

Hørings svar til utviklingsplanen Helse Sør-Øst

Bakgrunn

Utkast til *Regional utviklingsplan 2035* for Helse Sør-Øst ble fremlagt for styret i Helse Sør-Øst RHF den 14. juni 2018 og ble besluttet sendt på høring. Planen skal ligge til grunn for utviklingen i Helse Sør-Øst frem mot 2035 og har som mål å fremme:

- Kvalitet i pasientbehandlingen
- Bedret helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- Godt arbeidsmiljø for ansatte og mer tid til pasientbehandling
- Helsetjenester som er bærekraftige for samfunnet

Videre peker planen på fire prioriterte satsningsområder:

- Bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer – mer brukerstyring
- Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
- Redusere uønsket variasjon – samvalg knyttes til uønsket variasjon
- Ta tiden tilbake – mer tid til pasientrettet arbeid

Ambisjonen er at spesialisthelsetjenesten i større grad skal bidra til at pasienter kan få oppfølging og behandling utenfor sykehus, at det utvikles fleksible og nye måter å løse oppgavene på og at nye samarbeidsformer utvikles.

Planen beskriver tydelig at dagens helsetjeneste ikke kan opprettholdes innenfor de rammene og arbeidsmåtene som vi har nå. Det er både økonomiske rammer og mangel på fagpersoner som gir begrensninger, og dette vil forverres i årene fremover. Utfordringene gjelder både spesialisthelsetjenesten og kommunene. Vi blir flere eldre, samtidig som det blir færre i yrkesaktiv alder. I tillegg flytter de unge fra distrikt til mer sentrale områder. ‘

Høringsperioden skal brukes til fortsatt dialog og til videre utvikling av endelig plan som skal styrebehandles i Helse Sør-Øst RHF i desember 2018.

Helse Sør-Øst RHF ber spesielt om innspill på:

mål, satsningsområder og forslag til ny modell for framskrivninger.

I tillegg bes det om at høringsinstansene gir innspill på tiltak som støtter opp under samarbeid med primærhelsetjenesten og kommunene, samt særskilt vurderer områder hvor desentralisering av tjenestetilbudet kan være egnet.

Høringsfristen er 15.10.2018.

Høringssvar:

Pasientens helsetjeneste

Høringsdokumentet beskriver brukermedvirkning gjennom etablerte fora for medvirkning på overordnet nivå, samt medvirkning direkte i behandlingen i noen deler av tjenestene, for eksempel gjennom brukerstyrte senger i psykisk helse og brukerstyring i poliklinikker). Brukermedvirkning og *samskaping* er viktig fokusområde i alle deler av tjenestene, også på tvers av behandlingsnivåene, og i å skape bærekraftige tjenester. Brukermedvirkning og samskaping bør være fremtredende elementer og fremheves i tiltakene i alle de fire satsingsområdene.

Velferdsteknologi:

Den viktigste utviklingen som beskrives i perioden fremover er digitalisering som gir helt nye muligheter både mellom pasient og tjenestene, og innad mellom tjenestene. Ved elektroniske løsninger kan pasienten monitoreres hjemme, gjøre enkle avklaringer direkte med kommunal behandler (fastlege, hjemmesykepleie m flere) fra hjemmet, og bare komme til time ved sykehuspoliklinikk når det er behov. Velferdsteknologi, inkludert Videokonsultasjoner og møter vil også kunne gjøres mellom sykehus og kommunal helsetjeneste inkludert fastlegetjenesten for å fra begge sider støtte og veilede oppfølging og behandling på de forskjellige nivåene.

Utviklingen av velferdsteknologi vil også kunne åpne for enklere tilgang til internasjonale helsetjenester og private tilbydere, noe som både vil gi mer konkurranse og et økt forventningspress for vår offentlige helsetjeneste.

Utfordringene blir å få til utviklingen av velferdsteknologi samtidig som personvernet sikres, og det skal integreres i etablerte journalsystemer. Teknologimulighetene er der, men det er ikke samhandlende rutiner, et godt nok lovverk og et tilrettelagt system for felles løsninger mellom helseforetakene og de kommunale tjenestene inkludert fastlegetjenesten.

Det er et stort ønske om en enkel sikker elektronisk kommunikasjon tilrettelagt for dialog mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegetjenesten som er integrert i journalsystemene. Denne kommunikasjonen er i tillegg til elektronisk henvisning og epikrise som finnes i dag.

