

Allmennlegeforeningen i Nord-Trøndelag Legeforening ønsker med dette å avgi hørings svar på HNTs utviklingsplan 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. Vi ser at flere kommuner har levert hørings svar. En rundspørring viser at svært få fastleger har blitt informert om utviklingsplanen fra sine kommuner, og de har dermed ikke fått anledning til å uttale seg når kommunene har levert hørings svar. En kommune har bedt sine leger om innspill under en uke før høringsfristen gikk ut, til tross for at arbeidet med planene har pågått i lang tid. Det er uheldig dersom fastlegenes mening ikke kommer frem på grunn av at kommunene ikke har informert dem. Det gjør også at vårt hørings svar kommer etter fristen.

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

Før vi går inn på de ulike punktene vil vi først kommentere oppgavefordeling og samarbeidsavtalene. Et gjennomgående tema i utviklingsplanen er å utvikle samarbeidet med kommunene. Det er et viktig felt. Samarbeidet mellom HNT og fastlegene, som er en del av den kommunale helsetjenesten, fungerer ikke godt nok i dag.

Tjenesteavtale 1, punkt 3 lyder slik:

3 Oppgavefordeling

Oppgavefordelingen slik den praktiseres ved avtaleinngåelsen, skal legges til grunn i denne avtale og eventuelt være retningsgivende for tvistebehandling.

3.1 Endring i oppgavefordelingen

Dersom kommunen og HNT skal avtale å endre oppgavefordelingen skal følgende oppfylles i henhold til faglig forsvarlighet:

- a) Partene skal være likeverdige.
- b) Dialog og høringer skal være gjennomført og endringer planlagt i god tid.
- c) Helhetlige pasientforløp skal være utviklet mellom partene på forhånd for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.
- d) Oppgavefordelingen skal avspeile likhet i tjenestetilbudet til hele befolkningen.
- e) Ressurser skal følge endringer i oppgavefordelingen i form av kompetanse, utstyr og økonomi.
- f) Det skal være enighet mellom partene.

Det har over lengre tid vært en stor oppgaveoverføring til fastlegene fra alle fagfelt i spesialisthelsetjenesten. Det har ikke skjedd i tråd med samarbeidsavtalen mellom helseforetak og kommuner, som referert over.

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. Ansvar for undersøkelse og funn 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 forskrivningen er dermed overført fra sykehuset til den enkelte fastlege, selv om det er sykehuset som har gjort bakenforliggende utredning og stilt indikasjon, og pasienten fortsatt er i behandling i sykehuset.
- 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 epost.
- 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, også Trondheim sentrum. Dersom fastlegeordningen bryter sammen vil det medføre store utfordringer for helseforetakene.

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 tjenesteavtale 1 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. Fastlegene må få plass ved bordet i saker som berører oss. Allmennelegeforeningen i Nord-Trøndelag tar gjerne jobben.

Et av fem satsningsområder for HNT 2018-2022 er samhandling med kommunene: Vi må finne gode løsninger for hva som skal være desentraliserte tjenester, og hva som skal tilbys i sykehusene. Vi må, i samarbeid med kommunene, finne hensiktsmessig teknologiske løsninger for bedre og mer effektivt samarbeid.

Det er avgjørende for kvalitet og forsvarlighet at fastlegene involveres i dette arbeidet. Dersom oppgaver flyttes ut av sykehuset, flyttes også ofte det medisinske ansvaret over på fastlegen. Dersom det ikke følger økonomiske ressurser og kompetansehevende tiltak med oppgavene vil det kunne føre til at kvaliteten på helsehjelpen går ned. Dersom fastlegene ikke involveres vil det være overhengende fare for å overføre for mange oppgaver, slik at fastlegetjenesten blir enda mer overbelastet enn den allerede er.

1.2.4 Medvirkning og aktører

Dialog med kommunene, brukerorganisasjonene og tillitsvalgte er ivare tatt gjennom etablerte møtefora, i tillegg til deltagelse i styringsgruppen.

