

Samhandlingsutfordringer

sett fra en sykehusleges hverdag

Gunhild Ag

Indremedisiner

Overlege Geriatrisk avdeling UNN

Min bakgrunn

- Fra Nordreisa (Nord-Troms har sykestuer)
- Studerte i Tromsø, ferdig lege 1999
- Mine barnesko som lege var i Finnmark:
 - 5.årspraksis, turnuslege og ass.lege ved Hammerfest sykehus
 - Distriktsturnus i Porsanger (som også har sykestue)
- UNN siden 2001
 - 2 år Geriatrisk avdeling, forvakt medisin
 - 5 år Hjertemedisinsk avdeling, mellomvakt medisin
 - 7 år seksjonsoverlege ved Observasjonsposten, bakvakt geriatri
 - 1,5 år ved Geriatrisk avdeling nå, fortsatt bakvakt geriatri

Samhandlingsutfordringer sett fra sykehusleges hverdag

- «Unødvendige eller mangelfulle henvisninger fra fastleger»
- «Kommunikasjon ut mot KAD-plasser/sykestuer»

Samhandlingsutfordringer

- Manglende kommunikasjon omkring samhandling
 - Vesentlig arbeide omkring pasientforløp, på et reelt plan, mangler
- Knapphet på ressurser vs oppgaver som skal løses
 - Økende tendens til skyttergrav-virksomhet
 - Det sies for lite NEI!
- Manglende kompetanse hos og omsorg for nyutdannede leger
 - I hovedsak i primærhelsetjenesten
 - Svekket mester-svenn kompetanse vs handle utfra retningslinjer og byråkratiske beslutninger; både primær- og spesialisthelsetjenesten

MANGLENDE KOMMUNIKASJON OMKRING PASIENTFORLØP OG SAMHANDLING

- Det finnes få eller ingen arenaer for diskusjon omkring pasientforløp mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste
- Egentlig ganske påfallende...
 - For eksempel da Helsehuset i Tromsø åpnet i fjor høst antok vi et nært samarbeide
 - Men nei
- Mangler insentiver for å få dette til
 - Økonomisk, arenaer, tid og personell, måloppnåelse, lovverk etc

Mangler kommunikasjon

- Omkring pasientforløp
 - I alle fall de vanligste, og de mest ressurskrevende
- MEN OGSÅ omkring eksisterende flater og samarbeidet her
 - Fastlege, henvisende lege, mottakende lege sykehus, utskrivende lege, mottakende instans, fastlege

Pasientforløp ikke gjennomgått på reelt plan

- Hvilke pasientforløp? 80 – 20 regel
- Burde vært gjennomgått på nytt etter samhandlingsreformen
- For eksempel kvalitetsindikatoren *Reinnleggelser*
 - Hva så??? Vi ser ingen praktisk konsekvens av slike indikatorer.
- Krysset reinnleggelser for pasienter og diagnoser
 - Gjerne med sykehusavdelinger og kommuner
- OG MED KONSEKVENNS / gjennomgang
 - For eksempel opprettelse av spesialsykepleier-stillinger?

Spesialsykepleiere

- Kan de redde verden?
 - Diabetes
 - Stomi
 - Hjertesvikt
 - Pacemaker

- KOLS?
- Parkinson?
- Mange andre store grupper burde hatt flere egne spl for oppfølging
- Kreftomsorgen virker

KNAPPHET PÅ RESSURSER vs OPPGAVER SOM SKAL LØSES

- Det blir færre helsearbeidere, især sykepleiere
- Det blir flere oppgaver, alt er mulig

- Tiden er inne til å si nei
- Og prioritere hardere

- OBS! Med aksept og velsignelse fra hele helsetjenestekjeden!
 - Hjelper ikke at 4 personer sier nei, eller bare en avdeling

Eksempel fra Akuttmottaket UNN

- 2 store endringer
- Kommet:
 - Helsetilsynet og Fylkesmannen hatt tilsyn
 - Sepsis: Ikke bra nok mottak og behandling
 - Gjennomført nye kloke tiltak så det holder
 - Basert på guidelines
 - Alle nå så redde for å ikke gjøre riktig at vi nok overbehandler en del
- Kommer:
 - Medikamentsamstemming
 - Bruke nye kurver (elektroniske)
 - Alt må gjennomføres i akuttmottaket
 - 30 pasienter per døgn (fra 20-60), 2-3 leger (indremedisin)
 - Men ingen ressurser følger med...

