



Nordland legeförening

DEN NORSKE LEGEFÖRENING

Helse Nord
Postboks 1445

8038 Bodø

Bodø, den 15. februar 2023

Høringsvar til «Strategi for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord – Revisjon for 2023-2027 fra Nordland legeförening

Overordnede betraktninger:

Nordland legeförening vurderer at strategien målbærer mange fine visjoner, men oppleves som lite konkret mht midler som skal benyttes. Vi mener at det er viktig å være mer konkret i å tidfeste målene i de enkle strategiene. I følgebrevet heter det at «*Strategien har et langsiktig perspektiv mot 2038, men det legges opp til revidering hvert fjerde år. Den er forankret i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, Regional utviklingsplan i Helse Nord 2038 og Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024.*» Strategien gjelder altså fram til 2038, men skal revideres hvert fjerde år. Det er altså noe uklart om dokumentet beskriver den langsiktige planen fram til 2038 eller om noen av planene skal effektiviseres innenfor planperioden mellom 2023 -2027.

For eksempel er det åpenbart at Helse Nord ikke kan bruke hele tiden til 2038 for å stabilisere fagmiljøene. Et annet eksempel er at kunstig intelligens neppe vil bidra til å løse noen konkrete utfordringer innen 2027. Foreliggende strategi burde med andre ord være mer konkret hvilke mål som skal være nådd innen perioden 23-27.

I følgebrevet heter det at «*Strategien adresserer den største utfordringen Helse Nord står i, nemlig at helseforetakene ikke får tak i de helsearbeiderne og fagfolkene de trenger. Dersom ikke driften legges om vil det til slutt gå i stå. Da er det viktig å sikre en felles forståelse og oppslutning om retningen videre*». Derfor er det tilsynelatende et motsetningsforhold mellom at man i første delen av rapporten bruker mye tid på bekymringen for personellveksten i Helse Nord, mens man er mest opptatt av stort frafall og rekrutteringsproblemer.

Personell og rekruttering

Et sentralt tema i rapporten er personellutviklingen. Det nevnes både bekymringer for økte behov for helsetjenester og for vekst i antall helsepersonell. I realiteten er andelen av vår totale økonomi som benyttes til helsetjenester lavere enn f.eks i USA, Tyskland, Frankrike, Sverige, Canada, Sveits og Japan.¹ Norge er en av de rikeste nasjoner i verden og kan være stolt over å bruke mye ressurser på syke og hjelpetrequende. Antall sykehusarbeidende leger og sykepleiere pr 1000 innbyggere er ikke vesentlig høyere enn mange andre land det er naturlig å sammenlikne seg med. Nordland legeförening ønsker at Helse Nord RHF heller fokuserer på å høyt antall sykepleiere og leger per innbygger er både en styrke og nødvendighet, gitt vår desentraliserte og griskrendte sykehusstruktur, og ikke et problem.

Det savnes flere steder utdypende tall og dokumentasjon for å belegge argumentasjonene. Når det nevnes at antall leger og sykepleiere er økt fra 10% høyere enn resten av landet til 24 % høyere, så er det viktig å ta med i betraktningen et enkelt matematisk fenomen: Helse Nord er Norges minste RHF. Når vi i denne perioden tildeles eksempelvis X antall nye LIS1-stillinger, så vil denne økningen prosentvis utgjøre et større tall hos oss enn for regioner med et større antall helsearbeidere som mottar like mange stillinger. En økning i prosentandel er følgelig lite nyttig til å sammenlikne oss med resten av landet. Vår desentraliserte sykehusstruktur medfører dessuten at økte ressurser må «smøres tynt utover».

Det framstilles som et problem at antall legeårsverk og sykepleierårsverk har økt, men man nevner i samme avsnitt at i samme perioden har altså både liggetiden gått ned med 9 % og antall opphold og DRG-poeng økt med hhv 20% og 9,1%. Produktiviteten er altså økt betydelig. Vi gjør med andre ord mere jobb for flere pasienter, men har kortere tid å gjøre det på. Dette medfører økt behov for helsearbeidere.

Nordland legeförening vil i tillegg påpeke at både befolkningsutvikling og medisinsk utvikling har endret seg vesentlig bare ila de siste tiårene: Kompleksiteten både i pasientens sykdomsbilde, alder/skrøpeligheit, legemiddelbehandling og diagnostiske og terapeutiske muligheter har økt enormt. Såkalte «enkle» pasienter behandles hovedsakelig poliklinisk. De inneliggende pasientene er blitt betydelig mye mer krevende både faglig og ressursmessig. Det er uklart for oss hvordan man kan påstå «at aktiviteten har økt, men bemanningen øker relativt mer».

