

Samhandling – utfordringer og muligheter.

Sett fra en allmennlege i

Groruddalen

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

Anders Østrem

Lunger i Praksis

Gransdalen Legesenter, Oslo



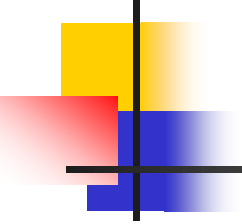
Min bakgrunn:

- Allmennlege på Gransdalen Legesenter på Furuset siden 1989.
- Spesialist i allmennmedisin.
 - Et år på Glittreklinkken
- Leder – Lunger i praksis
 - Dannet i 2000.
 - Bedre omsorg for pasienter med lungesykdommer
- 20 % stilling som forsker- Institutt for allmennmedisin – Oslo

Hva er utfordringene vi har idag?



- **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 tenker dere problemene med primærhelsetjenesten er idag?

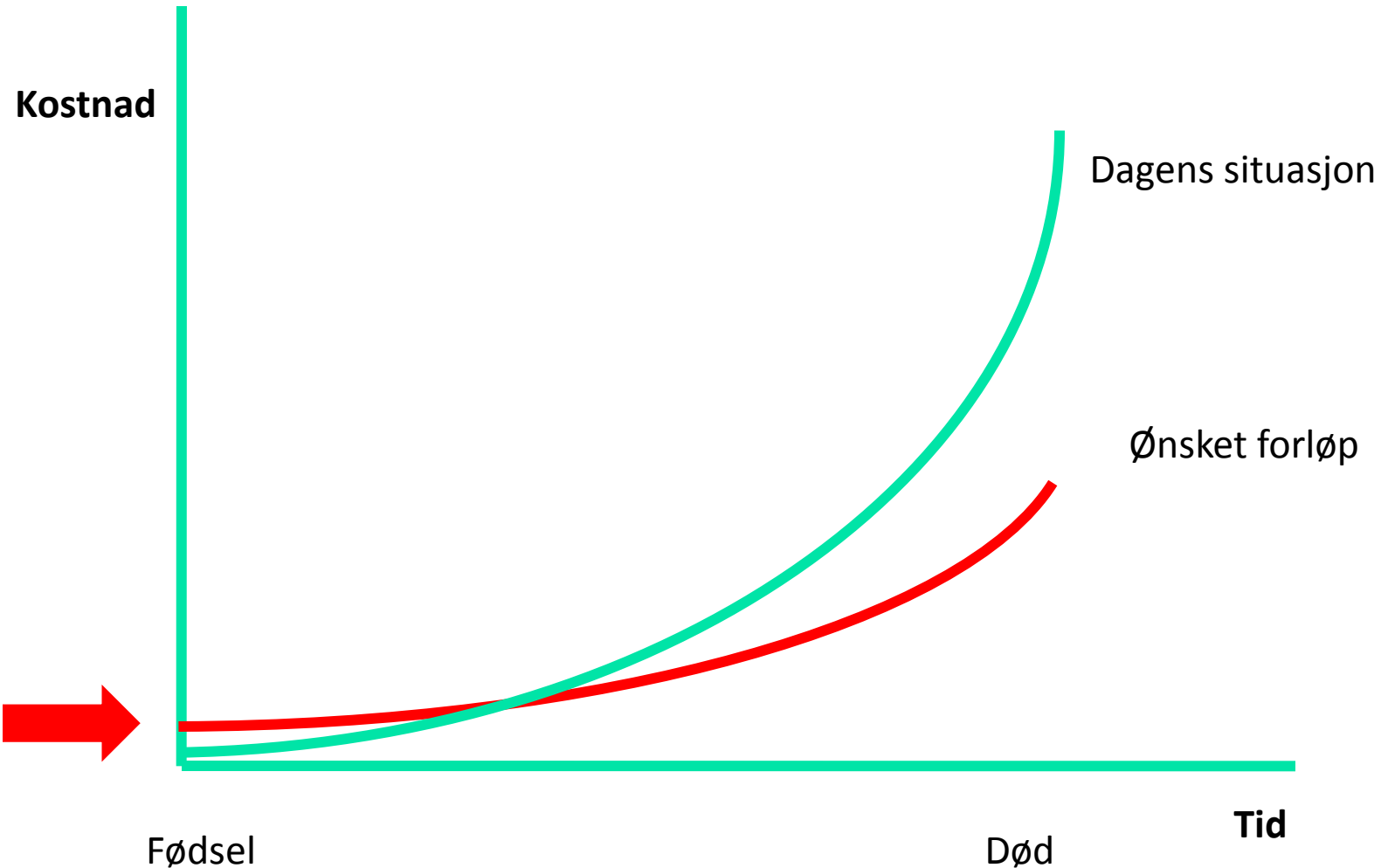
Hva sier man om problemene i den nye helse og omsorgsloven?

