Mai 2019

Legeforeningens innspill til nasjonal helse- og sykehusplan

INVESTER FOR FRAMTIDEN

Tilrettelegging og samhandling

DEN NORSKE LEGEFORENING

Invester for framtiden
Tilrettelegging og samhandling

Legeforeningens innspill til
kommende nasjonal helse- og sykehusplan
2019-2022

Redaksjonsgruppe: Christian Grimsgaard og Håvard Ravnestad

Redaksjon for sekretariatet: Sverre Vigeland Lerum og Vemund Vikjord

Design og omslag: Anne-Lene Molland

Bidragsytere fra Legeforeningens sekretariat: Jorunn Fryjordet, Gorm Hoel, Anders Vollen, Sara Underland Mjelva, Ingvild Bjørgo Berg, Eirik Arnesen, Jan Emil Kristoffersen, Anne Ringnes, Hedda Maurud, Ragnar Nesvåg, Hanne Riiser-Hansen

Trykk: Rolf Ottesen AS

Presidenten har ordet

Dette er Legeforeningens innspillrapport til kommende nasjonal helse- og sykehusplan. En slik rapport skrev Legeforeningen også i forbindelse med forrige nasjonal helse- og sykehusplan i 2014. Da, som nå, ønsker Legeforeningen å være en pådriver, samt konstruktiv og løsningsorientert partner i utvikling av norsk helsetjeneste.

Legeforeningen har etterspurt og 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 grunnlag for en nasjonal helse- og sykehusplan. Legeforeningen mener en slik syklus gir de mange aktørene i helsetjenesten en arena for 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 berede grunnen for en best mulig utvikling av norsk helsetjeneste.

I forarbeidene til den kommende nasjonale helse- og sykehusplanen har det altså vært bred involvering av sykehusene. Kommunene skrives i stor grad inn som løsningen av mange av sykehusenes utfordringer, og vil åpenbart måtte forholde seg til mange av konsekvensene. Men, kommunene har hatt svært liten plass i planarbeidet så langt. Derfor er det gledelig når regjeringens Granavolden-plattformen viser til at "en god prosess med kommunene (KS) for å sikre deres perspektiv i arbeidet" skal være sentralt i Nasjonal helse- og sykehusplan. Det setter Legeforeningen pris på, og håper at Helse- og omsorgsdepartementet i det videre vil arbeide for én plan for hele helsetjenesten.

Våre fire viktigste budskap er:

- Det må satses på brukervennlige IKT-løsninger, tjenlige sykehusbygg og rett kompetanse på rett plass. På den måten vil leger få mer tid til pasientbehandling, veksten i behov for nye legeårsverk avta og helsepersonellutviklingen bli mer bærekraftig.
- Fastlegeordningen må styrkes for at kommunene skal kunne håndtere økt tilfang av ansvar og oppgaver, som sykehusene legger opp til. Det trengs minst 500 nye fastleger i spesialisering årlig (ALIS). I tillegg må listelengden reduseres, finansieringen styrkes og sosiale rettigheter må sikres.
- Direktørene for de regionale helseforetakene og trepartssamarbeidet (KS, Legeforeningen og staten v/ helseministeren) må møtes to ganger i året for å bli enige om ansvarsfordeling og tiltak på nasjonalt nivå. Det må være offentlige innkallinger og føres referat fra møtene.
- Nedbyggingen av døgntilbud må stoppes for å ivareta et godt tilbud til de alvorlig psykisk syke.

I forrige nasjonale helse- og sykehusplan var fokuset på Norges sykehusstruktur. Helseministeren har sagt at den strukturen ligger fast. Legeforeningen vil følge opp forrige plan slik at viktige saker om sykehusstruktur ikke unndras politisk behandling. I den foreliggende innspillsrapporten vil Legeforeningen i liten grad gjenta budskap fra forrige runde, selv om disse fortsatt er gjeldende. Det er avgjørende for kommende nasjonale helse- og sykehusplaners troverdighet å gjøre opp status fra forrige planperiode. Nasjonal helse- og sykehusplan må dokumentere om beslutningene fra forrige periode er gjennomført som forespeilet.

God lesning!

Marit Hermansen
President, Den norske legeforening

Innhold

Presidenten har ordet.....5

Utfordringsbildet.....8
1. Pasientmøtene er grunnsteinen.....10
2. To ulike forvaltningsnivå – dobbelt vekst i kommunene.....11
3. Tilrettelegging og et helsepersonell på strekk.....12

Sykehus: Økt produktivitet gjennom bedre tilrettelegging for pasientbehandlingen.....14
4. En satsning nå vil gi en bærekraftig framtid.....17
5. Bedre IKT-løsninger – brukervennlighet og klinisk relevans.....20
6. Større og bedre sykehusbygg.....24
7. Kompetanse – rett person på rett plass til rett tid.....26
8. Mer pasientbehandling gjennom bedre verktøy, ikke økt bemanning.....30

Kommunehelsetjenesten: Fastlegeordningen må styrkes og videreutvikles.....32
9. Fastlegeordningen er grunnmuren i helsetjenesten.....35
10. Andre legeressurser i kommunen.....38

Samhandling.....40
11. Samhandling – rett pasient på rett plass til rett tid.....43
12. Samhandling på nasjonalt nivå.....44
13. Samhandling mellom sykehus og kommune.....45
14. Samhandling og behov for tilpassede akutt-tilbud avhengig av hastegrad.....47
15. Samhandling og femprosentgruppen.....48
16. Samhandling og IKT-verktøy.....49

Psykisk helsevern og rusbehandling.....50
17. Opptrapping i psykisk helsevern.....52
18. Samhandling i psykisk helsevern og rusbehandling.....54

Framskrivninger er usikre og trenger marginer som reduserer risiko for feildimensjonering.....56

Utfordringsbildet

Legeforeningen mener:

Pasientmøtene er grunnsteinen i helsetjenesten
Rammene for pasientmøtet har lenge vært under sterkt press.
Tidstyver og sviktende infrastruktur i sykehusene tar helsepersonellets tid bort fra det pasientrettede arbeidet

- Mer tid til pasientrettet arbeid og tilrettelegging for gode pasientmøter må være hovedmålsetninger for utviklingen i helsetjenesten

Kommunehelsetjenesten går en dobbelt behovsvekst i møte
Kommuner og sykehus må ha omforente planer for hvordan de skal møte det økte behovet for helsetjenester i tiårene fremover. En ensidig vedtatt overføring av oppgaver fra sykehusene til kommunene vil føre til et svekket tilbud for store pasientgrupper.

- Nasjonal helse- og sykehusplan må legge bedre til rette for samarbeid om oppgave- og ansvarsfordeling mellom foretak, avtalespesialister og samarbeidende kommuner.

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

Helsepersonellet kompenserer for uhensiktsmessige systemer
Det er ikke godt nok tilrettelagt for at helsepersonell får brukt tiden sin på pasientrettet arbeid. Man kan ikke bemanne seg ut av det voksende helsetjenestebehovet, man må isteden satse målrettet på systemforbedringer som vil gi mer effektiv ressursutnyttelse og bedre arbeidsmiljø i sykehusene.

- Sykehusene må ha en pasientsikkerhetskultur basert på åpenhet og læring av feil.

- Det trengs reell medvirkning i omorganiseringsprosesser og daglig drift.

- Antall ledernivå må reduseres og stedlig ledelse må innføres på alle sykehus.

1. Pasientmøtene er grunnsteinen

Legeforeningen mener:

- Mer tid til pasientrettet arbeid og tilrettelegging for gode pasientmøter må være hovedmålsetninger for utviklingen i helsetjenesten.

Pasientens helsetjeneste blir til i møtet mellom den som trenger og den som gir hjelp. Helsetjenestens formål er å legge til rette for gode pasientmøter, hvor helsepersonellets faglighet og holdninger omsettes til pasientbehandling. Det er et møte mellom mennesker, hvor pasientens opplevelser og kunnskaper om egen sykdom og livssituasjon møter helsepersonellets medisinsk-faglige kunnskaper og mulige behandlingstilbud. I møtet mobiliserer pasienten og helsetjenesten sine ressurser for å møte pasientens behov. Mange sykdommer er svært belastende både fysisk og psykisk, som gjør det utfordrende for pasientene å sette seg inn i alle rettigheter og behandlingstilbud. God og trygg behandling stiller høye krav til at legen har tid til å lytte og komme pasienten i møte. Men, pasientmøtet kan bli forstyrret. Rammene for lege-pasientmøtet legges langt utenfor rommet hvor disse møtes, og disse rammene har lenge vært under sterkt press.

Både i sykehusene og på fastlegekontorene er det en rekke forhold som trekker leger og helsepersonell bort fra det pasientrettede arbeidet. I sykehusene er det på systemnivå ikke lagt godt nok til rette for de gode pasientmøtene. IKT-løsningene skaper tidstyver, sykehusbyggene er for trange og sammensetningen av yrkesgruppene gjenspeiler ikke de oppgavene som skal løses. Legene og andre helsepersonellgrupper løper fortere og fortere for å kompensere for disse systemsvakhetene. Infrastrukturen i dagens sykehus er for dårlig. I primærhelsetjenesten ser vi det samme mønsteret: Fastlegene har fått ansvaret for stadig sykere pasienter, økte rapporteringskrav og en rekke andre oppgaver som krever mer og mer tid. Resultatet er at fastlegene rapporterer høyere og høyere arbeidsbelastning. Flere ulike undersøkelser rapporter betydelig økt arbeidsbelastning for fastlegen de siste 10 årene.

Som denne rapporten vil vise, er det flere arbeidsmiljøundersøkelser som viser at leger lopplever økende arbeidsbelastning. Det er travelt ved norske sykehus. Da er det et paradoks at leger får bidratt stadig mindre til pasientbehandlingen. I en studie av Johannesen og kolleger, fra 2017, kom det fram at hvert legeårsverk skapte 6 % mindre pasientbehandling i 2013, enn hva et legeårsverk gjorde i 2001. Mer støttepersonell var det som tilrettela mest for legearbeidet. Det er nødvendig med et skifte, vekk fra en utvikling med stadig mer forstyrrelser i lege-pasientmøtet og svakere tilrettelegging.

2. To ulike forvaltningsnivå – dobbelt vekst i kommunene

Legeforeningen mener:

- Nasjonal helse- og sykehusplan må legge bedre til rette for samarbeid om oppgave- og ansvarsfordeling mellom foretak, avtalespesialister og samarbeidende kommuner.
- Overføring av oppgaver mellom sykehus og kommuner må være godt faglig begrunnet og ikke drives av kortsiktige og ensidige økonomiske hensyn.

Når du er syk og trenger behandling er det viktigste ikke forvaltningsnivå og ressurssituasjonen i sykehus og kommune, eller hvem som finansierer tjenestene og hvordan. Det viktige er å vite at tjenestene er trygge og at det er plass til deg på sykehus eller sykehjem. Samhandling er et begrep med flere betydninger, men det er svært uheldig om det brukes til å tilsløre dimensjonerings- og ressursfordelingsspørsmål.

Siden befolkningen blir større og andelen eldre øker framover, vil vi i framtiden trenge mer helsetjenester enn i dag[1]. Eldrebølgen kan synes lenge til, men personene som vil være 80 år i 2040 er allerede født. Framskrivinger er alltid usikre, men antallet eldre 20 år fram i tid er blant de sikreste tingene framskrivinger kan si oss. Spørsmålet er hvordan vi skal møte denne behovsveksten.

Sykehusene har i sine utviklingsplaner planlagt å overføre mellom 10 og 15 prosent mer av sin totalaktivitet til kommunene, fram mot 2035[2]. Disse overføringene fra sykehus representerer i stor grad mer avanserte oppgaver enn hva kommunehelsetjenesten har håndtert til nå. Men eldrebølge og behovsvekst i helsetjenesten vil også treffe kommunene uavhengig av hva sykehusene planlegger.

Kommunene skal altså både gjøre mer av det de allerede gjør, og håndtere mer avanserte oppgaver fra sykehusene. Planene til nå tilsier at kommunene skal håndtere en dobbelt vekst, både sin egen og sykehusenes.

Effektene av overføringene fra sykehus til kommune, som særlig ble aktualisert gjennom Samhandlingsreformen, virksom fra 2012, begynner nå å bli tydeligere dokumentert. I en studie av Häkkinen og kolleger fra 2018[3], basert på data fra Oslo kommune, finner de at samhandlingsreformen førte til noe kortere liggetider i sykehus for hoftepasienter. Studien understreker at denne effekten i sykehus ble "mer enn kompensert for" gjennom lengre opphold i kommunale institusjoner. Det ser ikke ut til at kommunene planlegger for å bygge opp kapasitet for å håndtere en slik utvikling.

[1] Se rapporten Legeforeningen engasjerte Helseøkonomisk analyse til å utføre *Smarte investeringer for en usikker framtid. Alternativ til "sykehusbyggmodellen"*, eller "Helse Norge 2040 – Hvordan vil framtiden bli?" utført av Samfunnsøkonomisk analyse på oppdrag fra Helsedirektoratet, eller de regionale helseforetakenes egne framskrivinger slik de presenteres i deres utviklingsplaner.

[2] Se de regionale helseforetakenes utviklingsplaner.

[3] Häkkinen, U., Terje P. Hagen og Tron Anders Moger (2018) "Performance comparison of hip fractur pathways in two capital cities: associations with level and change of integration" publisert i Nordic Journal of Health Economics. Vol. 6, No. 2, side 80-98.

3. Tilrettelegging og et helsepersonell på strekk

Legeforeningen mener:

- Sykehusene må ha en pasientsikkerhetskultur basert på åpenhet og læring av feil.
- Det trengs reell medvirkning i omorganiseringsprosesser og daglig drift.
- Antall ledernivå må reduseres og stedlig ledelse må innføres på alle sykehus.

”

Ny regjering lover gjennomgang

”Nasjonal helse- og sykehusplan skal inneholde en gjennomgang av de prehospitale tjenestene og en helhetlig beskrivelse av investerings-planen for sykehusene.”

Granavolden-plattformen, 2019

Når leger, sykepleiere og annet helsepersonell får bruke sin kjernekompetanse og tid til det de er mest kvalifisert for – nemlig pasientrettet arbeid, har vi en helsetjeneste som utnytter ressursene. Den medisinske kunnskapsutviklingen gir stadig flere behandlingsmuligheter, derfor tar det lengre tid enn før å beslutte det beste behandlingstilbudet for den enkelte pasient. Den demografiske utviklingen med flere skrøpelige eldre og flere multisyke gjør lege-pasientmøtet enda viktigere for å sikre at pasientens sammensatte behov blir ivaretatt.

Dagens sykehus er ikke godt nok tilrettelagt for de gode pasientmøtene. Dette er ikke effektiv ressursbruk. Det er sløsing av helsetjenestens ressurser når leger og sykepleiere må bruke tiden sin på oppgaver andre yrkesgrupper kunne gjort både bedre og mer effektivt. Samtidig utgjør det et system som ikke yter pasientene den respekt de fortjener – når fortrolige samtaler må tas på gangen, nødvendig informasjon som sykdomshistorikk ikke er på plass, eller helsepersonell som ikke har tid til å møte den enkelte pasient i deres ofte krevende situasjon fordi omgivelsene forstyrrer.

Istedenfor å tilrettelegge for at hver ansatt kan bruke mest mulig tid på pasientrettet arbeid, har man forsøkt å bemanne seg ut av det stadig voksende helsetjenestebehovet. Legeforeningen mener driften av sykehus da blir dyrere, og kunnskapen legene i sykehusene sitter med ikke blir brukt så godt som den kunne. På kort sikt gir det frustrerte helsepersonell og færre gode pasientmøter. På lang sikt vil det føre til en mindre bærekraftig helsepersonellutvikling med et stort behov for nye lege- og sykepleierårsverk.

At helsepersonell brukes til å kompensere for systemsvakheter og forstyrrelser i pasientmøtene, slår ut på arbeidsmiljø-undersøkelser. Her ser vi et helsepersonell på strekk. I 2018 ble det publisert flere viktige rapporter om arbeidsforholdene i helsetjenesten. Både Legeforeningen og de regionale helseforetakene (RHF-ene) kartla arbeidsforholdene i sykehusene. Legeforeningen engasjerte konsulentselskapet Rambøll, og RHF-ene har utviklet sin egen kartlegging, kalt “ForBedringsundersøkelsen”. I begge rapportene finner vi et tydelig mønster. Helsepersonell har fortsatt høyt engasjement for pasientene og pasientarbeidet.

Imidlertid er det en stor frustrasjon over systemet de er en del av; systemets tilrettelegging for de ansatte er for dårlig. Rambøll-undersøkelsen viser at leger opplever for stor arbeidsbelastning og oppgir å ha for lite ressurser og for lite medvirkning. Sykehuslegene opplever vesentlig mindre autonomi og balanse mellom jobb og fritid enn andre norske arbeidstakere.

