

**NTNU**

## Helhetlige pasientforløp – utfordringer og muligheter

Professor Aslak Steinsbekk  
Institutt for Samfunnsmedisin

**NTNU**

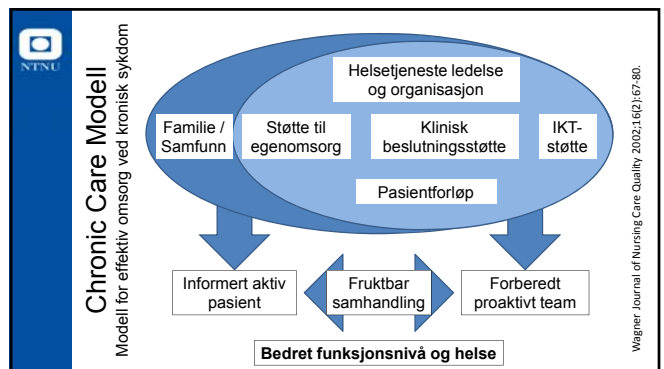
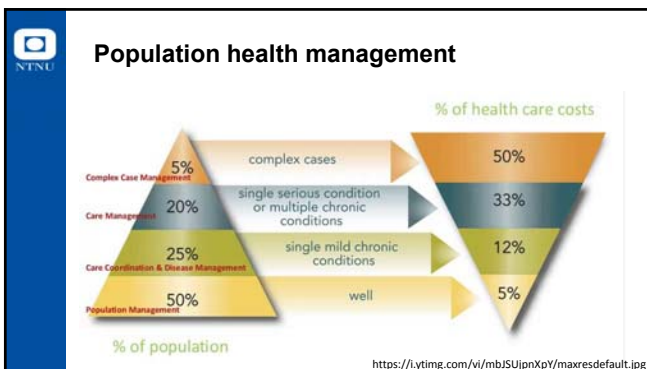
## Sosial ulikhet

Julian Tudor Hart :  
«The inverse care law» (1971)

**Tilgang til helsetjenester av god kvalitet er omvendt proporsjonal med helsebehov i befolkningen**



Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971 Feb 27;1(7696):405-12.  
Mercer SW et al. The Inverse Care Law: Clinical Primary Care Encounters in Deprived and Affluent Areas of Scotland. *The Annals of Family Medicine*. 2007 November 1, 2007;5(6):509-10.



**NTNU**

## Steder i verden med dokumentert effekt av bedre organisering

- Geissinger, USA
- Partners, Boston USA,
- Kaiser Permanente, California USA,
- Duke, South Carolina USaA
- Canteburry, i New Zealand
- Jönköping, Sverige (Esther project)
- Torby, sørvest England

- **Vem är Esther?**
  - Esther är den person, från barn till äldre som behöver vård och omsorg från mer än en vårdgivare.
  - Alla vårdgivare måste smidigt samverka över gränserna för att kunna erbjuda god vård där Esther är delaktig.
- **Esther har rätt till:**
  - Att vara delaktig i sin egen vård och omsorg
  - Möjligheten till god vård i eller nära hemmet
  - En individuell vårdplan som uppdateras regelbundet
  - Likvärdig vård oavsett bostadsort
  - Att uppleva samtliga vårdgivare som en.

<http://plus.rj.se/esther>

**NTNU**

## Helsefaglige tiltak med dokumentert effekt

Felles kjennetegn for suksess:

- Tidlig mobilisering
- Tidlig utskrivning
- Vante oppgaver i vante omgivelser
- Kompetanse fra spesialisthelsetjenesten
  - Deltar i overføring av pasient til kommunen og etablering av videre opplegg
- Pasient- og pårørendeopplæring
- Avtalt systematisk oppfølging etter utskrivning

NTNU

## Utfordringer og myndighetenes svar

NTNU

## Befolkningssammensetning i Norge

Vi blir flere, relativt størst økning blant eldre

NTNU

## Hvordan møte utfordringene?

- Vi må jobbe mer, flere må jobbe og vi må stå i jobb lenger;
  - Pensjonsreformen / NAV-reformenn / Heltidskultur
- Vi må dempe veksten i behov for helsetjenester;
  - Fremme folkehelse / Forebygge sykdom
- Vi må utnytte ressursene i helsevesenet bedre;
  - Kommnehelsetjenesten må rustes
  - Nye roller for spesialisthelsetjenesten
  - Bedre samhandling / koordinering
  - Mer innovasjon/ forskning/ utvikling
  - Brukerne må få større innflytelse

Samhandlings-reformen

NTNU

## Helse- og omsorgsloven, Kapittel 6.

Avtalen skal som et minimum omfatte:

1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltingsnivåene er pålagt ansvar for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene er enige om å gjennomføre.
2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,
4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for sykehuslig tjent etter § 3-5 tredje ledd,
5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som ønske å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsutveksling og informasjonssubveking og for faglige nettverk og hospitering,
7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,
8. samarbeid om prøvetjenester,
9. samarbeid om IKT-oppfølging lokalt,
10. samarbeid om forbygging og
11. utfordrende bereddeplaner og planer for den akuttmedisinske tjent.

