

# Fjerde samling – begynnelsen på fortsettelsen

## Samhandling og forebygging

Anders Grimsmo

Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Norsk Helsenett

norsk**helsenett**



Programmet for fjerde samling er personsentrert og handler om eldre og personer med kronisk sykdom og hva som kan være best for dem. Jeg har derfor sydd sammen det noen eksempler og historier fra enkelte kollegaer i et forsøk på levendegjøre budskapet.

## 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 innbyggere med multisykdom
- Innbyggere med multisykdom utgjør
  - 52% av konsultasjonene hos fastlegen
  - over 90% av mottagerne av hjemmesykepleie,
  - 60% av pasientene som innlegges i sykehus
- Personer med multisykdom og sårbare eldre 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 hovedkonklusjonen: «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.

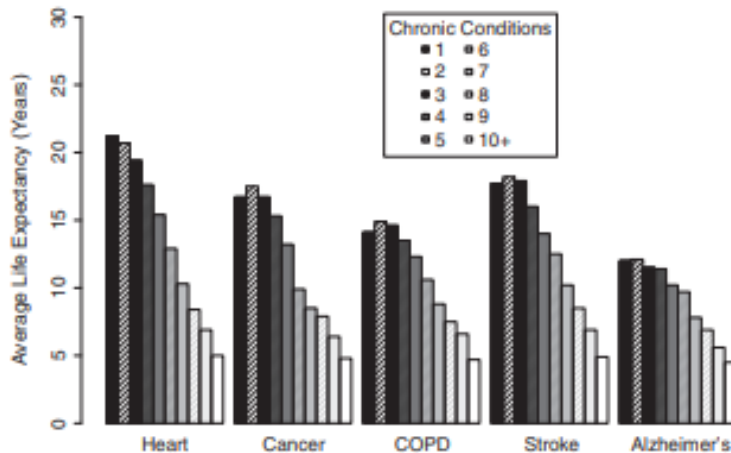
Majoriteten av pasienter som vi finner i helsetjenesten er multisyke og sårbare eldre. De finnes i alle deler av helsetjenesten.. Multisykdom er den vanligste lidelsen. Funksjonsfall er den hyppigste årsaken ved innleggelse. Men sårbare eldre og multisyke er systematisk blitt utelukket fra forskning. Retningslinjer og undervisning er basert på personer med én diagnose som blir mindre relevant desto flere kroniske sykdommer brukerne av helsetjenesten har.

Personer med multisykdom og sårbare eldre bruker hele helsetjenesten og er disse gruppene som i første rekke har behov for samhandling og koordinerte tjenester – ikke bare mellom nivåene, i enda større grad innad i nivåene

Spesialisering og segregering som har kjennetegnet helsetjenestens utvikling de siste femti år har uten tvil ført til en mer effektiv behandling av de fleste kroniske sykdommene enkeltvis, jf. pakkeforløp, men har også ført til en helsetjeneste som er blitt mer ineffektiv og dyrere i forhold til behovene som nå spesielt utfordres av demografiske endringer med en aldrende befolkning og fordi behandlingen av hver enkeltsykdom hver for seg blir suboptimal.

Redusert levestid 67 år gammel  
sammenlignet med ingen kronisk sykdom:

5 kroniske lidelser 8 år  
10 kroniske lidelser 18 år



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

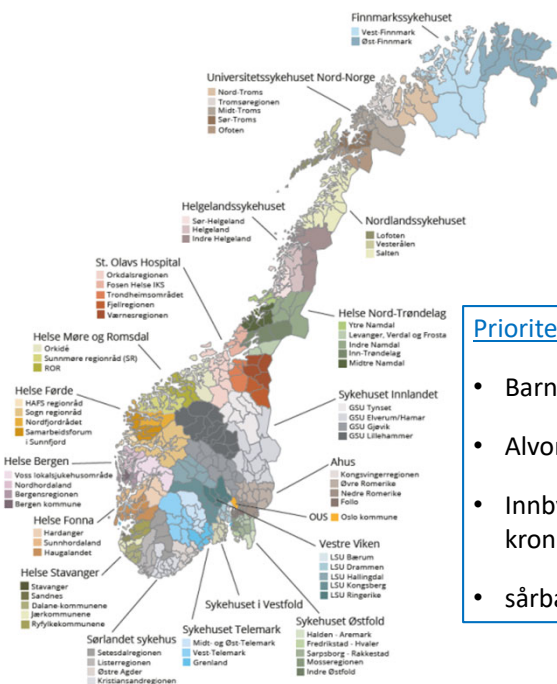
Samtidig blir diagnosespesifikke faglige retningslinjer blir mindre relevante

Det som er interessant, men også nyttig å vite, er at antallet kroniske sykdommer indikerer funksjonsfall og levestid langt bedre enn hvilken hoveddiagnose pasienten får, være seg KOLS, kreft, hjertesykdom, slag eller Alzheimer. Har man 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 forsvarer et generisk pasientforløp for personer med multisykdom slik vi kom frem til.

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

## HELSEFELLESSKAP



### Prioriterte grupper

- Barn og unge
- Alvorlig psykisk syke
- Innbyggere med flere kroniske sykdommer
- sårbare eldre

### ARBEIDSDDELING I HELSEFELLESSKAP

Brukere og fastleger deltar på alle nivå



## 19 helsefelleskap – tilbake til fylkeskommunen?

Det «nye»: legge felles planer for pasientforløp, mer utadvendte sykehus (hjemmesykehus). Det arbeides også med løsninger for felles finansiering. «Bundlet» betaling er et av forslagene

I denne presentasjonen handler det mest om skrøpelige eldre, men først litt om utfordringer når helseforetak og kommuner skal samarbeide (KLIKK).

### Prioriterte grupper

Merk at dette er ikke diagnoser, det er tilstander. Tilstander fordi det i alle fire gruppene handler om innbyggere med flere kroniske sykdommer og funksjonssvikt. Skal det bli en god dialog så må spesialisthelsetjenesten tone ned konseptet diagnose i samarbeidet. (KLIKK)

### Organiseringen

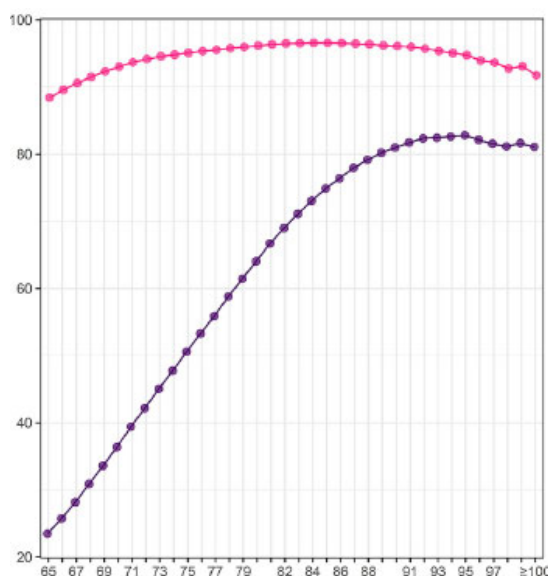
Merk at organiseringen er tegnet å beskrevet vertikalt av HOD og Helsedirektorat. Helsetjenesten er skiller seg fra de fleste andre virksomheter i samfunnet ved at beslutninger og informasjonsflyt skjer langt med horisontalt og desentralisert – ofte til enkeltpersoner eller små grupper – uten å først spørre oppover om lov. Dette var noe av det som sviktet i samhandlingsreformen. Det kliniske nivået som er det mest horisontale ble ikke kjent med hvilke avtaler som ble inngått. Det er også slik at på strategisk nivå skal utvalgt settes sammen av administrative og faglige ledere. I kommuner med to-nivå struktur er det ikke klinisk-faglige ledere. Tjenestens uavhengig enheter rapportere direkte rådmannen.

### **Forpliktende avtaler**

I følge Helse- og omsorgsloven kap 6 skal dere i Helsefelleskapene utforme og inngå forpliktene avtaler på 13 punkter. Avtalene må operasjonaliseres ned til klinisk nivå. Operasjonalisering handler om fordeling av oppgaver og ansvar, prosedyrer og informasjonsflyt. Det er langt på vei det samme som dere har jobbet med i sjekklisterne knyttet til overgangene i pasientforløpet.

## Dynamikken mellom multisykdom og sårbarhet/skrøpeligheit

Carrasco-Ribelles LA, et al. Dynamics of multimorbidity and frailty, and their contribution to mortality, nursing home and home care need: eClinicalMedicine. 2022;52:101610.



