

Fra: Dag Helge Rønnevik  
[dag.helge.ronnevik@bokn.kommune.no]  
Sendt: 26. januar 2012 14:15  
Til: Postmottak HOD  
Kopi: Jan Erik Nygaard; Tore Bøe Olsen; Kyrre Lindanger  
Emne: Høringsnotat til fastlegeforskrift

Jeg ønsker med dette å sende inn et innspill til høring om ny fastlegeforskrift. Jeg ønsker å sette fokus på nødvendigheten av at kommunene bygger opp tilbud som kan bistå fastlegene i å ivareta pasienter med sammensatte sykdomsbilder, spesielt her med tanke på de eldre. Jeg skrev dette som innspill på Eyr 22/1 under overskriften "Fastlegene kan ikke klare alt alene!". Her er mitt innspill:

Fastlegene kan ikke klare alt alene!  
Det diskuteres mye rundt fastlegeordningen nå. Jeg er ikke gammel i gamet, og er kommunalt ansatt, i en liten kommune. Trolig har jeg lite å bidra med i forhold til selve innholdet i fastlegeordningen, sammenliknet med mange andre. Men jeg har rukket å gjøre meg opp en ganske klar oppfatning av at fastlegene trenger flere ressurser å spille på i kommunene for å kunne imøtekomme forventningene om å yte mer og bedre på alle områder. Jeg tror den oppfatningen kan kombineres med erfaringer vi har gjort oss i et prosjekt jeg har fått lov å være med på, og resulterer her i et konkret innspill i debatten.

"Helseteam for eldre" - helsefremmende og forebyggende fokus  
Jeg leder et prosjekt der vi tilbyr forebyggende hjemmebesøk til et utvalg eldre over 75 år. Så langt har vi besøkt ca 120 eldre i 2 kommuner. Hovedhensikten med besøket (som er frivillig) er helsefremmende og forebyggende. Vi understreker før besøket at man ikke trenger være syk for å ta imot tilbudet. Mange eldre mener jo dette er tid som kunne vært brukt bedre på andre, og at de ikke har behov for besøk. Trolig er det de som trenger det minst som takker nei til tilbudet, mens de som faktisk takker ja gjerne har en tanke om at det kan være nyttig. Noen vil vi ikke nå fram til uansett. Under hjemmebesøket har vi sterkt fokus på den eldres egne ressurser med målsetning å bidra til å styrke den enkelte eldre til å kunne bevare sin autonomitet, holde seg aktiv lengre, og kunne bo hjemme så lenge som mulig, slik de fleste eldre ønsker. Vi tar med informasjon om mosjonsøvelser for eldre, forebygging av fall og ulykker, om kosthold og enkle tips for å forebygge ernæringssvikt. Etter behov deles det også ut mer individrettet informasjon. De som føler de har behov for det får også hjelp til å

finne ut av hvilke tilbud de kan forvente å få i sin kommune, om hjelpemidler, hjemmehjelp, trygghetsalarm, dagsenter osv. Det motiveres til å delta på sosiale aktiviteter og mosjon der man ser at det er mangelfullt. Vi har med informasjon om trim for eldre, balansegrupper, dagtilbud på eldresenteret m.m. Det snakkes om hvilke hobbyer den eldre har hatt tidligere i livet, og hva som var årsaken til at de har blitt lagt bort. Kanskje kan de tas fram igjen? Et besøk varer ca 1,5 timer pluss for- og etterarbeid.

