



# Oppfølgingsteam og målepunkter for gode pasientforløp?

Nasjonalt læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp

Tredje samling

Anders Grimsmo

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Norsk Helsenet

# Steg i utviklingen av pasientforløp

Beskrive dagens pasientforløp. Identifisere situasjoner med risiko for svikt – både innen og mellom tjenestene

Utarbeide pasientforløp som reduserer risiko for svikt og blir mer sømløse

Implementere og videreføre pasientforløpet



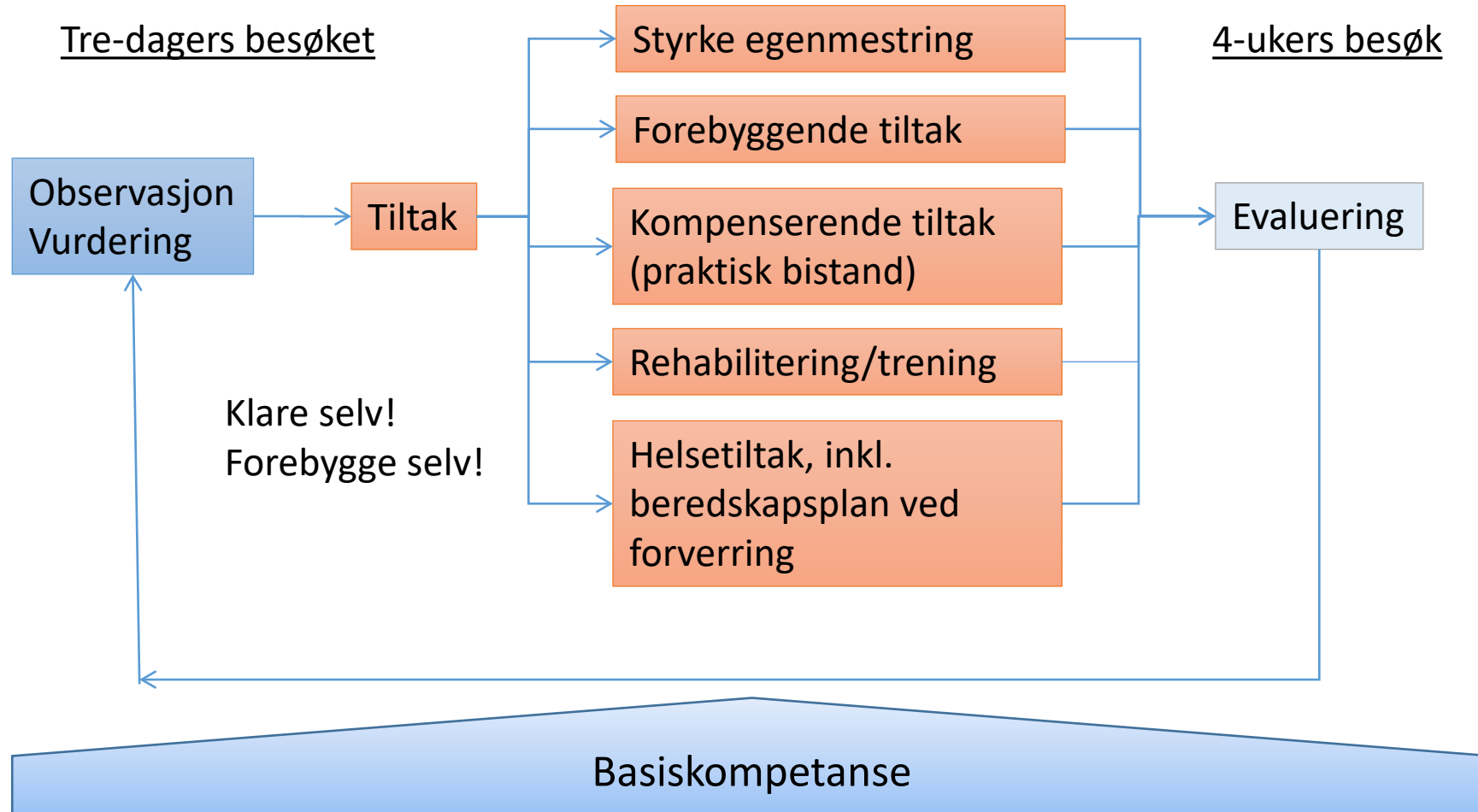
# Erfaringer fra implementering av pasientforløp

Viktige faktorer for utfallet:

- Kommunalt vedtak med mandat
- 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.

