

Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke i kommunene

-Som et doktorgradsprosjekt

Vrådal, Mai 2023, Elin Rogn Nilsen

Bakgrunn for doktorgradsprosjektet

Bakgrunn for doktorgradsarbeid om Gode pasientforløp

- **Oppfølging av åtte kommuner fra østre del av Agder**
- Ble gjennomført to nasjonale læringsnettverk gjennomført i 2014-2015, og åtte i 2016-2019
- Kommunene fra Agder øst har gjennomført to nasjonale læringsnettverk
- Prosjekt utviklet i samarbeid med USHT-Agder øst



Forskningens rolle



- Nye innovasjoner, alltid gode hensikter
- Def. innovasjon i helsevesenet:
 - Nye måter å organisere arbeidet på som har potensiale til å forandre og redefinere omsorgen som blir gitt (Weberg, 2009)
- Har man nådd målene som var satt? Er justeringer nødvendig?
- Forskning kan gi et bilde av virkeligheten (uavhengig)
- Doktorgradsarbeid ved UiA følger opp læringsnettverket for gode pasientforløp i en gruppe utvalgte kommuner (Region Østre Agder).

Sjekklister for gode pasientforløp

Utvikling og bruk i hverdagen

Sjekkliste til bruk i overganger

Ulike stoppunkter og sjekklister:

- Utskrivning fra sykehus, bestillerenhet (sjekkliste 0)
 - Forberdelse hjemkomst (sjekkliste 1),
 - Innkomst (sjekkliste 2, innen tre dager),
 - Lege (sjekkliste 3, innen tre uker),
 - Oppfølging etter fem uker og videre hvert halvår (sjekkliste 4),
 - Innleggelse sykehus (sjekkliste 6)
-
- Mange ulike typer sjekkister og måter å organisere det på i de ulike kommunene



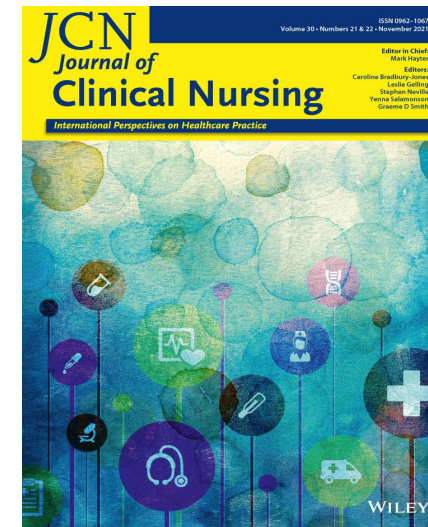
Studie 1

Helhetlige pasientforløp for eldre i kommunene -Sykepleieres erfaringer med sjekklister

Elin Rogn Nilsen, Ph.D -kandidat, SOF sør, UIA

Ulrika Söderhamn, Professor, SOF sør, UIA

Bjørge Dale, Professor, SOF sør, UIA



Facilitating holistic continuity of care for older patients: Home care nurses' experiences using checklists

Elin R. Nilsen RN, Assistant Professor, Research Fellow | Ulrika Söderhamn PhD, RN, Professor | Bjørge Dale PhD, RN, Professor

Faculty of Health and Sport Sciences, Centre for Aging Research, University of Agder, Kristiansund, Norway.
Correspondence: Elin R. Nilsen, Faculty of Health and Sport Sciences, University of Agder, Box 100, Kristiansund 4910, Norway. Email: elin@nilsen.uia.no

Abstract
Aims and objectives: To explore home care nurses' experiences of implementation and use of checklists developed for improving continuity of care for older patients (65+ years).
Background: The Norwegian Continuation Reform was implemented to improve coordination between hospitals and communities and facilitate a quicker return to home community after hospital discharge. To follow-up, national learning networks were initiated to improve pathways for chronically ill older patients, including the development and use of standardised checklists.
Design: An explorative qualitative design was chosen.
Methods: Three focus group interviews were conducted, including 18 registered nurses from eight municipalities in southern Norway. Systematic text condensation was used to analyse the interview texts. The CORAQ checklist was followed.
Results: Three categories emerged from the analysis: (a) "The implementation process" included the experiences of a chaotic beginning, the importance of involvement, the leaders' role and resource allocation. (b) "Pros and cons of checklists in use" included the informants' experiences of checklists' usefulness for nurses and the patients. (c) "Competence needed" included the need for a comprehensive set of formal, experiential and social competences.
Conclusion and relevance to clinical practice: The leaders' role, support and engagement are decisive for a successful implementation. To succeed and establish solid routines, allocating resources when implementing new labourious routines, such as checklists, is important. To improve holistic continuity of care to chronically ill older patients, checklists should be customisable to each patient's needs, be comprehensive enough to grasp the essence in what to be done at several time points, but at the same time brief enough to be operational. Checklists can be a useful tool for home care nurses, if customised to the individual municipality and the staff's working routines. It is important that the staff have versatile and extensive competences enabling them to use the checklists appropriately.

