

Vår referanse:

Deres referanse:

Dato:

18.10.2018

Høring: Regional utviklingsplan 2035

Brukerutvalget takker for at vi har hatt muligheten til å delta aktivt under arbeidet med fokusområder i utviklingsplanen. Vi ser at mange av forslagene som framgår i dokumentet gjenspeiler vår deltakelse til høringsutkastet og det er positivt.

Pasientens helsetjeneste innebærer:

Pasientene har lovfestet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Pasientene skal delta som likeverdig part i beslutninger som berører egen helse, behandling og utvikling av helsetjenesten. Samarbeid i helsetjenesten om helhetlige pasientforløp, forebygging av sykdom og skader i befolkningen, kompetanseoverføring, kompetanseoppbygging og veiledning og endringer i tilbud som påvirker samarbeidspartenes tilbud og tjenester.

Brukerutvalget har vært spesielt opptatt av at pasientens helsetjenester skal være førende for alt arbeid med videre helsetjenester i Norge. Her legger brukerutvalget et særskilt trykk på dette med samvalg. Pasientinvolvering på individnivå.

Vi mener at det må videreutvikles en bedre kommunikasjon mellom avdelinger og nivåer som gir likeverdig og helhetlig pasientbehandling. Et bedre strukturert samarbeid mellom nivåene og mellom avdelinger i spesialisthelsetjenesten, inkludert avtalespesialister og institusjoner, vil sette oss, pasienter, i et enda større fokus.

Derfor er det viktig å se på om dialogen og samarbeidet med pasienter/pårørende og brukere og de som skal bistå oss i den videre behandlingen, kan gjennomføres på en bedre måte. Vi får ikke til en forbedring uten endring, og vi i brukerutvalget ønsker nye arbeidsformer og tiltak som setter pasienter i et enda større fokus, sånn som:

- Enhetlige og gode dialogsystemer og prosedyrer mellom spesialister og fastleger som ivaretar (den) pasientbehandlingen på en god måte.
- Trygg innleggelse og utskrivning med gode kunnskaps- og dialogsystemer.
- Tverrfaglige team mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.
- Ambulerende team.
- Brukerstyrte poliklinikker.
- Hjemmesykehus.

- Videokommunikasjon mellom spesialister og mellom nivåer for felles vurdering, også i prehospitale situasjoner.
- E-konsultasjoner – hjemmemonitorering og sensorteknologi.

Vi ser at dette gir utfordringer med behov for utvikling av bla. teknologiske løsninger og endrede/nye finansieringsmodeller i det videre arbeidet.

Økonomisk bærekraft er viktig for videre utvikling av helseforetaksgruppen. Bærekraftig utvikling over tid forutsetter god ressurs- og kapasitetsutnyttelse, god økonomisk styring og effektive arbeidsprosesser. Brukerutvalget er noe bekymret for den økonomiske utviklingen: Når helseforetak ikke klarer måloppnåelse på budsjett, har man sett over tid at dette går ut over døgnplasser og ansatte, som igjen gir færre pasientbehandlinger. Dette er ingen god utvikling for det norske helsevesen. Når helseforetak har dårlig økonomi vil dette også gå utover investeringsmuligheten som det enkelt helseforetak har. Både i form av å bygge nye sykehus og investering av nytt medisinteknisk utstyr.

Desto raskere *rehabiliteringen* etter et funksjonsfall starter, jo bedre blir resultatet. Et helhetlig rehabiliteringsforløp må derfor ofte starte i akutfasen i sykehus, hvor pasienten samtidig kan få medisinsk behandling, avansert pleie og tilgang til sykehusets øvrige spesialiserte tjenester. Det finnes forskning, bl.a. presentert i de nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering, som viser at tilstrekkelig omfang og intensitet i rehabiliteringstilbudet tidlig i et pasientforløp er avgjørende. Det er derfor en bekymring fra brukerutvalget at det ved bygg av nye sykehus ikke tilrettelegges for døgnplasser innen rehabilitering.

Spesialisert rehabilitering er også nødvendig for pasienter som ikke har vært igjennom akutt sykdom, men hvor rehabiliteringen krever spesiell kompetanse. Dette gjelder f.eks. ved alvorlig nevrologisk sykdom. For pasientgruppene beskrevet over er oppholdene i spesialisthelsetjenesten korte. Det fører til at personellet følger pasienten over kort tid, og det krever systematikk og god organisering å sikre kompetanse rundt enkeltpasienten og overførbar kunnskap til kommunen. Brukerutvalget mener nå at spesialisthelsetjenesten må jobbe mer systematisk for å sørge for at kommunene blir satt i stand til å motta pasienter som trenger videre oppfølging i hjemkommunen. Det er nå kanskje på tide at man setter krav til denne kompetanseoverføringen.

