



NFA årsmøte 12.mai 2022 - Sak 5. Helsepolitisk verksted

Fastlegen og den gamle, kontinuitet og omsorg til livets slutt eller er kontinuiteten en Prokrustes seng?

Vi sier at «gullet» i fastlegeordningen er den lange personlige relasjonen – kontinuiteten. Når pasienten blir alvorlig syk og får større behov har vi bygget en kunnskap og kjennskap til pasienten som sikrer at hjelpen blir bedre, individuelt tilpasset og skreddersydd.

Har kontinuiteten en grense? Formelt sett stopper kontinuiteten når den gamle tas inn i pleieinstitusjon som langtidspasient. Da overtar tilsynslegen. Men før langtidsplassen- hvordan er det med kontinuiteten da? Og er den under press?

- Hva med den hjemmeboende eldre som ikke er fullt ut i stand til å etterspørre den medisinske hjelp de trenger? (men også de som kan etterspørre)
- Hva med hjemmeboende eldre som har oppfølging av hjemmetjenesten?
- Hva med eldre som har aktive pårørende som engasjerer seg i deres medisinske situasjon?
- Hva med den hjemmeboende eldre som ikke greier å komme til kontoret?
- Hva med hjemmeboende eldre i boenheter som formelt er deres eget hjem, men hvor alt annet virker som en pleieinstitusjon?

Kontinuitet koster! Tid og ressurser:

- Kan og vil vi prioritere den gamle og syke pasienten fremfor andre?
- Kan og vil vi arbeide mer proaktivt, ikke bare vente på en «bestilling»?
- Kan og vil vi i større grad delta i en helhetlig og tverrfaglig omsorg for vår pasient?
- Kan og vil vi i større grad samarbeide med pårørende?
- Kan og vil vi ta i bruk de riktige digitale hjelpemidler for å understøtte omsorgen for den gamle og syke?
- Kan og vil vi bidra til målsettinger og beredskapsplaner, som minsker sjansen for at ukjente leger på legevakt må fatte beslutninger som fører til overbehandling eller andre feil?
- Kan og vil vi bruke av vår fritid, eksempelvis ved hjemmebesøk eller besvare telefoner fra hjemmetjeneste eller pårørende på fritid?
- Kan og vil vi følge opp våre egne pasienter når de er på korttidsplasser eller bor i «halvveisinstitusjoner»?

Behov kan være motstridende. Hvis sykepleierne på en «halvveisinstitusjon» forfekter at det er forvirrende å forholde seg til mange leger og spør om å få en tilsynslege, vil jeg da slåss for kontinuiteten og relasjonen til min pasient? Mer tid til den syke gamle gir mindre tid til andre pasienter, er vi villige til å prioritere det når det finnes andre løsninger uten kontinuitet? Og det selvfølgelig: Vil vi ofre av fritiden?

Fra gresk mytologi kjenner vi Prokrustes som drev et herberge der gjestene ble tilpasset sengen. Beina ble saget av om de var for lange. <https://no.wikipedia.org/wiki/Prokrustesseng>

Oppgaver til gruppearbeid

Hvis kontinuiteten er en viktig ressurs – hvordan kan vi bevare den lengst mulig?

- Mer krevende og aktive pårørende – hvordan gjør vi det til en ressurs, ikke en belastning?
- En hjemmetjeneste som etterspør mål og beredskapsplaner - hvordan gjør vi det til en ressurs, ikke en belastning?
- Flere digitale hjelpemidler - hvordan gjør vi det til en ressurs, ikke en belastning?

Faglige mål og ambisjoner står alltid i balanse med rammene som gjør dem mulige. Hva er realistisk og hva er mulig i dagens fastlegeordning? Hva kunne vi fått til med flere fastleger og litt bedre tid?

Kasuistikk 1:

"Du har fulgt Olga (82) i 20 år. Nå er hun blitt så skrøpelig at hun må flytte til et Omsorg Pluss-anlegg. Hun tilbys å bytte fastlege til en samlokalisert lege. Hun og familien ønsker å beholde sin gode, gamle fastlege. Men dette innebærer noen ulemper for henne: Dersom det blir spørsmål på kveld eller helg, så vil hjemmesykepleie måtte ta kontakt med legevakt. På Omsorg Pluss har de et vaktssystem, slik at legen der kan kontaktes dersom hun hadde valgt fastlege der. Ville du vært villig til å la hjemmesykepleien kontakte deg i stedet, slik at hun kunne beholde deg som fastlege?"

Kasuistikk 2:

"Helsesekretær skriver etter ubehagelig telefonkontakt: En voksen datter ønsker å snakke med legen om sin gamle mor: "Mor klarer seg ikke selv, hun ringer hele tiden og hjemmesykepleien kan ikke hjelpe mer. Nå er jeg helt utslitt, be legen ringe meg." Helsesekretæren har bedt datter følge mor til en konsultasjon, men datteren sier at mor ikke vil til lege og datteren vil uansett snakke med legen alene. Datters egen fastlege holder til på et annet legesenter.

Hvordan løses slike henvendelser på kontoret der du jobber? Finnes det noen gode strukturerte arbeidsmåter/teknikker for å identifisere og støtte pasienter som er i ferd med å fallere/miste boevnen? Er det riktig som noen hevder at fastlegeordningen ikke er så god til å ivareta pasienter som har store behov og lav evne til å etterspørre hjelp?"

Kasuistikk 3:

"Kommunen har satt i gang et velferdsteknologiprogram, der pasienter får utdelt diverse medisinsk utstyr og egenrapporterer symptomer hver dag. Sykepleiere ansatt i kommunen følger opp målingene og øvrige data, og kontakter fastlege kun ved avvik. Din pasient Turid har kols, hjertesvikt og diabetes. Tidligere møtte du henne hver annen uke for samtaler, målinger og blodprøver. Dere møtes nå kun hver tredje måned for diabeteskontroller, som gjennomføres hovedsakelig av diabetessykepleier tilknyttet senteret. Du har månedlige møter med teamet rundt Turid, uten at hun deltar. Du har også hatt et timeslangt oppstartsmøte før den digitale hjemmeoppfølgingen startet. Totalt bruker du like mye eller mer tid på Turid og hennes helseproblemer sammenlignet med tidligere, men dere møtes langt sjeldnere.

Hva gjør en slik utvikling med pasient-lege-forholdet, kontinuiteten og arbeidshverdagen i allmennpraksis?"