


Lysbilde 1

Helhetlige og bærekraftige
pasientforløp

Helserom Helgeland – Brønnøysund 05.05.22

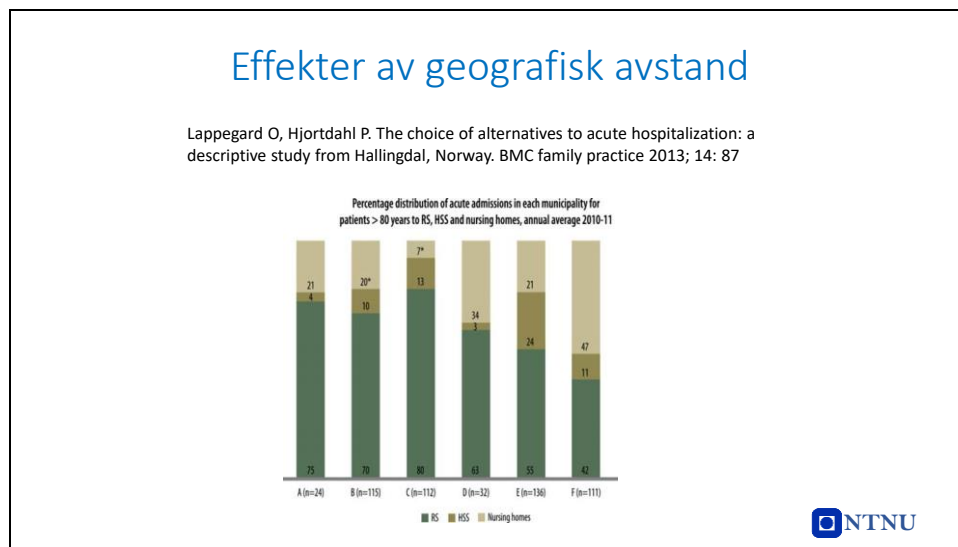
Anders Grimsmo professor emeritus,
Inst. for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU
Fagmedisinsk rådgiver, Norsk helsenett SF

norsk**helsenett**

 NTNU

Se kommentarfeltet til bildene under.

Lysbilde 2



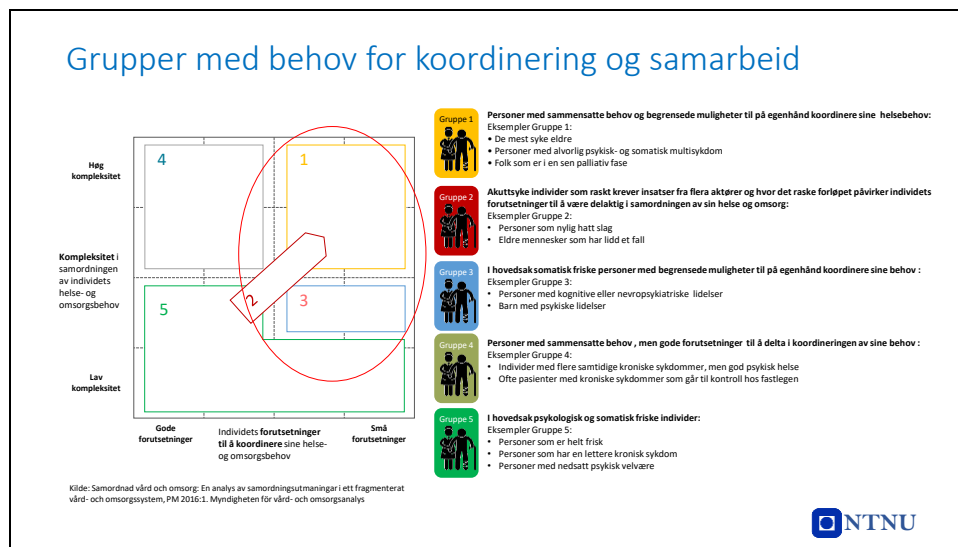
RS=Ringerike sykehus, HSS=Hallingdal sjukestove, og sykehjem

Grønn søyles er innleggelser i sykehus. De som legger inn minst er kommunene D,E,F som har lengst reisevei. Tendensen er den samme i forhold til Sykestua, brun søyle, kommunene A,B,D. I hvilken kommune tror dere sykestua ligger?

Kommune E ligner på det som jeg mener er en utkant kommune som har vært nødt til å ha et lokalt tilbud ved eget sykehjem pga. av avstandene – 19 mil. Det er interessant at nær halvparten av ø.hj. tilfellene blir løst lokalt.

Det er også interessant at Kompetanssenteret for legevaktsmedisin i Bergen også finner at det er færre rød respons tilfeller i perifere kommuner.

