

Oppfølgingsteam og tverrfaglig samarbeid

Nasjonalt læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp
Tredje samling

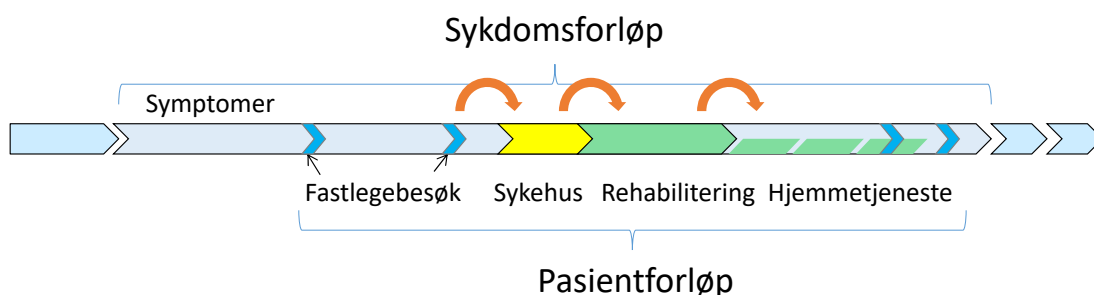
Anders Grimsmo
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU
Norsk Helsenett

norsk**helsenett**



Samhandlingsreformen iverksatt i 2012 ble beskrevet som en koordinerings- og retningsreform. Reformen hadde flere målsettinger. Den som ble fremhevet mest var helhetlige pasientforløp som handler om bedre samhandling – koordinering.

Pasientforløp – helsetjenestens viktigste verdikjede

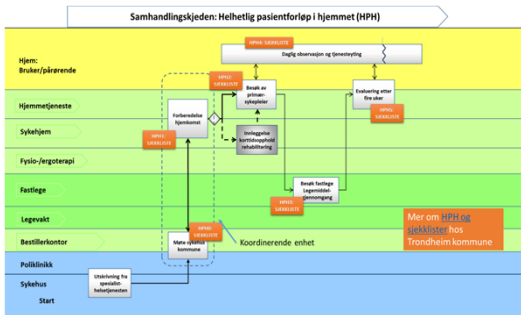


Fra første kontakt med helsetjenesten for et problem, evt. en ny episode med tidligere avsluttet problem, til siste kontakt for problemet

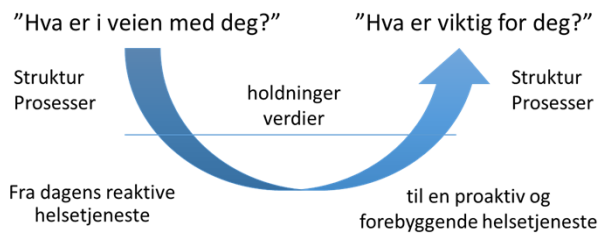
Informasjonsdrevet, mandatoverføring

Hovedoverskriften i samhandlingsreformen har vært helhetlige pasientforløp. Det er også den viktigste "verdikjeden" i helse- og omsorgssektoren. Hver aktør har sin rolle og sitt ansvar. Her er pasientforløpet fremstilt i sin enkleste form. Pasientforløpet må ikke forveksles med et sykdomsforløp som kan vare lenger i begge ender.

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



Generalisert, diagnoseuavhengig, forløp



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 er blitt systematisk utelukket fra forskning om retningslinjer
- Et skifte fra diagnoser til tilstand



Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education

Barnett K, et al. [Volume 380, Issue 9836](#), 2012: 37–43

norsk**helsenett**



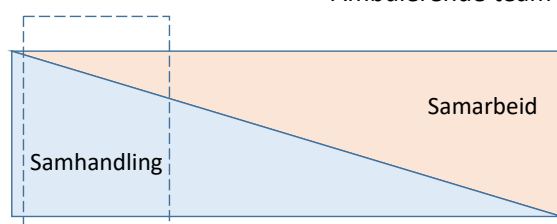
Forfatterens hovedkonklusjonen: «Våre funn utfordrer enkelt-sykdom tilnærmingen som størsteparten av helsetjenesten, medisinsk forskning, og utdanning bygger på.» Derav følger en tilsvarende fragmentering av finansiering, insentiver, kvalitetssystemene, organisering av tjenestene og helsepolitikken. 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

Hva er forskjellen på samarbeid og samhandling?

	<u>Operasjonalisering</u>	<u>Eksempler</u>	
• Samhandling	Koordinering	Pasientforløp Pakkeforløp	• Flerfaglig samarbeid
• Samarbeid	Team	Operasjonsteam Ambulerende team	• Tverrfaglig samarbeid



Vil først definere to begreper som mange blander sammen. Vi hadde ikke hatt to ord hvis det de betydde det samme.

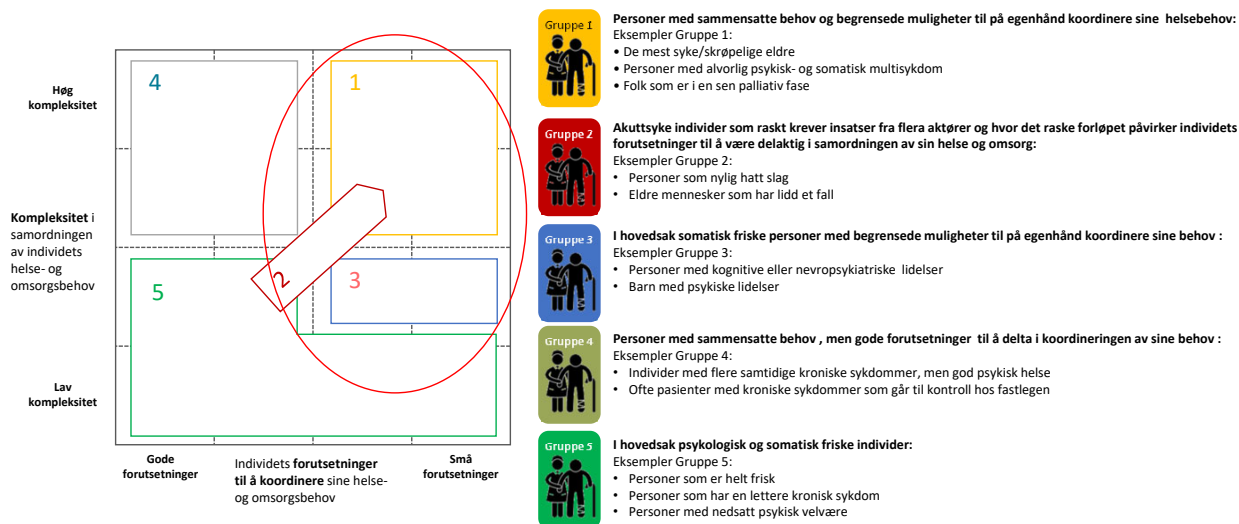
Samhandling handler om koordinering av oppgaver, eng: Care coordination. Sekvensielt med mandat og oppgaveoverføring. Eksempler er pasientforløp. Pakkeforløp er pasientforløp med «stoppeklokke». I forløp overføres ansvar fra en aktør til neste (henvisning). Forløp er informasjonsdrevet. De stopper opp eller forsinkes hvis ikke informasjons går foran. – et kronisk problem i helsetjenesten.

Samarbeid handler om å arbeide i team. Man har et felles gruppeansvar. Skiller seg fra koordinering ved at informasjon oftest deles i samtid – synkront i motsetning til asynkront.

Det er likevel ikke et skarp skille mellom samhandling og samarbeid. De utfyller hverandre. (Klikk). Helsetjenesten domineres av samhandling og ligger til ve i diagrammet. Noe er planlagt og nødvendig, men noe har sammenheng med at helsetjenesten fragmentert.