# Oppfølgingsplan for pasienten



# Pasienter i primærhelsetjenesten – utfordringer og forekomst

## 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

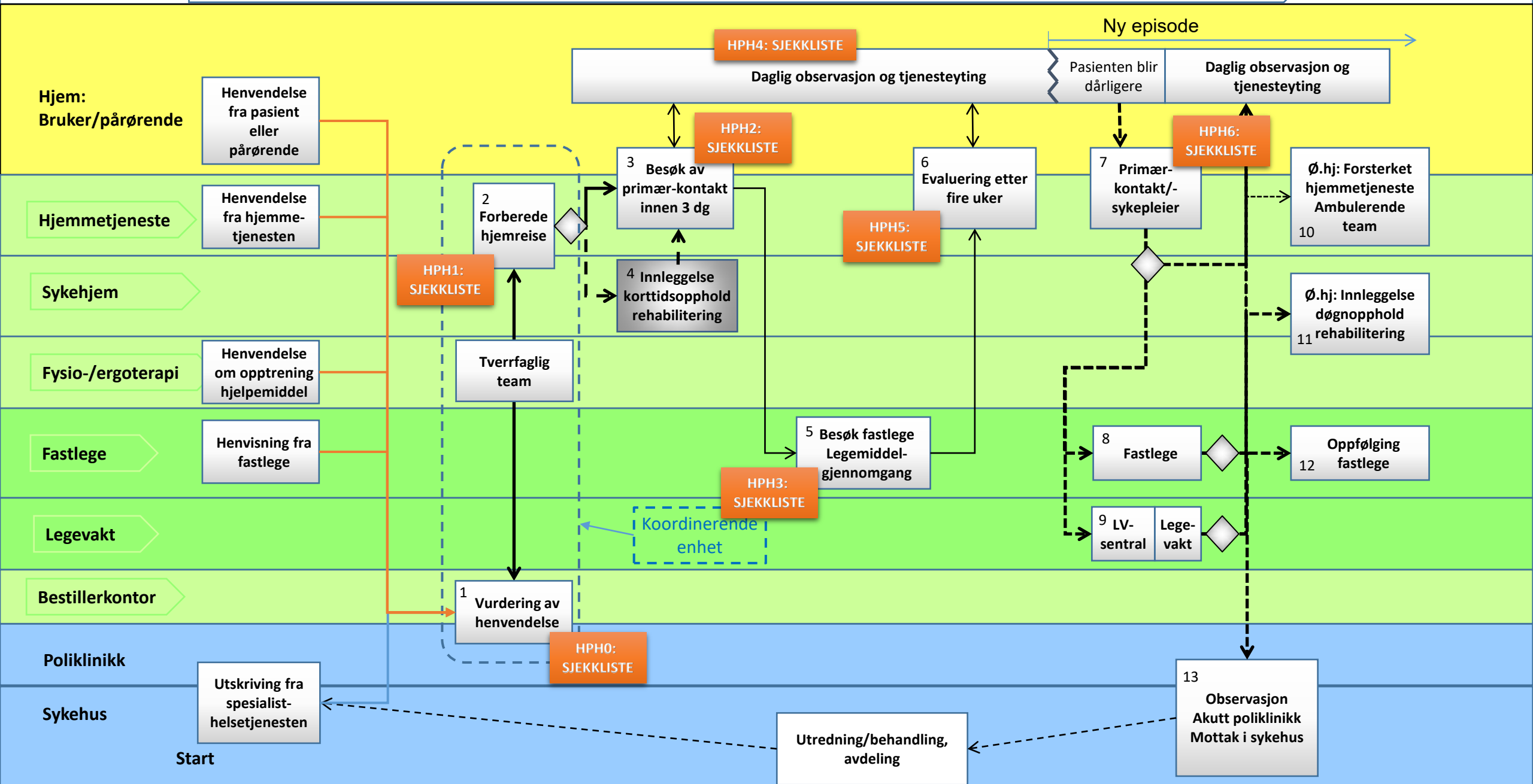
Standardisert rate utskrivninger per år  
hjemmesykepleiepasienter per 10,000  
innbyggere per år

KOLS	Hjerte svikt	Slag	Hofte brudd
22	13	11	12

Hvis pasienter fordeles likt i hjemme-  
sykepleien, vil hver sykepleier oppleve:

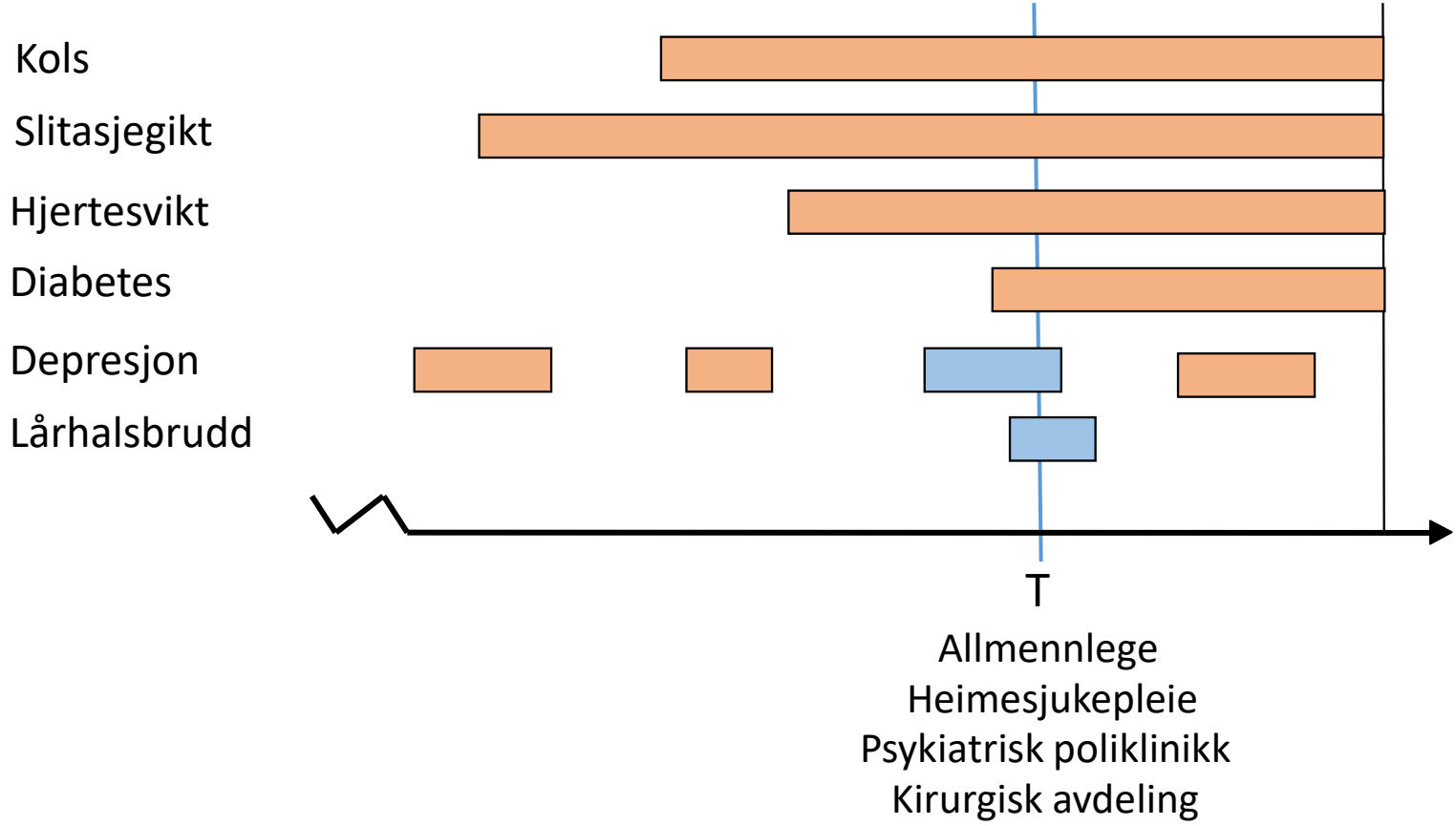
- 0,5 per år utskrevet for KOLS
- 0,3 per år for hjertesvikt
- 0,2 per år for slag
- 0,4 per år for hoftebrudd

# Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



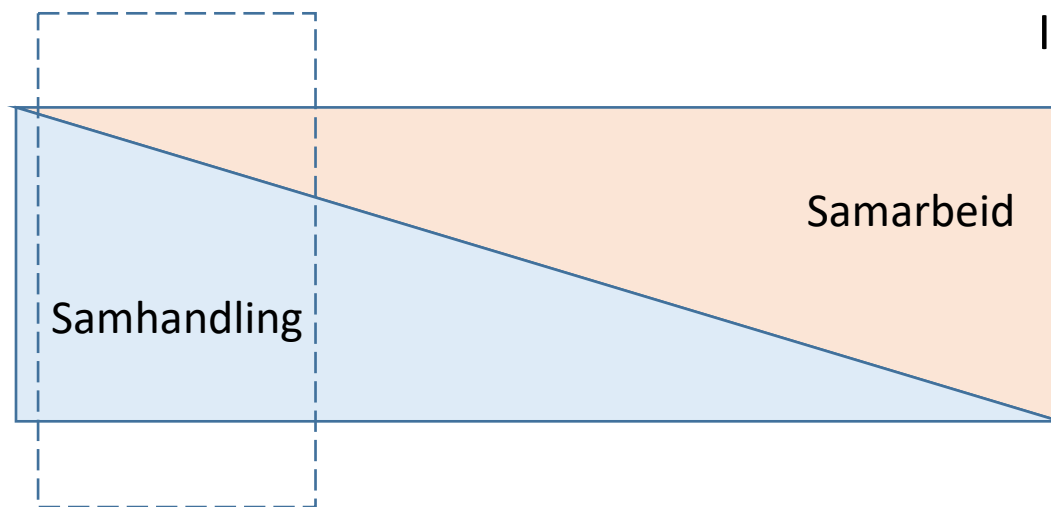


# Innbyggere med multisykdom har flere parallelle pasientforløp



# Hva er forskjellen på samarbeid og samhandling?

	<u>Operasjonalisering</u>	<u>Eksempler</u>
• Samhandling	Koordinering	Pasientforløp Pakkeforløp
• Samarbeid	Team	Operasjonsteam Ambulerende team Individuell plan







# Primærhelseteam

Primærhelsetjenestemeldingen (kap. 13.2 og 23):

## Primærhelseteamet - en form for utvidet allmennlegepraksis

En flerfaglig gruppe med helse- og sosialpersonell som arbeider sammen for å levere lokalt tilgjengelige helse- og omsorgstjenester til en befolkning av en definert størrelse uavhengig av alder, kjønn, diagnoser mv.

## Målsetting

- Bidra til mer koordinerte tjenester, større bredde i tjenestetilbudet og bidra til riktigere arbeidsdeling og dermed bedre bruk av de samlede ressurser.
- Bidra til et bedre og mer proaktive tjenester spesielt til grupper med behov for forebyggende tilbud, god opplæring for egenmestring og tettere oppfølging enn de får i dag, inkludert flere tjenester i eget hjem.



# Oppgaver for sykepleier i et primærhelseteam

- Opplæring og involvering av pasienter og pårørende
- Oppfølging mellom konsultasjoner – terapisjekk, oftest tilstrekkelig per telefon, evt. med konsultasjon hos sykepleier alene når behov for målinger (teamlet)
- Bistå med koordinering av tjenester – f.eks. andre kommunale tjenester
- Representere fastlegen i tverrfaglige møter eller i andre team (f.eks. oppfølgingsteam/ACT-team/ansvarsgrupper)
- Kontakt/hjemmebesøk straks etter utskrivning
- Skadebehandling
- Proaktive tiltak og forebygging (risikokartlegging)

# Listelengde og helsepersonell ved legekontor

Land	Gj.snitt listelengde
Norge	1100
Danmark	1600
Nederland	2300
England	2100

Legekontor i	Ant typer helsepersonell
Norge	2,1
Finland	6,9
Spania	6,1
Sverige	5,9
England	5,2
Nederland	3,9

Grimsmo A, Magnussen J. Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisin, NTNU; 2015 ([lenke](#))

# Oppfølgingsteam

Primærhelsetjenestemeldingen  
(kap. 13.3 og 24.2-3):

## Team for særlige brukergrupper – oppfølgingsteam

Brukere med sammensatte  
og komplekse behov som  
trenger et bredt sett med  
helse- og omsorgstjenester,  
sosialtjenester og andre  
tjenester

## Utfordringer

Barn

- Habilitering
- Læring/utdannelse
- Integrering
- Forebygging

Voksne

- Bolig
- Sysselsetting/arbeid
- Isolasjon
- Forebygging

Eldre

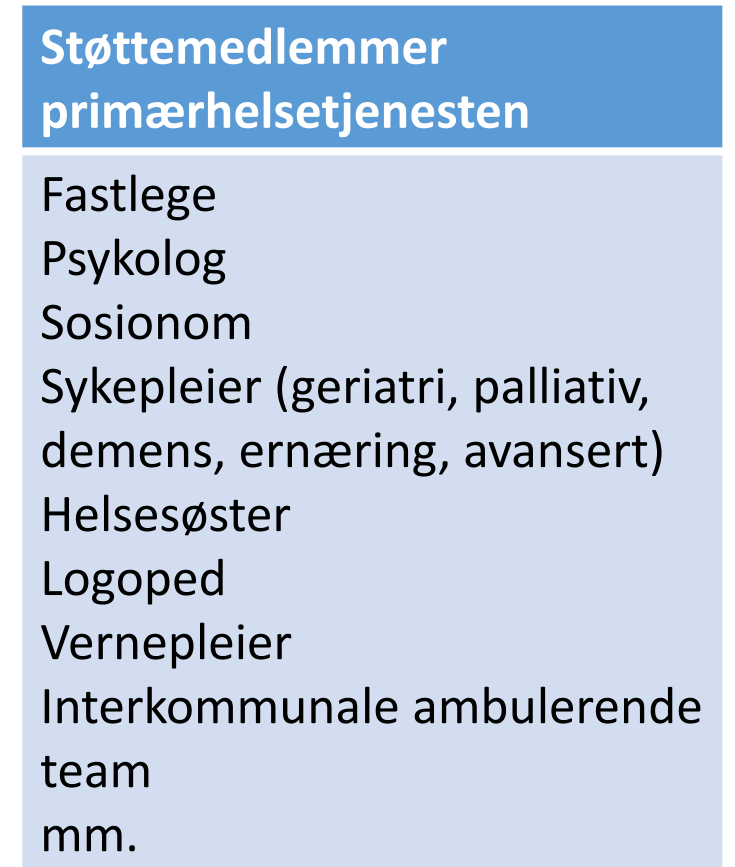
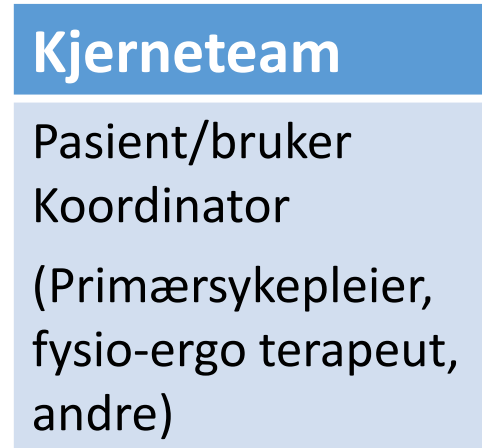
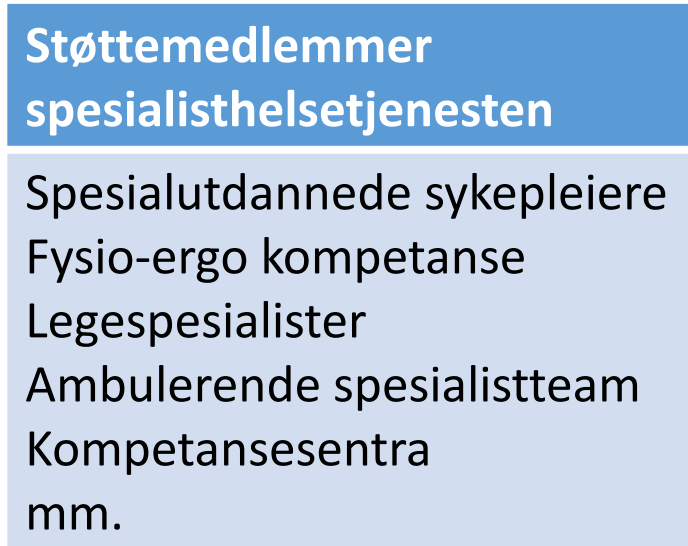
- Funksjonsfall
- Lindring
- Isolasjon
- Forebygging