Lysbilde 3



Her er pasientene inndelt etter behovenes kompleksitet og personens forutsetninger til å kunne koordinere sine helsebehov.

Det er gruppene 1 (11%), 2 (1%) og 3 (8%), som bruker alle deler av helsetjenesten og krever koordinering av tjenester på tvers. Når primærhelsetjenestemeldingen beskriver behovet for «oppfølgingsteam» så gjelder det først og fremst personer i gruppe 1-3, men langt fra alle.

Gruppe 4 (11%) er pasienter/pårørende som sammen med fastlegen greier å ivareta sine behov og koordinering av disse. Antallet demente og funksjonelt «sykemspasienter» er ikke færre enn i gruppen 1-3. En viktig forskjell mellom gruppene (1,2,3) og 4 er knyttet til psykiske og kognitive forhold, samt troen på egenmestring, mens vi i de fleste tilfeller er opptatt av den somatiske oppfølgingen når vi drøfter samarbeid.

Gruppe 1-4 utgjør omlag 500 000 innbyggere i Norge.

1. Persons with complex needs and limited resources to participate in the coordination of their care (11%).

2. Persons with acute illness with a rapid course that affects the individual's possibilities for participation (1%). E.g. stroke, hip fracture

3. Mainly physically healthy individuals who have reduced abilities to participate in coordination due to, e.g., mental health issues or cognitive disabilities (8%).

4. Persons with complex needs, but with resources to participate in coordination (11%).


5. Mainly physically and mentally healthy individuals (61%).

6. Eight percent remained uncategorized after the Vårdanalys' estimation of general groups (ibid. p. 63).


**Størsteparten av helsetjenesten bygger på paradigmet
«én innbygger – én sykdom»**

Virkeligheten:

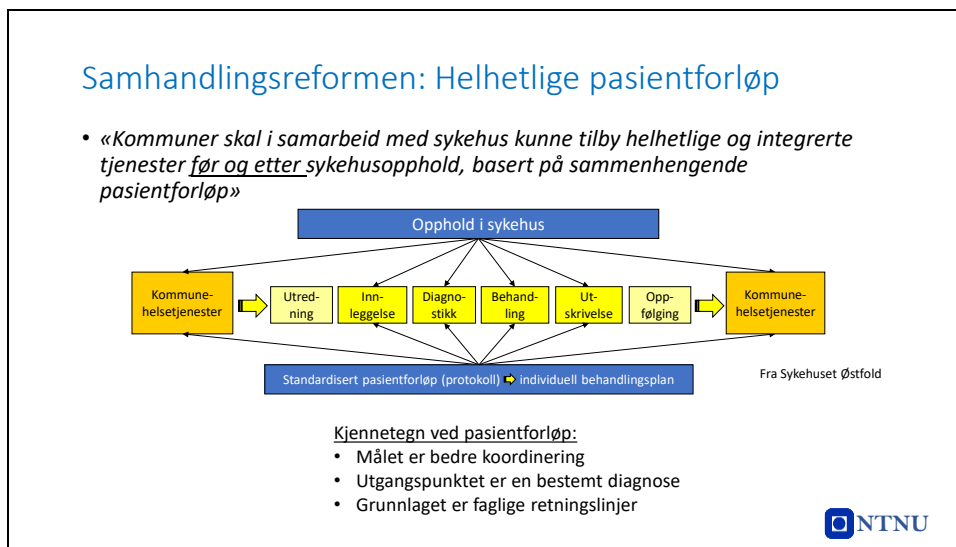
- Fra 65 års alder har 2/3 to eller flere kroniske sykdommer
- De fleste med multisykdom er likevel under 65 år
- Om lag 2/3 av helsebudsjettet går med til skrøpelige eldre og innbyggere med multisykdom
- Skrøpelige eldre og innbyggere med multisykdom utgjør
 - 52% av konsultasjonene hos fastlegen
 - over 90% av mottagerne av hjemmesykepleie,
 - 60% av pasientene som innlegges i sykehus
- Skrøpelige eldre og personer med multisykdom er blitt systematisk utelukket fra forskning om retningslinjer



Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education
Barnett K, et al. [Volume 380, Issue 9836](#), 2012: 37–43



