

# 'Det gode pasientforløp' – sett fra fastlegekontoret

■ MARIT HERMANSEN • Leder i NFA

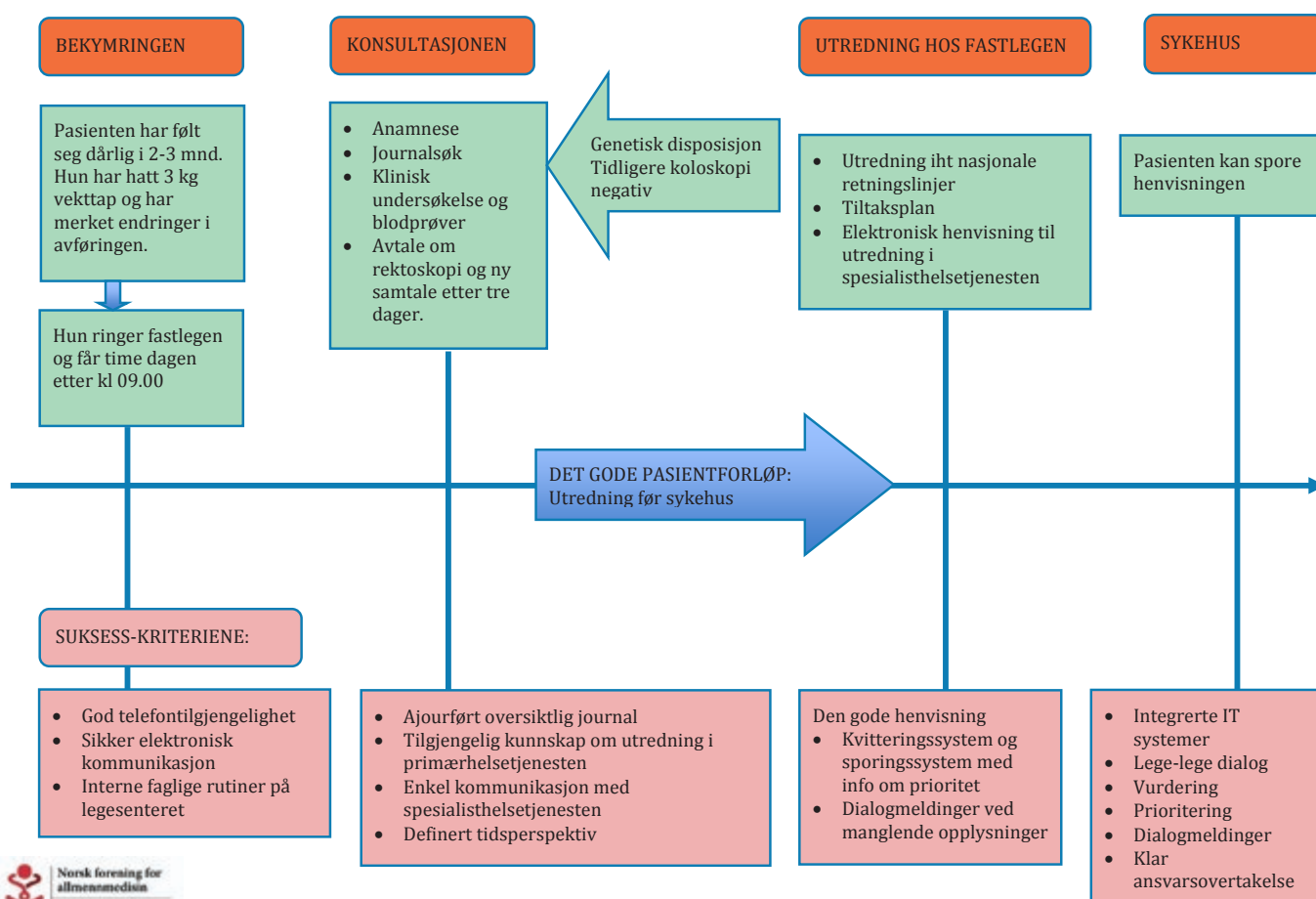
Hva er god flyt? Styret i Norsk forening for allmennmedisin ønsket å finne suksesskriteriene for godt samspill mellom fastlegen og sykehuset. Vi ønsket å beskrive en pasienthistorie der du tenker at; dette var bra, her fikk vi til godt samarbeid! Ved å lage et scenario kunne vi beskrive et pasientforløp konkret og detaljert, for å se kritisk på punkter, overganger og forutsetninger. Dette kan være et godt utgangspunkt for forbedringsarbeid hos fastlegen og i spesialisthelsetjenesten. Men det er også et godt utgangs-