ForBedringsundersøkelsen finner at nær halvparten av de ansatte i sykehusene rapporterer om for høy arbeidsbelastning og for lite ressurser. Denne virkeligheten blir desto mer alvorlig når vi ser at mange av legene påpeker at det ikke er sammenheng mellom ressursene som stilles til rådighet og den behandlingen pasientene bør forvente. Fellestrekkene i undersøkelsene peker i retning av en helsetjeneste der systemet rundt pasientmøtene er under press, og hvor helsepersonell strekker seg så langt de kan for å kompensere for dette.

Riksrevisjonen publiserte høsten 2018 en undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressurser[4]. Rapporten ser på forhold som forklarer hvor effektivt legeressursene i sykehusene utnyttes. Funnene og tiltakene som foreslås der samsvarer godt med Legeforeningens innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan. I undersøkelsen finner Riksrevisjonen at dagens sykehusdrift er preget av at leger i utstrakt grad blir forsinket på grunn av venting. Ventingen skyldes ulike hendelsestyper, som er sammenfattet i figuren under.

Her ser vi at tilsvarende halvparten sier at de ble mer enn 10 minutter forsinket fordi de ventet på merkantilt personell eller annet helsepersonell. En av tre har blitt forsinket fordi de ventet på ledig rom, og rundt en av fem har blitt forsinket fordi de ventet på ledig PC. Dette er høye tall, og symptomatisk for ineffektiv sykehusdrift. I en så sammenvevd organisasjon som et sykehus, forplanter forsinkelser seg raskt. Moderne sykehusbehandling er teamarbeid: Operasjoner og konsultasjoner må utsettes hvis bare én i behandlingsteamet er forsinket. Derfor er det ekstra store ressursbesparelser ved å fjerne disse forsinkelsene.

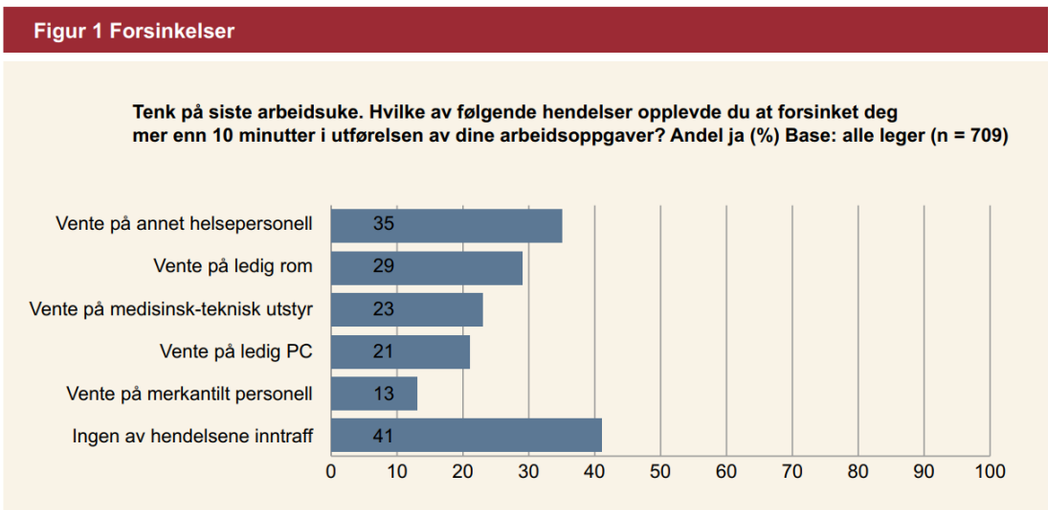
Som et regneeksempel kan man summere all ventetiden opp på nasjonalt plan for å få et inntrykk på hvor mye av sykehuslegers tid som totalt sett går tapt i ventingen. En nedre grense vil da være minst 57 tapte legeårsverk som følge av forsinkelsene[5]. Dette legger til grunn at hendelsene i skjemaet forårsaker akkurat 10 minutters forsinkelse. Hvis forsinkelsen er større, vil antall tapte legeårsverk være proporsjonalt høyere. Det må understrekes at dette er en gjennomsnittsbetraktning basert på forenklinger, så tallet bør tolkes med forsiktighet.

Slike forsinkelser kan unngås. Dersom Riksrevisjonens tall er overførbare nasjonalt, vil investeringer for å fjerne forstyrrelsene langt på vei være selvfinansierende.

[4] https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2018-2019/undersokelse-av-helseforetakenes-bruk-av-legeressursene/

[5] Ifølge SSB var det om lag 13.000 legeårsverk ved norske somatiske sykehus i 2018. Hvis man forutsetter 10 minutters forsinkelse ved hver hendelse, og adderer opp tapte minutter ved hver hendelsestype, får man 156.000 tapte legeminutter eller 2600 timer per uke. Legger man så de nyeste tallene for sykehuslegers ukentlige arbeidstid til grunn, 45,8 timer hver uke, får man 57 tapte legeårsverk.

Figur 1 Forsinkelser



Figur: Riksrevisjonen publiserte høsten 2018 en undersøkelse om helseforetakenes bruk av legeressurser.

Sykehus

Økt produktivitet gjennom bedre tilrettelegging for pasientbehandlingen

Legeforeningen mener:

Norge kan og bør bruke mer penger på helse
En målrettet investering i produktivitetsfremmende løsninger vil gi bedre ressursutnyttelse. Da trenger vi ikke å bemanne oss ut av merbehovet for helsetjenester fremover. På sikt vil det gi lavere driftsutgifter i sykehusene og mye mer helse igjen for pengene.

- Leger må brukes til å utføre legeoppgaver, dersom utviklingen av helsetjenesten skal være bærekraftig.
- Det må investeres i brukervennlige IKT-løsninger, tjenlige sykehusbygg og rett kompetanse på rett plass.

IKT-løsningene må understøtte det pasientrettede arbeidet, ikke hindre det
Klinikere må involveres når IKT-systemer utvikles for helsetjenesten. Uten mulighet for medvirkning og lokale tilpasninger blir systemene tidstyver istedenfor å avlaste helsepersonell og fremme godt samarbeid innad i og på tvers av behandlingsnivåene.

- Hensikten med digitalisering av helsetjenesten er ikke digitalisering i seg selv, men å legge til rette for bedre pasientmøter. Slik unngår vi at verdifull helsepersonelltid går til spille i pasientbehandlingen.
- Innføring av IKT-verktøy er bare starten. Forvaltning av IKT må organiseres slik at man kan ha fortløpende lokale forbedringer og tilpasninger, slik som fjerning av tidstyver.
- Klinikere må involveres i alle faser av utvikling, innføring og drift av IKT-verktøy, ved at leger har en formalisert plass som forvaltere av innhold og oppsett av kliniske systemer både på avdelingsnivå og i ledelsen. I andre land er dette formalisert gjennom chief clinical information officer (CCIO).
- Det trengs en satsing på kompetanse innen klinisk informatikk, ved professorater, forskning og utdanning for helsepersonell.
- Klinikerne på gulvet har behov for å teste ut ideer og løsninger. Helsetjenesten må derfor har tilgang til trygge IKT-utprøvingsarenaer.

Store nok sykehusbygg fremmer gode arbeidsprosesser med verdig og trygg pasientbehandling
Mange av dagens sykehusbygg er for trange og legger ikke til rette for at helsepersonellet kan bruke mest mulig av tiden sin til pasientbehandling. For små sykehusbygg blir dyre og ineffektive på sikt.

- Framtidens sykehus må ikke bygges for små. Vi må lære av feilene fra Sykehuset Østfold og Akershus universitetssykehus.
- Sykehusplanleggere, besluttende myndigheter og sykehusledere må flytte fokus fra pasientbehandling per behandlingsrom til pasientbehandling per ansatt.
- Gode og tilstrekkelige kontorfasiliteter må ligge i tett fysisk tilknytning til det kliniske arbeidet på sykehus.
- Nye sykehus må planlegges med tilstrekkelig kapasitet og tilpasningsdyktighet for å kunne tilpasse seg fremtidige endringer og behov.

Støttefunksjonene i sykehusene har blitt rasjonalisert bort
I pasientbehandlingen ved sykehusene skal et bredt spekter av oppgaver løses. For at helsepersonellets kompetanse skal komme pasientene mest mulig til gode, må de helsefaglige og administrative støttefunksjonene styrkes, slik at leger og annet helsepersonell får gjort pasientrettet arbeid.

- Leger, sykepleiere og annet helsepersonell må ha tid til pasientrettet arbeid. Rett kompetanse på rett plass er avgjørende for å gjennomføre oppgavene mest mulig effektivt.
- Det må satses målrettet, gjennom rekrutteringstiltak og nødvendige bevilgninger, for å øke andelen helsefagarbeidere, hjelpepleiere, helsesekretærer og personell som utfører nødvendige støttefunksjoner i sykehusene.

Mer pasientbehandling gjennom bedre verktøy, ikke økt bemanning
I helsesektoren har man lenge bemannet seg ut av det økte behovet for helsetjenester. Dette må snu gjennom tilrettelegging for å gjøre helsepersonell bedre i stand til å bruke tiden sin på pasientrettet arbeid.

- For små sykehus blir dyre og ineffektive på sikt.
- Større investeringsbeslutninger bør løftes til Stortinget.
- Nasjonal helse- og sykehusplan må være en investeringsplan.
- Det lave investeringsnivået i norske sykehus fører til at driften av sykehusene blir unødvendig dyr.

4. En satsing nå vil gi en bærekraftig framtid

Legeforeningen mener:

- Leger må brukes til å utføre legeoppgaver, dersom utviklingen av helsetjenesten skal være bærekraftig.
- Det må investeres i brukervennlige IKT-løsninger, tjenlige sykehusbygg og rett kompetanse på rett plass.

I regjeringsplattformen som ble lagt fram i januar 2019 forekommer ordet "investeringer" flere steder. Legeforeningen har merket seg særlig to punkter fra plattformen:

- "Nasjonal helse- og sykehusplan skal inneholde en gjennomgang av de prehospitale tjenestene og en helhetlig beskrivelse av investeringsplanen for sykehusene."
- "Nasjonal helse- og sykehusplan skal legge bedre til rette for investeringer i sykehusbygg og ny teknologi gjennom å vurdere endringer i investeringsordningene for sykehus, herunder lengre nedbetalingstid, rentebetingelser og låneordningen."

Legeforeningen er glad for at regjeringen signaliserer så tydelig at det er nødvendig med et fokus på investeringer i sykehus. Det er på høy tid. Denne innspillsrapporten beskriver hva Legeforeningen mener bør være det strategiske fokuset for investeringer i sektoren – her er nøkkelen "tilrettelegging for gode pasientmøter". Legeforeningen mener det er for mange forstyrrelser i møtene mellom helsepersonell og pasient, noe som gjør at helsepersonell ikke får brukt tiden sin riktig.

På grunn av underdimensjonerte sykehus går sykehuslegers tid bort til venting på ledige behandlingsrom eller løping mellom kontor og klinikk. IKT-systemene på sykehusene er lite brukervennlige og hindrer fremfor å understøtte god arbeidsflyt. Og det mangler mye støttepersonell og merkantilt personell på sykehusene, slik at leger i stadig større omfang må bruke tiden sin til oppgaver andre yrkesgrupper kunne løst mer effektivt.

Eller sagt på en mer byråkratisk måte: For å løse fremtidens helseutfordringer må produktiviteten til helsepersonellet økes gjennom målrettede tiltak i sykehusbygg, IKT og kompetanse.

Legeforeningen synliggjør i denne rapporten hvordan en investeringssatsing vil bidra til at veksten i behovet for nye helsepersonell-årsverk i sektoren vil avta. Det vil gi en bærekraftig utvikling i spesialisthelsetjenesten og mer helse for pengene. Et strategisk investeringsfokus på tilrettelegging for gode pasientmøter er Legeforeningens svar på utfordringen helseminister Bent Høie skisserte i sykehustalen i januar 2019: "Vi kan ikke bemanne oss ut av utfordringene".

Figur: En bærekraftig helsetjeneste for fremtiden med gode pasientmøter i sentrum

Norges helseutgifter på gjennomsnittet blant rike OECD-land

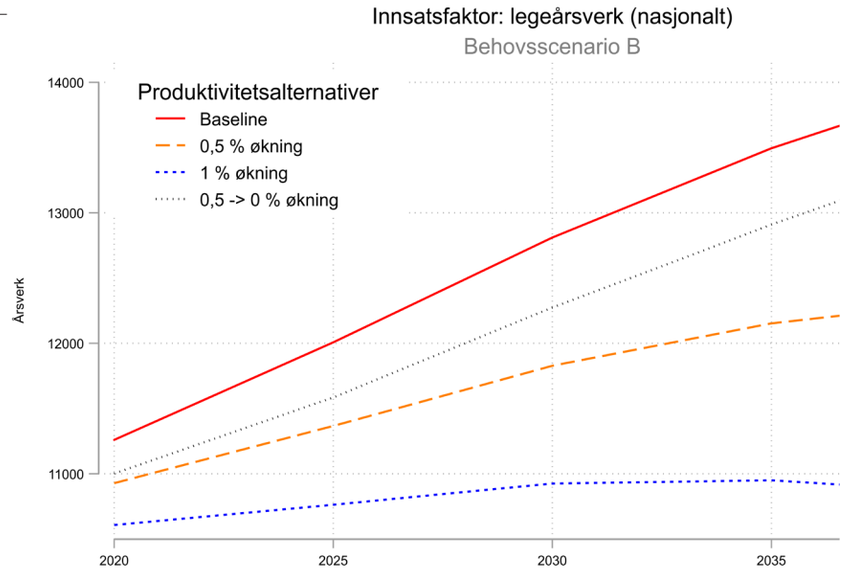
En OECD-rapport fra 2017 finner at Norge bruker mindre penger på helse enn rike land vi sammenligner oss med. I et intervju med VG sier Bent Høie: "Rapporten viser at Norge ligger på nedre del av skalaen når det gjelder ressursbruken blant de rikeste landene i OECD. Skal vi holde utviklingen til disse landene, må vi være forberedt på å bruke mer ressurser til helsetjenesten i årene fremover."

VG, 09.02.17

Legeforeningen mener det er tre suksess-kriterier for en bærekraftig helsetjeneste med gode pasientmøter i sentrum: IKT, sykehusbygg og kompetanse. Disse elementene må ses i sammenheng. Klarer vi å legge til rette for at disse elementene trekker i samme retning, kan vi få en betydelig bedring av bærekraften i helsetjenesten. Slik utviklingen er nå får vi mindre helsetjenester per krone som vi kunne fått. Kursen kan legges om, men da må det satses målrettet på disse tre områdene.

Samfunnets ressurser er knappe og derfor er alle tjent med at vi får mest mulig helsegevinst igjen for hver helsekrone. Legeforeningen mener vi må se investeringer i sykehus og helsetjenesten i en slik sammenheng. Ved å investere smart i dag, vil vi legge til rette for mer effektiv ressursbruk i fremtiden. Ved å rydde unna forstyrrelser i lege-pasientmøtet vil den opplevde kvaliteten for pasienten bli bedre. Samtidig vil det føre til at leger kan gjøre mer, for de kan spisse tidsbruken mot det de er best til. På sikt vil dette føre til at lavere driftskostnader, fordi veksten i behov for nye legeårsverk vil avta. Investeringer er slik nøkkelen til en bærekraftig helsetjeneste.
Norge kan og bør bruke mer penger på helse. Da helseminister Bent Høie ba OECD (Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling) utrede helseutgifter i Norge var konklusjonen at landet slett ikke hadde blant verdens dyreste helsevesen, men lå omkring midten blant OECD-land[6].
Samtidig sier et flertall i den norske befolkningen at helse og omsorg er sektoren som bør prioriteres høyere, dersom regjeringen må gjøre en tydeligere prioritering[7]. Tre av fire nordmenn mener at mer av samfunnets ressurser må gå til den offentlige helsetjenesten[8]. Løsningen er ikke å bruke mest mulig penger, men å bruke ressursene på best mulig måte. Slik situasjonen er nå, brukes det så lite på helsetjenester i Norge at vi får mindre igjen per krone, enn om vi hadde investert litt mer. Vi må investere litt mer i dag for å få størst mulig helsegevinst igjen for pengene i et lengre perspektiv.

En helsetjeneste som setter pasienten i sentrum er nødt til å bry seg om at helsepersonell har tid og rom til gode pasientmøter. En produktivitetsfremmende satsing på IKT, sykehusbygg og kompetansesammensetning vil fjerne forstyrrelser i pasientmøtene, og med det til følge at hver lege og sykepleier får gjort mer. De siste ti årene har investeringer i helsesektoren blitt nedprioritert. Det har ført til at produktiviteten, altså pasientbehandling per ansatt, i sykehusene har stått tilnærmet stille i perioden 2004 – 2014[9].
Beregninger Legeforeningen har fått gjort av Helseøkonomisk analyse viser at om vi fortsetter som i dag, uten vekst i produktiviteten i sykehus, vil behovet for leger og sykepleiere øke med 34 %. Det er scenariet uttrykt ved den røde kurven i figuren under, sakset fra rapporten til Helseøkonomisk analyse:



Figur: Hentet ut fra raporten til Helseøkonomisk analyse

[6] https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/an-oecd-analysis-of-health-spending-in-norway_63302bbf-en.

