



ÅRSMELDING 1.7.2017 - 30.6.2018

Innholdsfortegnelse

ÅRSMELDING 1.7.2017 - 30.6.2018	1
Medlemmer	2
Årsmøtet 2017	2
Styret	3
Landsstyret	3
Kurskomité	4
Valg av revisor	4
Arbeidet i styret	4
Høringsuttalelser	4
Tillitsvalgtkurs	5
Samling for LIS	5
Helsepolitisk seminar	5
Sekretariat	5
Regionutvalg for Midt-Norge	6
Kurskomitéen	6
Kollegastøtte	6
Høringsuttalelser	7

Medlemmer

Yrkesforening	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ylf	333	352	357	365	393	410	409	487
Of	294	328	348	358	360	380	379	405
AF	254	264	282	298	304	298	305	307
LSA	44	44	44	45	45	47	48	54
PSL	20	21	22	23	26	28	29	31
NAMF	10	11	13	8	18	21	23	22
LVS	2	2	2	3	3	6	5	6
Sum	957	1022	1068	1100	1138	1171	1181	1293

Medlemstallet er hentet fra legeforeningens medlemsregister i mai hvert år. Vi har hatt en jevn økning i medlemstall siden 2010. Siste året var økningen på 112 medlemmer.

Årsmøtet 2017

Årsmøtet ble avviklet 30.08.2017 på Scandic Seilet, Molde. Vi hadde besøk av direktør i Helse Møre og Romsdal, Espen Remme, som innledet til debatt om status i Helse Møre og Romsdal, SNR prosjektet (Sykehuset Nordmøre og Romsdal) og utfordringer fremover. Christer Mjåset, leder i YLF, deltok også.

Det ble holdt valg på styre og leder.

Regnskap, årsmelding og budsjett ble godkjent i samsvar med styrets innstilling.

Styret

Navn	Verv
Inger Lise Kaldhol	Leder
Ingunn Romundstad Innerdal	Nestleder (årsmøtet)
Tom Willy Christiansen	Medlem (årsmøtet)
John Christian Høye fra 1.2.2018	Medlem (Of)
Ida M. Birkhaug	Medlem (Ylf)
Nils Ringdal	Medlem (PSL)
Jessica Eik	Medlem (LSA)
Eigil Sandvik	Medlem (Af)
Ligita Laimina	Medlem (Namf)
Dag Brekke	Medlem (LVS)
Britt Ingunn Hana	1. vara (årsmøtet)
Jon Sverre Aursand	2. vara (årsmøtet)
Stian Endresen	Vara AF
Odd Frode Aasen	Vara OF
Kristin Løland Jakobsen fra 2.5.2017	Vara YLF
Kai Grimstad	Vara LSA
Håvard H. Hansen	Vara NAMF

Yrkesforeningenes representanter i styret blir ikke valgt av årsmøtet, men av sine respektive yrkesforeninger. Vararepresentant til styret, Britt Ingunn Hana, og leder for kurskomiteen, Bjarne Storset, har vært innkalt til styremøtene.

Landsstyret

Leder er fast medlem i landsstyret. Da leder også er leder for Regionutvalg Midt-Norge, var nestleder Ingunn R. Innerdal MRLF sin representant på landsstyremøtet i mai 2018.

Yrkesforeningene blir representerte i landsstyremøtet på regionnivå. Ida Birkhaug for Ylf, John Kristian Høye for Of, Mikal Gjellan for PSL og Eigil Sandvik for AF deltok også på Landsstyremøtet.

Kurskomité

Kurskomitéen fra 1.9.2017		
Bjarne Storset	2017-2018	Leder - fastlege i Tingvoll
Reidun Sveaas	2013-2018	Sykehjemsoverlege i Kristiansund
Solveig Ulstein	2017-2018	fastlege Ålesund
Jan Betten	2017-2018	fastlege i Ålesund

Valg av revisor

BDO Molde ble valgt som revisor for 2017.

Arbeidet i styret

Styret har i perioden 1. juli 2017 til 1. juli 2018 hatt 5 møter. Referat fra møtene er lagt ut på nettsidene www.mrlf.no. Møtene har vært på Vestnes Fjordhotel. Novembermøtet var på Storfjord hotell med etterfølgende middag for styremedlemmer og ledsagere.

Tom W. Christiansen har hatt høy aktivitet i året med engasjement for fastlegeordningen. Under våruka til allmennlegeforeningen ble han tildelt Løvetannprisen. Bjarne Storset har blitt valgt inn i styret i Møre og Romsdal HF som eieroppnemnt.

Leder deltok på legeforeningens lederkonferanse i januar 2018 og nestleder deltok på konferansen for lokalforeninger i oktober.

Styret bruker google disk for deling og lagring av dokumenter og har opprettet en facebook grupper for medlemmene i lokalforeningen for å kunne komme i dialog med medlemmene.

Det har vært jobbet en del med å få på plass tillitsvalgte ved sykehusene.

Høringsuttalelser

Se vedlegg.

1. Høringssvar «Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF» fra Styret i Møre og Romsdal legeforening
2. Høring: Pakkeforløp psykisk helsevern
3. Intern høring legeforeningen-Retningslinjer for Legeforeningens alkoholpolitikk

Tillitsvalgtkurs

Vi var 30.okt.-1. nov 2017 medarrangør av ”**hurtigrutekurset**” sammen med regionutvalget og de andre lokalavdelingene i Midt- og Nord-Norge. Vi var fire deltakere fra Møre og Romsdal legeforening. Foruten tillitsvalgtkurs, ble følgende temaer tatt opp på bred basis:

- ✓ Fastlegeordningen
- ✓ Digitalisering
- ✓ Ulikheter i bruk av helsetjenesten
- ✓ Regionale planer

Samling for LIS

YLF har arrangert kveldsmøter for LIS1 ved alle sykehusene i løpet av våren 2018. Møtene har fått gode tilbakemeldinger og foreningen planlegger derfor å fortsette med å arrangere slike møter. Tom W. Christiansen holdt innlegg under temaet fastlegeordningen

Helsepolitisk seminar

17. november 2017 arrangerte Regionutvalget for Midt-Norge for sjuende gang et helsepolitisk seminar i samarbeid med Helse Midt-Norge. På møtet deltok i overkant av 80 personer bredt sammensatt av tillitsvalgte i Legeforeningen i Midt-Norge og ansatte i helseforetaket. Blant andre deltok presidenten i Legeforeningen, Marit Hermansen og direktøren i helseforetaket, Stig Slørdahl.

