

Innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024

15.9.2022

Glenn-Helge Hattmann

Avdelingsleder og samhandlingssjef

E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret, Universitetssykehuset Nord-Norge

Trygg akuttmedisin i Nord

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

Norsk hjerteinfarktregister måler andel pasienter i Norge med akutte ST-elevasjons myokardinfarkt ('STEMI') som får akuttbehandling med trombolyse som første reperfusjonsmetode. 'Trombolyse innen anbefalt tid' beskrives i kvalitetsindikatoren C1 som viser andel av STEMI-pasienter under 85 år med under 12 timers sykehistorie der trombolyse ble valgt som første reperfusjonsstrategi der pasienten fikk trombolysbehandling intravenøst innen 30 minutter etter 'første medisinske kontakt' (FMK)¹. Måloppnåelsen beskrives som 'mindre god: <50 %; god: 50 % - 79 % og meget god: ≥80 %'. For både 2020 og 2021 lå Helse Nord lavt på måloppnåelse: I 2020 fikk bare 17% av de 132 STEMI-pasientene i Helse Nord's opptaksområde trombolyse innen 30 min. Dette var dårligst av de fire regionale helseforetakene og godt under landsgjennomsnittet på 25%. I 2021 var andelen falt til 11% (av 117 STEMI-pasienter) mot et landsgjennomsnitt som også hadde falt til 20%.²

Fra Hjerteinfarktregisteret startet registrering av kvalitetsmålene, har andelen som har fått trombolyse innen anbefalt tid har vært på svært lavt nivå i hele Norge. Av de 16 % av pasientene med STEMI som fikk trombolyse som primær reperfusjonsmetode i 2020, fikk bare 25 % slik behandling innen 30 minutter etter at helsepersonell kom til.

«Årsrapporten indikerer at **flere** pasienter burde vært behandlet med blodproppløsende medikament og at det ofte **tar alt for lang tid** før slik behandling iverksettes. I gjennomsnitt gikk det 44 minutter fra ambulanspersonell kom til pasienten til det ble gitt trombolyse. Registeret mener at i de fleste tilfeller bør behandlingen kunne gis innen 30 minutter.»³ (Fra Årsrapport 2021, våre utvevelser)

Hvilke tiltak er aktuelle?

Tross alle medisinske framskritt og entydige medisinske kvalitetsmål, har vi kun felles nasjonale faglige retningslinjer for én akuttmedisinsk tilstand: Gjenoppliving ved akutt hjertestans (HLR/AHLR).⁴ Vi har *ingen* tilsvarende felles retningslinjer med omforente tidsmål for håndtering av pasienter med akutte brystsmertor gjeldende for alle akuttmedisinske tjenester og fagmiljø som har ansvar i tidskritiske situasjoner. Dette søker 'Trygg akuttmedisin' å bøte på med tre nye, evidensbaserte

¹ 'Første medisinske kontakt' (FMK) er definert som det første helsepersonellet som kan ta diagnostisk, 12-avlednings EKG på pasienten. I nord ofte en lokal bilambulans.

² Se: <https://www.kvalitetsregistre.no/register/hjerte-og-karsykdommer/norsk-hjerteinfarktregister>

³ Norsk hjerteinfarktregister 2021, side 12

⁴ Se: Retningslinjer for hjerte-lunge-redning for lekfolk (publisert i juni 2021) fra Norsk Resuscitasjonsråd - https://nrr.org/images/nedlasting/pdf/NRR_Guidelines_2021_Grunnleggende_HLR_voksne.pdf

felles faglige retningslinjer for tre hyppig forekommende tidskritiske tilstander i Norge: Akutt STEMI, akutt hjerneslag og akutt sepsis.⁵

Hva er Trygg akuttmedisin?

'Trygg akuttmedisin' er resultatet av dette tverrfaglige kvalitetsarbeidet som i perioden 2015-2019 jobbet fram og produsert ulike papirutgaver av *tre felles fagmedisinske prosedyrer og sjekklister* for hjerteinfarkt, hjerneslag og sepsis; en *felles kommunikasjonsplattform* basert på det forskriftsregulerte, lukkede radionettet 'Nødnett helse' og 'lommeutgaver' for alle grupper relevant helsepersonell.

