



Steinkjer, 7. november 2022

Høring - utviklingsplan Helse Midt-Norge 2023-2026

Viser til høring av utviklingsplan.

Allmennlegeforeningen takker for muligheten til å levere innspill.

Nedenfor er utdrag av planen gjengitt i kursiv med kommentar under.

4.1.1 HELHETLIG TILBUD TIL BEFOLKINGEN

Vi må ha kontinuerlig fokus på likeverdige og tilgjengelige helsetjenester uavhengig av kompetanse, økonomi, etnisitet, kultur og identitet når nye tjenester etableres og tidligere tilbud endres.

Forslag: Legg til "kjønn".

Sykehusene og kommunene må gjennom felles analyse av data bruke velferdsteknologi og Helseplattformen for å flytte tjenester hjem og gjøre brukerne mer selvhjulpne.

Forslag: Endre "Helseplattformen" til "data fra journalløsninger".

Planen må ta høyde for at ikke alle kommuner, fastleger og avtalespesialister vil komme til å innføre Helseplattformen. HMN må samarbeide også med disse kommunene og helseaktører om felles utvikling av tjenestetilbudet.

Forslag:

Det etableres samarbeidsavtaler mellom St. Olavs hospital og kommuner som ikke har St. Olavs hospital som lokalsykehus. Det er behov for samarbeid mellom St. Olav og kommunene om de pasientgruppene som behandles ved St. Olav.

4.1.2 PRIORITERTE PASIENTGRUPPER

Retten til en kontaktlege i spesialisthelsetjenesten for personer med langvarig oppfølgingsbehov må oppfylles.

Digital hjemmeoppfølging må vurderes som virkemiddel for å bidra til færre innleggelser.

Det må i så fall være kunnskapsbasert.

Helsedirektoratet har beregnet at om lag hver femte utskrivningsklare pasient som

blir reinnlagt er skrøpelig eldre. Kortere liggetid i sykehus og mangelfull samhandling mellom hjemmetjeneste og fastlege kan bidra til at pasientene ikke får den systematiske oppfølgingen etter utskrivning fra sykehus som de trenger. Dette kan bidra til økende antall reinnleggelser av hjemmeboende multisyke skrøpelige eldre. Mer digital samhandling og bruk av Helseplattformen for å skape sammenhengende pasientforløp vil være et virkemiddel for dette.

Forslag: Endres til

Kortere liggetid i sykehus, for tidlig utskrivning, mangel på sykehjemsplasser/Heldøgnsomsorg tilbud i kommunene, mangel på fastlege for stadig flere innbyggere og mangelfull samhandling mellom hjemmetjeneste, sykehus og fastlege kan bidra til at pasientene ikke får den systematiske oppfølgingen etter utskrivning fra sykehus som de trenger. Dette kan bidra til økende antall reinnleggelser av hjemmeboende multisyke skrøpelige eldre. Mer digital samhandling, bruk av Helsefelleskapene for å skape sammenhengende pasientforløp samt god kvalitet i de kommunale helsetjenestene vil være virkemidler for å redusere reinnleggelser, i tillegg til riktig dimensjonering av tjenestene og en nasjonal løsning av fastlegekrisen.

God kartlegging og forebygging er avgjørende for å redusere sykkelighet. Det bør utvikles metoder for å identifisere personer med høy risiko for funksjonssvikt tidlig nok til å sette i gang tiltak for å hindre funksjonsfall.

Forslag: "utvikles" endres til "tas i bruk".

Det finnes allerede forskningsbaserte metoder for dette. For eksempel "short physical performance battery", ganghastighet, "timed up and go", "clinical frailty scale", telling av antall diagnoser eller medikamenter. Flere av disse er brukt i HUNT 70+ forskning, og de kan brukes klinisk.

4.1.3 Det utadvendte sykehus

Helse Midt-Norge vil be helseforetakene sette konkrete og ambisiøse mål for flytting av tjenester i eller nær hjemmet og sikre at utviklingen av det utadvendte sykehus skjer i samarbeid med kommunehelsetjenestene med aktiv brukarmedvirkning.

Det er avgjørende for kvalitet og forsvarlighet at kommuner og fastlegene involveres som likeverdige partnere i slikt arbeidet. Oppgaver skal ikke flyttes ut uten at dette er avtalt på forhånd med kommunene og fastlegene. Dersom oppgaver flyttes ut av sykehuset, flyttes også ofte det medisinske ansvaret over på fastlegen. Dersom det ikke følger økonomiske ressurser og kompetansehevede tiltak med oppgavene vil det kunne føre til at kvaliteten på helsehjelpen går ned. Dersom man planlegger for å flytte oppgaver er det stor fare for at fastlegetjenesten blir enda mer overbelastet enn den allerede er. Pr. i dag har ikke fastlegetjenesten kapasitet til å ta over nye oppgaver fra sykehusene.

Helseforetakene må også ta hensyn til at det i mange kommuner er stor mangel på sykepleiere.

