

Palliasjon.

Fastlegens rolle i palliasjon.

Fredag den 09.12.11 kl. 13.45 – 14.45

Kommuneoverlege Bjarne Rosenblad

Fastlegens rolle?

- Rolle??. Spiller et spill. Instruert.
- **Mulig aktør** i en begivenhet.
- Hva kan fastlegen bidrage med i palliasjon? (bør, kan, skal).
- Rammebetingelserne for fastlegen.

Palliasjon før og nu.

- Møtet med palliasjon 1996-1997.
- - den gamle familielege –

- Møtet med palliasjon 2011-2012.
- -komplekst, mange aktører, mange forventninger-

- Tiden er forandret for palliasjon – det er også legens rolle.

Aktører i palliasjon.

- **Pasienten i sentrum.**
- **Pårørende omkring.**

- Sykehus (spesialavdeling, kreftavdeling) – diverse personell. 1.
- Mobilt palliativt team – diverse personell. 2.
- Palliasjonsenhet i sykeheim 3.
- Hjemmetjeneste – diverse personell.
- Fastlegen. 4.
- Fysio- og ergoterapi (hjelpemidler).
- Sykeheim – almindelig – diverse personell. 5.
- Hospice – vel ikke så utbredt. 6.

- **Professionell personell.**

Hvem definerer bidrag fra fastlegen

- Sentrale myndigheter – Helsedirektoratet (IS-1529). Oppdatert 2011
- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen.
- Anbefalinger (anses som god praksis), ikke rettslig bindende men styrende (faglig forsvarlighet).
- Hjemmebasert omsorg.
- Definisjon: Den palliative behandling, pleie og omsorg som pasient og pårørende trenger når pasienten tilbringer hele eller deler av den siste tiden av livet i hjemmet.
- Oppgaver: Skaffe pasient og pårørende de **lege**, pleie- og omsorgstjenester som det til enhver tid er behov for.

Hvem definerer bidrag fra fastlegen

- Kliniske tilbud:
- **Oppfølging og nødvendige hjemmebesøk fra fastlegen.**
- Nødvendig samarbeid med spesialisthelsetjenesten, herunder palliativt team.

- Organisering:
- Ansvar for hjemmebasert omsorg vil i all hovedsak ligge hos den kommunale pleie og omsorgstjenesten (hjemmesygepleien) og **fastlegen**.
- Hjemmesygepleien og **fastlegen** skal samarbeide med palliativt team når dette er nødvendig for å gi god behandling og pleie.
- Den hjemmebaserte omsorg en må organiseres slik at pasient og pårørende kan ha tilgang til kvalifisert hjelp døgnet rundt. Dette innebærer:
- c. **Fastlegen** bør foreta hjemmebesøk etter avtale med pasient/pårørende og hjemmesygepleie. Der må utarbeides en rutine for legehjelp utenom arbeidstid.
- d. Ved planlagt fravær **må fastlegen** gjøre avtale med annen kollega og orientere om pasienten/familien og de mulige problemer der kan oppstå.
- e. **Fastlegen** har det koordinerende ansvaret for den medisinske behandlingen av pasienten. I spesielle tilfelle kan sykehusets palliative team overta behandlingsansvaret.

Hvem definerer bidrag fra fastlegen

- Kompetansesenteret for lindrende behandling i region Nord.
- Håndbok i lindrende behandling.

- Side 66 – figur (Kommunens ansvar og oppgaver).
- Side 67 – Om ansvarsfordelingen
- ”Når en pasient utskrives fra sykehus til kommunehelsetjenesten har fastlegen det medisinske ansvaret. Skal det fungerer godt er det svært viktig at fastlegen kontaktes ved utreise og evt. under sykdomsforløpet. Pasienten kan også oppfordres av sykehuslegen til å holde kontakt med fastlegen i hjemmep perioder under behandling”.

- Side 68 – Informasjon til fastlege.
- Dersom **fastlege overtar ansvaret**, må han hun få informasjon om pasienten så tidlig som mulig.

Hvem definerer bidrag fra fastlegen

- Norsk forening for palliativ medisin.
- Standard for palliasjon (2004)
- -Tatt til orientering av Den norske legeforenings sentralstyre 20.10.04-

- Ansvar (s.18):
- **Fastlegen.**
- Er pasientens ansvarlige lege som har det overordnede, koordinerende ansvar for omsorg og behandling
- ”skal sørge for at innbyggerne påvedkommendes liste får tilgang til almenmedisinske legetjenester, herunder konsultasjoner, sykebesøk og øyeblikkelig hjelp.
- Bør ut fra sin rolle som fastlege ta ledelsen ved aktivt å initiere, prioritere, koordinere og følge opp nødvendig diagnostikk og behandling i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.... Trekke inn andre faggrupper (fysioterapeut, prest, sosionom)

- Refererer til hverandre i tidslinje – formuleringer går igjen.

- FASTLEGEN HAR ALTSÅ EN ROLLE.
- FASTLEGEN BØR/SKAL ALTSÅ BIDRAGE.

Fastlegens hverdag.

