

GODE PASIENTFORLØP – HVA INNEBÆRER DET OG HVORFOR ER DETTE VIKTIG?

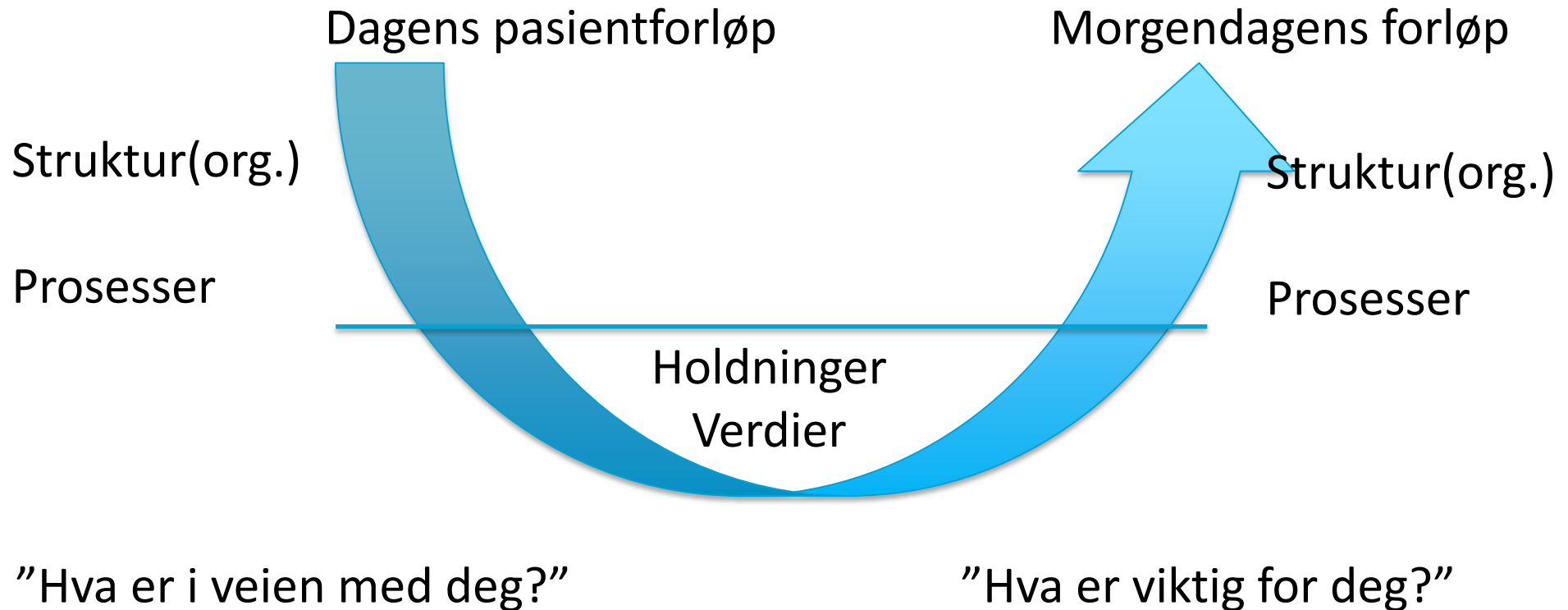
Michael de Vibe, lege og forsker, mdevibe@outlook.com

GODE PASIENTFORLØP

- Innebærer samarbeid innad og på tvers av organisasjoner for å gi best mulig helsehjelp
- Er avgjørende for å skape optimal helse og livskvalitet for eldre og kronisk syke pasienter



Endret fokus – endret handlemåte



Maureen Bisognano, Institute of Healthcare Improvement, Boston

- Det jeg erfarer verden rundt når mennesker stopper og spør dette spørsmålet, er at det forandrer hvordan vi ser på hverandre.
- Når du spør noen: “ Hva er viktig for deg?” er du tvunget til å se dem som hele mennesker
- Det skaper en dypere mening både for pasienter og helsepersonell.

Spørsmålet endrer fokus, roller, relasjoner og samarbeid



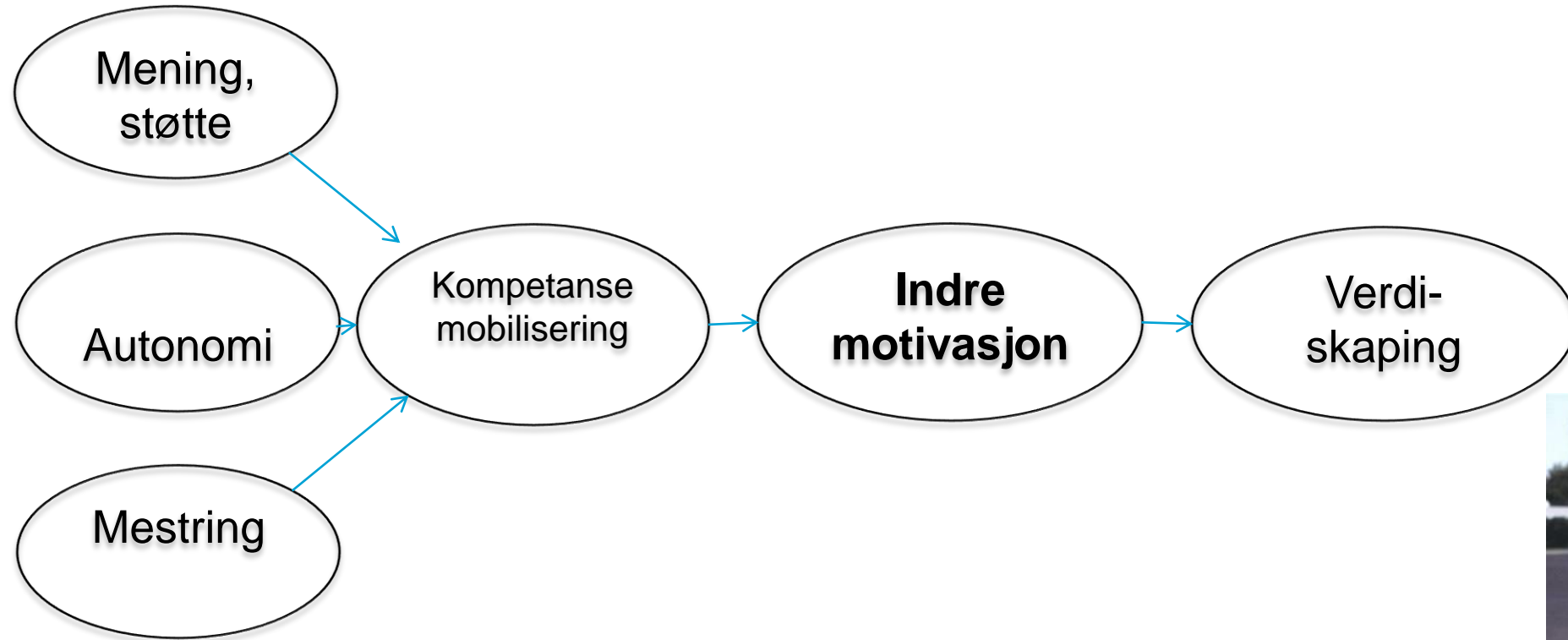
Diagnoser: begrensninger –
behandling: Andre/ekspertstyrte...

