



Ål kommune

Helse sør-øst
Postboks 404
2303 HAMAR
postmottak@helse-sorost.no

Dykkar ref.

Vår ref.
18/02125-3

Dato
02.10.2018

Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst - Hørings svar fra Hallingdalskommunene

Innledning

De seks kommunene i Hallingdal, Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol, gir med dette sin høringsuttalelse til Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst. Høringsuttalelsen er utarbeidet i helse- og omsorgslederforum.

Hallingdal har ca. 20.000 innbyggere. Det er en av landets største reiselivsregioner, i snitt er det daglig ca. 37.000 mennesker i området. Hallingdal et av de områder som innen Helse Sør-Øst ligger lengst fra sykehus. Vestre Viken HF har imidlertid desentraliserte spesialisthelsetjenester ved Hallingdal sjukestugu, et lokalmedisinsk senter driftet av spesialisthelsetjenesten. Særlig interessant er erfaringene fra en intermedisær sengeavdeling som startet opp i 2016 og som har 10 sykehusplasser og 10 interkommunale plasser driftet i samme avdeling. Kommunene i Hallingdal har et godt og konstruktivt samarbeid med Vestre Viken HF.

Denne høringsuttalelsen legger hovedvekten på samhandlingsaspektet.

Hallingdal sjukestugu / lokalmedisinske sentra

Denne høringsinstansen er forundret over at lokalmedisinske sentra som samhandlingsarena ikke vektlegges sterkere i utviklingsplanen. For eksempel nevnes ikke dette i oppstillingen av helseforetakenes virksomhet i tekstdelen til figur 1. Hallingdal sjukestugu har etablert nye driftsformer som er unike både i Helse Sør-Øst og på nasjonalt plan. I Østfold er det etablert en gjennomført struktur med helsehus og det er en rekke lokalmedisinske senter i andre regionale helseforetak.

Lokalmedisinske sentra er i samhandlingsreformen løftet fram som den fremste arena for samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi etterspør hvordan Helse Sør-Øst RHF vil bidra til å bygge opp og benytte de arenaer som etableres i skjæringspunktet mellom de to

helsenivåene. Fram til nå har de tusen blomster fått blomstre uten at det regionale helseforetaket har hatt en samlet holdning og plan for hvordan helseforetakene kan støtte opp under de lokale initiativ og bidra til erfaringsutveksling for en mer ensrettet utvikling. Eksempelvis har de to dalførene Hallingdal og Valdres en helt forskjellig opplevelse av helseforetakenes vilje til samhandling i lokalmedisinske sentra. Dette feltet burde derfor løftes fram som et hovedpunkt både under satsingsområde integrerte helsetjenester og under satsingsområdet for å redusere uønsket variasjon. Det er uforståelig for innbyggerne at spesialisthelsetjenestens nærvær utenfor sykehus er så varierende og tilfeldig som det i dag framstår.

Samtidig viser erfaringer fra Hallingdal sjukestugu at forskjellene mellom de to tjenestenivåer når det gjelder finansiering, organisatorisk struktur og administrative verktøy utgjør en betydelig hindring for et smidig samarbeid. Vi er derfor glad for de signaler som gis i Utviklingsplanens boks 1: «Etablere helsetjenester utenfor sykehus gjennom å bidra til tilpasning av finansiering av nye tjenesteformer».

Bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer

Nye arbeidsformer er nøkkelen i framtidig helsevesen og helseinnovasjon må implementeres. Det må skapes arenaer for slik innovasjon og implementering. I disse prosesser er det nødvendig at primærhelsetjenesten er en medaktør, men helseforetaket må sette seg i førersetet.

Denne høringsinstansen hilser velkommen de signaler utviklingsplanen gir på teknologisatsingen. Spesielt synes brukerstyring av poliklinikkavtaler å være en interessant tilnærming. Fastlegene får stadig tilbakemeldinger fra pasienter som synes gevinsten av korte rutinekontroller hos spesialist er liten. Et behovsprøvd kontrollregime vil gi mer effektive kontroller og samtidig vil en kunne oppnå et mer fruktbart samarbeid med fastlegen.

Det er også interessant med virtuelle eller nettverksdrevne sykehus. Vi vil gjerne løfte fram Hallingdal sjukestugu som et mulig utprøvningsverksted for slike løsninger i Helse Sør-Øst. Hallingdal sjukestugu fungerer allerede som et «minisykehus» og det ville være rimelig enkelt å utvide de ordninger en allerede har etablert. At Hallingdal sjukestugu både har CT og luftambulansbase kunne tilsi at en slik utprøving kunne skje innen forsvarlige rammer. Vi mener derfor at teksten om virtuelt sykehus i boks 22 ikke ensidig bør knyttes til bygging av nye sykehus.

