

87677741-24-201004116-479.txt

Fra: Birgitte Volden Snekvik [birgitte.snekvik@hemne.kommune.no]
Sendt: 19. januar 2011 10:52
Til: Postmottak HOD
Emne: Vs: Forslag til høringsuttalelse til helselov, frist 18.01.11.

----- Videresendt av Birgitte Volden Snekvik/Hemne den 19.01.2011 10:51 -----

Fra: Birgitte Volden Snekvik/Hemne
Til: Birgitte Volden Snekvik/Hemne@Hemne-kommune
Dato: 19.01.2011 10:50
Emne: Forslag til høringsuttalelse til helselov, frist 18.01.11.

Forslag til høringsuttalelse til forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Noen synspunkter i forhold til samhandling/samhandlingsreformen.

Hva kan gjøres for å bedre samhandlingen innen 1. linjen, og mellom 1. og 2. linje?

- Bedre den direkte kommunikasjon med allmenn- og sykehusleger: Telefoner - telefonliste/
direktenummer (begge veier), konferering/spørsmål/veiledning/råd/
akuttinnleggelser evt. ø-hjelp
poliklinikk-vurdering/planlagte snarlige innleggelser/oppfølging av pasienter, viktig informasjon som skal formidles om utskrevne pasienter/innhenting av informasjon om innlagte pasienter.
Ønsker mulighet for videokonferanse: Konferere med hudlege, visitt på sykehjem, psykiatrispasienter,... Eventuelt mulighet til å kunne sende bilder.
- Bedre henvisningene fra fastlege til spesialist: krav til innhold, krav til å ha med familie/sosialt, tidligere sykdommer, allergier, oppdatert medisinliste, stimulantia, aktuelt, cave. Dobbeltsjekke at fastmedisinlisten er riktig, legge ved funksjonsskjema som sier noe om pasientens habituelle tilstand, må gå tydelig fram hvorfor pasienten henvises/hva bestillingen er. Utarbeide maler/sjekklistor.
- Bedre epikriser fra lege i 2.linjetjenesten til lege i 1.linjetjenesten: Må gå klart fram hvorfor pasienten ble innlagt/hvorfor pasienten ble henvist, hvilke funn som er gjort, funksjonsskjema, det må gå tydelig fram om pasienten har startet med nye medisiner, videre oppfølging,.. Utarbeide maler/sjekklistor. Dobbeltsjekke at medisinlisten er riktig. Må også være rutiner for å dobbeltsjekke at medisinlisten i sykepleierrapporten er den samme som i epikrise fra lege.
- Ta direkte kontakt med fastlege eller annen lege for å informere om spesielt viktig info i forhold til oppfølging etter utskrivelse fra sykehus.
- Epikriser fra fødeavdelingen/fødselsrapport på alle fødsler bør sendes til fastlegen, ikke kun ved kompliserte forløp. Dette for å bedre følge opp i forhold til amming, fødselsdepresjon, rus, psykiatri,..
- Ønsker mulighet for å hospitere ved sykehusavdeling (inkludert distrikts psykiatriske sentre (DPS) i allmennpraksis. Hvor ofte: 1 dag/uke? 1 dag/mnd? 1 dag pr/6 mnd?

