

Til regjeringen

Dato: 05.09.2024

Ref.: KMK/SB

Innspill fra Nasjonalt senter for aldring og helse til stortingsmelding om allmennlegetjenesten

Innledning

Nasjonalt senter for aldring og helse ønsker å uttrykke vår støtte til initiativet om å lage en stortingsmelding om allmennlegetjenesten. Allmennlegetjenesten er en viktig tjeneste for Norges innbyggere, og det er viktig at den har høy kvalitet. I våre innspill har vi lagt til grunn et utvidet begrep av allmennlegetjenesten, der ressurspersoner og ressursteam i kommunene som støtter allmennlegens arbeid er inkludert.

Vi opplever som andre at allmennlegetjenesten er under press fra flere kanter, og en grundig gjennomgang av hvilke behov den skal dekke, og ikke minst prioritere når den må det, støttes fullt ut. Nasjonalt senter for aldring og helse er særlig opptatt av eldre personers helse, både eldre pasienter med skrøpelighet, flere samtidige sykdommer og behov for tjenester fra flere aktører i helsevesenet, og friske eldre som bør beholde sin gode helse. Vi ønsker å gi noen innspill til hvordan fremtidens allmennlegetjeneste best kan møte eldre pasienter. Vi har i arbeidet med våre innspill støttet oss på noen offentlige rapporter og dokumenter. Vi har strukturert dokumentet i en bakgrunn (kapt. 1), innspill til hvilke deler av allmennlegetjenesten som Stortingsmeldingen bør sette søkelys på (kapt. 2), og en oppsummering/konklusjon (kapt. 3).

1. Bakgrunn

1.1. Målgruppa

Eldre vil utgjøre en gradvis økende andel av befolkningen fram mot år 2100. Vi må forvente at denne delen av befolkningen vil legge beslag på en stadig større andel av helsetjenestene, også allmennlegetjenesten. Med flere eldre, øker behov for gode



www.aldringoghelse.no

Postadresse
Aldring og helse
Sykehuset i Vestfold
Postboks 2136
3103 Tønsberg

Kontakt
Telefon: 33 34 19 50
E-post: post@aldringoghelse.no

Aldring og helse er tilknyttet

 SYKEHUSET I VESTFOLD

 Oslo
universitetssykehus

tjenester for eldre pasienter med aldersrelaterte sykdommer som demens, kreft, og hjerte- og karsykdommer. Mange eldre har flere samtidige sykdommer, som gjør både utredning, behandling og oppfølging komplisert. Fremtidens allmennlegetjeneste må settes i stand til å følge opp eldre pasienter, og det er derfor helt nødvendig at departementet inkluderer fagmiljøer med spesialkompetanse innenfor eldre pasienters somatiske og psykiske helse i sitt arbeid med den nye Stortingsmeldingen.

1.2. utfordringsbildet

Allmennlegetjenestens oppgave er å bidra til god helse for mange. Vi opplever at det er forskjeller mellom kommuner hvordan allmennlegetjenesten drives. Det er også forskjeller fra allmennlege til allmennlege i pasientgruppe de betjener, hvilken utredning og behandling som gis, og hvordan samarbeidet med andre deler av helsetjenesten er. Vi opplever at alle ansatte i det norske helsevesenet gir et godt tilbud til de som får tilbudet, men at det kan være uønskede forskjeller i *hvem* som får et tilbud.

Dagens allmennlegetjeneste samarbeider med flere kommunale ressurspersoner, team og koordinatore som f.eks. psykisk helseteam, kommunale rusmiddelteam, kreftkoordinator/ kreftsykepleier, demensteam/hukommelsesteam/ demenskoordinator, og primærhelseteam (PHT). Teamene kan ha litt forskjellige navn og sammensetninger i forskjellige kommuner, og de jobber litt forskjellig i kommunene da det ikke er noen klar nasjonal stillingsinstruks for teamene. Eldre pasienter som lever med moderat og alvorlig skrøpeligheit kan ha nytte av tjenester fra mange team samtidig. En slik tverrfaglig tilnærming krever godt samarbeid mellom teamene, og at allmennlegene er involvert i jobben de forskjellige teamene gjør.

Det er grunn til å stille seg spørsmålet om komplekse og sammensatte behov som denne gruppen har, best ivaretas av spesialiserte team, eller om det snarere bidrar til en fragmentering av tilbudet. Særlig er det grunn til å stille spørsmålet når eldre pasienter opplever at de ikke får tjenester fra flere av de spesialiserte teamene, da teamene prioriterer yngre pasienter i sitt arbeide. På den andre siden har spesialiserte team kunnskap og kompetanse som ikke finnes ellers i kommunene, så en nedlegging av spesialiserte team i kommunene kan redusere drastisk tilbudet til store pasientgrupper. Vi vil komme nærmere inn på dette senere i vårt innspill.