Temaet var «Samhandlingsreformen - fem år etter». Samhandlingsreformen skulle få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen for å bedre folkehelsen og legge til rette for bærekraftige helsetjenester. Vi fikk samarbeidsavtaler, finansieringsordninger og sengeplasser for heldøgns øyeblikkelig hjelp. Har vi lyktes? Og hva skal til for god samhandling i tiden fremover?

Foredragsholdernes innlegg og seminardeltagernes aktiv deltakelse i debattene bidro til et svært godt og inspirerende seminar. Det var fem deltakere fra Møre og Romsdal legeforening.

I tilknytning til dette arrangementet feiret Sør-Trøndelag legeforening 175 års jubileum. Leder deltok på feiringen av vår naboforening.

Sekretariat

Fra 1. september 2017 har Bente Grønnesby vært ansatt som felles sekretær for de tre legeforeningene i Midt-Norge og Regionutvalget for Midt-Norge, med kontor i Trondheim.

Organisasjonssekretær letter styret sitt arbeid mht posthåndtering, anvisning av regninger, medlemsmøter og årsmøter. Kurskomitéen avlastes i vesentlig grad mht til påmelding, økonomi og praktiske forhold.

Selv om sekretariatfunksjonen har en kostnadsside, vil en vesentlig del bli kompensert ved at det er mulig å arrangere flere kurs.

Regionutvalg for Midt-Norge

Regionutvalget for Midt-Norge består av lederne i de tre lokalavdelingene og representanter for de yrkesforeningene som ikke er representert ved lokalavdelingsledere. Inger Lise Kaldhol har vært leder siden 01.11.2017. Møre og Romsdal er ellers representert med Nils Ringdal (PSL) og Ingunn R. Innerdal. Utvalget har fire møter/år og hver gang møter vi den regionale foretaksledelsen der vi drøfter relevante saker i helseforetaket.

Kurskomitéen

Kurskomitéen har også det siste året hatt en imponerende aktivitet. Vi viser til egen årsmelding fra den. Møre og Romsdal legeförening er blant de 2-3 lokalforeningene i landet som arrangerer flest kurs.

Vi har også i år vært medarrangører av to turnuslegekurs i samarbeid med Fylkeslegen

Kollegastøtte

Støttekollegagruppen har hatt kontakt med flere kolleger i løpet av 2017/18. Kolleger har tatt kontakt vedrørende ulike problemstillinger, både helsemessige utfordringer, konflikter på jobb og familiære forhold. Kontaktene har bestått av 1- 3 samtaler. Det har vært en økning i antall henvendelser det siste året.

Støttekollegagruppen består av allmennlege Kjell Nordby, Molde, allmennlege Solveig Ulstein, Ålesund og psykiater Gunvor Starheim, Ålesund.

Representanter fra gruppa deltar i den årlige samling for støttekollegaordningen.

Årsmelding vedtatt av styret 15.05.18

Ulsteinvik 14.05.2018

For styret



Inger Lise Kaldhol, leder

Høringsuttalelser

Hørings svar Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF

Fra Styret i Møre og Romsdal legeförening

Utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF påpeker mange viktige satsningsområder for spesialisthelsetjenesten i Møre og Romsdal de kommende årene. Det fremgår tydelig at helseforetaket ønsker å leve opp til sine egne mål og visjoner; «På lag med deg for helsa di» og «tryggleik, respekt og kvalitet». Utviklingsplanen beskriver en organisasjon i stadig endring, hvor både ledelse og ansatte daglig arbeider for å yte en best mulig helsetjeneste til Møre og Romsdal sin befolkning.

Arbeidet med utviklingsplanen ble inndelt i tre ulike perspektiv. 1. Foretaksperspektivet (Utviklingsbehov på tvers av klinikker: Pediatri, Bygningsmessig utviklingsplan, PET, PCI Desentralisering av tenestetilbud inklusiv avtalespesialistar, Operasjonsrobot) 2. Klinikkperspektivet (interne utviklingsområder til de ulike klinikkene) og 3. Samhandlingsperspektivet (Fremhevede områder: barn og unge, prioritere psykisk helsevern og rusbehandling, styrking av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, nok helsepersonell med riktig kompetanse og framtidsetta pasientforløp for den multisyke eldre).

I denne høringsuttalelsen kommer vi med innspill i den samme tredelte inndelingen. Høringsuttalelsen blir naturlig nok lang fordi planen i seg selv er omfattende. Vi har derfor oppsummert hovedbudskapet til Møre og Romsdal legeförening først i høringsuttalen. Videre i dokumentet står det en mer utdypende tekst til hovedbudskapet.

Hovedbudskap;

Generelt:

- Når man bestemmer at utviklingsplanarbeid skal gjøres i linjeorganisasjonen, krever det i utstrakt grad at spesialister og tillitsvalgte tas med i planarbeidet.
- Både i primær- og spesialisthelsetjenesten vil ressursene som skal fordeles alltid være begrenset. Dette stiller krav om prioriteringer i alle ledd, men i planen står det ikke noe om hvordan noe skal prioriteres bort.

- Overføring av oppgaver til kommunene reduserer i liten grad det totale behovet i samfunnet for økonomiske ressurser og personell til helsetjenesten.

