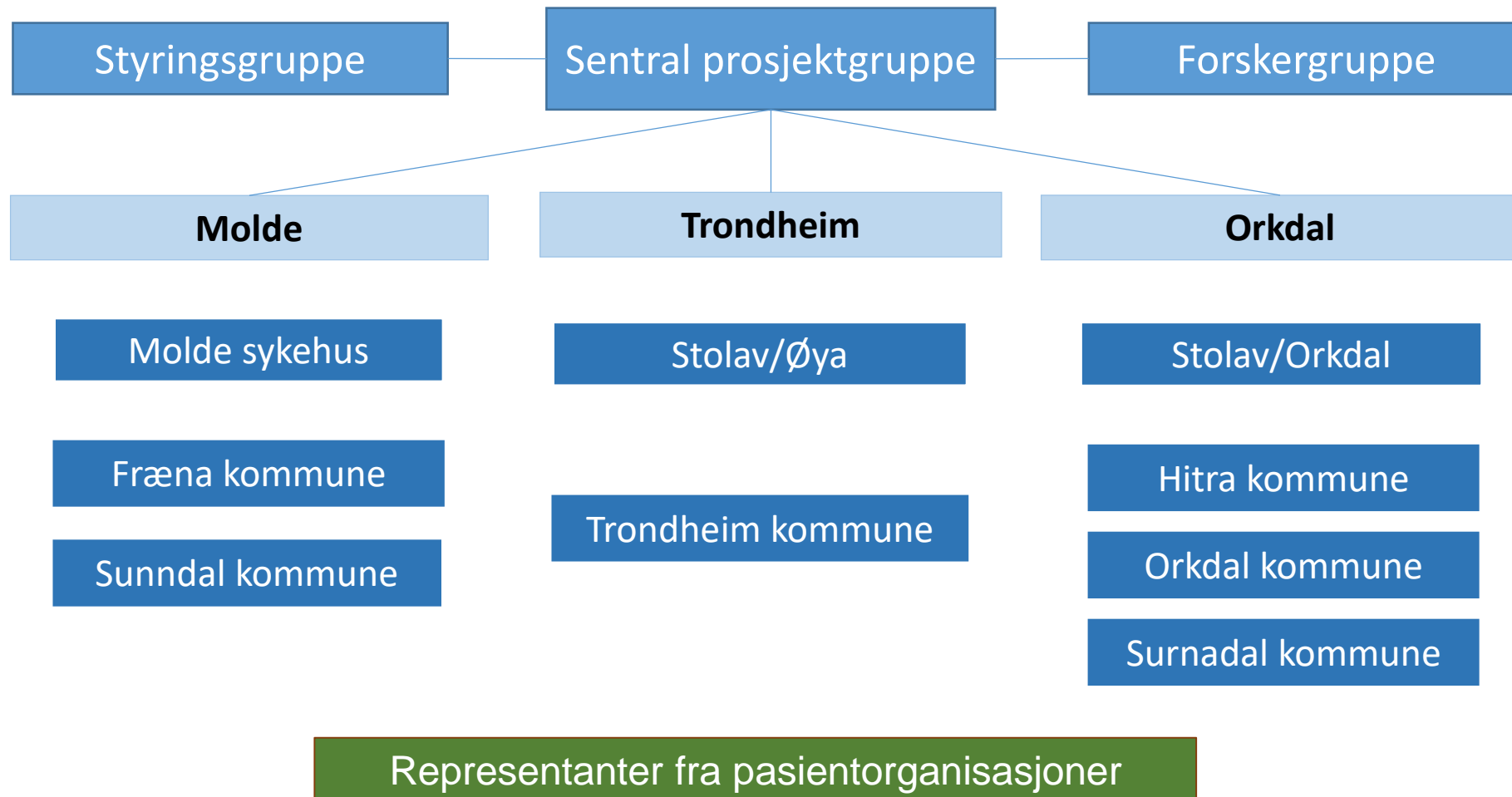


Tidlig innsats i gode pasientforløp. Hva innebærer det og hvorfor er dette viktig?

Anders Grimsmo

Andre nettverkssamling

Helhetlig pasientforløp i hjemmet - HPH



Implementering av HPH

Fire strategier:

1. Bygge opp en felles og individuell forståelse og entusiasme
2. Vedlikeholde engasjement og forpliktelse
3. Tilrettelegging, tilpasning og operasjonalisering av de nye rutinene
4. Vurdering og oppfatning av effekt, nytte, «kostnad»

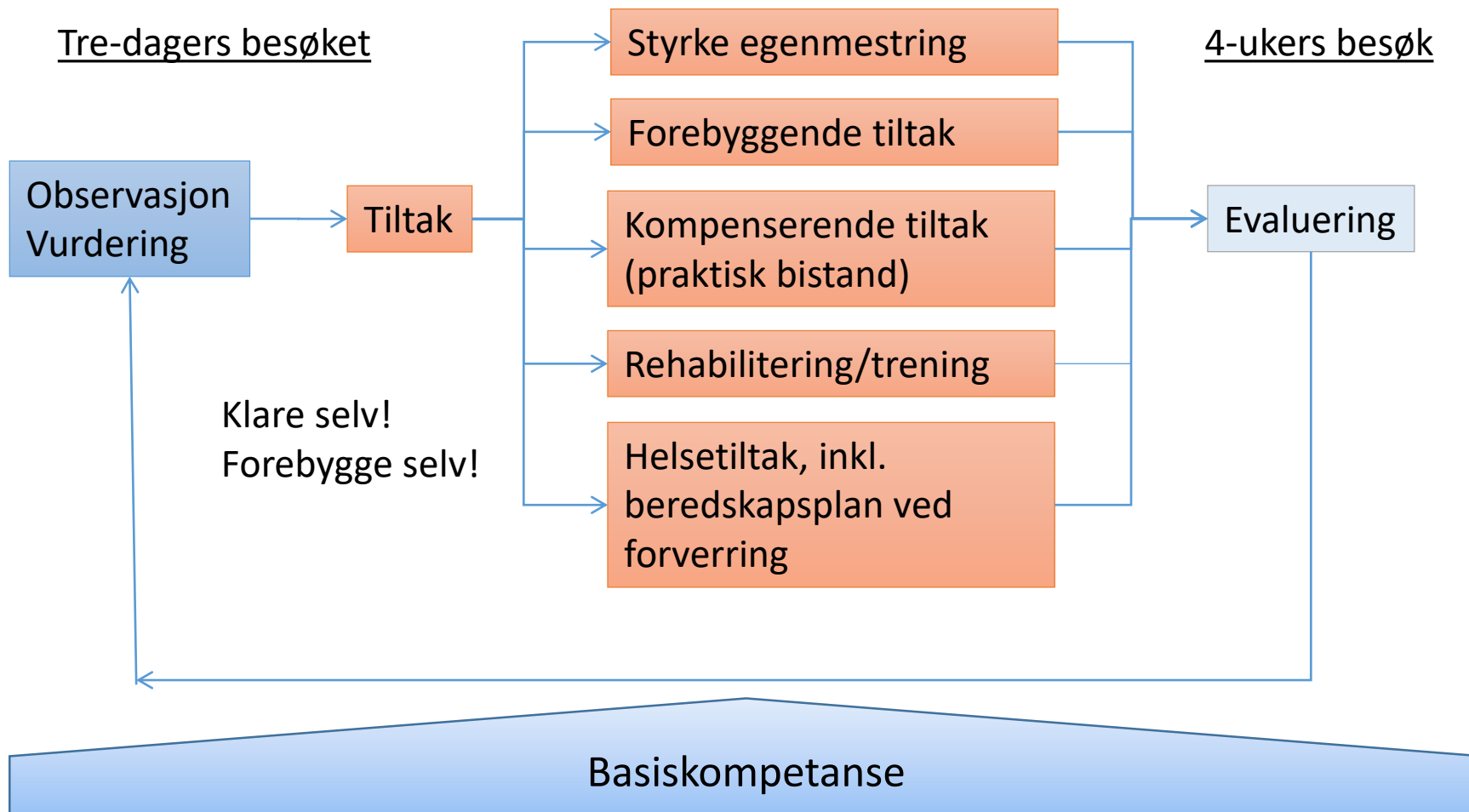
Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions

