

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

Anders Grimsmo
Andre nettverkssamling

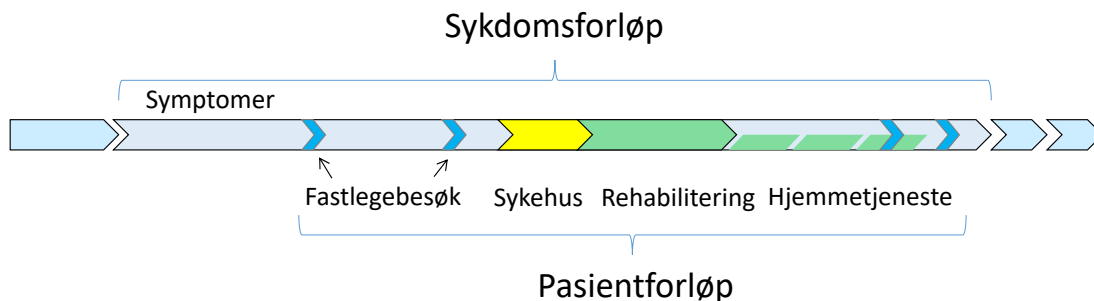
norsk**helsenett**



Jeg vil starte med å ta en kort repetisjon fra første samling. For nye deltagere så heter jeg Anders Grimsmo. Er professor emeritus ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU og medisinsk faglig rådgiver i Norsk Helsenett.

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



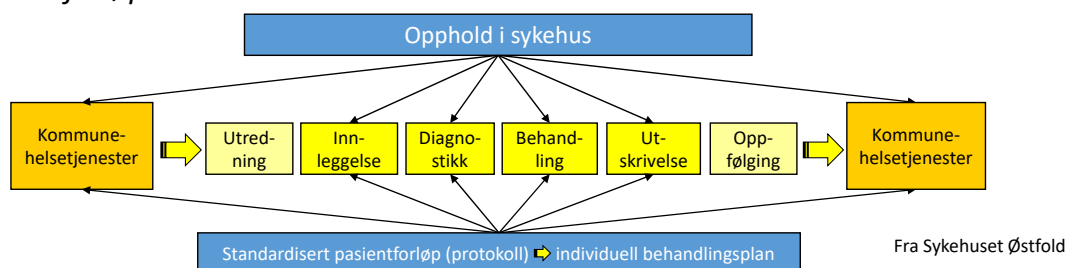
Hovedoverskriften i samhandlingsreformen var helhetlige pasientforløp.

Pasientforløpet er den viktigste "verdikjeden" i helse- og omsorgssektoren. Hver aktør har sin rolle og sitt ansvar. Her er pasientforløpet fremstilt i sin enkleste form (KLIKK). I de aller fleste tilfeller starter det med fastlegen. Fastlegene har en portnerfunksjon. Over 98% av befolkningen har en fastlege (KLIKK). Definisjonen «Fra første kontakt Opprinnelige uttrykk er engelsk «Episode of care», men ble omdøpt til pasientforløp på norsk. Pasientforløpet må ikke forveksles med et sykdomsforløp som kan vare lenger i begge ender (KLIKK).

Regelverket ble revidert i samband med samhandlingsreformen, men endret lite på det skarpe skille vi har mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. På noen felter, som finansiering, har kompleksiteten økt. Ved interkommunalt samarbeid er det innført et nytt mellomnivå (ØHD, intermediær avd, frisklivssentral mm.) og fare for nye barrierer eller brudd i kjeden. Mange frykter også at styringen av disse virksomhetene blir vanskelig.

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
- Grunnetaget er faglige retningslinjer



Tilbake til pasientforløpet som jeg startet med. Samhandlingsreformen beskriver at:
«Kommuner skal i samarbeid med sykehus kunne tilby helhetlige og integrerte tjenester før og etter sykehusopphold, basert på sammenhengende pasientforløp»
(KLIKK)

Utvikling av såkalte behandlingslinjer har pågått i mange år og hatt relativt stor suksess i sykehus mht. å øke kapasiteten, korte liggetid og redusere avvik. Det startet med Kaiser Permanente i USA. De siste 10 årene har de fleste sykehusene i Norge prøvd å implementere tilsvarende forløp. (KLIKK)

Nå har flere startet arbeid med å koble primærhelsetjenesten på – før og etter. (KLIKK)
Kjennetegnene på forløp er mål om bedre koordinering, oftest med utgangspunkt i en bestemt diagnose og underlaget er faglige retningslinjer.

De som har behov for utvikling av pasientforløp på tvers av virksomheter, er pasienter med komplekse og sammensatte behov. Det er pasienter som bruker hele helsetjenesten. De fleste av dem har hjemmetjenester og spørsmålet er hvilke grupper er det da?

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



Hoftebrudd er en akuttinnleggelse, diagnose og behandlingen er konkret. Noen steder organisert som «fast-track». Men dette er innbyggere med en høy medisinsk kompleksitet som kommer tilbake til kommunen, og ikke til fastlegen i første omgang.

Faglige retningslinjer er rettet spesifikt mot medisinsk behandling av enkeltsykdommer og omtaler i liten grad andre vanlige utfordringer knyttet nedsatt funksjonsevne fysisk og kognitivt, ernæring, redusert sosialt nettverk, boforhold, polyfarmasi, pasientens egne målsettinger og preferanser, og tiltak må til som gjør det mulig for dem å fortsette å bo hjemme. De overføres fra en 24/7 oppfølging i sykehus til å skulle greie seg selv 96-98 % av tiden (KLIKK)

Som dere også ser her, handler det sjelden bare om et hoftebrudd. Det er en dobbel kompleksitet – en medisinsk og en funksjonell og sosial kompleksitet

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 brukt. 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 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



I tillegg til at helsepersonell ikke gjenkjente pasientene og sin rolle tilknytning til forløp og fokus bare på én diagnose, ble det også erfaring at det ble så få pasienter at ikke alle sykepleierne i løpet av et år fikk opplevet å bruke protokollene som var utviklet.

En kommune på 10.000 innbyggere mottar i gjennomsnitt 2 innbyggere per måned hvor grunnen for innleggelse er KOLS. For de andre diagnosene blir det ca 1 pasient i måneden. Fordeles oppgaven med å ta i mot pasientene over tid på alle sykepleierne i hjemmetjenesten går det 2 år mellom hver gang en sykepleier får ansvaret for å legge til rette for en innbygger med KOLS, enda sjeldnere for de andre diagnosene.

Til sammen utgjør disse 4 kroniske sykdommene til sammen 10% av innleggelsene av de som mottar hjemmesykepleie.

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.



Pkt. 1. Retningslinjer er knyttet til enkeltdiagnoser, bare en sjelden gang nevnes høyst en annen samtidig sykdom. Ingen omhandler 3 eller flere diagnoser.

Kliniske faglige retningslinjer har hovedfokus på medisinsk behandling, mens for primærhelsetjenesten er like viktig mål å ivareta funksjonsevne slik at pasienten skal kunne greie seg selv hjemme så lenge som mulig.

Kliniske retningslinjer omtaler sjelden potensiell påvirkning av livskvalitet og den behandlingsbyrden som kan bli påført pasienter og pårørende. Retningslinjer reiser aldri spørsmål om hva som kan være pasientens mål og preferanser

Pkt: 2 Kompetanse handler ikke bare om opplæring, men også om fortløpende tilstrekkelig trening og kontakt med spesialistmiljø for vedlikehold av den nødvendige diagnose-spesifikke kompetansen.

Store byer kan ha et tilstrekkelig pasientgrunnlag, men det vil føre til en fragmentering av omsorgen og være ineffektivt at en pasient med flere kroniske sykdommer skal ha regelmessig besøk av flere spesialsykepleiere/terapeuter. Noen må ha ansvaret for helheten.

Primærhelsetjenesten kan ta et større ansvar for pasienter med sykepleiere og annet personell med videreutdanning som gjelder majoriteten av pasientene som f.eks. ernæring, geriatri, rehabilitering, palliativ behandling og avansert sykepleie.

Hva er alternativet til oppgaveoverføring – begge veier – jo der er å utvikle samarbeid. Både for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ligger de største gevinstene i bedre internt samarbeid.

