

Vår dato	Vår referanse
15-10-2018	18/06643
Deres dato	Deres referanse
02-07-2018	18/00538-1

Cathrine M. Lofthus
Helse Sør-Øst RHF

Hørings svar fra Sørlandet sykehus HF – Regional utviklingsplan 2035

SSHf takker for invitasjonen til å kommentere rapporten og komme med innspill.

Rapporten har vært på høring i SSHFs klinikker. På bakgrunn av innspillene oversendes et samlet høringsinnspill fra SSHf.

Generelt

Utviklingsplanen gir gode overordnede føringer og rammer for helseforetakene i Helse Sør-Øst. SSHFs egen utviklingsplan gjenspeiles nå i den foreliggende utviklingsplanen for Helse Sør-Øst. Sammenfatningen av utviklingsplanene er interessant å lese, og eksemplene fra andre foretak gir en god oversikt.

SSHf vil særlig peke på de tydelige satsningsområdene i planen som på en god måte sammenfatter de viktigste overordnede målene for utvikling av RHFet:

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

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Administrerende direktør
Postboks 416
4604 Kristiansand

Besøksadresse
Eg
4615 Kristiansand

Telefon
+47 38 07 44 00

Bankkonto
8601.72.47478

Administrasjonsadresse
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 Kristiansand
Telefon
03738

Foretaksregisteret
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside
www.sshf.no
e-post
postmottak@sshf.no

Hovedpunkter fra helseforetakenes utviklingsplaner og regionale prioriteringer (kap 2)

Pasientens helsetjeneste (kap 2.1)

Pasient- og pårørendeopplæring har direkte betydning for pasientsikkerhet og kvalitet. Både individuell og gruppebasert opplæring bør være en integrert og eksplisitt del av aktuelle pasient- og pakkeforløp. Dette er viktig for å sikre pasienter og pårørende lik tilgang til pasient- og pårørendeopplæring og redusere uønsket variasjon. Helseforetakene skal sikre at pasienter og pårørende med behov for opplæring får relevant informasjon, veiledning og undervisning til rett tid og på rett sted. Rapportering og oppfølging av kvaliteten i pasient- og pårørendeopplæringen, målinger av effekt og omfang må følges opp av ledere i klinikk- og foretaksnivå.

Fagpersoner trenger kompetanse i helsepedagogikk både mht. pasientopplæring, brukerinvolvering, klinisk kommunikasjon og samvalg. Helseforetakene skal sørge for at alle fagpersoner/helsepersonell har god kompetanse innen pedagogikk og klinisk kommunikasjon. Økt kunnskap og kompetanse om hvilke nye muligheter teknologi kan gi i arbeidet med pasient- og pårørendeopplæring er en viktig del av dette i fremtiden. Lærings- og mestringssentrene brukes aktivt av klinikkene i veiledning og kompetansebygging innen pasient- og pårørendeopplæring og helsepedagogikk.

Pasient- og pårørendeopplæring kan i større grad samordnes med kommunene.

Oppgavedeling og samhandling (kap 2.2)

Det fremgår av høringsutkastet at samhandling og oppgavedeling har høy prioritet, herunder oppgavedeling mellom helseforetak og mellom flere sykehus i samme foretak. SSHF savner mer drøfting og eksemplifisering av «sykehus i nettverk» og hvordan dette tenkes i praksis. Konkretisering av sykehus i nettverk kan eksempelvis inngå med kulepunkt i boksene 2, 9 og 22.

Utviklingsplanen omtaler oppgavedeling med primærhelsetjenesten og samarbeidsavtalene som verktøy. Det kan med fordel jobbes med større fleksibilitet i arbeidsdelingen. Samarbeidsavtalene virker sementerende på dagens løsninger.

