

# I. Samhandling som fastlege

Mette Hjermann, assisterende fylkeslege.

Tidligere fastlege og LIS i fysikalsk medisin og rehabilitering,  
nå LIS 3 i samfunnsmedisin.

Læringsmål:

53: Kunne identifisere og konkretisere individuelle behov for opplæring og legge til rette for læring og mestring.

58: Ha kjennskap til prinsipper for å lage standardiserte forløp for pasienter med kortvarige tilstander og for pasienter med komplekse langvarige lidelser.

62: Kunne reflektere over egen rolle og ansvar i et helhetlig helsevesen, og balansere rollen som pasientens hjelper med rollen som portvokter og forvalter.

48 Kunne involvere pasienter, pårørende, brukerrepresentanter og framtidige brukere som aktive partnere på det nivå partnerne selv ønsker i et likeverdig samarbeid for å ivareta brukermedvirkning på individnivå.

- 49 Kunne anerkjenne og anvende pasienters erfaringskompetanse på en slik måte at pasienten selv oppfatter seg verdsatt og respektert.

- 50 Kunne vise evne til å tilstrebe frivillighet og selvbestemmelse for pasientene og under veiledning kunne involvere pasienten mest mulig i prosessen når tvangsutøvelse vurderes nødvendig.



Statsforvalteren i Oslo og Viken

20.10.2022



# Verktøy for samhandling

- I. Individnivå
  - Koordinerende enhet
  - Individuell plan, IP
  - Koordinator
- II. Gruppenivå
  - Tverrfaglige team
  - Standardiserte pasientforløp
  - Pakkeforløp



# I. Verktøy for samhandling på individnivå



# Kasus

- 25 år gammel mann som kommer til konsultasjonen med sin far. Han er muskuløs, har tatoveringer og ser «tøff og sterk ut». Han sier han ruser seg, men har nå endelig et ønske om å bli rusfri. Han har nettopp flyttet hjem til sine foreldre pga dette. Han er redd for å «bli tatt» av andre, det er flere som er ute etter han, og han har mange fiender ettersom han var tidligere «torpedo». Han sier det er lang ventetid hos LAR og klarer ikke å vente så lenge. Han ønsker medisiner fra deg som lege til nedtrapping, både opioider og benzodiazepiner, slik at han slipper å kjøpe på gata. Far kan være med å dele dem ut og passe på. Far og mor er stabile mennesker i full jobb.
- Hva gjør du?
  - Diskusjon i grupper ca 10 min

Diskusjon i grupper ca 10 min



# Kasus 1

- Gruppegjennomgang..



# Hva skal til for at han skal klare dette?

- Noen som bryr seg og følger han opp?
  - Ruskonsulenten i kommunen
- Et sted å bo?
  - Boligkonsulenten i kommunen
- Noe å gjøre / kjenne **Hvem skal holde i alt dette?** ...ge medisiner, hvordan følge opp? Fastlege / ruspoliklinikk
  - NAV arbeid?
  - Privat org. med statlig støtte?
    - Fontenehuset, Kirkens bymisjon..
- Penger for å gjøre opp for seg?
  - NAV: direkte oppgjørs ordninger, gjelds ordninger, søke AAP, tvungen forvaltning,
  - verge?
- Tannstatus?
  - Fylkeskommunen gir gratis hjelp – ruskonsulent vet...
- Noen til å forskrive medisiner?
- Helseplager (somatiske og psykiske)?
  - Følge opp dette – fastlegen?



# Hvordan organisere dette?

- Koordinerende enheten **skal** (for HRIK § 6 og HOL § 7.1 - 7.3)
  - finnes i alle kommuner
  - sikre helhetlig habilitering og rehabilitering
  - Overordnet ansvar for
    - IP – individuell plan
      - Motta meldinger
      - utarbeidet rutiner og prosedyrer
    - Koordinatorer
      - oppnevning
      - opplæring
      - veiledning







