

Hørings svar på Utviklingsplan SiV 2018-2030 samt bekymring vedr. oppgaveoverføring – fra fastlegene i Larvik

Fastlegene i Larvik ønsker å avgi hørings svar til Utviklingsplan SiV 2018-2030. Det vises til dokumentet «Høringsinstanser – Utviklingsplan Sykehuset i Vestfold HF.» Fastlegene i Larvik har ikke mottatt høringsbrevet og ble gjort kjent med høringen ved en tilfeldighet. Det at høringsuttalelse f.eks. er sendt til kommunene sikrer ikke nødvendigvis at fastlegene mottar denne. Siden vi legger til grunn at Sykehuset i Vestfold ønsker høringsuttalelse også fra fastlegene i Larvik, sendes derfor følgende som hørings svar fra oss. I tillegg til hørings svar ønsker vi å belyse bekymring rundt stadig større grad av oppgaveoverføring/glidning fra sykehuset til primærhelsetjenesten og fastlegene.

Dokumentet «Utviklingsplan for SiV» er svært omfattende og vi skal her forsøke å gi uttalelser om anliggende som direkte eller noen grad indirekte berører fastlegenes arbeid og samarbeid med vårt lokalsykehus.

Samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjenesten/fastleger

Det er flere steder i Utviklingsplanen poengtert viktigheten av samarbeid og kompetanseoverføring mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette er viktig. Spesielt er det fint at man også nevner viktigheten av gjensidig kompetanseoverføring, dvs. også *fra* kommunehelsetjenesten *til* spesialisthelsetjenesten. Det er kun på denne måten vi kan sikre en god og forsvarlig pasientflyt. Det er få arenaer hvor konkrete samarbeidsmuligheter blir diskutert og utviklet i dag og fastlegene opplever ikke å bli tatt med i beslutninger som direkte berører våre pasienter og arbeidsdag.

Oppgaveglidning fra sykehus til fastleger

Vi har tillit til vårt lokalsykehus sin kompetanse og vi ønsker å samarbeide så godt som mulig med SiV også i fremtiden. Dessverre erfarer fastlegene i Larvik kommune at samarbeidet med Sykehuset i Vestfold ikke fungerer godt på en del områder per i dag. «Overordnet samarbeidsavtale mellom kommunene og SiV HF» beskriver bl.a.:

4.2. Lovpålagte delavtaler Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 stiller et minimumskrav til hva en avtale mellom partene skal inneholde. Alle obligatoriske punkter i loven dekkes gjennom delavtalene nedenfor. I tillegg er det opp til partene selv å etablere samarbeid på andre områder enn de lovpålagte. I dette punktet beskriver partene hvilke lovpålagte delavtaler som skal inngås:

a) Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.

Videre sier Helsepersonelloven §6:

HPL §6 Ressursbruk: "Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.

Oppgaveoverføringer fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten og fastlegene har nådd nye høyder de siste årene. Denne overføringen/glidningen er alltid ensidig og ikke forankret i avtaler mellom fastleger/sykehuset. Samtidig har man ikke sett en tilsvarende overføring av ressurser fra myndighetenes side. Her vises det bl.a. det siste års medieoppslag om de store utfordringene

fastlegene står overfor, samt et nylig Stortingsflertall sitt vedtak om gjennomgang av fastlegeordningen.

Eksempler på forhold som vi mener bryter med inngåtte avtaler og ikke viser «*en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre*» iht. bl.a. ovennevnte avtaler/lovverk:

- Avdelinger/leger som ikke sykmelder pasienter når man finner indikasjon for dette på den aktuelle avdelingen/poliklinikk. Pasienten henvises til fastlege for dette.
- Sykehusavd./poliklinikker som ikke skriver ut resepter etter opphold/poliklinisk konsultasjon på sykehus. Pasient bes om å ta kontakt med fastlege.
- Avdelinger som ikke henviser til radiologiske undersøkelser man finner indikasjon for, men henviser dette til fastlege. Eksempelvis røntgen kontroll etter infeksjon.
- Avdelinger som ikke henviser til annen instans, det være seg internt på SiV eller til andre eksterne helsetilbydere, når man finner indikasjon for det.
- Pasienter som av sykehuset blir henvist til fastlege for å bestille pasient- transport som sykehuset skulle bestilt.
- Avdelinger som ber pasienter oppsøke fastlege for å få tatt prøver som sykehuset skulle bestilt.
- Avdelinger som ber fastleger gjennomføre preoperative somatiske undersøkelser.
- Sykehusets standardbrev i avslag på henvisninger som ber pasienter drøfte avslag på henvisning med fastlege.
- Sykehusavd. som overfører til videre oppfølging hos fastlege hos pasienter med psykiske lidelser, selv om man i epikrise spesifiserer at det er behov for oppfølging av f.eks. privatpraktiserende psykolog/psykiater.
- Vi ser en betydelig kortere liggetid på sykehus etter Samhandlingsreformen og SiV ser en stor grad av reinnleggelse. Siden Vestfold sin primær- og spesialisthelsetjeneste henger sammen, vil graden av oppgaveoverføringer vi nå ser bidra til at bl.a. en stor grad av reinnleggelse opprettholdes.

Disse oppgaveglidningene og oppgaveoverføringene er en av hovedbidragene til at fastlegenes arbeidsbelastning nå er for stor til at ordningen vil kunne fortsette som tidligere i overskuelig fremtid. Dersom fastlegeordningen bryter sammen vil det få store konsekvenser for spesialisthelsetjenesten da fastleger i dag kun henviser en brøkdel av sine pasienter til behandling på sykehus. Unge og erfarne fastleger slutter og rekruttering svikter i Vestfold. Dette er alvorlig i seg selv, men man vet også at erfarne fastleger i mindre grad henviser til spesialisthelsetjenesten. Sykehusene har de siste årene hatt budsjettknninger i takt med befolkningsvekst. Dette har ikke fastlegeordningen, hvor tilskuddene nærmest har stått stille siden oppstarten i 2001. Det er derfor avgjørende at man finner en løsning på disse utfordringene.

På bakgrunn av de ovennevnte punktene må inntil videre ytterligere oppgaveglidning og overføring fra sykehus til fastleger opphøre med øyeblikkelig virkning. Sykehuset kan ikke lenger påregne at oppgaver som påligger SiV å gjennomføre gjøres av fastlegene.

I planperioden må fastlegene i betydelig større grad enn i dag tas med på beslutninger rundt pasientflyt og oppgaver. Dette bør være en selvfølge all den tid det er fastlegene som blir medisinsk ansvarlig når pasienter overføres fra sykehus til kommunehelsetjenesten.

Utviklingsplan for SiV 2018-2030

Vi vil her sitere avsnitt fra Utviklingsplanen som aktualiserer det ovennevnte, med fastlegenes kommentarer under.

Punkt 1.5

«Men det er ikke vår ambisjon at det skal beskrives konkrete løsningsforslag eller modeller på dette stadiet i prosessen. En viktig grunn til det er at de fleste innsatsområdene krever tett samarbeid og dialog med kommunene, fastlegene og pasientorganisasjonene i Vestfold, og da må løsningsforslagene utvikles i tett samarbeid med dem.»

Punkt 5.4.2 – Samhandling med kommunene

«Samtidig som det vil skje en spissing og ytterligere spesialisering av behandlingstilbudet, vil det være naturlig å styrke den polikliniske og ambulante virksomheten. Det siste ikke minst for å støtte opp under kommunenes og fastlegenes arbeid med de pasientene som i større grad vil bli tatt hånd om i primærhelsetjenesten. En slik omlegging må skje gradvis, og i nært samarbeid med brukerorganisasjoner og kommuner/fastleger.»

Det er positivt at man presiserer at løsningsforslag må utvikles i samarbeid med bl.a. kommunehelsetjeneste. Fastlegene i Larvik forutsetter at adekvate diskusjonsfora, bl.a. PKO, tas med i et slikt samarbeid.