Hele personen: Jeg-styrte –
Mine talenter, muligheter,
motivasjon, håp, og ansvar

Personsentrert behandling forbundet med:

- Nedsatt mortalitet¹
- Nedsatt forekomst av sykehusinfeksjoner²
- Nedsatt kirurgiske komplikasjoner³
- Høyere kvalitet på tjenestene⁴
- Bedret funksjonell status²
 - 1. *Meterko M et al (2010) Health Services Research*
 - 2. *DiGioia A M et al (2008) Agency for Health Care Research and Quality*
 - 3. *Murff et al (2006) Qual Saf Health Care*
 - 4. *Jha A et al (2008) New England Journal of Medicine*

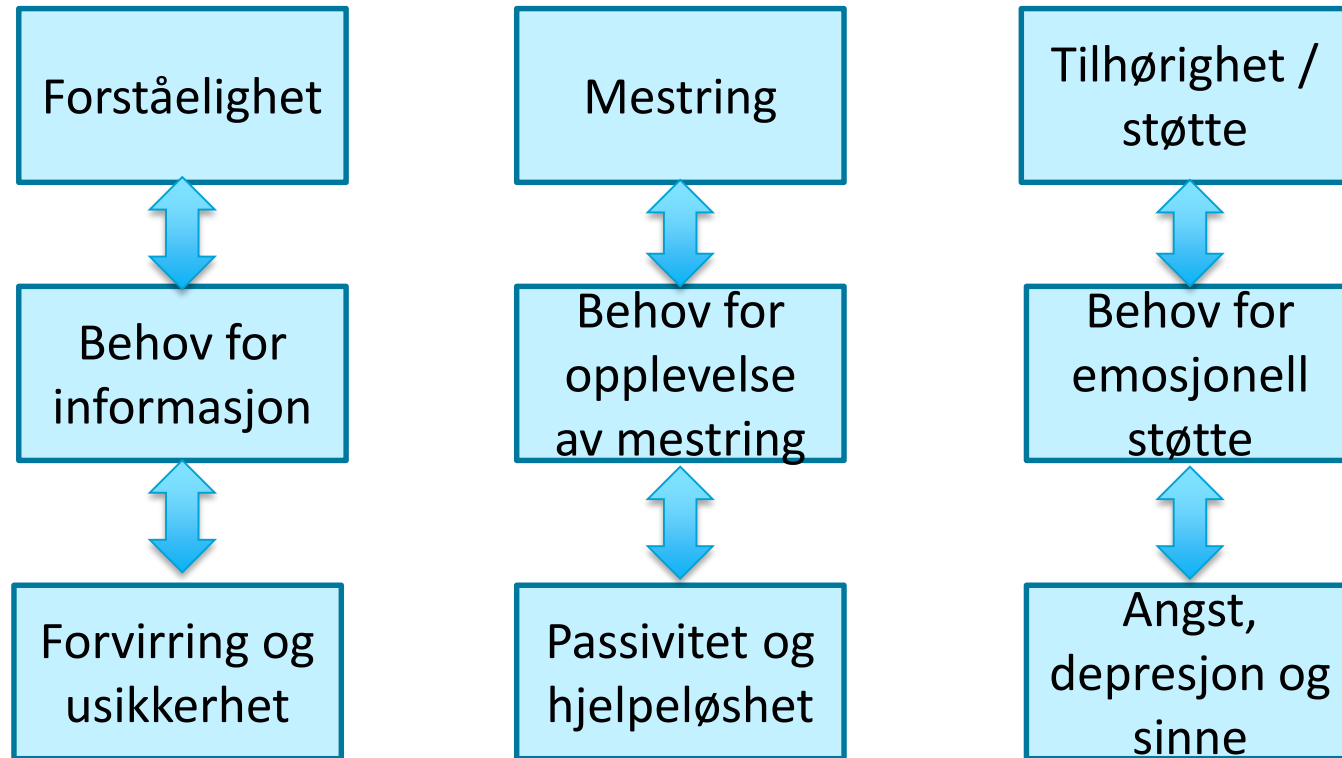
Motivasjon og verdiskaping



Professor Linda Lai, BI



Pasienters grunnleggende psykologiske behov



Havik O.E. Nordisk psykologi 1989; 41:161-176

Hverdagsrehabilitering

- Positiv effekt på helse relatert livskvalitet og bruk av helsetjenester

Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. Tessier, 2016, 10 studier (4RCT), 14,742 deltakere

Delte Beslutningshjelpemidler



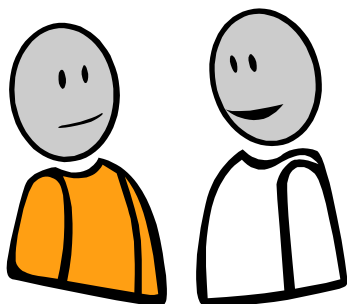
Informere

- Fremskaffe fakta om tilstand, valg, nytte, ulemper
- Kommunisere sannsynligheter