Flerfaglig samarbeid = interdisciplinary collaboration, Tverrfaglig samarbeid = multidisciplinary collaboration. Sistnevnte mangler per i dag støtte selv i de mest avanserte internasjonale EPJ-systemene.

Grupper med behov for koordinering og samarbeid



Kilde: Samordnet vård og omsorg: En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- og omsorgssystem, PM 2016:1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalyse



Denne figuren har jeg vist dere tidligere. Her er pasientene inndelt etter behovenes kompleksitet og personens forutsetninger til å kunne koordinere sine helsebehov. Gruppe 1 utgjør 11% av befolkningen. gruppe 2 står for 1%, og gruppe 3 utgjør 8%. Til sammen utgjør de om lag 20%, dvs. 1 million innbyggere.

Gruppe 4 utgjør 11% og representerer de vanligste pasientene i allmennpraksis. Sammen med fastlegen greier de å ivareta sine behov, men etter hvert som fysisk og/eller kognitiv funksjon svekkes pga. alder eller sykdomsutviklingen, kommer de i gruppe 1.

Gruppe 5 tilhører 60% av befolkningen (KLIKK)

Når primærhelsetjenestemeldingen beskriver behovet for «oppfølgingsteam» så gjelder det først og fremst personer i gruppe 1, men langt fra alle. Primærhelseteam gjelder gruppe 4.

Primærhelseteam

Primærhelsetjenestemeldingen (kap. 13.2 og 23):

Primærhelseteamet - en form for utvidet allmennlegepraksis

Målet med teamorganisering:

- bedre tilgjengeligheten
- skape bredere helsefaglig tilbud
- bedre oppfølging av innbyggere med kronisk sykdom og store behov
- bidra til et bedre og mer proaktive tjenester, forebygging og egenmestring
- skape mer helhetlige tilbud

Bodenheimer T, Laing BY. The teamlet model of primary care. Ann Fam Med. 2007;5(5):457-61.



Primærhelsetjenestemeldingens beskrivelse av brukergrupper med behov for en team tilnærming er brukere kjennetegnet av multisykdom. Antallet kroniske sykdommer øker kraftig etter 65-årsalder, men i absolutt antall er det like mange med multisykdom under 65 år. Slik omfatter oppgaven til primærhelseteam også alle aldersgrupper. Som dere ser av målsetingen er den knyttet til et bredere og helhetlig tilbud og ikke til diagnosespesifikke tjenester/tilbud som er en speiling av både pasientpopulasjonen i allmennpraksis og det helhetlige ansvaret som fastlegen har. Dette spiller derfor også det som kjennetegner god kvalitet i allmennpraksis (KLIKK)

Kjennetegn på klinisk kvalitet på legekantor

- En tydelig leder av praksisen og utvikling av felles visjon og samstemt praksis
- Tilstedeværelse av andre allierte helseprofesjoner
- Klima for arbeid i team og delegering av oppgaver (kontinuitet, økt tilfredshet, tilgjengelighet, oppfølging av kronisk syke)
- Lengre konsultasjonstid (kronisk syke)
- Større praksiser (oppfølging kronisk syke)
- Mindre praksiser (tilgjengelighet)

Referanser

- Beaulieu M-D, et al Characteristics of primary care practices associated with high quality of care. Canadian Medical Ass J. 2013;185(12):E590-E6.
- Campbell SM et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice. BMJ 2001; 323(7316):784-787.
- Starfield B. Quality of care: Principles applicable to primary care. John Hopkins University; 2011. http://ocw.jhsph.edu/courses/StarfieldCourse/PDFs/Starfield17_Quality%20of%20PC%20FINALNotes.pdf



Økning i antall typer helseprofesjoner, betyr rett ut økning i legekantorenes kompetanse og økning i antall typer tjenester. Det burde ikke uventet bety økning i kvalitet

Oppgaver for sykepleier i et primærhelseteam

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



Arbeidsoppgavene til sykepleier er før konsultasjonen å utdype kontaktårsaker, starte anamnese, evt. kle av pasienten og ta evt. prøver som med fordel kan foreligge før konsultasjonen med legen. De viktigste oppgavene er likevel knyttet til opplæring og involvering av pasienten, koordinering og oppfølging mellom konsultasjoner, oftest med telefon. Heri ligger en kvalitetsforbedring og tidsbesparelser for fastlegen. Utarbeidelse av sjekklister i felleskap blir brukt som påminnere og hjelpemiddel i oppgavefordelingen.

Kp1 Det finnes områder der man har sett både en kvalitetsforbedring og behov for færre kontroller etter god opplæring.

Kp2 Et sikkerhetstiltak i forbindelse med oppstart av ny behandling, men også en mulighet til å forlenge kontrollintervaller

Kp3 Det gjelder noen ganger logistikk, andre ganger midlertidig praktisk assistanse, koordinering ved korttidsopphold, ha oversikt over sosialtilbud og velferdstilbud organisert av kommunen eller andre

Kp4 Møter forstyrrer arbeidsdagen for fastlegene. En sykepleier kan godt representere fastlegen i møter, spesielt i samband med pasienter som mottar andre tjenester i kommunen

Kp5 Hjemmebesøk etter utskrivning reduserer både dødelighet og antallet reinnleggelser, men blir sjelden gjennomført av fastlegen. (Avstandsoppfølging)

Kp6 I England og Skottland drives skadestuer av sykepleiere

Kp7 Det er utviklet verktøy for å kunne få oversikt over pasienter med høy risiko. Hjemmebesøk med kartlegging kan sykepleier gjøre alene, sammen med legen eller fysioterapeut – jf Danmark. Det man kan oppnå er å utsette behovet for pleie- og omsorgstjenester, redusere antallet innleggelser og kan være kostnadsøkonomisk

effektivt.

Listelengde og helsepersonell ved legekontor

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

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

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



Norske legekontor har i gjennomsnitt 2,1 forskjellige yrkesgrupper. På topp blant sammenlignbare land ligger Finland med 6,9, Spania 6,1, Sverige 5,9, England 5,2 og Nederland 3,9 (42). Norge er det eneste landet i Europa med en fastlegeordning hvor bare fastlegen og ikke annet helsepersonell kan utløse helserefusjoner når det gjennomføres undersøkelse og behandling, individrettet forebyggende arbeid eller læring- og mestringsintervensjoner.

Oppfølgingsteam

Primærhelsetjenestemeldingen
(kap. 13.3 og 24.2-3):

Oppfølgingsteam

Innbyggere

- med sammensatte og komplekse behov
- som trenger et bredt sett med tjenester

Utfordringer

Barn

- Habilitering
- Læring/utdannelse
- Integrering
- Forebygging

Voksne

- Bolig
- Sysselsetting/arbeid
- Isolasjon
- Forebygging

Eldre

- Funksjonsfall
- Lindring
- Isolasjon
- Forebygging

Oppfølgingsteam ?
= innsats team

Andre betegnelser:

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



Innbyggere med behov for tverrfaglig team har rett til koordinator, i utgangspunktet også rett til individuell plan. Oppfølgingsteam gjelder alle alderstrinn og er generisk, dvs. ikke tilknyttet noen spesiell diagnose. Kjennetegnet er heller multisykdom. Alle har en fastlege.

Team kan bety en fast gruppe fagpersoner som samarbeider, eller kan representere et organisert systematisk samarbeid mellom tjenester – eller noen ganger en blanding. (KLIKK)

Målsettingen med teamarbeid vil variere med alderen – utdanning og arbeid er særdeles viktig for barn og voksne, men lite aktuelt i eldre alder. Alder vil også prege sammensetningen av team, f.eks. om NAV deltar; og hvem som bør lede teamet. PP-tjenesten leder ofte team som arbeider med barn.

