



## Utfyllende tekst. Sårbare grupper. Plan for legetjenesten.

Det finnes flere pasientgrupper som kan betraktes som spesielt sårbare. I regjeringens Prop. 102 L (2020–2021) - regjeringen.no angis det fire pasientgruppene som helsefelleskapene særlig bør utvikle gode tjenester for:

- barn og unge
- personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- skrøpelige eldre
- personer med flere kroniske lidelser

I Helsedirektoratets Prosjekt Primærhelseteam ble følgende grupper trukket frem som særlig sårbare:

- pasienter med kroniske sykdommer
- pasienter med psykiske helseproblemer og rusavhengighet
- skrøpelige eldre
- personer med utviklingshemninger og funksjonsnedsettelse.

Blant disse var det spesiell oppmerksomhet på såkalte dårlige etterspørrere - pasienter som i liten grad selv klarte å ta kontakt med helsevesenet for å få hjelp til sine utfordringer.

Evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 påpekte utfordringene med å gi gode legetjenester til sårbare grupper. Handlingsplan for allmenntilleggsmedisin (2020-2024) beskriver at behovene til brukere med mer omfattende helseutfordringer ikke møtes godt nok i dagens fastlegeordning.

Legetjenester til barn og unge samt legetjenester til eldre er omtalt i egne kapitler og vil derfor bli mer summarisk beskrevet her.

### Skrøpelige eldre

Skrøpeligheit er karakterisert med redusert styrke, utholdenhet og redusert fysiologisk funksjon som øker individets risiko for avhengighet av hjelp og/eller død. Med sterk økning i andelen eldre vil antall skrøpelige eldre med stort behov for helsetjenester forventes å øke sterkt. Faggruppe for analyse og styringsdata i Helsefelleskapet Agder har beregnet antall skrøpelige eldre i Agder til ca. 7500 personer i Agder i 2019. Disse er i kontakt med fastlege 6-7 ganger årlig, og de fleste mottar også kommunale pleie- og omsorgstjenester. Rapport skrøpelige eldre og multimorbiditet gir mer utfyllende informasjon om temaet.

Eldrerådet påpeker at Primærhelseteam (eller en tilsvarende organisering) kan være aktuelt for flere i den eldre brukergruppen. Selv om Eldrerådet er begeistret for fastlegeordningen, ser de muligheter for forbedringer for de pasientene som har mer omfattende problemer. Kommunen bør prioritere



arbeid med å identifisere og følge opp de som er eller står i fare for å bli skrøpelige. Vi må bidra til et godt samarbeid både med fastlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten og ha rutiner som sikrer behandling og oppfølging på riktig nivå.

## **Pasienter med demens og redusert evne til å bo i egen bolig.**

Beboere med funksjonsnivå som tradisjonelt tilsier sykehjemsplass har i økende grad fått plass på spesialtilpassede omsorgsboliger i bokollektiv. Disse har behov for omfattende legetjenester, noe som fordrer egen dedikert ressurs til formålet. Fastlegene har oppfølgingen i dag, og dette er til frustrasjon for både fastlegene og de ansatte i boligene.

## **Pasienter med rusrelaterte helseutfordringer eller psykisk sykdom.**

Ventetid på legekontor gjør situasjonen sårbar for mange i denne pasientgruppen. En del av dem mangler oppmøtekompetanse og sliter med å forholde seg til oppsatte timer. Det hadde vært ønskelig med mer fleksible ordninger.

Ifølge innspill vi har fått er det behov for at fastlegene i større grad blir gjort kjent med- og får kunnskap om hva brukerne kan få hjelp til. Dette gjelder både vedtaksfestede tjenester i kommunen og lavterskeltilbud.

Oppfølging av den somatiske helsen hos disse brukerne kan absolutt bli bedre. De gode eksemplene fra PHT-prosjektet kan fungere som en mal for videre arbeidet med å møte brukergruppens sammensatte behov for helsehjelp. Representanter for oppfølgingstjenestene anbefaler rutiner som sikrer smidige overganger mellom behandlingsnivåene for denne pasientgruppen. Eksempelvis inn og ut på legevakt og sykehus samt tilbakeføring til kommunen.

