

Allmennlegeforeningen i Nord-Trøndelag Legeforening ønsker med dette å avgi hørings svar til utviklingsplan St. Olavs hospital HF, på vegne av våre medlemmer.

Nord-Trøndelag legeforening har ikke mottatt høringsbrev, og ble oppmerksomme på høringen ved en tilfeldighet. Det har gjort at vi ikke har hatt tid til å innhente innspill fra alle fastleger i vårt område. Det er grunn til å tro at dette gjelder fastleger også i sørdelen av Trøndelag. Det er uheldig dersom fastlegenes mening ikke kommer frem på grunn av at kommunene ikke har informert dem.

Innledningsvis vil vi påpeke at det er uheldig at St. Olavs hospital HF ikke har samarbeidsavtaler med kommunene i gamle Nord-Trøndelag. St. Olav er primær sykehus for disse kommunene når det gjelder mange funksjoner, som nevrokirurgi, tidlige premature fødsler, farmakologi, rus, arbeidsmedisin m.m. Mange av våre innbyggere velger også behandling ved St. Olav gjennom fritt behandlingsvalg. Det er behov for at også disse kommunene er involvert i bl.a. utvikling av pasientforløp og mulighet for å melde avvik.

I hørings svaret har vi klippet ut de deler av utviklingsplanen som vi kommenterer nedenfor, våre kommentarer med fet skrifttype.

2.2.4 Pasientforløp

St. Olavs hospital har ansvar for utvikling og implementering av regionale standardiserte pasientforløp i Helse Midt- Norge. Disse skal sikre et forutsigbart og vitenskapelig underbygget behandlingsforløp for den enkelte pasient. Forløpene beskrives langs en forventet tidslinje, som er så detaljerte at hver enkelt fase blir tydelig for pasienten. Det fremgår hvilken fagkompetanse og hvilke ressurser som er nødvendig for god kvalitet og for å unngå uønsket variasjon.

Vi har per i dag 40 godkjente regionale forløp etter nasjonal metodikk I tillegg kommer 170 lokale sykehusinterne forløp. Ved inngangen til 2018 jobbes det med å utvikle metodikk for å utarbeide pasientforløp som inkluderer kommunale helse- og omsorgstjenester (helhetlige pasientforløp) både lokalt og regionalt.

Fra kommunenes side er det viktig at fastleger er med i prosessen med å utvikle pasientforløp. Det er ikke tilstrekkelig for å ivareta faglighet dersom det kun er administrativt ansatte fra kommunen som deltar, som for eksempel helsesjef, samhandlingskoordinator eller kommuneoverlege.

2.3.3 Oppgavedeling og samhandling med kommuner og fastleger

Samhandling med kommuner og fastleger er regulert gjennom Samarbeidsavtalen mellom St. Olavs hospital og kommunene i Sør-Trøndelag. Med virkning fra 1. januar 2018 regulerer revidert avtale samarbeidsformer, organisering og samarbeidsfora, tvisteløsning og avvikshåndtering. Den overordnede avtalen er supplert med 10 retningslinjer for samhandling på forskjellige områder.

I 2017 vedtok ASU en metodikk for hvordan man kan utvikle helhetlige standardiserte pasientforløp som beskriver hva pasienten kan forvente av tjenester fra kommunen, fastlegen og sykehuset «fra hjem til hjem». Slike helhetlige forløp skal kvalitetssikre at overgangene mellom de ulike ansvarsområdene skjer knirkefritt.

Det har over lengre tid vært en stor oppgaveoverføring til fastlegene fra alle fagfelt i spesialisthelsetjenesten. Det har ikke skjedd i tråd med samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner. Samarbeidsavtalen mellom St. Olav og kommunene i gamle Sør-Trøndelag sier at

- Saker av prinsipiell og/eller økonomisk karakter behandles av de organer som har beslutningsmyndighet på det enkelte forvaltningsnivå.
- Ingen av partene kan alene definere hva som er kommunens eller helseforetakets ansvar.
- Partene kan ikke endre egen praksis som får konsekvenser for ansvars- og oppgavefordeling mellom partene uten at partene er kommet til enighet.
- Partene forplikter seg til å
 - gjennomføre konsekvensutredninger ved planlegging av tiltak som berører den annen part
 - involvere administrativt samarbeidsutvalg før det treffes vedtak om tiltak som berører eller får konsekvenser for den annen part
- 3.7.1 Fastlegen
Fastlegen skal være involvert i planlegging av pasientforløp for pasienter med behov for koordinerte tjenester. Partene skal utvikle felles retningslinjer for samarbeid med fastlegene.