- <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-8-63.pdf>

Hjemmeside

- <http://www.normalizationprocess.org/>

Oppfølgingsplan for pasienten



Erfaringer fra HPH - gjennomføringen

Viktige faktorer for utfallet i vårt materiale:

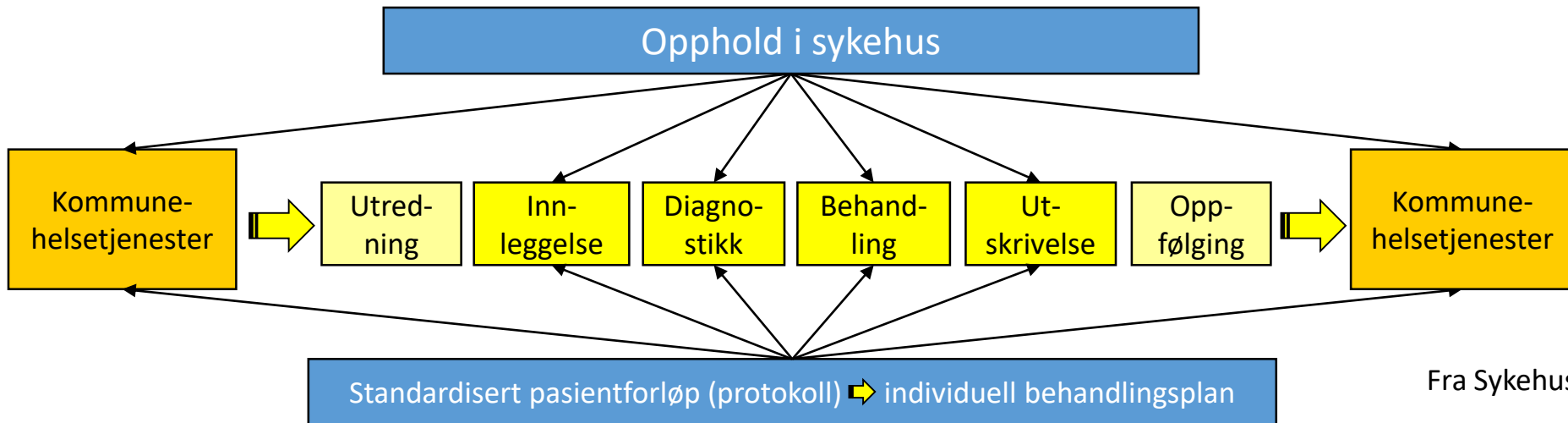
- Kommunalt vedtak + mandat
- Tett oppfølging ved ledere / nøkkelpersonell + Drilling av ansatte
- Tilrettelegge arbeidshverdag + tilpasning til eksisterende rutiner
- Nytte for pasient, og for individuell arbeidstaker, gruppe, leder
- Tilbud til alle pasientene

Internasjonalt - mer hjemmebasert behandling

- Med unntak av noen bestemte pasientgrupper oppnås de samme resultatene av medisinsk behandling av kronisk sykdom hjemme som i institusjon¹
- De beste rehabiliteringsresultatene oppnås hjemme eller boende hjemme²
- Hjemmebehandling gir størst pasienttilfredshet
- Hjemmetjenester er fleksible både i kapasitet og geografi
- Evalueringer^{3,6}:
 - høyere kvalitet,
 - positive pasienterfaringer
 - til en lavere kostnad

Samhandlingsreformen: Helhetlige pasientforløp

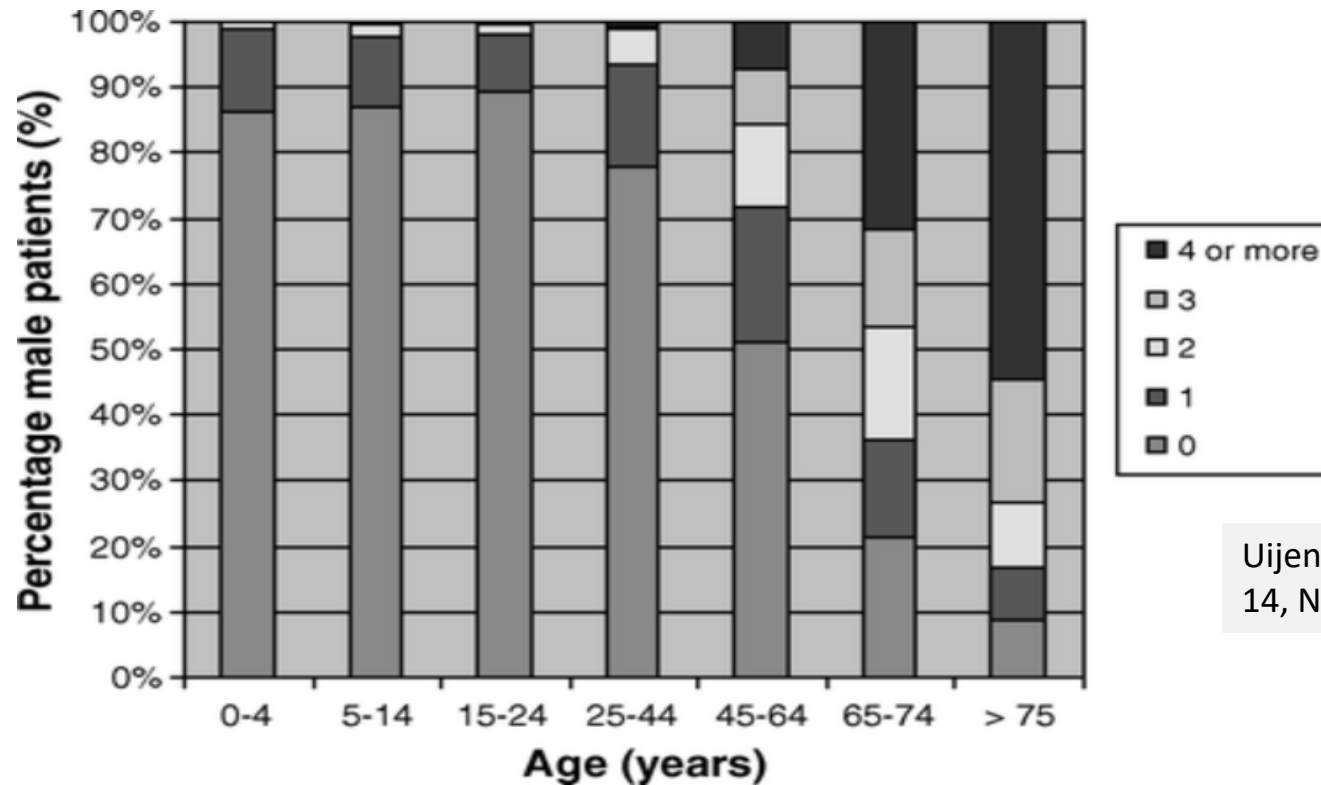
- «Kommuner skal i samarbeid med sykehus kunne tilby helhetlige og integrerte tjenester før og etter sykehusopphold, basert på sammenhengende pasientforløp»



Kjennetegn ved pasientforløp:

- Målet er bedre koordinering
- Utgangspunktet er en bestemt diagnose
- Grunnlaget er faglige retningslinjer

Multisykdom i allmennpraksis



Uijen AA. Eur J Gen Pract 2008, Vol. 14, No. s1 , Pages 28-32

- Fra 65 års alder har 2/3 to eller flere kroniske sykdommer
- De fleste multisyke er likevel under 65 år
- Om lag 2/3 av helsebudsjettet går med til behandlingen av multisyke
- Multisyke blir systematisk utelukket fra forskning

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

Pasientene uteblir når kommunene skal ta i bruk diagnosebaserte forløp

Sykepleier kommune, case B:

- «Det var bra at vi gikk over til alle pasienter over 70 år for ellers hadde vi ikke hatt noen å bruke programmet på. Vi har jo ikke hatt pasienter siste året som har hatt noen av de tre diagnosene (KOLS, hjertesvikt, slag) som vi startet med»

Sykepleier kommune, case A:

- «De to første forløpene (KOLS, hoftebrudd) har ikke vært så veldig mye i bruk. Vi har ikke hatt aktuelle pasienter, - (pause) men dem kjem nok før eller siden»

Spesialisering i hjemmesykepleien – bærekraftig?

