

Pensjonistforbundet i Vestfold - helseutvalget

Høring – Utviklingsplan for Sykehuset i Vestfold HF

Høringsdokument med vedlegg er sendt fra SiV 23/1-18 med høringsfrist 8/3-18.

Pensjonistforbundet i Vestfold har på bakgrunn av innspill fra Pensjonistforbundets helseutvalg følgende kommentar til høringsdokumentene:

Innledning

Planutkastet er omfattende og berører en sammensatt og komplisert organisasjon, slik et stort sykehus er. Mye av faktainformasjonen og mange av drøftingene forutsetter egentlig ganske god kjennskap til sektoren. Dette gjør det vanskelig for legmann å trenge inn i stoffet og problemstillingene og vi hemmes derfor noe i å se de konkrete konsekvenser. Dette forsterkes av en utstrakt bruk av trebokstavforkortelser. Vi forstår og aksepterer langt på veg at det er slik, men det hadde vært et ønske om den endelige planen også ble laget i en slags kortform i et språk for allmenheten.

Generelt

Planutkastet er omfattende, grundig og spenner opp et stort lerret for å beskrive nåsituasjon og forhold som påvirker utviklingen på lang(12-15 år) og kortere (3-4 år) sikt. Vi mener dette gir et svært godt grunnlag for arbeidet og vil i det store gi full tilslutning til de faktorer som er spilt inn og de vurderinger av mulighet og begrensninger som er drøftet.

Vi savner en noe grundigere problematisering rundt økonomi. I første rekke går dette på erkjennelsen av at hverdagen styres innenfor stramme økonomiske rammer og de enkelte avdelinger/seksjoner er bundet av dette. Det samme gjelder i kommunal sektor. Muligheten til å se rammene på tvers og som en helhet er begrenset og dette svekker også viljen til det samme. Når mye av løsningen og fokus i planen ligger på øket samhandling både internt og med omkringliggende kommuner blir dette et stort hinder å overkomme. Løsninger må i stor grad baseres på personlig mot og vilje og det er utilstrekkelig for å nå systematisk utvikling. Det bør derfor pekes på behovet for alternativ organisering og finansiering i tråd med endret oppgaveløsning. Internt er det innenfor eget handlingsrom, men støter mot etablerte kulturer og mønstre og mulig løsning på dette bør fokuseres. Mot kommunene er det mulig å etablere noe rom dersom partene er enige, men det store potensialet krever endret nasjonal finansiering. Det er neppe mulig uten å gå veien om en pilot/prosjekt. Det burde kanskje også vurderes å spille inn om dagens system for innsatsstyrt finansiering er hensiktsmessig. Alternativer er så vidt nevnt i utkastet, men burde drøftes noe mere og bli en del av fokuset når de ulike utviklingsplaner skal samles og bidra inn i nasjonal helseplan.

Det er vektlagt at organisasjon og ledelse må rigges for oppgaven. Det er vi enig i – det er krevende å endre/utvikle samtidig med fullt fokus på daglig drift. Fordi SiV er en stor og kompleks organisasjon vil den fort «leve sitt eget liv» og omfattende ledelses og støttesystemer vil lett begrunne seg selv og ikke resultatfokus. En endringsutvikling må derfor ha skarpt fokus på resultat i praksisfeltet og måles på det. Vi vil derfor sterkt oppfordre til at endringsarbeid har konkrete brukergrupper/pasienter og følger resultatene nøye. Det er også en nødvendig forutsetning for at brukermedvirkning kan ha reell innflytelse og også gi et reelt bidrag. I det store bildet som tegnes opp er det ellers fort gjort å gå «seg vill» i interessante og utfordrende problemstillinger og ende med mye drøftinger med små resultater.

Med de store usikkerheter vi står foran er noe av det viktigst ikke at vi nå sier hvordan det skal bli, men at vi alle forstår behovet for endring, fleksibilitet og nye rammer. Klarer vi det er mye vunnet og selve planprosessen synes å være tuftet på denne erkjennelsen og skal roses for det. Det er en utfordring å huske på dette perspektivet når endret hverdag møter oss!

