



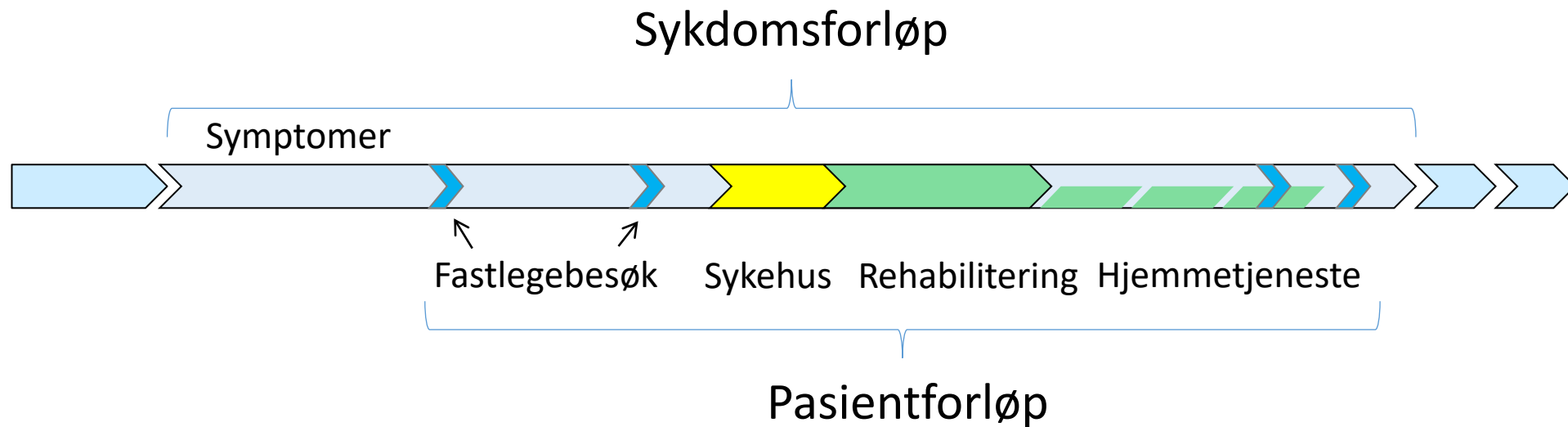
Tidlig innsats i gode pasientforløp. Hva innebærer det og hvorfor er dette viktig?

Anders Grimsmo
Andre nettverkssamling



Pasientforløp

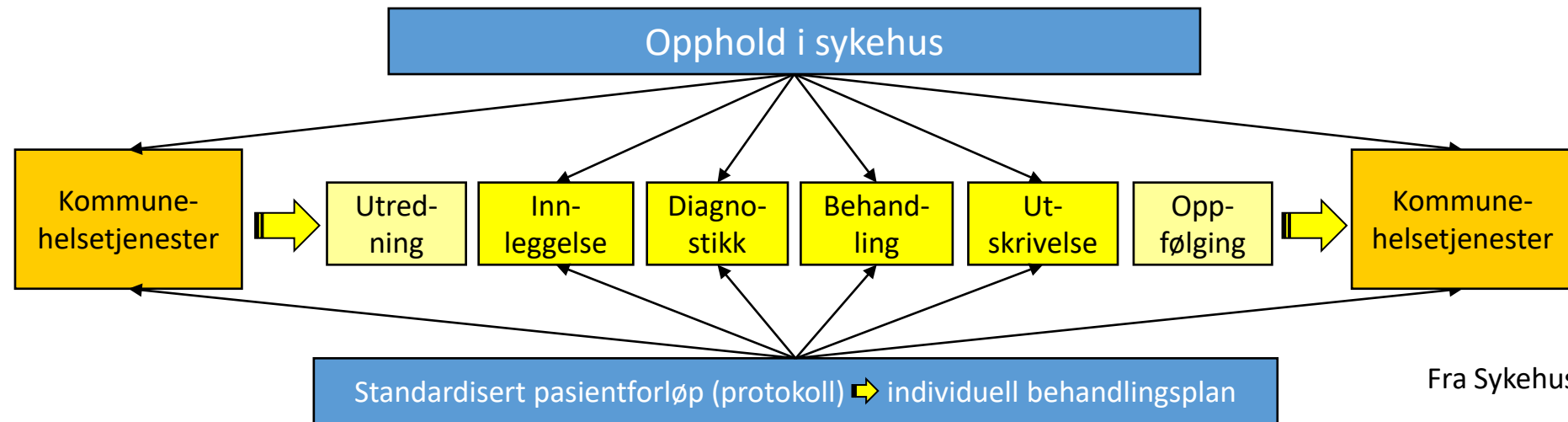
Helsetjenestens viktigste verdikjede



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

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

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

Sykepleier kommune Case B

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

Sykepleier kommune Case A

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

Hofteopererte

- Demens 30 %
- Diabetes 20 %
- Hjertesvikt 10%
- KOLS 7 %
- Delir 50 %
- osv.
- Skrøpelig 25 %
- Polyfarmasi 50 %

Bo hjemme alene

- Funksjonsevne:
 - fysisk
 - kognitivt
- Ernæring
- Sosialt nettverk
- Boforhold
- Sikkerhet
- Målsetting og preferanser

Pasientene “uteblir” når de skrives ut i primærhelsetjenesten

Sykepleier kommune, case B:

- «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 A:

- «De to første forløpene (KOLS, slag) har ikke vært så veldig mye i bruk. Vi har ikke hatt aktuelle pasienter, - (pause) men dem kjem nok før eller siden»

Standardisert rate utskrivninger per år
hjemmesykepleiepasienter per 10,000
innbyggere per år

KOLS	Hjerte svikt	Slag	Hofte brudd
22	13	11	12

Hvis pasienter fordeles likt i hjemmesykepleien, vil hver sykepleier oppleve:

- 0,5 per år utskrevet for KOLS
- 0,3 per år for hjertesvikt
- 0,2 per år for slag
- 0,4 per år for hoftebrudd



Oppgaveoverføring til primærhelsetjenesten

- Diagnose-spesifikke kliniske faglige retningslinjer støtter i liten grad koordinering av tjenestene ved utskrivning og videre oppfølging av innbyggere med multisykdom
- Den lave frekvensen av mottak av utskrivningsklare pasienter i primærhelsetjenesten med viktige kroniske sykdommer:
 - begrenser i stor grad hvilke oppgaver som kan overføres fra spesialisthelsetjenesten
 - spesialisering av sykepleiere mht. diagnoser er hverken funksjonelt eller bærekraftig

Grimsmo A et al. Disease-specific clinical pathways – are they feasible in primary care? A mixed-methods study. Scand J Prim Health Care. 2018;36:1-9.