- Dårlig tilbud til brukere av kommunale omsorgstjenster (sykebesøk)
- Pasienter med omfattende behov (rusproblem, eldre pleietrengende)
- Helsestasjoner, skolen, sykehjem
- Mangel på samhandling med spes. Helsetjenesten.
- Lite fokus på forebygging
- Mangel på tilgjengelighet (telefon, sykebesøk)
- For liten kunnskap om kvaliteten på tjenestene som blir levert
- IKT mulighetene utnyttes ikke
- Rekruttering er mangelfull
- Legevaktsarbeid

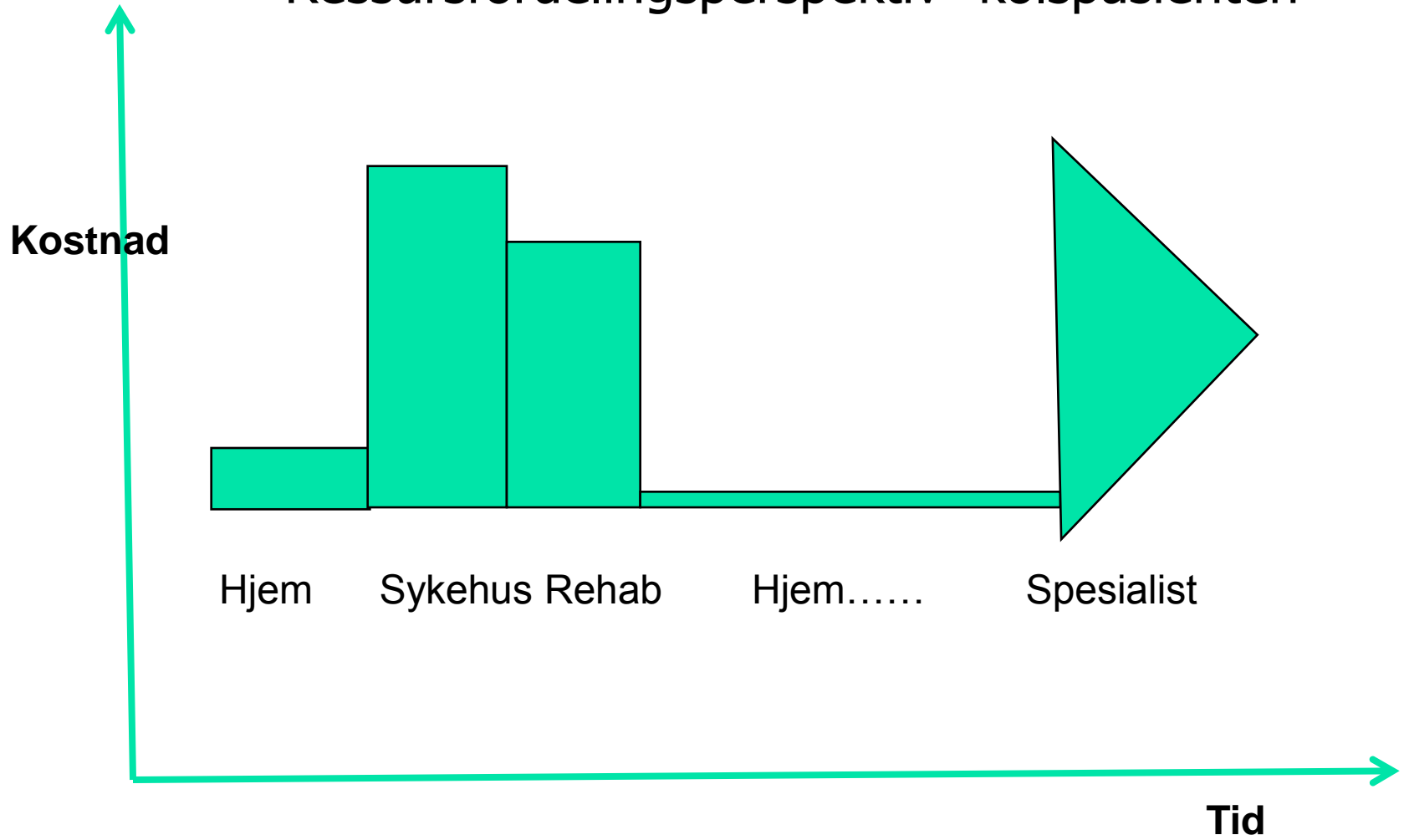


Hva er det vi egentlig sliter med??

