Når retningslinjer ikke når ud i praksis – hvordan kan vi skabe effekt?

Lone Winther Lietzen, Overlæge, ph.d., klinisk lektor, Ældresygdomme AUH, Dansk Selskab for Geriatri
Maria Krüger, Praktiserende læge, Frederiksberg, Formand for Dansk Selskab for Almen Medicin
Kristina Svop, Klinisk Sygeplejespecialist, Sygeplejen, Langeland Kommune, Forkvinde, Fagligt Selskab Sygeplejersker i Kommunerne
Sasja Jul Håkonsen, Funktionsleder for Kliniske Retningslinjer Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Vi ved mere end nogensinde før.

Vi har evidens. Vi har anbefalinger.
Vi har retningslinjer. Vi har værktøjer.

Alligevel får patienterne ikke altid den behandling, vi ved virker.
Hvorfor?



Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut



Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Jytte, 84 år

- Bor alene
- Flere kroniske sygdomme
- 11 faste lægemidler
- Tiltagende svimmelhed
- Usikker gangfunktion
- Tidligere bekymringer fra kommune og sundhedsprofessionelle

Falder i eget hjem

Dagens spørgsmål



Retningslinje → Anbefaling → Kliniker → Handling → Patiient

? | Hvor knækker kæden?

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Sådan gør vi

Tre perspektiver



Én patient

Jytte

+

Lone

Hvad ved vi?

Maria

Hvad sker der i virkeligheden?

Kristina

Hvad ser vi hos patienten?

+

Ét fælles spørgsmål

Hvorfor bliver gode anbefalinger ikke altid til handling?

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Når retningslinjer ikke når ud i praksis - hvordan kan vi skabe effekt?

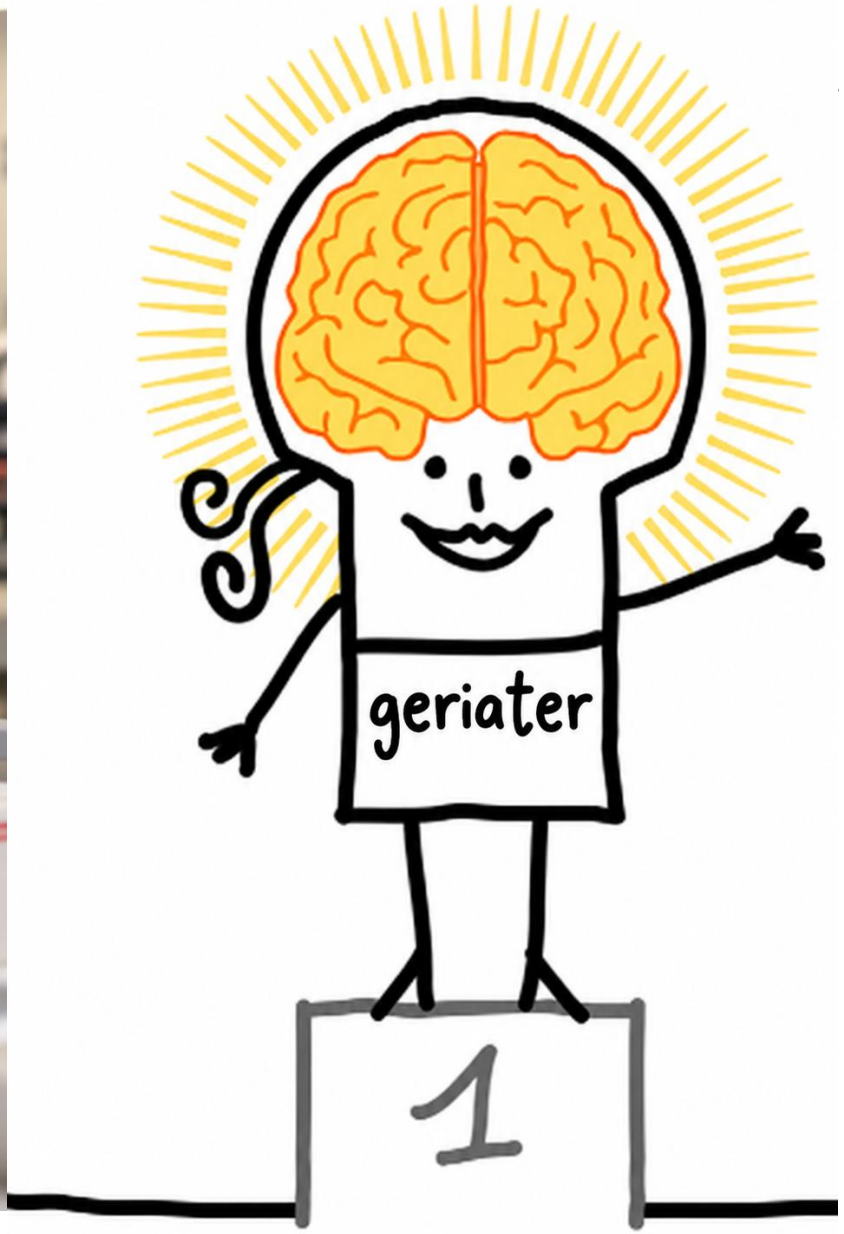
Lone Winther Lietzen
Overlæge og klinisk lektor
Ældresygdomme, Aarhus Universitetshospital
Dansk Selskab for Geriatri