#### Tverrfaglig drøfting

Som en del av hjemmebesøket og den strukturerte samtalen vi gjør, går siste del ut på at den eldre forteller om sin helse og sine sykdommer, og hvordan det påvirker hans/hennes mulighet for livsutfoldelse. Vi har spesielt fokus på ernæringssvikt, kognitiv svikt, falltendens og polyfarmasi. Kartleggingsverktøyet med risikovurderingen er utviklet som en del av prosjektet, og er basert på validerte tester og erfaringer fra bl.a. Danmark der slike hjemmebesøk har vært lovpålagt i flere år. Sykepleier oppsummerer hjemmebesøket og gjør en risikovurdering basert på 12 punkter der vi skårer fra 0 til 5 på hvert punkt. Totalskår og antall 5-ere i kombinasjon med sykepleiers eget skjønn, avgjør om det skal tas opp til drøfting i vårt tverrfaglige "Helseteam for eldre" (som også er navnet på prosjektet). Dersom det konkluderes med "høy risiko for sykdomsutvikling og/eller funksjonsfall" tas det til videre drøfting. Fastlege inviteres til deltakelse i forkant av drøftingen med mulighet til å bruke takst 14 enten ved telefonkontakt eller personlig oppmøte. Vi har drøftingsmøte hver 2. uke på det lokale sykehuset. Rundt bordet sitter geriater, fysioterapeut, farmasøyt, helseteamsykepleier som har gjennomført besøket, sykepleier fra geriatrisk poliklinikk og allmennlege (undertegnede), og evt. den Eldres fastlege om det lar seg gjøre rent praktisk. Det gjøres en kort presentasjon av det aktuelle og på hvilke områder vi tror det foreligger et "forbedringspotensiale". Drøftingen oppsummeres i råd og anbefalinger som så sendes til den Eldres fastlege, slik at de aktuelle problemstillinger kan følges opp ved neste anledning. Ved behov får den eldre hjelp til å bestille time. Vi gir råd om for eksempel endring på medisiner, utredning kognitiv svikt, hjelp til sjekk av syn og hørsel, behandling av depresjon m.m. Vi vurderer om andre kommunale ressurser kan kobles inn og hjelper den eldre bestille kommunale omsorgstjenester der det vurderes nødvendig. Det foregår en

betydelig kompetanseutveksling rundt bordet og vi ser at det kan gå en rød tråd i det som gjøres fra kommunene inn til spesialisthelsetjenesten.

Tall fra delrapport

Vi skal levere den endelige evalueringsrapporten 1/7, og har nettopp lagt fram en delrapport som gir oss et bilde av hva vi ser så langt. Uten å gå for dypt i detaljer rundt beskrivelse av utvalget osv. kan jeg si at tallene så langt viser at vi har god oppslutning med nær 100 % oppslutning i den minste kommunen og tett opp mot 70 i den største. Vi dokumenterer også hva som gjør at 30 % takker nei til besøk. 95 % av de eldre ville ha hatt i mot et nytt besøk om de fikk tilbud om de, de fleste innen 1-2 år. Det gir oss en pekepinn på at de eldre har oppfattet besøket som meningsfullt. 26 % av de eldre har blitt fulgt opp med tverrfaglig drøfting i vårt team. Altså ca 1 av 4. Vi har koblet inn kommunens demensteam i 5-6 tilfeller. Nær sagt alle har fått informasjon om mosjonsøvelser, ernæringstips og forebygging av ulykker i hjemmet. Flere er rekruttert til lokale trimgrupper, noen har fått bestilt hjemmebesøk for vurdering hjelpemidler, andre har fått konkrete råd om oppsøke optiker eller kommunens hørselskontakt osv. Eldre som bor alene skårer signifikant høyere på risikovurderingen enn de som bor med sin ektefelle. 44 % bor alene. 39 % er aktiv på internett, 80 % har mobiltelefon, kun 4 % bruker sosiale medier. 34 % er ikke ute av boligen sin daglig. 41 % mosjonerer sjelden eller aldri. Vi ser det er forskjell på stor og liten kommune hvor trygge de eldre føler seg i kommunen sin, og hvorvidt de ser fram til resten av alderdommen sin eller ikke (i favør den minste kommunen). 28 % angir å ha et søvnproblem. 59 % angir å ha et hukommelsesproblem, hvorav 13 % sier det påvirker hverdagen. 45 % angir å ha smerter, hvorav 22 % er sterke/uutholdelige. 96 % har sykdommer diagnostisert av fastlege. 46 % behandles for hypertensjon og hyperkolesterolemi. 54 % synes ikke sykdommene påvirker dem i hverdagen. 97 % bruker reseptbelagte medisiner. 21 % har medisinalliste.

Kunnskap om de eldre viktig for kommunene

Er dette kunnskap vi trenger? Ja, mener vi. Prosjektet er i samhandling med helseforetak og høgskolen, og vi har lagt til rette for at data som samles inn kan danne utgangspunkt for videre forskning. I denne omgang er dette et utviklingsprosjekt for å se om vi kan etablere en god samhandlingsmodell på tvers av linjene og profesjonene. Tallene blir en del av den kvantitative evalueringen, det skal også gjøre kvalitativ evaluering med bl.a. dybdeintervju

med eldre som har fått hjemmebesøk. Folkehelseloven pålegger kommunene ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen sin, og vi ser at vi gjennom vårt arbeid kan bidra til økt kunnskap om den eldre del av befolkningen. Ved å jobbe strukturert med samme metodikk og verktøy uavhengig av hvilken sykepleier som er på hjemmebesøk, forsøker vi etablere en modell der vi fanger opp eldre der det er et forebyggingspotensiale. Vi ønsker ikke produsere uhelse, vi ønsker ikke skape kunstige behov for helsetjenester. Vi er svært bevisst på dette når vi drøfter kasustikker, at vi setter ned foten i tide og sier "dette må bare gå sin gang", eller "dette har jo fastlegen kontroll på, det gjør ikke vi noe med". Vi sitter med en solid magefølelse hver gang vi har møtene våre at vi gjør matnyttig arbeid, og at det er en hensiktsmessig måte å jobbe på.

