

Anders Grimsmo

✉ anders.grimsmo@ntnu.no

Professor, Telefon: 90924691, NTNU, Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisin, Pb. 8905, 7491 Trondheim

Audhild Løhre

✉ audhild.lohre@ntnu.no

Førsteamanuensis, NTNU, Fakultet for lærer- og tolkeutdanning, Institutt for grunnskolelærerutdanning

Tove Røsstad

✉ tove.rosstad@ntnu.no

Stipendiat, NTNU, Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisin

Ingunn Gjerde

✉ ingunn.gjerde@himolde.no

Amanuensis, Høgskolen i Molde, Avd. for økonomi og samfunnsvitenskap

Ina Heiberg

✉ ina.heiberg@unn.no

Forskningsassistent, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin

Aslak Steinsbekk

✉ aslak.steinsbekk@ntnu.no

Professor NTNU, Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisin

Helhetlige pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten

SAMMENDRAG Et av hovedmålene i samhandlingsreformen har vært at kommuner i samarbeid med sykehus skal kunne tilby helhetlige og integrerte tjenester før og etter sykehusopphold, basert på sammenhengende pasientforløp. Kommuner og foretak er derfor i den nye helse- og omsorgsloven blitt pålagt å inngå forpliktende samarbeidsavtaler om innleggelse og utskrivning av pasienter. Vi har fulgt noen sykehus og kommuner som sammen har forsøkt å utvikle helhetlige pasientforløp for KOLS, hjertesvikt, slag og hoftebrudd som også omfatter oppfølging i kommunen. Vi finner at spesialisering av tjenester og personell i primærhelsetjenesten for oppfølging av spesifikke diagnoser hverken er bærekraftig eller funksjonelt. I tillegg vil det å forlenge diagnosespesifikke forløp fra sykehus ut i kommunen bidra til fragmentering av tjenestene til eldre og kronisk syke. I noen av kommunene ble det utviklet og tatt i bruk generisk diagnoseuavhengige forløp. Det fungerte for disse kommunene og framstår som en mer bærekraftig modell.

Nøkkelord

Samhandling, behandlingslinje, kommunehelsetjeneste, hjemmesykepleie, utskrivningsklare pasienter, multisyke pasienter

ABSTRACT Implementation of clinical pathways in primary care

Development of integrated clinical pathways, that include primary care before and after hospitalisation, was one of the main goals when the government launched the Care Coordination Reform in

Norway in 2012. In the new legislation, hospitals and local health authorities are required by law to make binding co-operation agreements that coordinate transition of patients both in and out of hospitals. We have followed some hospitals and adjacent local health authorities that have collaborated in the development and implementation of clinical pathways that include follow-up in primary care. We find that specialisation of services and personnel needed for diagnosis specific pathways was neither sustainable nor functional. Prolonging diagnosis specific pathways into primary care can also lead to more fragmented services for persons with multiple chronic conditions. Still, some local health authorities developed a generic (not diagnosis specific) pathway that appears to be a more sustainable model.

Keywords

Integrated care, care coordination, patient-centred care, home health care nursing, multimorbidity

Bakgrunn

St.meld. nr. 47 (2008–2009) beskrev helsetjenestene som fragmenterte og uoversiktlige, der ansvaret i overgangene ofte var uklare. Meld. St. 16 (2010–2011), Nasjonal helse- og omsorgsplan, skisserte virkemidlene hvor et av hovedmålene var at kommuner i samarbeid med sykehus skulle tilby helhetlige og integrerte tjenester før og etter sykehusopphold, basert på sammenhengende pasientforløp.

Utforming av pasientforløp, ofte kalt for behandlingslinjer, er velkjent og utbredt i sykehus. Ideen går tilbake til begynnelsen av 80-tallet i USA (Spath, 1997), hvor spesielt den store sykehusorganisasjonen Kaiser Permanente viste at det kan gi både bedre kvalitet og bedre ressursutnyttelse (Ham, York, Sutch, & Shaw, 2003). Det som går igjen, er at utviklingen av forløp tar utgangspunkt i en spesifikk diagnose og anvender kunnskapsbaserte retningslinjer, der hovedformålet er å forbedre koordinering av tjenestene (Kinsman, Rotter, James, Snow, & Willis, 2010).

Det er få eksempler som omhandler forløp i primærhelsetjenesten. Det finnes noen publikasjoner om utvikling av forløp for utskrivning fra sykehus til primærhelsetjenesten (Allen, Hutchinson, Brown, & Livingston, 2014), men det meste som er publisert, dreier seg om forløp som er implementert i sykehus (Rotter et al., 2010). Med denne bakgrunnen er det mange som har sett det som mest nærliggende at pasientforløp som er utviklet i sykehus, blir utvidet til også å omfatte primærhelsetjenesten både før og etter sykehusopphold.