BHH Forløp kronisk sykdom



"Ressursfordelingsperspektiv" kolspasienten





Hvilke sykdommer vil koste?

- " 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 sykdommer:

NCDs (non-communicable diseases)

- Internasjonalt et stort fokus på NCDs
 - FN`s hovedforsamling møte høsten 2011
 - På statsledernivå (kommer Obama?)
 - 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.

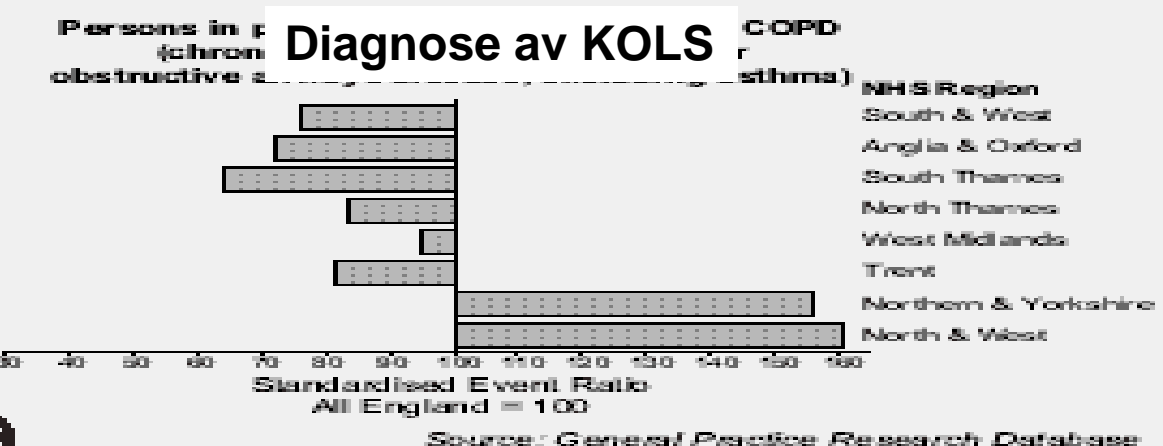
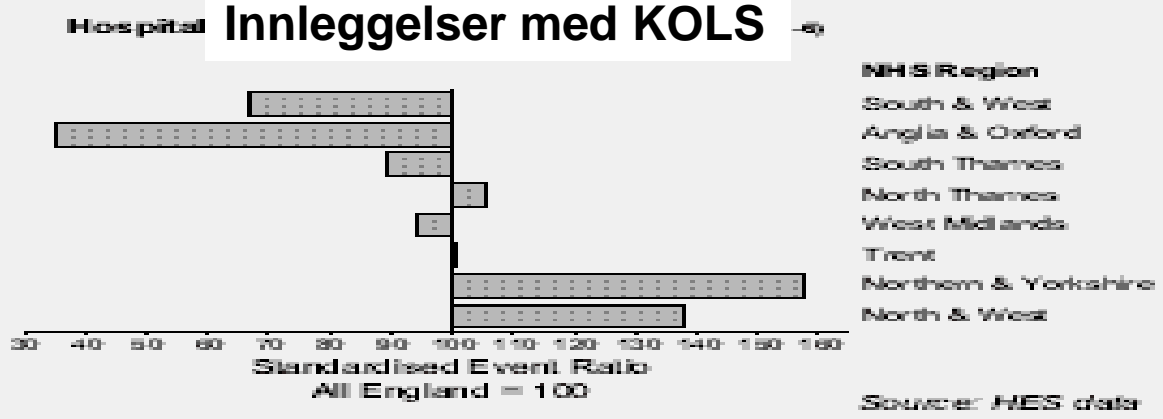
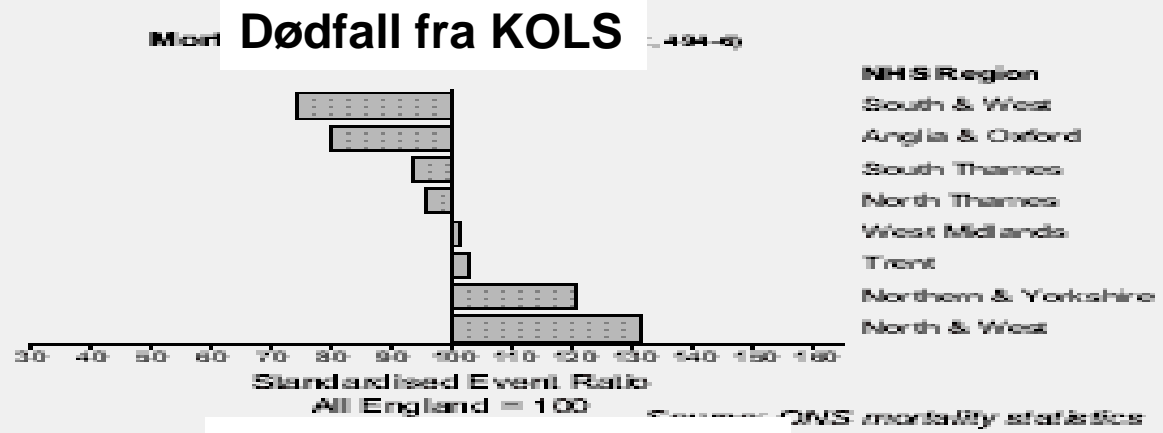