NTNU

## Bedre koordinering

NTNU

## Verdikjeden: Pasientforløpet

Fra første kontakt med helsetjenesten for et problem eller en ny episode, til siste kontakt for problemet


Fastlegebesøk      Sykehus Rehabilitering      Hjemmetjeneste

**Viktige mål**

- Sømløs
- Integreerte tjenester
- Kontinuitet
- Effektiv

**Utfordringer**

- Brudd i eierskap
- Brudd i styringssystem
- Brudd i regelverk
- Brudd i finansiering
- Brudd i behandling
- Brudd i faglige mål
- Brudd i informasjonsflyt




## Kommune og sykehus må samarbeide, men




### Kulturforskjeller

	Kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten
Planlegging	Langsiktig – mot resten av livet	Kortsiktig – tom. utskrivning
Helseproblemer	Gjerne flere parallelt og hele spekret av diagnoser	Ett problem, evt. fokus på ett om gangen.
Behandling	ADL-orientert tilrettelegging, og pasienten deltar mye selv. Lite / langsom endring	Diagnoseorientert og med avansert teknologi. Ofte med store endringer på kort tid
Pasient – helsepersonell forhold	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle	Sjelden og oftest bare i korte perioder. Mange involverte samtidig. Svak pasientrolle
Beslutninger	Tas ofte av helsepersonell alene eller av få, og ofte med vekt på pasientpreferanser	Tas gjerne i møter med flere og vektlegging av faglige retningslinjer
Samarbeid med andre	Med mange, også utenfor helsetjenesten, og tett med evt. pårørende	I hovedsak med kommunehelsetjenesten, sporadisk kontakt med pårørende



## Blant fotfolket

- *Ja, det er nok en stor forskjell på hvordan vi ser på pasienten. På sykehuset har vi et diagnosefokus, mens kommunen har åpenbart et funksjonsfokus. [ ] Jeg strevde veldig med å forstå hvorfor dere ikke er så interessert i hvordan vi løser opp en blodpropp. Internasjonalt får vi mye fokus på vår forskning og fremgang innen disse områdene, mens dere ikke synes å være så opptatt av det.*
- *Jeg har jobbet både på sykehus og i hjemmetjenesten, så jeg vet at man ser med forskjellige briller avhengig av hvor du arbeider. Og når du ser pasienten i en sykehusseng, er pasienten mer passiv og venter på at folk rundt skal bestemme, men når pasienten er hjemme, er han sin egen herre, og vi må gå inn i hjemmet med en annen holdning enn når du jobber på et sykehus.*




## Og blant ledere

Samhandlingsdirektør fra et HF:

*«Vi skjønner at ikke alle kommuner greier å organisere sine tilbud i henhold til samhandlingsreformen, men vi skal være hjelpsomme og vise dem hva som må på plass»*


Pleie- og omsorgsleder:

*«Det er ikke ett sykehus. Det er en samling av avdelinger som ikke snakker sammen og som vil ha det på hvert sitt vis»*



## Kompetanseoverføring og spesialisering

I hvor stor grad opplever du at Samhandlingsreformen har ført til at	Andel enig
Sykehusansatte lærer mer av ansatte i kommunenes helse- og omsorgstjeneste	11 %
Ansatte i kommunenes helse- og omsorgstjeneste lærer mer av sykehusansatte	23 %
Ansatte i kommunen har fått behov for mer spesialisering og spisskompetanse på bestemte diagnoser	77 %
Sykehuset etterlyser flere spesialiserte sykepleiere i kommunen	28 %



## SUMMING

### Gjerne med en fremmed og gjerne stående

Helsetjenesten skal gi god og koordinert behandling

**Hvordan kan fagpersoner i kommuner og sykehus samarbeide om dette på en best mulig måte (bedre enn i dag)?**

**Forløp på sykehus**

**Klinisk forløp / Behandlingsforløp**

Clinical / Care pathways, also known as critical pathways, care paths, integrated care pathways, case management plans, clinical care pathways or care maps