Vi er særlig bekymret for at eksisterende kommunale team ikke i tilstrekkelig grad gir tilbud til:

- Eldre med rusproblemer. Kommunale rusmiddelteam må i større grad gi behandling og oppfølging til eldre pasienter med rusproblemer.



- Eldre med psykiske problemer. Vi mener kommunale psykiske helseteam må oppheve den (egenpålagte?) øvre aldersgrensen for å kunne få psykisk helsehjelp i hjemmet.
- Voksne personer med utviklingshemming trenger kontinuitet, fleksibilitet og prioritet i oppfølgingen fra helsetjenesten. En kvalitativ evaluering av PHT viste at tilbudet til voksne personer med utviklingshemming ble styrket (<https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2021/03/PHT-statusrapport-2020-12.01.21.pdf>). Antall konsultasjoner med personer med utviklingshemming ved legekontorene og bruken av takst 660 økte.

2. Hva bør Stortingsmeldingen sette søkelys på?

2.1. Styrke laget rundt allmennlegene

Tverrfaglige team for eldre pasienter som lever med skrøpelighet

Utredning og behandling av eldre pasienter med moderat og alvorlig skrøpelighet, har en kompleksitet som krever en tverrfaglig tilnærming. Dette kan skje i praktisk arbeid rundt individuelle pasienter, eller settes i system. Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-2027 vektlegger tidlig innsats og forebygging av funksjonssvikt og skrøpelighet hos eldre pasienter. Allmennlegen, som følger pasienten over tid, bør ha en nøkkelrolle i identifisering og oppfølging av hjemmeboende eldre pasienter med skrøpelighet. Flere tjenestemodeller har vært forsøkt i Norge for å støtte allmennlegene i oppfølgingsarbeidet, som oppfølgingsteam, primærhelseteam (PHT), Integrerte helsetjenester for skrøpelige eldre (IHT) i Akershus, og Vitality-modellen i Vestfold. Slike modeller vil også styrke samarbeidet mellom fastlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten, noe særlig IHT og Vitality er eksempler på der sykehus og kommuner jobber sammen – og samtidig rundt pasienten.

Evalueringen av PHT viser at innlemming av helsesekretærer og sykepleiere i PHT styrker lokal samhandling og oppfølging av eldre pasienter med skrøpelighet og spesifikke diagnoser som diabetes og kols. Den samfunnsøkonomiske gevinsten synes å oppveie kostnadene. PHT-modellen synes derimot ikke å ha styrket samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. PHT organiserer teamet i en administrativ enhet (allmennlegekontoret). Evalueringen peker på at antall allmennlegekontor og innbyggere i en kommune påvirker hvorvidt PHT-organiseringen styrket samhandling med øvrige helse- og omsorgstjenester internt i kommunen.

IHT og Vitality er modeller for integrerte helsetjenester rettet mot eldre pasienter med skrøpelighet og sammensatte behov for helsehjelp. Tverrfaglige team på tvers av forvaltningsnivå (sykehus og kommune) sikrer skreddersydde egenmestrings- og behandlingsplaner med pasienten. Allmennlegen spiller en sentral rolle, men



koordinerer ikke samhandlingen rundt pasienten. Allmennlegene deltar ofte digitalt – også når teamene er på hjemmebesøk hos pasienten. Evaluering av IHT modellen har vist at flere pasienter mottar dagaktivitetstilbud og forebyggende helsetjenester, og færre trenger døgnopphold og ø-hjelp. Vitality er todelt, og tilbyr tjenester både ved forsterket utskrivning og tidlig intervensjon før funksjonssvikt oppstår, for pasienter over 65 år med mild til moderat grad av skrøpeligheit.

Tverrfaglige team som IHT og Vitality, kan sies å svare opp utfordringsbildet som skisseres i Nasjonal veileder for oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov.

Hukommelsesteam

En stor andel av de som mottar en eller annen form for hjemmebasert tjeneste har demens (i 2015 var det 41,5 %). Den generelle kompetansen om demens i kommunehelsetjenesten kan fremstå noe begrenset. Et team eller person med kompetanse om demens er en god støtte til allmennlegene (og hjemmebaserte tjenester) i utredning og oppfølging av personer med demens. I utredningsfasen er teamet en viktig samarbeidspartner for allmennlegene, som hver for seg ikke gjør mer enn 2 – 4 slike utredninger per år. Kartlegginger viser at mange allmennleger er positive til å samarbeide med hukommelsesteamet, og setter pris på det hukommelsesteamene gjør. Allmennlegene kan også benytte teamet til oppdateringer utover i forløpet, f.eks. i form av kartlegging og rapportering i forkant av oppfølgingstimer og årskontroller hos lege.