Klargjøre verdier

- Spørre hvilken nytte og ulempe som betyr mest for pasienten
- Dele erfaringer fra pasienter



Støtte

- Veilede i beslutningsprosessen
- Bruke arbeidsark, liste av spørsmål

(Stacey et al., Cochrane Library, 2014)

Effekt av DB hjelpemidler



Bedrer kvalitet

- ✓ 13% høyere kunnskap****
- ✓ 82% riktigere risiko vurdering***
- ✓ 51% bedre samsvar mellom verdier og beslutninger **

GRADE kvalitet:

**** høy ** lav
*** moderat * meget lav

- ✓ Reduserer beslutningskonflikt (6%) (uinformert; uklare verdier)****
- ✓ Hjelper ubesluttede å beslutte (41%)
- ✓ Pasienter 34% mindre passive i beslutninger***
- ✓ Bedret pasient-helsearbeider kommunikasjon (7/8 trials)
- ✓ Potensiale for å redusere overforbruk
 - ✓ -20% operasjoner
 - ✓ -14% PSA – prostata screening
 - ✓ -27% Hormon terapi

(Stacey et al., 2014 Cochrane Review)

Læring fra 7 vellykkede forsøk i andre land med pasientforløp for multisyke eldre

Ulik organisering men viktige fellestrekk



- Endring i samhandling med brukeren
 - For å støtte selv-hjelp (mestring) og selvstendighet (autonomi)
- Øke motstandsressurser hos hjelperne og pårørende
- Dedikerte tverrfaglige team som arbeider helhetlig og fleksibelt
- Samarbeid med frivillige som styrker nettverk av venner og naboer

Goodwin: How should integrated care address the challenge of people with complex health and social care needs? Emerging lessons from international case studies. Int J Integr Care 2015

Læring fra 7 vellykkede forsøk

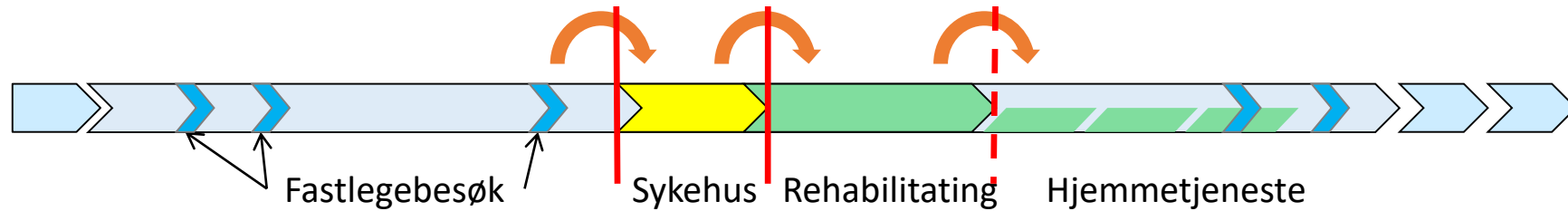


- Skaper en kultur med:
 - vilje til å yte tjenester utover jobb-beskrivelsen
 - lydhørhet overfor lokal kontekst, slik at samarbeid og samhandling blomstrer
- Kan ikke kopieres
- Er sårbare for politiske, finansielle, organisatoriske endringer
- Ledelse og finansielle insentiver må støtte arbeidet

Goodwin: How should integrated care address the challenge of people with complex health and social care needs? Emerging lessons from international case studies. Int J Integr Care 2015

Helhetlige pasientforløp

- Fra første kontakt med helsetjenesten for et problem, evt. en ny episode med tidligere avsluttet problem, til siste kontakt for problemet



Utfordringer:

Brudd i eierskap

Brudd i styringssystem

Brudd i regelverk

Brudd i finansiering

Brudd i behandling

Brudd i faglige mål

Brudd i informasjonsflyt

”Kulturforskjeller”

