

# Kroniske sykdommer – utfordringer i allmennpraksis.

## Hvordan er det med kvaliteten av tjenestene vi leverer??

“Rett behandling – på rett sted – til rett tid”

# St.meld. nr. 47

(2008–2009)

## Samhandlingsreformen



Rett behandling – på rett sted – til rett tid



“Rett behandling – på rett sted – til rett tid”



# Hva er utfordringene vi har ~~idag~~ <sup>2009!</sup>

- **Utfordring 1:** Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester 
- **Utfordring 2:** Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom 
- **Utfordring 3:** Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne *true samfunnets økonomiske bæreevne*



Hva er det vi egentlig sliter med??





# Kronisk sykdom vs akutt sykdom

## ■ Kronisk sykdom:

### ■ Ikke-smittsomme sykdommer:

- «Livsstilssykdommene»; kreft, kols, hjerte-kar, diabetes.

## ■ Akutt sykdom:

### ■ Smittsomme sykdommer:

- Infeksjoner, tuberkulose, HIV/AIDS



# ...rett før valget 2013 kom denne:



## NCD-strategi 2013 - 2017

For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; Hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft.



«Bakgrunnen for samhandlingsreformen er erkjennelsen av at **strukturen** i helsetjenesten i for liten grad har vært tilpasset pasienter med kroniske sykdommer»

«Gode pasientforløp for pasienter med kroniske sykdommer»

Behov for en ny modell for oppfølging av kronisk syke – anbefalt å utrede dette.



# Hvordan er det i Norge med gode forløp???

## Behandling av sukkersyke (diabetes):

- Undersøkelse i allmennpraksis 2014:
  - **Kun 40 – 50 %** nådde behandlingsmålene
    - Blodsukker, blodtrykk og kolesterol.
    - Usikkert hvor mange som nådde alle (kun 7% i 2004....)
- **Store** utfordringer, lite fokus på kronisk sykdom samt mangel på implementering av retningslinjer.



# Hvilke sykdommer er problemet?

■ ” Kols, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i sterk vekst, og utgjør samtidig grupper med store og dermed økende samhandlingsbehov” **St.meld. nr. 47**

■ Feil – ikke bare økt behov for samhandling – de trenger en ny tilnærming!



# Ikke smittsomme kroniske sykdommer:



NCDs (non-communicable diseases)

- Internasjonalt et stort fokus på NCDs
  - FN`s hovedforsamling møte høsten 2011
  - På statsledernivå
  - Definert følgende sykdommer:
    - Kreft
    - Diabetes
    - Kroniske lungesykdommer
    - Hjerte-kar sykdommer



# Felles for NCDs

- Forebyggbare
  - Røyking årsak til mange
  - Levemåte
  
- Økende grad årsak til sykdom og død.
  - 60% av dødsfall globalt
  - 80% av dødsfall utviklingsland
  
- ” The chronic disease pandemic”



# Hva er så nytt med dette??

## Smittsomme sykdommer

**Akutt behandling**

Sykdom → Diagnose og behandling → Frisk (død)

