

Fremtidsrettet pasientforløp for de eldre multisyke pasientene

Fastlege og PKO- leder
Spesialist i allmenntmedisin
Stian Endresen

- Hvilke oppgaver ønsker dere at fastlegen skal utføre i pasientforløpet rundt den eldre multisyke?

”Moment fra konsultasjoner med eldre multisyke i desember 2018 ”

- 1) Bør pårørende være med/ringes på slutt av konsultasjon?
- 2) Tilbakemelding til PLO/evt andre behandlere før/etter konsultasjon.
- 3) Transport til legeus
- 4) Hvor ofte kontroll
- 5) Endring?
- 6) Hva har skjedd siden sist?

”Eldre multisyke i des 2018”

- 7) Legemiddelgjennomgang/samstemming
- 8) Alltid ny avtale per papir .
- 9) Behandlingsplan
- 10) Krise plan/Hvordan håndtere akutte problemstillinger ?
- 11) Når fastlegen er borte?
- 12) Supplerende us ?
- 13) Syn/hørsel
- 14) Førerkort/Hj verge /palliativ plan
- 15) Skriftliggjøre avtaler
- 16) Andre behandlere siden sist (legevakt?)
- 17) Forebygge /vaksinering .
- 18) De tar ikke alltid kontakt når de blir dårlige .

Fastlegeordningen

- **Fastlegen si rolle i pasientforløpet .**
- (Glem heller ikke sykehjemslegen og legevaktslegen sin rolle i pasientforløpet) .
- Del av det offentlige helsevesen . Alle har rett til fastlege (kommunalt ansvar) . En kan selv velge(bort) fastlege. Effektivt system . Er pt på ”strek” med ubalanse mellom oppgaver og ressurser (Slik HMR og resten av den kommunale helse/PLOMS er). Tilpliktes 20% offentlig arbeid.

Felles utfordringsbilde :

- Vi har i dag for lite ressurser og for mange oppgaver . Hvordan kan vi i fellesskap begrense presset på helsetjenestene slik at de sykeste (multisyke eldre) får den behandling de skal ha ? Hvordan ”prioritere” de som ikke går til lege og er syke? Hvordan fange opp de som ikke går til lege?

Eldre multisyke

- → *”De fleste ønsker å leve lenge . Vi blir alle multisyke dersom vi lever lenge nok” .*
- → *”Hvordan kan vi utsette sykdomsdebut og mestre egen sykdom?”*
- → *”Dette gjelder oss alle. Alle engasjeres da vi trener oss til egen og pårørende sin alderdom” .*

4 føringer fra Strategi 2030 (gjelder spesialisthelsetjenesten)

- 1) Skape pasientene sin helsetjeneste .
- 2) Vi skal ta vare på , utdanne og rekruttere helsepersonell .
- 3) Vi skal ta i bruk ny teknologi og ny kunnskap .
- 4) Vi skal være gode "lagspillere" .

Pasientene sine retter !!!!

- 1)HMN har et 2 A4 sides ark som mange i HMR sender ut til pasientene som heter .” Dine retter som pasient” (rett til å klage , pasient- og brukerombud , tolk , reservasjon mot SMS , , rett til ny vurdering , din rett til valg av behandlingssted , refusjon av reiseutgifter.....)
- 2)Svært viktig at vi i ”Pasientenes helsetjeneste snakker om ”Retter og plikter” . Vi trenger hjelp fra pasientene til å ”utnytte de begrensede ressurser vi har på en best mulig måte” .
- (ta vaksiner, møte til time , møte på pasientopplæring ,)

Hva er viktig for Ola og Olaug?

**Hva er viktigst for
dere som er eldre og
multisyke ?**

*Hva er viktig for dere som eldre og
multisyke?*

- Vi ønsker hjelp til å forebygge ny sykdom.
- Hvis vi blir syk ønsker vi hjelp slik at vi kan mestre vår sykdom selv slik at vi trenger minst mulig hjelp fra helsepersonell og pårørende !

