

Helgeland, 10.mai 2024

Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) takker for muligheten til å komme med innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Vi vet at vi er sent ute, så vi nevner ikke alt vi støtter, men peker på områder der vi har forslag til endring eller videreutvikling.

Vi mener at NHSHP i all hovedsak peker ut en god retning for helsetjenesten i Norge. De store forskjellene i geografi og demografi fordrer ulike løsninger for å oppnå likeverdige tjenester i hele landet. Her er noen punkter som gjelder tiltak i både sykehus og primærhelsetjeneste.

- Et tiltak som kan være nyttig og effektivt i en by, kan være lite hensiktsmessig i utkantstrøk
- Tiltak som er effektive i en liten kommune med store avstander, trenger ikke å passe i tett befolkede strøk med korte avstander
- Reisetid (for pasienter, pårørende og fagfolk), bemanning, kompetanse og tilgjengelighet er elementer som er relevante i de fleste sammenhenger
- Stort er ikke alltid bedre enn smått, sentralt er ikke alltid bedre enn lokalt
- Samlokalisering kan være ønskelig og hensiktsmessig, men ikke alltid og overalt.

«Rural proofing» er en tilnæringsmåte som brukes i EU og WHO for å sikre at distriktperspektivet ivaretas i alt utviklingsarbeid, se https://rural-vision.europa.eu/action-plan/cross-cutting/rural-proofing_en. Dette er verktøy som bidrar til å belyse både styrker og utfordringer i utviklingen av helsetjenester i distriktsområder.

Retningslinjer, rammer, virkemidler og forskrifter må gi rom for fleksibilitet og lokal tilpassing

Helseforetakene og kommunene er ulike organisatorisk og kulturelt, og har til dels ulike faglige oppdrag og ansvar, men må likevel samles om felles målsetting/verdigrunnlag. Samhandlingen må i større grad åpne for å håndtere kompleksitet, usikkerhet og uforutsigbarhet, og akseptere og omfavne ulikhet. God samhandling forutsetter tillit, gjensidighet, likeverd og felles forståelse. Både følelser og faglighet spiller inn. Dette betyr at tiltak for å bedre samhandlingen mellom helseforetak og kommunale helse- og omsorgstjenester må tilpasses hver enkelt kontekst og at alle samhandlingstiltak må forankres og skapes hos de som faktisk samhandler. De styrende systemene må være fleksible nok til at aktørene kan skape samhandling lokalt. For at dette skal fungere godt må helsevesenet, både helseforetak og kommuner, ha en felles målsetting som man kan samles om. Den målsettingen kan ikke være helseforetakets eller kommunens økonomiske bunnlinje. Det er utfordrende når styremedlemmene i RHF og helseforetakene «*har et selvstendig og personlig ansvar for å ivareta foretakets interesser*» (s 127). Når hovedfokuset blir foretakets interesser for både HOD, RHF og HF på bekostning av samfunnsansvaret slik vi erfarte i Helse nord-prosessen, er styringssystemene ikke hensiktsmessige. Målet må være at våre felles pasienter skal få bedre helse og livskvalitet gjennom møtene med helsevesenet.

Planer som er utviklet og vedtatt av toppledelsen har begrenset verdi dersom de som skal gjennomføre planene ikke er involvert. Planene må beskrive rammer og struktur for samhandlingen, men åpne for lokal utvikling og tilpassing, som for eksempel å ta hensyn til at både helseforetak og kommuner har ulike betingelser blant annet i form av geografi og demografi. Kommunene er svært ulike i størrelse, organisasjon og kultur, og når det gjelder kompetanse og kapasitet. Dette betyr at

dersom vedtak i helsefelleskapene skal være relevante, må helsefelleskapene ha kunnskap om – og ta hensyn til – både små og store kommuners behov.

Tiltak må være basert på et fundament der alle aktører opplever nytte og eierskap. Det betyr blant annet at hensyn til og involvering av distriktskommuner med store avstander og få innbyggere må veie tungt, fordi de ofte har andre behov enn større, sentrale kommuner (jfr rural proofing).