Et klinisk forløp / behandlingsforløp er en kompleks intervensjon for gjensidig beslutningstaking og organisering av behandlingsprosessen for en vel definert gruppe av pasienter gjennom en vel definert periode

European Pathways Association – EPA  
<http://e-p-a.org/care-pathways/>

**Utvikling av forløp**

Definisjon av en pasientgruppe

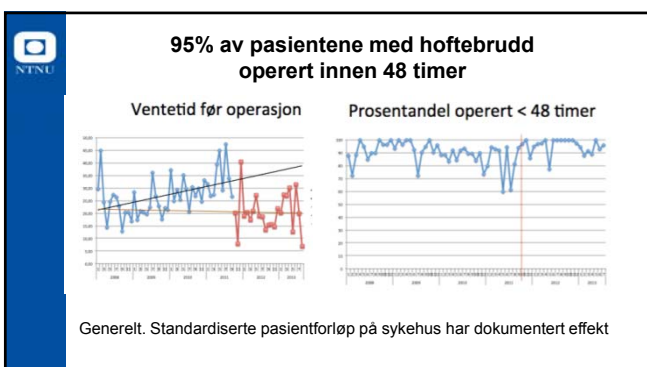
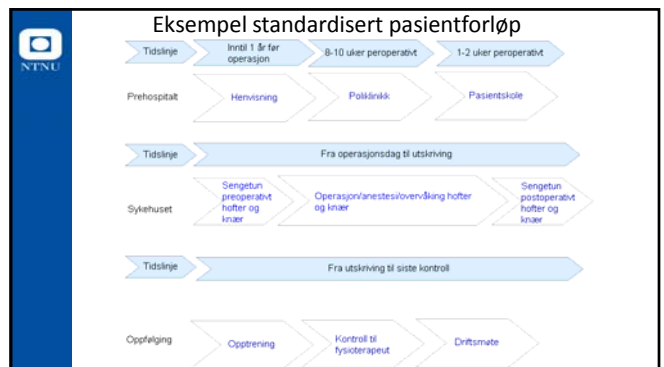
Faglige retningslinjer

Prosessbeskrivelser

Lokale forløpsplaner (protokoll)

Individuell behandlingsplan

Inklusjons- og eksklusjonskriterier
Konsensus- eller forskningsbaserte kunnskaper knyttet til et definert problemområde (diagnose)
Beskrivelse av sentrale aktiviteter som inngår i faglige retningslinjer: • Arbeidsoppgaver • Aktører, mandat, kompetansekrav
Sammenbinding av aktiviteter og utforming av arbeidsflyt for lokal gjennomføring av et forløp



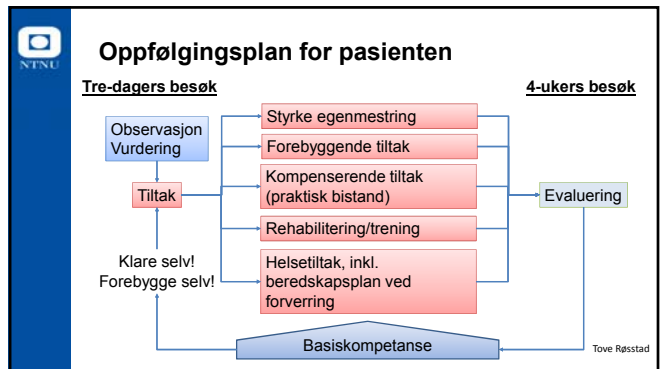
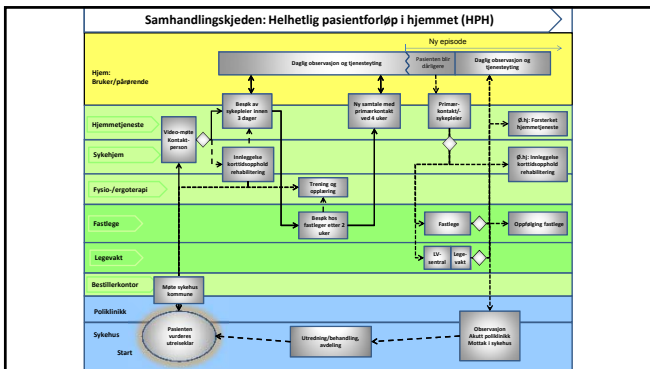
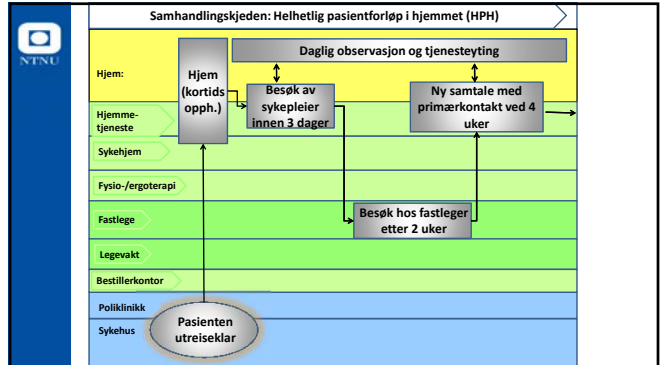
**SUMMING**

