



Helhetlige pasientforløp 16.06.22  
Prosjektleder Marte Wang-Hansen  
Prosjektansvarlig i Larvik kommune Ragna Gjone

# Multisyke

Et samhandlingsprosjekt i Vestfold

 SYKEHUSET I VESTFOLD

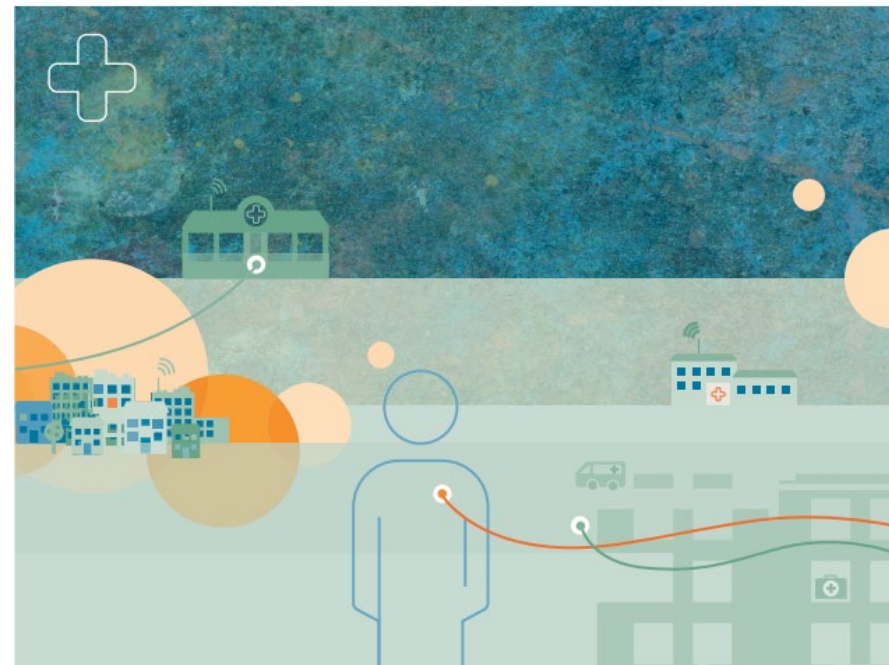


## Meld. St. 7

(2019–2020)

Melding til Stortinget

### Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023



## ARBEIDSDDELING I HELSEFELLESSKAP

Brukere og fastleger deltar på alle nivå

### PARTNERSKAPSMØTET

Politisk og administrativ toppledelse i kommuner og helseforetak



Årlig møte for å forankre retning

### STRATEGISK SAMARBEIDSUTVALG

Administrativ og faglig ledelse i kommuner og helseforetak



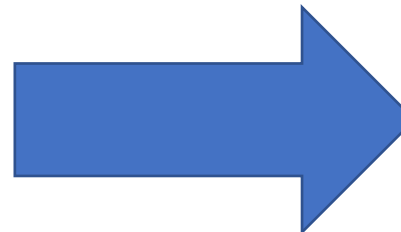
Utvikle strategier og handlingsplaner

Håndtering av saker og løpende beslutninger

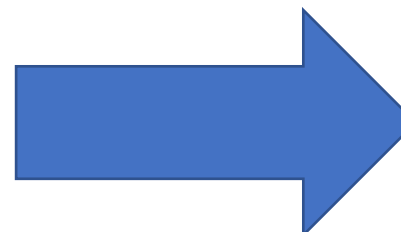
### FAGLIGE SAMARBEIDSUTVALG



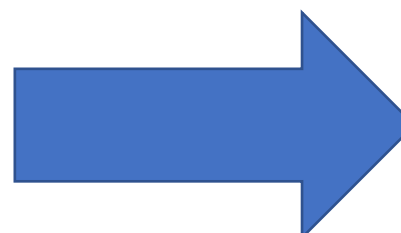
Utvikle prosedyrer og tjenestemodeller



Forankret som et av to prosjekt i samhandling



Styringsgruppe



Prosjektgruppe

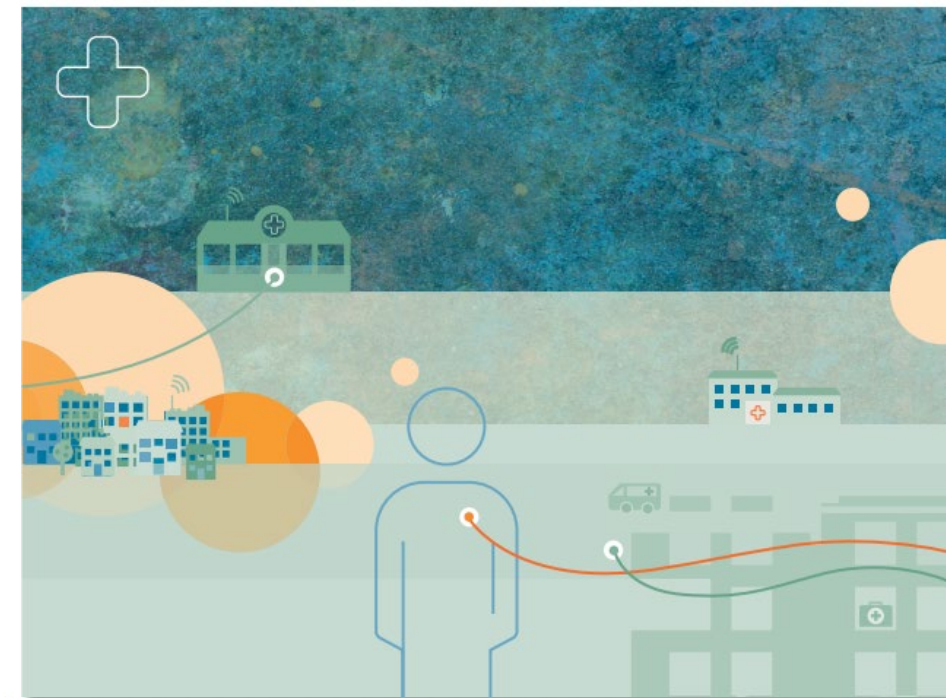
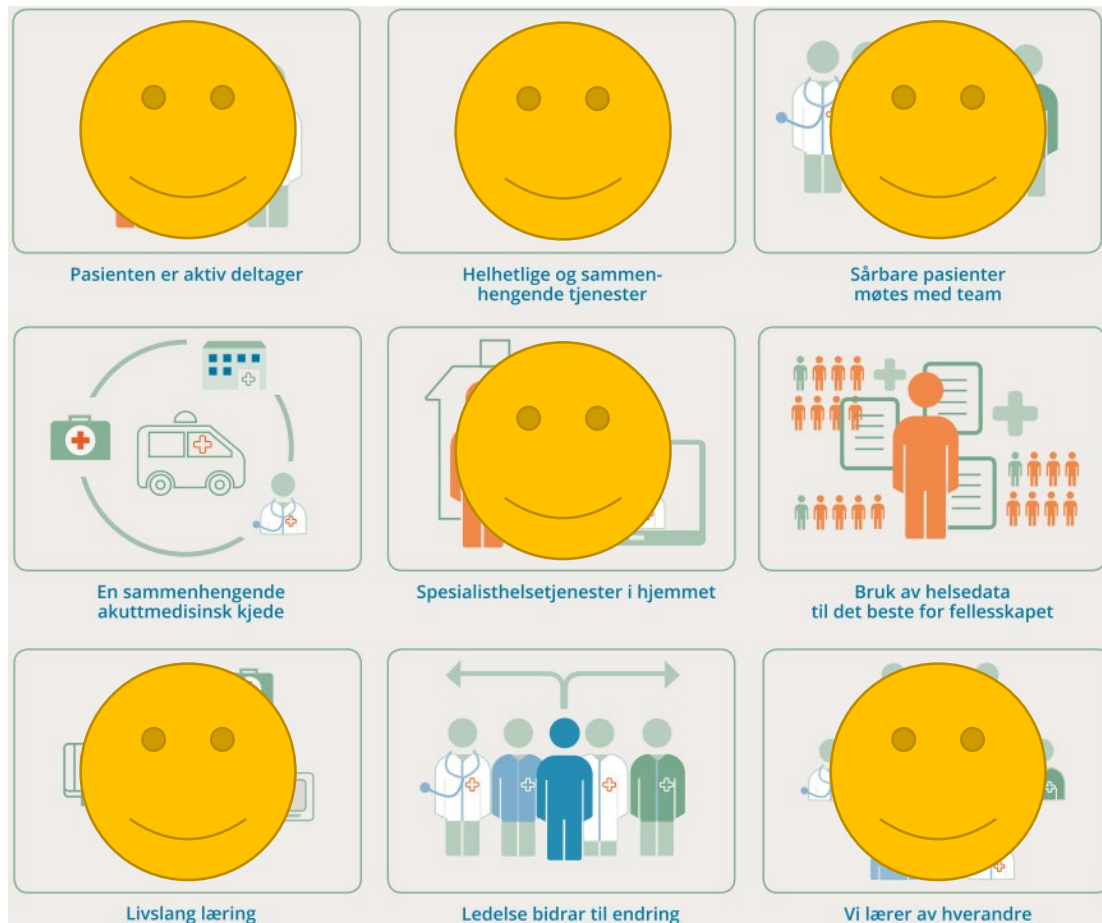
# Nasjonalt helse og sykehusplan