## Ikke smittsomme sykdommer

**Kronisk behandling**

Kjente Risiko Faktorer → Sykdom → Diagnose og behandling

↓  
Oppfølging over lang tid, behandling av sykdom og komplikasjoner

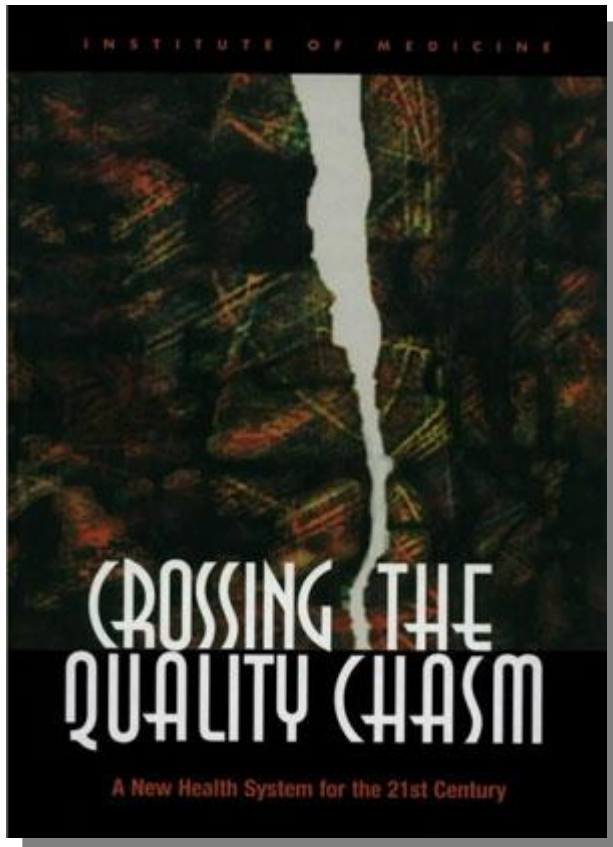


Behandling av kronisk sykdom krever en annen tilnærming.

For å gi bedre kvalitet i tjenesten!!



# 2001 – Institute of Medicine, «A new health system for the 21st century».



## Konklusjoner;

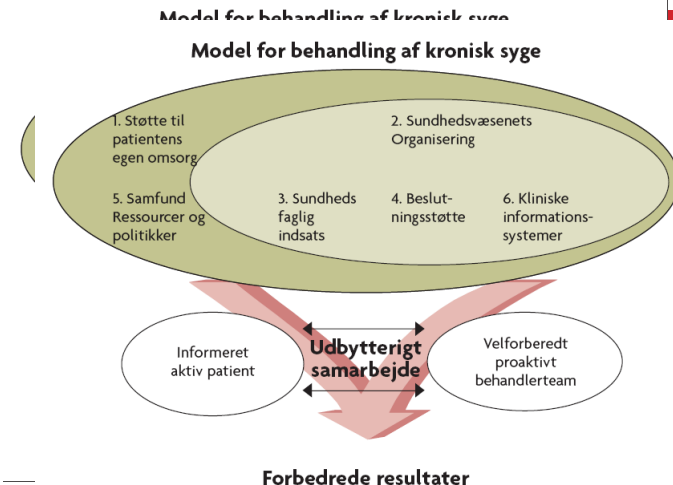
- Systemet i dag kan ikke løse problemene – selv om vi jobber hardere vil det ikke nytte.
- Et nytt system/tilnærming må til.
- Systemet må legges til rette slik at god kvalitet sikres.



# Hvordan kan vi endre dette??

- Må ha en helhetlig modell for hvordan helsevesenet skal se ut
- Andre land har forsøkt forskjellige modeller
- Vi må tilpasse modellen til norske forhold.

# Vi må ha en modell



## ■ The Chronic Care Model.

- Helhetlig modell for omsorg for kronisk syke.