Oppfølgingsteam ?  
eller innsats team

Andre betegnelser:

- Ansvarsgruppe (IP)
- Rehabiliteringsteam
- Demensteam
- ACT-team
- Ungdomsteam
- Rusteam
- Innsatsteam
- m.fl.

# Organisering av oppfølgingsteam



# Harstad helsehus

## Intermediær avdeling

9 sengeplasser +  
9 beredskap (trekkspill)



## Opplæringscenter

- Bruker- og pårørende
- Lærings/mestringssenter
- Frisklivssentral
- Ansatte
- HiH, UiT og Norsafety??

## Kafé / informasjonssenter

### Felles fagressurser:

Leger  
Sykepleiere  
Helsesøstre  
Ergoterapeuter  
Fysioterapeuter  
Psykologer  
Ernæringsfysiolog  
Jurist  
Sosionom  
Logoped  
Synspedagog  
Audiopedagog  
Samfunnsviter

## Forebyggende

Helsestasjon/skolehelsetjeneste / Folkehelse



## Rehabilitering

9 døgn- + 10 dagplasser

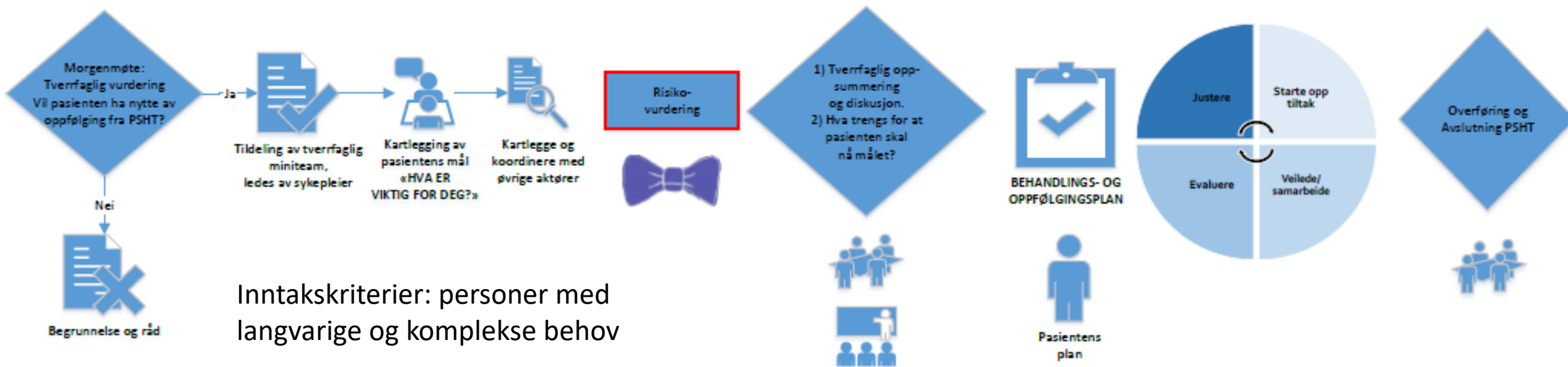


## Kommunal akutt døgnenhet

3,5 – 5 døgnplasser  
(1,5 døgnplasser Kvæfjord,  
Lødingen, Skånland,  
Tjeldsund)

# Pasientsentret helseteam (PSHT) på tvers av sykehus og kommune

Persontrentert – Helhetlig - Proaktiv



Inntakskriterier: personer med langvarige og komplekse behov

Mer her: [https://helse-midt.no/Documents/2021/andlingskonferansen\\_2021\\_rev250421.pdf](https://helse-midt.no/Documents/2021/andlingskonferansen_2021_rev250421.pdf)



# Forskningsresultater (n = 1218)

**10% færre øhjelpsinnleggelser/6mnd**

**42 færre medisinske kriser som sparer pasienten for akuttinnleggelse**

**32% færre øhjelp liggedager/6mnd**

**2077 færre liggedager som utgjør 6 senger/ 6mnd**

**2,3 ganger mer planlagt poliklinikk/6mnd**

**flere kontakter kan planlegges for helsepersonell og pasienten**

**43% redusert dødelighet etter 6 mnd**

**53 flere som har fått PSHT er i live etter 6 mnd**



Pasient og pårørende



Berntsen GKR, Dalbakk M, Hurley JS, Bergmo T, Solbakken B, Spansvoll L, et al. Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity score-matched controlled trial. BMC Health Services Research. 2019;19(1):682.