Hensikt og metode

- **Hensikt**

- Å utforske hvordan en gruppe sykepleiere erfarer implementeringen og bruken av pasientfokuserte og funksjonsbaserte sjekklister, og om tiltaket kan være hensiktsmessig for tilrettelegging av helhetlige forløp for eldre pasienter (65 år+)

- **Metode**

- Sykepleiere i hjemmesykepleien, 8 kommuner, Region Østre Agder
- Rekruttering ved hjelp av ledere
- 18 sykepleiere, tre fokusgrupper

Funn

- **Implementeringsprosessen**
 - Kaotisk start
 - Leders rolle avgjørende
 - Opplevelse av egen påvirkningsmulighet og deltakelse
 - Ressurser tilført
- **Fordeler og ulemper med sjekklisterne**
 - Nytteverdi som et verktøy for sykepleierne
 - Nytteverdi for pasientene
- **Nødvendig kompetanse**
 - Behovet for formell kompetanse
 - Behovet for erfaringskompetanse og sosial/etisk kompetanse

Konklusjon

- Dedikerte, samarbeidsvillige og kunnskapsrike ledere, som holder fokus og drar lasset sammen med sine ansatte er viktig for at en implementering skal kunne lykkes.
- Det er viktig å tilføre friske ressurser når nye tiltak skal implementeres i en allerede travel arbeidshverdag i hjemmetjenesten. Hvis ikke, blir det vanskelig å få tiltaket inn i gode rutiner, og stor fare for å mislykkes da implementering er en krevende prosess.
- Sjekklistene kan være et godt verktøy for helsepersonell i kommunene, men krever mulighet for tilpasning til den enkelte kommune og til de ansattes arbeidshverdag. Sjekklistene må også gi mulighet for at ansatte kan fortsatt bruke og utvikle sin sykepleiefaglige kompetanse
- Sjekklistene viser seg å kunne være et godt tiltak for å bedre overganger og sikre en systematisk oppfølging av sårbare pasienter. For ivaretagelsen av helhetlige pasientforløp bør sjekklistene være innholdsrike nok til å få med essensen, samtidig kortfattede nok til at de blir benyttet. De må også kunne tilpasses hver enkelt pasient.
- For at sjekklistene skal kunne brukes etter sin hensikt kreves omfattende faglig og etisk/sosial kompetanse, som kontinuerlig blir holdt ved like, av personalet som anvender dem.

Personsentret omsorg

Hva med pasientene selv, hvilke erfaringer har de?

Personsentrert omsorg

- Mange ulike navn; Pasientsentrert og personsentrert (PCC) mest brukt.
- PCC implementert i praksis, utfordrende. Vanskelig å finne en samlet definisjon og forståelse av begrepet.
- Avdelinger kan tro de utøver PCC men i realiteten gjør de ikke det.
- Utfordringer for eldre pasienter, hørsel, kognitiv svikt, usikkerhet i hva de kan kreve (Eklund et al., 2019; Kogan, Wilber, & Mosqueda, 2016; Naldemirci et al., 2018)

Ulike PCC tilnæringer

- **Flere ulike tilnæringer har blitt utviklet for å forbedre implementering PCC-ideer i praksis.**
- **“Hva er viktig for deg”**: Et skifte i fokus fra den tidligere mer medisinske og paternalistiske tilnærmingen: "Hva er i veien med deg?" – mot en personsentrert, proaktiv tilnærming (Berntsen et al., 2018; Hansen, Berntsen, & Salamonsen, 2018; Nilsen et al., 2019).
- **“Shared Decision Making”**: Vekt på samarbeid mellom pasienter og helsepersonell for å veie behandlingstilbud, diskutere behandlingsbeslutninger og utforme og implementere tiltaksplaner basert på individuelle preferanser (Elwyn et al., 2012; Oshima Lee & Emanuel, 2013).
- **“Continuity of Care”**: At enkeltpersoners erfaringer med omsorg kobles sammen og er godt organisert gjennom hele pasientforløpet (Future of Health i Alberta, 2017; Haggerty et al., 2003).

Studie 2

Hva er viktig for eldre pasienter?