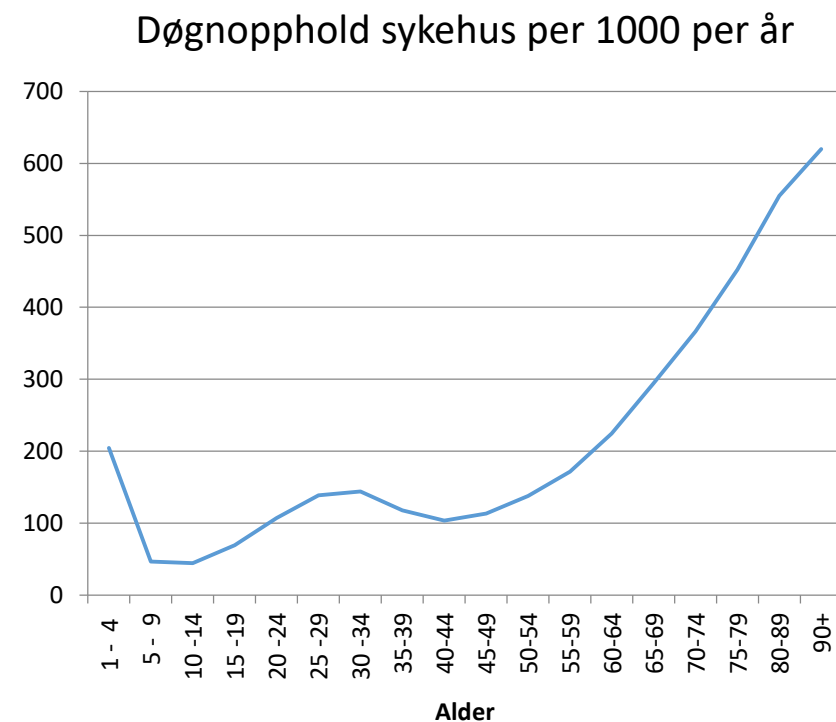
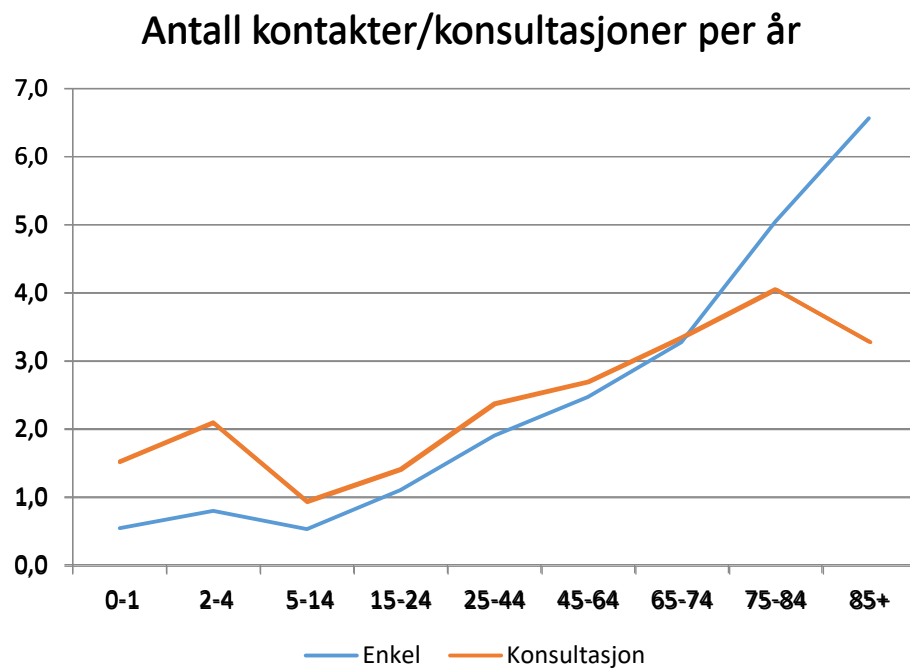
	Spesialisthelsetjenesten	Kommunehelsetjenesten
Helseproblemer	Ett problem, evt. fokus på ett om gangen.	Gjerne flere parallelt ,hele spektret diagnoser/problemer
Behandling	Diagnoseorientert og med avansert teknologi.	ADL-orientert tilrettelegging, og pasienten deltar mye selv.
Beslutninger	Tas gjerne i møter med flere og med høy lojalitet til faglige retningslinjer	Tas av helsepersonell alene eller av få, med vekt på pasientpreferanser
Planlegging	Kortsiktig – tom. utskriving. Ofte med store endringer. Høyt tempo.	Langsiktig – mot resten av livet Lite/langsom endring.
Pasient – helsepersonell forhold	Sjelden og i korte perioder. Mange involverte. Svak pasientrolle	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle
Samarbeid med andre	Mest med kommunehelsetjenesten, sporadisk med pårørende	Med mange, også utenfor helse-tjenesten, tett med evt. pårørende

Utfordringer i kommunehelsetjenesten

- Hver ny tjeneste er blitt organisert som en separat tjeneste
 - Skolehelsetjeneste, helsestasjon, sykehjem, hjemmetjenester, fysioterapi, ergoterapi, habilitering, psykiatri, legevakt
 - Nye tjenester med samhandlingsreformen:
 - Intermediæravdelinger for pasienter som skrives ut fra sykehus
 - Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud,
 - Lokal folkehelsevirksomhet
- Samarbeid om felles pasienter
 - Fastleger og PLO er fysisk atskilt og har ofte ingen eller få formelle møteplasser
 - Hvert sitt pasientjournalssystem
- Organisatoriske barrierer
 - Fraværende faglig overbygning (2-nivåstruktur i mange kommuner)
 - Finansieringsordninger som ikke passer sammen