AARHUS UNIVERSITETS HOSPITAL

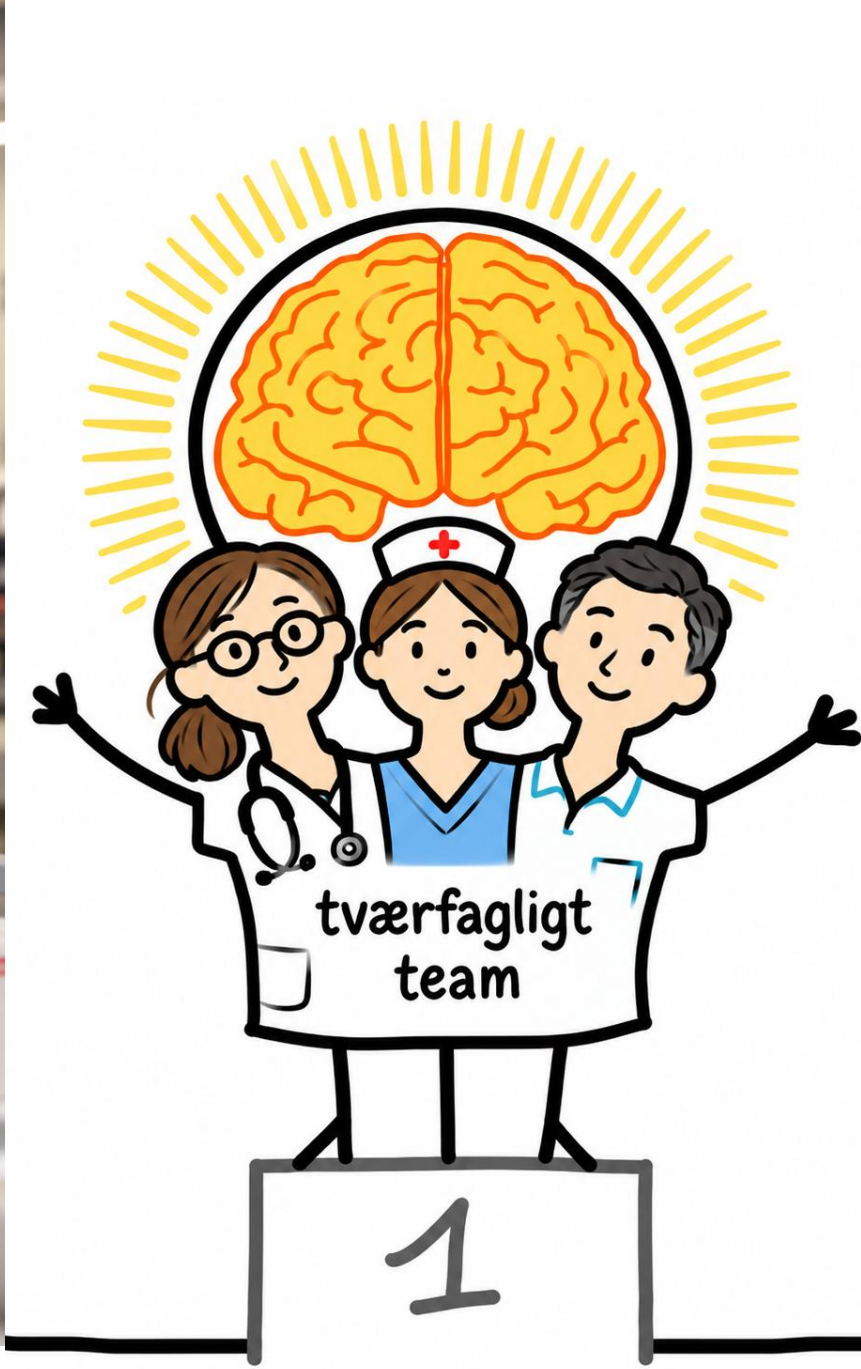
DSG
Dansk Selskab for Geriatri





AI genereret fo





AI genereret foto

Jytte 84 år

PROBLEM

Svimmelhed



LØSNING

Medicin-gennemgang

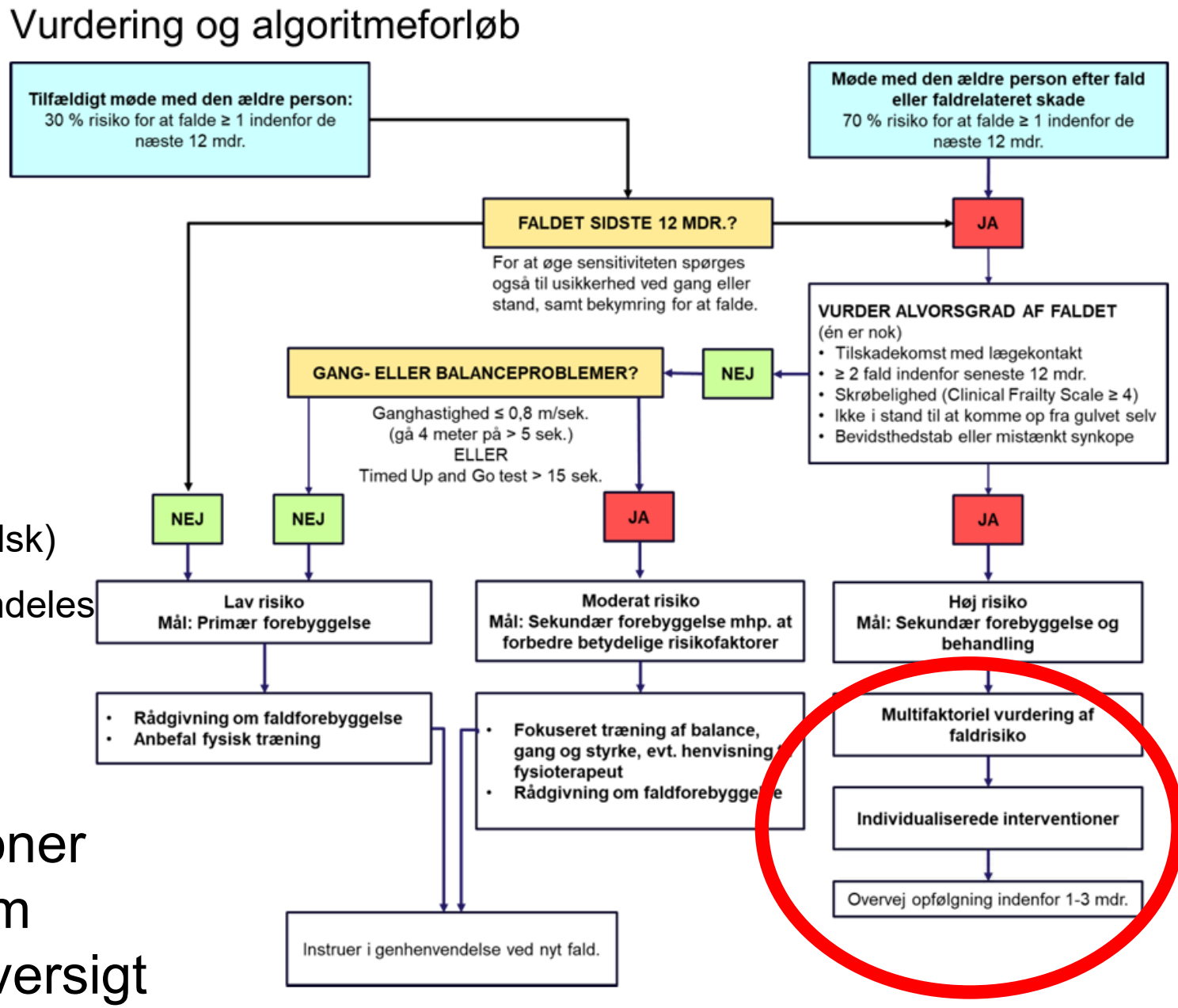
Faldforebyggelse & medicingennemgang

Medicingennemgang anbefales
(GRADE 1B/1C)

Mange værktøjer:

- STOPP/START (dansk oversat)
- STOPPFall/STOPPFrail (engelsk)
- Seponeringslisten - husstandsomdeles
- DSAM:
  - ”Ældre med skrøbelighed”
  - Afmedicinering
- Basislisten fra Danske Regioner
- Medicinsanering på plejehjem
- Antikolignerne lægemidler oversigt

…og mange flere



Figur 1 - Algoritme til risikostratificering, klinisk vurdering og styring af interventioner for hjemmeboende ældre personer (1)

Jytte 84 år

PROBLEM

Svimmelhed

Hvem ser behovet?