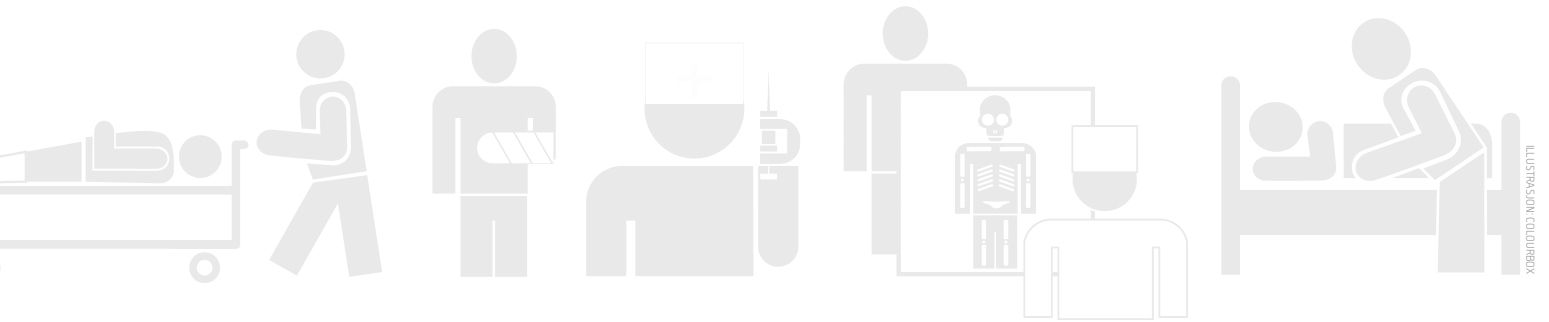
punkt for politisk arbeid, som konkrete innspill i samtaler med helsemyndighetene.

Helse- og omsorgsdepartementet definerer *pasientforløp* slik: «En helhetlig sammenhengende beskrivelse av pasientens kontakter med de ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.»

Vi er ikke de første til å beskrive pasientforløp. Helsebiblioteket har laget en over-

sikt over pasientforløp og behandlingslinjer utarbeidet på norske sykehus (1). I sykehusene er pasientforløp som regel knyttet til diagnoser og beskrives som lineære; henvisning, utredning og behandling. Anders Grimsmo har i sitt Orkdalprosjekt beskrevet pasientforløp i primærhelsetjenesten (2) mer som en sirkel, hvor løpene er knyttet til funksjon, mer enn diagnoser. Ett viktig mål i Samhandlingsreformen er å gi pasientene helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester,





ILLUSTRASJON: COLOURBOX

blant annet definert som sammenhengende pasientforløp. Utfordringen vår er å skape sammenheng i overgangene.