[7] Helsepolitisk barometer, 2019, Kantar TNS

[8] Legeforeningens lands-omfattende omnibus, 2017, Respons Analyse.

[9] https://legeforeningen.no/PageFiles/289468/Offentlige%20helseutgifter%20Menon%202017.pdf
Se særlig side 6 og 7.

Bærekraftig helsetjeneste

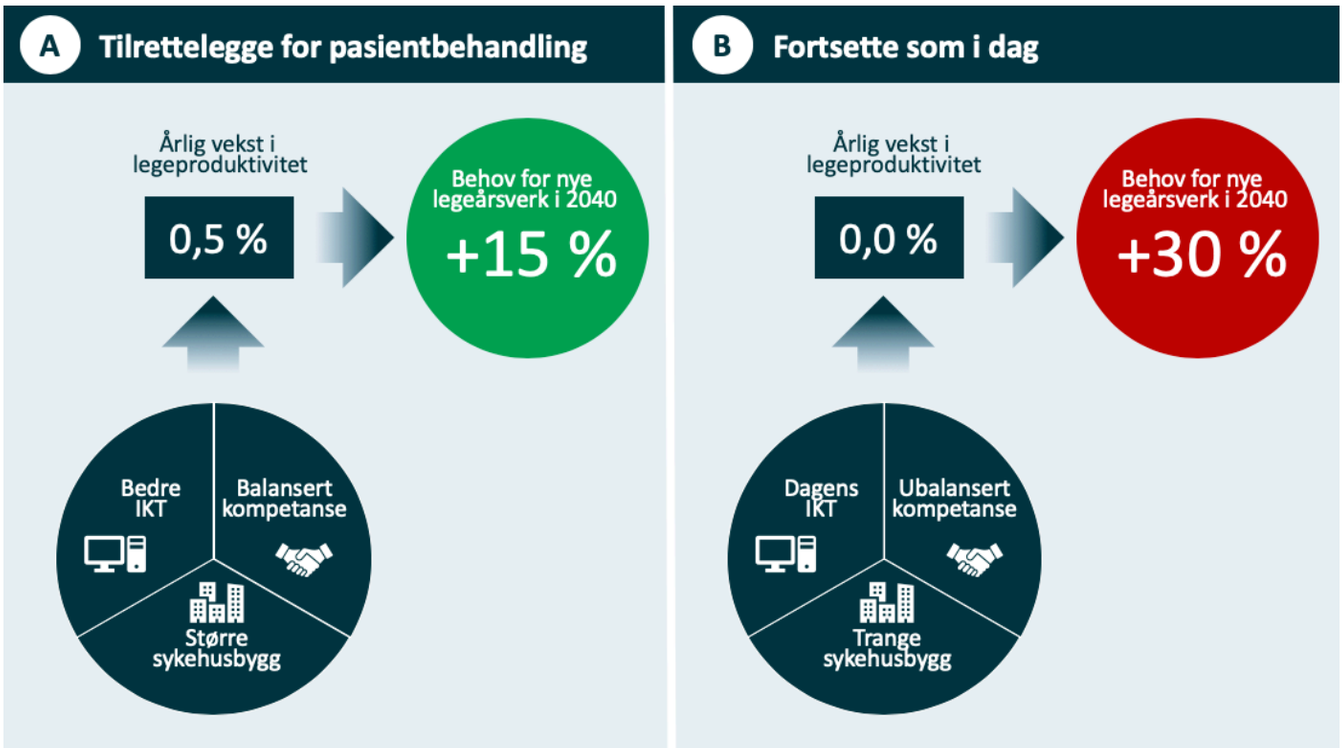
”Hvis vi ikke endrer måten vi jobber på, må halvparten av alle nye arbeidstakere måtte bli helsepersonell frem mot 2040. Dette er hverken ønskelig, mulig eller bærekraftig. Vi kan ikke bemanne oss ut av utfordringene. Vi må løse oppgavene på andre måter.”

Sykehustalen 2019, helseminister Bent Høie, 15.01.19

Figuren på forrige side viser at hvis man klarer å øke produktiviteten, altså bedre tilrettelegge for pasientmøtene, vil veksten i behov for personell synke. Om sykehusene har en produktivitetsvekst på 0,5 % i snitt per år, vil veksten i behov for nye legeårsverk avta med om lag 50 %. Det samsvarer med den gule, stiplede kurven i figuren. En mer bærekraftig helsepersonellutvikling i sykehusene er altså mulig: Dersom målrettede tiltak iverksettes, er det realistisk at veksten i nye legeårsverk i sykehus vil avta markert frem mot 2040. Dette er illustrert grafisk under.

Men for å oppnå en så radikal endring i utviklingen, må kursen legges om nå. Helsesektoren vil trenge betydelige investeringer som er innrettet mot produktivitetsheving, innen de tre områdene IKT-løsninger, sykehusbygg og kompetansesammensetning.

Figur: Helsesektoren vil trenge betydelige investeringer med fokus på produktivitetsheving, innen IKT, bygg og kompetansesammensetning.



5. Bedre IKT-løsninger – brukervennlighet og klinisk relevans

Legeforeningen mener:

- Hensikten med digitalisering av helsetjenesten er ikke digitalisering i seg selv, men å legge til rette for bedre pasientmøter. Slik unngår vi at verdifull helsepersonelltid går til spille i pasientbehandlingen.
- Innføring av IKT-verktøy er bare starten. Forvaltning av IKT må organiseres slik at man kan ha fortløpende lokale forbedringer og tilpasninger, slik som fjerning av tidstyver.
- Klinikere må involveres i alle faser av utvikling, innføring og drift av IKT-verktøy, ved at leger har en formalisert plass som forvaltere av innhold og oppsett av kliniske systemer både på avdelingsnivå og i ledelsen. I andre land er dette formalisert gjennom chief clinical information officer (CCIO).
- Det trengs en satsing på kompetanse innen klinisk informatikk, ved professorater, forskning og utdanning for helsepersonell.
- Klinikerne på gulvet har behov for å teste ut ideer og løsninger. Helsetjenesten må derfor har tilgang til trygge IKT-utprøvingsarenaer.

Det er stor frustrasjon i legegruppen over hvordan IKT-verktøyene i helsetjenesten i dag ikke legger til rette for det kliniske arbeidet, men skaper forstyrrelser i pasientarbeidet. IKT-systemer som ikke er tilpasset det kliniske arbeidet stjeler dyrebar tid – tid som burde gått til pasientbehandling. Pålogging tar så lang tid at det er et vanlig samtaletema når leger møtes. Systemene har for dårlig brukervennlighet med unødvendig mange klikk. Dessuten er det for dårlig informasjonsflyt mellom ulike sykehus og mellom sykehus og fastleger. Mye tid går tapt når leger manuelt må etterspørre viktig informasjon om pasienten hos andre helsetjenester, eller hos pasienten selv. IKT-verktøyene er infrastruktur som er helt kritisk for dem som jobber i helsetjenesten. Helsepersonell er i befatning med det store deler av arbeidsdagen. Derfor gir selv små forbedringer i brukervennlighet store produktivitetsgevinster.

Det må gjøres en kritisk gjennomgang av tidsbruk og brukervennlighet av IKT-løsninger, slik at vi sikrer at personell ikke kaster bort arbeidstiden unødvendig.

Legeforeningen har i mange år etterlyst bedre tilrettelagte IKT-løsninger, og en plass ved bordet når disse løsningene utvikles. Hensikten med digitalisering av helsetjenesten er ikke digitalisering i seg selv, men å legge til rette for bedre pasientmøter. Slik unngår vi at verdifull helsepersonelltid går til spille i pasientbehandlingen.

Et dilemma i utviklingen av IKT-verktøy i helsesektoren er på den ene siden behov for standardiserte tekniske løsninger som er like på tvers av forskjellige kontekster. På den andre siden er det også nødvendig med kontekstsensitive og lokalt tilpassede løsninger. Det sentrale er å finne en riktig balanse mellom disse ulike behovene[10], noe som i for liten grad er fokus i dag. Løsningene er ikke godt nok tilpasset legenes behov, og det finnes heller ikke gode kanaler eller formelle roller for å påpeke forbedringsbehov. Forvaltningsregimet for IKT-systemer er i dag basert på et ønske om drift med færrest mulige endringer. En slik forvaltning står i motsetning til kontinuerlig utprøving og forbedring.

[10] Watcher et al. 2016, Making IT Work: Harnessing the Power of Health Information Technology to Improve Care in England. Report of the National Advisory Group on Health Information Technology in England. Tilgjengelig på: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/550866/Wachter_Review_Accessible.pdf

Legeforeningens syn på utfordringene knyttet til IKT-verktøy i helsetjenesten illustreres i figuren under. Hovedutfordringen handler om begrenset mulighet til å tilpasse IKT-systemer lokalt. Disse tilpasningsutfordringene er en sammenveving av målkonflikter, systemforvalting og klinikerinvolvering. Disse forholdene henger tett sammen, og det lar seg vanskelig gjøre å endre ett av disse elementene, uten samtidig å gjøre endringer i de to andre. Dette utdypes i det videre.

Målkonflikter: IKT-systemer i helsetjenesten står i en rekke målkonflikter. Hensyn til arbeidet på den enkelte lokale klinikk skal veies mot hensyn til personvern, datafangst til kvalitetsregistre eller administrasjon, forskning, transparens og åpenhet, føringer ovenfra og behov for standardisering, samt en rekke andre forhold. Avveiningen mellom motstridende hensyn er vanlig i helsetjenesten og for leger, som er godt trent i å finne pragmatiske og forsvarlige løsninger. For å løse slike floker er det nødvendig med lokalt handlingsrom. Legeforeningen mener dagens ovenfra-og-ned-styringsmodell har blitt for sterk, noe som hemmer innovasjon fra legene på gulvet. IKT-verktøy som er åpenbart uhensiktsmessige lokalt får lov til å leve lange liv – det er ikke sterk nok lokal medbestemmelse til å tilpasse systemene.

Systemforvaltning: Dagens forvaltningsregime for IKT-systemer baserer seg på idéen om "regional standardisering og konsolidering". Dette innebærer at RHF-et skal ha så få systemer som mulig, de skal være identiske og de skal forvaltes av én enhet – eksempelvis Sykehuspartner eller Helse Vest-IKT. Dette gir potensielt lavere kostnader til forvaltning og drift av IKT-systemene og er rasjonelt fra et IKT-ståsted. Konsekvensene for den utøvende delen av helsetjenestene – klinikken – er derimot at det er vanskelig å endre og forbedre systemet underveis. Systemendringer tar lang tid og tilpasninger av systemet til lokale forhold er ikke mulig. Tusenvis av ansatte må tilpasse sitt arbeid til uhensiktsmessige systemer. Det er klinisk personell som i det daglige bruker verktøyet som definerer mange av problemene i hverdagen på sykehus eller i kommunehelsetjenesten. Likevel er det regionalt ansatt IKT-personell, som ikke møter pasienter, som bestemmer hvordan systemene skal være innrettet.

Figur: Legeforeningens syn på utfordringene knyttet til IKT-verktøy i helsetjenesten. Hoved-utfordringen handler om begrenset mulighet til å tilpasse IKT-systemer lokalt.

Sykehusbygg og ny teknologi

”Regjeringen vil legge til rette for investeringer i sykehusbygg og ny teknologi gjennom å vurdere endringer i investeringsordningene for sykehus, herunder lengre nedbetalingstid, rentebetingelser og låneordningen.”

Granavolden-plattformen, 2019

Involvering: Å utvikle IKT-verktøy som er brukervennlige og klinisk relevante forutsetter at brukerne av verktøyene – helsepersonellet – blir involvert på et tidlig stadium. Mer utstrakt brukerinvolvering enn i dag er helt nødvendig for å få bedre og mer effektive systemer. Det er behov for å tilnærme seg utvikling av IKT for helsetjenesten på en ny måte. Mandat og kompetanse må flyttes ut i klinikkene slik at man kan gjøre lokale endringer på systemer tilpasset de faktiske behovene der. Innføring av IKT-verktøy er bare starten. Forvaltning av IKT må organiseres slik at man kan ha fortløpende lokale forbedringer og tilpasninger, slik som fjerning av tidstyver. Det krever at legene som bruker systemene, settes i stand til å bidra.

Gevinstrealisering kan da skje over tid ved gjentatte små forbedringer hvor systemet fininnstilles til arbeidsprosessene over tid. Forbedringsarbeid vil kunne skje fortløpende når klinikkene selv kan forvalte endringer i systemet, i stedet for å forsinkes som følge av avhengighet til IKT-systemene. Med dagens regime for IKT-forvaltning er det ikke rom for innovativ utprøving av nye metoder og løsninger i klinikken.

De siste årene har viktige støttefunksjoner for pasientbehandlingen i helsetjenesten forsvunnet som følge av at andelen sentrale yrkesgrupper har falt. Dermed har en viktig buffer som sørger for at IKT-svikt ikke forstyrrer pasientbehandlingen, blitt borte. Da blir leger og sykepleiere, som egentlig skulle drive pasientbehandling, bundet opp i å håndtere lugging og rusk i maskineriet. Konsekvensene av feil og mangler i IKT-systemene, selv om de er små, blir større når andelen støttepersonell er lav.

I undersøkelsen til Riksrevisjonen fra i fjor høst[11] skriver de at "mange leger opplever at de bruker unødvendig mye tid på dokumentasjonsoppgaver på grunn av ustabile IT-systemer og manglende integrasjon mellom ulike dataprogrammer. Mer brukervennlige IT-systemer vil bidra til at legene kan bruke mer tid på pasienter." Videre skriver de at "mange leger opplever at de bruker unødvendig mye tid på dokumentasjonsoppgaver på grunn av ustabile IT-systemer og manglende integrasjon mellom ulike dataprogrammer. Mer brukervennlige IT-systemer vil bidra til at legene kan bruke mer tid på pasienter."

[11] https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2018-2019/undersokelse-av-helseforetakenes-bruk-av-legeressursene/

Eksempel på e-helse fra klinisk praksis

Overlegeforeningen og nevrolog Christopher Elnan Kvistad beskriver en vanlig arbeidsdag på sykehus i blogg-innlegget "Jeg klikker" på Dagens Medisin 18. juni 2018. Nevrologer behandler spørsmål om akutt hjerneslag. Ved en slik innleggelse er det avgjørende så fort som mulig å gjennomføre en CT-undersøkelse, for å finne ut om det er en blødning eller blodpropp. Ved blodpropp er riktig behandling trombolyse, som løser opp blodproppen. Skulle det derimot være snakk om hjerneblødning, vil trombolyse forverre situasjon betraktelig, i verste fall dødelig.

Hvert år får 16 000 nordmenn hjerneslag, hvor spørsmålet om blodpropp eller blødning må avklares så raskt som mulig. For hvert sekund skades større deler av hjernen. Dette er en hektisk og alvorlig situasjon, som er vanlig i helsevesenet. Sykehus har drillinger på mottak av hjerneslag-pasienter for at dette skal gå så strømlinjeformet som mulig.

I blogg-innlegget beskriver Kvistad hvordan han går fram for å få rekvirert CT, et bilde av hjernen som avklarer om det er snakk om blodpropp eller blødning. Han beskriver levende hvordan han må logge seg inn med brukernavn og passord tre ganger, for å komme til programmet som rekvirerer CT. Men i siste øyeblikk får han en feilmelding, som betyr at han må starte datamaskinen på nytt og logge seg på en gang til. Dette tar for lang tid, og Kvistad springer til en ny datamaskin. På nytt må han logge seg på tre ganger, men igjen skjer det feil. Han får varslingsboks om "hasteopppgaver" programmet mener han bør se til. Denne klikkes raskt vekk. På nytt skjer en feil, han får ikke skrevet rekvisisjonen, fordi han må han klikke vekk oppstarten av et talegjenkjenningsprogram han ikke trenger akkurat nå. Han må klikke vekk meldingen "Er du sikker på at du vil lukke?" før han endelig kan rekvirere en CT.

6. Større og bedre sykehusbygg

Legeforeningen mener:

- Framtidens sykehus må ikke bygges for små. Vi må lære av feilene fra Sykehuset Østfold og Akershus universitetssykehus.
- Sykehusplanleggere, besluttende myndigheter og sykehusledere må flytte fokus fra pasientbehandling per behandlingsrom til pasientbehandling per ansatt.
- Gode og tilstrekkelige kontorfasiliteter må ligge i tett fysisk tilknytning til det kliniske arbeidet på sykehus.
- Nye sykehus må planlegges med tilstrekkelig kapasitet og tilpasningsdyktighet for å kunne tilpasse seg fremtidige endringer og behov.

”

Sykehusbygg – en hemsko

”Mange av sykehusbyggene i Norge ble reist i det forrige århundre og er ikke tilpasset dagens driftsmodeller med relativt få sykehussenger og store dagenheter og poliklinikker. Gamle sykehusbygg kan derfor i seg selv være en hemsko for effektiv drift og hindre gode løsninger som sikrer bedre flyt og mer pasientkontakt for legene.”