Helsefaglige tiltak – med dokumentert effekt

Pasientgrupper

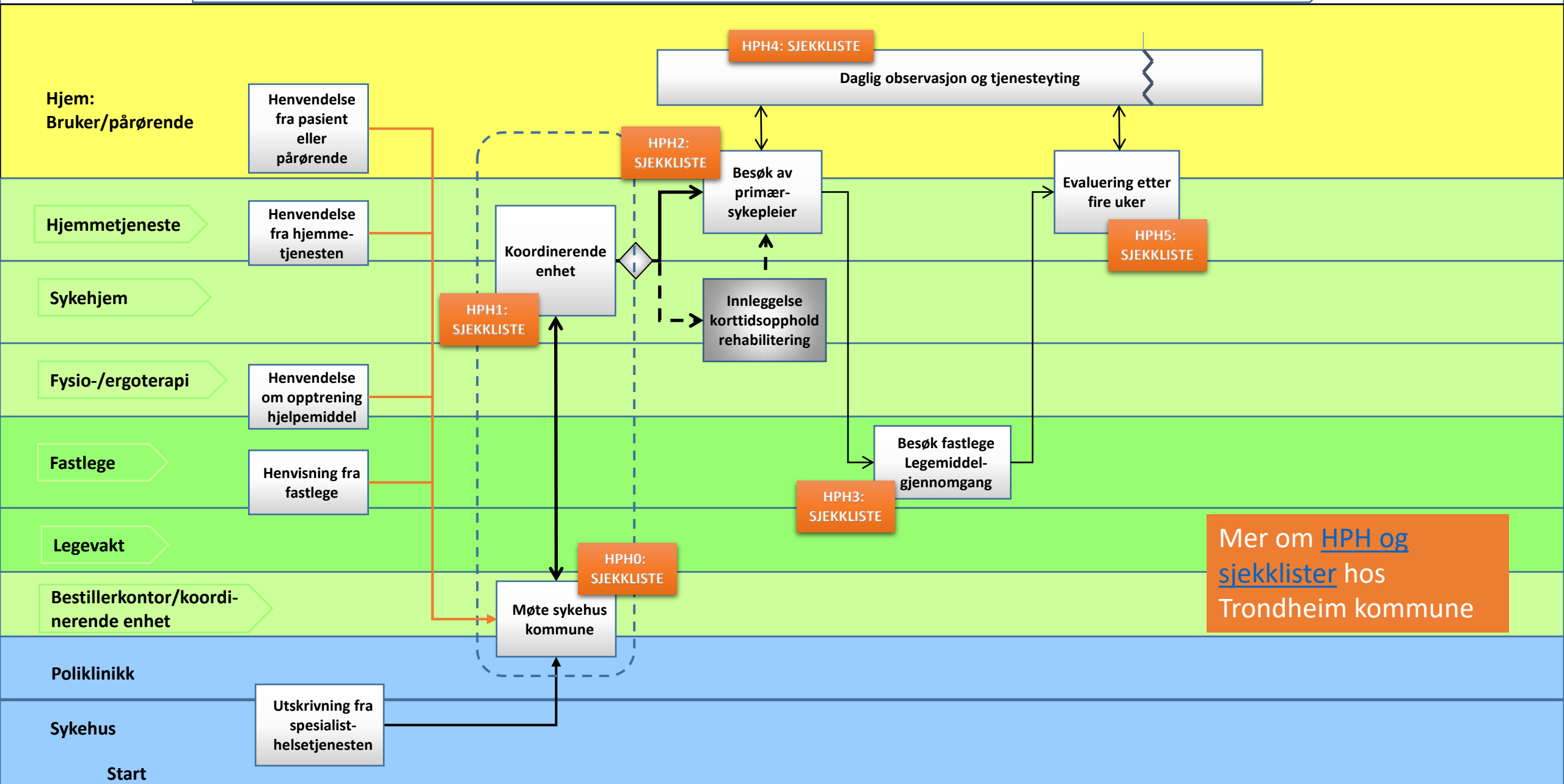
- Slagpasienter
- Kronisk lungesyke
- Hjertepasienter
- Hofteopererte
- Geriatiske pasienter

Felles kjennetegn for suksess:

- Tidlig mobilisering, tidlig utskriving
- Med vante oppgaver i vante omgivelser (pre-/rehabilitering)
- 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

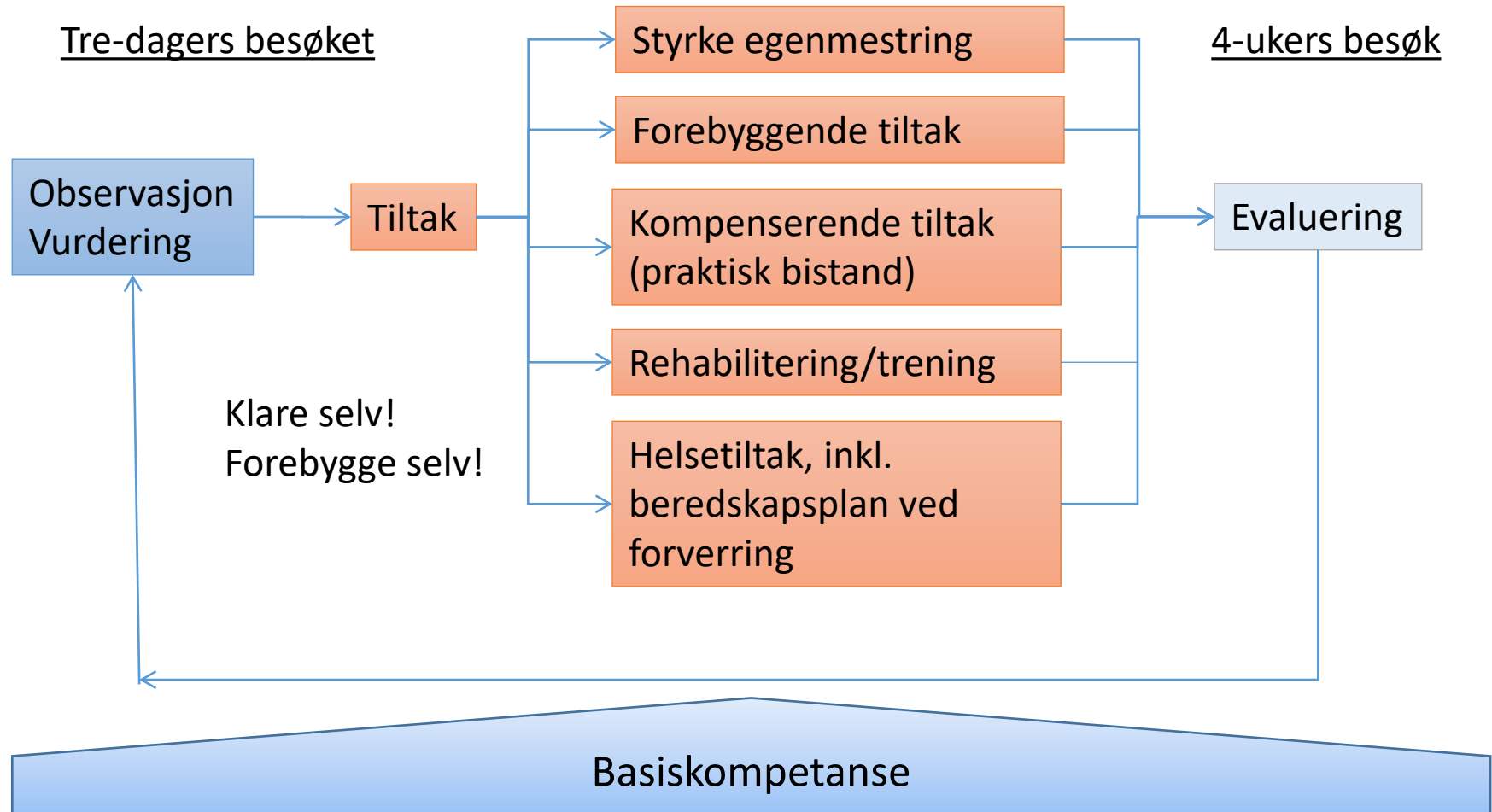
Verhaegh KJ et al. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. [Health Affairs. 2014;33\(9\):1531-9](#)

Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



Mer om [HPH og sjekklister](#) hos Trondheim kommune

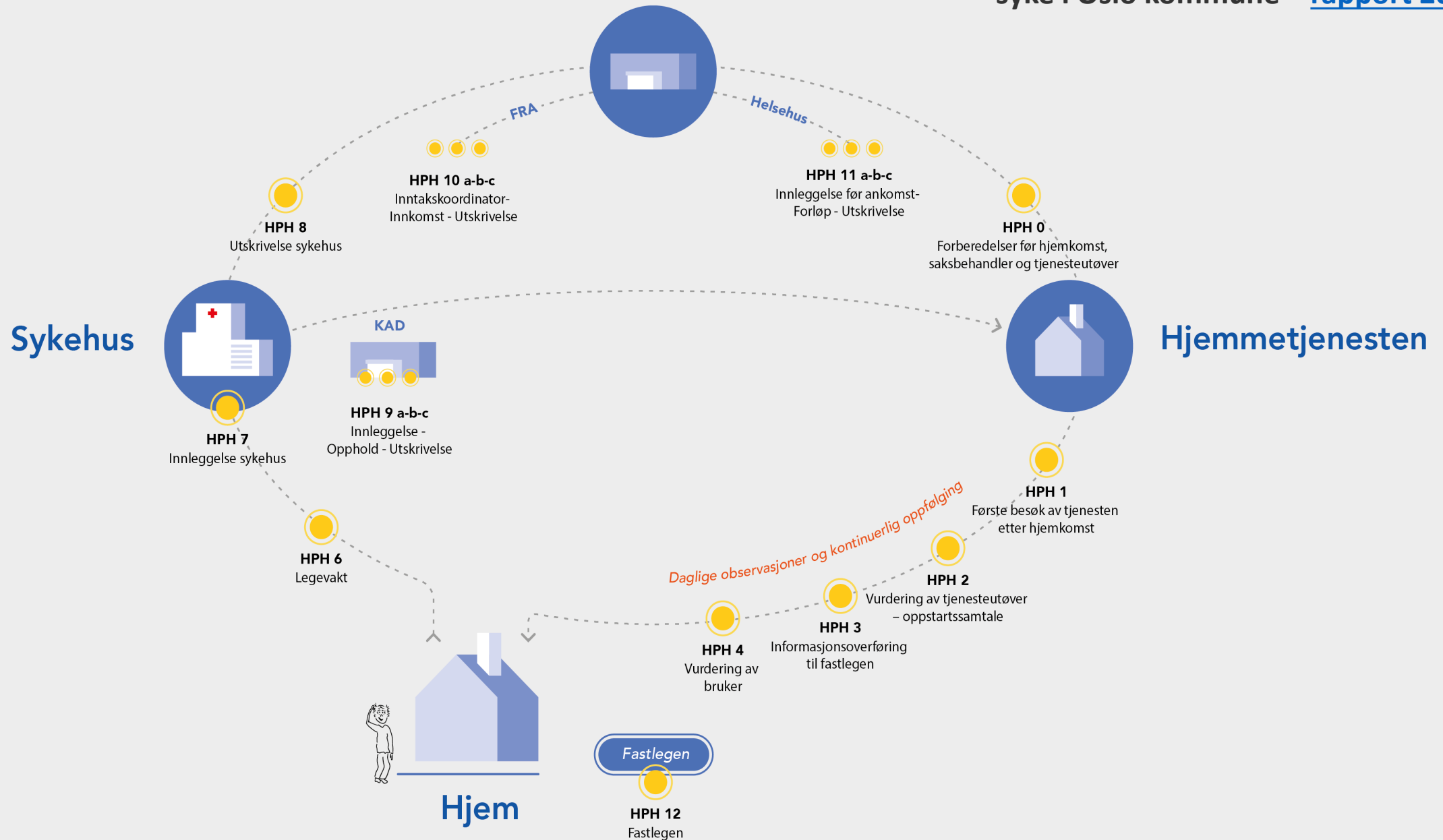
Oppfølgingsplan for pasienten





FRA Helsehus

Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke i Oslo kommune – [rapport 2019](#)





Erfaringer fra implementering av pasientforløp

Viktige faktorer for utfallet:

- Kommunalt vedtak
- Tett oppfølging ved ledere / nøkkelpersonell + Drilling av ansatte
- Tilrettelegge arbeidshverdag + tilpasning til eksisterende rutiner
- Nytte for pasient, og for individuell arbeidstaker, gruppe, leder
- Tilbud til alle pasientene

Røsstad T, Garåsen H, Steinsbekk A, Håland E, Kristoffersen L, Grimsmo A. Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. BMC Health Services Research. 2015;15:86.



Tidlig innsats i gode pasientforløp

Hvorfor og hvordan?

Organisering av proaktiv intervensjon og forebygging

← Involvering og medbestemmelse →

Tidlig identifisering

Undersøkelse/validering

Planlegging, intervensjon

Informasjon, oppfølging

- Henvendelse om hjelp
- Rekruttering ved funn
- Forebyggende hjemmebesøk
- Sjekklistor
- Forebyggende risiko kartlegging

Kjennetegn økende risiko helse- og funksjonsfall:

Multiple kroniske sykdommer

Polyfarmasi

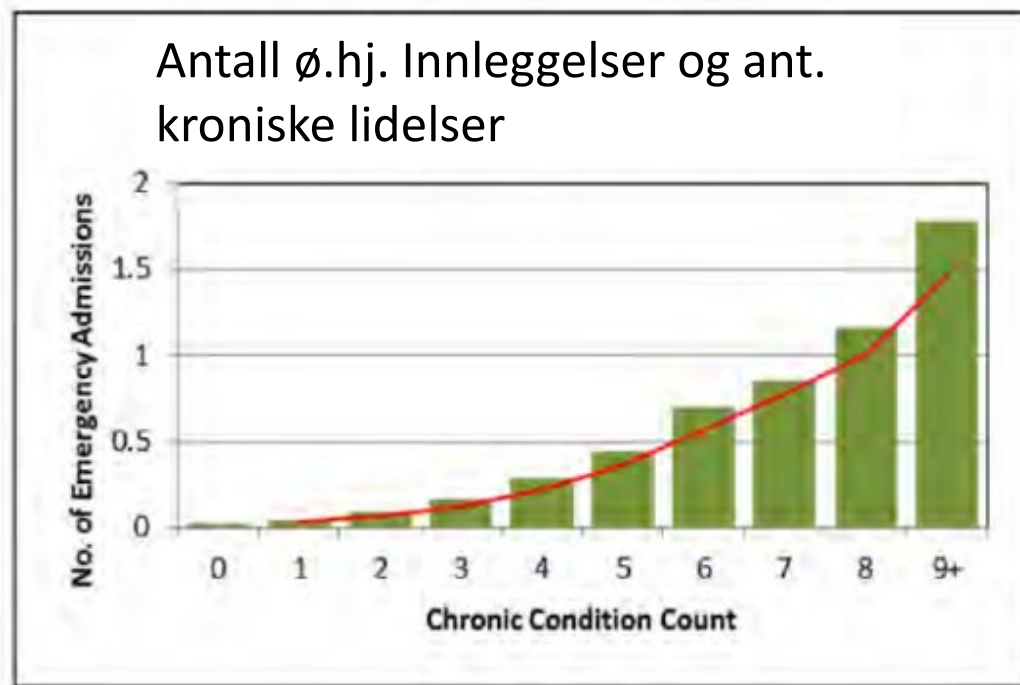
Økt bruk av legevakt

Sykehusinnleggelse

Økende bruk av andre helse- og sosialtjenester

Demografiske og sosio-økonomiske faktorer

Antall kroniske diagnoser er god indikator på risiko for ø.hj. innleggelser og leveutsikter



Source: Central Southern Commissioning Support unit, NHS¹¹⁹

Redusert leveutsikt 67 år gammel
sammenlignet med ingen kronisk sykdom:

5 kroniske lidelser	8 år
10 kroniske lidelser	18 år

CLINICAL FRAILTY SCALE NORWEGIAN

	1	VELDIG SPREK	Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.
	2	SPREK	Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer , men er mindre sprekke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til , f.eks. sesongbasert.
	3	KLARER SEG BRA	Personer med velkontrollerte medisinske problemer , selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.
	4	LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpne. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet . De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte ila dagen.
	5	LEVER MED MILD SKRØPELIGHET	Disse er mer tydelig langsomme , og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.

	6	LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET	Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stille hjemmet . Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).
	7	LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET	Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).
	8	LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET	År helt beroende av andre for sin personlige vård, og nærmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.
	9	TERMINALT SYK	Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit . (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).

SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skrøpeligheit tilsvarer vanligvis graden av demens (CFS 5,6,7 eller 8). Vanlige symptomer ved **mild demens** inkluderer det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, selv om man husker selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene/historiene og sosial tilbaketrekking.

Ved **moderat demens** er korttidsminnet svært svekket, selv om de virker å huske hendelser fra tidligere i livet. De kan ivareta egenomsorg under veiledning.

Ved **alvorlig demens** må de ha hjelp til all egenomsorg.

Ved **svært alvorlig demens** er de ofte seneliggende. Mange har mistet all språk.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved.
For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca

Translated with permission by Rostoft 5, Engstad TT, Sjøbo B, Flaatten H.

Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.



Klinisk kartlegging av skrøpeligheit

Clinical frailty Scale (CFS)
Norsk versjon

Hensikt:

Tidlig identifisering og forebygging

Flaatten H, et al. Reliability of the Clinical Frailty Scale in very elderly ICU patients: a prospective European study. Ann Intensive Care. 2021;11(1):22.

UiB

Funksjonstesting: 4 meter gangtest

Måler allment fysisk funksjonsnivå og funksjonsfall, predikerer falltendens og leveutsikter. Brukes også som supplerende undersøkelse i utredning av depresjon og demens

Demonstrasjon: [video](#) (Ergoterapitjenesten Trondheim)

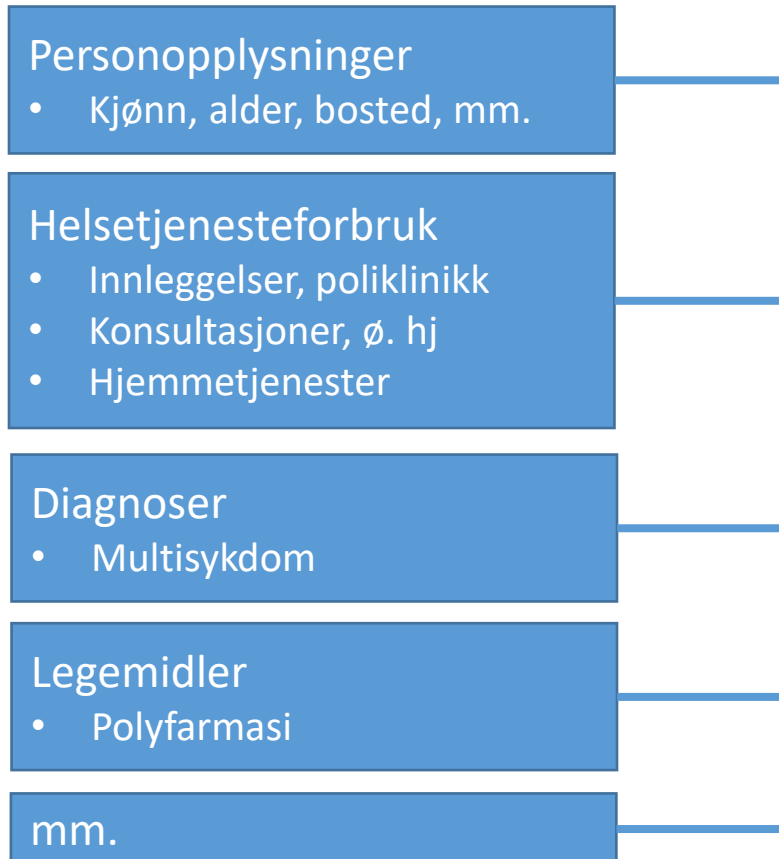
Beskrivelse og vurderinger:

- Foretrukket ganghastighet – testen som forteller «alt» om eldre mennesker? – [Fysioterapeuten 5/2013](#)
- Testing av fysisk funksjon hos eldre - [Legetidsskriftet 2013](#)

Litteratur: Cesari M. Role of gait speed in the assessment of older patients. [JAMA](#). 2011;305(1):93-4



