Møtereferat Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Møtetid: 20.01.2022
Sted: Videokonferanse (Teams)

Tilstede

Medlemmer med stemmerett

Hogne Eidissen	Rådmann, Senja kommune, Midt-Tromsrådet
Jan Hugo Sørensen	Kommunedirektør, Nordreisa Kommune, Nord-Tromsrådet
Magne Nicolaisen	Avdelingsdirektør, Tromsø kommune, Tromsø-områdets interkommunale politiske råd
Toril Skår	Kommunalsjef, Harstad kommune, Hålogalandsrådet
Alf Lorentsen	Helse- og omsorgssjef Karlsøy kommune Tromsø–områdets regionråd
Heidi Eriksen Laksaa	Kommunalsjef, Narvik kommune, Hålogalandsrådet
Anita Schumacher	Administrerende direktør UNN
David Johansen	Klinikksjef, Medisinsk klinikk UNN
Marianne Nordhov	Konstituert klinikksjef, Barne- og ungdomsklinikken UNN
Vibeke Haukland	Driftsleder UNN Narvik, vara for Gina Johansen
Lise Figenschou	Fastlegerepresentant
Leif Røssås	Fastlegerepresentant
Kirsti Baardsen	Brukerutvalget UNN. Vara for Paul Dahlø
Jon H. Mathisen	Klinikksjef Akuttmedisinsk klinikk
Eirik Stellander	Klinikksjef Psykisk helse- og rusklinikken

Medlemmer med møte- og talerett

Marion Høgmo	Seniorrådgiver KS Nord-Norge Vara for Lisa Friborg
Hilde T. B. Wikeland	Nestleder Fagforbundet Troms Ansattrepresentant kommunene
Sonja Revhaug	Ass. Fylkeslege Statsforvalteren i Nordland
Anne Grethe Olsen	Helse- og sosialdirektør/Fylkeslege Statsforvalteren i Troms og Finnmark
Lena Røsæg Olsen	Fylkesleder NSF, Ansattrepresentant UNN

Sekretariat

Guri Moen Lajord	Avdelingsleder, E-helse, Samhandling og innovasjonssenteret UNN
Lene Kristiansen	Rådgiver, Samhandlingsseksjonen UNN

Deltakere på sak

Per Hasvold	Prosjektleder, Stormottakerprosjektet; UNN
Markus Rumpsfeld	Senterleder E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret (ESI)
Kine Nordmo-Stykket	Stabsleder Seksjon for hjemmetjeneste Tromsø kommune
Stein-Gunnar Widding	Rådgiver, Samhandlingsseksjonen UNN
Anne Helen Hansen	Forsker og rådgiver i UNN, Samhandlingsseksjonen

Observatør

Mariann Sundstrøm	Koordinator Ungdomsrådet, Barne- og ungdomsklinikken UNN
Marit Bergh	Konstituert seksjonsleder Samhandlingsseksjonen UNN

Øvrige observatører på sak

Meldt forfall faste deltakere:

Trond Nylund	Ass. fakultetsdirektør, Helsefakultetet UiT
Gina Johansen	Driftsleder, UNN Harstad
Lisa Fribord	Seniorrådgiver Helse og velferd KS Nord-Norge
Paul Dahlø	Brukerutvalget UNN

Sak: **01/22**
Tittel: **Innkalling og dagsorden**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 20.01.22

Leder i SSU Hogne Eidissen ønsker velkommen til møtet for Strategisk samarbeidsutvalg i Helsefellesskapet Troms og Ofoten.

Representanten fra Narvik kommune meldte sak om innspill til neste nasjonale helse- og samhandlings- (tidl. sykehus-) plan som «eventuelt». SSU har ikke eventuelt-post på sakslister. Sekretariatet svarte derfor ut spørsmålet innledningsvis: Innspillsprosess etter plan godkjent av leder og nestleder i SSU iverksettes uke 4. Partnerne forbereder innspill på egne vegne og saken behandles i SSU-møte 22.02.22. Sekretariatet sammenfatter innspill på vegne av helsefellesskapet.

Vedtak:
Innkalling og dagsorden er godkjent.

Sak: **02/22**
Tittel: **Referat fra SSU-møtet 02.12.21**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 20.01.22

Utkast til referat fra SSU-møtet 02.12.2021 ble sendt ut kort tid etter møtet. Det kom ingen innsigelser til referatet innen tilbakemeldingsfristen og referatet ble deretter publisert på Helsefellesskapet Troms og Ofotens nettside: www.helsefellesskapet.no

Vedtak:
Referat fra SSU-møte 02.12.21 er godkjent.

Sak: **03/22**
Tittel: **Kort orientering fra UNN, kommunene, brukerrepresentantene og fastlegerepresentantene**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Møtedato: 20.01.22

Representantene for partnerne i helsefelleskapet informerte om aktuelle saker i egen region/klinikk/organisasjon.

Vedtak:
Informasjon fra SSU-medlemmene tas til orientering

Sak:	**04/22**
Tittel:	**Etablering av PSHT-nettverk og overordnet ressursgruppe for felles tjenesteutvikling for stormottakere**
Til:	Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra:	Markus Rumpsfeld, Senterleder E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret (ESI) og Per Erlend Hasvold, Prosjektleder, Stormottakerprosjektet; UNN
Møtedato:	20.01.2022

Ishavserklæringens første hovedpunkt setter mål om felles innsats for helsetjenester til personer med sammensatte behov. I dagens møte ble SSU orientert om status og mål for Stormottakerprosjektet og utvidet PSHT-samarbeid. Tromsø kommune v/Kine Nordmo-Stykket orienterte om kommunens erfaring ved bruk av PSHT i pasientforløp. I saken ble det fremmet ønske om oppnevning av en referansegruppe fra primærhelsetjenesten og tjenestemottakere. Referansegruppa skal bidra i den videre utviklingen av tjenester til stormottakere gjennom innspill, dialog og drøfting.

Forslag til vedtak:

1. SSU godkjenner etablering av referansegruppe for Stormottakerprosjektet. Referansegruppen skal delta i dialogmøter, drøfte stormottakerproblematikk og gi innspill til prosjektledelsen.
2. SSU godkjenner at referansegruppen settes sammen av 4-6 representanter fra primærhelsetjenesten (inkl. fastleger), to brukerrepresentanter og en representant fra Statsforvalter. UNN representeres gjennom prosjektledelsen.
3. SSUs fastlege-, bruker- og kommunale representanter melder inn navn på referansegruppe-deltakere til sekretariatet innen 07.02.22.
4. Anbefalinger fra disse arbeidsmøtene skal presenteres for SSU og for Direktørens ledergruppe i UNN i mai /juni 2022

Vedtak:

1. SSU godkjenner etablering av referansegruppe for Stormottakerprosjektet. Referansegruppen skal delta i dialogmøter, drøfte stormottakerproblematikk og gi innspill til prosjektledelsen.
2. SSU godkjenner at referansegruppen settes sammen av 4-6 representanter fra primærhelsetjenesten (inkl. fastleger), to brukerrepresentanter og en representant fra Statsforvalter. UNN representeres gjennom to representanter fra klinikk i tillegg til prosjektledelsen for stormottakerprosjektet.
3. SSUs fastlege-, bruker-, kommunale og UNN representanter melder inn navn på referansegruppe-deltakere til sekretariatet innen 07.02.22.
4. Anbefalinger fra referansegruppens dialogmøter presenteres fortløpende til SSU og for direktørens ledergruppe i UNN.

Vedlegg 1: Presentasjon stormottakersatsningen

Sak: **05/22**
Tittel: **Nye samarbeidsavtaler – oppdatering og videre plan**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 20.01.2022

I sak 27/21 vedtok SSU å avvente revisjon av samarbeidsavtaler for helsefellesskapet til nasjonal veileder er ferdigstilt og tilgjengelig. Veilederen er ytterligere utsatt men Helsedirektoratet anbefaler helsefellesskapene å gå i gang med avtaleprosess på bakgrunn av foreløpig veiledningsmateriell som gjøres tilgjengelig ila. våren. SSU vil følge anbefalingene fra Helsedirektoratet. I saken ble det foreslått å sette sammen et revisjonsutvalg bestående av to kommunale representanter, to representanter fra UNN, en brukerrepresentant, en fastlegerepresentant, samhandlingssjef i UNN, interkommunal samhandlingssjef (når denne er tilsatt), og jurist.

Forslag til vedtak:
1. SSU oppretter et overordnet revisjonsutvalg for utarbeidelse av samarbeidsavtale/-er for Helsefellesskapet Troms og Ofoten.
2. SSU godkjenner forslag til sammensetning og ber samarbeidspartnerne melde inn navn på representanter til sekretariatet innen 18.02.2022.
3. SSU godkjenner at overordnet revisjonsutvalg oppretter faglige revisjonsutvalg utfra behov. Sammensetning skal følge prinsippene for helsefellesskap.

Vedtak
1. SSU oppretter et overordnet revisjonsutvalg for utarbeidelse av samarbeidsavtale/-er for Helsefellesskapet Troms og Ofoten.
2. SSU godkjenner forslag til sammensetning og ber samarbeidspartnerne melde inn navn på representanter til sekretariatet innen 18.02.2022.
3. SSU godkjenner at overordnet revisjonsutvalg oppretter faglige revisjonsutvalg utfra behov. Sammensetning skal følge prinsippene for helsefellesskap.
4. Utvalget igangsetter arbeidet med nye avtaler men avventer ferdigstilling til endelig nasjonal veileder er tilgjengelig.

Sak: **06/22**
Tittel: **Samhandlingsavvik 2021**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Stein Widding, Samhandlingsseksjonen, UNN
Møtedato: 20.01.22

I 2021 formidlet Samhandlingsavdelingen totalt 332 samhandlingsavvik mellom UNN, kommuner og fastleger. Rådgiver ved samhandlingsseksjonen, Stein Gunnar Widding, orienterte i dagens møte om samhandlingsavvik 2021.
Ønskes det mer detaljer, ta kontakt pr mail: Stein-Gunnar.Widding@unn.no

Vedtak:
SSU tar informasjon om samhandlingsavvik 2021 til orientering

Vedlegg 2: Presentasjon avvik 2021

Sak: **07/22**
Tittel: **Brutt kontinuitet i fastlegeordningen – Konsekvenser?**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Anne Helen Hansen, forsker og rådgiver i UNN og førsteamanuensis ved UiT.
Møtedato: 20.01.2022

Fastlegeordningen er under press, og forskning viser at stabilitet i fastlegeordningen har stor betydning for spesialisthelsetjenesten, og at stabile fastleger er assosiert med færre polikliniske spesialistkonsultasjoner, færre innleggelser, og lavere dødelighet. Mange kommuner har vedtatt kraftige tiltakspakker for å rekruttere og beholde fastleger. Anne Helen Hansen, forsker og rådgiver i UNN og førsteamanuensis ved UiT har forsket på betydningen av kontinuitet i fastlegeordningen og presenterte i dagens møte noen sentrale funn fra dette.