Målet for 'Trygg akuttmedisin i Nord' er at alle grupper helsepersonell med ansvar for å gi akutt helsehjelp i Nord-Norge skal komme *raskere* i gang med *riktig* behandling og *forebygge* ytterligere skade for pasienten ved korrekt og direkte medisinsk innsats, kommunikasjon, og samtidig unngå misforståelser og tidstap.

For å øke andelen pasienter som får prehospital trombolysing innføres enhetlige prosedyrer og tidligst mulig samband mellom vakthavende lege på sykehuset som via sin Nødnett vaktradio har direkte dialog med det prehospitalt akutt-teamet som er hos pasienten. Sykehuslegen får overført 'live' grafisk og numerisk de kliniske målingene som gjøres av ambulanspersonellet direkte til sin monitor via Internett. Målet er rask *felles situasjonsforståelse* og *rask beslutning* om korrekt akuttbehandling.

Helse Nord RHF's Oppdragsdokument 2022 har som et av sine mål å øke andelen prehospital trombolysing ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Dette skal gjøres ved å inkludere alle helseforetak i prosjektet Trygg akuttmedisin. Prosjektet er under utarbeidelse og Universitetssykehuset Nord-Norge har fått i oppdrag å lede prosjektet.

Stein Widding, Rådgiver og prosjektmedarbeider Trygg akuttmedisin i Nord, Seksjon for samhandling og helsetjenesteutvikling, Universitetssykehuset Nord-Norge

⁵ <https://unn.no/fag-og-forskning/samhandling/trygg-akuttmedisin>

Regional koordinerende enhet Helseregion Nord

Team

«Pasienten skal møtes med team» er et sentralt prinsipp i Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) 2020-2023. Det anbefales at team settes sammen på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Det nevnes mange eksempler på typer team, slik som FACT-team, ambulante rehabiliteringsteam, pasientsentrerte helsetjenestetsteam, og tverrfaglig strukturerte oppfølgingsteam, for å nevne noen. Det synes også som om teambegrepet brukes i betydningen «tverrfaglig samarbeid» mer generelt.

Det er positivt at det vektlegges tverrfaglig samarbeid omkring pasienter og brukere. Men anbefalingen blir i mange tilfeller svært generell, og det blir derfor vanskelig å styre etter en slik anbefaling. Hvis man skal komme videre, få tydeligere satsinger og også få en mer presis kommunikasjon med fagfolk i klinikk omkring teambasert arbeid/koordinering, så må det jobbes videre med kategorisering av ulike typer team. Det foreslås derfor at teambegrepet, og team som «løsning» nyanseres og differensieres i neste utgave av planen.

Team kan være permanente, eller settes sammen etter pasientens behov. Det kan være snakk om ulike grader av samarbeid/integrering, om teamet skal møtes hyppig eller sjelden, om det er et spesialistteam som skal ta overordnede beslutninger om behandling og oppfølging, eller om det er som skal utvikle og utøve tjenestene sammen med pasienten. Det er stor forskjell på å planlegge tjenester der det er relativt god forutsigbarhet om utvikling av behov, og der det er stor usikkerhet og fare for raske endringer. Det er tid- og ressurskrevende å organisere team rundt individuelle behov når disse går på tvers av etablerte samarbeidsrutiner og -strukturer, og det er også ressurskrevende å drifte permanente team eller avdelinger med mange profesjoner og tverrfaglige arbeidsformer. Slike arbeidsformer er imidlertid helt nødvendig blant annet innen den mest komplekse habiliteringen og rehabiliteringen, og i andre situasjoner der det er høy kompleksitet i pasientens behov.

Imidlertid må det skje en systematisk «kompleksitetskartlegging» for å avklare hva slags samarbeid som må til. Det er verken hensiktsmessig eller bærekraftig å tilby tjenestene som «integreerte team» dersom behovene kan løses ved å samarbeide på mindre ressurskrevende måter. Vi må forberede oss på en økende knapphet på helsepersonell, og det er svært viktig at vi utvikler arbeidsformer der vi systematisk vurderer kompleksitet og hvilken tjenesteorganisering som er hensiktsmessig og nødvendig for hhv å bistå pasient/bruker i henhold til sine tjenestebehov, samt ivareta nødvendig – og lovpålagt – koordinering.