Betydelige ressurser må legges i å utvikle og kvalitetssikre velferdsteknologi-løsninger slik at det vil gange alle aktørene, og aller mest pasienten. I denne utviklingen bør både regionene og kommunene sørge for at de blir involvert aktivt i et forpliktende samarbeid som er sentralt styrt og har klare målsetninger.

Opplæring:

Opplæring av pasient og pårørende må være høyt prioritert fra alle tjenestenivåer. Egenmestring er sentralt i å takle en hverdag med sykdom, og enda mer viktig når det meste av behandling og oppfølging skjer i hjemmet. Opplæringstilbudet må være så fleksibelt at pasienten kan få den opplæringen man trenger før man reiser hjem fra sykehusopphold. Derfor må man bruke mer tilpasset individuell opplæring etter sjekkliste /opplæringsrutine og evt oppfølging via nettprogrammer

Spesialisthelsetjenesten og kommunene bør sammen utvikle tilbud om opplæring og mestring sammen slik at informasjonen blir samkjørt, og man kan få god overføring av kompetanse. Da er det også lettere å avklare hvor tilbudet best kan gis.

Samarbeid i framtiden

Planen er endret i forhold til Vestre Viken sin utviklingsplan, ved at kommunene og fastlegene beskrives tydeligere som en samarbeidspartner. Det åpnes for samarbeid om oppgavefordeling lokalt, og at små sykehus på mindre steder ikke nødvendigvis skal gjennomføre oppgaveoverføring som andre steder. Der kan det være mer naturlig at sykehusene tar noen av kommunens oppgaver. Den udefinerte oppgaveoverføring til kommunehelsetjenesten er nå erstattet av «samarbeid om de som trenger det mest». Dette består hovedsakelig av ulike team løsninger med relevante deltakere både fra spesialisthelsetjenesten og kommunene. Helse Sør - Øst ønsker å understøtte etableringen av «Pasientens team» i alle helseforetak. Det vil bli definert et program for piloter og gjennomføring andre halvår 2018 hvor det beskrives hvordan regionen kan understøtte lokale initiativer.

De ulike teamene må bli en integrert del av de etablerte kommunale tjenestene/fastlegetjenestene slik at pasientforløpene ut og inn av teamene blir en helhetlig prosess. Det samme gjelder også når andre tjenester skal overta videre oppfølging og behandling, eller følge opp pasientene når teamene ikke er tilgjengelig. Implementering og samhandling bør være et kontinuerlig og sentralt tema i alle teamene. Da må det lages gode rutiner for elektronisk samhandling, evt samarbeidsjournal og tydelige samarbeidsrutiner. Likeverdighet mht den kommunale behandlerrollen og spesialistrollen må være et ideal som søkes.

Team som baserer seg på funksjon, både mht mestring av sykdommene og av livet og ikke på organdiagnose bør være hoved-pasientforløpet. De aller fleste kronisk syke har mange diagnoser og kan passe i mange pasientforløp.

§4-a i pasient og brukerrettighetsloven

Kommunene kan ikke bruke tvang etter psykisk helsevernlov. Dette gir utfordringer i den daglige oppfølgingen av noen pasientgrupper. §4-a i pasient og brukerrettighetsloven kan bare brukes for somatiske helse, og ikke ved psykisk symptomer. Dette gir begrensninger for kommunens mulighet for å gi oppfølging f. eks. ved utfordrende atferd. Her trenger kommuner og helseforetak felles prosedyre og samarbeid.

Det er laget et eget mål om mindre bruk av tvang, og det fremstilles som om dette er et kvalitetsmål i seg selv. For lite bruk av tvang kan derimot være like galt, som overforbruk. Indikatorer for riktig bruk av tvang burde derfor heller vært hovedmålet. Da vil man sikre kvalitet på alle tiltak som forsøkes før det evt. bare er tvangstiltaket igjen. Dette kan også gi redusert bruk av tvang som resultat, men som følge av bedre kvalitet i behandlingen. Nå er det mange alvorlig psykisk syke som kommer mellom ulike regelverk, og der vi ikke får gitt riktig hjelp

Rehabilitering

Det er veldig stort behov for et rehabiliteringstygndepunkt i helseforetaket som må ha eieforhold og ansvar for overordnet planlegging og utvikling av disse tjenestene. Det er også stort behov for å avklare hvilke pasientgrupper som skal få rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, og hvilke grupper som skal få i kommunene. Dette er viktig for å utnytte kompetanse best mulig, og samling av like pasientgrupper. Hjemmerehabilitering i et samarbeid mellom helseforetak og kommune må få like stort fokus som rehabilitering institusjon når disse tjenestene utvikles.