Vedtak
SSU tar informasjonen om konsekvenser for brutt kontinuitet i fastlegeordningen til orientering.

Vedlegg 3: Presentasjon brutt kontinuitet i fastlegeordningen

Sak: **08/22**
Tittel: **Partnerskapsmøtet 2022 – plan for gjennomføring og innhold**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 20.01.2022

SSU vedtok 03.09.21 at Partnerskapsmøtet 2022 skal arrangeres digitalt 07.04.22. I dagens møte ble det drøftet ønsket struktur, program og rammer som skal føres under møtet.

Vedtak:
1. SSU ber sekretariatet sammenfatte innspillene og legge fram forslag til program for Partnerskapsmøtet 2022 på SSU-møte 22.02.2022.
2. Frist for å melde inn saker til Partnerskapsmøtet 2022 settes til 01.03.2022.

Sak: **09/22**
Tittel: **Neste møte og kommende saker**
Til: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)
Fra: Sekretariatet
Møtedato: 20.01.2022

Neste møte avholdes 22.02.22. Møtet avholdes digitalt.

Tidligere meldte og kommende saker:

- Oppfølging arbeidet med ny nasjonal helse og sykehusplan
- Oppfølging arbeidet med UNNs utviklingsplan 2022-2038
- Oppfølging plan for Partnerskapsmøtet 2022

Saker kan meldes fortløpende til sekretariatet.

Saker meldes og framstilles på egen mal. Malen finnes på www.helsefellesskapet.no. Ta kontakt med sekretariatet ved behov for veiledning eller bistand.

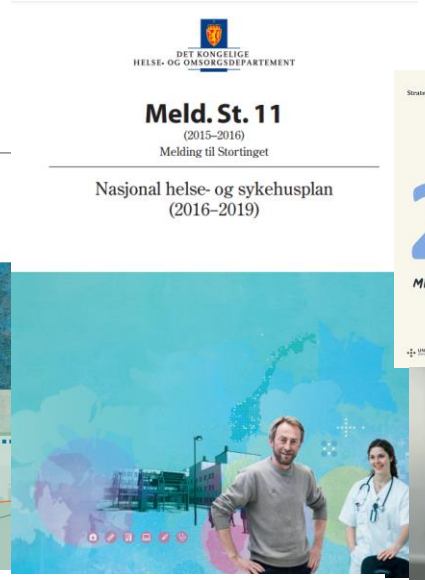
Utfylt saksframlegg med eventuelle vedlegg sendes lene.kristiansen@unn.no med kopi til guri.moen.lajord@unn.no

Vedtak:
SSU tar informasjonen om neste møte og rutine for innmelding av saker til orientering.

Stormottakerprosjektet

Troms og Ofoten Helsefellesskap SSU 20. januar 2022

Dronningen og kongen befaler



World Health Organization

WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026

Executive Summary

Placing people and communities at the centre of health services

Oppdragsdokument 2022
Helse Nord RHF

10. januar 2022

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Arbeiderpartiet Senterpartiet

Arbeide for å opprette **flere distriktsmedisinske sentre, helsehus og intermediære avdelinger** slik at flere behandlingstilbud kan tilbys **ute i kommunene**

Sørge for en **finansiering som legger til rette for sammenhengende pasientforløp og økt pasientsamarbeid** mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Sikre innføring av **pasientjournalsystemer som gir sømløse overganger mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten**, der de nødvendige pasientsikkerhetshensyn er ivaretatt.

SYKEHUSBYGG

RHF-enes modell for framskriving av aktivitet og framtidig kapasitetsberegning

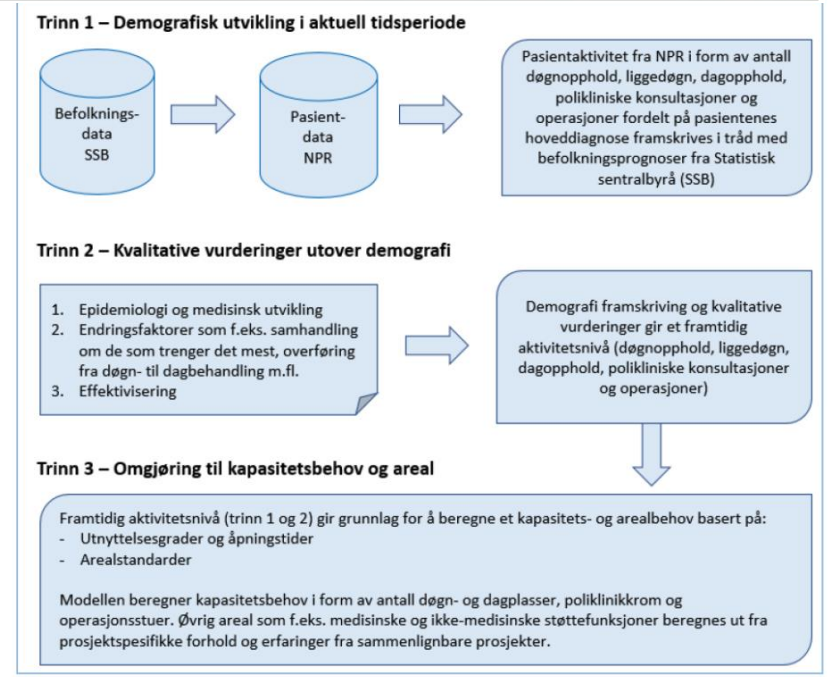
Årlig endringsfaktorer etter vekst for sykdomsutvikling	
Område	**Årlig effekt**
Liggedøgn	-1,16 %
Dagbehandling	0,23 %
Poliklinikk	0,56 %

Befolknings – og pasientdata

Endringsfaktorer

Resultat

Eventuell omregning til betong



Kilde: Sykehusbygg HF

OPP-datering 2022

- Oppgaveoverføring til kommunene må ut som fast faktor
- Oppgaveoverføring må – uavhengig av retning – avtales i Helsefellesskapene

Nye endringsfaktorer

- Effekt av forebygging og nye behandlingsmetoder
- Friskere aldring
- Økt digitalisering og endret bruk av kompetanse
- Pasienten som aktiv deltager
- Helsekompetanse
- Variasjon

I 2025 hadde det vært fint å kunne si..

Hva?

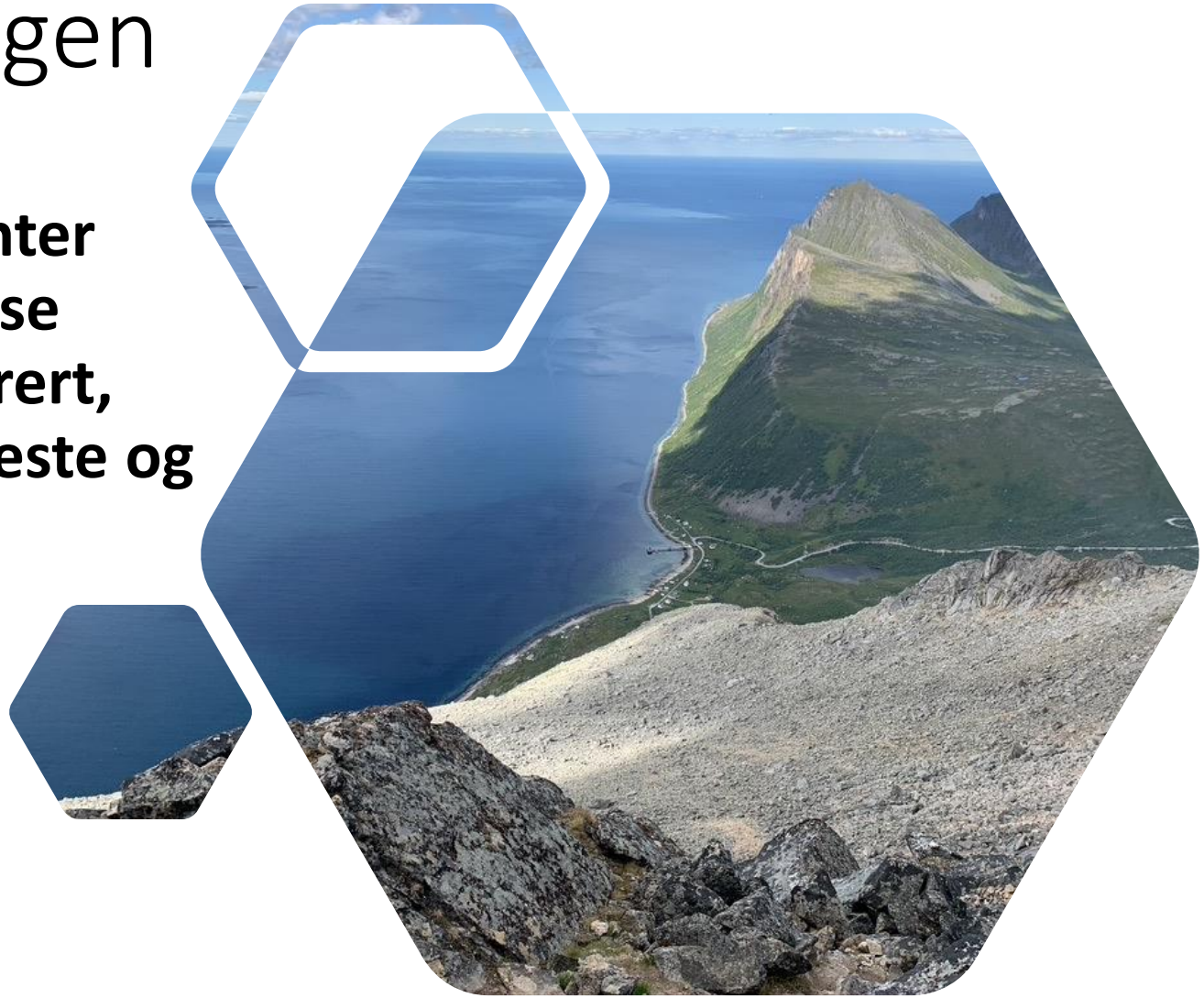
- Pasienten er aktiv deltaker i egen behandling
- UNN tilbyr og understøtter flere spesialisthelsetjenester i hjemmet og nært der pasienten bor
- **Pasienten opplever sammenheng i tjenestetilbud og sømløse behandlingsforløp**

Hvordan?