Rehabilitering (kap 2.5)

Planen beskriver at førende dokumenter «vektlegger at hvert HF skal ha tilstrekkelig kapasitet på døgn- og dagtilbud for spesialisert og tverrfaglig rehabilitering, samt ressurser til samhandling med kommunene». Det er imidlertid ikke definert hva «tilstrekkelig» kapasitet er. Dette bør bli nærmere presisert i oppdragsdokumenter, særlig fordi det er uklart hvilke omfang og innen hvilke områder private rehabiliteringsinstitusjoner skal ha ansvar. Det er viktig å ha nok senger/pasienter til å opprettholde et godt fagmiljø - både for å kunne gi pasientene et godt faglig tilbud, ivareta spesialistutdanningen og for å sikre at organisasjonen i seg selv blir robust nok til å takle utvikling og omstillinger.

SSHF er positive til at HSØ har igangsatt et arbeid for å «avklare og formalisere regionsfunksjoner og flerområdefunksjoner», og særlig at det samtidig sees på finansieringen av spesialisert rehabilitering. Det er avgjørende å ha tilstrekkelige rammer til å drifte de oppgaver som ligger til det enkelte HF.

Habilitering (kap 2.6)

Det har de siste årene skjedd en stor utvikling mht. å komme nærmere diagnostikk ved hjelp av genetiske undersøkelser og stadig flere får «sjeldne» diagnoser. Både utredning og oppfølging av slike saker er særlig ressurskrevende. Videre er der en økende andel barn med familier fra andre kulturer og med andre språk. Utredning, diagnostikk, behandling og annen oppfølging (inkludert opplæring) er i samhandling med dem ekstra ressurskrevende. Slike endringer vil påvirke samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. En videre satsing på funksjonelle samhandlingsformer forutsetter felles forståelse for oppgave- og ansvarsområder i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Dette understøtter behovet for å få etablert samarbeidsavtaler mellom kommuner og alle barnetjenester i spesialisthelsetjenesten (somatikk, psykiatri og habilitering).

Høringsutkastet omtaler pågående arbeid med å videreutvikle intensiv habilitering for unge med ervervet hjerneskade som et tilbud i fase fem i behandlingslinjen for gruppen. SSHF savner at planen inkluderer pågående arbeid knyttet til intensive tiltak for barn og unge med multifunksjonshemming, jfr. sak fra Beslutningsforum for nye metoder i forbindelse med avvikling av støtte til behandling ved fire utenlandske metoder.

I boks 6 fremheves det at ambulant virksomhet skal styrkes. Dette anses som en allerede mye brukt og godt utviklet tjenesteform som oppleves tidkrevende, blant annet på grunn av lange avstander.

Kapasitetsutfordringer i tjenesten fører til ytterligere dilemmaer med hensyn til hva som skal prioriteres i hverdagen. Satsing på teknologi og e-helse kan bidra noe til at man kan finne nye og effektive måter å løse oppgavene i tjenesten.

Arbeidet til den regionale kompetansetjeneste RHABU er en meget sentral bidragsyter til kvalitet og større likhet i tjenestetilbudene fra HABU-enhetene i regionen. SSHF mener det er behov for en styrking og videreføring av RHABUs rolle.

Forebygging (kap 2.11)

Muskel- og skjelettlidelsene, psykiske lidelser, rusavhengighet og sykelig overvekt omtales i regional utviklingsplan som store folkehelseutfordringer. Forbedringer skal nås ved at befolkningen utsetter seg for redusert risiko og ved at det gis bedre diagnostikk og behandling. Høringsutkastet poengterer at HSØ ønsker «en mer bevisst satsing på forebygging». SSHF støtter dette og mener at dette bør presiseres tydeligere i kommende dokumenter.

Bemanning, utdanning og kompetanse (kap 2.12)

SSHFs utviklingsplan har en langsiktig målsetning om rekruttere, utvikle og beholde kompetente medarbeidere. For å oppnå dette må sykehuset utvikle fagmiljøer med høy kompetanse, bruke riktig kompetanse på rett sted og samarbeide med utdanningsinstitusjoner og kommuner for å sikre riktig kompetanse i regionen. Tiltakene som beskrives i boks 12 i utkast til regional utviklingsplan samsvarer godt med SSHFs utviklingsplan.