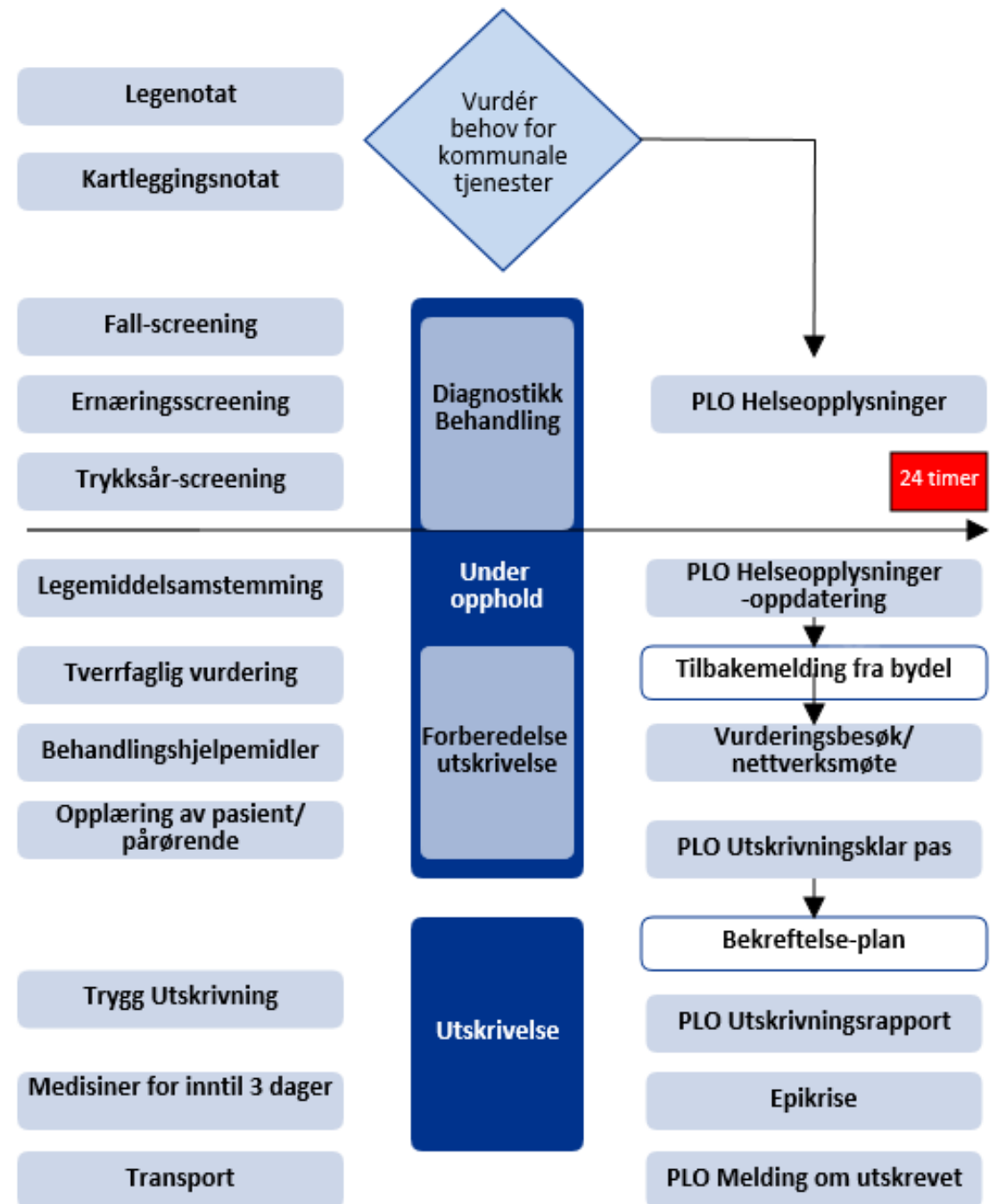




# Helhetlige forløp for eldre og pasienter med kronisk sykdom

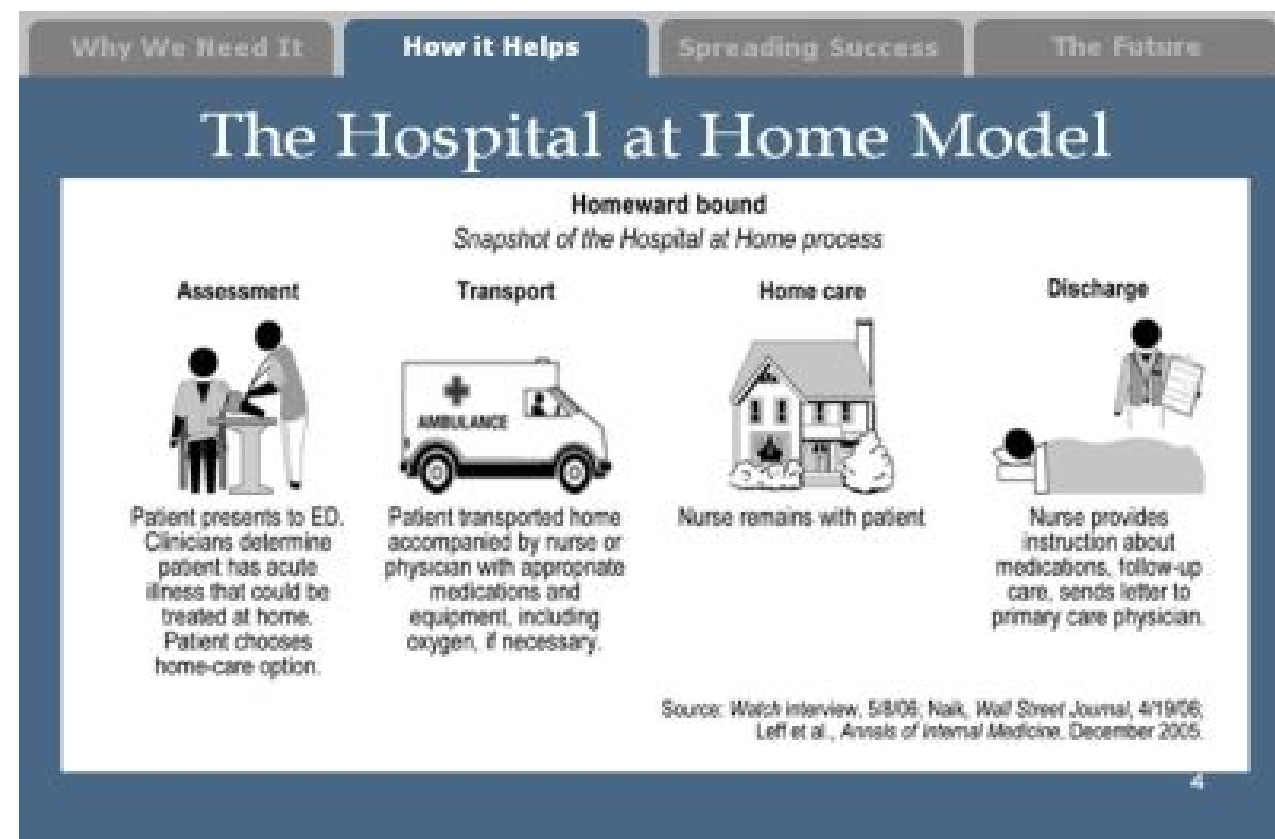
## Prosedyre OUS

<https://ehandboken.ous-hf.no/document/130800>



# «Hospital at home»

- «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 kommet i stabil bedring hjemme (2-3 dager)
- De beste resultatene blir oppnådd når spesialisthelsetjenesten rykker ut til hjemmet.
- Teamet bistår også ved tidlig hjemsending ved å følge pasienten hjem. Utskrivning skjer etter gjensidig kompetanseutveksling
- Inntil 30 % kostnadsreduksjon



# ARBEIDSDELING I HELSEFELLESSKAP

Brukere og fastleger deltar på alle nivå

## PARTNERSKAPSMØTET

Politisk og administrativ toppledelse i kommuner og helseforetak



Årlig møte for å forankre retning

## STRATEGISK SAMARBEIDSUTVALG

Administrativ og faglig ledelse i kommuner og helseforetak



Utvikle strategier og handlingsplaner

Håndtering av saker og løpende beslutninger

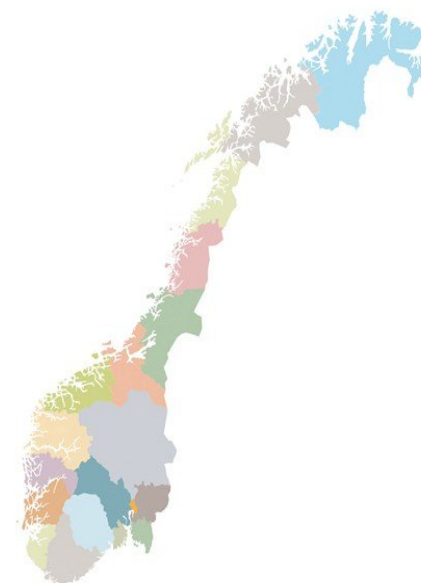
## FAGLIGE SAMARBEIDSUTVALG



Utvikle prosedyrer og tjenestemodeller

## Fire prioriterte grupper

- Barn og unge
- Personer med alvorlig psykisk lidelse
- Personer med flere kroniske sykdommer
- Skrøpelige eldre