Vi har studert to tilfeller der sykehus og omliggende kommuner har samarbeidet om å utvikle konkrete pasientforløp. Dette omfattet to prosjekter som allerede var evaluert med følgeforskning (Meese & Rønhovde, 2015; Rosstad, Garasen, Steinsbekk, Sletvold, & Grimsmo, 2013). Vi har døpt dem for tilfelle Vest og tilfelle Øst. Selv om de ble planlagt helt uavhengig av hverandre, var det mange likheter i organisering og planlagt gjennomføring. Begge hadde en tre-nivå struktur med en styringsgruppe, en prosjektgruppe og lokale forløpsgrupper bestående av klinikere. De hadde begge en prosjektleder og støtte i ekstern finansiering, og de engasjerte forløpsveiledere med erfaring fra utvikling og implementering av forløp i sykehus. I tillegg startet de med en intensjon om å videreutvikle pasientforløp som allerede fantes i sykehusene til også å omfatte primærhelsetjenesten. Målsettingen var for begge en forbedring av både vertikalt og horisontalt samarbeid. Likevel, utfallet ble helt forskjellig:

Øst

Tre sykehus og seks kommuner (215 000 innbyggere) gikk sammen om å utvikle strukturerte forløp for pasienter med KOLS, hjertesvikt og slag (Rosstad et al., 2013; Røststad et al., 2015). Prosjektet stoppet nesten helt opp i starten fordi det

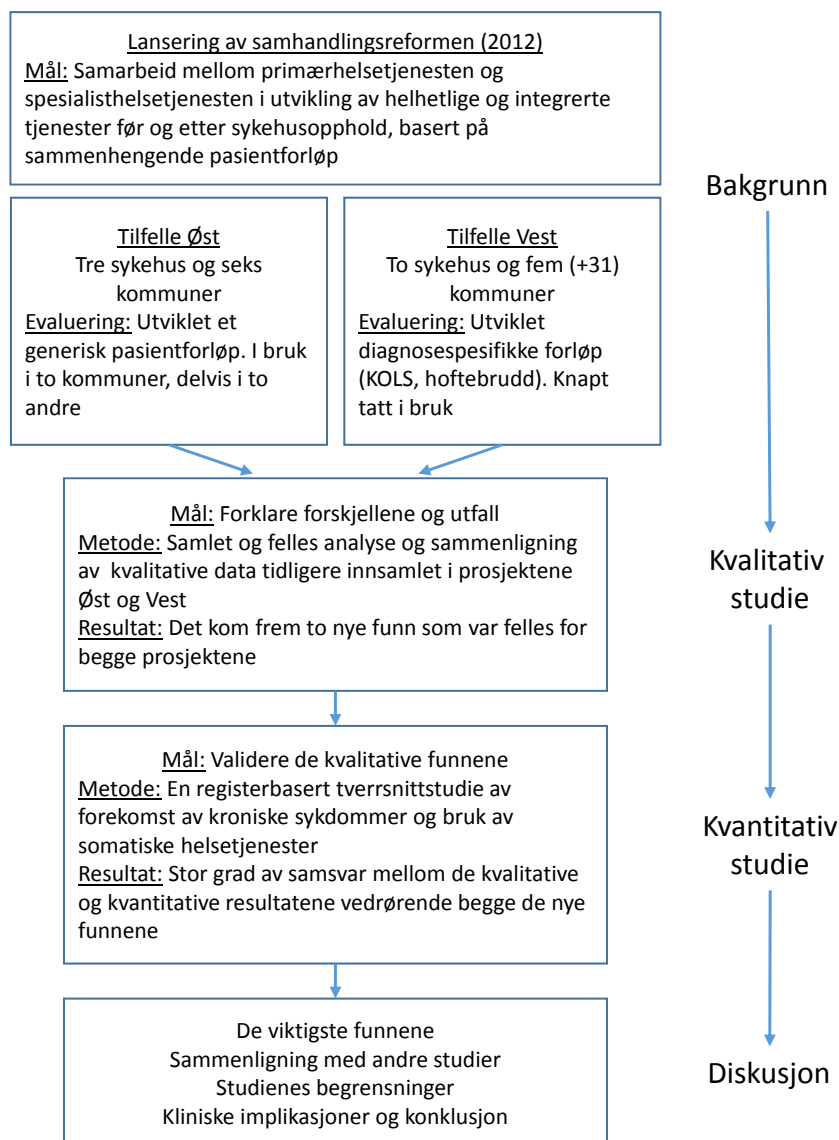
oppstod stor uenighet mellom representantene for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten om tilnærmingen til pasientenes behov og videre utvikling av forløpene. Til slutt ble de enige om å ta utgangspunkt i det som er felles for pasienter med kroniske sykdommer, og det ble utviklet et generisk (diagnoseuavhengig) pasientforløp for pasienter med kronisk sykdom ved utskrivning og videre oppfølging i primærhelsetjenesten. Det generiske forløpet ble vellykket implementert i to av kommunene og delvis i to andre av de seks kommunene.

Vest

To sykehus og fem tiliggende kommuner (37 000 innbyggere) utviklet to diagnosespesifikke forløp som inkluderte utskrivning fra sykehuset og videre oppfølging i primærhelsetjenesten etterpå; ett for pasienter med KOLS og ett for lårhalsbrudd (Gjerde, Meese, & Aarseth, 2014; Meese & Rønhovde, 2015). De brukte to år på å utforme retningslinjene. Det var planlagt at ytterligere 31 kommuner i etterkant skulle ta i bruk retningslinjene. Implementeringen lyktes imidlertid ikke. Forløpene var nesten ikke i bruk da prosjektet ble evaluert 18 måneder senere. Selv de kommunene som hadde vært med i arbeidet, hadde knapt brukt forløpene slik som de var blitt enige om.

Erfaringene fra disse to forsøkene fikk oss til å stille spørsmål ved egnetheten av diagnosespesifikke forløp i primærhelsetjenesten. Hvorfor ville ikke representantene for primærhelsetjenesten i tilfellet Øst gå med på en tilnærming til utvikling av pasientforløp som er vel akseptert i spesialisthelsetjenesten? Og hva var grunnene til at de to retningslinjene for henholdsvis KOLS og hoftebrudd i tilfelle Vest ikke ble tatt i bruk?

