

Pasienter med behov for langvarige- og koordinerte tjenester - hva skjer på feltet?

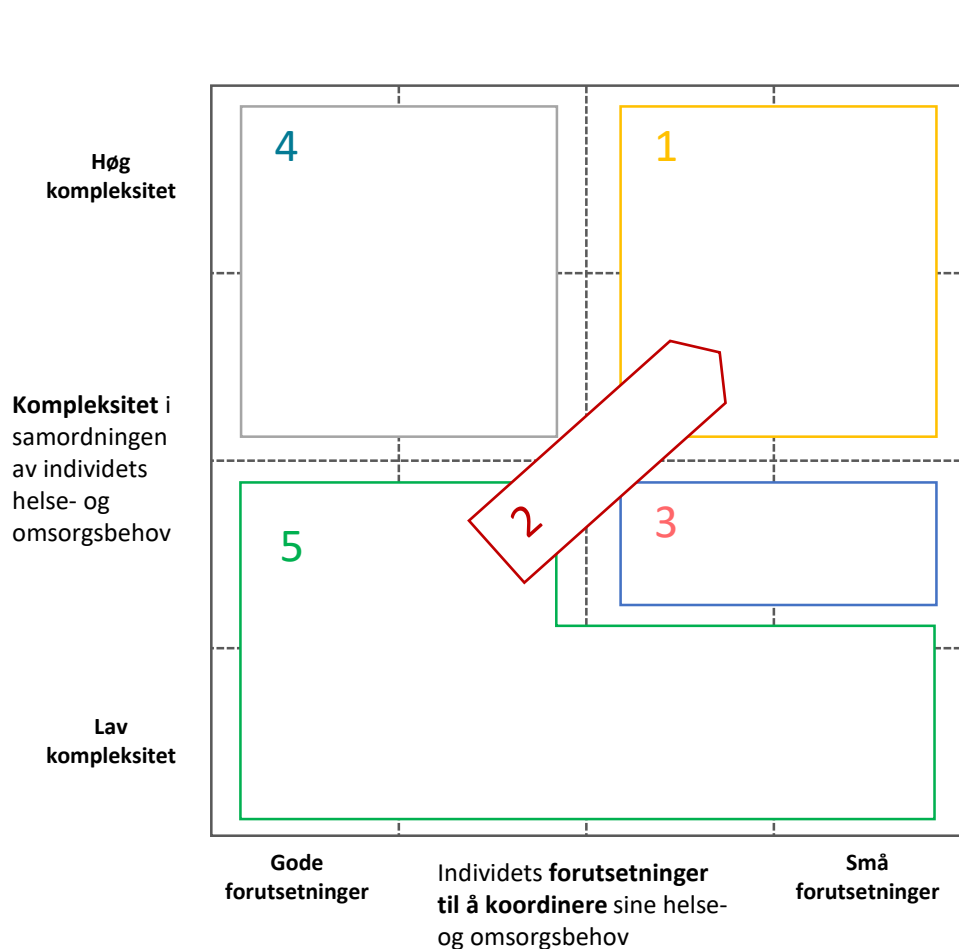
Bergen 29.09.16

Anders Grimsmo

Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Norsk Helsenett

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

Akutt syke 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:

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



Gruppe 5

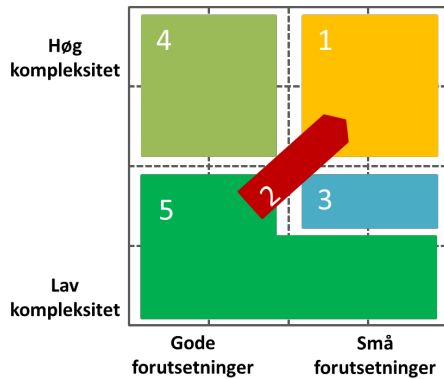
I hovedsak psykologisk og somatisk friske individer:

Eksempler Gruppe 5:

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

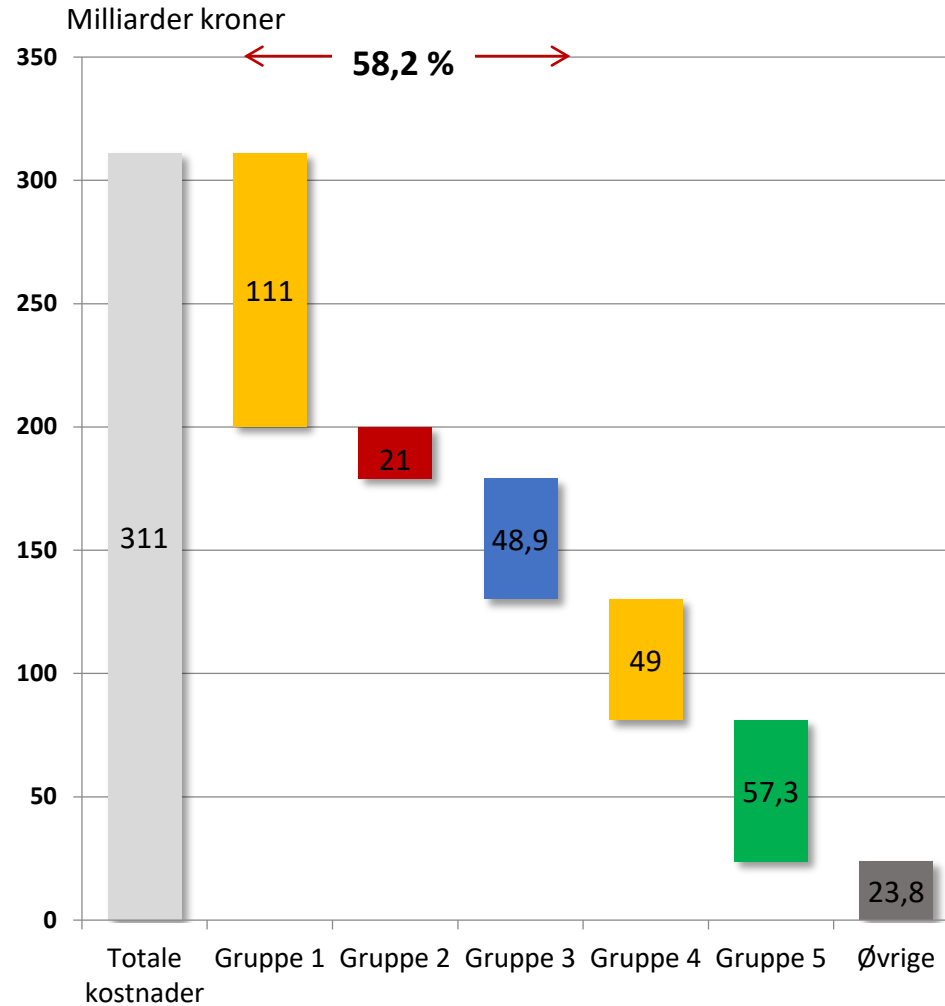
Kilde: Samordnet vård og omsorg: En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- og omsorgssystem, PM 2016:1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Innbyggergruppenes størrelse og kostnad



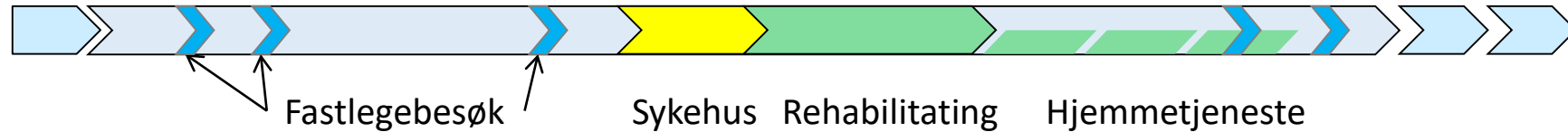
Kilde: Samordnet
vård och omsorg:
En analys av
samordnings-
utmaningar i ett
fragmenterat vård-
och omsorgssystem,
PM 2016:1

Estimerede kostnader for helse og omsorg for gruppe 1-5



Helhetlige pasientforløp

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



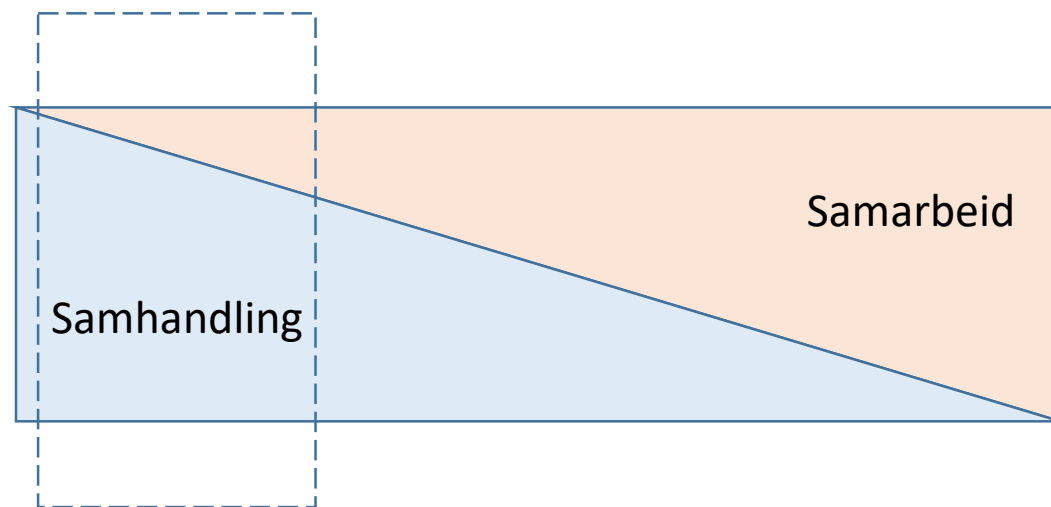
Kjennetegn:

Kontinuitet – god sammenheng i tjenester gjennom god samhandling (koordinering)

Samarbeid – to eller flere virksomheter solidarisk og samtidig har felles ansvar over tid

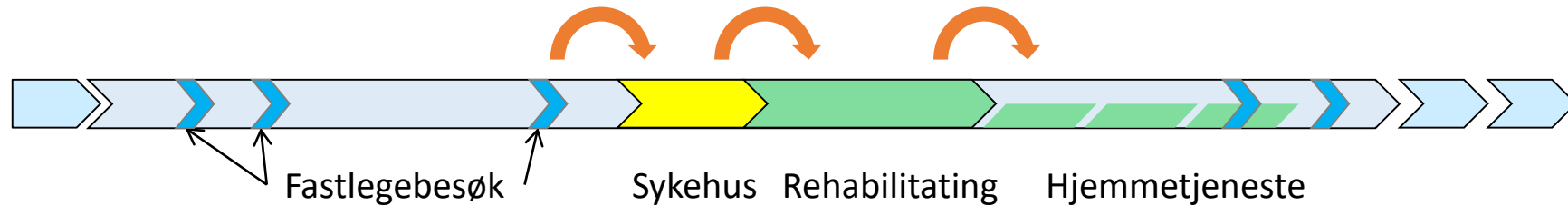
Hva er forskjellen på samarbeid og samhandling?

	<u>Operasjonalisering</u>	<u>Eksempler</u>
• Samhandling	Koordinering	Pasientforløp Pakkeforløp
• Samarbeid	Team	Operasjonsteam Ambulerende team



Helhetlige pasientforløp

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



Kjennetegn:

Kontinuitet – god sammenheng i tjenester gjennom god samhandling (koordinering)

Samarbeid – to eller flere virksomheter solidarisk og samtidig har felles ansvar over tid

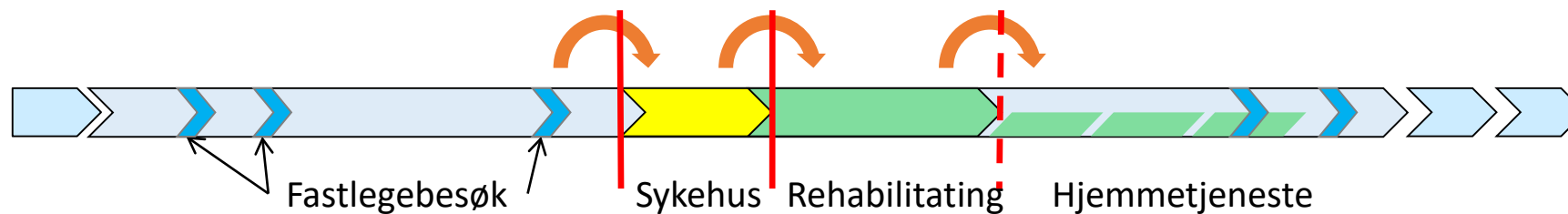
Sømløshet – rettidig, adekvat og smidig overføring av informasjon og oppgaver

Pasientsentrert – pasienten deltar i beslutninger og utformingen av målsettingen med behandlingen

Informasjonsdrevet - drivkraften i pasientforløpet er opplysninger om pasientens tilstand og behov som går foran i forløpet

Helhetlige pasientforløp

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



Utfordringer i utviklingen av gode forløp:

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

”Kulturforskjeller”

