

I. Samhandling som fastlege

Mette Hjermann, assisterende fylkeslege.

Tidligere fastlege og LIS i fysikalsk medisin og rehabilitering,
nå LIS 3 i samfunnsmedisin.

Læringsmål:

53: Kunne identifisere og konkretisere individuelle behov for opplæring og legge til rette for læring og mestring.

58: Ha kjennskap til prinsipper for å lage standardiserte forløp for pasienter med kortvarige tilstander og for pasienter med komplekse langvarige lidelser.

62: Kunne reflektere over egen rolle og ansvar i et helhetlig helsevesen, og balansere rollen som pasientens hjelper med rollen som portvokter og forvalter.

48 Kunne involvere pasienter, pårørende, brukerrepresentanter og framtidige brukere som aktive partnere på det nivå partnerne selv ønsker i et likeverdig samarbeid for å ivareta brukermedvirkning på individnivå.

- 49 Kunne anerkjenne og anvende pasienters erfaringskompetanse på en slik måte at pasienten selv oppfatter seg verdsatt og respektert.

- 50 Kunne vise evne til å tilstrebe frivillighet og selvbestemmelse for pasientene og under veiledning kunne involvere pasienten mest mulig i prosessen når tvangsutøvelse vurderes nødvendig.



Statsforvalteren i Oslo og Viken



Hva er habilitering og rehabilitering?

- «Målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient/bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.» jf § 3 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (forHRIK)
- Habilitering
 - Ved funksjonshemning
 - Mål: størst mulig selvstendighet og livskvalitet
- Rehabilitering
 - Ved skade/sykdom
 - Mål: gjenvinne tapt funksjonsevne
- Er dette noe fastlegen driver med?
 - Diskusjon i grupper ca 10 min



Hvordan organisere dette?

- Koordinerende enheten **skal** (for HRIK § 6 og HOL § 7.1 - 7.3)
 - finnes i alle kommuner
 - sikre helhetlig habilitering og rehabilitering
 - Overordnet ansvar for?
 - IP
 - Motta meldinger
 - utarbeidet rutiner og prosedyrer
 - Koordinatorer
 - oppnevning
 - opplæring
 - veiledning



Kasus

- 25 år gammel mann som kommer til konsultasjonen med sin far. Far er muskuløs, har tatoveringer og ser «tøff og sterk ut». Han sier han ruser seg, men har nå endelig et ønske om å bli rusfri. Han har nettopp flyttet hjem til sine foreldre pga dette. Han er redd for å «bli tatt» av andre, det er flere som er ute etter han, og han har mange fiender ettersom han var tidligere «torpedo». Han sier det er lang ventetid hos LAR og klarer ikke å vente så lenge. Han ønsker medisiner fra deg som lege til nedtrapping, både opioider og benzodiazepiner, slik at han slipper å kjøpe på gata. Far kan være med å dele dem ut og passe på. Far og mor er stabile mennesker i full jobb.
- Hva gjør du?
 - Diskusjon i grupper ca 10 min



Kasus 1

- Hva kom gruppe 1-3 fram til?



Hva skal til for at han skal klare dette?

- Noen som bryr seg og følger han opp?
 - Ruskonsulenten i kommunen
- Et sted å bo?
 - Boligkonsulenten i kommunen
- Noe å gjøre / kjenne seg nyttig?
 - NAV arbeid?
- Penger for å gjøre opp for seg?
 - NAV sosial: direkte oppgjørs ordninger, gjelds ordninger, NAV forvaltning, verge?
- Tannstatus?
 - Fylkeskommunen gir gratis hjelp – ruskonsulent vet...
- Noen til å forskrive medisiner?
 - Hva er riktige medisiner, hvordan følge dette opp? Fastlege / ruspoliklinikk
- Helseplager (somatiske og psykiske)?
 - Følge opp dette – fastlegen?



LAR – hva er det?