# Hva er individuell plan, IP?

- Behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester: plikt og rettighet
  - Lovpålagt: Pasrl § 2-5, HPL § 38 a, HOL § 7-1, spesHL § 2-5 , PHL § 4-1 og forHRIK § 16 -23
- For pasienten
  - Hvem er jeg og hva vil jeg?
    - Pasientens: mål, ressurser og behov for tjenester
  - Hvordan komme dit?
    - Hvem? personnavn og tlf til koordinator og alle bidragsyttere
    - Hva? Tiltak, ansvar og bidrag.
    - Hvordan? Gjennomføring, tidsplan, evaluering
- Legens verktøy:
  - En koordinator å forhold seg til som
    - innkaller til møter (ansvarsmøter)
    - oppdaterer IP
    - følger opp helheten
  - Gi medisinskfaglige innspill





# LAR – hva er det?

- Legemiddel Assistert Rehabilitering.
  - Dvs legemidlene (kun visse opioider) er en del av behandling og rehabilitering av rusmiddellidelser.
  - Veileder: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Mye mer enn medisiner...
- Kan fastlege klare dette alene?
- Kan spesialisthelsetjenesten klare dette alene?
- Skal fastlegen være med på dette?
- Hvordan organisere dette?



# Faglig indikasjon for benzodiazepiner v/rusmiddellidelse?

- ROP retningslinjen:
  - Positiv effekt:
    - Ingen studier kan dokumentere dette
  - Negative effekter:
    - Dokumentert i kunnskapsoppsummeringen fra kunnskapssenteret.
  - Kun etter samarbeid fra spesialist
    - del av en planlagt og tverrfaglig nedtrapping med tett oppfølging inkl samtaler, urinprøver, IP ol
  - Substitusjonsbehandling med benzodiazepiner er ikke anbefalt i Norge, kun som eksperimentell behandling som del av et godkjent forskningsprosjekt.
- Veileder for rekvirering av vanedannende legemidler
  - <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler>

# Mulige samarbeidspartnere?



- Ruskonsulent?
- NAV sosial?
- Apoteket?
- Lab: urin?
- Ruspoliklinikken?
- Hjemmesykepleien?
- Psykiatrisk sykepleie?
- Bo veileder?
- Gjeldsrådgiver?
- NAV arbeid?
- Kreftsykepleier?
- Fysioterapeut?
- Ergoterapeut?
- Vernepleier?
- Logoped
- Syns og hørsels kontakt
- Tildelingskontoret?
- En som har oversikt rundt pasienten? (fagspl/pas koordinator)
- Oppsøkende tjenester? (rus, psyk, demens, barn...)
- «Aktiv på dagtid»?
- Frisklivssentralen?
- Lærings- og mestringssenteret?
- Pårørende?
- Frivillige organisasjoner?
- KAD plasser (somatikk og rus)?
- Helsehus/ korttidsplasser?
- Demensteam?
- Palliativt team?
- Fylkestannlege?
- Hverdags rehabilitering?
- Flere?

## Taushetsplikten til hinder for samarbeid?

Husk helsepersonelloven § 25:

«Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.»



no that that  
was talking to tonight



# «Motivert pasient»

- Videoen nevner pasienten sin motivasjon som svært sentral.
  - Hva betyr pasienten sine forventninger til hjelpeapparatet for motivasjonen?
  - Har disse pasientene kunnskap om hva de kan forvente av dette kompliserte hjelpeapparatet?
  - Hva innebærer det for deg som utøvende lege?
- Diskuter dette i gruppe i 3 min.

Diskusjon i grupper ca 3 min

# Motivert pasient – en kompetent pasient?



- Hva kom gruppene fram til?

Krav til helsehjelpen	Krav til pasient
Vite hvem som kan hjelpe med hva	Kunnskap om samfunnet, erfaring
Informert samtykke	Kunnskap om tilstand og behandling
Oppmøte og gjennomføring av behandling	Motivasjon, kunnskap, erfaring, struktur, vilje, tillit, pårørende som støtter og hjelper, hukommelse, gjennomføringsevne ol
Kartlegge for å finne rett tiltak	Samarbeid, tillit, struktur, hukommelse, kunnskap ol



