

Mens vi venter på NHSP

Av adm.dir. Stig Slørdahl, Helse Midt-Norge RHF. Kronikken ble først publisert i magasinet Overlegen 3/19

Snart legger Regjeringen fram Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) for 2020-2023. Dette for å peke retning på utviklingen av helsetjenesten i Norge eller for å være mer presis, gi forpliktende styringssignaler til spesialisthelsetjenesten og legge til rette for at kommunehelsetjenesten og fastlegene beveger seg i samme retning.

I den nylige gjennomførte valgkampen var det mye oppmerksomhet på spesialisthelsetjenesten og den underliggende frykten i mange regioner og kommuner om at tilbud flyttes og bygges ned, og at befolkningen får et dårligere tilbud. Samtidig er det ingen tvil om at det har vært og vil være nødvendig å endre tilbudene kontinuerlig for å sikre kvalitet og kompetanse, men det valgkampen viste klart, er at vi ikke har klart å binde sammen helsetjenesten til en helhetlig tjeneste.

Et eksempel er diskusjonen rundt ambulansetjenesten. Det er stor uro i kommunene når vi diskuterer om vi bør justere plassering av ambulansestasjoner eller justere tilbudet for å sikre en bærekraftig tjeneste.

I Midt-Norge fikk vi gjennomført en simulering av et mulig fremtidsbilde av antall ambulansestasjoner og antall ambulanser, men ikke minst om plasseringen av ambulansestasjoner er optimal i forhold til befolkningsutviklingen. Konklusjonen min var at vi fikk et av mange innspill for å jobbe videre med ambulansetjenesten, mens noen i kommunene oppfattet dette som vedtatt strategi.

Det som er klart er at den akuttmedisinske kjeden ute i kommunene er et felles ansvar mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Legevaktstjenesten som representerer den høyeste kompetansen ved akutt sykdom styres av kommunene. I Midt-Norge har 24 kommuner endret legevaktstjenesten de siste 10 årene med lengre avstand til legevakt i deler av døgnet uten at spesialisttjenesten i alle tilfeller har vært like tydelig involvert. Det gir selvfølgelig endrede behov for ambulansetjenesten som er ansvaret vårt. For eksempel er det økende bruk av ambulansetjenesten for å tilse om pasienter har behov for øyeblikkelig hjelp. Mer enn 15 prosent av turene i Midt-Norge på kvelds- og nattetid (21-08) er at pasienter er tilsett og konkludert med at det ikke er behov for transport – i noen kommuner er tallet 20- 30 prosent.

Hva dette viser er at vi kan ikke sitte hver for oss å planlegge helsetjenestene for befolkningen om det gjelder øyeblikkelig hjelp tjenester eller utredning, behandling og oppfølging av ulike pasientgrupper – særlig gjelder det pasienter med kroniske sykdommer som har behov for koordinerte tjenester.

Derfor er det viktig at den neste nasjonale helse- og sykehusplan setter enda sterkere føringer på samhandling i helsetjenesten. Jeg har stor sans for statsrådets retoriske poeng om at vi må gå fra å være parter til partnere.

Fortsatt ender kommuner og helseforetak tidvis opp i tvistesituasjoner om håndtering av pasienter og dokumentasjonskrav. Vi har en felles oppgave knyttet til kompetanse, rekruttering og rammevilkår slik at utfordringene i fastlegeordningen kan løses og for den saks skyld sikre et tilstrekkelig antall jordmødre i kommunene. Personlig tror jeg at kravene til samhandling bør være like forpliktende hos alle partnere, men det er ingen unnskyldning for at vi i spesialisthelsetjenesten ikke skal være offensive i arbeidet for å lykkes.

Jeg har brukt en del tid på å lese meg opp igjen om hva som skjer i andre land. Utfordringene er stort sett de samme som hos oss og behovene for endringer ikke mindre for å sikre en bærekraftig helsetjeneste. Ny teknologi og nye behandlingsmetoder gjør det mulig å behandle stadig flere pasienter uten innleggelse i sykehus og hvis innleggelse, gjøre oppholdene kortest mulig. Det er selvfølgelig god medisin å hindre immobilisering og sengeleienoen av de største framskrittene vi har sett for en del store pasientgrupper som hjerneslag og hjerteinfarkt har vært nettopp dette.

Derfor er det ønskelig å flytte mer av spesialisthelsetjenesten ut av sykehusene og satse mye mer på oppfølging og behandling hjemme. Jeg traff nylig en amerikansk professor som fortalte om stort fokus på å gjøre sykehusoppholdene kortest mulig. Det dreier seg selvfølgelig om økonomi i en av verdens absolutt dyreste helsetjenester, men også frykten for sykehusinfeksjoner. Det er viktig å formidle at dette ikke er en overføring til kommunehelsetjenesten, men vi som flytter kompetanse og ressurser ut av sykehusene.

Norsk offentlig sektor er i økende grad i ferd med å ta i bruk digitale løsninger og det skjer mye innen velferdsteknologi i kommunene. Samtidig er det tidvis frustrerende hvor lang tid det tar å ta i bruk ny teknologi eller for den del gammel teknologi som enda ikke er anvendt.

Hvordan vi tar i bruk teknologi vil måtte bli en hovedsatsing framover. Et utrolig spennende område er bruk av kunstig intelligens. Jeg håper kunstig intelligens kan blant annet hjelpe oss i å prioritere riktig oppfølging av pasienter som ellers vil bli stormottakere av helsetjenester. Fortsatt bruker vi 50 prosent av ressursene innen somatikk på 5 prosent av pasientene.

Nå venter vi på Nasjonal helse- og sykehusplan – i motsetning til Godot, så vet vi at den kommer. Det som også er sikkert er at det er viktig at dere som overleger involverer dere i de diskusjonene som kommer. Hvilke endringer bør vi gjøre?