



Helse Sør-Øst

Deres ref.:

Vår ref.: 18/3901

Dato: 16.10.2018

## Høringsinnspill - Regional utviklingsplan 2035

Den norske befolkningen vil gjennomgå store endringer frem mot 2035, blant annet utvikling i folketall og antall eldre, endringer i sykdomsbildet og innføring av ny teknologi. Flere vil leve med kroniske sykdommer, og helse- og omsorgstjenesten må tilpasse seg økte krav fra samfunnet.

Nevrologi er et fag i rivende utvikling, med økt tendens til subspecialisering. Hjerneehelse er et relativt nytt begrep, og omfatter en rekke ulike tilstander. *Nasjonal hjerneehelsestrategi (2018-2024)* beskriver nå-situasjonen og mål for fremtiden. Omtrent en tredel av befolkningen vil bli rammet av hjernesykdommer, og vi savner konkrete strategier i utviklingsplanene for å kunne ivareta disse pasientene på en best mulig måte. Organisering av hjerneslag er nevnt i Helse Sør-Østs utviklingsplan, men andre nevrologiske sykdommer og hjerneehelsestrategien som en nasjonal strategi nevnes dessverre ikke.

Et samarbeid på tvers av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten vil bli enda viktigere i fremtiden for pasienter med kroniske sykdommer, samt administrering av nye legemidler og andre behandlingsformer. Som eksempel kunne utviklingsplanene ha brukt *ParkinsonNet*, som kan breddes ut til andre kroniske sykdommer, med kompetansebygging og samarbeid på tvers, slik at man får helhetlige pasientforløp.

Like viktig er å beholde og bygge opp spesialisert kompetanse, og fokusere på rask diagnostikk og behandling. Nevrologi har i enda større grad enn tidligere blitt et akutfag, og vi forventer at akuttnevrologi vil bli enda viktigere de neste tiårene. Akuttnevrologi som en egen subspecialitet krever nevrologisk spesialistkompetanse som ikke kan overlates til andre spesialiseringer.

Ny spesialistutdanning for leger bygger på læringsmål og -aktiviteter, og et større utdanningsansvar er lagt til helseforetakene. Det vil erfaringsmessig kreve til dels store ressurser hvis den nye spesialistutdanningen skal bli like robust og god som man ønsker. Vi savner konkretisering av tiltak for å ivareta den nye spesialistutdanningen på en god måte.

Helse Sør-Øst beskriver en framskrivingsmodell hvor det anslås at «samarbeid om de som trenger det mest» (tidligere «overføring til kommunene») vil gi 15 % reduksjon i liggedøgn. Vi kan ikke se at denne store reduksjonen er understøttet av data. På den annen side er det positivt at utnyttelsesgraden i sykehusene er redusert fra 90 til 85 %.

Vi er positive til eksemplet fra Danmark med brukerstyrte poliklinikker, med kontroller avhengig av pasientens behov, og elektronisk kartlegging om et eventuelt slikt behov (i form av spørreskjemaer eller annen form for elektronisk kommunikasjon som involverer selv-evaluering). Pasienter med for eksempel epilepsi og hodepine vil egne seg til pilotprosjekter med brukerstyrt poliklinikk. Ved overgang til nye teknologiske løsninger som telefonkonsultasjoner, e-konsultasjoner og elektroniske meldinger istedenfor fysiske konsultasjoner, må slik aktivitet kobles til økonomisk kompensasjon (prosedyrekoder) da slike initiativ også er ressurskrevende. Nye løsninger må primært være begrunnet i kvalitetsforbedring for pasient og ansatte, og ikke for å få ned antall innleggelser eller konsultasjoner.

Økt og bedre kvalitet er et gjennomgående moment i de ulike utviklingsplanene. Per i dag finnes 53 nasjonale medisinske kvalitetsregistre, og det er forventet at antall kvalitetsregistre vil øke i fremtiden. Vi forventer at det legges til rette for at helsepersonell har mulighet til å legge inn registerdata som ikke går på bekostning av pasientrettet behandling, gjerne med øremerkede midler til registerarbeid og utvikling av nye teknologiske hjelpemidler. For eksempel finnes ingen øremerkede midler til registreringer i Hjerneslagregisteret eller Pakkeforløp for hjerneslag. Med en forventet markant økning i antall eldre og derav økt hjerneslaginsidens de neste tiårene, må registerarbeid være koblet til særskilte midler, slik at kvaliteten på det som registreres er av god kvalitet. I tillegg til nye tekniske løsninger som forenkler registreringen, foreslår vi at de regionale helseforetakene arbeider for en modell hvor overføring av data til nasjonale medisinske kvalitetsregistre får en egen prosedyrekode som kostnadsvektes, som en videreutvikling av kvalitetsbasert finansiering.

Fagutøvelse kan inndeles i øyeblikkelig hjelp-behandling i akuttmottak og på sengeposter, og elektiv utredning og behandling på poliklinikk og dagenhet. Vi opplever at klinikere bruker uforholdsmessig tid på suboptimale elektroniske løsninger og mangel på kommunikasjon mellom ulike elektroniske løsninger. Leger bruker unødvendig mye tid foran pc-skjerm, som kunne ha blitt brukt til pasientbehandling. Det er positivt at utviklingsplanene fokuserer på å minimere tidstyver, og vi forventer at klinikere inkluderes tidlig i prosessene slik at de har reell påvirkningskraft, og ikke kun bli passive mottakere av nye løsninger som ikke er tilpasset deres hverdag.

Per i dag kan fastleger henvise til innleggelse eller poliklinisk behandling, og vil ofte møte travle vakthavende leger når de ringer til sykehuset. Elektroniske meldinger mellom fastlege og sykehusspesialist er en mangelvare, og det bør legges til rette for, både teknologisk og juridisk, mulighet for faglig kontakt om enkeltpasienter.

Oppsummert vil vi altså fremheve at sentrale elementer i *Nasjonal hjernehelsetrategi* tas inn i de regionale utviklingsplanene:

- Konkrete strategier i utviklingsplanene for å kunne ivareta hjernehelsetrategi-pasientene og sikre rask diagnostikk, behandling og oppfølging.
- Nye teknologiske løsninger for brukertilpassede konsultasjoner.
- Utvikling av tverrfaglige, brukerstyrte poliklinikker
- Bedre tilrettelegging for registrering av data i kvalitetsregistre, for eksempel gjennom egne kostnadsvektede prosedyrekoder
- Konkrete tiltak for ivaretagelse av spesialistutdanningen for leger

Med hilsen

Kashif Waqar Faiz  
Styremedlem/nestleder  
Norsk nevrologisk forening