



Sak:	Høring – NOU 2023:4 – Tid for handling
Fra klinikk:	E-helse, Samhandling og Innovasjonssenteret (ESI)
Til:	Fag- og kvalitetssenteret
Saksbehandler:	Sylvi Johansen, Glenn-Helge Hattmann og Gry Andersen
Elements nr.	

Innspill fra ESI

Vi støtter virkelighetsbeskrivelsen i NOU og understreker at alvoret i utfordringene betinger handling.

Digital læring.

Digital læring skal være tilgjengelig for helsepersonell, pasienter og pårørende.

- Helsepersonellet trenger lett tilgang på digitale læringsressurser for faglig oppdateringer og for å tilegne seg relevant kompetanse.
- Det må etableres kultur og systemer for deling av kurs på tvers mellom sykehusene, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.
- For at pasient/pårørende skal ha tilgang til opplæring må dette legges på åpne plattformer. Her kan brukerorganisasjoner være en ressurs.

Målrettet og tilpasset digital læring gjør at helsepersonell kan utvide sin kompetanse i tråd med behovet for økt generalistkompetanse, arbeidsglidning og faglig oppdatering.

Overforbruk og utilsiktet variasjon i tjenesten.

For å redusere overforbruk og utilsiktet variasjon i helsetjenesten mener ESI at samvalg og samvalgsmetodikk er en del av løsningen. Forskning viser at pasienter i større grad velger konservativ behandling når de selv er en aktiv del av beslutningen (Légaré F et al., Cochrane 2018).

- Opplæring i samvalgsmetodikk må starte allerede under utdanningen.
- Ansatte i helsetjenesten må få kontinuerlig opplæring/oppdatering i klinisk kommunikasjon der samvalg, begrensende valg, kloke valg og pasientperspektivet er inkludert.
- Tjenesten må opprettholde fokus på informasjon til allmennheten om rasjonell bruk av helsetjenesten for eksempel gjennom kampanjer som «Kloke valg».

Samvalgsmetodikk kan også bidra til å redusere utilsiktet variasjon ved at det skaper økt bevissthet blant pasienter rundt hvilke medisinske forsvarlige tilbud som er tilgjengelige.

Kommisjonen problematiserer at utvidede pasientrettigheter og økende forventninger fra befolkningen knyttet til kvalitet og omfang i helse- og omsorgstjenesten setter press på ansatte i tjenestene. Dette fordi de i større grad mener de må å levere tjenester etter befolkningens ønsker. ESI er enige i at vi må få ned overforbruk av helsetjenester, men dette må ikke gå på bekostning av pasienters rettighet til å være med på beslutninger der det er flere forsvarlige behandlingsalternativer. Dette kan ivaretas ved at samvalg implementeres.

Digitale konsultasjoner og digital hjemmoppfølging.



Vi er enig med utvalgets vurdering at problematikken som adresseres i «Tid for handling» ikke kan løses med bemanning alene. Det er behov for flere løsninger som gir større effekt av eksisterende ressurser. For å lykkes er det behov for økt fokus på:

- Investeringer til spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten rundt digitale løsninger, innovasjon og bedre utnyttelse av eksisterende teknologi.
- Samarbeid med primærhelsetjenesten.
- Pasientjournalløsninger som gir mulighet til å følge pasientforløp kontinuerlig mellom spesialist og primærhelsetjenesten.

Pandemien viste at digitale konsultasjoner var en akseptabel måte å tilby helsetjenester på. Vi mener det er viktig at tjenesten ikke faller tilbake til pre-pandemiske vaner uten at dette er faglig vurdert.

Det vil si å skape gode støtteordninger for «pukkelkostnader» forbundet med tjenesteutvikling og omstilling (transformasjon) av de tjenestene som må endres for å tilpasses oppgaveglidning, digitalisering og mer personsentrerte-, helhetlige- og proaktive helsetjenester

Fokus på helhetlige pasientforløp.

ESI er enige med kommisjonens vurdering i at brukere må involveres i utviklingen av pasientforløp, tjenesteinnovasjoner og helse- og omsorgstjenesten. ESI mener helsetjenesten må legge til rette for at pasienten får være en aktiv deltaker i eget forløp.

- En utvidelse av pasientsentrerte helsetjenesteteam vil ivareta behovet.
- Pårørende er viktig ressurs for mange pasienter og ved systematisk inkludering av pårørende kan dette også være avlastende for helsetjenesten.

Organisering, samhandling og rekruttering i helse- og omsorgstjenestene

I utredningen skrives det rundt apotektekniker og farmasøyter at «*De (sic) fleste apotekteknikerne i kommunene jobber antakeligvis i andre roller i kommunene*». Det har vært og er pågående bruk av blant annet farmasøyter og ernæringsfysiologer i pasientrettet virksomhet i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

- En grundigere utredning av erfaringene med bruk av eksempelvis farmasøyter og ernæringsfysiologer vil gi en kompetanseoverføring som er nyttig for videreutviklingen av organisering og samhandling i helsetjenesten.

Det er et mål å desentralisere det vi kan og å samle tjenester der det er nødvendig for å oppnå god kvalitet og tilgjengelighet. Dette vil også kreve at finansieringsordningene reflekterer behovet for økt samhandling og samarbeid.

- Finansieringsordningene er nødt til å utvikles i tråd med kravene til samhandlingen mellom forvaltningsnivåene.

Helsefelleskapets rolle

Det er enighet med kommisjonens funn at man i nåværende organisering kan ivareta forpliktende samhandlingsløsninger. Foretakene og kommunene er i et skjebnefellesskap når det kommer til å beholde personell og rekruttere nye, utvikle kompetente helsearbeidere, men også med å utvikle og sikre gode helsetjenester for innbyggerne. Spesielt noen av de gruppene som vi ser vokser som en følge av «eldrebølgen», demens, multikronikere, andre med store sammensatte og komplekse behov



(f.eks. rus, psykiatri og somatikk), samt barn og unge med komplekse behov utfordrer «systemet» og det svikter ved de svakeste leddene. Svikter det ett sted påvirker det helheten.

Behovet for endringer er nødvendig for å sikre at de gode eksisterende tjenestetilbudene ivaretas, og for å sikre at pasienttilbudet i nord ikke svekkes. Det er også flere kommuner i vår region som har en situasjon som er god i dag, men som samtidig er sårbar for at ting kan svikte, eller der sentralisering betyr mindre bufferkapasitet. Erfaringene er at de samlede konsekvensene av omstillinger i kommuner ikke er vurdert hvordan de påvirker det samlede helsetilbudet innenfor et helsefellesskap. F.eks. vil en omstilling fra institusjonsplasser til flere omsorgsboliger medføre nedlegging av sengeplasser som har vært buffer for en del pasientgrupper. Omstillingen kan være riktig for den enkelte kommune, men den samlede kapasiteten i en region kan bli mer svekket i et helhetsperspektiv. Økt samarbeid mellom kommunene for å ivareta et felles helsetilbud er en ønsket utvikling.

- Helsefellesskapenes rolle må videreutvikles. Det vil være viktig å se på hva som hemmer og fremmer organisering og strukturer, slik at behovene til primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ivaretas til det beste for våre felles pasienter.
- Helsefellesskapene må settes i posisjon til å prøve ut modeller (over en lengre periode) med mål om en felles organisering av helse - og omsorgstjeneste mellom foretak og en/ flere kommuner.