Punkt 6.3.7 Reduksjon i omfanget av uhensiktsmessige innleggelser, konsultasjoner mv

Spesialisthelsetjenesten vil måtte ta et sterkere grep om arbeidet med å redusere omfanget av unødvendige/uhensiktsmessige innleggelser, konsultasjoner og behandlinger i sykehus. Det vil si både å spisse oppdraget til SiV som spesialisthelsetjeneste, utvikle større fleksibilitet med hensyn til hvor tjenestene skal ytes, og ikke minst ha en klar bevissthet om hvilke behandlinger/operasjoner/intervensjoner som faktisk gir en helsegevinst, og hvilke sykehuset bør slutte med/vurdere omfanget av.

Her legges det til grunn at man opplever en for stor grad av såkalte «uhensiktsmessige» innleggelser. Det minnes om HPL §4;

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Det er altså den enkeltes helsepersonell sin plikt til å yte forsvarlig helsetjeneste til sine pasienter. Det er som kjent stor forskjell mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten hva gjelder diagnostiske muligheter og tilgang til bemannede institusjonsplasser, og det er forskjell på hvilken tilgang allmennleger har til diagnostiske muligheter. Det bes derfor om forståelse for at dette nødvendigvis vil føre til bruk av sykehusplasser som etter medisinsk avklaring på sykehus viser seg å kunne vært unngått. Med fasit i hånd er forskjellen mellom «hensiktsmessige» og «uhensiktsmessige» innleggelser ofte tydeligere.

Punkt 6.3.7

«Grensesnittet mellom hvilke spesialisthelsetjenester som skal ytes "innomhus" versus de som skal ytes "utomhus", vil bli endret. Det må gjøres et målrettet arbeid med sikte på å overføre oppgaver både til primærhelsetjenesten/fastlegene (for eksempel utvalgte polikliniske kontroller), men også å involvere pasientene selv i arbeidet med å registrere og rapportere helsedata. En slik overføring av oppgaver må ledsages av en systematisk og målrettet overføring av kompetanse, og en evaluering av resultatet.»

Målbilde 13:

- SiV arbeider systematisk med å dreie ressursbruken fra etterkontroller til nyhenvisninger. Dette skjer både gjennom overføring av kontroller til fastlegene og gjennom gode løsninger for egenkontroll/egenmonitorering.

9.7 Overføre oppgaver til primærhelsetjenesten på en mer systematisk måte

Punkt 9.6 dreier seg langt på vei om å utføre spesialisthelsetjenester på arenaer utenfor sykehuset. Dette punktet har fokus på å overføre oppgaver/pasientgrupper fra SiV til kommuner og øvrig primærhelsetjeneste. Altså at de overtar behandleransvaret for pasienten. Samtidig er det ikke noe skarpt skille mellom denne problemstillingen og problemstillingen med å overføre oppgaver mer systematisk til primærhelsetjenesten. Som vi skrev i kapittel 6, vil nye arbeidsformer og ny teknologi generelt bidra til å gjøre grensesnittet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten mindre skarpt enn det er i dag.

Det er likevel mulig å antyde noen problemstillinger som det bør arbeides med innenfor rammene av dette temaet:

- Det mest åpenbare er forholdet mellom SiV leger og fastleger når det gjelder ansvaret for polikliniske kontroller, og på noen områder også antallet konsultasjoner per pasient. Sykehuset diskuterer med visse mellomrom hvordan vi skal frigjøre ressurser til nyhenviste pasienter ved å overføre pasienter som allerede er i behandling raskere til primærhelsetjenesten, og ved at fastlegene kan ta flere av de kontrollene som sykehuslegene i dag utfører. Disse problemstillingene bør det arbeides mer systematisk og beslutsomt med.
- SiV har også noen pasienter som blir liggende inne lenger enn nødvendig fordi kommunene mangler den spisskompetansen som er nødvendig for å kunne gi pasientene et godt tilbud enten hjemme eller på kommunal institusjon.
- På tilsvarende måte kan det oppstå situasjoner hvor pasienter blir lagt inn på SiV som følge av manglende kompetanse enten i den kommunale sykepleietjenesten eller for eksempel på legevakten.