For å prøve å finne svar på disse spørsmålene anvendte vi et sekvensielt eksplorativt design ved å koble en kvalitativ studie med en kvantitativ oppfølging («Mixed methods») (Creswell, 2013). Hovedsekvensene er gjengitt i figur 1, som også viser oppbygningen av denne artikkelen. Først gikk vi gjennom de kvalitative dataene som tidligere var samlet inn i Øst- og Vest-prosjektene. Utover det som allerede hadde kommet frem (Meese & Rønhovde, 2015; Røststad et al., 2015), var ideen at vi kunne få mer innsikt ved å sammenligne og analysere erfaringene fra de to tilfellene samtidig og på tvers. De kvalitative funnene gjorde det nødvendig å validere disse i en kvantitativ undersøkelse.



Figur 1 Oversikt over rekkefølgen og innholdet i de eksplorative studiene, samt fremstillingen av dem i oppbygningen av artikkelen

Kvalitativ del

Detaljer om hvordan dataene var blitt samlet inn og analysert induktivt, er beskrevet i publikasjoner fra de to prosjektene (Meese & Rønho-vde, 2015; Rosstad et al., 2013). Kort fortalt ble data samlet inn ved intervju i fokusgrupper og av enkeltindivider. Intervjuene omfattet i alt 50 personer som hadde deltatt både i utvikling og implementering av pasientforløpene. Det var representanter fra både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og fra alle nivå i organisasjonene. Forskerne deltok som observatører i møter, tok reflekssive notater eller lydbåndopptak, og hadde i tillegg tilgang til referater, rapporter og annet skriftlig materiale.

I denne artikkelen har vi analysert dataene fra intervjuene deduktivt for å se om det var utsagn som kunne belyse de oppførte problemstillingene, og om det var nødvendig med ytterligere undersøkelser. Forskere som hadde vært involvert i de opprinnelige undersøkelsene, analyserte dataene på nytt i fellesskap og på tvers av de to prosjektene. Forskere med bakgrunn i samfunnsvitenskap og med bakgrunn i helsetjenesteforskning, både med og uten helsefagutdanning, deltok.

Kvalitative funn

Vi fant organisatoriske forskjeller mellom de to prosjektene som vi mener kan ha påvirket utfallet. I prosjekt Øst var primærhelsetjenesten og

spesialisthelsetjenesten like godt representert i styringsgruppen og inkluderte representanter fra både ledelse, klinikere og pasientorganisasjoner. I prosjektet Vest bestod halve styringsgruppen av rådmenn fra de deltakende kommunene, men det var ikke representasjon av klinikere fra prosjekt- og forløpsgruppene i styringsgruppen som i Øst. Øst hadde med sin involvering av «fotfolket» en mer nedenfra og opp-strategi sammenliknet med Vest.

Det kom klart fram i intervjuene at helsepersonell fra primærhelsetjenesten i begge prosjektene ikke var like fortrolige med begrepet forløp som i spesialisthelsetjenesten: «*Oppfølgingen av pasientene er kontinuerlig, mest som i en sirkel, ikke så mye en begynnelse og slutt*» (hjemmesykepleier, Øst). Videre opponerte primærhelsetjenesterepresentantene mot å ha hovedfokus på bare én sykdom når man skulle utforme et pasientforløp: «*Gamle pasienter har mange tilleggsproblemer som ikke blir ivaretatt i retningslinjene*» (hjemmesykepleier, Vest). «*Vi må ta vare på hele pasienten og alle diagnosene*» (hjemmesykepleier, Vest).

Som nevnt var det i begynnelsen store uenigheter i prosjektet Øst, men disse kulminerte da det ble enighet om å ta utgangspunkt i det pasienter med kroniske sykdommer har av felles behov når de kommer hjem: «*Vi strevde mye med å skjønne hvordan de kunne se for seg et felles forløp som kunne omfatte flere typer pasienter*» (forløpsveileder fra spesialisthelsetjenesten). Deltagerne i prosjektet Vest hadde vært mer lojale overfor oppdraget og fullførte utviklingen av to diagnosespesifikke forløp, henholdsvis for pasienter med KOLS og lårhalsbrudd. Forløpsbeskrivelsene ble imidlertid svært omfattende i et forsøk på å dekke de mange problemstillinger som kan være aktuelle etter utskrivning fra sykehus: «*I daglig arbeid har vi ikke tid til å slå opp i disse retningslinjene*» (hjemmesykepleier Vest).

Utgangspunktet for å velge pasienter med KOLS, lårhalsbrudd, hjertesvikt og slag var den høye forekomsten av disse gruppene ved innleggelser i sykehus. Situasjonen var imidlertid en annen i primærhelsetjenesten, ifølge representantene i begge prosjektene: «*Det var en god idé å lage et forløp for alle over 70 år. Det siste året har vi ikke mottatt noen pasienter fra sykehuset med hverken KOLS, hjertesvikt eller slag*» (hjemmesykepleier Øst). «*De kliniske forløpene har ikke vært brukt mye. Vi har ikke hatt pasienter med KOLS eller lårhalsbrudd, men jeg er sikker på at de kommer en dag*» (hjemmesykepleier Vest, etter 18 måneder).

Oppsummert kom det frem to forhold som utfordrer bruken av diagnosespesifikke forløp i primærhelsetjenesten. For det første var representantene fra primærhelsetjenesten opptatt av at mange pasienter hadde flere kroniske sykdommer, som alle trengte å bli tatt hånd om samtidig. Dermed at hjemmesykepleien opplevde at det gikk lang tid mellom hver gang de fikk pasienter som ble skrevet ut med de aktuelle diagnosene.