På samme måte som ved for eksempel legevakt og helsestasjon for barn, vil det være en stor fordel om kommunene øremerket en kommunal del av en allmennlegehjemmel til utredning og oppfølging av personer med demens som bor hjemme. En lege som f.eks. er tilknyttet hukommelsesteamet i en 20 % stilling, kan bistå allmennlegene i diagnostisering, vurderinger rundt legemiddelbehandling o.a. knyttet til behandling av demens. Legen kan også fungere som veiledningsinstans for teamet, kommunens allmennleger og øvrig helse- og omsorgspersonell. Dette vil kunne kvalitetssikre oppfølgingen av personer med demens og virke avlastende for kommunens allmennleger.

Det er ingen norm for bemanning av hukommelsesteam, stillingsprosentene varierer mye fra kommune til kommune og det er regionale forskjeller. Ca. 1/3 av teamene har ingen fast avsatt tid. Tolv prosent av kommunene har hverken hukommelsesteam eller ressursperson på demens. Gjennomsnittlig bemanning i hukommelsesteam (hele landet) er 6,5 % av en full stilling per 1000 innbyggere i kommunen.

Kreftkoordinator/sykepleier



Det er ca. 35 000 nye krefttilfeller i Norge per år, og halvparten av pasientene er over 71 år når de får kreftdiagnosen (kilde: Kreftregisteret). Mange overlever kreft, og tidligere eller nåværende kreftsykdom med senskader er hyppig forekommende hos eldre. En godt tilrettelagt allmennlegetjeneste for disse pasientene er derfor viktig. Allmennlegene har flere ressurspersoner, team og funksjoner i kommunene som de kan støtte seg på i sin behandling og oppfølging av pasienter med kreft.

Kreftforeningen initierte ordningen med kreftkoordinatorer i 2012, og finansierer delvis ordningen i et spleiselag der kommunene tar over mer og mer av utgiftene gjennom seks år. Det er kreftkoordinatorer i ca. halvparten av landets kommuner, og de dekker ca. 70 % av landets befolkning. Kreftkoordinatorerne er evaluert i en rapport fra 2017 skrevet av Oslo Economics på oppdrag fra Kreftforeningen. Det kommer dessverre ikke frem der hvor stor andel av pasientene kreftkoordinatorerne følger opp, som er eldre.

I tillegg til kreftkoordinatorerne har kommunene ansatt kreftsykepleiere eller ressurspersoner for kreftomsorg. Disse følger opp pasienter med kreft, i samarbeid med sykehusene i sin region og fastlegene.

Palliative team/lindrende behandling

Palliative team/lindrende team gir pleie, omsorg og behandling til personer i siste fase av livet. Disse er organisert under sykehusene, men jobber både inne på sykehusene og ute i kommunene i sin region. Fastlegetjenesten har en viktig rolle i dette teamet, og samarbeider tett med spesialister fra sykehusene i oppfølgingen av pasientene. De siste årene er det dukket opp noen få kommunale palliative team (KPT). Det første kom i Stavanger i 2017, og ifølge et nyopprettet nettverk for KPT finnes det i 2023 KPT i Stavanger, Trondheim, Bergen, Sandefjord, Fredrikstad og Levanger. NOU 2017:16 anbefaler etableringen av kommunale palliative sentre, i form av samlokaliserte KPT og kommunale palliative sengeposter med FoU-aktivitet. Vi mener at KPT og kommunale palliative sengeposter bør styrkes fremover, og at fastlegetjenesten får en viktig rolle i driften av disse tilbudene.

Frisklivssentralene

Frisklivssentralene (FLS) i kommunen koster lite og kan hjelpe mange. Sentralene innehar kompetanse og anvender metodikk som er godt egnet for å styrke og opprettholde helse og funksjon hos innbyggerne. FLS er i utgangspunktet et diagnoseuavhengig og generelt tilbud, men kan også tilby diagnosespesifikke kurs/veiledning rettet mot levevaner og mestring ved eksempelvis kreftsykdom, smertetilstander og diabetes. FLS-tilbudene var opprinnelig rettet mot personer i arbeidsfør alder. I [revidert nasjonal veileder fra 2016](#), kom også aldersgruppen 65+ inn som en relevant målgruppe for FLS.