Fastlegegruppen opplever ikke å være tilstrekkelig involvert i prosesser når det gjelder oppgaveoverføring og pasientforløp. Vi opplever at oppgaver som har både prinsipiell og økonomisk karakter er overført til fastlegene fra sykehuset uten diskusjon, enighet eller konsekvensutredning. Tiltak gjennomføres uten at det er fattet vedtak. Det er ensidige beslutninger fra sykehuset uten involvering av eller systematisk informasjon til fastlegene.

Oppgaveoverføring til fastlegene skjer gjennom beskjeder i epikriser om de enkelte pasientene. Det gjør at oppgaveoverføringen ikke er synlig i dokumenter i ASU og PSU eller i kommunene. Det er en skjult overføring som gir effektivisering i sykehusene uten at fastlegene kompenseres for økt arbeidsbyrde. Eksempler på dette er:

- sykehusavd. som ikke skriver sykemeldinger
- sykehusavd. som ikke skriver ut resepter
- sykehusavd. som ikke henviser til røntgenundersøkelser de selv mener det er indikasjon for
- sykehusavd. som ber pasientene kontakte fastlege for å få bestilt pasientreiser som sykehuset skulle bestilt
- sykehusavd. som ber fastlegene gjøre preoperative somatiske undersøkelser som egentlig skal gjøres av anestesilege. Ansvar for funnene er dermed også overført fra sykehuset til den enkelte fastlege.
- sykehusavd. (BUP/DPS) som ikke har (nok) leger ber fastlegen skrive ut medikamenter som avdelingen selv finner indikasjon for, for pasienter de selv har i behandling. Ansvar for forskrivingen er dermed overført fra sykehuset til den enkelte fastlege, selv om det er sykehuset som har gjort bakenforliggende utredning og stilt indikasjon.
- sykehus som ber pasientene ta kontakt med fastlegen for å drøfte avslag når sykehuset avslår fastlegens henvisning.
- sykehusavd. som overfører kreftkontroller som tidligere ble gjort på poliklinikk.
- sykehusavd. som overfører oppfølging av hele pasientgrupper til fastlegene for utredning, diagnostikk og behandling. Eksempel overføring av alle pasienter med Sjøgrens syndrom til fastlegene. Informasjon som svar i en epikrise eller en avvist henvisning til den enkelte lege, og som en epost sendt til alle fastlegene.
- sykehusavd. som overfører behandling av pasienter med alvorlige langvarige psykiatriske sykdommer til fastlegene fordi pasienten er i behov av for langvarig behandling.

- kortere liggetid medfører mer behov for hyppig og mer avansert medisinsk behandling og oppfølging hos fastlegene.

Denne oppgaveoverføringen er en viktig årsak til at arbeidsbelastningen for fastlegene nå er alt for stor. Det er svært vanskelig å rekruttere fastleger, og eksisterende fastleger slutter. Dette gjelder hele Trøndelag, inkludert Trondheim sentrum. Dersom fastlegeordningen bryter sammen vil det medføre store utfordringer for helseforetaket.

Slik oppgaveoverføringene har vært gjennomført til nå har det ikke fulgt noen økonomisk kompensasjon med disse oppgavene. Det har heller ikke fulgt med kompetanseøkende tiltak til fastlegene. Sykehusene i Norge har de siste årene hatt budsjettøkninger i takt med den demografiske utviklingen. Fastlegeordningen har ikke hatt budsjettøkninger i takt med demografisk utvikling.

