



innspill om Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Vi takker for muligheten til å sende våre innspill til høringen. Denne planen er svært viktig for hvordan helsetjenesten skal utvikle seg mot framtiden.

Norsk forening for palliativ medisin (NFPM) er en forening som samler leger med interesse for palliasjon / lindrende behandling. Vi rekrutterer fra flere legespesialiteter. De fleste av våre medlemmer er onkologer, anestesileger, allmennleger eller lungeleger med palliativ tilleggskompetanse. Vi arbeider både i spesialisthelsetjenesten (palliative sentre med sengeposter og mobile palliative team) og primærhelsetjenesten (sykehjem / lindrende enheter / kommunale palliative team)

Vi uttaler oss med utgangspunkt i våre kjennskap til og vårt engasjement for de palliative tjenestene i Norge.

Punktvis kommentarer til de oppsatte temaene:

Samhandling

Samhandlingsreformen har vært nyttig for ryddigere ansvarsforhold mellom kommuner og sykehus, gjennom klare avtaler mellom nivåene. Reformen har dessverre også ført til økt trykk på raske utskrivelser fra sykehus, med tilsvarende økt press på kommuner og fastleger. Langt sykere pasienter blir utskrevet nå i forhold til før reformen trådte i kraft. Dette passer ekstra dårlig for våre pasienter, de som trenger palliasjon ofte i livets slutfase.

Det er gjennomgående for dårlig kommunikasjon mellom nivåene i helsetjenesten. Et eksempel er håndtering av medikamentlister, som potensielt er farlig for våre pasienter som bruker mange potente medikamenter der doseringen endres ofte. Sikring av dette må adresseres i nytt planverk.

En fastlegeordning er under press svekker legens koordinatørrolle og medisinske ansvar for ikke-innlagte pasienter.

Vi vil nevne også bruk av kjernejournal som verktøy i samhandling og planlegging.

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Ny legespesialitet i palliativ medisin kommer til å bidra til kvalitetsforbedring i palliativ behandling.

Utdanningskapasiteten for spesialister i palliasjon må økes for å sikre god nok rekruttering, og egen norsk utdanning må komme på plass. Den nye planen må sikre kompetanseheving i palliasjon i alle ledd som yter palliative tjenester.

Høy pasientsikkerhet kan best oppnås gjennom sterk faglighet i tjenestene, et nærliggende eksempel er utbyggingen av barnepalliative tjenester og kompetanse som må sikres i hele landet.

NOU fra 2017 om palliasjon i Norge beskriver godt vårt anliggende, og vi anbefaler å bruke den aktivt når planen skal utarbeides.

Desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp

Spesialistkompetanse må sikres slik at det blir tilgang på veiledning til desentraliserte tjenester.

Desentralisering i seg selv bidrar ikke til bedre tjenester dersom ikke spesialkompetanse er tilgjengelig., og tilhørende finansiering og takstsystem kommer på plass. Vyene om at «sykehuset skal ut til pasientene» må følges av praktisk mulighet for ambulante tjenester også i spesialisttjenesten.

NOU om palliasjon fra 2017 omtaler nytten av palliative pasientforløp. Sømløse pasientforløp trenger gode planleggingsverktøy, noe palliasjonen har kommet ganske langt med å utvikle. Her kan andre deler av helsetjenesten finne gode ideer for forbedringer.

Helt konkret vises til kommunale/interkommunale palliative team som eventuelt veiledes fra spesialisthelsetjenesten (det er ikke fagfolk nok til å ha slik spesialkompetanse i alle mindre kommuner). Vi nevner også arbeidet med barnepalliative team utgående fra sykehusenes barneavdelinger, og i enkelte større byer.

Digitalisering

NFPM har nylig avgitt uttalelse i to høringer ift digitalisering i helsetjenesten: Nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging og Mål for digital sikkerhet og beredskap.