Hvor mange multisyke har hver fastlege i Møre og Romsdal ?

- Vi snakker ofte om de noen få som bruker mye av ressursene (Økonomisk. Tidsressurser.) . Hver fastlege i Møre og Romsdal har ca 1000 pasienter . Hver fastlege har da flere pasienter som er ”storbrukere/multisyke” .

Døråpner og portvokter !!!

- Fastlegen er ”tildelt rollen ” som både portvokter og døråpner.
- Gjennom deltagelse i utarbeiding av de 37 prioriteringsveilederne fikk fastlegene mulighet til å påvirke og de ble ansvarliggjort mhp på hva som skal behandles i spesialisthelsetjenesten .
- Fastleger utsettes for sterkt press og henviser pasienter til 2. linje hvor de ikke forventer ”helsegevinst” mhp på utredning/behandling .

Lære av psykiatrien

- "Multisyke eldre" har både en fysisk og psykisk helse. Psykiatrien har gjennom mange år hatt for få spesialister. De har vært tvunget til å tenke alternativt".
- Viktig at somatikken lærer av psykiatrien sin jobbing med "Kriseplaner" -> hva skal du som pasient/pårørende gjøre når du føler at du blir dårlig . Hva skal fastlegen din gjøre når du kommer og sier at du føler deg dårlig ? → En lager føringer på hvordan en kan behandle på lavest mulig nivå (Redusere presset på spesialisthelsetjenesten)

- **I praksis så må der en fastlege til for å starte et pasientforløp .**

- Flest mulig pasienter skal behandles på lavest mulig nivå .
- Fastlegen skal ta imot pasienter slik at han kan overføres fra et "Felles pasientforløp" og til et kommunalt pasientforløp . Dersom fastlegen "kan ta over som behandler" så spares ressurskrevende sykehjemsplasser . Hvor mye "helse kan skapes for den summen"?

Hvilke pasientgrupper har vi ?

De syke som føler seg "friske"
(de mestrer egen sykdom)

De syke som føler seg syke

De som var i pasientforløpet

De som er i pasientforløpet

De friske som føler seg friske
(Forebygge ytterligere sykdom)

De friske som føler seg syke
(pasient/pårørende er redde de kommer
til å bli syke)

De som ikke ønsker å komme i
pasientforløpet .

De som ønsker å komme i pasientforløpet

Eksempler :

- 1) Friske friske (Skal vi lete etter pasienter?)
- 2) De friske som er redd for å bli syke (Hindre overdiagnostikk .)
- 3) De syke syke.
- 4) De som mestrer sykdom selv .

Fastlegen sin rolle i pasientforløpet etter at pasient har vært innom spesialisthelsetjenesten

- → I nov/des har jeg som fastlege fått flere skriftlige henvendelser per dag ang denne pasientgruppen mhp på "oppgavefordeling" .
- Epikriser fra HMR(sengepost , poliklinikk , ambulant virksomhet) , fra avtalespesialister , fra hj spl /sykehjem/kommunal psyk tjeneste, fra pårørende og FM (Hjelpeverge, førerkort med mer)

Eksempler på spørsmål :

- Kontroll av Crp og elektrolytter
- Nadirkontroll om 3 dager
- Bestill DXA måling
- Samtykkekompetent?
- Henvis til fysioterapi?
- Søk om sykehjemsplass?
- Søk om støttekontakt?
- Oppdater multidose?
- Ny medisinliste?
- Mrsa prøver .
- Influensavaksinering
- Kontroll etter sykehusopphold .
- Ny diabetes kontroll
- Resepter .
- Ønske om hjemmebesøk .
- Still på utskrivingsmøte .
- Søke om nytt høreapparat .
-

- Skal vi ha obligatorisk kontroll hos fastlege 14 dager etter sykehusutskrivning?