Oppgavefordeling

Når sykehuset skal behandle flere poliklinisk og ha kortere liggetid, så vil dette for mange pasienter gi økt behov for kommunale tjenester. Dette vil gjelde både til de som allerede har tjenester, men også til flere nye grupper pasienter som ikke hadde tjenester før det aktuelle. Dette vil gjelde både innen psykisk helse og somatikk.

Sykehuset må ta ansvar for egne pasienter i det normale forløpet før og etter ulike prosedyrer, som oppfølging av prøvesvar, røntgenbilder, sykemeldingsbehov, erklæringer, informasjon om prosedyren/behandlingen, rekvirering av transport.mm. Disse oppgavene bør ikke overføres til kommunene eller fastlegene.

Nedbygging av spesialisthelsetjenestens senger kan føre til en tilsvarende oppbygging av like dyre og ressurskrevende kommunale senger. I mange kommuner løses dette ved at svært syke innbyggere bor i egen bolig med heldøgnsomsorg og fastlegen som medisinsk faglig ansvarlig lege. Her trenger man et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten for å bistå fastleger/legevaktsleger i avgjørelse og behandling /oppfølging. Blant annet foreslår vi ambulant laboratorietjeneste hvor prøvene tas hjemme hos pasienten av sykehusets ambulante laboratoriemedarbeidere, og hvor både fastlege og sykehuslege har elektronisk tilgang til prøvesvarene.

For fastlegene er allerede kapasiteten maksimalt utnyttet, og nye oppgaver med oppfølging og administrasjon vil føre til at andre må prioriteres lavere eller tas bort. Overføring av oppgaver må derfor ha en overordnet vurdering før det gjennomføres.

Det foreslås at det i Helse Sørøst dannes et medisinsk faglig rådgivende utvalg for hvert sykehusnedslagsfelt som er et rådgivende organ til et besluttende LSU, hvor hovedoppgaven er å gi råd om oppgavefordeling mellom nivåene. Dette er vellykket utprøvd i Sykehuset Østfold, hvor det kalles samarbeidsutvalg, og består av 8 leger, hvorav to sykehusleger, to Praksiskonsulenter, 2 kommuneoverleger og 2 fastleger. Typisk saker kan for eksempel være rutine for jerninfusjon, Depo medikasjon i psykiatri, kontroll av leggsår, behandling med Aclasta for osteoporose.

Akutthjelpere

Bruken av akutthjelpere øker kraftig, og de brukes ikke bare til livreddende førstehjelp. Den økte bruken er spesielt vanskelig for små kommuner der det går utover lokale ressurser. I tillegg gir det økt belastning på personalet når man kalles ut ofte til noe man egentlig ikke har utdanning til. Mange av disse er brannmenn, og de har vanligvis ingen helseutdanning. Fare for sviktende rekruttering til yrket er en faktor her. Disse ble egentlig brukt som støtte til ambulansen ved hjertestans, men brukes nå i de situasjonene det er lang ventetid på ambulansen for andre tilstander enn de har kompetanse på. Denne ordningen kan ikke brukes som en erstatning for dårlig ambulansedekning, og bruken må komme tilbake til å være et supplement ved livreddende førstehjelp.

Rus

Pasienter med akutt rus blir nå henvist til medisinsk avdeling eller akutt psykiatrisk avdeling for akuttbehandling før de evt. overføres til rusavdelingen. Disse pasientene har behov for en egen oppfølging fra starten, og det bør finnes rustilbud som også tar imot de akutte pasientene fra starten med eget mottak.

Kort liggetid kan føre til uforsvarlig praksis

Trenden fra tidligere med reduksjon i antall liggedager fortsatte fra 2012 til 2016, med en noe lavere reduksjon fra 2016 til 2017. Fra 2013 til 2017 økte antall reinnleggelser med ca. 8,8 prosent og andel fra 10,1 prosent til 10,9 prosent for døgnopphold i Helse Sør- Øst. Andelen reinnleggelser innen kirurgi er vesentlig lavere enn for medisin, og pasienter med høy alder har en høyere andel reinnleggelser.