Vi foreslår at følgende punkter vurderes i Stortingsmeldingen for å bedre oppfølging og behandling av eldre personer gjennom å styrke laget rundt allmennlegene:

- **Samlet analyse fra flere tjenestemodeller rettet mot eldre pasienter med skrøpeligheit:** Erfaringene fra alle nevnte modeller (PHT, IHT og Vitality) bør samles når fremtidige strukturer utformes. Hvilke elementer har fungert best, og hva har vært de mest fremtredende utfordringene i hver modell? Vi trenger tverrfaglige strukturer som favner pasienter med både mild, moderat og alvorlig skrøpeligheit, som styrker samhandling både lokalt og inn mot spesialisthelsetjenesten, og som kan tilpasses den store variasjonen i kommunestørrelse- og sammensetning.
- **Tverrfaglig team/PHT eller kommunal legehjemmel inn mot hjemmeboende eldre med alvorlig grad av skrøpeligheit:** Eldre bor hjemme lenger enn før, selv med alvorlig grad av skrøpeligheit og stort hjelpebehov. Vi er bekymret for denne gruppen, da deres medisinske- og hjelpebehov ofte er like komplekse som hos pasienter i sykehjem. Konsultasjoner med allmennlege foregår ofte via hjemmesykepleien. Strukturer som sikrer legemiddelgjennomgang, som mange sykehjem har, mangler. Vi mener tverrfaglige team/PHT-strukturen kan være særlig verdifull for denne pasientgruppen. Bruk av sykepleiere med master i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS), tannpleier og farmasøyt vil kunne sikre bedre oppfølging av denne gruppen. Et alternativ kan være kommunal del av allmennlegehjemmel forbeholdt denne gruppen.
- **Tidlig intervensjon:** Skrøpeligheit er et kontinuum. Skal man lykkes med å opprettholde selvstendighet, forebygge funksjonssvikt og utsette hjelpebehov ved mild og moderat grad av skrøpeligheit, er faggrupper som fysioterapeuter og ergoterapeuter sentrale på laget rundt allmennlegen. Ordinære konsultasjoner på allmennlegekontorene er en egnet arena for å avdekke skrøpeligheit på et tidlig tidspunkt. Ved begynnende/svært mild skrøpeligheit kan allmennlegen fungere som en portåpner inn til forebyggende helsetjenester som for eksempel FLS.
- **Styrke hukommelsesteamene:** Hukommelsesteamene bør inkludere en lege og det anbefales at kommunen setter av en kommunal andel av en allmennlegehjemmel til dette. Teamene bør gjøres bedre kjent, det bør standardiseres bedre hvilke stillingsbrøker og stillingsinstruksjoner som skal gjelde, og samarbeid med allmennlegetjenesten bør formaliseres bedre.
- **Styrke kreftsykepleierne/kreftkoordinatorerne sin innsats mot eldre:** Eldre pasienter med aktiv kreftsykdom, og ikke minst eldre pasienter med gjennomgått kreftbehandling, må følges opp bedre av kreftsykepleiere og kreftkoordinatorer. Disse ressurspersonene i kommunene må samarbeide med andre ressurser i kommunene, som FLS, fastlegekontor og psykisk helseteam.



- **Spesialisering versus breddekompetanse:** Aldring og helse mener det er behov for tverrfaglighet for å løse fremtidens utfordringer på en helhetlig måte og for å avlaste fastlegene. Vi trenger spesialsykepleiere (som kreftsykepleier, sårsykepleier, diabetessykepleier osv), men like viktig er det at vi trenger breddekompetanse. Her må man altså ha begge tanker i hodet samtidig. Hvis vi har for mange spesialiteter uten breddekompetanse, risikerer vi å forsterke silotenkningen som på mange måter preger ulike deler av helsetjenesten i dag. Eldre pasienter har komplekse problemstillinger, spesialiserte sykepleiere (eller andre faggrupper) kan risikere å se "kun" det man selv har kompetanse på, og man risikerer at viktige deler av sykdomsbildet og funksjonstilstanden overses, feiltolkes eller blir vurdert for isolert. Breddekompetanse er derfor også svært viktig.
- **Bruk av avansert klinisk allmennsykepleier:** Bruken av allmennsykepleiere i samarbeidsmodeller med fastleger er godt kjent internasjonalt. I Norge har særlig Notodden kommune vært frempå, og i 2023 startet de med å organisere kommunens allmennsykepleiere sammen med legetjenesten ved Tinneberget legesenter. Teamets "motto" er best sammen, men ikke alltid samtidig. Kanskje bør stortingsmeldingen «se til Notodden»?