- Behov for akutt ambulatoriske team (demens, psykiatri,...).
- Ønsker at bruk av "akuttseng" ved DPS blir enklere tilgjengelig.
- Psykiatrien: Ønsker informasjon/oppdatering til fastlege underveis (særlig ved langvarig behandling/oppfølging).
- Oppgaver som i dag sykehuslege gjør, som kunne vært håndtert av fastlege i førstelinjetjenesten:
ultralydundersøkelse for å bestemme hode- eller seteleie, småkirurgi (som for eksempel operasjon for inngrodd negl på tær, føflekker, lipomer, ateromer), cytologi, enkelte sårkontroller, enkelte kreftkontroller (for eksempel kontroll hver andre gang i 1. og 2. linjen ved prostatacancer, hudkreft).
- Fastlegene må skrive ned listelengden, slik at det blir mer tid til for eksempel oppfølging av sykemeldte, kronisk syke (KOLS, diabetes, hjertesvikt, hjertesyrke, demente,...), pasienter med psykiske lidelser, rus. Fastlege må dra på sykebesøk ved behov. Fastlege bør sørge for at brukere av hjemmesykepleien og eldre (over 75 år?) kommer på faste legekontroller minimum 1-2 ganger pr år.
Dette for å fange opp forandringer over tid, for eksempel anemi, endring i avføringsvaner, falltendens/ustøhet og demens. Fastelegen må få mer tid til forebyggende arbeide. Bør det utarbeides maler for legekontroller ved de ulike sykdommene? (Hva sjekkes, hvor ofte bør pasienten til lege pr år ved gitte sykdommer og tilstander, når bør pasienten eventuelt henvises til 2. linjetjenesten,..).
- Sykehjemslegen/sykehjemsmedisin må bli tellende i spesialiseringen.
- Kommunoverlegen må minst ha 40-50 % stilling i samfunnsmedisin, uavhengig av kommune størrelse.
- Legevaktslegen må ha tilgang til timebok for timereservasjon "akutt-timer" på poliklinikker. På samme måte skulle lege ved poliklinikk hatt mulighet til raskt å komme i kontakt med fastlege for snarlig oppfølgning til fastlege og/eller mulighet til å sett opp pasienten til fastlege dagen etter eller en time de nærmeste dagene.
- Allmennlege må få myndighet til å legge inn pasienter på akuttseng ved sykehjemmet/korttidsplass/rehabiliteringsplass ved sykehjemmet. Legen må sikre forsvarlig oppfølging dagen etter.
- Pasienter som skrives ut fra sykehus må komme i kontakt med hjemmesykepleien i løpet av den første 3 dagene, og med sin fastlege innen 14 dager. Fastlegene må dra på sykebesøk der det er behov. Den videre medisinske oppfølgingen må være fastlegens ansvar.
- Hindre "unødvendige innleggere" av kjente kronikere i sykehus: Fastlege lager en "kriseplan" som trer i kraft ved forverrelse av kjent lidelse på tidspunkt på dagen der fastlegekontoret er

stengt. Det er viktig at slike Kriseplaner lages for pasienter som er brukere av hjemmesykepleien og beboere ved sykehjem (korttids-, langtids-, rehabiliteringsavdeling, observasjonssenger, akuttsenger,..), trygdebolig,.. For eksempel ved lett forverring av hjertesvikt etter legekontorets stengetid/helg/høytid: Kriseplanen trer i kraft: gi oksygen på nesebrille, måle CRP, blodtrykk, puls, gi vandrivende (Diural, Furix,..),..

- Informasjonsflyten mellom fastlegen og de forskjellige aktørene i 1.linjetjenesten (fysioterapeut, kiropraktor, kommunal psykiatritjeneste, ruskonsulent, hjemmesykepleien, sykehjem (korttid/akuttseng/rehabilitering), barnevern, helsesøster, jordmor, sosionom, PPT etc) bør bedres. Fastlegen er navet, og informasjonen bør samles her.

Fastlegen har behov for oppdateringer underveis ved langvarig behandling/oppfølging hos for eksempel kommunal psykiatritjeneste eller fysioterapeut (etter henvisning fra fastlege til kommunal psykiatritjeneste eller fysioterapeut). Fastlege må få epikrise ved avsluttet behandling/oppfølging hos kommunal psykiatritjeneste eller fysioterapeut. Er det behov for møter mellom fastlege, pasient og nevnte aktører underveis ved langvarig behandling? Taushetsplikt/samtykkeerklæring?

- Når jordmor ber om at gravide skal bestille time til lege, bør beskjed til lege gis direkte (skriftlig/"henvisning"). Fastlege bør orienteres i forhold til spørsmål om sykemelding, sukkerbelastning, dyrkningsprøver, etc.