- Samarbeide med kommuner og fastleger om pasienter som trenger langvarige og koordinerte tjenester gjennom Helsefelleskap og Stormottakersatsningen
- Møte pasienter med komplekse behov med i team sammensatt på tvers av fag og tjenester

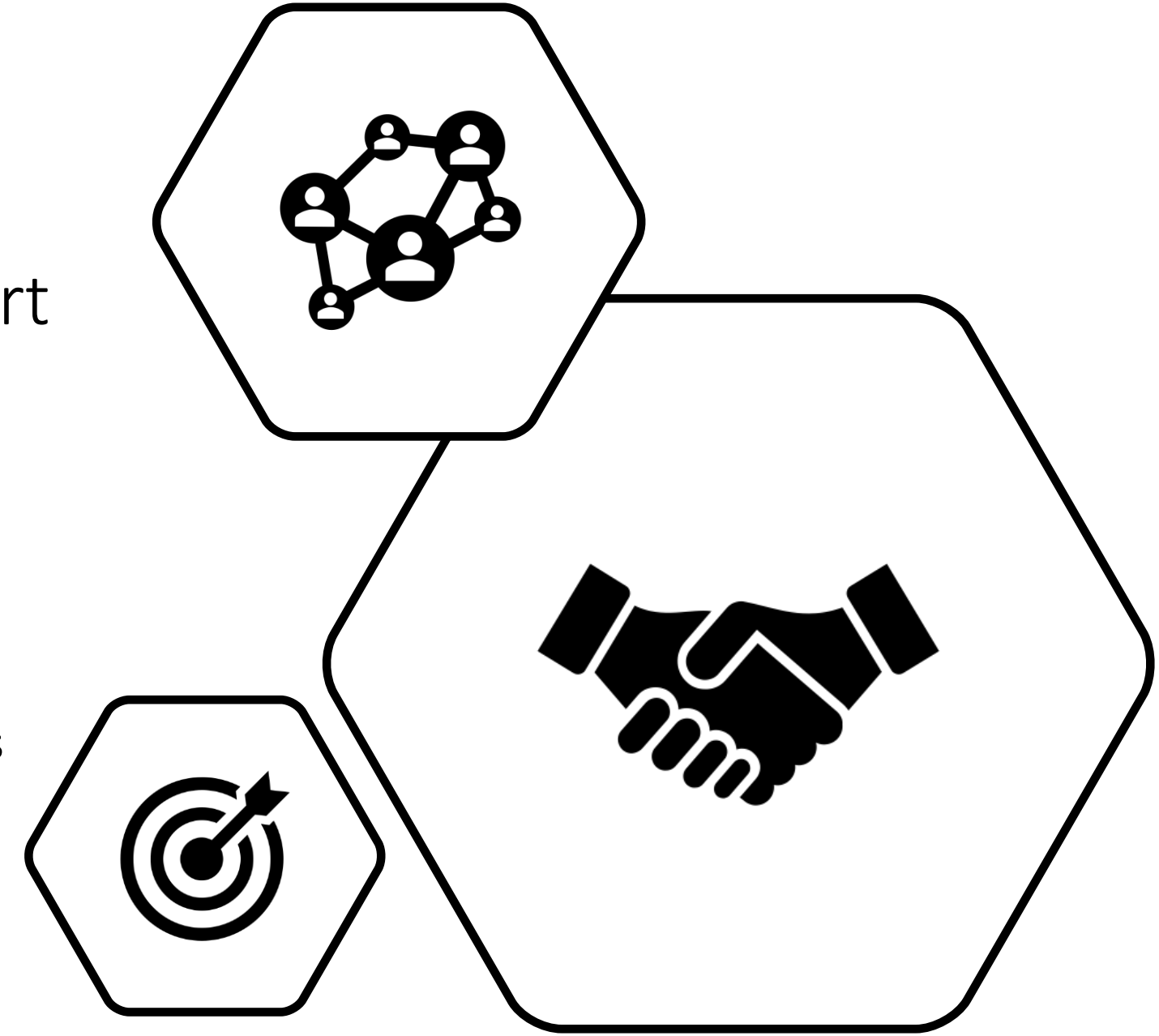
Stormottakersatsningen

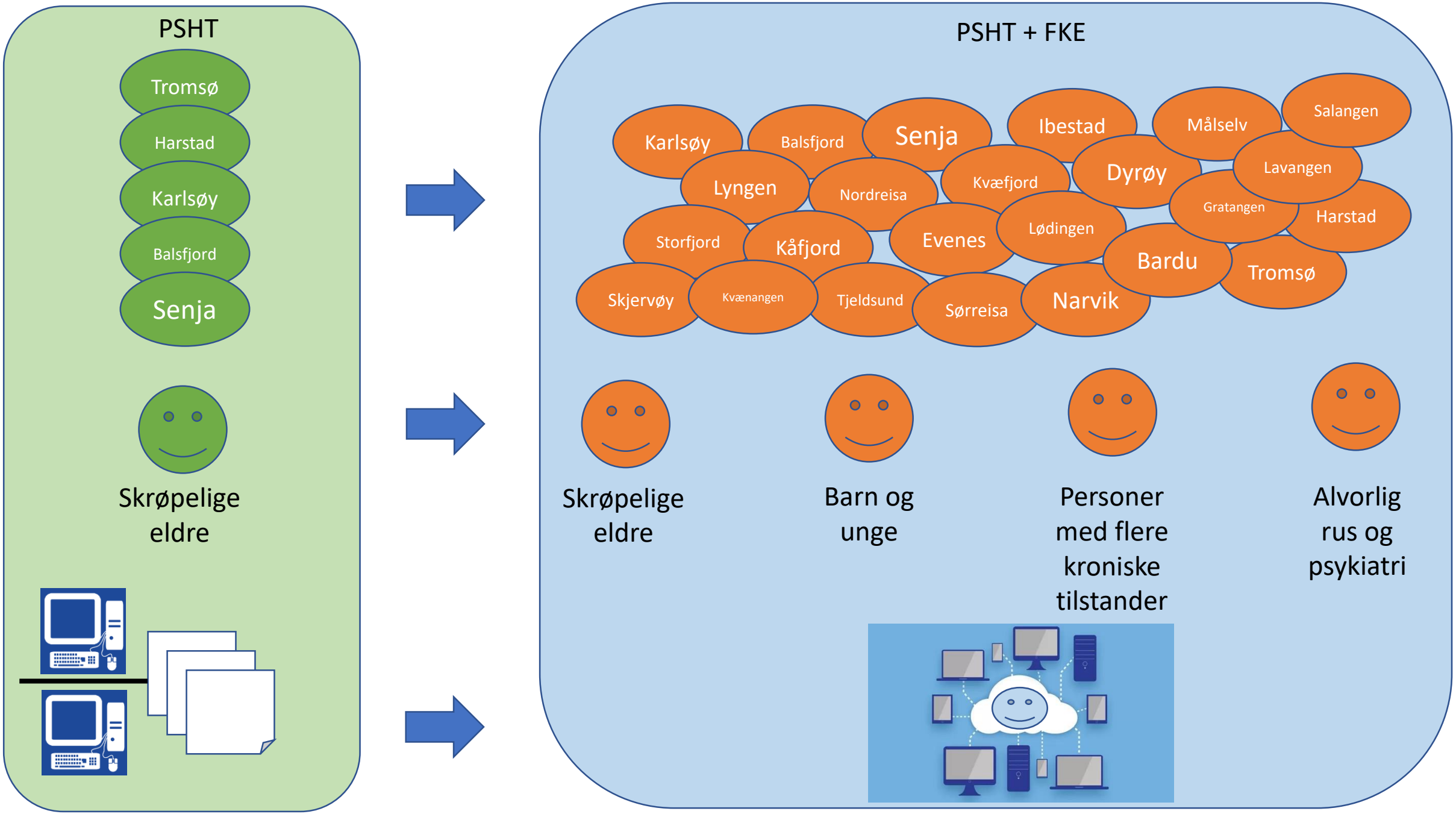
Bedre helsetjenester for pasienter med sammensatte og komplekse behov gjennom en personsentrert, helhetlig og proaktiv helsetjeneste og god bruk av digitale verktøy



PSHT: Forskningsbasert modell som fungerer

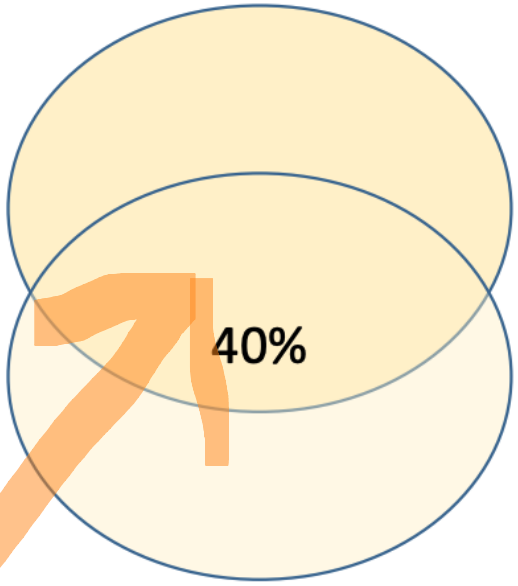
- Prinsipper
  - Personsentrert
  - Helhetlig
  - Proaktiv
- Team - tverrfaglige og på tvers av organisasjonene
- Samarbeidsmodeller for foretak og kommune




PSHT
Tromsø
Harstad
Karlsøy
Balsfjord
Senja
Skrøpelige eldre
PSHT + FKE
Karlsøy
Balsfjord
Senja
Ibestad
Målselv
Salangen
Lyngen
Nordreisa
Kvæfjord
Dyrøy
Lavangen
Gratangen
Harstad
Storfjord
Kåfjord
Evenes
Lødingen
Bardu
Tromsø
Skjervøy
Kvænangen
Tjeldsund
Sørreisa
Narvik
Skrøpelige eldre
Barn og unge
Personer med flere kroniske tilstander
Alvorlig rus og psykiatri