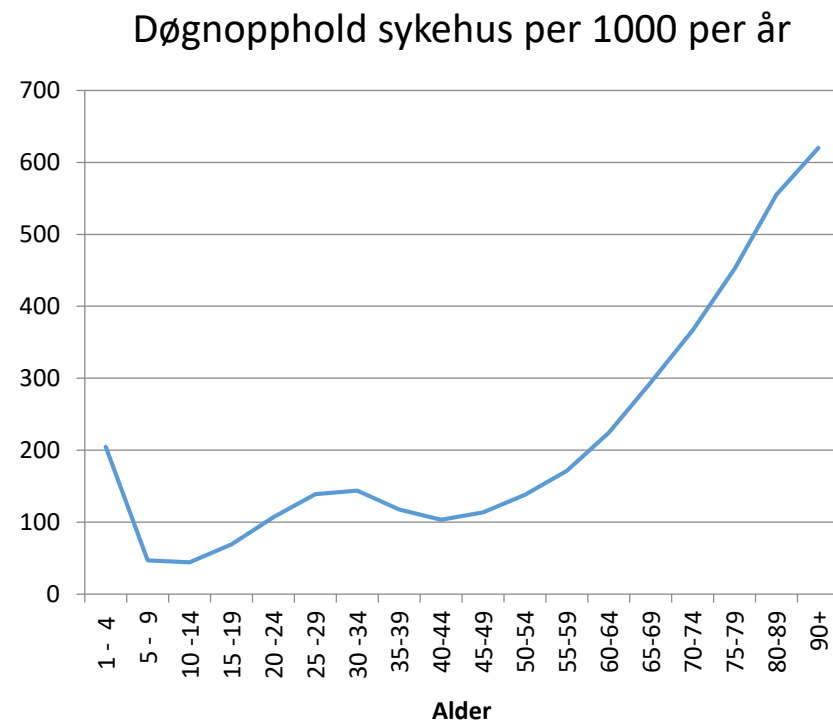
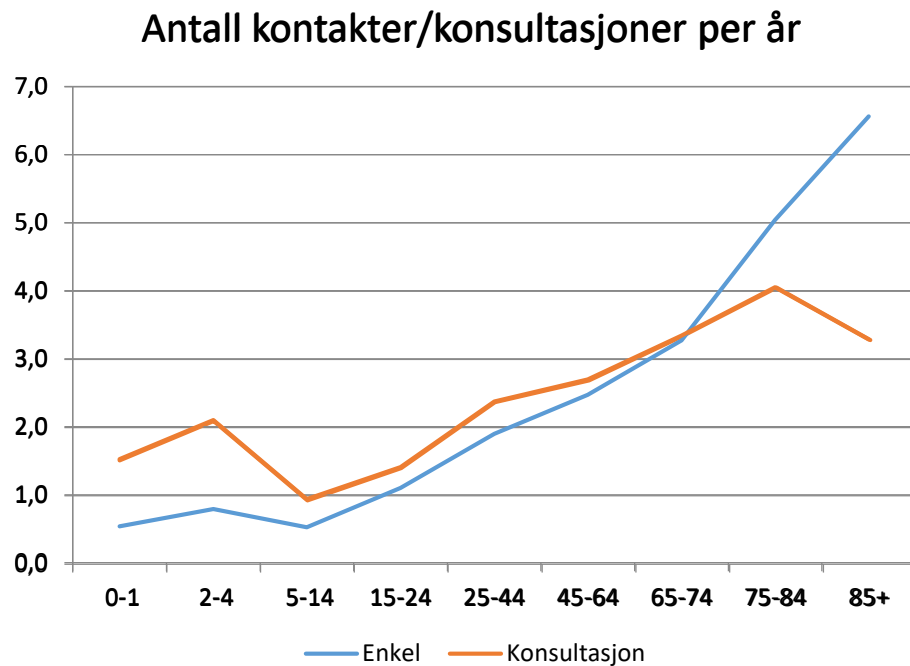
	Spesialisthelsetjenesten	Kommunehelsetjenesten
Helseproblemer	Ett problem, evt. fokus på ett om gangen.	Gjerne flere parallelt ,hele spektret diagnoser/problemer
Behandling	Diagnoseorientert og med avansert teknologi.	ADL-orientert tilrettelegging, og pasienten deltar mye selv.
Beslutninger	Tas gjerne 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



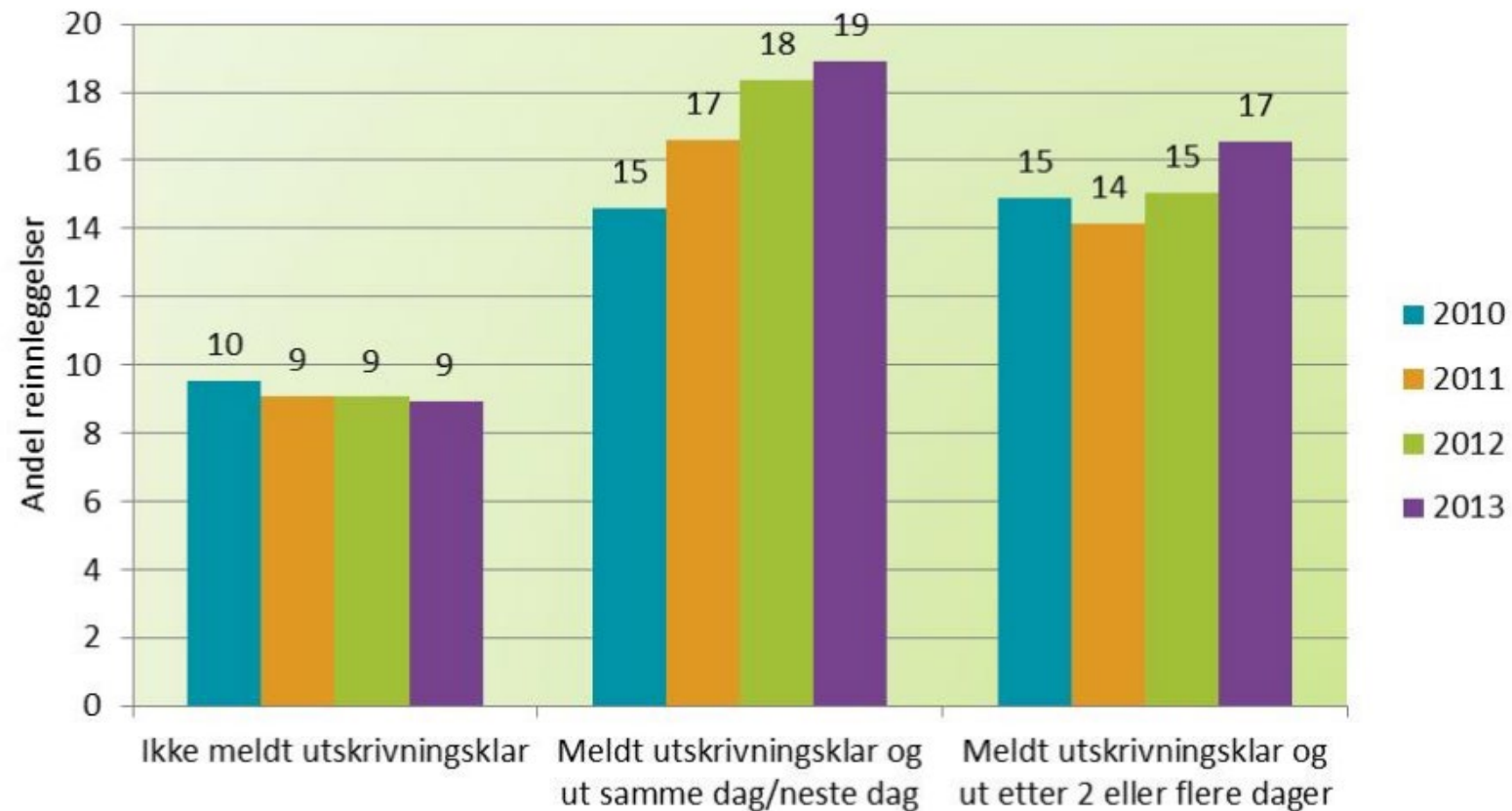
Fastlegens oppfølging av eldre syke



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

Utskrivningsklare pasienter og reinnleggelser (%)

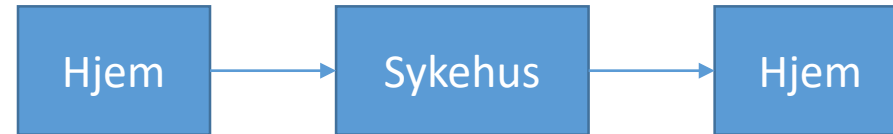
Figur 2: Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivningsklar status per 2. tertial 2010-2013.



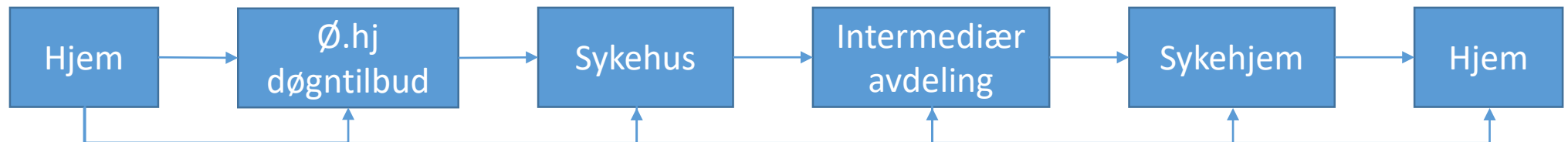
Kilde: [Helsedirektoratet 2014, IS-2138: Samhandlingsstatistikk 2012-13.](#)

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

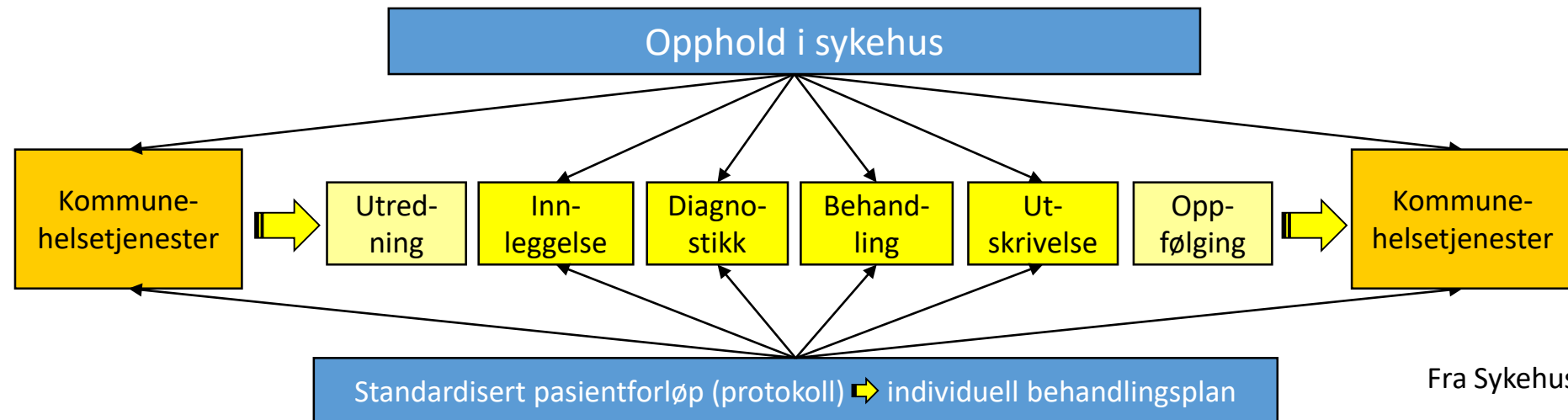
Evaluering (4 og 12 mnd): Geriatrigruppen hadde færre reinnleggelser, kortere liggetid i sykehjem, høyere bevegelighet, og til en lavere kostnad

Internasjonalt er det en utvikling mot 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 og har i praksis fungert som en vesentlig buffer i kapasiteten til å ta i mot utskrivningsklare pasienter i mange kommuner
 - Evalueringer^{3,6}: høyere kvalitet, lavere kostnad og positive pasienterfaringer
- hvorfor kan det se ut som om vi går motsatt vei?

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

Utvikling av pasientforløp – to eksempler

«Helhetlige pasientforløp, en breddestrategi» - case Vest

- Et sykehus, fem kommuner
- Mål: Pasientforløp for KOLS, lårhalsbrudd
- «Ovenfra og ned» strategi»
- Utviklet og implementerte to diagnosespesifikke forløp for henholdsvis KOLS og lårhalsbrudd i deltager-kommunene, samt forsøkt utbredt til 36 andre kommuner
- Nesten ikke i bruk 18 måneder etterpå

«Helhetlige pasientforløp i hjemmet» - case Øst

- Tre sykehus, seks kommuner
- Mål: Pasientforløp for KOLS, hjertesvikt, slag
- «Nedenfra og opp strategi»
- Utviklet og implementerte ett generisk og diagnoseuavhengig pasientforløp for alle pasienter med kronisk sykdom
- Utvidet bruk i to kommuner, delvis i to kommuner. To kommuner sluttet når prosjektet var over

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

Sykepleier kommune Case Øst

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

Sykepleier kommune Case Vest

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



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.

Pasientene uteblir når kommunene skal ta i bruk diagnosebaserte forløp

Sykepleier kommune, case Øst:

- «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 Vest:

- «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»

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

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

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*.

