



Utfyllende tekst. Samarbeid og samhandling. Plan for legetjenesten.

Det er flere interne og eksterne aktører som samarbeider med de forskjellige legetjenestene i kommunen. Kommunen har virksomhetsansvar knyttet til ansatte leger på legevakt, helsestasjon og sykehjem. Fastlegeordningen er løsere tilknyttet kommunen. Fastlegene drifter sine hjemler som selvstendig næringsdrivende og er ikke underlagt kommunes styringsrett. Samarbeid med fastlegene gjøres i kommunale samarbeidsorgan som Lokalt samarbeidsutvalg, LSU, og Allmennlegeutvalget, ALU, der kommunen møter fastlegene. I tillegg har kommunen en fastlege som er praksiskonsulent og gir råd til kommunen.

Samarbeid er viktig for riktig arbeidsdeling og god arbeidsflyt, men det viktigste er likevel å ha et samarbeid som ivaretar pasientene og deres behov. De forskjellige tjenestene må samarbeide slik at ressursene blir brukt på en måte som gir best mulig utnyttelse av fagressursene som finnes på de forskjellige nivåene. Samhandling mellom forskjellige nivåer og faggrupper kan gi additiv effekt hvis man sørger for å tilføre hverandre noe. Samtidig kan det være avlastende for spesialistene eller fastlegene hvis andre faggrupper komplementerer legenes arbeid.

Samarbeid med SSHF/Sykehuset

En del av samhandlingen er regulert i samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Der beskrives spesielt rutiner for innleggelse og utskrivelse knyttet til fastlegetjenesten. En mulighet er å regulere mer av samarbeidet mellom sykehus og fastlegene i disse avtalene. Fastlegene er en del av primærhelsetjenesten. Ved oppgaveforskyvning til fastlegene kunne det vært klokt å regulere det i samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus, der fastleger var representert i arbeidet.

Sykehuset har flere ansatte praksiskonsulenter, det er fastleger som jobber i kommunehelsetjenesten. De gir råd og deltar i utvikling av samarbeidet mellom sykehus og fastleger. SSHF ønsker en tettere dialog mellom kommunen og praksiskonsulentene. De ønsker fastlegene inn i samhandlingsutviklingen og ber kommunen stimulere til dette.

God informasjon om hva sykehuset har av tilbud, kan klargjøre mye for pasientene på forhånd. Samtidig blir det lettere for leger i 1. linje å vite hvem de kan henvise til hva. Gode digitale løsninger med oversikt over tilbudene og tydelige krav til henvisninger vil gi mer realistiske forventninger til hva man kan henvise til og redusere antall avvisninger fra sykehuset. På samme måte kan det være nyttig for legene i 2. linje å kjenne til de forskjellige kommunale tilbudene som sammen med fastlegetjenesten kan sikre god oppfølging av pasienter som blir skrevet ut.

SSHF ser behov for systematisk opplæring av nye allmennleger når det gjelder samhandling med sykehuset og hvilke tilbud som finnes hvor.

SSHF mener det er viktig at kommunen overordnet stimulerer fastlegene til å delta på samhandlingsarenaer som er etablert mellom sykehus og fastleger, herunder «Møteplassen».

ALU er en viktig arena for å ta opp samhandlingsspørsmål. Sykehusets PKO er åpen for å øke besøksfrekvensen her, men det er utfordrende å skulle forholde seg til 24 forskjellige ALU på Agder.



SIA – Studentsamskipnaden i Agder

Samskipnaden ønsker å inngå i et faglig og økonomisk forpliktende samarbeid med kommunen. De kjenner utfordringsbildet for studentene. SiA ser for seg en vekst i utfordringer rundt spiseforstyrrelser og seksualitet, og har allerede ansatt rådgivere med kompetanse innen disse feltene. De opplever at en del kommunale tjenester ikke tar imot studentene. Jevnlige møter mellom SIA sin helseavdeling og kommunen kan fremme samarbeid.

Hjemmesykepleien

Samarbeidet mellom hjemmesykepleien og fastlegene er viktig for at eldre og pleietrengende skal få best mulig behandling og få anledning til å bli boende i egne hjem så lenge de måtte ønske det. Mange fastleger samarbeider godt med hjemmetjenestene, men vi ser også eksempler på at gjensidig travelhet og manglende kontinuitet og tilgjengelighet kan gå ut over kvaliteten på samarbeidet og dermed på oppfølgingen av pasienter. Bevissthet omkring kvalitet i kommunikasjon og prioritering av tverrfaglig samarbeid er essensielt. Gjensidig respekt mellom to yrkesgrupper som begge gjøre en formidabel innsats er en forutsetning for at samhandlingen skal kunne fungere.

