



Helse Vest Rhf
Postboks 303
4068 STAVANGER

Referanser:

Dykkar: 541fd591-58b9-44e6-a767-
0928df7094ed
Vår: 22/119 - 22/81127

Saksbehandlar:

Terese Folgerø
terese.folgero@alver.kommune.no

Dato:

24.10.2022

Høyringsvar til Regional utviklingsplan i Helse Vest 2023-2035 frå Alver kommune

Følgjande punkt vil bli kommentert i denne høyringa: kapittel 9 [Framskrivning av behov for helsetenester innanfor somatikk, i Helse Vest](#) og Psykisk liding hos personar med utviklingshemming

Framskrivning av behov for helsetenester innanfor somatikk, i Helse Vest

Helse Vest RHF viser til ei framskrivning av behovet for helsetenester bl.a. innanfor somatikken. Dei viser til at den nasjonale modellen legg til grunn befolkningsframskrivinga, og «*tek i tillegg omsyn til sjukdomsutvikling og andre endringsfaktorar som*

- *Friskare aldring*
- *Resten av potensialet i samhandlingsreforma*
- *Vriding av behandlinga frå døgn til dag og poliklinikk*
- *Primær- og sekundærførebyggjing for prioriterte grupper*
- *Teknologi og "heimesjukehus"*
- *Optimalisering av arbeidsprosessar»*

Framskrivning av behov for primærhelsetenester og pleie- og omsorgstenester i kommunane

Det er oppgitt at framskrivning av behovet byggjer på «nasjonalt fagnettverk for framskrivingar av helsetenester»

Ein finn dette:

https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Beskrivelse_av_Framskrivingsmodellen_2020.pdf

Ein legg merke til at framskrivning av behov i spesialisthelsetenesta ser ut til å ha skjedd utan representantar for kommunar. Mesteparten (> 90 %) av helsetenestene i landet blir gitt i kommunane. Strukturen i helsetenesta er bygd opp med ein basis i kommunane (primærhelsetenestene), der dei pasientane som ikkje kan få eit tilstrekkeleg og/eller forsvarleg tilbod i kommunen blir tilvist spesialisthelsetenesta. Dette er spegla i lovverket, mellom anna i Helsepersonelloven § 4 om fagleg forsvarlegheit. Framskrivning av behov for spesialisthelsetenester må derfor byggje på ein framskrivning av behov for primærhelsetenester og

pleie- og omsorgstenester i kommunane, sett i lys av tilgang på ressursar. Behovet for alle tenester vil auke i kommunane, samtidig som tilgangen på ressursar blir mindre.

Demografisk utvikling og mangel på årsverk i kommunane

Vi står framfor ein betydeleg auke i tal eldre, og vi veit at eldre ofte har fleire sjukdomar samtidig. I tillegg er det risiko for delir i forbindelse med somatisk sjukdom, og til alle overgangar er det knytt risiko, inkludert risiko for utvikling av og forverring av delir. I framskrivinga står det at «...de kvalitative endringsfaktorene i modellen korrigerer den demografiske økningen på 40,0 prosent til en økning på 13,7 prosent» i framskriving av antall liggedøgn. Dette blir gjort mellom anna ved å legge til grunn auka bruk av pasienthotell, observasjonseining, dagbehandling og poliklinisk behandling. Det kjem ikkje fram at ein har tatt med i berekninga at samtidig som det blir auke i tal eldre, blir det ei endring i alderssamansetninga i kommunane slik at små kommunar lengst frå sjukehus får ein relativt større del eldre enn store bykommunar med sjukehus. Det betyr at dagbehandling og poliklinisk behandling blir mindre velegna for dei eldre i kommunar med størst del eldre, og minst del innbyggjarar i yrkesaktiv alder. Dei i yrkesaktiv alder er også viktige omsorgsgivarar for eldre, og for yngre med store pleie- og omsorgsbehov. Uformell, ulønna hjelp eller tilsyn er berekna å tilsvare 136 000 årsverk i Norge, og det utgjer dermed nesten like mange årsverk som i dei kommunale tenestane. Pårørande er dermed ein betydeleg del av samfunnet sin totale omsorgsressurs.