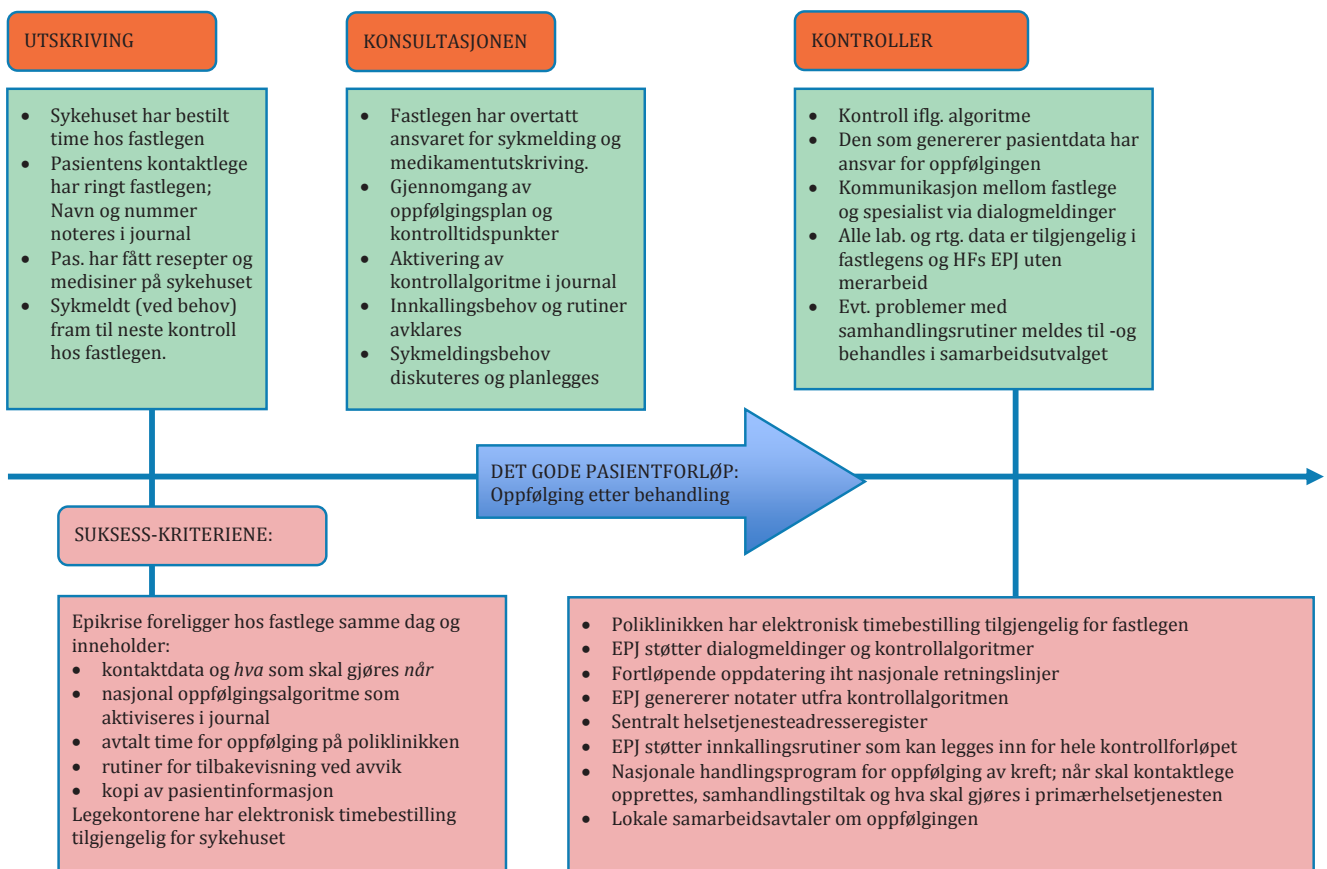
Styret hadde et ønske om å finne suksesskriterier for et godt pasientforløp, spesielt med fokus på overgangene. Løse diskusjoner kan fort bli veldig overordnede, derfor bestemte vi oss for å skissere en tenkt pasienthistorie. Scenariet ble lagt fem år fram i tid. Det er viktig å bemerke at dette scenariet ble laget for to år siden – altså høsten 2011. Derfor er det interessant å lese om

igjen dette pasientforløpet nå. Noe av dette er faktisk på plass, eller på god vei.

Det å tenke kreativt rundt en pasienthistorie, gjør at tankene blir konkrete og forpliktende, diskusjonene må ta utgangspunkt i hverdagen, i praksis. I tillegg er *pasienthistorien* en arbeidsform som vi allmennleger kjenner oss igjen i. Vi valgte oss en historie med en nyoppdaget kreftsykdom, og scenariet har fått navnet Gunda, etter navnet på vår pasient. En kreftdiagnose gir noen klare og definerte oppgaver

som gir et enkelt scenario. Vi har delt pasientforløpet inn i to; før og etter behandling/utredning i spesialisthelsetjenesten. Vi har beskrevet tidslinjen, sykehistorien og suksesskriteriene for at dette skal gå bra.