Samhandling med fastlegene - bryte vonde sirkler - sørge for tidlig innsats istedenfor reparasjon

Fastlegene er sentrale når vi nå i prosjektet skal prøve ut en samhandlingsmodell på tvers av 1. og 2. linjetjenesten. Vi er opptatt av at fastlegene skal oppfatte de tverrfaglige drøftingene å være til nytte i arbeidet med eldre som ofte har kompliserte sykdomsbilder og polyfarmasi. Vi mener at vi imøtekommer hovedintensjonen med samhandlingsreformen gjennom å legge til rette for tidlig intervensjon der vi kan forebygge istedenfor å reparere. Tanken er at fastlegen gjennom en slik tverrfaglig vurdering kan få hjelp til å ivareta noen av sine eldre pasienter på en bedre måte. I tillegg vil vi på sikt kunne forvente å se en helsefremmende og forebyggende effekt hos de 75 % som får hjemmebesøk uten at det blir tatt til videre drøfting. Vi kan kanskje si at vi kombinerer et grupperettet helsefremmende/forebyggende tiltak med overgang til individrettet arbeid idét vi fanger opp eldre der det står dårlig til. Vi sluser "risikantene" videre til fastlegen slik at fastlegen kan fortsette å gjøre det fastlegen bør ha som primæroppgave; diagnostisere og behandle. Vi har allerede mange gode eksempler på god samhandling med fastleger der eldre har fått hjelp til å bryte noen vonde sirkler og trolig kan få flere gode år i siste del av livet. Mange eldre forteller om mye smerte, nedsatt gangfunksjon, nedsatt syn og hørsel. Vi ser ofte at dette fører med seg inaktivitet, isolasjon og ikke sjeldent depresjoner. Vonde sirkler, som egentlig ikke er så tunge å bryte, tror vi, om man kommer til tidlig nok. Vi har også fanget opp flere tilsynelatende velfungerende eldre

med begynnende kognitiv svikt som vi har henvist til kommunalt demensteam, som starter demensutredning i samarbeid med fastlege. Ett år på sykehjem koster kommunen 900.000 kroner mens et lårhalsbrudd koster rundt 250.000 kroner fra skaden skjer til rehabilitering er ferdig. Dokumentasjon på at slikt arbeid også kan gi samfunnsøkonomisk gevinst kan vi finne blant annet i en avhandling fra 2005 av Sahlén fra Sverige; "An ounce of prevention is worth a pound of cure - Preventive home visits among seniors".

Poenget mitt blir: Kommunene må bygge ut det kommunale tjenestetilbudet på en slik måte at man kan fange opp "risikanter" og "sluse" dem inn til fastlegene, slik at fastlegene kan fortsette å bruke tiden sin på det de er best på, diagnostikk og behandling. Utfordringen blir at dette må gjøres strukturert og nøkternt, på en slik måte av nettet ikke blir for finmasket. Dette må kommunene samarbeide om og forske på og finne løsninger på som fungerer i praksis, slik at fastlegene kan stole på at det som "sluses inn" er verdt å bruke tiden sin på. Jeg tror ikke kommunene kan basere seg for mye på at fastlegene nå skal drive oppsøkende virksomhet og lete etter risikanter, slik forslag til ny forskrift legger opp til. Jeg tror fastlegene trenger mer støtte fra andre kommunale ressurser for å imøtekomme samhandlingsreformens utfordringer og krav. Det kan være demensteam, det kan være Helseteam for eldre slik vi driver, KOLS-team, diabetes-team, det kan være gjennom en Frisklivssentral som fanger opp personer med klart økt risiko for livsstilssykdommer (som kanskje oppsøker tilbudet selv) og som etter eget ønske kan "sluses" videre til fastlegen der det er nødvendig.

Beklager alt for langt innlegg, jeg har fått for stor skjerm og små bokstaver så alt blir lengre enn det ser ut som!

Med vennlig hilsen

Dag-Helge Rønnevik  
Kommuneoverlege Bokn Kommune  
Telefon 52752540  
Boknatunvegen 15A  
5561 Bokn