Helsefelleskapene fungerer ulikt, men bør videreutvikles til å bli arenaer for konkrete små og store fellesprosjekter, og for felles utvikling av helsetjenestene. Helsefelleskapene bør gi stort rom for samarbeidsprosesser i hvert av lokalsykehusområdene med tilhørende kommuner. Det er på dette nivået at det konkrete, pasientnære og faglige samarbeidet springer ut fra og må forankres.

Mange av de konkrete prosjektene som framheves i stortingsmeldingen understreker at utviklingsarbeid på tvers av tjenester og sektorer (innad i kommunen, mellom kommuner, innad i sykehus, mellom sykehus og mellom sykehus og kommuner) krever systematikk, felles forståelse, tillit og god forankring både i utøvende tjenester og i toppledelsen. Det innebærer at det må settes av dedikerte ressurser og tid til slike prosesser. Vi foreslår at tid til utviklingsarbeid bakes inn i turnusplanene til helsepersonell og andre relevante aktører.

Balansere bredde og spiss

Vi støtter satsingen på breddekompetanse som en viktig måte å styrke en helhetlig håndtering av både pasienter og helsetjenester. Det er også nødvendig at helsepersonell lærer og trenes i å håndtere usikkerhet og kompleksitet, slik at de blir robuste nok til å gjøre kloke valg, og unngå overdiagnostikk og overbehandling. Dette er tema som må inn i grunn- videre- og etterutdanningene av helsepersonell, og også i utdanning av ledere og i generell folkeopplysning.

Det er muligens et paradoks at det skal satses på mer spesialisering av andre faggrupper enn leger. Økt spesialisering vil kunne føre til at kommunene utvikler samme silofisering som er skjedd i sykehusene, med diagnosespesifikke tilbud som ikke ivaretar helheten. Det er derfor bra at det presiseres i meldingen at breddekompetansen skal styrkes.

Helsevesenet trenger sterke, spisskompetente fagmiljøer, men disse fagmiljøene må i langt større grad arbeide i nettverk med øvrig helsetjeneste. Vi foreslår at det må stilles konkrete krav til organisering av sykehus-i-nettverk, helsetjenester- i-nettverk, fagfolk-i-nettverk, og satses på utvikling av slike modeller (se f.eks. til samarbeidet mellom Lycksele lasarett og Umeå universitetssykehus). FACT o.l. er også gode eksempler på denne arbeidsmåten.

Distriktskompetanse

Vi foreslår at helsepersonell som arbeider i distrikt – enten fast eller i ulike rotasjonsordninger – må få nødvendig tilleggsopplæring for å kunne yte gode, lokaltilpassede tjenester. Slik tilleggsopplæring kan skje på flere måter, gjerne i kombinasjon:

- Kurs og videreutdanning med distriktsrelevant innhold
- Systematisk opplæring i lokale rutiner, regelmessig samtrening
- “Punktopplæring”/kompetansesamarbeid rundt enkeltpasienter med særlige behov (respirator, ernæringssonde, kroniske sår osv) i samarbeid med andrelinjetjenesten

Ang “punktopplæring”/kompetansesamarbeid: I kommuner med lavt befolkningstall vil mange tilstander kun forekomme med års mellomrom, og gjerne enkeltvis. Det er ikke verken mulig eller

ønskelig å bygge lokal spisskompetanse på alle felt/diagnoser til enhver tid. Lokalt helsepersonell i distriktskommuner vil ofte ha breddekompetanse og være trent i fleksibilitet og tilpasningsvilje (Fors, M. (2023). *Potato Ethics: What Rural Communities Can Teach Us about Healthcare*. *Journal of Bioethical Inquiry*, *Journal of bioethical inquiry*, 2023). De vil være innstilt på å lære seg hvordan de kan gi pasienten best mulig oppfølging lokalt. Det bør derfor utvikles gode opplegg for slik “punkttopplæring” rundt enkeltpasienter når behovet oppstår. Dette må ikke være ad hoc-arbeid, men regnes som en viktig og nødvendig del av tjeneste- og kompetansesamarbeidet.