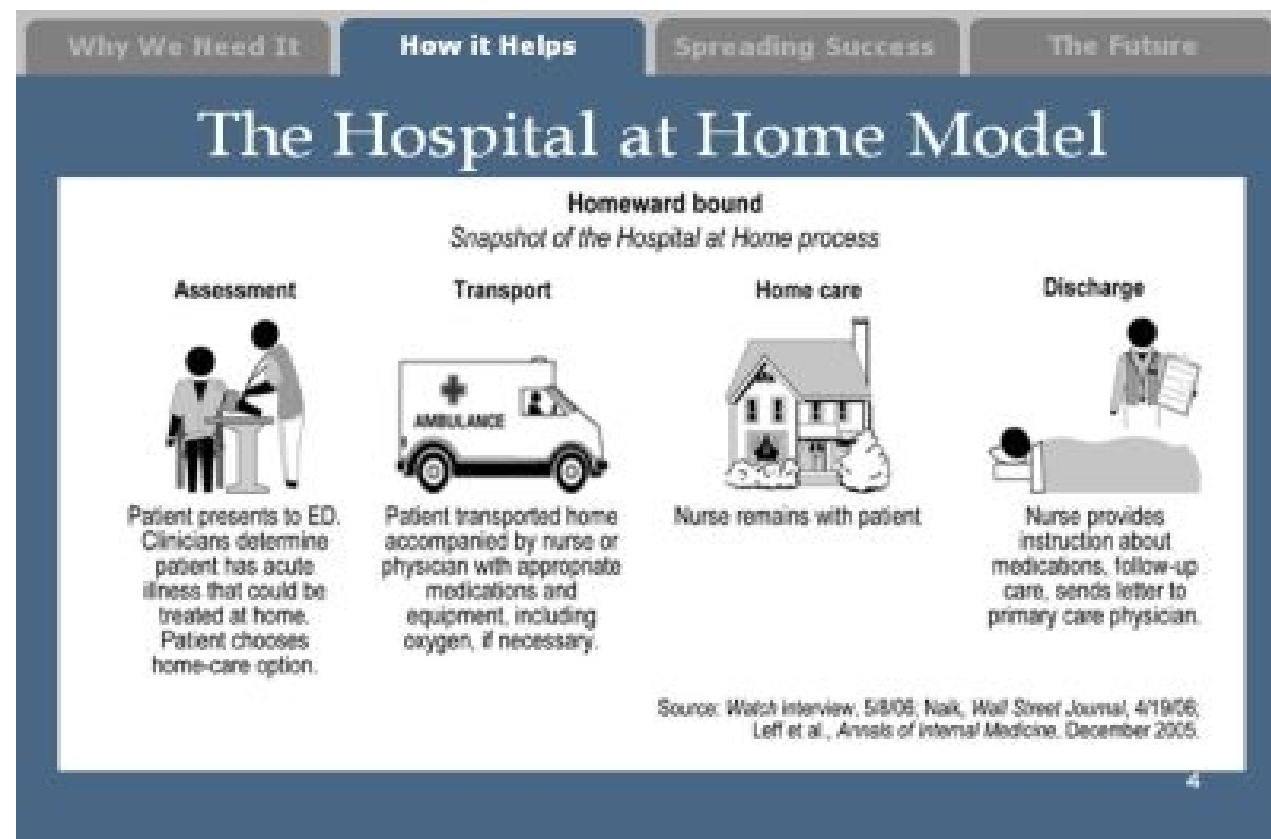
Trening, muskelstyrke
Hjelpemidler

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

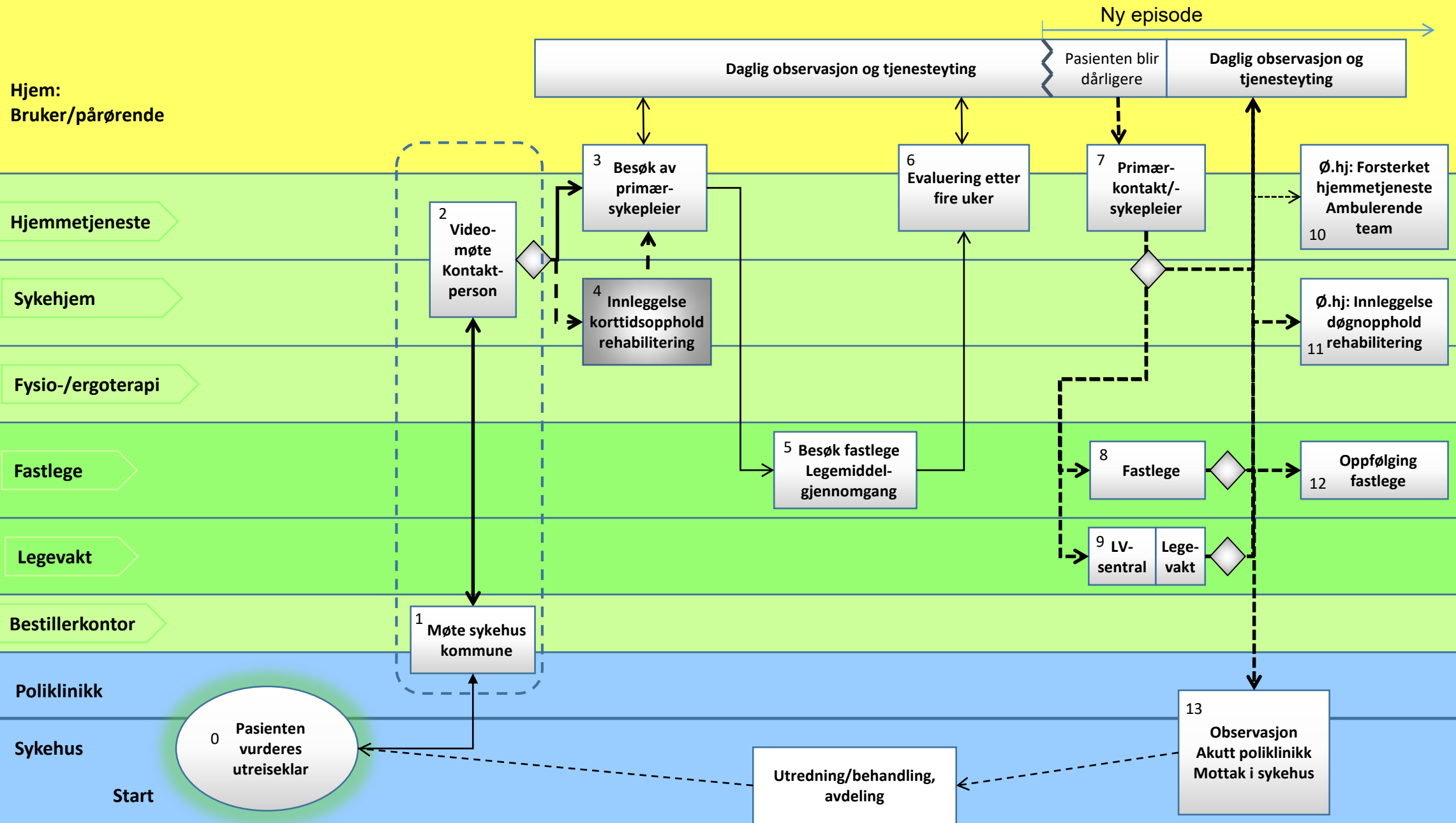
«Hospital at home»



- «Kjente pasienter» med kronisk sykdom blir utredet i akuttmottaket og returnert hjem med sammen med sykepleier/team fra sykehuset
- «Utskrives» til primærhelsetjenesten når pasienten er i stabil bedring (2-3 dager)
- Teamet bistår også ved tidlig utskrivning
- Inntil 30 % kostnadsreduksjon



Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



	SYMPTOMER	TILTAK
1.	<p>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 FEV1 over Feberfri, temp under 37,5 Vanlig søvn og matlyst</p>	<p>Spise regelmessig og leve sunt Mosjonere minst 3 ganger i uka Unngå situasjoner som forverrer helsen Klare de daglige gjøremål som før</p> <p>Medikamentell behandling: Fortsette med de samme medisiner som avtalt med lege</p>

2.	<p>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 : </p>	<p>Ta det mer med ro Unngå irritanter og tobakksrøyk Husk riktig puste- og hosteteknikk</p> <p>Medikamentell behandling som kan være aktuell: <input type="checkbox"/> Inhalasjonsmedisin: <input type="checkbox"/> Inhalasjonsmedisin: <input type="checkbox"/> Prednisolon: <input type="checkbox"/> Antibiotika:</p> <p>Ring KOLS-sentralen 48 23 00 66</p>
----	---	--

3.	<p>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.</p>	<p>Ta det med ro Unngå irritanter og tobakksrøyk Husk riktig puste- og hosteteknikk</p> <p>Medikamentell behandling som kan være aktuell: <input type="checkbox"/> Inhalasjonsmedisin: <input type="checkbox"/> Inhalasjonsmedisin: <input type="checkbox"/> Prednisolon: <input type="checkbox"/> Antibiotika:</p> <p>Ring KOLS-sentralen 48 23 00 66</p>
----	--	--

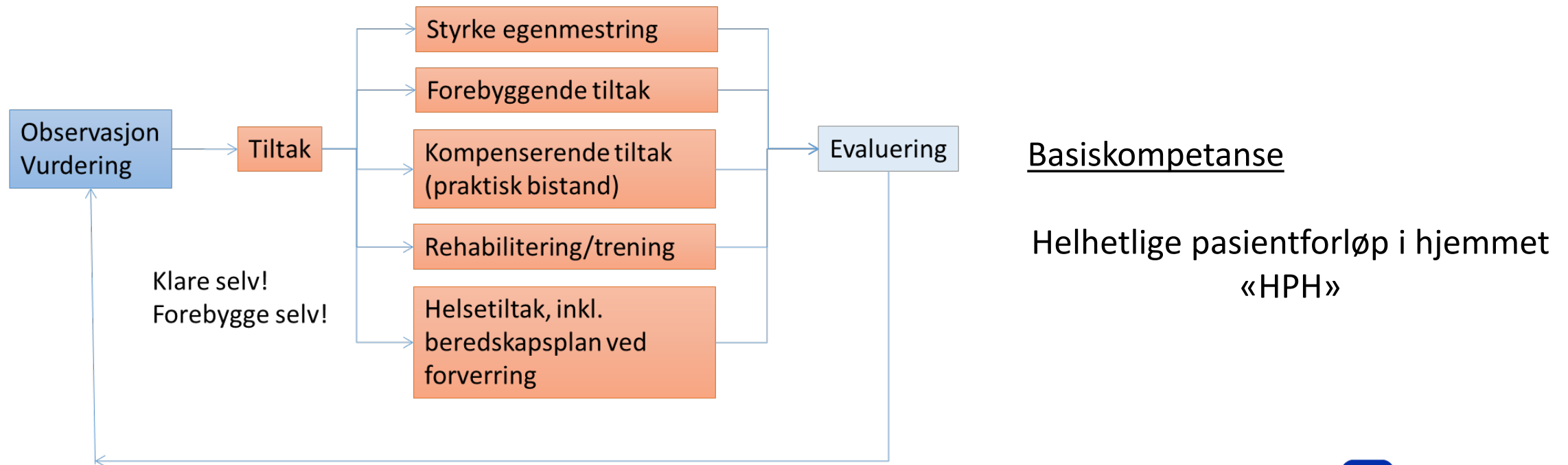
4. **Ved ytterligere forverring, eller ved tvil kontakt lege!**
Ved manglende bedring i løpet av 2-3 dager kontakt lege!

KOLS Heim

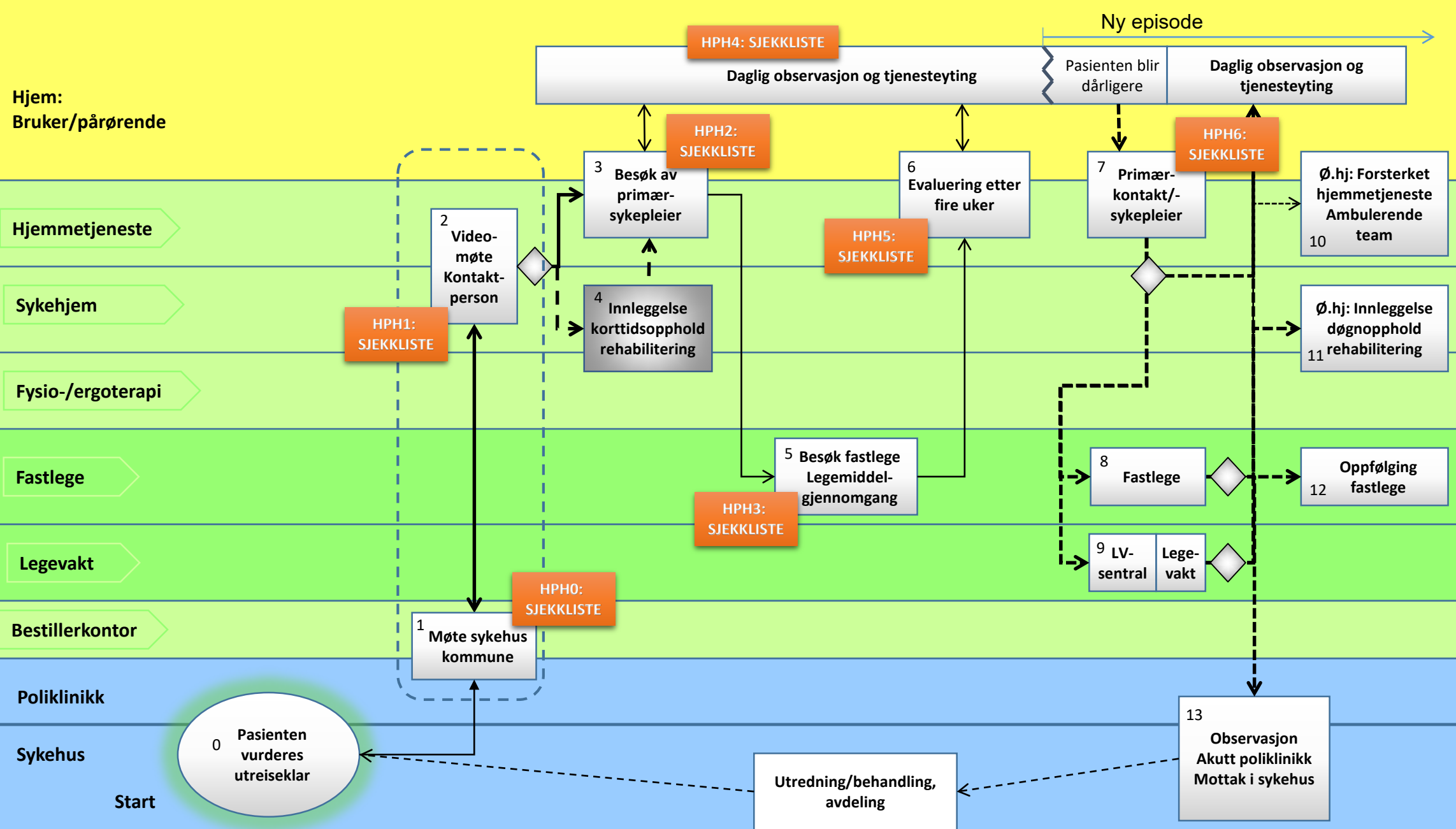
Tidlig intervensjon og «førstevalg behandling»

Hvor kan det svikte?

- Oppfølging av fastlege etter utskrivning er uforutsigbar
- Samarbeid fastlege – hjemmetjeneste er uforutsigbar
 - kan variere fra hjemmetjeneste til hjemmetjeneste – fra legekantor til legekantor og mellom legene på samme legekantor
- Observasjon – vurdering – dokumentasjon – tiltak - mangler systematikk i hjemmetjeneste



Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



Behov for langvarige tjenester?