SSHF har særskilte utfordringer knyttet til rekruttering og videreutdanning av spesialsykepleiere, enkelte legespesialiteter (inkludert psykologspesialister) og rekruttering til tre- og firedelte vaktordninger.

SSHF er en viktig utdanningsinstitusjon gjennom et stort og aktivt samarbeid med Universitetet i Agder. Gode praksisplasser er viktig både for utdanning og for å sikre fremtidig rekruttering av kvalifisert helsepersonell. SSHF erfarer at utdanning lokalt gir bedre rekruttering. Eksempler på dette er etableringen av bioingeniørstudiet ved UiA og desentralisert bachelorutdanning i sykepleie, hvor 42 av 45 studenter er fra Agder-regionen.

SSHF støtter økt bruk av e-læring, simulering, ferdighetstrening og digitale læringsressurser i utdanningene. Ved å ta i bruk ny teknologi kan man både frigjøre kapasitet til å opprette flere praksisplasser og utvikle fagmiljøer med høy kompetanse.

Universitetet i Stavanger planlegger et nytt bachelorstudie i paramedics fra høsten 2019. SSHF har mål om økt andel ambulanspersonell med bachelorutdanning, og er i dialog med UiS om en intensjonsavtale om å tilby praksisplasser for disse studentene.

SSHF er opptatt av oppgaveglidning mellom yrkesgrupper og støtter at dette får fokus i planen.

SSHF støtter regionale initiativ for å identifisere regionale og lokale satsingsområder, herunder pågående arbeid i HSØ for å identifisere felles strategier for utvalgte områder.

SSHF har en god struktur for implementering av ny spesialiststruktur for leger. Det er avgjørende for samhandlingen mellom helseforetakene at regionalt utviklingscenter fungerer godt.

SSHF støtter HSØs arbeid med utarbeidelse av analyser og forbedre kunnskapen om fremtidig personell – og kompetansebehov (NBM) i regionen.

Høringsversjonen har fokus på LIS-utdanning og spesialistutdanning/etterutdanning, mens begrepene «legeutdanning», «utdanning av leger» eller «medisinerutdanning» ikke nevnes i planen. Høringsversjonen nevner ikke stortingsmandatet som ble gitt regjeringen 29.06.2018: «Utredning av ulike modeller for et studium i klinisk medisin, samarbeid mellom Stavanger Universitetssykehus, Universitetet i Stavanger og Universitetet i Bergen. Øke antall studieplasser innenfor medisin i Norge, herunder vurdere å øke antall studiesteder». SSHF savner at utredningen beskrives i regional utviklingsplan og at det spesifiseres mål om å øke antall praksisplasser for norske legestudenter også ved HSØs sykehus. Det er en betenking av 46% av norske legestudenter for tiden studere i utlandet og i et helsevesen de ikke skal jobbe i, mens Danmark og Sveige utdanner tilnærmet alle sine leger selv. Utviklingsplanen må poengteres på dette viktige punktet i lys av nye signaler gjennom statsbudsjettet.

Nasjonale og regionale kompetansetjenester er ikke nevnt i regional utviklingsplan. De nasjonale kompetansetjenestene desentraliserer og sprer kompetanse ut til andre mindre kompetente foretak for at kompetansen skal komme så nær pasienten som mulig, uten sentralisering av pasienten. De regionale kompetanstjenestene samler kompliserte og lav-volum grupper av pasienter på ett sted, men skal likevel sørge for at kompetanse om denne pasientgruppen er god nok på andre lokalisasjoner for å henvise de riktige pasienten, og å følge dem opp etterpå. Begge tjenestene arbeider for å lage helhetlige, forutsigbare og effektive pasientforløp og kliniske fagprosedyrer i hele regionen/nasjonalt. SSHF mener at disse kan ha en viktig rolle i å nå mange av de strategiske målene som er nevnt i planen.

Organisering og ledelse (kap 2.13)

SSHF vil understreke viktigheten av å ha struktur for etterfølgerplanlegging, særlig på ledernivåene 2 og 3.