BARRIERE

LØSNING

Medicin-gennemgang

Jytte 84 år

PROBLEM

Svimmelhed

Hvem ser behovet?

Læge?
Læge?
SSA?
Sygeplejerske?
Terapeut?
Pårørende?
?

BARRIERE

LØSNING

Medicin-gennemgang

Jytte 84 år

PROBLEM

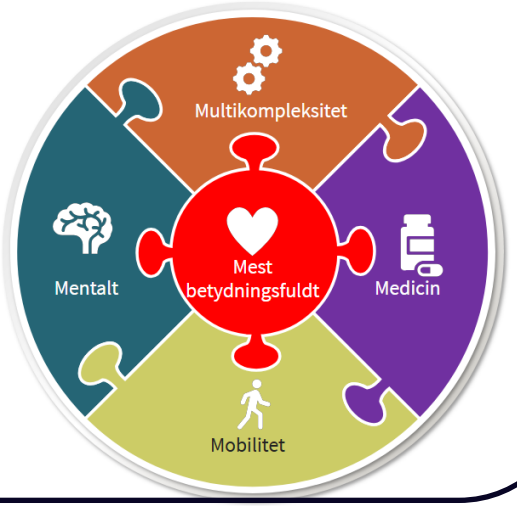
Svimmelhed

Hvem ser behovet?

Læge?
Læge?
SSA?
Sygeplejerske?
Terapeut?
Pårørende?
Ø?

CFS≥5→

Komplekst problem
→helhedsorienteret



BARRIERE

LØSNING

Medicin-gennemgang

Jytte 84 år

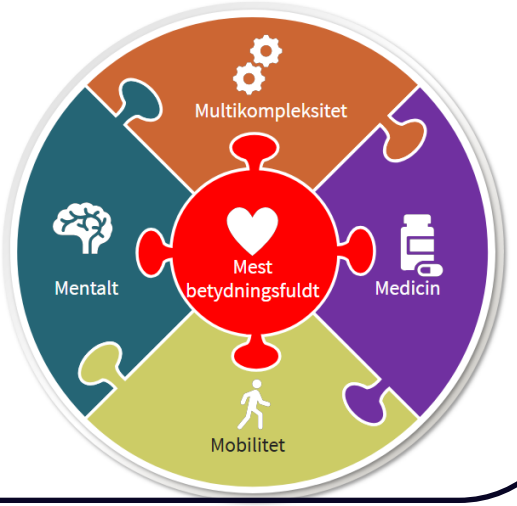
PROBLEM

Svimmelhed

Hvem ser behovet?

Læge?
Læge?
SSA?
Sygeplejerske?
Terapeut?
Pårørende?
CFS≥5→

Komplekst problem
→helhedsorienteret



BARRIERE

LØSNING

Medicin-gennemgang

KULTURBARRIERE

Skal jeg blande mig?
Ved jeg nok?
Kan jeg gøre noget?
Bliver lægen sur?

Jytte 84 år

PROBLEM

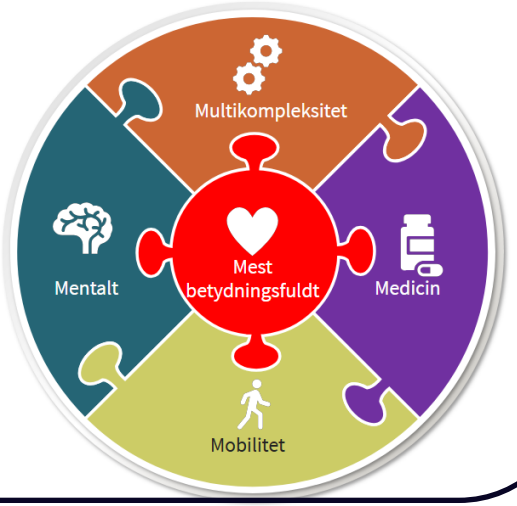
Svimmelhed

Hvem ser behovet?

Læge?
Læge?
SSA?
Sygeplejerske?
Terapeut?
Pårørende?
Ø?

CFS≥5→

Komplekst problem
→helhedsorienteret



BARRIERE

LØSNING

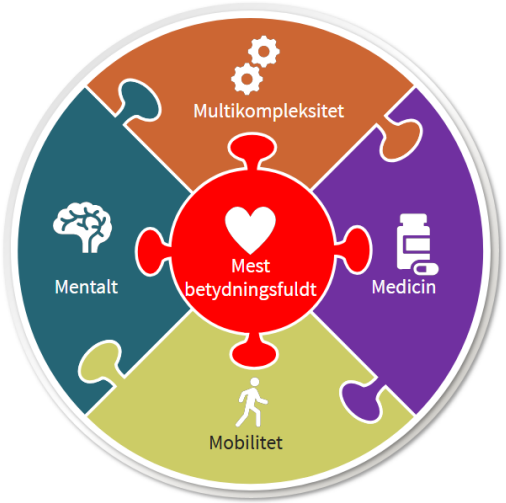
Medicin-gennemgang

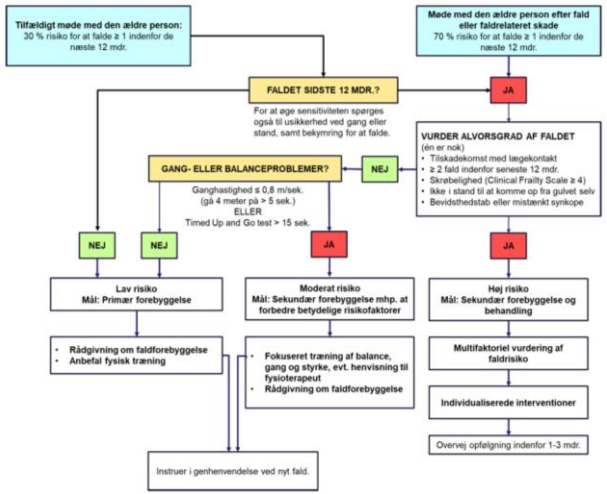
"Aktøren"



Én barriere

Kompleksitet x tid





Én løsning

?