Slik Aldring og helse har fortsatt er erfaringene herfra udelt positive og fastlegene opplever høy grad av økt avlastning. Brukerundersøkelser viser at pasient og pårørende opplever tettere oppfølging, mer kontinuitet samt mindre behov for kontakt med fastlege. Hver AKS (fire totalt, og en i spesialisering) er tilknyttet samarbeid med tre fastleger. De samarbeider om oppfølgingen av multimorbide/skrøpelige/kronikere/komplekse pasientgrupper av et utvalg pasienter på legenes lister. Dette kan være pasienter med hjertesvikt, nyresvikt, demens, KOLS, palliative pasienter med mer. De valgte pasientene hadde fastlegen liten tilgang på (eks kom ikke til legekantoret) eller var i behov av høy grad av koordinering og samhandling med spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Oppgaver allmennsykepleierne i Notodden gjør som avlaster fastlegen for disse pasienten er mange. Eksempler på oppgaver: rekvirerer og vurderer blodprøver, svarer på PLO-meldinger fra tjenesten, sender ordinasjonskort til sykepleietjenesten. De har ikke mulighet til å foreskrive resept selv, men kan ordinere medisiner etter prosedyre for enkelttilstander frem til legen kan sende resept. Dette kan være legemidler som antibiotika for UVI/pneumoni/erysipelas, behandling ved KOLS-eksaserbasjoner, obstipasjon, terminalbehandling, sår, herpes zoster, akutt lungeødem, akutte brystmerter der pasienten ikke skal til sykehus, angst og delirium, akutte smerter, lokalanestesi ved primærsuturering osv. Noen AKS sykepleiere har også kompetanse og ferdigheter til å suturere selvstendig. Videre gjør de systematiske legemiddelgjennomganger, legger inn



seponeringsforslag og ordinasjoner til fastlegen som godkjenner eller kommer med andre forslag. Fastlegen veileder og kvalitetssikrer teamet, og det meste av samarbeidet skjer digitalt i samme datasystem, noe som bidrar til høy grad av effektivitet. AKS har også ansvar for oppfølging av disse pasientene når de mottar heldøgns omsorg. Dette har ført til at alle pasienter har fått forhåndssamtaler, slik at behandlingsmål og intensitet blir tatt stilling til.

- **Tilrettelegging av takstsystemet:** Om takstsystemet tilrettelegges for flere yrkesgrupper, vil fastlegen bli ytterligere avlastet der oppgavedeling er naturlig (behandling av sår, samtaler, oppfølging av kronikere osv). Blå respet er en tidkrevende prosess for fastlegen. Her kunne allmennsykepleieren overtatt på aktuelle områder (eks inkontinens utstyr eller medikamenter pasienter har brukt over lang tid og som ikke skal seponeres).
- **Styrke tilbudet til voksne personer med utviklingshemming:** Eldre med utviklingshemming trenger kontinuitet, fleksibilitet og prioritet i helseoppfølgingen. Bruk av takstkode 660 (merarbeid ved årlig, fullstendig undersøkelse av pasienter med utviklingshemming, demens og kroniske psykoser som behandles med psykofarmaka med behov for tverrfaglig oppfølging) har økt de senere årene, men bør løftes ytterligere. Taksten skal dekke merarbeid knyttet til ulike sårbare grupper, blant annet personer med utviklingshemming og personer med demens. Økt bruk av taksten vil gi bedre oversikt over den reelle helseoppfølgingen av disse pasientene, men kanskje også føre til oppfølging av flere.

Fastleger oppfordres videre til å etterspørre bruk av *Skrøpelighetsindeks for eldre personer med utviklingshemming* (når den snart foreligger på norsk) i forbindelse med årlig helsekontroll. Mulighet for hjemmebesøk fra fastlege opprettholdes og styrkes. For reduksjon og unngå feilmedisinering bør fastlegene og ansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten gjøre en grundig utredning av tilstanden.

2.2. Styrke allmennlegetjenestens kompetanse og kunnskap

Legge til rette for kloke valg i allmennlegetjenesten

Kampanjen *Gjør kloke valg* har som mål å redusere undersøkelser og behandling som pasienter ikke har nytte av og som i verste fall kan skade. Kampanjen retter seg mot pasienter og helsepersonell, og det er et felles ansvar å redusere unødvendig bruk av helsetjenester. Vi mener at denne kampanjen er viktig for å redusere presset på allmennlegetjenesten slik at allmennlegene heller kan bruke tid og ressurser på de pasientene som virkelig trenger det. Stortingsmeldingen bør inneholde punkter som styrker allmennlegetjenestens trygghet i å avvise ønsker om unødvendige undersøkelser og behandling.



