

Oppfølgingsteam og målepunkter for gode pasientforløp?

Nasjonalt læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp


Anders Grimsmo

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU


Norsk Helsenett

Steg i utviklingen av pasientforløp

Beskrive dagens pasientforløp. Identifisere situasjoner med risiko for svikt – både innen og mellom tjenestene

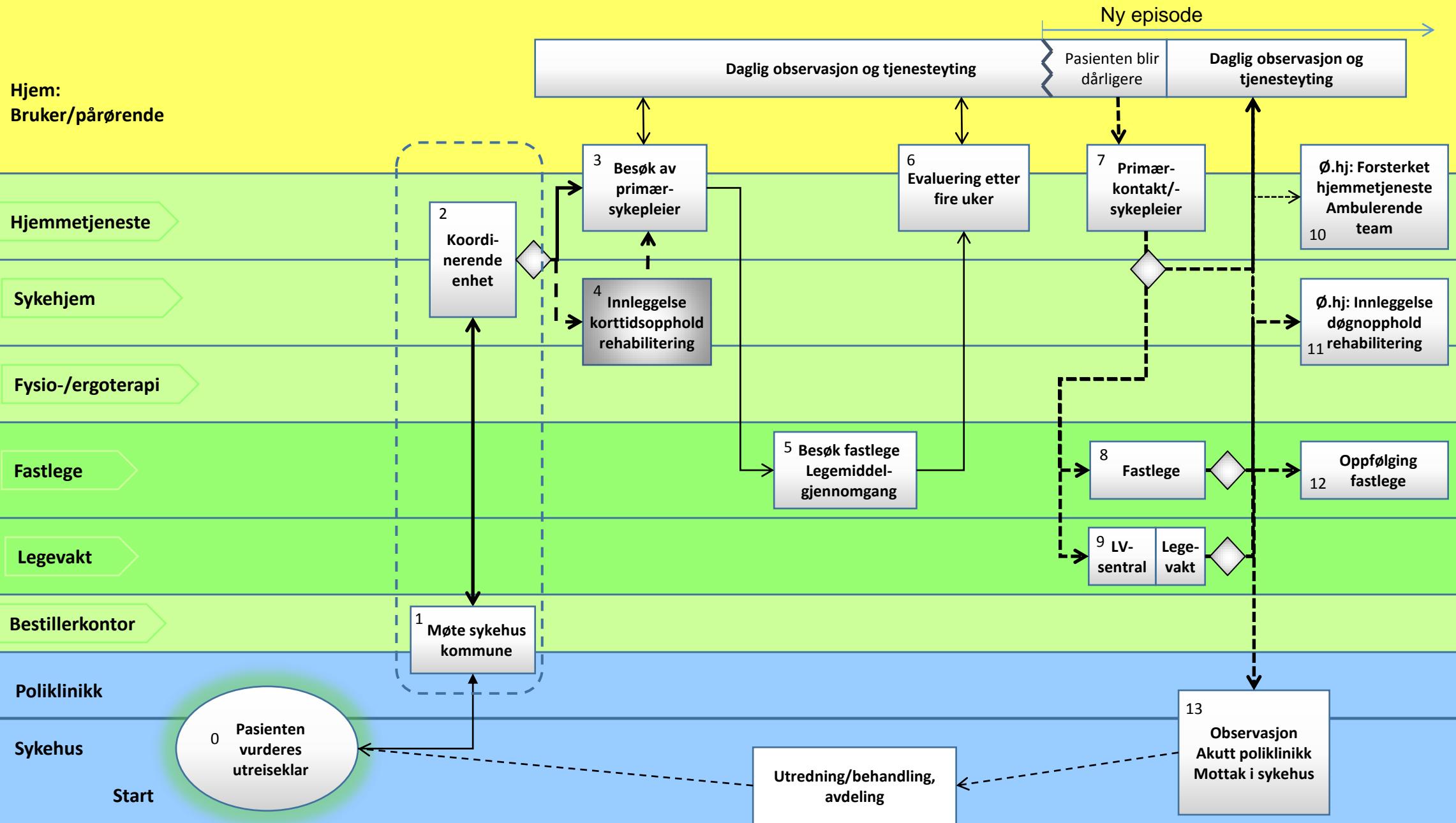


Utarbeide pasientforløp som reduserer risiko for svikt og blir mer sømløse

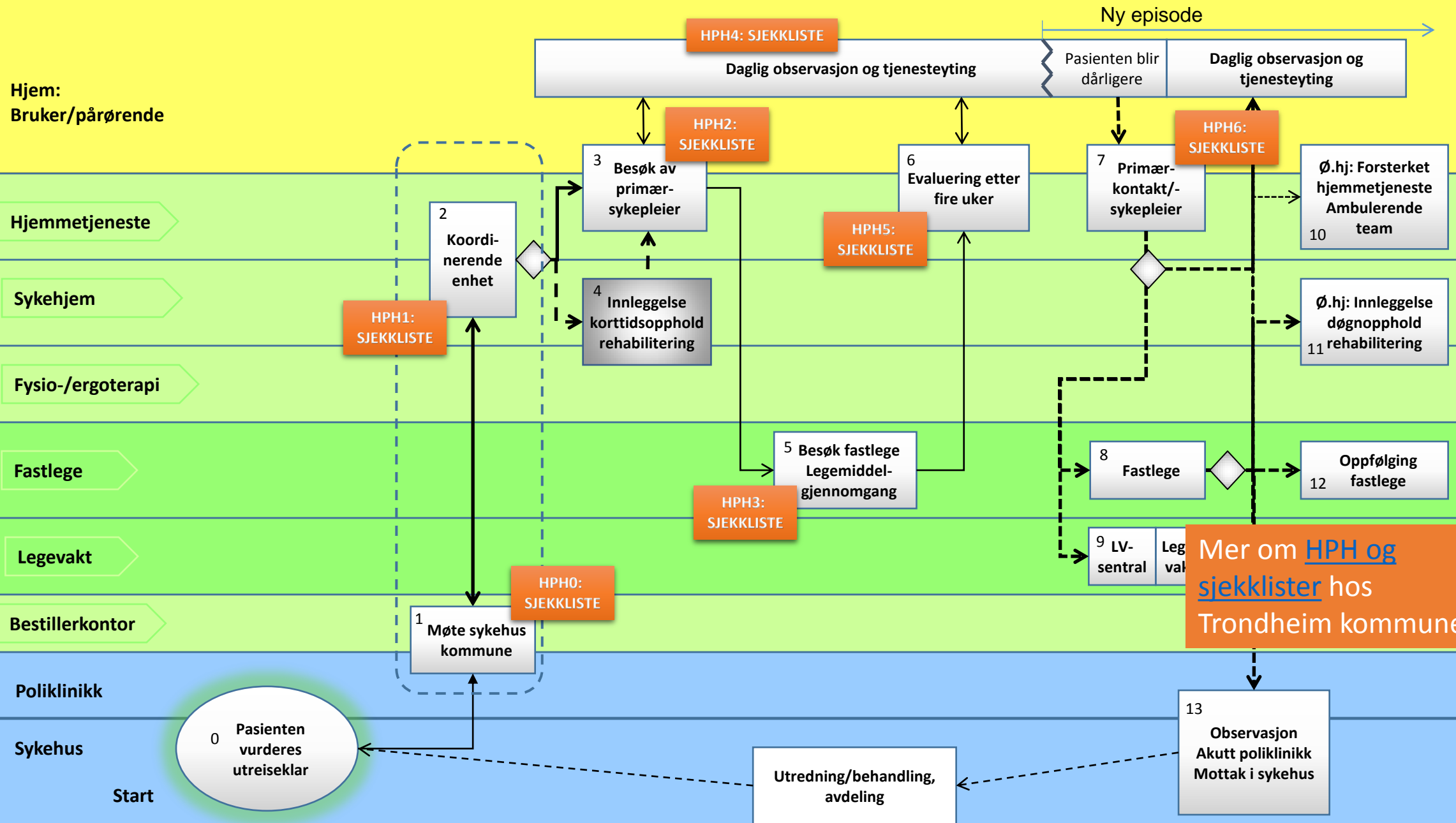


Implementere og videreføre pasientforløpet

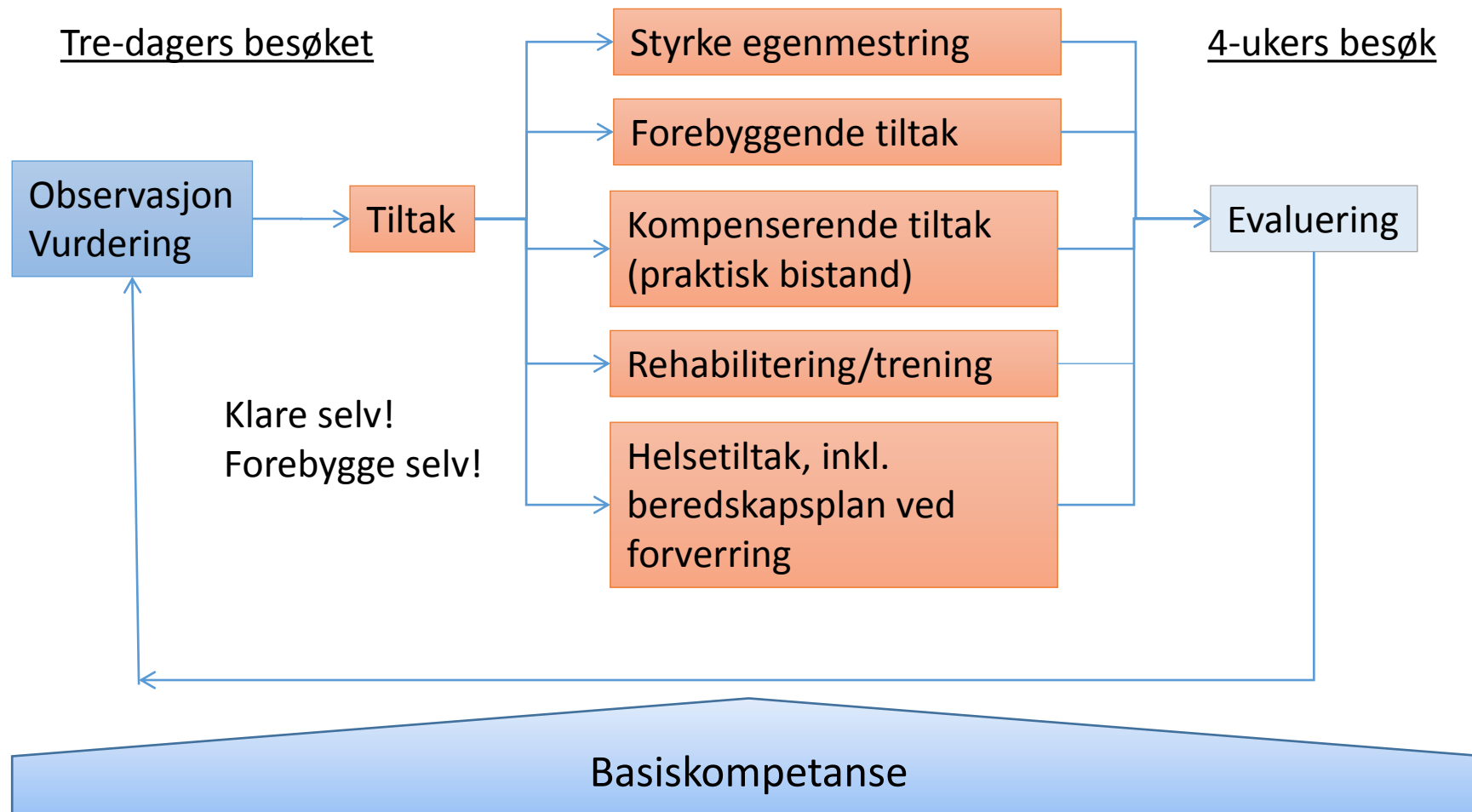
Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