Hvis dette hovedsakelig skyldes medisinsk faglig utvikling, så vil det sannsynligvis passe med faglig forsvarlige tjenester. Det kan derimot også være en selvforsterkende sirkel der færre plasser gir kortere liggetid, som igjen brukes til å begrunne videre reduksjon i plassene.

Dette vil kunne gi uforsvarlig faglig praksis.

Med så stort fokus på lav liggetid, er det viktig at de som trenger lenger tid blir sikret dette. En tidlig utskrivning fra sykehuset gir for mange en overføring til kommunalt sykehjem. Dette gir brudd i oppfølgingen ved at nye personer på et nytt sted må bli kjent med den nye pasientens behov. Faren for å utvikle senilt delir øker betydelig for hver flytting, og dermed lengden på sykdomsperioden og behovet for økte tjenester, deriblant reinnleggelser. Det er krevende å få god og rask informasjonsoverføring for å klare dette. Overføring av pasienter som trenger mindre enn 1 uke på sykehjemmet, vil ofte få bedre tjenester ved å bli noen dager ekstra på sykehuset før man reiser rett hjem. Dette vil gi bedre behandling av pasienten, kortere liggetid totalt, mer effektiv bruk av ressursene. Det må sees helhetlig på disse pasientforløpene, og hvis funksjon er sentralt og ikke diagnose, så vil det sannsynligvis føre til at pasientens funksjonsnivå totalt er i fokus mer enn fokus på hvilket nivå som til enhver tid ivaretar pasienten.

Dialog mellom tjenestene

Den viktigste forebyggingen for spes. helsetjenesten er å gjøre pasienten i stand til å håndtere sykdommen selv, og dermed unngå unødvendige innleggelser. På samme måte må også primærhelsetjenesten gjøres i stand til å følge opp pasienten ved god opplæring og faglig veiledning underveis. Her er vi avhengige av å få i gang snarest enkel elektronisk kommunikasjon/dialogmulighet som automatisk legges i journalen. Dette gjelder både kommunehelsetjenesten og fastlegene opp mot spes. helsetjenesten og med hverandre. Rutine for dialogmeldinger må være tydelige og godt forankret i alle tjenestene før de kommer i bruk.

Den kommunale helsetjenesten må ha tydelig kontaktinfo til primærkontakter og pasientansvarlig lege på sykehuset også etter utskrivelse, slik at man kan få råd om oppfølgingen av pasienten begge veier. Dette er spesielt viktig for pasienter med utfordrende atferd som følges i bolig (hjemmeboende med hjemmetjeneste) eller i kommunal institusjon. Veiledningen må være helt konkret ut i fra den enkelte pasienten og hver enkelt situasjon når det oppstår.

Når flere pasienter skal få oppfølging utenfor sykehus, stiller det større krav til opplæring av kommunal helsetjeneste for å følge opp resten av tiden når spes. helsetjenesten ikke er der. Det blir også viktigere med informasjonsflyt begge veier for at spes. helsetjenesten skal få et helhetlig bilde, og kunne gi råd for det som er problemet for kommunen.

Aktuelle områder for desentralisering:

Velferdsteknologiske løsninger som videokonferanse/videokonsultasjon og mulighet for dialogmeldinger må være på plass først !

- Lærings og mestringstilbud for de kjente kroniske sykdommene, som KOLS, Astma, Diabetes, Artrose, Angst, Moderat depresjon.
- Sårbehandling der videokonferanse kan gi råd og anbefaling til behandlende personell.

- Ambulant laboratorietjenester til alle de syke hjemmeboende.
- Utvide mobilt røntgen til fastlegetjenesten/legevakt
- Videokonferanse/konsultasjon med helsestasjon i alle faggrupper (helsesøster, helsestasjonslege, fysioterapeut) Utstyret kan tom. kobles til et stetoskop for på vurdere hjertebilyd. Sykehuset avdelinger kan både være barneavdelingen, øyeavdelingen, ØNH, revmatologisk, habilitering, fysikalsk avdeling, spebarnsteam m flere
- Mulighet for å bestille tid for Videokonferanse med alle poliklinikkene, både på sykepleie og legenivå, hvor både sykehus, fastlege og kommune kan kobles på. Dette vil avlaste alle nivåene, og selvfølgelig pasienten som slipper en strevsom reisedag til poliklinikken.