Psykiatriske pasienter skrives raskere ut fra sykehus til kommunen enn tidligere. Flere psykisk syke i kommunehelsetjenesten medfører økende behov for akutte vurderinger, tvangsvurderinger øker i omfang. Samhandlingen i disse sakene er god. Men behovet har økt, og vil fortsatt øke. Det er ønskelig med god tilgang på medisinsk faglig kompetanse på kommunalt nivå. Dette gjelder spesielt i forhold til de mest sårbare brukere.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023 peker på viktige strategier. En del psykiatripasienter faller mellom de lettere kommunale gruppetilbudene og de mer spesialiserte tilbudene i 2. linje. Fastlegene får ansvaret, og DPS avviser mange av søknadene når fastlegene står fast og ber om hjelp. Vi må jobbe for at pasientene skal kunne oppleve sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner og få hjelp på riktig nivå når de trenger det.



## Innvandrere – flyktninger og andre som ikke kjenner norsk helsevesen fra før.

Kommunen har en egen flyktningehelsetjeneste, men migrantene er kun innom denne i starten for kartlegging. Kartleggingen er tidkrevende, men personalet på flyktningehelsetjenesten har erfaring og kompetanse til å møte problemstillinger som ikke finnes i stort antall blant øvrig befolkning.

Asylsøkere får helseoppfølging av flyktningehelsetjenesten første måneden til de får en fastlege. De som ikke har krav på fastlege, får i noen tilfeller hjelp via flyktningehelsetjenesten. Den allmenntilleggsoppfølgingen av denne gruppa bør ikke skje på legevakta, men det er ofte den eneste tilgjengelige løsningen.

De fleste leger (utenom flyktningehelsetjenesten) trenger opplæring i tolkebruk og har begrenset kunnskap om sykdommer i andre land. Fastlegene anbefales (av tolketjenesten) å sette av dobbelt tid til konsultasjon med tolkning. Dette praktiseres i liten grad.

Det er mye helseplager i f.eks. det somaliske miljøet, deriblant høy forekomst av diabetes. Kan vi kartlegge helseforholdene bedre? Snakke med miljøene og med fastlegene?

**Forslag:** Kontakte lederne i innvandrersorganisasjoner og be dem spørre internt i miljøet om bruk av legetjenester. Deretter intervju/møte med lederne. Kontakte tolketjenesten: Hvilke legekontorer tolker de til?

## Legetjenester til personer med psykisk utviklingshemming.

Besøksrapport fra Sivilombudet viser at beboere, i Kristiansand kommune, som hadde oppfølging fra primærhelseteam gjennomgående syntes å få en bedre og mer tilpasset helseoppfølging. «De hadde blant annet bedre kartlagt helsetilstand og redusert bruk av beroligende og antipsykotiske legemidler mot utfordrende atferd.» ([Rapport, 2022](#))

Kompetanse om utviklingshemming og ulike diagnoser er viktig både for habiliteringstjenesten og legetjenesten. Det er også viktig å kjenne til hvilke instanser en kan henvise videre til i forhold til utredninger og tilpasset oppfølging. Det er et tydelig økt behov for digital kommunikasjon. Gjennom pandemien fikk vi erfart hvordan man kan bruke digitalt samarbeid til å finne gode løsninger.

«Personer med psykisk utviklingshemming har høyere forekomst av psykiske lidelser enn normalbefolkningen, og får ofte for lite hjelp for dem». ([Artikkel, 2000](#)) Dette samsvarer også med tjenestens opplevelse. Det er forbedringsområder i trekantsamarbeidet mellom tjenesten, fastlegen og spesialisthelsetjenesten. I [NOU 2016:17](#) kan vi lese at utviklingshemmede høyere sykdomsrisiko og dårligere helse har sammenheng med diagnoserelaterte sykdommer og livsstilssykdommer.