Oppfølgingsplan for pasienten

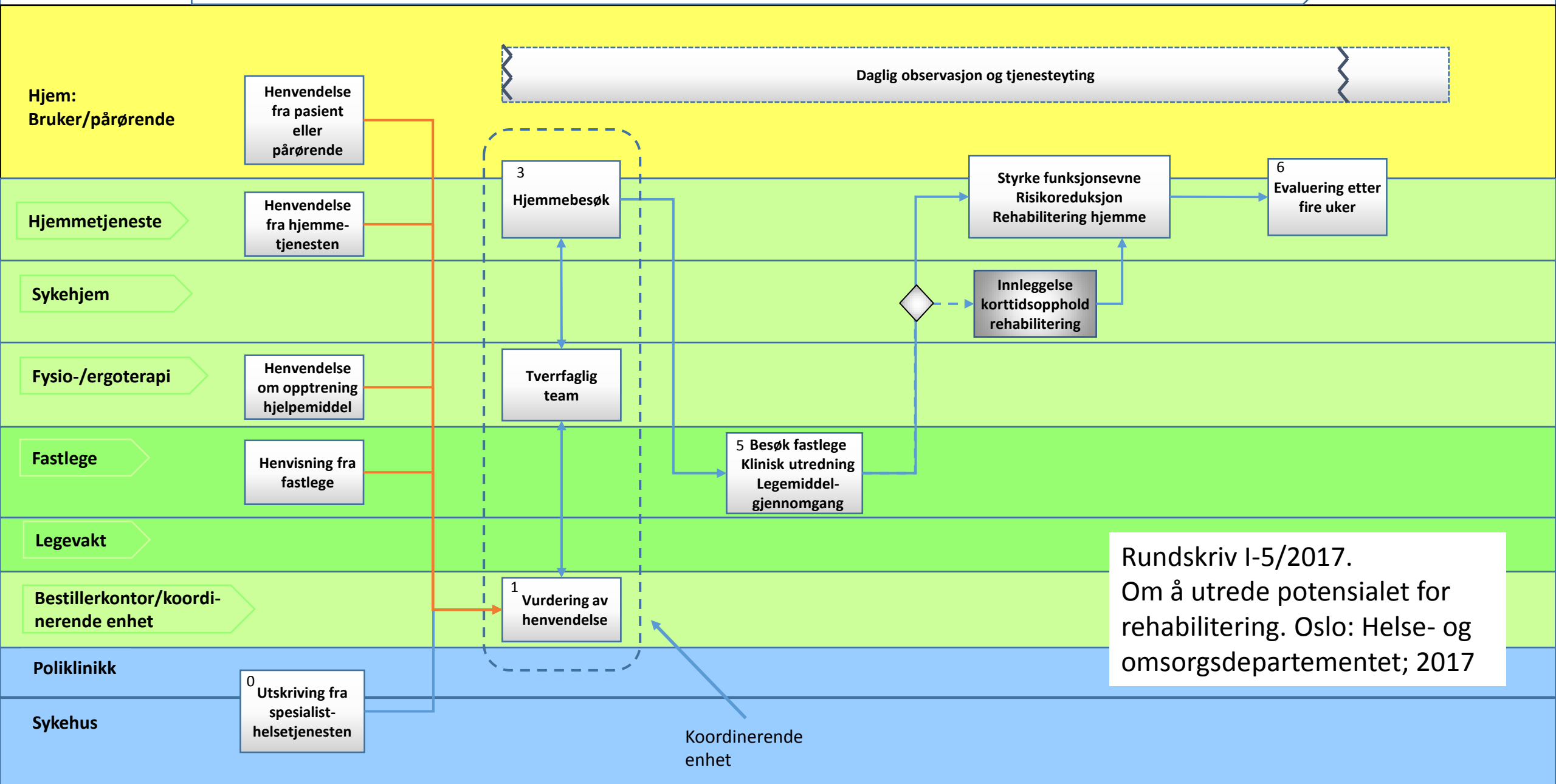


Erfaringer fra HPH - gjennomføringen

Viktige faktorer for utfallet:

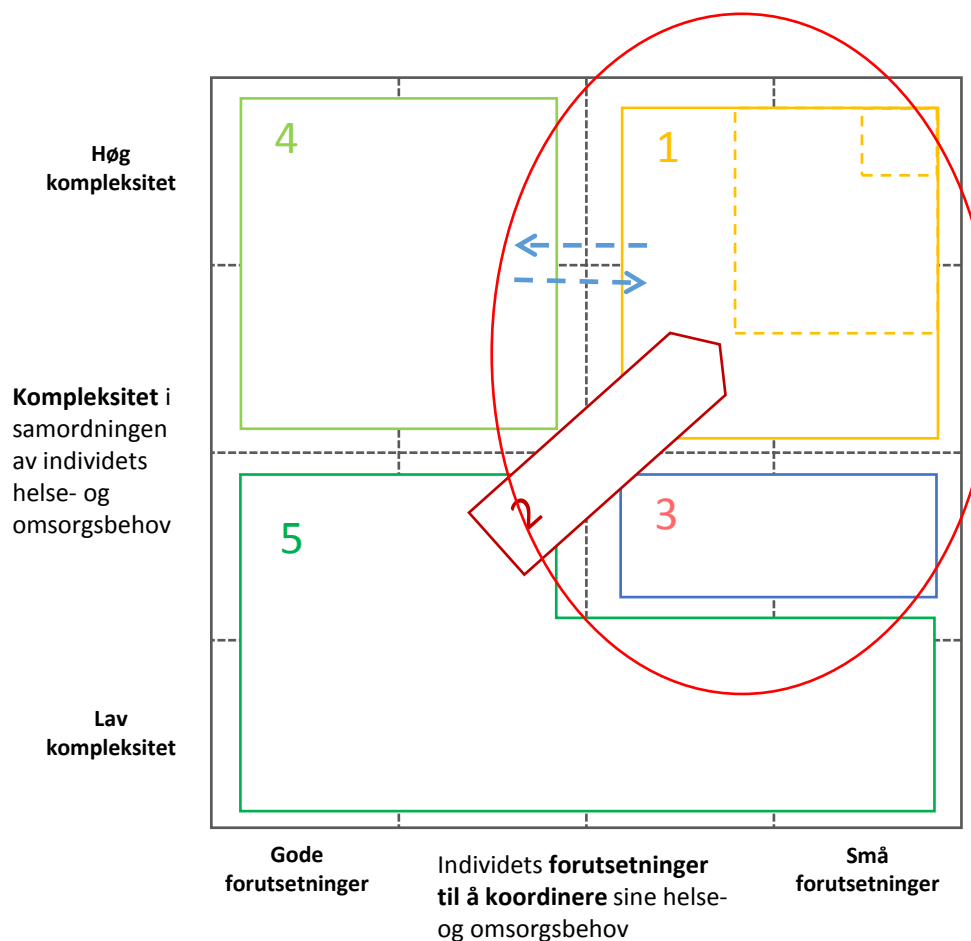
- Kommunalt vedtak + mandat
- Anvende rammeverket til å drøfte utfordringer og løsninger
 - Momentliste/sjekkliste
 - Roller og ansvar
- Tett oppfølging ved nøkkelpersonell
 - Drilling av ansatte
 - Kompetansehevning
- Tilrettelegge arbeidshverdag + tilpasning til eksisterende rutiner
- Tilbud til alle pasientene

Tidlig identifisering med tidlig intervensjon og forebygging



Rundskriv I-5/2017.
Om å utrede potensialet for rehabilitering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017

Grupper med behov for koordinering og samarbeid



Gruppe 1

Personer med sammensatte behov og begrensede muligheter til på egenhånd koordinere sine helsebehov:

Eksempler Gruppe 1:

- De mest syke eldre
- Personer med alvorlig psykisk- og somatisk multisykdom
- Folk som er i en sen palliativ fase



Gruppe 2

Akuttsyke individer som raskt krever insatser fra flere aktører og hvor det raske forløpet påvirker individets forutsetninger til å være delaktig i samordningen av sin helse og omsorg:

Eksempler Gruppe 2:

- Personer som nylig hatt slag
- Eldre mennesker som har lidd et fall



Gruppe 3

I hovedsak somatisk friske personer med begrensede muligheter til på egenhånd koordinere sine behov :

Eksempler Gruppe 3:

- Personer med kognitive eller nevropsykiatriske lidelser
- Barn med psykiske lidelser



Gruppe 4

Personer med sammensatte behov , men gode forutsetninger til å delta i koordineringen av sine behov :

Eksempler Gruppe 4:

- Individuer med flere samtidige kroniske sykdommer, men god psykisk helse
- Ofte pasienter med kroniske sykdommer som går til kontroll hos fastlegen



Gruppe 5

I hovedsak psykologisk og somatisk friske individer:

Eksempler Gruppe 5:

- Personer som er helt frisk
- Personer som har en lettere kronisk sykdom
- Personer med nedsatt psykisk velvære

Kilde: Samordnet vård och omsorg: En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem, PM 2016:1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Størsteparten av helsetjenesten bygger på paradigmet «én innbygger – én sykdom»

Virkeligheten:

- Fra 65 års alder har 2/3 to eller flere kroniske sykdommer
- De fleste med multisykdom er likevel under 65 år
- Om lag 2/3 av helsebudsjettet går med til innbyggere med multisykdom
- Innbyggere med multisykdom utgjør
 - 52% av konsultasjonene hos fastlegen
 - over 90% av mottagerne av hjemmesykepleie,
 - 60% av innleggelsene i sykehus
- Personer med multisykdom blir systematisk utelukket fra forskning om retningslinjer



Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education

Barnett K, et al. [Volume 380, Issue 9836](#), 2012: 37–43

Primærhelsetjenesten kjente ikke igjen sin rolle slik pasientene ble beskrevet av spesialisthelsetjenesten

Sykepleier kommune Case B

- «Vi må ta vare på hele pasienten, ikke bare det han har vært innlagt for»

Sykepleier kommune Case A

- «Gamle pasienter har mange tilleggsproblemer som det ikke står noe om i faglige retningslinjer»

Hofteopererte

- Demens 30 %
- Diabetes 20 %
- Hjertesvikt 10%
- KOLS 7 %
- Delir 50 %
- osv.
- Skrøpelig 25 %
- Polyfarmasi 50 %

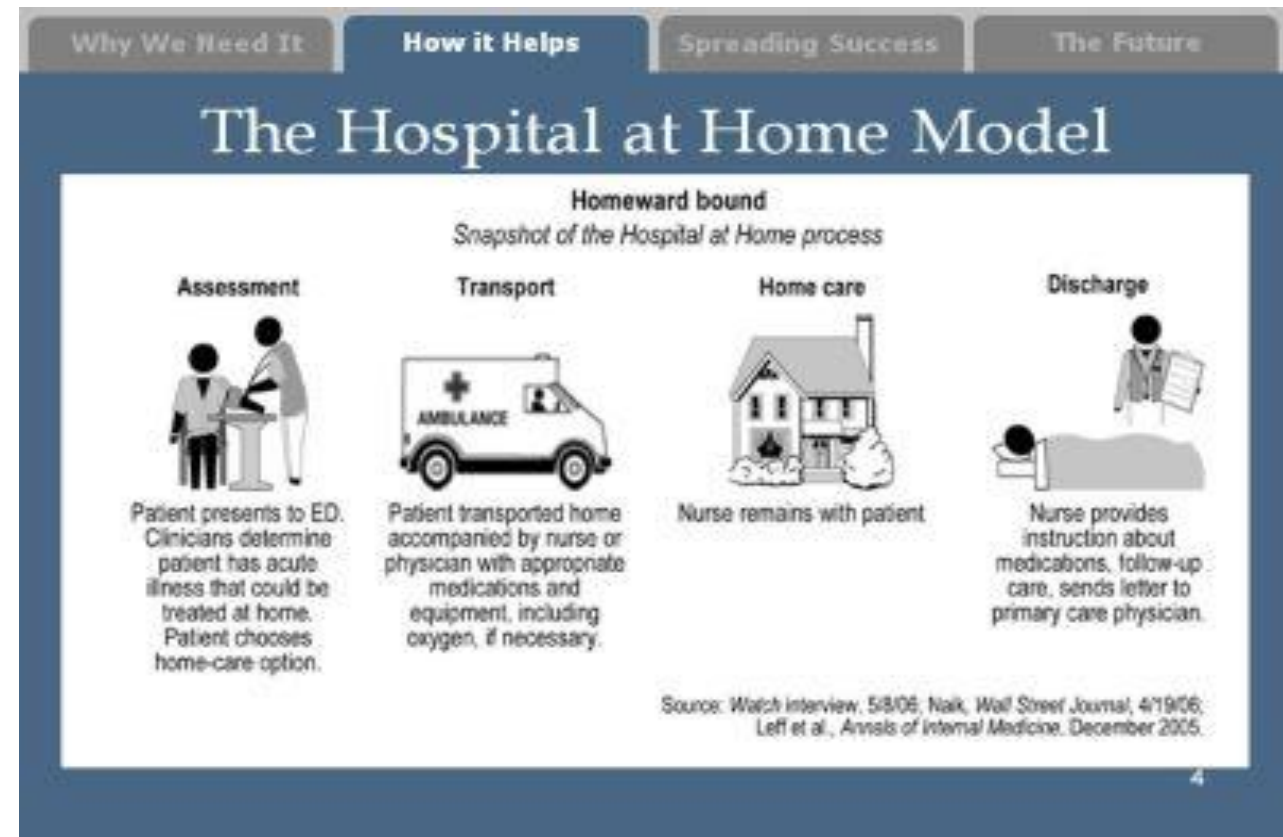
Bo hjemme alene

- Funksjonsevne:
 - fysisk
 - kognitivt
- Ernæring
- Sosialt nettverk
- Boforhold
- Sikkerhet
- Målsetting og preferanser

«Hospital at home»



- «Kjente personer» med kronisk sykdom blir utredet i akuttmottaket og returnert hjem med sammen med sykepleier/team fra sykehuset
- «Utskrives» til primærhelsetjenesten når pasienten er kommet i stabil bedring hjemme (2-3 dager)
- De beste resultatene blir oppnådd når spesialisthelsetjenesten rykker ut til hjemmet.
- Teamet bistår også ved tidlig hjemsending ved å følge pasienten hjem. Utskrivning skjer etter gjensidig kompetanseutveksling
- Inntil 30 % kostnadsreduksjon



Forekomsten av noen utsatte grupper

- Personer med hjemmesykepleie ([Kilde](#))
 - Totalt 4 %
 - > 80 år 1,8 %
- Alvorlig psykiatrisk lidelse ([Kilde](#))
 - Schizofreni 1,1 %
 - Alvorlig depresjon 4,2 %
 - Bipolar lidelse 2,2 %
- Rusproblemer ([Kilde](#))
 - Alkohol 3 %
 - Annet ? %
- Personer med psykisk utviklingshemning
 - Totalt 1,5 %
 - Registrert 0,45 % ([registrering](#))
 - Moderat/alvorlig/dyp 0,35 %
- Utsatte barn ([Kilde](#))
 - Foreldre med alvorlig psykisk lidelse 8 %
 - Foreldre med alvorlig alkoholproblem 3 %
 - Barn med alvorlige helseproblemer 10 %