Vårt pasientforløp for Gunda er på ett vis både lineært og sirkulært, med en lineær beskrivelse av utredning, men også en sirkel i beskrivelsen av oppfølgingen. Slik sett likner den både på de klassiske pasientforløpene fra spesialisthelsetjenesten, og på et forløp i primærhelsetjenesten. ►



## Jeg skal ta dere med på en reise sammen med Gunda.

### Bekymringen

Gunda har følt seg dårlig i et par måneder og har gått ned 3 kg i vekt. I det siste har hun merket endret avføring. En dag føler hun at nå kan det ikke holde på slik lenger og hun ringer fastlegen. Hun får time dagen etter kl. 09.00.

Da vi utarbeidet dette høsten 2011, beskrev vi god telefontilgjengelighet, sikker elektronisk kommunikasjon og interne faglige rutiner på legesenteret som viktige suksesskriterier. Som fastleger ønsker vi at disse henvendelsene skal prioriteres. For å oppnå det, må personalet ha kompetanse til å gjøre vurderingene, ha rutiner for håndtering og pasienten må oppleve at de kommer gjennom til kontoret.

### Konsultasjonen

Fastlegen gjennomfører konsultasjonen med anamnese, klinisk undersøkelse og blodprøver. Ved et raskt journalsøk konstateres det at Gunda har genetisk disposisjon for tarmkreft, og at en tidligere koloskopi var negativ. Timen avsluttes med avtale om rektoskopi og ny samtale på kontoret etter tre dager.

Forutsetningene for å få til dette er en ajourført, oversiktlig journal. Fastlegen må ha kunnskaper og ferdigheter til å gjøre tilstrekkelig utredning som forventet i primærhelsetjenesten. Ved behov, må kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten være enkel. Både for lege og pasient er det viktig med klare avtaler og et definert tidsperspektiv ved enden av konsultasjonen. Og det må være tilstrekkelig kapasitet til oppfølging.

### Utredning hos fastlegen

Fram til henvisningstidspunktet skjer utredning i primærhelsetjenesten etter nasjonale retningslinjer. Det lages en tilpasset tiltaksplan og sendes en elektronisk henvisning til videre utredning i spesialisthelsetjenesten.

Elektronisk beslutningsstøtte må være integrert i EPJ og gi mulighet til å forbedre henvisningen. For å møte pasientens og legens uro, må det være kvitteringssystemer med sporingsmuligheter og info om prioritet. Når vi kan følge postpakker fra Tyrol til Namnå, må henvisninger kunne spores i det norske helsevesenet i sann-tid, både for pasienten og legen. Hvis henvisningen mangler opplysninger, skal det kunne gå en enkel sløyfe tilbake til fastlegen via dialogmelding, uten behov for ny henvisning eller registrering. Forutsetningen for dette, er integrerte IT systemer og enkel – men

prioritert lege-lege dialog. Dermed vil sykehuset kunne gjøre riktige vurderinger og prioriteringer. En slik henvisning skal behandles raskt uten at fastlege og pasient behøver å bruke unødige egne og offentlige ressurser på å «jage» henvisningen. En annen viktig forutsetning er at fra dette tidspunktet, har spesialisthelsetjenesten overtatt det formelle ansvaret for utredningen. Det må aldri i forløpet være tvil om hvem som har ansvaret når.

### Utskriving

Sykehuset har bestilt time hos fastlegen. Pasientens lege på sykehuset har kontaktet fastlegen, navn og nummer føres i journal. Gunda har fått utskrevet resepter og fått med seg nødvendige medisiner fra sykehuset. Hvis hun trenger det, har hun fått sykmelding fram til neste kontroll hos fastlegen.