Systematisk bruk av kartleggingsverktøyet Clinical Frailty Scale (CFS):

CFS som mål på skrøpeligheit bør innføres bredt i allmennlegetjenesten, øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og sykehus. Denne type kartlegging gir et bedre og mer presist bilde av risiko, prognose og funksjon enn diagnoser og kronologisk alder for personer over 65 år. Funksjonstapet ved demens følger et lignende mønster som skrøpeligheit; mild, moderat og alvorlig. CFS korresponderer med dette, og fungerer derfor også for å vurdere skrøpeligheit hos personer med demens. CFS er oversatt til norsk (klinisk skrøpeligheitsskala).

Legge til rette for bedre samhandling og veiledning

For å øke allmennlegens kunnskap, mulighet til å jobbe effektivt, og behandle pasientene på lavest mulig nivå er veiledning og samarbeid på tvers av helsenivåer nødvendig. Noen mulige løsningsalternativ kan være:

- Systemer for å gjøre veiledning fra spesialisthelsetjenesten mer tilgjengelig, f.eks. gjøre kjent faste måter/tider man kan kontakte spesialisthelsetjenesten. Det må også være takster for slik veiledning.
- Satse på modeller for samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, som Vitality og IHT.
- Bedre system for samarbeid mellom allmennlegene og hjemmebaserte tjenester, f.eks. avtale at hjemmebaserte tjenester rapporterer om helsetilstand før pasienten skal til oppfølging hos allmennlegen (effekt og bieffekt av legemidler, ernæring, eliminering, smerter, kognitiv fungering, egenomsorgsevne, osv.).
- Sterkere og mer forutsigbart samarbeid/møtepunkt for allmennleger og de kommunale ressurspersonene og teamene. Det er en fare for at mange spesialiserte kommunale team og ressurspersoner blir jobbene selvstendig og uavhengig av andre funksjoner i kommunene, inkludert allmennlegetjenesten.
- En samlokalisering av kommunale team og ressurspersoner, allmennlegene og hjemmebaserte tjenester. Erfaringer fra kommuner som har samlokaliserte sine tjenester, der forskjellige ressurspersoner og team møter hverandre og allmennlegene i gangene daglig, øker samarbeidet på tvers. Det er grunn til å tro at både forståelsen for hverandres oppgaver, kunnskapsoverføring og samarbeid øker ved at man omgås hverandre daglig.
- Styrke arbeidet med ansvarsgruppe, individuell plan (IP) og oppfølgingsteam. Kommunene har flere verktøy for å ivareta pasienter med sammensatte behov, slik som koordinator, IP og oppfølgingsteam.



Kjennskapen til disse og forskjellen på dem, samt kunnskap om hvordan de kan være nyttige er imidlertid varierende. Blant annet er det mange som ikke vet hva et oppfølgingsteam er, og flere vegrer seg for å lage en IP fordi de tror det er veldig omfattende og at en digital plattform må brukes. Det er behov for å spre kunnskap om disse funksjonene/verktøyene, hva som kan brukes til hva, og hvordan de kan være nyttige i praksis for å styrke oppfølgingen og samarbeidet rundt pasienter med sammensatte behov.

Gjøre eksisterende tilbud bedre kjent for pasienter, pårørende og helsepersonell inkludert allmennlegene

Lavterskeltilbud som *Takk bare bra, sterk og stødig*, og *kognitiv simuleringsterapi* kan tenkes å avlaste allmennlegen. Dette er kommunale tilbud rettet mot eldre, for behandling av depresjon, balanseproblemer og kognitiv svikt. Dessverre er tilbudene ikke så kjent hos allmennleger som vi kanskje ønsker. Det kan også virke som eksisterende tilbud i kommunen som hukommelsesteam ikke utnyttes i stor nok grad pga. manglende kunnskap hos allmennlegene. Kommunale team og ressurspersoner må aktivt oppsøke allmennlegetjenesten for å gjøre kjent sitt tilbud. Kommunale tilbud må også gjøres kjent for innbyggerne i kommunene gjennom f.eks. sosiale media, oppslag og annonser, TV-skjermer på allmennlegekontorer, innbyggertorg, og helsestasjoner for eldre.