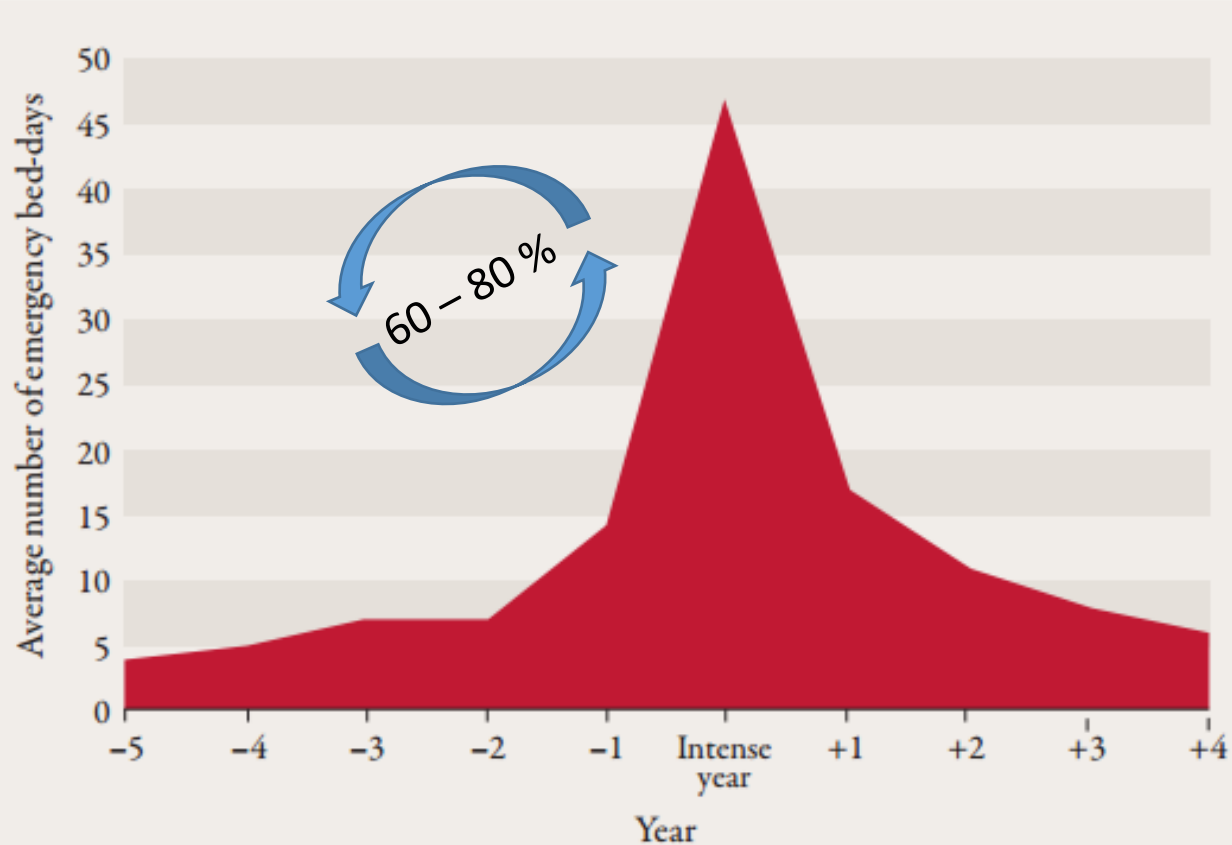
- Hva menes med langvarige tjenester?
- Hvem trenger langvarige tjenester

Risiko for akuttinnleggelser fra allmennpraksis

Prediktiv risiko	Antall pasienter	Prosent	Ø.hjelp innleggelser	Kjennetegn	Aktuelle tiltak
Meget høy	100	1%	1170/1000 9%	Skrøpelig, ustabil, omfattende multisykdom og komplekse behov	Individuell plan, bred tverrfaglig innsats
Høy	400	4%	346/1000 25%	Flere kroniske sykdommer, sosiale utfordringer, trenger assistanse	Behandling, rehabilitering, hjemmesykepleie
Moderat	1500	15%	107/1000 26%	1-2 kroniske lidelser, greier seg selv	Behandling, veiledning, egenomsorg
Lav	8000	80%	32/1000 40%	Stort sett friske evt. med forbigående akutte helseproblemer	Helsefremmende, forebyggende

Prediktiv risiko og sykehusinnleggelser

Figure 2: Regression to the mean



Source: Department of Health analysis of Hospital Episode Statistics for England

- 5 % av de som legges inn ett enkelt år står for 1/3 av av alle akuttinnleggelser dette året.
- Året etter er 60-80 % av denne gruppen «skiftet ut»

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

«Vandringen mot midten»

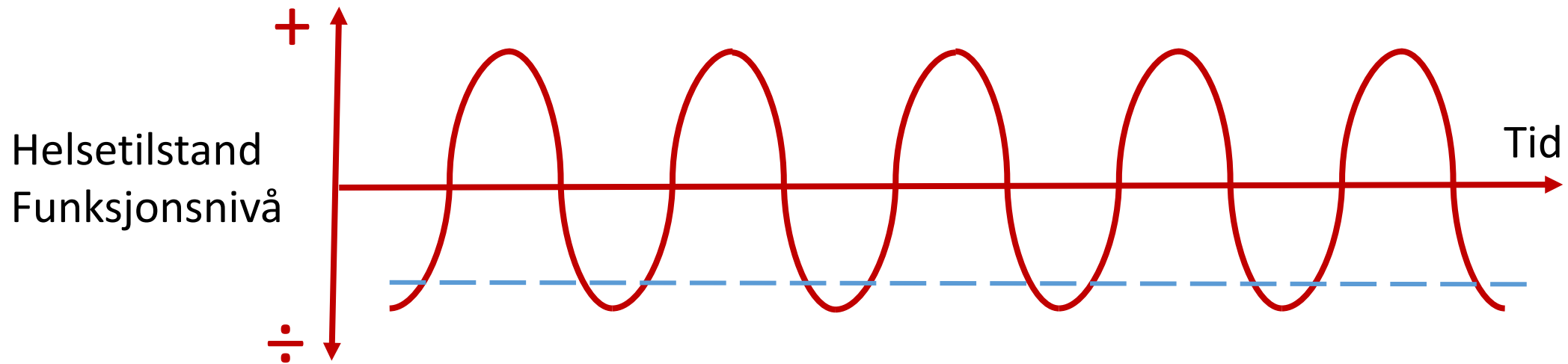
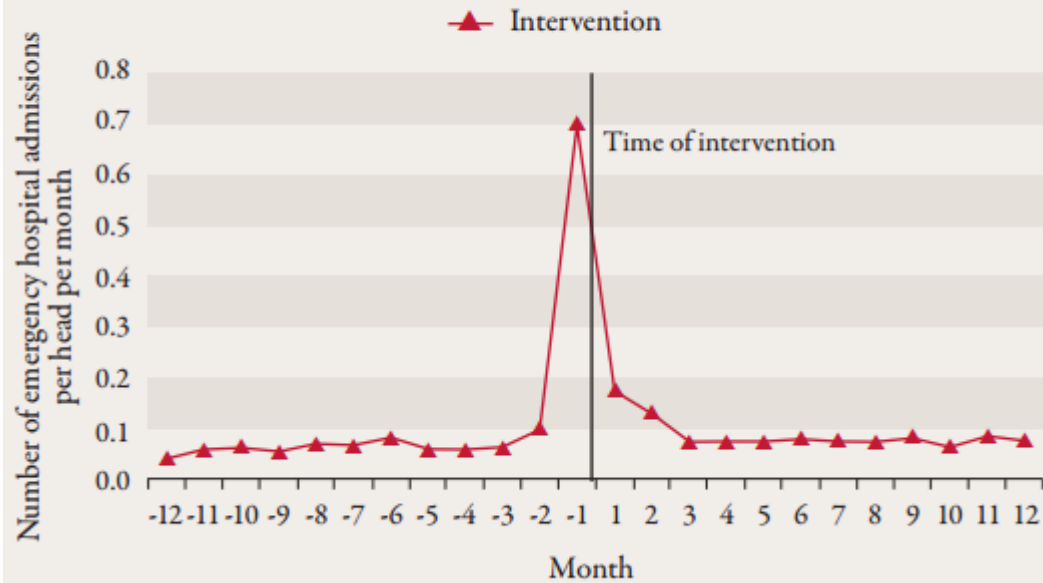


Figure 3a and 3b: Example of analysis of control group and intervention group

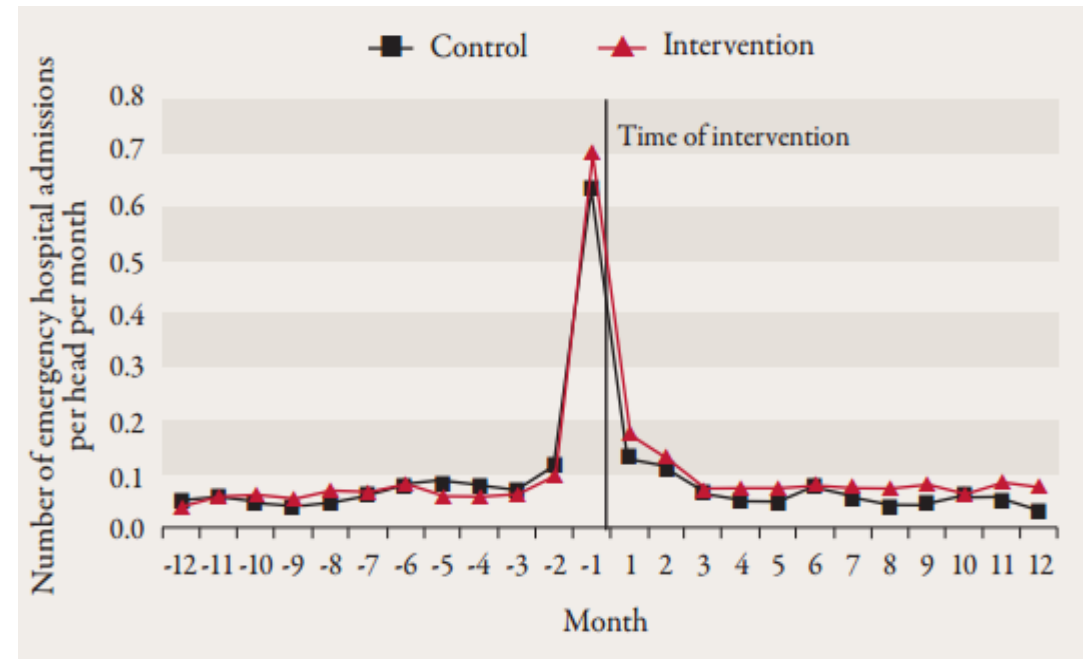


Tidlig intervensjon

Mange blir rekruttert til tidlig intervensjon igangsatt etter innleggelse eller gjentatte akuttinnleggelser i sykehus (figur 3a)

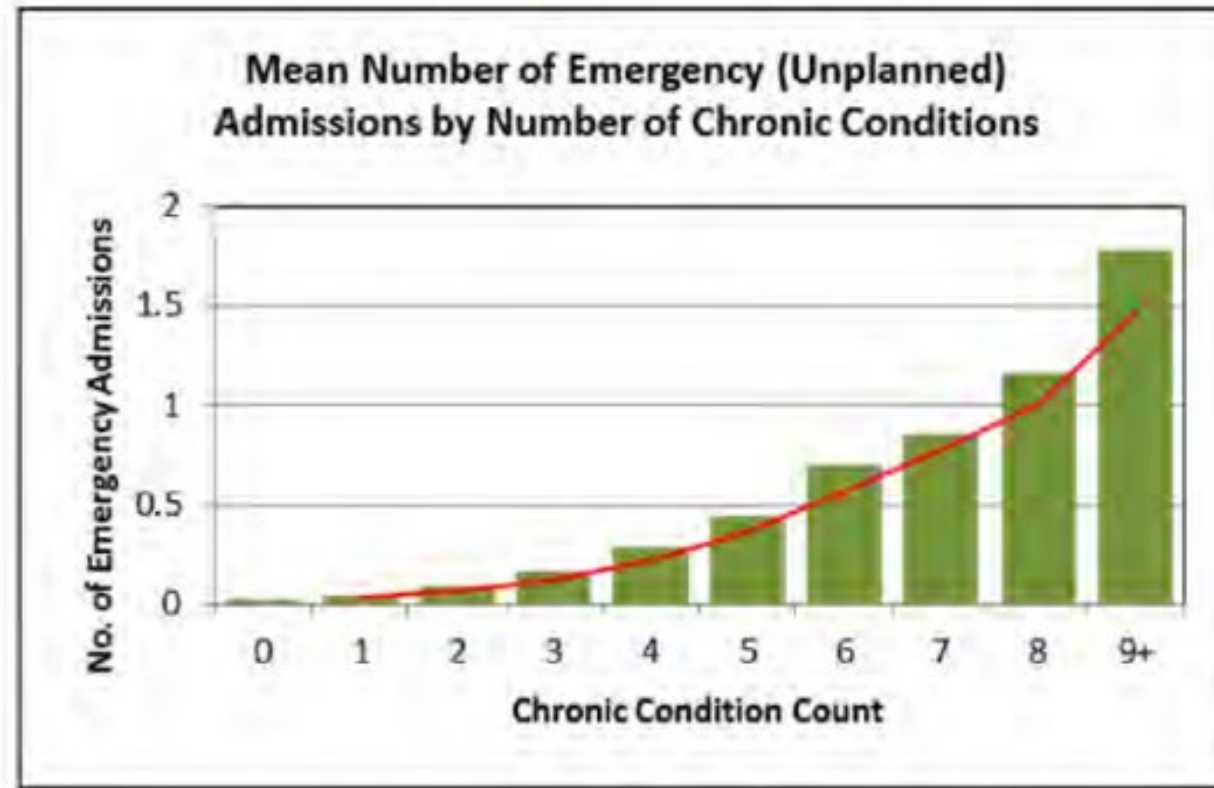
Georgiou T et al. [Nuffieldtrust](#) 2011

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



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

Omsorg ved kronisk sykdom

De alle sykeste – 365 dager i året

Legebehandling:

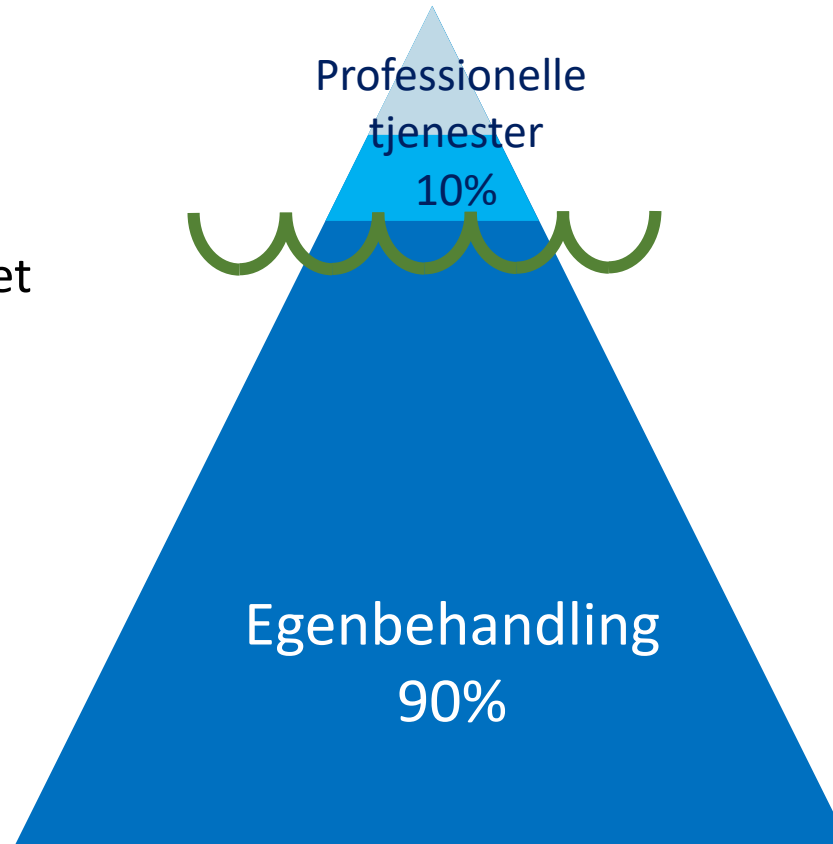
1 gang per uke – 20 min

= 17 timer per år – 0,2 %

Maks. bistandsbehov:

17 timer hjelp per uke

= 36 døgn per år – 10 % av året

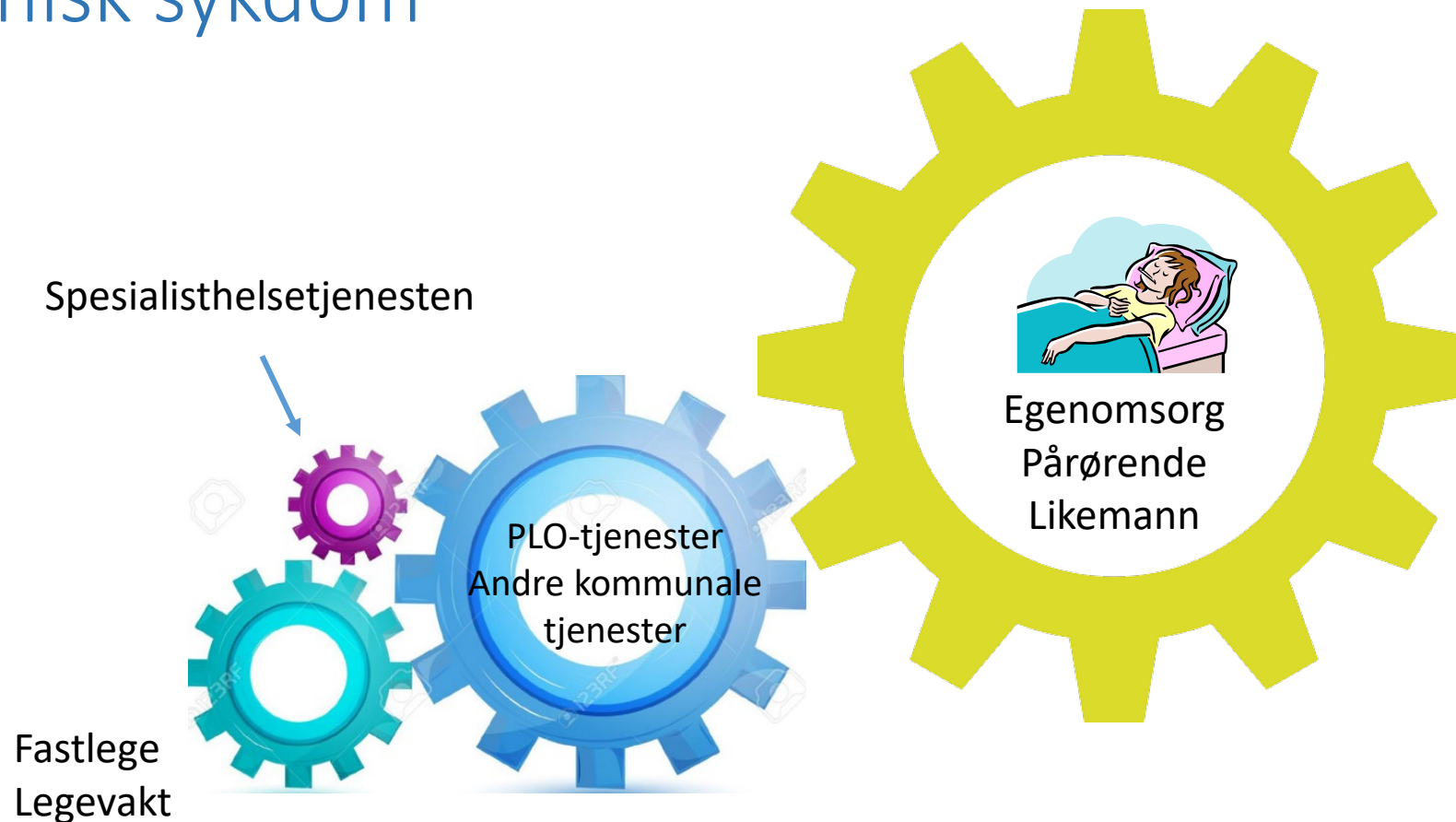


1. Håndtering av hverdagen

2. Håndtering av emosjoner

3. Håndtering av egen sykdom

Behandling og oppfølging av pasienter med kronisk sykdom



Oppfølgingsteam

(primærhelsetjenestemeldingen, kap. 13.3 og 24.2-3)

- Formål:
 - Yte, koordinere og tilrettelegge tjenester for en tydelig definert gruppe pasienter
 - Behandle hjemme fremfor i institusjon, mer proaktiv og forebyggende
- Utgangspunkt er yting av tjenester til enkeltindivider:
 - Målorientert - Kartlegging av pasientens ønsker og behov, med vekt på hva er viktigst for pasienten
 - Diagnosebasert – rusteam, psykiatri, krefteam, demensteam,
 - Diagnoseuavhengig – multisyke, skrøpelige eldre, palliasjonsteam, rehabiliteringsteam
- Sammensetning av teamet:
 - Ledes oftest av ansatt i pleie- og omsorgstjenesten – oftest sykepleier
 - Fysioterapeut/ergoterapeut, logoped, sosialfaglig personell, vernepleier, o.fl.
 - Spesialisthelsetjenesten, NAV
 - Fastlegen

Andre betegnelser:

- Koordinerende team
- Innsatsteam
- Primærhelseteam
- Ansvarsgruppe
- ACT-team
- Ungdomsteam

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 %

Systematisk tverrfaglig samarbeid/oppfølgingsteam

Primærhelsetjenestemeldingen
(kap. 13.3 og 24.2-3):

Team for særlige brukergrupper – oppfølgingsteam

Brukere med sammensatte
og komplekse behov som
trenger et bredt sett med
helse- og omsorgstjenester,
sosialtjenester og andre
tjenester

Utfordringer

Barn

- Habilitering
- Læring/utdannelse
- Integrering
- Forebygging

Voksne

- Bolig
- Sysselsetting/arbeid
- Isolasjon
- Forebygging

Eldre

- Funksjonsfall
- Lindring
- Isolasjon
- Forebygging

Intervensjon og forebygging i høy alder

Viktige helseproblemer i alderdommen

- Hjerte-kar lidelser
- Innskrenket bevegelighet
- Utilsiktede hendelser
- Fall, brudd
- Feilernæring
- Skrøpelighet
- Depresjon
- Svekkelse kognitivt

Risikofaktorer

- Blodtrykk/Kolesterol
- Røyking/alkohol
- Isolasjon, ensomhet
- Overvekt/vekttap
- Multisykdom/Polyfarmasi
- Kontakt med helsetjenesten

Utfall som påvirkes

- Funksjonshemning
- Avhengighet
- Livskvalitet
- Sykehusinnleggelser
- Institusjonalisering
- For tidlig død



Beskyttende faktorer/tiltak

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

K. Pitkälä, Wonca Europe, Copenhagen 2016

Eldre og ernæring

- Overvekt kan være en risikofaktor hos de yngste eldre, men på slutten av livet kan det være en fordel å være i litt «godt hold»
- Feilernæring med vekttap representerer en økende risiko etter 80 år
 - Muskelsvinn, skrøpelighet, funksjonsnedsettelse, fall, brudd
 - Utsatt for infeksjonssykdommer
- Tiltak med god dokumentasjon
 - Protein og kaloritilskudd
 - Vitamin D (20-25 yg/d) reduserer brudd ved fall
 - (Ingen andre vitamintilskudd har vist effekt så langt)
- Individuell kostholdsveiledning basert på hjemmebesøk og dagbokregistrering

Milne et al. Cochrane 2009;
Bischoff-Ferrari et al. BMJ 2009;
Pitkala et al. Ann Med 2016

Suominen et al. J Nutr Health Aging 2015

Seint i livet «snur» mange risikofaktorer

Hvordan skal vi forholde oss til at:

- Blodtrykket minker, Kolesterol nivå avtar, Vekt går ned?

Langtidsstudier om vekt:

- Normalvektige seint i livet - men overvektig midt i livet – har høyest hjerte-kar dødsrisiko
- De som blir overvektige først etter midt i livet har ingen høyere risiko enn de som har vært normalvektige hele livet
- Noe vektøkning i alderdommen kan være en fordel for de som ikke har vært overvektig tidligere

En samlet vurdering av dagens kunnskaper tyder på at:

- Vekttap i eldre alder, uansett utgangspunkt for tidligere vekt, er en risikofaktor for økt dødelighet
- Økt hjerte-kar risiko midt i livet fremskynder risikoen for «skrøpeligheit (frailty)»

Strandberg TE et al. Explaining the obesity paradox: cardiovascular risk, weight change, and mortality during long-term follow-up in men. Eur Heart J 2009, DOI: [10.1093/eurheartj/ehp162](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehp162)

Fysisk trening gir en bedre alderdom

- 121 randomiserte kontrollerte studier (RCT) med styrketrening av eldre (n=6700). (Liu C, Latham LK. [Cochrane Syst Rev 2009](#)):
 - Øker generell fysisk funksjonsevne (33 studier)
 - Reduserer fysiske begrensninger (24 studier)
- Kohortestudier med økt fysisk aktivitet midt i livet (Sofie et al. Intern Med 2011, Hamer & Chida. Psychol Med 2009, Pandya A et al. [Stroke 2016](#))
 - Reduserer utviklingen av demens i høyere alder
 - Reduserer forekomsten av slag etter 65 års alder

Effekt av fysisk trening på kognitiv funksjon?

- Effekt av fysisk trening i forebygging av kognitivt funksjonsfall blant eldre er ikke entydige (Young et al. [Cochrane 2015](#))
 - 12 RCT studier med i alt 754 personer over 55 år
- Finalex studien (Pitkala et al. [JAMA Int Med 2013](#); Öhman et al. [J Am Geriatr Soc 2016](#))
 - RCT med 210 pasienter med Alzheimer
 - Intervensjon: Tilpasset fysisk trening hjemme 1t x 2 uke/12 mnd eller trening i gruppe på dagsenter 4t x 2 uke/12 mnd
 - Resultat: Både gruppen med individuell trening hjemme og i gruppe ved dagsenter fikk redusert fysisk funksjonsfall og oppnådde bedret kognitiv funksjon i forhold til utgangspunktet
- Finger studien (Ngandu et al. [Lancet 2015](#))
 - RCT med 1260 personer i alderen 60 til 77 år
 - Bred sammensatt intervensjon over 2 år med fysisk trening, kosthold, blodtrykk og kolesterol, samt kognitiv trening
 - Resultat: Kognitiv funksjon ble forbedret eller funksjonsfall forebygget

Forebygging av fall blant eldre

111 RCT studier omfattende 55 000 hjemmeboende eldre pasienter

(Gillespie et al. [Cochrane 2009](#); Guideline, J Am Geriatr Soc 2011, Bischoff-Ferrari et al. [BMJ 2009](#))

Intervensjoner med god effekt:

- Bred sammensatt intervensjon (revisjon av behandling, fysisk trening, opplæring, sosiale forhold)
- Redusere bruk av psykofarmaka
- Fysisk trening i grupper eller individuelt
- Vitamin D tilskudd (hvis lavt eller suboptimalt)
- Relevant skotøy, spesielt vinterstid
- Hjelpemidler til å gå og til å holde seg fast?

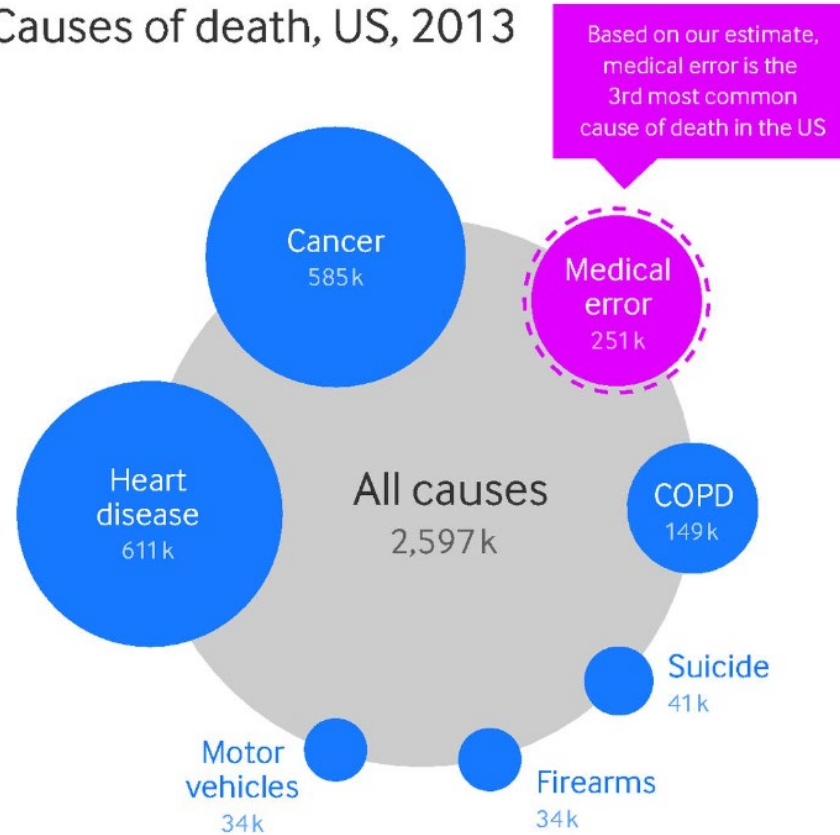


Forebygging av ensomhet blant eldre

- Oppsummerende studier indikerer at tilbud om sosiale (gruppe)aktiviteter og støtte i vedlikehold av sosialt nettverk forebygger ensomhet/sosial isolasjon
(Dickens AP et al. [BMC Publ Health 2011](#), Cohen-Mansfield J et al. [Am J Health Prom 2015](#))
- RCT med 235 personer >75 år med ensomhet (Pitkala et al. [J Gerontol 2009](#), Pitkala et al. [Am J Geriatr Psych 2011](#))
 - Intervensjon:
 - Grupper med 7-8 personer i et dagtilbud én gang per uke i 3 måneder, ledet av 2 profesjonelle gruppeledere
 - Fasilitering av gruppedynamikk og selvvalgt aktivitet: a) terapeutisk skriving og gruppe psykoterapi, b) fysisk trening og gruppediskusjon, c) kunstarbeid
 - Resultater:
 - Økt livskvalitet, forbedret kognitiv funksjonsevne, lavere dødelighet
 - 34 % reduksjon i forbruk av helsetjenester

Forebygging av utilsiktede hendelser med legemidler - samstemming og legemiddelgjennomgang blant hjemmeboende

Causes of death, US, 2013



Based on our estimate, medical error is the 3rd most common cause of death in the US

BMJ 2016;353:i2139

However, we're not even counting this - medical error is not recorded on US death certificates

© 2016 BMJ Publishing group Ltd.