Hvordan helsefremmende og risiko-faktorer påvirker helsen

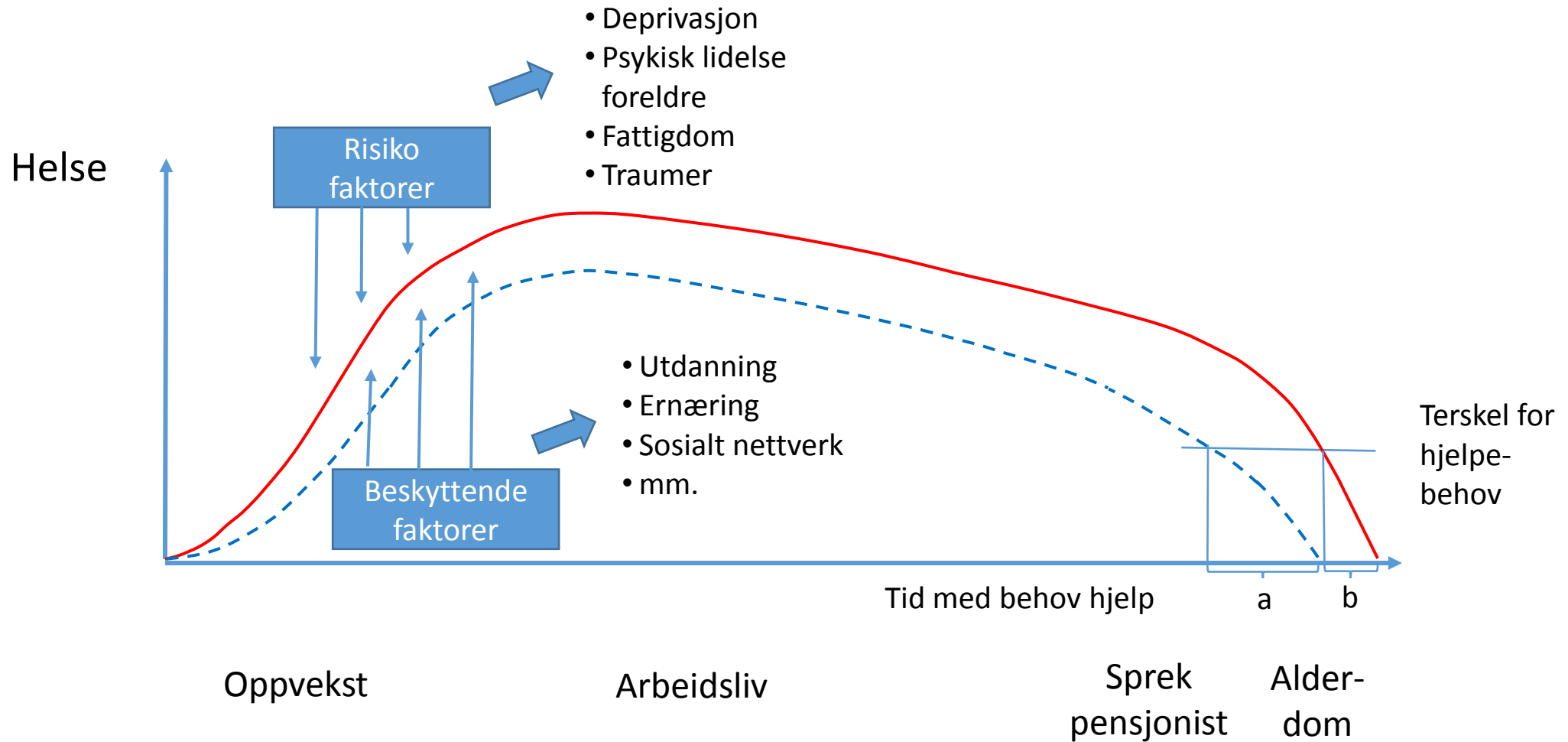
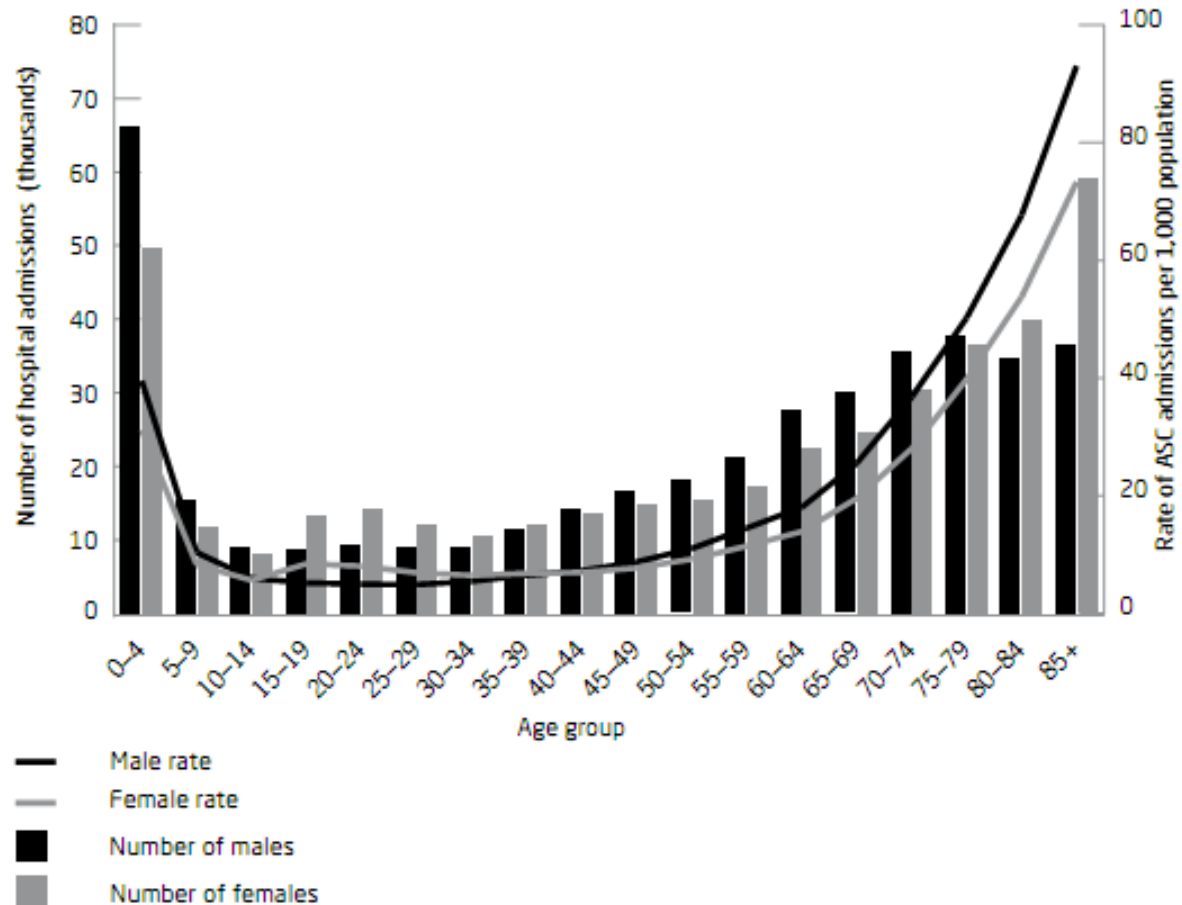


Figure 1: Age and sex distribution of patients admitted for ACSCs, England, 2009/10



Data source: HES 2009/10

Potensielt
forebyggbare
øyeblikkelig
hjelp
innleggelse

Kjønn og alder

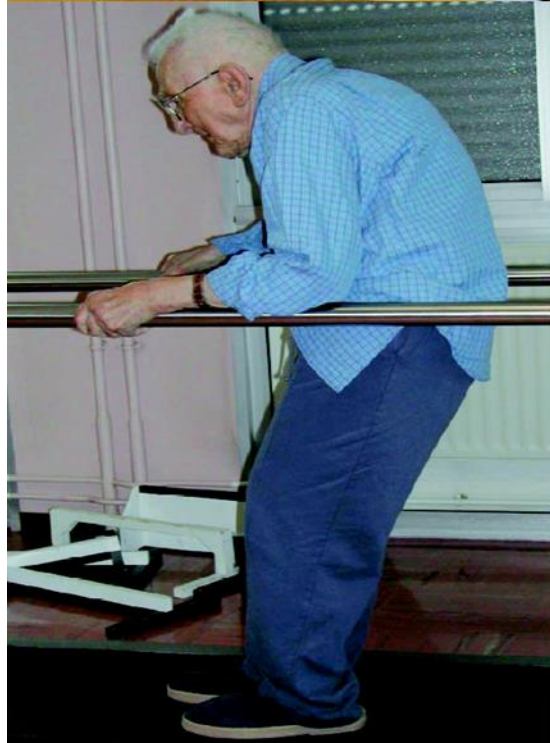
Tjenester for utsatte barn i Trondheim

- Barne- og familietjenesten er fordelt i fire bydeler
 - Koordinerende enhet (for barn)
 - Barnehabilitering (ca 450 barn per år),
 - Barnevern (ca 1250 barn per år),
 - PPT (ca 3000 barn),
 - Helsestasjon/skolehelsetjeneste, familietiltak (over 500 barn),
 - Omsorgsenheten
 - Helse- og avlastningstjenesten.
 - Fastleger
- I tillegg fra spesialisthelsetjenesten og andre
 - Barne- og ungdomsklinikken
 - Familievernkontoret, Statens barnehus
 - NAV