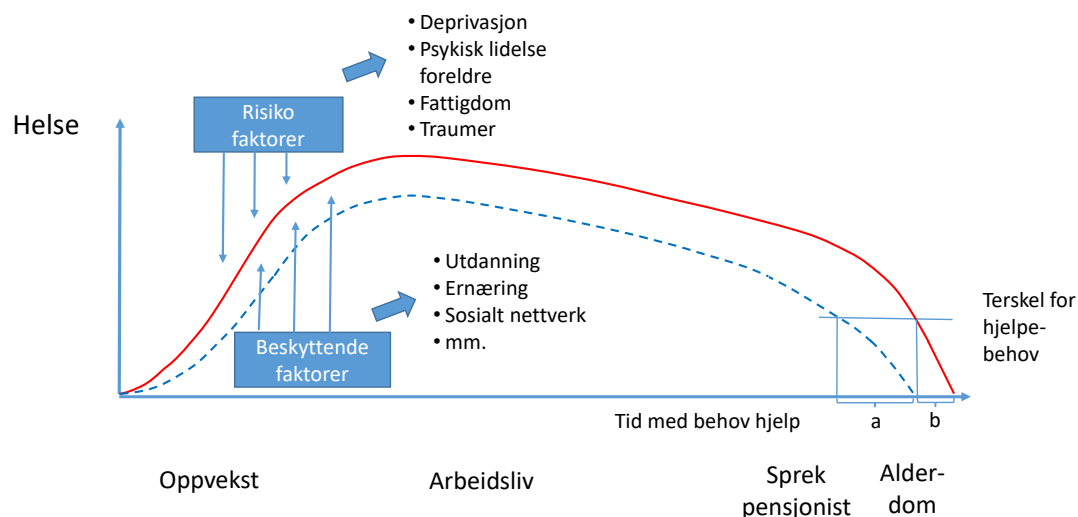
Merk at forebygging og faren for isolasjon er en utfordring i alle aldre, men ofte lavt prioritert eller rett og slett glemt.

Tverrfaglig samarbeid i team i forhold til enkeltbrukere er utbredt i samband med barn med komplekse behov, nærmest en standard. Etter hvert er også tverrfaglige team også blitt utbredt i samband med rus/psykiatri. Fremover vil skrøpelige eldre bli en stor gruppe med behov for tverrfaglig organisering. (KLIKK)

Mange kommuner har allerede fungerende team. Mange av disse er diagnoserelatert og gjerne faste team. Dette representerer en fare for fragmentering av teamtilbudet, blir lett ineffektivt og gir høyere kostnader enn generisk persontilpassede team. Oppretting av et team for en pasient bør i utgangspunktet være tidsavgrenset. Personens

koordinator skal sikre kontinuitet og videreføring når innsatsen er over.

Hvordan helsefremmende og risiko-faktorer påvirker helsen



[Science of health development, Neal Halfon, MD, MPH](#)



Grunnlaget for å kunne påvirke ikke bare barns helse, men hele befolkningens helse, legges i vesentlig grad i tidlige barneår. Noen vil hevde allerede i svangerskapet (og enda før). Det finnes trolig en optimal kurve for helsetilstand som skapes en balanse mellom risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer (KLIKK)

Utdanning er en av de sterkeste beskyttelsesfaktorene – noe som bør bety noe i skolepolitikken. Riktig ernæring er en beskyttelsesfaktor, likeledes et godt sosialt nettverk, hvis man skal nevne de viktigste (KLIKK)

Opphopning av risikofaktorer er i stor grad knyttet til sosial klasse – deprivasjon, psykisk lidelse hos foreldre (x 50), fattigdom (enslige, arbeidsledige, etc.). Spesielt er det traumer/vonde opplevelser som virker skadelig – vold, seksuelle overgrep, miste foreldre, deprivasjon, alvorlig psykisk lidelse hos foreldre. Fire slike ekvivalente traumer, har noen beregnet gir i gjennomsnitt 20 år kortere levetid (KLIKK).

Differansen mellom kurvene kan ligne erfaringene fra idrett. Sykdom tidlig i sesongen gjør det vanskelig for resten av sesongen å komme i toppform(KLIKK).

Kostnadene for samfunnet kommer med andelen med kronisk sykdom i høyere alder, ofte uttrykt som multimorbiditet. Kronisk sykdom rammer ikke tilfeldig, men har en opphopning både hos grupper og enkeltindivider og dette har stor sammenheng levekår i barneårene.

Organisering av oppfølgingsteam

**Støttemedlemmer
spesialisthelsetjenesten**

- Spesialutdannede sykepleiere
- Fysio-ergo kompetanse
- Legespesialister
- Ambulerende spesialistteam
- Kompetansesentra
- mm.



Kjerneteam

- Pasient/bruker
- Koordinator
- (Primærkontakt,
fysio-ergo terapeut,
vernepleier, andre)



**Støttemedlemmer
primærhelsetjenesten**

- Fastlege
- Psykolog
- Sosionom
- Sykepleier (geriatri, palliativ,
demens, ernæring, avansert)
- Helsesøster
- Logoped
- Vernepleier
- Interkommunale ambulerende
team
- mm.

Melby L, Kaspersen SL, Ådnanes M, Kalseth J. Oppfølgingsteam som sammenhengsskapende mekanisme for personer med store og sammensatte behov. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2021;7(2):69-84



Organisering av team er krevende når det skal settes sammen etter den enkeltes behov. Behovene er heller ikke stabile over tid, hverken mht. omfang eller type behov. Et (kjerne)team bør derfor i utgangspunktet være så lite som mulig, men da med fleksibel tilgang til å kunne konsultere eller trekke inn annen kompetanse ved behov. Rekruttering av koordinator er utfordring. Men dette handler om personlig kontinuitet, ledelse og at koordinator blir gitt tilstrekkelig «myndighet». Et virkningsfullt tiltak er også organisering av sentralt fagpersonell som en felles ressurs i kommunen.

Innenfor PLO vil et kjerneteam bestående av primærsykepleier og en person med fysio-ergokompetanse kunne kartlegge behovene, planlegge og koordinere de ordinære tjenestene som er nødvendige for de aller fleste. Pasienten bør i utgangspunktet være en del av teamet. Koordinator er den som skal representere kontinuitet – sammenhengen i tjenestene og videreføring når innsatsperioden er over. Innbyggere med behov for tverrfaglig team har i utgangspunktet rett til individuell plan. HPH forløpet med sjekklister vil ofte kunne være tilstrekkelig som individuell plan. Mer byråkratisk trenger ikke IP være.

Samarbeid med fastlegen kan gå utmerket om det planlegges ut i fra den arbeidsformen som fastlegene har. Alle pasienter og brukere som har hatt et helse- eller funksjonsfall skal utredes av fastlegen for at ikke underliggende medisinske årsaker skal bli oversett. I HPH startet vi med at alle skulle til fastlegen 2 uker etter utskrivelse fra sykehuset.

