

Fastlegens rolle i gode pasientforløp

Målgruppe

Eldre og kronisk syke som får hjemmetjenester og som trenger oppfølging fra fastlege.

Sjekklisten

Punkter i fastlegens oppfølging for å sikre gode pasientforløp:

1. Pasientens opplevelse av egen situasjon **nå**
2. Epikrise/ rapport – gjennomgang relevant informasjon
3. Legemiddelgjennomgang, (endringer under innleggelse, indikasjoner, effekt, bivirkninger, interaksjoner, seponeringer). Resepter. Oppdatert LIB (legemidler i bruk liste) til pasient, hjemmetjeneste, og ev. apotek.
4. Behandlingsplan/tiltak ved forverring. Vurder å gi gjenpart til pasient. Avtale kontroll.
5. Rekvirere undersøkelser/behandling/andre tjenester
6. Sende info fra konsultasjon inkludert behandlingsplan til hjemmetjenesten.

Veiledning i forberedelser, gjennomføring og oppfølging fra fastlegen

Det er viktig å ha en felles forståelse av fastlegens rolle i det gode pasientforløpet i kommunene. Dette kan synes selvsagt, men svikter til tider.

Forberedelse fra hjemmetjenesten

- 1) Primærkontakt bestiller time hos fastlege 2 uker etter utskrivning fra institusjon, eller når nye pasienter, som innskrives i hjemmetjenestene, trenger oppfølging. Primærkontakt forklarer pasienten hensikten med kontroll-time hos legen (legekontroll er et uttrykk de fleste pasienter er vant med).
- 2) Konsultasjon eller hjemmebesøk vurderes.
- 3) Primærkontakt deltar dersom hensiktsmessig. Ellers er det ønskelig med pårørendes deltakelse. Enklere å huske informasjon dersom flere enn pasienten mottar den.
- 4) Hjemmetjenesten sender skriftlig info om pasientens helsetilstand til fastlegen. Utarbeid gjerne denne informasjon sammen med bruker. Denne informasjonen kan være fastlegens eneste mulighet til å være godt forberedt.
- 5) Hjemmetjenesten sørger for at bruker/pårørende er forberedt på spørsmålet "Hva er viktig for deg?" ved å orientere om og legge igjen «Hva er viktig for deg-skjemaet»
- 6) Dette følges opp etter at bruker / pårørende har fått tid til å gå gjennom dette.

Bruker og pårørende forbereder seg

- 1) Bruker, gjerne sammen med pårørende, informeres om bakgrunnen for og hensikten med «Hva er viktig for deg-skjemaet»
- 2) Bruker / pårørende reflekterer over hva som er viktig i pasientens- liv og hvilke funksjoner som vil være avgjørende for å kunne ha et best mulig liv. Viktig å finne ut hva det er meningsfullt å snakke med legen om.

Fastlegens forberedelse

- 1) Lese hjemmetjenestens statusrapport og evt epikrise fra institusjonsopphold
- 2) Ha oversikt over historikk

Gjennomføring av fastlegeoppfølging

Dersom det er mulig, er det best å gjennomføre 2 ukers kontroll på legekantoret, da undersøkelsesmulighetene her er bedre. Alle konsultasjoner bør starte med pasientens fokus. "Hva er viktig for deg?" er det underliggende spørsmålet.

- 1) Pasientens opplevelse av egen situasjon **nå**

Intensjonen er å få tak i det som nå er viktig for pasienten. Konsultasjonen vil da naturlig henge sammen med forberedelsene hjemmetjenestene har gjort sammen med brukeren. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er ikke enkelt, men ikke mindre viktig fordi det kan mobilisere pasientens egne ressurser til å medvirke.

På 2-ukers kontrollen, kan det kanskje virke godt at fastlegen først forklarer at det er bestilt time for pasienten fordi pasienten var innlagt på sykehus, og at det er behov for en kontroll for å prøve å unngå en ny sykdomsepisode som krever sykehusopphold, og så fortsette med noe som: Er det noe pasienten har opplevd som spesielt bra eller dårlig på sykehuset, eller den siste uken? En del pasienter kan her gi veldig viktig informasjon. Dersom pasienter 'brenner inne' med sine opplevelser, fordi fastlegen ikke etterspør dem, vil de være mindre mottakelige for annen informasjon fra fastlegen, og en oppnår en dårligere allianse med pasienten.

- 2) Epikrise/ rapport – gjennomgang relevant informasjon

Stemmer pasientens opplevelser med det som er kommet fra sykehuset og hjemmetjenestene. Oppklare misforståelser.

- 3) Legemiddelgjennomgang, (endringer under innleggelse, indikasjon, effekt, bivirkninger, interaksjoner, seponeringer). Resepter. Oppdatert LIB til pasient, hjemmetjeneste, og ev. apotek.

Her er det mange gode kilder og konkrete sjekklister som kan støtte dette arbeidet. Blant annet fra Legemiddelverket:

http://www.legemiddelverket.no/Bruk_og_raad/Raad_til_helsepersonell/Legemiddelgjennomgang/Sider/default.aspx

- 4) Behandlingsplan/tiltak ved forverring. Vurder gjenpart til pasient. Avtale kontroll.
Det kan gi viktig trygghet for pasienten, pårørende og hjemmetjenesten om man går systematisk gjennom hva som er viktig i oppfølgingen ut fra den helsetilstand

pasienten har. Det vil også være nyttig å tydeliggjøre for pasienten og hjemmetjenesten hva man skal se etter ifm forverring og hvilke tiltak man skal iverksette ved forverring. Behandlingsplanen bør gjelde alle pasientens sykdommer som trenger oppfølging, men må tas i flere konsultasjoner dersom det er omfattende. Behandlingsplanen fra 2-ukerskontrollen kunne for eks bli slik: « Lårhalsbrudd for 3 uker siden. Fortsetter smertestillende medisiner i hht til oppdatert medisinliste, og hjemmerehabilitering. Ved økte smerter som ikke avhjelpes av avtalt tilleggsmedikasjon, skal legetime bestilles. Har i tillegg justert diabetesmedisin i dag. Ny legetime avtalt her om 1 uke for diabeteskontroll. Trenger følge, organiseres av hjemmesykepleie. Syketransport rekvirert av legekontor.»

Hjemmetjenestene bør være obs på behovet for nye kontroller hos pasienter der dette ikke er avtalt fordi legene ikke har innkallingsrutiner for sine pasienter.

5) Rekvirere undersøkelser/behandling/andre tjenester

Hva er en fornuftig vei videre. Fastlegen vurderer ev henvisninger eller rekvisisjoner.

6) Sende info fra konsultasjon inkludert behandlingsplan til hjemmetjenesten.

Viktig å lage en god overgang til andre tjenester og skriftlig kommunisere det som kommer ut av konsultasjonen. Spesielt gjelder dette oppfølging fra hjemmetjenesten eller andre kommunale tjenester for å få pasientforløpet til å henge godt sammen. Derfor er det viktig at informasjonen fra fastlegen blir lest og forstått både av ansvarlig sykepleier i hjemmetjenesten og av primærkontakten.