Foretaksperspektivet

- Styret i Møre og Romsdal legeforening ønsker å uttrykke bekymring for videre nedbygging av sengeplasser både innenfor somatiske og psykiatriske sengeavdelinger og viser til Den norske legeforening sitt policynotat fra 2015 hvor det påpekes at beleggsprosenter over 92,5 % øker faren for uheldige hendelser.
- Utviklingsplanen mangler tydelig oversikt og plan for oppgavedeling på de to sykehusene på Sunnmøre.
- Det viktigste rekrutteringstiltaket HMR kan gjøre er å stimulere og legge til rette for faglig kompetanseutvikling for den enkelte.
- Det er positivt at utviklingsplanen understreker satsning på forskning og fagutvikling.
- Styret i Møre og Romsdal legeforening er bekymret for den økonomiske utviklingen som skisseres. Effektivisering skal sørge for innsparing til drift, vedlikehold og investeringer. Med videre effektivisering er det en fare for at kvaliteten på helsetjenesten forringes og arbeidsbelastningen på de ansatte blir for stor. Vi ønsker også klare styringssignaler på hva vi kan gjøre mindre av.
- Styret i Møre og Romsdal legeforening er positiv til Helse Møre og Romsdal HF sitt fokus på ny teknologi og implementering av Helseplattformen. Vi er bekymret fordi det ikke er tatt høyde for økte kostnader i innføringsfasen.
- Det er behov for tydeliggjøring i forhold til hvordan man skal ivareta et kontinuerlig behov for å sikre oppdatert MTU, samtidig som man vil satse på nye behandlings- og utredningsmodalitetene (Operasjonrobot, PET og PCI).
- Utviklingsplanen peker på den ujevne geografiske fordelingen av avtalespesialister innen Helse Midt-Norge RHF. Ønske om økt antall avtalespesialister stadfestes.

Klinikkperspektivet

- Ved beskrivelse av nåsituasjonen er tallmaterialet mangelfullt. Utviklingsplanen beskriver ikke beleggsprosent, ventetid til behandling eller andre kvalitetsindikatorer.
- Der hvor større organisatoriske endringer foreslås må det gjennomføres vurderinger ut fra faglig-, kvalitets-, pasientsikkerhets- og økonomisk -perspektiv.

Samhandlingsperspektivet

- For å finne gode grenseoppganger må de medisinske fagmiljøene kunne sette seg sammen og finne gode og praktiske løsninger ut fra dagens medisinske, økonomiske og politiske realiteter.
- Styret i Møre og Romsdal legeforening mener at det er behov for faglige møteplasser både på systemnivå og fagnivå.

Generelt

Helse Møre og Romsdal HF fikk i foretaksmøtet i juni 2016 mandat for lokal utviklingsplan (Helse Midt-Norge RHF, 2016). Arbeidet skulle gjøres i tråd med veilederen for utviklingsplaner (Sykehusbygg HF, 2016). Veilederen gir detaljerte føringer for hvordan arbeid med utviklingsplaner skal gjennomføres og hvem som skal involveres i prosessen. Ledergruppen i Helse Møre og Romsdal fattet vedtak om at arbeidet med utviklingsplan skulle gjøres i den ordinære styringslinjen/lederlinjen. Utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF er viktig for alle ansatte i helseforetaket og befolkningen for øvrig. Den legger økonomiske føringer, utpeker satsnings-/prioriteringsområder og legger grunnlag for den pasientbehandling som skal gis. Når man bestemmer at utviklingsplanarbeid skal gjøres i linjeorganisasjonen, krever det i utstrakt grad at spesialister og tillitsvalgte tas med i planarbeidet. Spesielt dersom spesialist/overlege ikke er representert i ledelsen. Dette for å gi faglig tyngde til utviklingsplanen.

Legeforeningen har ikke hatt noen representant i styringsgruppen. Vi kan heller ikke se at det har kommet noe informasjon til tillitsvalgte utenfor styringsgruppen. Vi håper at det blir en bedre og mer inkluderende prosess i det videre arbeidet med planen.

Styret i Møre og Romsdal legeforening er opptatt av at det evalueres om spesialister/overleger og tillitsvalgte i tilstrekkelig grad har blitt involvert i planarbeidet i alle ledd av organisasjonen.

En utviklingsplan for spesialisthelsetjenesten bør synliggjøre utfordringer innen spesialisthelsetjenesten. Hovedfokus i planen bør inneholde tema som demografi, sykdomsutvikling, inklusiv ny medisinsk kunnskap, medisinsk faglig kvalitet, hvordan vi kan oppnå bærekraftig fagmiljø, god og lik tilgjengelighet for befolkningen og hvordan oppnå økonomisk bæreevne. Utviklingsplanen er på en del av disse områdene mangelfull.

Pasienten eller forbruker-begrensninger i totale ressurser

Årsmelding Møre og Romsdal legeforening 2017-2018

I utviklingsplanen er det flere steder omtalt utfordringer med begrensninger i økonomi og personell framover. Både i primær- og spesialisthelsetjenesten vil ressursene som skal fordeles alltid være begrenset. Dette stiller krav om prioriteringer i alle ledd, men i planen står det ikke noe om hvordan noe skal prioriteres bort. Helseatlas står på referanselisten, men det er vanskelig å se at data fra registeret er tatt aktivt med i betraktningene når satsingsområdene i klinikkene er definert. Overføring av oppgaver til kommunene reduserer i liten grad det totale behovet i samfunnet for økonomiske ressurser og personell til helsetjenesten. Befolkningen har økende krav til hvilken utredning og behandling de skal få. Samtidig som politikerne stiller krav til den helsehjelp som skal ytes innenfor en gitt tidsramme. Dette viser blant annet pakkeforløpene, som gradvis blir innført innen flere fagområder. Dersom det settes likhetstegn mellom pasienter og forbrukere, vil forbrukeren bestemme hvilken behandling han/hun skal ha. Slik fjerner man muligheten de som yter helsehjelp har til å forvalte samfunnets begrensede ressurser.

FORETAKSPERSPEKTIVET

Kapasitet

Fra utviklingsplanen fremgår det at sensitivitetsanalysene viser at endringsfaktoren «intern effektivisering» har størst utslag for utrekning på fremtidig sengekapasitet. Dersom årlig reduksjon i liggetid flater ut i tidsperioden frem mot 2035, vil sengebehovet være høyere enn det som er utregnet i rapporten. (1.2.10.1 Føresetnader). «Planarbeid for spesialisthelsetenesta inneheld ei rekkje moment som gjer vurderingane usikre. Til dømes er det uvisse i framskrivingstala for demografi så vel som for pasientstraumar. Vidare er det usikkert i kva for grad og på kva måte ny teknologi kjem til å påverke spesialisthelsetenesta. Uvissa vert ikkje mindre av at føretaket skal både bygge nytt sjukehus og innføre Helseplattformen i planperioden.» (5.2 Risiko- og moglegeheitsanalysar).