## Meld. St. 7

(2019–2020)

Melding til Stortinget

### Nasjonalt helse- og sykehusplan 2020–2023



# Multisykelighet

Samtidig minst 2 eller flere sykdommer

Ved 50 års alder ca 20 – 25 %

Ved 75 års alder 50 – 70 %

Ved 85 års alder opp mot 80 %

7/10 med skrøpелighet har også multimorbiditet

<2/10 med multimorbiditet er også skrøpelige

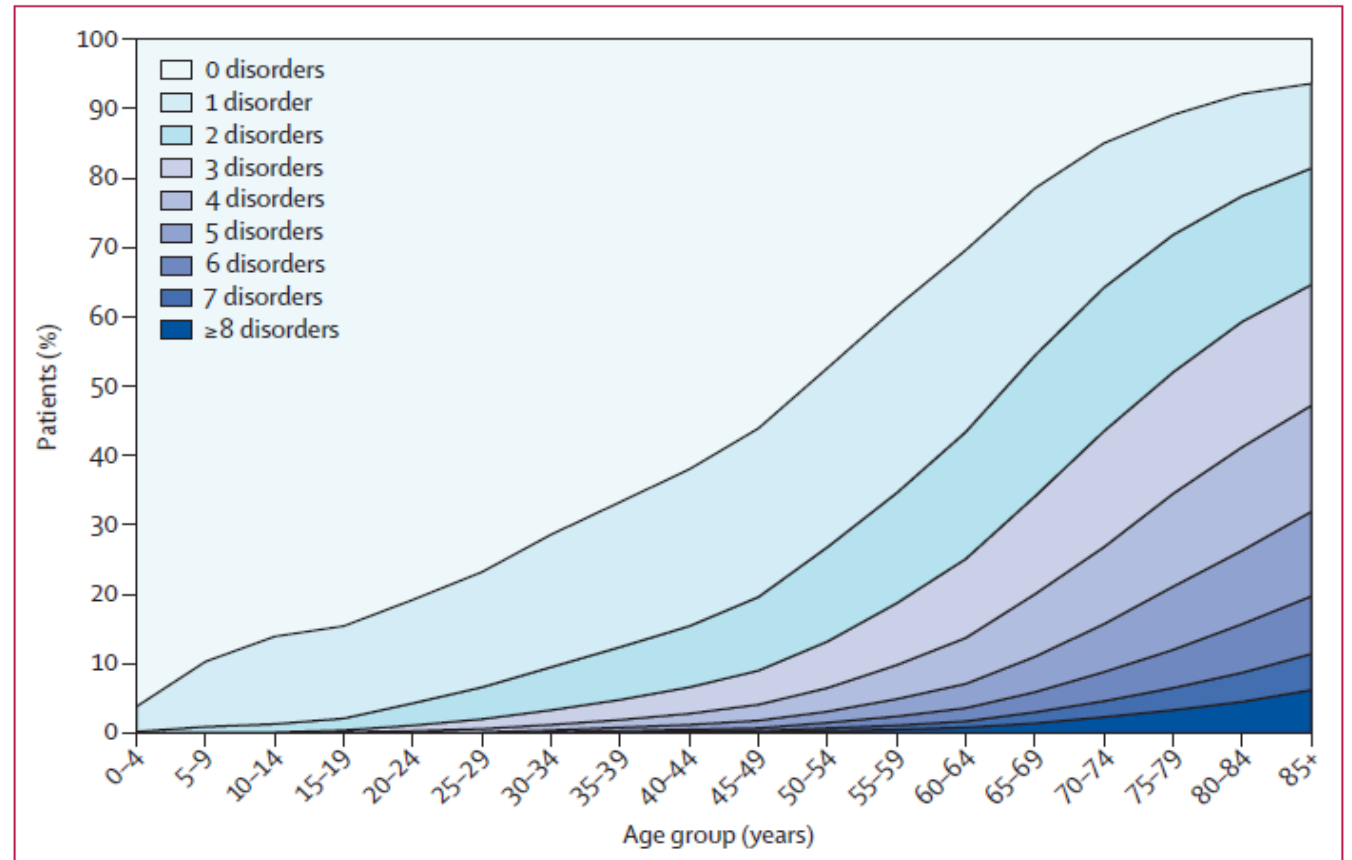


Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

# Frail – Skrøpelig



# Skrøpelighet forekomst etter alder og kjønn

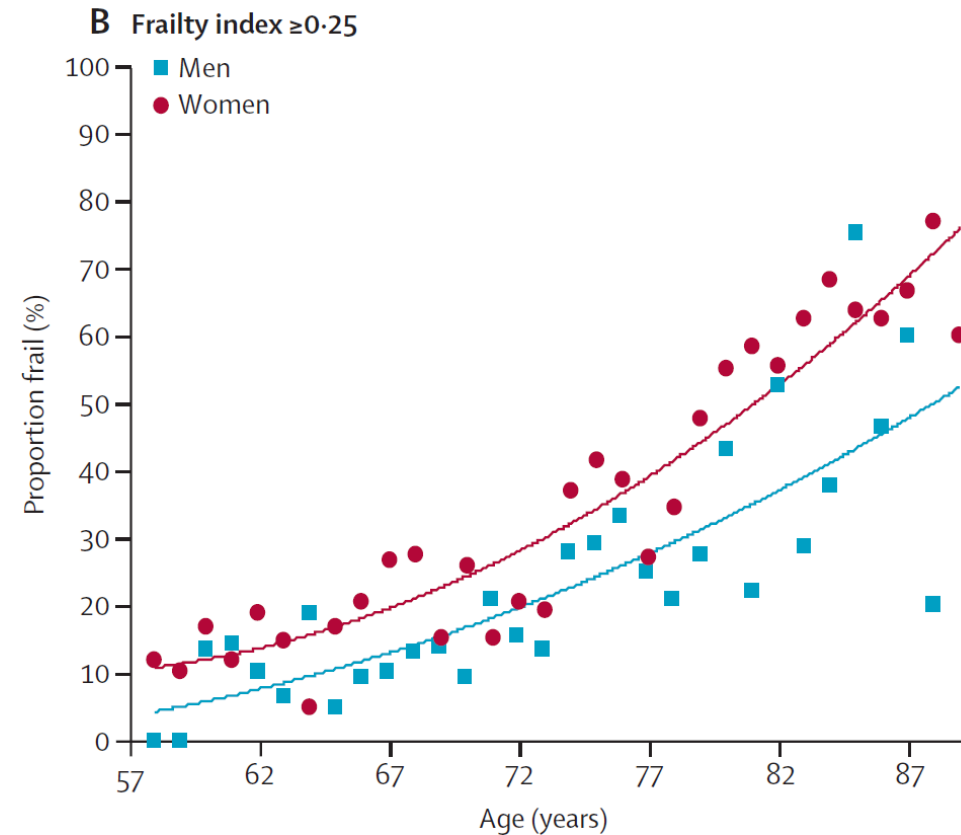
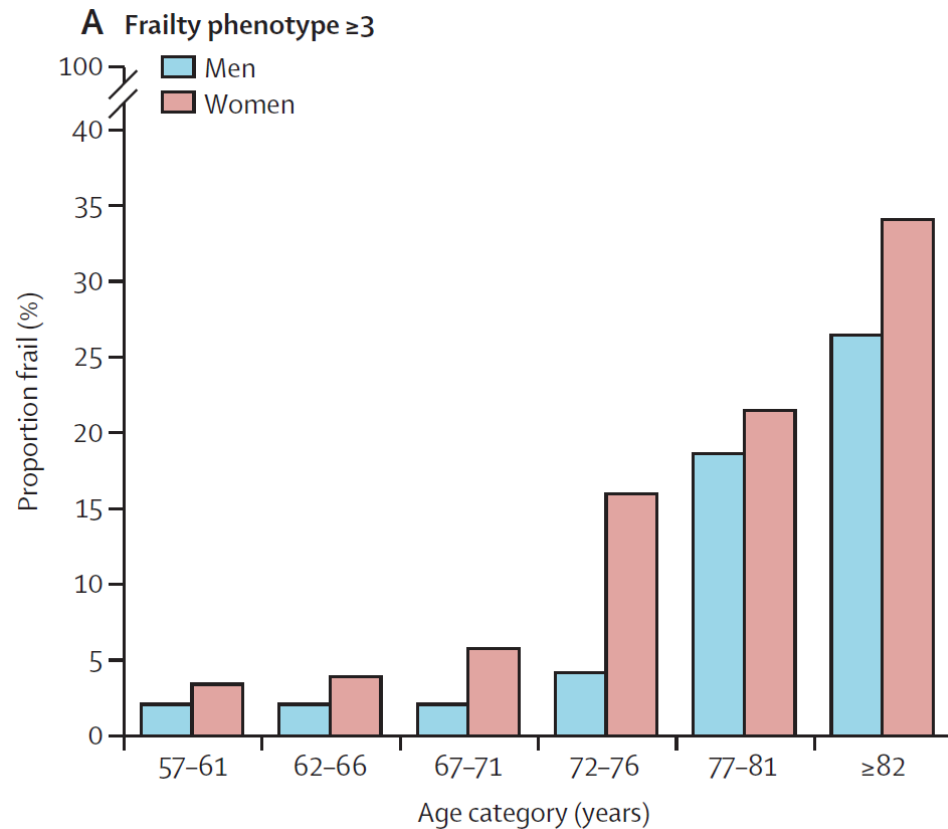


Figure 1: Frailty prevalence for men and women by age. Based on the frailty phenotype (A) and frailty index (B) using data from the Longitudinal Aging Study Amsterdam wave F (2005–06).18