Ved 65 år og vidare har om lag 90% flere kroniske sykdommer og det endrer seg lite deretter. Det finnes innbyggere som er sårbare/skrøpelige, men som ikke har noen kronisk sykdom

Når innbyggere passerer 80 år er det 60% som er blitt sårbare/skrøpelige. Det er før folk blir 80 at potensialet til å forebygge funksjonsfall er størst.

Funksjonsfallet/skrøpeligheten begynner hos de fleste mens de kun mottar tjenester hos fastlegen. Innbyggere som søker om kommunale helse- og omsorgstjenester første gang er andelen sårbare eldre 62%.

Sårbarhet/skrøpeligheit er sterkere forbundet med høyt helsetjenesteforbruk sammenlignet med innbyggere med multisykdom. Sårbarhet/skrøpeligheit predikerer større risiko for innleggelser, økt liggetid, utilsiktede hendelser med legemidler og medisinske og kirurgiske intervensjoner, og dødelighet derav.

## Organisering av proaktiv intervensjon og forebygging



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



**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 ved f.eks. utskrivning fra sykehus eller i samband med (fornytt) 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

# Metoder for kartlegging av sårbarhet/funksjon

- Fried's skrøpeligheits fenotype/syndrom (FS) – den hyppigst publiserte
- (Rockwood) skrøpeligheits indeks (FI) – den statistisk mest robuste
- Kanadusk Klinisk skrøpeligheits skala (CFS) – den enklaste i bruk i klinisk praksis
- Fire meter ganghastighet – identifiserer tidlig fysisk og psykisk funksjonsfall og utvikling videre

Hovedhensikt: Sårbarhet blant eldre er knyttet til biologisk alder

Grimsmo A. Samarbeid om skrøpelige eldre i helsefellesskap. [Oslo: KS; 2023.](#)

CLINICAL FRAILTY SCALE NORWEGIAN		6 Moderat skrøpelig.	
1	<b>VELDIG SPREK</b> Personer som er robuste, aktive, energiske og moderte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprøeste i sin aldersgruppe.	6	<b>SKRØPELIGHET</b>
2	<b>SPREK</b> Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre sprøe enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive og og til, f.eks. sesongbasert.	7	<b>SKRØPELIGHET</b>
3	<b>KLARER SEG BRA</b> Personer med velkontrollerte medisinske problemer, slik som de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive eller vanlig gange.	8	<b>LEVER MED SVERT ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>
4	<b>LEVER MED SVERT MILD SKRØPELIGHET</b> Tilfelle «våd» Denne kategorien markerer en overgang fra å være fullt sprø til å være lite sprø. Selv om de ikke er nødvendigvis avhengig av hjelp, begrenset aktivitet. De slager ofte over et år av klagesammenheng eller får slårforbrut i løpet av dagen.	9	<b>TERMINAL SYK</b>
5	<b>LEVER MED MILD SKRØPELIGHET</b> Disse er mer tydelig langsommere, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet personlig økonomi, transport, lang fravær, helseproblemer, langtidssykdommer, alvorlig grad av tilfelle problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene. Kjør med, helseproblemer, og begrenset å begrense sitt husarbeid.		

Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utenfor hjemmet og med å stelle hjemmet. De har problem med trapper, trenger hjelp til bading og kan trenge litt hjelp til å kle seg.

State of art for å identifisere skrøpelige eldre er en bred geriatrisk vurdering. Til formål som handler om screening og planlegging er det kommet til metoder som med hjelpemidler også kan anvendes av annet helsepersonell.

(FS): Basert på fem variable: grad av nedsatt gripestyrke, ganghastighet og aktivitetsnivå, selvrapportert manglende overskudd og uventet vektta

(FI): Måler opphopning av former for funksjonssvikt innenfor fysiske, kognitive, emosjonelle og biologiske områder. Også valid for individuell kartlegging. Predikerer godt dødelighet

(CFS): Anbefales. Fungerer godt i flere sammenhenger og kan benyttes av både leger og sykepleiere forutsatt en del klinisk erfaring med skrøpelige eldre. Svakere på tidlig identifisering

Gangtest: Kardinalsymptomet på skrøpelighe er langsomhet





## Anbefalte rutiner kartlegging

- Primærhelsetjenesten
  - Helse- og omsorgstjenestene
    - Ved førstegangs forespørsel om tjenester for innbyggere over 65 år
    - Ved vesentlig endret behov for institusjons- og hjemmetjenester
  - Fastlegen:
    - Ved legemiddelgjennomgang
    - Ved mistanke om funksjonsfall
- Spesialisthelsetjenesten
  - Ved bred geriatrisk vurdering
  - Ved akuttinnleggelse av innbyggere over 65 år
  - Ved medisinske og kirurgiske intervensjoner

Grimsmo, A. Samarbeid om skrøpelige eldre i helsefelleskap (et oppsummerende refleksjonsnotat 23.03.23)  
<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/gode-pasientforlop/kunnskapsgrunnlag-og-verktoy/samarbeid-om-skrøpelige-eldre--nytt-notat/>



Det er viktig at kommunene og bruker samme metode, og at den er enkel. Det siste er spesialister på området rehabilitering ofte ikke enig. Hvis en ikke bruker samme metode blir det bare delvis overlapp av de finner som sårbare. Godt samarbeid forutsetter at man er enig om og gjenkjenner når man diskuterer opplegg

## Kunnskapsbaserte opplegg for samarbeid om skrøpelige eldre

- **Slagenhet med tidlig utskriving og oppfølging i kommunene**
  - Indredavik B, et al. Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge: A randomized, controlled trial. *Stroke*. 2000;31(12):2989-94
- **Ortogeriatrisk samarbeid om pasienter med hoftebrudd og videreføring lokalt**
  - Prestmo A, et al. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. DOI: *The Lancet* 2015 Vol. 385 Issue 9978 Pages 1623-33
- **Pasientsentret helseteam (PSHT) på tvers av sykehus og kommune**
  - Berntsen GKR, et al. Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity score-matched controlled trial. *BMC Health Services Research*. 2019;19(1):682.
- **Tidlig utskriving via lokal intermedieæravdeling og hjem**
  - Garasen H, et al. Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Scand J Public Health*. 2008 Mar;36(2):197-204
- **Helhetlige pasientforløp i hjemmet (HPH)**
  - Helhetlige pasientforløp (HPH), [Trondheim kommune](#), 2013, oppdatert 2021, besøkt 2022 febr 12, [Oslo kommune](#), 2019, oppdatert 2021, besøkt 2022 febr 12
- **Ambulerende helsefremmende og forebyggende team for skrøpelige eldre**
  - Behm L, et al. Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: Long-term results of the three-armed RCT. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2014;58(3):376-83.
- **Spesialistveiledet behandling hjemme i akuttstusjasjoner (Hospital at home)**
  - Levine DM, et al. Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults. *Annals of Internal Medicine*. 2020;172(2):77-85.
- **Tilrettelagt akuttmottak for skrøpelige eldre**
  - Saltvedt I, Saltnes T, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study. *Aging clinical and experimental research*. 2004;16(4):300-6.
  - Bachmann S, et al. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2010;340:c1718doi:10.1136/bmj.c1718



Dette er alle prosjekter som har gitt øket funksjonsevne og har redusert behovet for reinnleggelser, institusjonsplasser og hjemmetjenester, og ikke minst redusert dødelighet.

Fellesnevneren for disse tiltakene er en bred kartlegging, en plan og et teamsamarbeid (KLIKK)