Denne høringsinstansen ser potensialet som ligger i utviklingen av pasientnær teknologi for kommunikasjon og overvåking. Vi vil peke på at denne type utbygging må omfatte tre parter, både sykehus, kommunehelsetjeneste / fastlege og pasient. Skal en teknologisk utbygging gi pasientene den nødvendige trygghet, må det satses på felles løsninger og driftsorganisasjoner som ivaretar en umiddelbar oppfølging ved teknologiske utfordringer. Teknologisk svikt hører ikke til helsepersonellet sitt ansvarsområde. Helsepersonell skal derimot gjennom den teknologiske utviklingen få frigjort brukerrettet kvalitetstid.

Samarbeid om de som trenger det mest

Denne høringsinstansen er positiv til vektleggingen av samarbeidet rundt de pasientene som er storforbrukere av helsetjenester. Det er viktig at denne gruppen pasienter defineres på en slik måte at det både inkluderer pasienter som «overforbruker» spesialisthelsetjenester og de pasienter som

har omfattende kommunale helse- og omsorgstjenester men som «underforbruker» spesialisthelsetjenesten.

Vestre Viken HF er i ferd med å etablere et FAST-prosjekt (Felles ansvar – samtidige tjenester) sammen med kommunene i helseforetakets område. Dette vil ha som målsetting å strukturere samhandlingen rundt de pasientene som trenger det mest. Det er derfor positivt at det regionale helseforetaket understøtter dette slik det fremgår av boks 23: «*Legge til rette for at helseforetakene sammen med kommunene kan prøve ut samarbeidsmodeller som ivaretar behovene til de pasientene som trenger det mest. Og arbeide for å utvikle finansieringsmodeller og teknologiske løsninger som understøtter slike samarbeidsformer.*»

Det er en utfordring å finne strukturer for dette samarbeidet som både kan fungere i sykehusnære områder og i distriktene og utprøvinger av modeller må ivareta dette aspektet. Dette er også en utfordring i oppbyggingen av FACT innen psykiatri og rus. Samtidig er vi enige i at denne tilnærmingen til pasientgrupper med stort forbruk av helsetjenester ikke representerer en ensidig oppgaveoverføring, men er en måte å se ressursene på tvers av forvaltningsnivåene. Denne høringsinstansen forventer at distriktshensyn blir bygget inn i FACT-modellen. Samtidig ser vi et klart behov for en omfattende restrukturering og nytenkning innen BUP. BUP sine tjenester kan bare bli virkningsfulle i nært samarbeid med kommunale aktører innen skole, PPT, helsestasjon og barnevern. Modeller for samhandling må utvikles.

Denne høringsinstansen vil også formidle en fortvilelse fra de tjenester som har ansvaret for habilitering. Det er klare forskjeller mellom det tilbud Vestre Viken HF gir på veiledning for sentrale kommuner og for distriktkommuner. Det er ikke likeverdig å motta veiledning via videokonferanse, ihvertfall ikke uten at veiledningsprosessen er etablert mellom partene og bare skal følges opp videre. Vi ber om at Helse Sør-Øst RHF går inn og vurderer praksis i de ulike helseforetak og gir føringer for hvordan dette tilbudet kan ivareta målsettingen om en likeverdig helsetjeneste.

Samarbeid om de som trenger det minst

Denne høringsinstansen savner et prioritert satsingsområde som gjelder samhandling om de pasientene som har minst behov for spesialisthelsetjenester. Dette bør inngå som et nytt satsingsområde med overskriften Differensierte tjenester. Poenget er at så lenge alle pasienter som innlegges i spesialisthelsetjenesten inngår i det samme pasientforløpet, vil dette gi rigide og dyre løsninger for en del pasienter som hadde hatt behov for en enklere tilnærming. Som det både fremgår av sykehusmeldingen og slik det er oppsummert i kap. 5: «*Å gjøre mer av det samme med høyere effektivitet og raskere tempo vurderes som lite realistisk*». Sykehusene må altså gjøre ting på andre måter. Løsningene kan innbefatte samarbeid med kommunehelsetjenesten om intermedisæravdelinger eller lokalmedisinske sentra, eller opprettelse av observasjonsposter.

Vi vet fra en rekke nasjonale og internasjonale undersøkelser at om lag 20 % av innleggelsene på sykehus er uhensiktsmessige, - hvis det hadde funnes et enklere alternativ. Vi vet at erfaringene fra intermedisæravdelinger er at bare 10-15 % av pasienten må videreinnlegges i sykehus. Vi vet at erfaringer fra observasjonsposter er at 2/3 av pasientene kan sendes hjem igjen uten noen form for behandling. Vi vet videre at en stor del av de som legges inn på sykehus med akutt abdomen sendes hjem innen ett døgn og uten noen form for behandling. Videre viser flere forskningsresultater, også

innen Helse Sør-Øst, at pasientene foretrekker løsninger uten sykehusinnleggelse og at dette trolig har en helsegevinst. Dersom det er ønskelig, kan det gis referanser på disse forskningsresultatene.

