

INNSPILL TIL NASJONAL HELSE OG SAMHANDLINGSPLAN FRA FASTLEGENE I TROMS OG OFOTEN

1. Hvilke erfaringer har dere høstet så langt, bl.a. knyttet til samarbeid mellom kommunene, mellom kommunene og helseforetak, etablering av sekretariatsfunksjoner, gode og likeverdige beslutningsprosesser, samt etablering av felles prosjekter?

-Universitetssykehuset har fremlagt brorparten, om ikke alle saker til nå. De synes å ha både forutsigbare økonomiske rammer og personellressurser til å gjøre dette. Dette har medført at det er UNN som klarer melde og forberede saker og har hatt mye av regien så langt. Kommunene har manglet en samhandlingsleder som forhåpentligvis er på plass ila mars. Dette har medført fragmentering og få innmeldte saker fra kommunenes og fastlegenes side.

Anette Fosse (NSDM) holdt en innledning på et tidligere SSU om maktubalansen mellom sykehus, kommunene og fastlegene der hun understreket hvor viktig det var for partene å være klar over dette for å klare utjevne. Dette ser ut til å være vanskelig å gjøre noe med når ressurser er så ulikt fordelt, der kommunene ofte er avhengig av kortvarige prosjektmidler for å ha ressurser til kvalitets og utviklingsarbeid og fastlegenes ikke har mulighet til listereduksjon

-Kommunene har forstått det slik at helsefellesskapet består av 2 partnere. Dette skiller seg fra forståelsen til fastlegene. De har oppfattet Høie dit hen at helsefellesskapet er et likebyrdig partnerskap mellom av 3 partnere. Fastlegens sentrale rolle i forhold til pasient og pasientflyt, beskrevet som NAVET i helsevesenet er avgjørende for at fastlegene er den 3 partnernen i helsefellesskapet. Fastlegenes autonomi ved at de verken er underlagt kommunene eller helseforetakene i sine virker gjør at de jobber klinisk effektivt og grundig med pasientgrupper som kronikere, barn unge, psykiatri og eldre. Deres stemme er derfor like viktig som kommunenes og sykehusenes (helseforetakenes) stemmer. Fastlegene oppfordrer til at dette tydeliggjøres fra nasjonalt hold.

Fastlegene syns f.eks. det er vanskelig å nå frem med behovet for å styrke lokalsykehusfunksjonen.

Lokalsykehusfunksjon

En aldrende befolkning med sammensatte lidelser og legitime krav til en god helse og helsetjeneste, forutsetter en sterk lokalsykehusfunksjon. Eldre pasienter med sammensatte lidelser er avansert medisin. Disse pasientene vil være hovedtyngden av det vi som helsepersonell skal holde på med i framtiden.

Lokalsykehusfunksjonen i regions og universitetssykehusene må derfor være et hovedsatsningsområde i årene som kommer. Det er selvfølgelig uomtvistelig at universitetssykehusene videre er universitetssykehus (som f.eks. UNN er Universitetssykehuset i Nord-Norge), og fortsatt skal være det. All superspesialisert medisin hviler på et fundament av breie lokalsykehusfunksjoner, der befolkningen får dekket grunnleggende behov, men også der studenter av alle slag får sin grunnutdanning, der det drives forskning og utvikling, og ikke minst utdanning av alt helsepersonell - inkludert LIS1-3. Fra et primærhelsetjenestesynspunkt synes det nødvendig at universitetssykehusene og spesielt UNN Tromsø også skal ha en sterk

lokalsykehusfunksjon, der største delen av befolkningen i vårt nærmiljø får dekket sine grunnleggende behov for spesialisthelsetjenester. Lokalsykehusfunksjonen til UNN Tromsø som vi kjenner best, har ikke satset på sin lokalsykehusfunksjon og vi mener dette må være et hovedsatsningsområde de neste årene.

Akuttmottak og vurderingsenhet ved Universitetssykehuset i Tromsø.

Medisinen er kompleks og i kontinuerlig utvikling. Befolkningen er mer opplyst, og deres krav til beste behandling, er økende. Fastlegen sitter ofte alene med sine vurderinger, og det faglige skjønnet vil variere. Vi tror pasientene, UNN, legevakter og fastleger vil ha mye å vinne på et mer dynamisk akuttmottak der det blir satt inn betydelige ressurser på å diagnostisere og vurdere pasientene tidlig, allerede når de er i akuttmottaket. Slik kan man avklare og iblant sende hjem pasienter etter relativt kort tid, som tidligere ville blitt lagt inn. Fastlegen/legevakslegen får hjelp til vurdering fra spesialisthelsetjenesten, og vi begrenser dermed belastningen på sykehusets sengeposter. Pasientene vil oppleve raskere diagnostikk og behandling/avklaring. Vi foreslår altså et langt større og mer dynamisk akuttmottak, der spesialistene står side om side med yngre kollegaer.

Vi tror altså at det er helt nødvendig at sykehusene setter søkelys på lokalsykehusfunksjonen med spesialister som er gode på de vanlige hyppige tilstandene som må ivaretas i sykehus for at fastleger og leger i kommunale institusjoner skal klare å følge opp den aldrende befolkning og stormottakergruppene i fremtiden.

2. Hva opplever helsefelleskapet som mest krevende for å nå målene om mer sammenhengende, bærekraftige tjenester for pasienter med sammensatte behov? Hva gjør dere konkret for å adressere disse utfordringene?

Sammenhengende og bærekraftig er vage størrelser. Ønsker at dette tydeliggjøres og konkretiseres.