Det må bli en selvfølge at legekantorene har elektronisk timebestilling tilgjengelig for sykehusene – og omvendt. Epikrise må foreligge hos fastlegen samme dag som utskrivelsen og inneholde følgende opplysninger:

- Kontaktdata for hva som skal gjøres når
- Nasjonal oppfølgingsalgoritme som aktiveres i journal
- Avtalt time for oppfølging på poliklinikken
- Rutiner for tilbakevisning ved avvik
- Kopi av pasientinformasjon

### Kontroller

Fastlegen har nå overtatt ansvaret for sykmelding og medikamentforskriving. Ved konsultasjonen aktiveres kontrollalgoritmen i journal og fastlegen gjennomgår oppfølgingsplanen og kontrolltidspunktene sammen med Gunda. Innkallingsbehov og evt. sykmelding diskuteres og planlegges. Kommunikasjonen mellom fastlege og spesialist foregår primært via dialogmeldinger. Alle laboratorie- og røntgendata er tilgjengelige i fastlegens og sykehusets EPJ, uten merarbeid. Den som genererer pasientdata har ansvar for oppfølgingen. Problemer med samarbeidsrutiner meldes til og behandles i et samarbeidsutvalg.

Videreutvikling av elektronisk samhandling i Helsetjenesten må understøtte dialogmeldinger og kontrollalgoritmer. EPJ må generere journalnotat utfra kontrollalgorithmer. Oppfølgingen baseres på lokale samarbeidsavtaler og nasjonale retningslinjer hvor ansvarsfordeling mellom nivåene er avklart. Disse må oppdateres fortløpende og inngå i EPJ. Innkallingsrutiner må gene-

reses i henhold til algoritmen. Helsetjenesteadresseregister er en forutsetning.

### Veien videre

Siden vi utarbeidet dette pasientforløpet, har det gått to år. Den reviderte fastlegeforskriften har gitt føringer for tilgjengelighet på kontoret. Den nye regjeringsplattformen gir også føringer for rask utredning ved mistanke om kreft. E-resept er innført i primærhelsetjenesten, og nå står helsefor-etakene for tur. Helsenorge.no utbygges for å gi pasientene oversikt. Dialogmelding utprøves både i kommunene og helsefor-etakene. Helseadresseregisteret OSEAN innføres i disse dager.

Samtidig vet vi at det er langt igjen før systemene snakker godt sammen. Vi vet også at EPJ ikke løser alle utfordringer alene. Men det er viktige forutsetninger.

Dette er et pasientforløp som tegner opp kriteriene for gode overganger. Det er selvfølgelig mye som ikke beskrives i dette forløpet, men arbeidsmetodikken kan utvides til å beskrive flere forløp. For NFA har pasientforløpet økt bevisstheten rundt flere problemstillinger: EPJ, tilgjengelighet, kapasitet, dialogmeldinger, ansvarsproblematikk ved overganger. Det har vært nyttig i vårt politiske arbeid. Styret i NFA ønsker å jobbe videre med denne tenkningen. Vi ønsker å beskrive et nytt pasientforløp, denne gangen i kommunen. Her er kompleksiteten større, og løsningene flere. Vi ønsker fokus på fastlegens rolle, som en sentral aktør i den kommunale helsetjenesten. Utfordringen ligger også her i overgangene.

Dette pasientforløpet beskriver overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Hvor ligger forbedringspotensialet? Hva er det som faktisk skjer? Det kan være et arbeidsverktøy for ALU-møtet i kommunen – gjerne i samarbeid med praksiskon-sulenten – hva skjer med våre henvisninger, eller hvordan skjer utskrivningen fra medisinsk avdeling? Ved å beskrive et pasientforløp, kan tillitsvalgte ha et illustrerende dokument med seg inn i LSU for videre diskusjon, og praksiskon-sulentene kan ta dokumentet med inn og videreutvikle det i sykehuset. Kanskje det til og med kan være nyttig på fastlegekontoret? Hva skjer hos oss når Gunda, som nå har blitt 89 år, nylig ble utskrevet fra sykehuset etter et fall, med hjertesvikt og ribbensbrudd. Har legekantoret en god organisering for denne pasienten, og for våre samarbeidspartnere? Der kom det en utfordring til neste arbeidsmøte!

■ MARIT.HERMANSEN@LEGEFORENINGEN.NO