Helsefaglige tiltak – med dokumentert effekt

Pasientgrupper

- Slagpasienter
- Kronisk lungesyke
- Hjertepasienter
- Hofteopererte
- Geriatriske 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](#)



Vi snudde strategien fra å være opptatt av diagnoser til heller å tenke på hva som var felles for innbyggere med multisykdom. Felles for store pasientgrupper i rehabiliteringsforsøk med suksess er det stor overlapping og det handler i stor grad om kompetanse som kommunene har.

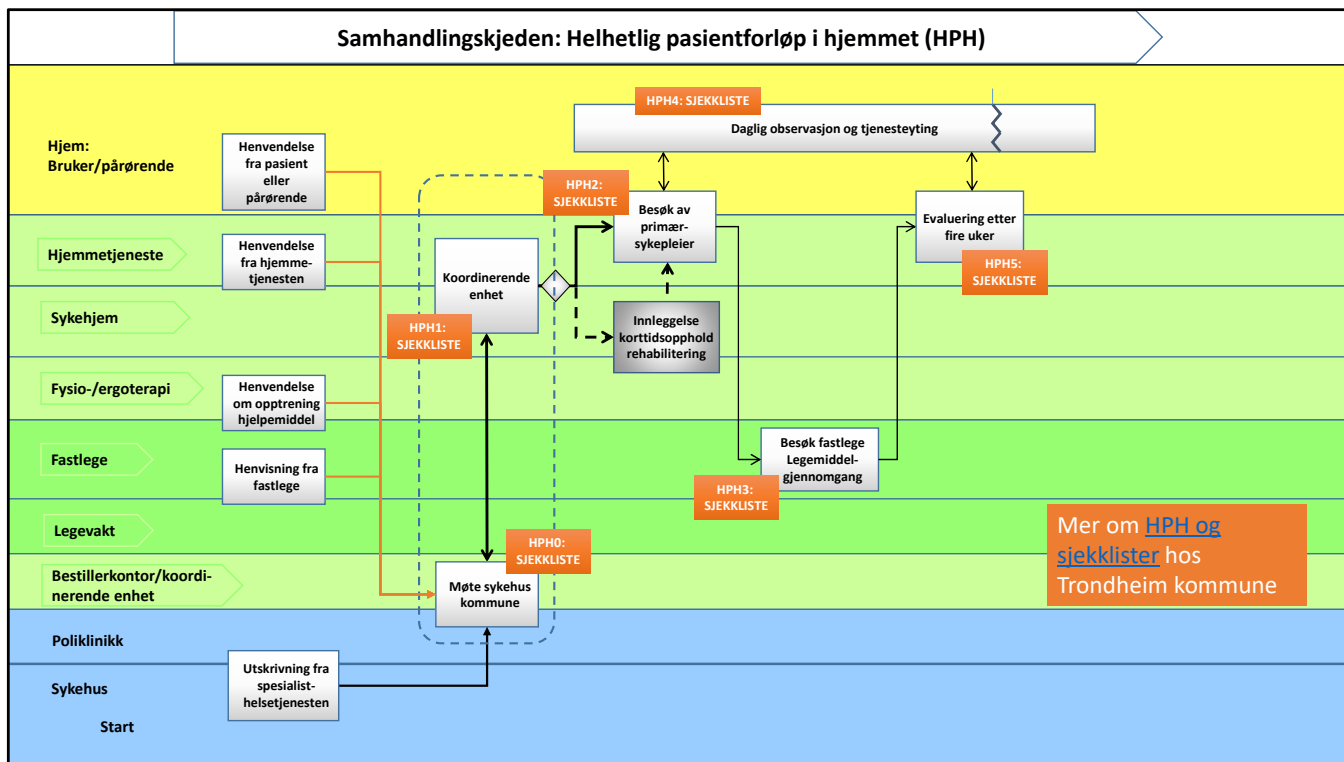
Tidlig mobilisering og tidlig utskriving er to uavhengig faktorer som begge gir raskere rehabilitering. Pasienten skal selvfølgelig være ferdigbehandlet før utskriving.

Jo nærmere hjemmet, helst i hjemmet, jo bedre resultater har man oppnådd i rehabilitering, både på kort og lang sikt. Hjemmet aktiviserer.

Felles for prosjekter med suksess er også at spesialisthelsetjenesten «rykker ut» innen 48 timer etter utskriving og deltar i planleggingen. Videre følger opp med veiledende kontakter. Pakkeforløp hjem burde handlet om dette, men her har det vært liten koordinering og hver spesialitet har leget sitt eget forløp uten å ha en felles forståelse av hva som er kommunenes oppgave og målsettinger.

Spesialisering av personell i primærhelsetjenesten er som sakt ikke bærekraftig eller funksjonelt. Faren er heller fragmentering av primærhelsetjenesten. Selv for de største pasientgruppene blir antallet pasienter for lavt når de fordeles på alle ansatte i kommunen. For å forsvare et spesialisttilbud tilgjengelig 24/7 for f.eks. KOLS-pasienter, må befolkningsgrunlaget være på minimum av et lokalsykehus.

Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S, Geerlings SE, de Rooij SE, Buurman BM. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health Affairs*. 2014;33(9):1531-9

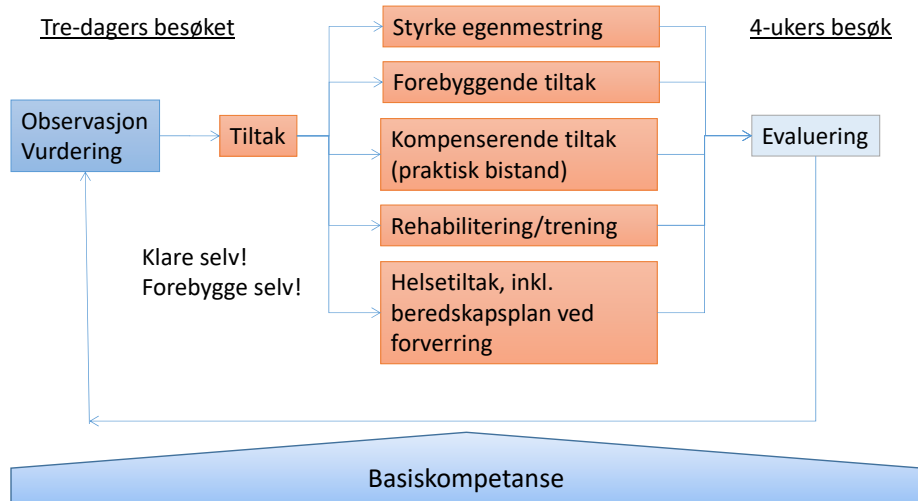


Hovedelementene i en strukturert utskrivningsprosess og som ligger fast for alle diagnoser og er likt i kommunene. For hver boks er det utarbeidet prosedyrer og sjekklister tilpasset lokale forhold.