Forventningene om innsatsnivå og kvalitet fra både pasienter, pårørende og helsemyndigheter har økt. Pasientene kan lese alt som skrives om dem på Helse Norge og tjenestene vi yter blir «veid og målt» i mange formelle og uformelle instanser. En mer krevende medievirkelighet gjør belastningen ved eventuell feilbehandling større. Samtidig har støttefunksjoner forsvunnet og for legegruppen innebærer det at mer av legenes arbeidstid går til oppgaver andre profesjoner kunne ha bistått med. Med et slikt bakteppe må den betydelige produktivitetsøkningen heller berømmes enn at bemanningsøkningen skal påpekes som et problem. Vi tenker også at det er viktig å se over hvordan man måler aktivitetsgrad.

¹ https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/8/8/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book

Når man ser på antall leger i spesialisthelsetjenesten og sammenligner regioner må man også ta i betraktning at private aktører er ulikt fordelt i regionene. Det kan tenkes at helseforetak med høy bruk av private helsetjenester vil ha behov for færre ansatte i den offentlige helsesektoren, og motsatt. Private aktører har heller ikke samme ansvar for utdanning og forskning som den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Det savnes også informasjon om hvilken type helsearbeidere man snakker om, og i hvilken del av tjenesten disse arbeider: Hvor mange årsverk for leger og sykepleiere forsvinner inn i administrasjon, rapportering, HR, IKT osv? Hvordan er denne statistikken sammenliknet med andre helseregioner?

Det er også viktig å ha forståelsen for at «en lege er ikke en lege». Det er ikke antall hoder som er vesentlig, - det er kompetansenivået og hva man kan bruke dem til som avgjør. Man kan ikke drive avdelinger med leger som så vidt har påbegynt et spesialiseringsløp. Det er spesialistene som gjør sykehusene til Spesialisthelsetjeneste. Har Helse Nord flere spesialister pr innbygger enn andre helseregioner?

Gjennomgående i rapporten er troen på systematikk, struktur og rapportering som midler til å nå målene. For oss fremstår det her viktig at man ikke bare gjør mer av tidligere brukte kontrollstrategier med forventingen til et nytt resultat. Det er helt essensielt med et tett og tillitsbasert samarbeid med faggruppene på alle nivåer i organisasjonen.

Vi ønsker oss at fokuset flyttes fra rapportering og byråkratisering til målrettede tiltak som reelt medfører at helsepersonellet ikke bare blir i jobben, men trives og utvikles. Herunder støttes forslaget under pkt 7.1 om å sammenstille kunnskap om uønsket ekstra turnover som grunnlag for målrettede stabiliserende tiltak. I Helse Nord har vi erfaring for at vi stor grad må både utdanne og rekruttere innenfor egen helseregion. I en sårbar helseregion som har åpenbare rekrutteringsutfordringer vil det viktigste tiltaket være å sørge for at helsepersonellet ikke slutter i virksomhetene. Påstanden om at «*Helse Nord vil aldri klare å få bukt med rekrutteringsutfordringene dersom veksten (... i antall helsearbeidere. Red anm) ikke bremses*» er vanskelig å forstå. Man skal både bedre rekrutteringen og bremse veksten. Midlene er for eksempel en «profesjonalisert rekruttering» ved hjelp av tåkeleggende «nynorske» begreper som «onboarding». Legeforeningen mener at dersom fokuset rettes mot kunnskapsbasert praksis, kvalitet, trivsel og autonomi, så oppnår man begge deler. Det skaper bærekraft.

Digitalisering, oppgaveglidning og arbeidstid

Det savnes foreløpig god nasjonal og internasjonal evidens for at digitalisering, sensorteknologi og kunstig intelligens medfører effektivisering og mindre ressursbruk. Kan hende er dette mulig på sikt, men foreløpig er digitaliseringen i Helse Nord ikke kommet langt nok til at vi kan høste disse gevinstene. Vi mangler grunnleggende funksjonalitet på flere områder. For eksempel hindres en god funksjonsfordeling og effektiv samhandling om pasientene av et kunstig skille mellom helseforetakene. Denne hindrer journalinformasjonen å løpe kontinuerlig/gjennomgående slik at man kan jobbe trygt og effektivt på tvers av foretaksskillene. Vi mener at dersom man kan dokumentere et legitimt tjenstlig behov for å lese eller dokumentere i pasientens HelseNord-journal, så er vekslingen mellom den

fullstendige regionale leserollen og en begrenset lokale skriverolle et unødig hinder som ikke er i pasientens interesse.