Kommunenes involvering er koordinert av samhandlingssjefen. Det ble startet en strategiprosess i mars 2017, der det ble gjennomført et heldagsmøte med Administrativt samarbeidsutvalg og Politisk samarbeidsutvalg. I etterkant har det vært flere arbeidsmøter, og det er jobbet med en felles handlingsplan for samhandling mellom kommune og Helse Nord-Trøndelag 2018 – 2021.

Fastlegene har ikke vært involvert i arbeidet. Flere kommuner har hverken tatt opp arbeidet i samarbeidsutvalgene med legene, eller sendt ut informasjon på andre måter. Det er tilfeldig at fastlegene oppdaget utviklingsplanen. Representanter for fastlegene burde vært involvert helt fra oppstarten av planarbeidet.

De områdene Helse Nord-Trøndelag scorer lavest på er samhandling, utskrivning og ventetid.

Når det gjelder alle disse tre områdene er fastlegene involvert.

Regionale pasientforløp

Det er utviklet en rekke pasientforløp i Helse Nord- Trøndelag, dette gjennom regionalt samarbeid i spesialisthelsetjenesten. En utfordring med disse pasientforløpene er at de i for liten grad involverer kommunehelsetjenesten, fastlegene og andre samarbeidspartnere. ... I Nord-Trøndelag er det utviklingsprosjekt mellom Helse Nord-Trøndelag og flere kommuner der man ser på utvikling av helhetlige forløp.

Det er avgjørende at fastleger deltar som likeverdige part i dette arbeidet. Det er ikke tilstrekkelig at administrativt personell fra kommunene deltar. Slike pasientforløp innebærer fordeling av oppgaver og ansvar, og da må fastlegene delta. Det forutsettes at slikt arbeid gjøres i henhold til samarbeidsavtalen og tjenesteavtale 1.

Nasjonale pakkeforløp

Vi er meget tilfredse med pakkeforløp for kreft. Det gir større trygghet for oss som henviser for at pasienten kommer raskt inn og får riktig og rask utredning. Vi sparer mye tid ifh til tidligere da vi

ofte ringte og gjorde avtaler med sykehuset pr tlf for å forsikre oss om at pasienten ville bli tatt raskt inn ved kreftmistanke.

Det ville vært interessant om fastlegene kunne få tilgang til IT-løsning der vi også kunne se i sanntid hvor pasienten er i forløpet.

2.2. Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

For Helse Nord-Trøndelag sett under ett har den gjennomsnittlige ventetiden over år viste en ønsket fallende tendens. Gjennomsnittlig ventetid i 2011 var 78 dager, for 2016 var ventetiden redusert til 59 dager. Det arbeides kontinuerlig med å redusere ventetiden for de som skal motta våre tjenester.

Det er viktig at ventetidene både til første oppmøte og til behandling er igangsatt måles, og er tilgjengelige. Vi har inntrykk av at ventetid til første oppmøte er bedret, men opplever at ventetid til kontrolltimer kan være lengre enn ønsket. Det er stor variasjon mellom avdelingene.

2.2.1.3. Pasientstrømmer og variasjon, somatikk

Når det gjelder poliklinisk aktivitet så viser tabell 2.2 at Helse Nord-Trøndelag har en egendekning på 53,8 %. En god del av de nordtrønderske pasientene får behandling hos private og St. Olavs hospital, der private avtalespesialister har en 28 % andel av de polikliniske kontakter.

HNT kan øke egendekningsgraden for både poliklinisk aktivitet og operasjoner ved å redusere ventetiden. Det ser vi spesielt innenfor ortopedi, der ventetidene kan være opp til et år. Da velger pasientene behandling andre steder. Dersom ventetiden hadde vært kortere hadde pasientene ønsket behandling ved HNT.

2.3. Oppgavedeling og samhandling

Samarbeid med kommuner og fastleger

Samhandling med kommuner og fastleger er regulert gjennom Samarbeidsavtalen mellom Helse Nord- Trøndelag og kommunene i Nord-Trøndelag. Denne regulerer samarbeidsformer, organisering og møtefora, tvisteløsning og avvikshåndtering. (...)