Forfatterens hovedkonklusjon: «Våre funn utfordrer enkelt-sykdom tilnærmingen som størsteparten av helsetjenesten, medisinsk forskning, og utdanning bygger på.» Derav følger en tilsvarende fragmentering av finansiering, insentiver, kvalitetssystemene, organisering av tjenestene og helsepolitikken. Gapet mellom majoritetens av brukernes behov (multisykdom) og tjenestetilbudet har økt og skapt tilsvarende mer misnøye, lengre samlet ventetid, opplevelse av lav kvalitet, samtidig som denne fragmentering og gapet er blitt en av de viktigste kostnadsdriverne. Majoriteten av pasienter som vi finner i helsetjenesten er multisyke og de finnes i alle deler av helsetjenesten. Normen i helsetjenesten er en majoritet av pasienter med multisykdom både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Multisykdom er den vanligste lidelsen. Men gruppen er blitt systematisk utelukket fra forskning. Retningslinjer og undervisning er basert på personer med en diagnose som blir mindre relevant desto flere kroniske sykdommer brukerne av helsetjenesten har. Personer med multisykdom bruker hele helsetjenesten og er den gruppen som i første rekke har behov for samhandling og koordinerte tjenester – ikke bare mellom nivåene, i enda større grad innad i nivåene



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.. Det var de to siste punktene som ble et problem. Helsepersonell i kommunene kjente ikke igjen hverken for pasienter med bare én sykdommer eller deres rolle eller oppgaver som veiledere i pasientforløp fra helseforetaket beskrev for dem.

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.

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

Anbefalt: Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. [BMJ](#). 2015;350:h176.



Grunnen til at de ansatte fra primærhelsetjenesten ikke gjenkjente pasientene var at de knapt vet om pasienter som har bare en diagnose. Om lag 95% av pasientene som mottar hjemmesykepleie har 4-5 kroniske sykdommer. Dette gjelder også personer med hoftebrudd. Den medisinske behandlingen som skal følges opp er avansert og kompleks, og pasientene skrives ut til hjemmesykepleien og ikke til fastlegen. Om de samarbeider er tilfeldig. Det handler ikke bare om en medisinsk kompleksitet, men også en sosial. Den tas det lite hensyn til når en person meldes utskrivningsklar. Faglige retningslinjer er rettet spesifikt mot medisinsk behandling av enkelt sykdommer og omtaler i liten grad andre vanlige utfordringer knyttet nedsett 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. Det handler om 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 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




I tillegg til at helsepersonell ikke gjenkjente pasientene og sin rolle tilknytning til forløp og fokus bare på én diagnose, ble det også erfart 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.

Diagnoser vurdert mht. digital hjemmeoppfølging

Diagnose	Forekomst i Norge	Innleggelse døgno- pphold	Forekomst per 1000 innbyggere	Innleggelse per 1000 innbyggere
Hjerteinf/angina	40 000	37 000	7,3	6,7
Hjertesvikt	16 000	20 000	2,9	3,6
Atrieflimmer	82 000	30 000	14,9	5,5
Slag	55 000	12 000	10,0	2,2
Demens	100 000		18,2	
KOLS	150 000	11 000	27,3	2,0
Diabetes	250 000	3 700	45,5	0,7
Lårhalsbrudd		5 000		0,9
Kronisk nyresvikt/dialyse	1 900	480	0,3	0,1
Parkinson	8 000	1 100	1,5	0,2
Multipel sklerose	12 000	833	2,2	0,2
ALS	400	100	0,1	0,0
Skrapelighet (>65 år)	98 000	122 500	17,8	111,4



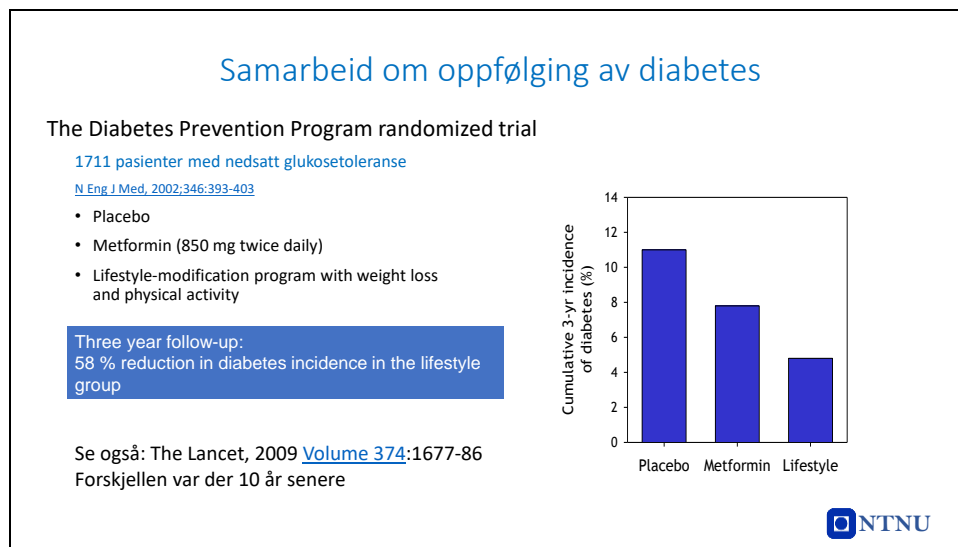
Hensikt med denne tabellen er å ha et underlag for å vurdere om mulig størrelse på valg av målgruppe. Hver oppmerksom på at målgruppen i praksis blir faktisk mindre enn her er oppgitt.