Harstad helsehus

Intermediær avdeling
9 sengeplasser +
9 beredskap (trekkspill)



Opplæringscenter

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

Kafé / informasjonssenter

Felles fagressurser:

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

Forebyggende

Helsestasjon/skolehelset
jeneste / Folkehelse



Rehabilitering
9 døgn- + 10 dagplasser



**Kommunal akutt
døgnetenhet**
3,5 – 5 døgnplasser
(1,5 døgnplasser Kvæfjord,
Lødingen, Skånland,
Tjeldsund)



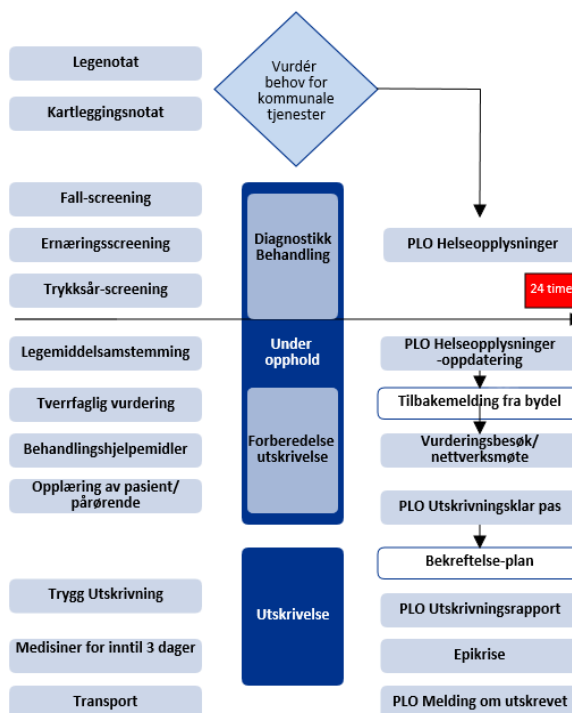
I Harstad og noen få steder til har man forsøkt å kvitte seg med silotenkningen. De opprettholder de fleste vanlige tjenestene, men den stor andel av helse- og omsorgspersonellet er ikke ansatt ved en enkelt tjeneste, men i helse- og omsorgstjenesten og blir slik en felles faglig ressurs tilgjengelig i alle deltjenestene etter behov.

Dette har gitt større tverrfaglig bredde i tjenestene, høyere kompetanse og større fleksibilitet. Det som mangler er et felles EPJ-system som er egnet for alle brukere.

Helhetlige forløp for eldre og pasienter med kronisk sykdom

Prosedyre OUS

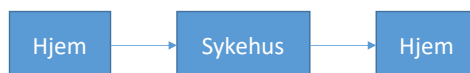
<https://ehandboken.ous-hf.no/document/130800>



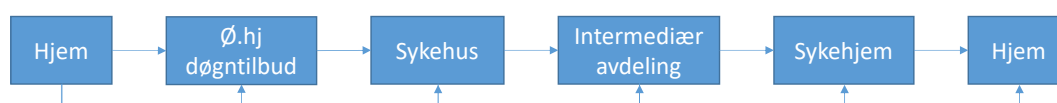
Denne prosedyren er blitt til i et samarbeid mellom OUS, Sykehusapotekene og 2 bydeler. Vi kommer ikke til å ta for oss forløp internt i sykehus, men overgangene mellom sykehus og kommunene. Likevel, dette er en anledning for sykehusene i området å se på behov for å revidere sine rutiner også innad. Legg merke til at forløpet gjelder eldre og innbyggere med kronisk sykdom, ikke en bestemt diagnose som er det vanlige.

Nye forløp etter introduksjon av samhandlingsreformen

- Vanligste forløp



- Alternativer etter oppretting av ø.hj døgntilbud og intermediasravideler



Grimsmo A, Løhre A. Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Utposten. 2014;43(4):14-7.

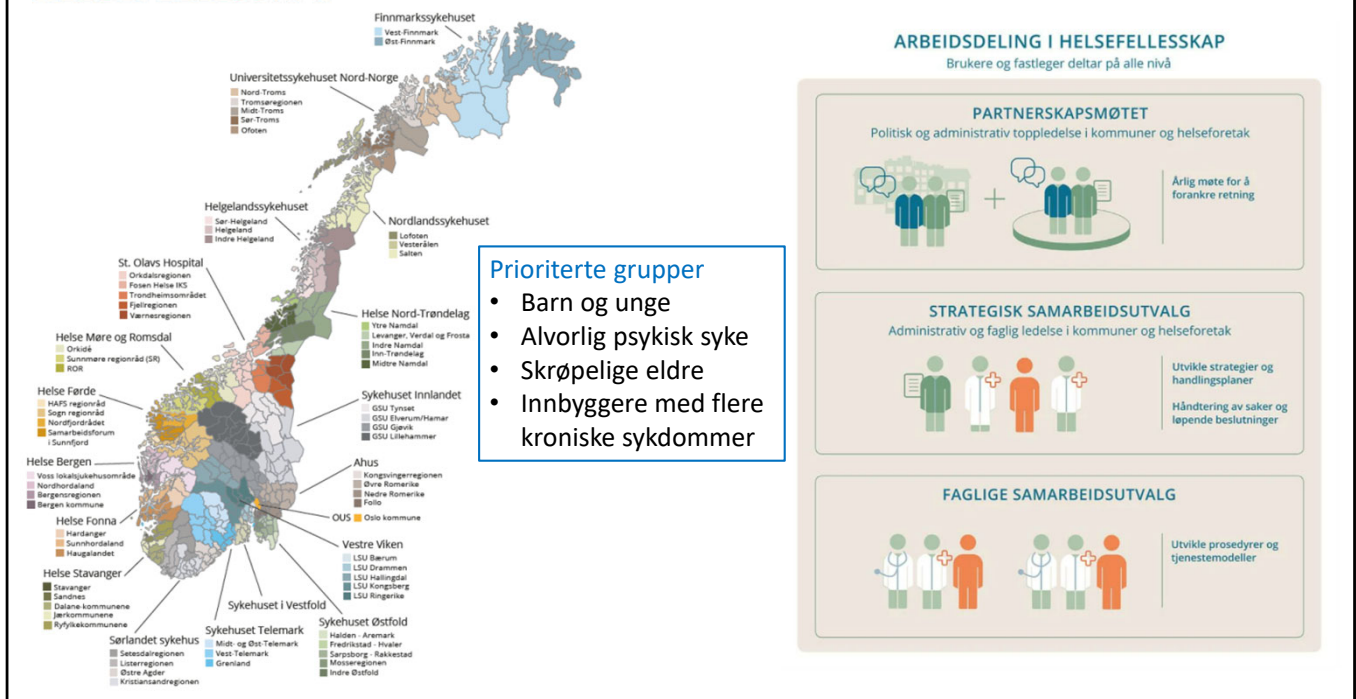


Antallet typer tjenester har økt, og det dreier seg om institusjonstjenester. Det er først og fremst skrøpelige eldre og pasienter med kronisk sykdom som omfattes av det nye tjenestene. Det betyr at noen opplever mer oppstykkede forløp med flere overganger og langt mer personell og forholde seg til. Vi vet ikke hvor mange det er, men det er de som tåler transport og forflytting aller minst.

Tidlig i samhandlingsreformen ble det registrert både flere reinnleggelser og økt dødelighet i sykehjem. Så vidt jeg vet har vi ikke data på hvordan det fungerer nå. Min «magefølelse» ut fra litteratur om skrøpelige eldre, er at intermediasravideling som mellomstasjonen ikke er egnet for gruppen slik de drives nå. Dessuten er disse i ferd med å bli en «propp» i forløpet på veien hjem enkelte steder. Hvorfor rekker jeg ikke gå inn på her. Etter 2016, er det fritt frem for kommunene om de vil benytte intermediasravideling. Det finnes bedre og rimeligere løsninger.

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 – eller aller helst unngå innleggelse ved bistand/etablering av hjemmesykehus som John Hopkins

HELSEFELLESSKAP



Helsefelleskap ble introdusert i siste Nasjonal helse- og sykehusplan for perioden 2020-2023. Det skal dannes 19 slike felleskap av gjeldende helseforetak og kommunene i nedslagsfeltet. 19 helsefelleskap – tilbake til fylkeskommunen?