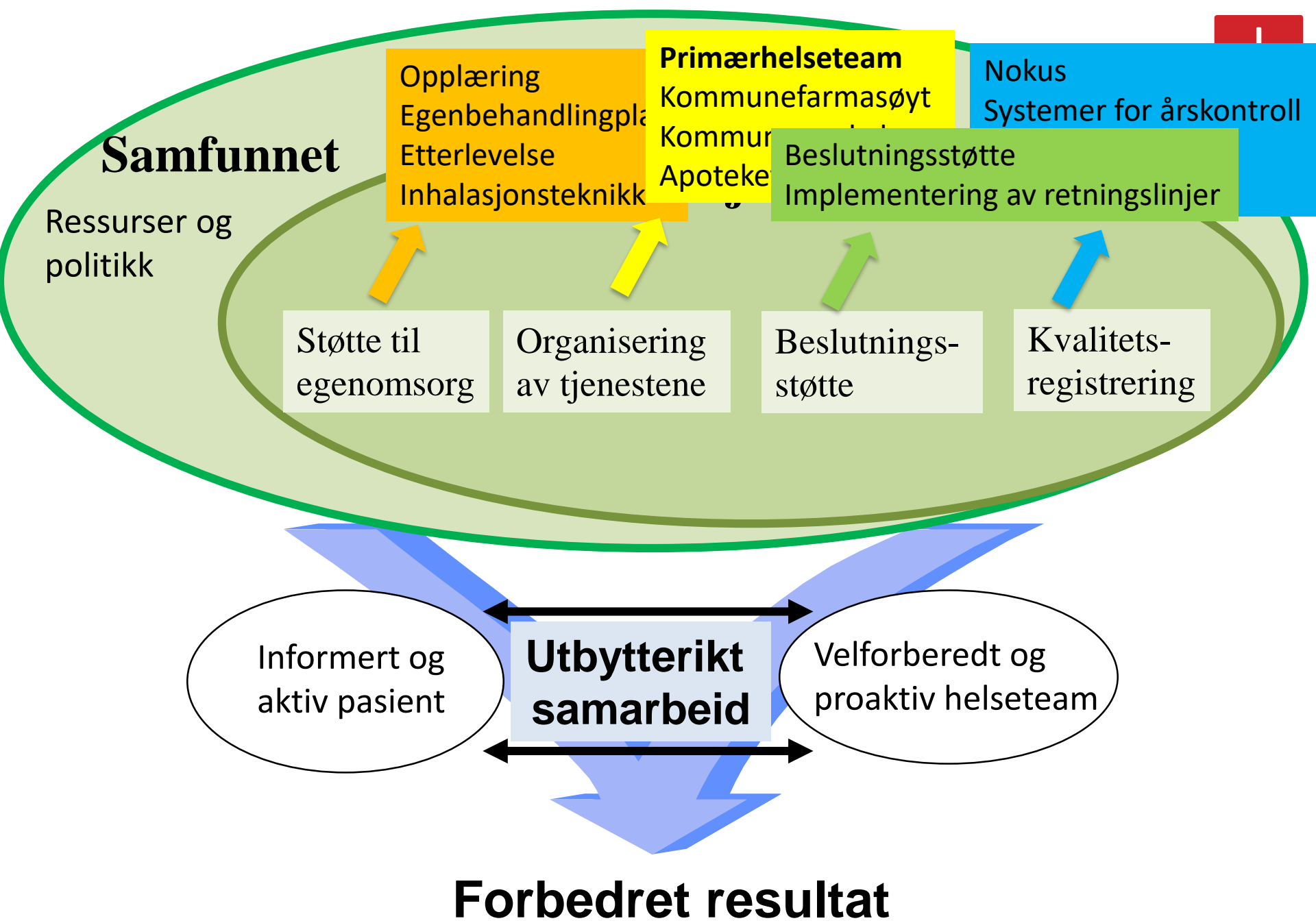
- Evidens basert kunnskap implementert i alle ledd.

- Mål:

- Produktiv interaksjon mellom den opplyste pasient og et proaktivt helsevesen.

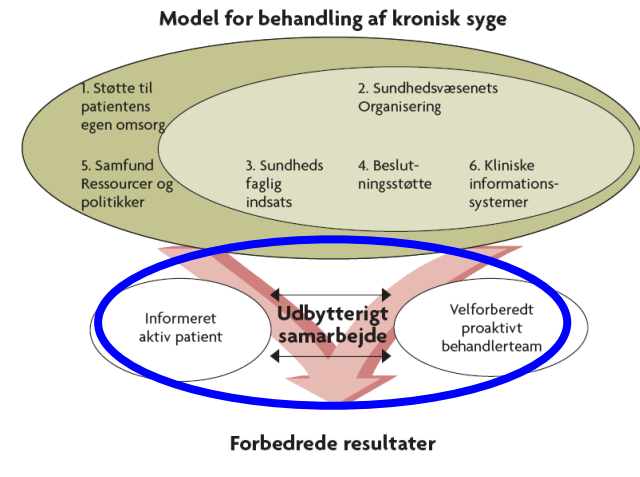
- Modellen er implementert i flere land:

- USA, Nederland, Danmark og England.