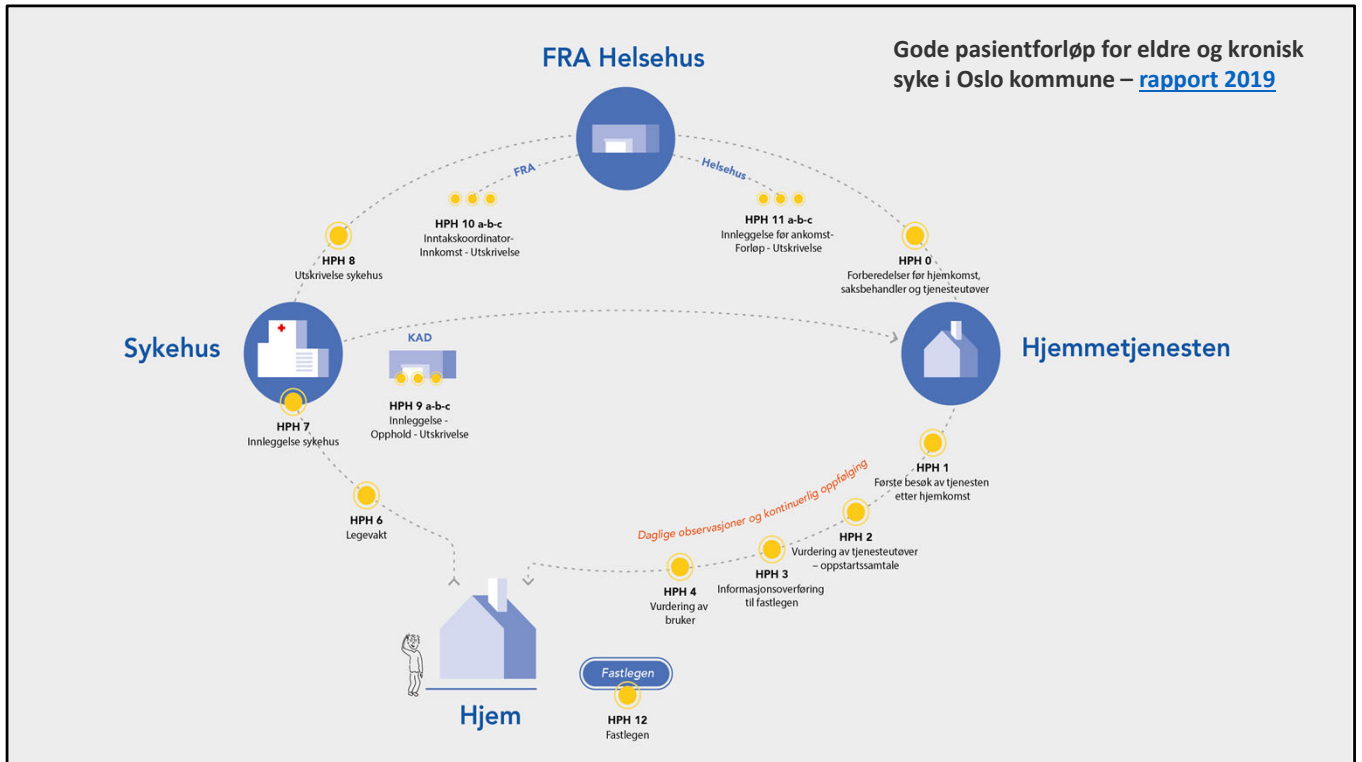
Utskrivning av pasient:

Pasientens meldes utskrivningsklar (0) og informasjon utveksles, enten i et fysisk møte (1) eller elektronisk eller per video (2). Hjemmetjenester etableres, primær-sykepleier blir oppnevnt og behov kartlagt innen tre dager (3), evt. først etter et intermedier-/korttidsopphold (4). Etter 14 dager skal alle med kommunalt tilbud besøke eller få besøk av fastlegen (5). Det hele blir evaluert av primær-sykepleier evt. justert etter 4 uker (6).

Oppfølgingsplan for pasienten



Er erfaringene fra HPH prosjektet har vært at man må øke basiskompetansen i hjemmetjenesten. Basiskompetanse skiller seg fra fagkompetanse ved å handle om det generelle som underbygger helsepersonells ansvars- og rolleforståelse. De ansatte trengte et løft mht. å bli flinkere til å observere/vurdere, kommunisere og kunne iverksette tiltak og evaluere. Samtidig ble fokus mer mot forebygging, egenmestring og rehabilitering. Det handler også om et felles målbilde, etikk og juss. En slik generaliststrategi bidrar til at alle pasienter får et bedre tilbud – ikke bare utvalgte diagnoser. Målet med en bedre basiskompetanse er å legge et grunnlag for tillitsbaserte tjenester. Bygge på at helseprofesjonene er godkjent med sett av ferdigheter og kunnskaper som de selv ivaretar. Helsetjenesten har lenge vært preget av en avkryssnings- og rapporteringsfilosofi. Overskriftene her er også overskrifter for innholdet i sjekklister.



FRA – Forsterket rehabilitering Aker

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.



Det er viktig å understreke at det er en sammenhengende kjede av faktorer som påvirker gjennomføringen. Ingen enkeltfaktor pekte seg ut

- Kommunalt vedtak handler ikke bare om penger. Alle omstillinger har en «pukkeffekt» og krever mer ressurser en periode, men handler også om å forplikte politikere og administrasjon til å følge opp, samt om å få mandat og legitimitet i egne rekker til å gjøre endringer. Det siste kan være en stor barriere.
- Gjennomføringen må være i linja og knyttet til de rollene og oppgavene personellet vanligvis har.
- Den som fører arbeidslister må få mandat til å tilpasse listen til de oppgavene som ligger i HPH
- I de to kommunene som lyktes var det ingen tvil om nytteeffekten. Lederne fortalte at de for første gang fikk god oversikt over hva de ansatte gjorde. Det ble en del av medarbeidersamtalen. De ansatte opplevde en heving faglig og en mer forutsigbar arbeidsdag.
- Med «alle» pasienter menes ikke bare de som skrives ut fra sykehuset, men nye som skrives inn i hjemmetjenesten og årlig/halvårlig gjennomgang av pasienter som skal nytt vedtak.

Leser dere artikkelen, får dere en mer detaljert innsikt i utfordringene. Som sagt, de er hverken små eller alltid forutsigbare.

Tidlig innsats i gode pasientforløp

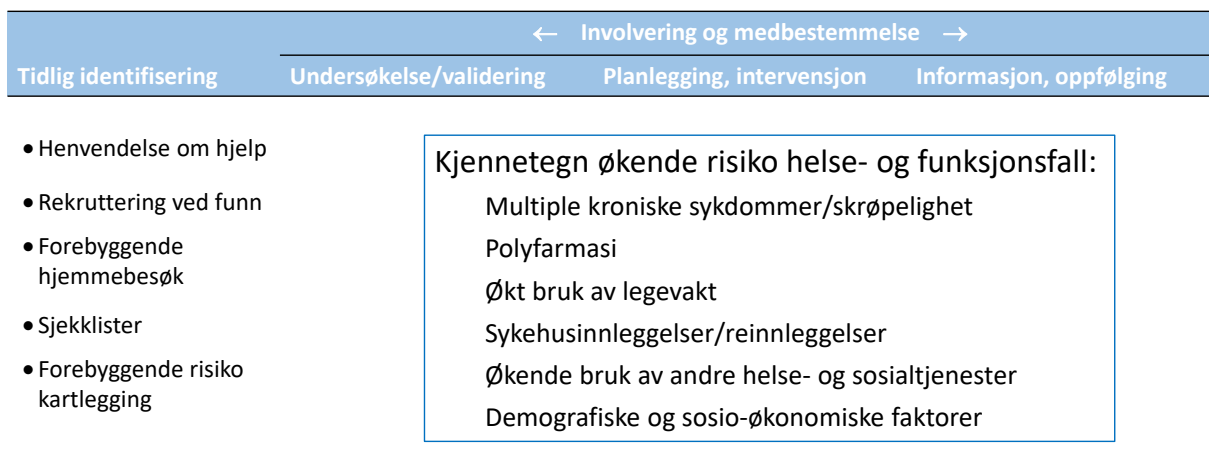
Hvorfor og hvordan?



I første samling gikk vi gjennom det vi kan kalle et rammeverk for forløp. Eksemplet fra utskrivning fra sykehuset. Det er i grunnen et unntak. Et forløp starter vanligvis med sykdom eller funksjonsfall. Det kan starte brått. Skrøpelige eldre er sårbare og bare en helt vanlig luftveisinfeksjon eller blærekatarr, sågar en forflytting kan forårsake et raskt funksjonsfall. Men det er vanligere blant innbyggere med flere kroniske sykdommer, og spesielt blant skrøpelige eldre, at funksjonsfall kommer gradvis eller snikende.

Poenget her er at jo tidligere man oppdagere funksjonsfall desto større er sjansen for at pasientene kan rehabiliteres og restituere fullt ut. Derfor er målet er en omlegging som gjør helsetjenesten mer proaktiv. Den er nå i all hovedsak reaktiv. Vi venter til vi synes det er blitt alvorlig nok.

Organisering av proaktiv intervensjon og forebygging



Helt avgjørende for tidlig innsats er tidlig identifisering av personer med helse- og funksjonsfall.