Legemiddelgjennomgangen er fastlegens ansvar, men utfordringen er hvordan det kan samhandles bedre rundt dette. Fagkoordinatorer i hjemmesykepleien påpeker at fastlegene legger mye av ansvaret for oppfølging av pasientene sine til hjemmetjenesten. Rutinene for legemiddelgjennomgang kan drøftes med fastlegenes representanter i LSU/ALU og kan gis som anbefalinger til både hjemmetjenesten og fastlegene. Kanskje digitale løsninger kan gjøre det enklere? Sørlandsparken legesenter var med på et prøveprosjekt der de sendte kompliserte legemiddellister til farmasøyt og deretter hadde et videomøte. Kan dette være noe å ha som et tilbud?

PLO-meldinger er nyttige, men brukes av og til ukritisk – noe som fører til mye ekstraarbeid. Kan man utarbeide rutiner for når man skal sende PLO-meldinger og når man kan la være - få en felles forståelse for hvordan denne kommunikasjonen kan bli best mulig?

Det hadde også vært ønskelig å få utarbeidet noen rutiner for hva sykepleierne kan ha mandat til å håndtere på egenhånd uten å kontakte lege. En tydeligere oppgavefordeling etterlyses.

Korttidsinstitusjonene

Legene på institusjonene er opptatt av at fastlegen i for liten grad kjenner endringer som blir gjort der. De mener at fastlegene ikke alltid følger opp informasjon fra institusjonen. Det er viktig med avklaringer omkring hvem som gjør hva – fastlegen eller institusjonslegen. Gjøres det mye dobbeltarbeid? Er det mulig å jobbe på en annen måte? Vi anbefaler en utredning av mulighetene for bedre samarbeid mellom fastlegene og kommunens geriatriiske kompetanse.



Institusjonsleger opplever at sykehuset skriver ut pasienter til korttidsopphold i kommunen tidlig i sykdomsforløpet. Det forventes at institusjonen følger tett opp. Mye av behandlingen er medisinsk krevende. Gode rutiner ved overganger mellom behandlingsnivåene er helt essensielt for å sikre gode pasientforløp.

Institusjonslegene ønsker i større grad å bli involvert i tildeling av institusjonsplasser. Spesielt gjelder dette rehabiliteringsopphold hvor det er viktig at man tildeler plasser / bestemmer hvor langt oppholdet bør være ut fra hva som er et medisinsk behov.

Forvaltning og tjenestetildeling

Forvaltning opplever i hovedsak at samarbeidet med fastlegene er godt. Vi ser også det er mye dialog mellom hjemmesykepleien og fastlegene. Raske tilbakemeldinger gir god flyt i saksgangen. Den elektroniske samhandlingen fungerer bra, men det er stadig behov for å minne om hva som er forventet responstid (innen 5 virkedager).

Hukommelsesteamet opplever at samarbeid med fastlegene fungerer bra, det kommer flere henvisninger fra fastlegene, men teamet har behov for mer hjelp fra fastlegene til diagnostisering. Kreftkoordinator opplever sjeldent at fastlegene henviser til tjenesten – muligens fordi de ikke kjenner den godt nok?

Det er fortsatt behov for bevisstgjøring omkring gjeldende rutiner for samarbeid mellom fastlegene og tildelingstjenestene. Vi må sikre kvaliteten på opplysninger begge veier og unngå at meldinger blir liggende ubesvarte når leger har ferie eller er borte av annen årsak.

NAV

Både NAV og fastlegene beskriver utfordringer i samarbeidet. Det er ulik forståelse av hvordan og i hvilken grad fastlegen kan bistå NAV. NAV ønsker å bedre de digitale løsningene og sin bestillerkompetanse slik at de får frem den konkrete informasjon de faktisk trenger. Målet er å begrense belastningen på fastlegene og bedre samhandlingen. Det er mange sentrale føringer og rammer som kan virke begrensende, men det finnes også handlingsrom som kan gi muligheter. En gjennomgående utfordring er kravet til legene om å vurdere funksjonsevne og mulighet for tilrettelegging. Legene har begrenset mulighet til å si noe om dette ut fra medisinske tilstand. En arbeidsgruppe bestående av fastleger, nav og eventuelt kommune kan være en lokal løsning for å se på muligheter.

Digitale løsninger

Det bør jobbes frem oversikter over de private og kommunale helsetilbudene i kommunen. Gjerne temabasert slik at innbyggerne lettere kan finne frem. Det vil være klokt om dette kobles til selvhjelpsråd og kvalitetssikret innhold. Dette må være tilgjengelig for sykehus, kommunens ansatte og private aktører. Mangelen på oversikt kan virke begrensende på samarbeid og redusere muligheten for selvhjelp.