*Skrøpelighet er ikke  
alder*



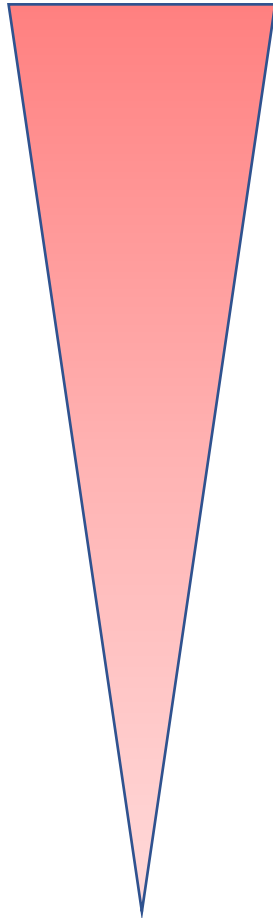
**Funksjon**





# Komorbiditet vs funksjon

## Sykdom

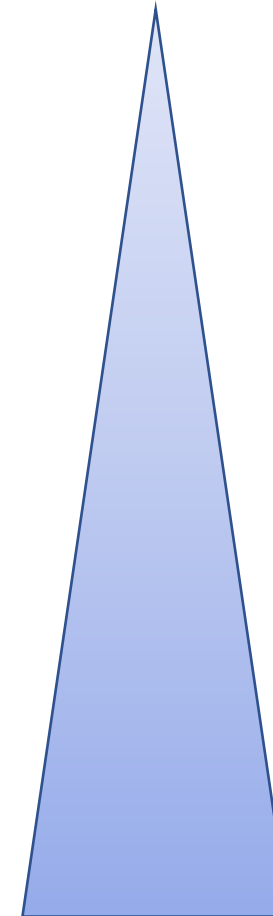


Klinisk presentasjon  
Patofysiologi  
Prognose

---

Endret klinisk vurdering  
og behandling

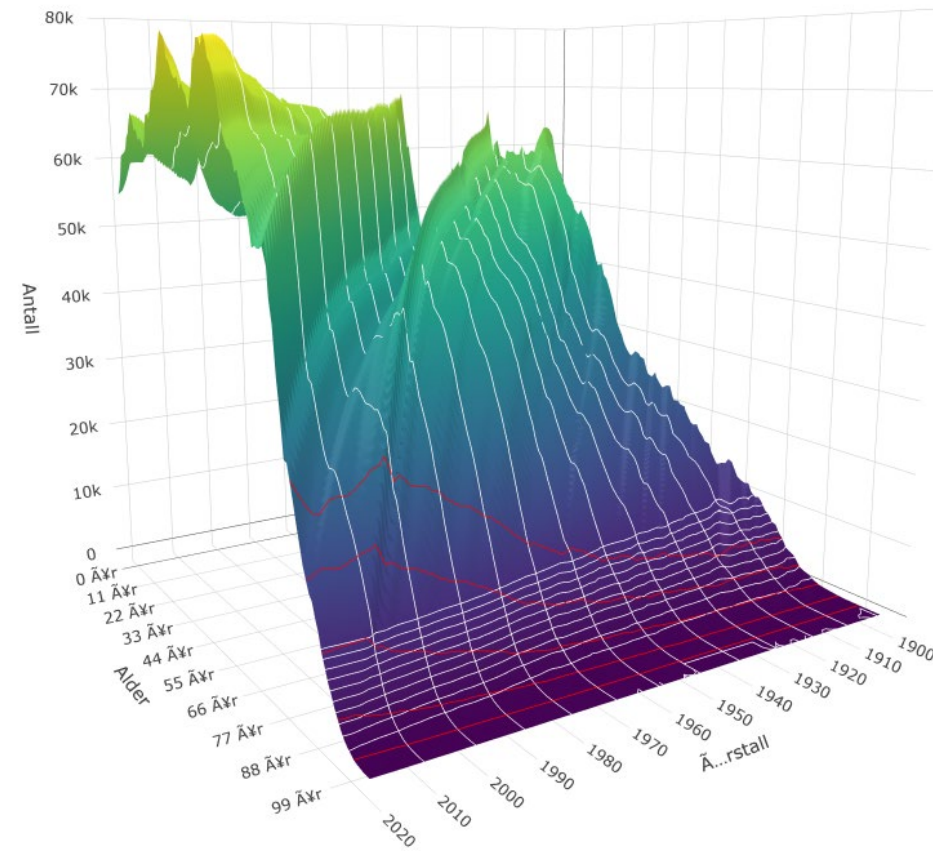
## Funksjon



A  
L  
D  
E  
R



# Befolkningens mengde i Norge 1900-2020 (gemini.no)



# Kartlegging i akuttsetteret i uke 48 - 2021

Akutt innlagte pasienter  $\geq 75$  år

Totalt antall kartlagte pasienter: 108

Antall som var i målgruppen 7 døgn: 163

|                     |         |
|---------------------|---------|
| Gjennomsnittsalder  | 84,6 år |
| Kvinner             | 55 %    |
| Fall siste 14 dager | 41 %    |
| Egen bolig          | 72 %    |
| Kommunale tjenester | 55 %    |



# CLINICAL FRAILITY SCALE - NORWEGIAN

|    |   |   |   |    |   |   |    |   |
|---|--|--|--|---|--|--|---|--|
| 1   | 2  | 3  | 4  | 5   | 6  | 7  | 8   | 9  |
| <b>VELDIG SPREK</b>   | <b>SPREK</b>   | <b>KLARER SEG BRA</b>  | <b>LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET</b>   | <b>LEVER MED MILD SKRØPELIGHET</b>  | <b>LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET</b>  | <b>LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>   | <b>LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>  | <b>TERMINALT SYK</b>   |
| Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe. | Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre spreke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert. | Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange. | Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpen. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte illa dagen. | Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid. | Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stelle hjemmet. Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn). | Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder). | Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom. | Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden). |

## SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skrøpeligheit tilsvarer vanligvis graden av demens (CFS 5,6,7 eller 8). Vanlige symptomer ved mild demens inkluderer det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, selv om man husker selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene/historiene og sosial tilbaketrekking.

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

Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.

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

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: [www.geriatricmedicine.research.ca](http://www.geriatricmedicine.research.ca)