Eksempler på uprioriterte oppgaver

- **Koordinator**
 - Hva er det?
 - Bruker fastleger dette?
 - Igjen en Papirtiger ikke tilpasset virkelighet?
- **Kreftmeldinger**
- **Alle kurs som skulle vært gjort**
- **Etc etc**

Økende tendens til skyttergrav-virksomhet

- **Når ressurser blir knapphet** vil vi beskytte vårt eget revir sterkere
- Fører til dårligere samarbeide omkring pasienten
- Og forsterker silotenkning

Sykehistorie

- Voksen dame, angst og depresjon hele livet
- Fulgt av Alderspsykiatrisk avdeling over lengre tid for dette
- Innlagt der medio februar for et vurderingsopphold
- Under dette oppholdet gjentatte somatiske tilstander (influensa, frisk, sekundær lungebetennelse, frisk, nyresvikt, frisk, GI-blødning)

- Til slutt sa tålmodig samarbeidspartner ved Åsgård stopp; «behold pasienten til frisk, hun kan ikke nyttegjøre seg vårt tilbud nå, vi vil følge henne opp poliklinisk som før»
- Vi behandlet henne til «frisk», og meldte henne til kommunen for oppfølging i kommunal omsorg;
 - ikke riktig klar for utskrivelse til hjemmet enda uansett tilbud – trenger korttidsopphold
- Vi sendte PLO Helseopplysninger til kommunen om dette
- MEN – da begynte bråket...

Avviksmelding:

- Kommunen bestrider vår avgjørelse om at pasienten er utskrivingsklar
 - Jaha...
 - Hvem bestrider? (konsulent)
 - Basert på hva da?
 -
 - Basert på en diagnose satt i februar: F32 Alvorlig depressiv episode
 - De bestrider derfor at pasienten er utskrivningsklar *psykiatrisk* sett
 - Tross vår beskrivelse av det motsatte

- Hvilken kommune var dette? Bykommune I skyttergrav

MANGLLENDE KOMPETANSE HOS
og
MANGLLENDE OMSORG FOR
NYUTDANNEDE LEGER

Bynære kommuner vs distriktskommuner

- Forståelse av KAD
- vs
- Sykestuers funksjon

KAD vs sykestue

- UNN og bynære kommuner som fex Tromsø ser ikke ut til å ha felles oppfatning om hva tanken med KAD senger var/er
 - Deler av Samhandlingsreformen bygget på (kunnskap om) sykestuenes funksjon
- Tromsø kommune (leder av kommunens helse- og velferdskomite) i Nordlys 29.3.18:
- «Helsehuset skal ikke være et lokalsykehus, men et senter med særlig vekt på rehabilitering og oppbygging av pasienten.»
- «UNN tar ikke rollen som lokalsykehus på alvor.»

Sykestuer

- Jo, det er et slag Minisykehus !
- Langt mindre utstyr og til dels kompetanse (enn spes.helsetj.)
- Men langt bedre rustet til virkeligheten

- Fikk man inn en pasient fra Nordkapp (til Hammerfest) eller Kvæningen (til UNN)
 - ja da var det grunn til innleggelse

Fex eldre vs yngre pasienter

- Sykestuer tok godt vare på eldre, inkludert de som måtte være litt forvirret av akutt infeksjon etc.
- Helsehuset Tromsø har eksklusjonskriterium eldre med akutt forvirring selv om årsaken er kjent (infeksjon fex.)

Svekket mester – svenn funksjon

- Mester svenn
- Sterke kulturbærere forsvinner
- Erstattes av ?
 - Fragmentert helsevesen
 - Papirer og administrative holdninger, politikerstyrt medisinskfaglig drift, guidelines
 - Papirtigre (eks Helsehuset)
- Forgubbing? – Skjønnhet! (som forsvinner)

Mester – svenn prinsippets betydning

- Opplæring av helsepersonell:
 - Først formell utdanning
 - Så virkelighet!
- Mester – svenn opplæring svinner hen
- Erstattes i større grad av sterkere anbefalinger, pålegg, guidelines, lover etc.
- Mister evnen til å vurdere situasjoner utfra skjønn

Manglende kompetanse hos nyutdannede leger

- Vi lærer om sykdommer og utredning
- Men ikke å avgrense

- Vi lærer om hva som kan gå galt/at pasienter kan dø
- Men ikke at det kan være greit av og til

- Vi lærer om utredning og behandling
- Men ikke nok om kommunikasjon med pasient og pårørende

Unødvendige eller mangelfulle henvisninger fra fastleger

- Unødvendige henvisninger **og innleggelser**
- Er det det?

- Mangfoldig, broket tema
- Alle mulige årsaker til henvisninger og innleggelser
 - Avklaring på riktig nivå, tilfredsstillende pasient/pårørende/hjemmetjeneste, travelt i hverdagen, usikkerhet, krav, bekreftelse, etc

Unødvendige eller mangelfulle

- Henvisninger?