Ved å differensiere sine tjenester og gi et tilpasset tilbud etter de behov pasienten har, vil sykehuset oppnå en kostnadsgevinst og en frigjøring av ressurser til de pasientene som trenger det mest. Pasientene ville dessuten få et helsetjenestetilbud som i større grad ville samsvare med de tilbakemeldinger vi har om pasientopplevd kvalitet og dermed medvirke til å nå målsettingen om pasientens helsetjeneste. Vi mener utviklingen av intermediære avdelinger og en differensiert spesialisthelsetjeneste er et viktig svar på de utfordringer som de demografiske endringer gir de neste 40-50 år.

Ta tiden tilbake – mer tid til pasientrettet arbeid

Denne høringsinstansen synes det er underlig at ordet tillitsreform ikke kan gjenfinnes i det aktuelle avsnittet. Det er ikke mulig i vesentlig grad å endre arbeidsoppgavene til det enkelte fagpersonell uten samtidig å endre styringssystemet. New Public Management har ført til et kontrollregime med fokus på målbare resultater og resultatkrav. Vi mener at Helse Sør-Øst som det største regionale helseforetaket burde gå foran og innføre en tillitsreform etter mønster fra de prosesser som en ser i våre naboland. Et styringssystem basert på tillit og faglig styring ville gi større fokus på pasientbehandling og tjenesteutvikling og nettopp resultere i mer tid til pasientrettet arbeid for det enkelte helsepersonell.

Endringsfaktorer i framskrivningsmodeller

Denne høringsinstansen er enig i at tiden for videre effektivisering av liggetid på sykehus er forbi. Vi får stadige tilbakemeldinger fra både eldre pasienter og kronikere som opplever møtet med spesialisthelsetjenesten som hektisk og ufullendt. Dette må tas på alvor. Et differensiert tilbud som beskrevet ovenfor, som kan forbruke mindre ressurser pr pasient men som tillater noe forlenget liggetid, vil av mange pasientgrupper bli hilst sterkt velkommen. Dette er ikke minst viktig for pasienter med lange reiseavstander.

Det synes riktig å korrigere utnyttelsesgraden for senger og poliklinikk ut fra erfaringsbasert kunnskap. Denne høringsinstansen registrerer at Helse Sør-Øst går vekk fra endringsfaktoren «Overføring til kommunene» og oppretter en ny endringsfaktor som understreker helseforetakets delaktighet i oppnåelse av måltallene. Dette oppleves positivt og er et viktig signal om at pasientene som befinner seg i gråsonen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste er et felles ansvar.

Det står likevel fast at kommunal helse- og omsorgstjenestelov § 3-5 pålegger kommunene å sørge for tilbud om døgnopphold til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Samhandlingsreformen skisserte at dette ansvaret tilsvarte en avlastning av sykehusene med om lag 10 % av de innlagte sykehuspasientene. Kommunene har imidlertid ingen økonomiske incitament i denne retning, det er både enklest og billigst å legge pasienten inn på sykehus. Trolig vil et bortfall av aktuelle endringsfaktor ytterligere medvirke til å ta vekk det som måtte gjenfinnes av press for at kommunene skal oppfylle denne delen av samhandlingsreformen.

Med dette som bakgrunn synes det også riktig å heve anslaget over behov for nye senger i perioden. Hallingdalskommunene har tidligere spilt inn overfor Vestre Viken HF at vi er bekymret over at det planlagte sengetallet ved nye Drammen sykehus er vurdert for lavt. Vi regner med at dette nå blir oppjustert i samsvar med signalene fra Helse Sør-Øst.

Vi har ikke bakgrunn til å forstå endringene i måltall for poliklinisk åpningstid. Det synes underlig i en situasjon der det påregnes en sterk økning i polikliniske avtaler og en overføring fra døgn til dag at en samtidig reduserer tilgjengeligheten. Vi vet at dette også fører til lavere utnyttingsgrad av dyrt medisinsk utstyr. For pasienter fra Hallingdal er tiden mellom ankomst og avreise for Helseekspressen på Ringerike, Drammen og Rikshospitalet så knapp at det ofte er vanskelig å rekke de planlagte undersøkelser. Vi er redd dette ikke blir bedre ved reduserte åpningstider. Dette er eksempel på at spesialisthelsetjenesten må differensiere sine tilbud i forhold til by og distrikt, nettopp for å kunne gi likeverdige helsetjenester.

Avslutningsvis

Høringsbrevet fastslår at Helse Sør-Øst RHF sin «ambisjon 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». Denne høringsinstansen bifaller denne ambisjonen. Planen gir eksempler på tiltak i denne retning. Men vi savner en gjennomgående plan for en fremtidig samhandlingsstruktur som gir de ulike helseforetak føringer og målsettinger for hvordan ambisjonen skal kunne gjennomføres.

For Helse- og omsorgslederforum

Øystein Lappegard
samhandlingsleder

Godkjent og ekspedert utan underskrift

Kopi:

Regionrådet i Hallingdal
Vestre Viken HF
Ringerike sykehus