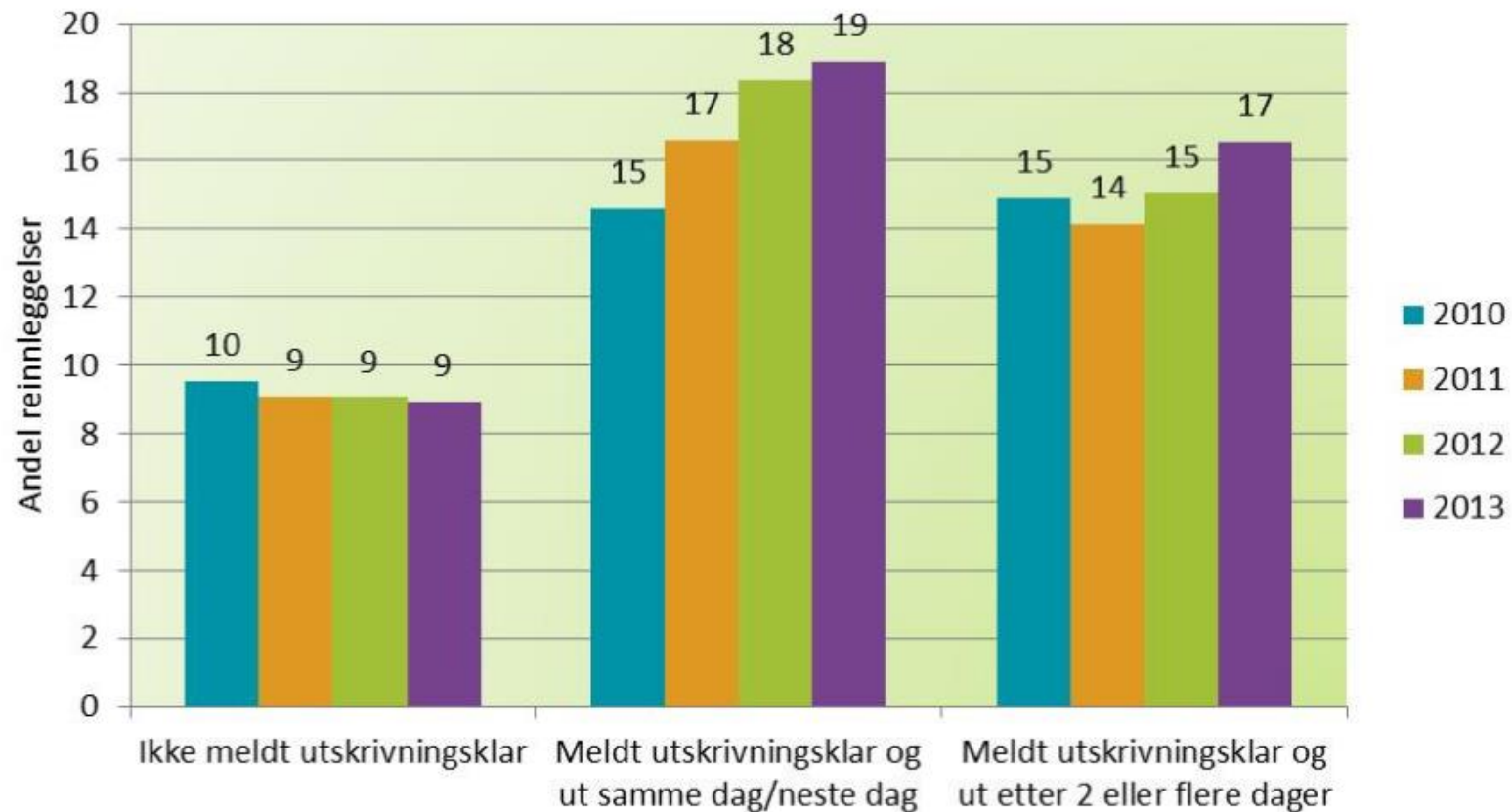
Fastlegens oppfølging av eldre syke



Brøyn N, Lunde ES, Kvalstad I. SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006.
Oslo: Statistisk Sentralbyrå, 2007

Utskrivningsklare pasienter og reinnleggelser (%)

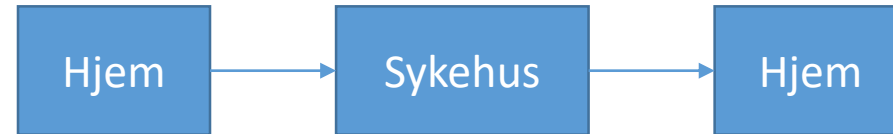
Figur 2: Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivningsklar status per 2. tertial 2010-2013.



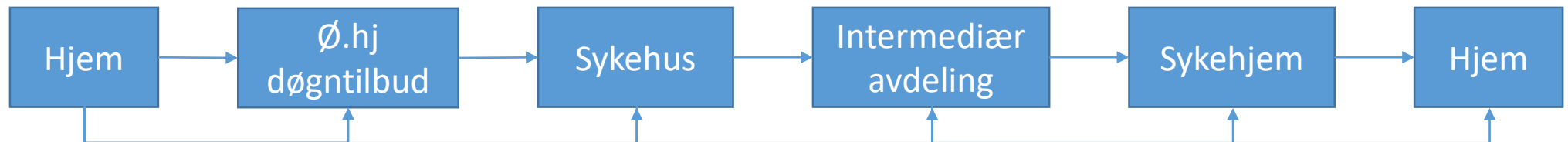
Kilde: [Helsedirektoratet 2014, IS-2138: Samhandlingsstatistikk 2012-13.](#)

Nye forløp etter introduksjon av samhandlingsreformen

- Vanligste forløp



- Alternativer etter oppretting av ø.hj døgntilbud og intermediæravdelinger



Resultater ved utskriving til hjemmet

	Hjem via inter- mediæravdeling	Direkte hjem fra St.Olavs H
Antall pasienter:	68	70
Etter 6 måneder		
• Reinnleggelser:	13	25
• Klarer seg selv:	19	6
Etter 12 måneder		
• Døde	13	22



Garåsen H et al. Scand J Public Health 2008 Mar;36(2):197-204.

Suksessfaktorer ved en intermediæravdeling

- Økt lege- og sykepleierbemanning (30 %) understøttet av tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten og kompetanseoverføring
- Tilbud om rehabilitering og bedre tid til å legge til å planlegge tilbakeføring til hjemmet (tre uker)
- Legemiddelgjennomgang, ofte med vesentlig reduksjon i forhold til det som var utskrevet ved sykehuset.
- Tett samarbeid med pårørende
- Institusjonstjeneste og hjemmetjeneste under samme ledelse i samme organisasjon



Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial

Prestmo A, Hagen G, Sletvold O, et al.

DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62409-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62409-0)



	Geriatrigruppen	Ortopedigruppen
Antall pasienter	198	199
Liggetid	12.6	11.0
Direkte hjem	47	20

Evaluering (4 og 12 mnd): Geriatrigruppen hadde færre reinnleggelser, kortere liggetid i sykehjem, høyere bevegelighet, og til en lavere kostnad



Anna 84 år
Hjemmeboende

Høyt blodtrykk

Benskjørhet

Sukkersyke

Slitasjegikt

KOLS

Image: Brendan Smialowski for the New York Times



Med utgangspunkt i faglige retningslinjer for hvert enkelt helseproblem

Summen:

- 12 separate medisiner, 5 ulike tidspunkt på dagen og totalt 19 doser/dag.
- I tillegg til medisin: 14 anbefalte daglige aktiviteter (sjekke føtter, sjekke blodsukker, trene++).
- Må til fastlege 4 ganger pr år, i tillegg til øyelege 1 gang pr år. Årlig vaksinerings, regelmessig oppfølging spesialsykepleiere (ernæring, diabetes, kols) og fysioterapeut.

(Boyd CM et al. JAMA 2005;294:716-24)



BMJ 2014; 349 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g6680>

Thinking about the burden of treatment

“De siste par ti-år har vært kjennetegnet av stadig økende mengde diagnosesentrerte retningslinjer som ikke passer til den kliniske hverdagen som er dominert av multisykdom, som man møter overalt i helsetjenesten.