- Fysioterapeut/manuellterapeut som rekvirerer bildeundersøkelse/henviser til spesialist, bør sende kopi av henvisning/bildesvar/epikrise til fastlege.

- Kopi av sykemelding fra kiropraktor/fysioterapeut bør sendes til fastlegen.

- Dersom helsestasjonslege mottar positive prøvesvar (på for eksempel seksuelt overførbare sykdommer- SOS) evt henviser til behandling (for eksempel abort, øre-nese-hals-lege, barnelege, fysioterapeut, etc.) bør kopi sendes til fastlege som informasjon.

- Epikrise etter korttidsopphold/akuttseng/rehabilitering ved sykehjem må sendes til fastlege.

- Det er ønskelig at røntgen-avdelingen sender kopi av svar til fastlege uansett hvem som er rekvirent i 1.linjen (kiropraktor, manuellterapeut etc).

- Utveksling av informasjon i forkant av formøter (møte der leger, psykiatriske sykepleiere, psykiatrisk sosionom i kommunen møter. Når det gjelder barn møter leger, psykiatrisk sosionom, barnevern og PPT) i voksen- og barnepsykiatrien: For eksempel hvilke pasienter skal diskuteres? viktig å sikre at samtykke er gitt ved saker som ikke diskuteres anonymt.

- Hjemmesykepleien bør rutinemessig informere fastlegen fortløpende om brukere i forhold til

tilganger/avganger (hvem de hjelper). Også etter vurdering (utfyllt funksjonsskjema).

Hjemmesykepleien bør få ansvar for å hjelpe brukerne slik at alle brukerne får time til fastlege regelmessig. Hjemmesykepleien bør ha ansvar for å bestille time til fastlege hvis brukeren har eller utvikler symptomer som slapphet, fallerende allmentilstand, blod i avføring, falltendens, tegn på demens, sår som ikke gror, vekttap etc. Bør det utarbeides maler/ innføres rutiner.

- Er det behov for å opprette samarbeidsgrupper (lege, skole, asylmottak, eldreråd etc)? Hvilken funksjon/oppgaver bør legen ha i en slik gruppe? Hvordan skulle dette evt organiseres? Er det behov for å utvide ansvarsområdet i forhold til kommunale oppgaver?

- Samarbeidet mellom fastlege/sykehjemslege/legevaktslegen, ambulanspersonell, hjemmesykepleien, psykiatritjenesten, etc bør bli bedre for å hindre "unødvendige innleggelser" i sykehus. Som hovedregel bør pasienten innom lege før kommer til undersøkelse i akuttmottak ved sykehus.

- Hvordan kan befolkningen forventninger til "alltid å ha god helse" skrues ned? Hvordan redusere operasjoner som er kun kosmetiske? Unngå helkropps-scan,...

- Med bedre folkehelse vil trolig levealderen øke. Hvordan gi mer liv til årene? Dette kan komme i konflikt med hva som rent medisinsk faglig er mest riktig.

- Undertegnede mener at det ikke er god helsepolitikk å opprette et nytt distriktsmedisinsk senter nær Orkdal sykehus som er et lokalsykehus. Med et nytt distriktsmedisinsk senter vil vi få et nytt brudd i pasientforløpet med de ulemper dette medfører. Brudd i eierskap? Brudd i styringssystem? Brudd i regelverk? Brudd i finansiering? Lokalisering i Orkdal for Orkdalsregionen vil gi store avstander for pasientene, og viktige suksesskriterier som nærhet blir ikke tilstede. Distriktsmedisinsk senter må også ha en administrasjon. Kostbar løsning. Må være et visst volum av pasienter.

- Ønskelig med økt dagbehandling i 2. linjen. Mange pasienter legges inn i sykehus fra poliklinikkene. Hva kan gjøres med dette for å redusere sykehusinnleggelsene.

- Ønsker kjernejournal. Der familie/sosialt står, allergier, cave, og faste medisiner står (oppdatert).

Dette er noen synspunkter den 17.01.11 fra kommuneoverlege Birgitte Volden Snekvik, Hemne kommune, Sør-Trønderlag