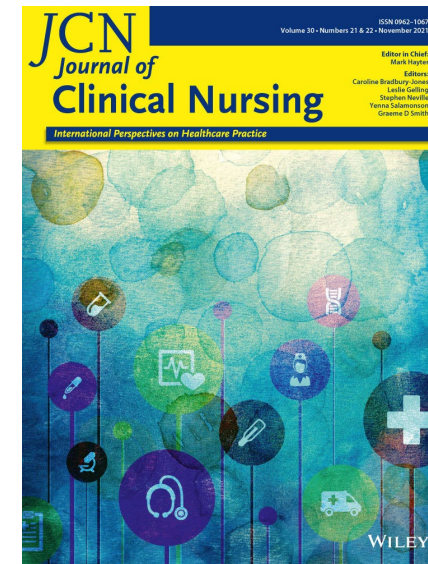
-Å utforske person-sentrert omsorg i og etter overganger mellom sykehus og hjem

Elin Rogn Nilsen, Ph.D -kandidat, SOF sør, UiA

Brooke Hollister, Førstemanuensis, SOF sør, UiA

Ulrika Söderhamn, Professor, SOF sør, UiA

Bjørg Dale, Professor, SOF sør, UiA



Hensikt og metode

- **Hensikt**

- Å undersøke hvordan en gruppe eldre pasienter (65 år+), nylig utskrevet fra sykehus til eget hjem, opplevde omsorgen de fikk på sykehus, i overgangen og etter hjemkomst (hjemmesykepleien måtte bruke pasientsentrerte og funksjonsbaserte sjekklister).
- Å spørre dem «Hva er viktig for deg»? , og om deres preferanser i henhold til disse person sentrerte spørsmålene ble fulgt opp.

- **Metode**

- Eldre (65 år+) nylig utskrevet fra sykehus ble rekruttert
- Intervju 3-4 uker etter utskrivning fra sykehus, nytt intervju seks måneder etter
- Rekruttering utfordrende
- Åtte førstegangsintervjuer og fire andregangs, til sammen 12 intervjuer

Funn

- **Hva er viktig i møte med den enkelte helsearbeider?**
 - Å bli sett og respektert som en individuell person
 - Å være informert og involvert i egen pleie og behandling
- **Mobilisere helsefremmende evner og ressurser**
 - Personlige egenskaper som påvirker mestringsevne og velvære
 - Eksterne ressurser som påvirker mestringsevne og velvære
- **Hva er viktig i møte med det organisatoriske helsevesenet?**
 - Å føle seg trygg

Diskusjon/konklusjon (en del av diskusjonen)

- **Å forstå hva som er viktig for den enkelte (Hva er viktig for deg?)**
 - Bra som en generell holdningsendring
 - Likevel utfordrende både for pasienter og helsearbeidere som metode
 - Fare for misforståelser
 - Personlige egenskaper, identifisere og mobilisere
 - Eksterne ressurser, hjelp til å reflektere
 - Hva er viktig for deg, skalere ned til et mestringsperspektiv?
 - “Spørre” uten å bruke spørsmålet?
 - Konklusjon: Det er behov for en mer innrammet og klar tilnærming og økt kompetanse og ferdigheter blant helsepersonell, for å kunne gi en personsentrert og holistisk tilnærming.

Hovedkonklusjon

- Ikke så stort fokus på å få et konkret svar ved ulike personsentrerte tilnærminger, men mer på prosessen frem til svaret.
- Personsentrert omsorg må ikke kun være en sak på individnivå, men må løftes opp og implementeres i ledelse og organisering av helsetjenestene

Kvalitetsforbedring

Har deltakelse i Læringsnettverket bidradd til kvalitetsforbedring i helsetjenestene?

Studie 3:

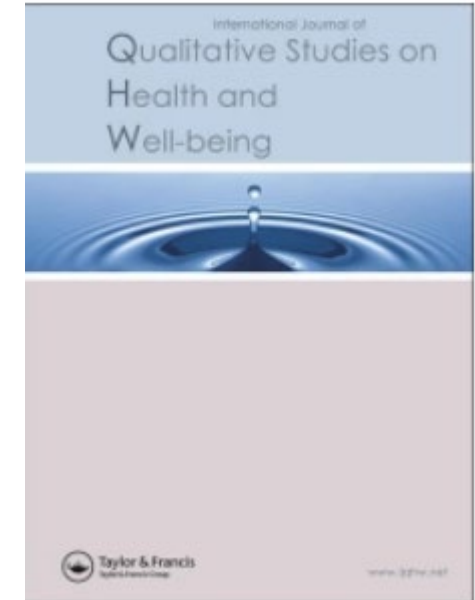
Sykepleielederes opplevelse av læringsnettverk og implementering (ikke publisert)

- **Hensikt:**

- Hvilke erfaringer har hjemmesykepleieledere med læringsnettverket for gode pasientforløp?
- Hvilken rolle/innflytelse/ansvar opplever lederne at de har hatt/har i henhold til implementering av tiltakene i gode pasientforløp?
- Hvilken betydning mener lederne at implementering av gode pasientforløp har hatt/vil videre ha for kvalitetsforbedring i helsetjenestene?