Mer kunnskap om stormottakere

Antall indivder med høyt behov for helsetjenester i somatikk og i kommune			
	Somatikk	Kommune	Andel individer som er i samme gruppe i ulike nivåer
Top 5%	139 574	36 629	26 %
Top 10%	279 149	111 704	40 %
Top 20%	558 298	209 622	38 %
	2 791 489	338 841	12 %



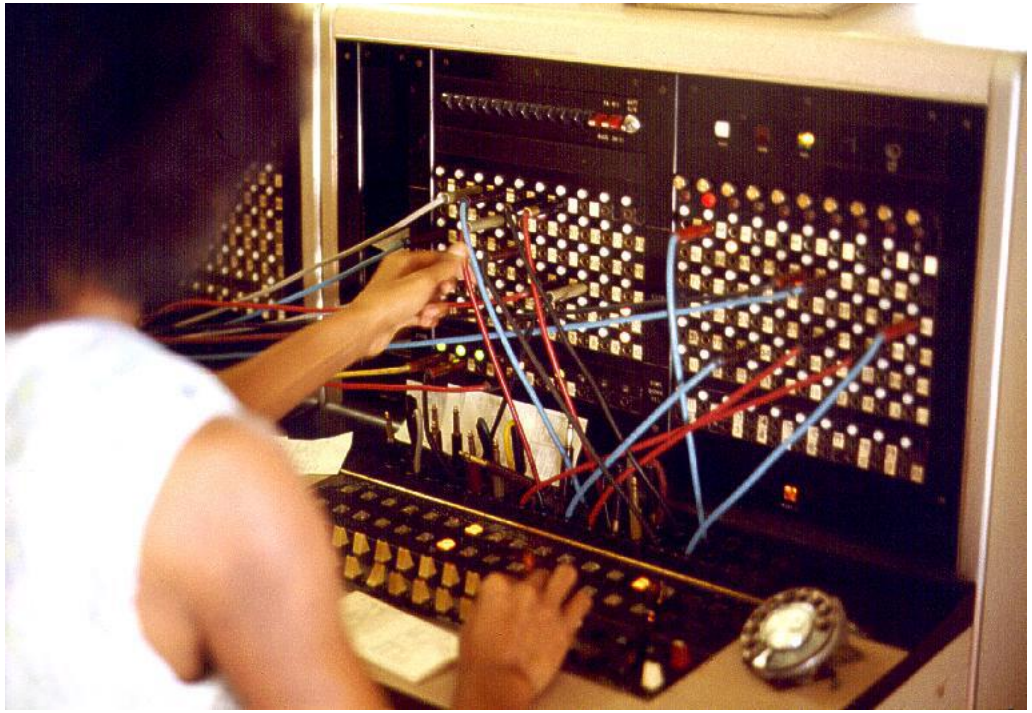
For Troms og Ofoten helsefellesskap ca 8000 pasienter

Leveranser og status (januar 2022)

- Personal er på plass fra **oktober 2021**, fullverdige team med lege, spesialsykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, helsesekretærer og farmasøyter
- PSHT Tromsø og Harstad er styrket i kapasitet
  - Aktivitet økt fra ca 500 til ca 700 (2021)
- PSHT ved UNN Narvik etablert
  - Forventet ca 50-70 (2021)
- PSHT ved DMS Nord Troms + Nord-Troms-4 kommunene klar for sine første case
- Avholdt workshoper med de fleste kommunene
  - Oppsamlingsheat februar 2022
- Aktiv bruk av videokonferanse til å støtte team, kontakter i kommunene og ut til pasient

Forsterket koordinerende enhet («en dør inn» for stormottakere)

- Ikke overta behandlingsforløp, men styrke koordinering for pasienter med omfattende og komplekse behov
- 1 pasientkoordinator er ansatt på hver av UNN Tromsø, Harstad og Narvik
- Vår felles helsetjeneste!



Pasientens team:
Koble sammen de rette ressursene og den rette kompetansen

Gevinster

Skifte fra ø-hjelps innleggelser til elektiv poliklinikk og tjenester i kommunene – **fra reaktiv til proaktiv**

Bedre helse for pasientgrupper med sammensatte og komplekse behov

Bedre helse for befolkning gjennom bedre samhandling og koordinering

En mer **bærekraftig** helsetjeneste gjennom at man forbedrer helsetjenesten for de 10% som forbruker 40-60% av ressursene

Bedre **tilfredshet** blant helsearbeidere

Erfaringer fra samarbeidet mellom Tromsø kommune og UNN

Kine Nordmo Stykket, Tromsø kommune

Referansegruppe

Stormottakerprosjektet arrangerer inntil tre arbeidsmøter/workshoper med referansegruppen for å belyse problemstillinger som er knyttet til pasienter med omfattende og sammensatte behov.

En aktuell problemstilling er å utvikle metoder for å tidlig identifisere pasienter med omfattende og sammensatte behov, kartlegge helhetsbildet, skape felles forståelse av hva som er viktig for pasienten og hvordan dette skal brukes til å prioritere planer og koordinering av tjenestene

Diskusjon

- Hvilket tema ønsker du for workshop i regi av stormottakerprosjektet? (www.menti.com og bruk koden 3438 4655)

Modeller for referansegruppe – vurdering

1. SSU er referansegruppe
   - Fordel: direkte kommunikasjon til og fra SSU
2. Referansegruppen settes sammen av utvalgte representanter for primærhelsetjenesten og tjenestemottakere/brukerne, samt Statsforvalter
   - Fordel: gir innspill direkte fra de viktigste interessentene og UNN er representert gjennom prosjektet

- UNN anbefaler alternativ 2

Forslag til vedtak

1. SSU godkjenner etablering av referansegruppe for Stormottakerprosjektet. Referansegruppen skal delta i dialogmøter, drøfte stormottakerproblematikk og gi innspill til prosjektledelsen.
2. SSU godkjenner at referansegruppen settes sammen av 4-6 representanter fra primærhelsetjenesten (inkl. fastleger), to brukerrepresentanter og en representant fra Statsforvalter. UNN representeres gjennom prosjektledelsen.
3. SSUs fastlege-, bruker- og kommunale representanter melder inn navn på referansegruppe-deltakere til sekretariatet innen 07.02.22.
4. Anbefalinger fra disse arbeidsmøtene skal presenteres for SSU og for Direktørens ledergruppe i UNN i mai /juni 2022

Samhandlingsavvik 2021

Stein Widding, Rådgiver Samhandlingsseksjonen, UNN

Færre samhandlingsavvik meldes

- Totalt 20% færre avviksmeldinger i 2021 sammenlignet med 2020
- 29% nedgang i meldte avvik fra kommune/ fastleger til UNN
- 12% økning i meldte avvik fra UNN til kommune/ fastleger

Type avvik som meldes

Fra kommune/ fastlege:

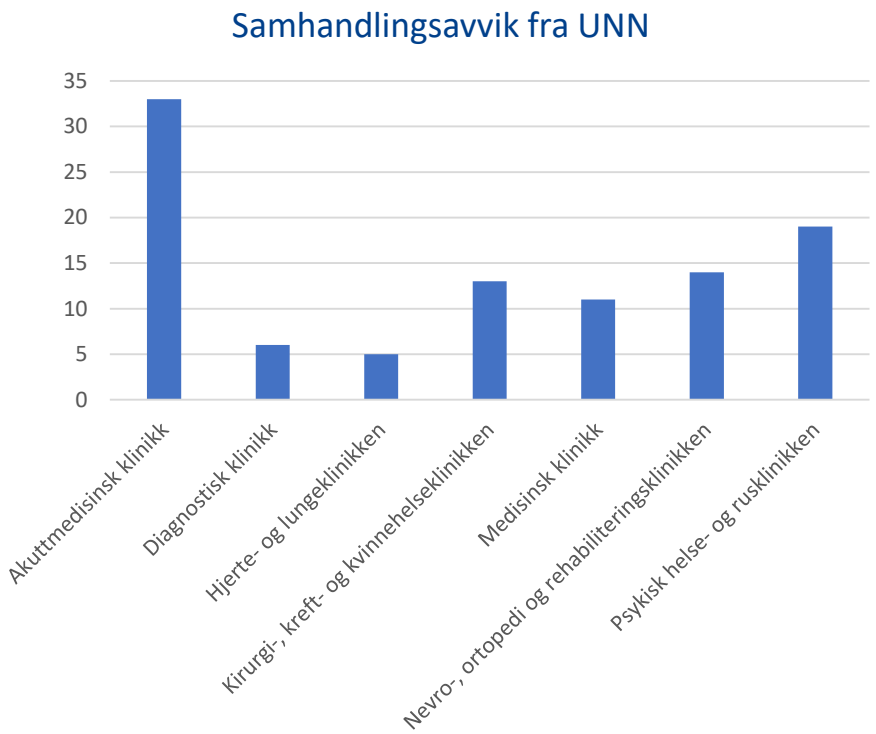
- Kommunikasjon
- Manglende/ mangelfulle epikriser
- Manglende informasjon om utskrivelse
- Manglende innleggelsesrapporter/ PLO-melding

Fra UNN:

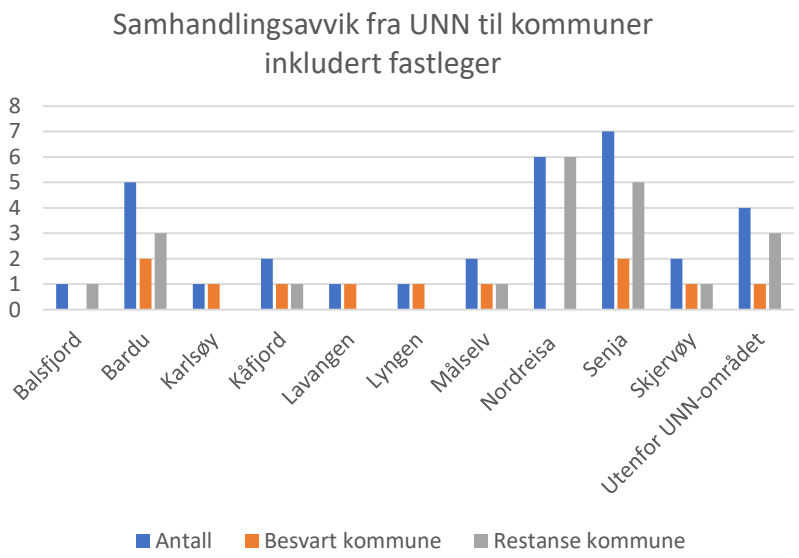
- Manglende henvisning fra fastlege
- Manglende covid-test/ screening
- Lang ventetid kommunalt tilbud
- Ikke mottatt innleggelsesrapport/ PLO-melding