# Skrøpelige eldre

En fenotype/et syndrom kjentegnet ved grader av: underernæring/vekttap, økt behov for hvile, langsom bevegelse, generell svakhet, frykt for å falle/ustøhet, reduksjon kognitivt, blir lett forvirret, hjelpetrengende, økt helsetjenesteforbruk og polyfarmasi.

Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, et al. Frailty: An emerging research and clinical paradigm issues and controversies. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007 July 1, 2007;62(7):731-7



I patofysiologiske termer snakker man om grader av en generell multiorgansvikt og sårbarhet

- Hvordan den organiske funksjonssvikten/-forstyrrelsen kommer til uttrykk hos den enkelte er uforutsigbar og varierer stort.
- Sårbarhet: Selv små «stressfaktorer» kan forårsake uventet og vesentlig helse- og funksjonsfall

# Forekomsten av aldersrelatert skrøpелighet

- 65 år ~ 5%
  - 75 år ~ 25%
  - 85 år ~ 50%
  - 95 år ~ 100%
- Variable funn. Ingen standard definisjon, ulike populasjoner
  - Klart aldersrelatert
  - Flere kvinner enn menn blir rammet i alle aldre
  - Alvorlige kroniske sykdommer medfører skrøpелighet i sluttstadiet
  - Noen legemidler synes å fremskynde skrøpелighet
  - Skrøpелighet og multisykdom er to helt forskjellige tilstander

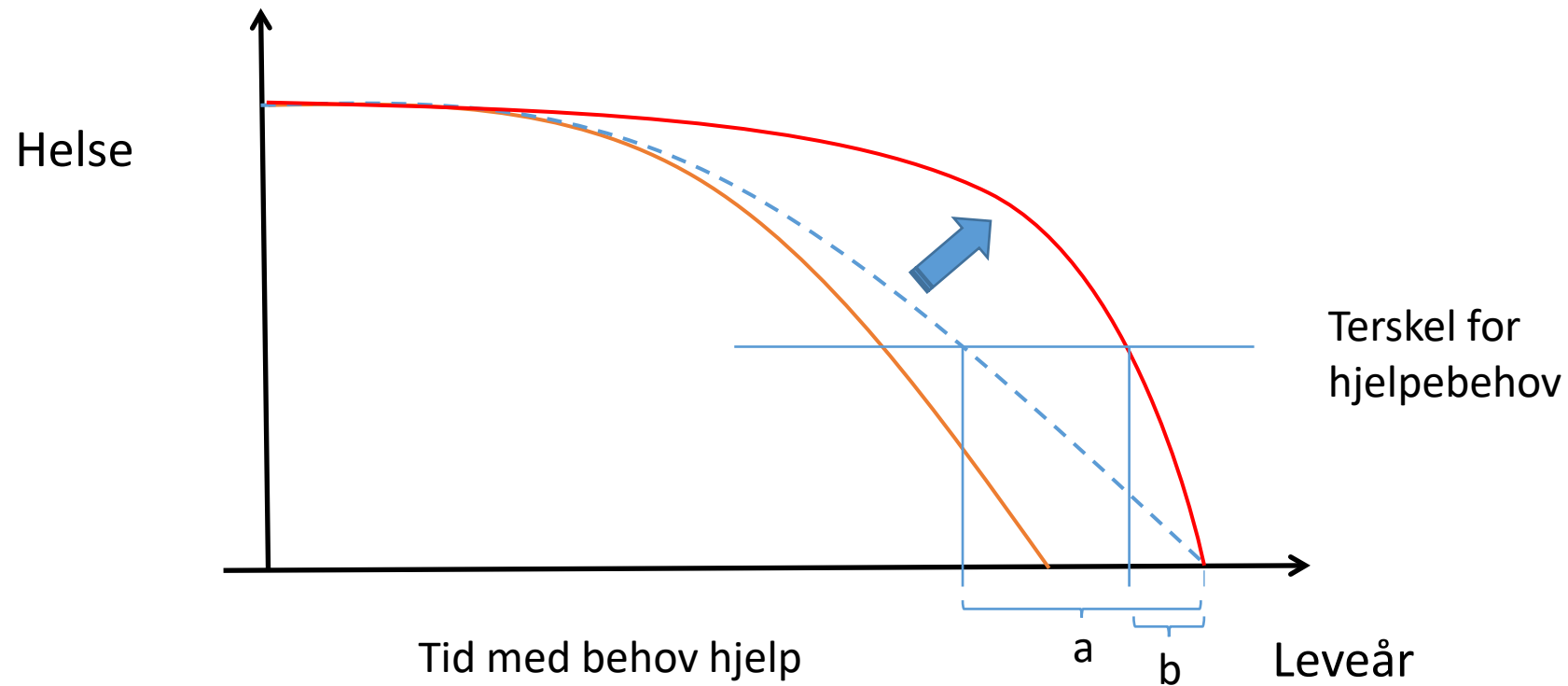
Hoogendijk EO et al. Frailty: implications for clinical practice and public health. The Lancet. 2019;394(10206):1365-75.