Forskning viser at helsetjenesten påfører pasienter og omsorgspersoner en svær byrde som følger av behandlingen som helsetjenesten krever at de skal følge.

Pasienter med bare én diagnose finnes omtrent ikke i hjemmesykepleien

Pasienter med hjemmesykepleie og forekomst av kroniske lidelser (alder > 17, N = 168 285)

	KOLS	Hjerte- svikt	Slag	Hofte- brudd
<i>Pasienter med hjemmesykepleie</i>				
Antall pasienter per 10.000 innbyggere*	49	64	13	12
Gjennomsnittlig antall kroniske sykdommer per pasient	4.8	4.4	4.0	4.2
Andel pasienter med to eller flere kroniske sykdommer (%)	99	95	94	93

Helsefaglige tiltak – med dokumentert effekt

Pasientgrupper

- Slagpasienter
- Kronisk lungesyke
- Hjertepasienter
- Hofteopererte
- Geriatiske pasienter

Felles kjennetegn for suksess:

- Tidlig mobilisering, tidlig utskriving
- Rehab. med vante oppgaver i vante omgivelser
- Kompetanse fra spesialisthelsetjenesten
 - Deltar i overføring til kommunen og etablering av videre opplegg
- Pasient- og pårørendeopplæring
- Avtalt systematisk oppfølging etter utskriving
 - Pleie og omsorg
 - Fastlege

Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings

Conclusions

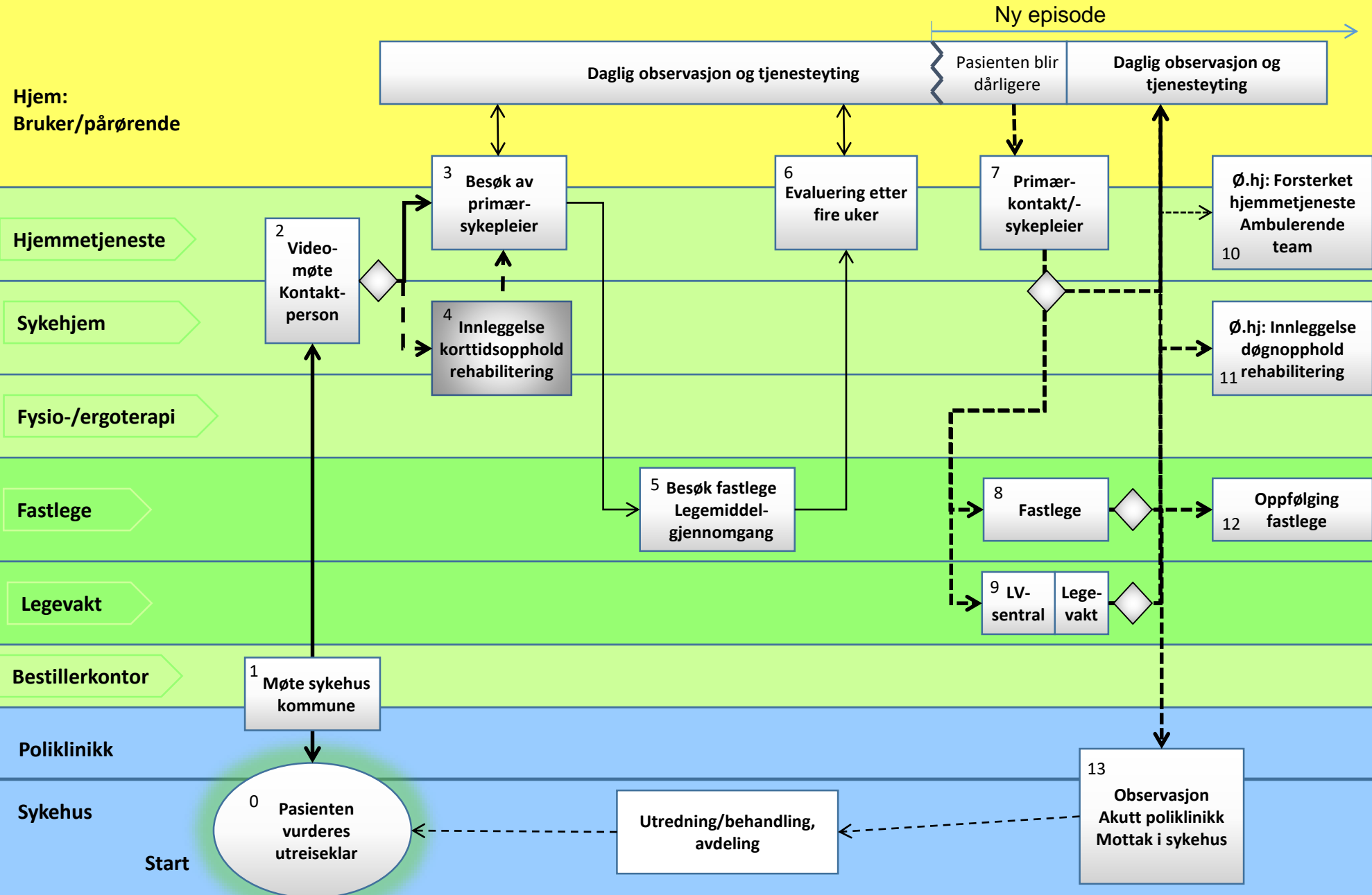
- Interventions to date have had mixed effects, although are likely to be more effective if targeted at *functional difficulties* and *risk factors*.