Diabetes: 10% type 1. Insidens type 2 1600 nye per år, prevalens 11% 80 år. Spesialsykepleier på deling mellom kommuner el omreisende fra sykehus sykehus?

Slag: 85% infarkt, 3500 residivslag

Demens: 60+ 8%, 70+ 15%, 90 år 50%, høyeste dødelighet, størst nedsatt funksjonsevne. Sykehjem 85%, flertallet demente bor hjemme

KOLS: GOLD alvorlig 25%. Komorbiditet hjerte-kar, kreft, benskjørhet, depresjon, diabetes, hud, mm. Når spesialisthelsetjenesten oppretter digital hjemmeoppfølging for KOLS, hver tar seg av og har ansvaret for de andre problemene som pasienten har eller etterhvert får? Vil ikke tro at spesialisthelsetjenesten kommer til å stille med en sykepleier for hver kronisk sykdom



The average follow-up was 2.8 years. The incidence of diabetes was 11.0, 7.8, and 4.8 cases per 100 person-years in the placebo, metformin, and lifestyle groups, respectively. The lifestyle intervention reduced the incidence by 58 percent (95 percent confidence interval, 48 to 66 percent) and metformin by 31 percent (95 percent confidence interval, 17 to 43 percent), as compared with placebo.

I en oppfølgingsstudie 10 år senere (2009) var forebyggingen av diabetes fortsatt best blant de som initialt hadde deltatt i livsstilgruppen

Hvorfor blir livsstilintervensjon lite brukt, når det er dobbelt så effektivt – og uten bivirkninger?

For det første bør veiledning i grupper og ofte også for individer overføres til sykepleiere. At sykepleiere er bedre kost og livsstilveiledere er vist i flere undersøkelser – også i sammenheng med andre pasientgrupper.

Innbyggere med diabetes er den største enkeltgruppen 45 pr 1000 innbyggere, likevel krever det mer å holde kompetansen ved like. Det er bare om lag tre nye tilfeller diabetes per år per tusen innbyggere. Det er gjort positive forsøk med omreisende spesialutdannede sykepleiere fra spesialisthelsetjenesten (jf (Canada), samt for rådgivning ved individuelle tilfeller. Det er en av de mest effektive måtene å endre praksis på. Tabellen viste at det er færre enn én innleggelse per år per 1000 innbyggere. Grunnen er at innleggelsesdiagnosen gjerne er en annen, gjerne en følge av diabetes som hjerte eller nyresykdom.

Slagenhet med tidlig utskriving og oppfølging i kommunene

- Egne slagenheter systematisk tverrfaglig teamarbeid etter geriatrikisk modell - utvidet med tidligere utskriving og et tverrfaglig mobilt oppfølgingsteam i avdelingen.
- En fra teamet ble med pasienten ut i kommunen og utformet en behandlingsplan sammen med helsepersonell i kommunen.
- Sammenlignet med vanlig slagbehandling kunne flere bo hjemme, mindre bruk av institusjoner og med bedre funksjonsskår.
- En sammenligning etter 5 år viste at forskjellene varte ved. Tilsvarende resultater er kommet frem i oppsummerende studier.

Indredavik B, Fjartoft H, Ekeberg G, Loge AD, Mørch B. Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge: A randomized, controlled trial. Stroke. 2000;31(12):2989-94




Forekomsten av innbyggere som lever med følger av slag er om lag 10 per 1000 innbyggere. Ut i fra landsgjennomsnittet er det litt mer enn 2 per 1000 innbyggere som innlegges hvert år første gang. 85% pga blodpropp, resten er hjerneblødning. Om lag ¼ er gjentatt tilfelle av slag. Rehabilitering kan overføres til kommunene under veiledning fra sykehus, men oppretting av et eget tverrfaglig team spesifikt for slagpasienter i kommunene er ikke bærekraftig i pga. av det lave antallet tilfeller. Et eget team spesifikt team ville kreve et nedslagsfelt omtrent likt med nedslagsfeltet til et lokalsykehus. Tverrfaglig rehabilitering er høyst aktuelt for mange i kommunene, men med et innhold langt på vei uavhengig av diagnose.