Det er under etablering et fagråd for innleggelse og utskriving som har representasjon fra legetjenesten i kommunene og helseforetaket, og som skal gi innspill ved diskusjoner om oppgave- og funksjonsfordeling mellom partene.

Utover de formelle, overordnede strukturene for samarbeid, er det utstrakt dialog og samarbeid omkring pasientbehandlingen til den enkelte pasient. Helse Nord-Trøndelag tilstreber å ha spesialister tilgjengelig for kommuner og fastleger, dette for å gi råd og veiledning på pasientnivå.

Se innledende kommentar. 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. Fastlegene må få plass ved bordet i saker som berører oss. Allmennlegeforeningen i Nord-Trøndelag tar gjerne jobben.

Fastlegene har stor nytte av den løpende dialogen med sykehusspesialistene. Det er avgjørende for at vi raskt kan justere utredning og behandling for den enkelte pasient. Ved reumatologisk avdeling opplever vi at vi ikke får lov til å snakke med reumatolog, men må ta faglige drøftinger med sykepleier. Vi får ikke satt telefonen over til spesialist. Det er ikke en forsvarlig løsning. Dette har med ansvarsforhold å gjøre. Fastlegene må ha mulighet til å snakke direkte med sykehusspesialisten.

Planen bør her understreke helseforetakets veiledningsplikt overfor primærhelsetjenesten.

Telemedisin med videokonferanse der både spesialist og fastlege deltar kan bidra til å overføre kompetanse til primærhelsetjenesten. Det vil kunne bidra til at fastlegene lettere og raskere kan få avklart viktige spørsmål og få nødvendig diskusjon og avklaringer omkring pasientbehandlingen.

2.5. Bemanning og kompetanse

St. Olavs hospital skriver i sin utviklingsplan følgende: St. Olavs hospital har også ansvar for å legge til rette for spesialistutdanning i allmennmedisin. 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. Vi ber HNT vurdere om utdanningsstillinger for allmennleger kan være mulig også ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos.

4.2.5. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Psykisk helsevern for voksne

Endringsfaktorene som ligger i modellen for psykisk helsevern og rusbehandling er i tråd med det som er statlige føringer for hvordan behandlingsfeltet skal utvikle seg. Mer skal skje poliklinisk og ambulant – tjenestene skal ytes nærmest mulig der folk bor.

Vi opplever at for mange henvisninger til psykisk helsevern avvises. Noen er begrunnet i at pasienten er så syk at vedkommende er i behov av mer langvarig behandling enn HNT kan tilby. Det er en svekkelse av helsetilbudet til de sykeste. I mange tilfeller anbefaler HNT at pasienten isteden henvises til privat spesialist. Det er få private psykiatere i Nord-Trøndelag, og HNT må være kjent med at ventetiden til disse kan ligge opp mot et år. Da er det ikke en god anbefaling til pasienten. Noen henvisninger avvises med begrunnelse av at pasienten best kan ivaretas i primærhelsetjenesten. Det er en vurdering som helseforetaket ikke selv ensidig kan gjøre. Primærhelsetjenesten henviser fordi vi har behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det er primærhelsetjenesten selv som best vet hvilket tilbud pasienten kan få i vår egen tjeneste.

Vi har inntrykk av at endel pasienter avsluttes tidlig etter oppstartet utredning. Vi er bekymret for at man ikke investerer nok i å etablere et godt forhold mellom pasient og behandler. Et godt lege/behandler-pasientforhold er avgjørende for å lykkes med diagnostikk og behandling. Det kan føre til at pasienten avsluttes før man har kommet langt nok i diagnostikk og behandling.

Vi ønsker at det skal etableres et behandlingstilbud med eksponeringsterapi for angst, med mål om kurasjon, etter modell fra OUS Ullevål.