Felles språk og forståelse i overgangene er viktig, og vi ønsker utvikling av felles funksjonsvurderinger velkommen. Felles språk innebærer også at helsepersonell må ha lokalkunnskap om ulikhetene i de ulike kommunene, slik at sykehuspersonell vet hva som finnes av tilbud i pasientens hjemkommune. Vi foreslår at det utvikles verktøy for oppdatert oversikt over tjenestetilbud i kommunene.

Spesialitet i alders- og sykehjemsmedisin

Det er mange gode grunner til å styrke kompetansen i alders- og sykehjemsmedisin. Dette bør kunne skje gjennom flere kanaler. Utvikling av en egen spesialitet er antagelig hensiktsmessig i byene der mange leger kun jobber i sykehjem (jfr Nederland). Samtidig vil behovet for kompetanse innen eldremedisin øke for fastleger og legevaksleger, fordi en økende andel eldre bor hjemme i egen bolig eller i ulike varianter av omsorgsboliger med og uten bemanning, og skal derfor ha sine tjenester fra fastlegene. Det vil også være slik at i de fleste kommuner, særlig mindre og desentrale kommuner, vil eldremedisin og sykehjemsmedisin være en integrert del av fastlegejobben. Styrking av læringsmål innen eldremedisin i spesialistutdanningen i allmennmedisin er derfor helt nødvendig.

Rekruttering – forankre lokalt

Rekruttering og stabilisering av helsepersonell er en felles utfordring i hele helsevesenet. Helsepersonell skifter ofte mellom arbeid i kommuner og i helseforetak, og kommunene og helseforetakene er gjensidig avhengig av hverandre. Det er på den enkelte arbeidsplassen at det viktigste rekrutteringsarbeidet skjer, og det å skape arbeidsplasser der kompetente fagfolk ønsker å jobbe er det viktigste virkemidlet. Dette må nødvendigvis skje lokalt i tett samarbeid med de ansatte, og ledelsen må skape rammevilkår for at dette skal være mulig og aktivt støtte arbeidet.

LIS1

LIS1 er en viktig opplæringsperiode for ferske leger, både sykehusdelen og kommunedelen. Det er også en viktig kilde til rekruttering. Vi har følgende kommentarer til forslagene om økt fleksibilitet:

- Vårt primære standpunkt er at det må være nok LIS1-stillinger i det ordinære systemet til å dekke alle som trenger LIS1.
- Både sykehus og kommuner har behov for LIS1. De grå stillingene som florerer (altså stillinger som ikke teller i spesialistutdanningen fordi legene ikke har gjennomført LIS1) er problematisk for både legene selv og for helsetjenesten. Manglende krav om veiledning og supervisjon gir en dårlig inngangsport for ferske leger, og kan gi dårlig kvalitet på tjenesten. NHSHP foreslår at sykehus og kommuner sammen kan omgjøre disse stillingene til LIS1, mot at de selv finansierer dem. Dette vil imidlertid skape et LIS1-system på siden av det ordinære systemet, og vil kunne ramme lokalsykehus og distriktskommuner hardt. Hvis man velger

denne ordningen framfor å etablere nok ordinære LIS1-stillinger må det sikres at stillingene gir et sammenhengende 18-måneders løp, at de følger regelverket for ordinære LIS1-stillinger når det gjelder veiledning, supervisjon, kurs osv, og at det ikke fører til en urimelig skjevhet i geografisk fordeling av LIS1-stillinger.

- Rekkefølgekravet må ikke kunne fravikes. Legearbeid i primærhelsetjenesten krever kompetanse og selvstendighet som må bygge på LIS1 i sykehus.
- Vi ønsker velkommen en tillempling av kravet om LIS1 for leger fra utlandet som har tilsvarende kompetanse, og at disse får en vurdering av realkompetansen sin, slik at de ikke trenger å oppta en plass i LIS1-køen.

Vikarordninger – interkommunal vikarpool

Helsetjenesten vil alltid ha behov for vikarer. Fravær grunnet ferie, utdanning, svangerskapspermisjoner, forskning o.l. kan oftest forutses, men blir i liten grad planlagt for. En studie av de fem kommunene og 43 fastlegestillingene i Vesterålen viste at forventet fravær utgjorde om lag seks årsverk, altså 16%. I hvor stor grad vikarinneleie i sykehuset er knyttet til forventet fravær er ikke kjent. Både sykehus og kommuner må gå inn i årsakene til fravær, overtid og vikarinneleie, på hver enkelt lokasjon og avdeling, dersom det skal være mulig å sette inn effektive, målrettede tiltak. Dette krever systematisk, langsiktig arbeid og god ledelse. Lokalt engasjement og stedlig ledelse er nødvendig for å lykkes.