Personer med utviklingshemming tilhører gruppen «svake etterspørre». Flere har reduserte evner til å formidle endring, ubehag og smerter. Likeså reduserte evner til selv å oppsøke hjelp. De er



derfor avhengig av at helseoppfølgingen rundt denne brukergruppen tilpasses slik at en får gitt hjelp til de som trenger det mest. Vi har erfart nytten av utvidede tverrfaglige team omkring de mer utfordrende pasienter i denne gruppen. Primærhelseteamene har vært med på å utvikle en modell for dette.

Habilitering barn og unge (Livsmestring) opplever det utfordrende at fastlegen ofte kjenner barnet dårlig. Dette er spesielt sårbart når HABU gir færre tjenester enn tidligere og gjør også overgangen fra barn til voksen krevende.

Det er vanskelig å få psykisk helsehjelp til barn som har flere diagnoser, f.eks. nevroutviklingsforstyrrelser. Habiliteringstjenesten opplever at ingen tar ansvar for dette. Rundt barn/unge er det mange instanser inne. Oftest blir foreldrene ansvarlige for samkjøringen. Fra nyttår 2023 er det ansatt barnekoordinatorer i kommunen, som vil ta noe av ansvaret her.

## Funksjonshemmede

Råd for funksjonshemmede ber legesentrene legge til rett for betalingsløsninger uten gebyr. Ikke alle har Bank ID. Mange har heller ikke Vipps. Alle må få mulighet til å få betalt uten gebyr. Ikke alle har digital kompetanse. Rådet mener Primærhelseteam er en god løsning og har gode erfaringer fra prosjektet.

## Studenter

Er ikke en svak gruppe, men vi har erfaringer for at livsfasen med flytting og manglende kjennskap til lokale helsetjenester og lokale forhold kan gi dem utfordringer. En del av de utfordringene som Studentsamskipnaden i Agder (SIA) beskriver for oss, gjelder også for andre ungdommer og unge voksne med samme problematikk:

Vi ser en økning av studenter som henvender seg til SIA helse knyttet opp mot spiseforstyrrelser og seksualitet. Kjønnsinkongruens er ikke en diagnose, men vi vil trolig oppleve økt etterspørselen etter kompetanse på dette feltet. SIA mener kommunen bør styrke kompetansen på dette fagfeltet. SIA erfarer at kommunale tjenester ikke alltid tar imot studenter og de blir henvist til SIA helse. SIA helse har ingen midler fra kommunen og fastholder at de skal være et supplement til kommunens tjenester. De mener det ville være svært nyttig at studenter i Kristiansand på lik linje med studenter i Grimstad kan bli knyttet opp mot et legesenter og få ved hjelp etter ulike kriterier.

## Aktuelle tiltak:

- Kartlegge bruken av legetjenester i innvandrergroppene.
- Sikre pasienter uten fastlege tilgang til allmennlegetjenester.
- Etablere rutiner etter en PHT-modell for å ivareta rus/psykiatri-pasienter med dårlig oppmøtekompetanse.



- Etablere rutiner som sikrer medisinskfaglig vurdering og oppfølging av dårlig fungerende psykiatriske pasienter som overføres fra 2. linje. Rutiner som ivaretar overgangen mellom behandlingsnivåene ved behov.
- Etablere rutiner som sikrer medisinskfaglig oppfølging av psykisk utviklingshemmede. Ta lærdom av virkningsfulle tiltak i PHT-prosjektet.
- Forbedre samarbeidet omkring habilitering av barn og unge – HABU, fastleger og Familiens hus.
- Sikre de som ikke er digitalt kompetente lik tilgang til og kvalitet på legetjenestene.
- Bruke erfaringer fra PHT-prosjektet og lage generelle samarbeidsrutiner som ivaretar alle svake grupper.

Det pågår et arbeid med temaplan «Gode livsvilkår» som er en plan for helsefremming, forebygging og psykisk helsearbeid, vold og seksuelle overgrep. Denne vil kunne ses i sammenheng med plan for legetjenesten.