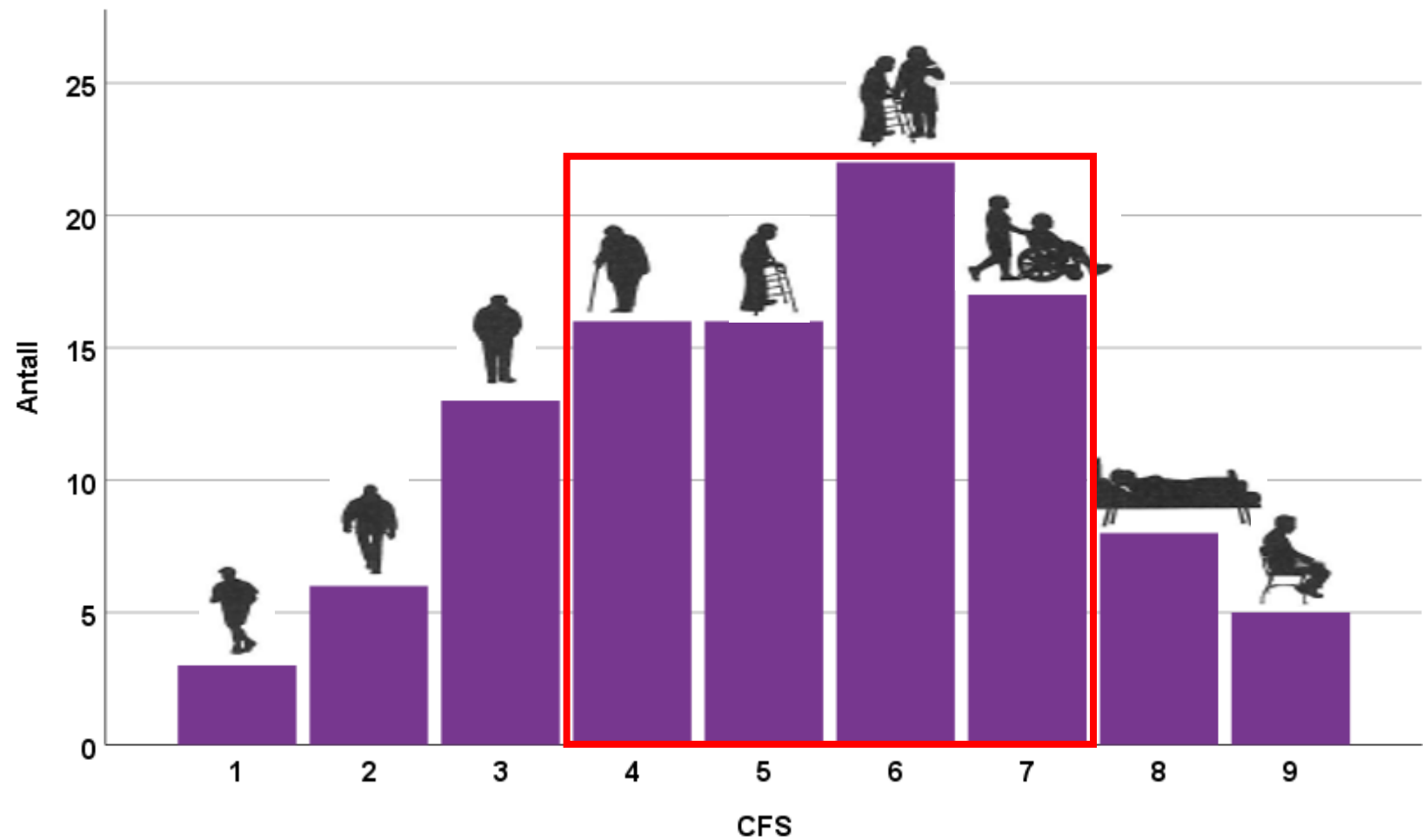
Translated with permission by Rostoft S, Engstad TT, Sjøbø B, Flaatten H.

Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.