NSDM mfl jobber for tiden med et pilotprosjekt om interkommunale vikarpooler, der målet er å sikre god forankring i allmenntilleggs kjerneverdier, lokalkunnskap og fornuftig økonomi for erfarne leger som ønsker å jobbe som vikar i kortere eller lengre perioder.

Forskning

Planen gir en god beskrivelse av kunnskapshullene og behovet for forskning i primærhelsetjenesten. Det er avgjørende med oppbygging av infrastruktur og finansiering. Satsing på implementeringsforskning er viktig, men vi er forundret over at ikke helsetjenesteforskning er nevnt i det hele tatt. Forskning på helsetjenesten må bli en like naturlig del av forskningen som klinisk forskning og implementeringsforskning for å kunne utvikle tjenestene kunnskapsbasert. Kunnskap om hvordan helsetjenesten fungerer har stor betydning, både internt i kommuner og sykehus og i mellomrommet, og i lys av geografi og demografi (rural proofing-verktøyet kan med fordel brukes her). Vi etterlyser en konkret satsing på helsetjenesteforskning.

Utvikling og implementering av faglige retningslinjer må i mye større grad ta opp i seg kompleksitet, pasientulikhet, geografi og relevans.

Kompetansesentrene plassering er oppe til vurdering. Vi vil peke på at utredningen av en mer samlet organisering av forsknings- og kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten omfatter en lang rekke små og store sentre med svært ulike oppdrag og mandat. En eventuell omorganisering må ta hensyn til mangfoldet, og at det som kan være hensiktsmessig for noen av sentrene vil være ødeleggende for andre. NSDM er et nasjonalt senter med hovedoppdrag å bidra til gode helsetjenester i distrikt. Våre målgrupper er både nasjonale, regionale og lokale myndigheter, samt fagfolk som jobber i distrikt. Vi utfører helsetjenesteforskning og kunnskapsutvikling om helsetjenester i distrikt. Flere av våre deltidsansatte har sin hoved- eller bistilling i distriktskommuner. Våre nettverk består av både lokalt forankrede klinikere og helseledere, og nasjonale og

internasjonale forskningsmiljøer og myndigheter. NSDMs organisatoriske plassering i UiT Norges arktiske universitet sammen med de andre eksterntfinansierte sentrene (AFE Nord, SSHF og NAFKAM) gir sterke synergier som bidrar til å oppfylle vårt samfunnsoppdrag. Samtidig bidrar NSDMs desentrale forsker-plassering til å sikre et bredt geografisk kontaktnett.

Utdanning

Utdanning av helsepersonell er en av fire kjerneoppgaver for helseforetakene. Vi er forundret over at det i NHSHP ikke er nevnt noe om kommunenes ansvar for utdanning av helsepersonell. Kommunene og lokalsykehusene må i økende grad tas i bruk som læringsarenaer, fordi pasientene for det meste befinner seg i kommunehelsetjenesten og på lokalsykehusnivå, og breddekompetanse får økende viktighet, jfr at mer enn 90% av pasientenes behov for helsetjenester dekkes av primærhelsetjenesten og lokalsykehusnivået. Forskning viser at rekruttering og stabilisering av helsepersonell (leger, sykepleiere, andre) til primærhelsetjenesten generelt og distrikt spesielt kan styrkes ved at utdanningen og praksisen foregår på disse arenaene. For å sikre dette foreslår vi at utvikling av desentraliserte utdanninger og finansiering av praksisplasser i andre kommuner enn skole-/universitetskommunene må sikres.

Vennlig hilsen

Anette Fosse

Leder, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

Institutt for samfunnsmedisin

UiT Norges arktiske universitet, N-9037 Tromsø, Norway

Phone: +47 91622312