- I partnerskapsmøtet møtes den øverste ledelsen i kommunene og sykehusene årlig og bestemmer den overordnede strategiske retningen.
- Det neste nivået, strategisk samarbeidsutvalg, møtes administrativt og faglig ledelse. De beslutter de konkrete pasientforløpene og hvordan tjenestene skal utvikles.
- På nivået under er faglige samarbeidsutvalg. Dette er arbeidsgruppene som skal jobbe med forslag de konkrete prosedyrene og pasientforløpene.

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

Skrøpelige eldre

Et syndrom kjentegnet ved grader av: underernæring/vekttap, mer hvile, langsom bevegelse, fall, reduksjon kognitivt, hjelpetrengende

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

- Utsatt for hyppige innleggelser/reinnleggelse, utilsiktede hendelser ved medisinsk og kirurgisk behandling, og vesentlig økt mortalitet
- Sårbarhet: Selv små «stressfaktorer» kan forårsake uventet og vesentlig helse- og funksjonsfall



Skrøpelige eldre og personer med multisykdom representerer helt forskjellige konsepter/tilstander



Har man arbeidet ved et sykehjem, kjenner man seg lett igjen beskrivelsen.

Forløpet av skrøplighet er karakterisert av:

- En generell nedsatt og langsom fungering i alle kroppens organer, men ofte mest synlig fysisk.
- En økt sårbarhet, selv overfor svake stressfaktorer, som f.eks. Forflyttinger og skifte av personell.
- En person med skrøplighet er i størst grad utsatt for utilsiktede hendelser ved diagnostikk og behandling.

Vi er alle utsatt for å kunne bli skrøpelig med alderen, men oppstart og utvikling er i stor grad påvirket av sosio-økonomisk forhold tidligere i livet, spesielt i barndommen.

Alikevel er sammenhengen aller sterkest med alder. Skrøplighet kan i alle aldre forebygges/reduceres, bortsett fra på et punkt helt mot slutten av livet

- The course of frailty is characterised by a decline in functioning across multiple physiological systems, accompanied by an increased vulnerability to stressors. Having frailty places a person at increased risk of adverse outcomes, including falls, hospitalisation, and mortality. Studies have shown a clear pattern of increased health-care costs and use associated with frailty. All older adults are at risk of developing frailty, although risk levels are substantially higher among those with comorbidities, low socioeconomic position, poor diet, and sedentary lifestyles. Lifestyle and clinical risk factors are potentially modifiable by specific interventions

and preventive actions

Omsorgspersoner rapporterer også på følelsesmessige og sosiale endringer, i tillegg til de fysiske.

Summen av organsvikt/forstyrrelser som uttrykker graden av skrøpelighet.

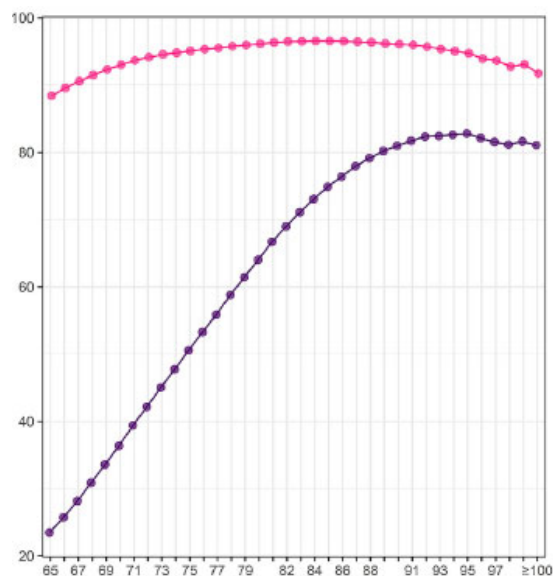
- Tenker man ikke på skrøpelighet etter 65 års alder blir det lett til søkelys på enkeltdiagnoser, retningslinjer for disse og risiko for suboptimal eller risikofylt behandling. Blir behandlet som multisykdom.
- Stressfaktorer kan være en forflytting/skifte av personell, en banal infeksjon, et mindre kirurgisk inngrep, et legemiddelbytte, et fall, mm

Skrøpelige eldre og personer med multisykdom er to forskjellige konsepter som har helt ulike forløp og skal behandles forskjellig.

- 3 av 4 skrøpelige eldre har multisykdom, mens bare 1 av 6 multisyke er skrøpelige.
- Ikke-skrøpelige med multisykdom har ikke sårbarheten og risikoen som skrøpelige eldre, f.eks. normal toleranse for legemidler, langt færre innleggelser, etc.
- Eldre kan bli skrøpelig uten noen kronisk sykdom.
- Likevel, skrøpelige eldre er den største gruppen i det som blir kalt storforbrukere av helsetjenesten. En reinnleggelse utløser en kaskade av reinnleggelser og død.
- Multisyke finnes i alle aldersgrupper. Antallet øker med alderen, men det absolutte antallet er størst under 65 år

Dynamikken mellom multisykdom og skrøpelighet

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.



Data were drawn from the primary care [electronic health records](#) of a longitudinal cohort of people aged 65 or older in Catalonia in 2010–2019. We included 1 456 052 patients. Prevalence of multimorbidity was consistently high regardless of age, while frailty almost quadrupled from 65 to 99 years. People become frailer as they age, and their frailty is more characterised by disability and other symptoms than by diseases. Frailty-related deficits are associated with needing institutional care and rehabilitation. Whereas the number of comorbidities is most associated with mortality.

Validerte metoder for kartlegging av skrøpelig

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

CLINICAL FRAILTY SCALE NORWEGIAN	
1 VELDIG SPÆK	Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener, gjerne regelmessig, og er blant de sunneste i sin aldersgruppe.
2 SPÆK	Personer som ikke har aktivt sykdomssymptomer, men er mindre aktive enn kategori 1. De kan ofte bene eller være veldig aktive av og til. Følsomhet.
3 KLARER SEG BRA	Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha problemer av og til. De er ikke regelmessig aktive (over vanlig gange).
4 LEVER MED SVERT MILD SKRØPELIGHET	Tidlige vårbær. Denne kategorien markerer en overgang fra å være fullt aktiv til å bli mindre aktiv. De har ofte over et år et eller flere symptomer som er karakteristiske for denne kategorien.
5 LEVER MED MILD SKRØPELIGHET	Disse er mer tydelig langsommere og trenger hjelp til komplekse aktiviteter (daglig personlig økonomi, transport, lang turendring). Mulighet for fall og skapning av skade. De har ofte problemer med å handle eller gå utenfor hjemmebane, bage, måle, håndtere medisiner, og begynner å lagre seg fett i kroppen.
6	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.
7 LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET	Helt avhengige av hjelp til personlig og sosialt liv (fysisk eller kognitiv). Løst liv. Hver dag de er i bed eller på sykehuset.
8 LEVER MED SVERT ALVORLIG SKRØPELIGHET	År helt beroliget av andre for alle personlige og sosiale aktiviteter. De kan ikke leve i et hjem og må være i et institusjonelt omsorgssted.
9 TERMINAL STIK	Nærmere seg døden. Disse kategoriene inkluderer personer med en forventet levetid < 6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpelig. (Årge formidlet syke personer kan være fysisk aktive rett før de er svært nær døden).