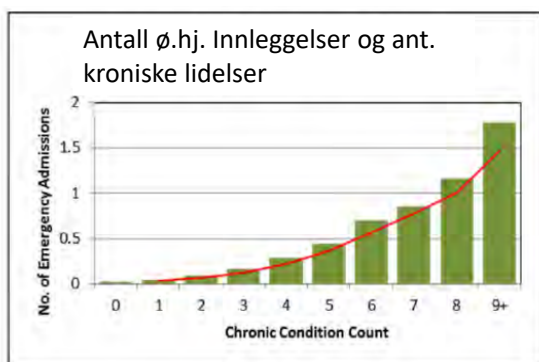
Tidlig identifisering:

Tilfeldig: Ved henvendelse fra pårørende eller pasienten selv, eller oppdaget tilfeldig i samband med andre årsaker til kontakt eller undersøkelser med helsetjenester.

Systematisk: Årlig eller halvårlig oppsøkende hjemmebesøk eller sjekklister (screening) av alle pasienter over 65 år ved f.eks. ved innleggelse i sykehus eller i samband med (fornyet) kommunalt vedtak.

Forebyggende risiko kartlegging (Eng: predictive risk stratification) er å bruke et dataprogram for regelmessig analyse journal- og registerdata for opplysninger som indikerer begynnende funksjonsfall eller forverring av helsetilstand. Brukes i flere land og regioner. Det finnes både offentlige nasjonale og kommersielle løsninger, om lag 40 er i bruk

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:

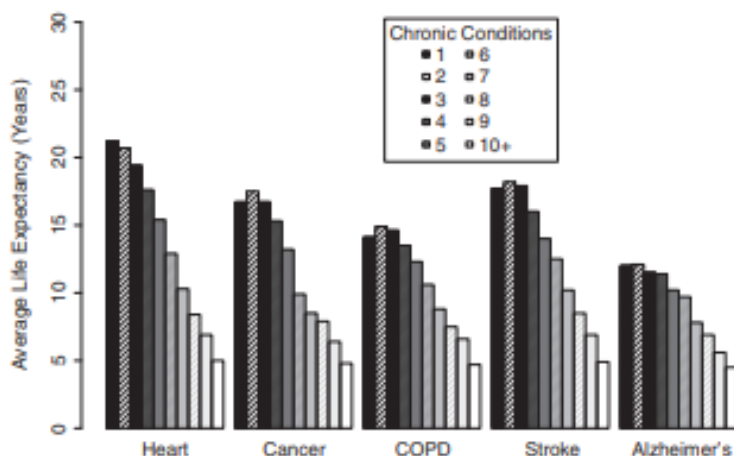
5 kroniske lidelser 8 år

10 kroniske lidelser 18 år



Det som er interessant, men også nyttig å vite, er at antallet kroniske sykdommer indikerer funksjonsfall og leveutsikter langt bedre enn hvilken hoveddiagnose pasienten får, være seg KOLS, kreft, hjertesykdom, slag eller Alzheimer. Jo flere kroniske lidelser pasientene får, desto likere blir de. Variasjonen i behov er størst blant de med få kroniske lidelser. Det betyr også at diagnosespesifikke retningslinjer blir mindre og mindre relevante ettersom antallet kroniske sykdommer hos den enkelte øker.

Average Life Expectancy at Age 67
By Leading Causes of Chronic Disease Death



DuGoff, E. H. et al. (2014). Multiple Chronic Conditions and Life Expectancy: A Life Table Analysis. *Med Care*, 52(8), 688-694

Jo flere kroniske sykdommer, jo mer lik blir pasientene

Samtidig blir diagnosespesifikke faglige retningslinjer blir mindre relevante






Det som er interessant, men også nyttig å vite, er at antallet kroniske sykdommer indikerer funksjonsfall og leveutsikter langt bedre enn hvilken hoveddiagnose pasienten får, være seg KOLS, kreft, hjertesykdom, slag eller Alzheimer. Har man 6-7 eller flere diagnoser, ser dere at det er ingen forskjell.





Med andre ord, jo flere kroniske lidelser pasientene får, desto likere blir de. Variasjonen i behov er størst blant de med få kroniske lidelser. Det betyr også at diagnosespesifikke retningslinjer blir mindre og mindre relevante ettersom antallet kroniske sykdommer hos den enkelte øker. Summen av retningslinjene påfører eldre en stor behandlingsbelastning uten at vi har noen dokumentasjon på om eller hvordan denne behandlingen virker. Også dette forsvaret et generisk pasientforløp for personer med multisykdom slik vi kom frem til.

Dette forteller også at digital hjemmeoppfølging av en enkelt diagnose ikke blir et egnet utgangspunkt for å ivareta pasientens behov, kanskje i starten, men ikke over tid. Hva blir fortsettelsen når f.eks KOLS pasienten får slag, kreft eller hjerteproblemer.

Men hvis en stor del av legemiddelbehandlingen som mange med multisykdom mottar blir gradvis irrelevant. Hva kan den erstattes med?

CLINICAL FRAILTY SCALE NORWEGIAN

	1	VELDIG SPREK	Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekkeste 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 irla 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 andra for sin personliga vård, och närmar 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 skiljoner vanligvis graden av demens (CFS 5,6,7 eller 8). Vordige symptomer ved mild demens inkluderer det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, selv om man husker selve hendelsen, å glemte de samme spørsmålene/ historiene og sosial tilbakehenging.

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

Ved alvorlig demens må de no hjelp til all egenomsorg.

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

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine.research.no. Translated with permission by Rostof S, Engstad TT, Sjåbo B, Flåtten H. Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:149-155.

 DALHOUSIE UNIVERSITY

Klinisk kartlegging av skrøpeligheit

Clinical frailty Scale (CFS) Norsk versjon

Hensikt:
Tidlig identifisering og forebygging

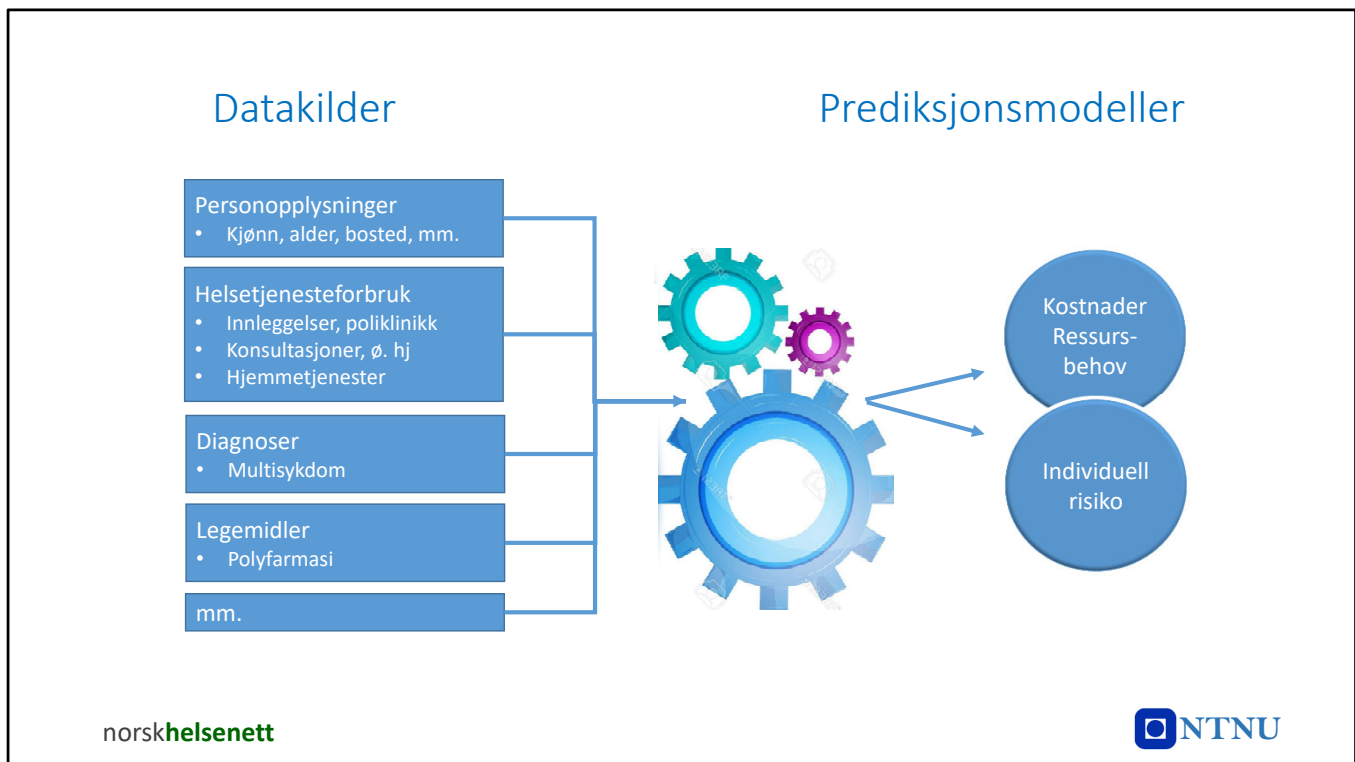
Flåtten H, et al. Reliability of the Clinical Frailty Scale in very elderly ICU patients: a prospective European study. Ann Intensive Care. 2021;11(1):22.