Kvantitativ del

På bakgrunn av funnene i den kvalitative studien valgte vi å gjøre en kvantitativ studie for å undersøke i hvilken grad de kvalitative observasjonene stemte. Vi formulerte følgende spørsmål:

- Hva er forekomsten av KOLS, hjertesvikt, slag og lårhalsbrudd i populasjonen?
- Hva er forekomsten av KOLS, hjertesvikt, slag og lårhalsbrudd blant pasienter med hjemmesykepleien?
- Hvor mange pasienter med disse fire kroniske sykdommene har mer enn én kronisk sykdom, og i tilfelle hvor mange?
- Hvor mange og hvor ofte blir disse pasientene innlagt som øyeblikkelig hjelp i sykehus, noe som initierer et pasientforløp i etterkant?
- Hvor ofte vil en hjemmesykepleier bli involvert i forløp utformet for de fire aktuelle diagnosene?

Materiale og metode

Vi gjennomførte en registerbasert studie av somatisk helsetjenesteforbruk i en befolkning på totalt 214 722 innbyggere. Studien ble godkjent av Regional etisk komité for Midt-Norge (2011/2047).

Det ble foretatt et uttrekk av pasientadministrative rutinedata med diagnoser fra et sykehus, fire kommuner og Helfo for årene 2012 og 2013. Registeruttrekkene ble koblet sammen ved å opprette en prosjekt-ID basert på fødselsnummer. I tillegg ble det innhentet demografiske opplysninger og helsetjenestestatistikk for de fire kommunene fra Statistisk sentralbyrå. Alle data ble avidentifisert før analysene ble gjennomført.

Vi valgte ut og brukte tre undergrupper av pasienter fra de fire kommunene i analysen av dataene:

1. Alle personer med konsultasjon hos fastlegen eller på legevakt. Over 98 % av befolkningen i Norge har en fastlege.

2. Alle personer som mottar hjemmesykepleie. Det er gruppen pasienter med høyeste forekomst av kroniske sykdommer. Sammen med en vesentlig redusert evne til å etterspørre helsetjenester blir det den gruppen som har størst behov for koordinering av tjenestene.
3. Alle personer innlagt i sykehus.

Inklusjonskriteriet var personer med diagnosene KOLS, hjertesvikt, slag eller hoftebrudd. I spesialisthelsetjenesten blir diagnoseklassifikasjonen ICD10 benyttet, i primærhelsetjenesten ICPC-2. Følgende koder ble brukt for KOLS: ICD10; J44/ICPC-2; R85, hjertesvikt: ICD10; I50/ICPC-2; K77, slag: ICD10; I61, I63 eller I64 og lårhalsbrudd ICD10; S720, S721, S722 eller S723. For at dataene skulle bli mest mulig komplette, søkte vi etter disse fire diagnosene for pasienter som hadde vært i sykehus, allmennpraksis, hos privatpraktiserende spesialist eller hos fysioterapeut. Eksklusjonskriterier var personer yngre enn 18 år og personer som kun hadde kontaktet psykiatriske tjenester.

For å identifisere personer med multiple kroniske sykdommer brukte vi en definisjon av O'Halloran som består av 147 forskjellige ICPC-2-koder (O'Halloran, Miller, & Britt, 2004). ICD10-kodene ble koblet mot ICPC-2 ved å benytte en konverteringstabell utgitt av Wonca's internasjonale klassifikasjonskomité (WONCA, 2014). Multisykdom ble definert som personer med to

eller flere kroniske sykdommer ved at de var gitt diagnoser i to eller flere forskjellige ICPC-2-organkapitler. Vi benyttet en konservativ definisjon av multisykdom ved bare å telle én kode for hvert organkapittel (Harrison, Britt, Miller, & Henderson, 2014). Alle typer innleggelse i sykehus ble registrert som et opphold, og alle typer innleggelse som ikke var elektive, ble registrert som en akuttinnleggelse.

Antallet pasienter som mottok hjemmesykepleie og som ble innlagt i sykehus for de fire utvalgte diagnosene, var stabilt for årene 2012 og 2013. Antallet nye pasienter registrert per år og antallet døde eller utskrevet fra hjemmesykepleien, var omtrent likt. Vi har derfor valgt å rapportere tall som gjelder for 2013 (ett år), og utvalget omfatter alle som hadde tjenester det året (dvs. måling i en bestemt tidsperiode, noe som gir høyere tall enn om det var brukt punktmåling for antallet brukere på en bestemt dato, for eksempel 1/1).

Resultater

Tabell 1 gir en oversikt over studiepopulasjonen. Knappt 4 % av befolkningen 18 år eller eldre mottok hjemmesykepleie. Om lag halvparten av disse var over 80 år, flest kvinner. Av de med hjemmesykepleie, hadde bortimot halvparten vært innlagt på sykehus. Nær alle som ble innlagt (93 %), var for øyeblikkelig hjelp. En fjerdedel av pasientene hadde minst én elektiv innleggelse, og de fleste av disse hadde også øyeblikkelig hjelp-innleggelse.

