

Antall kroniske sykdommer og persontilpasning bør ligge til grunn for prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester

Anders Grimsmo
Professor
Institutt for samfunns-
medisin og sykepleie,
NTNU og Medisinsk
faglig rådgiver, Norsk
Helsenett.

✉ Anders.grimsmo@
ntnu.no

Utvalget for prioritering i helse- og omsorgstjenestene i kommunene (Blankholmutvalget) har i sitt mandat fått i oppgave å vurdere om prioriteringskriteriene som ble fremlagt i Meld. St. 34 (2015–2016) for spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), også kan anvendes i kommunale helse- og sosialtjenester. Meldingen setter opp tre hovedkriterier for prioriteringer: nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskri-

teriet. I prinsippet kan man anvende de samme kriteriene for kommunale helse- og omsorgstjenester (videre omtalt som primærhelsetjenesten). Like fullt vil andre faglige målsettinger og rammer (se Tabell 1) (Rosstad, Garasen, Steinsbekk, Sletvold & Grimsmo, 2013) samt regulerende betingelser (eierskap, regelverk, styring og finansiering) påvirke innholdet og gjennomføringen i primærhelsetjenesten.

Tabell 1 Forskjeller i faglige mål og rammer mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

	Spesialisthelsetjenesten	Kommunehelsetjenesten
Helseproblemer	Ett problem, ev. 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 – til og med utskriving. Ofte med store endringer. Høyt tempo	Langsiktig – mot resten av livet. Lite/langsom endring
Forholdet pasient-helsepersonell	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 eventuelle pårørende

Primærhelsetjenesten må ta seg av hele pasienten, mens spesialisthelsetjenesten gjerne har fokus på én innleggende årsak. Av innbyggerne på fastlegens liste har over 20 % to eller flere kroniske lidelser (multisykdom) og beslaglegger over 50 % av konsultasjonene (Harrison, Henderson, Miller & Britt, 2017). I pleie- og omsorgstjenesten har over 90 % multisykdom, gjennomsnittlig 4–5 lidelser selv om man begrenser antallet til ett per hovedorgan (Grimsmo et al., 2018). Multisykdom er normen langt mer enn enkelt diagnose. For eksempel når pasienter behandlet for et lårhalsbrudd blir utskrevet, blir oppgaven for primærhelsetjenesten langt mer enn oppfølging av bruddet. Pasienter med lårhalsbrudd har ofte demens (30 %), diabetes (20 %), hjertesvikt (10 %), KOLS (7 %), delir (50 %) m.m., samt er skrøpelige (25 %) og har polyfarmasi (50 %).

Det handler heller ikke bare om en medisinsk kompleksitet. Pasienter over 67 år overføres fra en 24/7-oppfølging i sykehus til etter utskriving å skulle greie seg selv hjemme uten profesjonell hjelp 96–98 % av tiden. Dette er et anslag basert på gjennomsnittlig timer med hjemmesykepleie og praktisk bistand i uken for eldre over 67 år (Statistisk sentralbyrå, 2017). Hjemmesituasjonen krever en tilrettelegging mht. funksjonsevne fysisk og kognitivt, ernæring, sosialt nettverk, boforhold, sikkerhet, legemiddeldispensering, pasientens egne målsettinger og preferanser, samt andre tiltak som må til for å gjøre det mulig å bo hjemme. Det handler med andre ord om en dobbel kompleksitet, og den største utfordringen i primærhelsetjenesten er at *det knapt finnes kunnskapsbaserte faglige retningslinjer hverken for medisinsk behandling eller for funksjonell og sosial tilrettelegging for personer med multisykdom* (Tinetti, Fried & Boyd, 2012).

Faglige retningslinjer blir drøftet som det viktigste utgangspunktet for prioritering i spesialisthelsetjenesten i Meld. St. 34 (2015–2016) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Personer med multisykdom er imidlertid blitt systematisk utelukket fra forskningen som er underlaget for faglige retningslinjer. Retningslinjene handler om enkelt diagnoser og behandling som er blitt utprøvd på personer bare med den aktuelle diagnosen som ikke får samtidig behandling for andre lidelser. Dette er selekterte utvalg som på ingen måte representerer majoriteten av innbyggere med kroniske sykdommer (Wallace et al., 2015). Dette til tross for at personer med multisykdom bruker

alle deler av helsetjenesten, også spesialisthelsetjenesten som til nå har hatt hånd om omtrent all klinisk forskning. Fra et vitenskapelig ståsted er prioritering basert på dagens faglige retningslinjer gyldig bare for et mindretall av eldre og personer med kroniske lidelser som blir innlagt i sykehus. Mangelfulle faglige retningslinjer har også en viktig begrensning for hvilke oppgaver som kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, og det er slik også et hinder for en reell prioritering (Grimsmo et al., 2018).

