

23.03.2022

Innspill til «Utviklingsplan 2022- 2039 Sykehuset Innlandet HF»

Brukerutvalget (BU) ved Sykehuset Innlandet HF har følgende innspill å komme med:

Samarbeid med kommunene og i Helsefelleskapet Innlandet Helsefelleskapet Innlandet er etablert. BU ser på dette som et skritt på veien til en organisering hvor kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste er slått sammen til en helhetlig helsetjeneste. BU ser at det er i overgangen i fra spesialisthelsetjenesten til hjemsted kommune, ved tilsynslege ved sykehjem eller fastlege, at feil oppstår.

Spesialisthelsetjenesten, fastlege og tilsynslege har ikke tilgang på samme digitale plattform og dokumentasjon. Det kan oppleves som belastende å gjenta sin sykehistorie på de ulike steder. I en akutt situasjon er det ikke alle pasienter som kan gjøre rede for medisinsk historie.

Historien til pasienten som ligger hos fastlege bør være tilgjengelig for alle. Ved tilgang på samme dokumentasjon ville overgangen blir sikrere.

Bruk av ny teknologi og nye arbeidsformer

Siden dette er en ny behandlings-metode må det prøves ut over tid. Det er forskjell på somatikk og psykisk helse. Derfor må det være ulike prosjekter for ulike behandlings-metoder. Viktige faktorer er pasienten må være enig i samvalget. Klare retningslinjer for hva som kan gjennomføres i hjemmet. God informasjon og riktig arbeidsform. Forutsetning er at bredbånd er på plass, det kan dessverre bety at ikke alle kan behandles digitalt. Utstyret pasienten trenger må være på plass til rett tid, og bruken må være på pasientens premisser. Ny teknologi i medisinske bør føre til at pasienthendelser går ned. Fastlege blir nøkkelperson i kommunikasjon på avlesning av digitale prøver. Kostnader i forbindelse med ordningen må løses. Økonomien er ulik i kommunene og i sykehuset. NAV og Hjelpemiddelsentralen kan bli viktige medspillere her. Pårørende er en selvsagt del av det hele.

Pårørende er en viktig ressurs for pasienten og for spesialisthelsetjenesten og kommunetjenesten. De pårørende trenger opplæring. Det bør arrangeres kurs/møter for opplæring til de pårørende. Det må etableres samarbeidsordninger.

Ledelsesstruktur uavhengig av lokasjon.

OU- programmet gjelder før Mjøssykehuset eller O+ er en realitet.

Når beslutningen av hoved valg er tatt, bør arbeidet med felles ledelse for samme fag og felt tas. Arbeidsmetodikk og systemer må brytes ned og være tilpasset før innflytting.

Rehabiliteringen innen somatikken og psykisk helse. Hjelpemiddel i fra NAV tar lang tid før de er på plass hos pasienten.

Samvalg betinger at pasienten/pårørende skjønner hva legen snakker om.

AMK – hvor skal pasienten bringes? Til legevakt eller sykehus. Her kommer tidsfaktor inn, lange avstander og ofte er legevakt og sykehus i forskjellige retninger. Det er viktig at det er legevakter der det er lang vei til sykehuset. Legevakter flyttes sammen og det blir færre legevakter.

Lokalmedisinsksenter (LMS) kan videre utvikles, flere pasientundersøkelser og prøver kan legges til LMS. Da vil pasienten slippe unødig reisning til sykehuset.

Utdanning av helsepersonell.

SI må ha nok praksis plasser for læringer/studenter.

Sykepleier skal drive med det de har autorisasjon til. Bemanning det skal være riktig kompetanse på rett plass. Balanse i teamet som settes opp. Fokus på tverrfaglig samarbeid.

Det er viktig at hele pasienten blir sett og hørt, respekt for pasienten.

Pasient og pårørende i fokus i fra de kommer inn på sykehuset og til hjemkomst i kommunen.