



Troms legeförening
Avdeling av Den norske legeförening

Tromsø, 11. november 2022

Helse Nord RHF

Moloveien 16

8038 Bodø

Hørings svar: Regional utviklingsplan 2023 - 2038

Troms Legeförening takker for invitasjonen til å gi innspill til Regional utviklingsplan 2023–2038 (RU38).

Nord-Norges strategiske betydning og geografiske plassering byr på muligheter og utfordringer. Nord-Norges strategiske betydning er økende. Helsevesenet er nasjonens viktigste beredskapstjeneste og bidrar natt og dag til trygghet for befolkningen når ulykke, sykdom, større katastrofer eller hendelser inntreffer. Primær- og sekundærhelsetjenesten må ses som elementer i en helhet, og nøkkelen til utfordringene de neste tiåra vil være å ha fokus på befolkningens samlede behov i hele helse- og omsorgstjenesten. De siste årene har lært oss nødvendigheten av å planlegge for storskala beredskapssituasjoner over tid. Helse Nord RHF må ta en aktiv rolle i å utvikle dette videre, sammen med kommunene og andre beredkapssektorer. Det er betryggende at AD i sin vurdering innledningsvis i høringsnotatet legger betydelig vekt på dette. Dette må raskt gis videre prioritet, og Legeföreningen er innstilt på å være en samarbeidsaktør i så måte.

Helsetjenestens viktigste kapital er kunnskapen og omsorgsevnen til folka som jobber der. Motiverte medarbeidere med høy faglig integritet er avgjørende for å løse helsetjenestens utfordringer å ti-årene som kommer. Vi må tenke nytt i forhold til arbeidsprosesser og samarbeid. Da blir motiverende, nær, ledelse, sterke fagmiljøer og gode utdannings- og utviklingsmuligheter helt avgjørende. Universitetssykehuset Nord-Norge må få muligheten til å utvikle seg i tråd med dette.

Hverken økonomi, tilgangen på personell eller pasientgrunnlag tillater mer enn ett universitetssykehus i Nord-Norge. Da blir det viktig at Helse Nord tar en mer aktiv lederrolle til utviklingen av gode pasientbroer, desentralisert spesialisthelsetjeneste, sømløse IKT-løsninger og samarbeid mellom nivåene slik at pasientene i hele Nord-Norge får gode og likeverdige helsetjenester over hele landsdelen – der de bor.

xXx

Vi syns overordnet at utkastet til RU38 er godt. Mosaikkbildet over Nord-Norges særegne utfordringer er nyttig, men man kunne nok med fordel lagt inn bildeelement av klima og strategisk posisjon i Nordområdene. Viktige utfordringer og forutsetninger for utvikling av spesialisthelsetjenesten i regionen er med, og vi vil berømme et grundig arbeid. Våre innspill handler naturligvis mest om UNN HF. Dokumentet og strategien er omfattende, og vi har måttet velge kun noen få elementer vi velger å kommentere spesielt ut over de gjennomgående

føringene presentert over. Som fagforening er vi opptatt av gode arbeidsforhold og utviklingsmuligheter for de ansatte, og har forsøkt å se dette i et bredt bilde.

DEL 1

3 Behov for omstilling

Det pekes på flere omstillingsbehov, blant annet for sentralisering av helsetjenester og man mener funksjonsdeling er nødvendig for å sikre etterlevelse av nasjonale faglige retningslinjer.