Oppgaveglidningen fra sykehusene i Helse Midt-Norge til fastlegene må opphøre, med øyeblikkelig virkning, inntil videre. Sykehusene kan ikke pr nå påregne å få bistand til ivaretagelse av egne oppgaver - før, under og etter sykehusopphold eller poliklinisk utredning. Før dette kan diskuteres videre må det være bilateral enighet om at samarbeidsavtale og tjenesteavtaler må følges.

Helseministeren har nylig relansert "trepartssamarbeidet" mellom Staten, Legeforeningen og KS. Vi ser for oss at man også kan danne lokale "trepartssamarbeid" som jobber med saker som berører partene. Fastlegene må få plass ved bordet i saker som berører oss. I vårt hørings svar til Helse Nord-Trøndelags utviklingsplan skriver vi at Allmennlegeforeningen i Nord-Trøndelag gjerne bidrar.

Vi kan ikke se at representanter for fastlegene er nevnt spesifikt som deltaker i dokumentet "Metodikk for standardisert pasientforløp i HMN-RHF".

St. Olavs hospital har også ansvar for å legge til rette for spesialistutdanning i allmenntidmedisin. Det jobbes med å opprette faste utdanningsstillinger for allmennleger som trenger sykehustjeneste for sin spesialitet.

Det kan være vanskelig for allmennleger å få sykehustjeneste for spesialiteten. Forslaget om faste utdanningsstillinger for allmennleger støttes.

2.5.1 Kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner

Det er viktig å se kompetansebehovene i spesialisthelsetjenesten i sammenheng med primærhelsetjenestens behov.

Fra 2011 til 2016 har det blitt ca 2800 flere leger i spesialisthelsetjenesten, og 748 flere i kommunehelsetjenesten. Veksten i legeårsverk må fremover styrkes mer i kommunehelsetjenesten. Det er viktig at det ikke blir en utarming av fagfolk fra kommunene til fordel for sykehusene. Det gjelder både leger og sykepleiere.

2.7 Økonomi

St. Olavs hospital leverte i 2016 et økonomisk resultat som var bedre enn styringsmålet. Dermed har sykehuset holdt budsjettet for 9. år på rad. Sykehusene i Norge har de siste årene hatt budsjettøkninger i takt med den demografiske utviklingen. Men cirka 2 % av budsjettøkningene har sykehusene framskaffet selv gjennom årlige effektiviseringer.

Fastlegeordningen har ikke hatt budsjettøkninger i takt med demografisk utvikling.

Har St. Olav oversikt og tall på hvor mye har sykehuset spart på oppgaveoverføring til fastlegene til nå?

3 Overordnede strategier og føringer

Vi må i fellesskap med kommunene bidra til å dempe befolkningens behov for helsetjenester, unngå sykdom hos de som er friske, og bidra til å bevare livskvalitet hos de som har en sykdom.

Med den demografiutviklingen Norge står overfor er det ikke sannsynlig at befolkningens behov for helsetjenester vil gå ned.

Fokus på standardiserte pasientforløp beskrives som satsningsområde. Det må i større grad enn i dag gjøres i samarbeid med primærhelsetjenesten, og spesielt fastlegene. Man må beskrive hvordan man tenker å møte utfordringer vedrørende både kapasitet, kompetanse og økonomi ved utarbeidelse av pasientforløpene.

4.5 Spesialisering/ sentralisering, breddekompetanse/ lokale tjenester og koordinering

For helsetjenesten både i kommuner og sykehus vil det i årene som kommer være økende utfordring å finne en god balanse mellom økende spesialisering/ sentralisering og breddekompetanse/ nærhet til tjenester og behovet for koordinering. Man kan i fremtiden forvente at pasientene i økende grad har behov for tjenester fra flere fagområder. Med økende spesialisering, og organisering med isolerte administrative faglige «siloeer», er det en utfordring for leger i primærhelsetjenesten å henvise pasienter med behov for tjenester fra flere fagområder.

Den økende spesialiseringen i sykehusmedisinen gjør at det er enda viktigere å ha en sterk fastlegeordning. Fastlegen er den eneste helseaktøren som følger pasienten gjennom hele livet.