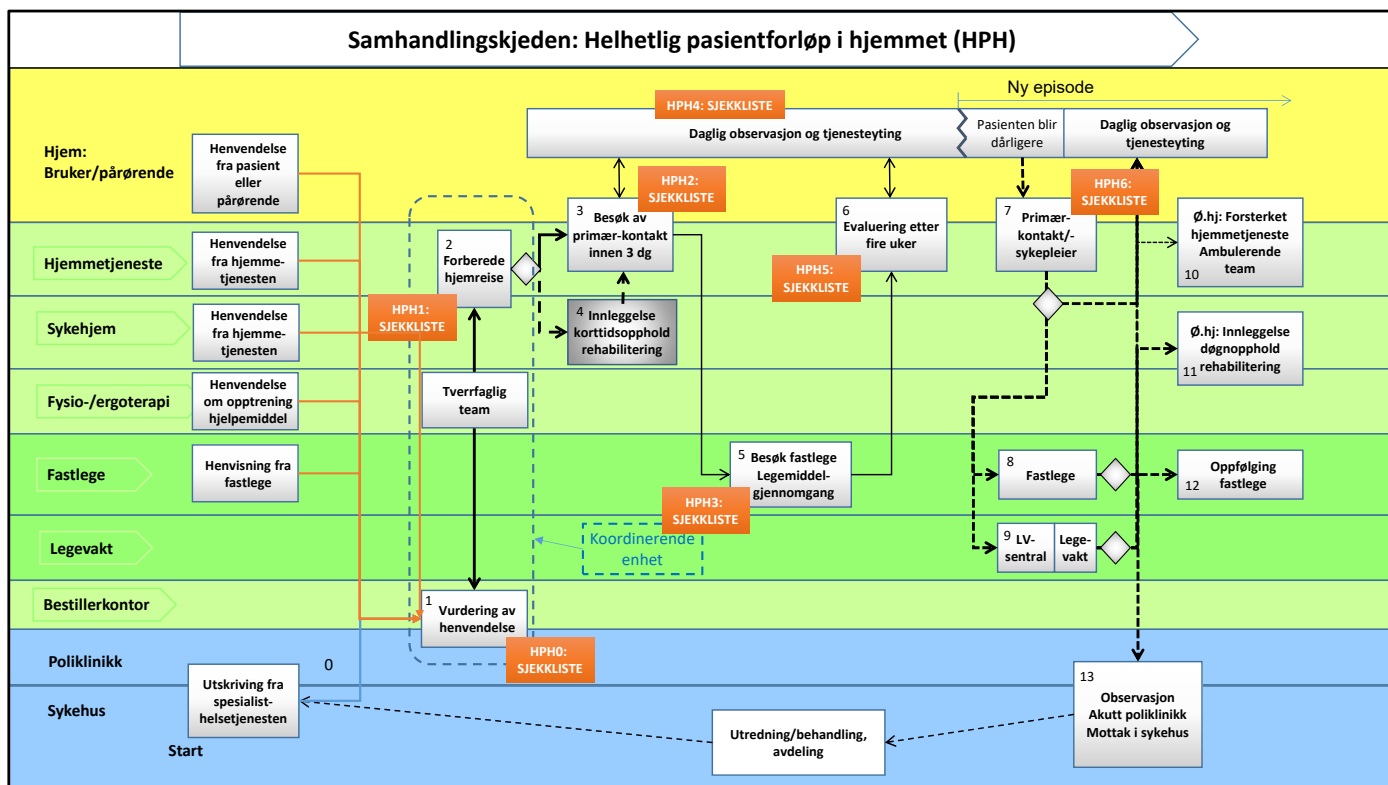
## Modell for arbeid i team for sårbare eldre og innbyggere med kroniske sykdommer

Bred geriatrisk vurdering og behandling (Comprehensive geriatric assessment CGA), hvor målet er:

- Identifisere medisinske, psykososiale og funksjonsmessige begrensninger og ressurser hos eldre sårbare for å
- lage en tverrfaglig plan for å optimalisere den totale helsesituasjonen



Modellen er bred geriatrisk vurdering og behandling. Den kan overføres til andre ved hjelp av opplæring og veiledning



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:

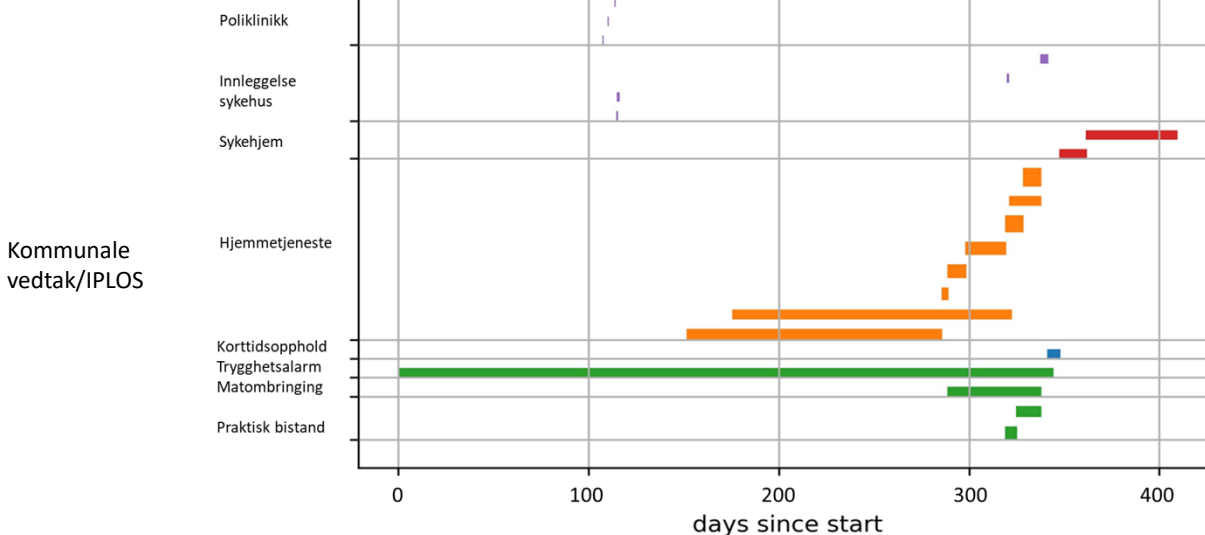
Pasientens meldes utskrivningsklar (0) og informasjon utveksles, enten i et fysisk møte eller elektronisk per video (1). Den stiplede rammen representrer koordinerende enhet, men som er svært forskjellig organisert i kommunene. Hjemmetjenester etableres (3), En navngitt primærkontakt blir oppnevnt og behov kartlagt innen tre dager, evt. først etter et intermediær-/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). Det samme opplegget kan benyttes ved nye pasienter og årlige gjennomganger.

#### Pasienten blir dårligere:

Tidligintervensjon avtalt med fastlegen blir vurdert (7). Tettere oppfølging hjemme eller at fastlege (8) eller legevakt (9) kontaktes. Disse har flere opsjoner: Ø.hj hjemme/ambulerende team (10), kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (11), evt. senere bare tett oppfølging av fastlegen (12). Ved behov henvisning til akutt poliklinikk eller innleggelse i sykehus (13). Fastlege og legevakt kan benytte

de samme alternativene for pasienter som tidligere ikke har mottatt kommunale tjenester.

## Pasientforløp i kommunen



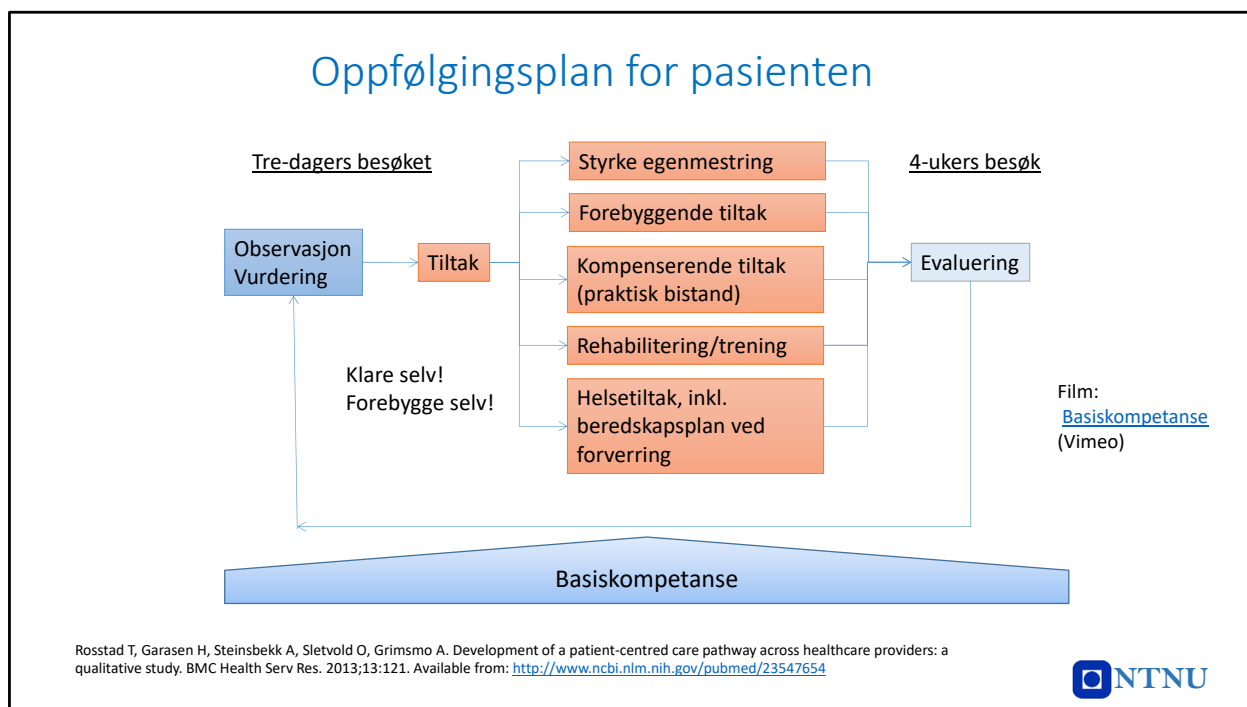
Dette er en illustrasjon av et pasientforløp i kommunen basert på IPLOS

Det er ganske vanlig at det kan være stabilt og lite som skjer over lang tid. Dette er ofte også en periode egentlig for en behandlingsplan hvor man møtes 1-3 ganger og legger en felles plan. Dette er en erfaring fra bruken av individuell plan.