# Clinical Frailty Scale

CFS 4 – 7 = 67 %

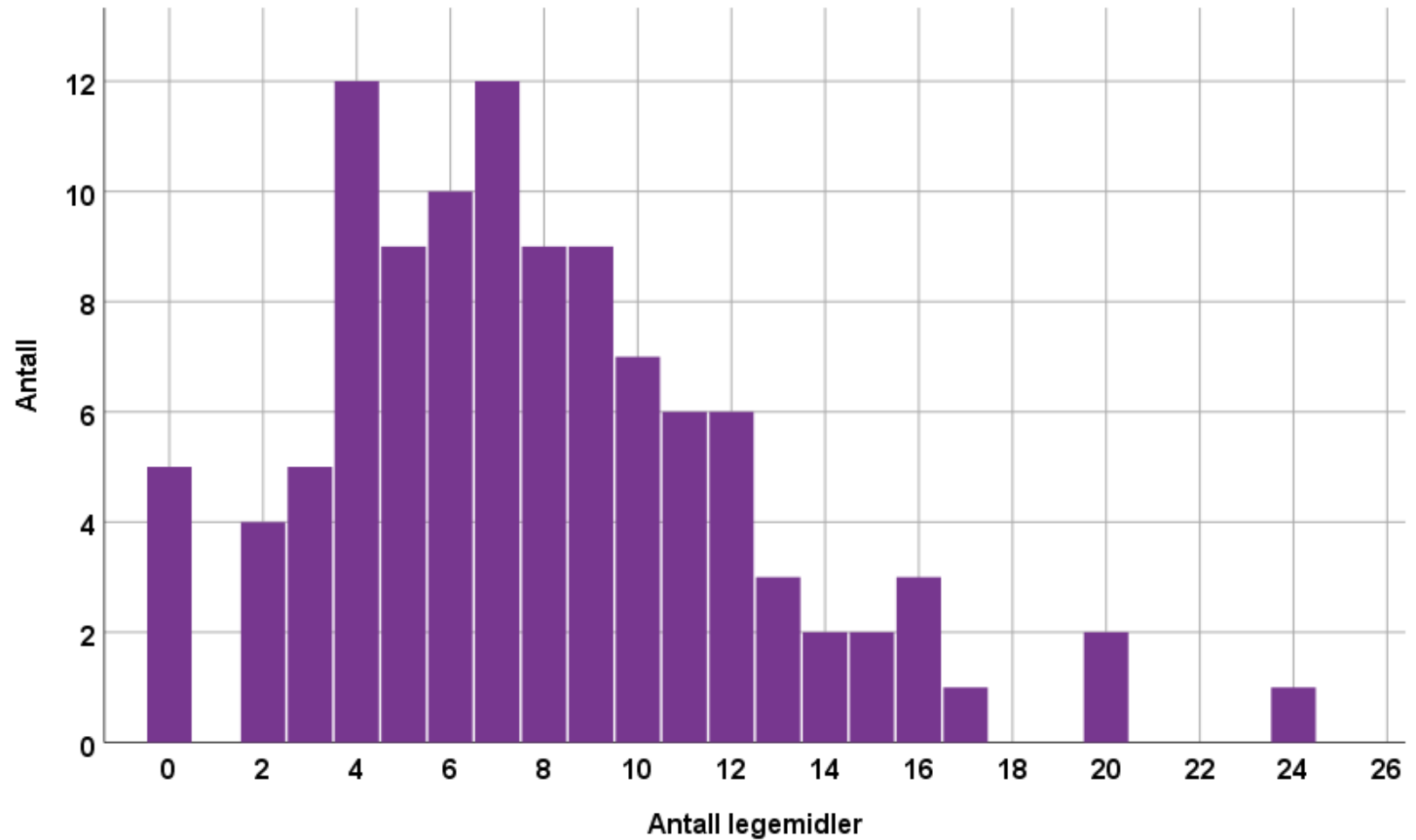


# Faste legemidler i bruk

Kilde: Kjernejournal

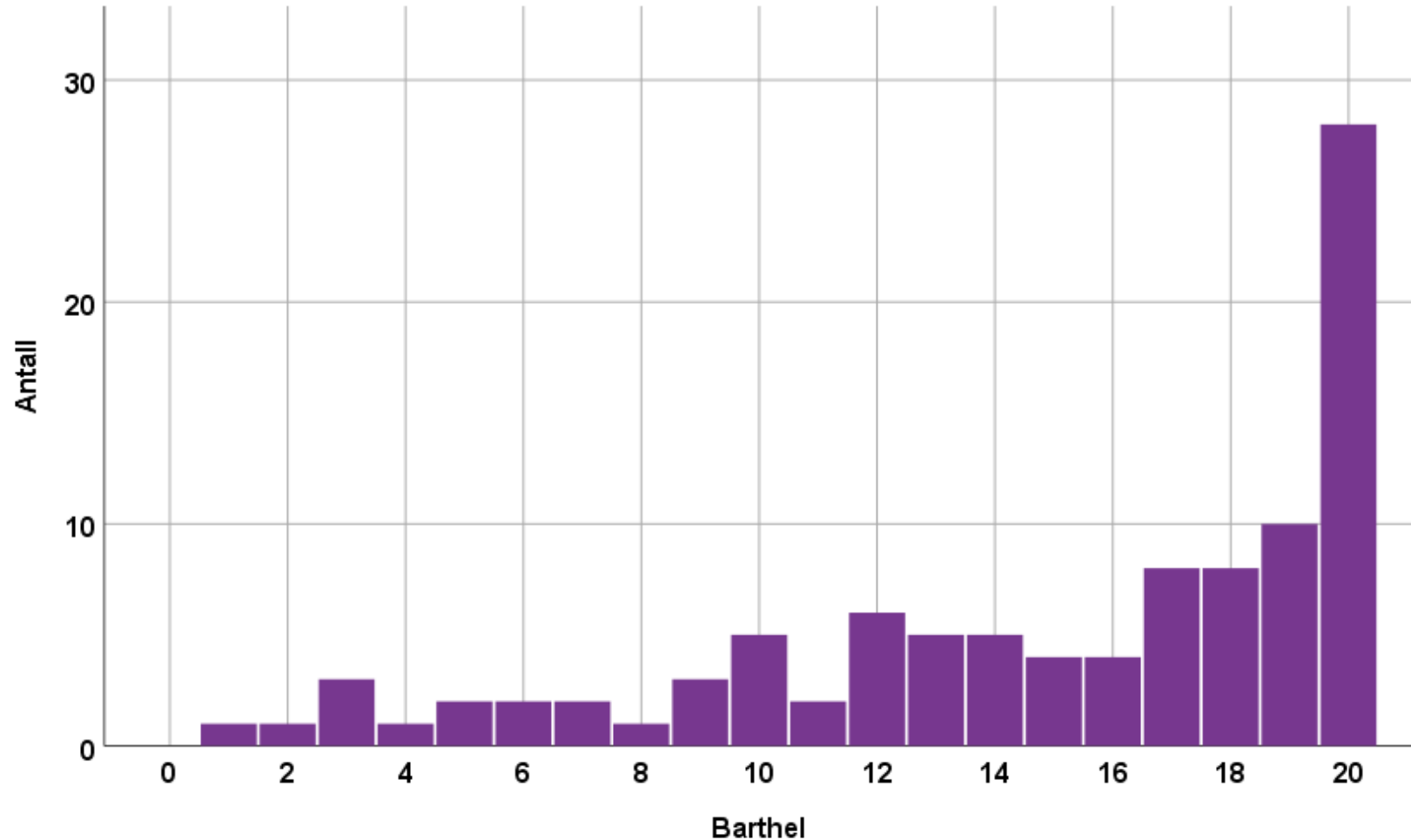
76 % bruker  $\geq 5$

30 % bruker  $\geq 10$



# Barthel ADL

|                                |      |
|--------------------------------|------|
| Total avhengighet ( $\leq 3$ ) | 5 %  |
| Alvorlig avhengighet (4 – 7)   | 7 %  |
| Moderat avhengighet (8 – 11)   | 11 % |
| Lav avhengighet (12 – 19)      | 49 % |
| Full skåre (20)                | 28 % |



# Integrerte helsetjenester

## SiV



- Lege med spesialkompetanse innen geriatri 50 %
- Eldrehelsekoordinator 100 %
- Helsesekretær 20 - 40 %

## Larvik



- Eldrehelsekoordinator 100 %
- Fysioterapeut 100 %
- Ergoterapeut 100 %

## Andre aktører



- Farmasøyt 20 %
- Fastleger
- Hjemmetjenesten

Forsterket utskrivning



Helsestasjon for eldre







# Temaplan Helse Omsorg 2019-2032

- 1 Tilrettelegging for mestring
- 2. Nærmest mulig så lenge som mulig
- **3. Sentraliserte tjenester til spesielle behov**
  - **Noen oppgaver vil det være mest hensiktsmessig å samle for å utnytte spesialisert kompetanse så effektivt som mulig**
- 4. Trygge overganger
- 5. Fra storbruker til superbruker (reduere ulikhet i helse)
- 6. Seniorskraft i eldrebølgen



# Forankring i kommunen

- 2 presentasjoner med ledergruppen til helsesjefen, juni-21 og januar-22
- Presentasjon for alle ledere i helse og mestring i nov-21
- ALU for legene september og november, planlagt eget møte i januar-22 flyttet til februar