Tabell 1. Kjennetegn ved innbyggere 18 år eller eldre bosatt i fire kommuner i 2013, og antallet som mottar hjemmesykepleie. Totalbefolkning N =214.722

	Mottakere av kommunal hjemmesykepleie		Innbyggere 18 år eller eldre i kommunene	
	n	%	n	%
Antall personer	6 061		168 285	
– Kvinner	3 570	60	83 681	50
– 80 år eller eldre	2 858	47	7 839	5
Antall personer innlagt i sykehus				
– Alle innleggelse	2 914	48	16 920	10
– Øyeblikkelig hjelp-innleggelse	2 701	45	14 403	9

Tabell 2 framstiller forekomsten av de fire utvalgte diagnosene. Tabellen viser at det er en sterk assosiasjon mellom å ha én av disse fire diagnosene og multisykdom. Fastleger i Norge har i gjennomsnitt om lag 1200 pasienter på sin liste (Grimsmo & Magnussen, 2015). Gitt at deres

pasienter har samme kjønns- og alderssammensetning som i de fire deltagende kommunene, ville en fastlege i 2013 ha omkring 28 pasienter med KOLS, 17 med hjertesvikt, 4 med slag og 3 med hoftebrudd på listen.

Tabell 2. Innbyggere 18 år eller eldre med KOLS, hjertesvikt, slag eller hoftebrudd.

	KOLS	Hjerte- svikt	Slag	Hofte- brudd
Antall innbyggere (> 17 år) med fire utvalgte diagnoser	3458	2005	491	348
Standardisert rate pasienter per 10 000 innbyggere*	232	141	34	25
Gjennomsnittlig antall kroniske sykdommer per pasient med de valgte kroniske sykdommene	3,6	3,8	3,5	3,6
Andel pasienter med to eller flere kroniske sykdommer (%)	91	91	89	85
Standardisert rate øyeblikkelig hjelp-innleggelse per 10 000 innbyggere *	37,0	24,1	29,8	24,7

* Justert for alder og kjønn basert på alle innbyggere 18 år eller eldre i de fire kommunene

Blant alle de 6061 pasientene med hjemmesykepleie var det 1602 (26 %) unike pasienter som hadde én eller flere av de fire diagnosene: 12 % hadde KOLS, 15 % hjertesvikt, 3 % slag og 3 % hoftebrudd. Tabell 3 viser at pasienter med de fire diagnosene og hjemmesykepleie hadde en stor sykdomsbyrde mht. antallet kroniske sykdommer. Majoriteten hadde mer enn fire kroniske sykdommer, flest blant de med KOLS.

Blant alle pasientene med de fire valgte diagnosene (tabell 2), mottok 21 % av KOLS-pasientene hjemmesykepleie. Tilsvarende hadde henholdsvis 45 %, 38 % og 48 % av pasientene med hjertesvikt, slag og lårhalsbrudd hjemmesykepleie

(tabell 3). Gjennomsnittlig lavere alder var årsaken til at det var en lavere andel av KOLS-pasientene som mottok hjemmesykepleie (Tian, Dixon, & Gao, 2012).

Tabell 3 viser også hvor ofte pasienter i hjemmesykepleien med én av de gitte diagnosene ble innlagt i sykehus per år. Mønsteret var ulikt. Bare om lag en femtedel av pasientene med KOLS som mottok hjemmesykepleie, ble innlagt i løpet av et år, men de som ble innlagt hadde til gjengjeld den hyppigste innleggelsesfrekvensen av samtlige. Alle pasientene med brudd og nesten alle med slag ble innlagt, men majoriteten av disse ble innlagt bare én gang for denne diagnosen.

Tabell 3. Antall pasienter 18 år eller eldre med hjemmesykepleie i 2013, antall kroniske sykdommer og antall innleggelse for øyeblikkelig hjelp for KOLS, hjertesvikt, slag og hoftebrudd.

	KOLS	Hjerte- svikt	Slag	Hofte- brudd
<i>Pasienter med hjemmesykepleie</i>				
Antall pasienter med fire utvalgte diagnoser	704	879	190	167
Standardisert rate 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 de utvalgte diagnosene med to eller flere kroniske sykdommer (%)	99	95	94	93
<i>Antall øyeblikkelig hjelp-innleggelse for utvalgte diagnoser</i>				
Totalt antall ø.hj.-innleggelse med utvalgte diagnoser som hovedgrunn	158	135	158	167
Standardisert rate innleggelse per 10 000 innbyggere*	22	13	11	12
Andel pasienter innlagt i hver gruppe	22	15	83	100
Antall ø.hj.-innleggelse per år per pasient innlagt	2,1	1,6	1,1	1,3

* Justert for alder og kjønn basert på alle innbyggere 18 år eller eldre i de fire kommunene

I hjemmesykepleien er det i gjennomsnitt 11,5 pasienter per sykepleieårsverk, ifølge statistikk fra SSB. Noen jobber deltid slik at antallet pasienter per ansatt sykepleier er om lag 9,5. Tar man utgangspunkt i frekvensen av innleggelse per 10 000 innbyggere per år i tabell 3, opplevde hver

sykepleier i 2013 i gjennomsnitt 0,5 innleggelse per år for pasienter med KOLS, 0,3 med hjertesvikt, 0,2 med slag og 0,4 med lårhalsbrudd. Til sammen utgjorde pasientene med KOLS, hjertesvikt, slag og lårhalsbrudd bare 10 % av pasientene i hjemmesykepleien som ble innlagt i løpet av året.

Diskusjon

Resultatene i den kvantitative studien med data om pasienter i hjemmesykepleien bekreftet erfaringene som kom frem i den kvalitative studien. Karakteristisk for pasienter med hjemmesykepleie er at de fleste har multisykdom. Pasienter med én sykdom som er utgangspunkt for forløp i sykehus, finnes knapt blant de som trenger hjemmesykepleie. Fordelt på ansatte hjemmesykepleiere var forekomsten lav for pasienter som ble utskrevet fra sykehus med KOLS, hjertesvikt, slag og hoftebrudd. Det er ikke hvert år at en hjemmesykepleier opplever å bli involvert ved utskrivning av det som er høyfrekvente diagnoser i spesialisthelsetjenesten.