Simplificering

Én aktør



Når anbefalinger rammer hverdagen

Perspektiver fra almen praksis

Maria Krüger

Dansk Selskab for Almen Medicin

Hvis Jytte sad i min konsultation i morgen?

- Jytte, 84 år
- Flere kroniske sygdomme
- 11 lægemidler
- Svimmelhed, træthed og funktionstab
- Hvad skal vi undersøge og reagere på?
- Hvad er vigtigst for Jytte lige nu?



Fra vejledning til klinisk prioritering

- Vejledningerne understøtter den kliniske vurdering
- Multimorbiditet, polyfarmaci og kompleksitet kræver overblik og klinisk prioritering
- Medicingennemgang og faldrisiko
- Patientens mål og ønsker
- Behandlingsbyrden og faglige til- og fravalg

Fra observation til fælles handling

- **Observationer skal føre til handling:** Ændringer i patientens tilstand skal nå frem til den relevante fagperson, som kan vurdere dem og sikre opfølgning.

- **Overblikskonsultationen samler trådene:** Sygdomme, medicin, funktionsniveau, ønsker og behov danner grundlag for samlet prioritering

- **En fælles plan skal bruges på tværs**: Relevante fagpersoner skal kende beslutningerne og kunne bidrage til opfølgningen

- **Samarbejdet skal være muligt i praksis**: Tydelig ansvarsfordeling, direkte korrespondance og tværsektoriel konference ved behov



dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

OVERBLIKSSTATUS OG ÅRSSTATUS

Redskaber til mødet med patienten med en eller flere kroniske sygdomme.

BAGGRUND
Et tiltagende antal kroniske sygdomme og tilstande bliver fulgt i almen praksis. Årsagerne hertil er dels den demografiske udvikling med en aldrende befolkning, dels at flere patienter afsluttes til opfølgning i almen praksis. Endelig har ny viden og nye behandlingsmuligheder betydet, at forskellige symptomer og risikotilstande, der førhen blev betragtet som normale fænomener, i dag følges som kronisk sygdom.

VEJLEDNINGER I STATUSARBEJDET
Mængden af ny evidens gør det vanskeligt at holde sig ajour på alle områder. Vejledninger kan være en hjælp i patientarbejdet, så vi har et udgangspunkt, når vi lægger behandlingsplan sammen med patienten.

DSAM's vejledninger er tilpasset almen praksis, vores population, rammer og vilkår. Hvis der ikke findes en DSAM-vejledning inden for det aktuelle sygdomsområde, kan lægen godt bruge andre fagligt anerkendte vejledninger, men må tilpasse dem til den enkelte patients sygdomsbyrde, formåen og præferencer samt til lægehusets drift. Nogle af vores patienter er meget mere syge – og andre meget mere raske – end den patientpopulation, som andre specialeselskabers vejledninger vedrører.

Med dette ark vil DSAM inspirere til, at den praktiserende læge kan strukturere mødet med patienten med kronisk sygdom sådan, at både patientens ønsker og behov, lægens vurderinger og den bagvedliggende evidens kommer i spil.

Begrebet *årsstatus* (tidligere kaldet årskontrol) dækker over en lægefaglig vurdering og monitorering af den enkelte sygdom og behandlingen af denne ud fra en helhedsorienteret tilgang.

Samtidig vil vi introducere begrebet *overblikstatus*, der kan være hjælpsom i arbejdet med patienter med multisygdom, så vi kan holde fokus på patientens perspektiv og tænke på tværs af diagnoser. Struktur og prioritering i patientarbejdet kan hjælpe os til at bevare vores tilgængelighed for alle vores forskellige patienter, også for de akutte og nyopståede opgaver.

Ved en gennemgang af vejledningerne fra de andre lægevidenskabelige selskaber, IRF, RADS, NKR og Retsinformation har vi fundet 89 forskellige praksisrelevante nationale vejledninger, der vedrører opfølgning på 57 unikke kroniske sygdomme og tilstande. Ingen af disse forholder sig til patienten med multisygdom.

LINK TIL KORTLÆGNINGEN
www.dsam.dk/kortlaegning

EKSEMPLER PÅ BRUG AF OVERBLIKSSTATUS OG ÅRSSTATUS
- Nogle kroniske sygdomme behøver ikke nødvendigvis status hvert år, men måske hvert 3.-5. år (fx osteoporose).
- Nogle tilstande hører naturligt sammen og kan håndteres i samme årsstatus (fx astma, eksem og allergi).
- Nogle patienter er i perioder symptom- og medicinfri, men det kan alligevel være relevant med en årsstatus for at styrke den fælles forståelse og egenomsorg (fx børneastma og bipolar sygdom).
- Nogle patienter har få ressourcer eller komplicerede sygdomsforløb. Her kan lægen og patienten have behov for, at man tager én kronisk sygdom ad gangen. Andre kan overskue én årlig overblikstatus inklusive årsstatus for det hele.

Dansk Selskab for Almen Medicin • Stockholmsgade 55, 2100 København Ø • 7070 7431 • dsam@dsam.dk • www.dsam.dk

OVERBLIKSSTATUS

Overblikstatus bruges, hvis patienten har multisygdom, dvs. mindst to kroniske sygdomme. Overblikstatus kan gennemføres årligt, enten alene eller i forbindelse med en årsstatus. Overvej før konsultationen at lave eller opdatere et resumé eller en tidslinje over patientens sygdomshistorie.

FORMÅLET
At danne sig et samlet overblik over alle patientens forskellige kroniske sygdomme/tilstande og prioritere behandlingen heraf.

STRUKTUREN
En overblikstatus er en lægelig ydelse, men fx medicinafstemning kan godt forberedes af personale. Ved overblikstatus skal læge og patient sammen:
- Forhandle og afklare **dagsorden** for konsultationen
- Afklare, hvilke **diagnoser** patienten har
- Afklare, hvilken **medicin** patienten indtager og på hvilken indikation (medicinafstemning) med støtte i FMK
- Afklare, om **behandlingsansvaret** for den enkelte kroniske sygdom ligger hos egen læge eller sygehus/anden speciallæge, herunder receptfornyelser
- Aftale, at **receptfornyelser** udføres af den behandlingsansvarlige læge
- Prioritere **indsatsområder** sammen med patienten/afklare, hvad der betyder mest for patientens liv og helbred
- Aftale, hvad vi skal følge op på **det næste år i lægehuset**, herunder om der er behov for årsstatus for en eller flere separate kroniske sygdomme, og om der er diagnoser, der ikke længere er gældende
- Planlægge **næste kontakt**.

ÅRSSTATUS

Årsstatus er en konsultation om en aftalt bestemt kronisk sygdom eller tilstand.