- LegemiddelAssistert Rehabilitering.
 - Dvs legemidlene (kun visse opioider) er en del av behandling og rehabilitering av rusmiddellidelser.
 - Veileder: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Mye mer enn medisiner...
- Kan fastlege klare dette alene?
- Kan spesialisthelsetjenesten klare dette alene?
- Skal fastlegen være med på dette?
- Hvordan organisere dette?



Faglig indikasjon for benzodiazepiner v/rusmiddellidelse?

- ROP retningslinjen:
 - Positiv effekt:
 - Ingen studier kan dokumentere dette
 - Negative effekter:
 - Dokumentert i kunnskapsoppsummeringen fra kunnskapssenteret.
 - Kun etter samarbeid fra spesialist
 - del av en planlagt og tverrfaglig nedtrapping med tett oppfølging inkl samtaler, urinprøver, IP ol
- Veileder for rekvirering av vanedannende legemidler
 - <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler>

Mulige samarbeidspartnere? – gruppe ca 5 min



- Ruskonsulent?
- NAV sosial?
- Apoteket?
- Lab: urin?
- Ruspoliklinikken?
- Hjemmesykepleien?
- Psykiatrisk sykepleie?
- Bo veileder?
- Gjeldsrådgiver?
- NAV arbeid?
- Kreftsykepleier?
- Fysioterapeut?
- Ergoterapeut?
- Vernepleier?
- Logoped
- Syns og hørsels kontakt
- Tildelingskontoret?
- En som har oversikt rundt pasienten? (fagspl/pas koordinator)
- Oppsøkende tjenester? (rus, psyk, demens, barn...)
- «Aktiv på dagtid»?
- Frisklivssentralen?
- Lærings- og mestringssenteret?
- Pårørende?
- Frivillige organisasjoner?
- KAD plasser (somatikk og rus)?
- Helsehus/ korttidsplasser?
- Demensteam?
- Palliativt team?
- Fylkestannlege?
- Hverdags rehabilitering?
- Flere?

Taushetsplikten til hinder for samarbeid?

Helsepersonelloven § 25:

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.



Bli kjent i din kommune!

- Kommunen er «små selvstyrer»
 - Ulikt organiserte tjenester
 - Ulike navn på tjenestene
 - Ulike tilbud
- Veileder kan orientere en del
- Kommuneoverlegen kan orientere en del
- Hospitere:
 - Spør kommuneoverlegen hvor det kan være mest nyttig for deg?
- Kommunale fagdager
 - Bli slik kjent med et felt.
 - Informasjon: kommuneoverlege /nettsiden til kommunen



Kommunale tjenester

- Henvisning?
 - Nei. Pasienten søker, legen kan legge ved medisinskfaglig uttalelse.
 - Legen kan oppfordre til et kartleggingsbesøk av kommunen, som så hjelper med søknaden.
 - Kommunen fatter vedtak på tjenester, som pasienten kan klage på til Statsforvalteren.
- «En dør inn» - koordinerende enhet.
 - forskriftsfestet



Video

«Egne erfaringer og refleksjoner»

Nettsiden: www.snakkomrus.no

<https://rop.no/roptv/egne-erfaringer-og-refleksjoner2/>

← ROP.no

Snakk om rus

SØK

KONTAKT

MENY

Kartleggingsverktøy | Alkoholenhetskalkulator | Videoteket | Motiverende intervju

Denne nettressursen er laget spesielt for ansatte i kommunens helse- og omsorgstjenester, i NAV og i spesialisthelsetjenesten. Her finner du elektroniske kartleggingsverktøy, fagstoff, filmer og annet læringsmaterieell som kan gjøre deg til en bedre rådgiver i samtaler om bruk av alkohol og andre rusmidler.



Kartleggingsverktøy



Alkoholenhetskalkulator



Videoteket



Hva er individuell plan, IP?

- Behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester: plikt og rettighet
 - Lovpålagt: Pasrl § 2-5, HPL § 38 a, HOL § 7-1, spesHL § 2-5 , PHL § 4-1 og forHRIK § 16 -23
- For pasienten
 - Hvem er jeg og hva vil jeg?
 - Pasientens: mål, ressurser og behov for tjenester
 - Hvordan komme dit?
 - Hvem? personnavn og tlf til koordinator og alle bidragsyttere
 - Hva? Tiltak, ansvar og bidrag.
 - Hvordan? Gjennomføring, tidsplan, evaluering
- Legens verktøy:
 - En koordinator å forhold seg til som
 - innkaller til møter
 - oppdaterer IP
 - følger opp helheten
 - Gi medisinskfaglige innspill





«kompetent pasient»

- Videoen med Lise Åsmundstad: «kompetent pasient» ?
 - Hva betyr dette?
 - Hva innebærer det for deg som utøvende lege?
- Diskuter dette i gruppe i 10 min.



«kompetent pasient»

- Hva kom gruppene 5-7 fram til?

Krav til helsehjelpen	Krav til pasient
Vite hvem som kan hjelpe med hva	Kunnskap om samfunnet, erfaring
Informert samtykke	Kunnskap om tilstand og behandling
Oppmøte og gjennomføring av behandling	Motivasjon, kunnskap, erfaring, struktur, vilje, tillit, pårørende som støtter og hjelper, hukommelse, gjennomføringsevne ol
Kartlegge for å finne rett tiltak	Samarbeid, tillit, struktur, hukommelse, kunnskap ol



Hvordan få en «kompetent pasient»

- Pasientens egne erfaringer
- Informasjon til pasienten
- Opplæring av pasienter og pårørende
 - Lovpålagt, jf HOL § 1-1, 3-3, 3-2 pkt 6b, SHL § 3-8 pkt 4, forsk. Hab § 13 pkt c
 - Lærings og mestringstilbud i alle helseforetak og kommune
 - Bli kjent i ditt område!
- Pasientorganisasjoner
- Internett – selektert info
 - hels norge
-





1. Standardiserte pasientforløp

Film:

<https://www.youtube.com/watch?v=5PS86kAcFk4>



IP

standardiserte pasientforløp

Plan for et individ

Plan for brukergrupper hvor det er mulig
å strukturere et utvalg standard
sjekkpunkter, tiltak og tjenester langs en
definert tidslinje

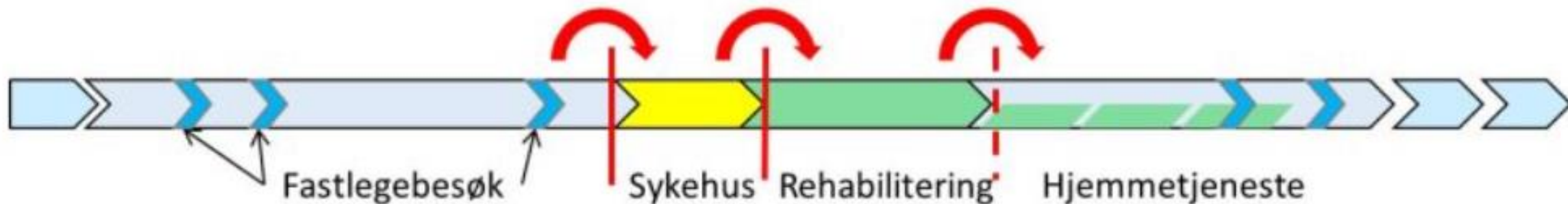
Tverrfaglig oppfølgingsteam

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>



Pasientforløp

- «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.»
- Helhetlige pasientforløp skiller seg fra behandlingslinjer ved at de har en bredere tilnærming og går på tvers av nivåer og virksomheter.
- Behandlingslinjer (spesialisthelsetjenesten)
 - «En dokumentert beskrivelse av et forventet pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i evidens og koblet til effektiv ressursutnyttelse og





Tverrfaglig oppfølgingsteam

- Hva er dette?
 - Består av de som yter tjenester til vedkommende
 - Koordinator
 - Systematikk
 - samarbeid: tverrfaglig og med bruker
 - plan for evaluering av mål)
- Typer team i kommunen
 - Plangruppe med IP og koordinator
 - Rehabiliteringsteam, habiliteringstesam, demensteam, rusteam, ACT team, FACT team, innsatsteam, diabetesteam, psykisk helseteam, palliativt team,...
 - Finn ut hva din kommune har og bli kjent..



