

Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Svar på Invitasjon til å gi skriftlige innspill, fra Pasient- og brukerombudet

Viser til brev av 3. august 2022 (deres sak 22/2404) med invitasjon om innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Vi takker for muligheten til å gi innspill på vegne av norske pasienter og brukere.

Pasient- og brukerombudet har bygget opp vårt innspill ved å besvare tematisk de tre spørsmålene som det ble bedt om innspill på.

- 1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?*
- 2. Hvilke tiltak er aktuelle?*
- 3. Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?*

Vi vil ikke kommentere alle områdene som etterspørres, men kommentere de vi ser på som mest problematisk.

På vegne av Pasient og brukerombudet,

Jannicke Bruvik,
nasjonalt koordinerende pasient- og brukerombud

Astrid Gran Nordheim
fungerende pasient- og brukerombud i Innlandet

13.9.2022

1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

▪ **Fastlegesituasjonen**

Fastlegekrisen er nå en realitet i mange kommuner, også i flere av landets største. Av sakene Pasient- og brukerombudet mottar som gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester angår 43% av disse fastlegetjenester. Vi har hatt en jevn økning i antall saker som gjelder fastlegetjenester de siste årene.

Mange pasienter forteller at de ikke har en "fast" fastlege, men må forholde seg til fastlegevikarer som ikke kjenner deres historie. For mange medfører dette forsinket diagnostisering og behandling, redusert levealder og man ser en økning i akutthenvendelser til spesialisthelsetjenesten.

Stadig flere velger eller tvinges til å henvende seg til legevaktjenesten i stedet for å oppsøke fastlege. Dette medfører en stor risiko for at pasienter ikke får den helhetlige undesøkelse, utredning, behandling eller oppfølging som må til for å sikre forsvarlighet. Fastlegekrisen er en trussel mot pasientsikkerheten.

Legevaktsamarbeid mellom flere kommuner utfordrer tilgjengeligheten, da mange får lang reisevei. Tilgang på fastleger, som også skal fylle rollen som legevaktsleger er en utfordring i flere kommuner. Utstrakt bruk av vikarer, som mangler lokalkunnskap, er også en utfordring (rutiner, oversikt over tjenester m.m.).

▪ **Variierende grad av kompetanse og ressurser i kommunene**

Omtrent halvparten av henvendelsene til Pasient- og brukerombudet gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi erfarer at de kommunale tilbudene varierer både hva gjelder bredde, innhold og kompetanse i tjenestene. Dette tas ikke i stor nok grad høyde for i overgangen mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.

Ofte forventes at kommunene skal ta ansvar for mer enn de har tilbud, kapasitet og kompetanse til. Det er for få felles samhandlingsarenaer, der man i felleskap

diskuterer pasientens behov og utfordringer, og for lite kjennskap til hverandre og hverandres muligheter/begrensninger'.

Primærhelsetjenesten oppleves ikke som en likeverdig part overfor spesialisthelsetjenesten.

Ulik finansiering skaper utfordringer for kommunen.

▪ **Barne- og ungdomspsykiatrien**

Pasient og brukerombudet mottok 1688 henvendelser om psykisk helsevern i 2021. Av disse var 309 henvendelser knyttet til psykisk helsevern for barn og unge, en økning på ca. 64 % fra 2020.

Vi ser i dag lange ventelister, for liten kapasitet og mangel på fagfolk, for lite tid til oppfølging/behandling etter utredning og en stor andel av de som henvises til behandling i spesialisthelsetjenesten får avslag. Der er liten tid til samhandling med kommunene, og til å ha en samtidighet i oppfølging, og veiledning ute i kommunen.

Pasienter får avslag på poliklinisk behandling uten at det er noen dialog eller plan for hvordan de skal følges opp i kommunen.

Flere kommuner har ikke psykisk helsetjenestetilbud til barn og unge utover forebyggende helsetjenester. Kommunene mangler fagfolk med nødvendig kompetanse som kan ivareta behovet til de som får avslag fra BUP, samt de som trenger behandling og oppfølging etter utredning.

Ikke alle kommuner kan tilby ambulante tjenester som FACT/ACT team. Det gis ikke et likeverdig tilbud.

▪ **Rehabilitering og mestring**

Pasient- og brukerombudet fikk 101 saker innen habilitering og rehabilitering i 2021. Hovedårsaken til henvendelsene innen rehabilitering handler om manglende tildeling av tjenester og ventetid. Det varierer hvilke rehabiliteringstilbud som finnes de ulike stedene i landet, og hvilken kompetanse som finnes i de ulike kommunene.

Hvorvidt en pasient henvises til rehabilitering eller ikke, ser noen ganger ut til å bero på tilfeldigheter eller pasientens egen kunnskap. Hvilket rehabiliteringstilbud en pasient får, kommer i stor grad an på pasientens bosted, ansvarlig helsepersonell og pasientens egeninnsats.

Det er også svært ulike tilbud, kompetanse og organisering i kommunene, og det er ulikt hvor tverrfaglig sammensatt teamene er. Det er ikke alltid mulig å etablere en helhetlig og god rehabilitering i hjemmet, og det er ulik tilgang til og tilbud om spesialisert rehabilitering/opphold på rehabiliteringsinstitusjoner.

Det er uønsket variasjon i tilbudet både mellom sykehus og mellom kommuner. Helseforetak vegrer seg noen ganger for å henvise til rehabilitering utenfor regionen. Det kan gi ulikt tilbud i landet, og pasientene mottar rehabilitering av ulik kvalitet.

Lang reisevei kan føre til at det er krevende å benytte seg av dagtilbud.

Det er vanskelig å få timer til fysioterapeut med kommunal avtale, og mange må ty til private tjenester.