Funksjonsdeling er allerede en utfordring for spesialistutdanning, rekruttering og stabilisering av LIS regionalt, men særlig i UNN. Det bidrar til fragmentering av fagmiljø, og er hyppig gjenstand for konflikter i miljøene og frustrerer ofte pasientene. I blant annet bløtdelskirurgi, ortopedisk kirurgi og gynekologi er det i UNN uttalt funksjonsdeling av prosedyrer slik at LIS på alle UNNs sykehus må reise mellom lokalisasjonene for å få tilgang til nødvendige prosedyrer for å oppnå spesialitetene. Det er ikke nytt at LIS må ta deler av spesialistutdanningen på spesialiserte sykehus, og behovet for å sentralisere avansert behandling er velbegrunnet og til det beste for pasientene. Det er imidlertid en svakhet for spesialistutdanningen i UNN Tromsø at lokalsykehusfunksjoner i flere fag er satt bort til Harstad og Narvik. Inngrep som brokk, galleblærefjerning, hemoroidekirurgi, primære hofteproteser, artroskopi og diagnostiske laparoskopier er vanlig å lære seg i begynnelsen av spesialistutdanningen. LIS i Tromsø får ikke volum nok til å verken mestre dette eller fylle prosedyrelistene. Det er av stor betydning at UNN Tromsø gjenvinner allmenne lokalsykehusfunksjoner innenfor alle fag. Slik situasjonen er i dag oppnås grunnleggende ferdigheter sent, og uten disse har man ikke kompetanse til å operere de avanserte tilfellene. Dette er også en utfordring for det anestesilogiske miljøet som må tilpasse sin spesialistutdanning til de kirurgiske prosedyrene. På lang sikt fører dette til at fagmiljøene i UNN Tromsø svekkes. Kirurgiske prosedyrer må utføres jevnlig for å yte trygg pasientbehandling. På kort sikt fører den utstrakte funksjonsdelingen til høy utskiftning av LIS i de aktuelle fagene, fordi legene ser at de kan få bedre progresjon ved andre sykehus utenfor regionen. Ryktet til regionens universitetssykehus blir svekket. Vi har etter hvert en rekke eksempler på nærspecialister som bruker UNN Tromsø i innledende deler av spesialistutdanningen for så å reise ut av regionen for å avslutte spesialistutdanningen. De beste utdanningskandidatene vil da gjerne bli tilbudt videre jobb på nytt sykehus – og UNN Tromsø mister utdanningskandidaten. Utdanningen av legestudenter og annet helsepersonell lider også under manglende lokalsykehusfunksjoner i UNN Tromsø. Den demografiske utviklingen med en raskt økende kravstor eldre befolkning tilsier også at lokalsykehusfunksjonene ved alle sykehus må prioriteres, og det gjelder også i UNN Tromsø, selv om det sykehuset er privilegert som også får drifte spesialisthelsetjenester av høyeste nivå i regionen.

I Nord-Norge der avstandene er store og klima tøft, er det helt andre forhold for rotasjon av utdanningskandidater enn i f.eks Helse Fonna hvor avstanden mellom Stord og Haugesund er 1 time fergefri bilvei uten fjellovergang, eller i Vestre Viken hvor reiseveien mellom Drammen, Bærum og Kongsberg er ca en halv time. For ikke å snakke om funksjonsfordelingen i Stor-Oslo. Funksjonsdeling i slike områder kan fungere ved at legene i utdanningsstillinger roterer til andre sykehus, men beholder sitt bosted og sin tilknytning tilknytning. I Nord-Norge oppleves det for mange som uakseptabelt både sosialt/familiært, økonomisk og tidsmessig, å utdanne seg innen spesialiteter hvor man må påregne opphold ved andre sykehus i regionen for å få fullført spesialiseringen, når man tross alt har fått jobb ved Universitetssykehuset i Nord-Norge, med arbeidssted Tromsø. Funksjonsfordelingen slik den har fått utvikle seg i UNN er ikke bærekraftig. Det at ikke UNN Tromsø kan tilby fullstendig spesialistutdanning innenfor flere av de grunnleggende kirurgiske fagene, er en fallitterklæring, og her må Helse Nord hjelpe UNN til å snu.

Det fremheves flere ganger at Nord-Norges befolkning er fallende. Økt innvandring til landet og landsdelen bør også vurderes som en realitet på noe sikt, og her er behovet for helsetjenester gjerne høyt.

3.1 Vår felles helsetjeneste

Man må ha realistiske forventninger til digitalisering av pasient- og pårørende verktøy.

Velferdsteknologi, digitale hjelpemidler og systemer for samhandling og brukermidvirkning mellom pasient og helsevesen kan i utgangspunktet være nyttige verktøy for å nå målene i RU38. Imidlertid må man være klar over at den digitale kompetansen faller med økende alder, både fordi eldre har vanskeligere for å lære seg nye systemer, samt at aldrende kognisjon og svekkede sanser (syn, hørsel, koordinasjon) vil påvirke evnen til å bruke slike systemer. Dette gjelder både pasienter og i blant ansatte. Økt bruk av digitale hjelpemidler forutsetter stabile og trygge IKT-løsninger.