Fra vår høring til Nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging vil vi vise til følgende avsnitt:

Det er helt påkrevd med god og tilgjengelig IKT-kompetanse i alle faser i digitaliseringsprosjekter. Alle prosjekter vi har vært borti før har fått «uventede» vanskeligheter med ulike dataplattformer, programmer, tilganger, sikkerhetsutfordringer osv. Det må tas hensyn til at ulike aktører pr i dag bruker helt ulike dataverktøy som ofte ikke kommuniserer med hverandre. Dette gjelder i særlig grad fastleger i forhold til kommunene de har avtaler med, og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Pasientgruppene vi jobber med, de aller sykeste og de døende, vil i stor grad ikke kunne nyttiggjøre seg digitale tjenester. De har rett og slett for lite energi til å kunne «lære» nye systemer. Det ble gjort noen erfaringer under pandemien med digitale konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten med palliative pasienter. Uten at vi har tall på det har vi en opplevelse av at det fungerte nokså dårlig. Digital kontakt vil aldri kunne erstatte direkte menneskelig kontakt. Utbyttet av lege/pasient-møter er avhengig av trygghet og tillit, noe som er vanskelig å få til digitalt. I tillegg mistes i stor grad non-verbal kommunikasjon.

Digital hjemmeoppfølging kan være et godt supplement i tjenestene for enkelte pasientgrupper, men Vi er bekymret for at det kan bli brukt som en måte å spare ressurser på, ved at f.eks hjemmesykepleien reduserer antall besøk. De sykeste pasientene vil garantert tape på dette, da de nettopp trenger en helhetlig tilnærming med personlig, menneskelig kontakt og behandling. Vår pasientgruppe må ikke ofres på det digitale alteret.

Vi viser også til følgende utdrag fra vår uttalelse til Mål for digital sikkerhet og beredskap:

Vi som klinikere og brukere av systemene savner tettere kontakt med de nasjonale og regionale instansene som jobber med disse spørsmålene. Det blir oftest stor avstand og dermed lite forståelse begge veier. Som klinikere frustreres vi over tidkrevende aktiviteter vi pålegges utenom den kliniske virksomheten vi egentlig ønsker å drive med, og vi opplever ofte manglende forståelse for vår praktiske hverdag. På samme måte frustreres sikkert de som har digital sikkerhet og E-helse som sitt hovedvirke over vår manglende kompetanse og interesse for å gå inn i nye prosjekter på det digitale området.

Her trengs det i alle fall felles begrepsbruk og en bedre dialog. Vi kommer ikke videre med «stammespråk». Hva gjøres for å overkomme kommunikasjonsutfordringene i grensesnittet medisin / helse og IT?

Digital sikkerhet og kompetanse må inn i helseutdanningene og det må gjelde alle involverte profesjoner. Kanskje det kan bøte litt på kommunikasjonsutfordringene vi har beskrevet over (spørsmål 1). Likeledes er felles øvelser på tvers av profesjonsgrenser og involverte aktører / bransjer helt nødvendig. Bare slik kan vi fungere som team, ikke som ulike kulturer med ulike agendaer som motarbeider hverandre istedenfor å samarbeide.

Personell og kompetanse

Spesialiteten i palliativ medisin vil bidra til økt kompetanse og vil fremme rekruttering. Det trengs en fullverdig norsk utdanning for spesialister, jmf avsnitt om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Det bør satses på utvikling av tverrfaglige team som sammen har en bredere kompetanse enn de enkelte yrkesgruppene hver for seg. Dette gjelder både kommunale/interkommunale pall team og team i spesialisthelsetjenesten.

Etterutdanning for alle personellgrupper må sikres i framtidens nasjonale helseplaner. Det bør være unødvendig å nevne at nødvendig finansiering må følge med.

Rehabilitering og mestring

Mulighet for rehabilitering er viktig både for fysisk og psykisk mestring og funksjon. Mange palliative pasienter kan ikke rehabiliteres tilbake til tidligere funksjon, f.eks til arbeidslivet, men har stor nytte av oppfølging f.eks fra fysioterapeut for å vedlikeholde best mulig funksjon så lenge som mulig. For vår pasientgruppe, og sikkert mange flere, må tilbud være tilgjengelig både i hjemmet og i institusjoner.