# Hvordan få en «kompetent pasient»

- Pasientens egne erfaringer
- Informasjon til pasienten
- Opplæring av pasienter og pårørende
  - Lovpålagt, jf HOL § 1-1, 3-3, 3-2 pkt 6b, SHL § 3-8 pkt 4, forsk. Hab § 13 pkt c
  - Lærings og mestringstilbud i alle helseforetak og kommune
  - Bli kjent i ditt område!
- Pasientorganisasjoner
- Internett – selektert info
  - HelseNorge
  - [www.pårørendesenteret.no](http://www.pårørendesenteret.no)
- 







# Hva om pasienten ikke vil til spesialisthelsetjenesten?

- Situasjon:
  - pasienten ikke vil / ikke møter opp til avrusing, nedtrapping ol i spes. helsetj.?
- Kontakt spes.helsetj. for råd og veiledning
  - SPL§ 6-3: Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten
    - «Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.»



# Bli kjent i din kommune!

- Kommunen er «små selvstyrrer»
  - Ulikt organiserte tjenester
  - Ulike navn på tjenestene
  - Ulike tilbud
- Veileder kan orientere en del
- Kommuneoverlegen kan orienter en del
- Hospitere:
  - Spør kommuneoverlegen hvor det kan være mest nyttig for deg?
- Kommunale fagdager
  - Bli slik kjent med et felt.
  - Informasjon: kommuneoverlege /nettsiden til kommunen



# Kommunale tjenester

- Henvisning?
  - Nei.
  - Pasienten søker, legen kan legge ved medisinskfaglig uttalelse.
  - Legen kan oppfordre til et kartleggingsbesøk av kommunen, som så hjelper med søknaden.
  - Kommunen fatter vedtak på tjenester, som pasienten kan klage på til Statsforvalteren.
- «En dør inn» - koordinerende enhet.
  - forskriftsfestet



## II. Verktøy for samhandling på gruppenivå

- Tverrfaglige oppfølgingsteam
- Standardiserte pasientforløp
- Pakkeforløp



Healthcare and Public Health



HPH



# IP

## standardiserte pasientforløp

Plan for et individ

Plan for brukergrupper hvor det er mulig  
å strukturere et utvalg standard  
sjekkpunkter, tiltak og tjenester langs en  
definert tidslinje

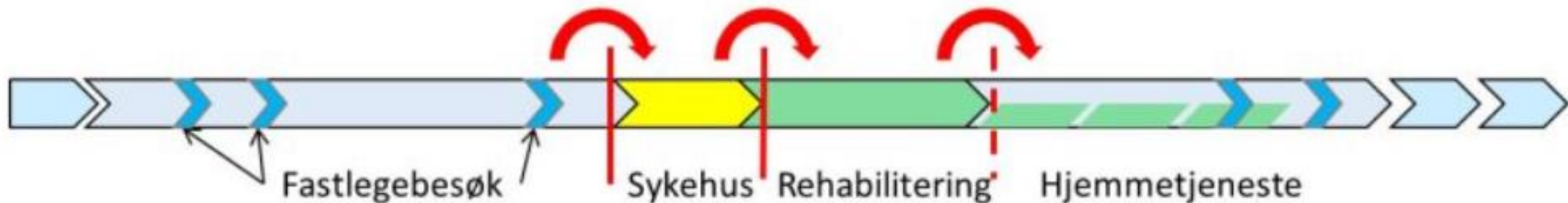
Tverrfaglig oppfølgingsteam

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>



# Pasientforløp

- «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.»
- Helhetlige pasientforløp skiller seg fra behandlingslinjer ved at de har en bredere tilnærming og går på tvers av nivåer og virksomheter.
- Behandlingslinjer (spesialisthelsetjenesten)
  - «En dokumentert beskrivelse av et forventet pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i evidens og koblet til effektiv ressursutnyttelse og





# Tverrfaglig oppfølgingsteam

- Hva er dette?
  - Består av de som yter tjenester til vedkommende
  - Koordinator
  - Systematikk
    - samarbeid: tverrfaglig og med bruker
    - plan for evaluering av mål
- Typer team i kommunen
  - Ansvarsgruppe: plangruppe med IP og koordinator:
    - Deltar ofte: hjemmetjenesten, fastlege, NAV, pårørende, pasient..
  - Rehabiliteringsteam, habiliteringsteam, demensteam, rusteam, ACT team, FACT team, innsatsteam, diabetesteam, psykisk helseteam, palliativt team,...
  - Finn ut hva din kommune har og bli kjent..