Cathrine Lofthus, administrerende direktør, Helse Sør-Øst, i Overlegen februar 2019

Hvilken rolle spiller dimensjoneringen og innretningen av sykehusbyggene for effektiv sykehusdrift? Kriteriet som ligger til grunn for effektiv drift i dag synes å være mest mulig pasientbehandling per kvadratmeter bygg. Med et slikt kriterium bør man bygge små sykehus og la de ansatte stå i kø foran poliklinikkrom og sykehussenger. Da blir utnyttelsen av rommene og sengene størst mulig. Når effektivitet måles i hvor mye pasientbehandling som skjer på hver kvadratmeter eller i hver sykehusseng, blir det ikke like viktig å tilrettelegge for at de ansatte jobber godt og effektivt. Denne politikken fører til dårlig bruk av arbeidskraften på sykehusene og ineffektiv drift på lengre sikt.

Legeforeningen er opptatt av kursendring i dagens system som innebærer å flytte fokus fra et ensidig fokus på å utnytte plassen på sykehusene best mulig, til å få mer pasientbehandling per ansatt.
Da blir det ikke lenger en løsning å bygge trangere sykehus. Istedenfor er løsningen å bygge sykehus som legger til rette for effektiv drift, der en lege kan gå mellom to operasjonsstuer og der helsepersonell har egnede rom til den vanskelige samtalen med pasienten. Personellet skal ikke tilrettelegge for at byggene blir effektive, men motsatt. Den knappe ressursen er helsepersonellet.

Tabellene til høyre er et regneeksempel som viser typiske timekostnader for et poliklinikkrom og en overlege. Med kvadratmeterkostnad på 40 kroner og med 230 poliklinikkdager i året, får man en timekostnad for et poliklinikkrom på 82 kroner. Til sammenligning er lønnskostnader for en overlege når man beregner 45 arbeidstimer i uken typisk rundt 917 kroner i timen. Da blir det fort tydelig at det er mye bedre ressursutnyttelse i sykehusene heller å la et poliklinikkrom stå ubrukt noen timer i døgnet, enn å la overleger vente på at et behandlingsrom skal bli ledig.

For den bevilgende myndighet burde det opplagte effektivitetskriteriet være mest mulig helse for pengene. Investeringsbeslutninger burde derfor løftes til Stortinget, og tilstrekkelig midler må settes av for å bygge sykehusbygg som gir effektiv ressursutnyttelse. Prestisjebyggene Akershus universitetssykehus og Sykehuset Østfold Kalnes viser at samfunnsøkonomiske lønnsomhetsprinsipper har måttet vike for budsjettøkonomiske skranker. Det er ingen tjent med, verken pasienter, helsepersonell eller regjeringen.

Poliklinikkrom - kostnad	
m2	40
Byggekost per m2	92 857
Byggekost	3 714 286
Sum kost per år	112 554
Inkludert rentekost	150 000
Kostnad per år (230 dager)	652 000
Kostnad per time (8 timer åpningstid)	**82**

Overlege - kostnad	
Lønn inkludert sosiale kostnader	1 725 000
Arbeidstime per år (45 t per uke)	1 881
Snitt timekost	**917**
20 % effektivitetstap	183

Figur: Tallene er hentet fra Helse Sør-Øst

Et eksempel på uheldig utvikling er oppføringen av Akershus universitetssykehus (Ahus). Dette sykehuset ble oppført på bakgrunn av normtallene i "høy utnyttelsesgrad" som var Helse Sør-Østs dimensjoneringsverktøy på den tiden. Erfaringene med slik dimensjonering har vært så negative at Helse Sør-Øst siden har gått tilbake til "normal utnyttelsesgrad". Investeringene for å bygge Ahus tilsvarte kostnadene i ett års driftsbudsjett. Selv om det er snakk om store summer, er det relativt sett en sparsom investering. Å starte med et nytt sykehus hvor det umiddelbart blir korridorpasienter er en åpenbart feilslått planlegging. Underdimensjonerte sykehusbygg fører til ineffektivitet og dyrere drift enn nødvendig, fordi helsepersonell og pasienter må vente på at sengeplasser og behandlingsrom skal bli ledige.

Stadig mer arbeid for leger utføres på datamaskin og i kontorsituasjon – det være seg å sette seg inn i det nyeste kunnskapsgrunnlaget for en behandling, forskningsarbeid, eller forfatte journalnotater eller epikriser. Dette er oppgaver som krever høy konsentrasjon, er kognitivt utfordrende og med høye krav til korttidshukommelse. For å utføre slike oppgaver effektivt og raskt er gode kontorplasser avgjørende. Kontorlandskap-løsninger vil for slike oppgaver føre til dårligere arbeidsmiljø, mer stress og slitenhet, dårligere helse, økt sykefravær og lavere produktivitet[12]. Legers kontorarbeid må også utføres i tett tilknytning til det kliniske arbeidet. Må en lege gå ti minutter til nærmeste kontor, er dette ti minutter tapt tid til pasientarbeid noe som gjentas flere ganger om dagen.

Summen av tid som går til spille på grunn av uhensiktsmessig lokalisering av kontorer, poster og andre behandlingsrom kan bli betydelig. Korridorer er ikke en plass for fortrolige eller vanskelige samtaler mellom leger og pasienter, kontorløsninger som deles med mange andre er heller ikke det. Uhensiktsmessige kontorløsninger på sykehus fører også til at leger og annet helsepersonell bruker disse mindre enn hva de ellers ville gjort. Dårlig tilrettelagte kontorløsninger for helsepersonell på sykehus fører til ineffektivitet.

Situasjonen med uhensiktsmessige bygg forverres av at norske sykehus har et betydelig vedlikeholdsetterslep. Rådgivende Ingeniørers Forening gjorde i 2015 en ekspertutredning som kom frem til at halvparten av landets sykehusbygg fremstår som utilfredsstillende eller svært dårlig med store tekniske oppgraderingsbehov. Helsebyggene i landet fikk samlet sett karakteren 3. Vi vet at det medisinsktekniske utstyret mange steder er langt over utløpsdato. Dette etterslepet går ut over sykehusenes ansvar for å gi god og trygg pasientbehandling. Samtidig gir det helsemyndighetene en ytterligere grunn til å iverksette oppgraderinger og nybygg som svarer ut behovet for hensiktsmessige, moderne og teknisk ansvarlige sykehusbygg. Dette er igjen en del av et totalbilde hvor utviklingen i sykehus går i en retning der manglende investering i bygg og annen infrastruktur ikke legger til rette for at helsepersonell kan bruke tiden sin til pasientbehandling.

[12] Bakke, J. V., & Fostervold, K. I. (2017). Kontorlandskap–arbeidsmiljøfaglig veiledning. Helserådet spesialnummer, 16, 2017.

7. Kompetanse – rett person på rett plass til rett tid

Legeforeningen mener:

- Leger, sykepleiere og annet helsepersonell må ha tid til pasientrettet arbeid. Rett kompetanse på rett plass er avgjørende for å gjennomføre oppgavene mest mulig effektivt.
- Det må satses målrettet, gjennom rekrutteringstiltak og nødvendige bevilgninger, for å øke andelen helsefagarbeidere, hjelpepleiere, helsesekretærer og personell som utfører nødvendige støttefunksjoner i sykehusene.

”

Ta tiden tilbake

”En bedre organisert offentlig sektor betyr ikke at sykepleiere skal løpe fortere eller at leger skal operere raskere. Det handler om at de skal få mer tid til å være sykepleiere og leger. Det er noe som er galt når mange helsearbeidere bruker mer tid på kontorarbeid enn på å helbrede syke mennesker.”

Mulighetenes samfunn, kronikk av statsminister Jens Stoltenberg, 05.04.2000

Moderne sykehus er avanserte kunnskapsbedrifter som fortløpende må tilpasse seg en medisinsk virkelighet i rask endring, og en befolkning som etterspør moderne tjenester. Helsepersonellet er helsetjenestens viktigste ressurs og den viktigste innsatsfaktoren for økt verdiskaping i helsetjenesten. Målrettet satsing på å opprettholde og fornye både egen og de ulike teamenes kompetanse og riktig bruk av personell er avgjørende for at sykehusene skal kunne gi gode helsetjenester. Det mangler merkantilt personell som helsesekretærer og klinisk støttepersonell som helsefagarbeidere og hjelpepleiere i norske sykehus. Kompetansesammensetningen har de siste årene blitt stadig skjevere og mer topptung. Det fører til at sykehusleger må bruke stadig mer av tiden sin på ikke-kliniske oppgaver og oppgaver andre yrkesgrupper kunne gjort mer effektivt. Det trengs en målrettet satsing for å sikre riktig bruk av personell i sykehusene. Dette er avgjørende for at sykehusene skal kunne gi gode helsetjenester til befolkningen.

Møtet mellom helsepersonell og pasient er helsetjenestens hovedanliggende. Sykehuslegers tid til disse pasientmøtene har imidlertid hatt en svært negativ utvikling de siste 25 årene. Legeforskningsinstituttets undersøkelser viser at i perioden 1994 – 2014 gikk sykehuslegers gjennomsnittlige tid til direkte pasientarbeid ned med 25 %[13].

Dette er en utvikling i feil retning, og et symptom må manglende tilrettelegging for legers kjerneoppgaver, som gir ineffektiv sykehusdrift. Voksende krav til dokumentasjon kombinert med nedgang i merkantilt kontorpersonell og annet helsepersonell forklarer noe av denne nedgangen. Allerede i NOU 1997:2 Pasienten først! ble det vist at en for stor del av fagprofesjonenes arbeidstid og innsats i sykehusene går med til å gjøre arbeid som et godt utbygd og administrativt støtteapparat kunne ha gjort bedre og mer effektivt. Utvalget mente at en satsing på dette området vil komme pasienten til nytte fordi personalet i større grad får utnyttet sin tid til det arbeidet der de har sin spesialkompetanse. Utvalget mente videre at disse funksjonene ikke har hatt det fokus det burde ha hatt, og at det er på dette området økonomisk innsats er mest påkrevet. Nå, mer enn to tiår senere, har tendensen blitt kraftig forsterket og behovet for mer utbygde støttefunksjoner er større enn noen gang.

Svak tilrettelegging for pasientrettet arbeid har direkte konsekvenser for legegruppen og annet helsepersonell. Som referert innledningsvis viser en studie av Johannessen m.fl. fra 2017 at for legegruppen har produktiviteten falt med 6 % i perioden 2001 – 2013.

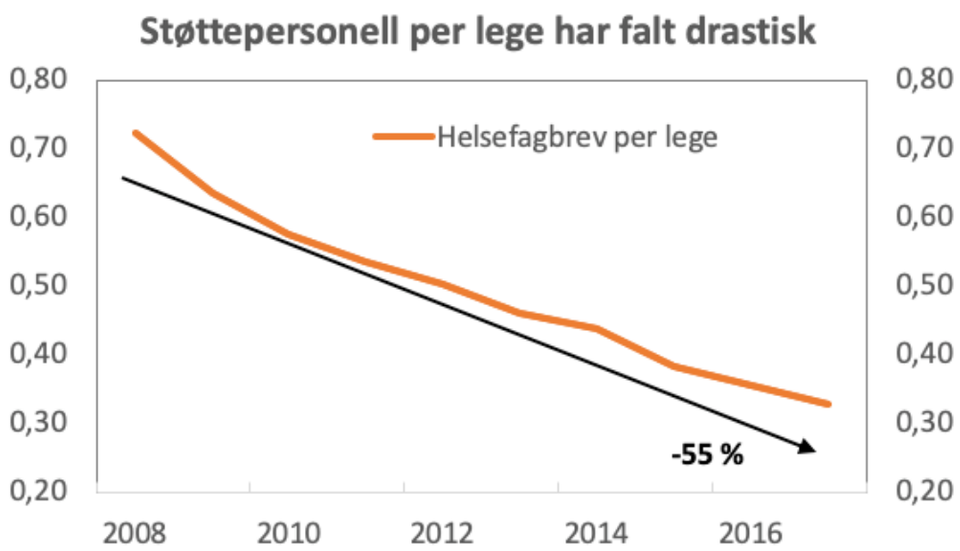
[13] https://tidsskriftet.no/2016/09/originalartikkel/legers-arbeidstid-og-tid-til-pasientarbeid-i-perioden-1994-2014

Legene opplever at arbeidsbyrden har økt, undersøkelsene fra Rambøll og ForBedring viser at legene løper fortere, men likevel har produktiviteten for legegruppen falt på grunn av manglende tilrettelegging. Studien tilskriver den negative produktivitetsutviklingen den skjeve sammensetningen av yrkesgrupper: Når hjelpepleiere og helsesekretærer i sykehusene rasjonaliseres bort, må legen likevel utføre disse helt nødvendige oppgavene i tillegg til legearbeidet. Når legene får mindre tid til legearbeid, vil mengden pasientbehandling per lege synke. Konsekvensen er at sykehusene må ansette stadig flere leger for å gjøre det samme. Enda flere leger må ansettes for å dekke økningen i helsetjenestebehov i framtiden med vekst i befolkningen og en økende andel eldre. Denne utviklingen har pågått en stund, og er den motsatte retningen av hva helseministeren understrekte i årets sykehustale, hvor han advarte mot å bemanne seg ut av utfordringene.

I den moderne spesialisthelsetjeneste blir behandlingen av pasienten ikke gjennomført av én lege, men ofte av et team av leger eller av leger og andre helsepersonellgrupper. Denne tverrfagligheten utgjør en bærebjelke i dagens komplekse sykehus. Riktig sammensatte team hvor de ansattes kompetanse gjenspeiler de oppgavene som skal løses, er en forutsetning for god utnyttelser av sykehusenes ressurser – til beste for pasienten.

I og rundt behandlingen av en pasient er det mange ulike oppgaver som skal løses, både helsefaglige, administrative og merkantile. De siste ti årene har utviklingen medført at antall helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere i spesialisthelsetjenesten har falt kraftig. Hvis man ser på samlede årsverk for disse yrkesgruppene per legeårsverk, falt brøken i perioden 2008 til 2017 med hele 55 %. Dette er vist i figuren under.

Samme tendens ser vi for legesekretærene. I perioden fra 2008 til 2017 falt årsverk helsesekretærer per legeårsverk med 7 %. Dette er vist i figuren på neste side. Dermed faller administrative oppgaver som tidligere ble tatt hånd om av helsesekretærer, på legene. Da får legene mindre tid til pasientbehandling. Bemanningen av leger i sykehusene må derfor øke for å kompensere for den tapte tiden til pasientbehandling. Det gir skjev kompetansesammensetning og unødvendig dyr sykehusdrift.

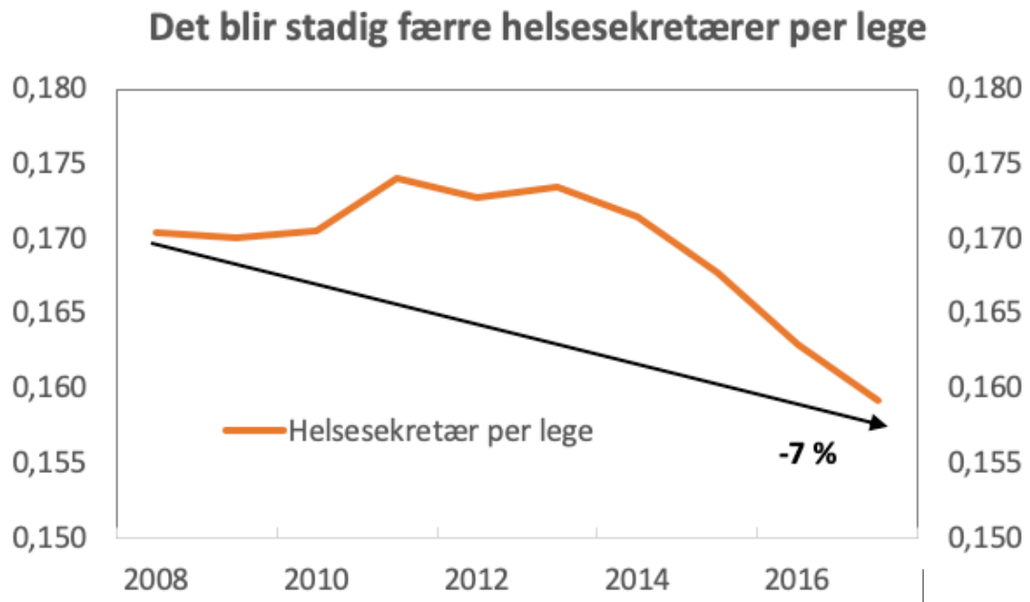


Figur: Årsverk av helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere og hjelpepleiere samlet per legeårsverk. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Helsepersonellblikket

”Da hjelpepleierne forsvant ble mye av kontinuiteten på avdelingene borte, sier konserntillitsvalgt i Helse Sør-Øst Cristian Grimsgaard. De hadde viktig realkompetanse: blikket, håndlaget og all den tause kunnskapen som man bare kan tilegne seg ved praktisk opplæring og lang erfaring. Oppgaver som tidligere ble løst av helsefagarbeidere og helsesekretærer blir nå utført av sykepleiere og leger. ”

Christian Grimsgaard, konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse Sør-Øst, i Helsefagarbeideren 27. februar 2019



Figur: Helsesekretær per lege fra 2008 - 2017. Kilde: Statistisk sentralbyrå

Deler av denne nedgangen skyldes en ønsket omorganisering med vridning til mer utstrakt bruk av poliklinikk og dagbehandling, med følgende mindre behov for pleiepersonell. Imidlertid har nedgangen i antall årsverk for disse yrkesgruppene sammenfalt med befolkningsvekst og økende oppgaveomfang. Dermed har viktige og nødvendige helsefaglige og administrative støttefunksjoner forsvunnet, eller blitt overført til andre helsepersonellgrupper, som leger. Lavere andel personell som utøver støttefunksjoner øker også sykehusorganisasjonens sårbarhet, for eksempel overfor svakheter i logistikksystemer eller IKT-verktøy. Skulle IKT-verktøyene slutte å virke, eller fungere tregere enn ønsket, går det utover legers og sykepleieres tid med pasienter.