- Presentasjon for politikerne i hovedutvalget for helse, mestring og omsorg i august-21 og april -22

# Prosjektpresentasjon for aktuelle avdelingsledere, virksomhetsleder og tillitsvalgt våren 2021

- Etablering av lokal arbeidsgruppe:
  - Avd. ergo, fysio og hjelpemidler
  - Tjenestekontoret
  - Virksomhet hjemmetjenester
  - Helsehjelpen
  - Ambulant team
  - Prosjektvikler Helsekvartalet
  - Fastlege
  - Fysioterapeut med driftstilskudd
  - Ingen brukerrepresentant.....
- Etablerte «kjerneteam»
  - 2 representanter fra SiV og 2 representanter fra kommunen.

# Gruppens arbeid

- Identifiserte «veien inn» for pasienter
- Kartlegging av kommunens aktuelle eksisterende tilbud for målgruppen og hvor disse er lokalisert
- Vurdering av de seks dimensjonene for kartlegging og aktuelle kartleggingsskjema
- Arbeid med kasuistikker
- Dokumentasjon og digital samhandling
- Praktisk gjennomkjøring med «prøvepasienter»
- Parallelt med lokalt arbeid i Larvik har vi tatt ulike problemstillinger inn i overordnet prosjektgruppe

# Utfordringer og muligheter

- Lokaler

- Lokasjon som er sentralt og tilgjengelig for innbyggerne, lokasjon som fremmes samhandling

- Rekruttering av ansatte

- Tiltaket skal etableres uten tilføring av ekstra midler, en utfordring og et mulig suksesskriterie



# Oppstart mars 2022

- Lokaler ble innredes
- Teamet etablerte seg og utarbeidet gode arbeidsrutiner for å få god arbeidsflyt
- Vi startet med simuleringstrening i de aktuelle lokalene
- Hadde rekruttert aktuelle «testpersoner». Målet var brukermedvirkning og å teste arbeidsflyten i normalsitusjon