Antall og andel pasienter i hjemmesykepleien som blir innlagt per år

Diagnose	KOLS	Hjerte- svikt	Slag	Hofte- brudd
Andel pasienter innlagt for hoveddiagnosen	22	15	83	100
Gjennomsnittlig antall innleggelser per pasient innlagt	2.1	1.6	1.1	1.3
Antall innleggelser per 10.000 innbyggere	23	15	12	15

Hvis pasienter deles likt og tilfeldig på sykepleiere ansatt i hjemmesykepleien, vil hver primærsykepleier oppleve:

- 0,5 pasienter per år innlagt for KOLS
- 0,3 pasienter per år innlagt for hjertesvikt
- 0,2 pasienter per år innlagt for slag
- 0,4 pasienter per år innlagt for hoftebrudd

Helsefaglige tiltak – med dokumentert effekt

Pasientgrupper

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

Felles kjennetegn for suksess:

- Tidlig mobilisering, tidlig utskriving
- 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

Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study

Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Sally Wyke, Bruce Guthrie,
[Volume 380, Issue 9836](#), 7–13 July 2012, Pages 37–43



«Våre funn utfordrer enkelt-sykdom tilnærmingen som størsteparten av helsetjenesten, medisinsk forskning, og utdanning bygger på.

En komplementær strategi er nødvendig, som kan støtte kliniske generalister med å gjennomføre pasientsentrerte og helhetlige forløp, spesielt for utsatte grupper.»

Erfaringer fra HPH – samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Diagnosebaserte pasientforløp er hverken funksjonelle eller bærekraftige i kommunehelsetjenesten

- 90 % av pasientene har flere kroniske sykdommer som alle må tas like godt vare på
- Spesialisering av sykepleiere i kommunehelsetjenesten i forhold til utvalgte kroniske sykdommer er ikke bærekraftig og fører til en fragmentering av tjenestene

Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)

Hjem:
Bruker/pårørende

Daglig observasjon og tjenesteyting

Hjemmetjeneste

Sykehjem

Fysio-/ergoterapi

Fastlege

Legevakt

Bestillerkontor

Poliklinikk

Sykehus

Start

0 Utskrivning fra
spesialist-
helsetjenesten

1 Møte sykehus
kommune

2 Forberede
mottak

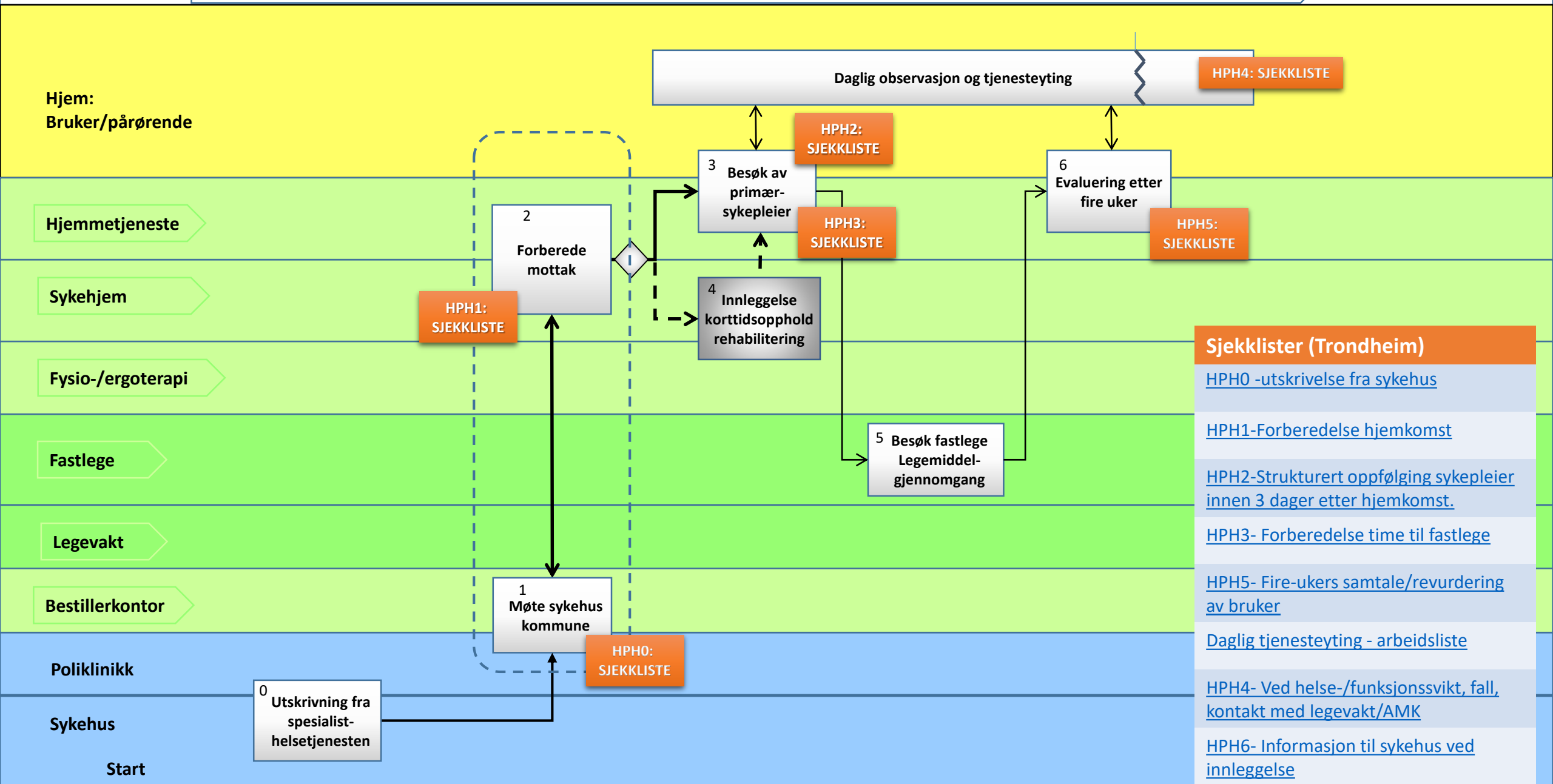
4 Innleggelse
korttidsopphold
rehabilitering