6 Moderat skrøpelig. 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.

Hovedhensikt: Sårbarhet blant eldre er knyttet til biologisk alder



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, selvrappportert manglende overskudd og uventet vektapp

(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 skrøpelig er langsomhet

Hvorfor er tidlig identifisering av skrøpeligheit viktig

- Forbundet med vesentlig økt mortalitet og innleggelse i sykehus
- Skrøpelig eldre har en økt og annerledes risikoprofil og sårbarhet
- Det finnes godt dokumenterte tiltak som kan redusere mortalitet og risiko, øke funksjonsevne og livskvalitet, samt redusere helsetjeneste forbruket
- Kartlegging/måling av skrøpeligheit skiller kronologisk og biologisk alder



- Grad av skrøpeligheit er sterkt knyttet til mortalitet.
- Risikoprofilen er først og fremst knyttet til multiorgan svikten/-forstyrrelsen og økte sårbarhet som allerede nevnt
- I alle deler av helsetjenesten må det være et krav at tiltak er dokumentert virksomme
- Tiltak har sin beste effekt tidlig i forløp. Kartlegging/måling av skrøpeligheit skiller kronologisk og biologisk alder. Det siste punktet er det viktigste for å redusere utilsiktede hendelser i tilknytning til medisinsk og kirurgisk behandling, samt grunnlaget for tidlig forebygging av alderssvækkelse. Det er uten å overdrive at det er om lag 20 års differanse i når utvikling av skrøpeligheit pga. alder starter, fra omkring 65 til 85 år alder.

Anbefalte rutiner for kartlegging eldre ≥ 65 år

Alltid ved uventet helse og funksjonsfall

Primærhelsetjenesten

- Ved første gangs henvendelse om kommunale tjenester
- Nytt eller revidert behov for kommunale omsorgstjenester – institusjon og hjemmetjenester
- Ved legemiddelgjennomgang og nedtrapping

• Spesialisthelsetjenesten

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

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

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

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

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

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



Det første gjelder både akutt og subakutt, jf. beskrivelsen av risikoer i forrige bilde.

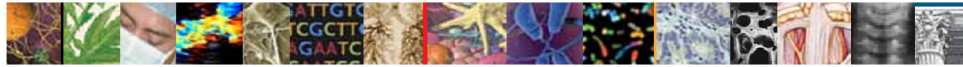
Vel 60% av de som søker om hjemmetjenester første gang i Norge er skrøpelig

Ved legemiddelgjennomgang av innbyggere over 65 år, er det en faglig forsømmelse ikke å ha undersøkt grad av skrøpeligheit. Det samme gjelder ved rapportering av fall. I England er allmennlegene pålagt å ha oversikt over skrøpelige eldre i sin praksis. Et dataprogram som bruker journalopplysningene er utviklet for oppgaven. Det har også norske fastleger ifølge fastlegeforskriften. Oversikten gir seg selv gjennom polyfarmasi og mottakere av kommunale tjenester.

I spesialisthelsetjenesten er det sterkt anbefalt kartlegging i samband med både innleggelse for ø.hj og for ellektive inngrep. Ved ø.hj. for å forebygge reinnleggelser. Forutsetningen er at det starter fra dag én. Ved elektive inngrep for å forhindre utilsiktede hendelser

En reinnleggelse representerer den aller høyeste risikoen for nye reinnleggelser og fremskyndet død.

Kartlegging brukes i flere sammenhenger enn her nevnt.



The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

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

Skrøpelige eldre er ofte ustabile og sårbare før og etter
sykehusopphold

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

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



Sykdom og innleggelse representerer en stor påkjenning fysisk og psykisk for pasienter. Pasienten går inn i en periode med stor sårbarhet. Ved utskriving kan alle reserver være nedtappet og det er liten motstandsevne mot sykdom. Det gjelder ikke bare risiko for tilbakefall av aktuelle sykdom. De fleste pasientene reinnlegges etter kort tid får andre diagnoser. Forflytting representerer en ytterligere påkjenning.

Spørsmålet om pasienten er utskrivningsklar er ikke bare knyttet til gjennomførte behandlingsprosesser, men også til grad av restituering. Det er i gjennomsnitt færre reinnleggelser ved lengre opphold. Hvis pasienten er dårlig restituert, kan transporten og forflyttingen være dråpen som forårsaker reinnleggelse, selv om tilbudet i kommunen er godt.

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



Samhandlingsreformen handler i stor grad om de eldre og kronisk syke. Jeg vil starte med å si at for de fleste av oss ser det ut som om alderdommen behandler oss svært ulikt. **Hans Blix** (født 28. juni 1928) øverst til venstre, er tidligere utenriksminister i Sverige og her fotografert 85 år gammel engasjert internasjonalt som en svensk topp diplomat i Midt-Østen. Vi kjenner alle eksempler på representanter for både øverste og nederste rad.

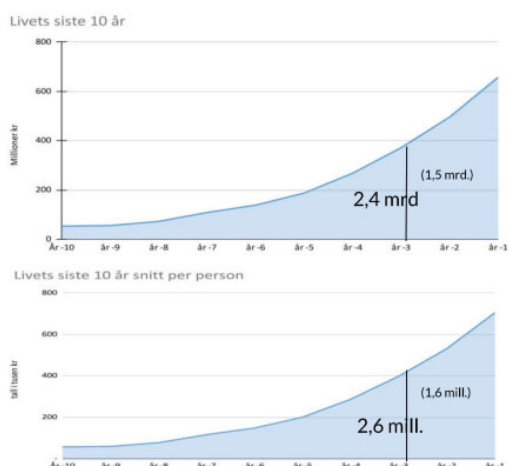
Men er det slik? Ja, hvis du legger til grunn tverrsnitt – f.eks. hvordan er det med de som er 85 år. Da får et bilde som dette, og at det er stor forskjell mellom de eldre er korrekt – f.eks. hvis man måler helsetilstand eller funksjonsevne for personer som er 85 år. Derimot ser vi på livet som et forløp, blir det annerledes. Da blir alderdommen nokså lik for flertallet.

Det er omtrent 1/3 som fungerer godt frem til de dør. Når menn er friskere forut for at de dør, så er det fordi de er yngre. F.eks. personer som rammes av årsaker til plutselig død/hjertesykdom.

Kvinner jevnt over er mer hjelpetrengende og over lengre tid enn menn. Kan virke overraskende da kvinner i utgangspunktet har flere ADL ferdigheter enn menn til å greie seg selv – lage mat, vaske, etc. Kvinner lever lengre og de blir enslige mer enn menn

Det er også slik at demens gir både et mer alvorlig funksjonstap og et raskere funksjonstap enn somatiske sykdommer, merk i gjennomsnitt.

Kommunale utgifter livets slutfase



80% av kostnadene innenfor Helse og omsorg er knyttet til livets siste 10 år.

65% av kostnadene innenfor Helse og omsorg er knyttet til livets siste 3 år.

Gjennomsnittskostnaden er 2,6 mill. over livets 10 siste år, og 1,6 mill. de siste 3 år.

20% av de resterende kostnadene er knyttet til fysioterapi og hjemmetjenester for yngre brukergrupper, samt basistilskudd (fastleger) og driftstilskudd (private fysioterapeuter).
Øystein Døhl, Trondheim kommune

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 reinnleggelser, kortere liggetid i sykehjem, høyere bevegelighet, og til en lavere kostnad for samfunnet

Prestmo A, Hagen G, Sletvold O, et al Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial.

DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62409-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62409-0)

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



Slagenhet med tidlig utskriving og oppfølging i kommunene

- Egne slagenheter systematisk tverrfaglig teamarbeid etter geriatrisk 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

Saltvedt I, Bred geriatrisk utredning og behandling. Hvordan gjør vi det? [St.Olavs Hospital](#)



Pasientsentret helseteam (PSHT) på tvers av sykehus og kommune

Forskningsresultater (n = 1218)

10% færre øhjelpsinnleggelser/6mnd

42 færre medisinske kriser som sparer pasienten for akuttinnleggelse

32% færre øhjelp liggedager/6mnd

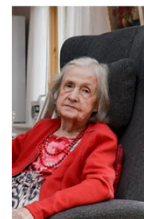
2077 færre liggedager som utgjør 6 senger/ 6mnd

2,3 ganger mer planlagt poliklinikk/6mnd

flere kontakter kan planlegges for helsepersonell og pasienten

43% redusert dødelighet etter 6 mnd

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



Pasient og pårørende



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



Studien er fra UNN. De har etablert et tverrfaglig team tilbud ved sykehuset. Tilhørende 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 fra sykehuset og kommunen i tråd med den enkeltes behov og ønsker, samt utarbeidelse av en behandlingsplan i fellesskap.