Fastlegene savner at 2. linjetjenesten tar veilederrollen på større alvor for at disse pasientene skal få den beste behandling der de bor. Fastlegene har behov for at spesialisthelsetjenesten ivaretar sin veilederrolle på en ansvarsfull måte. Flere avdelinger enn *fysiskskjemedisinsk avdeling, alderspsykiatrisk og akuttpsykiatrisk avdeling i UNN* må kunne tilby ambulerende team som inkluderer en sykehusspesialist, slik at pas. kan få den beste behandlingen hjemme og fastlegen kan få den veiledning og støtte den trenger. Man kunne f.eks tenke seg en ambulerende/omreisende geriater, nevrolog m.fl. som møter pasienten sammen med fastlegen. Vi ser at det gjøres forsøk på å lage tjenestetilbud som legges mellom 1. og 2.linjetjenesten, som f. eks kommunale helsehus med sykehusspesialister og tverrfaglige team med spesialister i allmennmedisin i sykehus. Vi er redd for at en slik organisering kan medføre ineffektive tjenester, ansvarspulverisering og tappe kommuner og sykehus for de ressurser de trenger. Vi tenker altså at det er viktig at det er sykehusspesialisten som kommer hjem til pasienten eller fastlegekontoret og at et slikt tilbud best kan ivaretas ved å opprettholde skillet mellom 1. og 2. linjetjenesten, samtidig som ansvarsfordelingen tydeliggjøres. Unn har foreslått utbredelse av PSHT som en slik mellomløsning. Fastlegene er bekymret for at dette altså ikke er den beste løsningen verken ressursmessig, for pasienten eller for fastlegene, andre allmennleger og hjemmetjenestene i kommunene.

3. Har dere gode eksempler på tjenester som er utviklet/er i ferd med å utvikles i fellesskap for de fire prioriterte pasientgruppene? Hvordan kan innsikt fra disse eksemplene overføres til andre helsefellesskap og/eller forsterkes gjennom neste nasjonale helse- og sykehusplan?

To av FSU ene er videreføringer med noen endringer, av tidligere råd, dette gjelder FSU fastlegerådet og FSU akuttmedisin. Disse 2 er veletablerte. FSU akuttmedisin har fått breddet ut «**Trygg Akuttmedisin**» som består av prehospital teamtrening mellom AMK, ambulansearbeidere, kommunalt helsepersonell og sykehuspersonell etter fast prosedyre og sjekklister.

De resterende FSU ene har enda ikke kommet riktig i gang, så for tidlig å gi noen tilbakemelding fra disse.

4. Hvordan kan nasjonale myndigheter (departement, direktorater) støtte helsefellesskapene i arbeidet med å nå sine mål? Hvilke justeringer i nasjonale virkemidler (faglige råd, regulering og styringsinformasjon, finansieringsordninger) vil bidra til å realisere målene? Hvilken støtte fra Helsedirektoratet og andre etater har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?

Fastlegene etterlyser at departement og direktorat tar den årelange underfinansieringen av FLO på alvor. Det finns allerede gode beregninger av hva som må til for at fastlegeordningen skal overleve. For å kunne *delta i utviklingsarbeid og veilede alle de nye LIS-legene* som er nødvendig for at FLO skal fungere for pasientene, må dette på plass.

Som i all ledelse etterlyser fastlegene at HOD, Helsedirektoratet og FHI forankrer sine planer, veiledere og strategier hos de som utfører jobben i helsetjenesten. For å lykkes med fremtidens helsevesen tenker vi det er nødvendig at departement og direktorat er nøye på riktig vektning og balanse mellom sykehusspesialisters og allmennspesialister innspill.

HOD og Helsedirektoratet kan f.eks. bidra til at maktubalansen mellom kommuner, sykehus og fastleger utjevnes gjennom et bedre og tydeligere avtaleverk.

5. Hvordan kan regionale aktører (KS, regionale helseforetak, statsforvalteren) støtte helsefellesskapene i arbeidet med å nå sine mål? Hvilken støtte har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?

Hvordan KS og helseforetakene og legeföreningen som er fastlegenes «svar på» KS kan bidra inn i helseforetakene er vanskelig å se for seg. En slik involvering vil kunne forsterke maktubalansen i helsefellesskapet.

Uavhengige støttespillere er viktig

Statsforvalter er en slik aktør. Om det finnes regionale råd/grupper med samfunnsmedisinere/arbeidsmedisinere vet vi ikke, men disse burde i hvert fall kunne ha en aktiv rolle i forhold til helhetlig vurdering av hva som er til det beste for folkehelse og spesielt pasienter i de 4 satsningsgruppene. De regionale, som de nasjonale aktørene må heller ikke glemme å se på helsearbeidernes arbeidsforhold inkludert arbeidsmiljø og HMS. Dette er viktig for at pasientene skal få gode og

trygge helsetjenester også i fremtiden, der svært mye skal gjøres i primærhelsetjenesten.

6. Er det noe annet dere vil spille inn til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027?

Forskyvning av oppgaver fra sykehusleger til fastleger, er riktig vei å gå. Noen oppgaver bør og skal ikke overføres. Hvilke oppgaver som skal overføres og i hvilket tempo, må være like godt forankret på begge sider. For at en skal lykkes med denne venstreforskyvningen, må det samtidig skje en økonomisk forskyvning, altså at midler må følge med.

Vh

Tromsø 13.03.22

Lise Figenschou

Fastlegerepresentant SSU

Helsefelleskapet for Troms og Ofoten