3 Besøk av
primær-
sykepleier

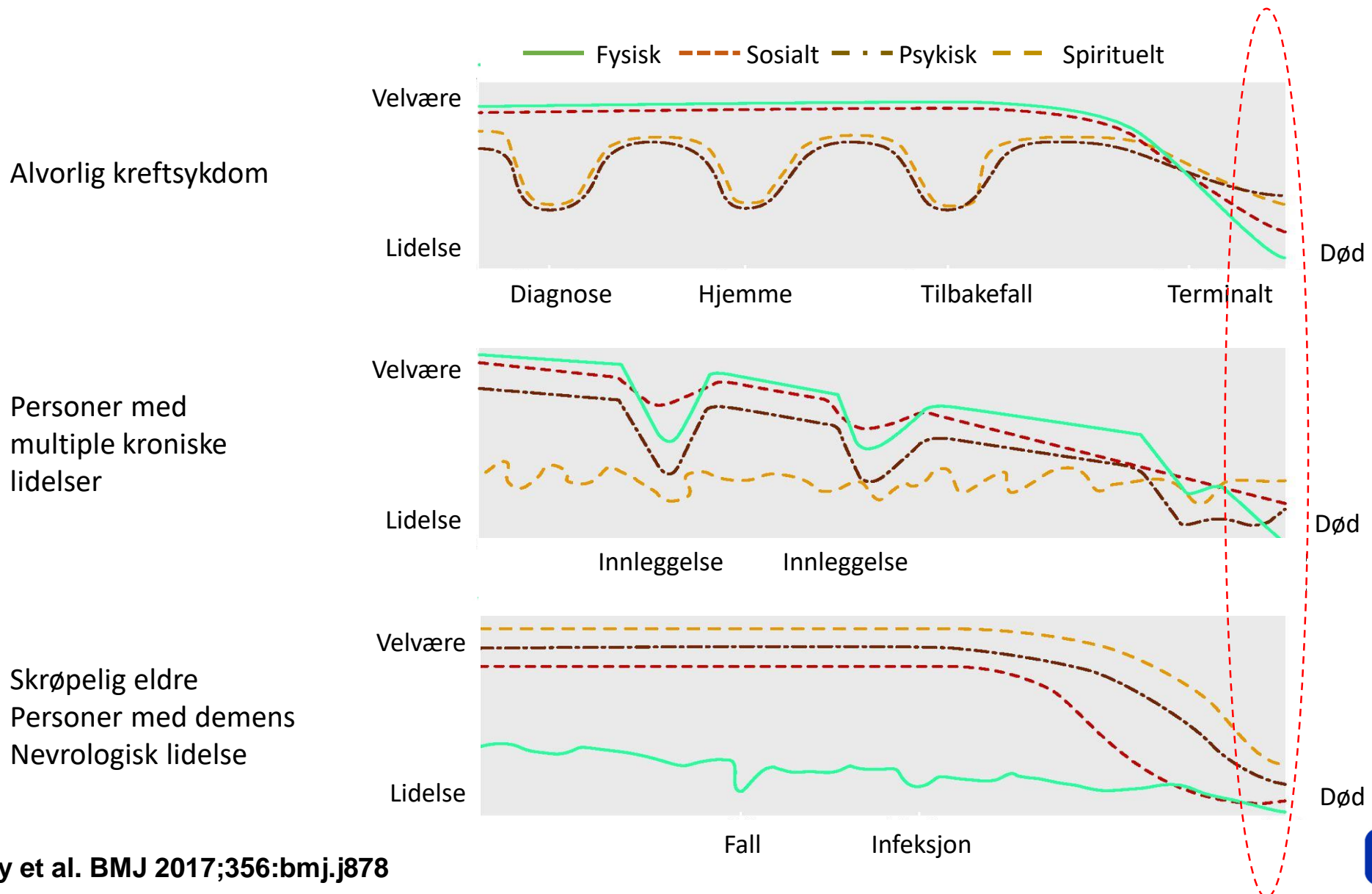
5 Besøk fastlege
Legemiddel-
gjennomgang

6 Evaluering etter
fire uker

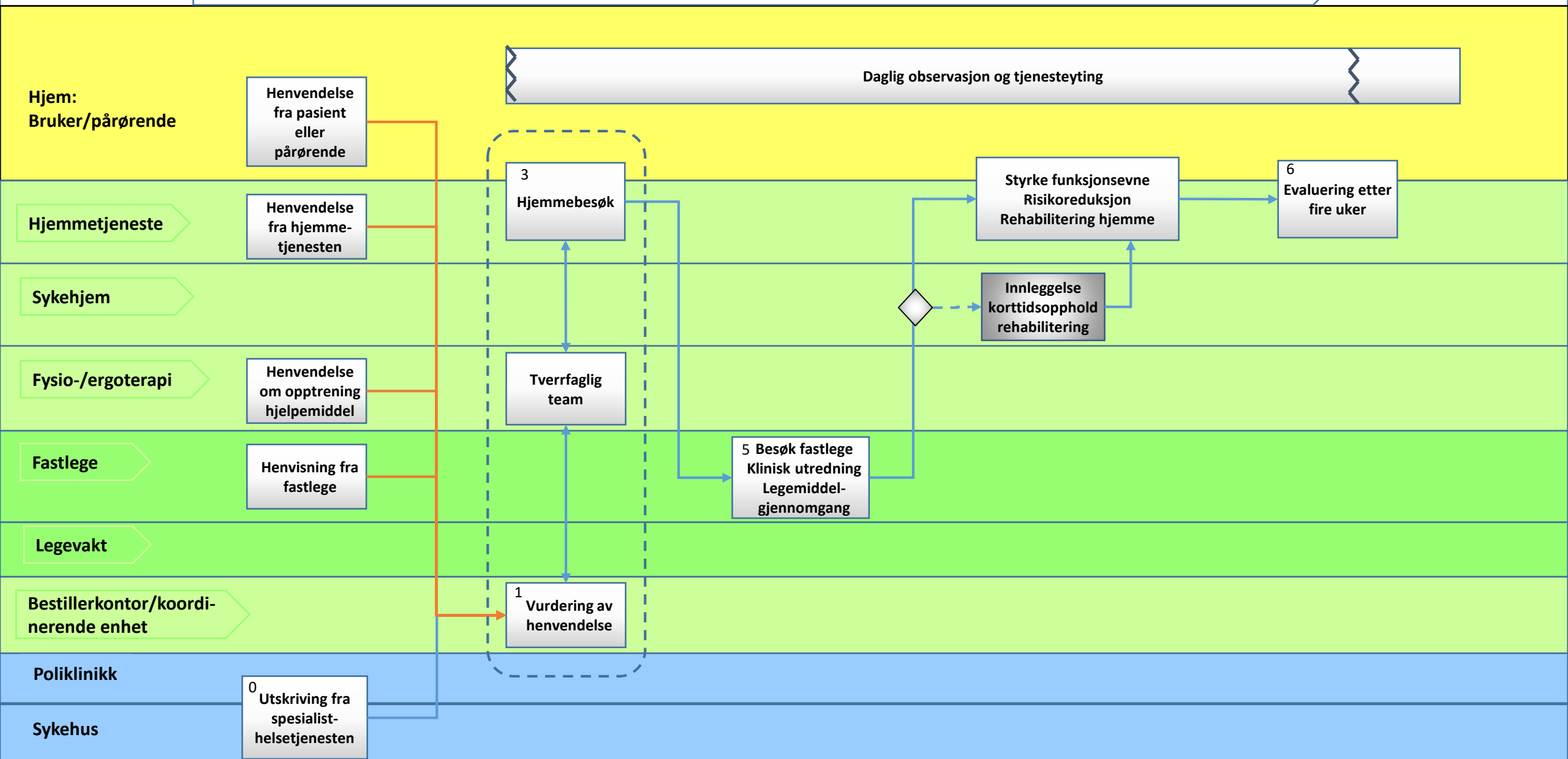
Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



Helhetlige forløp



Tidlig identifisering med tidlig intervensjon og forebygging



Utviklingen i helsetjenesten kan ikke
fortsette som før.
Utviklingen er ikke bærekraftig på sikt