Å kunne nyttiggjøre seg velferdsteknologi og digitale hjelpemidler også i høy alder, krever blant annet at brukergrensesnittene ligner det den voksne befolkningen i dag allerede mestrer. Systemer for hjelp ved feil må også være lett tilgjengelige døgnet rundt. Økt tilgjengelighet til lege via elektronisk kommunikasjon, fører også til økt behov i befolkningen. En slik omlegging må også analysere effektene av dette.

Helse Nord RHF må være en pådriver for utviklingen av sømløse IKT/EPJ-systemer som virker på tvers av alle plattformer og tjenestenivåer i helsetjenesten. Her kan de ligge store potensialer for effektivisering av arbeidsprosesser, økt pasientsikkerhet og bedret ressursutnyttelse. Selv om kanskje ikke Helseplattformens prosjekt i Helse-Midt ser ut til å lykkes slik alle håpet, må ikke det bremse troen på nye helhetlige journalsystemer for en felles helsetjeneste i framtiden. Her har Helse Nord tidligere vært en ledestjerne – og den posisjonen må gjenerobres.

3.3 Medarbeideren

Stabile fagmiljø og god ledelse er undervurdert som rekrutteringsvirkemidler. God ledelse innebærer blant annet å ha god kunnskap om medarbeidernes motivasjon og yrkesmessige særegenheter. Bare slik kan medarbeiderens kunnskap og styrker anvendes og utvikles i tråd med sykehusets behov.

Vi er glade for å se at medarbeideren anerkjennes som helseforetakenes viktigste ressurs, og at det settes fokus på viktige virkemidler for bærekraftige, stabile og helsefremmende arbeidsplasser.

Vi ser likevel at det ikke gjøres nok for å stabilisere fagmiljøene. Blant annet sliter flere spesialiteter med tilstrekkelig rekruttering til utdanningsstillinger for leger (LIS-stillinger), mange fag har høy «turnover» og over de siste 10-15 årene har det blitt dannet et bilde av at Universitetssykehuset Nord-Norge ikke lenger er en god arena for utdanning av spesialister. UNN er det helseforetaket med flest leger i regionen. Når rekrutteringen til sykehuset svekkes og omdømmet som utdanningsvirksomhet faller, har dette også konsekvenser for de øvrige sykehusene i regionen. På sikt får dette konsekvenser for helseforetakenes øvrige virksomhet; selvsagt pasientbehandlingen - men også for forskning og fagutvikling.

RU38 beskriver at spesialisthelsetjenesten først og fremst er en kompetansevirksomhet, der muligheter for gode fagmiljø og faglig utvikling er viktige premisser for stabilisering av personell. Det er vi enige i. Dessverre har utviklingen de seneste årene gjort at driftshensyn alltid triumferer utdanning og kompetanseutvikling, både for medisinstudenter, LIS og spesialister/overleger. Eksempler er utsettelse av overlegepermisjoner, inndragelse av tariffavtalt fordypningstid (eller etablering av arbeidsplaner uten planlagt fordypningstid), effektivitetskrav på operasjonsstuen gjør at LIS ikke slipper til nok, i BUPA får legene ansvar for flere pasienter enn de har kapasitet til å utrede/behandle, krav om budsjettbalanse gjør at det ikke ansettes i ledige overlegestillinger, noe som øker belastningen på de andre legene, og svekker utdanningen av LIS ved dårligere tilgang til supervisjon. Rask turn-over på sengepostene – tidlig utskrivelse av pasienter – er ikke sjeldent omdiskutert, og fører i tillegg til hyppige reinnleggelser og unødvendig stort press på primærhelsetjenesten, til at LIS mister muligheten til å observere pasienter over tid, og grunnlaget for legestudentene blir også svekket. Vi er selvsagt enige i at pasientbehandlingen er det viktigste vi gjør på sykehuset. Samtidig er tilstrekkelig pasientbehandling, og investering i kompetanse og fag avgjørende for god og stabil drift på sikt. Pasientbehandling og utdanning av helsepersonell er to av helseforetakenes viktigste oppgaver, og er gjensidig avhengig av hverandre. Uten god pasientbehandling eller pasienter å behandle, lider all utdanning av leger og annet personell. Uten god utdanning av personell, lider pasientbehandlingen. Skal UNN kunne holde fanen som universitetssykehus i fremtiden, må Helse-Nord være tydelig på fagmiljøenes og kvalitetens plass – i alt vi gjør.