Data source:
http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr64/nvsr64_02.pdf

Forebygging av utilsiktede hendelser med legemidler - samstemming og legemiddelgjennomgang blant hjemmeboende

- Oppsummerende studier gir ingen klar konklusjon av effekten (Lehnbom EC et al. [Ann Pharmacotherapy 2014](#), Viswanathan M et al. [AHRQ Comparative Effectiveness Reviews 2014](#).
 - Samstemming avslører og reduserer uoverensstemmelser mellom legemiddellister hos mange pasienter, men klinisk betydning av samstemming har vært vanskelig å påvise
 - Legemiddelgjennomgang oppdager både uheldige kombinasjoner, interaksjoner, bivirkninger og mer, men virkningen mht. «harde endepunkter» (innleggelses, skader og dødsfall) har vært varierende eller fraværende



Dokumenterte forebyggende tiltak seint i livet

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



Alternativ organisering av team til brukere og pasienter med store og sammensatte behov

Individnivå

Systemnivå

Personlig kontinuitet

Organisatorisk kontinuitet

- Personlig koordinering
 - En fagperson får tildelt ansvar for å yte og koordinere behov og tjenester til 4-8 brukere/pasienter
- Eksempler/betegnelser
 - Eng: Case management/case manager
 - Primærsykepleier

- Tverrfaglig koordinering
 - Et tverrfaglig team sammensatt etter brukerens/pasientens behov som yter og koordinerer tjenester
- Eksempler/betegnelser
 - Eng: Care management, ACT-team, Chronic care model
 - Ansvarsgruppe
 - Rehabiliteringsteam

- Tjenestekordinering
 - Avtaler inngått mellom tjenester om roller og oppgaver for definerede bruker-/pasientgrupper
- Eksempler/betegnelser
 - Eng: Integrated clinical pathways
 - Pasientforløp, pakkeforløp
 - Koordinerende enhet

Aktiviteter i tidlig intervensjon og forebygging

1 Tidlig identifisering	2 Undersøkelse/validering	3 Planlegging, intervensjon	4 Informasjon, oppfølging
<ul style="list-style-type: none">• Rekruttering ved funn eller henvendelse (Case finding)• Sjekkliste utskrivning• Risikostratifisering• Spørreskjema	<ul style="list-style-type: none">• Invitasjon• Hjemmebesøk/bosituasjon• Funksjonsvurdering• Medisinsk vurdering av underliggende årsak til funksjonsfall• Legemiddelgjennomgang	<ul style="list-style-type: none">• Tverrfaglig planlegging• Funksjonsforbedring: hjelpemidler/styrketrening• Risikoreduksjon: f.eks. Isolasjon/ensomhet, feilernæring, fall, brann• Hjemmerehabilitering eller ved korttidsopphold	<ul style="list-style-type: none">• Pasientpreferanser• Styrke egenomsorg• Involvering av pårørende• Oppfølging med telefon, hjemmebesøk eller av frivillige• Dagopphold• Velferdstjenester og velferdsteknologi

Risk of admission register

Reports Registered Practice Status Source 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		 	deducted from practice as patient has moved 05.11.2012	08/11/2012 13:16:58	
C84087			12 16 	Action taken	93.67 95.44 95.44		 	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		 			
C84087			5 5 	Not reviewed	91.76 62.2 91.76	 	 			
C84656			7 10 	Action taken	86.79 90.21 90.21		 	Referred to CM team	22/11/2012 13:50:48	
C84087			9 5 	Not reviewed	84.1 64.46 84.1	 	 			

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

PARR-30 **nuffieldtrust**

Select hospital trust (by code or name)
 RGZ QUEEN MARY'S SIDCUP NHS TRUST

Patient age (type or slide bar)

Postal code (type & press enter)

Is current admission elective or emergency?

Any emergency (non-O&G) admissions last 30 days?

No. emergency admissions (non-O&G) in last year

Tick box for any history of: (click list to see details)

- Congestive heart failure
- Peripheral vascular disease
- Chronic pulmonary disease
- Diabetes with chronic complications
- Renal disease
- Metastatic cancer with solid tumor
- Other malignant cancer
- Moderate/severe liver disease
- Other liver disease
- Hemiplegia or paraplegia
- Dementia

Probability of readmission in next 30 days **26.6% (26-27.3%)**
 Likely cost if readmitted in next 30 days **£2285 to 2405**
 Estimated business case for intervention **£626**

Model preventing rehospitalisation

Ian Blunt

<http://www.slideshare.net/NuffieldTrust/ian-blunt>

Aktiviteter i tidlig intervensjon og forebygging

1 Tidlig identifisering	2 Undersøkelse/validering	3 Planlegging, intervensjon	4 Informasjon, oppfølging
<ul style="list-style-type: none">• Rekruttering ved funn eller henvendelse (Case finding)• Sjekkliste utskrivning• Risikostratifisering• Spørreskjema	<ul style="list-style-type: none">• Invitasjon• Hjemmebesøk/bosituasjon• Funksjonsvurdering• Medisinsk vurdering av underliggende årsak til funksjonsfall• Legemiddelgjennomgang	<ul style="list-style-type: none">• Tverrfaglig planlegging• Funksjonsforbedring: hjelpemidler/styrketrening• Risikoreduksjon: f.eks. Isolasjon/ensomhet, feilernæring, fall, brann• Hjemmerehabilitering eller ved korttidsopphold	<ul style="list-style-type: none">• Pasientpreferanser• Styrke egenomsorg• Involvering av pårørende• Oppfølging med telefon, hjemmebesøk eller av frivillige• Dagopphold• Velferdstjenester og velferdsteknologi

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 Koordinerende
enhet

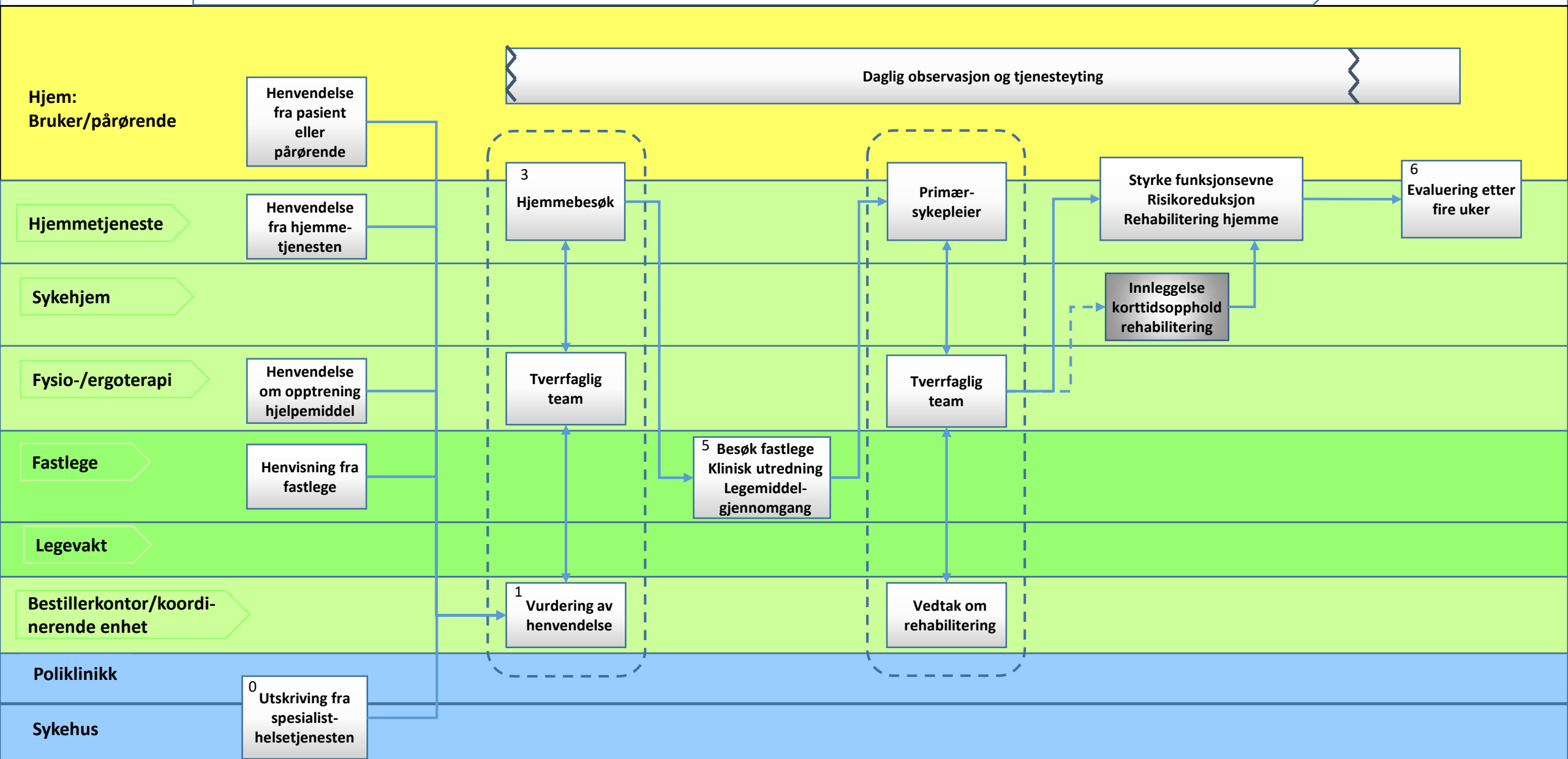
4 Innleggelse
korttidsopphold
rehabilitering

3 Besøk av
primær-
sykepleier

5 Besøk fastlege
Legemiddel-
gjennomgang

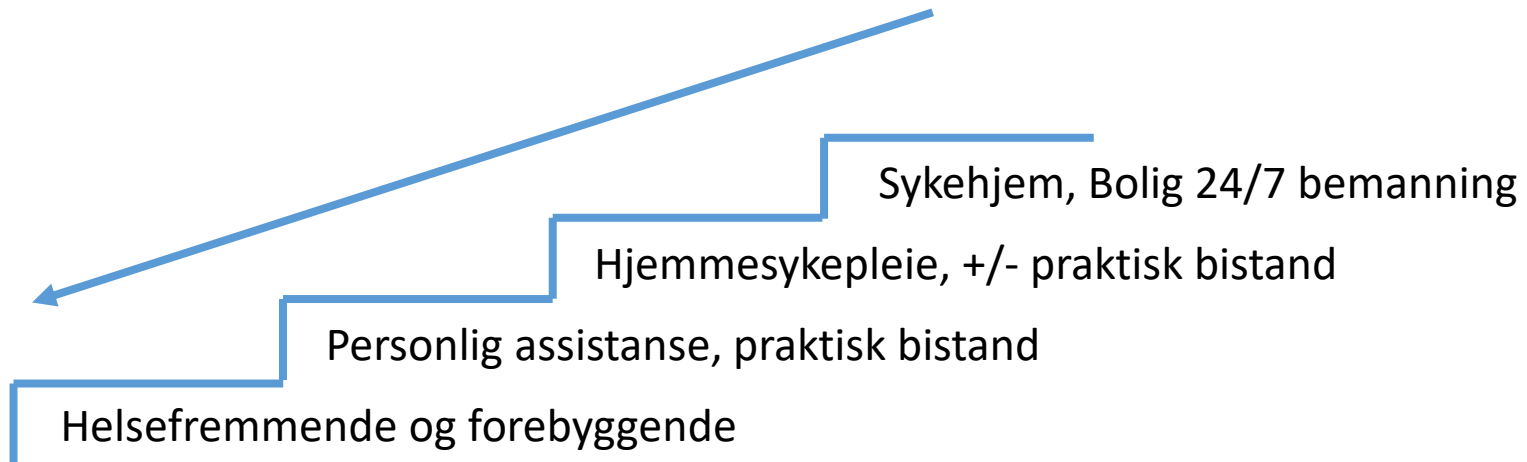
6 Evaluering etter
fire uker

Tidlig identifisering med tidlig intervensjon og forebygging

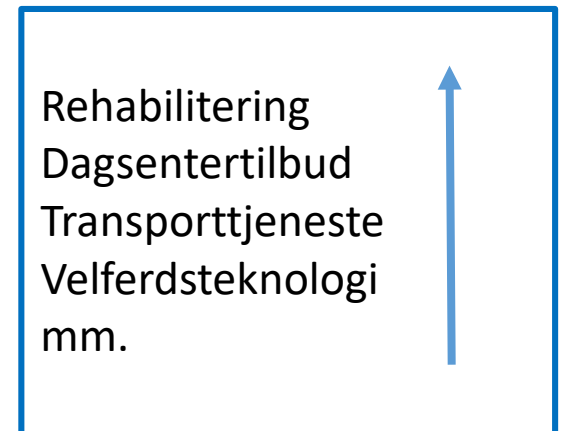


Omsorgstrappa

(Lang)varige omsorgstjenester

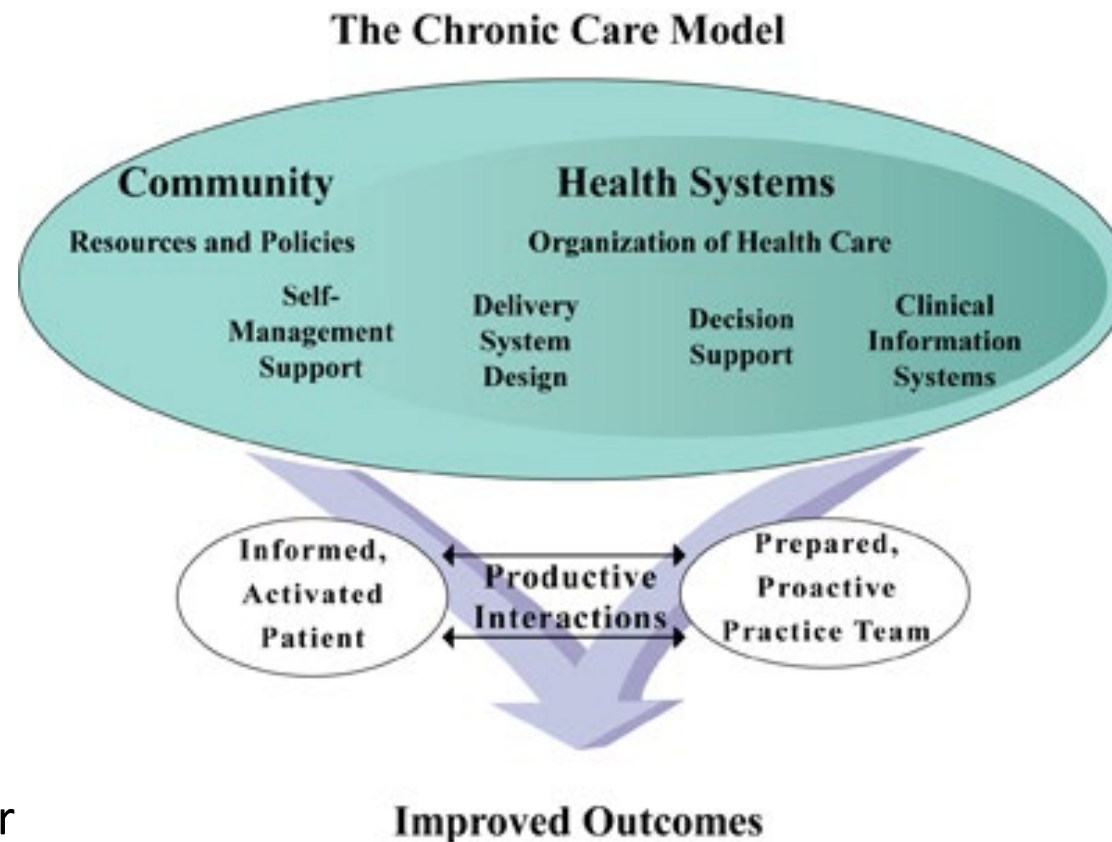


Midlertidige
innsatstjenester



«Chronic Care Model»