FORMÅLET
- At danne sig et overblik over **komplikationer** og evt. progression af eksisterende komplikationer
- At danne sig et overblik over **risikofaktorer**, som kan medføre behov for intervention
- At motivere og anerkende patientens **egenomsorg**
- At udarbejde **behandlingsplaner** sammen med patienten, herunder opstille individuelle **behandlingsmål** under hensyntagen til alder, formåen og ønsker
- At lave en **medicingennemgang** (se faktaboks).

STRUKTUREN
En årsstatus vil oftest bestå af to dele:

Del 1: Indsamling af de relevante parakliniske og livsstilsmæssige data. Kan med fordel udføres af praksispersonalet.

Del 2: Konsultation hos lægen.

Forslag til strukturen på konsultationen (del 2)
Indledningsvis forhandles dagsordenen. Fastholder vi det aftalte emne, eller er der opstået andre symptomer eller væsentlige bekymringer, der bør adresseres i dag? Vi tager det vigtigste først og aftaler, hvornår vi gør resten.

1. Patientens del
- Lad patienten fortælle. Hvordan går det? Er der særlige bekymringer, ønsker eller forventninger til lægen?

2. Lægens del
- Lægen stiller uddybende spørgsmål og gennemgår de parakliniske undersøgelser.
- Lægen foretager evt. relevant objektiv undersøgelse.
- Lægen informerer om behandlingsmuligheder, herunder viderehenvisninger.

3. Fællesdelen
- Læge og patient aftaler realistiske behandlingsmål.
- Sikrer, at der er opnået fælles forståelse af, hvordan patienten når sine behandlingsmål.
- Træffer fælles beslutning om valg af behandling – farmakologisk og nonfarmakologisk
- Foretager medicingennemgang. Medicin, som egen læge har ansvar for, reitereres til et år (eller til næste aftalte konsultation om emnet). FMK ajourføres.

4. Afslutning og sikkerhedsnet
- Hvornår skal vi ses igen, og hvem i lægehuset skal patienten se næste gang?
- Hvad skal patienten være opmærksom og evt. reagere på?

Behandlingsmål og planer noteres i journalen. Det er brugbart for hele praksisteamet.

Konsultationerne imellem årsstatus individualiseres. Praksispersonalet involveres afhængigt af personalets kompetencer og praksis' organisering.

FAKTABOKS:
Medicingennemgang er en struktureret og kritisk gennemgang af patientens samlede lægemiddelindtag og ordinationer og udføres sammen med patienten. Håndkøbsmedicin og kosttilskud indgår, når det er relevant. Indikationen revurderes, og det samme gør præparatvalg, dosis, risiko for bivirkninger og interaktioner og mulighed for seponering. Afsluttes med at FMK ajourføres.
Seponeringslisten kan være en god hjælp i prioriteringen.
www.sst.dk/seponeringslisten
www.sst.dk/da/Viden/Laegemidler/Medicingennemgang

Se referencer på vejledninger.dsam.dk

Dansk Selskab for Almen Medicin • Stockholmsgade 55, 2100 København Ø • 7070 7431 • dsam@dsam.dk • www.dsam.dk

Hvor knækker kæden – og hvem skal samle den?

- **Én barriere**
- Observationer og faglige anbefalinger bliver ikke altid samlet til en klinisk vurdering og handling.
- **Én løsning**
- Én samlet, prioriteret plan med klare aftaler om kommunikation, ansvar og opfølgning ved ændringer.
- **Én aktør**
- Egen læge som klinisk tovholder i tæt samarbejde med patienten, kommunen og hospitalet.

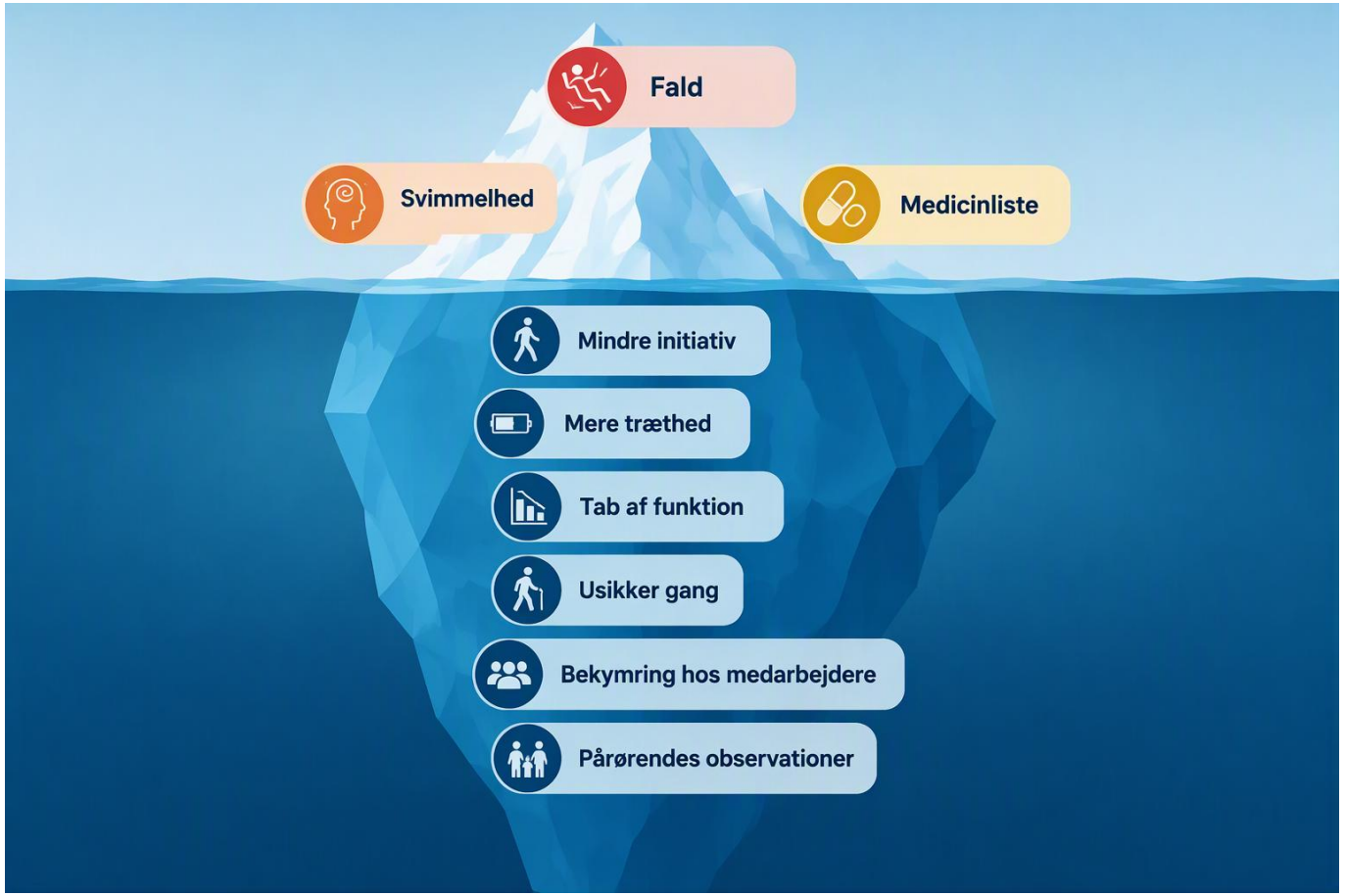
Når anbefalingen møder patientens virkelighed

Jytte i et kommunalt perspektiv



Fagligt Selskab
Sygeplejersker i kommunerne

Hvad ser vi hos Jytte, som måske ikke ses andre steder?