Det hevdes at «god utøvelse av ledelse er helt avgjørende for de resultatene vi skal oppnå sammen», og at ledelse skal styrkes som selvstendig fag. Det er en god tanke! Det må likevel erkjennes at en del leger opplever det utfordrende at nærmeste leder, uten legebakgrunn, ikke har god nok kjennskap til legers tariffavtaler, arbeidssituasjon og -belastning, krav til utdanning og kompetanseutvikling, og grenseoppgangen mellom legenes og arbeidsgivers ansvar for bemanning. Mange leger opplever det utfordrende at deres nærmeste leder med totalansvar for virksomhetene, ofte ikke selv er lege, og derfor mangler legitimitet i faglige beslutninger. Samtidig har disse gjerne manglende forståelse for legers arbeidssituasjon og -belastning, med ditto kunnskap om legers tariffavtaler og krav til utdanning og kompetanseutvikling. Det ansettes derfor gjerne en spesialist som faglig rådgiver, men denne personen har ikke lederansvar eller beslutningsmyndighet. Dette skaper mye frustrasjon i legegruppa, som kunne vært redusert med flere leger i ledelse. Helse Nord bør løfte frem og styrke pasientnær legeledelse, noe som betyr å legge til rette for at flere leger får ta god lederutdanning, og at det sikrer systemer som ivaretar deres kompetanse og betingelser mens de er i lederposisjon, slik at det vil være mulig for dem å komme tilbake til legejobben etter endt lederposisjon, hvis det blir aktuelt.

4. Fremtidens helseberedskap

Det er mange utfordringer vedrørende Covid19-pandemien, som nå må få en bred gjennomgang. Pandemien er heller ikke over. Det problematiske ved at helsetjenesten som beredskapsorganisasjon drifter på full kapasitet i normalsituasjonen. Mange sykehus har opptil eller over 100% belegg i hverdagene, og beredskapen er derfor minimal. Nedskalering av «elektiv medisin/kirurgi» for å løse behovene i kriser vil gi kapasitet i noen måneder, men

ikke over år. Betydningen av å radikalt gjennomgå beredskapskapasiteten – blir avgjørende for Helse Nord i åra som kommer. Pandemien lærte oss å benytte personell på tvers av fagene, om enn i liten skala. Store kontorfellesskap, flersengs pasientrom, for få pasientrom, trange garderobefasiliteter m.v. ble raskt en trussel mot effektivt smittevern. Nå har det vært snakk om smittevern knyttet til et relativt benignt virus. Dagens situasjon viser oss imidlertid at det kunne dessverre kan være snakk om andre forurensninger/trusler innenfor CBRNe-feltet. Erfaringene med pandemien er nå ferske og bør brukes aktivt i arbeidene med beredskapsplaner for pandemi, massetilstrømning til intensivavdelinger, smittevern og andre store hendelser som legger press på hele helsetjenesten over tid. Man må tenke beredskap i langt større utstrekning enn hva som er gjort hittil, først og fremst for å kunne bevare en god helsetjeneste også i krise, eller andre ustabile situasjoner. Dette vil handle om hvordan vi bygger sykehus og helseinstitusjoner (større sykehus med enerom, egne kontorer, beredskap for raske utvidelser, alternative beredskapsbygg osv.) IKT- og elsikkerhet, beredskapslagre, videre arbeid med å se på personell-fleksibilitet osv. Angående det siste er tiden nå moden for å se på om tilleggskurs eller «kompetansemoduler» innenfor en del nærliggende spesialiteter, kan utvides til å forberede oss på fleksibel bruk av personell i definerte kriser/ustabile situasjoner. Dette kan kanskje bidra til mer fleksible spesialister på lokalsykehusene. I første omgang kan Helse Nord – der denne utfordringen og trusselen nok er størst, være en pådriver for å diskutere dette med fagmiljøene.