- 300 pasienter per dag – 5 dager i uken.
- Norm for fastliste – 1500 listepasienter – 4500 konsultasjoner/år – 100 per/uke.
- Primært gjennomsnittlig arbeidstall basert på ”hva man gjennomsnittlig kan klare” – fra 1975-1980 (DK).
- Økonomisk modell ut fra norm.
- Altså - det er ikke enkelt at drive rentabelt uten for normen.
- Har normen fulgt med tiden og endret arbeidsoppgaver for fastlegen?

- TID
- FORDYBING
- OPPDATERING
- KOMPETANSE PÅ DIVERSE SPESIALFELTER.

- Økonomi.
- Mulighet for sykebesøk – ja. Takster for egne kronisk syke pasienter (11e).
- Betaling som alt annet – ok. Tidstakster, kjøretakster.
- Tverrfaglige møter – ok.
- - men (-90) (alt betalt) burde kunne brukes i palliasjon (liker ikke at være dødens kjøpmann)

Fastlegens hverdag.

- Antall døde per år på listen – 1%. Dette motsvarer 15 dødsfald (1000 pasienter altså 10 dødsfald).
- 830 kreftdødsfald/år i Rogaland. 50 kreftdødsfald per 25.000 innbyggere/år – altså 2 per 1000 !!! – **eller 30 per 15.000.**
- Det skjer ikke så ofte igjen på min liste. Det jeg ikke gjør så tit - det bliver jeg utryk på når det skjer.
- Utvidet begrep (kronisk og uhelbredelig fremadskridende lidelse som ender med døden). Livet.
- Kreft
- KOLS.
- Kronisk hjertesvikt.
- Neurologisk sykdommer, nyresvikt og annet.
- Så skjer det oftere, så bliver jeg mer trykk, så bliver jeg bedre.

Fastlegens anvendelighet.

- **Interesse:**
- Ja – hvis fastlegen ikke er interessert her – så er familielegen avgått ved døden. Det er her fastlegen treder i **karakter**.
- Kjenner kanskje pasient over mange år – kanskje ikke.
- Unik mulighet for at gjøre en forskjell i et forløp.
- Avspeiler kursdeltagelse interesse fra leger? (3 av 63 – alle tre sykeheimsleger (møter palliasjon ofte) + fastleger.

Fastlegens anvendelighet.

- **Kompetanse.**
- Har fastlegen generelt god nok kompetanse i palliasjon?.
- Kompetansenivåer.
- Nivå A – Grunnliggende kompetanse (alle leger gjennom grunnutdanning)
- **Nivå B – Nødvendig kompetanse for leger som har palliasjonsom en del av sitt kliniske arbeidsområde. Dette vil gjelle allmennleger.**
- **- Klinisk emnekurs for leger i palliasjon-**
- Nivå C – Leger i palliative team.
- Der mangler noget.
- Personlig 2-3-4-5 på svarskjema.
- Personlige erfaringer og opplevelser.
- Ingen/beskeden tradisjon for refleksjon interkollegialt.

Fastlegens anvendelighet.

- **Tilgjengelighet**
- **Er fastlegen tilstede?.**
- Klokken 8-16, 44 uker om året, fravær (sykdom, kurs, ferie, opptatt av "annet viktig arbeid").
- Svakheter i "den nye legerolle".
- Motvirke ved lege-fellesskap, faste avtaler, evt. planer for møter/tiltakk.
- Motvirke ved "det ekstra i jobben" – den gode følelse "at få det til".
- – jeg er også bare en "låsesmed"-

Fastlegens anvendelighet.

- **Fleksibilitet.**
- **Kan fastlegen være fleksibel eller er alt planlagt på forhånd og 4 uker frem?**
- Prioritering av oppgaver i et vekk.
- Motvirke ved forklaring til de som er forutrettet – generell stor forståelse.
- Planlegge – eks avtalt sykebesøk x 2 ukentlig klokken 14.00.

Fastlegens anvendelighet.

- **Samarbeid.**
- **Kan fastlegen samarbeid med diverse samarbeidspartnere? – pasient, pårørende og personale?**
- Ja – intet til hinder.
- Der kan være enkelte tilbake av en utdøende race.

Oppgaveoverdragelse.

- Oppgaveoverdragelse i det stille.
- Sykehus ut i kommunene.
- Nye roller?

- Eks.

- MPT. Kontakt via hjemmesykepleie, endring i medisin, hen av veien epikrise til fastlege med posten. Ansvar??.
- Hvis de har endret uten at tale med mig – så er det vel deres ansvar.

- KOLS –koffert. De kontrollerer pasient, endrer på medisin, tar dem inn osv. Det er vel deres pasient.

- Innleggelse på sykeheim (med og uten palliativ enhet)

Veien videre.

1. Generell kompetanseheving hos "involverte fastleger".
2. Kommunal avklaring om "Vort tilbud og organisering" – her gjør vi sådan og her gjør vi sådan (variasjon men tydelig). Dette skal/bør gjøres i samråd med fastleger i kommunen.
3. Mer tydelig på "hvem som gjør hva" i kommunal sektor. Denne tydelighet må også klargjøres for brukere.
4. Avstemning "nasjonalt" av arbeidsoppgaver hos fastlegen i forhold til normeringer.
5. Bedre kommunikasjon – elektronisk – mellom parter (2 linje, 1 linje, hjemmesygepleie).
6. Forventningsavklaring hos befolkning.
7. Utvikle kultur hos personell (og fastleger) for "refleksjon over egen praksis" på profesjonell basis.