Selv om en pasientgruppe er hyppig på et sykehus, er det relativt få av disse pasientene i hver enkelt kommune

**Hvordan skal pasientopplæringen organiseres når det er få med hver diagnose i hver kommune og de som finnes har mange flere sykdommer samtidig?**

NTNU

# Generisk pasientforløp



NTNU

# PIXI; Lommeutgave av sjekklister

TRONDHEIM KOMMUNE

NTNU

# KOLS Heim

Eksempel på sjekkliste for å følge med på forhold knyttet til spesifikk medisinsk diagnose

**Litt verre helse**  
Mer tungpust enn vanlig  
Mer hoste og evt. piping i brystet  
Mer oppspytt  
Gulfarget oppspytt  
Puls 80-100  
Respirasjonsfrekvens 20-25  
FEVI under  
Fever, temp 37,5-38  
Sover dårligere - symptomer om natta  
Andre typiske tegn ved forverrelse :

Ta det mer med ro  
Unngå iritanter og tobaksrøyk  
Husk riktig puste- og hosteteknikk

Medikamentell behandling som kan være aktuell:

Inhalasjonsmedisin:

Inhalasjonsmedisin:

Prednisolon:

Antibiotika:

Ring KOLS-sentralen 48 23 00 66



## Helhetlige pasientforløp er en mulighet

- Det er gode eksempler på at det går an å få til helhetlige pasientforløp på tvers av nivå
- Utfordringen er overgangen mellom sykehus og kommune og implementering i form av endrede arbeidsrutiner
- Men helhetlige pasientforløp er fokusert på de som har behov for oppfølging både i sykehus og kommune, typisk sykehusinleggelse og hjemmetjenester etterpå
- Hva med de som bare trenger litt hjelp for å mestre på egenhånd?

36



## Pasientopplæring / friskliv og mestring



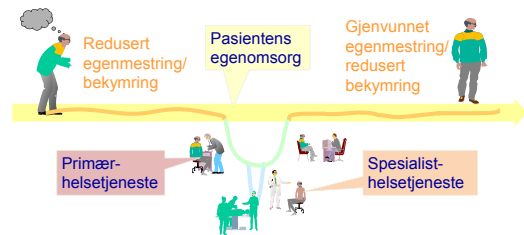
## Behov for nye løsninger

- Opplæring skal være en del av det helhetlige pasientforløpet
- Den mest omtalte modellen er at sykehusene tar det sykdomsspesifikke og kommunene det generelle
- Spørsmålet er hvordan dette skal organiseres
  - Hvem tilbyr opplæring i hva?
  - Hvordan samle nok personer i mindre kommuner?
  - Kan teknologi brukes (videokonferanse, presentasjoner via Skype)?
- Og det må tas hensyn til de andre aktørene og pasientens behov

38



## Pasient sitt forløp



Hvor skal pasientopplæringen foregå?



## 365 dager i et år

### Legebesøk

De sykeste pasientene:

- Ser sin lege ca 1 gang pr uke - 20 min hver gang
- 17 timer pr år
- 0,20 % av året

### Hjemmetjenester

- Pasienter over 67 år med omfattende bistandsbehov
- 17 timer hjelp pr uke
  - 36 dager pr år
  - 10% av året

Bråvyn N, Lunde ES, Kvalstad I. SEDA – Statistisk sentralbyrå, 2007.

Gabrielsen B, Ottes B, Sundby B, Strand P. (PLOS). Statistisk-sentralbyrå, 2010.