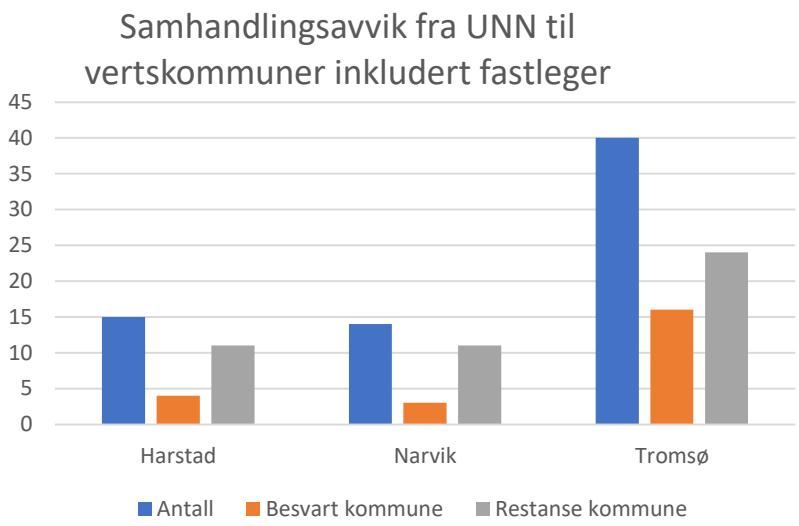
Fra UNN til kommune inkludert fastleger

- UNN meldte 101 samhandlingsavvik fordelt på 13 kommuner i 2021
- 12% økning fra 2020 til 2021 (90 vs. 101)
- Kommunikasjon, elektronisk meldingsutveksling
- Ressursbruk ambulanse
- Manglende tilbud til ferdigbehandlede pasienter



Samhandlingsavvik fra UNN fordelt på kommuner





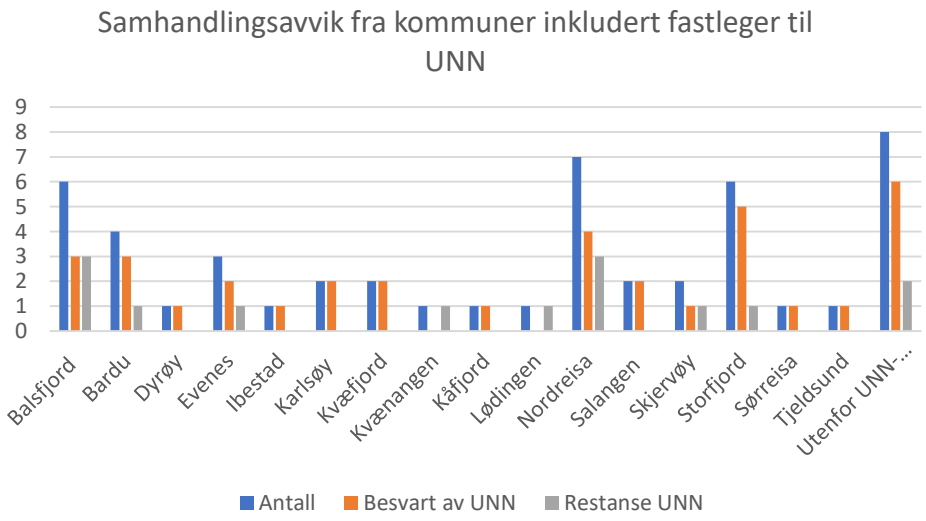
Svarprosent på «de tre store»:

- Harstad kommune 27%
- Narvik kommune 21%
- Tromsø kommune 40%

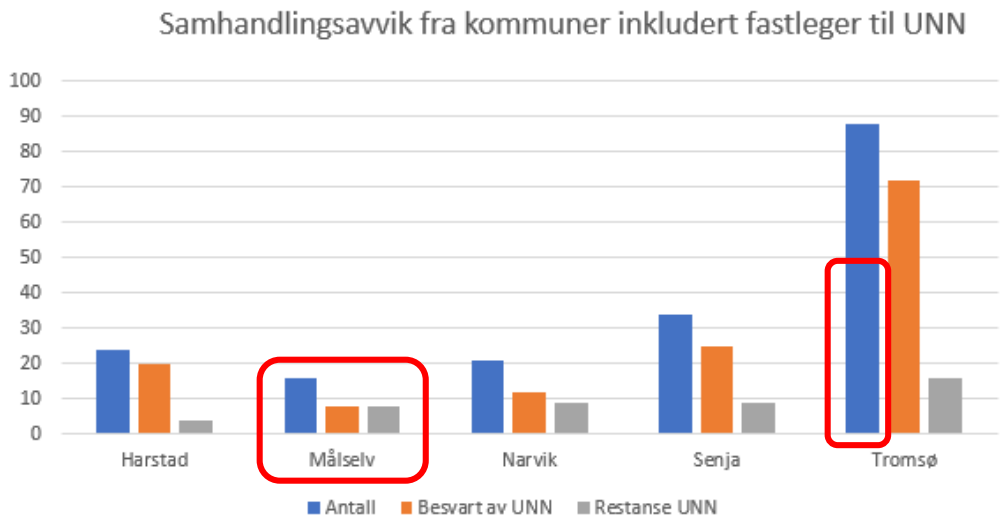
Total restanse kommuner/ fastleger 66%

Fra kommune inkludert fastleger til UNN

- Kommunene og fastlegene meldte 232 samhandlingsavvik til UNN i 2021
- 29% nedgang fra 2020 til 2021 (328 vs. 232)
- Kommunikasjon
- Manglende epikriser, medisinlister, informasjon om utskrivelse
- Feilsendte fødselsmeldinger, ikke mottatt tidligvarsel

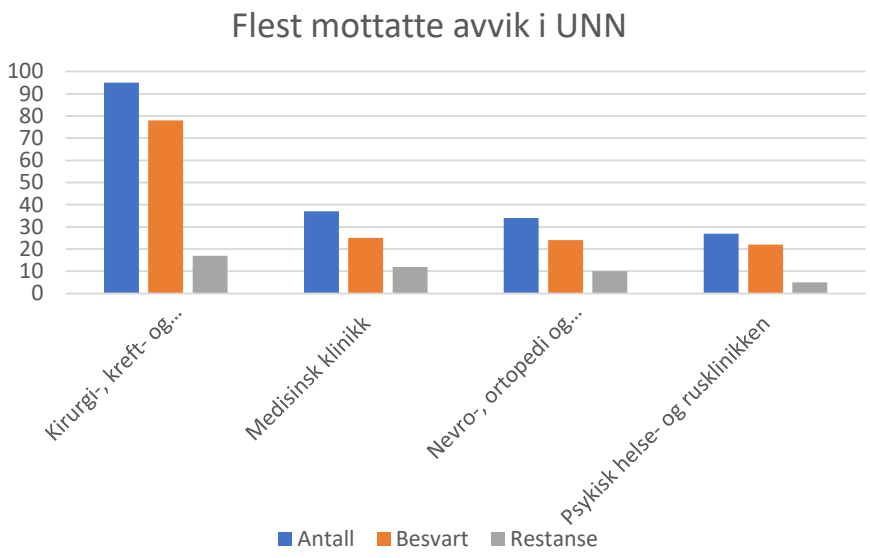


Fra kommune inkludert fastleger til UNN



- Målselv kommune – 13 av 16 avvik omhandler drosjebestilling
- Tromsø kommune – 45 avvik til Føde/ Barsel, UNN Tromsø
  - Journalopplysninger sendt på feil pasient
  - Ikke mottatt tidligvarsel etter fødsel
  - Feil i jordmorsammenfatning

Samhandlingsavvik fra kommuner og fastleger fordelt på klinikker



Svarprosent UNNs 4 stormottakere:

K3K 82%

Medisinsk 67%

NOR 70%

PHRK 81%

Total restanse UNN 26%

Oppsummert…

- Det meldes færre avvik
- Mye av det samme går igjen fra tidligere år – blir det bedre av å melde avvik?
- Fortsatt mange avvik som ikke er besvart, spesielt i kommunene – hvorfor?
- Hvordan systemer/ rutiner er det for melding og besvaring av avvik?
- Tidspress, pandemi og manglende svar på avvik – påvirker det antall avvik som meldes?

Kontinuitet i fastlegerelasjonen og bruk av spesialisthelsetjenester

Strategisk samarbeidsutvalg
20. januar 2022
Anne Helen Hansen

Hva er kontinuitet?

En terapeutisk relasjon mellom en enkeltlege og en pasient som strekker seg ut over og forbi spesielle hendelser og sykdomsepisoder

Relasjonell kontinuitet

Personlig kontinuitet

(Behandlingskontinuitet)

(Informasjonskontinuitet)

Haggerty 2003, Dreiher 2012

Relasjonell kontinuitet

- i lengderetningen (varighet)
- i dybden (intensitet)

Vanlige mål for relasjonell kontinuitet:

- Hvor lenge hatt samme fastlege
- Hvor mange besøk pr tid
- UPC (usual provider continuity)

Usual Provider Continuity (UPC)

$$\frac{\text{Antall konsultasjoner med den faste legen}}{\text{Alle primærlegekonsultasjoner}}$$