Fra 2008 til 2017 falt antall omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og helsefagsarbeidere med totalt 2506 årsverk, eller –34 %. Samtidig har antall nye legeårsverk økt i takt med befolkningsvekst og økende oppgaveomfang.

Det innebærer at da det i 2008 var 0,7 støttepersonell per lege i sykehusene, er det mer enn halvert til 0,3 støttepersonell per lege i 2017[14]. Dette har medført at mange av de oppgavene som tidligere ble gjort av andre yrkesgrupper, nå må bli gjort av legen, noe som gir mindre tid til legearbeid. Denne utviklingen er med på å forklare hvorfor norske leger har stadig mindre tid til pasientrettet arbeid. Denne utviklingen indikerer at troen på digitalisering som erstatning for arbeidskraft er overdreven.

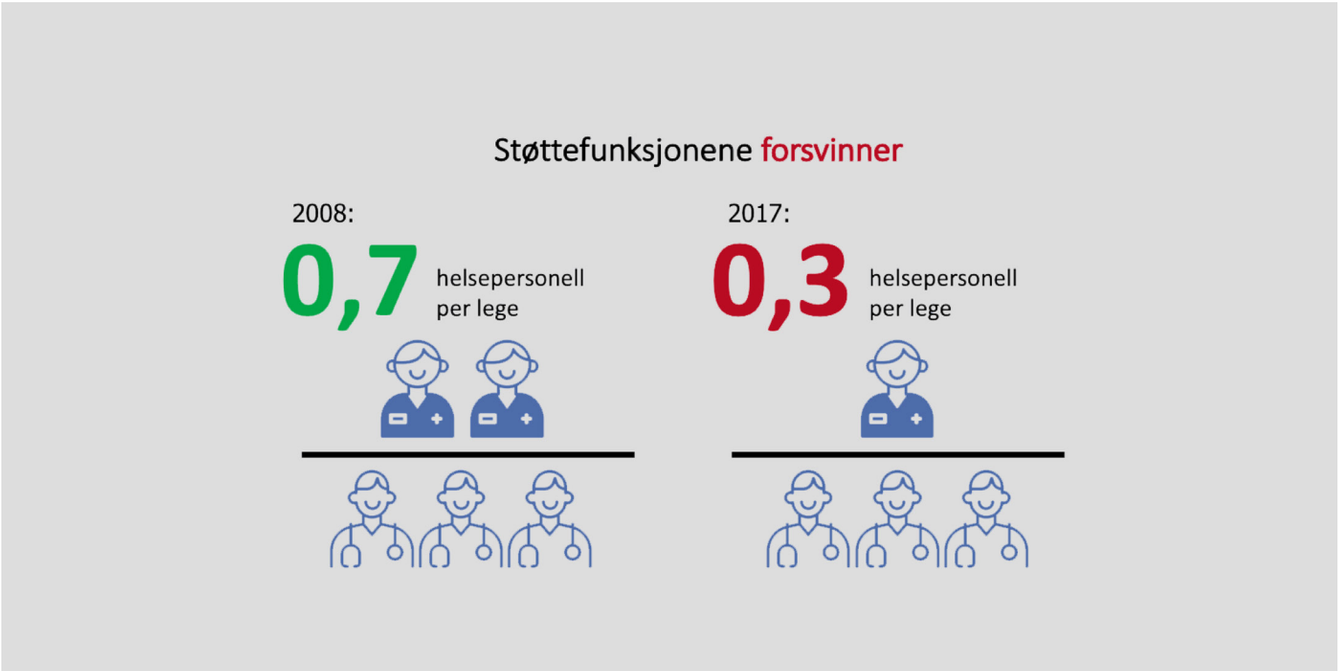
[14] Grunnlagsdata for disse tallene er åpent tilgjengelig hos SSB her: https://www.ssb.no/statbank/table/09548/. ”Støttepersonell” er SSB kategorien ”Omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og helsefagarbeidere”.

Riksrevisjonens undersøkelse av legeressurser i sykehusene[15] finner også at oppgaver på poliklinikken har blitt overført fra merkantilt personell til leger i løpet av de siste tre årene (årene 2016-2018). Riksrevisjonen erkjenner at det er effektivitetsgevinster av en bedre sammensetning av og oppgavefordeling mellom helsepersonellet: "Undersøkelsen viser flere eksempler på at legeressurser har blitt frigjort ved at oppgaver er overført fra legene til annet helsepersonell.

For eksempel gjennomfører sykepleiere noen typer kontroller og oppgaver knyttet til pasientopplæring som tidligere ble utført av leger. Ved enkelte sykehus har merkantilt personell overtatt noen av legenes administrative oppgaver. Riksrevisjonen mener at dette kan være viktige grep for å frigjøre legeressurser. Som et konkret tiltak nevner de at ledere som kombinerer leder- og klinikeroppgaver må ha tilstrekkelig administrativ støtte.

[15] https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2018-2019/undersokelse-av-helseforetakenes-bruk-av-legeressursene/

Figur: Antall støttepersonell faller, mens legeårsverk øker.



8. Mer pasientbehandling gjennom bedre verktøy, ikke økt bemanning

Legeforeningen mener:

- For små sykehus gir dyre og ineffektive sykehus på sikt.
- Større investeringsbeslutninger bør løftes til Stortinget.
- Nasjonal helse- og sykehusplan må være en investeringsplan.
- Det lave investeringsnivået i norske sykehus fører til at driften av sykehusene blir unødvendig dyr.

I et bredere perspektiv skiller helsesektoren seg ut. I alle andre bransjer peker den historiske utviklingen i retning av at vi får flere og bedre verktøy og dermed blir mer produktive. Store økninger i matproduksjon har kommet fordi bøndene produserer mer takket være bedre verktøy som traktorer, ikke fordi de ansetter flere personer. Detaljhandelen er blitt mer produktiv gjennom ny teknologi som selvbetjente kasser og digitale prisetiketter, ikke som følge av flere ansatte ekspeditører. Banksektoren er blitt mer produktiv gjennom å flytte transaksjonene til Internett og bedre datastøttede analyseverktøy, ikke ved å hyre flere kunderådgivere. I helsesektoren, derimot, har økt pasientbehandling skjedd ved å ansette flere, særlig leger og sykepleiere. Der synes mantraet å være "hvordan kan vi behandle flere uten å tilføre flere sykehussenger?".

En strategi basert på å kutte senger og kvadratmeter gir kun mening i et kortsiktig budsjettperspektiv. For uten en produktivitetsfremmende satsing på IKT, sykehusbygg og balansert kompetansesammensetning, vil behovet eskalere for stadig mer leger og sykepleiere på stadig strammere rammer. På lengre sikt vil manglende investeringer gi sykehusene mye høyere driftsutgifter enn nødvendig på grunn av manglende bærekraft i helsepersonellutviklingen. Med en målrettet satsing på å tilrettelegge for pasientrettet arbeid, vil veksten i behov for nye helsepersonellårsverk avta.

Kommunehelsetjenesten

Fastlegeordningen må styrkes og videreutvikles

Legeforeningen mener:

Fastlegeordningen er grunnmuren i helsetjenesten
Fastlegeordningen sikrer likeverdige og gode helsetjenester i hele landet. Men: Krisen i ordningen truer fundamentet for dette – nemlig kontinuiteten i lege-pasient-relasjonen. Investeringer i primærhelsetjenesten er en investering for fremtiden.

- God kapasitet i fastlegeordningen er avgjørende for at fastlegene fortsatt skal kunne være tilgjengelige for sine listepasienter. Større og mer profesjonaliserte legekontor styrket med annet helsepersonell er viktig for å kunne tilby avansert behandling og sikre pasientene et helhetlig helsetilbud.
- Fastlegeordningen er viktig for å sikre legedekning og likeverdig tilbud i alle kommunale helse- og omsorgstjenester, særlig i små kommuner.
- Kommunale legeoppgaver må fordeles i samarbeid med fastlegene, ikke som pålegg.
- Egenandelsfritak til fastlege må innføres for alle opp til 20 år som et viktig folkehelsetiltak.

En rekrutteringssatsing trengs for å sikre stabiliteten i fastlegeordningen
Det må bli mer attraktivt for unge leger å søke seg til allmennlegeyrket, gjennom målrettede tiltak rettet inn mot arbeidsvilkårene i ordningen.

- En felles allmennlege i spesialisering (ALIS) -ordning må breddes nasjonalt for å sikre at alle nyutdannede fastleger får et tilrettelagt spesialiseringsløp, et godt fagmiljø, en akseptabel arbeidsbelastning og økonomisk trygghet.

Å styrke fastlegeordningen har vært helt sentralt for Legeforeningen de siste årene. Kommunene må ta ansvaret for spesialistutdanningen i kommunene på alvor. Det må settes av tilstrekkelig ressurser til å utdanningsplaner og sikre at utdanningskandidater tilbys forutsigbare utdanningsløp. Følgende tiltak kan bidra til å sikre dette:

- Det må rekrutteres 500 nye ALISer årlig for å dekke dagens og fremtidig behov for fastleger.
- ALISer må få individuell veiledning minimum én time i uken, og supervisjon minimum to timer i uken.
- Normtallet for fastlegenes listelengde må reduseres fra 1500 til 1000. ALISer bør fortrinnsvis tilbys egen liste, men det må være mulighet for lavere liste ved oppstart.
- ALISer må få full utgiftsdekning for gjennomføring av læringsaktiviteter under spesialistutdanningen.
- Det må på plass grunntilskudd/inntektsgaranti ved oppstart av null-liste/kort liste, samt gradert per capita-tilskudd for å kompensere for lavere liste ved oppstart.
- Praksistiden under studieløpet i allmennpraksis og kommunehelsetjenesten må økes til minimum 10 uker.
- Antall LIS1-stillinger må økes med 200 for å redusere LIS-flaskehalsen.

Utviklingen av kommunehelsetjenesten forutsetter involvering av kommunens legeressurser
Kommunehelsetjenesten har ansvar for flere og sykere pasienter enn før og vil møte en dobbelt oppgavevekst i årene fremover. For å håndtere det økte omfanget må kommunene sikre stabile legeressurser som har tid til kvalitetsarbeid og rom for deltakelse i systemutvikling.

- Det er behov for mer samarbeid mellom kommune og fastleger, og øvrige leger i kommunene, om utvikling av kommunale helsetjenester.
- Kommunenes samlede legeressurser må økes for å dekke etterspørselen etter medisinske tjenester i kommunene.
- Det må legges bedre til rette for kombinasjonsstillinger, hvor fastlegen f.eks. kombinerer 50 % jobb som fastlege med 50 % stilling som lege i andre kommunale tjenester. For å sikre kvalitet i pasientoppfølgingen, tilfredsstillende arbeidsmiljø og tid til utviklingsarbeid bør ikke stillinger deles mellom for mange leger.
- Kommunale legeoppgaver må fordeles i samarbeid med legene. Interesse og engasjement kan bidra til positiv utvikling og en høyere kvalitet på tjenestene som tilbys.

Kommuneoverlegen kan spille en viktigere rolle.
Det krever en organisatorisk endring som sikrer kommuneoverlegen større stillingsbrøk og medbestemmelse. En helseleder vil dessuten kunne koordinere den medisinske kompetansen og arbeidet i kommunen.

- Det må utvikles en ny helselederrolle. Det må skje gjennom at kommunene ansetter en ny helseleder for kommunens medisinske tjenester utover dagens tradisjonelle kommuneoverlegerolle som medisinskfaglig rådgiver. Denne helselederen må ha en formell lederrolle, være medlem av topplederarenaen i kommunen og ha høy medisinsk kompetanse.
- Det må opprettes større stillingsbrøker for kommuneoverleger, og kommuneoverlegene må få en reell mulighet til å være delaktig i kommunenes utviklingsarbeid.
- Kommunale lavterskeltilbud må ses i sammenheng med andre tjenestetilbud slik at ressursen kan brukes etter en vurdering hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten. En tydelig medisinsk linjeledelse vil bidra til en mer samordnet helsetjeneste. I tillegg kan ressursene prioriteres riktigere for å gi mer kostnadseffektive og likeverdige tjenester.
- Informasjon om kommunale helse- og omsorgstilbud må være lett tilgjengelig for både fastleger, spesialisthelsetjeneste og befolkningen.

9. Fastlegeordningen er grunnmuren i helsetjenesten

Legeforeningen mener:

- God kapasitet i fastlegeordningen er avgjørende for at fastlegene fortsatt skal kunne være tilgjengelige for sine listepasienter. Større og mer profesjonaliserte legekontor styrket med annet helsepersonell er viktig for å kunne tilby avansert behandling og sikre pasientene et helhetlig helsetilbud.
- Fastlegeordningen er viktig for å sikre legedekning og likeverdig tilbud i alle kommunale helse- og omsorgstjenester, særlig i små kommuner.
- Kommunale legeoppgaver må fordeles i samarbeid med fastlegene, ikke som pålegg.
- Egenandelsfritak til fastlege må innføres for alle opp til 20 år som et viktig folkehelsetiltak.

Fastlegen er inngangsporten til helsetjenesten og et stabilt og trygt kontaktpunkt i en stadig mer kompleks helsetjeneste. Fastlegen har ansvar for at alle pasientene på sin liste får forsvarlig behandling og oppfølging. Dette henger igjen nært sammen med fastlegens portnerfunksjon og henvisningsplikt. Fastlegen skal forvalte samfunnets helseressurser og sikre at det er de pasientene som trenger det som får prioritert behandling videre i spesialisthelsetjenesten eller i andre helse- og omsorgstjenester i kommunen. Det er god samfunnsøkonomi at alle pasienter behandles på lavest mulig nivå i helsesystemet vårt. Fastlegeordningen er slik grunnmuren i helsetjenesten, og en forutsigbar og fungerende fastlegeordning er et premiss for at sykehusene er dimensjonert riktig.

Medisinsk utredning og behandling, koordinering og veiledning er det pasientene skal forvente av sin fastlege. Fastlegene har i snitt en relasjon til sine pasienter i 8 år, noe som gir et solid utgangspunkt for å sikre pasienten trygg og god behandling og oppfølging. Fastlegen har dermed en unik posisjon til å utøve en koordinerende rolle når pasienten også har behov for andre helse- og sosialtjenester.

Fastlegenes tjenester etterspørres i stadig større grad. Dette fremkommer tydelig på antallet nye oppgaver som har tilfalt fastlegene. Dette tyder på at mange opplever fastlegene som en god og viktig samarbeidspartner, med høy kompetanse og med forutsetninger for å vurdere og koordinere pasientenes samlede situasjon og behov. Fastlegene står for den medisinske kompetansen i kommunene. I mange mindre kommuner fylles denne posisjonen av én fastlege. Dette er helt nødvendig kompetanse for kommunen i utviklingen av mer avanserte tjenester, og for kommunens relasjon til sykehusene.

Med bakgrunn i fastlegenes viktige rolle i primærhelsetjenesten, og den økende etterspørselen etter fastlegenes kompetanse, har presset på fastlegeordningen blitt stort. Fastleger over hele landet rapporterer om høy arbeidsbelastning, noe som ble bekreftet at Helsedirektoratets tidsbruksundersøkelse fra 2018. Undersøkelsen slår fast at fastleger i gjennomsnitt jobber hele 55,6 timer hver uke. 10 % av fastlegene som besvarte undersøkelsen jobbet mer enn 75 timer i uken, mens 25 % jobbet mer enn 62 timer. 34 % av legene jobbet i tillegg legevakt, noe som utgjorde en stor andel av deres totale arbeidstid.

”

Rekruttering og stabilisering
Regjeringen vil forbedre og modernisere fastlegeordningen, for å bedre rekruttering med sikte på god legedekning i hele landet. Regjeringen vil evaluere ordningen og sikre tilstrekkelige tiltak for å beholde og rekruttere nye fastleger på kort og lang sikt.