Men så ser dere at så skjer det noe. I øvre del ser dere kontakter/innleggelse i sykehuset. Også fulgt av tildeling av hjemmetjeneste. Så inntreffer en rekke vedtak både av forskjellig slag og over kort tid – pasienten blir dårligere med funksjonssvikt som forrige figur viste til hø.

Under disse omstendighetene har en behandlingsplan begrensninger. Igangsetting av nødvendige tiltak er her tillitsbasert – at de involverte vet hva som bør gjøres – basert på deres profesjonsutdanning. Dette har også vært bakgrunnen for det vi har kalt basiskompetanse, en opplæring i hvordan bør handle og kommunisere.

Derfor er pasientforløpet som dere har arbeidet med i dette nasjonale læringsnettverket, et rammeverk for en plan som blir til underveis. En behandlingsplan og er rammeverk for et pasientforløp utfyller hverandre.

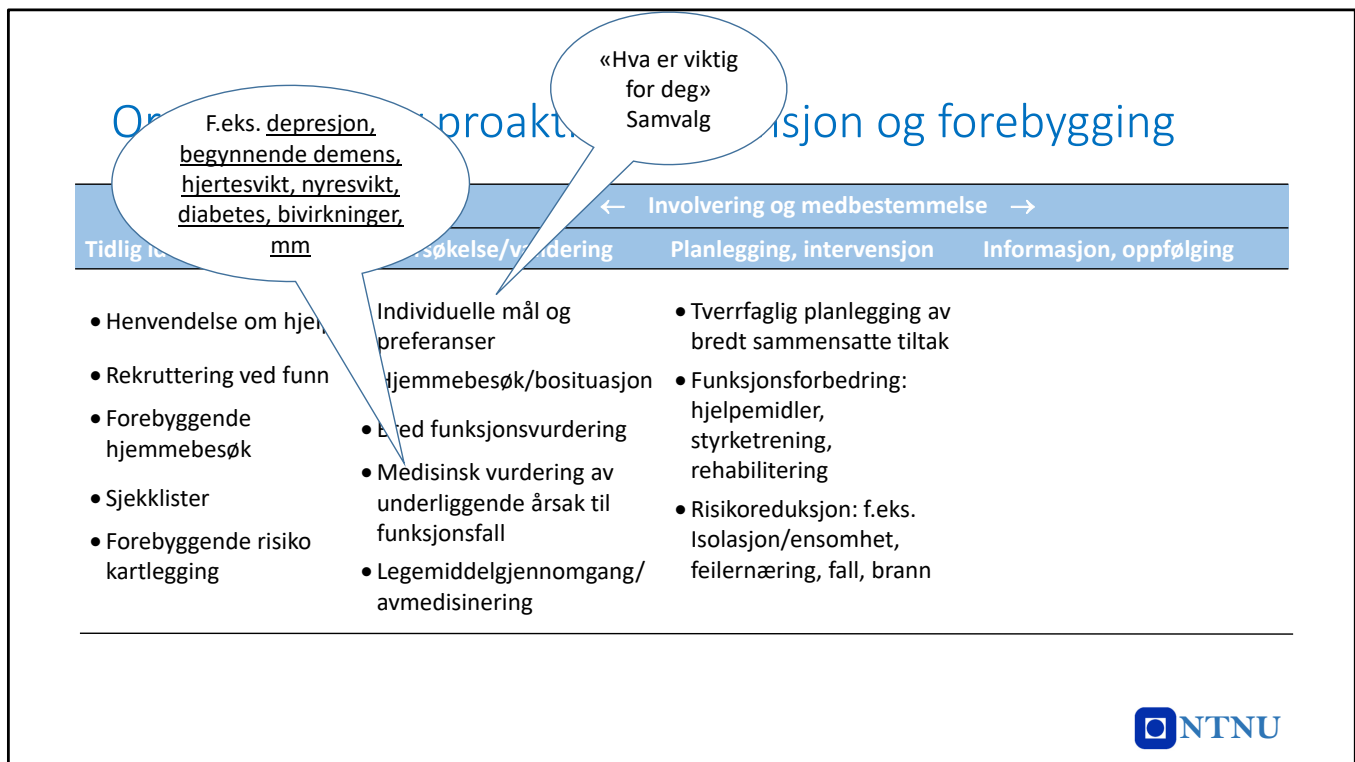


Rammeverket for pasientforløp er avhengig av en tilleggskompetanse som skiller seg fra fagkompetanse ved å handle om det generelle som underbygger helsepersonells ansvars- og rolleforståelse.

Eksempler på dette er observasjonsevne, kunne vurdere helsetilstand, handlingsevne, kunne evaluere tiltak, samhandle, hvordan dokumentere og vurdere etiske og juridiske spørsmål knyttet til å yte tjenester til brukere.

Myndiggjorte medarbeidere med fag- og basiskompetanse kan bidra til å iverksette tidlig innsats ved forverring av helsetilstand og vurdere kontinuerlig om tiltakene er virkningsfulle eller bør justeres. For å få til dette krevers det også et godt strukturert samarbeid med fastlegen som har ansvar for den medisinske behandlingen.

Er faringene fra HPH prosjektet har vært at man må øke basiskompetansen i hjemmetjenesten. De ansatte trengte et løft mht. å bli flinkere til å observere/vurdere, kunne iverksette tiltak og evaluere. Samtidig ble fokus mer mot forebygging, egenmestring og rehabilitering. En slik generaliststrategi bidrar til at alle pasienter får et bedre tilbud – ikke bare utvalgte diagnoser.



**Utredning/validering:** Her er vi tilbake til forebygging. Ut i fra journalopplysninger vurdere om pasienter har høy risiko og bør 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](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](http://www.nice.org.uk/guidance/ng56).

**Kartlegging/Planlegging/Intervensjon:** Tverrfaglig planlegging av tiltak enten hjemme eller ved et evt. korttidsopphold.

Funksjonsforbedring gjennom hjelpemidler/tilpasset bolig og aktivitet/styrketrening

Risikoreduksjon ved vurdering av og evt. tiltak knyttet til kosthold, legemiddelbivirkninger, isolasjon/ensomhet, og farer i hjemmet.



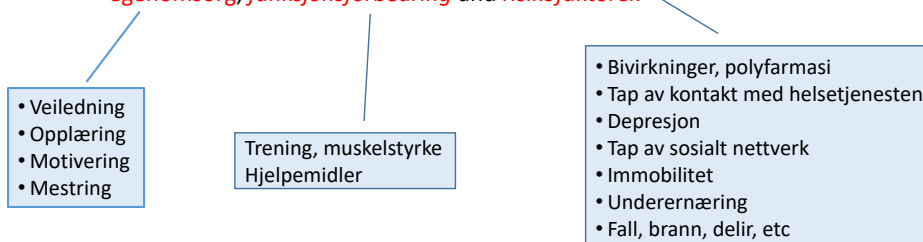
## Cochrane Database Syst Rev. 2016

doi: 10.1002/14651858.CD006560.pub3

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

#### Konklusjoner

- Så langt har tiltak i primærhelsetjenesten hatt blandet effekt. Likevel, er det mye som taler for at de beste resultatene oppnår man med innsats rettet mot **egenomsorg, funksjonsforbedring** and **risikofaktorer**.



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 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)

## Samarbeid i helsefellesskap om sårbare eldre

- Rutiner/opplegg for identifisering av gruppen
- Hovedmålsettingen for alle parter og all behandling er funksjonsforbedring/-vedlikehold og lindring i vid forstand
- Modellen for samarbeid er tverrfaglige team fleksibelt sammensatt i tråd med den enkeltes behov
- Gjensidig kompetanseutveksling (team modellen)
- Primært unngå innleggelser; sårbare eldre skrives ut hjem

Grimsmo A. Samarbeid om skrøpelige eldre i helsefellesskap. [Oslo: KS; 2023.](#)



Når man har innført et system for identifisering, følger en forpliktelse til å ha et system for hva som skal skje videre. Helhetlige pasientforløp i hjemmet (HPH) er et godt egnet rammeverk, men som bør få et mer spesifisert innhold med en vridning mot helhetlig kartlegging og oppretting av team samarbeid.