		Overall well-being	Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Dimension 4	Dimension 5
		Average rank (all 5 dimensions)	Material well-being	Health and safety	Education	Behaviours and risks	Housing and environment
			(rank)	(rank)	(rank)	(rank)	(rank)
1	Netherlands	2.4	1	5	1	1	4
2	Norway	4.6	3	7	6	4	3
3	Iceland	5	4	1	10	3	7
4	Finland	5.4	2	3	4	12	6
5	Sweden	6.2	5	2	11	5	8
6	Germany	9	11	12	3	6	13
7	Luxembourg	9.2	6	4	22	9	5
8	Switzerland	9.6	9	11	16	11	1
9	Belgium	11.2	13	13	2	14	14
10	Ireland	11.6	17	15	17	7	2
11	Denmark	11.8	12	23	7	2	15
12	Slovenia	12	8	6	5	21	20
13	France	12.8	10	10	15	13	16
14	Czech Republic	15.2	16	8	12	22	18
15	Portugal	15.6	21	14	18	8	17
16	United Kingdom	15.8	14	16	24	15	10
17	Canada	16.6	15	27	14	16	11
18	Austria	17	7	26	23	17	12
19	Spain	17.6	24	9	26	20	9
20	Hungary	18.4	18	20	8	24	22
21	Poland	18.8	22	18	9	19	26
22	Italy	19.2	23	17	25	10	21
23	Estonia	20.8	19	22	13	26	24
23	Slovakia	20.8	25	21	21	18	19
25	Greece	23.4	20	19	28	25	25
26	United States	24.8	26	25	27	23	23
27	Lithuania	25.2	27	24	19	29	27
28	Latvia	26.4	28	28	20	28	28
29	Romania	28.6	29	29	29	27	29

Child well being in rich countries

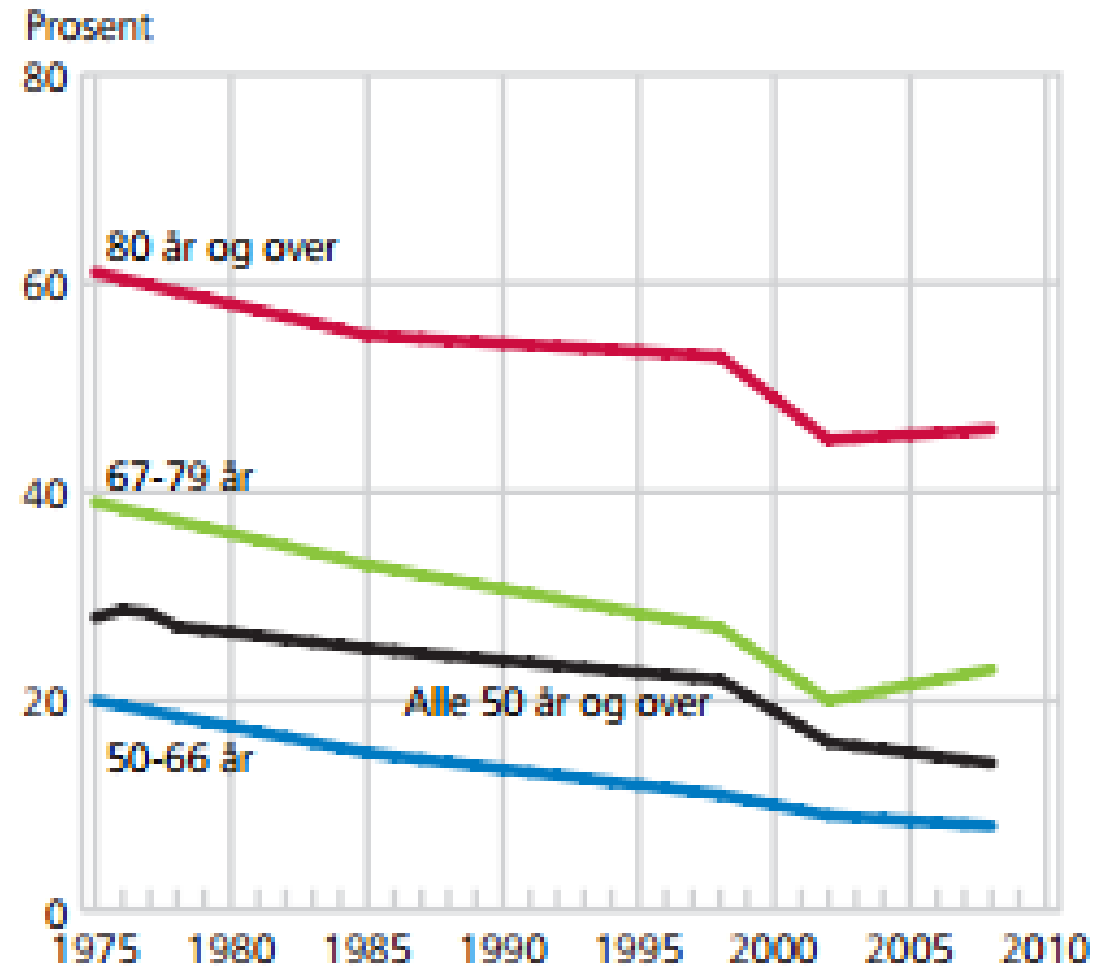
Unicef 2013



”A Fresh Map of Life. The Emergence of the Third Age” – P. Laslett (1989)