2.3. Oppgaveglidning/oppgavedeling

Oppgavedeling kan både øke kvalitet på tjenesten og kapasitet for allmennlegene. Helsepersonellkommisjonen forventer størst personellmangel i faggruppene sykepleiere, helsefagarbeidere, vernepleiere og helsesekretærer. Det forventes også mangel på ergoterapeuter. Psykologer, fysioterapeuter og tannpleiere forventes å ha en balanse eller overskudd av personell, avhengig av hvilket estimat som slår til. Vi tror hensiktsmessig oppgavedeling kan by på spennende faglige utfordringer og styrke rekrutteringen til viktige faggrupper, og ber om at dette ses på i den kommende Stortingsmeldingen.

Aldersgruppen over 70 år vil stå for nesten all forventet økning i bruk av offentlige helsetjenester, inkludert allmennlegetjenesten, frem mot år 2040. Allmennlegene bør derfor få frigjort noe av den tiden de i dag bruker på oppgaver andre kan utføre, slik at de kan bruke mer tid på de sykeste pasientene med komplekse og sammensatte tilstander. Allmennleger og farmasøyter må f.eks. frigis til å samarbeide om legemiddel-



gjennomganger. Vi ser muligheter for oppgavedeling rettet mot andre målgrupper, for å øke allmennlegenes kapasitet inn mot den eldre delen av befolkningen.

Sykefraværarbeid

Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser er hovedårsaker til legemeldt sykefravær, og ferske tall fra NAV viser at dette fraværet er økende. Fysioterapeuter og psykologer som har dybdekompetanse på disse områdene, kan i større grad ta over oppgaver fra allmennlegene. Dette kan redusere belastningen på allmennlegene, frigjøre kapasitet og la dem bruke sin tid og kompetanse på pasienter med behov for medisinsk-faglig oppfølging, uten å trekke ressurser fra personellgrupper med knapphet.

Dokumentasjon av sykdom hos skoleelever for å sikre gyldig skolefravær, bør kunne utføres av andre grupper i samfunnet, som foresatte eller skolehelsetjenesten.

Helsesekretærer

Vi tror helsesekretærer kan utføre nye oppgaver, som vil lette arbeidet til allmennlegene. Eksempler på dette er:

- Innhente pårørendeinformasjon (komparentinformasjon)
- Sikre at sårbare grupper kalles inn og kommer seg til legekontroll
- Innhente informasjon/rapport fra samarbeidende helsepersonell i kommunehelsetjenesten i forkant av legetimer

Helsestasjon for eldre

Mange kommuner har helsestasjoner for eldre, som «*jobber forebyggende og helsefremmende (...) og er et supplement til øvrige helse- og omsorgstjenester, og helsestasjonen utfører ikke oppgaver som skal ivaretas av fastlege eller hjemmesykepleier*». I noen kommuner er helsestasjoner for eldre ren seniorveiledning om hva som er en helsebringende livsstil, og hva kommunen har av ressurser og helsefaglige team. I andre kommuner (f.eks. Larvik) har kommunen valgt en målgruppe og organisering som i større grad avlaste allmennlegene gjennom bred geriatrisk utredning, samarbeid om medikamentgjennomgang, osv. Vi lurer på om helsestasjoner for eldre kan overta noen oppgaver fra allmennlegetjenesten i forbindelse med oppfølging av eldre.

Frisklivssentralene (FLS)

Økt satsning på FLS også inn mot målgruppe 65+ vil kunne avlaste allmennlegene med hensyn til generell og individuell veiledning på ernæring, sansesvikt, fysisk aktivitet,



søvn, smertemestring og psykisk helse. Personell ved FLS er anbefalt å ha høgskole-/universitetsutdanning innen helsefag, inklusive fagområder som fysisk aktivitet, ernæring, psykisk helse, helsefremmende og forebyggende arbeid og folkehelse. En styrking av personalressurser ved FLS kan dermed gjøres uten an man må ansette sykepleiere og helsefagarbeidere som det forventes stor knapphet på.

2.4. Gå gjennom den økonomiske modellen og takstsystemet knyttet til allmennlegetjenesten, for å stimulere allmennlegetjenesten til å prioritere de viktige oppgavene

Allmennlegetjenesten er med sin organisering i private og/eller kommunale legekontorer, avhengig av inntjening og økonomisk styring. Tilpassing av takstsystemet vil derfor være en enkel måte å prioritere hvilke oppgaver allmennlegetjenesten skal jobbe med. Vi har noen innspill til hvordan man gjennom takstsystemet kan prioritere eldre pasienter med skrøpeligheit og komplekse problemstillinger.