Pasientforløp – ulikt fokus

Sykehuset

utviklet i forhold til faglige retningslinjer for enkeltdiagnoser

Pakkeforløp

Kommunen

legge til rette (medisinsk og funksjonelt) for at pasienten skal klare seg selv på best mulig måte

Standardiserte pasientforløp



Eksempler på pasientforløp

1. Pasientforløp etter fall- og bruddskader i bydel Østensjø
2. Pakkeforløp psykisk helse og rus.

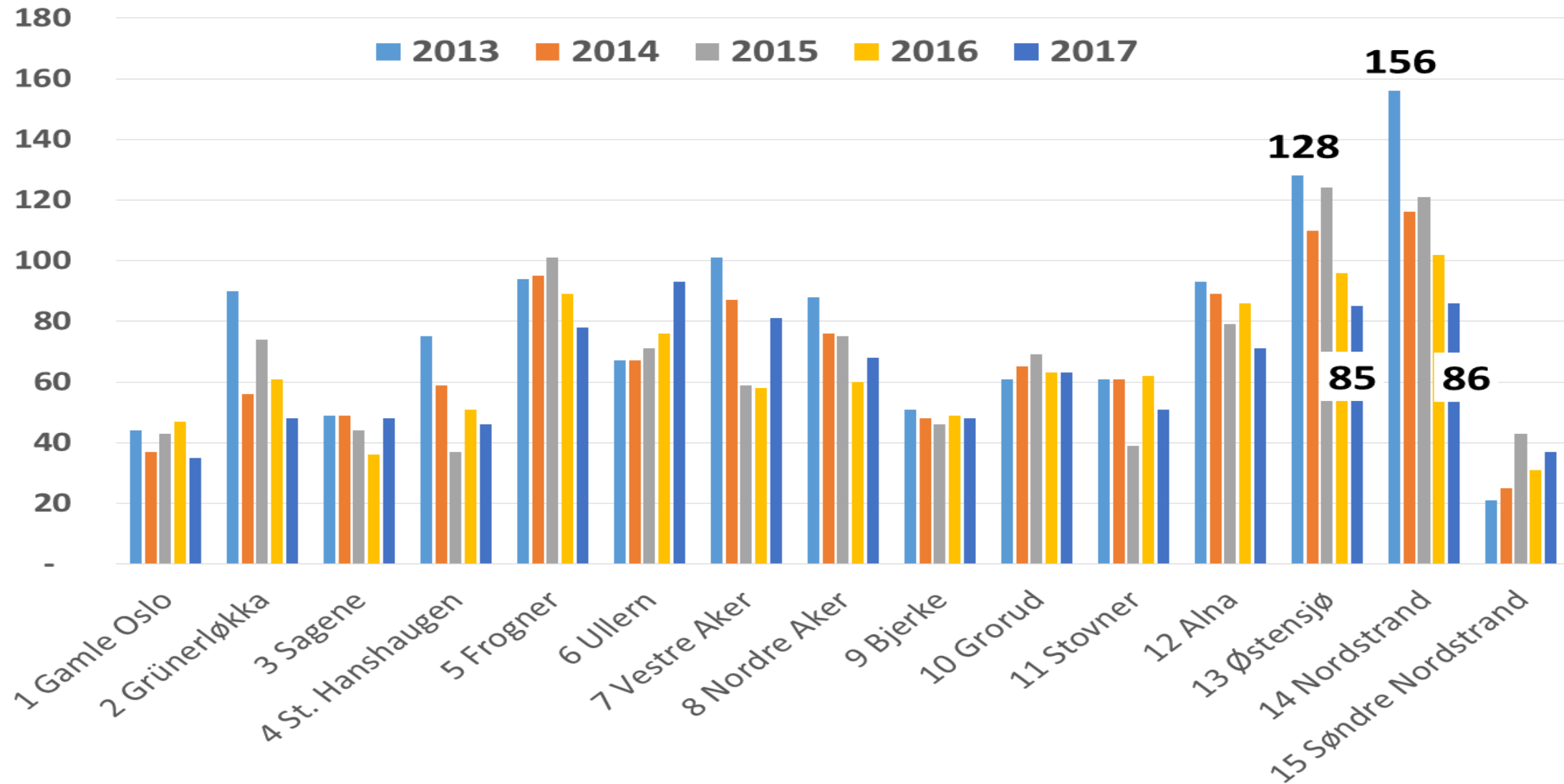


1. Pasientforløp etter fall og bruddskader i bydel Østensjø

- Fall og bruddskader – konsekvenser for den enkelte
 - Funksjonsfall, mer hjelpetrengende, mindre selvstendig og mer avhengig av andre
 - Sykehjem etter et lårhalsbrudd: ca 40 %
 - Redusert livskvalitet
 - Økt dødelighet . I Oslo dør ca 25% i løpet av et år etter lårhalsbruddet
- Fall og bruddskader – konsekvenser for bydelen
 - Første år etter et lårhalsbrudd: Ca 500.000 kr
 - Derav belastes det kommunale budsjett med ca 300.000 (Hektoen 2009, Helsedir 2013)



Antall pasienter 65+ innlagt på sykehus for hoftebrudd 2013-2017





Mål for prosjektet:

- Forebygge fall og bruddskader ved fall hos eldre 65+
 - Redusere unødvendig helsetap og funksjonsfall hos eldre pga fallskader
 - Redusere offentlige utgifter til behandling, rehabilitering og pleie pga fallskader hos eldre



Prosjektorganisering

Styringsgruppe

OUS v/ledere på Skadelegevakten, Samhandlingsdirektør, Geriatrisk avd.
OK ved leder i Helseetaten, bydel Østensjø og Nordstrand og Sykehjemsetaten,
Brukerrepresentanter: Eldrerådet i Oslo og hovedtillitsvalgt for fastlegene

Prosjektledere

Skadelegevakta, OUS (v/overlege Ruth Aga)
OK, Helseetaten (v/seksjonsleder Marit Rognerud)
OK, bydel Østensjø (v/bydelsoverlege Anita Jeyananthan)
OK, bydel Nordstrand (v/bydelsoverlege Tanja Tomasevic)