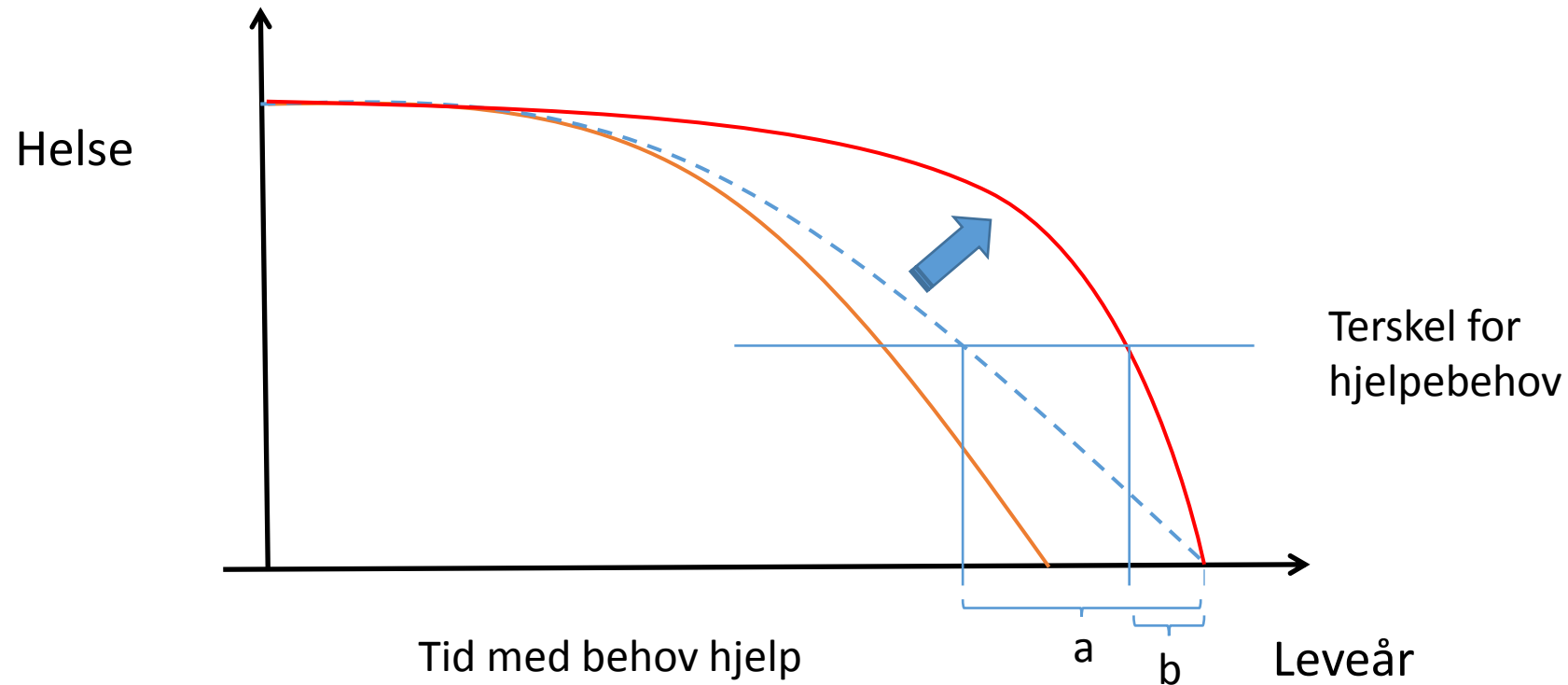
Andel personer 50 år og over med nedsatt bevegelsesevne



¹ Etter Ramm (2000b, figur 6.4).

Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

År til livet - eller liv til årene?



Mye tyder på at vi nå lever lenger uten hjelpebehov.

Spijker J, MacInnes J. Population ageing: the timebomb that isn't? *BMJ*. 2013;347:f6598.

Lagergren M et al.. Towards a postponement of activities of daily living dependence and mobility limitations: Trends in healthy life years in old age in Sweden. *Scand J Public Health*. 2017;45(5):520-7.



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.

Innbyggere over 50 år med ≥ 5 kroniske sykdommer bruker 2,5 til 4,5 timer per dag på oppfølging av behandlingen

Endre fokus

”Hva er i veien med deg?”

”Hva er viktig for deg?”

Struktur
Prosesser

Struktur
Prosesser

holdninger
verdier

Fra dagens reaktive
helsetjeneste

til en proaktiv og
forebyggende helsetjeneste

Om proaktivt utredning og forebygging

«Hva er viktig for deg»
Samvalg

F.eks. depresjon,
begynnende demens,
hjertesvikt, nyresvikt,
diabetes, bivirkninger,

mm

← Involvering og medbestemmelse →

Tidlig identifisering

mm

Søkinge/utredning

Planlegging, intervensjon

Informasjon, oppfølging

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

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

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

Stacey D, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(4)

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

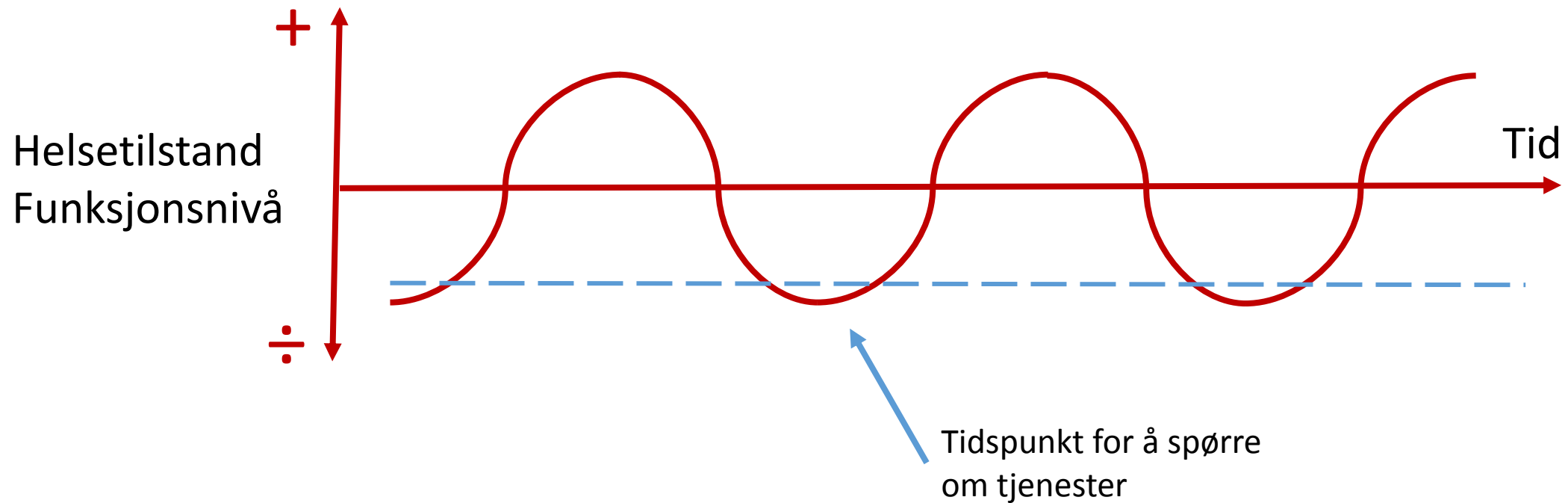
Conclusions

- 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
- Depresjon
- Underernæring
- Fall, brann, trykksår, delir, etc

«Vandringen mot midten»



Organisering av oppfølgingsteam

Støttemedlemmer spesialisthelsetjenesten

Spesialutdannede sykepleiere
Fysio-ergo kompetanse
Legespesialister
Ambulerende spesialistteam
Kompetansesentra
mm.



Kjerneteam

Pasient/bruker
Koordinator
(Primærsykepleier,
fysio-ergo terapeut,
andre)



Støttemedlemmer primærhelsetjenesten

Fastlege
Psykolog
Sosionom
Sykepleier (geriatri, palliativ,
demens, ernæring, avansert)
Helsesøster
Logoped
Vernepleier
Interkommunale ambulerende
team
mm.