Granavolden-plattformen, 2019

[16] VG 17. februar 2017

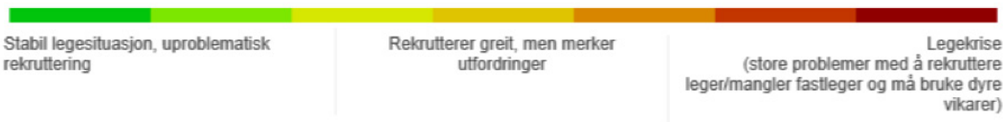
Resultatene viser at fastlegene har tatt i bruk kveld og helg for å håndtere veksten av nye arbeidsoppgaver. Menon Economics har ytterligere belyst situasjonen i rapporten "Fastlegeordningen i krise – Hva sier tallene?". Funnene belyser hvordan fastlegene møter pasienter med stadig mer komplekse sykdomsbilder, noe som krever mer tid til hver enkelt pasient. Dette ble også bekreftet gjennom arbeidet i Trepartssamarbeidet, hvor en partssammensatt arbeidsgruppe gjennomgikk fastlegenes arbeidsoppgaver. Den krevende arbeidssituasjonen har medført at det nå er store rekrutteringsutfordringer til fastlegeordningen.

Å styrke fastlegekontorene med annet helsepersonell kan også bidra til at fastlegene blir mer tilgjengelig for sine pasienter og samarbeidspartnere. Primærhelseteam, bestående av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer prøves nå ut i åtte norske kommuner ved 13 ulike fastlegekontorer. Den påfølgende evalueringen vil vise om teamene gir pasientene et bedre helsetilbud, og om det bidrar til å øke kvalitetene på tjenestene til fastlegene.

Samtidig viser de foreløpige tilbakemeldingene fra legekontorene er at det trengs et godt fundament i form av en stabil fastlegeordning for at det skal være kapasitet til å drive innovasjon og nyorganisering.
Ungdom mellom 16 og 20 år har i dag tilgang på gratis helsetjeneste på helsestasjon for ungdom, men ikke hos fastlege. Kontinuitet i lege-pasient forholdet gir bedre helsetjeneste og forskning har vist at regelmessig kontakt med fastlege og skolehelsetjenesten har beskyttende effekt mot skolefrafall hos ungdom som sliter.

Rekruttering og stabilisering av fastleger: For å møte kapasitetsutfordringene fastlegene står overfor, er målrettede rekrutteringssatsinger en helt sentral løsning. Bedre oppfølging og vilkår for unge leger gjennom reduserte pasientlister er blant løsningene som er foreslått.

VG publiserte i 2017 en oversikt over fastlegesituasjonen i norske kommuner[16]. Alle landets kommuner ble bedt om å score seg selv langs følgende akse:

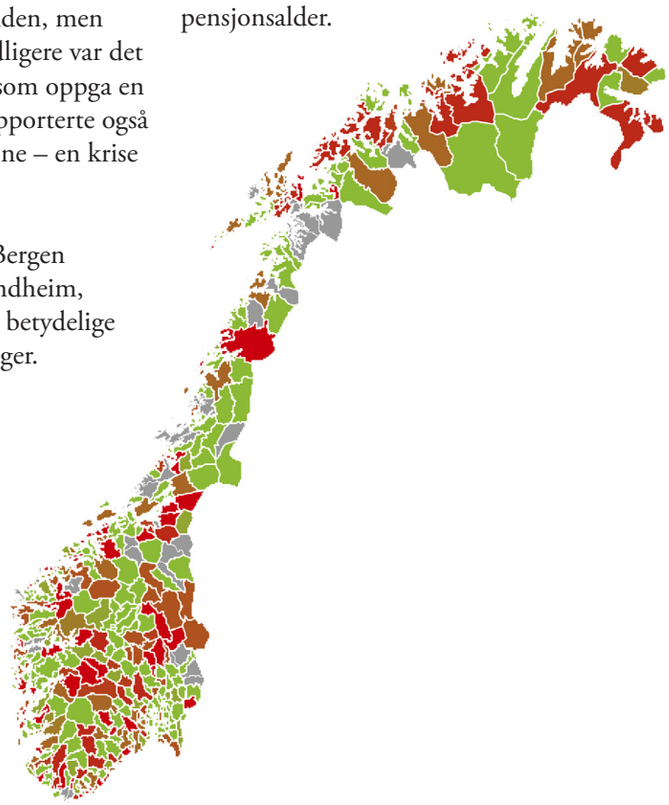


VGs arbeid resulterte i en nasjonal oversikt over fastlegesituasjonen i norske kommuner. Legeforeningen har vært i kontakt med alle norske kommuner og gjentatt VGs undersøkelse. Situasjonen som tegnes et år etterpå viser en klar forverring, illustrert i kartet under.

Kartet og figuren over de største byene baserer seg på tall fra 2018 og viser hvordan en rekke kommuner oppgir en krise i rekruttering av fastleger (rødt). Et stort antall kommuner oppga at de rekrutterte godt for tiden, men merket utfordringer (oransje). Tidligere var det hovedsakelig mindre kommuner som oppga en problematisk situasjon. I 2018 rapporterte også store kommuner å være i "rød" sone – en krise i rekrutteringen.

Større byer som Kristiansand og Bergen er nå i rød sone, og byer som Trondheim, Stavanger og Tromsø merker også betydelige rekrutteringsutfordringer av fastleger.

Totalt bor over halvparten av befolkningen nå i kommuner som strever med rekrutteringen. Ifølge en rapport utarbeidet av trepartssamarbeidet (Staten, KS og Legeforeningen) vil vi trenge over 600 allmennleger i spesialisering hver år frem mot 2030 for å erstatte leger som går av pensjon, håndtere fremtidig befolkningsvekst og redusere arbeidsbelastningen fra dagens nivå. Men for at dette skal være en virksom tilnærming er en også avhengig av at fastlegene som nå står i arbeid, fortsetter med det fram til pensjonsalder.



Figur: Status i Norges ti største kommuner

10. Andre legeressurser i kommunen

Legeforeningen mener:

- Det er behov for mer samarbeid mellom kommune og fastleger, og øvrige leger i kommunene, om utvikling av kommunale helsetjenester.
- Kommunenes samlede legeressurser må økes for å dekke etterspørselen etter medisinske tjenester i kommunene.
- Det må legges bedre til rette for kombinasjonsstillinger, hvor fastlegen f.eks. kombinerer 50 % jobb som fastlege med 50 % stilling som lege i andre kommunale tjenester. For å sikre kvalitet i pasientoppfølgingen, tilfredsstillende arbeidsmiljø og tid til utviklingsarbeid bør ikke stillinger deles mellom for mange leger.
- Kommunale legeoppgaver må fordeles i samarbeid med legene. Interesse og engasjement kan bidra til positiv utvikling og en høyere kvalitet på tjenestene som tilbys.

Andre kommunale legetjenester: I kommunene er legene delaktig i drift og medisinsk oppfølging på både sykehjem, omsorgsbolig, i skolehelsetjenesten, helsestasjonene, på legevaktene, kommunale akutte døgnenheter og i fengselshelsetjenesten, i tillegg til å bidra med medisinsk veiledning og opplysninger til NAV, arbeidsgivere og omsorgstjenester. Fastelegen er en sentral koordinator innad i kommunen, og i relasjon til spesialisthelsetjenesten. I mange kommuner er det fastlegene som står for ivaretakelse av legetjenestene utenfor legekontoret. I større kommuner er det ofte ansatt egne leger i heltidsstillinger for å ivareta medisinske tjenester.

I et samfunn som opplever stadig flere eldre og multisyke pasienter vil sykehjemmene og omsorgsboligene få mer sentrale oppgaver i kommunene. Kompetansebyggende tiltak for leger vil øke kvaliteten i slike kommunale tjenester. Legeforeningen mener det må legges til rette for at leger som jobber på sykehjem kan oppnå godkjenning i kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin. Kompetanseheving er også viktig for å sikre retten til en verdig død. Kommunene må forvente å ta imot flere dødende og eldre pasienter med store pleie- og behandlingsbehov.

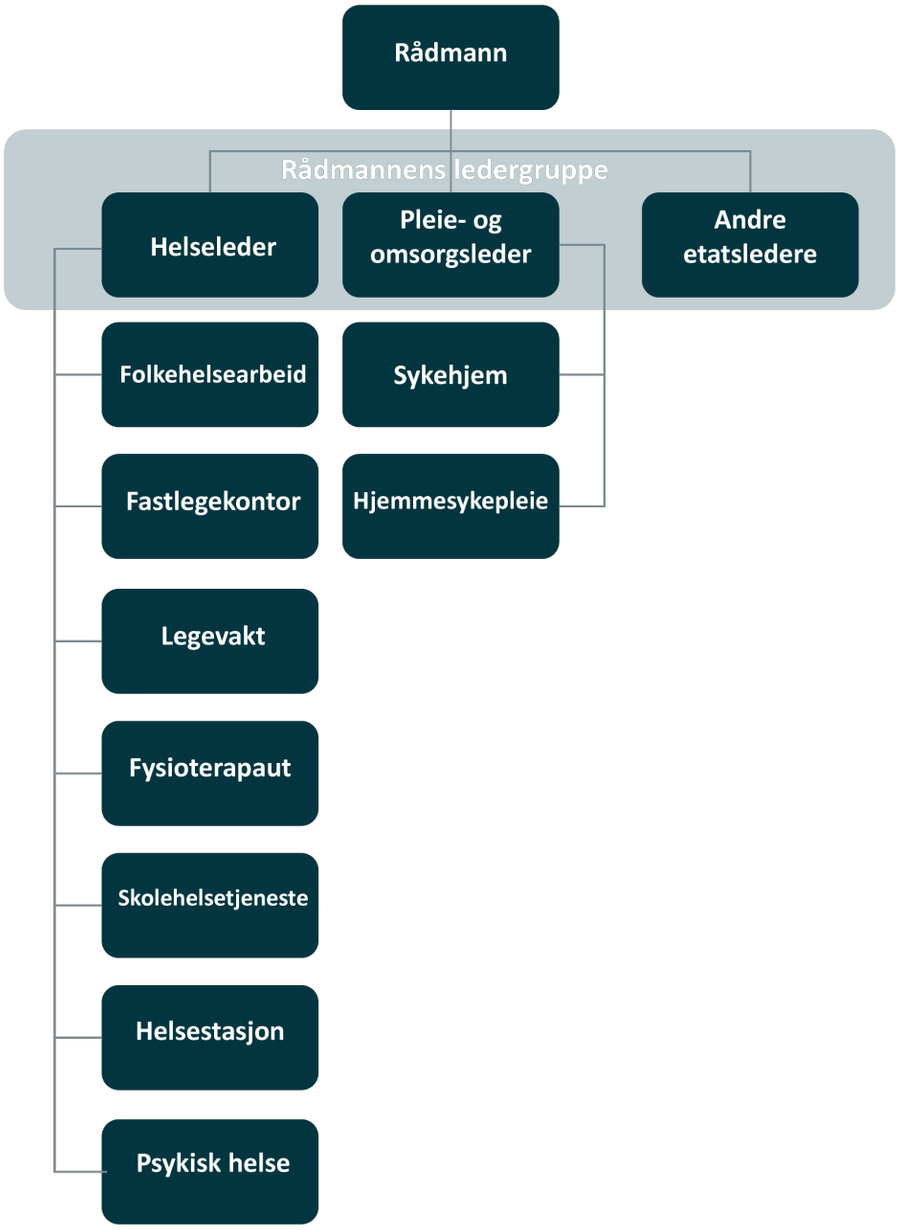
Sykehjemmene egner seg godt for denne viktige oppgaven, forutsatt at de tilføres nødvendig kompetanse og ressurser. Legeforeningen mener at leger i alle spesialiteter må lære mer om lindrende behandling ved livets slutt for å bli trygge i møte med døden.

For å håndtere kommende behovsvekst i helsetjenestene mener Legeforeningen det er behov for mer legeressurser i kommunehelsetjenesten. Dette gjelder både for at kommunene skal kunne planlegge for å håndtere kommende medisinske behov, og for å kunne ha en konstruktiv dialog med sykehusene om hensiktsmessig oppgavedeling.

Kommuneoverlege: Kommuneoverlegen er oftest ansatt som medisinskfaglig rådgiver i stab. Det er få leger ansatt i overordnede kommunale lederstillinger med linjeansvar. I mange kommuner er kommuneoverlegens stilling for liten til at legen får mulighet til å utføre oppgavene på en tilfredsstillende måte. I mindre kommuner er kommuneoverlegestillingen ofte kun en bistilling i kombinasjon med jobb som fastlege, men også i større kommuner fins det kommuneoverlegestillinger med svært lavt timeantall. Det varierer i hvor stor grad den kommunale ledelsen ønsker medvirkning fra kommuneoverlegen.

Legeforeningen mener det er viktig at kommuneoverlegene får innpass i kommunenes beslutningsprosesser, og har en reell mulighet til å påvirke praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene. For at det skal være mulig er det viktig at kommuneoverlegene får større stillingsbrøker. Et annet sentralt element er plasseringen av kommuneoverlegen i kommunens organisering. Legeforeningen mener at kommuneoverlegen bør sidestilles med de øvrige etatslederne i kommunen for å være med på vurderingen av helheten i kommunens samlede tjenestetilbud. Dette illustreres i figuren under.

Kommuneoverlegen skal være et viktig kontaktpunkt for kommunenes leger i dialog med kommunepolitikere og administrativ ledelse. Da er det viktig at kommuneoverlegen gis større makt og myndighet til å fylle denne rollen og være med på utviklingsarbeid.



Figur: Legeforeningens forslag til kommunens organisering.

Samhandling

Rett pasient på rett plass til rett tid

Legeforeningen mener:

Jevnlig dialog er grunnlaget for samhandling

- Direktørene for de regionale helseforetakene og trepartssamarbeidet (KS, Legeforeningen og staten v/helseministeren) må møtes to ganger i året for å bli enige om ansvarsfordeling og tiltak på nasjonalt nivå. Det må være offentlige innkallinger og føres referat fra møtene.

Vellykket samhandling mellom sykehus og kommune forutsetter klar oppgave- og ansvarsfordeling og motsvarende ressurstilgang

- Nye og mer formaliserte former for lokale samhandlingsarenaer bør piloteres, for eksempel inspirert av "sundhedsfællesskab" i Danmark.
- Lokale samhandlingsarenaer må bidra til:
    - Drøfte og utvikle pasientbehandling på tvers av forvaltningsnivåer.
    - Drøfte og beslutte finansiering, ressursmessige og organisatoriske konsekvenser på tvers av forvaltningsnivå.
    - Det er særlig viktig å sikre likeverdig representasjon fra sykehus og kommune, og at kommuneoverleger og fastleger har en tydelig representasjon i samhandlingsarenaene.
- Praksiskonsulentordningen må snarest breddes til alle helseforetak for å sikre bedre samhandling og oppgavefordeling i helsetjenesten. Det bør parallelt iverksettes en ekstern evaluering som kan gi grunnlag for videreutvikling av ordningen.

Gode rutiner for dialog gir bedre prioritering av pasienter

Bedre kommunikasjonssystemer mellom innleggende lege og sykehuslege gjør at pasienter som ikke bør vente, slipper å vente i lange køer før de får vurdering i spesialisthelsetjenesten.

- Spesialisthelsetjenesten må ha et fungerende tilbud for vurdering av pasienter tilpasset hastegrad, for eksempel gjennom øyeblikkelig hjelp-poliklinikker, øyeblikkelig hjelp dagposter, eller samhandlingstelefon.

Tilbud til de som trenger mest helsetjenester må være basert på lokale forhold og pasientens behov
Helsetjenesten må sørge for at pasienter med ressurskrevende forløp får et tilbud som er tilpasset deres behov for kontinuerlige og koordinerte tjenester.

- Tverrfaglige tilbud må etableres basert på godt dokumenterte modeller, men tilpasset både lokale forhold og pasientenes behov.
- God legebemanning på sykehjem og tett samarbeid mellom hjemmesykepleie og fastlege kan bidra til at bruk av legevakt for de sykeste pasientene reduseres.

Bedre IKT-løsninger er en nøkkel til god samhandling
Felles IKT-systemer med riktig nivå av standardisering og mulighet for lokalt handlingsrom er nødvendig. Dagens mylder av løsninger hemmer samarbeid innad i og på tvers av forvaltningsnivåene.

- En "pasientens legemiddelliste" bør innføres så fort som mulig. Det er nødvendig for pasientsikkerhet og arbeidsflyt.
- Dialogmelding må snarest utbres til hele landet.
- Dokumentdeling gjennom nasjonal kjernejournal må realiseres og omfatte epikriser og henvisninger, radiologi- og prøvesvar, gjennomførte og planlagte kontakter og annen viktig klinisk informasjon.
- Myndighetene må etablere et kontinuerlig arbeid som identifiserer svakheter og mangler i dagens versjoner i meldingsstandardene, og som kan foreslå en utvikling av standardene bedre tilpasset klinisk hverdag.
- Overgang til moderne skybaserte EPJ-systemer i allmennpraksis og legevakt vil forenkle oppdateringstiden når nye tekniske standarder settes i drift.