Mer bruk av digitale samhandlingsløsninger som e-konsultasjoner og videokonsultasjoner/møter mellom fastlegene og hjemmesykepleien eller andre omsorgstjenester vil kunne være tidsbesparende og lette tilgjengeligheten til legetjenester. Sykepleierne kan samle riktige data: temp, puls, blodtrykk, pustefrekvens, vektendringer og andre konkrete endringer i allmenntilstand og formidle dem til fastlegen. Det å sikre riktig informasjon i forhold til oppgaven som skal løses er grunnleggende. Primærhelseteamet har hatt god erfaring med å ta i bruk ny teknologi og lære opp ansatte til å hente ut riktig informasjon.

Den digitale verden er i rask utvikling. Det vil komme digitale løsninger basert på kunstig intelligens. På sikt kan det være et supplement. Vi må regne med å være en del av det i løpet av få år. Kommunen har en plan for E-helse. Det jobbes med utvikling av det digitale samarbeidet mellom fastlegene og andre helseaktører.

Agderkommunene og sykehuset jobber gjennom eHelse- Agder 2030 med å digitalisere avviksløypen mellom forvaltningsnivåene, inkludert fastlegene, legevakslegene mv.

Samarbeid med private aktører

I utvikling av fastlegetjenesten har kommunen kartlagt private aktører som kan tilby støtte til legesentrene. Det sentrale i et slikt arbeid er kvalitet og avlastning for fastlegene slik at tiden frigjøres til pasientarbeid. Kommunen vil legge til rette for kontakt mellom legesentre og aktuelle private aktørene. Dersom private aktører eller andre profesjoner kan overta administrative eller driftsmessige oppgaver på legesentrene, kan flere oppleve fastlegejobben som overkommelig.

Samarbeid om barn og unge

Helsestasjonslegene er ansatt i Helse og mestring, mens arbeidsplassene deres er organisert i Oppvekstsektoren. Forskjellig begrepsbruk og rutiner i sektorene kan gi utfordringer. Nærere dialog på ledernivå mellom enhetene er etterspurt, men ikke etablert. Ledergruppa i Oppvekst er også opptatt av dette. Oppgaver fordeles, men det må likevel samarbeides.

Det er gjerne fastlegene som henviser barn til HABU og ABUP, men de har ikke tilgang til det som er gjort i oppvekstsektoren. Det mangler klare kvalitetskrav til samhandling mellom tjenestene. Sykehuset sender ikke alltid epikrise tilbake til helsestasjonen. Helsestasjonslegens rolle blir ikke utnyttet godt nok.

Det er positivt for samarbeidet at alle familiens hus har barnevern, familietjeneste osv. på samme hus. Helsestasjonslegene etterlyser et tettere samarbeid med PPT og barnevern. PPT skriver sakkyndig vurdering for barn i barnehagen eller skole, men informasjonen blir ikke rutinemessig delt med helsestasjon eller fastlege og samarbeidet mellom disse tjenestene er ikke godt nok etablert. PPT får heller ikke informasjon dersom helsestasjonen henviser et barn de har jobbet med videre til spesialisthelsetjenesten.

Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus HF Kristiansand skal gjennomføre et prosjekt for pilotering av en samhandlingsmodell for barn/unge med en nevroutviklingsforstyrrelse, der det også



foreligger et samtidighetsbehov i oppfølgingen relatert til psykisk helse. Det vil bli jobbet med god oppsummerende informasjon/funksjonsbeskrivelser til fastlege og henvisningsstøtte som kan sikre kvaliteten på henvisninger og gi et godt grunnlag for prioritering og videre arbeid i 2. linje. Med utgangspunkt i en modell fra Helse Fonna, ønsker vi å utvikle en Agder-modell som legger til rette for et funksjonelt samarbeid omkring barn med nevroutviklingsforstyrrelser.

Samarbeid om forebygging/helsefremming

Det er et godt samarbeid mellom Frisklivssentralen (FLS) og fastlegene, hovedsakelig via elektronisk kommunikasjon. Flere deltakere som har vært innom FLS i årenes løp, skulle ønske at fastlegen deres hadde informert dem om den tidligere. Det er litt for personavhengig hvilke leger som henviser. Drømmescenariet (ifølge de ansatte på FLS) er at fastlegene alltid vurderer livsstilsintervensjoner før, eller parallelt med annen behandling - og husker på at Frisklivssentralen er der for de som trenger støtte til livsstilsendring.