Organisering av proaktiv intervensjon og forebygging

← Involvering og medbestemmelse →

Tidlig identifisering

Undersøkelse/validering

Planlegging, intervensjon

Informasjon, oppfølging

- Henvendelse om hjelp
- Rekruttering ved funn
- Forebyggende hjemmebesøk
- Sjekklistor
- Forebyggende risiko kartlegging

Se: [Rundskriv I-5-2017 Om å utrede potensialet for rehabilitering](#)

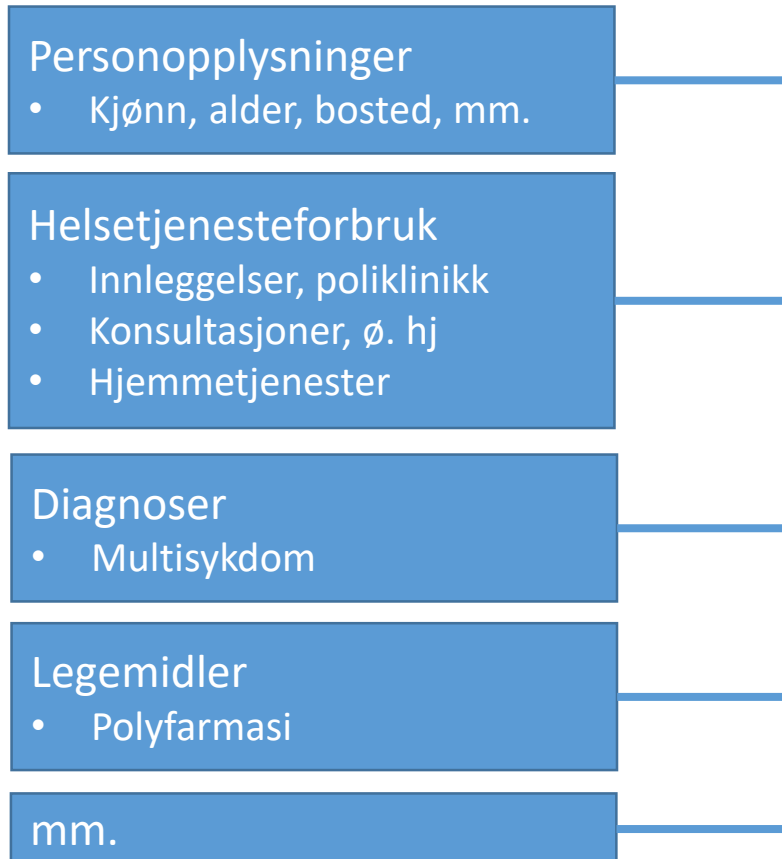
Forebyggende risikokartlegging

- Formål:
 - Tidlig identifisere personer som står i økende fare for å kunne bli alvorlig syke, pådra seg skader og lidelser, med den hensikt å kunne behandle og forebygge

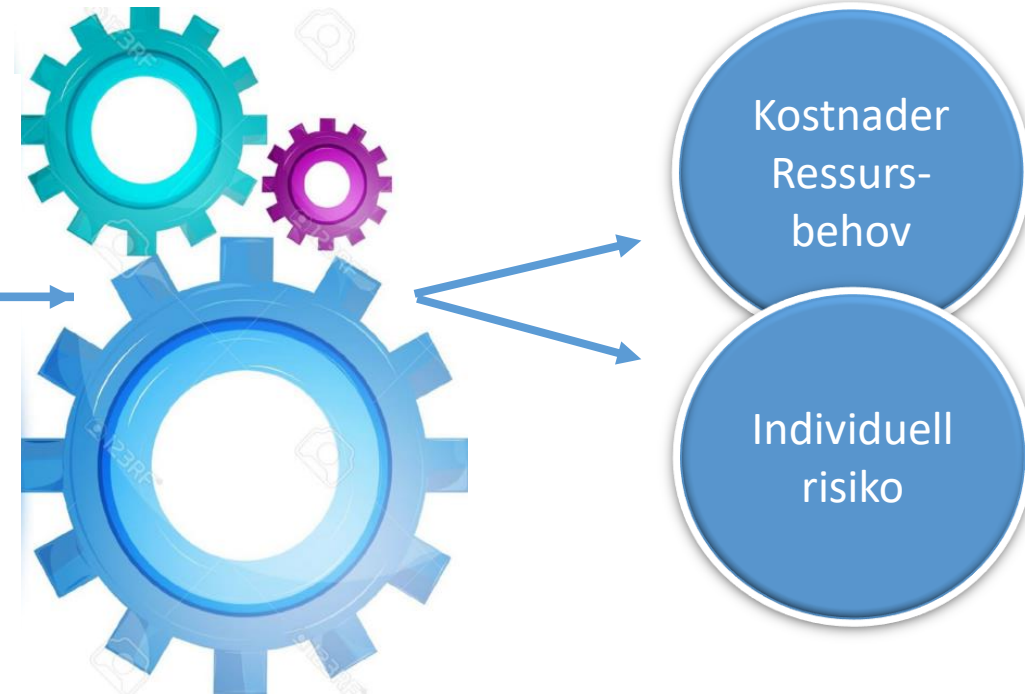
Kjennetegn på økende risiko:

- Funksjonsfall
- Økt bruk av legevakt
- Sykehusinnleggelser
- Økende bruk av andre helse- og sosialtjenester
- Multiple kroniske sykdommer
- Polyfarmasi
- Demografiske og sosio-økonomiske faktorer