Trening, muskelstyrke
Hjelpemidler

<http://www.youtube.com/watch?v=MRDV6ndloME> 4meter gangtest

- Bivirkninger, interaksjoner
- Tap av kontakt med helsetjenesten
- Depresjon
- Sosial isolasjon
- Underernæring
- Fall, brann, delir, etc

Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



	SYMPTOMER	TILTAK
1.	Stabil- uforandret helse Pusten er som vanlig Ingen hoste, evt som vanlig Ingen oppspytt, evt som vanlig Blankt/grått oppspytt Puls under 80 Respirasjonsfrekvens 15-19 FEV I over Feberfri, temp under 37,5 Vanlig søvn og matlyst	Spise regelmessig og leve sunt Mosjonere minst 3 ganger i uka Unngå situasjoner som forverrer helsen Klare de daglige gjøremål som før Medikamentell behandling: Fortsette med de samme medisiner som avtalt med lege
2.	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 Feber, temp 37,5-38 Sover dårligere - symptomer om natta Andre typiske tegn ved forverrelse :	Ta det mer med ro Unngå irritanter og tobakksrøyk Husk riktig puste- og hosteteknikk Medikamentell behandling som kan være aktuell: <input type="checkbox"/> Inhalasjonsmedisin: <input type="checkbox"/> Inhalasjonsmedisin: <input type="checkbox"/> Prednisolon: <input type="checkbox"/> Antibiotika: Ring KOLS-sentralen 48 23 00 66
3.	Mye verre helse Mye mer tungpust Hoster mer-mye verre Mye mer oppspytt Farget - evt. grønt oppspytt Puls over 100 Respirasjonsfrekvens over 26 FEVI under Feber, temp over 38 Sover dårligere - symptomer om natta Ingen bedring etter 3 dager med medisintiltak i gult tiltaksfelt.	Ta det med ro Unngå irritanter og tobakksrøyk Husk riktig puste- og hosteteknikk Medikamentell behandling som kan være aktuell: <input type="checkbox"/> Inhalasjonsmedisin: <input type="checkbox"/> Inhalasjonsmedisin: <input type="checkbox"/> Prednisolon: <input type="checkbox"/> Antibiotika: Ring KOLS-sentralen 48 23 00 66

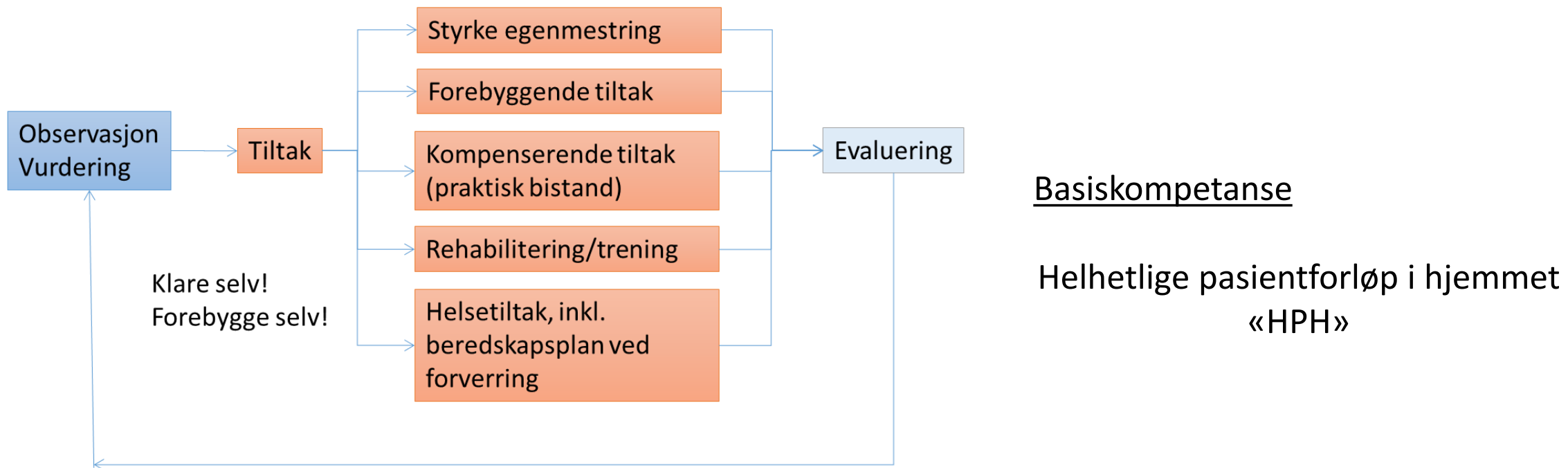
4. **Ved ytterligere forverring, eller ved tvil kontakt lege!**
Ved manglende bedring i løpet av 2-3 dager kontakt lege!

KOLS Heim

Tidlig intervensjon og
 «førstevalg behandling»