4.1.4. Teknologiske og medisinske framskritt

Kunstig intelligens vil bidra til raskere diagnostisering ved å gi validert klinisk beslutningsstøtte. Sammen med avanserte sensorer kobla til pasienten, sanntids overføring og bruk av smarttelefon, trenger ikke pasienten å møte fysisk på sykehuset for diagnostisering eller kontroll. Dette kan særlig være aktuelt for kronikere som har behov for rutinemessige kontroller.

5.1.5. Aktivitetsvekst og poliklinikk

Det må vurderes mer bruk av e-konsultasjoner, både i direkte samtale med pasient og ved samarbeidsmøter/konsultasjoner med pasienten og helsetjenesten i kommunen. Videokommunikasjon via nettbrett eller datamaskin er et alternativ som kan spare mye tid for pasienter og ansatte. Helsepersonell kan spare mye tid på å benytte videokommunikasjon via Skype, og spare pasienter for lang reisevei til helsetjenesten. Videokommunikasjon kan være nyttig blant annet for å gi rask og praktisk informasjon, veiledning i bruk av medisinsk utstyr, eller for å observere eventuelle skader eller smerter pasienten sliter med. Det må gjøres en faglig vurdering før evt. bruk av e-konsultasjoner, og dette er ikke løsningen i alle tilfeller. Det vil fortsatt være sykdomstilfeller og vurderinger som må gjøres ved at behandler er fysisk sammen med pasienten.

Dette kan bli et fremskritt, men ikke nødvendigvis. Det er ikke kun det teknologiske, med ”harde” målinger, som ligger til grunn for god pasientbehandling. Møtet mellom mennesker – mellom lege og pasient – 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 letter 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 ekonsultasjon 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.

4.3. Bemannings- og kompetansebehov

Det er viktig å se bemanningsbehov og utnyttelse av ressurser samlet på tvers av foretak og mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, slik at ressursene utnyttes på best mulig måte for pasientene.

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.

5.1.1. Geografiske forhold

Det må kontinuerlig vurderes om det er nødvendig å slå sammen mindre enheter til større og det må sees på funksjonsfordeling mellom sykehusene.

Allmennlegene i norddelen av Trøndelag mener at det er avgjørende for helsetilbudet til befolkningen at det ikke er for lang reisevei til sykehusene. Det gjelder først og fremst for pasientene. Men blir reisetiden til sykehus for lang blir det også mindre attraktivt å være allmennlege i distriktet. Et moment som ikke har vært mye belyst ved sentralisering av akuttilbud er at legevakslegen blir sittende mye lengre med det medisinske ansvaret for den akutt syke pasienten når reisetiden til sykehus øker. Det er krevende for legevakslegen. Det vil kunne føre til flere samtidighetskonflikter dersom legevakslege må følge pasienter inn med ambulanse over lengre strekninger, og legens vaktistrikt står da uten både lege og ambulanseberedskap mens denne er borte. Det gir et dårligere helsetilbud til den gjenværende befolkningen. Det er derfor gledelig for oss at det er besluttet at akuttkirurgisk beredskap skal beholdes på begge sykehus.

5.1.5. Aktivitetsvekst og poliklinikk

Dette tilsier at vi må møte utfordringen ved at vi utvikler, endrer og forbedrer måten vi driver dagens spesialisthelsetjeneste på. Eksempel på dette kan være å redusere antall kontroller, se på praksis og samarbeid om pasienter i akuttmottak, satse mer på bruk av teknologi som e-konsultasjoner, utvikle mer effektiv bruk av lokaler og ressurser, mer mobilt utstyr og styrket samhandling med kommunene rundt forebygging. Endringene må gjøres i samarbeid med andre aktører i helsetjenesten; Med andre foretak i regionene, kommunehelsetjenesten, fastleger og, ikke minst, pasientene.

Helse Nord-Trøndelag bør ta en gjennomgang av kontroller/oppfølgingstimer, dette for å se hva vi må ha av kontroller og hvordan vi evt kan begrense antall kontroller.