Datakilder



Prediksjonsmodeller



Registers Risk of Admission register

Risk of admission register

Reports All patients at risk

Registered Registered

Practice --SELECT ONE--

Status --SELECT--

Source --SELECT--

NHS number

Risk More than

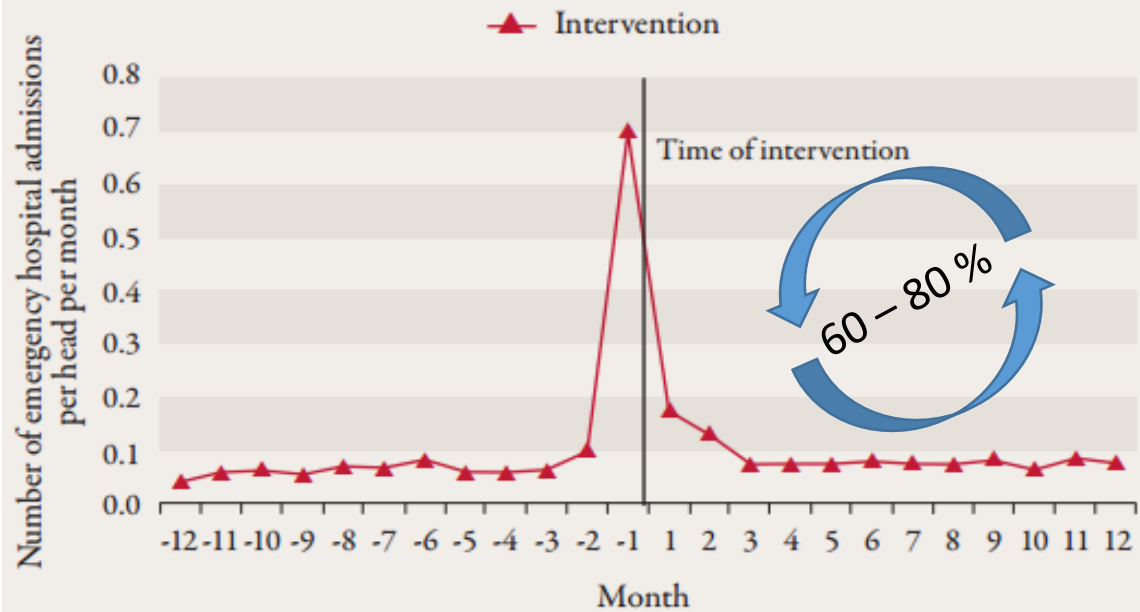
Risk Less than



Practice	NHSNumber	Name	Activity	Status	Risk	Change	Caseloads eol/copd hf/comm	Comment	Last updated	
C84087			25 95 ✓	No further action	95.87 98.35 98.35	↓	XX XX	deducted from practice as patient has moved 05.11.2012	08/11/2012 13:16:58	
C84087			12 16 X	Action taken	93.67 95.44 95.44	↓	XX XX	under care of Community Matron, records reviewed today by Dr Bolsher, to consider reducing Bisoprolol to 2.5mgs bd post myocardial perfusion scan	08/11/2012 13:36:20	
C84087			7 10 ✓	Not reviewed	92.78 97.09 97.09	↓	XX XX			
C84087			5 5 X	Not reviewed	91.76 62.2 91.76	↑ ↑	XX XX			
C84656			7 10 ✓	Action taken	86.79 90.21 90.21	↓	XX XX	Referred to CM team	22/11/2012 13:50:48	
C84087			9 5 ✓	Not reviewed	84.1 64.46 84.1	↑ ↑	XX XX			

<http://acg.jhsph.org/>

Figure 3a and 3b: Example of analysis of control group and intervention group

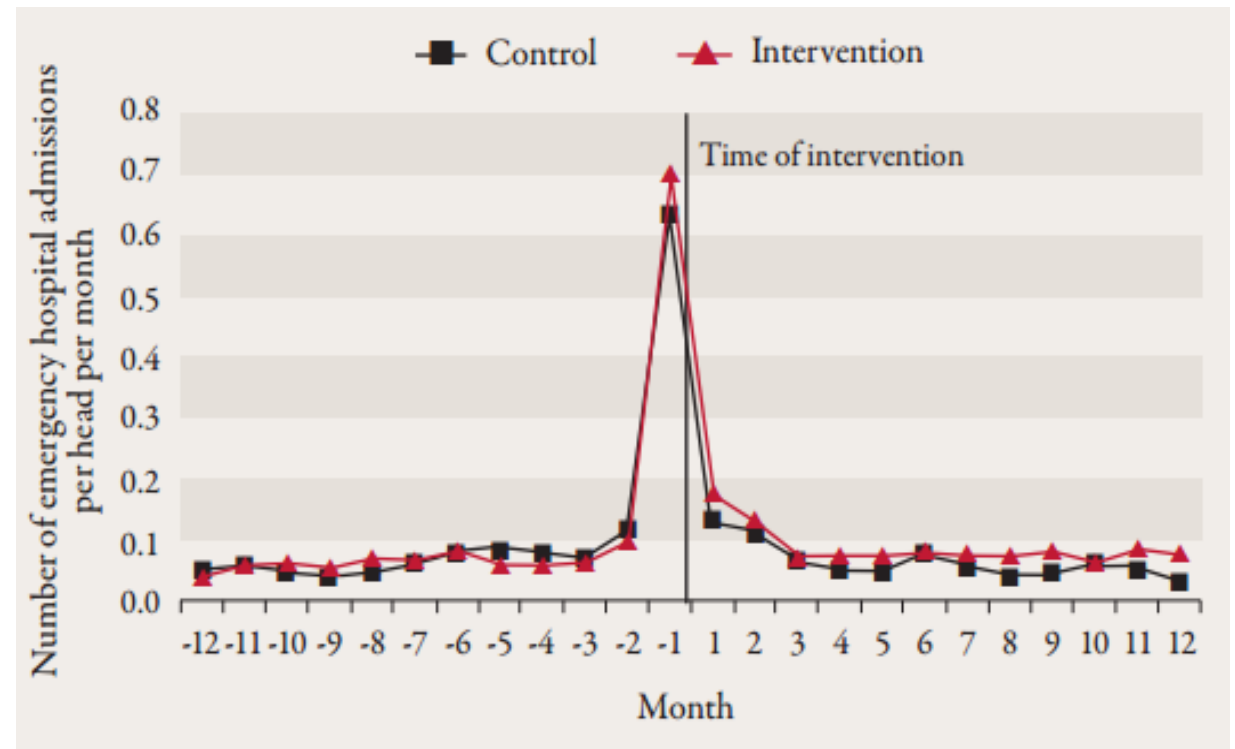


Tidlig intervensjon

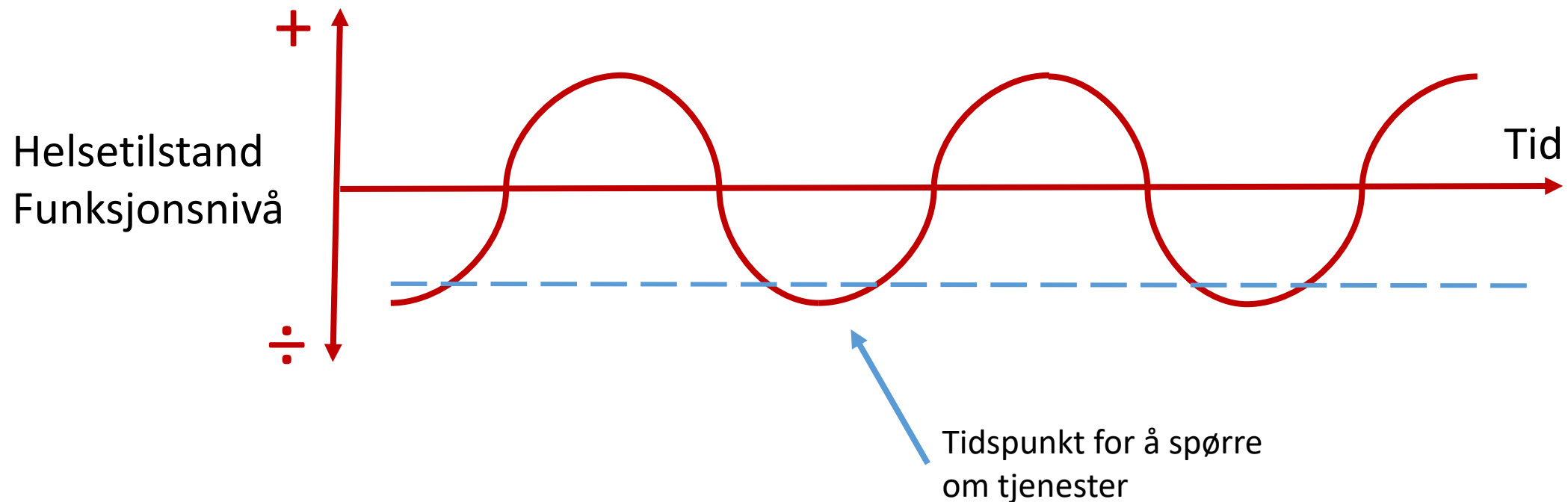
5 % av de som legges inn ett enkelt år står for 1/3 av av alle akuttinnleggelser dette året. (figur 3a)

Georghiou T et al. [Nuffieldtrust](#) 2011

Figur 3b viser et forsøk hvor man sammenlignet en gruppe som fikk tidligintervensjon (rød) mot en kontrollgruppe (svart). Det ble raskere færre innleggelser i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen

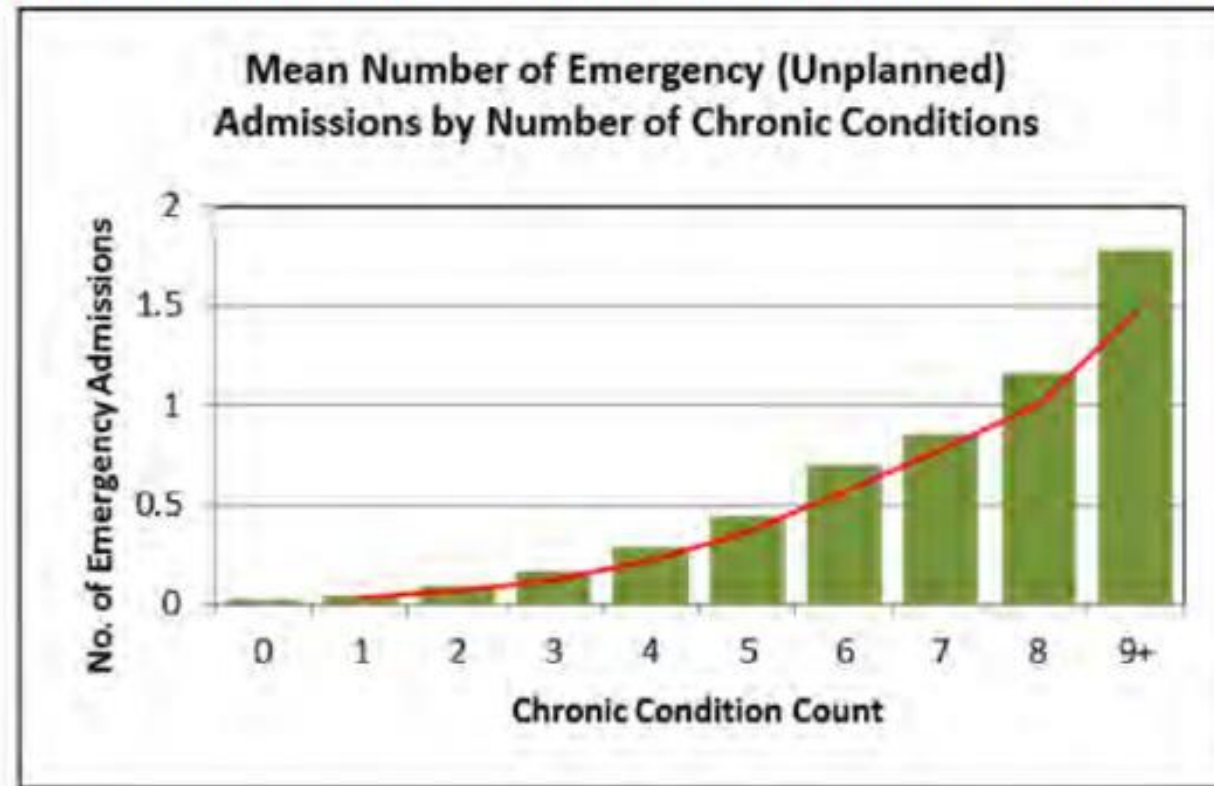


«Vandringen mot midten»



Sammenheng mellom kroniske lidelser og akuttinnleggelseser

Figure 4: Mean number of emergency unplanned admissions by number of chronic conditions



Source: Central Southern Commissioning Support unit, NHS¹¹⁹

Organisering av proaktiv intervensjon og forebygging

← Involvering og medbestemmelse →

Tidlig identifisering

- Henvendelse om hjelp
- Rekruttering ved funn
- Forebyggende hjemmebesøk
- Sjekklistor
- Forebyggende risiko kartlegging

Undersøkelse/validering

- Individuelle mål og preferanser
- Hjemmebesøk/bosituasjon
- Funksjonsvurdering
- Medisinsk vurdering av underliggende årsak til funksjonsfall
- Legemiddelgjennomgang

Planlegging, intervensjon

- Tverrfaglig planlegging av bredt sammensatte tiltak
- Funksjonsforbedring: hjelpemidler, styrketrening, rehabilitering
- Risikoreduksjon: f.eks. Isolasjon/ensomhet, feilernæring, fall, brann

Informasjon, oppfølging

Se: [Rundskriv I-5-2017 Om å utrede potensialet for rehabilitering](#)

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

- Bivirkninger, interaksjoner
- Tap av kontakt med helsetjenesten
- Mangel på kontinuitet
- Depresjon
- Underernæring
- Fall, brann, trykksår, delir, etc

Oppsummerende forskningsstudier

Effekter av rehabilitering

- Blir boende lengre hjemme
- Mindre behov for institusjonsplasser
- Færre innleggelses i sykehus
- Økt bevegelsesevne og mindre ustø
- Reduserte kommunale utgifter

Hva virker?

- Tverrfaglig tilnærming
- Sammensatte tiltak
- Progressiv styrketrening
- Funksjons- og ferdighetstrening



Organisering av proaktiv intervensjon og forebygging

← Involvering og medbestemmelse →

Tidlig identifisering

- Henvendelse om hjelp
- Rekruttering ved funn
- Forebyggende hjemmebesøk
- Sjekklistor
- Forebyggende risiko kartlegging

Undersøkelse/validering

- Individuelle mål og preferanser
- Hjemmebesøk/bosituasjon
- Funksjonsvurdering
- Medisinsk vurdering av underliggende årsak til funksjonsfall
- Legemiddelgjennomgang

Planlegging, intervensjon

- Tverrfaglig planlegging av bredt sammensatte tiltak
- Funksjonsforbedring: hjelpemidler, styrketrening, rehabilitering
- Risikoreduksjon: f.eks. Isolasjon/ensomhet, feilernæring, fall, brann

Informasjon, oppfølging

- Motivering
- Styrke egenomsorg
- Involvering av pårørende
- Oppfølging med telefon, hjemmebesøk eller av frivillige
- Dagopphold
- Velferdstjenester og velferdsteknologi

Dokumenterte forebyggende tiltak seint i livet

- Sunt kosthold
- Fysisk trening
- Fallforebygging
- Sosialt nettverk
- Legemiddeloptimalisering



Organisering av proaktiv intervensjon og forebygging

← Involvering og medbestemmelse →

Tidlig identifisering

- Henvendelse om hjelp
- Rekruttering ved funn
- Sjekklistor
- Forebyggende risiko kartlegging

Undersøkelse/validering

- Individuelle mål og preferanser
- Hjemmebesøk/bosituasjon
- Funksjonsvurdering
- Medisinsk vurdering av underliggende årsak til funksjonsfall
- Legemiddelgjennomgang

Planlegging, intervensjon

- Tverrfaglig planlegging av bredt sammensatte tiltak
- Funksjonsforbedring: hjelpemidler, styrketrening, rehabilitering
- Risikoreduksjon: f.eks. Isolasjon/ensomhet, feilernæring, fall, brann

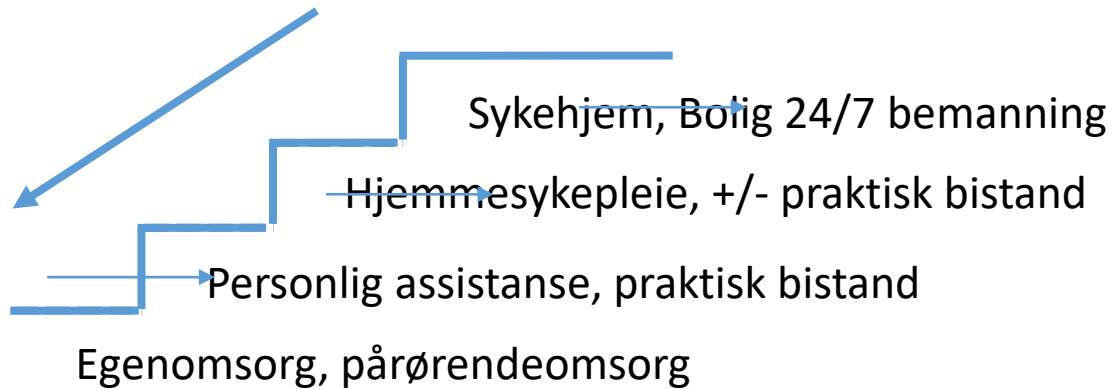
Informasjon, oppfølging

- Motivering
- Styrke egenomsorg
- Involvering av pårørende
- Oppfølging med telefon, hjemmebesøk eller av frivillige
- Dagopphold
- Velferdstjenester og velferdsteknologi