Profesjonsnøytrale takster og utvidet PHT

Vi støtter ekspertutvalget for allmennlegetjenesten som anbefaler profesjonsnøytrale takster og utvidelse av PHT til andre faggrupper. Vi stiller oss også bak ekspertutvalget som påpeker at organisering i samme administrative enhet ikke nødvendigvis er hensiktsmessig for god ressursutnyttelse og samhandling. Dette er Vitality og IHT gode eksempler på. Vi vurderer at det er strukturene for samhandling med og rundt pasienten som er det avgjørende.

Gjennomgang av takstsystemet

Vi mener at man gjennom takstsystemet kan stimulere allmennlegetjenesten til å jobbe mer med pasienter med skrøpeligheit og sammensatte sykdommer. Man kan også prioritere takster som premierer allmennleger for å gjøre det som er viktigst for samfunnet. Det er også behov for å se på takster til spesialisthelsetjenesten for å veilede allmennlegene, og til allmennlegen for tiden som brukes til å få veiledning.

2.5. Digitalisering av allmennlegetjenesten

Digitale løsninger inkludert bruk av kunstig intelligens er i stadig mer bruk i helsetjenesten. Dette vil også påvirke morgendagens allmennlegetjeneste. Vi mener Stortingsmeldingen bør ta inn digitale helsetjenester som et punkt. Dette må inkludere en grundig gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for å benytte digitale løsninger i helsetjenesten, og en kritisk vurdering av nytte, effekter, og kostnader. Om det er



usikkerhet om digitale løsninger er ressursbesparende, må man vurdere kostnader opp mot effekt og nytte. Stortingsmeldingen bør i det minste inneholde en drøfting av:

- Digital hjemmeoppfølging (DHO). DHO har mange former, fra måling av vitale funksjoner som blodtrykk, lungefunksjon etc. for pasienter med sykdommer som KOLS og diabetes, til innretninger som støtter pasienten i å leve et uavhengig liv med sin demens (GPS, døralarm, komfyrvakt). Stortingsmeldingen må drøfte fordeler og ulemper av DHO, i lys av dokumentert effekt, ressursbruk, etikk, feilmålinger, behov for digital kompetanse hos bruker, og livskvalitet for pasienten.
- Digital samkjøring av journalsystemer som nå er adskilt (journal hos allmennlegen, journal hos spesialisthelsetjenesten, journal hos hjemmebaserte tjenester, journal hos kommunale institusjoner, og journaler hos kommunale team og ressurspersoner) må drøftes i den kommende Stortingsmeldingen. Det må også sees grundig på løsninger for å inkludere data fra digitale sensorer (som blodtrykksapparater, blodsukker målinger etc.) direkte inn i pasientenes journaler.

3. Konklusjon og oppsummering

Vi vil forsøke å oppsummere våre innspill, basert på noen av spørsmålene og kulepunktene presentert i Statsrådets invitasjon til å gi innspill.

Vi mener at innbyggerne ønsker en allmennlegetjeneste som er bedre integrert i den øvrige tjenesten i kommunene. Samarbeid og flyt mellom allmennlegen, kommunale team og ressurspersoner, og kommunens hjemmebaserte tjenester og institusjoner må styrkes. Videre må rammene for samarbeid og veiledning på tvers av nivåer i helsetjenestene bedres, særlig mellom spesialist- og primærhelsetjeneste.

Allmennlegetjenesten må også gis rammer som styrker deres evne til å gi utredning, behandling og oppfølging til de innbyggerne som trenger det mest. Oppgaver som kan løses av andre yrkesgrupper bør tas ut av allmennlegetjenesten, og unødvendige utredninger, undersøkelser og behandlinger bør begrenses. Oppmerksomheten rundt *Gjør kloke valg* kampanjen må styrkes.

Allmennlegetjenestens kunnskap og kompetanse om skrøpelighet bør styrkes, deres rammer for veiledning fra spesialisthelsetjenesten bør bedres, og den gode jobben med å etablere fulltidsstillinger som sykehjemslege bør fortsette.

Digitalisering av allmennlegetjenesten bør fortsette, men etter en grundig vurdering av ressursbruk opp mot effekt av digitaliseringen, de etiske dilemmaene rundt DHO, og pasientens ønsker. En økt innsats for digital samkjøring av ulike journalsystemer må komme.



Dersom Statsråden ønsker at vi utdyper våre innspill skriftlig eller muntlig, hører vi fra han. Vi deltar også gjerne på et møte for å drøfte hvordan allmennlegetjenesten best kan ivareta behovene til eldre pasienter i Norge.

Med vennlig hilsen

Kari Midtbø Kristiansen

Daglig leder

Nasjonalt senter for aldring og helse

Sverre Bergh

Seniorforsker, PhD, lege

Nasjonalt senter for aldring og helse

