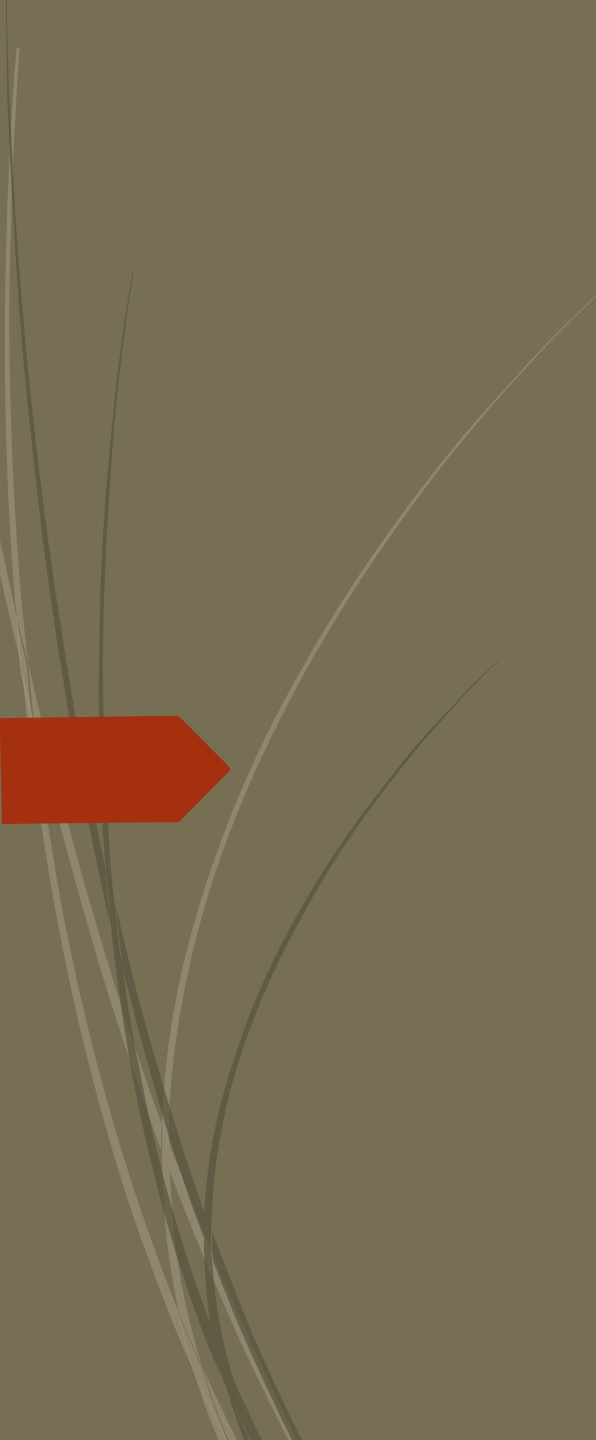




Fastlegens rolle i samhandling rundt pasienter i palliativ fase

Felles fagdag palliativt nettverk, Oslo, 11.11.25

Ellen Fagerberg

Spesialist i allmennmedisin, fastlege Abildsø legekantor, fastlege i helsefellesskap og Oslo og deltaker i fastlegegruppa i Helsedirektoratet



Agenda

- Hva sier Helsedirektoratets og avtaleverk om fastlegens rolle
- «Hva er viktig for deg – samtalen»
- Fastlegens samhandlingsflate:
 - Pasient og pårørende
 - Kommunehelsetjenesten (samarbeidsavtale)
 - Spesialisthelsetjenesten (anbefalinger om samarbeid)
- Hvordan samhandle når pasienten er i palliativ fase

Kasuistikk

- 62 år gammel mann som kommer på kontoret for kontroll av sitt høye blodtrykk.
- På vei ut for å ta blodprøver nevner han at han har litt smerter ved vannlatning og tyngdefornemmelse ned mot bekkenet.
- Bør jeg ta en PSA?



Nasjonale retningslinjer

- Handlingsplaner for kreftomsorgen
- Pakkeforløp for kreft
- Fastlegens rolle ved kreft - Helsedirektoratet
- Pakkeforløp hjem
- Fastlegeforskriften
- Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus



Fastlegens rolle i kreftomsorgen Helsedirektoratet

- Innledning
- Forebygging
- Diagnostikk og henvisning til pakkeforløp kreft
- Pasienter i aktiv behandling
- Kontroll
- Rehabilitering
- Palliasjon
- Omsorg ved livets slutt
- Oppfølging av kreftoverlevende
- Samarbeid og ansvarsdeling
- [Fastlegens rolle ved kreft - Helsedirektoratet](#)

Kasuistikk

- Han får påvist en ca. prostata, lokalavansert tumor, med tegn til metastaser
- Opereres og kommer til kontroll 2 uker etter operasjon og trenger sykemelding
- Samtale
- trenger tilleggsbehandling: Strålebehandling, og medikamentell behandling (Zoladex og Xtandi)
- Kronisk kreftsykdom - hvordan følger fastlegen opp
- Hvordan samhandle med kreftavdelingen og bydelen