# Hvorfor er tidlig identifisering av skrøpelighet viktig

- Forbundet med vesentlig økt mortalitet og innleggelser i sykehus
- Skrøpelig eldre har en økt og annerledes risikoprofil og sårbarhet
  - Utsiktede hendelser ved medisinsk og kirurgisk behandling, innleggelser, delir, utsatt for overbehandling og overdiagnostikk
  - Utsatt for underernæring, fall, brann, ensomhet, tap av kontakt med helsetjenesten,
  - Nedsatt fysisk og kognitiv funksjonsevne med økte hjelpebehov
- Det finnes godt dokumenterte tiltak som kan redusere mortalitet og risiko, øke funksjonsevne og livskvalitet, samt redusere helsetjeneste forbruket
- Kartlegging/måling av skrøpelighet skiller kronologisk og biologisk alder

# År til livet - eller liv til årene?



I gjennomsnitt lever vi nå lenger uten hjelpebehov.

Spijker J, MacInnes J. Population ageing: the timebomb that isn't? *BMJ*. 2013;347:f6598.

Lagergren M et al.. Towards a postponement of activities of daily living dependence and mobility limitations: Trends in healthy life years in old age in Sweden. *Scand J Public Health*. 2017;45(5):520-7.







# Anbefalte rutiner for kartlegging eldre $\geq 65$ år

Alltid ved uventet helse og funksjonsfall

## Primærhelsetjenesten

- Nytt eller revidert behov for kommunale omsorgstjenester – institusjon og hjemmetjenester
- Ved legemiddelgjennomgang og nedtrapping

## • Spesialisthelsetjenesten

- Inngår i bred geriatrisk vurdering
- Intervensjons- og preoperativt risikovurdering
- Ved akuttinnleggelser i sykehus
- Forebygging av reinnleggelser

Krogseth M et al. Skrøpeligheit blant eldre pasienter med hjemmesykepleie. Tidsskr Nor Legeforen. 2021(4). DOI: 10.4045/tidsskr.20.0688

Kyrdalen IL et al. Fastlegens rolle ved skrøpeligheit hos hjemmeboende eldre personer. Tidsskr Nor Legeforen. 2021;141(4). Doi: 10.4045/tidsskr.20.0582

Dejgaard MS, Rostoft S. Systematisk vurdering av skrøpeligheit. Tidsskr Nor Legeforen. 2021;141(4). DOI: 10.4045/tidsskr.20.0944

Flaatten H. Måling av skrøpeligheit – når, hvorfor og hvordan? Tidsskr Nor Legeforen. 2021(4).

Church S et al. A scoping review of the Clinical Frailty Scale. BMC Geriatr. 2020;20(1):393.



## *The* NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

Post-Hospital Syndrome — An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. [Krumholz HM. NEJM 2013;368\(2\):100-2.](#)

Skrøpelige eldre er ofte ustabile og sårbare etter sykehusopphold

- Medisinsk (bivirkninger, komplikasjoner)
- Fysisk (nedtappede reserver, underernært)
- Psykisk (angst, nedstemthet)
- Kognitivt (redusert, forvirret)

Forebygging skjer ved kartlegging og start fra dag én og fortsetter uten opphold ved utskriving

# Utbredte metoder for kartlegging av skrøpeligheit

- Fried's skrøpeligheits fenotype/syndrom (FS) – den hyppigst publiserte

- Basert på fem variable: grad av nedsatt gripestyrke, ganghastighet og aktivitetsnivå, selvrapportert manglende overskudd og uventet vekttap

Fried LP et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001 March 1, 2001;56(3):M146-57.

- (Rockwood) skrøpeligheits indeks (FI) – den statistisk mest robuste

- Måler opphopning av former for funksjonssvikt innenfor fysiske, kognitive, emosjonelle og biologiske områder
- Også valid for individuell kartlegging

Rockwood K, Mitnitski A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007 Jul;62(7):722-7.

- Klinisk skrøpeligheits skala (CFS) – den enkleste i bruk i klinisk praksis

- Skalaen diskriminerte godt og er prediktiv på dødelighet og behov for institusjonell omsorg
- Korrelerte godt med FS (0,61) og FI (0,71) og bedre enn disse for måling av fremtidig kognisjon og funksjonshemming
- Svakere på tidlig identifisering av skrøpeligheit

## CLINICAL FRAILTY SCALE NORWEGIAN

	<b>1</b>	<b>VELDIG SPREK</b>	Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.
	<b>2</b>	<b>SPREK</b>	Personer som <b>ikke har aktive sykdomssymptomer</b> , men er mindre sprekke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig <b>aktive av og til</b> , f.eks. sesongbasert.
	<b>3</b>	<b>KLARER SEG BRA</b>	Personer med <b>velkontrollerte medisinske problemer</b> , selv om de kan ha symptomer av og til. De er <b>ikke regelmessig aktive</b> utover vanlig gange.
	<b>4</b>	<b>LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET</b>	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpne. Selv om de <b>ikke er avhengig av</b> daglig hjelp fra andre, vil <b>symptomer begrense aktivitet</b> . De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte ilet dagen.
	<b>5</b>	<b>LEVER MED MILD SKRØPELIGHET</b>	Disse er <b>mer tydelig langsomme</b> , og trenger hjelp til <b>komplekse aktiviteter</b> 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.