UiB

Skal vi greie og skille multisjyke og skrøpelige eldre, må vi undersøke hvem som er skrøpelig. Det starter ved 65-årsalder

State of art for å identifisere skrøpelige eldre er en bred geriatriisk vurdering. Det er utviklet flere godt validerte verktøy for finne skrøpelig eldre. Denne kliniske kartleggingen er utviklet i Canada som vises her er oversatt og validert for norske forhold. Fungerer godt i flere sammenhenger og kan benyttes av både leger og sykepleiere forutsatt noe klinisk erfaring med skrøpelige eldre.

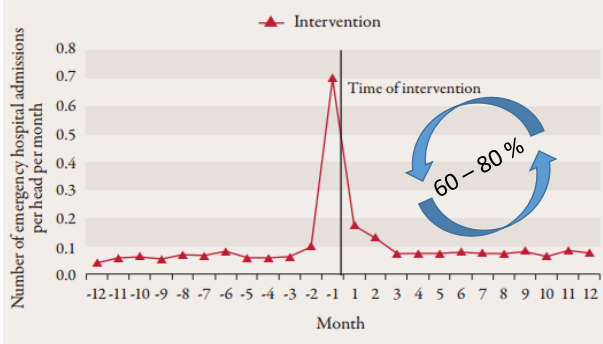
Leser man beskrivelsene, er de gjenkjennelige. Tidlig og proaktiv identifisering av skrøpelige eldre handler om 4 og 5. Det er på disse stadiene at forebyggingspotensialet er størst.



Kilder til risikostratifisering er helseregistre eller EPJ, eller en kombinasjon. Individuell risikostratifisering trenger et rikere tilfang av data enn kostnadsestimeringer som i stor grad baserer seg oppgjørdata. I de fleste land.

Forebyggende risikostratifisering er et supplement til andre «manuelle» kartlegginger/sjekklistor

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

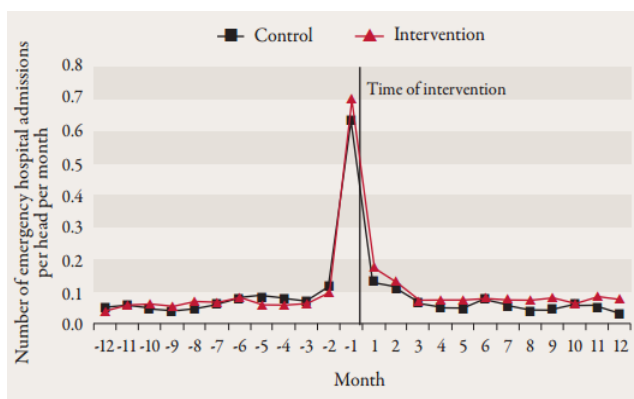


Figur 3b viser et forsøk hvor man sammenlignet en gruppe som fikk tidligintervensjon (rød) mot en kontrollgruppe (svart). Det ble raskere færre innleggelser i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen

Tidlig intervensjon

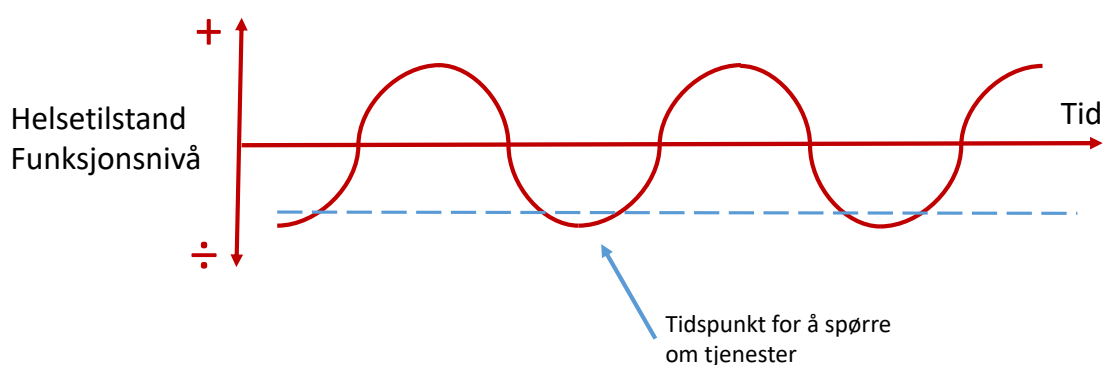
5 % av de som legges inn ett enkelt år står for 1/3 av alle akuttinnleggelser dette året. (figur 3a)

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



Figuren er et godt eksempel på at det naturlige forløpet av « mange » sykehusinnleggelser er kjennetegnet av å være forbigående hvor 70-80 prosent i gruppen et år er byttet ut med andre neste år. Det er viktig å kjenne eller avklare det naturlige forløpet for å kunne si noe om effekten av intervensjoner. I denne undersøkelsen falt sykehusbruken raskere i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen. En bidragene årsak er at det kan være vanskelig å « avvenne » enkelte fra det tilbud som de har fått.

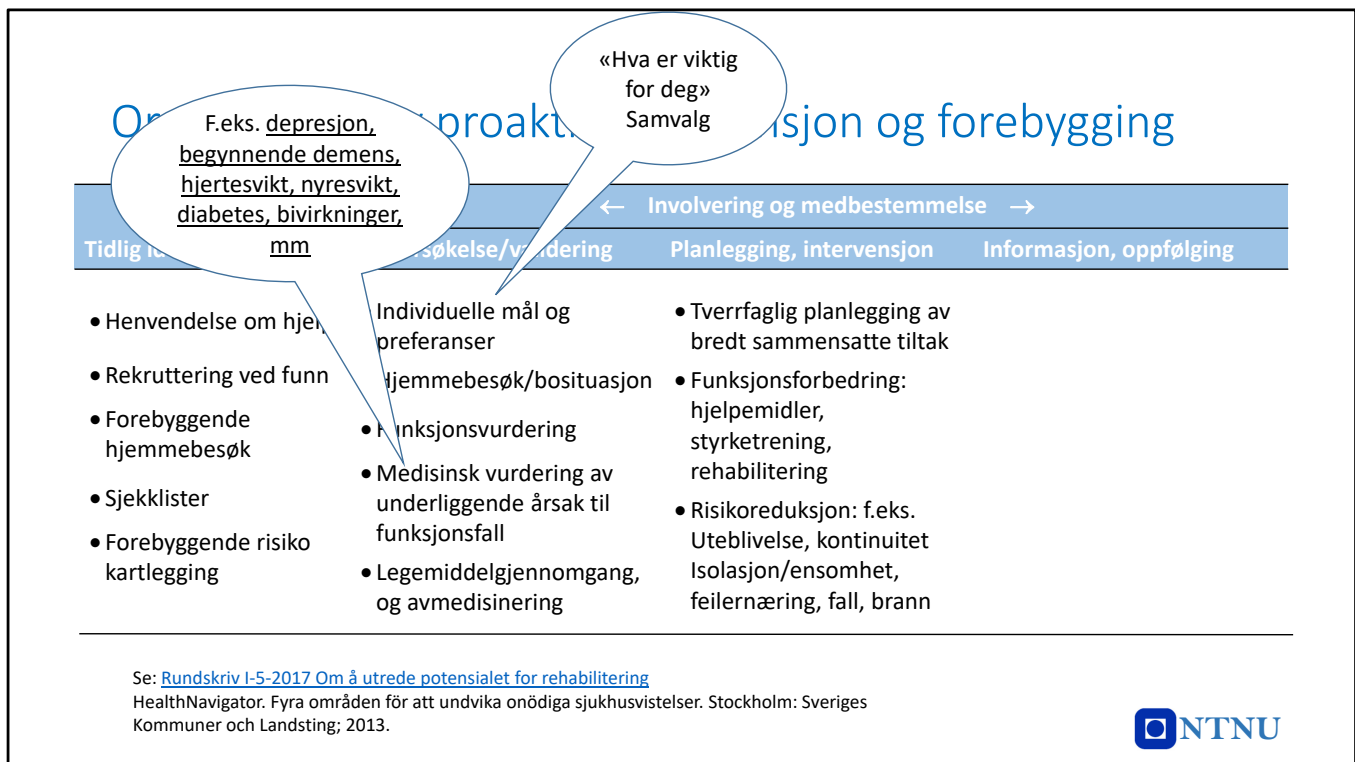
«Vandringen mot midten»