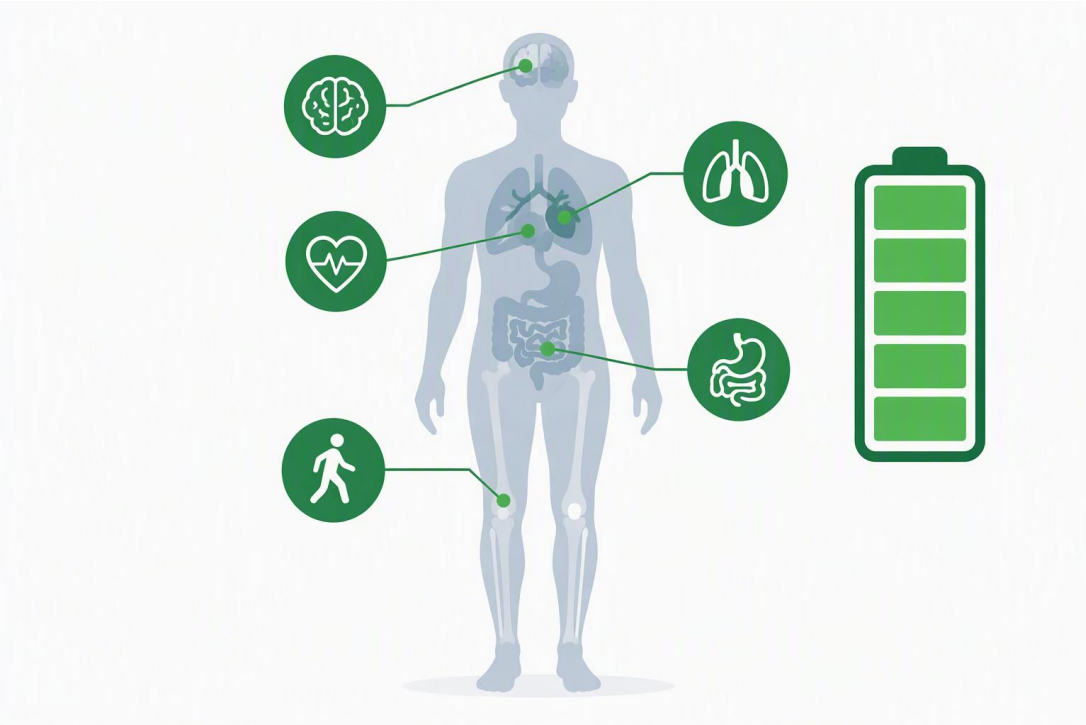


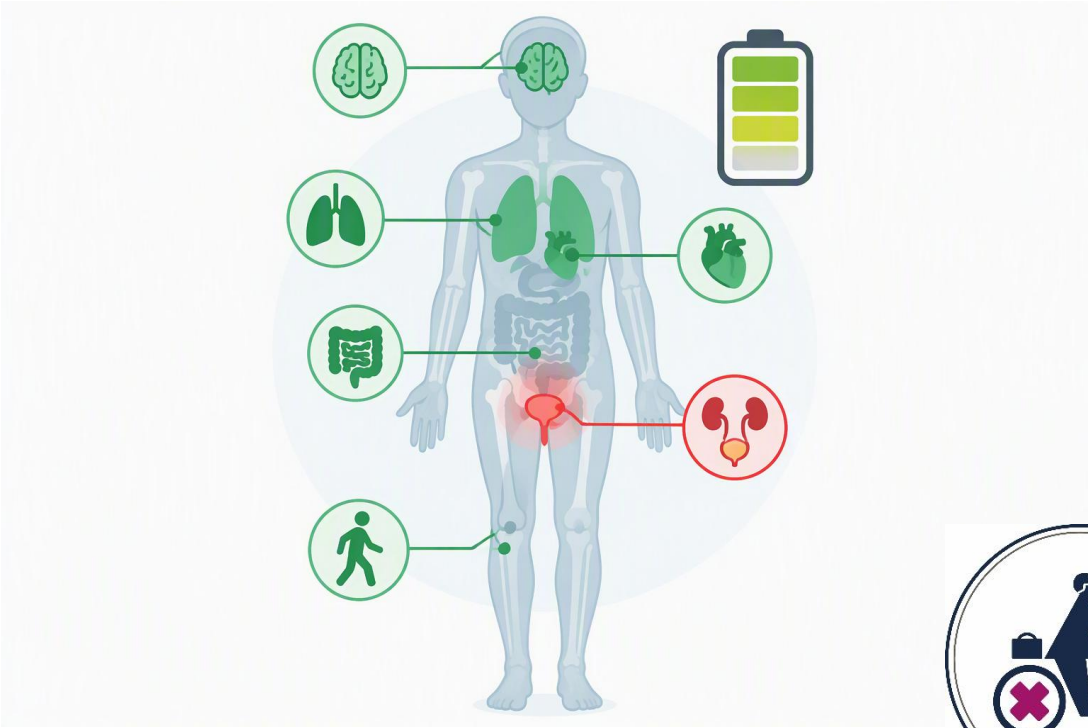
”Jytte kommer ikke ud og låser døren op for hjemmeplejen mere”

Faldet opstår ikke pludseligt. Det er slutningen på en udvikling, som er observeret gennem mange hverdagsobservationer over tid