Det er vanskelig å være uenig i demografien og utviklingen av sykdomsbyrde i Helse Nord. Det er også akseptert at spredt bebyggelse i Nord gir en ekstra utfordring ved å organisere helsetjenesten så desentralt som mulig. Teknologiske nyvinninger vil uten tvil kunne bidra å bringe helsetjenesten nærmere der pasienten bor, men disse løsninger betyr ikke alltid en effektivisering av helsepersonell.

Vi mener det er viktig i et strategidokument å skille på om teknologi og digitalisering gir kvalitetsgevinster eller om det gir effektivisering av tjenesten. Eksempel: Digitale konsultasjoner er bra for pasienten og fører til mindre transportkostnader men fører ikke automatisk til mindre bruk av helsepersonell. Sensortechnologi i pasientens hjem kan føre til både mindre-, men også økt tidsbruk i spesialisthelsetjenesten. Noen må vurdere alle disse dataene som sensorene innhenter.

Digitalisering har også sine begrensninger. Digitale konsultasjoner innebærer tap av verdiene og informasjonen som et fysisk menneskemøte og somatisk undersøkelse kan tilby. Dette kan medføre at pasienten for eksempel aksepteres for operative inngrep og behandling som aldri burde vært utført. Det kan være vanskelig å tilby emosjonell støtte og trøst på samme måte, eller informasjon på en slik måte at pasienten forstår den. Digital tjenesteytelse kan oppleves fremmegjørende, og vi opplever også at digitale konsultasjoner kan ofte tar lengre tid. Digitalisering må ikke gå på bekostning av den faglige kvaliteten.

Legeforeningen stiller seg positiv til digital utvikling og verktøy som letter arbeidshverdagen i pasientrettet arbeid. Foreløpig har digitalisering trolig medført bedre dokumentasjonskvalitet og pasientsikkerhet, men også økte tid brukt på dokumentasjon. Økt andel av legenes tid blir nå brukt til sekretær oppgaver: Tilgangen til nødvendige støttefunksjoner reduseres stadig, som mulighet til å diktere i stedet for å skrive notater selv, sekretærstøtte mm. Talegjenkjenning sparer sekretærtid, men tar vesentlig lengre tid for legen.

For å oppnå bedre utnyttelse av legeårsverkene vil oppgavedeling og styrking av støttefunksjoner til legene være sentrale faktorer. Selve tiden som brukes til direkte pasientkontakt er liten i forhold til øvrig arbeid, som dokumentasjon, registreringer, koding, kommunikasjon med samarbeidspartnere, bestillinger av supplerende undersøkelser osv. For å bidra til økt aktivitet og ressursoptimering må oppgavedeling innebære en reell avlastning fra oppgaver som ikke krever spesifikk kompetanse. Oppgavedeling som innebærer en økning av oppgaver med å overse og kontrasi gnere andres arbeid er ikke hensiktsmessig. Det vil heller ikke løse sykepleiermangelen at disse skal overta legeopp gaver.

Vi ønsker altså heller fokus på å styrke reelle støttefunksjoner, som sekretærtjenester, flere helsefagarbeidere, fokus på kunnskapsbasert praksis, fjerning av unødig virksomhet som gir lite reell nytte og dokumentasjons- og rapporteringskrav som oppleves som meningsløse og som ikke styrker pasientsikkerheten.

Arbeidstid og arbeidsplanlegging var sentral i konflikten mellom Spekter og Akademikerne i 2016. Et av virkemidlene som arbeidsgiversiden ønsket å benytte var kalenderplaner med gjennomsnittsberegning av arbeidstid. Rapportens punkt 6.2 sier bla annet at «Avansert oppgaveplanlegging skal bidra til bedre langtidsplanlegging av elektiv pasientbehandling, redusere ventelister og sikre god ressursstyring.» Nordland legeförening minner om at endringer i måten man organiserer arbeidsplaner og arbeidstid må skje i nært samarbeid med virksomhetenes tillitsvalgte i tråd med prinsipper for godt partssamarbeid i arbeidslivet.

Kompetanse og kunnskapsutvikling

Det postuleres innledningsvis under punkt 1 at «Her betyr du mer og her lærer du mer». Dette er en påstand som er vanskelig å dokumentere og kan definitivt problematiseres: Fra legenes ståsted er påstanden rett hvis man med dette mener at man som helsearbeider i Helse Nord må håndtere flere typer problemstillinger alene med begrenset mulighet til faglig støtte og diskusjon. Helse Nords sykehusstruktur preges av mange små lokalsykehus med et begrenset antall fagpersoner innenfor samme fagområde. Dette stiller store krav til den enkeltes kunnskapsbredde, nettverk utenfor sykehuset og faglige trygghet.