Hva sa vi om utfordringene?

- Dårlig tilbud til brukere av kommunale omsorgstjenster (sykebesøk)
- Pasienter med omfattende behov (rusproblem, eldre pleietrengende)
- Helsestasjoner, skolen, sykehjem
- Mangel på samhandling med spes. Helsetjenesten.
- Lite fokus på **forebygging**
- Mangel på tilgjengelighet (telefon, sykebesøk)
- For liten kunnskap om **kvaliteten** på tjenestene som blir levert
- **IKT** mulighetene utnyttes ikke
- Rekruttering er mangelfull
- Legevaktsarbeid

Figure 3 : Regional differences in COPD in 1994 for mortality (ages 0-84, standardised for age and sex), emergency hospital admissions and prevalence of persons diagnosed in primary care .



Variasjoner i :

-Diagnose

- Innleggelser

-Dødsfall

-Skylles forskjell i implementering av retningslinjer og etterlevelse av disse.





Behandling av sukkersyke (diabetes):

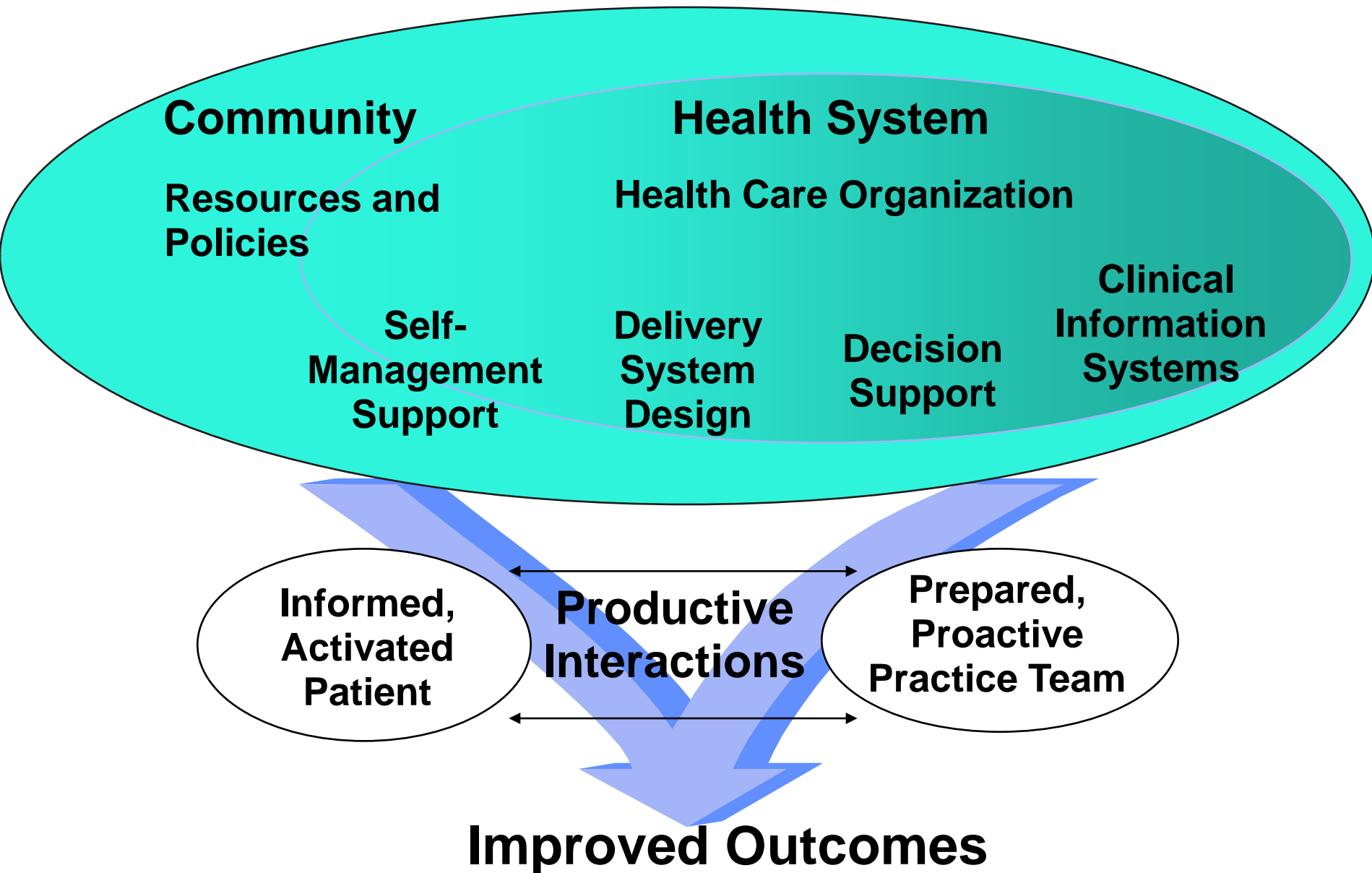
- Undersøkelse i allmennpraksis 2008:
 - Bare 20% av pasientene nådde alle behandlingsmålene fra 2000.
 - Blodsukker, blodtrykk og kolesterol.
 - Kun 7% nådde de nye behandlingsmålene fra 2005–06
 - Der røykevanene var dokumentert (halvparten):
 - 25 % av dem med type 2-diabetes dagligrøykere