# Pasientforløp – ulikt fokus

## Sykehuset

utviklet i forhold til faglige retningslinjer for enkeltdiagnoser

## Pakkeforløp

## Kommunen

legge til rette (medisinsk og funksjonelt) for at pasienten skal klare seg selv på best mulig måte

## Standardiserte pasientforløp



# Eksempler på pasientforløp

1. Kommunalt: Pasientforløp etter fall- og bruddskader i bydel Østensjø
2. Spesialistehelsetjenesten: Pakkeforløp psykisk helse og rus.



# 1. Pasientforløp etter fall og bruddskader i bydel Østensjø

- Østensjø ligger høyt på statistikken for hoftebrudd over 65 år.
- Mål for prosjektet:
  - Forebygge fall, og bruddskader ved fall, hos eldre 65+
    - Redusere unødvendig helsetap og funksjonsfall hos eldre pga fallskader
    - Redusere offentlige utgifter til behandling, rehabilitering og pleie pga fallskader hos eldre

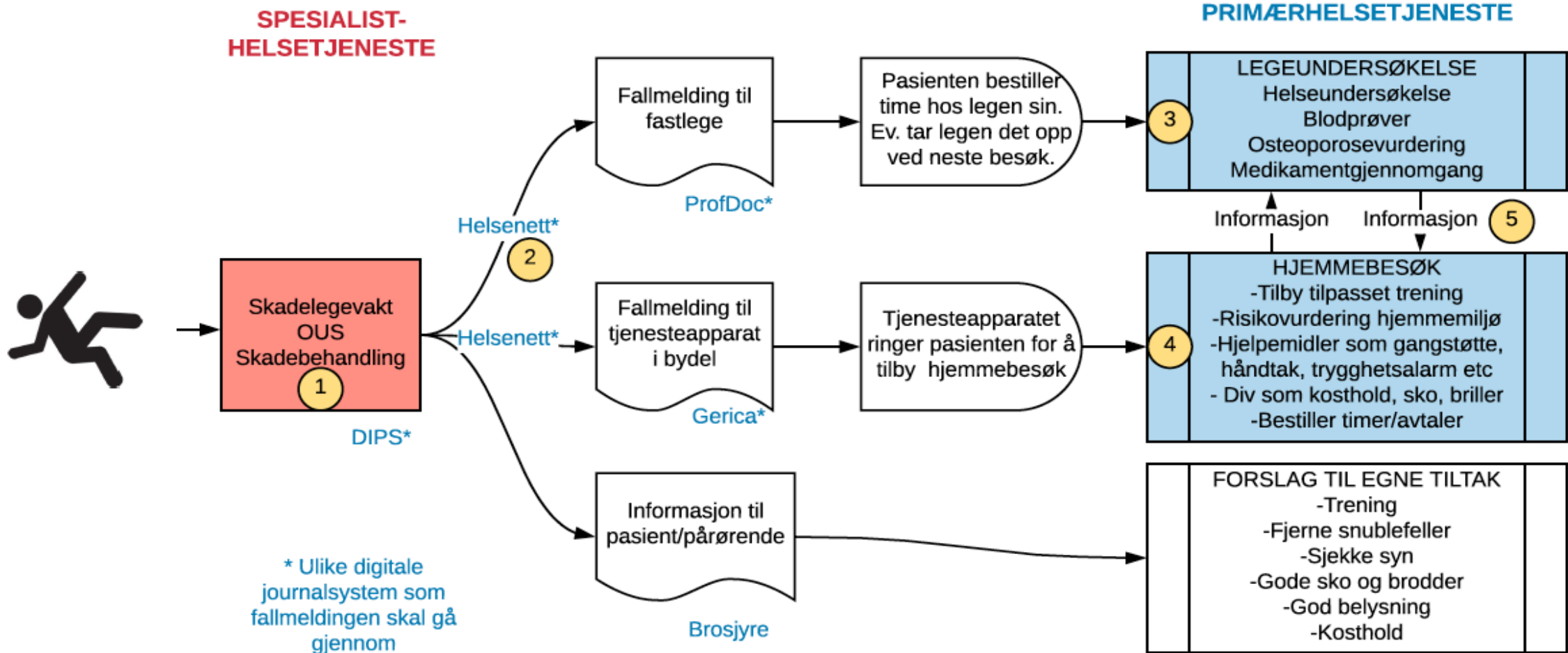


# Prosjektorganisering lokalt

- Bredt sammensatt lokal prosjektgruppe:
  - Bydelsoverlege
  - Avdelingsledere fra tverrfaglige team
  - Avdelingsleder innsatsteam
  - Avdelingsleder lavterskel med representanter
  - Representant for tidligere Søknadskontor
  - Geric konsulent
- Hva har vi gjort:
  - Utarbeidet lokale rutiner for håndtering av fallmeldinger
  - Implementering i tjenestene
  - Erfaringsutveksling



# Pasientforløpet





## 2. Pakkeforløp rus og psykisk helse

- Målsetting
  - økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
  - sammenhengende og koordinerte pasientforløp
  - unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging
  - likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
  - bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner



1 Naviger i dokumentet ved å trykke på sirkelen eller firkanten du ønsker å få mer informasjon om, for å komme til den seksjonen som omhandler dette