På en annen side er pasienter i hjemmesykepleien med multisykdom og akuttinnleggelser blant de pasientene som trenger koordinering av tjenestene aller mest. De er blant dem som bruker alle deler av helsetjenesten. Det er ikke bare behandlingen som blir kompleks pga. multisykdom, men også oppfølging og støtte i dagliglivet (Mullick, Martin, & Sallnow, 2013). Skiftet i strategi i prosjektet Øst fra diagnosespesifikke forløp over til å forsøke å utvikle et felles generisk forløp var et dristig steg. Faglige retningslinjer handler nesten utelukkende om diagnosespesifikke forløp (Boyd et al., 2005). Det man likevel finner, er at det de siste årene har kommet flere leder- og kommentarartikler i kjente medisinske tidsskrifter som har pekt på mangelen av retningslinjer for multisyke (Mair & May, 2014; Salisbury, 2012; Tinetti, Fried, & Boyd, 2012). Helsemyndighetene i Danmark og Skottland har nylig publisert retningslinjer for generiske forløp basert på den beste evidensen og ekspertisen som finnes for pasienter med kroniske sykdommer (Larsen, Rantala, Koudenburg, & Gulis, 2014; The Scottish Government, 2010).

Motstand mot utvikling av diagnosespesifikke pasientforløp var også til stede i primærhelsetjenesten i prosjekt Vest, men dette nådde ikke frem til styringsgruppen for prosjektet. Vanskeligheter med å gjennomføre diagnosespesifikke forløp i primærhelsetjenesten har også andre opplevd (Van Gerven, Vanhaecht, Deneckere, Vleugels, & Sermeus, 2010). Forskning har vist at det er en vesentlig asymmetri i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, hvor den sistnevnte ofte har vært den svake parten (Aarseth, Bachmann, Gjerde, & Skrove, 2015; Paulsen, Romøren, & Grimsmo, 2013).

I prosjekt Øst var det derimot god balanse i styrkeforholdet mellom primærhelsetjenesten og

spesialisthelsetjenesten. Det kan ha bidratt til at det ble utviklet et generisk forløp i dette prosjektet (Rosstad et al., 2013). I en nasjonal spørreskjemaundersøkelse etter at samhandlingsreformen hadde startet, rapporterte kommunene vesentlig økt etterspørsel fra sykehusene etter spesialiserte sykepleiere. 70 % av kommunene opplevde et økt behov for å ansette sykepleiere med mer spesialisering eller spisskompetanse på spesifikke diagnoser (Ljunggren, Haugset, & Solbakk, 2014).

Motstanden mot diagnosespesifikke pasientforløp hadde også praktiske årsaker. Forløpsbeskrivelsene for KOLS og hoftebrudd i prosjekt Vest ble svært omfattende når man skulle ta hensyn til andre problemer som pasientene kunne ha utover den spesifikke diagnosen. Helsepersonellet fra primærhelsetjenesten argumenterte med at pasienter med kroniske sykdommer har mest til felles, og at det som er felles, ikke trenger å bli gjentatt i hver forløpsbeskrivelse. Dette blir støttet av litteratur som hevder at de beste resultatene for pasienter med multisykdom ved utskrivning og oppfølging etterpå, oppnås med tilnærminger og tiltak som er felles for pasientene og går på tvers av diagnoser (K. Coleman, Austin, Brach, & Wagner, 2009; Shepperd et al., 2013; Wallace et al., 2015). Tiltakene inkluderer blant annet en bred generalist-tilnærming, tverrfaglig samarbeid, system for samstemming og legemiddelgjennomgang, umiddelbar oppstart av rehabilitering og tett samarbeid med pårørende. Viktige målsettinger er en samlet risikoreduksjon og ivaretagelse av pasientenes funksjonsevne (E. A. Coleman, Parry, Chalmers, & Min, 2006; Crocker et al., 2013; Reeve et al., 2013; Smith, Soubhi, Fortin, Hudon, & O'Dowd, 2012; Varkey et al., 2007). Ifølge undersøkelser er disse målsettingene i stor grad også sammenfallende med det som pasienter selv synes er viktigst. Undersøkelser har vist at pasientene er mest opptatt av å bevare funksjonsevnen både fysisk og sosialt, samt unngå symptomer, spesielt smerter (Fried, Tinetti, & Iannone, 2011; Hall, Webb, & Tamayo-Friedel, 2014).

Valget av de fire diagnosene som ble studert, skjedde med bakgrunn i at dette var hyppige årsaker til innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Likevel ble antallet pasienter med disse diagnosene så lavt i primærhelsetjenesten at det i prosjektperioden knapt gav anledning til å prøve ut hvordan forløpene fungerte. En grunn var at bare en mindre andel av pasientene med disse diagnosene var mottakere av hjemmesykepleie. Pasienter flest uten hjemmesykepleie greier oppfølging og

koordinering av helsetjenester i et samarbeid med fastlegen. En annen grunn er at nedslagsfeltene for sykehusene i prosjekt Øst og prosjekt Vest var på henholdsvis 330 000 og 120 000 innbyggere. Til sammenligning er størrelsen på hjemmesykepleie-distriktene mye mindre og varierte mellom 3000 og 50 000 innbyggere i disse to prosjektene. Variasjonen i størrelsen på distriktene henger sammen med befolkningstetthet og kommunestørrelse, men når den ene storbyen i prosjektet med 185 000 innbyggere deler opp byen i flere hjemmesykepleiedistrikter, så er det fordi størrelsen også henger sammen med hva som fungerer best organisatorisk.