Lysbilde 11


Ortogeriatrisk oppfølging av pasienter med hoftebrudd

	Geriatrigruppen	Ortopedigruppen
Antall pasienter	198	199
Liggetid	12.6	11.0
Direkte hjem	47	20



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

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)



Noen sykehus anklager kommunene for å ha for få sykehjemssenger. Sykehusene har et vesentlig potensial til å reusere behovet

En annen oppsummerende undersøkelse om spesialistbasert geriatrisk behandling og rehabilitering generelt:

- Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2010;340: c1718doi:10.1136/bmj.c1718

Pasientsentret helseteam (PSHT) på tvers av sykehus og kommune

Personsentret – Helhetlig - Proaktiv

- Kommuner kan henvende seg til et tverrfaglig team ved sykehuset om hjelp i oppfølging av skrøpelige eldre og innbyggere med multisykdom med komplekse behov.
- Samarbeidet skjer ved oppretting av et felles team sammensatt i tråd med den enkeltes behov og ønsker, samt utarbeidelse av en behandlingsplan.
- Tilbudet har bidratt til færre innleggelse og færre liggedager, samt økt overlevelse

Inntakskriterier: personer med langvarige og komplekse behov

Mer her: https://helse-midt.no/Documents/2021/andlingskonferansen_2021_rev250421.pdf


Morgnemøte med vurdering av henvisning i forhold til inntakskriteriene

Tildeling av et tverrfaglig miniteam – kartlegging av mål/hva er viktig for deg – innhente informasjon fra og koordinere med øvrige aktører

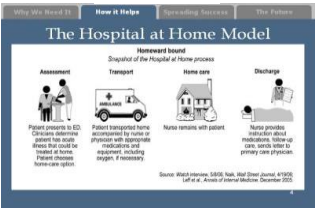
Vurdering av risiko og mulige tiltak – opprette en tverrfaglig behandlings- og oppfølgingsplan - evaluering og justering

Avslutning og overføring

Digital hjemmeoppfølging ved akutt sykdom hos eldre og innbyggere med kroniske sykdommer



- Modellen handler om digitalt samarbeid knyttet til innleggelse, tidlig utskriving, oppfølging og kompetanseutveksling, oftest for pasienter som er kjent.
- Ved ankomst akuttmottaket, eller før pasienten blir transportert, blir det vurdert om pasienten kan behandles hjemme, evt. ved at et team fra sykehuset blir med hjem, ofte en sykepleier støttet av en lege. Pasienten skrives inn, og så ut etter 1-3 dager hjemme når stabilitet og gjensidig kompetanseoverføring er oppnådd.
- Teamet og oppfølging hjemme brukes også for tidligere utskriving.
- Modellen reduserer innleggelse/reinnleggelse, liggetid og gir kostnadsreduksjoner, gj.snitt 30%.
- Utfordringen for helsefelleskapene vil være å utvikle prosedyrer for etablering av midlertidig hjemmesykehus ved behov for akutt hjelp (Jf. f.eks. Responscenter)



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
 Leong MQ, Lim CW, Lai YF. Comparison of Hospital-at-Home models: a systematic review of reviews. *BMJ open*. 2021;11(1):e043285

Modellen ble utviklet ved John Hopkins Hospital i 1995. De senere år er deler av samarbeidet blitt digitalt og nedslagsfeltet blitt utvidet

Hospital at home - Acute hospital-level care to older adults in the comfort of their home.

John Hopkins Hospital, Baltimore; 1995 [updated 2020; cited 2022 Mars 8]; Available from: <https://www.johnshopkinssolutions.com/solution/hospital-at-home/>.

Som ved digital oppfølging av langvarig kronisk sykdom har det også vært varierende resultater og vanskelig å etablere bærekraftig ordning i primærhelsetjenesten med fokus på enkelt diagnoser som KOLS og hjertesvikt. Det blir for få og vanskelig å vedlikeholde kompetansen lokalt til å overføre oppgaver til kommunen.

Grimsmo A, Løhre A, Røsstad T, Gjerde I, Heiberg I, Steinsbekk A. Disease-specific clinical pathways – are they feasible in primary care? A mixed-methods study. *Scand J Prim Health Care*. 2018;36:152-60


Den beste dokumentasjonen foreligger for skrøpelige eldre og innbyggere med flere kroniske sykdommer.

Preston LR, Chambers D, Campbell F, Cantrell A, Turner J, Goyder E. What evidence is there for the identification and management of frail older people in the emergency department? A systematic mapping review. Southampton: University of Sheffield; 2017.



Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Kalra L, Wilson AD, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Sep 1;9(9):Cd007491.

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 inntil tre uker – altså det som er et vanlig korttidsopphold, og vel å merke – pasientene ble tatt i mot før de var utskrivningsklare.

Suksessfaktorer ved en intermediæravdeling

- Økt lege- og sykepleierbemanning (30 %)
- Opplæring i bred tverrfaglig vurdering og oppfølging med støtte av spesialisthelsetjenesten
- Ansettelse av erfarne allmennleger
- Oppstart av rehabilitering straks og bedre tid 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



Garåsen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. BMC Public Health. 2007;7(1):68.