Harstad helsehus

Intermediær avdeling

9 sengeplasser +
9 beredsskap (trekkspill)



Opplæringscenter

- Bruker- og pårørende
- Lærings/mestringscenter
- Frisklivssentral
- Ansatte
- HiH, UiT og Norsafety??

Kafé /
informasjonssenter

Felles fagressurser:

Leger
Sykepleiere
Helsesøstre
Ergoterapeuter
Fysioterapeuter
Psykologer
Ernæringsfysiolog
Jurist
Sosionom
Logoped
Synspedagog
Audiopedagog
Samfunnsviter

Forebyggende

Helsestasjon/skolehelsetj
eneste / Folkehelse

Rehabilitering

9 døgn- + 10 dagplasser



Kommunal akutt døgnetenhet

3,5 – 5 døgnplasser
(1,5 døgnplasser Kvæfjord,
Lødingen, Skånland,
Tjeldsund???)



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

Tortajada S, et al. Case management for patients with complex multimorbidity: Development and validation of a coordinated intervention between primary and hospital care. *Int J Integr Care*. 2017;17(2):4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5624062/>.

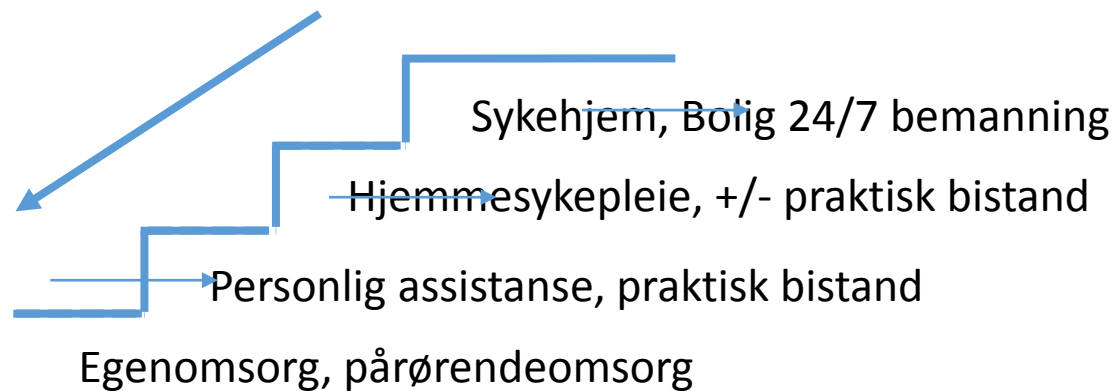
Dokumenterte forebyggende tiltak ved multisykdom

- Sunt kosthold
- God hygiene
- Fysisk trening
- Fallforebygging
- Sosialt nettverk
- Legemiddeloptimalisering/-avmedisinering



Omsorgstrappa

(Lang)varige omsorgstjenester



Forebyggende
innsatstjenester

Rehabilitering
Risikoreduksjon
Opplæring
Forebygging
Dagtilbud
Transport
Velferdsteknologi
mm.

Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov

1. Bedre oppfølging av pasienter og brukere med omfattende behov for tjenester krever tydelig ledelse
2. Hvem er pasienter og brukere med store og sammensatte behov
3. Myndiggjorte pasienter, brukere, fagpersoner og team
4. Metoder og verktøy for systematisk kvalitetsforbedring for helhetlige og koordinerte tjenester
5. Kompetansebehov og kompetanseplanlegging
6. Hvordan observere, oppdage og identifisere behov for tjenester
7. Strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team
8. Helhetlige pasientforløp

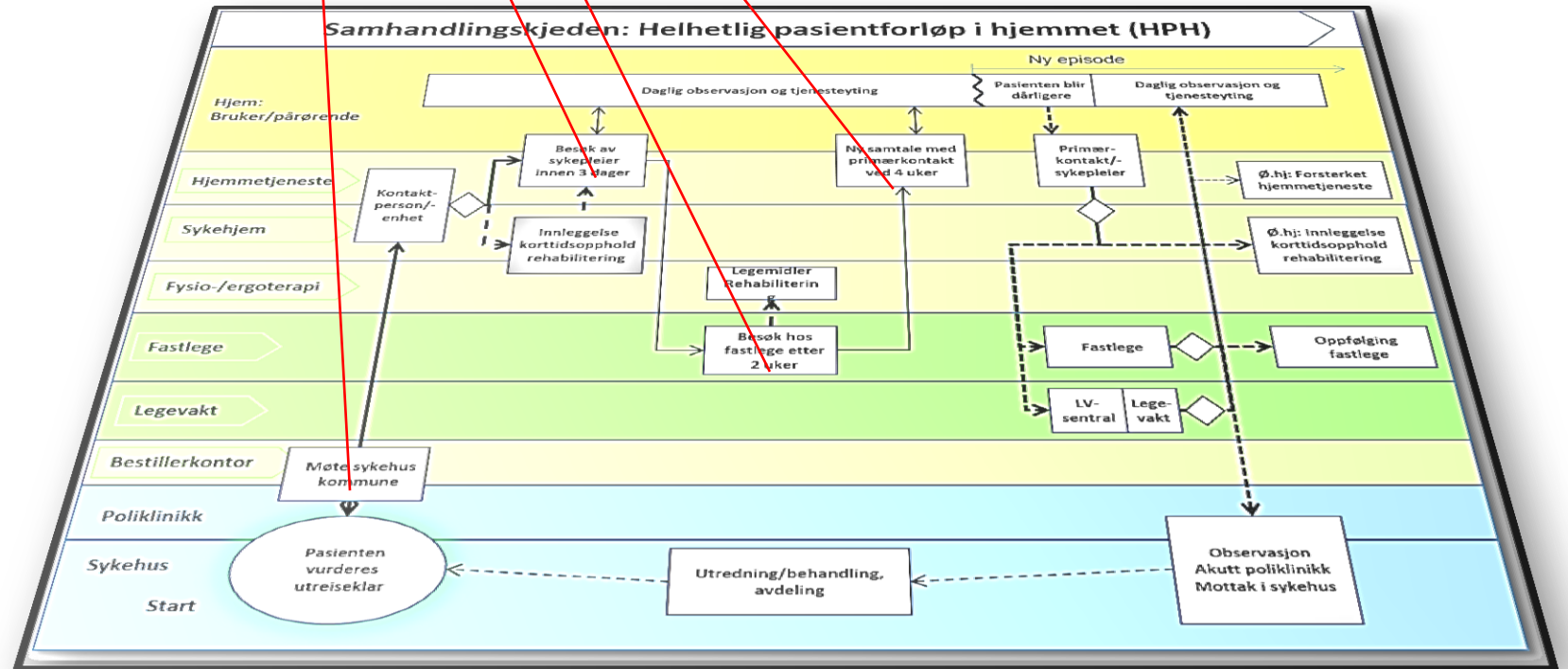


Indikatorsett for gode pasientforløp

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

Utdelt	Utdelt		Hva er viktig for deg? (P-af-3)	Evaluering		Kommentarer
	Ja	Nei		COPM funksjon	COPM utreisin	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
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	Hjemmesykepleieren 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