Den generelle befolkningen i Norge: 78%

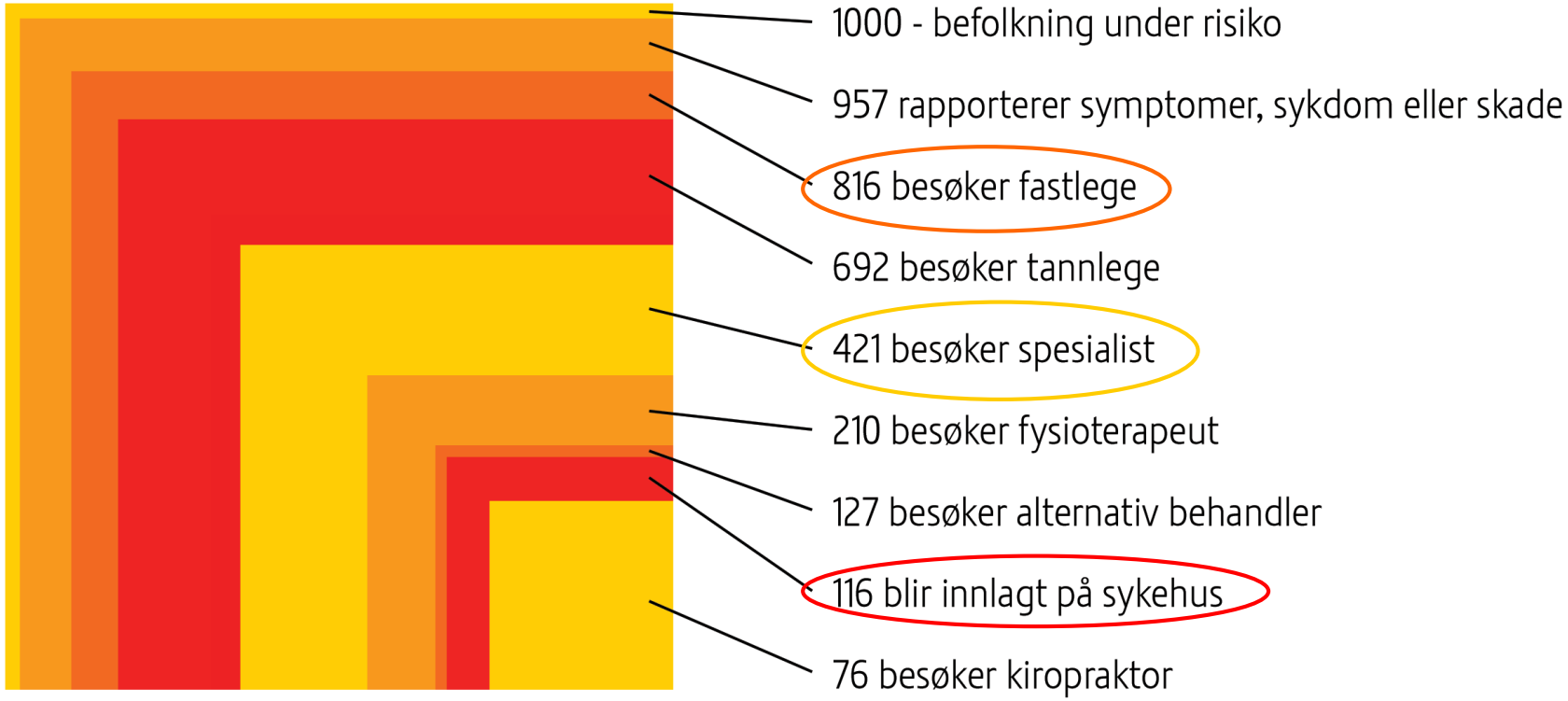
Personer med diabetes: 89%
Personer med alvorlig psykisk helseproblem: 85-88%
Personer over 60 år: 86%
Unge (<15-29 år): 68%

Konsultasjoner hos annen lege enn fastlegen:

- «Akutt infeksjon»
- «Psykisk helseproblem»

Hetlevik 2012

Årlig bruk av helsetjenester



Hansen AH 2013, data fra Tromsøundersøkelsen (T6)

Karakteristika ved en sterk primærhelsetjeneste

- Første behandlingskontakt
- Tilgjengelighet
- Kontinuitet
- Bredde
- Velorganisert og koordinert

Kontinuitet i fastlegerelasjonen – hva vet vi?

- Verdsatt av pasienter

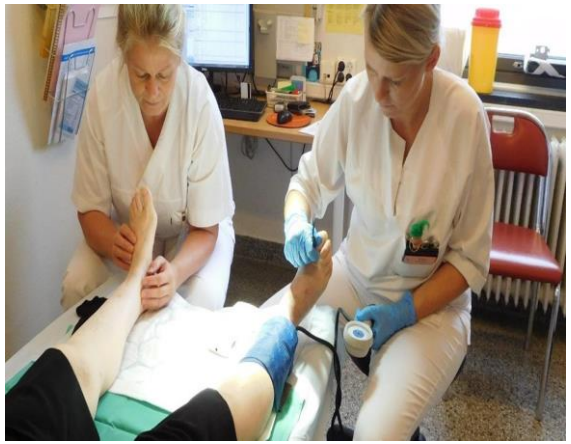
- Assosiert med

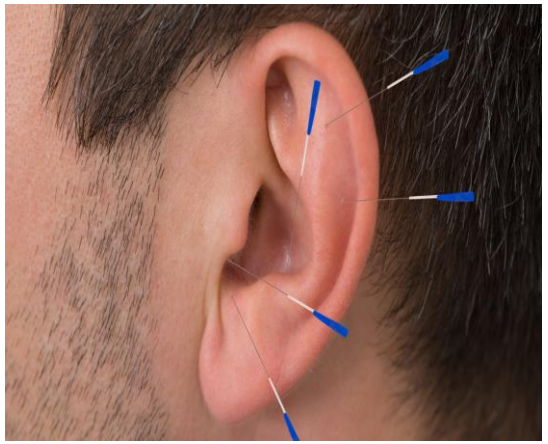
  - Økt pasienttilfredshet
  - Økt legetilfredshet
  - Økt helhet/bredde i behandlingen
  - Økt mottakelighet for forebygging
  - Økt compliance
  - Redusert dobbeltbehandling
  - Redusert dødelighet (Sandvik 2021)

Kontinuitet i fastlegerelasjonen
– hva vet vi når det gjelder bruk av helsetjenester?

Assosiert med redusert bruk av

- Legevakt
- Innleggelser i sykehus
- Polikliniske spesialistbesøk
- Alternativ behandler





British Journal of General Practice

Research

Anne Helen Hansen, Peder A Halvorsen, Ivar J Aaraas and Olav Helge Førde

Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use:

a cross-sectional survey

Abstract

Background
Continuity of GP care is associated with reduced hospitalisations, but solid documentation of its relationship to use of outpatient specialist services is lacking.

Aim
To test the association between continuity of GP care and use of inpatient and outpatient

INTRODUCTION

Continuity of care is a core value of general practice, and is often viewed as the relationship between a single practitioner and a patient that extends beyond specific episodes of illness or disease. Three different aspects of continuity have been identified: information continuity, management continuity, and personal or relational continuity.[1] This article is concerned with personal continuity and its two central dimensions: longitudinality and

continuity of GP care may impact the use of outpatient specialist services is lacking.

Continuity is threatened by changes in society at large, such as increased migration, teamwork, professional development, information technology, demands for accessibility and plurality of provision,[14] and doctors' reduced willingness to be continuously available to their patients.[12] In rural areas a shortage of doctors may also hamper continuity.[15] Future changes in health services organisation will most likely

Fastlegebrukeres bruk av spesialisthelsetjenester

Varighet	Poliklinisk spesialistbesøk (odds ratio)	Innleggelse (odds ratio)
	n=8270	**n=8611**
0-2 år	1.00 (ref)	1.00 (ref)
> 2 år	**0.81**	**0.76**

- Multivariat logistisk regresjon justert for kjønn, alder, sivilstatus, inntekt, utdanning og selvrapportert helse
- Signifikante funn med fet skrift

Chauhan 2012, Cabana 2004, Saultz 2005, Freeman 2010, Hjortdahl 1991, Sweeney 1995, Iversen 2002, De Maesener 2003, Finnvold 2005.

Kontinuitet og bruk av spesialisthelsetjenesten

- 16% av de polikliniske besøkene i UNN kunne vært unngått med kontinuitet i fastlegerelasjonen
- 20% av innleggelsene i UNN kunne vært unngått
- Ei velfungerende fastlegeordning er viktig for UNN
- Kontinuitet i fastlegeordningen gir mindre bruk av speisalisthelsetjenesten, både poliklinisk og innleggelser.

Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg and Steinar Hunskaar

Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care:

a registry-based observational study in Norway

Abstract

Background
Continuity, usually considered a quality aspect of primary care, is under pressure in Norway, and elsewhere.

Aim
To analyse the association between longitudinal continuity with a named regular general practitioner (RGP) and use of out-of-hours (OOH) services, acute hospital admission, and mortality.

Design and setting
Registry-based observational study in Norway covering 4 552 978 Norwegians listed with their RGPs.

Method
Duration of RGP–patient relationship was used as explanatory variable for the use of OOH services, acute hospital admission, and mortality in 2018. Several patient-related and RGP-related covariates were included in the analyses by individual linking to high-quality national registries. Duration of RGP–patient relationship was categorised as 1, 2–3, 4–5, 6–10, 11–15, or >15 years. Results are given as adjusted odds ratio (OR) with 95% confidence intervals (CI) resulting from multilevel logistic regression analyses.

Results
Compared with a 1-year RGP–patient relationship, the OR for use of OOH services decreased gradually from 0.87 (95% CI = 0.86 to 0.88) after 2–3 years' duration to 0.70 (95% CI = 0.69 to 0.71) after >15 years. OR for acute hospital admission decreased gradually from 0.88 (95% CI = 0.86 to 0.90) after 2–3 years' duration to 0.72 (95% CI = 0.70 to 0.73) after >15 years. OR for dying decreased gradually from 0.92 (95% CI = 0.86 to 0.98) after 2–3 years' duration, to 0.75 (95% CI = 0.70 to 0.80) after an RGP–patient relationship of >15 years.

INTRODUCTION

Continuity is a core value of primary care. McWhinney described continuity as an implicit contract between a patient and a GP, who then takes personal responsibility for the patient's medical needs.[1,2] Continuity is not limited by the type of disease and bridges episodes of various illnesses. Greater continuity with a primary care physician has been shown to be associated with lower mortality rates,[3] fewer hospital admissions,[4,5] less use of emergency departments,[6] and fewer referrals for specialist health care.[7,8] Nevertheless, continuity has been declining in recent years.[9]

There is no uniform agreement about how continuity should be defined, but three aspects are usually described: informational, longitudinal, and interpersonal.[10] Informational continuity means that the doctor has adequate access to all relevant information about the patient. Longitudinal continuity means that it transcends multiple episodes of illness, and interpersonal refers to a trustful relationship between patient and physician. Various methods have been used for measuring continuity. Most of them are based on visit patterns with different providers over time.[10,11] An example is the Usual Provider of Care (UPC) index, which calculates the percentage of all contacts that is with the most frequent provider.[12] Most of these studies have been conducted with limited patient samples and rather short observation periods. There is scarce literature on studies with large- or full-scale populations, long follow-up, and hard endpoints.