Basert på kartlegging i våre naboland utgjør innbyggere med multisykdom en halv million i Norge (Nilsson, 2016), og de utgjør den største brukergruppen i helsetjenesten. 2/3 av helsebudsjettet går med til denne gruppen. Det absolutte antallet personer med multisykdom er størst under 65 år (Barnett et al., 2012), og det er her de kommunale utgiftene har økt kraftigst. Flere tidligere institusjonstjenester har de siste desennier helt eller delvis blitt overført til kommunene – rus/psykiatri, psykisk utviklingshemmede, sykehjem, funksjonshemmede, barn og ungdom med atferds- og lærevansker. Dette har vært fordelaktig både økonomisk for samfunnet og for livskvaliteten for disse brukerne. Multisykdom øker med alderen, og nå forventes en kraftig stigning i antall eldre. Alt tyder på at det blir primærhelsetjenesten som blir utpekt til å ta dette løftet. Et første og forberedende skritt i prioriteringsdiskusjonen er derfor å foreta en vesentlig omprioritering av klinisk forskning og fagutvikling slik at den blir mer relevant for innbyggere med multisykdom og for primærhelsetjenesten.

Det er multisykdom som er kostnadsdrivende, ikke alderen. De høyeste kostnadene er knyttet til personer med det høyeste antallet kroniske sykdommer, langt mer enn noen spesifikk lidelse (Kasteridis et al., 2015). Dette gjelder både for spesialisthelsetjenester (innleggelse og reinnleggelse) og for primærhelsetjenester (pleie- og omsorgsomfang). Antall kroniske sykdommer er derfor et felles grunnlag for prioritering i store deler av helsetjenesten. Antall kroniske lidelser predikerer også leveutsiktene. Personer med 5 eller 10 kroniske lidelser ved 67-årsalder har reduserte leveutsikter på henholdsvis 8 og 18 år sammenlignet med dem uten kronisk sykdom, og variasjonen i leveutsikter krymper med økende antall kroniske lidelser (DuGoff, Canudas-Romo, Buttorff, Leff & Anderson, 2014). Det er også en tilsvarende sterk sammenheng mellom leveutsikter og funksjons-

nivå, f.eks. målt med en enkel 4-meter gangtest. Den kan brukes komplementært til å telle kroniske sykdommer og er valid ved 60-årsalder. Fordelelen med gangtesten er at den forteller umiddelbart om behov for eventuelle tiltak (Stringhini et al., 2018). Telling av antall kroniske sykdommer og bruk av 4-meter gangtest er lettfattelig slik at alt helsepersonell vil kunne delta i prioriteringen, og gjør det tilsvarende enkelt å etterprøve i hvilken grad innbyggere med store behov blir prioritert.

«Prioritering i helse-tjenesten kan gjøres enkelt. Det er bare å telle antall kroniske sykdommer og la den enkelte få velge hva som er personlig viktig»

Forskning på tiltak i primærhelsetjenesten er som nevnt mangelfull. Oppsummering av studier går likevel i retning av at det er best effekt for personer med multisykdom når tiltakene er rettet mot funksjonsforbedring (muskelstyrke- og ferdighetstrening) og redusering av risiko (avmedisinering, sikre kontinuitet og forhindre tap av kontakt med helsetjenesten, tidlig innsats ved depresjon, forbygge underernæring, fall, brann, tap av sosialt nettverk m.m.) (Smith, Wallace, O'Dowd & Fortin, 2016). Det finnes støtte for dette også i gode norske undersøkelser der overføring av oppgaver til primærhelsetjenesten under gitte betingelser og med kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten har bedret funksjonsevne betydelig (nyttekriteriet), overlevelse (alvorlighetskriteriet) og redusert innleggelser og pleie- og omsorgstjenester (ressurskriteriet) (Fjaertoft, Indredavik & Lydersen, 2003; Garåsen, Windspoll & Johnsen, 2008).

Det som derfor bør kjennetegne prioriterte tiltak i primærhelsetjenesten for den største brukergruppen med komplekse behov, er en bred parallell generalist- og tverrfaglig tilnærming som tar opp forhold som avmedisinering, umiddelbar oppstart av rehabilitering og iverksetting av forebyggende tiltak, i et nært samarbeid med pårørende og familie. Dette må gjøres med et overordnet mål om reduksjon av risikoer og med optimalisering av disse pasienters egne mål om fysisk og sosial

fungering (Coleman, Parry, Chalmers & Min, 2006; Crocker et al., 2013; Page, Clifford, Potter, Schwartz & Etherton-Beer, 2016; Reeve et al., 2013; Varkey et al., 2007). En viktig forutsetning for optimale resultater er innføring av systematisk tidlig identifisering av innbyggere med kronisk sykdom med behov for koordinerte og sammensatte tiltak (Grimsmo, Mead & Steinsbekk, 2018; Thorlby & Vrijhoef, 2016).