Datakilder



Prediksjonsmodeller

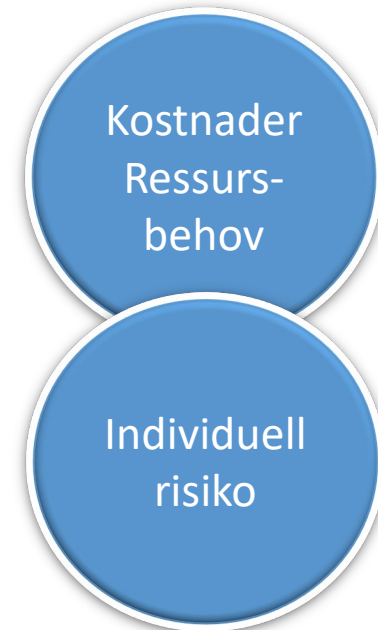
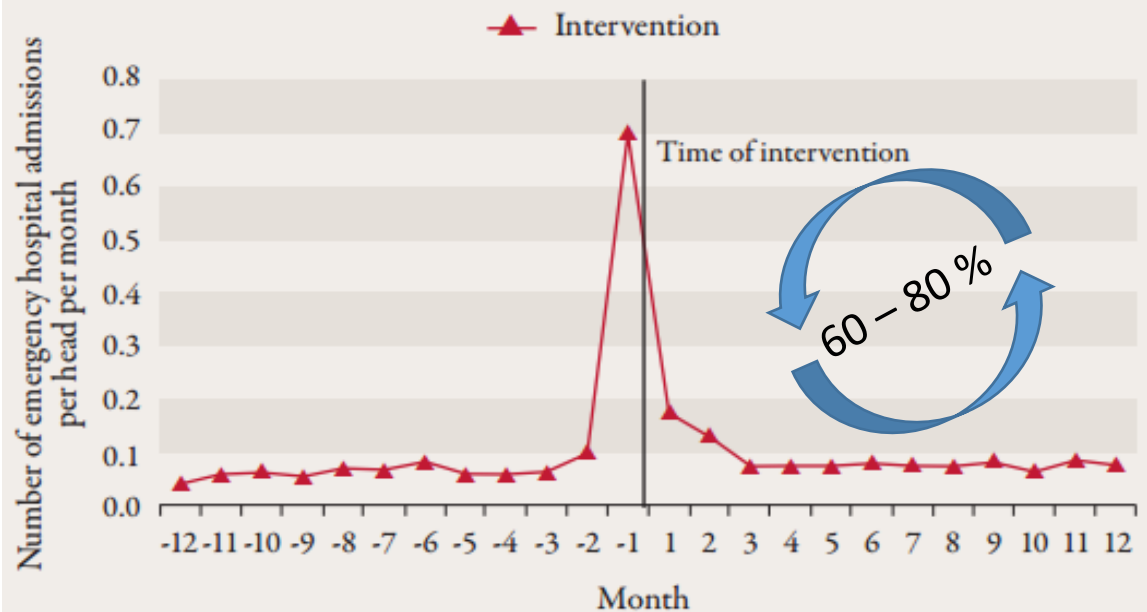


Figure 3a and 3b: Example of analysis of control group and intervention group

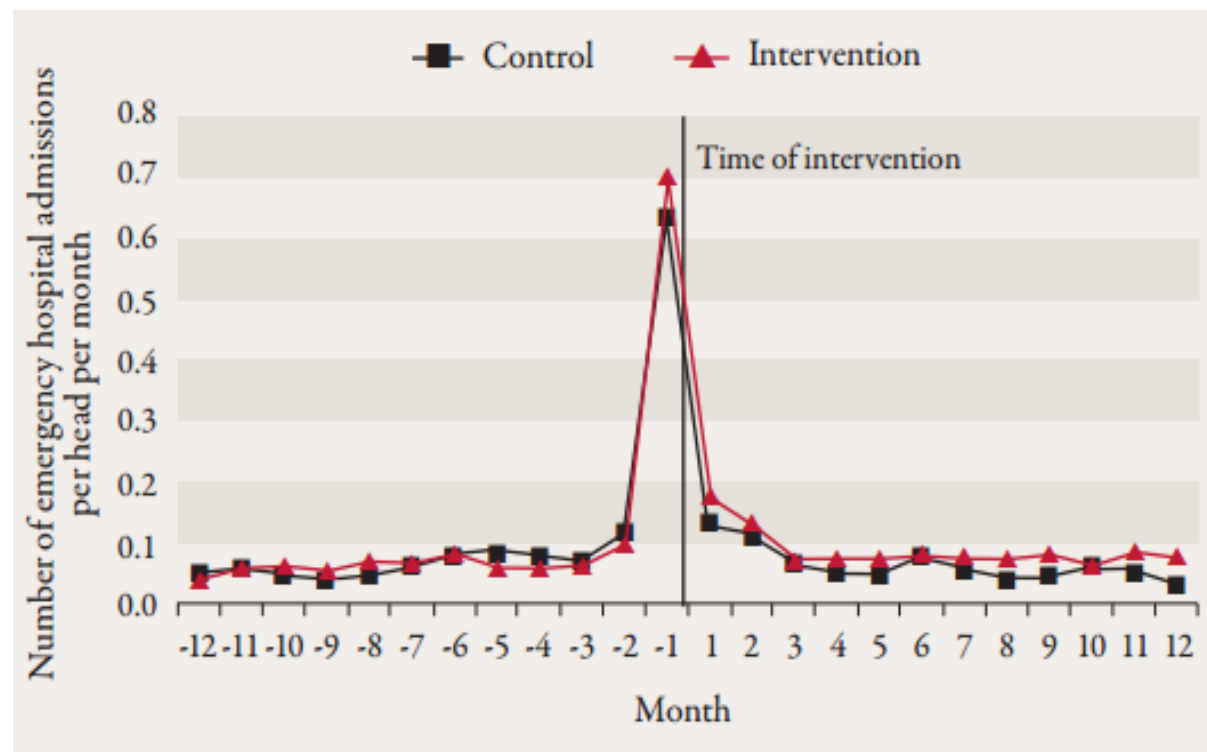


Figur 3b viser et forsøk hvor man sammenlignet en gruppe som fikk tidligintervensjon (rød) mot en kontrollgruppe (svart). Det ble raskere færre innleggelser i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen

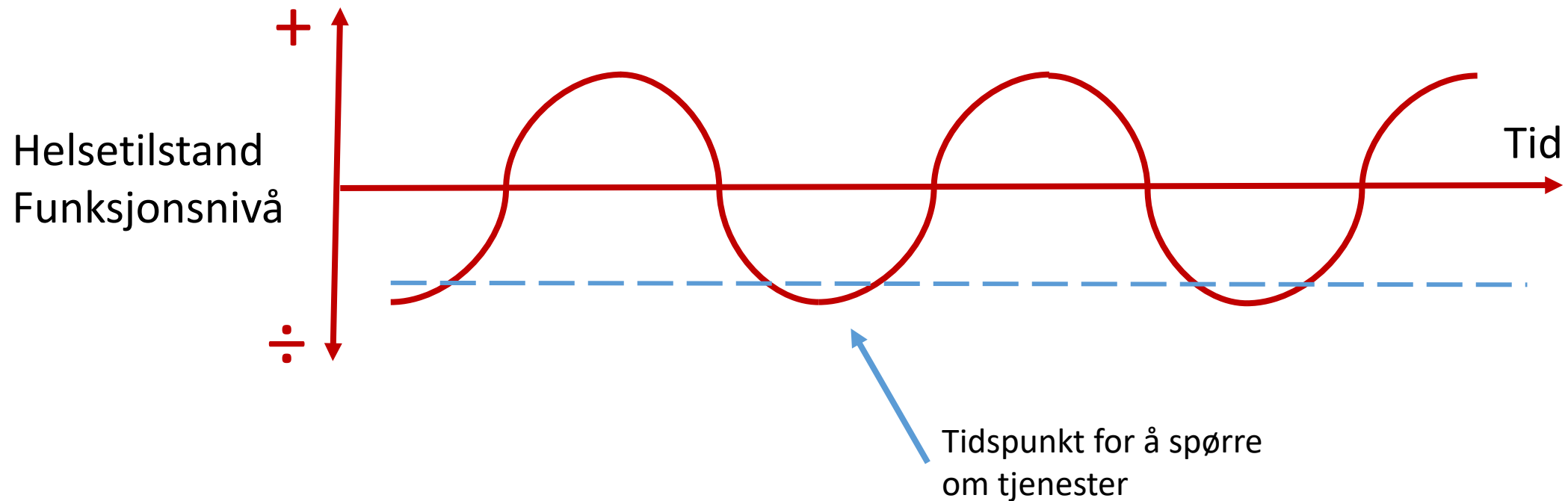
Tidlig intervensjon

5 % av de som legges inn ett enkelt år står for 1/3 av alle akuttinnleggelser dette året. (figur 3a)

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



«Vandringen mot midten»



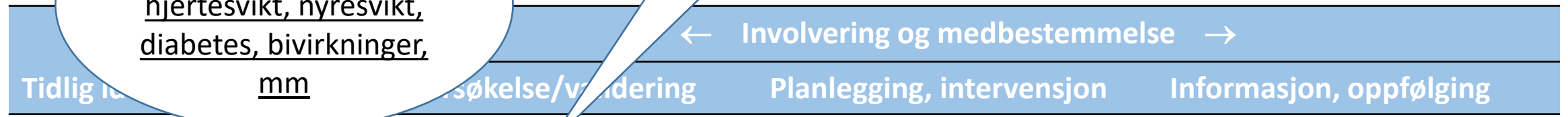


Om proaktivt utredning og forebygging

«Hva er viktig for deg»
Samvalg

F.eks. depresjon,
begynnende demens,
hjertesvikt, nyresvikt,
diabetes, bivirkninger,
mm

← Involvering og medbestemmelse →



- Henvendelse om hjernefunksjon
- Rekruttering ved funn
- Forebyggende hjemmebesøk
- Sjekklistor
- Forebyggende risiko kartlegging

- Individuelle mål og preferanser
- Hjemmebesøk/bosituasjon
- Funksjonsvurdering
- Medisinsk vurdering av underliggende årsak til funksjonsfall
- Legemiddelgjennomgang, og avmedisinering

- Tverrfaglig planlegging av bredt sammensatte tiltak
- Funksjonsforbedring: hjelpemidler, styrketrening, rehabilitering
- Risikoreduksjon: f.eks. Uteblivelse, kontinuitet, Isolasjon/ensomhet, feilernæring, fall, brann

Se: [Rundskriv I-5-2017 Om å utrede potensialet for rehabilitering](#)
HealthNavigator. Fyra områden för att undvika onödiga sjukhusvistelser. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.



Cochrane Database Syst Rev. 2016

doi: 10.1002/14651858.CD006560.pub3

Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings

Conclusions

- Interventions to date have had mixed effects, although are likely to be more effective if targeted at *self care*, *functional difficulties* and *risk factors*.

• Veiledning
• Opplæring
• Motivering
• Egenomsorg

Trening, muskelstyrke
Hjelpemidler

• Bivirkninger, polyfarmasi
• Tap av kontakt med helsetjenesten
• Depresjon
• Tap av sosialt nettverk
• Immobilitet
• Underernæring
• Fall, brann, delir, etc

Oppsummerende forskningsstudier

Effekter av rehabilitering

- Blir boende lengre hjemme
- Mindre behov for institusjonsplasser
- Færre innleggelses i sykehus
- Økt bevegelsesevne og mindre ustø
- Reduserte kommunale utgifter

Hva virker?

- Tverrfaglig tilnærming
- Sammensatte tiltak
- Progressiv styrketrening
- Funksjons- og ferdighetstrening



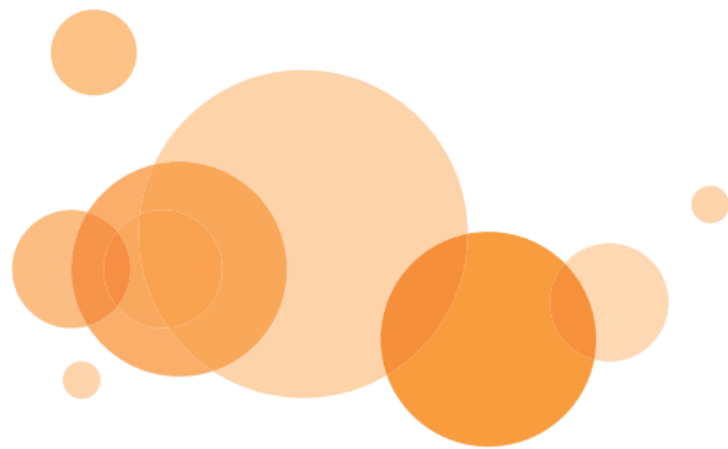


Helse- og omsorgsdepartementet

Særtrykk til
Prop. 1 S (2016–2017)

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering

(2017–2019)



Rundskriv I-5/2017.

Om å utrede potensialet for rehabilitering

Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler på denne bakgrunn at kommunene i sin saksbehandling utreder rehabiliteringsbehov og rehabiliteringspotensialet, før det iverksettes permanente tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne.

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.



TRONDHEIM KOMMUNE





Suksessfaktorer ved en intermediæravdeling

- Økt lege- og sykepleierbemanning (30 %) understøttet av tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten og kompetanseoverføring
- Tilbud om rehabilitering straks og bedre tid til å legge til å planlegge tilbakeføring til hjemmet (inntil 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