Helsetilstand og funksjonsnivå svinger hos alle, men i økende grad hos eldre, spesielt skrøpelig eldre. Når man er på kanten til å greie seg selv, kan selv små svingninger få stor betydning.

Det som er viktig å vite at henvendelsene om hjelp i all hovedsak kommer når man er på vei nedover og nær bunn. Det betyr at det i den tiden vi iverksetter tiltak også har en stor sjanse for spontan bedring. Hvis vi måler forbedring vet vi derfor ikke hva vi måler spontan forbedring eller bedring pga. innsatsen, eller begge deler. Størst er sjansen for stor spontan forbedring blant de som har hatt et relativt akutt funksjonsfall, slik det er tilfelle ved mange sykehusinnleggelses, slik det ble vist på forrige bilde.

Den eneste måten å få synliggjort forholdet mellom spontan forandring og endringer som kan tilskrives en intervensjon, er å anvende en kontrollgruppe som er maken, men ikke utsettes for intervensjon. Når dette ikke er mulig, kan man studere i hvilken grad prosesser med kjent effekt blir gjennomført, og slik anta at det gir bedring. Dette er hovedprinsippet i innsatsstyrt finansiering.



Utredning/validering: Ut i fra journalopplysninger vurdere om pasienter med høyt skår skal kontaktes. I samarbeid med pasienten drøfte behov og pasientpreferanser – hva er viktigst for pasienten? Deretter evt. enes om hva som skal skje videre. Utrede funksjonsfall, bosituasjon, (hjemmebesøk).

Bestille time/besøk av fastlegen for å utelukke bakenforliggende sykdom (f.eks. depresjon, begynnende demens, hjertesvikt, nyresvikt, diabetes, bivirkninger) og optimalisere legemiddelbehandling. Om ikke ønsket om hjelp kommer direkte fra pasienten selv, eller evt. klart fremgår indirekte via den som har formidlet behovet, må samtykke til hjemmebesøk og formålet innhentes først.

HealthNavigator. Fyra områden för att undvika onödiga sjukhusvistelser.

Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2013. Available from:

http://plus.rjl.se/info_files/infosida41409/arbetsboken_fyra_omraden1.pdf

NICE. Multimorbidity: clinical assessment and management (NG56). London:

National Institute for Health and Care Excellence; 2016. Available from:

www.nice.org.uk/guidance/ng56.

Planlegging/Intervensjon: Tverrfaglig planlegging av tiltak enten hjemme eller ved et evt. korttidsopphold. Modellen er bred geriatrisk vurdering ved å se behovene i en sammenheng, jobbe parallelt som et tverrfaglig team (KLIKK)

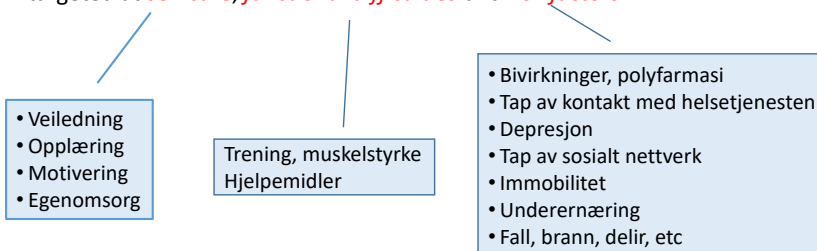
Cochrane Database Syst Rev. 2016

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*.



Både trening/rehabilitering og mange av de risikoreduerende tiltakene kan den vanlige hjemmetjenesten ta ansvar for.

- En helhetlig og bred gjennomgang av pasienten og iverksetting av hverdagsrehabilitering er et av svarene. I en studie av 320 pasienter over 70 år med fokus på bedring av muskelstyrke, ble det også funnet en signifikant høyere overlevelse etter to år.

Kommentarer til risikoreduksjon:

- Når det gjelder legemidler har hjemmetjenesten en viktig observasjonsrolle. Dessverre ser det ut til at bruk av multidoser har svekket denne rollen.
- Mange som passerer 85 år får mindre kontakt med sin fastlege. Her vil jeg legge skylda både på fastlegene og hjemmesykepleien, men også hvordan kommunehelsetjenesten er organisert. Pasienter skrives ut fra sykehus med avansert medisinsk behandling ofte uten at det er et organisert samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie ved eller etter ankomst hjem.
- Når det gjelder depresjon, viser forskning at det også er assosiert med en forverring av forløpet til flere somatiske sykdommer. Jf. også resultater fra HUNT
- Underernæring er ofte tilfelle, men må ikke forveksles med normal kroppsutvikling. Når pasienten helt mot slutten ikke orker spise, så skal man ikke begynne med iv.
- Mange dør i løpet av et år etter et hoftebrudd. Det mest effektive tiltaket mot fall er muskel og balansetrening (som ved rehabilitering)

Oppsummerende forskningsstudier

Effekter av rehabilitering/prehabilitering

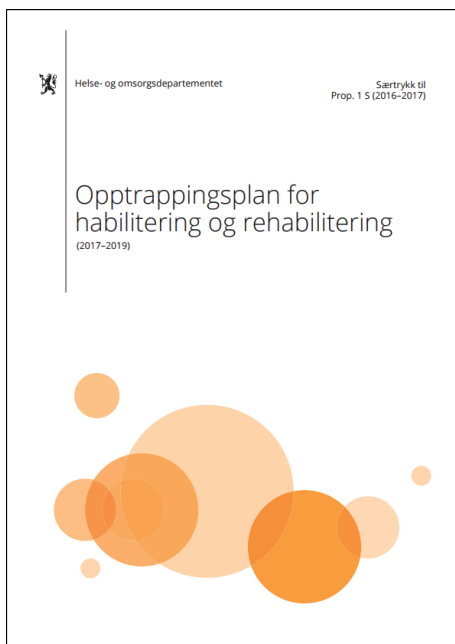
- Blir boende lengre hjemme
- Mindre behov for institusjonsplasser
- Færre innleggelse i sykehus
- Økt bevegelsesevne og mindre ustø
- Reduserte kommunale utgifter

Hva virker?

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



Bildet av effekter og hva som virker er ikke entydig på noen områder, men noe blir støttet av et flertall undersøkelser. Man finner også i noen studier vedvarende effekter. Det er ingen entydige forskjeller mht om det er primærhelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten som gjennomfører rehabiliteringsprogram



Rundskriv I-5/2017. Om å utrede potensialet for rehabilitering

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



I tillegg til Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov vil jeg også anbefale Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering, som nå også har resultert i et Rundskriv. Begge representerer et klart ønske fra myndighetene om mer proaktive tjenester.

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.



Ingen medikamentell behandling har noen gang vært i nærheten av og gi slike resultater som vist her. Undersøkelsen forteller at et strukturert opplegg for observasjon og rehabilitering og god tid til å planlegge flyttingen hjem har stor effekt. Oppholdet var tre uker – altså det som er et vanlig korttidsopphold, og vel å merke – pasientene ble tatt i mot før de var utskrivningsklare.