Kontrolltimer

- → Hver dag så kaller jeg inn pasienter til kontrolltimer basert på epikriser/e- link for å få de tilbake i et kontrollopplegg .
- → Skaper ”trygghet” å ha en avtale (om 14 dager , 1 mnd , 3 mnd , 6 mnd)
- → Eldre vil ha ”papirinnkalling” i hånden .
- → Som allmennlegespesialist vurderer jeg om totalsituasjon og setter opp kontroll når dette er ” best for totalsituasjon ” til pasient/pårørende .

De eldre multisyke er ofte i et kontroll opplegg .

- Noen eksempler:
- 1)Diabeteskontroll hver 12 uke.
- 2)Demenskontroll hver 12 uke .
- 3)Kreftkontroller hver 6 mnd .
- 4)Kontroller hos øyelege .
- 5)Multidose oppdatering .
- 6)Felles konsultasjoner med Demens/psykiatritjeneste
.....
- 7)Bt kontroller
- → STADIG NYE VEILEDERE SOM KREVER NYE KONTROLLER

- Ta inn "nye" moment i allerede planlagt kontroll" ?????????

Ukontrollert oppgaveoverføring ;

- Trønderopprøret -> Satt fokus på oppgaveoverføring til fastlegene/primærhelsestjenesten

Oppgavefordeling

-
- Både fastleger , sykehjem og hyspl har opplevd økt oppgaveoverføring de siste år . For å spisse spesialisthelsetjenesten er en del ønsket og fornuftig , men

Oppgaveomfordeling :

- ***Samhandling handler om å finne en god oppgavefordeling mellom pasienter , behandlere i kommunen og behandlere på sykehus .***

Møteplass Møre og Romsdal

- For å sikre at vi skal få til en god fordeling av oppgaver så startet en våren 2018 på et 3- trinns arbeid for å sikre god oppgavefordeling (noen leser oppgaveoverføring , noen leser oppgaveomfordeling og noen leser oppgavefordeling) .

- **Møteplass Møre og Romsdal** er godkjent av det **Overordnede samhandlingsutvalget i Møre og Romsdal** . Det betyr at vi har anbefalinger på hvordan vi skal fordele oppgavene .

Trinn 1

- 1) Skape god samhandlingskultur . Ma ved å lage oss en "samhandlingsplakat" og undervise alle nye leger . (Presentere samhandlingsplakaten)

Trinn 2 –Møteplass Møre og Romsdal dokumentet .

- Dette inneholder ma følgende anbefalinger :
- Tydelig avklaring i epikrise om hva som er pasient sin oppgave.
- Epikrise skal til alle som følger opp pasient
- Medisinliste oppdatering . Begrunning for endring.
- Kopi av epikrise til pasient/pårørende + pasient info skriv

- Hvem har ansvar for timebestilling
- Ansvarlig gjøre de pasienter som kan ta ansvar
- Multidose
- Blodprøvekontroll hvor og når?
- Kontaktlege info
- Tverrfaglige møter
- Tilgjengelighet for hverandre
- Meldeplikt
-

Trinn 3 –Felle fagråd

- Skal etableres i mars 2019 . En skal der drøfte ”om oppgaver skal omfordeles” .

Konklusjon :

- Betydelig omfordeling av oppgaver .
- Stadig nye behandlingsmuligheter.
- Økning av forventninger fra pasientene/pårørende de siste årene .

- I utgangspunkt opplever jeg at det fungerer veldig bra . Vi prøver alle å ”prioritere” slik at de sykeste får mest .
- Multisyke eldre må ha avtalte kontroller . Ofte fordel med at de er de” samme som ser pasienten”.

3 avsluttende råd for godt samarbeid :

- 1) Ved kompliserte problemstillinger informerer vi hverandre og rådslår på tlf/e-link/ved å møtes . Gjensidig beslutningsstøtte gir god pasientbehandling .
- 2) Gjensidig resept og likeverd betyr at din kollega sin tid er like viktig som din egen .
- 3) Skriftligjør avtaler og ha forståelse for at noen ganger blir ikke overlevering av oppgaver så optimal som en kunne ønske seg .