- Modellen tar utgangspunkt i fastlegen som behandlingsansvarlig
- Tilbys hjemmeboende pasienter med omfattende behov
- Det settes opp et tverrfaglig team basert på pasientenes individuelle behov, inklusive spesialisthelsetjenester
- Vektlegger forebygging og pasientens funksjonsevne, ikke behandling av enkeltdiagnoser
- Felles journalsystem med koordineringsfunksjoner
- Helsepersonell med generalistutdanning er foretrukket



Developed by The MacColl Institute
© ACP-ASIM Journals and Books

«Patient centered medical homes»

England: «Multispecialty community providers»

Bygger på fire pilarer:

1. Et allmennpraksistilbud til alle som representerer kontinuitet, og er omfattende, koordinert, lett tilgjengelig og forebyggende
2. Organisering av oppfølgende team til hjemmeboende langtidspasienter med omfattende og komplekse behov (Chronic Care Model), ofte med en egen koordinator
3. Utvidet pasientopplæring, større pasientmedvirkning og vektlegging av pasientpreferanser – individuelt og organisatorisk
4. Felles journalsystem med koordineringsfunksjoner

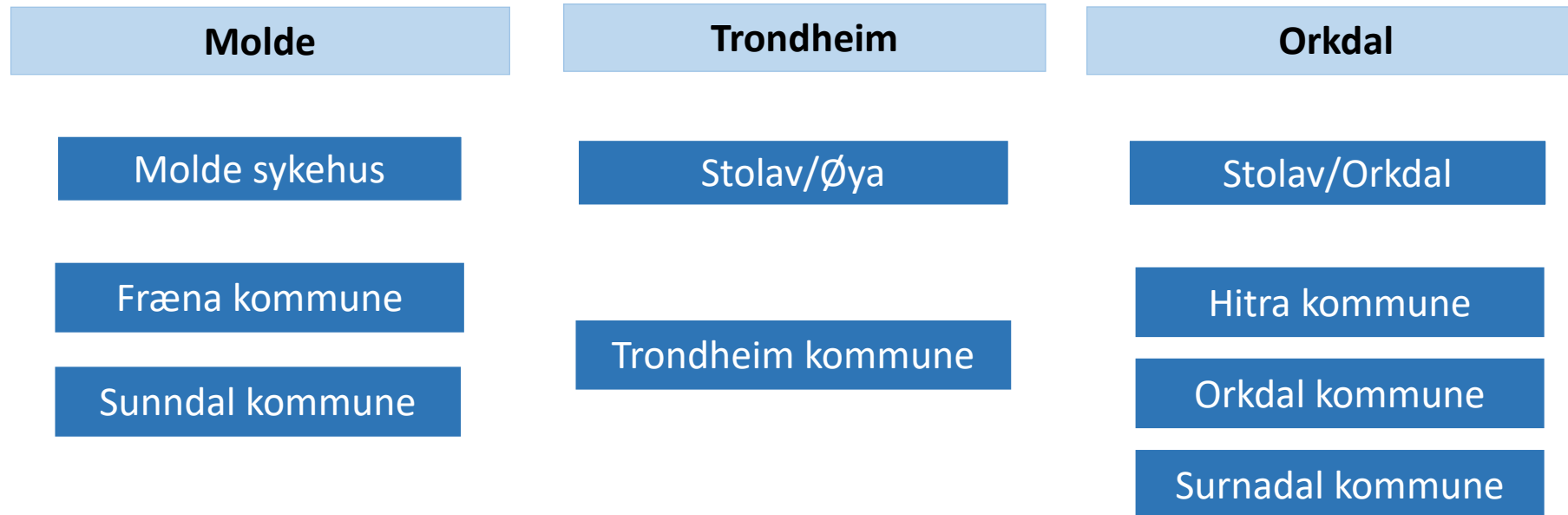


<http://pcmh.ahrq.gov/>

Erfaringer med implementering av pasientforløp for kronisk syke og eldre pasienter




Helhetlig pasientforløp i hjemmet




Representanter fra pasientorganisasjoner

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

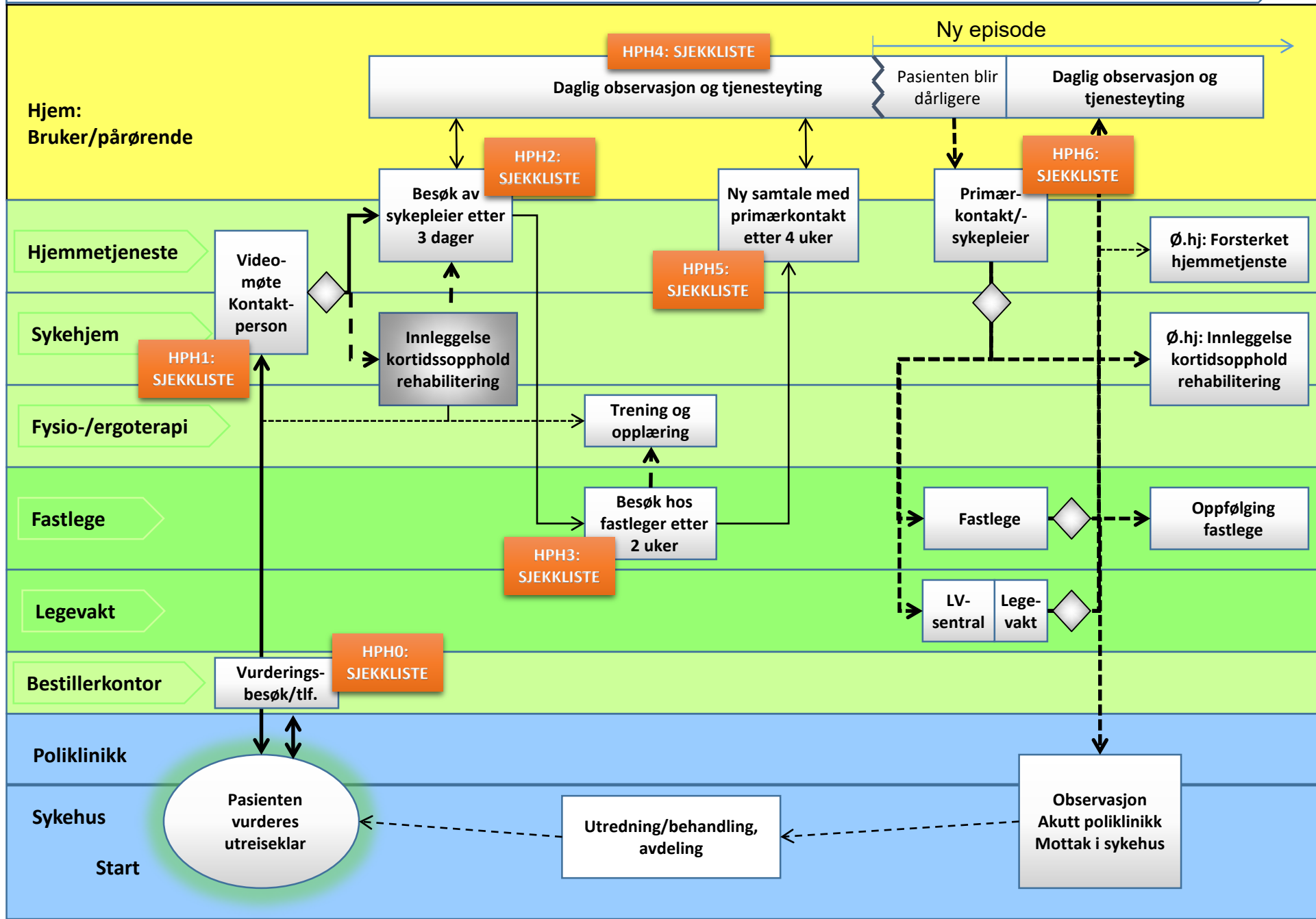


Utarbeide pasientforløp for eldre
pasienter med KOLS, slag og hjertesvikt
som reduserer risiko for svikt



Implementere pasientforløpet

Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



Implementering

Sammenlignet med intervensjon, krever implementering:

- Mer ressurser – tid og penger
- En lang nok innføringsfase
- En annen kompetanse enn helsefaglig
- Relevant teori, modell og rammeverk

Mangelfull implementering kan skyldes:

- Egenskaper ved intervensjonen
- Kontekstuelle forhold
- Gjennomføringen av prosessen

Status tre år etter introduksjonen

Sykehus: i liten grad implementert

Kommuner:

- 2 kommuner bruker det fullt ut

- 2 kommuner bruker deler av pasientforløpet

- 2 kommuner gitt opp

Hva hadde betydning for resultatet?

Metode

Kvalitative intervju med analyse av implementeringen

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

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

Hjemmeside

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

Fire hovedtemaer:

- Bygge opp en felles og individuell forståelse og entusiasme (Coherence)
- Bygge og vedlikeholde engasjement og forpliktelse (Cognitive participation)
- Tilrettelegging, tilpasning og operasjonalisering av de nye rutinene (Collective action)
- Vurdering og oppfatning av effekt, nytte, «kostnad» (Reflexive monitoring)

6 people clipped this slide

Clip slide



Thinking through 'implementation'
using normalization process theory to understand the dynamics of complex interventions in health services research

Carl May Ph.D

July 2010: Summer Institute on Health Services Research,
University of Victoria, British Columbia

1 of 23

35,639 views

Thinking about implementation using
normalization process theory

Share

Like

Download



Carl May

+ Follow

Recommended



Time Management
Fundamentals

lynda.com PREMIUM VIDEO



Getting Things Done

lynda.com PREMIUM VIDEO



Managing Your Time

lynda.com PREMIUM VIDEO



Implementation Toolkit: using
Normalization Process
Theory to implement and e...
Carl May



Multimorbidity, Burden of
Treatment and Intervention
Design
Carl May



Introduction to Normalization
Process Theory
Carl May

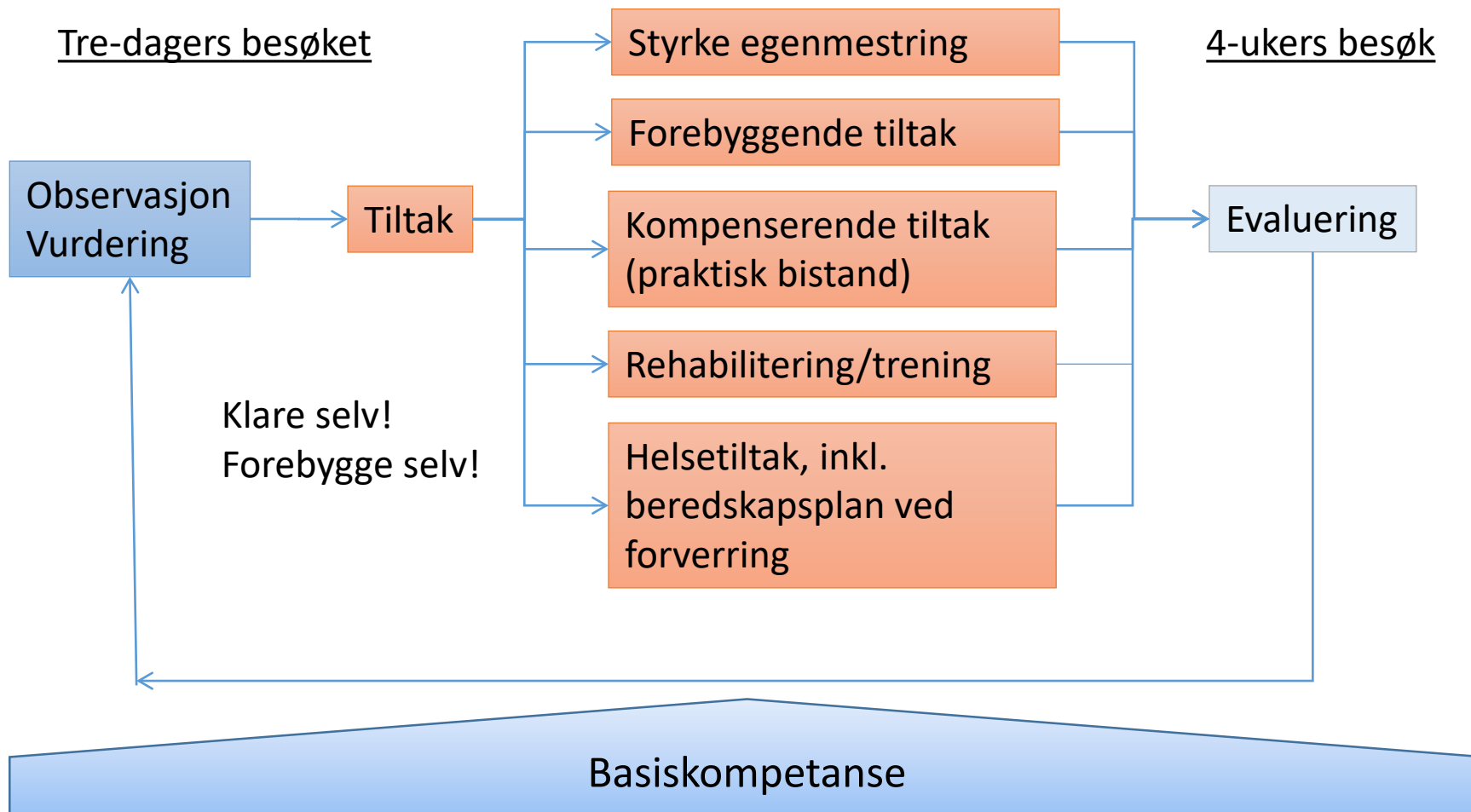


Understanding the dynamics of
implementation Global
Implementation
Conference...
Carl May

Bygge opp en felles og individuell forståelse og entusiasme (Coherence)

- I. Forståelse av behov for endring og forventning av nytte av nye prosedyrer
 - i. Eksternt samarbeid
 - ii. Interne rutiner
 - iii. Langtidsperspektiv
- II. Klar forståelse av hva som er den enkeltes rolle og ansvar i forhold til de nye prosedyrene
 - I. Momentliste/sjekkliste
 - II. Ny rolle / ansvarsområde

Oppfølgingsplan for pasienten



Bygge og vedlikeholde engasjement og forpliktelse (Cognitive participation)