Fagligt Selskab
Sygeplejersker i kommunerne

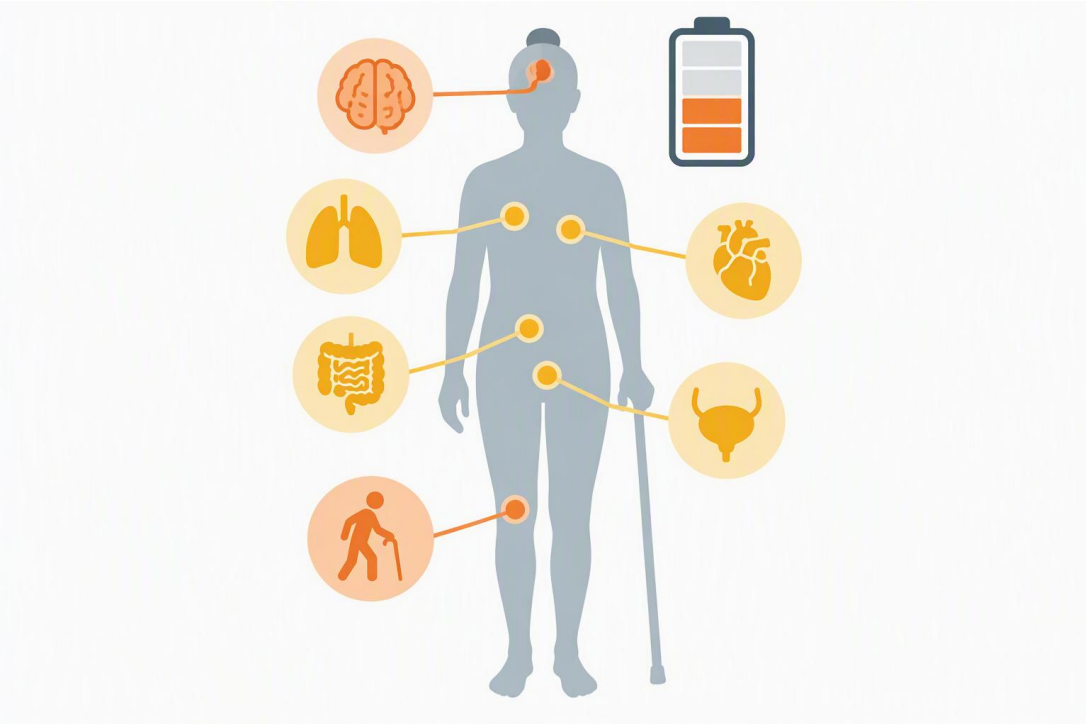
Det er ikke sygdommens størrelse, der afgør konsekvensen. Det gør reservekapaciteten.

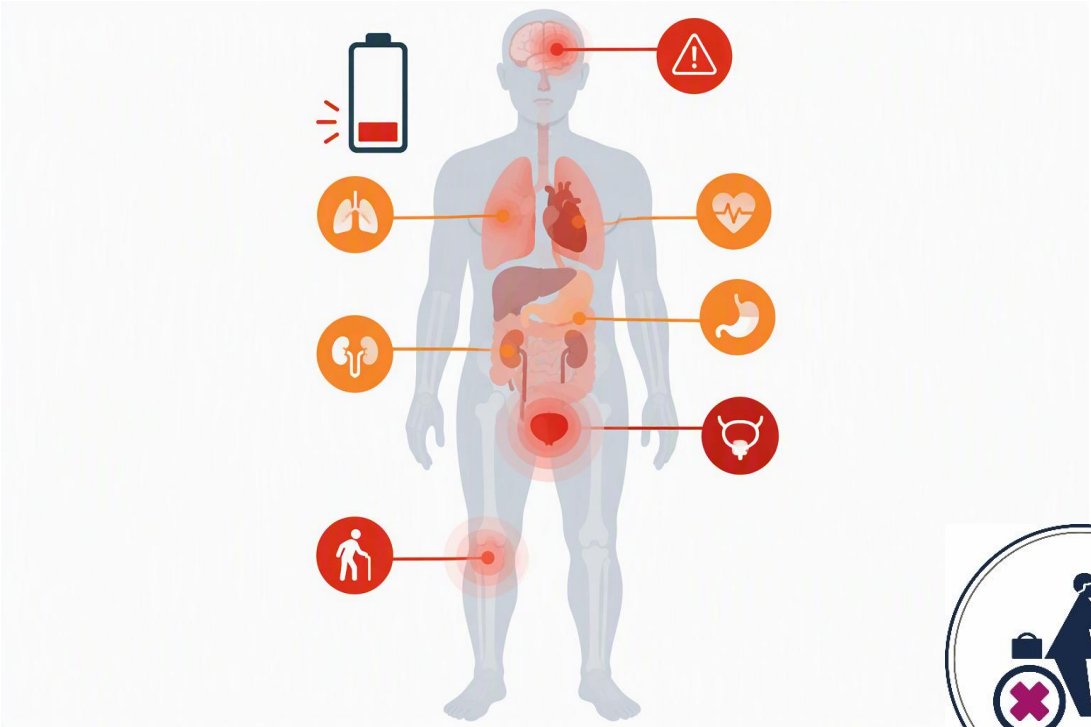




Fagligt Selskab
Sygeplejersker i kommunerne

Kommunikation på tværs – fælles sprog for en skrøbelig borger

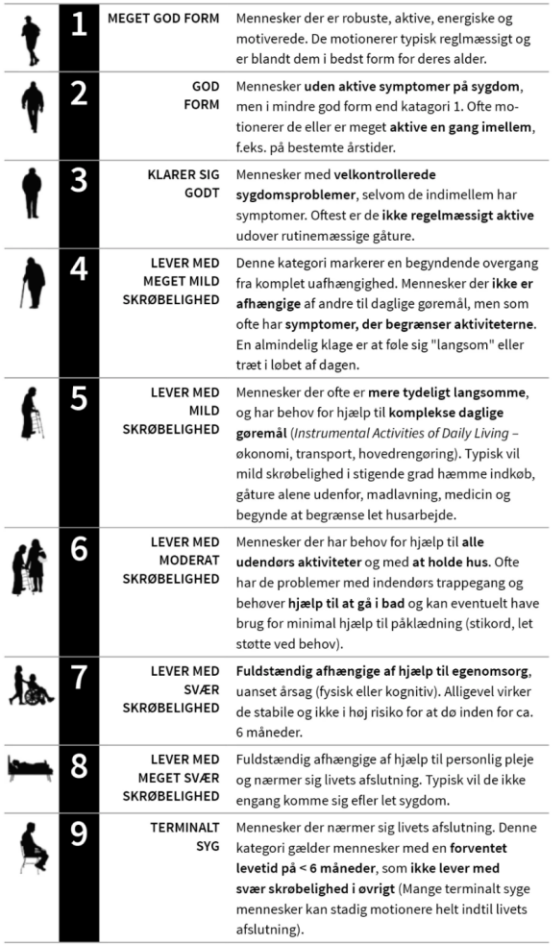




Fagligt Selskab
Sygeplejersker i kommunerne

Hvad gør man, når man kan se problemet, men ikke nødvendigvis ejer løsningen?