Selv om storparten av rehabiliteringen skal foregå hjemme i egen kommune, er det fortsatt spesialisthelsetjenestens ansvar å gi rask og nødvendig rehabiliteringsinnsats ved akutte skader og alvorlige sykdommer. Likeledes har Helse Sør-Øst RHF ansvar for å ivareta behovet for både regionale funksjoner og flerområdefunksjoner innen rehabilitering. Vi er derfor forundret over at man fortsetter å planlegge nye sykehusbygg uten å ta hensyn til dette. Det nyeste sykehuset i Østfold ble ikke bygget med tanke på at spesialisthelsetjenesten fortsatt har ansvar for å ivareta spesialiserte døgnplasser for de med rehabiliteringsbehov.

Habilitering tilbys primært fra habiliteringsavdelinger i helseforetak. Tjenester som kan defineres som habilitering ytes også fra andre avdelinger i helseforetakene, f.eks. ved barneavdelinger. Helseforetakene har også egne habiliteringsenheter for barn og unge og

for voksne. Det er etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering på regionalt nivå. Felles for habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten er at det er nødvendig med høy medisinsk kompetanse på relevante områder og tverrfaglig helsefaglig kompetanse fra en rekke personellgrupper. I tillegg til å ivareta oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging, skal de gi veiledning til kommunene og bistå kommunene i diagnostisering og utredning av behov.

Mange kommuner ønsker mer samarbeid og veiledning enn habiliteringsavdelingene er i stand til å gi dem. Det er behov for mer bruk av avstandskompenserende hjelpemidler som f.eks. videokonferanseutstyr for å utnytte ressursene best mulig. Noen helseforetak har udekkede behov i habiliteringstjenestene, f.eks. bistand til barn med kroniske sykdommer og sammensatte funksjonsnedsettelse. For pasienter med habiliteringsbehov og deres pårørende er forutsigbarhet og samarbeid mellom sykehus og kommune grunnleggende for et trygt liv. Ikke minst er overgangen fra ungdom til voksen krevende for mange.

Mange med sammensatte funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer opplever fragmenterte tjenestetilbud og mangel på koordinering. Ikke alle mottar tilbud om Individuell Plan (IP) og bistand om koordinering av nødvendige tjenester. Det medfører ofte at ressurssterke pårørende selv tar koordinatorkfunksjonen. Det kan lett føre til et A-lag og et B-lag; de som har ressurser til selv å orientere seg om ulike tilbud og som kan sørge for at fastlegen sender henvisning, blir lett vinnerne. Koordinatorfunksjonen må, etter brukerutvalgets mening, styrkes. Ansvarsforholdet må avklares og nødvendig kompetanse må tilføres funksjonen.

Kapasiteten til å utrede og følge opp sjeldne diagnoser og psykiske lidelser, alvorlig funksjonssvikt og utfordrende atferd varierer mellom helseforetakene. Mange har de siste årene etablert bedre rutiner for å følge opp mennesker med sammensatte utfordringer, men habiliteringstjenestene framholder at kapasitet til omfattende genetisk og annen diagnostikk krever store ressurser. Dette kan gå på bekostning av veiledning og annen oppfølging. Forekomst av ulike diagnoser varierer. Forskjellene er så store at de neppe kan forklares ved underliggende reelle variasjoner i forekomst, men heller skyldes ulik diagnostisk praksis. Det er også ulikheter i organiseringen av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet. Noen helseforetak har samlet tilbudet i en eller få enheter, mens andre har spredt utredning og behandling i flere enheter.

Kompetanse og kapasitet er en forutsetning for at spesialisthelsetjenesten skal kunne gi veiledning og støtte opp under habilitering og rehabilitering i kommunene. Regjeringen vil at helseforetakene skal utvikle organisasjons- og arbeidsformer som sikrer oppfølgingen i kommunene bl.a. gjennom satsing på ambulant virksomhet. Brukerutvalget er stor tilhenger av at man nå får i gang et systematisk arbeid med ambulerende virksomhet på alle helseforetakene. Men skal man kunne lykkes med dette må man også få plass økonomiske insitament for dette arbeidet. Vi vil derfor minne om at regjeringen bl.a. i Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) viser til forskriften som slår tydelig fast at spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon.

Vi vil i tillegg framheve noen av områdene vi er spesielt opptatt av. Det gjelder sykdommer innen psykiske lidelser, rusavhengighet og kroniske somatiske sykdommer som ofte er sammensatt. I den forbindelse vil vi spesielt nevne behovet for tverrfaglige oppfølgingsteam og ettervern i psykiatri og rus.

Brukerutvalget vil at Helse Sør-Øst RHF nå setter inn større fokus på eldre og de med sammensatte diagnoser. Disse 5 % som bruker 48 % av våre helsetjenester.

Vi får ikke til en forbedring uten endring, og vi i brukerutvalget ønsker velkommen nye og gode arbeidsformer og tiltak som setter oss pasienter i sentrum. Det innebærer bla. at vi får god informasjon og har en god dialog om alternative behandlingsopplegg, slik at vi er med og styrer egen behandling i fremtiden.

Det er vi som skal ta avgjørelsen om hva som er viktig for oss!

Med vennlig hilsen
Brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF



Rune Kløvtveit
leder