Utviklingsplanen legger til grunn en fortsatt nedgang i liggetid og derfor videre nedgang i behov for sengeplasser. Styret i Møre og Romsdal legeförening ønsker å uttrykke bekymring for videre nedbygging av sengeplasser både innenfor somatiske og psykiatriske sengeavdelinger. Utviklingsplanen presenterer ingen tall for beleggsprosent i de ulike avdelingene, heller ikke tall som sammenstiller produktivitet, aktivitet og ressursinnsats. Dette gir et mangelfullt bilde av nå-situasjonen. Styret i Møre og Romsdal legeförening er kjent med problem med overbelegg og beleggsprosent opp imot 100 % og høyere i enkelte seksjoner.

Styret i Møre og Romsdal legeförening viser til Den norske legeförening sitt policynotat fra 2015 hvor det påpekes at beleggsprosent over 92,5 % øker faren for uheldige hendelser. (Overbelegg i norske sykehus – en trussel mot pasientsikkerheten (1/2015)) I sitt policynotat påpekte legeföreningen at produktiviteten i norske sykehus hadde økt betraktelig de siste årene (dokumentert i SAMDATA-rapport for norske sykehus

2013). Samtidig viste Statistisk Sentralbyrå at norske somatiske sykehus hadde hatt et gjennomsnittlig belegg på ca. 93 prosent mellom 2009-2013. I 1980 var det rundt 22 000 somatiske senger i norske sykehus. Beleggsprosenten var da 78 prosent. Vel 35 år senere var sengeantallet mer enn halvert, til ca. 10 800 senger. I 2000 var det 85 prosent gjennomsnittlig belegg i norske sykehus. Dette hadde til 2015 økt til 93 prosent. OECD forklarte den høye beleggsituasjonen med det lave sengetallet i Norge, selv om også endrede arbeidsformer og pasientforløp spilte inn. I 1980 var liggetiden om lag 10 døgn. I 2015 var gjennomsnittlig liggetid for akutte somatiske innleggelser 4,5 dager. Kortere liggetid, bedre pasientforløp, endring fra døgnopphold til dagbehandling har vært en ønsket positiv utvikling. I policynotatet ble det advart mot antakelser om at det er mulig å hente mange flere effektiviseringsgevinster gjennom ytterligere sengereduksjoner. Det ble påpekt at Norge har allerede lav liggetid i sykehus, og få innleggelser. Norge lå betydelig lavere enn gjennomsnittet for OECD-landene. I utviklingsplanen legges det opp til videre effektivisering av drift, blant annet via kortere liggetid og reduksjon i antall senger frem mot 2035. Dette til tross for høyt belegg i dagens sengeposter og fremtidig økning av antall eldre med økt sykdomsbyrde. Systematisk høy beleggsprosent fører til redusert kvalitet i behandling og pleie. Det gir forsinkelser i pasientforløp, opphopning av pasienter i akuttmottak, økt sykdom blant ansatte, økt forekomst av sykehusinfeksjoner, og økt dødelighet. I sitt policynotat fremgikk det at britiske helsemyndigheter satte 85 prosent belegg som øvre grense for forsvarlighet. Helsetilsynet ga i 2001 anbefalinger i tråd med dette.

Oppgavedeling

På Sunnmøre er begge sykehusene i behov av bygningsmessig og utstyrmessig oppgradering. I påvente av ferdigstilling av SNR er det satt av minimalt med ressurser til slikt arbeid. Utviklingsplanen mangler tydelig oversikt og plan for innholdet på de to sykehusene. Det står fast av tidligere vedtak at begge sykehusene skal være akutt sykehus, men interne utviklingsplaner utover det mangler fullstendig. I kap. 2.3 om "Oppgavedeling og samhandling" er ikke Volda sjukehus omtalt. Dette bidrar til uro i organisasjonen, og påvirker både rekruttering, drift, økonomi og, i verste fall, pasientbehandlingen negativt.

Bemanning, kompetanse og rekruttering

I strategi 2030 er ett av fire strategiske mål for perioden å rekruttere, utvikle og beholde kompetent personell. Det viktigste rekrutteringstiltaket HMR kan gjøre er å stimulere og legge til rette for faglig kompetanseutvikling for den enkelte. Dette behøver ikke å stå i kontrast til den økonomiske utfordringen foretaket står i. Klinikkene bør se sine fag i sammenheng med de andre klinikkene, og beholde nok vaktlag på hvert sykehus til å sikre effektiv drift og god faglig kompetanse der pasientens behov står i fokus. HMR rekrutterer i stor grad sine egne leger; fra turnusleger/LIS1 til videre LIS-løp, og fra LIS til overleger. Dette er en god taktikk som gir kvalitet og kontinuitet. Manglende langtidsperspektiv og helhetsperspektiv i årene fremover mener vi vil føre til mangel på rett og god kompetanse. Man risikerer økt bruk av vikarer, flere ubesatte stillinger og dermed dårligere drift. Det er vesentlig at HMR ikke legger opp til strukturendringer som gjør foretaket mindre faglig attraktivt og påvirker rekrutteringen i negativ retning.

I situasjonsbildet av kirurgisk klinikk nevner man rekruttering som et satsningsområde. Samtidig skrives det i "innspill om bemanning og kompetanse" at ny forskrift om spesialistutdanning trolig vil medføre større jobbrotasjon mellom sykehusene i foretaket for LIS1 og LIS2-løpet innen kirurgisk klinikk. Vi kan ikke se at det stilles krav til jobbrotasjon i forskrift om spesialistutdanning, og oppfatter at dette er en lokal fortolkning der man forutsetter at de enkelte sykehusene i fremtiden ikke vil kunne tilfredsstillende krav om læringsaktiviteter. En slik rotasjon som det foreslås her vil ikke være et rekrutteringsfremmende forslag, derimot det helt motsatte. Vi har til dels store avstander mellom sykehusene i foretaket, og dersom LIS1 må påregne å bytte arbeidssted i perioder av tjenesten frykter vi at dette vil hemme rekrutteringen av LIS1 i betydelig grad.