Hofteopererte

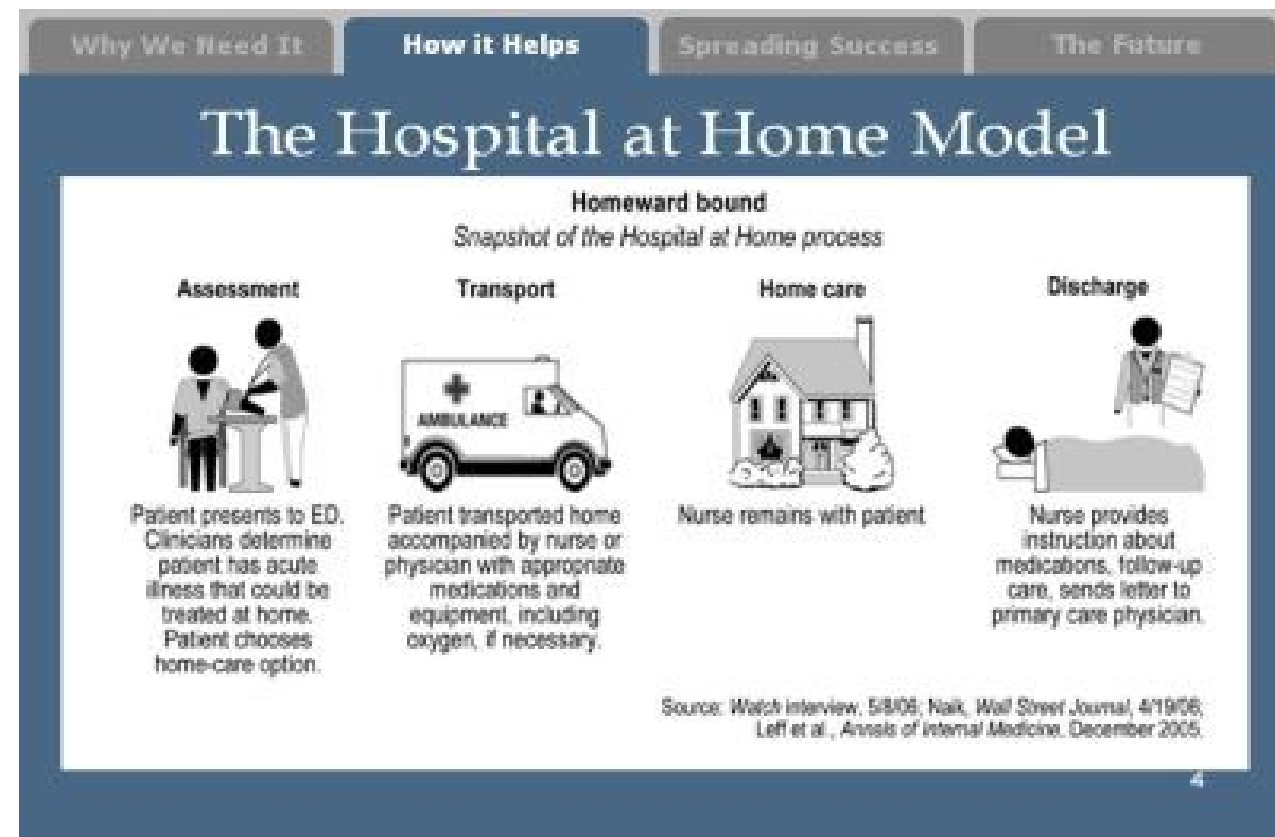
- Demens 30 %
- Diabetes 20 %
- Hjertesvikt 10%
- KOLS 7 %
- Delir 50 %
- osv.
- Skrøpelig 25 %
- Polyfarmasi 50 %

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

«Hospital at home - hjemmesykehus»



- «Kjente personer» 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), og etter gjensidig kompetanseutveksling
- De beste resultatene blir oppnådd når spesialisthelsetjenesten rykker ut til hjemmet (også prøvd i Norge).
- Teamet bistår også ved tidlig hjemsending ved å følge pasienten hjem.
- Inntil 30 % kostnadsreduksjon



Organisering av proaktiv intervensjon og forebygging

← Involvering og medbestemmelse →

Tidlig identifisering

- Henvendelse om hjelp
- Rekruttering ved funn
- Forebyggende hjemmebesøk
- Sjekklistor
- Forebyggende risiko kartlegging

Undersøkelse/validering

- Individuelle mål og preferanser
- Hjemmebesøk/bosituasjon
- Funksjonsvurdering
- Medisinsk vurdering av underliggende årsak til funksjonsfall
- Legemiddelgjennomgang

Planlegging, intervensjon

- Tverrfaglig planlegging av bredt sammensatte tiltak
- Funksjonsforbedring: hjelpemidler, styrketrening, rehabilitering
- Risikoreduksjon: f.eks. Isolasjon/ensomhet, feilernæring, fall, brann

Informasjon, oppfølging

- Motivering
- Styrke egenomsorg
- Involvering av pårørende
- Oppfølging med telefon, hjemmebesøk eller av frivillige
- Dagopphold
- Velferdstjenester og velferdsteknologi

Dokumenterte forebyggende tiltak seint i livet

- Sunt kosthold
- God hygiene
- Fysisk trening
- Fallforebygging
- Sosialt nettverk
- Legemiddelloptimalisering/
avmedisinering



Oppfølging av personer med store og sammensatte behov

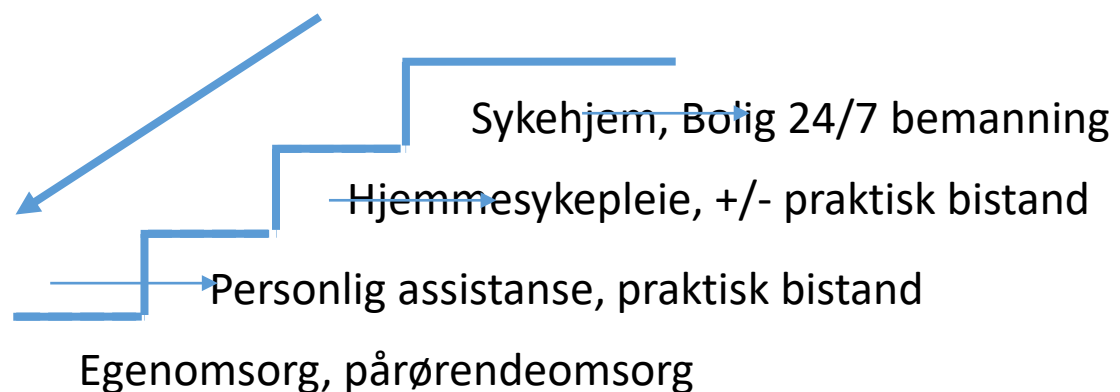
1. Bedre oppfølging av pasienter og brukere med omfattende behov for tjenester krever tydelig ledelse
2. Hvem er pasienter og brukere med store og sammensatte behov
3. Myndiggjorte pasienter, brukere, fagpersoner og team
4. Metoder og verktøy for systematisk kvalitetsforbedring for helhetlige og koordinerte tjenester
5. Kompetansebehov og kompetanseplanlegging
6. Hvordan observere, oppdage og identifisere behov for tjenester
7. Strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team
8. Helhetlige pasientforløp