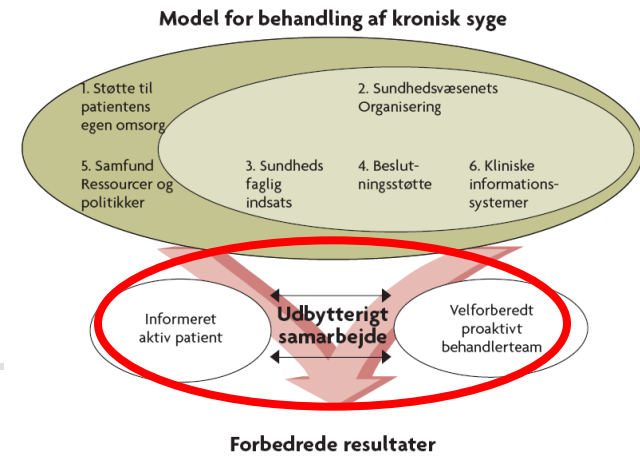
Hvordan kan vi endre dette??

- 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:



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.



Hvor er det mangler i det norske helsevesenet i dag?

- ***Overordnet mål: "forbedret resultater"***
 - Ingen registrering om målene er nådd.
 - Mer fokus på omsorg av kronisk syke.
 - I USA: 25 % av pasientene står for 67% utgiftene
 - Primærhelsetjenesten må endre fokus!



Hva jeg ser som mål:

- Krav til kvalitet:
 - Fastlegene må dokumentere kvalitet på arbeidet de leverer.
 - Kols register, diabetes register
 - Årskontroll for kronisk syke
 - Hensiktsmessige takster
 - Muligheter til å bruke tid.
 - Omlegging av takster slik at tidsbruk og regelmessig oppfølging blir stimulert.



Hva jeg ser som mål:

- Krav til kunnskap.
 - Implementering av retningslinjer
 - "Finske modell" – godt eksempel på endring i adferd og behandling.
 - Sertifisering av hjelpepersonell:
 - Mange oppgaver må kvalitetssikres
 - Revurdering av legers etterutdanning
 - Økt fokus på gruppebasert læring.
 - Bruke muligheter i de strukturer som er tilstede idag.



Konklusjon:

- Vi må enes om en ***helhetlig*** modell.
- Fastlegene vi kunne fylle rollen som koordinator.
- Kvaliteten på forebygging, diagnose og behandling vil kunne bedres betydelig.