Eldre på sykehjem får mange ganger ikke nødvendig trening som bidrar til opprettholdelse av funksjon framfor tap av funksjon.

Vi erfarer at økonomiske hensyn kan trumfe den enkelte sitt individuelle behov.

Det er fortsatt uklare skillelinjer på kommunal- og spesialisert rehabilitering.

▪ **Kvalitetsarbeid og oppfølging av svikt**

Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4 a gir statsforvalterne større mulighet til å prioritere og vurdere hvordan anmodninger om tilsyn skal følges opp. Dette har også medført presiseringer i helselovgivningen som tydeliggjør helsevirksomhetenes eget ansvar for å besvare kvalitetsklager.

Vi erfarer at det fortsatt er mye å gå på når det kommer til helsetjenestens rutiner for å vurdere egen praksis. Der svikt eller mistanke om svikt foreligger kan behandling av saken hos tilsynsmyndigheten ha fungert som en "hvilepute" for tjenestestedene

Vi opplever at virksomhetenes egne avvikssystem brukes for lite, også i saker med alvorlig svikt, og det mangler kompetanse i tjenesten om meldeordninger og avviksordninger.

For lite kommunikasjon om avvik, feil og kvalitetsarbeid på tvers av avdelinger/kommuner/institusjoner gjør at læring av feil i all hovedsak skjer lokalt.

2. Hvilke tiltak er aktuelle?

Generelt:

Det er behov for finansieringsordninger som understøtter samhandling mellom nivå, regioner og diagnoser.

▪ **Fastlegesituasjonen**

Kan man se annerledes på oppgavefordelingen i fastlegeordningen slik at oppgaver som nå tilfaller fastlegene kan ivaretas av andre yrkesgrupper? Se til USA/ England.

Administrative oppgaver som for eksempel rapportering til NAV bør kunne fordeles til andre, for eksempel legesekretærer /sykepleiere, slik at legen kan holde på med utredning, behandling og henvisning.

Gjøre fastlege-yrket mer attraktivt og få opp rekruttering spesielt til distriktene.

▪ **Variierende grad av kompetanse og ressurser i kommunene**

Vi mener det er et behov for større grad av desentraliserte spesialisthelsetjenester for å kompensere for ulik/manglende kompetanse i kommunene.

Det må sørges for flere felles samhandlingsarenaer (kan også være digitale plattformer), der man i felleskap diskuterer den enkelte pasients behov og utfordringer, på tvers av nivå og geografi.

▪ **Barne- og ungdomspsykiatrien**

Vi bør tenke nytt rundt oppfølging av barn og unges psykiske helse. Tidlig innsats har vært et mål, men er det i tilstrekkelig grad en realitet? Tidlig innsats må lønne seg økonomisk. Slik helsetjenesten er rigget i kommunen, med begrensede ressurser til helsesykepleiere i grunn- og videregående skole, og fastleger som er presset, vil tilstrekkelig tidlig innsats bli vanskelig å gjennomføre. Slik tjenesten er organisert, og på grunn av press i tjenesten, ligger det nå et insentiv i å "sende barnet/ungdommen videre", til fastlege, og fra fastlege til spesialisthelsetjenesten.

Vi mener det er behov for å styrke kommunene med større ressurser (helsesykepleiere, psykiatriske sykepleiere, andre faggrupper) til å i større grad gi støttesamtaler og oppfølging til barn og unge over tid, med et tett og et forpliktende samarbeid med fastlege og/eller spesialisthelsetjenesten, vil antagelig risikoen for utvikling av alvorlig sykdom reduseres.

Det er også behov for større grad av samarbeid mellom pasientens hjemkommune og spesialisthelsetjenestene under inntak og vurdering.

▪ **Rehabilitering og mestring**

Pasientene må sikres et likeverdig tilbud om rehabilitering uavhengig av bosted. Pasienter må også kunne sikres rehabilitering utenfor kommunen og helseregionen dersom det mest passende tilbudet finnes andre steder i landet.

Henvvisning til rehabilitering bør vurderes ut fra anbefalinger i nasjonale og internasjonale veiledere. Pasienter som har diagnoser der rehabilitering er anbefalt, bør kunne søke om fritak fra rehabilitering fremfor å måtte be om henvvisning til rehabilitering.

Det bør etableres bedre rutiner for å sikre pasientens lovfestede rett til individuell og tverrfaglig vurdering av rehabiliteringsbehovet og -potensialet.

▪ **Kvalitetsarbeid og oppfølging av svikt**

Det er behov for felles journalsystemer/-journalsystemer som snakker sammen, som kan bidra til å bedre pasientsikkerheten i overgangen mellom sykehus og kommune, og som ivaretar samhandlingsbehov og formidling av riktig/relevant informasjon.

Spesielt viktig er det at det kommer klare krav til at også kommunene skal ha et system for håndtering av avvik og klager, kvalitetsforbedring og internkontroll (som det bør føres en viss kontroll med).

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

Nic Waal ved Lovisenberg Diakonale Sykehus har et eget team som rykker hjem til familier med barn og unge med alvorlige utfordringer for en 8 uker avklaring for å vurdere hva som er riktig og viktig hjelp videre.

De har også felles inntak til barne- og ungdomspsykiatrien mellom BUP og bydel/kommune. Det er noe ulik oppfatning av personvernet i denne ordningen, noe som bør avklares sentralt. Erfaringene fra denne praksisen er gode, og den gir kommunen/ bydelen og BUP kjennskap til hverandres oppgaver og tilbud.

En ny inntaksmodell har vært prøvd ut og nå blitt fast praksis ved både BUP Øvre Romerike og BUP Nordhordaland. Denne innebærer at barnet/ungdom og kommunen blir involvert ved vurdering av henvisning.



www.pasientogbrukerombudet.no