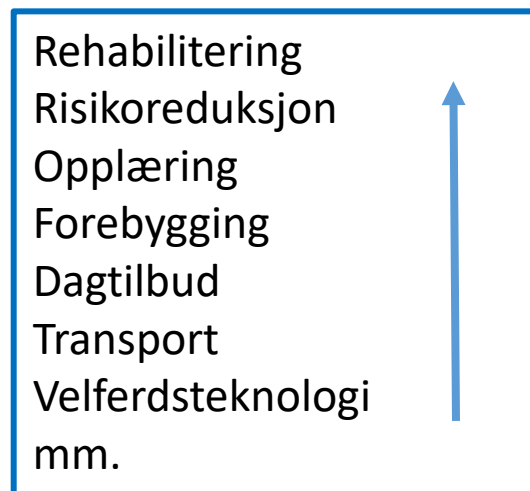


Omsorgstrappa

(Lang)varige omsorgstjenester



Forebyggende innsatstjenester



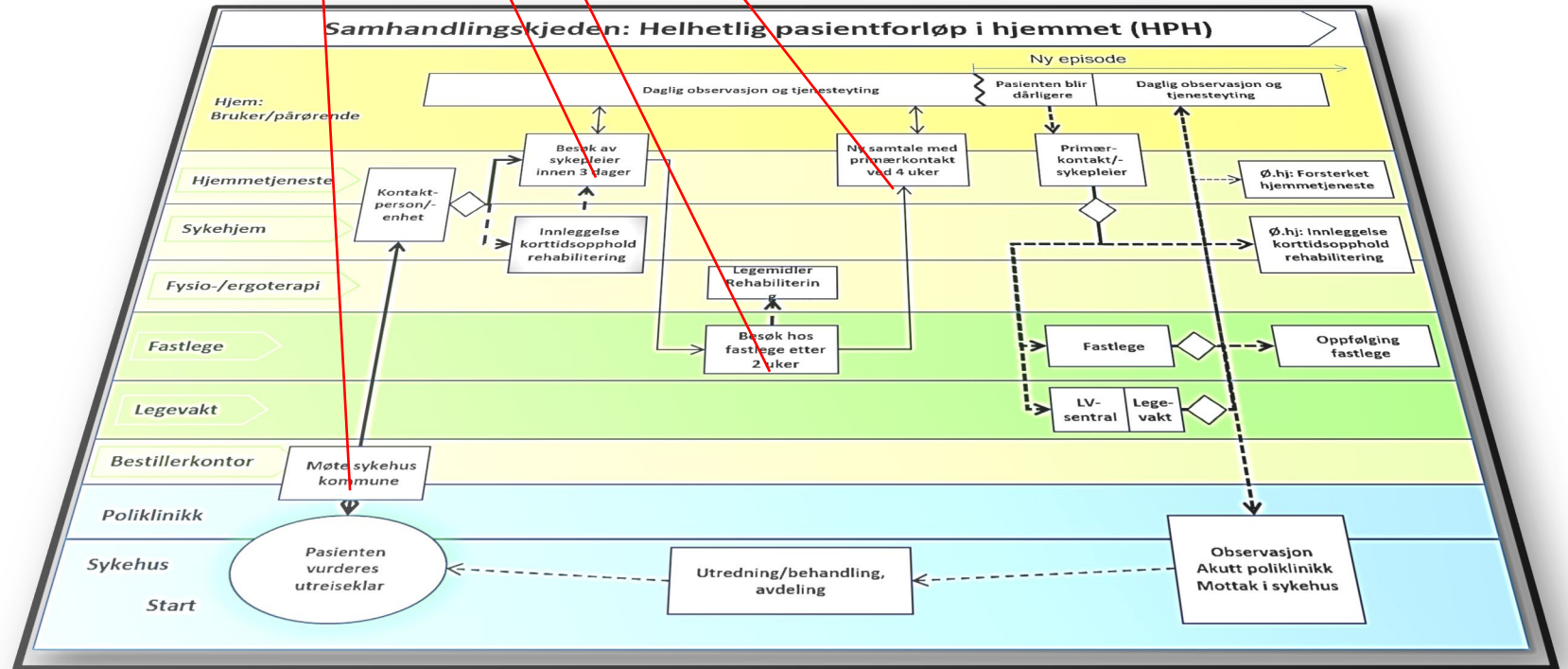


Indikatorsett for gode pasientforløp

Indikatorsett for gode pasientforløp, fylles ut av primærkontakt, dokumenteres i pasientens journal:

Pasient / Løpnummer:	Utskrivningsdato	Reinleggelsesdato	Utførelse			Evaluering			Kommentarer
			Ja	Nei	Ikke aktuelt	Hva er viktig for deg? (PSFS)	COPM funksjon	COPM utreise	
1	Vurdere henvendelsen med tanke på behov for iverksett oppfølging								
2	Kommune og sykehus/kommunal institusjon har planlagt utreisen sammen								
3	Informasjon og forberedelse av utreise er gjort sammen med pasient/pårørende								
4	Vurdering av pasientens funksjon er foretatt i henhold til sjekkliste og måleinstrument som «Hva er viktig for deg?» eller COPM								
5	Oppfølgingen styres av det som er viktig for pasienten								
6	Fastlege: Klinisk utredning og legemiddelgjennomgang								
7	Ny vurdering etter 4 uker av pasientens funksjon foretatt i henhold til sjekkliste/måleinstrument som «Hva er viktig for deg?» eller COPM								
8	Pasientens opplevelse av oppfølgingen / samhandlingen er kartlagt ved intervju eller spørreundersøking								
Prosent etterlevelse av indikatorsettet									
Opplevd nytte / resultater									

HPH – flytskjema for gode pasientforløp



EPJ-nr.:		Henvendelse om vurdering fra: <input type="checkbox"/> Vært innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Vært innlagt KØH/ØHD			STATUS: <input type="checkbox"/> Ny søker om tjenester <input type="checkbox"/> Mottar praktisk bistand	
Initialer:		<input type="checkbox"/> Fastlege <input type="checkbox"/> Fysio. / ergo. <input type="checkbox"/> Hjemmetjenesten	<input type="checkbox"/> Mottar hjemmesykepleie <input type="checkbox"/> Ønsker institusjonsplass <input type="checkbox"/> Annet			
		<input type="checkbox"/> Pasient/pårørende <input type="checkbox"/> Annet:				

Målepunkter for det Gode pasientforløpet

		Utført			Kommentarer	
		Ja	Nei	Ikke aktuelt		
1	Forberedelse av mottak					
1a	Tilstrekkelig informasjon for videre oppfølging av pasienten er mottatt / innhentet via e-link eller samtale.	x				
1b	Sjekkliste for forberedelse av hjemkomst er gjennomført og dokumentert.	x				
1c	Behov for innsatsteam / rehabilitering er vurdert.	x				
2	Besøk av sykepleier innen 3 dager					
2a	Sjekkliste for hjemmebesøk / innkomst er gjennomført.	x				
2b	"Hva er viktig for deg?" samtale er gjennomført.	x		3		
2c	4 meter gangtest er gjennomført			x	For tidlig for pasienten	
3	Vurdert av fastlege innen 2 uker					
3a	Hjemmesykepleien har sendt fastlegen informasjon før konsultasjon	x				
3b	Konsultasjon, eller alternativt hjemmebesøk, er gjennomført av fastlegen.	x				
3c	Oppsummering fra fastlegen er mottatt/innhentet.		x			
4	Oppfølging / evaluering er gjort innen 5 uker					
4a	Sjekkliste for oppfølging og evaluering er gjennomført.	x				
4b	"Har vi lykket med det som er viktig for deg?" - samtale er gjennomført.	x		8		
4c	Andre 4 meter gangtest er gjennomført	x			0,7 m/s	
4d	Oppfølging / evaluering innen 6 mnd er planlagt	x				
		Prosent etterlevelse av målepunktene			92	
		Opplevelse av endring i funksjon			5	