Imidlertid reflekteres ikke utsagnet i legenes muligheter til å tilegne seg kunnskap. Den økonomiske situasjonen i foretakene i Helse Nord har de siste årene lagt begrensninger på mulighet til å delta på faglige møter og kongresser som ikke er en del av spesialistutdanningen. Viktige faglige møter arrangeres oftest i de store byene, der leger fra Helse Nord har liten mulighet til å delta fysisk fordi foretakene ikke dekker utgiftene. Fysiske møter er viktig ikke bare for å øke læringsutbyttet, men også for å knytte kontakter og etablere viktige uformelle fagnettverk. Deltakelse på ledende faglige internasjonale kongresser har også blitt begrenset av økonomiske årsaker. Koronapandemien medførte at mange møter og kongresser nå tilbyr web-deltakelse, men det er bred enighet blant leger om at dette ikke gir det samme (lærings-)utbyttet. Derfor er det påfallende at man under punkt 6: Utdanning og kompetanse ikke nevner slike læringsarenaer som del av internopplæringen av ansatte.

Legegruppen møter ofte komplekse kliniske problemstillinger som ikke kan løses med kokeboksoppskrifter. Problemstillinger som trenger at man har gode, oppdaterte, kunnskaper og fått god trening og veiledning i problemanalyse og problemløsning. Vi mener at troen på læringsutbyttet av e-læringsaktiviteter og kontrollbehovsbasert check-box-utdanning har gått for langt. Legevirkosomhet læres best under trygg praksis veiledet av erfarne trygge rollemodeller som har faglig kunnskap, tid og anledning til å veilede. Faglige diskusjoner mellom kollegaer og målrettet kunnskapsinnhenting gir imidlertid svært godt læringsutbytte, men vektlegges ikke like høyt. Vi ser derimot med glede på at simuleringstrening har fått økt fokus de senere årene.

Ved omlegging til ny spesialitetsutdanning fulgte det med en ny systematikk rundt læringsmål og -aktiviteter og et svært omfattende regime for dokumentasjon. Det er foreløpig uklart og omdiskutert i legegruppen hvorvidt omleggingen har medført økt kvalitet i spesialistutdanningen. Det oppleves særlig frustrerende for våre medlemmer når de ser at kravene og omfanget av obligatoriske aktiviteter varierer betydelig mellom foretakene i

Helse Nord. I noen foretak er det en sterk og bred bekymring for at obligatoriske aktiviteter (med et opplevd begrenset utbytte) fortrenger den viktigste kompetanskilden, nemlig klinisk praksis. Det er bra at rapporten vektlegger regionalt samarbeid om hospitering og læring på tvers av foretakene, men dette innebærer også fravær og reisekostnader. Det er også viktig å ikke lukke døren for at LIS3 og ferdige spesialister kan ha tjenstgjøring/hospitere innenfor andre RHF for å så ta med viktig kompetanse hjem til Helse Nord.

Pasientene i Helse Nord forventer og fortjener at den faglige standarden på behandling er oppdatert og på høyde med resten av landet, men legene i Helse Nord har ikke samme muligheten til å erverve kunnskapen som gjør dem i stand til å tilby dette. Nordland legeforening krever, -på vegne av våre framtidige pasienter, at økonomiske problemer i foretakene ikke skal gå ut over helsepersonellens mulighet for kompetanseutvikling. Faglig trygghet er vesentlig for å bevare personell i det offentlige helsevesenet. Hvis offentlige helsearbeidsplasser skal kunne konkurrere med de private må de kunne tilby mulighet for faglig utvikling, gode robuste fagmiljøer og akseptable arbeidsbetingelser og arbeidstid som muliggjør en god balanse mellom jobb og privatliv. Lønn er ikke det eneste som motiverer helsearbeidere. Å være trygg på sin yrkesutøvelse, og å oppleve at man kan gi kvalitetsmessig god behandling i et godt arbeidsmiljø, er tvingende nødvendig for trivsel.

Nordland legeforening mener at den beste måten å sikre en bærekraftig og kvalitetsmessig god helsetjeneste for den nordlige befolkning er å jobbe målrettet på flere områder: Det er åpenbart at vi må organisere oss annerledes i framtida, men den viktigste ressursen i helsetjenesten er fagfolkene og fagmiljøene. Økonomiske nedskjæringer må ikke gjøres «produksjonært» i sårbare virksomheter eller sette helsearbeiderne ytterligere på strekk. Endringer bør ideelt sett utarbeides av de som kjenner virksomhetene og faget best.

På vegne av styret i Nordland Legeforening

Johanne Amundsen og Hanne Kvarenes
Styremedlemmer i NLF

Ulrika Larsson
Leder NLF