Mestring oppnås best med god planlegging. Livets slutt er like viktig og krevende som livets begynnelse, og må planlegges like godt!

Akutt-tjenester

Legevaktene er ikke rustet til å løse utfordringene til pasienter med sammensatte tilstander, f.eks palliativt.

Kompetanse på legevakt må styrkes! Det er også eksempler på (inter)kommunale sykehjemslegevakter som bedre kan ivareta akutte problemer i denne pasientgruppa også for hjemmeboende. Det aller viktigste er imidlertid å forhåndsplanlegge så godt at det blir færrest mulig akutsituasjoner som det ikke er lagt noen plan for.

Legevakten har dårligere tilgang på journalopplysninger enn den øvrige primærhelsetjenesten. Det er ikke gunstig at helseopplysninger spres automatisk til alle slags instanser, men nødvendige opplysninger bør også være tilgjengelige her. Vi håper kjernejournal utvikles til et slikt verktøy. Her bør personvernombudet konsulteres i forhold til taushetspliktens grenser, for eksempel ved sending av palliativ plan til legevakt.

Spesifikke høringsspørsmål:

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

Vi vil først peke på at behandlingsprinsippene som brukes i palliasjon er både samfunnsbesparende og besparende mht pasientbelastninger. Overbehandling og overforbruk av høyteknologiske undersøkelser/behandling kan bedre unngås ved å planlegge gode pasientforløp, og få til bedre kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter / pårørende. Dette kan redusere unødige kostnader.

LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) må foretrekkes og konkretiseres.

En sterk offentlig helsetjeneste er det eneste som kan sikre de «kompliserte» pasientene.

Likeverdige tjenester i hele landet må sikres.

Det er behov for ytterligere konkretisering av ansvarsfordeling mellom 1.og 2.linjen

Kompetanse på alle nivå må sikres

Forhåndssamtaler (Advance care planning) må videreutvikles og implementeres. Disse dokumenteres i palliative planer, som er nyttige å implementere.

Vi vil ha fokus på hjemmetid, ikke først og fremst hjemmedød, jmf NOU / stortingsmeldingen om lindrende behandling behandlet i Stortinget i nov 2020.

Hvilke tiltak er aktuelle?

Fastlegeordningen må overleve og videreutvikles

Tverrfaglige palliative team må utbygges, Finansieringen må tilpasses slik at tverrfaglighet og ambulante palliative tjenester blir prioritert.

Kommunikasjonsferdigheter hos ansatte i helsetjenesten må vektlegges, både i primærutdanning og etterutdanning. (de fleste klager på leger dreier seg om dårlig kommunikasjon og/eller dårlig folkeskikk)

Nødvendig finansiering på alle plan i palliasjon må sikres.

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

Pasientforløps-tenkning:

- «Palliativt pasientforløp Stavanger»: «ressursbank» for palliasjon, utarbeidet av bred arbeidsgruppe fra SUS og tilhørende kommuner. Søkbart på Google, eller via [sus.no/palliativt senter](http://sus.no/palliativt_senter).
- «Pakkeforløp kreft hjem» er et annet eksempel, hvor en betydelig andel vil ha palliative forløp.

(Inter)kommunale sykehjemslegevakter, Stavanger, Sandnes, Sola Randaberg, og i Bergen.

(Inter)kommunale palliative team, Stavanger (i gang), Bergen (i gang), Trondheim og Oslo (i startgropa)

Palliative planer:

- Palliativ plan, lengst brukt i Møre og Romsdal (palliativplan.no), men finnes stadig flere steder, bla. Bergen.
- Forhåndssamtaler og beredskapsplan for barn og unge i palliativt forløp (regionalt barnepalliativt team, OUS)

Helseplattformen Helse Midt: digital samhandling

Molde, 13.09.22

Målfrid Bjørngaas, styremedlem NFPM

Anne Fasting, leder NFPM