## Selvrapportert helse og egenomsorg

- Sett på endring i løpet av ett år i selvrapportert helse og behov for støttet til egenomsorg
- Behov for støttet til egenomsorg øker når selvrapportert helse blir dårligere og forløp av sykdom er dårligere eller varierer
- Tid siden diagnose betyr ikke noe

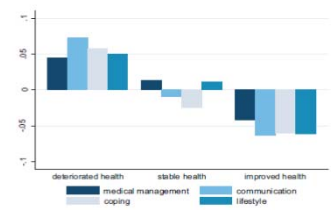


Fig. 1. Changes in the needs for self-management support between 2011 and 2012 according to changes in perceived health (mean scores).

Lieke van Houtum, Mieke Rijken, Monique Heijmans, Peter Groenewegen. Self-management support needs of patients with chronic illness: Do needs for support differ according to the course of illness? Patient Education and Counseling 59 (2013) 626-632

41

**Lokalmedisinske tjenester**  
Moderert fra Hallingdalsprosjektet

- Administrasjons- og systemarbeid  
- helseovervåking, miljørettet helsearbeid, folkehelsearbeid, strategisk planlegging, avtaleverk, IKT-opplæring og drift
- Interkommunalt samarbeid  
- For å sikre kompetanse, rekruttering og robuste tjenester (barnevern, ø.hjelp)
- Desentraliserte spesialisthelsetjenester  
- DMS, DPS, ambulerte team, deltagelse lokalt og oppfølging ved utskrivning
- Samarbeidstiltak mellom kommuner og sykehus  
- LMS-senter, ambulante team, akutt poliklinikk, observasjonsplasser/FAM, praksiskonsulentordning, hospitering

**Kategorier av typer av team**

- Praksisbasert (opprinnelig engelsk modell – friskere pasienter)
  - Ansatte i praksis – sosialarbeider, helsesøster, fysioterapeut, psykiatrisk sykepleier, jordmor og en mindre gruppe hjemmesykepleiere
  - Møttes daglig, ukentlig planleggingsmøte, oppsøkende hjemmebesøk
- Områdebaserert (utbredt i Norden)
  - Utgangspunktet er et geografisk område – kommune, distrikt
  - Tjenester i stor grad organisert i forhold til oppgaver/roller/yrkesgrupper og ikke geografi
- Pasientsentrert (økende internasjonalt – de med stort hjelpebehov)
  - Utgangspunktet er pasientens hjem og en behandlingsplan som revideres regelmessig
  - Bemanning etter pasientens behov – inklusive behov for spesialisthelsetjenester

**«Teamlet» modellen**

- To personer (fastlege og veileder (health coach)) som arbeider i fast team med utvalgte pasienter
- Multisyke/komplekse pasienter med stort behov for støtte, veiledning og koordinering (> 15 min)
- To-spennet kan være en del av et større team, f.eks. primærhelseteamet

Bodenheimer T, Laing BY. The teamlet model of primary care. Ann Fam Med. 2007;5(5):457-61.

**Hvordan få felles mål for pasientens forløp**

- Litteraturgjennomgang av forskning som omhandler pasienter og helsetjenestens mål med behandling og omsorg
- Hvilke typer mål finnes og hvordan kan disse brukes for å lage felles mål for individuelle pasientforløp?
- Typer mål ble kategorisert fire ulike grupper av mål; 1) Funksjonelle, 2) Biologiske / sykdom and 3) Sosiale og 4) pasients mål. Pasientene har en moralsk og juridisk rett til å definere mål for egen behandling.
- Det er nødvendig å sette individuelle mål for forløpet for den enkelte pasient slik at de ulike delene av helsetjenesten skal ha et felles mål å arbeide mot.

Berntsen GKR, Gammon D, Steinsbekk A, Salomonsen A, Foss N, Ruland C, Fønnebo V. How do we deal with multiple goals for care within an individual patient trajectory? A document content analysis of health service research papers on goals for care. Accepted for publication in BMI Open in oct 2015

**Oppsummering**

- Det må tenkes helhetlig for å sikre gode forløp for pasienten (pasienten sitt forløp)
- Det er vanskelig å få til i praksis
- I chronic care model og andre er det lagt vekt på at opplæring og støtte til egenmestring er en sentral del

For at dette skal ha reell effekt må det arbeides proaktivt:

- Være i forkant, legge en plan for hva som kan skje
- Gi alle en mulighet til å planlegge og tilpasse sin aktivitet

**Takk for oppmerksomheten og lykke til med arbeidet med å**

- Integrere opplæring i
- Pasient sitt
- Helhetlige forløp