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 utskriving 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.

Ved vurdering av antall kontroller må man skille mellom hva som er sykehusets behov og hva som er pasientens behov. Det kan være at sykehuset oppfatter kontroller som unødvendige, mens pasienten har nytte. Pasienten kan ha spørsmål som er viktige for sin egen del. Fastlege og pasient vil ofte i forkant av kontroller identifisere spørsmål som pasienten skal ta opp på kontrolltiden.

Mange kontroller er allerede overflyttet til fastlegene og til andre faggrupper enn spesialistlege. For stor overflytning av oppgaver vil 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, med tanke på kapasitet til oppgavene, økonomi, rekruttering og minsket frafall av fastleger. 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.

Økt tverrfaglighet i poliklinisk utredning bør vurderes som en framtidig arbeidsform der det kan gi god effekt.

God effekt på hva?

1. 5.4.1. Sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling

Ambulansetjenesten må organiseres tydeligere gjennom strukturer som bidrar til en mer konsentrert transportkapasitet langs aksene R17 Vikna – Namsos - Steinkjer og E6 Namsskogan – Stjørdal. *Mindre tettsteder og kommuner kan bli bedre dekt gjennom økt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten i form av bachelor paramedics og primærhelsetjenesten ved kommuneleger og kommunale sykepleiere.* Økt kompetanse i ambulansetjenesten og en fortsatt utvikling og innovasjon hvor mer av sykehusenes akuttbehandling flyttes ut til pasientene, vil gi et raskere og bedre helsetilbud i hele Helse Nord-Trøndelag. Endringen vil kreve mer desentralisert samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, mer medisinsk teknisk utstyr i tjenesten og bedre kompetanse.

Man argumenterer med at tiltakene vil gi bedre helsetilbud i helse Helse Nord-Trøndelag. Hvis vi forstår det riktig foreslås det svekket tilbud av ambulanser i små kommuner, og heller satsning på paramedics, kommuneleger og kommunale sykepleiere. Det er noe vanskelig å se for seg hvordan man tenker dette i praksis, og man ber om at dette utdypes i planen. Hvem skal kjøre pasienten til sykehus? Det må mange tiltak til dersom et slikt forslag skal gi bedre helsetilbud til innbyggerne i små kommuner. Det forutsetter at det er tid til slike oppgaver hos legene, at det følger økonomiske rammer med oppgaven, og at legene får riktig kompetanse. Vi vil være svært bekymret dersom dette medfører at økt ansvar for akutttilbudet skyves over fra HNT til den enkelte fastlege og kommune.

Akuttgeriatri i Helse Nord-Trøndelag

Et system som legger til rette for halvøyeblikkelig innleggelse ville vært tidsbesparende og dermed kostnadsbesparende. Dette forutsetter en riktig dimensjonert sengepost inkludert legeressurser til å forberede undersøkelser før pasienten kommer.

Vi støtter bedre mulighet for halvøyeblikkelig innleggelse. Det vil gjøre arbeidet mye enklere også for fastlegene og pasientene vil få et bedre tilbud. En forværring hos geriatriske pasienter foregår ofte over noen dager, og det hadde vært gunstig for alle parter dersom man har mulighet for å planlegge halvøyeblikkelig innleggelse.

Per i dag har vi ikke et ortogeriatrisk tilbud i Helse Nord-Trøndelag. Ortogeriatri er samfunnsøkonomisk gunstig fordi pasientene som mottar behandlingen får flere selvhjulpne leveår.

Vi støtter opprettelse av ortogeriatrisk tilbud i Helse Nord-Trøndelag.

Der man i andre fagfelt ser positive gevinster for pasienten ved mer dreining fra innleggelser mot poliklinisk virksomhet er behovet hos eldre annerledes. Kliniske studier viser at en liggetid på 5-7 dager gir best behandlingsresultat i akuttgeriatrien.

Vi støtter en satsning på tilstrekkelig liggetid for de geriatriske pasientene. De er de mest sammensatte pasientene. Dette vil være riktig prioritering av dem som trenger det mest.