4.8 Press på økonomien lokalt

Som det framgår i punkt 4.1 om konsekvensene av de demografiske endringene - forutsatt at vi ikke gjør store endringer i måten vi jobber på-, så vil vi måtte øke antall senger i den somatiske delen av St. Olavs hospital med 46 % og innen psykisk helse med 31 %. Vi må også øke den polikliniske aktiviteten med henholdsvis 60 % og 51 % om vi ikke gjør endringer.

Om vi ikke gjør noen endringer i måten vi jobber på, vil helsetjenestebehovene etter all sannsynlighet langt overstige våre muligheter til å øke tilbudet.

Dette må ikke bli et argument for å fortsette å flytte oppgaver over til fastlegene og primærhelsetjenesten for øvrig, uten at det følger med økonomiske ressurser, at kapasiteten i fastlegehverdagen økes slik at fastlegene blir i stand til å ivareta oppgavene, både når det gjelder tid og kompetanse.

Dagens situasjon for fastlegene, med lange arbeidsdager, sviktende rekruttering, økt frafall, økte driftskostnader og svekket økonomi er en konsekvens av denne problematikken; at sykehusene har tatt ensidige grep ved å overføre oppgaver til fastlegene.

5 Muligheter

Høringssvaret fra dr. Kulseng tar opp økt bruk av telemedisin med videokonferanse der både spesialist og fastlege deltar, noe som også kan bidra til å overføre kompetanse til primærhelsetjenesten. Dette er et interessant forslag. Det vil kunne bidra til at fastlegene lettere og raskere kan få avklart viktige spørsmål og få nødvendig diskusjon og avklaringer omkring pasientbehandlingen.

Støtter også hans kommentar om å vektlegge veiledningsplikten sykehusene har overfor primærhelsetjenesten.

5.20 Generell effektivisering

Interne pasientforløp/reduert liggetid

I høringssvaret fra Kreftklinikken står det: "Siden sykehuset alltid er fullt har redusert liggetid i tillegg den interessante bivirkningen at det genererer økte DRG-inntekter og bidrar til økonomisk handlingsrom."

Tidligere utskriving av pasienter medfører at de er sykere og har kommet kortere i behandling ved overføring til primærhelsetjenesten enn tidligere. Det medfører mer arbeid for, ikke bare kommunale øhjelpssenger, sykehjem og hjemmetjeneste, men også for fastlegene. Fastlegene overtar det medisinske oppfølgings- og behandlingsansvaret når pasienten kommer hjem. Det betyr at fastlegene må bruke mer tid til tidlig oppfølging og monitorering av pasientene. Ressursene til fastlegene har ikke blitt styrket samtidig som at liggetiden i sykehus har gått ned.

Det er et tankekors av kortere liggetid gir økt DRG-inntekt. Det kan være fare for at det motiverer til for tidlig utskrivelse av pasienten. Det må være det medisinsk-faglige som ligger til grunn for vurderingen om pasienten er ferdigbehandlet. Det kan gi uheldige effekter for kvaliteten på pasientbehandlingen dersom det er økonomisk incentiv til å få pasienten raskest mulig utskrevet. Det er også etiske problemstillinger knyttet til det.

1. 5.5 Pasientbehandling

De fleste avsnittene i dette kapittelet omhandler hvordan man skal flytte oppgaver og ansvar over på primærhelsetjenesten. Det er ikke sagt noe om hvordan man tenker seg at økonomiske rammer skal følge oppgavene. Det kan ikke være slik at sykehuset skal spare penger ved å overføre oppgavene til primærhelsetjenesten uten at primærhelsetjenesten styrkes med økonomiske ressurser, kapasitet og kompetanse. Uten disse grunnleggende forutsetningene vil overflytning av oppgaver ikke gi bedre helsetilbud til pasientene, tvert imot. Det vil gi lavere tilgang på spesialisert helsehjelp. Det vil ytterligere forværre den svært pressede situasjonen i fastlegeordningen. En sterk primærhelsetjeneste med fastlegeordning er en grunnleggende forutsetning for å oppnå "pasientens helsetjeneste".