Forskning og fagutvikling

Det er positivt at utviklingsplanen understreker satsning på forskning og fagutvikling.

Økonomi og effektivisering

Langtidsbudsjettet (LTB) er et viktig redskap for det regionale og de lokale helseforetakene for å kunne planlegge fremtiden. LTB legges til grunn når man tar stilling til økonomisk situasjon i utviklingsplanen. I LTB er det en forventning fra Helse Midt-Norge RHF om en generelle effektivisering i helseforetakene i Midt-Norge. Effektivisering i Helse Midt-Norge RHF er forventet til 1%, mens effektivisering i Helse Møre og Romsdal HF er forventet til 1,8 %. Dvs. en effektivisering tilsvarende 100 millioner kroner pr. år i perioden 2018-2023. Det fremskrives videre i perioden 2024-2033 1% vekst av basisrammen og aktivitetsvekst på 1,2 % frem mot år 2033. Aktivitetsveksten skal gjennomføres med marginalkostnad på maksimalt 90 % av inntektsøkningen. Det forventes økte kostnader pga. pasientvekst og økte medisinkostnader. Den forventede effektiviseringen er grunnlaget for å sikre økonomisk bæreevne for drift, vedlikehold og investeringer. Det legges også inn en forventet innsparing på ca. 100 millioner kroner pr. år fra år to etter innflytting i SNR/DMS Kristiansund.

Foreløpig prognose for 2017 viser et negativt resultat på – 111 millioner kroner. Det står videre at lønn utgjør den største andelen av utgiftene til Helse Møre og Romsdal, og at det derfor er avgjørende å ha kontroll på bemanningsutviklingen i helseforetaket.

Av effektiviserende tiltak nevnes bruk av teknologi, blant annet Helseplattformen og SNR/DMS Kristiansund.

Strategi 2030 viser at måten vi driver på i dag ikke er bærekraftig i tiden som kommer. Det blir fokusert på at spesialisthelsetjenesten ikke kan løse utfordringene alene, men at det kreves samarbeid med kommunene og utdanningsinstitusjonene. Forutsetning for bærekraft i spesialisthelsetjenesten er at primærhelsetjenesten lykkes i sitt omstillingsarbeid.

Planen anbefaler å redusere tilbudene ved DMS Sunndal på bakgrunn av de erfaringer som fagmiljøene i ortopedi, røntgen og blodtapping har gjort selv om befolkningen synes å være svært tilfredse med tilbudet. I forhold til høresentralen pekes det på utfordringene med manglende spesialist og psykiatrien avvirket sitt tilbud ila 2016. Både for klinikk for medisin og rehabilitering og klinikk for psykisk helse og rus blir utadrettet ambulant virksomhet prioritert. Fra Klinikk for medisin og rehabilitering blir det pekt på at økt ambulant virksomhet vil påføre økte utgifter, slik det tidligere er dokumentert fra Samdata for psykisk helse og rus. De anbefaler dette løftet til Helse Midt Norge. Fra et medisinsk ståsted vil det være helt vesentlig at den ambulante virksomheten som drives, er av høy faglig kvalitet og som et supplement der det er medisinskfaglige og samfunnsøkonomiske grunner for å tilby dette.

Styret i Møre og Romsdal legeforening er bekymret for den utviklingen som skisseres. Effektivisering skal sørge for innsparing til drift, vedlikehold og investeringer. Samtidig skal flere pasienter behandles, gitt en aldrende befolkning og økt sykdomsbyrde. Behandlingen skal gjøres stadig hurtigere, med korte døgnopphold eller dagkirurgisk/poliklinisk virksomhet. Krav til dokumentasjon av behandling er stort. Antall ansatte skal ikke økes. Arbeidsbelastningen på ansatte vil stadig øke, gitt at flere skal behandles på kortere tid. Med videre effektivisering er det en fare for at kvaliteten på helsetjenesten forringes og arbeidsbelastningen på de ansatte blir for stor. I ytterste konsekvens vil dette gå utover pasientene. Belastningen på primærhelsetjenesten vil også øke i pakt med effektiviseringen i sykehusene. Fastlegene har allerede i dag svært stor arbeidsbyrde.

Teknologi: Helseplattformen

Styret i Møre og Romsdal legeforening er positiv til Helse Møre og Romsdal HF sitt fokus på ny teknologi og implementering av Helseplattformen. Dette er en spennende prosess, som vil kunne bidra til bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Videre bidra til systematisering av en del arbeidsoppgaver og øke pasientsikkerheten. Implementering av Helseplattformen vil være krevende og i en oppstartsfasen vil det være fare for nedsatt effektivitet. Vi er bekymret fordi det ikke er tatt høyde for økte kostnader i innføringsfasen. Helseplattformens implementering sammenfaller med nytt SNR. Det er en utfordring med flere sammenfallende endringsprosesser. Dette må planlegges godt og krever tidlig involvering av ansatte.

Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)

Utviklingsplanen legger opp til utredningsarbeid for å vurdere behov for å legge høyteknologiske funksjoner til foretaket. Viser til planene om å utrede PCI, PET-scan og operasjonsrobot til foretaket. Dette er et initiativ vi berømmer, og synes det er viktig at man kartlegger dette behovet og utreder hvordan et slikt tilbud eventuelt skal utformes. Dette står imidlertid i kontrast til foretakets økonomiske situasjon pr dags dato. Det er stor grad av slitasje på allerede eksisterende MTU på alle sykehusene og de fleste avdelinger. Oppdatert MTU er en forutsetning for å imøtekomme både stadige krav om presisjon og bedre diagnostikk i pasientmøter, samt krav og forventninger om økt effektivisering i den daglige driften. Det fremgår ikke hvordan man skal ivareta et stadig økende behov for oppdatert MTU som brukes i den daglige pasientkontakten på sykehusene våre. Investering i nye metoder for pasientbehandling og diagnostikk kan være positivt for foretaket, men man må ikke la dette gå på bekostning av å opprettholde og videreutvikle allerede etablerte behandlingstilbud i foretaket. Det er behov for tydeliggjøring i forhold til hvordan man skal ivareta et kontinuerlig behov for å sikre oppdatert MTU, samtidig som man vil satse på de nevnte behandlings- og utredningsmodalitetene.