5.4.2.4. Barn og unge

Vi ser et stort behov for flere psykiatere i BUP. Det er viktig for kvaliteten på utredning og behandling. Fastlegene merker godt lav legebemanning på BUP. Vi får henvendelser om å forskrive medikamenter til pasienter som er i behandling på BUP, der BUP har stilt indikasjon. Det er ikke greit. Vi tror dette skyldes at det er for lav bemanning av leger i avdelingen. Vi opplever også at BUP skyver deler av utredning over på fastlegene, for eksempel ved å sende lange skjema til oss som vi bes fylle ut. Det er spesialisthelsetjenestens ansvar å sikre at det ytes forsvarlig helsehjelp, og deler av deres utredning kan ikke skyves over på fastlegen.

Vi opplever spesielt utfordrende samhandling med BUP i forhold til epikriser. Ofte får vi ikke annen tilbakemelding etter henvisning enn epikrise når behandlingen avsluttes. Det kan ta fra noen måneder til flere år. Vi etterlyser informasjon når diagnose er satt og behandlingsplan lagt. Dette er et spørsmål om kvalitet og samarbeid.

Det er bra at det tilbys polikliniske samtaler med behandlere fra BUP på for eksempel på ungdomsskoler eller videregående skoler. Det er viktig for å unngå skolefravær at pasientene kan få samtaler der de bor.

6.3. Oppgavedeling og samhandling

Dialog og samhandling skjer på ulike nivå. Dette gjøres på systemnivå der det diskuteres fag generelt og samarbeid omkring prosedyrer og standardiserte pasientforløp. Videre er det samhandling omkring den enkelte pasient, og dialog rundt konkrete behandlingsopplegg.

Det er utarbeidet en felles Handlingsplan mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag. Denne foreslår prioriterte tiltak for å styrke helhetlig pasientbehandling, og videreutvikling av samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Planen er styrende for arbeidet i Administrativt samarbeidsutvalg og Politisk samarbeidsutvalg, og det er viktig at denne implementeres av i kommunene og Helse Nord-Trøndelag for å sikre at en følger opp de inngåtte samarbeidsavtalene.

Overordnet mål:

Vi skal sikre at det er en hensiktsmessig oppgavedeling, samt god og effektiv samhandling med kommunehelsetjenesten og fastlegene i nedslagsfeltet til Helse Nord-Trøndelag.

**Se innledende kommentar om oppgaveoverføring og samhandling.
Fastleger har ikke vært konsultert i utarbeidelsen av Handlingsplan mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag.**

Ta i bruk hospiteringsordning mellom kommunene og Helse Nord- Trøndelag i større grad.

Allmennlegene er positive til hospiteringsordninger mellom kommunene og HNT. Allmennleger hospiterer på HNTs sykehus som ledd i spesialisering. For å bedre forståelsen for forskjellene i vår arbeidshverdag foreslår vi at HNT ser på muligheten for at sykehusleger også hospiterer på fastlegekontor.

NTNU LINK

NTNU skal opprette en ny læringsarena for ca. 15 studieplasser fra 3. studieår av medisinstudiet i samarbeid med Helse Nord-Trøndelag HF og med base på Sykehuset Levanger. De første studentene begynner høsten 2018. Det er signert en avtale mellom NTNU og Helse Nord-Trøndelag, og denne gir overordnede rammer for prosjektet når det gjelder blant annet samarbeid, økonomi og ressurstilgang.

Legestudentene skal også ha undervisning og praksis i allmenntmedisin. Det er avgjørende at det legges gode planer for hvordan dette skal gjennomføres. Det må gjøres avtale med fastleger og fastlegekontor for praksis, der økonomi og ressurstilgang må beskrives.

Handlingsplan for samhandling mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag

Mange av momentene i handlingsplanen er også omtalt i våre kommentarer til utviklingsplanen. Vi har noen ytterligere kommentarer her.