Hvis reinnleggelser øker, slik det skjedde under samhandlingsreformen, må man stille spørsmålet om økonomi har gått foran fag når det gjelder utskrivningsklare pasienter. Det er kortsiktig tenkning da det er et godt rehabiliteringstilbud som kan spare kommunene for utgifter – og pasienten for reinnleggelser.

Suksessfaktorer ved en intermediæravdeling

- Økt lege- og sykepleierbemanning (30 %) understøttet av tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten og kompetanseoverføring
- Tilbud om rehabilitering og bedre tid til å legge til å planlegge tilbakeføring til hjemmet (tre uker)
- Ansettelse av erfarne fastleger. 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



Det er det få intermediæravdelinger som har lagt opp til det som var suksessfaktorene. Flere av disse punktene ble vanskelig å gjennomføre med interkommunale ordninger, som i tillegg medførte et svekket samarbeid med andre kommunale tjenester og utvikling av disse.

Ved innføringen økte andelen reinnleggelser og det ble også registrert økt dødelighet i sykehjem etter utskrivning. Det er derfor gode grunner til å revurdere bruken og opplegget av korte mellomopphold i institusjon mot utskrivning direkte hjem. Intermediæravdelingene (mange navn) er flere steder nå blitt den viktigste flaskehalsen ved utskrivning av pasienter. Pasientene blir liggende. Men dette kan også sykehusene gjøre noe med (KLIKK)



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



Prosjektet ble stoppet av sykehusdirektøren fordi «vi har ikke råd til å forlenge opphold». Direktøren foreslo å satse på «fast-track» noe som ligner på pakkeforløp, mwd unntak av at det dreiere seg ø.hj..

Oppgavefordeling og sentralisering viser at ortopedere, som andre kirurger, får mer øvelse og bedre operasjonsresultater. Men blir pasientene bedre?

Etter ett år er en ¼ døde og dødeligheten etter operasjonen har ikke gått ned de siste 30 årene. Kan det være fordi helheten ikke blir ivaretatt.?

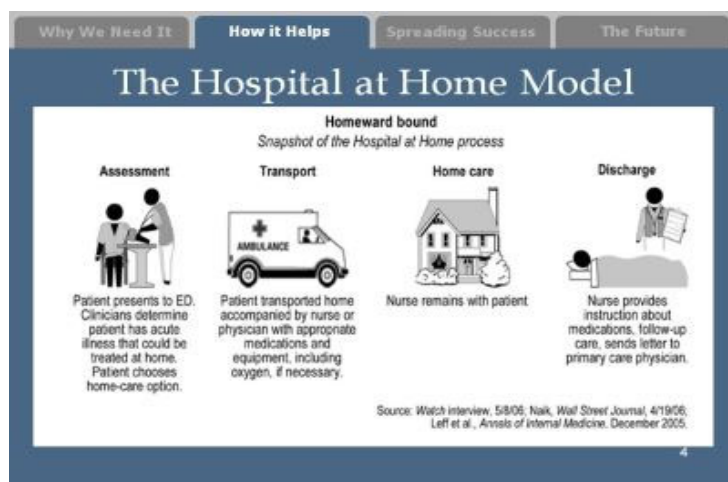
En svensk undersøkelse viser at dødeligheten øker når liggetiden går under 10 dager, og er det dobbelte for de skrevet ut 5. dag eller tidligere

Pasienter med hoftebrudd har høy gjennomsnittsalder og majoriteten har multiple kroniske sykdommer og i tillegg skrøpelig og har polyfarmasi. De skrives ut til sykehjem/hjemmesykepleie med en epikrise som handler om hofteoperasjon, uten en plan eller vurdering av hvordan resten skal følges opp.

«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



Leff B. Hospital at Home. In: Malone ML, Capezuti EA, Palmer RM, editors. Geriatrics Models of Care: Bringing 'Best Practice' to an Aging America. Cham: Springer International Publishing; 2015. p. 163-71



"**Hospital at home**" har sin opprinnelse fra John Hopkins University i [1995](#).

I litteraturen omtales to typer «hjemmesykehus». I Norge benyttes hjemmesykehus om å yte spesialisthelsetjenester med avansert medisinsk utstyr utenfor sykehus til utvalgte pasienter med et langvarig behov. Dialysebehandling er mest kjent. Ellers har mye hittil dreid seg om utprøving, blant annet for barn. Utfordringen er at det dreier seg om svært få, gjerne ressurssterke. Slik vanskelig å etablere som et bærekraftig system. Helseeffekter er lite avklart. Det reiser også en del etisk problemstillinger, blant annet fordi sosialt nettverk og iblant også nær familie går i oppløsning med sykehuset hjemme.

Den andre utgaven av hjemmesykehus fokuserer på håndtering av akutte behov blant pasienter med kronisk sykdom, innleggelse og utskriving, ofte pasienter som er godt kjent. Når pasienten ankommer akuttmottaket, eller aller helst før pasienten blir hentet, blir det vurdert om pasienten kan behandles hjemme ved at et team fra sykehuset blir med hjem.

Teamet brukes også for å skrive ut pasienter tidligere. Færre og kortere innleggelser er best dokumentert for pasienter med KOLS og hjertesykdom.

Modellen gir vesentlige kostnadsreduksjoner. Blitt enda mer aktuell i samband med oppfølging digitalt. Utfordringen til helseforetakene vil være utvikle prosedyrer for etablering av hjemmesykehus ved behov for akutt hjelp hjemme og slik unngå innleggelser av skrøpelige eldre. Har sett reduksjoner på over 50%.

Organisering av proaktiv intervensjon og forebygging

← Involvering og medbestemmelse →			
Tidlig identifisering	Undersøkelse/validering	Planlegging, intervensjon	Informasjon, oppfølging
<ul style="list-style-type: none"> • Henvendelse om hjelp • Rekruttering ved funn • Forebyggende hjemmebesøk • Sjekklister • Forebyggende risiko kartlegging 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle mål og preferanser • Hjemmebesøk/bosituasjon • Funksjonsvurdering • Medisinsk vurdering av underliggende årsak til funksjonsfall • Legemiddelgjennomgang 	<ul style="list-style-type: none"> • Tverrfaglig planlegging av bredt sammensatte tiltak • Funksjonsforbedring: hjelpemidler, styrketrening, rehabilitering • Risikoreduksjon: f.eks. Isolasjon/ensomhet, feilernæring, fall, brann 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivering • Styrke egenomsorg • Involvering av pårørende • Oppfølging med telefon, hjemmebesøk eller av frivillige • Dagopphold • Velferdstjenester og velferdsteknologi



I oppfølging (gjerne i samband med 4 ukers evalueringen) er målet tiltak som skal få rehabiliteringen til å vare.

Informasjon, oppfølging: Løpende vurdering av pasientens erfaringer og preferanser.

- Motiverende samtale – Helsedirektoratet, YouTube. Mestringstro (self efficacy), Empowerment
- Styrking av egenomsorg gjennom opplæring/veiledning og motivering.
- Pårørendeinvolvering – ved f.eks. avtrapping av legemidler, forebygge avisoppslag
- Frivillige – «Hvem kunne du tenke deg var tilstede når du kommer hjem». Fjerning av hjelpevergeordningen har etterlatt et «hull»
- Forbedre sosial kontakt/nettverk gjennom informasjon om aktivitetstilbud – offentlige og private, samt tilrettelegging av transport. Dagopphold 1-2 dager per uke øker aktivitet og sosial kontakt. Involvering av pårørende og andre viktige personer i pasientens liv. Benytte besøksordninger gitt av frivillige, evt. søke om støttekontakt

Dokumenterte forebyggende tiltak blant eldre og personer med flere kroniske sykdommer

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



Kettle VE, et al. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2022;376:e068465.
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.



Noen blir kanskje bekymret når forebyggende legemiddelbehandling skal trappes ned i eldre alder, fordi hva kan det erstattes med?

Her er listen over godt dokumenterte forebyggende tiltak for eldre. Det er ikke flere, men langt bedre dokumentert virkningsfull enn forebyggende legemiddelbehandling i gruppen skrøpelig eldre.

En forutsetning er at du som fastlege, eller helst legekantoret etablerer en kultur for tverrfaglig samarbeid/bemanning både innad på kontoret og med helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Gevinsten er mindre arbeid for legene og totalt.