# Integrerte helsetjenester

## SiV



- Lege med spesialkompetanse innen geriatri 50 %
- Eldrehelsekoordinator 100 %
- Helsesekretær 20 - 40 %

## Larvik



- Eldrehelsekoordinator 100 %
- Fysioterapeut 100 %
- Ergoterapeut 100 %

## Andre aktører



- Farmasøyt 20 %
- Fastleger
- Hjemmetjenesten

Forsterket utskrivning



Helsestasjon for eldre



# 2

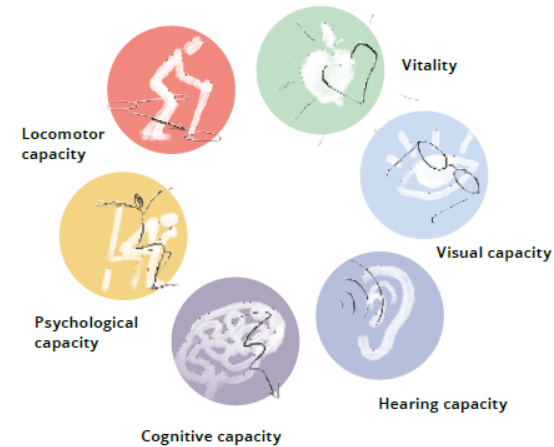
## OPTIMIZING CAPACITIES AND ABILITIES: TOWARDS HEALTHY AGEING FOR ALL

The WHO *World report on ageing and health* defines healthy ageing as developing and maintaining the functional ability that fosters well-being (1).

This guidance supports healthy ageing by addressing the following priority conditions associated with declines across domains of intrinsic capacity (Figure 1), older people's social care needs, and caregiver support.

- **Cognitive decline** (Chapter 4)
- **Limited mobility** (Chapter 5)
- **Malnutrition** (Chapter 6)
- **Visual impairment** (Chapter 7)
- **Hearing loss** (Chapter 8)
- **Depressive symptoms** (Chapter 9)
- **Social care and support** (Chapter 10)
- **Caregiver support** (Chapter 11)

FIG. 1.  
KEY DOMAINS OF INTRINSIC CAPACITY



### HOW DOES INTRINSIC CAPACITY CHANGE OVER THE LIFE COURSE?

Figure 2 shows the typical pattern of intrinsic capacity and functional ability across adult life. Intrinsic capacity and functional ability decline with increasing age as a result of the ageing process as well as underlying diseases. This typical pattern can be divided into three common periods: a period of relatively high and stable capacity, a period of declining capacity and a period of significant loss of capacity, characterized by dependence on care.