- Nøkkelpersonell til å drive prosessen
 - Arbeidspress
 - Støtte
 - Detalj kunnskap
- Trening /egen erfaring
- Holde tema varmt

Tilrettelegging, tilpasning og operasjonalisering av de nye rutinene (Collective action)

- Ekstra ressurser – politisk og/eller administrativt vedtak
- Tilpasse til journalsystemet
- Tilrettelegge arbeidsdagen
- Tilpasse bruk til eksisterende arbeidsrutiner
- (Uforutsigbar hverdag)


PIXI; Lommeutgave av sjekklister

x

 **TRONDHEIM KOMMUNE**


HPH 2 - Strukturert oppfølging av sykepleier innen 3 dager etter hjemkomst

1. Gå gjennom foreløpig epikrise/medikamentliste og sykepleiesammenfatning før samtale med bruker.
2. Aktuelle diagnoser:
3. Har bruker startet med nye medisiner? (vær obs i forhold til virkning/ bivirkning)
4. Kontroll av medisindose/Multidose som bruker har i hjemmet/på senkekontor.
5. Avklar administrasjonsmåte i forhold til medikamenthåndtering, må komme tydelig fram på arbeidsliste.
6. Er seponerte medisiner fjernet fra hjemmet?
7. Nødvendige hjelpemidler/utstyr på plass?
8. Blir utstyret brukt riktig?
9. Har bruker trygghetsalarm? Er bruker i stand til å forstå bruken? Test alarmen.
10. Føler bruker seg trygg?
11. Kjenner bruker at han mestrer hverdagen?
12. Forvirringstilstand?
13. Hukommelsesproblemer?
14. Angstlignende reaksjoner, nedstemthet, irritasjon og mistenksomhet?
15. Søvn mønster natt/dag
16. Beskriv matlyst og næringsinntak (Kvalme? Behov for kostveiledning?):
17. Eliminasjon:
18. Utholdenhet/trettbarhet.



pl 483 - Orientering vers 25

x

 **TRONDHEIM KOMMUNE**


HPH 5 - Fire-ukers samtale/revurdering av bruker

Helse:

1. Diagnose siste sykehusinnleggelse, og andre kroniske tilstander:
2. Endring i brukers helse og hjelpebehov det siste halve året.
3. Videre oppfølging etter siste fastlegekontroll: Spesielle observasjoner framover.
4. Plan for videre kontakt med fastlege:
5. Ernæringsstilstand: Variert/ensidig kosthold. Mengde, hyppighet av måltider.
Vekttap siste halvår:
Behov for oppfølging under måltid:
6. Tannhelse (egne tenner/veltilpasset protese):
Behov for bistand til munnhygiene:
7. Smerter/Tilstrekkelig smertelindret:
8. Eliminasjon (urin/avføring):
9. Syn/Hørsel:


Daglige beslutninger:

10. Beskriv brukers hukommelse:
11. Beskriv brukers ressurser til å planlegge/ta ansvar for daglige gjøremål:
12. Opplever brukers atferd som adekvat? Mistanke om forvirringstilstand?
13. Har bruker forståelse for sin egen situasjon (Hvis nei; kontakt fastlege for å få brukers samtykkekompetanse vurdert):
14. Er brukers hjemmesituasjon forsvarlig (brann, sikkerhet, helsestilstand):
Er det spesielle utfordringer i forhold til brannsikkerheten (Hvis ja; Følg prosedyre "Forebyggende brannvern for brukere i hjemmetjenesten", denne prosedyren skal i tillegg gjennomgås minimum 1 gang per år):



pl 483 - Orientering vers 25

x

 **TRONDHEIM KOMMUNE**


HPH 4 - Brå eller gradvis endring/tap av funksjon

Ved akutsituasjon RING 113.
Konferer med sykepleier/vempeleier under utfylling av sjekklisten.

BRÅ ENDRING/ TAP AV FUNKSJON (times/dager/uke):

Observasjon er:

1. Bevissthetstilstand/ forvirring:
2. Mental svikt:
3. Respirasjon (rask? Surklede? Anstrengt?):
4. Blodtrykk/Puls:
5. Vektendring (ved hjertesvikt):
6. Hevelse i beina:
7. Hud (Farge/ tørr/ varm/ klam?):
8. Tegn til infeksjon (temperatur, urtstic, forvirring, luftveissymptomer, skarpt avgrenset rød hud?):
9. Medisiner (tar bruker sine medisiner? Riktig dose?):
10. Smerter (hvor? Styrke?):
11. Svimmel? Falt?
12. Eliminasjon (urin/ avføring):
13. Matlyst? Væsketilførsel?
14. Søvn mønster:
15. Stemningsleie (nedstemthet, engstelse):
16. Behov for å kontakte fastlege/ legevakt (bruk sjekkliste ved rapportering av observasjoner):
17. Behov for økte/endrede tjenester:
18. Informer pårørende:
19. Ved sykehusinnleggelse, eller ved legetilsyn skal hjemmjournal legges fram, eller sendes med ambulanse.



pl 483 - Orientering vers 25



Vurdering og oppfatning av effekt, nytte, «kostnad» (Reflexive monitoring)

- Eksterne samarbeidspartnere
 - Sykehusene
 - Fastlegene
- Pasient
- Enkelte ansatte, gruppe, leder

Tråkkemaskina i drift igjen

SUNNDAL: Satt heig streiket Grøa 11a tråkkemaskin, men laget opplyser i en e-post til Driva at maskina nå er utbedret og i drift igjen. "Tråkking er i full gang, det ligger derfor til rette for flotte løyper til kveldens trening. Dette til tross for lite og hard snø i løypestræsen. Silk som været er nå kjevva det freising og tråkking hver dag for å sikre gode løypeforhold", heter det. Grøa 11a omkrer å rette en takk til Arne Halvor Engetsjord ved Sunndal Båskade for god hjelp i forbindelse med utbedring av skaden.

Erkjente innbrudd

RINDAL/SUNNDAL: To menn bosatt i Kristiansund har erkjent at de forsøkte å ta seg inn i en privatbolig i Rindal natt til mandag. De lenuste ruta i ytterdøra, men ble oppdaget av beboerne i huset. De to ble pågrepet under et lignende innbruddsforsøk hos firmaet Datasenteret i Sunndal. Politiet fant da tyvsgods i bilen til de to. Dette stammer fra innbrudd i Kristiansund og Tingvoll. Dermed ble det vanskelig å smykke seg ut av knips. Det er zovsa See-Trendslag som melder dette.



LÆRER FRÅ SEG: Sunndal er tidleg ute med det som kallast for heilheitleg pasientforlop. No lærer sjukepleiar Siri Vullum (frå venstre), systemansvarleg på IKT-system i pleie og omsorg, Annett Ranes, fagutviklingsjukepleiar Ann Kristin Torsset og einingsleiar heimesjukepleien, Margrethe Svinnik, bort dette til sjukepleiarar frå dei andre SIO-kommunane.

Byt inn gamle setlar for
1. november 2012

Sjekk skuffar og skap!

Snart mister den førre setelutgåva sin verdi. Fristen for innløyning er 1. november 2012 og gjeld for:

- 50-kronasetlar med portrett av Aasmund O. Vinje
- 100-kronasetlar med portrett av Camilla Collett
- 500-kronasetlar med portrett av Edvard Grieg
- 1000-kronasetlar med portrett av Christian Magnus Falsen

Setlane kan ein løyse inn følgjande stader:

- Ved Noregs Banks hovudkontor i Oslo
- Ved depona til Noregs Bank (som blir drifta av Nokas) i Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø
- I bankar som tilbyr denne tenesta til kundane

Meir informasjon finn du på nettsidene våre:
www.norges-bank.no eller ved å kontakte
Noregs Bank, tlf 22 21 31 00



NOREGS BANK

Sunnadal har lært å ta
vel imot utskrivne pasientar:

Kursar SIO

Sunnadal kommune er med i eit prosjekt som forhåpentleg skal medføre færre reinnleggelsar av heimsendte pasientar. No lærer helsepersonell frå Sunndal bort metoden til dei andre kommunane i Samhandlingsreforma i Orkdalsregionen (SIO).

Magne Lillegård
Fagart. Helse 09/12/11

Helsepersonell frå Halså, Rindal, Hemne, Agdenes, Snillfjord, Frøya, Rennebu, Meldal og Skauun har vore i Sunndal denne veka for å lære meir om såkalla heilheitleg pasientforlop (HPH). Dette skal etter planen medføre at færre pasientar som blir sendt heim frå sjukehuset må leggast inn att.

Metoden har sitt utspring i forskning utført av tidlegare kommunaleleger i Sunndal, Anders Grimsmo. Dette er nok også mykje av grunnen til at Sunndal kommune var med i prosjektet på eit tidleg stadium. Etter at Samhandlingsreforma tok opp HPH i seg, var sunndalingene så godt innre i prosessen at helsepersonell frå Sunndal no kan lære frå seg metoden til helsepersonell frå dei andre kommunane i SIO.

Stiller faste spørsmål

Utgangspunktet for at Grimsmo drog i gang denne forskinga var at han såg at den akuttmedisinske kjeda fungerer. Blir du sjuk og

ringer lege, hamnar du raskt på sjukehus om du treng det. Samtidig konstaterer han at det ikkje finst noko system som fangar opp kronisk sjuke på same måten, og at det i hovugrad er opp til kvar enkelt sjukepleiar i heimkommunen å ta behandling pasienten får etter at vedkomande er sendt heim.

Dette medfører i altfor mange tilfelle at pasienten må leggast inn att etter relativt kort tid. Metoden går på at sjukepleiarar frå heimkommunen til pasienten som skal sendast heim, intervjuar lege og anna helsepersonell på sjukehuset ved hjelp av eit standardisert sett med spørsmål. I prosessen ligg og at pasienten skal tilføyeggen innan 14 dagar etter utskrivning, og blir berre stillt ei rekke spørsmål som også er standardiserte. Det vert utarbeidd rutinar for kommunikasjonen mellom fastlegen og heimtenesta, noko som til sjyande og sist skal ende opp i at pasienten får rett oppfølging etter heimkomsten frå sjukehuset.

Lærer, men det tek tid

«Her i Sunndal har vi innarbeidd dette som ein metode vi følgjer i alle slike tilfelle, seier einingsleiar for heimesjukepleien, Margrethe Svinnik.

Ho rykkjer det er litt gjentatt bernar kommune har fått dette på plass i den grad at dei no kan lære frå seg metoden til andre.

«Vi lærer jo mykje sjølv også av å måtte førebu oss på å gje andre opplæring, seier ho.

Heller ikkje sunndalingene er fullt utlærte enno. Det vil ta nokre år, og sjukepleiar Siri Vullum forklarar at sjekklisene stadig må en-

drast til ein kjem fram til dei setta med spørsmål som fungerer best.

Verkar positivt

Sjukepleiarane frå dei andre kommunane blir prosessrettleiarar i sine respektive kommunar, og vil altså vere dei som lærer prosessen vidare til sine kollegar.

Etter kvar som kommunane kjem betre inn i metoden, skal dette medføre at pasientar som blir sendt heim frå sjukehuset, får så god oppfølging i heimkommunen at dei ikkje blir lagt inn på sjukehuset att.

«Vi har sett tendensen til at pasientar som har fått denne oppfølginga heller ikkje har det same behovet for heimesjukepleie som tidlegare, seier Annett Ranes. Ho er folkehelsekoordinatør i Sunndal, men i denne samanhengen er ho systemansvarleg på Gerika – IKT-systemet som brukast i pleie- og omsorgssektoren.

Helsepersonellet i Sunndal var ferdige med prosessen i fire haust, og meiner å sjå at det verkar.

UP-kontroll i sentrum

SUNNDAL: Utrykningspolitiet hadde tirsdag trafikkontroll flere steder på Sunndalsøyna. Til sammen ble det utferdiget 17 veitrukkgebyr for ikke å ha brukte bilbelte (1500 kroner), og tre forenklete forelegg for bruk av mobiltelefon under kjøring (1300 kroner).

Erfaringsoverføring lokalt

- «Ein metode vi følgjer for alle pasientane»
- «Heller ikkje Surndalingene er fullt utlært enno – det vil ta nokre år»
- «Sjekklistane må stadig endrast slik at vi kjem fram til det som fungerer best»
- «Vi ser tendens til at pasientar som har fått denne oppfølginga ikkje blir lagt inn på sjukehuset att og heller ikkje har same behovet for heimesjukepleie som tidlegare»

Oppsummering

Viktige faktorer for utfallet i vårt materiale:

- 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

HPH etter prosjektperioden

	I daglig bruk		Enkelte element i bruk		Ikke i bruk	
	A1	A2	B1	B2	C1	C2
Kommune:	A1	A2	B1	B2	C1	C2
Bygge forståelse og entusiasme						
• Behov for endring i interne prosedyrer og samarbeid eksternt	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
• Forventning om nytte	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
• Individuell forståelse av roller og ansvar	J/N	J/N	J/N	J/N	J/N	J/N
Engasjement/ forpliktelse						
• Ledere kjenner HPH i detalj før introduksjon	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei
• HPH på alle brukere	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
• Støtte for lederne	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei
• HPH tema i «alle sammenhenger»	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
• Individuell veiledning av ansatte	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	ja

HPH etter prosjektperioden

	I daglig bruk		Enkelte element i bruk		Ikke i bruk	
	A1	A2	B1	B2	C1	C2
Kommune:	A1	A2	B1	B2	C1	C2
Tilrettelegging/tilpasning						
• Ekstra ressurser/kommunalt vedtak	Ja	Ja	Nei	Ja	Nei	Nei
• Sjekklister innlemmet i pasientjournal (EPJ)	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja
• Brukervennlighet i EPJ	Ja	Tja	Nei		Nei	Nei
• Avsatt tid til HPH	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
• HPH tilpasset eksisterende rutiner	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
Effekt/nytte/kostnad						
• Bedre samarbeid sykehus	J/N	J/N	Nei	Nei	Nei	Nei
• Bedre samarbeid fastlege	Ja	Ja	Nei	Ja	Nei	Nei
• Bedre kunnskap om pasientens behov	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja
• Bedre kvalitet på tjenesten	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
• Mer interessant å arbeide	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
• Godt ledelsesverktøy	Ja	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei

1. Participants distinguish the intervention from current ways of working.

Not at all  Completely

Whether the intervention is easy to describe to participants and whether they can appreciate how it differs or is clearly distinct from current ways of working.

2. Participants collectively agree about the purpose of the intervention.

Not at all  Completely

Whether participants have or are able to build a shared understanding of the aims, objectives, and expected outcomes of the proposed intervention.

3. Participants individually understand what the intervention requires of them.

Not at all  Completely

Whether individual participants have or are able to make sense of the work – specific tasks and responsibilities – the proposed intervention would create for them.

Previous

Next

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

NPT
toolkit