- **Metode**

- Hjemmesykepleieledere fra åtte kommuner i Østre Agder (Enhetsledere, avdelingsledere, fagutviklingssykepleiere)
- Strukturerte individuelle intervju (enkelte via Zoom pga. korona)
- Rekruttering ved hjelp av mail (Sjekket at det var etisk riktig)



Funn/diskusjon

- Erfaringer med læringsnettverk
- Erfaringer med kvalitetsforbedringsarbeid i den enkelte kommune/enhet
- Har gode pasientforløp bidratt til varige endringer for kvalitetsforbedring?
- Hva må til for å holde tiltakene fortsatt i drift?

Referanser



- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Storm, M., Siemsen, I. M. D., Laugaland, K., Dyrstad, D. N. & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International journal of integrated care*, 14. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4027895>
- de Vibe, M., Udness, E. & Vege, A. (2016). *Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke, en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011–2015* (Notat om kvalitetsutvikling nr. 4). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/notater/2016/gode-pasientforlop-eldre-og-kroniske-syke.pdf>
- Grimsmo, A. (2012). *Veien frem til helhetlig pasientforløp*. Hentet fra <https://www.nhn.no/tema/helhetlig-pasientforlop/documents/utvikling-av-pasientforlop-stottet-av-elektronisk-samhandling.pdf>
- Paulsen, B., Romøren, T. I. & Grimsmo, A. (2013). A collaborative chain out of phase. *International Journal of Integrated Care*, 13(1). doi: <http://doi.org/10.5334/ijic.858>
- Danielsen, K. K., Nilsen, E. R., & Fredwall, T. E. (2017). *Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom: En oppsummering av kunnskap*. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2444230>
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O., Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13, 121. doi:10.1186/1472-6963-13-121
- Naylor, M. & Keating S. A. (2008). Transitional Care: Moving patients from one care setting to another. *The American Journal of Nursing*, 108(9), 58–63. doi:10.1097/01.NAJ.0000336420.34946.3a.
- Olsen, R. M. (2013) *Informasjonsveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter*. PhD Thesis. Institutionen for Hälsovetenskap, Mittuniversitetet, Sundsvall, Sverige, 2013.
- Røsstad, T. (2016). *Generic care pathway for elderly patients in need of home care services after hospital discharge: A cluster RCT with nested qualitative studies of development and implementation*. (Doktoravhandling)
- American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, Brummel-Smith, K., Butler, D., Frieder, M., Gibbs, N., Henry, M., . . . Reuben, D. B. (2016). Person-centered care: A definition and essential elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15-18.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., . . . Rollnick, S. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27(10), 1361-1367.
- Kebede, S. (2016). Ask patients “What matters to you?” rather than “What’s the matter?”. *Bmj*, 354, i4045.
- Kogan, A. C., Wilber, K., & Mosqueda, L. (2016). Person-Centered Care for Older Adults ic Literature Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), e1-e7. doi:10.1111/jgs.13873
- Olsen, C. F., Debesay, J., Bergland, A., Bye, A., & Langaas, A. G. (2020). What matters when asking, “what matters to you?”—perceptions and experiences of health care providers on involving older people in transitional care. *BMC health services research*, 20, 1-13.

Takk for oppmerksomheten



- Kom gjerne med innspill
- elin.r.nilsen@uia.no
- Nilsen ER, Söderhamn U, Dale B. Facilitating holistic continuity of care for older patients: Home care nurses' experiences using checklists (2019). *J Clin Nurs.* 2019;28:3478–3491. <https://doi.org/10.1111/jocn.14940>
- Nilsen E.R., Hollister B., Söderhamn U., & Dale B. What matters to older adults? Exploring person-centred care during and after transitions between hospital and home. *J Clin Nurs.* 2021;00:1-13. <https://doi.org/10.1111/jocn.15914>
- Danielsen, K. K., Nilsen, E. R., & Fredwall, T. E. (2017). *Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom: En oppsummering av kunnskap.* Gjøvik: Senter for omsorgsforskning. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2444230>
- Fredwall, T. E., Dale, B., Nilsen, E. R. & Strøm, B. S. (2020). *Sammenheng og overganger i tjenestene. Kunnskapsnotat. Leve hele livet-En kvalitetsreform for eldre. Beskrivelser av eksisterende kunnskap om reformens utfordringsområder.* Oppsummering nr.18. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/leve-hele-livet/sammenheng-og-overganger-i-tjenestene>