Fysisk aktivitet, i første rekke muskelstyrketrening, bremser utviklingen av skrøpelighet, og forbedrer bevegelighet, hjerte-kar systemet, endokrine funksjoner, samt forsinker progresjon av flere kroniske sykdommer. Forebygger også fall. Fall er en indikasjon på skrøpelighet. Skal utredes

Forebygging av ensomhet ved å styrke sosialt nettverk, gir 30% nedgang i helsetjenesteforbruket. Kognitiv funksjon blir også bedre

Avmedisinering er oppført, og ikke legemiddelgjennomgang, er det fordi sistnevnte ikke fungerer i praksis. Polyfarmasi blant eldre er økende. Blant innbyggere over 70 år bruker 50% fire legemidler eller mer, 20% mer enn 10 legemidler. For innbyggere over 80 år er 30% av innleggelsene i sykehus relatert til legemidler. Det er begynt å komme litteratur om avmedisinering som har vist positiv effekt spesielt når det gjelder skrøpelige eldre. Har redusert sykehusinnleggelse og økt overlevelse. Fremgangsmåten er beskrevet i legemiddelhåndboken.

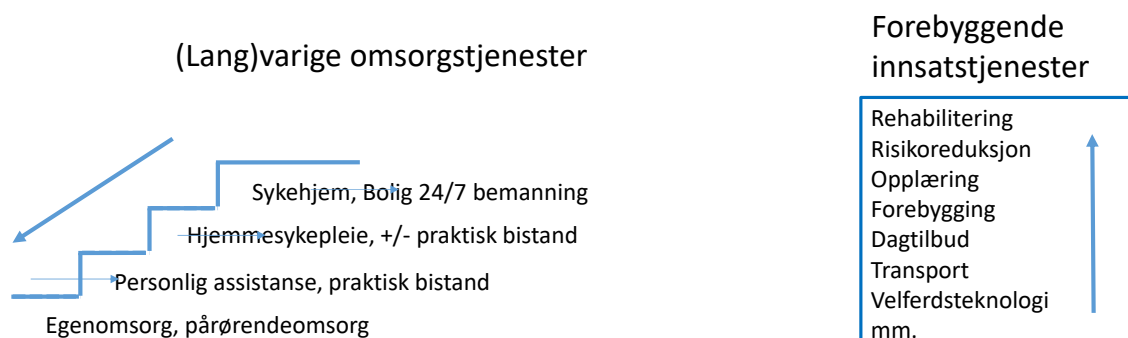
Oppfølging av personer med store og sammensatte behov

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



Veilederen ble publisert i november 2017, oppdatert i februar 2019. Den primære målgruppen er ledere og administrasjon av primærhelsetjenester, men også spesialisthelsetjenester i den grad de involveres i tverrfaglig samarbeid.

Omsorgstrappa



Omsorgstrappa finnes det mange utgaver av. Dette er en av de enkleste. Den representerer det som vi kan kalle pasientforløpet i primærhelsetjenesten.

Et skifte fra å levere tjenester (standardisert) til å dekke behov (individuell) – behov sett med brukerens øyne (Bydel Stovner)

Poenget med tidlig intervensjon og forebygging er å forsinke at brukere og pasienter klatrer opp trappa. Dette dreier seg om å utsette innrulling i varige tjenester. På sykehjemmene defineres en plass som varig hvis tiden passerer 60 dager. Jeg har sett på omsorgsstatistikk, og jeg tror den samme definisjonen vil fungere godt også for praktisk bistand og hjemmesykepleie, og burde heller ikke være vanskeligere å registrere.

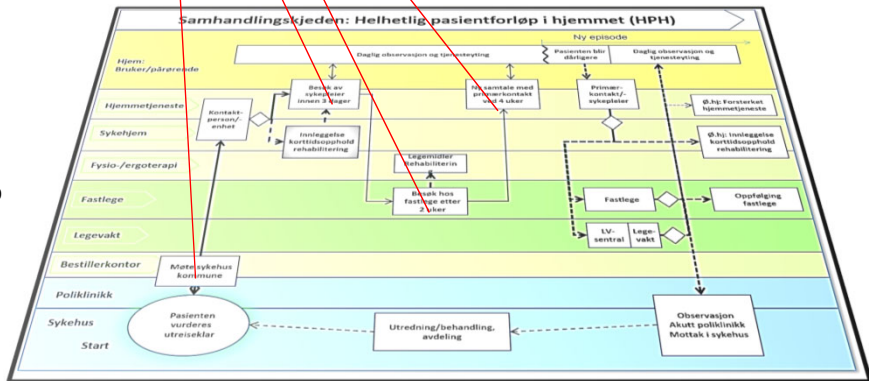
Hensikten er å finne et rimelig og enkelt skille i forhold til innsatstjenester (KLIKK), fordi disse bør øke skal vi utsette behovet for varige tjenester. De som er listet her har vi rimelig god dokumentasjon på virker utsettende. Det som vi ikke har tilsvarende god oversikt over er god balanse i ressursbruk mellom varige tjenester og innsatstjenester. Fokus har vært på sykehjems plasser som er dyrest. Det som er interessant er at innsatstjenester ser ut til å kaste mest av seg på sikt allerede på første trinn, når pasienter eller bruker henvender seg om omsorgstjenester første gang.

Denne inndelingen gir et rimelig godt grunnlag for å studere effekten av tiltak – innføring pasientforløp og innføring av innsatsteam – og mht. balansen i ressursbruk.

Indikatorsett for gode pasientforløp

Kriterium / Legeundersøkelse / Helseundersøkelse / Helseundersøkelse / Helseundersøkelse	Kategori		Kategori		Kategori	
	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
1. Hjemmetjenesten er involvert i planlegging og oppfølging av pasienten						
2. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
3. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
4. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
5. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
6. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
7. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
8. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
9. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
10. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
11. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
12. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
13. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
14. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
15. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
16. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
17. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
18. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
19. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						
20. Informasjon og helseundersøkelse av utøver er gjort sammen med pasient/hjemsykepleier						

HPH – flytskjema for gode pasientforløp



Det er helt sentralt for å lykkes at man operasjonaliserer det som skal gjennomføres på en slik måte at det kan måles. Det skaper eierskap, motivasjon og muligheter til justeringer underveis.

I samarbeidsavtalene mellom foretak og kommuner er det nesten ikke blitt gjort, og man vet ikke om det man er blitt enig om er blitt gjennomført. Det er mange indikasjoner på at lite skjer.

Vi trodde at vi hadde kontroll i HPH prosjektet. Vi ringte rundt til kommunene regelmessig. Alt vi fikk høre var at alt var i orden og alle var fornøyde. I ettertid ved gjennomgang av journaler og vedtak fant vi at det ikke stemte.

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 innsatssteam / 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 for 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 lykkes 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			
Oppløst av endring i funksjon					5

Dette er et skjema hvor man enkelt kan krysse av for gjennomføring av forløpet, dvs. boksene og sjekklistene.

Gruppeoppgave 1

- Hva er status i trinn 1 og 2 og hvordan komme videre?
 - Forankring og organisering
 - Involvering og samarbeidet med partnere i pasientforløp
 - Utformingen av pasientforløpet
 - Utarbeidelse av sjekklister
 - Tilrettelegging i arbeidshverdagen og opplæring av personell

Gruppeoppgave 2

- Hvordan bli en mer proaktiv tjeneste?
 - Observere, oppdage og identifisere behov for tjenester
 - Strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team
 - Tidlig intervensjon og forebygging

Kpt. 1 Hvordan innarbeide tidlig identifisering av helse- og funksjonsfall i sjekklisterne

Kpt. 2 Hvilke organisatoriske mekanismer har dere for å etablere tverrfaglige team, eller det som kalles oppfølgingsteam? Hvordan trekker dere inn spesialisthelsetjenesten når det er behov for dette? Omvendt, hvordan tar spesialisthelsetjenesten initiativ til å involvere primærhelsetjenesten når det er behov for å etablere avstandsoppfølging/hjemmeoppfølging etter sykehusopphold?

Kpt. 3. Hvordan innarbeide forebygging i oppfølging av pasienter? Utfordringen går til både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Dette kommer vi til å ta opp i 3. samling