In a limited number of countries, such as the UK, the Netherlands, Denmark, or Norway, most inhabitants are listed with a general practice or a named regular general practitioner (RGP) who is responsible for taking care of their medical needs. Such RGP schemes are usually established not only to increase continuity of care as an assumed aspect of quality, but also to prevent unnecessary spending by introducing the RGP as a gatekeeper. It should be noted, however, that patients also value such personal relationships with their RGP.[13]

The aim of the present study, based on Norwegian registry data, was to analyse, on a national level, the effects of longitudinal RGP continuity associated with use of out-of-hours (OOH) services, acute hospital admissions, and mortality.

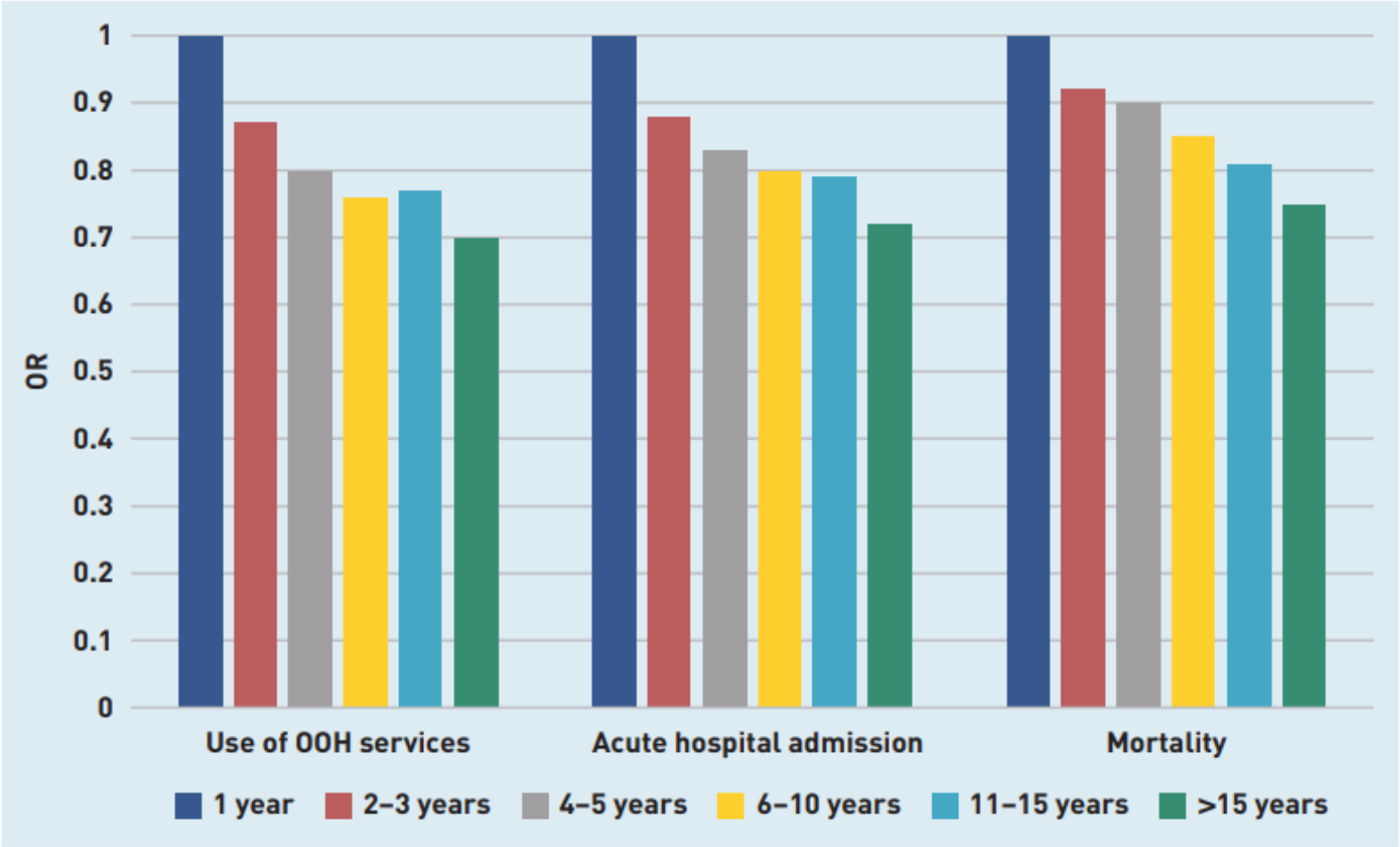
METHOD

The Norwegian RGP Scheme

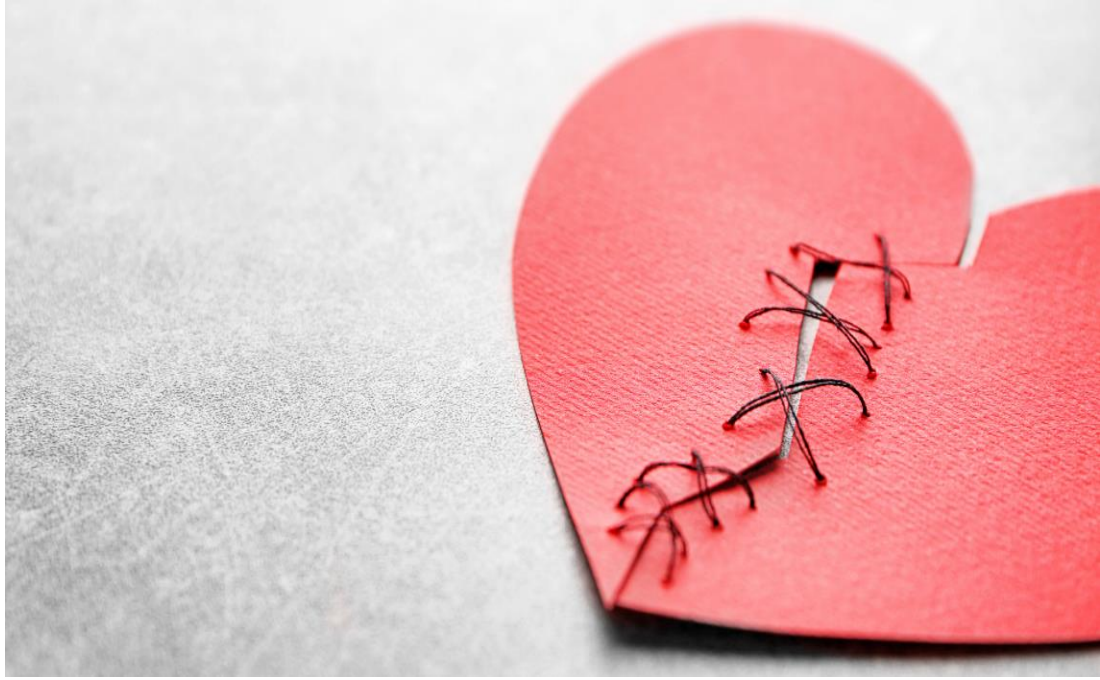
In Norway, the state is responsible for hospitals, while the primary healthcare system is the responsibility of the

H Sandvik, PhD, senior researcher, National Centre for Emergency Primary Health Care,

Address for correspondence
Hogne Sandvik, National Centre for Emergency


1
0.9
0.8
0.7
0.6
0.5
0.4
0.3
0.2
0.1
0
OR
Use of OOH services
Acute hospital admission
Mortality
1 year
2–3 years
4–5 years
6–10 years
11–15 years
>15 years

Hva truer kontinuiteten?

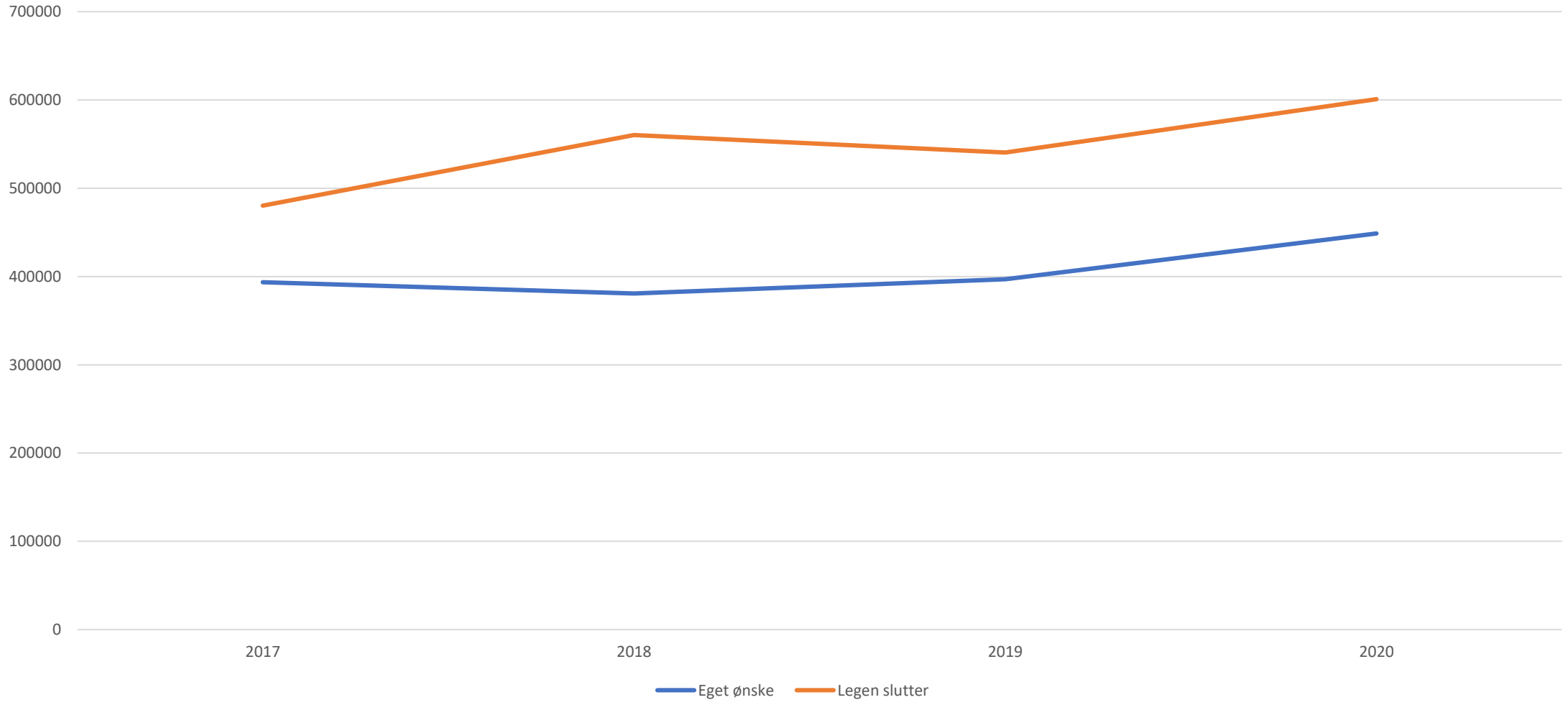


- Fastlegekrisen og fastleger som slutter
- Legemangel
- Legers krav om fritid og ordnet arbeidstid
- Legers videre- og etterutdanning
- Tverrfaglig samarbeid
- Ansettelse av sykepleiere og andre helsearbeidere i fastlegepraksisene
- Økende bruk av internett for helseformål
- Flytting og mobilitet i samfunnet
- Telefonlegenes og nettlegenes virksomhet
- Krav om tilgjengelighet og mangfold i helsetilbudene