Om lag halvparten av de norske kommunene har under 5000 innbyggere. Tabell 3 forteller derfor at antallet pasienter med behov for organiserte pasientforløp blir for lavt i de fleste kommuner til å kunne forsvare spesialisering av sykepleiere i hjemmesykepleien med tanke på tilbudet til pasienter med de nevnte diagnosene. Å være spesialist handler ikke bare om utdanning, men for å opprettholde kompetansen må det også være muligheter til nok øvelse og det å ha en forankring i et spesialistmiljø. I de største byene vil det være et grunnlag for å ansette sykepleiere med spesifikk kompetanse på de mest utbredte diagnosene. Imidlertid har nesten alle hjemmesykepleiepasienter multisykdom som inkluderer flere kroniske sykdommer, og hver enkelt pasient ville slik ha bruk for flere spesialutdannede sykepleiere. Det ville medføre en fragmentering av hjemmesykepleietilbudet til den enkelte pasient, og det ville hverken være funksjonelt eller effektivt fra et organisatorisk perspektiv.

Studiens begrensninger

Primærhelsetjenesten er ulikt organisert når man sammenligner kommuner. I tillegg varierer grenseoppgangen for hva som er spesialisthelsetjenestens og primærhelsetjenestens oppgaver og ansvar (Kringos et al., 2013). Utgangspunktet for å utvikle og implementere pasientforløp vil derfor kunne være noe annerledes i mange kommuner enn i de to tilfellene som vi har studert (Ashton, 2015).

En annen utfordring er at det ikke finnes noen standard metode for å måle omfanget av multisykdom (Harrison et al., 2014). Forekomsten av multisykdom som man finner i ulike studier, er derfor vanskelig å sammenligne. Som tidligere omtalt søkte vi bredt etter diagnoser, men valgte en konservativ tilnærming ved å tillate bare én diagnose

for hvert organkapittel i ICPC-2 (to kroniske diagnoser i ett kapittel ble telt som én diagnose). Vår erfaring er at å bruke diagnoser registrert bare i sykehus eller bare i Helfo fra fastleger, ikke fanger opp alle de kroniske sykdommene som til sammen er blitt registrert på hver pasient. Sykehus kan øke sine inntekter ved å være nøyaktig med å få med alle diagnosene.

Det siste som bør nevnes, er at kommunene registrerer ulikt hvilke pasienter som mottar ulike former for hjemmetjenester. Vi har derfor valgt å bare ta med de som mottok hjemmesykepleie, da dette er registrert noe mer entydig. Videre er antallet brukere høyere enn i offisiell statistikk fordi vi har brukt forløpsdata (f.eks. er personer som døde i løpet av året, talt med).

Den største styrken i studien er det tydelige samsvaret som vi finner mellom de kvalitative evalueringene begge stedene og funnene i den kvantitative studien.

Konklusjon

De siste par ti-år har vært preget av en økende produksjon av diagnosespesifikke retningslinjer. Dette er lite i samsvar med et økende omfang av pasienter med multisykdom, som utgjør de største pasientgruppene både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Guthrie, Payne, Alderson, McMurdo, & Mercer, 2012). Det ensidige fokuset på enkeltsykdommer i medisinsk forskning har begynt å vekke bekymring (Barnett et al., 2012; Wallace et al., 2015). Våre funn stiller i tillegg spørsmål ved funksjonalitet og gjennomførbarhet av diagnosespesifikke forløp både fra et klinisk og organisatorisk perspektiv i primærhelsetjenesten.

LITTERATUR

- Aarseth, T., Bachmann, K., Gjerde, I., & Skrove, G. (2015). Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 109–133.
- Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R., & Livingston, P. M. (2014). Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 14, 346. doi:10.1186/1472-6963-14-346
- Ashton, T. (2015). Implementing integrated models of care: the importance of the macro-level context. *Int J Integr Care*, 15(6).

- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, *380*(9836), 37–43. doi:10.1016/S0140-6736(12)60240-2
- Boyd, C. M., Darer, J., Boulton, C., Fried, L. P., Boulton, L., & Wu, A. W. (2005). Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients With Multiple Comorbid Diseases. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *294*(6), 716–724. doi:10.1001/jama.294.6.716
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S.-j. (2006). The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. *Archives of Internal Medicine*, *166*(17), 1822–1828. doi:10.1001/archinte.166.17.1822
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*, *28*(1), 75–85. doi:10.1377/hlthaff.28.1.75
- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). University of Nebraska: SAGE.
- Crocker, T., Forster, A., Young, J., Brown, L., Ozer, S., Smith, J., . . . Greenwood, D. C. (2013). Physical rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). doi:10.1002/14651858.CD004294.pub3
- Fried, T. R., Tinetti, M. E., & Iannone, L. (2011). Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions. *Archives of Internal Medicine*, *171*(1), 75–80. doi:10.1001/archinternmed.2010.318
- Gjerde, I., Meese, J., & Aarseth, T. (2014). *Helhetlige pasientforløp i utvikling, del 2*. Hentet fra: <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/197199>
- Grimsmo, A., & Magnussen, J. (2015). *Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv*. Hentet fra: <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition%3A&blobheadervalue1=+attachment%3B+filename%3D%22Norsksamhandlingsreformietinternasjonaltperspektiv%22Co.pdf%22&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274506993518&ssbinary=true>
- Guthrie, B., Payne, K., Alderson, P., McMurdo, M. E., & Mercer, S. W. (2012). Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ*, *345*, e6341. doi:10.1136/bmj.e6341
- Hall, A., Webb, F., & Tamayo-Friedel, C. (2014). What's inside a medical home? Providers and staff give insight. *J Ambul Care Manage*, *37*(2), 106–119. doi:10.1097/JAC.000000000000017
- Ham, C., York, N., Sutch, S., & Shaw, R. (2003). Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *Bmj*, *327*(7426), 1257.
- Harrison, C., Britt, H., Miller, G., & Henderson, J. (2014). Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. *BMJ Open*, *4*(7). doi:10.1136/bmjopen-2013-004694
- Kinsman, L., Rotter, T., James, E., Snow, P., & Willis, J. (2010). What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Med*, *8*, 31. doi:10.1186/1741-7015-8-31
- Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., . . . Groenewegen, P. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*, *63*(616), e742–750. doi:10.3399/bjgp13X674422
- Larsen, M., Rantala, R., Koudenburg, O. A., & Gulis, G. (2014). Intersectoral action for health: The experience of a Danish municipality. *Scand J Public Health*. doi:10.1177/1403494814544397
- Ljunggren, B., Haugset, A. S., & Solbakk, N. (2014). *Kommunale helse- og omsorgslederes opplevelse av effekter av samhandlingsreformen*. Hentet fra: <http://www.tfou.no/default.asp?publikasjon=294>
- Mair, F. S., & May, C. R. (2014). Thinking about the burden of treatment. *BMJ*, *349*, g6680. doi:10.1136/bmj.g6680
- Meese, J., & Rønhovde, L. (2015). Prosjektorganisering som strategi for kunnskapsoverføring og læring i forbindelse med samhandlingsreformen. *Nordiske Organisasjonsstudier*, *17*(3), 86–108.
- Mullick, A., Martin, J., & Sallnow, L. (2013). An introduction to advance care planning in practice. *BMJ*, *347*. doi:10.1136/bmj.f6064
- O'Halloran, J., Miller, G. C., & Britt, H. (2004). Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Family Practice*, *21*(4), 381–386. doi:10.1093/fampra/cmh407
- Paulsen, B., Romøren, T. I., & Grimsmo, A. (2013). A collaborative chain out of phase. *Int J Integr Care*, *13*(1). doi:10.5334/ijic.858
- Reeve, J., Blakeman, T., Freeman, G. K., Green, L. A., James, P. A., Lucassen, P., . . . van Weel, C. (2013). Generalist solutions to complex problems: generating practice-based evidence—the example

- of managing multi-morbidity. *BMC Fam Pract*, 14, 112. doi:10.1186/1471-2296-14-112
- Rosstad, T., Garasen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O., & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 13, 121. doi:10.1186/1472-6963-13-121
- Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Gothe, H., Willis, J., ... Kugler, J. (2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database Syst Rev*, 35(3), CD006632. doi:10.1002/14651858.CD006632.pub2
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Håland, E., Kristoffersen, L., & Grimsmo, A. (2015). Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Services Research*, 15, 86. doi:10.1186/s12913-015-0751-1
- Salisbury, C. (2012). Multimorbidity: redesigning health care for people who use it. *The Lancet*, 380(9836), 7-9. doi:10.1016/S0140-6736(12)60482-6
- Shepperd, S., Lannin, N. A., Clemson, L. M., McCluskey, A., Cameron, I. D., & Barras, S. L. (2013). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*, 1, CD000313. doi:10.1002/14651858.CD000313.pub4
- Smith, S. M., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., & O'Dowd, T. (2012). Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*, 345, e5205. doi:10.1136/bmj.e5205
- Spath, P. L. (1997). *Beyond clinical paths: advanced tools for outcomes management*. Michigan: American Hospital Pub.
- The Scottish Government. (2010). *Long term conditions collaborative. Improving care pathways*. Hentet fra: <http://www.gov.scot/resource/doc/309257/0097421.pdf>
- Tian, Y., Dixon, A., & Gao, H. (2012). *Emergency hospital admissions for ambulatory care-sensitive conditions: identifying the potential for reductions*. Hentet fra: http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/data-briefing-emergency-hospital-admissions-for-ambulatory-care-sensitive-conditions-apr-2012.pdf
- Tinetti, M. E., Fried, T. R., & Boyd, C. M. (2012). Designing health care for the most common chronic condition - multimorbidity. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 307(23), 2493-2494. doi:10.1001/jama.2012.5265
- Van Gerven, E., Vanhaecht, K., Deneckere, S., Vlegels, A., & Sermeus, W. (2010). Management challenges in care pathways: conclusions of a qualitative study within 57 health-care organizations. *Int J Care Coordination*, 14(4), 142-149. doi:10.1258/jicp.2010.010029
- Varkey, P., Cunningham, J., O'Meara, J., Bonacci, R., Desai, N., & Sheeler, R. (2007). Multidisciplinary approach to inpatient medication reconciliation in an academic setting. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64(8), 850-854. doi:10.2146/ajhp060314
- Wallace, E., Salisbury, C., Guthrie, B., Lewis, C., Fahy, T., & Smith, S. M. (2015). Managing patients with multimorbidity in primary care. *Bmj*, 350. doi:10.1136/bmj.h176
- WONCA. (2014). An international glossary for general/family practice. ICPC-2e-v4.4. Hentet fra: http://www.kith.no/templates/kith_Web-Page___1111.aspx