Bruk av avtalespesialister

Utviklingsplanen peker på den ujevne geografiske fordelingen av avtalespesialister innen Helse Midt-Norge RHF. Ønske om økt antall avtalespesialister stadfestes. Dette for å gi befolkningen et mest mulig likt tilbud. Dette støttes av styret i Møre og Romsdal legeförening.

KLINIKKPERSPEKTIVET

Helseforetaket er organisert i tverrgående klinikker. Dette forsterker behovet for å se på foretaket som en helhetlig organisasjon. Vi opplever at utviklingsplanen fremstår oppstykket og uten et helhetlig perspektiv. Hver klinikk står beskrevet for seg, og tiltak/planer i en klinikk henger ikke sammen med tiltak/planer i andre klinikker. Planen skal beskrive nå-situasjonen i Helse Møre og Romsdal HF og beskrive fremtidige utviklingstrekk.

Ved beskrivelse av nåsituasjonen er tallmaterialet mangelfullt. (Antall sengeplasser og polikliniske konsultasjoner blir beskrevet innenfor somatikk og psykiatri/rus.) Antall døgnopphold (beregnet fra antall utskrivninger) per 1000 innbygger, somatikk, psykiatri og TSB blir beskrevet. I tillegg blir pasientstrømmer, aktivitet og dekningsgrad lagt frem i form av statistikk. Utviklingsplanen beskriver ikke beleggspersent, ventetid til behandling eller andre kvalitetsindikatorer. Den beskriver heller ikke produktivitet, aktivitet og

ressursinnsats sammenlignet med landet forøvrig. Disse siste parametrene vil kunne være helt vesentlig for å gi en pekepinn på hvordan man i nær fremtid bør prioritere.

Beskrivelsen av de ulike klinikkene er variabel. For eksempel beskrives deler av Klinikk for psykisk helsevern og ulike prosjekter, men man får lite inntrykk av hvilken behandling som blir gitt, hvilke fokusområder man har pr. i dag og hvilke utfordringer man står i. Utviklingsplanen er lite konkret. Den påpeker fremtidige satsningsområder, men utdypet ikke hvordan man satser på disse områdene. Således blir (både)utfordringsbildet dårlig beskrevet og som følge av dette blir også tiltakene lite konkrete.

Større endringer i organisasjonen

På enkelte områder kommer Utviklingsplanen med svært konkrete anbefalinger om endringer i organisasjonene. Blant annet foreslås sammenslåing av fødeavdelingene i Kristiansund og Molde to år før SNR er innflyttingsklart. Innen klinikk for kvinner, barn og ungdom defineres «fysisk slå sammen familieeininga og akutteininga, for å sikre eit mer samhengande tilbod for dei mest alvorleg sjuke pasientane og familiane». Vaktberedskap på øye og ønh, planlegges kun lagt til Ålesund. Større organisatoriske endringer må nøye vurderes før de vedtas. Der hvor større organisatoriske endringer foreslås må det gjennomføres vurderinger ut fra faglig-, kvalitets-, pasientsikkerhets- og økonomisk -perspektiv. Det må gjennomføres ROS-analyser. Fagmiljøene på hvert enkelt sykehus må være involvert i prosessene. Det må også tas hensyn til eksisterende fagmiljø og den betydning endringer kan ha for utdanning av spesialister.

SAMHANDLINGSPERSPEKTIVET

Formålet med samhandlingsreformen er beskrevet og det beskrives tiltak av strukturelle og normativ karakter. Det er laget en samhandlingsstragi for perioden 2016-2018. Status for denne beskrives som å ha ført til bedre kvalitet på samhandlingen, samtidig som fremdriften av iverksetting av handlingsplanene har vært ulike. Det er ikke beskrevet hvordan dette er målt og hva det faktiske målet er. Det nevnes utfordringer knyttet til samhandling og at helseforetaket og kommunene sammen må finne hvilke samarbeidstiltak som må til. Arbeidet med utviklingsplanen har vore ei open prosess der kommunene har hatt reell medvirkningsmuligheter til å påvirke hvilke satsingsområder som har blitt valt i samhandlingsperspektivet. Det er positivt for det videre samarbeidet. I de parts sammensatte arbeidsgruppene har leger og annet helsepersonell fra kommunene deltatt. Arbeidet i gruppene var utfordrende fordi det ikke var avsatt ressurser til sekretærfunksjon fra helseforetaket.

Både i samhandlingsperspektivet og i klinikkperspektivet blir samhandling med kommunehelsetjenesten og oppgavefordeling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste omtalt som en del av løsningen på noen av de problemene helsetjenesten har i dag. Samtidig har fastlegenes økte arbeidsbelastning vært dagsaktuell-sak i media den siste tiden. Det må tydeligere defineres hva som er primærhelsetjenestens oppgaver og hva som er spesialisthelsetjenestens oppgaver. For å finne gode grenseoppganger må de medisinske fagmiljøene kunne sette seg sammen og finne gode og praktiske løsninger ut fra dagens medisinske, økonomiske og politiske realiteter. I flere helseforetak har det nå blitt satt ned grupper med fagfolk i klinisk praksis fra begge nivå som skal jobbe med dette. Forslaget er i tråd med eit forslag frå Norsk forening fra allmennmedisin.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene

De påpekes at informasjonsflyten i form av epikriser fra helseforetaket ikke er god nok, men det nevnes ikke noe om hvordan dette skal bedres.

Påstanden om *“at når det er lege ved kommunal legevakt som tilviser, så skal epikrisa sendast til kommunen sitt journalssystem for legevakta”* er uhensiktsmessig slik legevaktene i fylket i dag er organisert. Dei fleste av dei kommunale legevaktene er i dag organisert slik at de ikke er i stand til å handtere epikriser. Legevakten bør aldri være noe annet enn en kopimottaker, da tjenesten ikke har mulighet for videre oppfølging av pasientene. Vi vil i tillegg påpeke at fastlegen har en forskriftfestet rolle i kommunene som medisinsk faglig koordinator for listeinnbyggerne. Fastlegen skal så langt ikke pasienten aktivt motsetter seg det alltid få tilsendt epikrise. Hvorvidt legevaktene og samarbeidspartene er best tjent med at legevaktene bør ha en felles elektronisk adresse eller om hver lege som jobber på legevakten skal ha definerte en egen legevaktsrolle kan kanskje den foreslåtte samarbeidsarenaen mellom kommuneoverleger og spesialister i sykehus se nærmere på. Svaret i dag vil nok være ulik for de ulike legevaktene.