Kompleksitet og de fire prioriterte pasientgruppene

Det er svært positivt at NHSP 2020-2023 prioriterer satsinger i tjenestene som kommer brukere med langvarige tjenestebehov innen gruppene barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser til gode.

Det er imidlertid grunn til å se på om det kan være noen pasient- og brukergrupper som ikke blir synlige med denne gruppeinndelingen. Da tenker vi særlig på voksne innen habiliteringsfeltet, samt voksne som ikke nødvendigvis har flere somatiske diagnoser, men som kan ha tilstander/situasjoner med omfattende funksjonssvikt/høy kompleksitet av andre årsaker. Flere steder har samarbeidsfora rettet mot for eksempel habilitering eller rehabilitering blitt erstattet med samarbeidsfora for hver av de fire prioriterte gruppene. Det er grunn til å følge med på om dette kan føre til at de aller mest sårbare kanskje kan bli mindre synlige, og dermed ikke få den oppmerksomhet de trenger.

Som nevnt under punktet om team, så må det utvikles og tas i bruk kompetanse, arbeidsformer og instrumenter der man bedre kan differensiere både behov og ressurser hos pasient/bruker innen

disse gruppene, og ressurser/begrensninger hos involverte og relevante tjenesteenheter når det gjelder evne og kapasitet til å håndtere kompleksitet. Her er det store ulikheter for eksempel mellom en kirurgisk sykehuspost og en geriatrisk eller en rehabiliteringsavdeling. Det kan være behov for svært ulike typer bistand for å sikre sammenhengende og koordinerte tjenester for pasienter med høy kompleksitet som blir lagt inn på så ulike avdelinger.

Rehabilitering

Behovet for ei nasjonal satsing på rehabilitering er underbygd i evaluerings-, tilsyns-, og revisjonsrapporter gjennom en årrekke. Dette er så godt dokumentert at vi ikke bruker plass på gjenta konklusjoner, argumenter og forslag. Vi vil likevel vektlegge at en nasjonal plan for rehabilitering nå må prioriteres!

Det er interessant hvordan den nasjonale planen for rehabilitering etter covid-19, som kom sommeren 2021, påpeker en rekke ting som er relevant for rehabilitering for alle diagnosegrupper. Blant annet er samarbeidet med de private institusjonene og helsefellesskapene tydelig framhevet i planen. Det er et kapittel med tittelen «Samhandlingsstrukturer i helhetlige rehabiliteringsforløp mellom nivåene». Det gis tydelige oppfordringer til at avtaler og rutiner for samhandling og meldingsutveksling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten bør inkludere private rehabiliteringsinstitusjonene som leverer spesialisthelsetjenester etter avtale med RHF-ene. Blant annet at avtaler og rutiner for samhandling og meldingsutveksling bør inkludere private institusjoner. Så bør det gjøres klare grep fra nasjonalt og regionalt hold for at institusjonene faktisk blir representert i helsefellesskapene.

Generiske pasientforløp framfor stadig nye diagnosespesifikke pakkeforløp

I høringsuttalelsen til pakkeforløpet «Kreft hjem», spilte vi fra Samhandlingsseksjonen og Pasientsentert Helsetjenesteteteam i E-helse, samhandlings- og innovasjonscenteret inn følgende:

Det er mye godt som er tenkt i dette pakkeforløpet. Vi stiller oss imidlertid spørsmål om hvorfor en slik arbeidsform skal forbeholdes kreftpasienter, og hvorfor det skal innføres for ALLE med en kreftdiagnose. Det aller meste av forløpsbeskrivelsen i pakkeforløp hjem for kreftpasienter er generisk, og bør brukes også for flere pasientgrupper som bør vurderes for om de har behov for langvarige og koordinerte tjenester, og som så langt ikke har «autoriserte» pakkeforløp. Det beskrives hvordan de lovpålagte ordningene for koordinering og oppfølging, som koordinator, individuell plan, koordinerende enhet og kontaktlege, skal tas i bruk. Mange av pasientene med en kreftdiagnose vil ikke falle inn under kriteriene for disse ordningene, eller ha oppfølgingsbehov, mens en rekke andre pasientgrupper har oppfølgingsbehov som ikke fanges opp per i dag. Det er også viktig at mange pasienter med kreft også har andre diagnoser i tillegg, og derfor får en kompleksitet som tilsier at de har særlige behov for koordinert oppfølging, og også fyller kriteriene for de nevnte koordineringsordningene.

Pasienter med kreftdiagnose behandles i en rekke ulike avdelinger ut fra hvilken type kreft de har. Hvordan skal dette håndteres av helsepersonell på avdelinger som behandler både kreftpasienter og andre pasienter? Skal kreftpasientene på disse avdelingene omfattes av andre samhandlingstiltak og rettigheter enn andre pasienter med oppfølgingsbehov? Og skal personalet i avdelingene forholde seg til egne prosedyrer for de med en kreftdiagnose? Man kan se for seg situasjoner der en avdeling har både kreftpasienter og andre med oppfølgingsbehov. Kanskje til og med på samme rom. Skal da den ene få pakkeforløp hjem, mens den andre - som kanskje trenger det minst like mye – ikke skal få det?

Hvorfor ikke heller innføre et generisk forløp som legger opp til å ta i bruk disse ordningene for alle pasienter med oppfølgingsbehov. Og da ikke minst kreve, og legge til rette for, en infrastruktur som

gjør det mulig i travle sykehusavdelinger å ta på seg disse oppgavene. Det strander i dag på både kjennskap til ordningene, kapasitet, kompetanse i relevant tverrfaglig og målrettet arbeidsform, tilgang på tverrfaglig personell og gode verktøy for kommunikasjon og dokumentasjon av plan og prosess.

Audhild Høyem, Regional koordinerende enhet Helseregion Nord, Seksjon for samhandling og helsetjenesteutvikling, Universitetssykehuset Nord-Norge

Følgende konkrete innspill gis til planen knyttet til retten til å medvirke i valg knyttet til egen helse:

Spørsmål	Innspill
Hva er de viktigste utfordringene å adressere?	<p>Samvalg – økt kunnskap og medvirkning</p> <p>Samvalg er en lovfestet rettighet som legger til rette for at pasienter kan medvirke i valg knyttet til egen helse. Samvalg er en prosess for pasienten, og innebærer en kultur- og holdningsendring for helsepersonell. Implementering krever langsiktig fokus og en systematisk tilnærming. Det er behov for å gjøre samvalg bedre kjent i befolkningen, både hos innbygger og for helsepersonell, slik at retten til medvirkning bli reell.</p> <p>Hvorfor samvalg?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kunnskap om egen helse og mulighet for å delta i samvalg kan styrke pasientens autonomi og evnen til å ta del i valg. - For klinikere kan kunnskap om samvalg bidra til en bedre klinisk kommunikasjon og økt kunnskap om pasientens preferanser.
Hvilke tiltak er aktuelle?	<ul style="list-style-type: none"> - Kunnskap: Nasjonal kampanje for å øke bevissthet både hos helsepersonell og pasienter - Opplæring: Legge til rette for at alle ansatte i helsetjenesten kjenner begrepet, og invitere pasienten til å delta. Se Samvalgstrappa, med undervisningstilbud for alle ansatte i helsetjenesten. - Rammevilkår: Sikre at retten til medvirkning ikke bare er omtalt, men plassert konkret i forløp, retningslinjer og behandlingstekster: Ikke bare «at», men «hvor» i forløpet. Dette vil understøtte samhandlingsreformen, samt gode og sammenhengende pasientforløp, også der det ikke finnes pakkeforløp. - Dokumentasjon: Legge til rette for dokumentasjon av samvalg i pasientjournal gjennom tjenestekoder og frasekoder. Dette vil fungere som informasjon til pasient, fastleger og sømløse overganger mellom nivåer i helsetjenesten, og er et økonomisk incitament som også kan telles.

Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

[Samvalgsveiviseren.no](https://www.samvalgsveiviseren.no) har som formål å bidra med praktiske råd for innføring av samvalg i en klinisk hverdag:



Samvalg som en integrert del av [pakkeforløp](#), eksempel fra prostatakreft uten spredning:



UNN HF har startet et arbeid med å definere samvalg inn i ulike pasientforløp.

[Lynkurs i samvalg](#) gir en kort innføring i samvalg for alle som jobber i helsetjenesten: Hvordan kan klinikere og annet personell som ikke har behandlingsansvar støtte pasienten til å delta i valg?



Samvalgsverktøy, motivasjonsfilmer og informasjon om spørsmål du kan stille din behandler på [helsenorge.no](https://www.helsenorge.no)

--	--

Innspill til nasjonal helse- og sykehusplan fra Funksjonell forvaltning, UNN HF.

Gjelder avsnittet punkt 2 på side 2 av dokumentet

Datasystemer (EPJ) som er benyttet i forskjellige faser av pasientforløp snakker ikke sammen og manuelle flaskehalsar skaper utfordringer for fagfolk og pasienter for kvalitet og gir sviktende informasjonsgrunnlag. Partnerne må planlegge flere prosedyrer sammen.

Det er behov for bedre koordinering av neste trinn i pasientforløpet. Det er fortsatt mangel på nasjonale helhetlige tiltak på området digitalisering. I Ofoten-regionen jobbes det konkret med å adressere disse utfordringene gjennom en omfattende felles OU-prosess i forbindelse med etablering av Nye UNN Narvik og Helsehuset (Narvik kommune).»

1. Regional forvaltning EPJ leser overstående avsnitt om EPJ systemer som ikke snakker sammen. Vårt innspill er at om at sjøl om man jobber sammen om felles pasienter er det ikke grunnlag for felles EPJ. Det er fordi sjøl om man er samlokalisert så er for eksempel UNN og helsehuset i en kommune ikke samme juridiske organisasjon og derfor kan journalsystemene per i dag ikke være felles. Slik vi tidligere har forstått Pasientjournalloven §9 så er det slik at hele kommunen må dele system med helseforetaket dersom deling av felles EPJ-system skal kunne benyttes. Det er ikke tilgjengelig en slik løsning i Helse Nord. Det er bare slik system i helse Midt, med Helseplattformen. DIPS er heller ikke mulig å begrense innsyn i alle funksjoner og ettersom det er felles database i Helse Nord vil det være vanskelig å begrense innsyn til øvrig opplysninger i DIPS enn det som gjelder lokalområdet/UNN
2. Usikker på hva det ligger i utsagnet om at det mangler nasjonale helhetlig tiltak på området digitalisering. Helseforetakene skal innføre ulike tiltak i tiden framover som kan være aktuelle. Det vil gjelde Pasientens legemiddelliste og Data- og dokumentdeling via Kjernejournal. Det pågår en pilot mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset. Det ventes på juridiske avklaringer før utbredelse kan gjennomføres. Det er også planer om å gjøre Digital behandlings- og egenbehandlingsplan tilgjengelig via kjernejournal
3. Evenes kommune har ikke villet koble opp helsestasjonen for elektronisk samhandling som den eneste kommunen i hele Helse Nord. Kommuner bør benytte de muligheter for elektronisk samhandling som er tilgjengelig. Det er planlagt utvidelse av bruke av dialogmelding mellom helseforetakene i Helse Nord og kommuner høsten 2022, dette er en etterspurt bruk av dialogmeldinger som vil kunne benyttes ved poliklinisk samarbeid.
4. Det er opprettet begrenset tilgang i DIPS for samarbeidsteam FACT hvor kommunalt helsepersonell som jobber med pasienten mens han er innlagt i sjukehus. Det gjelder også for Pasientsentrert helseteam. Helsepersonell i UNN har også tilganger i kommunenes systemer, men vi kjenner ikke til hvordan de er utformet.