Forskning og innovasjon (kap 2.14)

SSHF ønsker å understreke behovet for styrking av forskningsaktiviteten også ved ikke-universitetssykehus. Høy forskningsaktivitet bidrar til bedre kunnskapsgrunnlag og forskningsdrevet innovasjon.

Det er viktig at alle sykehus i regionen bidrar til innovasjon og utvikling. Samtidig som man søker å arbeide på mest effektive, kjente måte (best practice) bør man også ha øynene åpne for enda mer effektive arbeidsformer (next practice). Dette kan gi både økt produktivitet og bedre tjenester.

Teknologi og utstyr (kap 2.16)

Det er viktig å sikre implementering av hensiktsmessige verktøy for å kunne løse framtidige utfordringer, både mtp. samhandling og mtp. «å ta tiden tilbake». SSHFs klinikker jobber svært tungrodd på mange områder fordi man mangler tilgang til verktøy for å modernisere merkantile funksjoner. Selvrapportering, selvinnsjekk og ombookinger direkte via internett er i tråd med tjenesteutvikling i samfunnet for øvrig, og ville avlaste for mange av dagens arbeidsoperasjoner i sykehus.

Spesialisthelsetjenesten kan sannsynligvis ta i bruk mer av sensorteknologien som allerede er i bruk i primærhelsetjenesten, men stoppes av begrensede teknologiske muligheter til å integrere dette i dagens IKT-løsninger.

Tettere samarbeid med kommunene også innen e-helse vil bidra til mer effektiv samhandling og helhetlige forløp.

Satsningsområder og aktuelle tiltak (kap 6)

Bedre bruk av teknologi og nye arbeidsformer – mer brukerstyring (kap 6.1)

Dette satsingsområdet er en forutsetning for en bærekraftig utvikling av foretakene. SSHF støtter standardisering og innføring av regionale ikt-løsninger på de større, tyngre e-helse-prosjektene. For å styrke gjennomføringskraften på dette satsningsområdet, vil SSHF foreslå at det åpnes opp for større bruk av pilotering på de mer «lavhengende fruktene». På den måten vil foretakene i større grad kunne bidra til virksomhetsutvikling og høyere produktivitet på vegne av fellesskapet. Piloter må bygge opp under regional strategi. Innføring av regionale ikt-løsninger tar lang tid, og for tyngre prosjekter er det både nødvendig og viktig å gå den veien. Sørlandet sykehus påtar seg gjerne å pilotere noen prioriterte e-helsestøttede e-helseprosjekter.

Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester (kap 6.2)

Et sentralt område framover blir å legge til rette for nye samhandlingsformer mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten og finne finansieringsordninger som understøtter dette, ikke minst for å bidra til at pasienter i enda større grad kan få nødvendig oppfølging av spesialisthelsetjenesten i eget hjem. Tiltak med integrerte helsetjenester rettet mot pasienter med kroniske lidelser/multisyke vil være viktig for å håndtere framtidige behov, men krevende ift. dagens nivådeling og finansiering av helsetjenester i tillegg til at IKT-verktøy for samhandling mangler.

Framskrivninger (kap 6.6)

Justeringene i framskrivninger som er gjort i forhold til forutsetninger og effekter av nye tiltak synes riktige i forhold til de erfaringer som er gjort, bl.a. ift. forventninger etter Samhandlingsreformen. Endring i utnyttelsesgrad for senger fra 90 % til 85 % belegg synes riktig ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv.

Det er svært stor usikkerhet i framskrivningene av kapasitetsbehov. Beregningen er antagelig mest følsom for faktoren «forventet omstilling». Det blir derfor særdeles viktig å skaffe fleksibilitet og elastisitet ved videre utbygging av sykehusene i foretaksgruppen. Framskrivningene sier lite om fremtidig kapasitetsbehov innen akutt- og intensivfunksjoner i somatikken. SSHFs erfaring er at behovet på disse områdene de senere år har vokst betydelig mer enn for øvrige funksjonsområder, slik at dette nå er en alvorlig flaskehals i virksomheten.

Med vennlig hilsen
Sørlandet sykehus HF

Nina Mevold
Administrerende direktør