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

Clinical Frailty Scale   2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved.  
For permission: [www.geriatricmedicineresearch.ca](http://www.geriatricmedicineresearch.ca)

Translated with permission by Rostoft 5, Engstad TT, Sjøbo 8, Flaatten H.

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



## Clinical frailty Scale (CFS) Norsk versjon

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.

# Funksjonstesting: 4 meter gangtest

- Måler allment fysisk funksjonsnivå, predikerer funksjonsfall tidlig, risiko for utilsiktede hendelser, innleggelseser og leveutsikter.
- Brukes også til monitorering av funksjonsfall over tid, svingninger og effekt av behandlingstiltak
- Foretrukket ganghastighet – testen som forteller «alt» om eldre mennesker? - [Fysioterapeuten 2013](#)

Bogen B, Thingstad P, Hesseberg K, Tralaldsen K, Aaslund MK. Foretrukket ganghastighet – testen som forteller «alt» om eldre mennesker. Fysioterapeuten. 2013 (5).

Pamoukdjian F et al. Measurement of gait speed in older adults to identify complications associated with frailty: A systematic review. J Geriatr Oncol. 2015 Nov;6(6):484-96.

- Adults' gait speed is associated with more than geriatric functional status; likewise with midlife aging and lifelong brain health.

Rasmussen LJH et al, Association of Neurocognitive and Physical Function With Gait Speed in Midlife. JAMA Network Open. 2019;2(10):e1913123-e.





BMJ 2014; 349 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g6680>

## Thinking about the burden of treatment

“De siste par ti-år har vært kjennetegnet av stadig økende mengde diagnosesentrerte retningslinjer som ikke passer til den kliniske hverdagen som er dominert av multisykdom, som man møter overalt i helsetjenesten.

Forskning viser at helsetjenesten påfører pasienter og omsorgspersoner en svær byrde som følger av behandlingen som helsetjenesten krever at de skal følge.

Innbyggere over 50 år med  $\geq 5$  kroniske sykdommer bruker 2,5 til 4,5 timer per dag på oppfølging av behandlingen

# Dokumenterte forebyggende tiltak seint i livet

- Fysisk trening
- Fallforebygging
- Sosialt nettverk
- Sunt kosthold
- God hygiene
- Avmedisinering

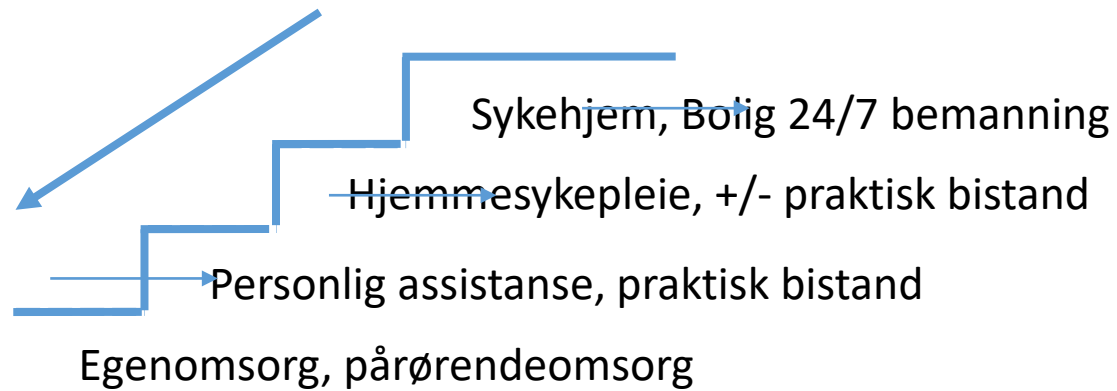


Apóstolo J, et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2018;16(1):140-232.

Travers J, et al. Delaying and reversing frailty: a systematic review of primary care interventions. British Journal of General Practice. 2019;69(678):e61-e9.

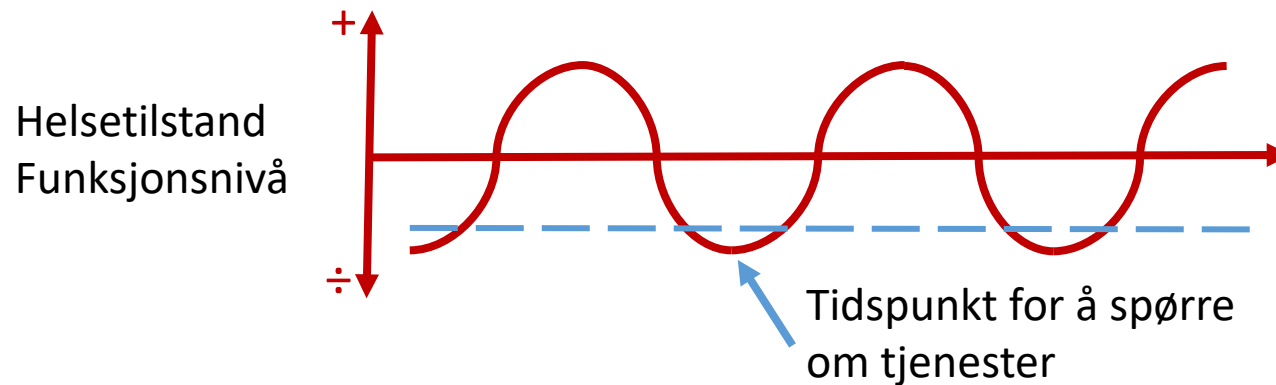
# Omsorgstrappa

(Lang)varige omsorgstjenester



Forebyggende innsatstjenester

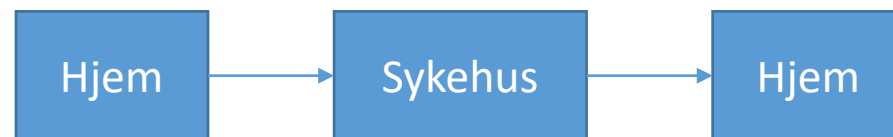
Rehabilitering  
Risikoreduksjon  
Opplæring  
Ernæring  
Dagtilbud  
Transport  
Velferdsteknologi  
mm.





# Nye forløp etter introduksjon av samhandlingsreformen

- Vanligste forløp



- Alternativer etter oppretting av ø.hj døgntilbud og intermediæravdelinger