FIGUR 4 Clinical Frailty Scale



1	MEGET GOD FORM	Mennesker der er robuste, aktive, energiske og motiverede. De motionerer typisk reglmæssigt og er blandt dem i bedst form for deres alder.
2	GOD FORM	Mennesker **uden aktive symptomer på sygdom**, men i mindre god form end katagori 1. Ofte motionerer de eller er meget **aktive en gang imellem**, f.eks. på bestemte årstider.
3	KLARER SIG GODT	Mennesker med **velkontrollerede sygdomsproblemer**, selvom de indimellem har symptomer. Oftest er de **ikke regelmæssigt aktive** udover rutinemæssige gåture.
4	LEVER MED MEGET MILD SKRØBELIGHED	Denne kategori markerer en begyndende overgang fra komplet uafhængighed. Mennesker der **ikke er afhængige** af andre til daglige gøremål, men som ofte har **symptomer, der begrænser aktiviteterne**. En almindelig klage er at føle sig "langsom" eller træt i løbet af dagen.
5	LEVER MED MILD SKRØBELIGHED	Mennesker der ofte er **mere tydeligt langsomme**, og har behov for hjælp til **komplekse daglige gøremål** (*Instrumental Activities of Daily Living* – økonomi, transport, hovedrengøring). Typisk vil mild skrøbelighed i stigende grad hæmme indkøb, gåture alene udenfor, madlavning, medicin og begynde at begrænse let husarbejde.
6	LEVER MED MODERAT SKRØBELIGHED	Mennesker der har behov for hjælp til **alle udendørs aktiviteter** og med **at holde hus**. Ofte har de problemer med indendørs trappegang og behøver **hjælp til at gå i bad** og kan eventuelt have brug for minimal hjælp til påklædning (stikord, let støtte ved behov).
7	LEVER MED SVÆR SKRØBELIGHED	**Fuldstændig afhængige af hjælp til egenomsorg**, uanset årsag (fysisk eller kognitiv). Alligevel virker de stabile og ikke i høj risiko for at dø inden for ca. 6 måneder.
8	LEVER MED MEGET SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til personlig pleje og nærmer sig livets afslutning. Typisk vil de ikke engang komme sig efter let sygdom.
9	TERMINALT SYG	Mennesker der nærmer sig livets afslutning. Denne kategori gælder mennesker med en **forventet levetid på < 6 måneder**, som **ikke lever med svær skrøbelighed i øvrigt** (Mange terminalt syge mennesker kan stadig motionere helt indtil livets afslutning).

”Den usynlige ventetid” fra de første tegn på skrøbelighed til faldet.

Hvem ejer den gradvise skrøbelighed?

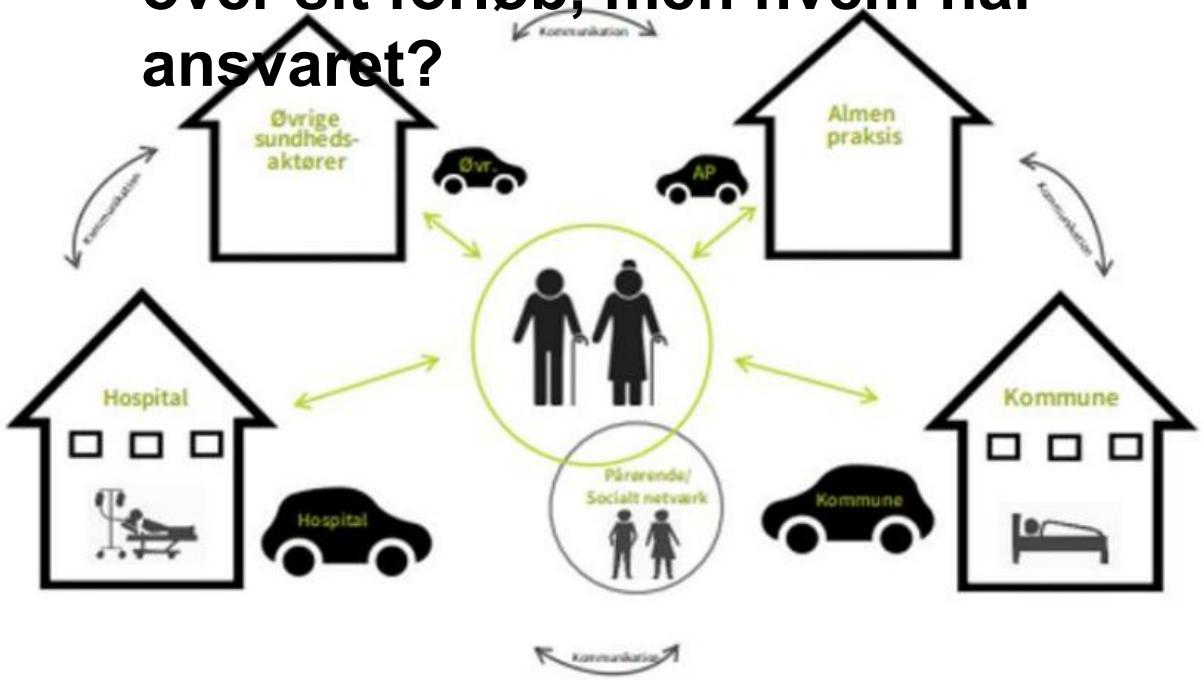
Behov for tværfaglig og tværsektoriel koordinering

Klinisk vejledning af DSAM om Den ældre

Fagligt Selskab
Sygeplejersker i kommunerne

Hvor knækker kæden efter min mening?

Jytte har mange aktører ind over sit forløb, men hvem har ansvaret?



Retningslinjerne findes allerede – men hvordan sikrer vi en fælles retning og sprog?

- DSAM: Den ældre skrøbelige patient (2023)
- Clinical Frailty Scale (CFS)
- Afmedicinering og polyfarmaci-vurdering
- National klinisk retningslinje for faldforebyggelse
- Multimorbiditet (NICE NG56)
- Tidlig opsporing af funktionstab
- Kommunale indsatser for tidlig opsporing og forebyggelige indlæggelser

Fagligt Selskab
Sygeplejersker i kommunerne

Hvor knækker kæden?

Fra retningslinje til patient – og hvor opstår barriererne?

Sammen finder vi vejen fra viden til handling

Retningslinje

Faglig viden og evidens

→

Anbefaling

Omsat til anbefalinger og værktøjer

→

Klinisk beslutning

Vurdering og prioritering i praksis

→

Handling

I samarbejde på tværs af fag og sektorer

→

Patient

Bedre behandling, sundhed og livskvalitet

Hvor knækker kæden – og hvad skal der til for at komme videre?