Konkrete innspill

I forlengelsen av ovenstående er det naturlig for oss å fokusere på hvordan sykehuset konkret kommer i gang og starter et arbeid som gir synlig resultat relativt raskt og derved motiverer til videre innsats. Det er ikke lurt å ta det vanskeligste først, men se etter «lavhengende frukter» med stort læringspotensial.

I kap 10 pekes på 7 konkrete satsinger. Rehab,Hab,Psykiatri, TSB,Multisyke,KOLS og Akuttkjeden. Det er umulig å være uenig i dette og vi støtter punktene, men peker på kompleksiteten i mange av feltene og problemet med å måle/bekreftede at vi er på rett vei.

Vi foreslår derfor konkret at Multisyke og KOLS snarlig får konkrete prosjekter/endret praksis. Områdene har store konsekvenser for ressursbruk i både sykehus og kommune og en forbedret samhandling kan gi betydelige gevinster både for bruker og for økonomien. Når vi trekker fram dette er det fordi en kanskje innenfor disse grupper lettere finner målgrupper en kan samle seg om enn f.eks innenfor rehabilitering. Det betyr IKKE en nedprioritering av andre områder, men vi løfter fram betydningen av å finne målgrupper vi kan enes om og komme i gang med.

Akuttkjeden. Her foreslår vi å trekke ut gruppen eldre som allerede mottar en form for kommunal bistand (hj. Sykepleie/sykehjem) og samtidig behøver sykehustjenester. Denne målgruppen trenger rask og koordinert avklaring både for å bevare funksjonsnivå og for ikke å utløse unødig ressursbruk. En kjede fra hjem til hjem som består av inn- avklare- behandle- ut i en koordinert prosess der bruker, pårørende, kommune, sykehus samhandler kan gi store gevinster. I Avklaring ligger også en sortering til enkle, til definerte forløp og til «på tvers» for de mere kompliserte. Det ligger egentlig godt til rette for å gjøre dette i større skala fordi:

- Det er allerede etablert forpliktende samarbeid med berørte kommuner
- Mye IKT verktøy er på plass
- Det vil bedre kapasitet i sykehus raskt(hindre overliggere)
- Det er en brukergruppe som vinner stort på god koordinering
- Brukerne blir i dag både underbehandlet, overbehandlet og feilbehandlet
- Koblet opp med felles styringsdata vil en raskt kunne se endring og få læring med overføringsverdi
- det vil synliggjøre på en konkret måte behov for flytting av penger og kompetanse mellom 1 og 2 linje evt. etablere nye samhandlingsarenaer.
- Vil raskt synliggjøre om finansiering må endres evt. om egne midler burde stilles til disposisjon under utvikling.

Sykehuset Telemark

For innbyggere i Vestfold er Drammen og Skien høgst aktuelle sykehus for behandling. Nytt sykehus i Drammen vil kanskje orientere seg noe mot Stor Oslo. Men i Skien er ikke dette aktuelt og når Vestfold Telemark er bestemt ny region ville en mere forpliktende samhandling passe godt inn. En mere forpliktende samhandling vil også gi øket robusthet og muligheter i avgrensing/arbeidsdeling med OUS. Et tema som er viet stor plass i planen. Eksempelet med autismegruppen som er omtalt i kap 10.3.3 kan stå som eksempel på et tema som tilsidesettes altfor lett.

En forpliktende samhandling bør langt høgere opp på dagsorden. Ikke i konkurranse, men i reell samhandling/arbeidsdeling til beste for pasienten

Påtegning:

Helseutvalget har i sak 21/18 behandlet utkast til høring vedr. utviklingsplan ved SiV

Vedtak:

Helseutvalget støtter enstemmig ovenstående uttalelse som Pensjonistforbundets høring i saken.

Stokke 8/3-18

Ove Gran (Sign)

Leder i Helseutvalget