## Dokumenterte forebyggende tiltak seint i livet

- Fysisk trening
- Fallforebygging
- Sosialt nettverk
- Sunt kosthold
- God hygiene
- Avmedisinering
- Egenjournal/PHJ



Gallardo-Gomez D, et al. Optimal dose and type of physical activity to improve functional capacity and minimise adverse events in acutely hospitalised older adults: a systematic review with dose-response network meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Sports Medicine*. [Systematic review]. 2023.

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.

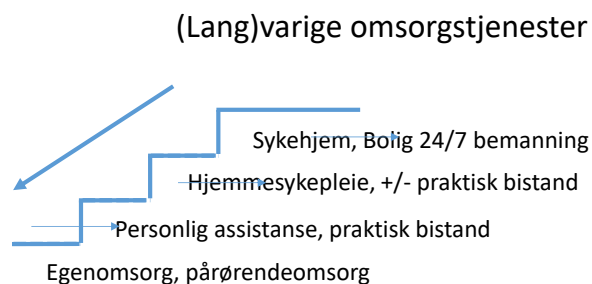
En forutsetning er at du som fastlege, eller helst legekantoret etablerer en kultur for tverrfaglig samarbeid/bemanning både innad på kontoret og med helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Gevinsten er mindre arbeid for legene og totalt.

Fysisk aktivitet, i første rekke muskelstyrketrening, bremser utviklingen av sårbarhet, og forbedrer bevegelse, hjerte-kar systemet, endokrine funksjoner, samt forsinker progresjon av flere kroniske sykdommer. Forebygger også fall. Fall er en indikasjon på skrøpelig. Skal utredes. Hovedvirkningen er utsettelse av funksjonsfall og hjelpebehov, og slik også behovet for helsetjenester. Fysisk trening har i noen undersøkelser også kunnet påvise forlengelse av livet.

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

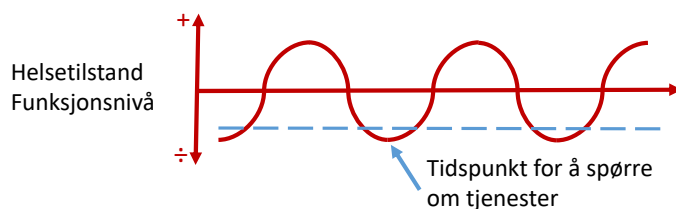
Avmedisinering er oppført, og ikke legemiddelgjennomgang, er det fordi sistnevnte ikke fungerer i praksis. Polyfarmasi blant eldre er økende. Blant innbyggere over 70 år bruker 50% fire legemidler eller mer, 20% mer enn 10 legemidler. For innbyggere over 80 år er 30% av innleggelsene i sykehus relatert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

## Omsorgstrappa



## Forebyggende innsatstjenester

Rehabilitering  
Risikoreduksjon  
Opplæring  
Ernæring  
Dagtilbud  
Transport  
Velferdsteknologi  
mm.



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

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.

Helse- og funksjonsnivå svinger hos alle, men i økende grad hos eldre, spesielt sårbare 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. 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.

## Organisering av proaktiv intervensjon og forebygging

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



**Informasjon, oppfølging:** Løpende vurdering av pasientens erfaringer og preferanser. Styrking av egenomsorg gjennom opplæring/veiledning og motivering. 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

Tortajada S, Giménez-Campos MS, Villar-López J, Faubel-Cava R, Donat-Castelló L, Valdivieso-Martínez B, et al. Case management for patients with complex multimorbidity: Development and validation of a coordinated intervention between primary and hospital care. *Int J Integr Care*. 2017;17(2):4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5624062/>.

## Polyfarmasi – en epidemi?

- Polyfarmasi (>4 legemidler) hos over 50% blant personer over 70år
- Blant hjemmeboende >70 år bruker 20% ti eller flere legemidler
- Polyfarmasi har en uavhengig lineær effekt på dødelighet
- Polyfarmasi introduserer «sårbarhet» og kognitiv reduksjon hos eldre 2-4 år tidligere enn naturlig utvikling
- 30% av innleggelsene >80 år er forbundet med legemiddelproblemer
- Andel personer behandlet og antall legemidler per person behandlet med legemidler har økt kraftig fra 1980-tallet

Nyborg G, Straand J, Brekke M. Inappropriate prescribing for the elderly—a modern epidemic? *European journal of clinical pharmacology*. 2012;68(7):1085-94



Polyfarmasi øker i omfang fordi stadig flere blir behandlet, også fordi hver sykdom behandles med flere legemidler og det finnes flere regimer å velge mellom. Paradokset er at vi har i 100 år hatt en jevn nedgang i kroniske sykdommer, og ingen generasjon eldre har så få kroniske sykdommer som den vi nå har og får. Det som er hovedgrunnen til polyfarmasi, er såkalt forbyggende legemiddelbehandling. Det er ikke sykdom som behandles, men risiko for sykdom kanskje å bli rammet av sykdom en gang i fremtiden. Polyfarmasi øker i omfang også fordi hver sykdom behandles med flere legemidler og det finnes flere regimer å velge mellom. Utover 6 legemidler øker mortaliteten med 3-4 % per nytt legemiddel

Flere legemidler virker annerledes på eldre. Spesielt bør man unngå bruk av antikolinergika (mange psykofarmaka), eller legemidler med antikolinerg virkning, som omfatter langt flere legemidler, f.eks. flere mot høyt BT (Adalat), mot magesår (Zantac), mot inkontinens (Detrusitol), samt mange antibiotika, vanndrivende, psykofarmaka, allergimedisiner, o.fl. Mange av disse er oppført med svak antikolinerg virkning, men virkningen er additiv, slik at to svake virker som et middels sterkt.

Det man ikke har vært tilstrekkelig klar over til nå, er at antikolinergika reduserer kognitiv funksjonsevne – og som vi vet har en dominoeffekt med redusert aktivitet, selvtillit, osv. I gjennomsnitt fungerer en person på antikolinerg behandling, kognitivt som om vedkommende er 3-4 år eldre. Spesielt skal man være oppmerksom på pasienter med sykdom som svekker hjernefunksjon – hjertesvikt, slag, demens, samt eldre generelt. (<http://www.lakemedelsvarlden.se/nyheter/antikolinergika-skyndar-p%C3%A5-%C3%A5ldrandet-6195>).

Alle som har vært på sykehjem har sett det klassiske bildet med eldre pasienter som har vansker både på å reise seg og gå pga. svake muskler. Vi vet også at en stor andel av de som faller og brekker lårhals står på medisiner som svekker balanse og reaksjonsevne, men medikasjonen blir sjelden endret pga fallet. Det ville det være enkelt å lage en påminner i samband med rekvirering av multidose.

## Avmedisinering (eng: deprescribing) – skånsom nedtrapping

- Er trygt (ny oppstart 2-10 %, ikke assosiert med økt dødsrisiko)
- Bidrar til økt livskvalitet og bedre funksjonsevne
- Redusert totaldødelighet og færre innleggelser i sykehus.
- Reduserte kostnader og frigjøring av personellressurser

Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Beer CD. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *British J Clinl Pharm.* 2016;82(3):583-623.

Ranhoff AH, Bakken MS, Granås AG, Langørgen A, Spigset O, Ruths S. Bedre legemiddelbehandling av eldre. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2015;135(4):318



Individuell nedtrapping reduserer dødeligheten iflg oppsummerende studier. Inntil 50% er sett.

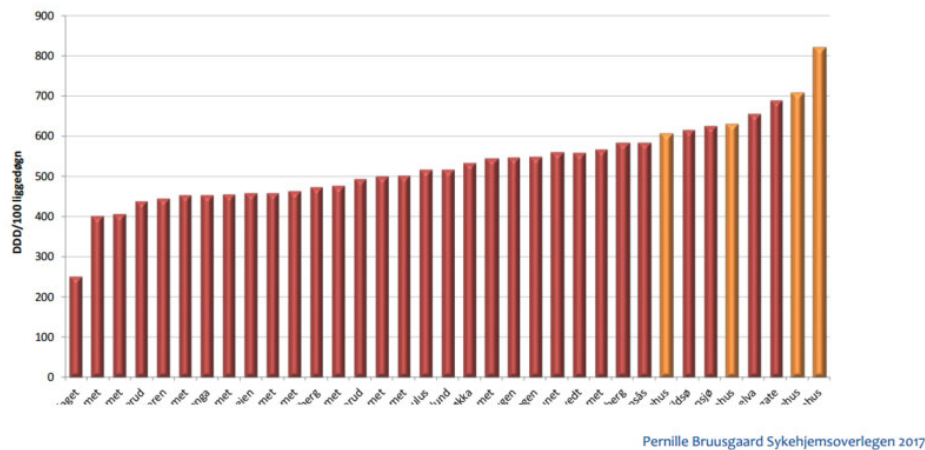
Utfordringer:

Noen pasienter kan bli engstelige

Allmennleger er ambivalente til nedtrapping og føler seg sikrere ved å bare fortsette samme behandling

Få og små endringer ved legemiddelgjennomgang

## Legemiddelbruk i sykehjem i Oslo



Pernille Bruusgaard Sykehjemsoverlegen 2017

Gjennomsnittlig antall legemidler i Oslo = 7,5. Bekkelaget sykehjem = 2,8

Betyr en vesentlig ressursbesparelse i penger og i tid

Hva svarte Pernille Bruusgaard når hun ble spurt: Skjedde det noe når legemiddelbruken ved Bekkelaget sykehjem ble mer enn halvert? – hva tror dere? Det skjedde ingen ting!