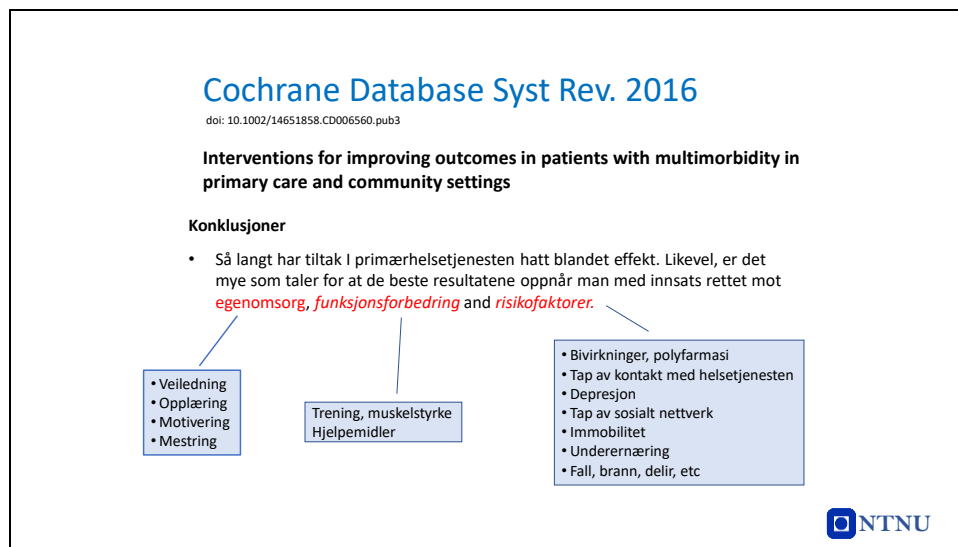


Mange kommuner etablerte intermediæravdeling for mottak av utskrivningsklare pasienter, men innholdet ble annerledes. Økonomiske insentiver gjorde det lønnsomt med interkommunalt samarbeid, som igjen førte til en vesentlig sentralisering, skjev fordeling av tilbudet og løsrivelse fra andre tjenester i kommunen. I tillegg ble det anbefalt begrenset liggetid til 3-4 dager.

Det ble registrert økt forekomst av reinnleggelser og observert økt dødelighet i sykehjem.

Disse suksessfaktorene møter en utfordring nå intermediært tilbudet ikke befinner seg der hjemmetjenesten og pårørende holder til. HOD sa i høringen om en Nasjonal helse og omsorgsplan. "Spesielt er det viktig at pasienter bør få et rehabiliteringstilbud i nær tilknytning til hjemmet, og de som har stort behov for tverrfaglig oppfølging over tid, får tilbud i kommunen."

Hvis reinnleggelser øker, 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.

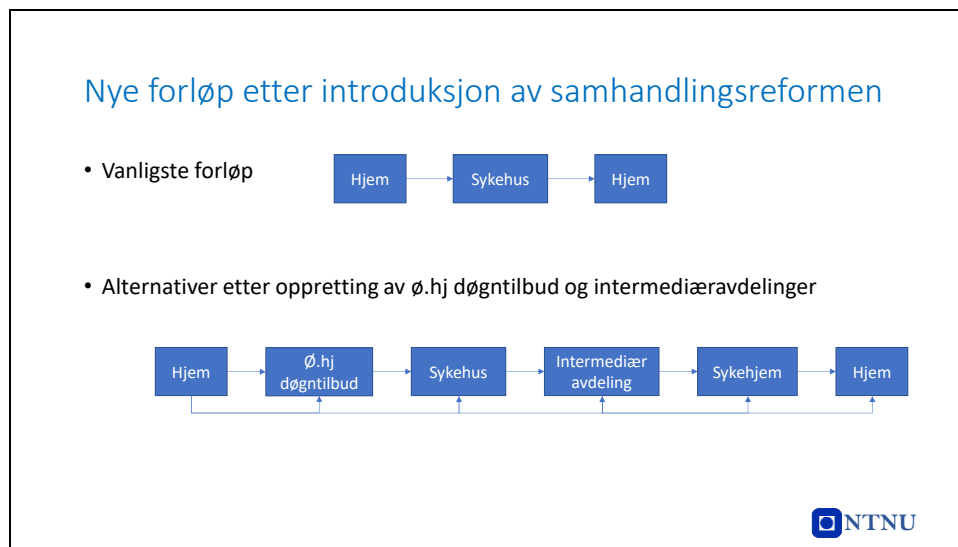


Både trening/rehabilitering og mange av de risikoreduerende tiltakene kan den vanlige hjemmetjenesten ta ansvar for.