Arbeidsgruppe sjekklister/rutiner

3 fastleger, 2 repr. fra bydelene, 1 fra hhv KAD, HEL og Geriatrisk avd, OUS

Arbeidsgruppe statistikk og forskning

Helse Sørøst, NPR og FHI

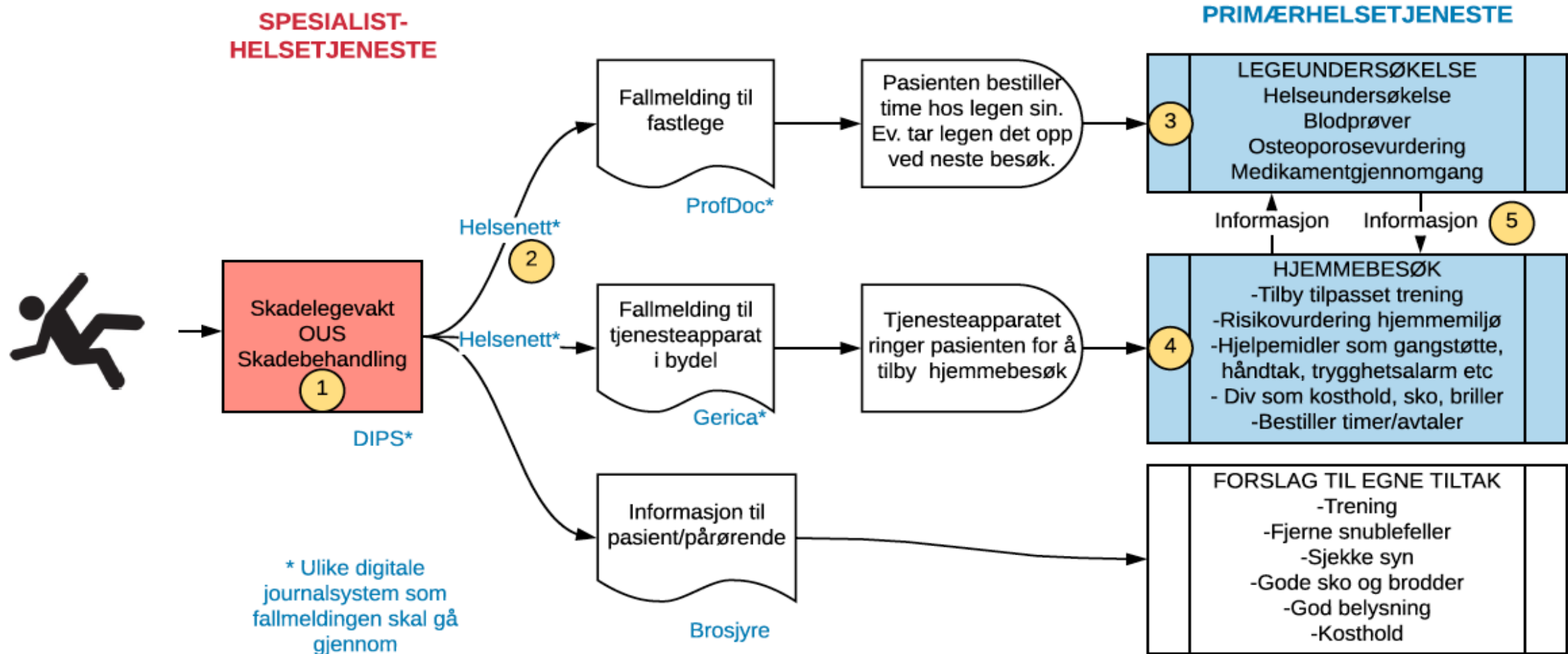


Prosjektorganisering lokalt

- Bredt sammensatt lokal prosjektgruppe:
 - Bydelsoverlege
 - Avdelingsledere fra tverrfaglige team
 - Avdelingsleder innsatsteam
 - Avdelingsleder lavterskel med representanter
 - Representant for tidligere Søknadskontor
 - Geric konsulent
- Hva har vi gjort:
 - Utarbeidet lokale rutiner for håndtering av fallmeldinger
 - Implementering i tjenestene
 - Erfaringsutveksling



