

Ekspertgruppens innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan

Ekspertgruppen for arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner og KS har diskutert prinsipper og struktur for fremtidens spesialisthelsetjeneste. Her er oppsummert noen foreløpige innspill basert på det som ble presentert og diskutert i møtet.

Hvilket problem skal vi løse?

En felles virkelighetsoppfatning og forståelse er nødvendig.

Pasientens helsetjeneste – helse er så mye mer enn sykehusstruktur – det er også å leve godt med sykdom og å mestre eget liv. Også sykehusplanen bør legge en videre helsedefinisjon til grunn. Samhandlingsreformen er stadig like viktig.

Hva trenger vi at et sykehus skal gjøre annerledes

- Bedre grensesnitt og god oppgavefordeling med kommunene
- Bedret brukeropplevelse
- Veiledningsplikt: bør den erstattes med samarbeidsplikt?

Likeverdighet mellom aktørene i helsetjenesten – alle profiterer på å samarbeide – pasient, helsetjeneste og samfunn

Om forslaget til sykehus betegnelser

- En fleksibel modell som åpner for lokale løsninger men innen en felles ramme

Styring og beslutning

- Fornuftig med skille mellom overordnet politisk styring og ledelse lokalt/regionalt
- Det kan legges til rette for nasjonale standarder og større grad av likhet i tilbudet – for eksempel: standard for ventetider, kvalitet på tjenesten
- Lokale eller regionale beslutninger basert på fag og lokal kunnskap er bra, men det må være tydelig hvilken struktur som skal innføre/gjennomføre beslutningene
- Hvem skal bestemme funksjonsfordelingen i spesialisthelsetjenesten – hvem som gjør hva? Myndighetene? RHFene? Andre beslutningsnivåer?
- Det er nødvendig med fokus på ledelse – sammenheng mellom ansvar og myndighet
- Se store grep i sammenheng – for eksempel transport/kommunestruktur/tilgrensende meldinger

Samhandling

- Pasienten skal møte en enhetlig helsetjeneste

- Samhandlingsreformen er et godt verktøy for gode pasientforløp og er ennå ikke ordentlig innført. En full gjennomføring er en forutsetning også for kvalitet og kapasitet i spesialisthelsetjenesten
 - Planen må henge sammen med primærhelsemelding og folkehelsemelding
 - Desentrale tjenester – ambulante tjenester må fortsatt styrkes. Spesialisthelsetjenesten må bidra til problemløsning og kompetanseoverføring utenfor sykehus.
 - Oppgavedeling mellom kommune og sykehus – henger sammen med både kommunereform og samhandlingsreform.
 - Selv om man bruker dagens sykehus må man legge til rette for morgendagens spesialisthelsetjeneste – endring av funksjon, virkemåte og innhold.
 - Skal sykehusene ha en større rolle i helsefremmende arbeid?
- Er det grenser for hvor stort et sykehus skal være? Bør det defineres opptaksområder også for regionsykehus?
- Kvalitet må måles og følges slik at det opprettholdes likt tilbud for hele landet.
- Vil folk faktisk bruke det lille akutt sykehuset og ikke reise forbi? Gjelder for planlagt aktivitet og ikke for akutt.
- Om sykehusplassering: planlegging av nye sykehus må ta hensyn til hvor folk bor, transportavstand og miljøet.
 - Det handler også om hvordan samfunnet bruker sine ressurser best/mest effektivt på helse

Dag 2 Psykisk helse og avhengighet

Her er oppsummert noen foreløpige innspill basert på det som ble presentert og diskutert i møtet.

Generelle betraktninger/innspill

- Det er tid for å tenke helhet i organisering – psykisk helse, rus og somatikk. Helsetjenesten må møte hele meg og ikke bare organet eller diagnosen min.
- Individet som aktør – delaktighet – er en suksessfaktor for alle type behandlinger.
- Behandling av pasienter med psykisk lidelse og rus kan ikke være løsrevet fra sammenhengen til samfunnet pasientene lever i
- Tverrfaglighet kan også bety på tvers av primær og sekundær – sett sammen team med representanter fra begge så faller samhandling på plass. FACT (team sammensatt av ansatte både fra kommunehelsetjeneste og sykehus) som modell – er det en god modell for andre fagområder også?
- Vi må utvikle og samle modeller for samhandling – lære av beste praksis. Hvem får det til og hvorfor?
- Tenk lange linjer – ambulante og polikliniske tjenester kan komme i forkant av døgnbehandling – og være fortsettelsen etterpå.

- Behandlingsforløpet for rus og psykiske lidelser er til dels svært forskjellig – det er behov for å sikre kompetanse på tvers fordi disse problemene sjelden eksisterer alene
- Spesielle utfordringer for mennesker med flerkulturell bakgrunn
- Skal pasientene i fremtiden fortsatt alltid komme til (syke)husene eller skal helsetjenesten i større grad komme til pasientens hus?

Sammenheng og samlokalisering

- Klar overlapp mellom psykiske og somatiske diagnoser: pasienter med fysisk sykdom har ofte psykiske årsaker til sin lidelse og pasienter med rus/psykiske lidelser har ofte fysiske sykdommer
- Denne overlappen bør kanskje gjenfinnes i struktur og organisering– felles mottak og tverrfaglig samarbeid?
- Kan vi tenke mer samtidige tjenester og felles ansvar for enkeltpasienter?
- Pasientens helsetjeneste krever mer fokus på flyt og sammenheng og mindre interesse for bokser og organisasjonskart

Desentralisering – kritiske punkt

- Kompetanse: tverrfaglig versus spesialisert kompetanse. Må tilpasses sammensetning i befolkningen man betjener. Likeverdighet krever virkemidler – hvordan får du folk til å arbeide der de trengs? Telekommunikasjon åpner nye muligheter.
- Forsvarlighet: det er allerede i dag krevende å bemanne den desentrale strukturen vi har.
- Bør DPS være del av spesialisthelsetjeneste eller bli et kommunalt tilbud? Det er ulike synspunkter på dette. Uansett vil man trenge samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.
- Det samme spørsmålet kan og bør man stille seg for rusfeltet.

Hvor går psykisk helsevern?

- Fra teori til empiri – enorm utvikling
- Mer kunnskapsbasert praksis
- Fra institusjoner til integrering
- Fra lav-intensivt til høy-intensivt
- Fra oven-fra-og-ned til likemannsarbeid
- Fra ene-innsats til ko-produksjon
- Fra omsorg til mestring
- Fra stigma til gjenreising