# Flytskjema for pakkeforløp(ene)

Brukermedvirkning og samhandling

Forløpstider

Henvising og start

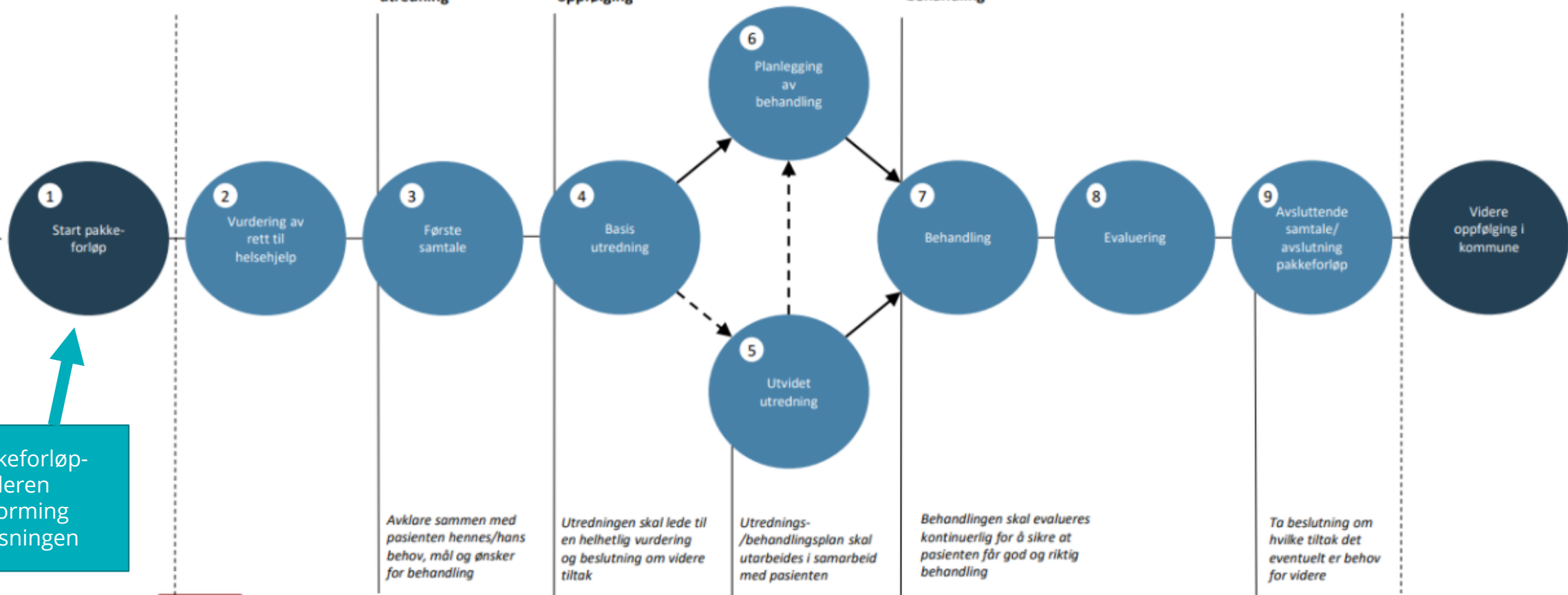
Kartlegging og utredning

Behandling og oppfølging

Evaluering og justering av behandling

Kommunal helse- og omsorgstjeneste  
Fastlege  
Annen spesialist/henviser

Bruk pakkeforløp-veilederen ved utforming av henvisningen



NKVTS.NO

Figur 1: Flytskjema for pakkeforløp psykisk helse og rus er brukt med samtykke fra Helsedirektoratet. Behandlingsforløpet for PTSD er utarbeidet av NKVTS og bygger på helsedirektoratets normerende produkt.



# Mer om pakkeforløp rus og psykisk helse

- «*Veien inn, gjennom og ut av spesialisthelsetjenesten*»
- Forløpskoordinator i kommunen
- Forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten
- Brukermedvirkning





# Oppsummering: Ulike verktøy for samhandling

- I. Individnivå
  - Koordinerende enhet
  - Individuell plan, IP
  - Koordinator
- II. Gruppenivå
  - Tverrfaglige team
  - Standardiserte pasientforløp
  - Pakkeforløp



# LIS 1 tjeneste - en gyllen anledning!

- Spør veileder om han har noe pasienten med behov for langvarige og koordinerte tjenester.
  - Psykisk utviklingshemning, CP, rus problemer, fibromyalgi, sjeldne sykdommer ol...
    - Innkall de til time, kartlegg og bli kjent med systemet rundt dem.
- Snakk med kommuneoverlegen
  - Hvilket tilbud er i din kommune?
  - Hvordan er det organisert?
  - Hva fungerer bra /mindre bra i kommunen?
  - Hva er politiske satsningsområder?
  - Hvor bør du hospitere?