11. Samhandling – rett pasient på rett plass til rett tid

”

Fra ord til (sam)handling

”Samhandlings-reformen fra 2009 handlet i veldig stor grad om økonomiske og juridiske virkemidler, og i veldig liten grad om samhandling rundt den enkelte pasient.”

Bent Høie, sykehustalen, 2019

Samhandling er et flerfoldig begrep som gjerne brukes i flere betydninger på en gang. Dette skaper forvirring, men det lar seg nok heller ikke gjøre å låse begrepet samhandling til en bestemt betydning. En stor del av jobben for leger og annet helsepersonell i møte med pasienten er å kompensere for hvordan dårlig samhandling, i sine ulike betydninger, forstyrrer pasientbehandlingen.

Samhandlingsbegrepets uklare karakter er at det kan brukes som et honnørord som tilslører uklar ansvars- og oppgavefordeling, eller forhold som egentlig handler om ressurser. Uklarheter kan ofte kompenseres for gjennom konkretisering. I det følgende adresserer Legeforeningen samhandling knyttet til følgende forhold:

- Samhandling på nasjonalt nivå
- Samhandling mellom sykehus og kommune
- Samhandling og behov for tilpassede akutt-tilbud avhengig av hastegrad
- Samhandling og femprosent-gruppen
- Samhandling og IKT-verktøy
- Samhandling i psykisk helsevern

Samhandling er et viktig tema for Legeforeningen, som vil publisere egne rapporter om temaet utover denne innspillsrapporten til nasjonal helse- og sykehusplan.

12. Samhandling på nasjonalt nivå

Legeforeningen mener:

- Direktørene for de regionale helseforetakene og trepartssamarbeidet (KS, Legeforeningen og staten v/helseministeren) må møtes to ganger i året for å bli enige om ansvarsfordeling og tiltak på nasjonalt nivå. Det må være offentlige innkallinger og føres referat fra møtene.

Legeforeningen har tidligere pekt på betydningen av at kommunene er involvert i utviklingen av sykehustjenester, for eksempel i høringssvaret til RHF-enes utviklingsplaner høsten 2018. Derfor er det gledelig at det heter i Granavolden-plattformen i 2019: "Ha samhandling mellom kommunene og sykehusene som et av hovedtemaene i neste nasjonale helse- og sykehusplan, og i den forbindelse ha en god prosess med kommunene (KS) for å sikre deres perspektiv i arbeidet." Legeforeningen mener Norge trenger en plan for hele helsetjenesten, men da må de berørte partnerne møtes og uteske enigheter og uenigheter, utfordringer og muligheter.

Det er helseministeren som har sørge-for-ansvaret for å utvikle helsetjenesten. Dette innebærer å sikre tydelig ansvars- og oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåer og riktig ressurstilgang. Legeforeningen mener det trengs tydeligere nasjonale føringer for samhandlingen mellom sykehus og kommune enn i dag. Legeforeningen har lenge understreket betydningen av medbestemmelse og stedlig ledelse, altså at pasientnære ledere er tilstrekkelig myndiggjort. Kort sagt, for sterk styring ovenfra gir en rekke utilsiktede og negative konsekvenser i en så kunnskapsdrevet virksomhet som helsetjenesten.

Hvordan en på nasjonalt nivå skal innvirke på lokal samhandling mellom sykehus og kommuner, er en spenning mellom to forhold. På den ene siden kan nasjonale føringer bli for sterke, og overstyre gode løsninger utviklet lokalt.

Et eget direktorat for samhandling vil være et eksempel på en slik uheldig styringsform ovenfra. På den andre siden kan styringen ovenfra bli for svak, som i dag, og slik ikke legge de grunnleggende rammene for hvordan samhandling bør foregå. I dag er det ingen tilgjengelig arena for å diskutere den overordnede arbeidsdelingen mellom helsetjenester i sykehus og kommune på nasjonalt nivå. Dette gjør det utfordrende for kommunene å håndtere den dobbelte veksten i helsetjenestebehov de står overfor. Legeforeningen mener det er viktig å finne nasjonale ordninger for samhandling som verken gir for sterk eller for svak styring.

Legeforeningen foreslår at en nasjonal arena for samhandling blir at direktørene til de regionale helseforetakene og trepartssamarbeidet i KS møtes to ganger i året. Dette kan være et egnet kompromiss mellom sterk og svak styring. Her vil aktørene med reell beslutningsmakt møtes, samtidig vil dette være med et omfang og en møtefrekvens som begrenser en overdreven styring. Gjennom offentlige innkallinger og referatføring av slike møter, vil dette også bidra til økt transparens og synliggjøring av beslutningene som tas nå direktørene for de regionale helseforetakene samles (det såkalte AD-møtet).

13. Samhandling mellom sykehus og kommune

Legeforeningen mener:

- Nye og mer formaliserte former for lokale samhandlingsarenaer bør piloteres, for eksempel inspirert av "sundhedsfællesskab" i Danmark.
- Lokale samhandlingsarenaer må bidra til:
    - Drøfte og utvikle pasientbehandling på tvers av forvaltningsnivåer.
    - Drøfte og beslutte finansiering, ressursmessige og organisatoriske konsekvenser på tvers av forvaltningsnivå.
    - Det er særlig viktig å sikre likeverdig representasjon fra sykehus og kommune, og at kommuneoverleger og fastleger har en tydelig representasjon i samhandlingsarenaene.
- Praksiskonsulentordningen må snarest breddes til alle helseforetak for å sikre bedre samhandling og oppgavefordeling i helsetjenesten. Det bør parallelt iverksettes en ekstern evaluering som kan gi grunnlag for videreutvikling av ordningen.

Legeforeningen har sett til det danske forslaget til ny helsereform – Sundhedsreformen[17]. I det enda ikke vedtatte reformforslaget er også danskene bekymret for økt sentralisering og styring av sykehusene. Et motmaktstiltak for å løfte fram kommunenes stemme overfor sykehusene i reformforslaget er ideen om "sundhedsfællesskab".

"Sundhedsfællesskab" er en relativt formalisert samhandlingsarena hvor representanter fra sykehus og kommuner møtes. Reformen i Danmark er ikke vedtatt, og detaljer og gjennomføring av den er fremdeles i spill. Noen forhold er likevel klare. Danskene ser for seg at det skal dannes 21 slike samhandlingsarenaer, knyttet til hvert akuttsykehus i landet. Hver av disse samhandlingsarenaene vil bestå av ett sykehus og de 2-6 kommunene i sykehusets umiddelbare opptaksområde. "Sundhedsfællesskab" er tenkt å fungere på to nivåer. For det første skal det være et klinikernivå som skal "drive utviklingen" med fagrepresentanter fra sykehus, allmennlegetjeneste og kommune.

For det andre skal det også være et politisk nivå, med representanter fra sykehusets ledelse og folkevalgte fra kommunene. I den pågående diskusjonen om "Sundhedsfællesskab" i Danmark. Hvor stor og hvilken form en finansieringsordning skal ha ser ikke ut til å være klar. Videre diskuterer danskene også at disse samhandlingarenaene ikke bør være konsensusbaserte – altså ikke kreve enstemmighet for å kunne fatte vedtak.

Norges forskningsråds evaluering av samhandlingsreformen peker på at selv om avtaler ble inngått, resulterte ikke dette i bedre opplevd samarbeid[18]. Asymmetrisk styrkeforhold mellom kommunene og helseforetakene førte til at sykehusene fikk for stor definisjonsmakt. Sett fra klinikken kan også avtalene framstå som i overkant administrative, med begrenset betydning for den faktiske pasientbehandlingen.

Samhandlingarenaer kan være et godt verktøy for å gjøre avtaler og samhandling mellom sykehus og kommune mer likeverdige og levende. Legeforeningens erfaring er at

[17] https://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2019/Januar/Sundhedsreform-saetter-patienten-foerst.aspx

[18] Grimsmo, A., et al., Evaluering av samhandlingsreformen, in Forskningsrådet. 2016, Forskningsrådet.

det for tiden, i Norge, er en rekke lokale samhandlingsarenaer under utvikling mellom helseforetak og kommuner.
Disse initiativene drives gjerne fram av ildsjeler. Konkret oppbygning og virkemåte kan variere. Legeforeningens erfaring er at lokale løsninger er gode, og fungerer godt der de er. Det vil være uheldig om det ble fastsatt svært rigide nasjonale normer for hvordan samhandlingen mellom sykehus og kommune skal gjøres. Særlig om slike overordnede føringer ikke spilte på det gode arbeidet som gjøres lokalt. Likevel vil det også være uheldig om det ikke er representanter med fastlegeerfaring i slike samhandlingsarenaer, eller at kommuneoverlegen ikke er representert. Det er noen minimumskrav om hva som bør være tilstede ved samhandlingsarenaer mellom sykehus og kommuner.

Et annet viktig forhold er behovet for et kontinuerlig forbedringsarbeid i norsk helsetjeneste. Hvis det utvikles gode tiltak og verktøy for å arbeide med relasjonen mellom sykehus og kommune ett sted, bør slike suksesskriterier ha en mulighet for å overføres også til andre steder.
Legeforeningen foreslår derfor at det bør piloteres noen grad av økt formalisering av samhandlingsarenaene mellom sykehus og kommune. Det er lokalt pasientbehandlingen skjer, og hvor en vet hvor skoen trykker og ser hva som kan forbedres.
En slik pilotering vil kunne bidra til å nå flere mål. I beste fall vil samhandlingsarenaene legge til rette for eksplisitt diskusjon av ansvars- og oppgavefordeling mellom sykehus og kommune. Økt likeverdighet i denne relasjonen vil være en måte å håndtere "ukontrollert oppgaveoverføring" på. Sterk representasjon av fastleger, kommuneoverleger og kommunens helseledelse i samhandlingsarenaer vil være et verktøy til å bedre integrere kommunens medisinske tjenester i øvrig helsetjenestetilbud. En samhandlingsarena som kan diskutere og tilpasse finansieringsordninger vil kunne bidra til at prosjekter som går på tvers av forvaltningsnivå med åpenbar klinisk nytte, får fortsette.

Norsk forening for allmennmedisin publiserte i mars 2018 anbefalinger for samhandling mellom fastleger og sykehus. Legeforeningen mener dette er et eksempel på et godt utgangspunkt for lokal samhandlingsutvikling, som kan tilpasses i prosesser på helseforetaks- og kommunenivå. Hva som er god samhandling endrer seg i takt med medisinsk og teknologisk utvikling. Slike anbefalinger aktualiserer områder som må diskuteres og utvikles, men kan ikke brukes som en rigid mal i alle sammenhenger.

14. Samhandling og behov for tilpassede akutt-tilbud avhengig av hastegrad

Legeforeningen mener:

- Spesialisthelsetjenesten må ha et fungerende tilbud for vurdering av pasienter tilpasset hastegrad, for eksempel gjennom øyeblikkelig hjelp-poliklinikker, øyeblikkelig hjelp dagposter, eller samhandlingstelefon.

Man kan redusere antall pasienter som kommer til akuttmottakene til de mest belastede tidene av døgnet, ved å etablere gode rutiner for dialog mellom innleggende lege og sykehuslege. Legeforeningen erfarer at det mangler bredde i tilbudet for pasienter med ulik hastegrad i norsk helsetjeneste. For eksempel kan være en fastlege som ønsker en vurdering av en pasient med noen former for hjerteproblemer. Dette kan være pasienter som ikke nødvendigvis trenger en vurdering i spesialisthelsetjenesten samme dag, men i løpet av en ukes tid. Problemet oppstår når sykehus kun har tilgjengelig kapasitet i akuttmottak samme dag, eller en poliklinikk-time om seks uker eller liknende. Henviseren blir da nødt til å henvise en pasient til vurdering samme dag, selv om dette ikke var riktig hastegrad.

15. Samhandling og femprosentgruppen

Legeforeningen mener:

- Tverrfaglige tilbud må etableres basert på godt dokumenterte modeller, men tilpasset både lokale forhold og pasientenes behov.
- God legebemanning på sykehjem og tett samarbeid mellom hjemmesykepleie og fastlege kan bidra til at bruk av legevakt for de sykeste pasientene reduseres.

I forarbeidene til nasjonal helse- og sykehusplan har RHF-ene lansert femprosent- og enprosent-gruppene som viktige innsatsområder. De fem prosent av pasientene som trenger mest helsetjenester bruker om lag 50 % av alle ressursene på sykehus, mens den ene prosenten av pasienten som trenger mest helsetjenester bruker om lag 20 % av totalressursene.

Dette er en pasientgruppe som er statistisk definert ut fra ressursgrunnlag – ikke diagnoser, funksjonsbehov eller tjenestebehov. Pasientene i denne gruppen vil til enhver tid legge beslag på ulik andel ressurser fra år til år og hvilke pasienter som vil plasseres i denne gruppen vil også endre seg. Det ser for eksempel ut til å være en "turnover" i femprosent-gruppen på godt over 50 % fra år til år[19].

Turnoveren og heterogeniteten i gruppene gjør at det vanskelig danner seg klare talspersoner eller pasientorganisasjoner som kan formidle de spesifikke utfordringene som finnes her. Det er heller ikke åpenbart at de pasientene som trenger mest tjenester i spesialisthelsetjenesten er de samme pasientene som har størst behov i kommunene.

Helsetjenesten må sørge for at pasienter med ressurskrevende forløp får et tilbud som er tilpasset deres behov for kontinuerlige og koordinerte helsetjenester. Det finnes mange modeller som ville kunne bedre tjenestene for pasienter som i perioder faller inn under de statistiske kategoriene – fem- og enprosent-gruppene. Løsninger må baseres på lokale behov og muligheter slik at de ulike delene av den utøvende helsetjenesten har et eierskap til systemet. Det har allerede vært prøvd ulike modeller i Norge og internasjonalt hvor effekten er dokumentert. Dette gjelder blant annet ACT-team (Assertive Community Treatment) innen psykisk helsevern, involvering av geriater på ortopediske avdelinger (i Trondheim) og pasientsentrerte helsetjenesteteam (i Tromsø).
Fellestrekk for modeller som har hatt effekt er at teamene er sammensatt av helsepersonell fra både spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenesten, samt at de er tverrfaglige med godt definert koordinerende rolle.

For å gi bedre tjenester til de sykeste pasientene må de medisinske tjenestene i kommunene styrkes og organiseres på en måte som reduserer bruk av akuttmedisinske tjenester.

[19] Helse Midt har presentert noen analyser: https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/02/02/bedre-koordinering--med-samhandling-2.0/

16. Samhandling og IKT-verktøy

Legeforeningen mener:

- En "pasientens legemiddelliste" bør innføres så fort som mulig. Det er nødvendig for pasientsikkerhet og arbeidsflyt.
- Dialogmelding må snarest utbres til hele landet.
- Dokumentdeling gjennom nasjonal kjernejournal må realiseres og omfatte epikriser og henvisninger, radiologi- og prøvesvar, gjennomførte og planlagte kontakter og annen viktig klinisk informasjon.
- Myndighetene må etablere et kontinuerlig arbeid som identifiserer svakheter og mangler i dagens versjoner i meldingsstandardene, og som kan foreslå en utvikling av standardene bedre tilpasset klinisk hverdag.
- Overgang til moderne skybaserte EPJ-systemer i allmennpraksis og legevakt vil forenkle oppdateringstiden når nye tekniske standarder settes i drift.

God samhandling krever utveksling av informasjon om den enkelte pasient, og avklart ansvarsfordeling mellom de involverte partnerne i pasientbehandlingen. IKT-verktøy kan forenkle utvekslingen av relevant informasjon.

En hovedårsak til samhandlingsutfordringer i helsetjenesten er utydelig oppgave- og ansvarsfordeling. Om ikke disse grunnleggende forholdene er på plass, blir teknisk standardisering som gode IKT-verktøy langt mer komplisert. For å utvikle tekniske standarder er en avhengig av et faglig standardisering, noe det ofte ikke er faglig grunnlag for i medisinsk praksis. Her er det en manglende utveksling av perspektiver mellom teknologer og fagutøvere i klinikken (se eget kapittel om IKT).

Dialogmeldinger mellom lege i kommune og sykehus er teknisk klar for innføring, fungerer som et avlastning for henvisninger, og har vært vellykket prøvd ut i Helse Vest.

Legeforeningen mener likevel det er en rekke svært lavthengende frukter på IKT-området som kan innføres svært raskt, og som vil ha svært stor positiv innvirkning på samhandling, pasientsikkerhet og arbeidsflyt i helsetjenesten.

I dag finnes eksempelvis ikke én sann liste over pasientens legemidler, men legemidler må ajourføres både i e-resept, i kurvesystemer, i epikriser og henvisninger. Dette truer pasientsikkerheten, når legen ikke raskt kan få en trygg oversikt over medikasjon. Den medførende tidsbruken for å få en god nok oversikt over pasientens legemidler, er tid som ved gode tekniske løsninger kunne blitt brukt på annen pasientbehandling.