«Hva er viktig for deg?» samtalen
Basert på; Fastlegens rolle i det gode pasientforløp
utarbeidet av SKIL, KS, Kunnskapsenteret og
Sandefjord kommune

- Pasienten kommer i dag til time etter innleggelse i sykehus. Vi snakker om følgende:
 1. Hva er viktig for deg?
 2. Gjennomgang av epikrise og helsetilstand siden forrige konsultasjon
 3. Tilleggsundersøkelser
 4. Gjennomgang og samstemming av legemiddelliste
 5. Veien videre. Hvilke behov har pasienten for hjelp og oppfølging nå
 6. Avtale om ny time og samtykke til at journalnotat sendes som PLO melding til hjemmetjenesten

Samhandlingsflate

➤ Pasient og pårørende

- Konsultasjon med pasient og evt pårørende
- Lege/pasientrelasjon – å følge pasienten over tid.
- «Hva er viktig for deg?» konsultasjon – fast mal «Fastlegens rolle i det gode pasientforløp»
- Digital tilbakemelding til kommunehelsetjeneste evt spesialisthelsetjenesten

➤ Kommunehelsetjenesten

- Kommunikasjonsformer: Elektronisk/telefon/fysisk fremmøte
- Avtaleverk: Samarbeidsavtale mellom fastleger og hjemmetjenesten i Østensjø bydel/Oslomodellen
- Fastlegen som medisinsk ansvarlig i kommunen

➤ Spesialisthelsetjenesten

- Kommunikasjonsformer: Digitalt/telefon/fysiske møter
- Avtaleverk: Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus



Samarbeidsrutiner mellom fastleger og hjemmetjenesten i Bydel Østensjø

ID:116788 | Forfatter: Hivand, Ragnhild Elisabeth Halonen |
Godkjent av: MO, Hjemmetjenesten felles, leder (Hval, Gunn Elisabeth) | Status: publisert | Opprettet: 25.3.2015 |
Endret: 14.11.2018 | Revidert: 14.11.2018 |
Neste revisjon: 14.11.2019 (MO, Hjemmetjenesten felles, leder (Hval, Gunn Elisabeth)) | Endringsnivå: Revisjon |
Utgaver: 7 | Visningsnivå: *Alle | Losen-lenke: 132x116788 |

Formål

- Sikre et godt faglig samarbeid mellom fastleger og hjemmetjenesten i bydelen
- Sikre god oppfølging av brukere av hjemmetjenester
- Forebygge funksjonssvikt
- Sikre gode pasientforløp i bydelen med fokus på "Hva er viktig for deg?"

Omfang/Virkeområde

Prosedyren er anbefalte samarbeidsrutiner mellom hjemmetjenesten og fastlegene i Bydel Østensjø

Beskrivelse av avtalen

- Kommunikasjon skal foregå på PLO-melding
- Unntak: når det haster: ring (telefonliste skal utarbeides av bydelsoverlege)
- Svartid er 3 dager
- Konferansetime bør avtales på telefon
- Sykebesøk med fastlege avtales i perioden 13-17
- Hjemmetjenesten er behjelpelig med å bestille time hos fastlege
- Hjemmetjenesten påser at pasienten har time hos fastlege minst 2 ganger i året

Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus

- Henvisning
- Epikrise
- Timebestilling etter sykehusopphold
- Resepter, samstemming og vedlikehold av Legemidler i Bruk (LIB) liste
- Blodprøver
- Sykemelding
- Pasienttransport
- Samarbeid ved kompliserte, sammensatte lidelser
- Parallell henvisning til flere avdelinger
- Rådgivning og gjensidig tilgjengelighet pr telefon
- Tverrfaglig samarbeid



Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus i Hovedstadsområdet

Møteplass Oslo

er en arena for utvikling av medisinsk samhandling i Hovedstadsområdet. Målgrupper er fastleger og kommunalt ansatte allmennleger i Oslo, samt leger i OUS, Diakonhjemmet, AHUS og Lovisenberg. Samarbeidsparter inviteres til Møteplassen alt etter hvilke saker som står på agendaen. Møteplass Oslo skal arbeide fram felles anbefalinger om arbeids- og ansvarsdeling, og tilstrebe konsensus og likeartet praksis innen feltet medisinsk samhandling. Møteplassen skal bidra til å sikre et godt og tillitsfullt samarbeidsklima og bidra til deling av klinisk kunnskap og erfaring mellom leger i og utenfor sykehus. Møteplass Oslo har et arbeidsforum hvor fastlegers deltagelse er finansiert. Arbeidsforum har i mars 2017 gitt tilslutning til anbefalingene som presenteres her.