I utviklingsplanen står det at praksiskonsulentordning fungerer godt, men at det i tillegg er behov for å utvikle en ny møtearena for å ivareta kontaktbehovet mellom fastlegene i kommunene og spesialistene ved sykehusene på systemnivå. Styret i Møre og Romsdal legeforening mener at det er behov for faglige møteplasser både på systemnivå og fagnivå. Styret støtter derfor forslaget om nye møtearena, men ser behov for at fastlegene blir mer frikjøpt til å drive faglig utviklingsarbeid sammen med spesialistkolleger på sykehusene. Dette kan kanskje lettest organiserest ved en utvidelse av praksiskonsulentordningen.

Helsedirektoratet

Pb 7000 St Olavs plass,
0130 Oslo, Universitetsgata 2
www.helsedirektoratet.no

19.03.2018

Høring: Pakkeforløp psykisk helsevern

Helsedirektoratet fikk i 2016 oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å utarbeide Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Dette er et utviklingsarbeid basert på samarbeid med brukere og fagmiljø i alle deler av helse- og omsorgstjenesten, samt andre aktuelle aktører.

De tre første pakkeforløpene var på høring frem til 1. oktober:

1. Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
2. Pakkeforløp for utredning i psykisk helsevern, voksne
3. Pakkeforløp for utredning i psykisk helsevern, barn og unge

I tillegg var enkelte områder innen somatisk helse og levevaner på høring samtidig.

De neste fem pakkeforløpene er ute på høring med frist 1.april 2018. I disse inngår også anbefalinger om hvordan somatisk helse og levevaner kan ivaretas (ikke et eget pakkeforløp):

4. Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern, voksne
5. Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern, barn og unge
6. Pakkeforløp ved mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser, barn, unge og voksne
7. Pakkeforløp ved spiseforstyrrelser, barn og unge
8. Pakkeforløp for utredning og behandling av tvangslidelse (OCD), barn, unge og voksne

Mål for pakkeforløpene er:

- Øke brukermedvirkning og brukertilfredshet
- Sammenhengende og koordinerte pasientforløp
- Unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging
- Likeverdige tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

Helsedirektoratet ønsker innspill på:

- om pakkeforløpet bidrar til å oppnå de overordnede målene
- innhold i hvert enkelt kapittel
- pakkeforløpet generelt (eget felt til slutt for generelle kommentarer)

Generelt sett er det positivt at vi nå får forløp som dekker psykiske lidelser og at alle aldersgrupper er omfattet. Videre er det positivt at dokumentene er ryddige og ikke på for mange sider samt at det er elektronisk og har elektroniske linker til andre viktige dokumenter. Det er også svært positivt at det allerede i introduksjonen kommer tydelig frem at «*Forløpet skal tilpasses hver enkelt pasients situasjon, ønsker og behov*» slik at man unngår problematikk rundt at pasienter ikke er like.

Vårt svar omhandler de postene vi ser som utfordrende i de nye retningslinjene.

Kontakt med pasienter som ikke møter opp:

Pakkeforløpet tydeliggjør at spesialisthelsetjenesten plikter å gi et tilbud, gjøre utredninger, kontakte pårørende mm innen visse frister. En vanlig utfordring i klinisk arbeid med denne pasientgruppa er imidlertid at pasientene ikke møter opp til alle samtaler de inviteres / innkalles til, ikke nødvendigvis svarer på de spørsmål vi stiller mm. Dette kan handle om aldersgruppe, ambivalens og andre sykdomsrelaterte plager, liten innsikt i sykdom mm. I dag vil man i svært varierende grad forsøke å opprettholde kontakt med disse pasientene. Manglende retningslinjer for

hvordan man her skal følge opp, medfører en uønsket variasjon og det sikrer ikke individuelt tilpasset behandlingstilbud til alle. Vi ønsker at pakkeforløpet skal bidra til å sikre at pasienter følges opp selv om de (ofte som en del av sykdommen) ikke møter opp på standard måte. Vi kunne tenke oss at pakkeforløpet sier noe om på hvilke måter kontakt skal opprettes (poliklinisk, ambulant) og hvordan ansvarsfordeling mellom det kommunale hjelpeapparatet, fastlege og spesialisthelsetjeneste er på dette feltet.

Koordinatorfunksjon / pasientkoordinator:

De oppgaver som er tillagt pasientkoordinator i dokumentene vil naturlig måtte utføres av behandler / en av de kliniske kontaktene. Vi er enig i at oppgaven er viktig, men dette er noe pasient, pårørende, fastlege, kommunalt personale mm forventer å kommunisere med behandler / kliniker om. Selve den merkantile oppfølgingen er en drifts- og ledelsesfunksjon som kan delegeres til merkantilt personale. Begrepene i dokumentet bærer mulig mye preg av å være tilpasset andre fagfelt som kreft, men må tilpasses arbeidsformer og pasientgrupper i psykisk helsevern for å være hensiktsmessige.

Tidsfrister:

Generelt ser vi at mange av disse fristene blir vanskelig å overholde. Dette handler ikke om at helsepersonell ikke greier det, men om at pasientene praktisk eller mentalt ikke er tilgjengelig for så rask utspørring, utredning, hyppige oppmøter mm. Både sykdom, livssituasjon og geografi vil påvirke dette. Vi er innstilt på å sette i gang, men tenker at dette må vurderes fortløpende. Vi ønsker ikke at man ved hvert avvik fra de noe ambisiøse planene skal måtte gjennomgå en byråkratisk prosess med lange dokumentasjoner for hvorfor man har avvik fra tidsfrister.

Samhandling med fastleger og kommuner:

- a) Det må avklares nærmere hvordan pakkeforløp (i spesialisthelsetjenesten) skal sammenfalle med tjenesteforløpene i kommunen (da kommunene forholder seg til funksjon og ikke diagnose)
- b) Det må sikres at kommunene og fastlegene er orientert om pakkeforløpene og samhandlingen. Vi savner nærmere tiltak vedr dette fra sentralt hold.