En tankevekker til slutt: Er Helse Nord oppmerksom på at fastlegekontorer ikke har nødstrømsaggregat eller backup for internet der journalen lagres i sky-tjeneste? Kun timer uten strøm fører til at aktiviteten i primærhelsetjenesten (inkludert de fleste legevakter) stopper opp. Da blir direkteoppmøte for pasientene på sykehusene siste skanse. Plan for dette?

DEL 2

2.3.11 Eiendom

Det er på høy tid med en fornyet eiendomsstrategi i Helse-Nord. RU38 erkjenner at eiendomsdriften over år har vært underfinansiert. Eiendomsstrategien har som en av hovedmålsetningene å utvikle og investere i bygg og infrastruktur for å etablere driftssikre og effektive lokaler for helsetjenester.

Til tross for dette, bygges nye sykehus for små. For UNNs del har A-fløya i UNN Tromsø, nye UNN Narvik og Nye Åsgård har alle vært utsatt for store kutt i areal på grunn av kortsiktige budsjett hensyn. I A-fløya er det for små konsultasjonsrom i poliklinikken, og mer effektiv drift hindres av for få rom. Dette ble spesielt synlig i C19-pandemien. Fasiliteter som anses nødvendige i et moderne arbeidsliv, slik som egnede hvilerom for leger i vakt, pauserom og ikke minst kontorer hvor man kan jobbe uten å bryte taushetsplikten eller gå på kompromiss med smittevernet, nedprioriteres av hensyn til økonomi. Erfaringer fra Bodø, Kirkenes og Hammerfest må etter vår mening gis stor betydning når nye byggeprosjekter i Helse Nord planlegges og gjennomføres. Som et minimum må bygningsstrukturene utformes slik at man rimelig raskt *kan* skalere opp kritiske funksjoner, om det så er laboratedrift, intensivavdelinger, akuttmottak eller undersøkelsesrom, hvis situasjonen krever det. Dessverre har pandemien vist oss at vi må tenke alternativt i bygningsstrukturen i framtiden. Urolighetene i Europa i 2022 forsterker dette behovet.

2.4.2 Intensivmedisin

Når det gjelder intensivkapasiteten stiller vi oss bak Helse-Nords strategiutkast. Vi gjentar, som nevnt over, at legene bør se på om man kan hjelpe hverandre på tvers av eksisterende spesialiteter i større grad enn i dagens situasjon. Ikke for å erstatte eksisterende personell,

men for å avlaste og supplere deler av den mer underordnede intensivbehandlingen. Vi vil også fremheve behovet for oppgavefordeling på sykepleiersiden, som daglig er en begrensning for intensivkapasiteten. Andre sykepleiere enn kun intensivsykepleiere bør kunne bidra med enklere oppgaver rundt pasienten som er på en intensivavdeling. Vi må også understreke betydningen av at det kommer på plass en romslig intermedisæravdeling med adekvat bemanning på UNN Tromsø fordi dette vil korte ned på tiden på det høyeste intensivnivået, avlaste personellet og vil utgjøre en viktig beredskapsenhet ved større hendelser. Dette siste har vært sterkt etterspurt i mer enn 10 år, og kritikken mot ledelsen som ikke får en fungerende intermedisærerenhet på plass – øker.

4.9 ... kommunehelsetjeneste under press.

En ting er at en aldrende befolkning primært vil øke presset mest for fastlegene og sykehjemmene/hjemmetjenesten. Viktig er også å reflektere rundt den alvorlige situasjonen i fastlegeordningen der fastlegenes arbeidsmengde på mange måter har eksplodert de siste åra, og der man prøver å kutte ned på pasientlistetallet og ansatte flere fastleger. Disse prosessene tar imidlertid tid, og flukten fra sektoren er høy. Det er all grunn til å tro at krisen er et faktum når mange av de etablerte fastlegene nå de neste årene pensjonerer seg, og overlater listeansvaret til yngre kollegaer som gjerne tenker annerledes i forhold til hvilke arbeidsdager og hvilken praksis man vil legge seg på. Helse-Nord gjør klokt i å legge en strategi som opprettholder helsetilbudet i landsdelen i en situasjon av sammenbrudd i primærhelsetjenesten.

Lykke til i det videre arbeidet!

Vennlig hilsen

Jo-Endre Midtbu (sign.)
Leder
Troms legeforening