Møteplass Oslo er forankret i Samarbeidsutvalget for Hovedstadsområdet



Hvordan foregår samhandlingen

- Konsultasjoner
- Henvisninger/epikriser
- Dialogmeldinger
- Telefonkonferering
- Tverrfaglige møter - helst digitalt
- [Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus i hovedstadsområdet 0820.pdf \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)



Dialogmeldinger

- Elektronisk dialog om en navngitt pasient
- Ikke knyttet til en konkret aktivitet i pasientforløpet
- Mer effektiv og dokumentert dialog mellom kommunehelsetjenesten og helseforetak
- Slippe brev og telefon + feil bruk av henvisninger
- Adressering: Som for henvisninger
- Innkommende dialogmeldinger til OUS går direkte til lokale henvisningsmottak -> henvisningsmappe

Digitale samarbeidsmøter om/med pasient

► Godkjente plattformer er:

Whereby, Join.nhn.no

► eHåndbok - Videokonferanseløsninger og elektroniske møterom - hva finnes og hvilke formål kan de brukes til (ous-hf.no)



Palliasjon

- Fastlegen bør, i hele behandlingsforløpet, være oppmerksom på om pasienten har palliative behov, og følge opp disse
- Noen pasienter mottar aktiv og livsforlengende behandling gjennom måneder og år, dels i regi av fastlegen
- Andre lever med inkurabel kreftsykdom i lang tid uten å motta aktiv kreftbehandling. Fastlegen kan i denne mellomfasen gi relevant behandling, identifisere sykdomsrelaterte plager og håndtere eventuelle bivirkninger av behandlingen, og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten bidra til riktig behandling ved alvorlige komplikasjoner av sykdommen
- Der det er barn i familien eller barn som er syke, kan tverrfaglige møter være spesielt viktige og nyttige

Omsorg ved livets slutt

- Mange kreftpasienter avslutter livet på sykehus eller i sykehjem og andre kommunale institusjoner. Imidlertid ønsker et økende antall pasienter å få dø i eget hjem, eller være hjemme så lenge som mulig. **Da er fastlegen en viktig og nødvendig del av behandlingsteamet.** Dette avtales i så fall med pasient og pårørende, i samarbeid med hjemmetjeneste og kreftsykepleier. Det bør alltid lages en plan for hvem som skal kontaktes dersom fastlegen ikke er tilgjengelig.
- Fastlegen bør orienteres gjennom **samme dags epikrise** når alvorlig syke pasienter skrives ut til hjemmet, og helst i tillegg kontaktes telefonisk av sykehuskollega/kontaktlege, slik at viktig informasjon kan formidles direkte
- **Fastlegen har en koordinerende rolle med tanke på å ivareta pasientens medisinske behov.** Kreftsykepleier, hjemmetjeneste og fastlege bør danne et behandlingsteam, sammen med den døende pasienten og eventuelle pårørende. Teamet bør ved behov ha felles møter og kontakt med spesialisthelsetjenesten. Teamet skal være oppmerksomme på pasientens behov i tro og livssynsspørsmål, og bidra til å ivareta berørte barn. Det bør, i den enkelte situasjon, vurderes om fastlegen kan kontaktes også utenom vanlig arbeidstid. Andre faggrupper trekkes inn ved behov, for eksempel fysio- og ergoterapeut og sosionom
- Tverrfaglige møter er alltid nytt, særlig der det er barn i familien eller der barn er syke. Husk at fastlegen ofte er fastlege for hele familien.
- Noen steder i landet finnes spesiell kompetanse i frivillige og private organisasjoner som bidrar med omsorg for alvorlig syke og døende pasienter, slik som Franciskushjelpen i Oslo

Ambulant palliativt team

- Onkolog og kreftsykepleier som reiser ut til pasienten
- Samhandler med fastlege og hjemmetjenesten
- Viktig i palliative forløp for mer hjemmetid og mulighet for hjemmedød
- AHus har et slikt team, OUS har team under oppbygging
- Viktig å koble på fastlegen



Kasuistikk fortsettelse

- Pasienten er nå blitt 67 år gammel
- Dårlig effekt av behandling, den holder ikke kreften i sjakk lengre og gir økende plager og bivirkninger
- Når begynner den palliative fasen?
- Hva er viktig for fastlegen:
 - God epikrise fra sykehuset med plan
 - Kontakt med hjemmetjeneste og kreftkoordinator
 - Hvem kan kontaktes på sykehuset og hvordan
 - Bør pasienten ha individuell plan og ansvarsgruppe
 - Hva er viktig for pasienten
 - Hva tåler pårørende

Oppsummering

- Fastlegen har god kjennskap til sine pasienter og deres pårørende, og følger dem over tid
- Fastlegen har det medisinskfaglige ansvaret for pasienten i kommunehelsetjenesten
- Fastlegen har stor samhandlingsflate, men blir ofte glemt når det skal samhandles – inviter fastlegene med inn!

Hvordan kan vi samhandle bedre?

- Pasientoverganger er risikosport
- Hvordan kan vi bruke det vi har slik at vi når hverandre bedre?
- Spørsmål?



Takk for
oppmerksomheten!

ellen@abildsolegene.no