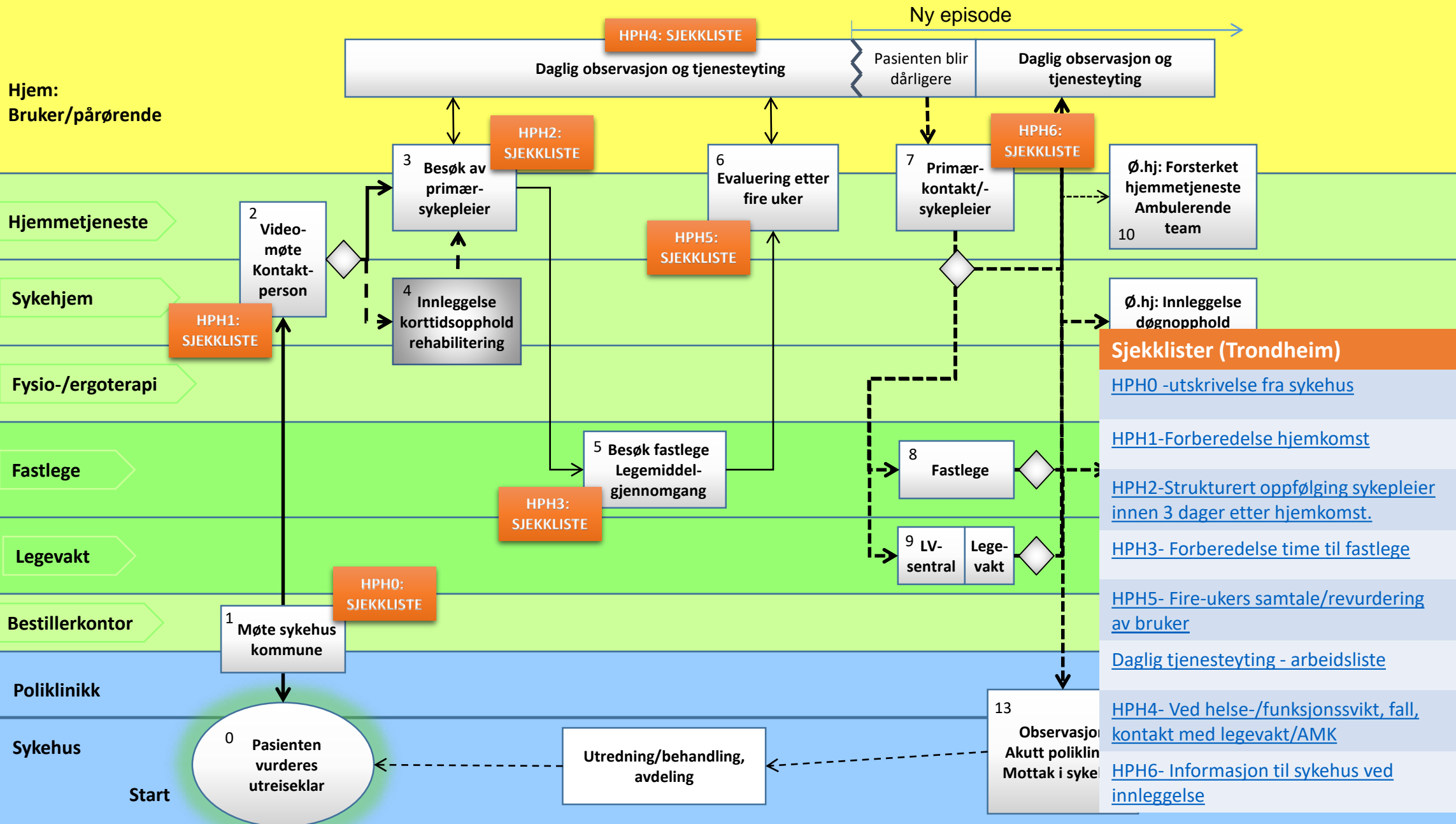
Hvor kan det svikte?

- Oppfølging av fastlege etter utskrivning er uforutsigbar
- Samarbeid fastlege – hjemmetjeneste er uforutsigbar
- Observasjon – vurdering – dokumentasjon – tiltak - mangler systematikk i hjemmetjeneste

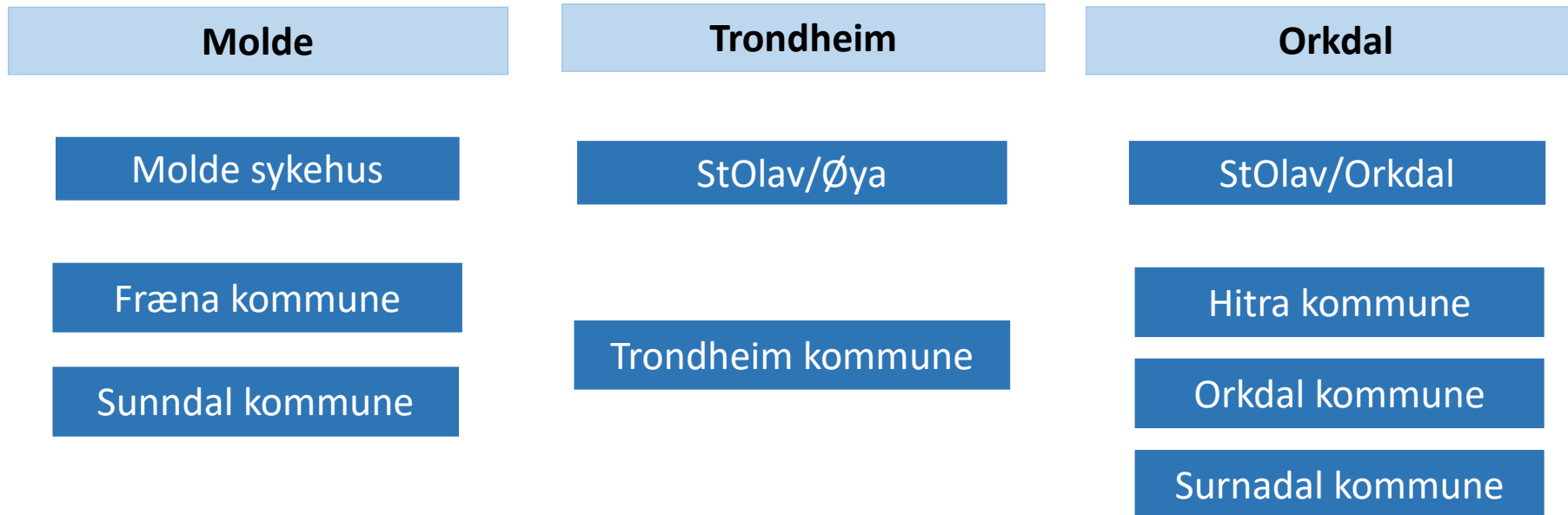


Rosstad T, Garasen H, Steinsbekk A, Sletvold O, Grimsmo A. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2013;13:121. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23547654>

Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



Helhetlig pasientforløp i hjemmet



Representanter fra pasientorganisasjoner

Oppsummering

Viktige faktorer for utfallet:

- Kommunalt vedtak
- Tett oppfølging ved ledere / nøkkelpersonell + Drilling av ansatte
- Tilbud til alle pasientene
- Tilrettelegge arbeidshverdag + tilpasning til eksisterende rutiner
- Nytte for pasient, og for individuell arbeidstaker, gruppe, leder

Røsstad T, et al. Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. BMC Health Services Research. 2015;15:86. Lenke: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/15/86/abstract>

Normalisation Process Theory (NPT): <http://www.normalizationprocess.org/>

Behandling og oppfølging av pasienter med kronisk sykdom