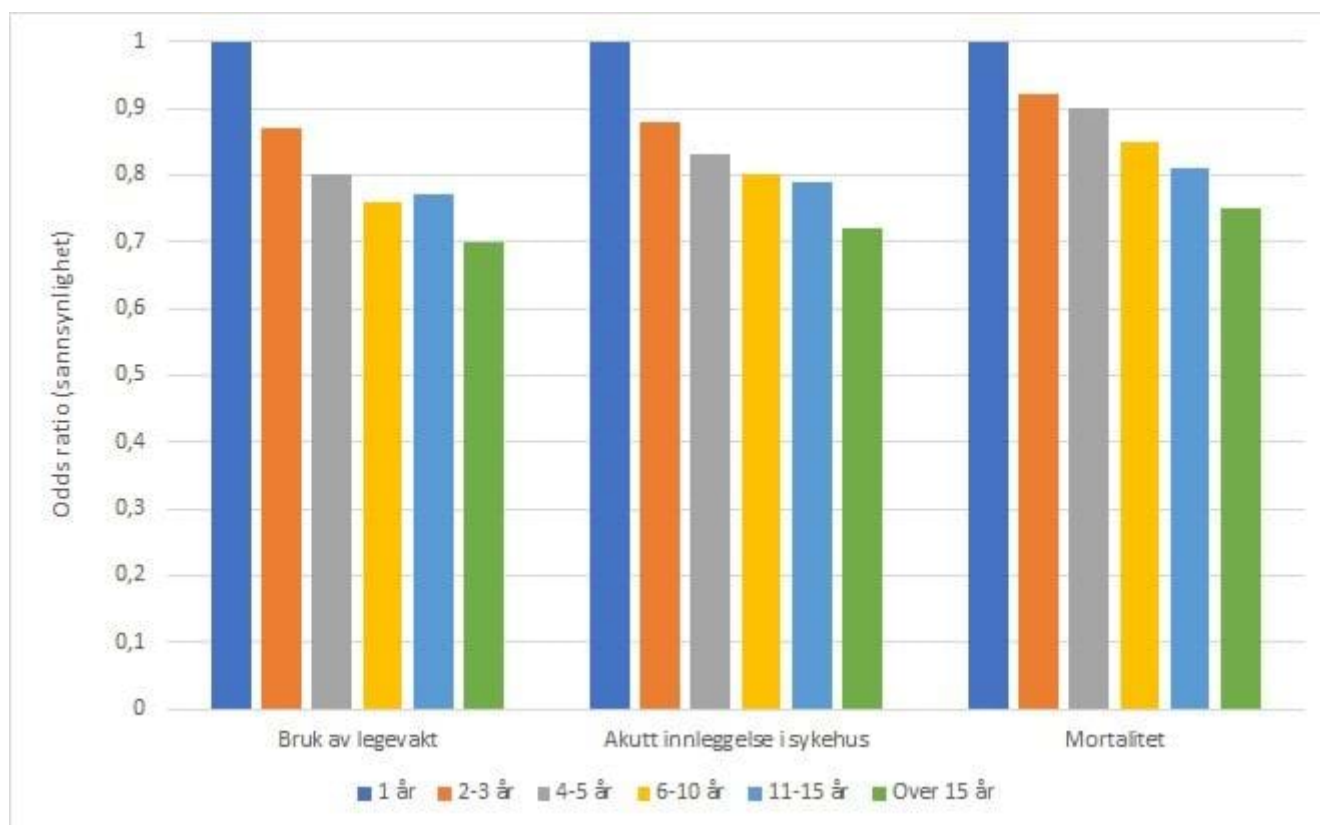
<https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf> Fråflytting av yngre og yrkesaktive gjer at kommunar med høg del eldre vil slite med å få kvalifisert helsepersonell enno meir enn no, og desse kommunane vil i tillegg ha mindre tilgang på/nytte av dei årsverka som blir ytt av pårørande.

Teknologi og heimesjukehus er ikkje velegna for multisjuka eldre

Ein kan ikkje forvente at dei eldste multisjuka med lang veg til sjukehus, skal vere dei som har størst moglegheit til å ta i bruk teknologi for oppfølging i heimen, utan at det blir eit meirarbeid for heimesjukepleiar og fastlege.