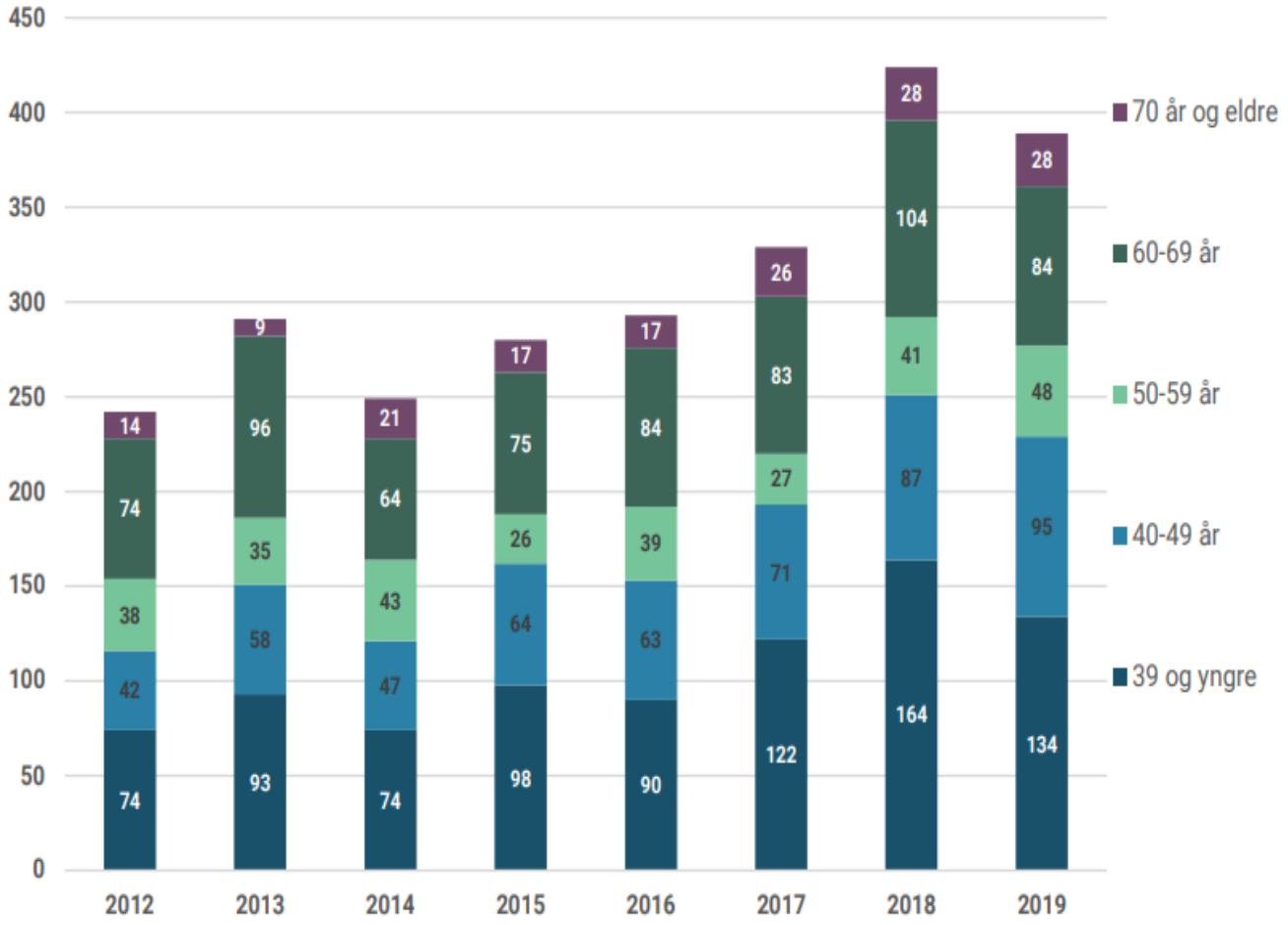
Kontinuitet og legebytte

- Bare 0,1 % av befolkningen har valgt å stå utenfor fastlegeordningen
- I mange år har det vært slik at halvparten av alle legebytter skjer fordi legen flytter eller reduserer/avvikler praksisen
- Nå er det en forskyvning slik at et flertall legebytter skjer fordi legen slutter (ca 60/40)

Legebytter pr år – etter eget ønske eller fordi legen slutter



Årlig avgang av leger fra fastlegeordningen etter legens alder (2012-2019)



Kilde: Fastlegeregisteret. Antallet inkluderer kun leger som har avsluttet praksis og ikke umiddelbart eller senere har gått over til annen fastlegepraksis. Dette innebærer at statistikken ikke er statisk, ettersom at noen av legene kan returnere til fastlegeordningen på et senere tidspunkt.

NASJONALT SENTER FOR DISTRIKTS MEDISIN

- Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) kartla i 2018 situasjonen i Nord-Norge - med data for perioden 2001-2014
- Fastlegeavtalene varte kortere i Nord-Norge enn på landsbasis (3,8 år mot 5,9 år)
- Det var høyere turnover blant fastleger i Nord-Norge (12,8 prosent i Nord-Norge mot 7,3 prosent på landsbasis)
- Flere legeløse lister og vikarer i Nord-Norge

Brandstorp, Gaski, & Abelsen, 2015

Tabell 12 Fylkesvis fordeling av enkelte nøkkeltall for fastlegeordningen. Per 31. desember 2020. Prosentvise andeler

	Andel lister uten fast lege	Andel åpne fastlege-lister	Andel[i)] ledige listeplasser på åpne fastlegelister	Andel av deltakerne som har plass på liste uten fast lege	Andel av befolkningen som ikke deltar i fastlege-ordningen[ii)]	Andel[iii)] legebytter etter eget ønske siste kvartal	Andel[iii)] tildelte legebytter pga avsluttet/ redusert praksis siste kvartal
Oslo	0,0	29,5	4,4	0,1	0,1	2,6	1,5
Rogaland	0,9	23,6	1,9	0,6	0,1	1,9	1,4
Møre og Romsdal	7,1	26,2	3,7	5,3	0,1	1,9	3,4
Nordland	9,3	30,8	4,5	7,2	0,1	1,9	3,0
Viken	1,2	27,3	3,9	0,4	0,1	2,0	1,1
Innlandet	8,1	28,5	3,6	5,2	0,2	1,9	2,1
Vestfold og Telemark	1,5	20,2	2,2	1,1	0,1	1,6	1,6
Agder	1,7	20,3	1,6	0,8	0,1	1,8	1,1
Vestland	4,2	21,5	2,2	1,8	0,1	1,4	2,0
Trøndelag	4,9	25,6	2,3	3,5	0,0	1,9	2,5
Troms og Finnmark	7,8	26,1	2,8	5,4	0,1	1,9	4,7
Ikke registrert fylke[iv)]				4,1	30,5	2,2	2,7
Hele landet	3,5	25,5	3,1	2,0	0,2	1,9	1,9

i) Se fotnote iii) til tabell 1.
ii) Se fotnote i) til tabell 1.
iii) Se fotnote ii) til tabell 1.
iv) Dette kan f eks være asylsøkere og deres familiemedlemmer som ikke er registrert med bostedskommune, og andre personer som er registrert som bosatte i Norge, men uten fast bopel.

Kilde: Helsedir

Konklusjon

Kontinuitet i fastlegerelasjonen reduserer bruk av spesialisthelsetjenester

Nord-Norge rammes hardere av fastlegemangel enn Norge som helhet

Ta vare på fastlegene!

Implikasjoner/diskusjoner

- Fastlegen er grunnmuren i helsetjenesten
- Når helsetjenesten reformeres og endres bør det alltid vurderes hvordan endringene vil påvirke kontinuitet i fastlegerelasjonen
- Det bør rettes oppmerksomhet mot faktorer som truer/fremmer kontinuitet i fastlegerelasjonen (de vi kan gjøre noe med)
- Det er sammenheng mellom kontinuitet i fastlegerelasjonen og bruk av spesialisthelsetjenester, men dette diskuteres lite i forbindelse med
  - Ventetider i spesialisthelsetjenesten
  - Fristbrudd i spesialisthelsetjenesten
  - Utskrivningsklare pasienter

21

Hva kan UNN og kommunene gjøre?

Være gode samarbeidspartnere for fastlegene

- Være gode veiledere for fastlegene
- Være mottakelig for råd og veiledning fra fastlegene
- Bidra i alle sider av samarbeid med fastlegene
- Ha kompetanse på vilkårene fastlegene arbeider under

STYRKET AKUTTMOTTAKET: – Vi går med telefonen hele tiden og det er enkelt å nå oss. Fastlegene bestemmer om pasienten skal sendes hit, men vi er med på avgjørelsen om de virkelig skal i nettingtruse, sier seksjonsoverlege Erik Thomassen **Foto:** Silje Katrine Robinson

Sykehuset har egen fastlege-telefon for å unngå unødvendige innleggelser

På Haraldsplass Diakonale sykehus har de innført en egen fastlegetelefon for å unngå unødvendige

Alle trenger
FASTLEGEN