Studier av eldre innbyggere med multiple kroniske sykdommer forteller at majoriteten i hovedsak prioriterer opprettholdelse av fysisk og kognitiv funksjonsevne samt lindring av symptomer (Fried, Tinetti & Iannone, 2011; Hall, Webb & Tamayo-Friedel, 2014). Innbyggere i Norge har et reelt ønske om å få et en større medbestemmelse i valg av tiltak (Carlsen & Aakvik, 2006), noe som er i samsvar med mandatet gitt Blankholmutvalget å undersøke. *Samvalg* er betegnelsen på et verktøy for en profesjonell dialog med pasienter som ivaretar likeverd og autonomi (Charles, Gafni & Whelan, 1999; Helsedirektoratet, 2017). Kontrollerte studier viser at pasienter i de fleste situasjoner er mer konservative i valg av behandling enn helsepersonell, og at samvalg bidrar til økt pasienttilfredshet og bedre resultater samt er kostnadseffektivt (Stacey, Samant & Bennett, 2008).

REFERANSER

- 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. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Carlsen, B. & Aakvik, A. (2006). Patient involvement in clinical decision making: the effect of GP attitude on patient satisfaction. *Health Expectations*, 9(2), 148–157. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2006.00385.x>
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician–patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci & Med*, 49(5), 651–661. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00145-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00145-8)
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S. & Min, S.-J. (2006). The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med*, 166(17), 1822–1828. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822>
- 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 Syst Rev* (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004294.pub3>
- DuGoff, E. H., Canudas-Romo, V., Buttorff, C., Leff, B. & Anderson, G. F. (2014). Multiple Chronic Conditions and Life Expectancy: A Life Table Analysis. *Med Care*, 52(8), 688–694. <https://doi.org/10.1097/mlr.000000000000166>
- Fjaertoft, H., Indredavik, B. & Lydersen, S. (2003). Stroke Unit Care Combined With Early Supported Discharge: Long-Term Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *Stroke*, 34(11), 2687–2691. <https://doi.org/10.1161/01.str.0000095189.21659.4f>
- Fried, T. R., Tinetti, M. E. & Iannone, L. (2011). Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions. *Arch Intern Med*, 171(1), 75–80. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.318>
- Garåsen, H., Windspoll, R. & Johnsen, R. (2008). Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scand J Publ Health*, 36(2), 197–204. <https://doi.org/10.1177/1403494808089685>
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2018). Disease-specific clinical pathways – are they feasible in primary care? A mixed-methods study. *Scand J Prim Health Care*, 36, 1–9. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1459167>
- Grimsmo, A., Mead, S. B. & Steinsbekk, A. (2018). Helsehjelp til rett tid. *Tidsskr Nor Legeforen*, 138(7), 634–636. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0591>
- 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. <https://doi.org/10.1097/JAC.0000000000000017>
- Harrison, C., Henderson, J., Miller, G. & Britt, H. (2017). The prevalence of diagnosed chronic conditions and multimorbidity in Australia: A method for estimating population prevalence from general practice patient encounter data. *PLoS One*, 12(3), e0172935. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172935>
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Kasteridis, P., Street, A., Dolman, M., Gallier, L., Hudson, K., Martin, J. & Wyer, I. (2015). Who would most benefit from improved integrated care? Implementing an analytical strategy in South Somerset. *Int J Integr Care*, 15(1), e001. <http://doi.org/10.5334/ijic.1594>
- Nilsson, P. (2016). *Samordnad vård och omsorg: en analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Hentet fra <https://www.vardanalys.se/rapporter/samordnad-var-d-och-omsorg/>
- Page, A. T., Clifford, R. M., Potter, K., Schwartz, D. & Etherton?Beer, C. D. (2016). The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *Brit J Clin Pharm*, 82(3), 583–623. <https://doi.org/10.1111/bcp.12975>
- 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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-121>
- Smith, S. M., Wallace, E., O'Dowd, T. & Fortin, M. (2016). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006560.pub3>
- Stacey, D., Samant, R. & Bennett, C. (2008). Decision Making in Oncology: A Review of Patient Decision Aids to Support Patient Participation. *CA: Cancer J Clinicians*, 58(5), 293–304. <https://doi.org/10.3322/CA.2008.0006>
- Statistisk sentralbyrå (2017). Omsorgstenester: Tabell 7. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar>
- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., McCrory, C., d'Errico, A., . . . Kivimäki, M. (2018). Socioeconomic status, non-communicable disease risk factors, and walking speed in older adults: multi-cohort population based study. *BMJ*, 360, k1046. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1046>
- Thorlby, R. & Vrijhoef, H. J. M. (2016). *Developing care for a changing population: supporting patients with costly, complex needs* (Discussion

paper, May 2016). Hentet fra <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/developing-care-for-a-changing-population-supporting-patients-with-costly-complex-needs>

Tinetti, M. E., Fried, T. R. & Boyd, C. M. (2012). Designing health care for the most common chronic condition—multimorbidity. *JAMA*, 307(23), 2493–2494. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.5265>

Varkey, P., Cunningham, J., O'Meara, J., Bonacci, R., Desai, N. & Sheeler, R. (2007). Multidisciplinary approach to inpatient medication reconciliation in an academic setting. *Am J Health Syst Pharm*, 64(8), 850–854. <https://doi.org/10.2146/ajhp060314>

Wallace, E., Salisbury, C., Guthrie, B., Lewis, C., Fahey, T. & Smith, S. M. (2015). Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*, 350, h176. <https://doi.org/10.1136/bmj.h176>