En utfordring i legehverdagen er at mange av IKT-verktøyene for meldingsutveksling har begrenset funksjonalitet i dag. For eksempel lar det seg ikke gjøre å legge ved dokumenter i elektroniske henvisninger. Dette fører til at viktig og nødvendig informasjon må ettersendes med regulær post. Det er en alvorlig begrensning at elektronisk meldingsutveksling i helsetjenesten ikke har bedre funksjonalitet.
I dag er det en utfordring for samhandlingen at det er tusenvis av ulike installasjoner av journalsystemer rundt om i landet. Dette gir utfordringer knyttet til oppdateringer og innføringer av nye tekniske standarder og grensesnitt for samhandling. Overganger til skybaserte EPJ-systemer vil redusere antall installasjoner drastisk, og kunne fjerne disse utfordringene.

Psykisk helsevern og rusbehandling

Legeforeningen mener:

Det trengs en betydelig opptrapping i psykisk helsevern
De siste tiårene har det skjedd en kraftig omlegging av psykisk helsevern med nedbygging av døgnplasser. Dette i kombinasjon med mangel på spesialistkompetanse går ut over de sykeste pasientgruppene.

- Myndighetene må øke antall leger i spesialisering-stillinger i psykiatri.
- Retorikken rundt den gylne regel må erstattes med konkret handling. Sektoren trenger en opptrappingsplan med øremerkede midler.
- Nedbyggingen av døgntilbud må stoppes for å ivareta et godt tilbud til de alvorlig psykisk syke.
- En reell satsning på bedre somatisk helse og økt livslengde blant pasienter med psykiske lidelser, slik pakkeforløpene krever, forutsetter at man sikrer økt rekruttering av leger i psykisk helsevern og TSB.
- Avtalespesialister er en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten, og bør ha rett og plikt til å prioritere henviste pasienter i tråd med forskrift og samarbeide om strukturert venteliste, for eksempel gjennom felles henvisningsmottak med lokalt helseforetak.
- Alle helsearbeidere må ha obligatorisk opplæring i riktig bruk av tvangstiltak, med krav til felles gjennomgang etter tvangsmiddelbruk. Riktig bruk av tvang er et ledelsesansvar.

Rolleavklaring samt institusjonalisering av vellykkede samarbeidsprosjekter vil fremme samhandling i psykisk helsevern
Institusjonelle grep er nødvendig for å bedre tilbudet til pasienter i psykisk helsevern og TSB, som ofte trenger tverrfaglig og sammensatt helsehjelp.

- Oppsøkende tverrfaglige tilbud slik som ACT og FACT team må etableres i alle helseforetak, og sikres varig finansiering.
- Henvisninger fra fastleger skal ikke avslås av spesialisthelsetjenesten uten at det gis tilbakemelding med konkrete råd om hvordan pasienten kan hjelpes videre. Dersom det er tvil om pasienten har rett på utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten er det en bedre løsning å la erfarne spesialister gjøre en førstegangsvurdering for å avgjøre riktig omsorgsnivå.
- Alle overganger mellom ulike enheter i rusbehandling må sikres gjennom forberedte utskrivelser, digital behandlingsplan, krise- og mestringsplan for å forebygge tilbakefall, og avklarte ansvarsforhold for videre oppfølging.
- For å skape bedre forutsigbarhet og mindre uønsket variasjon i tjenestetilbudet bør det gjennomføres en nasjonal kartlegging av nødvendig og tilgjengelig fagkompetanse i psykisk helsevern og TSB, som munner ut i normer for bemanning.
- For å nå unge med rusproblemer bør TSB etablere egnede tilbud til unge med vekt på ambulante tjenester, gjerne etter modell av det tidligere psykiatrisk ungdomsteam. Psykisk helsevern for barn og unge bør få tilført midler til kompetanseheving i rusbehandling.
- Det vil gi god helseeffekt å gi fritak for egenandel hos fastlege for personer med ruslidelser.

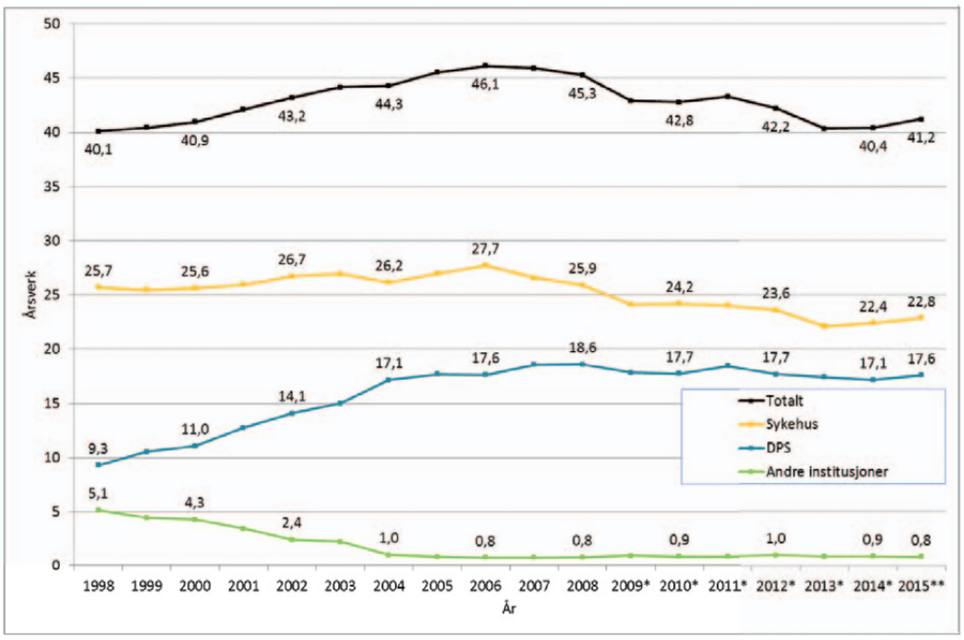
17. Opptrapping i psykisk helsevern

Legeforeningen mener:

- Myndighetene må øke antall leger i spesialisering-stillinger i psykiatri.
- Retorikken rundt den gylne regel må erstattes med konkret handling. Sektoren trenger en opptrappingsplan med øremerkede midler.
- Nedbyggingen av døgntilbud må stoppes for å ivareta et godt tilbud til de alvorlig psykisk syke.
- En reell satsning på bedre somatisk helse og økt livslengde blant pasienter med psykiske lidelser, slik pakkeforløpene krever, forutsetter at man sikrer økt rekruttering av leger i psykisk helsevern og TSB.
- Avtalespesialister er en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten, og bør ha rett og plikt til å prioritere henviste pasienter i tråd med forskrift og samarbeide om strukturert venteliste, for eksempel gjennom felles henvisningsmottak med lokalt helseforetak.
- Alle helsearbeidere må ha obligatorisk opplæring i riktig bruk av tvangstiltak, med krav til felles gjennomgang etter tvangsmiddelbruk. Riktig bruk av tvang er et ledelsesansvar.

Psykiske lidelser er ofte komplekse og sammensatte, og kan variere fra kortvarige krisereaksjoner til livslange og invalidiserende lidelser. Både psykologiske, biologiske og sosiale forhold er av betydning, og behandlingen er tverrfaglig og ofte langvarig. Innen psykisk helsevern er det ikke utstyr og undersøkelser som driver kostnadene, men behovet for kvalifisert personell i direkte pasientkontakt.

Den gylne regel har hittil ikke vært en vellykket metode for å prioritere helsetilbudet til psykisk syke. De siste tiårene har det skjedd en dramatisk omlegging av psykisk helsevern med kraftig nedbygging av døgnplasser, økt poliklinisk aktivitet, og betydelig økt ansvar hos kommunene for pasienter med alvorlig psykisk sykdom. Spesielt de sykeste blir skadelidende når tilstrekkelig døgntilbud og spesialistkompetanse mangler.



Figur: Årsverk etter institusjonstype i det psykiske helsevernet for voksne 1998-2015. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre.

*Brudd i tidsserien fra 2008 til 2009 og fra 2014 til 2015

Korrigert for befolkningsvekst økte personellraten i psykisk helsevern for voksne med 13 % fra 1998-2008, mens den sank med 9 % i perioden 2009-2015. Antall ansatte er i 2015 på samme nivå som ved starten av opptrappingsplanen for psykisk helsevern i 1998 (se figur "Årsverk etter institusjonstype i det psykiske helsevern for voksen 1998-2015"). I samme periode har antall oppholdsdøgn blitt halvert, og antall polikliniske konsultasjoner er økt til det nær tredoble. Siden 2006 har det relative antall ansatte i DPS vært uendret, mens antall konsultasjoner har økt med 50 %. Det er altså like mange ansatte som nå håndterer langt flere pasienter i psykisk helsevern.

Mange helseforetak melder om betydelige problemer med å rekruttere legespesialister. Leger opplever å være for få til å kunne gjøre en god nok jobb. Det er uheldig når en lege blir alene i et fagmiljø, særlig når man som eneste yrkesgruppe har ansvar for hele pasientens helse, både den psykiske og den somatiske.

Det er store variasjoner mellom helseforetak i bruk av tvang. Variasjonen kan ikke bare forklares av forskjeller i forekomst, men også av ulike tradisjoner og fortolkning av lovverk.

Psykisk helsevern og rus er viktige tema for Legeforeningen, som vil publisere egne rapporter om dette utover denne innspillsrapporten til nasjonal helse- og sykehusplan.

18. Samhandling i psykisk helsevern og rusbehandling

Legeforeningen mener:

- Oppsøkende tverrfaglige tilbud slik som ACT og FACT team må etableres i alle helseforetak, og sikres varig finansiering.
- Henvisninger fra fastleger skal ikke avslås av spesialisthelsetjenesten uten at det gis tilbakemelding med konkrete råd om hvordan pasienten kan hjelpes videre. Dersom det er tvil om pasienten har rett på utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten er det en bedre løsning å la erfarne spesialister gjøre en førstegangsvurdering for å avgjøre riktig omsorgsnivå.
- Alle overganger mellom ulike enheter i rusbehandling må sikres gjennom forberedte utskrivelser, digital behandlingsplan, krise- og mestringsplan for å forebygge tilbakefall, og avklarte ansvarsforhold for videre oppfølging.
- For å skape bedre forutsigbarhet og mindre uønsket variasjon i tjenestetilbudet bør det gjennomføres en nasjonal kartlegging av nødvendig og tilgjengelig fagkompetanse i psykisk helsevern og TSB, som munner ut i normer for bemanning.
- For å nå unge med rusproblemer bør TSB etablere egnede tilbud til unge med vekt på ambulante tjenester, gjerne etter modell av det tidligere psykiatrisk ungdomsteam. Psykisk helsevern for barn og unge bør få tilført midler til kompetanseheving i rusbehandling.
- Det vil gi god helseeffekt å gi fritak for egenandel hos fastlege for personer med ruslidelser.

De nyetablerte pakkeforløp for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er ventet å gi mer sammenhengende og bedre koordinerte tjenester, men det krever tydelige roller for koordinatorer og at tjenestene evner å samarbeide på tvers av avdelings- og omsorgsnivå.

Kommunene har i dag et betydelig ansvar for oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk sykdom og langvarig behov for sammensatt helsehjelp, tilrettelagt bolig og trygdeytelser. Her er mange aktører involvert. Noen steder fungerer samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste godt, men den kan også være sviktende. Tverrfaglige tilbud som ACT, eller FACT, er teamtilnærminger med dokumentert effekt overfor slike pasientgrupper.

En stor utfordring er at mange slike tverrfaglige tilbud er prosjektfinansiert. Etter prosjektperioden trekker ofte kommune eller helseforetak seg ut, og teamet blir lagt ned. Dette er pasientgrupper med særlig behov for kontinuitet og stabilitet i helsetilbudet.

Det er en rekke institusjonelle forhold i tjenestetilbudet i psykisk helsevern og rusbehandling som skaper grobunn for svak samhandling og lav forutsigbarhet i pasientbehandlingen. I ledelse og klinisk behandling i psykisk helsevern og TSB er ikke rollene og innbyrdes ansvarsforhold mellom yrkesgruppene entydig avklart, noe som kan medføre uheldig oppgaveglidning og dårlig utnyttelse av knapp fagkompetanse.

Innen rusbehandling er det en rekke helprivate og ideelle aktører som har avtale med RHF-ene eller gir tilbud innenfor «Fritt behandlingsvalg» om å tilby langtids døgnopphold, ofte på et geografisk atskilt sted fra der pasienten bor. Mange aktører og geografisk spredte tilbud hemmer mulighetene for god samhandling med kommunen og sammenhengende behandlingsløp i TSB. Det er stor variasjon i hvordan den offentlige kommune- og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusbehandling er organisert, og erfaringen er at fastlegen ofte får en perifer rolle i behandlingen.

Personer med ruslidelser har gjerne ustabil økonomi, noe som kan hindre dem fra å søke legehjelp. Erfaringer viser at mange ikke har råd til å betale egenandeler, og lar være å oppsøke lege på nytt fordi de ikke har gjort opp for tidligere behandling. Fritak for egenandel vil gjøre det lettere for denne gruppen å oppsøke fastlege.

For gruppen barn og unge med rusproblematikk er ikke tilbudet bare uryddig, men mangelfullt. TSB er i hovedsak for voksne, mens psykisk helsevern for barn og unge har begrenset kompetanse på å oppdage og behandle ruslidelser.

Framskrivninger er usikre og trenger marginer som reduserer risiko for feildimensjonering

Legeforeningen mener:

- Framskrivinger må brukes med stor varsomhet som beslutningsgrunnlag i planleggingen av sykehus. Det er behov for marginer som i tilstrekkelig grad reduserer risiko for feildimensjonering.
- De regionale helseforetakene må i langt større grad ta hensyn til uforutsett utvikling i sykehussektoren, enn det utviklingsplanene legger opp til.

Nasjonal helse- og sykehusplan vil tegne ut et bilde av hvordan fremtidens helsetjeneste bør se ut. I innspillene sine til dette arbeidet bruker de regionale helseforetakene framskrivninger basert på en modell av Sykehusbygg HF ("sykehusbyggmodellen"). Formålet med framskrivningene er å forutse hvordan bruken av helsetjenester vil kunne utvikle seg i de kommende tiårene. Slike modeller er viktige bidrag i diskusjonen om fremtidens sykehus, men de må brukes med stor forsiktighet som grunnlag for dimensjoneringen av nye sykehusbygg.

Siden veldig mange ulike faktorer påvirker etterspørselen etter og tilbudet av helsetjenester, må den som framskriver gjøre en rekke antakelser om disse faktorene. Alle framskrivinger gjør blant annet forutsetninger om folketallet, befolkningens sykelighet, vridningen fra døgn- til dagbehandling og hvor mye pasientbehandling som overføres til kommunene, for å nevne noen. Alle disse størrelsene er usikre, og usikkerheten øker jo lengre frem i tid man fremskriver. Sykehusbygg og RHF-ene som bruker modellen legger inn en rekke slike faktorer, men det er også en rekke faktorer som ikke legges inn. Noen eksempler på slike endringskrefter som ikke tas med er antibiotikaresistens, kunstig intelligens, sykdomssammensetning og effekter av globalisering. Rapporten "Helse-Norge 2040" som Samfunnsøkonomisk analyse har utarbeidet på vegne av Helsedirektoratet, drøfter noen av disse[20].

Slik Legeforeningen ser det bruker RHF-ene sykehusbyggmodellen på en noe uhensiktsmessig måte. RHF-ene legger sykehusbyggs grunnmodell til grunn for å framskrive demografiske behov for helsetjenesten. Deretter legger de selv til en rekke endringsfaktorer, som alle reduserer behovet for helsetjenester. Slike endringsfaktorer kan være overføringer av oppgaver og pasienter til kommunen, det kan være bruk av observasjonssenger og pasienthotell, eller generell effektivisering. Det som bekymrer Legeforeningen er at når man legger sammen alle de små endringsfaktorene, blir summen veldig stor. Sannsynligheten for at alle disse små tiltakene skal slå til med forventet effekt, blir lavere for hvert nye element som legges til. Slik Legeforeningen ser det, lager RHF-ene selv et framtidsscenario for hva som er nødvendig helsetjenestekapasitet, og Legeforeningen mener dette framstidsscenarioet er presset i retning av helsetjenestebehovet skal være så lavt som mulig. Det er svært mange usikre antakelser som skal inntreffe for at det framtidsscenarioet skal bli en realitet.

Helseøkonomisk analyses framskrivning, som Legeforeningen har anskaffet, belyser usikkerheten i fremtidens helsetjenestebehov og viser en alternativ framskrivning som baserer seg på færre og mildere forutsetninger. Legeforeningen mener det er viktig å unngå at en rekke mindre endringsfaktorer legges inn som alle drar i samme retning.

[20] http://www.samfunnsokonomisk-analyse.no/nye-prosjekter/2018/1/19/helse-norge-2040-hvordan-vil-framtiden-bli

DEN NORSKE
LEGEFORENING

Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00
www.legeforeningen.no