Uten styrking av fastlegeordningen er planlagte oppgaveoverføringer til primærhelsetjenesten ikke mulig å iverksette og gjennomføre.

Arbeidet med helhetlige pasientforløp fra hjem/kommune til sykehus og tilbake til kommunalt tilbud/hjem blir vektlagt i de kommende år.

Det må beskrives hvem som skal delta i denne prosessen og hvordan man tenker seg at økonomiske rammer skal følge oppgavene.

Forebyggende tiltak som gir bedre helse og reduserer risiko for sykdom tas inn i helhetlige pasientforløp og spesialisthelsetjenesten kan her bidra i samarbeid med primærhelsetjenesten.

Det må beskrives flere eksempel på hva man tenker om tiltak og i hvilken tidshorisont dette kan tenkes å ha effekt.

Det er et mål å redusere forekomsten av infeksjonssykdommer og andre komplikasjoner som er oppstått i sykehuset. Bruken av bredspektrede antibiotika kan reduseres ytterligere og vil bidra i riktig retning.

Savner konkrete tallfestede mål for dette.

5.8 Helhetlige pasientforløp

I samarbeid med kommunehelsetjenesten er det laget en modell for hvordan vi jobber for å utvikle pasientforløp som spenner over 1. og 2. linje. Denne modellen ivaretar både prosessen for utvikling og godkjenning av nye forløp. Administrativt samarbeidsutvalg (ASU), fagrådene, Legenes samarbeidsutvalg (LSU) på den kommunale siden og Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU) på den andre siden vil være viktige bidragsytere for en likeverdig prosess og behandling.

Se kommentar under pkt 2.3.3. Vårt hovedpoeng er at dagens system ikke fungerer. Dagens situasjon er ensidig oppgaveoverføring styrt av sykehusene, i strid med samarbeidsavtalen. Fastlegene må involveres direkte i dette arbeidet. Fastleger som deltar i slikt arbeid må frikjøpes fra sitt ordinære arbeid.

Vi kan ikke se at representanter for fastlegene er nevnt spesifikt som deltaker i dokumentet "Metodikk for standardisert pasientforløp i HMN-RHF".

5.14 Samarbeid med kommunehelsetjenesten

Helsedirektoratet utarbeidet i 2010 en rapport som konkluderte med at om lag 30 % av alle polikliniske konsultasjoner på sykehus kunne vært håndtert i kommunene. Man konkluderte også med at 30 % av alle øyeblikkelig hjelpinnleggelser på sykehus kunne vært håndtert gjennom alternative tilbud i kommunene.

Disse tallene mener vi må tolkes med stor forsiktighet. Fastlegene henviser pasientene for å få faglig bistand når det er nødvendig. Dersom man mener at flere av pasientene skal håndteres i kommunene må ressursene til oppgavene følge oppgaven.

6. Målbilde og strategiske satsingsområder

6. Vi legger til rette for optimal ressursbruk

- Vi ser på muligheten for utviklingsprosjekt der spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste finansieres under ett

Dette stiller vi oss kritiske til. Det er behov for å se på metoder der finansiering følger oppgaven, for eksempel økt tilskudd til fastleger når de påtar seg ansvar for nye oppgaver. Det bør gjøres slik at vi bevarer fastlegenes uavhengighet. En viktig oppgave for fastlegen er å være pasientens koordinator og "vaktbikkje" i helsevesenet, og følge med på at pasientene får de tjenestene de har krav på. Dersom fastlegene skal underlegges samme forvaltning som helseforetaket vil det gjøre at "bukken passer havresekken". En ytterligere offentlig overtakelse av fastlegene vil føre til lavere effektivitet i primærhelsetjenesten. Forskning viser at effektiviteten går ned når fastlegene er offentlig ansatt. Det tåler ikke en fastlegetjeneste som allerede er presset til det ytterste. Det vil i neste omgang ramme spesialisthelsetjenesten.

Det kan også være fare for at primærhelsetjenesten blir underprioritert økonomisk ved felles finansiering med spesialisthelsetjenesten.