- 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 funksjonsevne, 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 multidose 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 av det også er assosiert med en forverrelse av forløpet til flere somatisk 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)



Antallet typer tjenester økte under samhandlingsreformen, og det dreier seg om institusjonstjenester. Det er først og fremst skrøpelige eldre og pasienter med kronisk sykdom som omfattes av det nye tjenestene. Det betyr at noen opplever mer oppstykkede forløp med flere overganger og langt mer personell og forholde seg til. Vi vet ikke hvor mange det er, men det er i stor grad skrøpelige eldre som tåler transport og forflytting aller minst. Jeg mener man må tilstrebe forløpet hjem – Sykehus – hjem, men at det for pasienter med de største funksjonsfallene etter sykehusoppholdet bør få et tre-ukers rehabiliteringsopphold før hjemreise. Reinnleggelser økte vesentlig, det ble også observert økt dødelighet i sykehjem etter utskrivning. Ikke uventet.

Målet med tiltak for skrøpelige eldre må være utskrivning direkte til hjemmet og færrest mulige innleggelser.

I evalueringssammenheng er dette primære utfallsmål for samhandling om skrøpelige eldre, som enda til har egenskapen av å være det som kalles harde endepunkter, Dette handler også om systemtiltak som kan være vanskelig å organisere som randomiserte kontrollerte studier. Nest best er metoder som brutte tidsserier. Uansett bør kompliserte intervensjoner også følges opp med kvalitative studier skal man få innsikt i og forstå det som lykkes/eller ikke lykkes

Observerte risikoer ved innføring av digitale konsultasjoner

Område	Observerte risikoer/hendelser
1. Organisering, pasientforløp, tilgjengelighet, teknologi	Mer kompliserte forløp og dobbelthåndtering Forskjellbehandling pga ulik digital kompetanse, uteblivelse Svekkelse av sikkerhet og personvern, teknologiske sammenbrudd Enklere tilgang og økt antall samarbeidspartnere øker presset
2. Kommunikasjon og relasjon i pasient-helsepersonell forholdet	Redusert mengde og mer overfladisk informasjon og dokumentasjon Relasjoner blir ikke etablert eller svekkes
3. Klinisk kvalitet	Diagnoser blir oversett eller forsinket pga. mangel på fysisk undersøkelse Sikring svekkes pga. følelse av mindre personvern i situasjonen Overbehandling som kompensasjon for mangelfull informasjon
4. Økte byrder for pasienten	Økte krav til å orientere seg og gjøre valg, gjenta sine plager og sykehistorie, rapportere data og bruke utstyr
5. Helsefremmende og forebyggende arbeid	Muligheter til screening og tidlig proaktiv intervensjon svekkes Personlig rådgivning og veiledning reduseres Innsikt i sosiale og familiære forhold svekkes

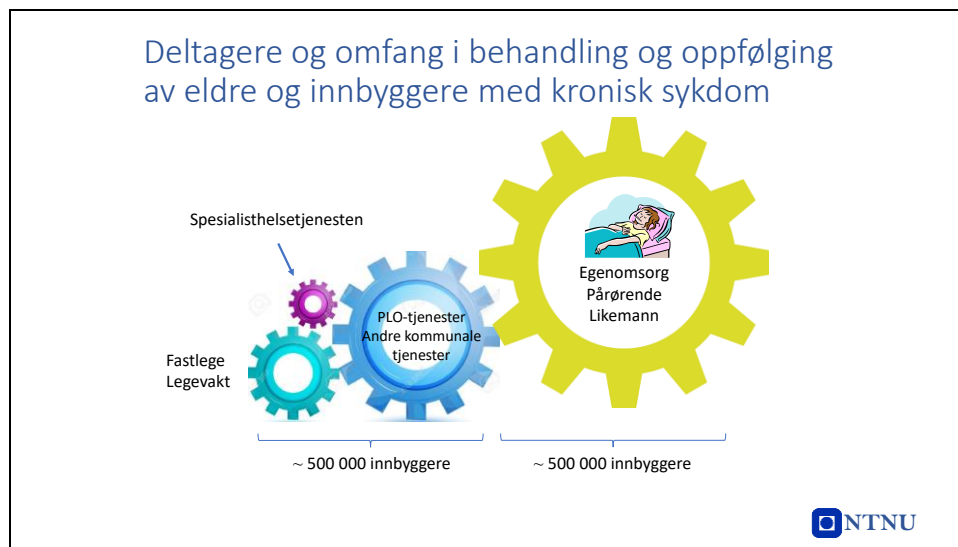
Dette er en oppsummering av observasjoner og funn ved intervju av helsepersonell og pasienter i tre engelske undersøkelser med materiale fra både før og under korona epidemien. Funnene er spesielt relevant for innføring av responsentre, hjemmesykepleien og fastlegekontor:

Shaw SE, et al. Achieving Spread, Scale Up and Sustainability of Video Consulting Services During the COVID-19 Pandemic? Findings From a Comparative Case Study of Policy Implementation in England, Wales, Scotland and Northern Ireland. *Front Dig Hlth* 2021;3(194):754319. doi: 10.3389/fdgth.2021.754319

Greenhalgh T, et al. Planning and Evaluating Remote Consultation Services: A New Conceptual Framework Incorporating Complexity and Practical Ethics. *Fronti Dig Hlth* 2021;3(103) doi: 10.3389/fdgth.2021.726095

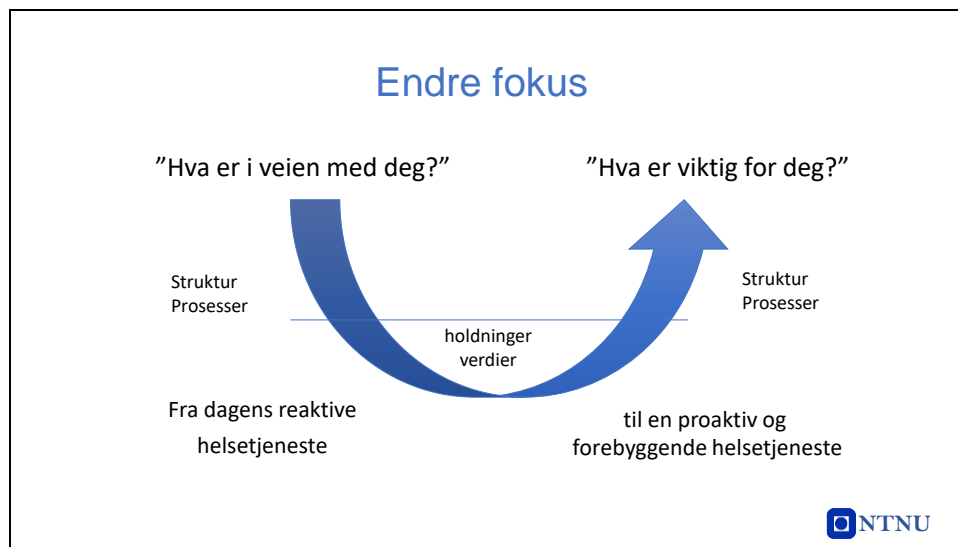
Wherton J, Greenhalgh T, Shaw S. Expanding video consultation services at pace and scale in the Covid-19 pandemic: A national mixed-method case study of Scotland. . *J Med Internet Res* 2021;23:e31374.

Byrder: Innbyggere over 50 år med ≥ 5 kroniske sykdommer bruker 2,5 til 4,5 timer per dag på oppfølging av behandlingen



Figuren er et forsøk på å illustrere omfanget av deltagelse i behandling og oppfølging av eldre og innbyggere med kronisk sykdom – multiple kroniske sykdommer. Det desidert mest omfattende er egenomsorg. Betydningen av pårørende ser vi først og fremst i det store skillet i behov for kommunale tjenester mellom de som har ektefelle/samboer og de som er enslig. Det betyr også at mestring og opplæring i egenomsorg er noe av det viktigste. Savner tankegang rundt Helserom for «pasienter som meg»/likemann, pårørende, selvhjelpsgrupper, da lokalt

Dette handler om de største pasientgruppene i helsetjenesten, som tar 80% av budsjettet. Spesialisthelsetjenestens bidrag i omsorgen for multisyke i et pasientforløp er lite, og knytter seg i hovedsak til diagnostikk. Når det gjelder behandling av kronisk sykdom, og multisykdom spesielt, med noen få unntak, så oppnås like gode resultater ved behandling hjemme.



Helhetlige pasientforløp I hjemmet bygger på to strategier:

- Først, en mer personsentret orientering basert på samvalg. I læringsnettverket for gode pasientforløp har vi hatt suksess å kreve at helsepersonell skal spørre og dokumentere "Hva er viktig for deg" for siden å følge det opp etter omtrent 4 uker. Introduksjonen av dette spørsmålet har forandret samtalen vesentlig
- Effekter av samvalg
 - Kan forbedre kommunikasjon, redusere konflikt
 - Kan gi pasienten bedre informasjon
 - Positiv effekt på behandling
 - Kan redusere utgifter til helsetjenester
 - Kan reduserer ulikheter i helse
- Gjennomføringen av en mer proaktiv tankegang har vært mer vanskelig og sitter fast i holdninger og verdier.