Det er viktig å viderutvikle de samhandlingsarenaene som er etablert mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag. I tillegg til PSU og ASU er det etablert flere fagråd og fagnettverk som samarbeider godt opp mot de utlike tjenesteavtalene. Disse er praksisnære og jobber med konkrete problemstillinger i pasientforløpet.

Samhandlingsavvik drøftes i ASU årlig.

Bør samhandlingsavvik drøftes i ASU oftere?

5.2.2 Fastlegerollen og legesamarbeid

Fastlegeordningen er en av hovedpilarene i dagens helsevesen, og spesialisthelsetjenesten er helt avhengig av en velfungerende fastlegeordning. Det er imidlertid rekrutteringssvikt i fastlegeordningen samtidig som erfarne fastleger slutter. En hovedårsak er økende oppgaver og forventninger som ikke henger sammen med fastlegenes rammevilkår.

To av de mest sårbare overgangene i helsevesenet er inn- og utskrivning fra institusjoner. En hovedaktør i begge situasjoner er leger. Det er derfor behov for tettere legesamarbeid, og forståelse for hverandres arbeidshverdag.



1	ASU
Opprette fagråd for samarbeid om innleggelse, utskriving og poliklinisk behandling. (tjenesteavtale 3 og 5)	
2	
Sikre større deltakelse i legforumene fra fastleger og ALU i kommunene og ... på sykehusleger jfr.pkt 4 sykehusene	

Allmennlegeforeningen er glad for at HNT anerkjenner den viktige rollen fastlegene har i helsevesenet.

Det står ikke utdypet hvordan man har tenkt å nå større deltakelse i kommunenes allmennlegeforum ALU og i Innherred medisinske forum og Namdal legeforum. Et konkret tiltak som vil være effektivt er at kommunene lønner fastlegene for dette arbeidet. Det er rimelig da legenes deltakelse er et ledd i kommunenes forpliktelse til å holde sine samarbeidspartnere og ansatte orientert om samarbeidsavtalene, tjenesteavtalene og utvikling av samhandling videre.

I fagråd som det foreslås her, er det avgjørende at det er praktiserende fastleger som sitter. Det holder ikke med administrativt personale fra kommunen, for eksempel kommuneoverlege eller samhandlingssjef. Partene må også ha myndighet til, ikke bare diskutere og komme til enighet om eventuell oppgaveoverføring, men også ta beslutninger om økonomisk kompensasjon og kompetanseoverføring. Ingen oppgaver kan overføres til fastlegene før det er tid, kapasitet, kompetanse og styrket økonomi til at fastlegene kan ta oppgaven og opprettholde kvaliteten på helsehjelpen.

For at det skal være mulig for fastleger å delta i slikt arbeid må de frikjøpes fra praksis med full dekning av kontorutgifter og tapt arbeidsfortjeneste.

Vi støtter pkt 7.4 under rekruttering. Kommunene må gjøre en større jobb for å rekruttere leger. Vi tror det er en effektiv metode å følge opp studenter som er fra Nord-Trøndelag og motivere til rekruttering etter endt utdanning.

5.4 Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse – digital samhandling

1. E-konsultasjoner prøves ut, starte med pasienter innen psykisk helse og pasienter med lang reiseavstand

Man kan ikke bare ta i bruk kunnskap om teknologi. Man må også bruke kunnskap om lege-pasientforholdet når slike tiltak skal utprøves. Særlig innenfor psykisk helse er tillitsforholdet mellom pasient og behandler avgjørende for resultatet. Dette mellommenneskelige forholdet kan ha større innvirkning på behandlingseffekt enn hvilken metode man bruker i samtalebehandling. Det er grunn til å tro at e-konsultasjoner vil påvirke forholdet mellom pasient og behandler, og det kan svekke forholdet. Det er derfor viktig med en nøktern forventning til hva slike tiltak kan medføre av besparelser og effekt på behandlingsresultat og pasienttilfredshet. Tiltak bør i størst mulig grad være forskningsbasert.