Rundskriv I-5/2017 Om å utrede potensialet for rehabilitering
Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

Omsorgstrappa

(Lang)varige omsorgstjenester



Forebyggende
innsatstjenester

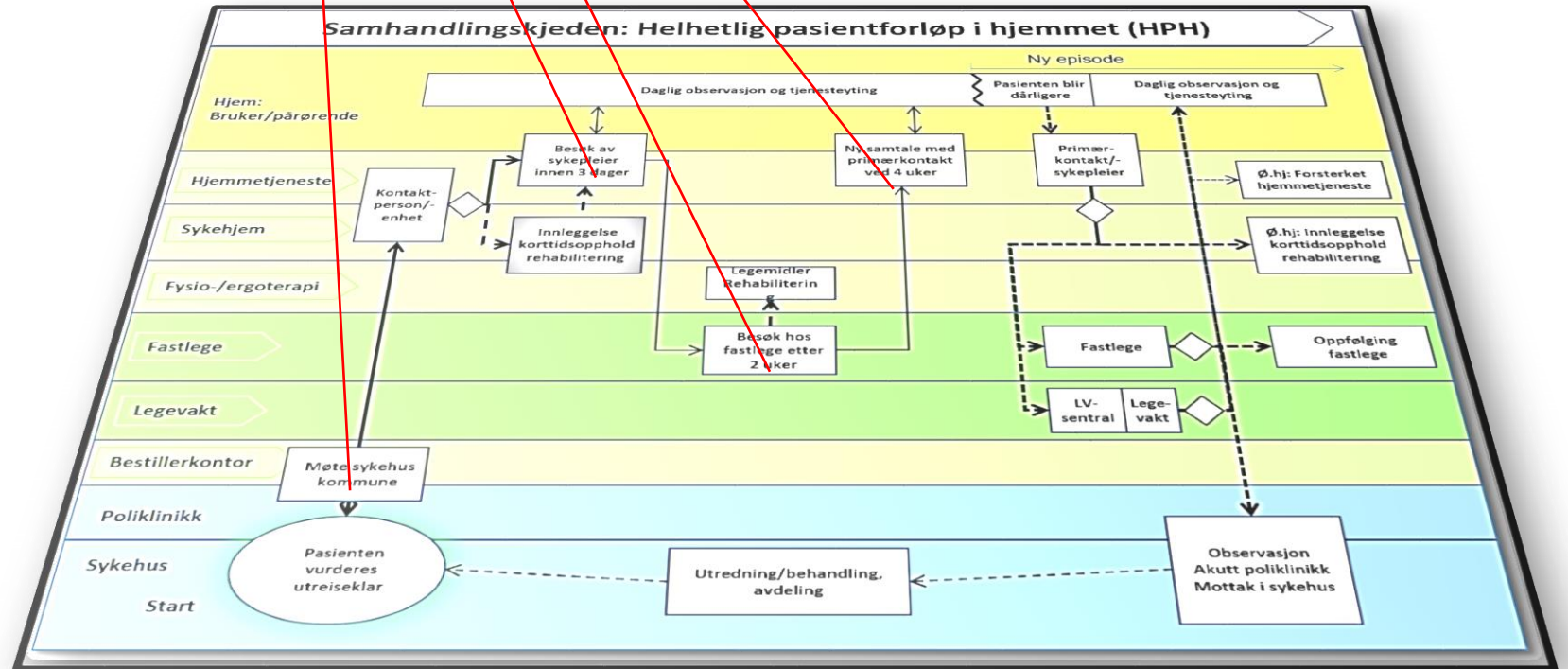
Rehabilitering
Risikoreduksjon
Opplæring
Forebygging
Dagtilbud
Transport
Velferdsteknologi
mm.

Indikatorsett for gode pasientforløp

Indikatorsett for gode pasientforløp, fylles ut av primærkontakt, dokumenteres i pasientens journal:

Pasient / Løpnummer	Rekrutteringsdato	Utført		Hvordan utført	Hva er viktig for deg? (HSE-S)	Evaluering		Kommentarer
		Ja	Nei			COPM funksjon	COPM utrease	
1	Vurdere henvendelsen med tanke på behov for tverrfaglig oppfølging							
2	Kommune og sykehus/kommunal institusjon har planlagt utreisen sammen							
3	Informasjon og forberedelse av utreise er gjort sammen med pasient/pårørende							
4	Vurdering av pasientens funksjon er foretatt i henhold til sjekkliste og måltørlument som «hva er viktig for deg?» eller COPM							
5	Oppfølgingen styres av det som er viktig for pasienten							
6	Fastlege: Klinisk utredning og legemiddelgjennomgang							
7	Ny vurdering etter 4 uker av pasientens funksjon foretatt i henhold til sjekkliste/måltørlument som «hva er viktig for deg?» eller COPM							
8	Pasientens opplevelse av oppfølgingen / samhandlingen er kartlagt ved intervju eller spørreundersøkelser							
Prosent ettelevelse av indikatorsettet								
Opplevd nytte / resultater								

HPH – flytskjema for gode pasientforløp



EPJ-nr.:		Henvendelse om vurdering fra: <input type="checkbox"/> Vært innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Vært innlagt KØH/ØHD			STATUS:		<input type="checkbox"/> Ny søker om tjenester	<input type="checkbox"/> Mottar praktisk bistand
Initialer:		<input type="checkbox"/> Fastlege	<input type="checkbox"/> Fysio. / ergo.	<input type="checkbox"/> Hjemmetjenesten	<input type="checkbox"/> Mottar hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/> Ønsker institusjonsplass	<input type="checkbox"/> Annet	
		<input type="checkbox"/> Pasient/pårørende	<input type="checkbox"/> Annet:					

Målepunkter for det Gode pasientforløpet

		Utført			Kommentarer
		Ja	Nei	Ikke aktuelt	
1	Forberedelse av mottak				
1a	Tilstrekkelig informasjon for videre oppfølging av pasienten er mottatt / innhentet via e-link eller samtale.	x			
1b	Sjekkliste for forberedelse av hjemkomst er gjennomført og dokumentert.	x			
1c	Behov for innsatsteam / rehabilitering er vurdert.	x			
2	Besøk av sykepleier innen 3 dager				
2a	Sjekkliste for hjemmebesøk / innkomst er gjennomført.	x			
2b	"Hva er viktig for deg?" samtale er gjennomført.	x			3
2c	4 meter gangtest er gjennomført			x	For tidlig for pasienten
3	Vurdert av fastlege innen 2 uker				
3a	Hjemmesykepleien har sendt fastlegen informasjon før konsultasjon	x			
3b	Konsultasjon, eller alternativt hjemmebesøk, er gjennomført av fastlegen.	x			
3c	Oppsummering fra fastlegen er mottatt/innhentet.		x		
4	Oppfølging / evaluering er gjort innen 5 uker				
4a	Sjekkliste for oppfølging og evaluering er gjennomført.	x			
4b	"Har vi lykket med det som er viktig for deg?" - samtale er gjennomført.	x			8
4c	Andre 4 meter gangtest er gjennomført	x			0,7 m/s
4d	Oppfølging / evaluering innen 6 mnd er planlagt	x			
Prosent etterlevelse av målepunktene		92			
Opplevelse av endring i funksjon					5