  - Hvilke standardiserte pasientforløp finnes i kommunen?
  - Hvilke tverrfaglige behandlingsteam finnes i kommunen din?
  - Hvilke lærings og mestringstilbud finnes i kommunen og helseforetaket?



# Habilitering og rehabilitering -

- Er dette noe fastlegen driver med?
  - Ja!
  - Men ikke alene!



Ny fylkeslege:  
Anne Hilde Crowo



Statsforvalter:  
Valgerd Svarstad Haugland



Statsforvalteren i Oslo og Viken

Facebook [sfov.no](https://www.facebook.com/sfov.no)

Nettside [statsforvalteren.no/ov](https://statsforvalteren.no/ov)

Læringsmål:  
FKM LM 6: Være kjent med begrepene  
overdiagnostikk/overbehandling og kunne reflektere  
over konsekvenser for pasient og samfunn

# Overdiagnostikk og overbehandling

Mette Hjermann, assisterende fylkeslege.

Tidligere fastlege og LIS i fysikalsk medisin og rehabilitering,  
nå LIS 3 i samfunnsmedisin.



**Statsforvalteren i Oslo og Viken**



20.10.2022



# Noen begreper

- Sykdom
  - Tilstand kjennetegnet av negativt funksjonsavvik, symptomer og at den er skadelig,
- Medikalisering
  - alminnelige fenomener (slik som sorg, angstelse, store/små mamma) blir gjort til et medisinsk anliggende.
- Feildiagnose: falsk positive tester
- Overdiagnostikk:
  - Tilstand definert som medisinsk relevante (HT, celleforandringer, overvekt, blodprøver), som i noen tilfeller kan føre til sykdom.
  - Problem: tilstanden gir en økt risiko for sykdom, men han vet ikke om den aktuelle pasienten noen gang kommer til å utvikle sykdommen pga tilstanden. Han vet dermed ikke hvem som er overdiagnostisert på individ nivå.