Viktigere enn at helseforetakenes mål om utflytting av tjenester er ambisiøse, er det at de er realistiske, med tanke på kommunehelsetjenestens kapasitet og økonomi.

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

Videokonsultasjoner ses av mange som en løsning på kapasitetsutfordringer og tilgjengelighet. I fastlegetjenesten opplever vi redusert etterspørsel etter videokonsultasjoner fra våre pasienter, etter pandemien.

Det er ikke kun det teknologiske, med "harde" målinger, som ligger til grunn for god pasientbehandling. Møtet mellom mennesker – mellom pasient og lege – er avgjørende for resultatene av behandlingen. Man må være nøktern i vurderingen av om virtuelle møter over nett gir bedre eller dårligere helsetjeneste for pasienten. Vurdering av innføring av nye arbeidsmåter må være forskningsbasert. Studier fra England viser at økt bruk av e-konsultasjoner i allmennpraksis ikke lyktes på grunn av for lav kvalitet på videokommunikasjon. Det ble ingen tidsbesparing for legen. Pasienttilfredsheten var lav. En studie publisert i British Journal of General Practice undersøkte åtte britiske legekontor med tilsammen 85300 pasienter, som brukte e-konsultasjon. De beskriver at teknologien blir innført med ulike målsetninger; det ene er å gjøre helsetjenesten lettere tilgjengelig og den andre å redusere arbeidsbyrden for legene. De fant at innføring av e-konsultasjon ikke sparte tid for allmennlegen, men tvert imot økte arbeidsbyrden. De konkluderer med at økt tilgang til e-konsultasjon kan være nyttig for noen pasientgrupper, men har potensiale til å redusere tiden legen har tilgjengelig til fysiske møter med pasientene. Dette kan medføre ulempe for andre pasientgrupper.

4.2 Ta i bruk kunnskap og ny teknologi

Det er behov for mer forskning på helsetjenester i kommunene. Helse Midt-Norge må bidra til dette.

4.2.3. Teknologi og digitalisering

- *Pasienter kan dele informasjon ved hjelp av digital egenrapportering eller automatiske målinger i hjemmet og redusere antall fysiske konsultasjoner*

Det må brukes forskningsbasert kunnskap for å vurdere om innsending av målinger faktisk resulterer i bedre helse. Mer måling gir ikke nødvendigvis bedre helse. Det finnes studier på dette, for eksempel av kols-pasienter.

Helseplattformen

Gevinstmålene som er satt opp er ambisiøse. Er det realistisk og riktig at man skal redusere for eksempel pasientreiser med 30% innen 3 år, samtidig som antall eldre og syke øker? Skal helseplattformen medføre at pasientene får lavere tilgang til spesialisthelsetjenesten?

4.3 Rekruttering

HMN bør jobbe for å få flere LIS1-leger til distriktsykehusene i regionen, og få flere studieplasser ved det medisinske fakultet ved NTNU og NTNU Link.

Fra 2011 til 2016 ble det omlag 2800 flere leger i spesialisthelsetjenesten, og 748 flere i kommunehelsetjenesten. Fremover må veksten i legeårsverk skje i kommunehelsetjenesten, slik at det ikke blir en utarming av fagfolk fra kommunene. Det gjelder både leger og sykepleiere.

Det er behov for effektivisering og god økonomistyring. Framtidige kutt må gjøres i administrasjon og ikke blant ansatte i pasientbehandling.

4.4 Gode lagspillere

Det er viktig at HMN jobber for god samhandling også med kommuner og helseaktører som ikke tar i bruk Helseplattformen.

Det er viktig at HMN fortsetter å ha avtaler med private avtalespesialister for å holde ventetider nede og å tilby valgfrihet til pasientene.

Helsefellesskap

I alle nivå i Helsefellesskapene må fastlege være representert, med stemmerett. Dette var intensjonen da helseminister Høie innførte Helsefellesskapene. Nå har fastleger noen steder kun observatørstatus. Det er feil. Fastlegen skal være medlem med tale-, forslags- og stemmerett.

4.4.2 Funksjons- og oppgavefordeling

Det er viktig at HMN bidrar til å styrke lokalsykehusene ved å fordele oppgaver fra regionsykehuset til lokalsykehusene der det er mulig. Det er viktig for god bemanning og beredskap i distriktene. Det har igjen betydning for fastlegetjenesten.

4.4.4 Beredskap

I store deler av Helse Midt-Norges ansvarsområde er det legevaktlege, og ikke anestesilege, som følger pasienten om dette trengs ut i fra en medisinsk vurdering. Dette er en lite regulert tjeneste. Fra legenes side oppleves denne som stemoderlig behandlet. Forholdene rundt lege som følger ambulanse, inkludert forsikring ved ulykke og avlønning er ikke regulert og må på plass tidlig i planperioden. Det samme gjelder når legevaktlege følger opp ambulansepersonalet over nødnett.

For legevaktene er det viktig med god tilgjengelighet på ambulansetjenester i distriktene.

Vennlig hilsen
Allmennlegeforeningen

Christine Agdestein
styremedlem