Tidlig utskrivning via intermediæravdeling og 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



Garasen H, Windspoll R, Johnsen R. 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

Murmann M, et al. The cost-effectiveness of a nursing home-based transitional care unit for increasing the potential for independent living in the community among hospitalized older adults. J Med Econ. 2023;26(1):61-9.



Ingen medikamentell behandling har noen gang vært i nærheten av og gi slike resultater som vist her. 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 etter . Samfunnsøkonomisk gikk opplegget i pluss, i hovedsak pga. reduksjonen i reinnleggelser

HOD uttalte Nasjonal helse og omsorgsplan ved starten av samhandlingsreformen. “Spesielt er det viktig at pasienter bør få et rehabiliteringstilbud i nær tilknytning til hjemmet, og de som har stort behov for tverrfaglig oppfølging, 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.

Suksessfaktorer ved en intermedieæravdeling

- Økt lege- og sykepleierbemanning (30 %)
- Opplæring i bred tverrfaglig vurdering og oppfølging (bred geriatrisk 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.



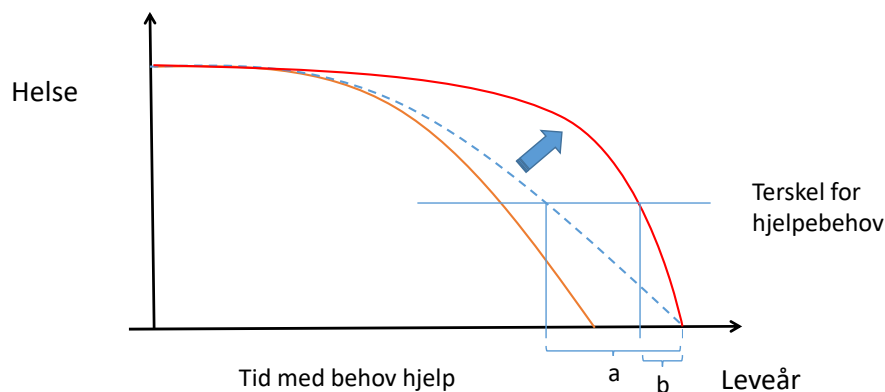
Mange kommuner etablerte intermedieæravdeling for mottak av utskrivningsklare pasienter, men innholdet ble annerledes. Økonomiske insentiver gjorde det lønnsomt med interkommunalt samarbeid, som igjen førte til en vesentlig sentralisering, skjev fordeling av tilbudet og løsrivelse fra andre tjenester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

Modell for arbeid i team for eldre skrøpelige og innbyggere med kroniske sykdommer

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

- Kartlegge medisinske, psykososiale og funksjonsmessige begrensninger og ressurser hos eldre skrøpelige for å
- lage en behandlingsplan for å optimalisere den totale helsesituasjonen

År til livet - eller liv til årene?



I gjennomsnitt lever vi nå lenger uten hjelpebehov.

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

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



Det denne kurven prøver å illustrere siste fase av livet. Det hyppigst brukte målet i klinisk forskning og i epidemiologi er levealder. Et sentralt spørsmål om den medisinske innsatsen i denne fasen bidrar til for en stor del til flere år som hjelpetrengende (KLIKK) eller om medisinen også bidrar til flere bedre leveår (KLIKK).

Det er det siste vi ønsker oss, men forskning som har som mål å bedre funksjonsevne eller livskvalitet er sparsom, og vi mister en debatt om vi bruker pengene på riktig måte siste del av livet. I hvilken grad er helsetjenesten bygd for å bedre funksjonsevne og livskvalitet? Hva ville folk ha valgt hvis de fikk alternativer? **(Klikk)**

Det er en terskel der vi får hjelpebehov (KLIKK). Når hjelpebehovet inntreffer er vesentlig forskjellig for disse to kurvene (KLIKK). Dette har også betydelige økonomiske konsekvenser (KLIKK) - a versus b.

Vi har en todelt helsetjeneste og det er kommunebudsjettet som finansierer hjelpebehovet. Funksjonsnivået etter sykehusbehandling, har liten betydning for utgiftene i spesialisthelsetjenesten. Ville spørsmålet om funksjonsevne under og etter medisinsk behandling fått en annen betydning om spesialisthelsetjenesten også skulle finansiert hjelpebehovet? (KLIKK)

Det er mye som tyder på at lever lenger uten hjelpebehov. Er det helsetjenestens fortjeneste? Nei, i hvert fall er den liten og bedringen begynte før moderne legemiddelbehandling og teknologi ble introdusert. Dessuten har bedringen vært ulik geografisk

Dokumenterte forebyggende tiltak seint i livet

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



Kettle VE, et al. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2022;376:e068465.
Apóstolo J, et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2018;16(1):140-232.
Travers J, et al. Delaying and reversing frailty: a systematic review of primary care interventions. *British Journal of General Practice*. 2019;69(678):e61-e9.



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

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

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

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

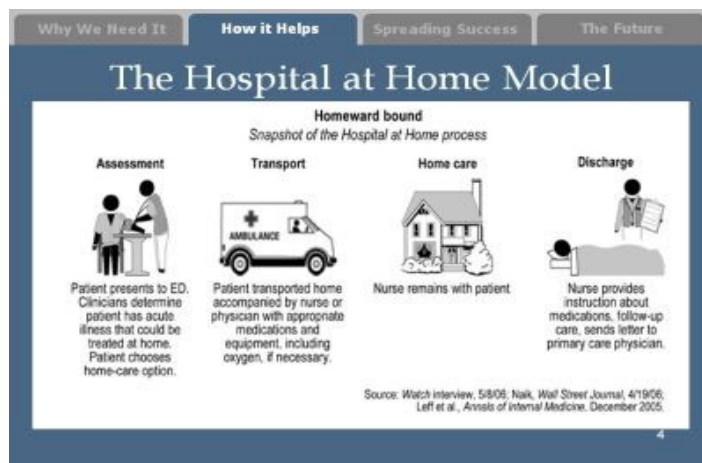
Forebygging av ensomhet ved å styrke sosialt nettverk, gir 30% nedgang i helsetjenesteforbruket. Kognitiv funksjon blir også bedre

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

«Hospital at home - hjemmesykehus»



- «Kjente personer» med kronisk sykdom blir utredet i akuttmottaket og returnert hjem med sammen med sykepleier/team fra sykehuset
- «Utskrives» til primærhelsetjenesten når pasienten er i stabil bedring (2-3 dager), og etter gjensidig kompetanseutveksling
- De beste resultatene blir oppnådd når spesialisthelsetjenesten rykker ut til hjemmet (også prøvd i Norge).
- Teamet bistår også ved tidlig hjemsending ved å følge pasienten hjem.
- Inntil 30 % kostnadsreduksjon