# Hva er overdiagnostikk?

- Hva er det?
  - «Diagnostikk av en medisinsk tilstand som ikke ville ført til plager, symptomer eller død dersom den var forblitt uoppdaget.» Falsk positiv test er noe annet
  - Kan ikke brukes på individ nivå, kun uttrykk på gruppenivå via statistikk.
- Årsak:
  - usikkerhet om sammenhengen mellom den identifiserte tilstanden og utvikling av sykdom

Forhold	Medisinske tilstand	sykdommen	relasjon
• Omfanget: uforhold: fors	Forhøye PSA	prostatakreft	1:1
	Polypper i tarmen	tarmkreft	1:1
• Eksempel:	Hyperlipidemi	Hjerte- karsykdommer	1:1
	Hypertensjon	hjerneslag	1:1
	Metabolsk syndrom	Hjerte-karsykdom	1:1

Jf. Store medisinske leksikon



# Drivere for overdiagnostikk

- Lege og pasient ønsker å påvise tilstander som kan utvikle seg til sykdom tidlig
  - bidra til å redusere risikoen for å få eller dø av sykdom
  - redde for å overse sykdom
  - indikasjonene utvides (og derved sykdomsbegrepet)
  - medier setter søkelys på oversett sykdom (underdiagnostikk)
- Helseangst og behov for avkrefteelse
- Industriens utvikling av ny teknologi
  - Nye og mer følsomme diagnostiske verktøy gjør at man finner stadig mildere tilstander
    - dannes et feilaktig inntrykk av at det i samfunnet finnes et voksende helseproblem
    - øker suksessraten når man behandler mildere tilstander
  - mer investeres i forbedret diagnostikk. Slik kan man få en selvforsterkende prosess.





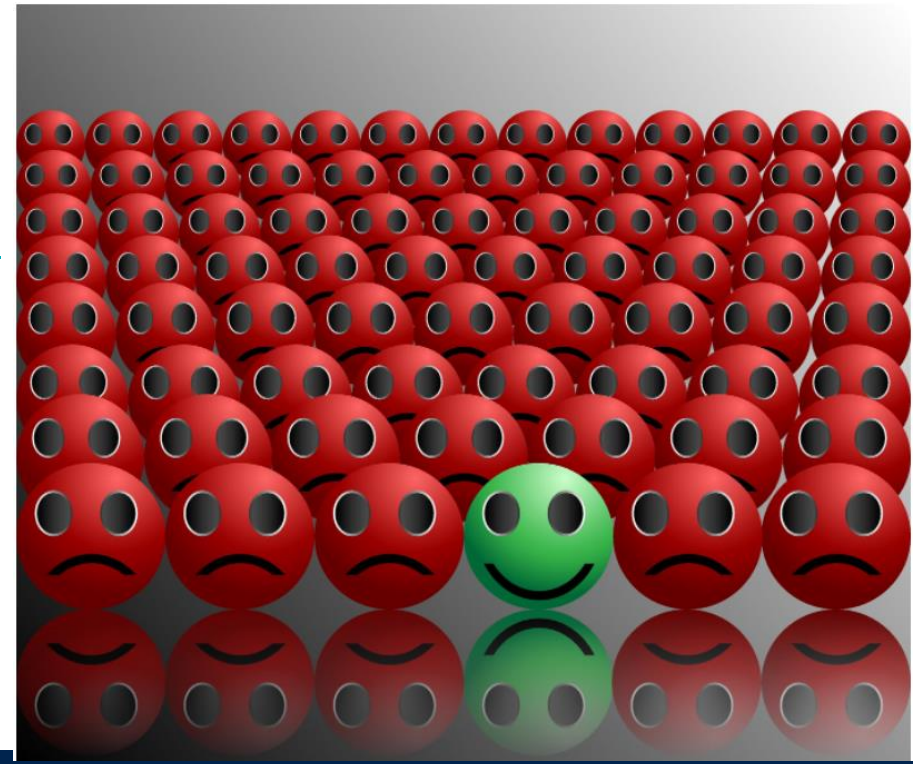
# Prisen enkeltmennesker betaler for overdiagnostikk?

- Belastningen ved å få en unødvendig diagnose eller behandling for en sykdom du ikke ville fått uansett
  - Eksempel
    - Prostatectomi ved høy PSA og sentvoksende ca prostata
    - Myalgi ved statiner..
    - Slitenhet og redusert aktivitet ved blodtrykksmedisiner.
    - Mammografiscreening:
      - Fem kvinner må bli overdiagnostisert (og behandlet) for at en kvinne reddes fra brystkreft

# Legemiddelbehandling - hva vet vi om effekt?



- NNT "*number needed to treat*"
  - antall som må behandles for at en skal bli frisk
- NNH "*number needed to harm*"
  - antall behandlet for at en skal få en bivirkning
- Legemiddelverket anbefaler nettsiden: [www.thennt.com](http://www.thennt.com)  
Den henviser til studier i Cochrane-databasen.



