ikke sammen i utkastene til utviklingsplaner i Helse Nord og Helse Midt, men Helse Sør-Øst gjør en kobling mellom disse temaene. Legeforeningen har også arbeidet med håndtering av uønsket variasjon, overbehandling og overdiagnostikk i prosjektet "Gjør kloke valg".

Alle RFH-ene angir å ha involvert brukerrepresentanter på alle nivåer i organisasjonen og i alle prosesser. Men samtlige ønsker at pasienter ikke bare skal medvirke til utvikling av helsetjenesten generelt, men i sterkere grad at hver pasient medvirker i eget behandlingsvalg og styre eget behov for spesialiserte helsetjenester. Alle tre angir utvikling av samvalgsverktøy som sentralt, men Helse Sør Øst går lengst med å anbefale forsøk med brukerstyrt poliklinikk.

Helse Nord

Helse Nords utkast til utviklingsplan poengterer at ulik henvisningspraksis og ulikt nivå av utredning hos fastlegen, fører til unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelsen. Tiltakene er kliniske fagrevisjoner, regionale rutiner og ønske om å redusere behandling som ikke gir nytte. I tillegg nevnes standardisering hyppig som tiltak mot variasjon.

Helse Midt

I utkastet gjengis nasjonale ordninger vedrørende variasjon i helsetjenesten. Helse Midt omtaler også standardisering som hovedtiltak for å motvirke uønsket variasjon. De vil jobbe for å identifisere beste praksis, og frigjøre kapasitet ved å gjøre mindre av det som ikke er til gagn for pasientene.

Helse Sør-Øst

I planutkastet er funn i nasjonale kvalitetsindikatorer brukt som grunnlag for forbedringsarbeid. Helse Sør-Øst omtaler tydeligst samvalg som et sannsynligvis godt tiltak for å redusere variasjon, sammenliknet med de andre RHF-ene.

Legeforeningens innspill

Det foreligger altså to hovedlinjer for tiltak mot variasjon. Helse Midt og Helse Nord ønsker hovedsakelig å gå for standardisering av henvisningspraksis og pasientforløp, mens Helse Sør Øst legger stor vekt på å bruke samvalg og økt brukermedvirkning for å redusere uønsket variasjon.

Det er derfor gledelig at alle tre RHF angir at de ønsker å redusere variasjon. Tydeligst er Helse Sør Øst, som har reduksjon av uønsket variasjon som et av sine satsningsmål.

Et av Legeforeningens større prosjekter for tiden er Gjør kloke valg kampanjen¹⁹. Kampanjens hovedmål er å bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom å redusere overdiagnostikk og overbehandling. Dersom vi klarer å redusere overdiagnostikk og overbehandling vil det føre til mindre variasjon. Kampanjen involverer også pasienter, ved å invitere til samtale mellom leger og pasienter om risiki og bivirkninger ved overdiagnostikk og overbehandling. Slik bidrar kampanjen også til økt medvirkning. Et viktig prinsipp for kampanjen er at den utgår fra fagmiljøene gjennom de fagmedisinske foreningene, og er slik sett et bottom-up prosjekt. Legeforeningens fagmedisinske foreninger er det for tiden pågående arbeid med å utvikle råd og spørsmål for å redusere overbehandling, som er en

¹⁹ <https://beta.legeforeningen.no/kloke-valg/>

form for uønsket variasjon²⁰. Disse rådene mener Legeforeningen er en uvurderlig ressurs i RHF-enes arbeid med uønsket variasjon.

Legeforeningen merker seg at i utviklingsplanene til Helse Nord og Helse Midt kan det synes som om reduksjon av variasjon i hovedsak er et ressurs spørsmål. Legeforeningen mener at reduksjon av uønsket variasjon er spørsmål om kvalitet og pasientsikkerhet - ikke om innsparinger.

Både Helse Nord og Helse Midt ønsker ifølge utviklingsplanene å arbeide med standardisering og harmonisering av indikasjonsstilling som tiltak for å redusere uønsket variasjon. Det må nøye vurderes om slik standardisering kan føre til uforutsett under- eller overdiagnostikk/behandling. I Det er etter Legeforeningens syn svært viktig at de fagmedisinske foreningene deltar i slikt arbeid, slik de allerede gjør i Gjør Kloke Valg, og forutsetter at tiltak som regionale fagråd i Helse Nord involveres. Legeforeningen mener samvalgstilnærmingen til Helse Sør-Øst er mest interessant, herunder ideen om brukerstyrte poliklinikker, men understreker at alle slike kvalitetstiltak må følgeforskes. Legeforeningen mener det er avgjørende at RHF-ene legger til rette for at nødvendig datamateriale fra slike nye tiltak framskaffes, og at forskning basert på dette finner sted sammen med de involverte fagmiljøene.

Helse Sør-Øst har den mest eksplisitte samvalgssatsingen, men også Helse Nord og Helse Midt skriver at de ønsker brukermedvirkning gjennom økt bruk av samvalg, og at det settes av ressurser til å utvikle samhandlingsverktøy. Legeforeningen kan støtte innføring av slike verktøy dersom det legges til rette for det i det kliniske arbeidet. Dette innebærer gode nok digitale hjelpemidler, gode prosedyrer for samhandling og ikke minst nok tid.

Av andre tiltak til å bekjempe uønsket variasjon vil felles faglige nettverk med felles undervisning, arenaer for fagdiskusjoner på tvers av foretak og hospiteringsordninger kunne tas inn i planene. Dette vil kunne føre til mer enhetlig behandling. Legeforeningens fagmedisinske foreninger er et godt utgangspunkt for å etablere slike tverrfaglige nettverk.

²⁰ <https://beta.legeforeningen.no/kloke-valg/>