Hvis sykehuset skal få tatt grep om disse utfordringene på en systematisk måte, er vi helt avhengige av god dialog og prosess med primærhelsetjenesten, og SiV må stille med nødvendig opplæring og kompetanseoverføring før slik overføring av oppgaver og ansvar kan finne sted.

Disse punktene går rett i kjernen til innledningen om de store utfordringene vedr. oppgaveoverføring og oppgaveglidning. Dersom det legges føringer i en Utviklingsplan om at ytterligere oppgaveoverføringer skal skje vil det sannsynligvis føre til økt grad av oppgaveglidning fra individuelle behandlere. Dersom ytterligere oppgaveoverføringer skal skje må dette avtales i

adekvate fora og konsekvenser av overføringen må diskuteres av alle involverte parter.
Oppgaveoverføring utover dette må opphøre med øyeblikkelig virkning.

Når det gjelder pasient- registrert data er det også viktig å påpeke viktigheten av at pasientene selv i større grad involveres i oppfølging av egen helsesituasjon. Vi er kjent med at man jobber med ny epikrise- mal for SiV og vi anbefaler sterkt at denne inkluderer en presisering av hvem som har ansvar for videre oppfølging der det er nødvendig; bestilling av eventuelle kontroll- timer, blodprøver osv.

6.3.8 Understøtte kommuner og øvrig primærhelsetjeneste

Som en følge av punkt 6.3.7, vil SiV måtte ta et mye kraftigere grep om den store oppgaven det er å understøtte kommuner og øvrig primærhelsetjeneste i deres arbeid. Skal helsetjenesten i Vestfold lykkes med å gi pasienter gode tjenester utenfor sykehusets fysiske bygg, må vi:

- Omdefinere deler av hva vi legger i begrepet spesialisthelsetjeneste, og ikke minst hvor og hvordan sykehuset leverer dem. Skillet mellom hva som er spesialisthelsetjeneste og hva som er primærhelsetjeneste, vil på en del områder bli mindre skarpt.

- Aktivt og forpliktende understøtte andre aktører i deres arbeid. Dersom kommuner og fastleger skal kunne overta deler av de oppgavene som spesialisthelsetjenesten i dag utfører, krever det at sykehuset tar veiledningsplikten på større alvor, og langt mer systematisk og strukturert, enn i dag. Det vil si å understøtte primærhelsetjenesten, slik at de kan ta hånd om stadig mer krevende og komplekse pasienter.

- Vurdere forpliktende partnerskap med disse aktørene, slik at vi i større grad kan løse oppgavene sammen og samtidig; enten på felles arenaer eller i nettbasert dialog.

Det er enighet hos fastlegene i Larvik at slike partnerskap er avgjørende for god pasientflyt og fornuftig bruk av helseressurser.

Punkt 7 – Teknologi

Her nevnes det bl.a. større bruk av teknologiske løsninger for å minske fysisk oppmøte på sykehus.

Teknologisk utvikling vil nødvendigvis føre til at en del organisatoriske forhold flyter lettere. Teknologisk utvikling vil også spille en stor rolle i diagnostikk og behandling de neste årene. Imidlertid er det ikke teknologiske målinger som ligger til grunn for god pasientbehandling. Møtet mellom pasient og lege er avgjørende for god pasientbehandling. Bruk og innføring av nye arbeidsmetoder må være forskningsbasert.

Som et punkt til dette anbefaler også fastlegene i Larvik at man ser på muligheten for å kommunisere med aktuelle kolleger om felles pasienter via dialogmelding.

Mvh
Fastlegene i Larvik
v/ tillitsvalgte Erling Becker Aarseth
og Janne Kristin Aase Hansen

Larvik, 01.03.18