Legemiddellistene i hjemmesykepleien har større risiko for utilsiktede hendelser og skader enn legemiddellistene i sykehjem

En del pasienter får vedtak om hjemmesykepleie når legen skriver ut legemidler.

Unntaksvis blir varigheten påført.





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

## Thinking about the burden of treatment

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

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

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



Behandlingsbyrden kommer i tillegg til sykdomsbyrden. Det er et absolutt krav at pasientenes gevinster skal være langt større enn den risikoen og de byrdene behandling kan medføre. Spesielt gjelder det medisinsk behandling av mulig fremtidige helseproblemer – f.eks. behandling mot høyt BT, høyt kolesterol, osteoporose som vi ikke en gang vet om pasienten blir utsatt for.

Innbyggere over 50 år med tre eller fire kroniske sykdommer bruker fra 2,5 til 4,5 timer per dag. Trevena L. Minimally disruptive medicine. *Austr J Gen Pract.* 2018;4:175-9

Hvor mange av dere ønsker å binde opp en stor del av dagen med å drive med behandling når dere passerer 80, når du vet at sjansen for at det vil være til hjelp er begrenset?

**Det Anna sa**, var følgende: «Jeg skal fortelle deg hva som betyr mest for meg. På tirsdager møtes vi nabo venninner. Likeledes, på lørdager vil jeg gjerne kunne bli med datteren min på butikksenteret. Det er det som gjort det verdt å leve. Men først og fremst ønsker jeg fred, spesielt fra maset om gjøre ditt og gjøre datt – og alle disse tablettene hver dag. Ikke vet jeg hva jeg lenger hva dere putter i meg.»



Det skal handle om Anna som er 80 år. Hun har vi hilst på i tidligere samlinger. Hun bor alene hjemme og har besøk av hjemmesykepleien morgen og kveld, og hjemmehjelp en gang i uken. **(Klikk)**

Anna har flere kroniske diagnoser som hun mottar behandling for. Rekken av diagnoser er blant de aller vanligste og egentlig noe vi alle kan få bare vi blir gamle nok. De handler ikke om faktiske sykdommer, men mest om risiko for en gang i fremtiden å kanskje få en sykdom. Det som også kjennetegner dem er at legemidler har blitt hovedstrategien i forebyggingen. Forebyggende legemiddelbehandling kommer jeg tilbake til. Unntaket for Anna er KOLS som har en sterk sammenheng med disposisjon, røyking og luftforurensning. Det er ikke usannsynlig at hadde hun ikke hatt KOLS så hadde hun kanskje ikke gått til lege, i hvert fall betydelig senere og ikke fått de andre diagnosene heller. **(Klikk)**



## Anna har en ansvarsfull fastlege som følger faglige retningslinjer

### Summen:

- 12 separate medisiner, 5 ulike tidspunkt på dagen og totalt 19 doser/dag.
- I tillegg til medisin: 14 anbefalte daglige aktiviteter (sjekke føtter, sjekke blodsukker, trene++).
- Må til fastlege 4 ganger pr år, i tillegg til øyelege 1 gang pr år. Årlig vaksinerings, regelmessig oppfølging spesialsykepleiere (ernæring, diabetes, kols) og fysioterapeut.

(Boyd CM et al. JAMA 2005;294:716-24)

Samvalg – en fortelling



I sum gir retningslinjene for hver enkelt diagnose 12 separate medisiner på fem ulike tidspunkt. 14 anbefalte daglige aktiviteter, mange kontroller osv. Anna synes det er vanskelig passe på alt. Ikke rekker hun alt dette heller.

Dessuten har hun bivirkninger. Hun får vandrivende på morgenen. Når hun skal bort lar hun være å ta medisinen. Det samme gjør hun når hun venter besøk. Det er litt flaut å måtte løpe på do hele tiden. Av og til kommer trangen svært brått og hun rekker det bare nesten.

Hun får også blodtrykksenkende. Det blir hun litt svimmel av når hun reiser seg. Hun bena er kalde. Muskelkraften svakere merker hun når hun går trappa opp til soverommet. Det er derfor godt å ta en pause en dag eller to for å ha det litt bedre.

Ved siste kontroll merket legen seg at kolesterolet var i grenseland, med LDL-kolesterol på 3. Han fikk en tanke om at dette også kanskje skulle vært behandlet, men er ikke helt sikker. Dessuten: Hun bruker allerede flere legemidler. Han er heller ikke sikker på hvordan hun vil reagere på få enda et.

Vi forlater foreløpig Anna, men kommer tilbake til henne etterhvert.

**(Klikk)**

## «Hva er viktig for deg»

### Samvalg (Shared decision making)

#### Prosess:

- Aktiv deltagelse fra både pasient og helsepersonell
- Begge bidrar med fakta og foretrukne valg
- Mål: Oppnå en felles beslutning

#### Hvorfor?

- Fundament i etikken
- Retten til samvalg er lovbestemt
  - Pasient- og brukerrettighetsloven 1999 §3
  - Affordable Care Act (Obamacare) 2010

*Charles C. Soc Sci Med 1997*



Vi har på samlingene vært opptatt av «hva er viktig for deg?» spørsmålet, men ofte er det ikke der det starter. Folk kommer eller spør gjerne fordi de har begynt å kjenne på noe – hva kan det være? Andre ganger er det som for Anna at det kan starte med et unormalt prøvesvar. Da må man gjennom en prosess for å komme frem til øyeblikket der det er riktig og viktig å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?» Denne prosessen kalles på engelsk «shared decision making». På norsk «samvalg». (KLIKK)

Ved samvalg legges det vekt på aktiv deltagelse både fra pasient og helsepersonell i beslutningsprosessen, skape likeverdighet og at det oppnås enighet om beslutningen.

I tillegg forventes det at begge parter skal bringe fakta og sine foretrukne valg med inn prosessen, slik at de sammen skal kunne nå en felles beslutning.

Pasienten er ekspert på seg selv: «orker jeg dette, må jeg?»

Det finnes flere begrunnelser for at samvalg er relevant i mange medisinske beslutninger (KLIKK):

- Det er en del av personsentrert tilnærming, og i dag et etisk imperativ, et viktig fundament i medisinsk etikk.
- Retten til samvalg er lovbestemt i mange land.

I Norge har vi pasient- og brukerrettighetsloven, som i kap 3 omtaler « Rett til

medvirkning og informasjon»:

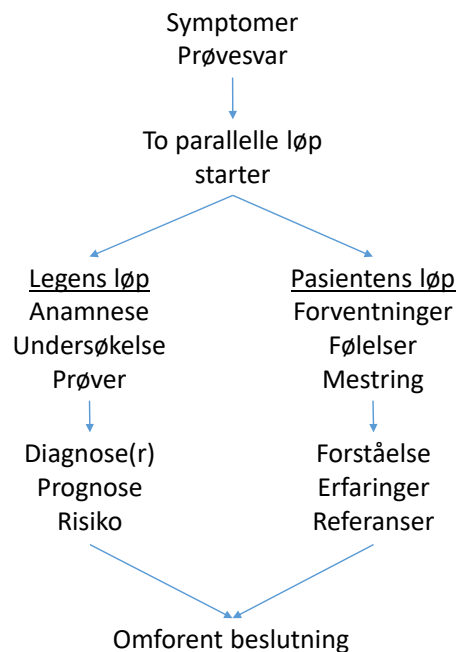
Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjonen.

Dette er en ganske presis formulering av hva samvalg dreier seg om. Samvalg handler mao. om å følge loven

I USA ble forøvrig forhold rundt Samvalg inkludert i ACA ( affordable care act i 2010,= Obamacare), verdens mest omtalte helselov.

Fra paternalisme  
til et  
personsentret møte

### Samvalgsprosessen



1986 Levenstein/McWhinney: Integration, shared understanding

1997 Charles: Shared decision making (delt beslutning)

Samvalg er en naturlig konsekvens av utviklingen som har vært i praksis fra 1970 - tallet. På den tiden rådet fortsatt paternalistisk medisin. Legen med sin autoritet og allvitende kompetanse gjorde sine vurderinger og foretok valg på pasientens vegne.