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



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

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

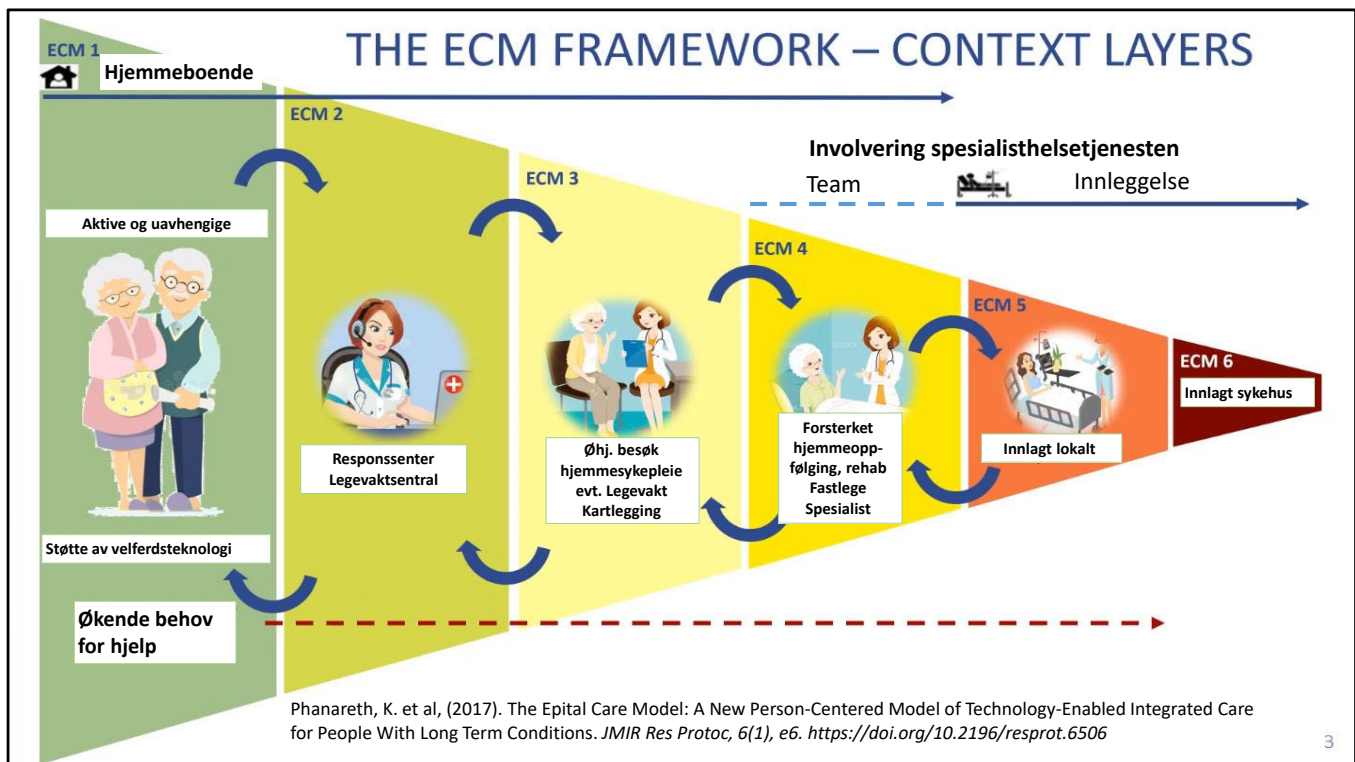
Den andre utgaven av hjemmesykehus fokuserer på håndtering av akutte behov blant pasienter med kronisk sykdom, innleggelse og utskrivning, ofte pasienter som er godt kjent. Når pasienten ankommer akuttmottaket, eller aller helst før pasienten blir hentet, blir det vurdert om pasienten kan behandles hjemme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

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

Modellen gir vesentlige kostnadsreduksjoner.

Ordningen har på mange måter også demonstrert at behandling av pasienter med kroniske sykdommer med behov for øyeblikkelig hjelp kan like godt behandles hjemme

Modellen har vakt ny interesse i forbindelse med anvendelse av telemedisin og velferdsteknologi, men fortsatt med ankerfeste i spesialisthelsetjenesten.



En dansk modell. Engelske termer er oversatt til norske termer som de fleste kjenner.

Trinn 1: Hjemmeboende og selvhjulpne

På dette stadiet har innbyggerne en avtale om å kunne kontakte et Kommunalt/-interkommunalt responscenter, og har fått montert velferdsteknologi i et omfang som passer med deres egne preferanser og behov. Mange steder med felles interkommunal legevaktsordning vil det være naturlig og enkelt å oppgradere vaktsentralen til også å fungere som et responscenter.

Mange eldre og pga. legemidler, mister gradvis (både motorisk og kognitivt) evnen til å benytte ict-basert velferdsteknologi, inklusive vanlig telefon. Ved sykdom kan dette komme relativt raskt. Evnen til å snakke varer lengre, vesentlig lengre. Det er gjort gode erfaringer med Chatpot løsninger, som automatisk kan koble opp en virtuell forbindelse bare ved snakke til en mikrofon. I en undersøkelse reduserte det behovet for bruk av legevakten med 60%.

Trinn to 2: Virtuell hjelp hjemme

Responscentret er en direkte ett-punkts tilgjengelig 24/7 tjeneste, evt. med sømløs viderekobling til den lokale hjemmesykepleien, legevaktslegen, AMK eller annet relevant tilgjengelig helsepersonell. Skottland har et nasjonalt responscenter. I første linje har de spesielt opplærte "callhandlers". Totalt blir omlag 50% av henvendelsene avsluttet med en samtale, evt. med støtte i en individuell utarbeidet protokoll for tidlig oppstart tiltak for kjent kronisk sykdom som pasienten har.

Trinn 3: Fysisk besøk av lokal hjemmesykepleie for kartlegging og observasjon av forholdene, eller evt. et interkommunalt team forsterket med telefonisk bakvaksordning. Formålet er en kartlegging av tilstand, og behov for ytterligere hjelp/behandling.

(see [Figure 4](#)).

Trinn 4: Utvidet oppfølging hjemme, med støtte fra responscenteret/bakvakt.

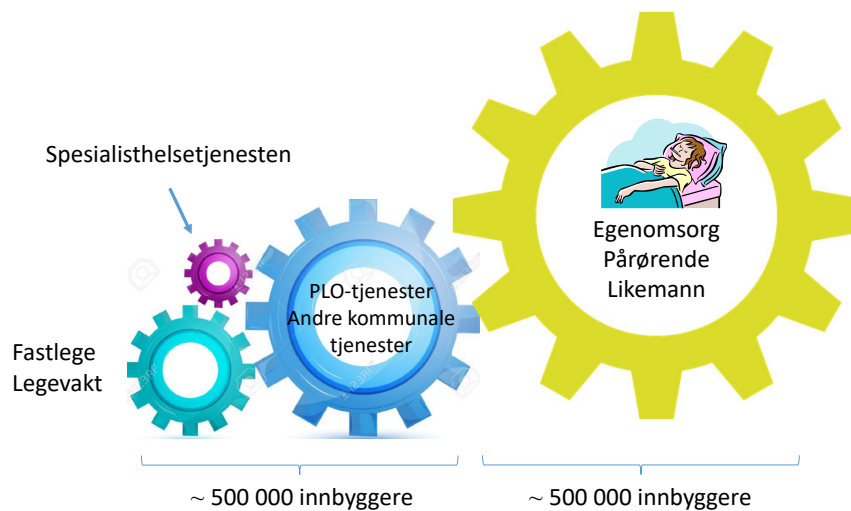
Målet er å sette pasienten i stand til å greie seg selv hjemme med tilstrekkelig trygghet, evt. med oppstart av behandling og monitorering rekvirert av tilgjengelig lege. Utforme en felles behandlings-/rehabiliteringsplan. På dette stadiet er det relevant å vurdere om det kan være behov for å opprette kontakt med spesialisthelsetjenesten, i tråd med avtaler som er inngått med lokalsykehuset.

Trinn 5: Evt. innleggelse lokalt for samme formål

Trinn 6: Evt. innleggelse sykehus

Hvis de lokale tiltakene bedømmes til ikke å være tilstrekkelige skal pasienten overføres til sykehuset som er blitt involvert. as shown in Figure 5. I følge undersøkelser kan denne skisserte ordningen redusere innleggelse av skrøpelige eldre med om lag 30%

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

Det 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.