

## Utviklingsplan SiV.

Dette er en ambisiøs plan som peker på viktige grenseflater mellom både kommune- og sykehustjenester, samt første- og annenlinje spesialisthelsetjeneste.

Det pekes på behovet for å frigjøre kapasitet i SiV for å ivareta nye oppgaver, demografisk utvikling og utvikling i sykdomspanorama. Dette tenkes bl.a. gjort ved å flytte oppgaver fra sykehus til kommunene generelt og fastlegene spesielt.

Videre er det ambisjoner om helsedatafangst for bedre epidemiologisk oversikt, bl.a. fra EPJ-systemer i kommunene.

Dette er utviklingstrekk vi i hovedsak støtter, men vi ser at planen ikke helt tar inn over seg hvilke forutsetninger som må ligge til grunn i kommunene og i de elektroniske løsningene.

Generelt må kommunene styrkes ressursmessig for å kunne ta imot flere og sykere pasienter tidlig fra sykehus. Samhandlingsreformen har med all tydelighet vist at det å innføre slik oppgaveforskyvning uten at kommunene settes i stand til å løse oppgavene m.h.t. kompetanse, kapasitet og økonomi ikke er gode løsninger for pasientene. Spesielt heldøgns omsorg i kommunene må sikres mer tilgjengelige legetjenester med høyere kompetanse gjennom hele uken enn hva en har fått til i samhandlingsreformen.

Til målbilde 12; vitale helsedata tilgjengelige for pasienter og helsepersonell i ett system på tvers av forvaltningsnivåene. Vi opplever at vi er svært langt unna et slikt mål. Det største hinderet er mangelen på statlige ambisjoner (investering, etablering, drift) for den nødvendige infrastrukturen som må til. Til hele avsnittet undres vi over hvor de ansatte/personellet er i denne jungelen av tilgjengelighet?

Målbilde 13; løpende og systematiske diskusjoner mellom SiV og fastleger. Elektroniske dialogmeldinger mellom fastlege og sykehus er helt nødvendig for å få dette til. Denne problemstillingen har Dnlf tatt opp med HOD årlig i flere år uten at det er noen vilje til å bidra med finansiering av slike tiltak.

Vi er helt enige i at ressursbruken skal dreies bort fra etterkontroller og mot nyhenvisninger. Det viktigste tiltaket her vil være å slutte med det dobbeltarbeid som i dag gjøres av fastlege og sykepleiere i poliklinikk, definer dette som fastlegearbeid, utelukkende.

Målbilde 14; Disse ambisjonene forutsetter dataverktøy som p.t. ikke finnes og en koding som så langt ikke er finansiert.

9.3. forebyggende arbeid. Det er dessverre lite ressurser til forebygging og folkehelse i kommunene tross ny folkehelselov. Det er lite gjennomslag for folkehelsehensyn i lokal politikk, f.eks. arealplanlegging.

9.7 oppgaveoverføring. Støttes prinsipielt, men det forutsettes at finansieringssystemene i fastlegeordningen understøtter investering i teknologi og kunnskap, samt kortere listelengder for å

kunne håndtere nye oppgaver overført fra sykehus. Her må også SiV påvirke sentrale helsemyndigheter.

9.8. kompetanseutvikling. Sideutdanning til spesialitetene samfunns- og allmenntilleggsmedisin må igjen bli mulig på somatiske avdelinger i SiV.

9.9. beslutningsstøtte. Se ovenfor ang. dialogmeldinger.

9.13 styringsinformasjon. Finansiering av elektroniske løsninger og koding i primærhelsetjenesten er så langt en stor utfordring.

10.2.1 rehabilitering. Et viktig tiltak vil være å bidra til endring av praksis ved RKE for henvisninger til rehab. fra primærhelsetjenesten.

10.2.4 formaliserte strukturer. Det bør sikres representasjon av fastleger/klinikere og/eller kommuneoverleger med klinisk praksis i samhandlingsutvalget.

Styret i Vestfold legeforening

v/Trond Hugo Haukebø

Leder