# Utbytterikt samarbeid:



## ■ Informert aktiv pasient:

- Innehar nok informasjon til å ta avgjørelser
- Aktiv pasient – deltar i egen behandling

## ■ Vel forbredt *proaktiv* behandlingsteam:

- Kunnskapsbasert behandling
- Proaktiv – regelmessige timer
- Ikke bare legen, hele teamet.



# Hvordan kan vi bli bedre idag??

- Hva tenker dere?
- Kan vi bli bedre?
- Hvordan kan vi oppnå bedre kvalitet?

# Gruppearbeid: endring av praksis

Anders Østrem

Lunger i Praksis

Gransdalen Legesenter, Oslo





# Hva nå??

- Gruppearbeid:

- Hvordan kan dere endre praksis fra neste uke??

1. Tema	2. Tilnærming	3. Er tilgjengelig (Ja/Nei)	4. Prioritet (3), 1= Høyest
<b>Diagnostikk KOLS Spirometri</b>	Det er mulig å gjøre spirometri og reversibilitetstesting på pasienter ved mistanke om KOLS. Diagnosen trenger ikke stilles av spesialist	<b>Ja/Nei</b>	
<b>Har du en liste over alle med KOLS i din praksis</b>	Vi har en liste over alle våre KOLS pasienter ./Det er lett å lage en slik liste på datamaskinen.	<b>Ja/Nei</b>	
<b>Plan for røykeavvenning i praksisen</b>	Vi har en plan for hvordan vi skal møte røykere som ønsker å slutte. Vi følger Helsedirektoratets retningslinjer . Røykestatus noteres i journal	<b>Ja/Nei</b>	
<b>Pasient opplæring: Etterlevelse (Compliance) og bruk av device</b>	Vi har et opplegg for å sjekke compliance og for å sjekke om pasienten bruker medisinene sine riktig.	<b>Ja/Nei</b>	
<b>Pasient opplæring: Å leve med kronisk sykdom</b>	Kols pasientene får opplæring I forskjellige aspekter av sykdommen: Hva er KOLS, hva gjør behandlingen , hvorfor er det lurt å slutte å røyke, viktighet av trening, prognose , trygderettigheter . Depresjon og angst, Egenbehandling: hva skal de gjøre ved forverringer?	<b>Ja/Nei</b>	
<b>Trening av KOLS pasienter</b>	Kols pasienter får fri fysioterapi . Er det noe samarbeid med lokale fysioterapeuter om trening / egne grupper for KOLS pasientene?	<b>Ja/Nei</b>	
<b>Årlig oppfølging/ kontroll</b>	Alle KOLS pasientene vurderes årlig med tanke på inhalasjonsteknikk, plager og begrensninger I hverdagen. Alle får justert egenbehandlingsplan evt spirometri for å se på forandring.	<b>Ja/Nei</b>	
<b>Annet.....</b>	.....	<b>Ja/Nei</b>	



**Hva har høyest prioritet- hva kan dere enkelt begynne med?**

**Hva er barrierene som gjør dette vanskelig å få til?**

**Mål:** *Hvor langt tror du du er kommet med dette punktet om et år ?  
Hva ønsker du å ha oppnådd i løpet av året?*

**Planlegging:**

*Hvem vil du samarbeide med i eller utenfor praksisen for å oppnå dette. Hvilke pasientgrupper er målgruppen for denne planen?Hvordan blir dette finansiert ?  
Har du nok ressurser eller kunnskap til å nå det. Hvordan skaffe seg nok ressurser/kunnskaper?etc.*

**Fra plan til praksis**

*Timebok, tidsplan –hvem skal gjøre hva  
Konkret avsatt tid*

**Evaluering**

*Hvilke indikatorer kan du bruke for å se om målene er nådd. Hvilke resultater vil du være fornøyd med ?Når skal vi evaluere og hvilke indikatorer skal vi se på. Hva skal vi gjøre dersom målene ikke er nådd? Etc.*