Pasientforløpet



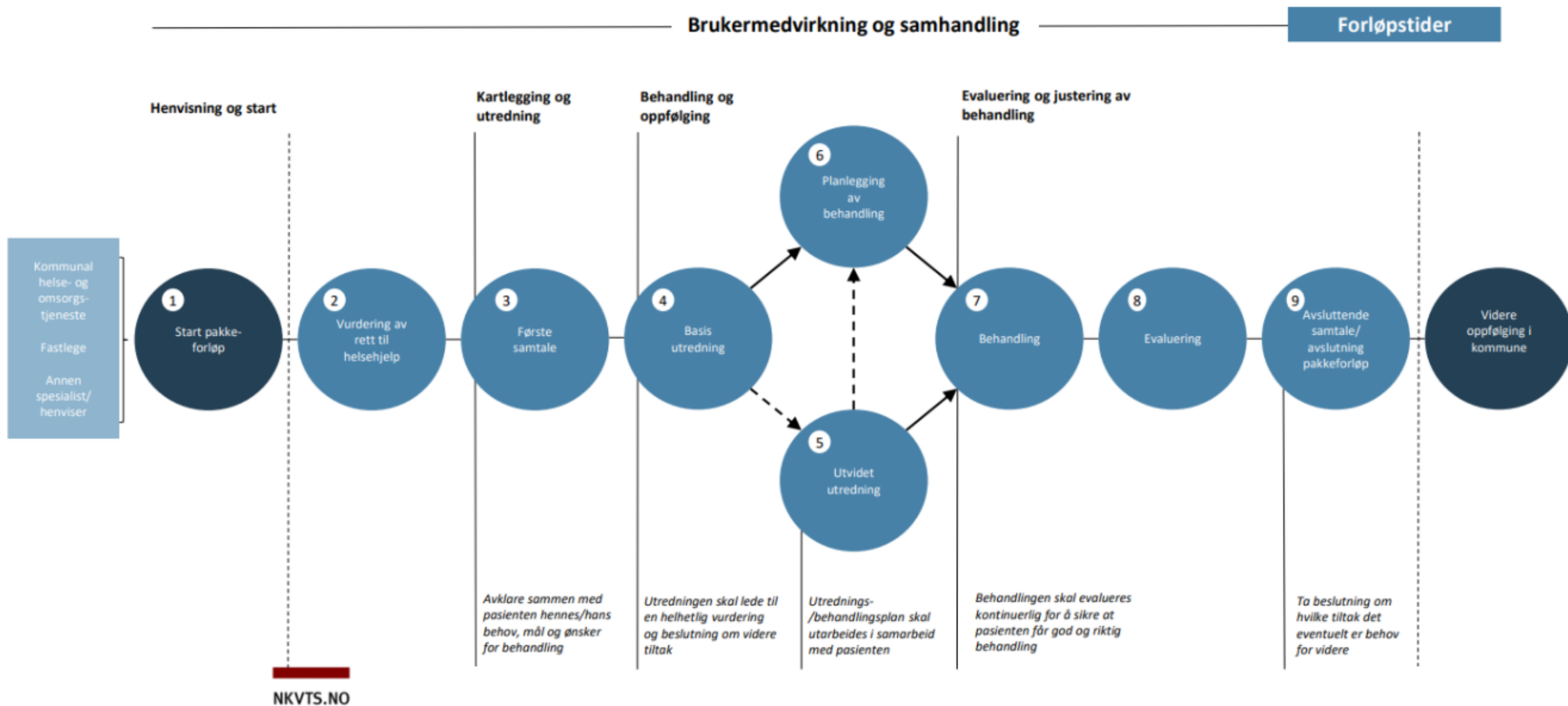


2. Pakkeforløp rus og psykisk helse

- Målsetting
 - økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
 - sammenhengende og koordinerte pasientforløp
 - unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging
 - likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
 - bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner



Flytskjema for pakkeforløp(ene)



Figur 1: Flytskjema for pakkeforløp psykisk helse og rus er brukt med samtykke fra Helsedirektoratet. Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.



2. Pakkeforløp rus og psykisk helse

<https://www.youtube.com/watch?v=gfHsuQpHQ3A>

- «Veien inn, gjennom og ut av spesialisthelsetjenesten»
- Forløpskoordinator i kommunen
- Forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten
- Brukermedvirkning



Oppsummering: Ulike verktøy for samhandling

- IP og koordinerende enhet
- Standardiserte pasientforløp
- Pakkeforløp



LIS 1 tjeneste - en gyllen anledning!

- Spør veileder om han har noe pasienten med behov for langvarige og koordinerte tjenester.
 - Psykisk utviklingshemning, rus problemer, fibromyalgi, sjeldne sykdommer ol...
 - Innkall de til time, kartlegg og bli kjent med systemet rundt dem.
- Snakk med kommuneoverlegen
 - Hvilket tilbud er i din kommune?
 - Hvordan er det organisert?
 - Hva fungerer bra /mindre bra i kommunen?
 - Hva er politiske satsningsområder?
 - Hvor bør du hospitere?
 - Hvilke standardiserte pasientforløp finnes i kommunen?
 - Hvilke tverrfaglige behandlingsteam finnes i kommunen din?
 - Hvilke lærings og mestringstilbud finnes i kommunen og helseforetaket?

Lykke til!!!



Fylkesmannen i Oslo og Viken

