

Utviklingsplan, innspill fra prestetjenesten

Generelle kommentarer:

- Flott plan!
- For lite fokus på likeverdige helsetjenester
- Kvalitetsindikatorer er lite orientert utfra relasjonelle verdier
- Større fokus på utfordringer og konsekvenser av overbehandling savnes
- Pasientforløp og kontaktperson / -koordinator
- Pårørendeperspektivet er for lite framme
- Åndelig/eksistensiell omsorg og psykososial støtte mangler

Til 2.2 Å nå frem til ALLE pasientene – et arbeid som går på tvers: Likeverdig helsetjeneste

Som vi ser i pasientbrugerundersøkelsen og brukerorganisasjoner/brugerutvalget/ungdomsråd, så kommer ikke alle pasienter til orde, og det er de svakeste som faller utenfor. Innvandring og behov for tolketjeneste er en økende utfordring med et stadig større krav til pasienten om å forstå helsesystemet, lese seg opp på diagnose, bruke medisiner selv og bruk av velferdsteknologi i form av både digitale tjenester og fremtidig robotteknologi. Vi må forvente at flere mennesker vil trenge spesielle tiltak i fremtiden, hvis det ikke prioriteres å arbeide med å lage inkluderende systemer. Dette kan være i form av kravspesifikasjon i forskning og utvikling om å inkludere en mangfoldig testgruppe, sikre deltakelse i brukerutvalget, sikre at pasientbrugerundersøkelser også inkluderer pasienter som i dag blir utelatt, arbeide for en kvalitetssikret tolketjeneste, og også ha en form for koordinerende pådriverfunksjon på fagfeltet.

Helseatlasen viser forskjeller på helsetjenester knyttet til hvor du bor i landet, og noe er knyttet til alder på pasient, det er ikke inkludert faktorer på språk og etnisitet. Det går an å kutte kostnader knyttet til språk og etnisitet. Innvandrere og tolkebrukere har et overforbruk av ubrukte legetimer, tester/blodprøver (man tester alt når det er vanskelig å spørre eksakt om symptomer), forlenget tid og flere konsultasjoner før diagnose blir satt, medisiner som blir tatt feil og mer engstelse og flere liggedøgn - som kan henge sammen med kommunikasjon uten kvalitetssikret tolk. I tillegg gjenstår det systemarbeid for å løse de problemer som oppstår i møte med pasienter som ikke har en intuitiv forståelse av de kulturelle kodene i Norge, som kan føre til misforståelser knyttet til timebestilling, oppmøte, medisinbruk og mye mer. Her er det store muligheter for innsparing ved å lage små systemforbedringer, for eksempel legge til et kart i sms med varsling av time, eller samarbeide med asylmottak om å forklare at de skal til to konsultasjoner med en time venting mellom - og ikke bare en time – og andre innovative løsninger av både mindre og mer omfattende art.

Likeverdige helsetjenester bør også være et underpunkt i kap 5. Kapittel 5 heter «Muligheter». Kapittel 4 heter «Utfordringer i helsetjenesten». I kapittel 4 er det et underpunkt 4.6 som heter

«Asylsøkere og flyktninger». Dette er en utfordring som bør få noen meninger og tanker knyttet til seg i mulighetskapittelet, så kan det vurderes om det skal gjøres under overskriften likeverdige helsetjenester eller overskriften asylsøkere og flyktninger.

Til 2.5.1 Utdanning:

- Prestestudenter, diakonstudenter og rådgivningsstudenter har også praksis på St. Olav, men oversikten over praksisstudenter er kanskje ikke ment å være komplett.
- Utviklingen av St. Olav som praksisarena ved å styrke veiledningskompetansen hilses velkommen!

Til 2.5.2. Kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner

- Fokus på etikk- og relasjonskompetanse mangler. Ifølge pasient- og brukerombudene er dette det vanligste klageområdet.

Til 3. Overordnede strategier og føringer

- Fokus på å dempe behovet for helsetjenester hilses velkommen
- «Befolkningens behov er styrende for hvordan vi utvikler oss» (s.15) Hva betyr det at befolkningens behov skal være styrende? Tankene går i retning av en markedstilpasset utvikling av helsetjenestene i motsetning til en utvikling basert på nasjonale og lokale prioriteringer. Hva skal offentlig spesialisthelsetjeneste ikke gjøre som befolkningen uttrykker behov for? Det vil kanskje være mer hensiktsmessig å si at vi *tar utgangspunkt i* befolkningens behov, slik at det ikke antydes at styringen skal overlates til behovene, men skal beholdes av helseforetaket.
- Vektleggingen av helhet og samhandling hilses velkommen. Ambisjonen bør følges opp med fokus på pårørende, barn, tverrfaglighet, helhetlig menneskesyn, likeverd, - som er områder med stort utviklingspotensial i dag.

5.2 helsefremmende og forebyggende tiltak – dempe veksten i behovet for helsetjenester

- Å «hindre at personer blir syke» (s.19) må sies å være en utopisk ambisjon. Det bør stå det som antagelig menes, redusere faren for. Nullvisjonen kan oppfattes forførrisk, slik at nødvendig fokus på ubehagelige prioriteringer nedtones.
- Psykososiale tiltak og åndelig/eksistensiell støtte i forbindelse med oppfølging av pårørende til alvorlig syke og døende pasienter kan framheves som eksempler på helsefremming og forebyggende tiltak.

5.3 Prioritering og etikk

- Et svært viktig punkt!
- Systematisk etikkarbeid bør framheves. Det at arbeidet er systematisk blir viktigere jo flere prioriteringer vi må gjøre. Planen peker på at helsevesenet antagelig må gjøre stadig flere

prioriteringer framover. Særlig for å sikre rettferdighetsprinsippet i vurderingene vil det være viktig med et systematisk etikkarbeid, særlig med tanke på utfordringer knyttet til overbehandling, som aktualiseres av opplysningen i 5.7 om at 50 % av ressursene brukes på 5 % av pas.

- Prinsipper for internt prioriteringsarbeid bør utarbeides, f. eks. i samarbeid med Klinisk etikkomite.

5.4 Pasient og brukermedvirkning

- Her er pårørende nevnt en gang. Pårørendeperspektivet må komme tydeligere fram i dette underkapittelet, eller så må pårørende få sitt eget underkapittel.

5.8 Helhetlige pasientforløp

- For å sikre et effektivt, helhetlig forløp både internt og mellom nivåene, bør det legges til rette for ordning med fast pasientkontaktperson / - koordinator.
- Her bør det også inn noe om pårørende. Dette kan gjerne komme etter avsnittet om pakkeforløp («I 2018 vil nasjonale pakkeforløp...», s. 21).
- I dette underkapittelet bør det stå noe om åndelig/eksistensiell omsorg, både for pasienter og pårørende, for å understreke at et helhetlig forløp ikke bare handler om flyt mellom 1. og 2. linjetjenesten.
- Oppfølging fra Kirken, andre tros- og livssynsorganisasjoner og frivillige organisasjoner vil også være viktig å framheve.

5.15 Bemanning og kompetanse

- Et viktig tema her er hvordan man kan «bygge» robuste medarbeidere. Satsing på veiledning, refleksjon, kollegastøtte og andre støttefunksjoner etterspørres i dag og vil være viktig framover.
- Traineespl-ordningen hilses velkommen, og bør utvikles videre.

01.12.2017

Øyvind Taraldset Sørensen
hovedprest