# Noen eksempler på mulig overbehandling, tall fra [www.thennt.com](http://www.thennt.com)



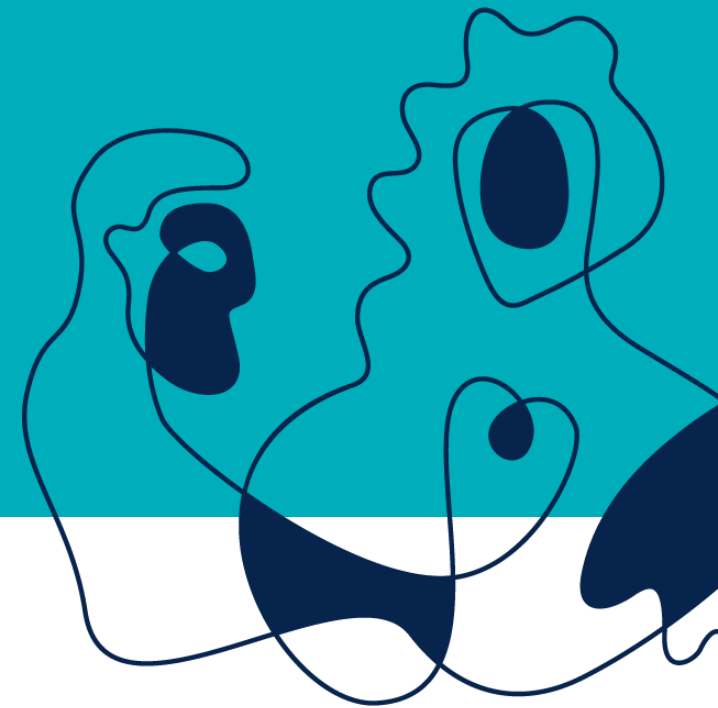
- Statiner i 5 år uten kjent hjertesykdom:
  - NNT: 104 for hjerteinfarkt, 154 for slag.
  - NNH: diabetes: 50, muskelplager: 10
- Stent ved stabil hjertesykdom 5 år etterpå
  - NNT: uendelig...
  - NNH: 50 for alvorlig komplikasjon
- Hyertensjonsbehandling ved 140-159/90-99 uten hjerte-kar sykdom fra før
  - NNT: forhindrer ikke hjerte - karhendelse
  - NNH: 12
- PSA screening
  - NNT: forhindrer ikke død.
  - NNH: 5 i form av prostata biopsi som var neg
- Mammografiscreening (2010)
  - NNT: forhindrer ikke død.
  - NNH: 2 for falsk pos., og 5 unødvendig kirurgi over 10 år
  - Kreftregisteret: «WHO sin ekspertgruppe konkluderte i 2015 med at det er tilstrekkelig dokumentasjon for at organisert screening reduserer dødeligheten av brystkreft for kvinner i alderen 70 til 74 år, mens mener effekten for kvinner i aldersgruppen 40 til 49 år ikke er tilstrekkelig dokumentert for å kunne anbefale organisert screening»



## «Gjør kloke valg»

- Nettsi
  - Pasier
1. Ikke foreta «pakke-bestilling» av blodprøver - vurderer spesifikk indikasjon for hver enkelt prøve.
  2. Ikke oppfordre friske mennesker til regelmessig helseundersøkelse uten symptomer eller kjent risikotilstand.
  3. Ikke start medikamentell primærforebygging før total risiko er funnet, og fordeler og ulemper med behandling er drøftet med pasienten.
  4. Ikke måle PSA uten først å vurdere risiko og indikasjon ved hjelp av anamnese og klinisk undersøkelse.
  5. Ikke forskriv NSAID uten at det foreligger spesifikk grunn og risiko for bivirkninger er vurdert.

Lykke til!!!



Fylkesmannen i Oslo og Viken