- Javisst!
- Enormt mange dårlige henvisninger: Mangelfulle, unødvendige, feilsendte
 - (men vi vet hvorfor; travle fastleger)
- Tar tid å avvise / innhente fler opplysninger
- Pasienten har rett til å vurderes innen 10 dager
- = pasienten settes opp til time, kanskje unødvendig (sett fra vårt ståsted)

- Innleggelser?

- Ikke så enkelt
- Gjort mange studier som viser at det er vanskelig å se på forhånd hva som er unødvendig innleggelse, vs viten etter fex 24-48 timer

Unødvendige innleggelser?

- Pasienter som kunne vært lagt på KAD plass
 - Sykehjemspasienter med behov for iv behandling for enkel tilstand
 - Bynære kommuner uten kompetanse/kapasitet vs distriktskommuner
- Pasienter som ikke burde vært lagt inn
 - Sykehjemspasienter med langt kommet demens med ny infeksjon
 - Uerfarne leger
- Pasienter som innlegges «for sikkerhets skyld»
 - Engstelse for sykdom
 - Uerfarne leger

Noen forslag til løsninger?

Samarbeid?

- Hvorfor foregår mer og mer av samarbeidet over «avviksmeldinger» med sinte personer og sinte personer og skyttergravvirksomhet
 - Hvorfor kan vi ikke snakke sammen mer?
 - Gjelder især kommuner med pressede forhold; bykommuner
- Hva kan samarbeidsorganer bidra med?
 - Hvorfor er de ikke mer involvert i å fremme samarbeide om pasienten
 - Heller enn å måtte behandle avvik i ettertid (som tar all tid?)

Kompetanse på vakt – god nok?

- Alle legevaktsleger burde hatt en sykehuslege å konferere med på vakttid?
- I alle fall for de største pasientgrupper (indre medisin)
- Erfaren lege i almen praksis ofte for sjelden og verdifull vare
- På sykehus alltid noen på vakt
- Tjeneste for nedslagsfeltet til aktuelle sykehus, evt hele nordnorge?
- Være noen med kompetanse, erfaring og interesse
- Og som kan kommunisere
- (Våkne) vaktleger på sykehus i dag er de yngste og ikke egnet

OGT Midt-Troms og Nord-Troms

- Områdegeriatriske tjenester
- Team: Lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, evt andre
- Spleiselag mellom UNN og kommuner
 - Ansatte delvis ansatt i medisinsk klinikk; gir legitimitet, fagtilhørighet, styrke
 - Pasienten kan få spesialisthelsetjeneste på et «lavere» nivå, men spesialisert nok
 - Kommunen stiller med lokaliteter og utstyr

OGT Midt-Troms og Nord-Troms

- Jobber samlet rundt pasienten, om hele pasienten
- Viktig: Lokalt tilbud
 - God løsning for distriktene
 - Billigere enn å ha pasienten fram og tilbake til sykehuset for hver eneste ting
- Fex for alle som trenger rehab på sykehusnivå, men ikke avansert nivå/behov for avansert utstyr og kvistkompetanse
- Innleggelser eller poliklinikk

PSHT

- Pasientsentrert helseteam
- Team: Lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut
- Men også farmasøyt (og logoped?) evt andre helsearbeidere

- Spleiselag mellom UNN og kommuner
- Ansatte fra begge plasser
- Et felles kontor på sykehuset
- Deler datasystemer (!)

PSHT

- Jobber samlet rundt pasienten, om hele pasienten
- Løsning for bynære kommuner
- Tilsyn på sykehuset, tilsyn i hjemmet
- Mål hindre innleggelser, legge til rette for utskrivelser
- Sykehuset og fastleger henviser til PSHT
- Lege fagtilhørighet i geriatri / kan regnes som sykehusår

Stor vs liten

- En utfordring i større sykehus:
- Alle vil være spesialistavdelinger
 - Mer populært å være gren- og kvistspesialist enn generalist
- Vi har organisert oss vekk fra «hele pasienten» - gir flere henvendelser, vurderinger, besøk og innleggelser enn nødvendig

Samhandlingsutfordringer – fra sykehusleges ståsted

- Manglende kommunikasjon omkring samhandling
 - Mangler arbeide/gjennomgang omkring pasientforløp, på et reelt plan
- Knapphet på ressurser vs. oppgaver som skal løses
 - Økende tendens til skyttergrav-virksomhet
 - Det sies for lite NEI!
- Manglende kompetanse hos og omsorg for nyutdannede leger
 - I primærhelsetjenesten
 - Svekket mester-svenn kompetanse
- «Unødvendige eller mangelfulle henvisninger fra fastleger»
- «Kommunikasjon ut mot KAD-plasser/sykestuer»