Denne måten å behandle pasienter på måtte etterhvert vike plass for nye prinsipper som bygger på pasientautonomi og pasientsentrert omsorg/tilnærming, og som utover på 80-90 tallet endret synet på forholdet til pasienter. Det har utviklet seg et prinsipp om at pasienten skal ta del i beslutninger om egen utredning og behandling.

Levenstein og McWhinney introduserte den pasientsentrerte kliniske metode i 1986. De beskrev hvordan legen og pasienten har hver sin sideordnede agenda, og forklarte hvorfor det er viktig at legen må få fram begge perspektivene, og integrere disse – for å gjøre gode valg.

Dette begrepet ble videre utviklet av Stewart som brukte begrepet shared understanding, og Charles som lanserte begrepet shared decision-making, eller delt beslutningstaking. Ordet samvalg, som vi bruker på norsk i dag, ble lansert i Norge så seint som i 2014.

## Positive 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

Stacey D. Cochrane Database 2014

Durant M. PLOS one 2014



Samvalg er blitt evaluert og viser seg å ha flere positive effekter:

Det kan *forbedre kommunikasjon og forståelse* mellom helsepersonell og pasient og derved signalisere gjensidig respekt.

Det kan *redusere konfliktnivå, og redusere opplevelse av manglende informasjon hos pasienten*. Klager over manglende informasjon er en av de aller hyppigste.

Det kan ha *positiv effekt i behandling* av en rekke tilstander. Det handler blant andre om bedre oppfølging av pasienten og har *reduisert forbruk av helsetjenester på noen områder*. Norge spesielt er fortsatt preget av en protestantisk tradisjon med stor nøkternhet som gjelder bruk av både kirurgiske inngrep, legemidler og bruk av helsetjenester, samt mange nytelsesmidler

Samvalg kan også bidra til å redusere ulikheter i helse og komme svakere grupper til gode. En har vært bekymret for at samvalg ville gi størst gevinst for pasienter fra høyere sosioøkonomiske klasser, som ofte har mer kunnskap og større evne til å skaffe seg informasjon, men det er gjort studier som viser at samvalg hadde signifikant og større effekt for pasienter i lavere sosioøkonomisk klasser enn i høyere.

Samvalg handler om å kombinere senkning av terskler og øke empowerment, og trosser økonomiske teorier ved at forbruket av tjenester går ned.





## Samvalg i praksis

- Informere om anbefalinger i retningslinjer
- Berolige om bivirkninger
- Oppmuntre i et tydelig råd
- Gjøre det klart at pasienten selv kan velge



Legen til Anna var som sagt bekymret for hennes kolesterolnivå. Før neste kontroll sjekker han de nasjonale retningslinjene, og der finner han ingen aldersgrense for hvem som bør få kolesterolsenkende medisin.

Legen har hørt litt om samvalg, men har liten erfaring. Han tenker at denne i samtalen kunne det være vært greit å prøve. Mange tror de vet hva samvalg betyr. Han gjør et forsøk, og dialogen kan tenkes å gå omtrent som dette:

**Legen sier:** Hør Anna, siden sist har jeg kikket litt i faglitteraturen, og der anbefales det at du bør få senket kolesterolet. Hensikten er å forebygge hjertekarsykdom. Derfor vil jeg foreslå at du får en liten dose kolesterolsenkende medisin.

Anna ser litt skeptisk ut, men sier ingenting. Legen har i bakhodet hennes mulige skepsis mot flere medisiner. Samtidig har han litt dårlig samvittighet for ikke å følge opp kolesterolet.

**Legen fortsetter:** Du synes kanskje du har fått litt mange medisiner nå, og lurer litt på bivirkninger. Muskelsmerter kanskje? Vel, det finnes en ny studie som viser at pasienter får like mye plager av jukse- tabletter. Så det trenger du ikke være redd for. Dessuten, dette jo et enkelt tiltak som øker sjansene til en alderdom med god helse, så du kan ha gleden av å se dine barnebarn vokse opp. Jeg råder deg til å ta imot denne behandlingen, men det er selvsagt opp til deg!

Hvis du var Anna, ville du takket ja til behandling? Sannsynligvis. Og legen tenkte kanskje, at dette var et greit eksempel på samvalg: Han hadde lest seg opp på retningslinjene, informert henne, besvart hennes bekymringer, og gitt et tydelig råd. Og gjort det klart at det var opp til henne.

Men, for å gjøre det helt klart: **Dette er IKKE et godt eksempel på samvalg**- fordi

denne samtalen ikke bygger på felles forståelse.



## Kjennetegn på en god dialog

Samvalg starter med en god prat – skape balanse

- Lytte og være interessert
- Det veksler mellom hvem som leder dialogen
- Tillit og relasjon som kommer over tid/over flere møter

<https://helsenorge.no/rettigheter/samvalg> 2018

Shepherd H. Health Expect 2016



Pasienter flest forventer ikke å bli tatt med på råd. Paradokset er at den vanligste klagen fra pasienter er likevel at de opplever ikke å ha bli hørt.

Vi som helsepersonell kan aktivt bidra til at balansert dialog blir gjennomført. Det starter gjerne med en god prat hvis ikke balansen allerede er etablert over tid. Likeverd er viktig fordi den som føler seg underlegen blir ofte den som føler minst ansvar for å holde avtaler.

Når man merker at ledelsen av hvem som fører dialogen, er man kommet langt, men forløpet videre kan også bli lite strukturert og forutsigbart.

Fastleger har den fordel at det i utgangspunktet er regulert et forhold og selv om det kan være langt mellom møtene, varer forholdet over lang tid.

Helsepersonell i hjemmetjenestene treffer pasientene ofte og ser dem i sitt hjemmemiljø og har et utgangspunkt for raskt å kunne bygge tillit og likeverd. Til sammenligning blir folk flest sjelden innlagt i sykehus

Helsemyndighetene reklamert for samvalg som måten å henvende seg til helsepersonell, og en studie viser at pasienter som fikk slik opplæring i betydelig grad tok i bruk dette i konsultasjoner. Helsepersonell bør samarbeide om opplæring av pasienter. Vi kan f.eks. lære pasienten når de skal på sykehuset og til fastlegen. Dere møter også pårørende og kan også gi anbefalingene til dem. Allmennlegene burde få en takst, forutsatt at de har gjennomgått en opplæring og bestått den.



## Pasientens tre spørsmål

- Hvilke alternativer har jeg?
- Hva er mulige fordeler og ulemper?
- Hvor sannsynlig er det at jeg vil oppleve disse?

<https://helsenorge.no/rettigheter/samvalg> 2018

Shepherd H. Health Expect 2016



Anna's lege gjør et nytt forsøk på å snakke med henne om behandling av kolesterol. Han har forberedt seg godt på spørsmål han kan få  
Samtalen ville kunne gå slik:

**Legen:** Retningslinjene anbefaler at når du har sukkersyke, bør du bruke en kolesterolsenkende medisin.

Her får han drahjelp. Anna's datter har vært innom Helsenorge.no, og har sett De tre spørsmålene. Hun forteller Anna og blir også med

### **Hvilke alternativer har jeg?**

Legen vet at Anna har et fornuftig kosthold og er aktiv. Ja, det er jo enten å ta kolesterolsenkende tabletter eller ikke. Det er ikke opplagt hva som vil være best for deg.

### **Hva er mulige fordeler og ulemper med denne behandlingen?**

Ulempen kan bli bivirkninger. Noen får kvalme og andre mageplager, og noen får muskelsmerter. Noen får utløst sukkersyke. På en annen side reduseres sjansen for at du kan få hjerteinfarkt.

### **Hvor stor er sjansen for at jeg kan unngå et hjerteinfarkt?**

Sjansen er den at hvis 60 personer med for høyt kolesterol tar tabletter i 5 år vil en av dem unngå et hjerteinfarkt, men ingen vet på forhånd hvem den heldige er. Behandlingen vil ikke bidra til at du vil kunne leve lenger. Man kan slutte å ta

tablettene når man passerer 75 år fordi de virker ikke lenger. De som har sukkersyke skal ikke behandles lenger enn til de blir 85 år. Etter man er blitt 85 år har kolesterolbehandling ikke noen effekt.