Somatisk helse og levevaner:

- a) Kommentarer til høring Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/ eller rusmiddelproblemer viser at mye av det som kom frem der er tatt inn i det nye utkastet. Men det er ønskelig med en tydeligere ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale

tjenester, herunder også fastlegar. Spesielt gjelder dette i fht poliklinikker og grenseoppgangen mellom poliklinikk og fastlege/kommunale tjenester.

b) Vi savner større fokus på fysisk aktivitet. Som eksempel bør dette være et sentralt tiltak for alle i psykoseforløpet, noe som må fremgå av dokumentet.

c) Det er for lite fokus på rus. Forekomst av rusproblematikk er høy i disse pasientgruppene og det bør synliggjøres også i forløpene.

Hilsen

Inger Lise Kaldhol

leder, Møre og Romsdal legeforening

Til

Styret i alle Legeforeningens foreningsledd

Legeforeningens nåværende alkoholpolitikk ble vedtatt i 2010. I forbindelse med vinterens #MeToo-aksjon, og legenes opprop #Utentaushetsplikt, har det fremkommet forslag om at Legeforeningen ikke lenger bør servere alkohol på egne arrangementer, og at hver enkelt må kjøpe alkohol med egne private midler. Forslaget ble drøftet på sentralstyremøtet den 16. februar 2018. Det ble vedtatt at flere alternative forslag til revidering av Legeforeningens alkoholpolitikk skal sendes ut på bred høring i hele foreningen.

Legeforeningen som helsepolitisk aktør i alkoholrelaterte spørsmål

Det er flere årsaker til at Legeforeningen har retningslinjer for alkohol. En av de viktigste årsakene er ivaretagelse av egne medlemmer og ansatte. En annen årsak er at alkoholkonsum på egne arrangementer bør korresponderer med Legeforeningens rolle som folkehelseaktør, og den folkehelsepolitikken vi fronter utad. Det ligger en viktig symbolverdi i at Legeforeningen går foran og statuerer et eksempel ved å ha et begrenset forbruk av alkohol i arbeidsrelaterte settinger. En tredje årsak er at retningslinjene skal bidra til å begrense hvor stor andel av foreningens penger som benyttes på alkohol.

Gjennom foreningens folkehelsearbeid forsøker vi å bidra til å redusere forbruket av alkohol i den norske befolkningen. Det er godt dokumentert at høyt inntak av alkohol har negative konsekvenser. Selv om alkoholforbruket i Norge har stabilisert seg og gått litt ned siden 2008, er det fortsatt et høyt et for høyt konsum av alkohol. Det er også et for høyt konsum av alkohol i arbeidslivet. Ved å ha et aktivt forhold til egen alkoholpolitikk kan Legeforeningen bidra til holdningsendringer også i andre deler av arbeidslivet, og påvirke virksomheter i retning av en mer gjennomtenkt omgang med alkohol i arbeidssammenheng.

Fokus på gode alkoholfrie alternativer

Legeforeningen skal fremover jobbe aktivt for å alltid ha gode alkoholfrie alternativer på alle foreningens arrangementer. Et viktig tiltak kan være å tilpasse alkoholfrie alternativer til hver rett, slik man gjør med alkohol. Vi ønsker med dette å øke oppmerksomheten rundt de gode alkoholfrie alternativene, og bidra til en holdningsendring av behovet for alkohol på foreningens arrangementer. Dette vil være et fokus for foreningen i tiden fremover, uavhengig av foreslåtte endringer i alkoholpolitikken.

Informasjonsformidling

Diskusjoner har vist at nåværende regler ikke har vært godt nok kjent, og at de har vært ulikt praktisert og forstått. Det er derfor ønskelig at foreningen i tiden fremover jobber systematisk med å spre Legeforeningens alkoholpolitikk i hele foreningen, og oppretter gode rutiner for jevnlig formidling av retningslinjer. Dette vil også være et viktig arbeidsområde for foreningen, uavhengig av hvilket av de overnevnte alternativene foreningen lander på. Med gode organisatoriske prosesser for utforming og formidling av retningslinjene vil det være enklere for ledere å følge opp sitt ansvar, både i foreningsledd og på arbeidsplass.

Med utgangspunkt i det gjeldende regelverket bes foreningsleddene ta stilling til følgende forslag til endringer:

5. Legeforeningens alkoholpolitikk videreføres med ordningen som ble vedtatt i 2010, herunder at det serveres maksimalt 4 alkoholenheter per person knyttet til særlige anledninger. Det vil si festmiddager eller mottagelser.
6. Legeforeningens alkoholpolitikk videreføres med ordningen som ble vedtatt i 2010, men det skal kun serveres maksimalt 3 alkoholenheter per person ved særlige anledninger.
7. Legeforeningens alkoholpolitikk videreføres med ordningen som ble vedtatt i 2010, men det skal kun serveres maksimalt 2 alkoholenheter per person ved særlige anledninger.
8. På arrangementer i regi av Legeforeningen, der det serveres/tilbys alkohol, må deltager selv betale for egen alkohol.

Utarbeidelse av høringsvar

Foreningsleddene bes om å vurdere endringsforslagene til Legeforeningens alkoholpolitikk, og hvordan disse skal håndheves både i Legeforeningen sentralt og ute i foreningsleddene. Dere oppfordres til å presisere hvilke sammenhenger det oppfattes som legitimt å servere alkohol, og i hvilke mengder. Videre bør sammenhenger der alkohol ikke bør benyttes også beskrives.

Det er vedtatt at eventuelle endringer som gjøres etter denne høringsrunden skal kunne vurderes på nytt innen en periode på to år.

Se mer informasjon om endringsforslagene på Legeforeningens høringside.

Lenke til høringen:

<https://beta.legeforeningen.no/hoeringer/interne/2018/intern-hoering-retningslinjer-for-legeforeningens-alkoholpolitikk/>

OBS! ALLE HØRINGER BESVARES VIA LEGEFORENINGENS NETTSIDER.

Vennlig hilsen
Den norske legeforening

Møre og Romsdal legeforening sendte inn svar, der vi støttet forslag nummer 6.