Fastlegemangel får betydning for tal tilvisingar og innleggingar

Spesialisthelsetenesta kan ikkje framskrive behov for spesialisthelsetenester utan å legge til grunn dei endringane som skjer i kommunane. I tillegg til generell mangel på helsepersonell og pårørandeårsverk, er det for tida krise i fastlegeordninga. Det er mangel på fastlegar, og det er eit generasjonsskifte med fleire erfarne fastlegar som går av med pensjon. Dette betyr at spesialisthelsetenesta må forberede seg på fleire, og ikkje færre tilvisingar. Det er og realistisk å forvente at det vil bli fleire øyeblikkeleg hjelp innleggingar. Dels er dette forårsaka av at yngre, meir uerfarne fastlegar faktisk skal tilvise fleire pasientar enn dei eldre, for å drive ein forsvarleg praksis (sjå helsepersonellova § 4), dels fordi fleire innbyggjarar utan fastlege vil oppsøke legevakt. Auka bruk av vikarar i fastlegeordninga, vil og kunne føre til fleire innleggingar i spesialisthelsetenesta. Studiar viser at pasientar som har hatt den same fastlegen i fleire år har lågare risiko for å døyg og mindre sannsynlegheit for å bli innlagt på sjukehus enn pasientar som har hatt same fastlege i eitt år eller mindre [Sjå artikkel i British Journal of General Practice](#), og [presentasjon på legeforningens si nettside](#), der figuren under er henta frå.



Psykisk lidning hos personar med utviklingshemming

Vi saknar ein strategi for heilheitleg ivaretaking av personar med utviklingshemming i spesialisthelsetenesta, inkludert behandlingstilbod til personar med utviklingshemming og psykiatriske lidningar.

Det er einighet i fagmiljøa om at menneske med utviklingshemming utviklar dei same psykiske lidningane som resten av befolkninga. Nyare studiar av representative utval viser at personar med utviklingshemming har høgare førekomst av psykiske lidningar enn andre. Menneske med lett psykisk utviklingshemming har dubla risiko for psykisk lidning, mens personar med meir alvorleg utviklingshemming har ein risiko som er tre til fem gonger høgare enn andre i befolkninga.

Diagnostisering av psykisk lidning hos personar med utviklingshemming er komplisert og krev samarbeid mellom familie, primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Personar som har hatt uoppdaga psykiske lidningar i fleire år, kan kome til å trenge langvarig behandling.

Det at personen sjølv ikkje kan fortelje om kjernesymptom, for eksempel oppleving av angst eller sansebedrag (hallusinasjonar), gjer at diagnostiseringsprosessen kan ta lang tid, og diagnoser som blir stilt hos personar med meir alvorleg grad av utviklingshemming, vil alltid medføre usikkerheit.

Videre er «diagnostisk overskygging» ei kjelde til feildiagnostisering. Viss endra åtferd ikkje blir sett på som ein tilleggs vanske, men som ein del av funksjonshemminga, kan psykiske vanskar blir oversett hos menneske med utviklingshemming.

Menneske med utviklingshemming utover lett grad, manglar svært ofte adekvate tenester frå psykiatrisk spesialisthelseteneste. Internasjonale erfaringar viser at slike tenester bør gis av tverrfaglege team bestående av fagpersonar med spesialisert kompetanse relatert til målgruppa. (ref: PhD Trine Lise Bakken, Psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemming/autisme,

Oslo universitetssykehus <http://www.oslo-universitetssykehus.no/pasient/diagnoser-og-sykdommer/utviklingshemning-og-psykisk-lidelse>)

Kommunar og spesialisthelsetenesta samarbeider om ei lita gruppe menneske med utviklingshemming som har store og samansette funksjonsvanskar i form av tilpassingsforstyrning, åtferdsforstyrning og ulike psykiske vanskar, og ulik grad av farlegheit. Fagmiljøa i Norge erfarer at det er store utfordringar knytt til å legge til rette for eit fungerande hjelpetilbod for desse personane. Det eksisterer ikkje tilfredsstillande lovheimlar for kommunale tilbod om tenester, som tek i vare pasienten sitt behov for omsorg og behandling, samtidig som samfunnsomsyn og omsyn til tilsette sin sikkerheit i alle tilfelle er godt nok ivareteke.

Spesialisthelsetenesta har organisert sitt arbeid med denne pasientgruppa på ulikt vis i Norge, og ansvaret for vaksnehabilitering er i nokon helseføretak lagd til nevrologiske avdelingar, andre steder til avdelingar for fysikalsk medisin og rehabilitering, og nokre få helseføretak har organisert desse tenestene under psykiatrisk avdeling.

Med helsing
Alver kommune, Kommunedirektør

Terese Folgerø
kommuneoverlege

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har difor ingen signatur.

Mottakarar:
Helse Vest Rhf

Postboks 303 4068

STAVANGER