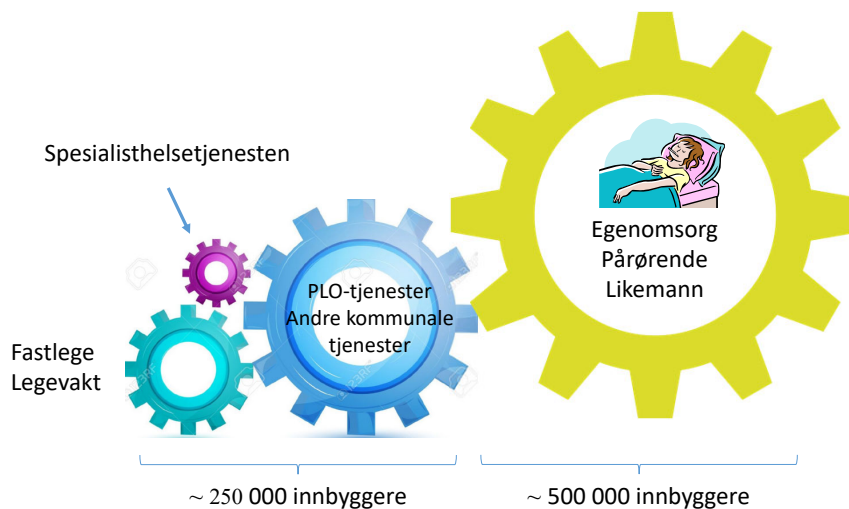
Anna har fått svar på sine spørsmål. Så kommer øyeblikket – **Legen:** Hva er viktig for deg, Anna?

**Anna svarer:** Det viktigste er at jeg greier å få bo hjemme. Det er tungt nok å bli gammel, om jeg ikke i tillegg skal jeg ha i meg en masse medisin. Så ønsker jeg ro, ikke et mas om å gjøre ditt og datt.

## Samarbeid i helsefellesskap om sårbare eldre

- Rutiner/opplegg for identifisering av gruppen
- Hovedmålsettingen for alle parter og all behandling er funksjonsforbedring/-vedlikehold og lindring i vid forstand
- Modellen for samarbeid er tverrfaglige team fleksibelt sammensatt i tråd med den enkeltes behov
- Gjensidig kompetanseutveksling (team modellen)
- Primært unngå innleggelser; sårbare eldre bør skrives ut hjem

## Deltagere og omfang i behandling og oppfølging av eldre og innbyggere med kronisk sykdom



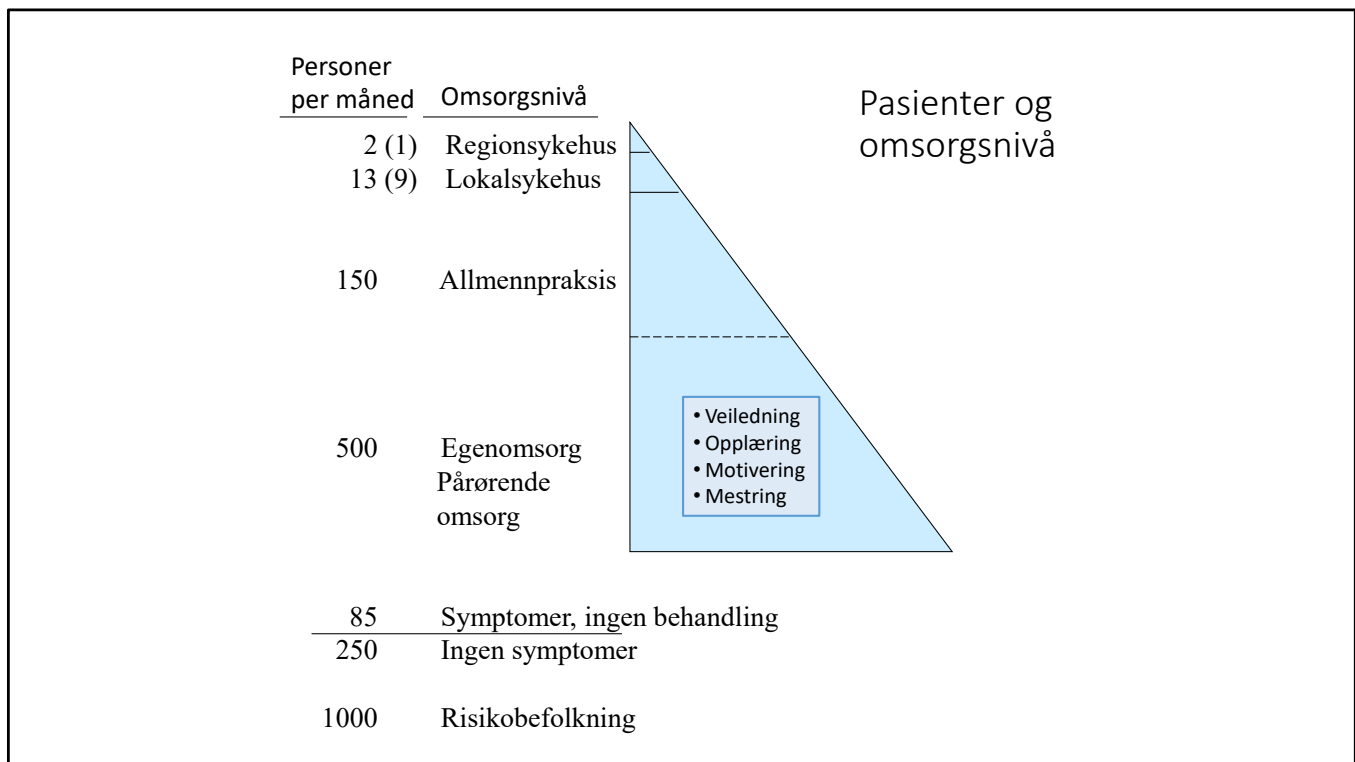
Figuren er et forsøk på å illustrere omfanget av deltagelse i behandling og oppfølging av eldre og

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. 500 000 innbyggere betyr 10% av befolkningen

Dette handler om de største pasientgruppene i helsetjenesten, som tar 2/3 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 eller bedre resultater ved behandling hjemme.

Når det gjelder ressurser til forskning så går nesten alt til det lille tannhjulet. Resultatet er at vi de siste par 10-år har hatt akselererende produksjon av faglige retningslinjer, men omtrent bare om enkeltsykdommer. Pasienter med multisykdom blir systematisk ekskludert fra denne forskningen – altså de største og mest kompliserte pasientgruppene som kommunene har ansvaret for. Det betyr at det også er spesialisthelsetjenesten som hele tiden definerer hva som er viktigst. Utslaget blir at det tas lite hensyn til den behandlingsbyrden som blir påført multisyke pasienter og pårørende først og fremst, men også helsetjenesten i kommunene. Det ble tydelig demonstrert forslaget til prioriteringsregler som kom i 2014. Også der var pasienter med multisykdom ekskludert.



Symptomer og sykdommer er utbredt (stort marked). I løpet av en måned er det bare  $\frac{1}{4}$  som går helt fri. Noen (85) gjør ikke noe med plagene, men halvparten behandler seg selv. 150 oppsøker allmennlegen, av disse sender allmennlegen 10% videre.

Man greier enkelt å regne at for hver prosent allmennlegen øker henvisningsandelen øker belastningen med 20% på spesialisthelsetjenesten. Hver henvisning medfører i gjennomsnitt om lag to kontakter i spesialisthelsetjenesten. Skulle allmennlegen henvise 5% mer enn per i dag, vil vi det doble behovet for poliklinikk konsultasjoner og innleggelser.

Skiftninger i grenseoppgangen mellom egenomsorg og allmennlegen vet vi lite om., men i løpet av en måned så er det om lag 50% av befolkningen som vil oppleve symptomer/plager og sykdom som de på en eller annen måte har forsøkt å lindre eller behandle. Undersøkelser forteller at det i de fleste tilfellene handler det om adekvate tiltak.

Blant disse er det om lag 20% av befolkningen som har kroniske sykdommer eller er sårbare eldre, som i tillegg får hjelp og støtte enten av pårørende (om lag 500 000) eller kommunale helse- og omsorgstjenester (om lag 500 000). Alle disse står på fastlegens liste.



## Skifte av innsatsområder (og kompetanse?)



Simpson M, Welsh T, Griffiths C. Midlothian wellbeing service – beyond medicine. Scotland: Thistle Foundation, 2018



Denne figuren så jeg første gang på en dialogkonferanse i Stavanger.

En viktig bakgrunn for dette skifte er endringene i pasientpopulasjonen, men også en økende erkjennelse av problemer med en fragmentert og lite effektiv helsetjeneste som ikke er bærekraftig på sikt. Skifte illustrerer også behovet for et skifte i kompetanse i primærhelsetjenesten. Det er i primærhelsetjenesten at ansvaret for å ivareta helheten og hva som er viktig for den enkelte ligger.

Takk for oppmerksomheten  
og lykke til

norsk**helsenett**



..... og lykke til