# Helsestasjon for eldre



SPPB, gripestyrke



GDS-15



miniCOG



MUST



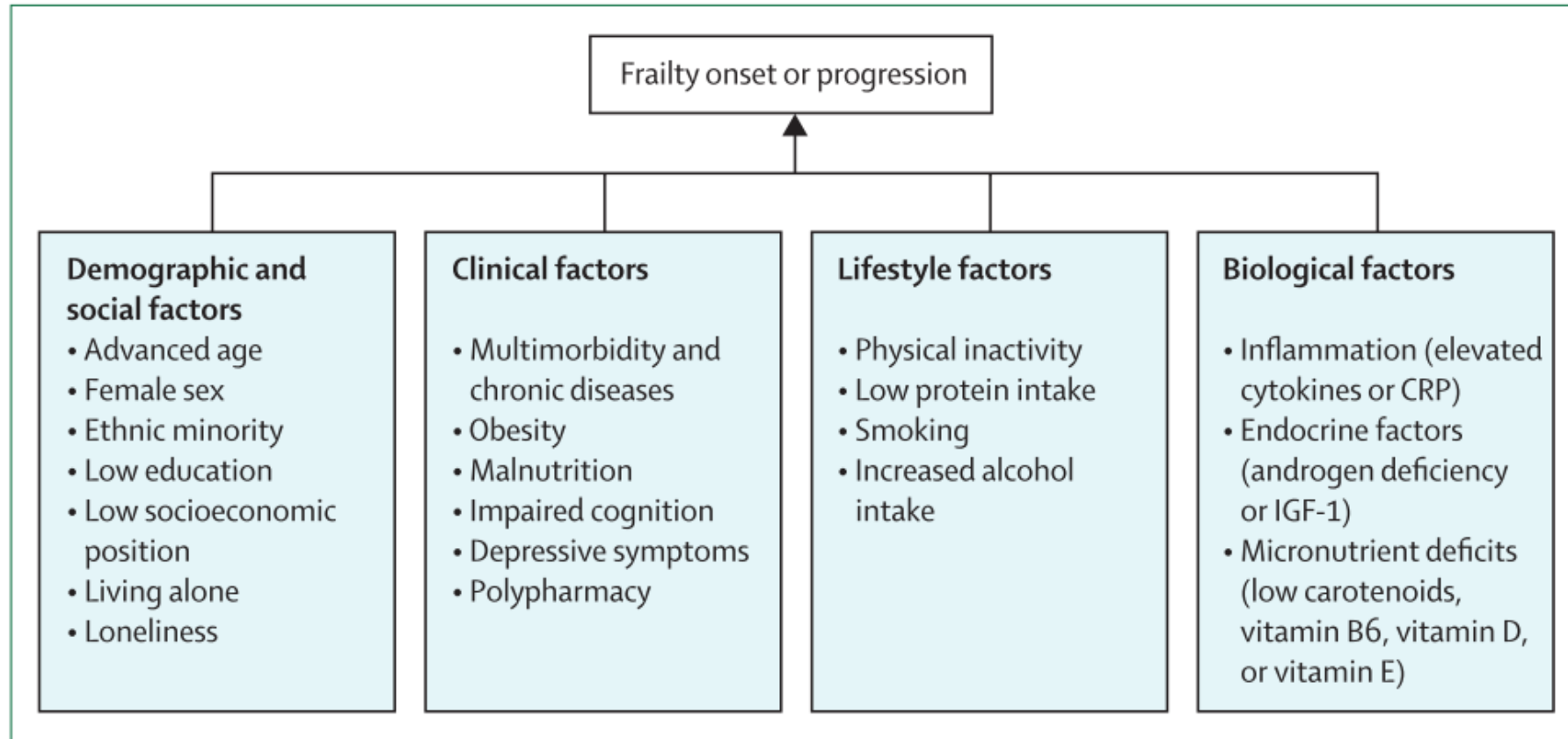
Hviske test



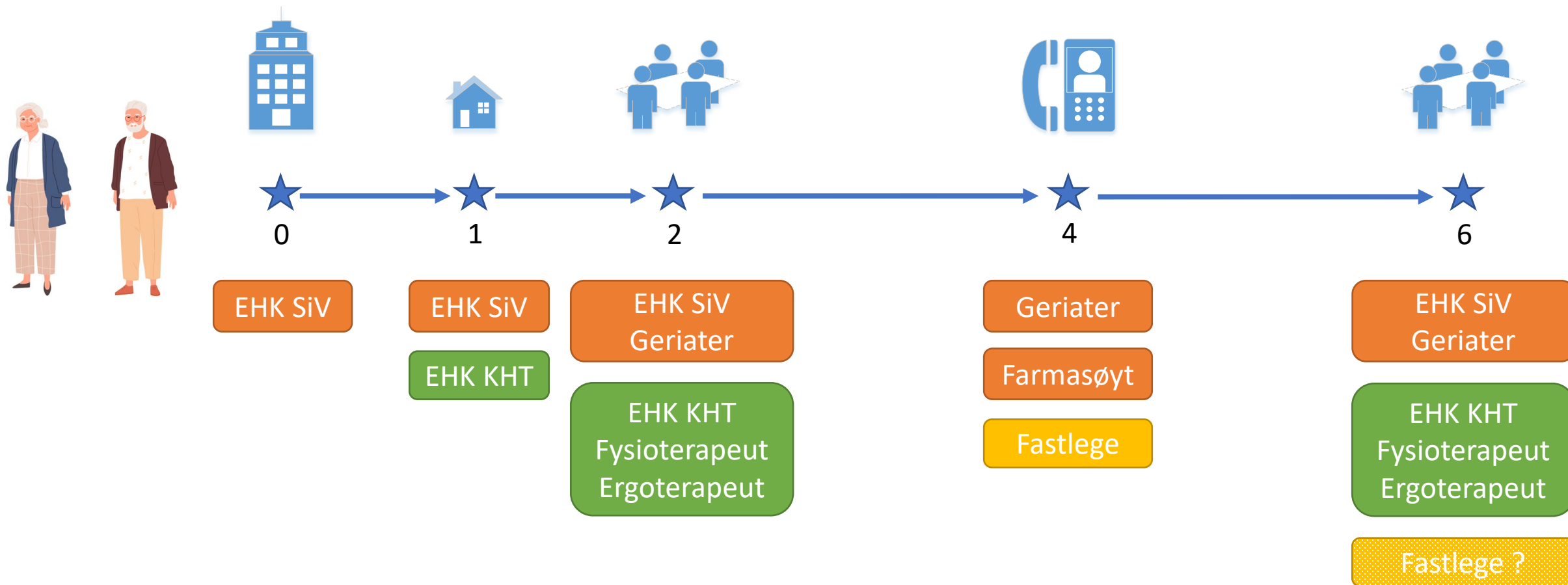
Snellen tavle



# Risikofaktorer



# Forsterket utskrivning

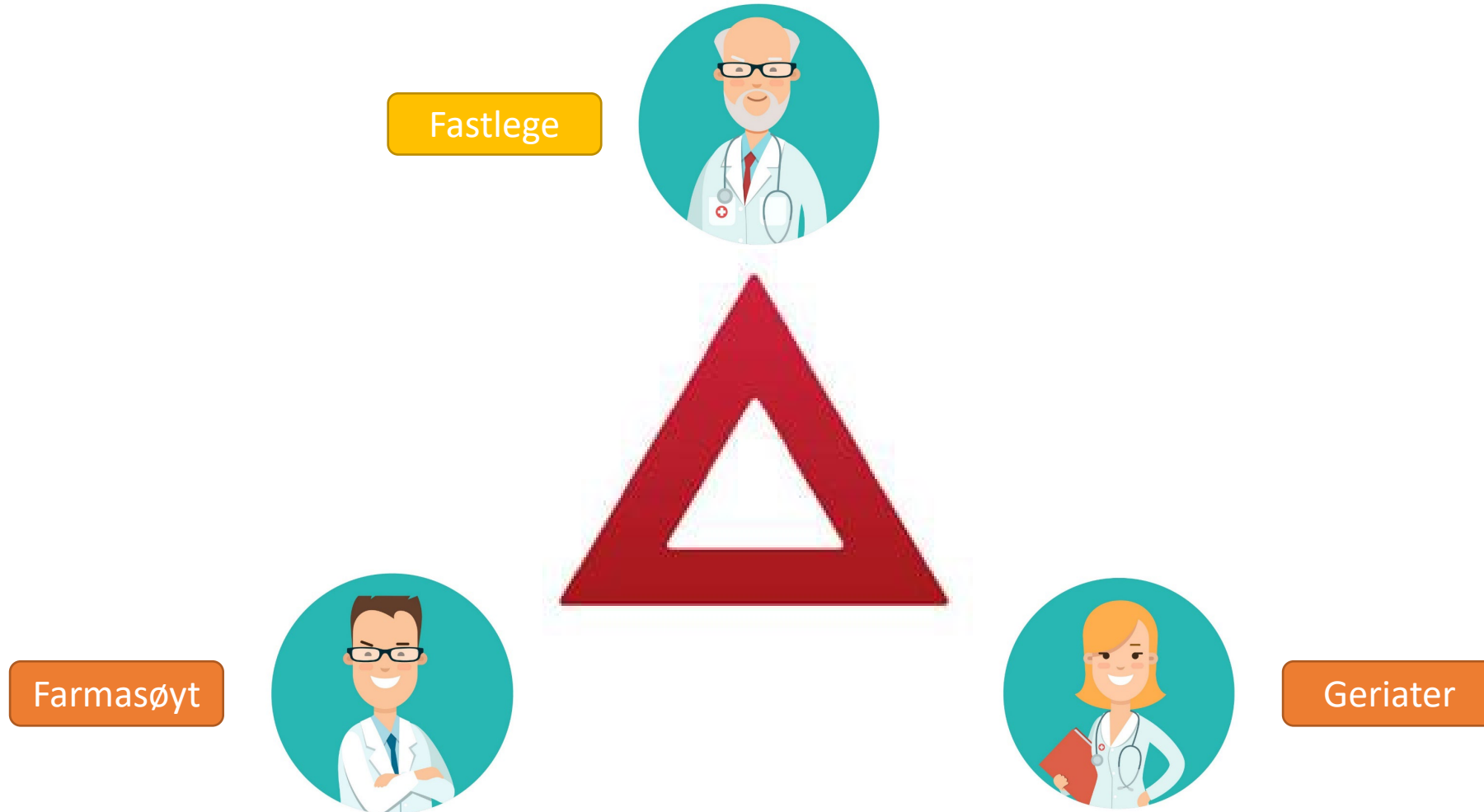


EHK = Eldrehelsekoordinator

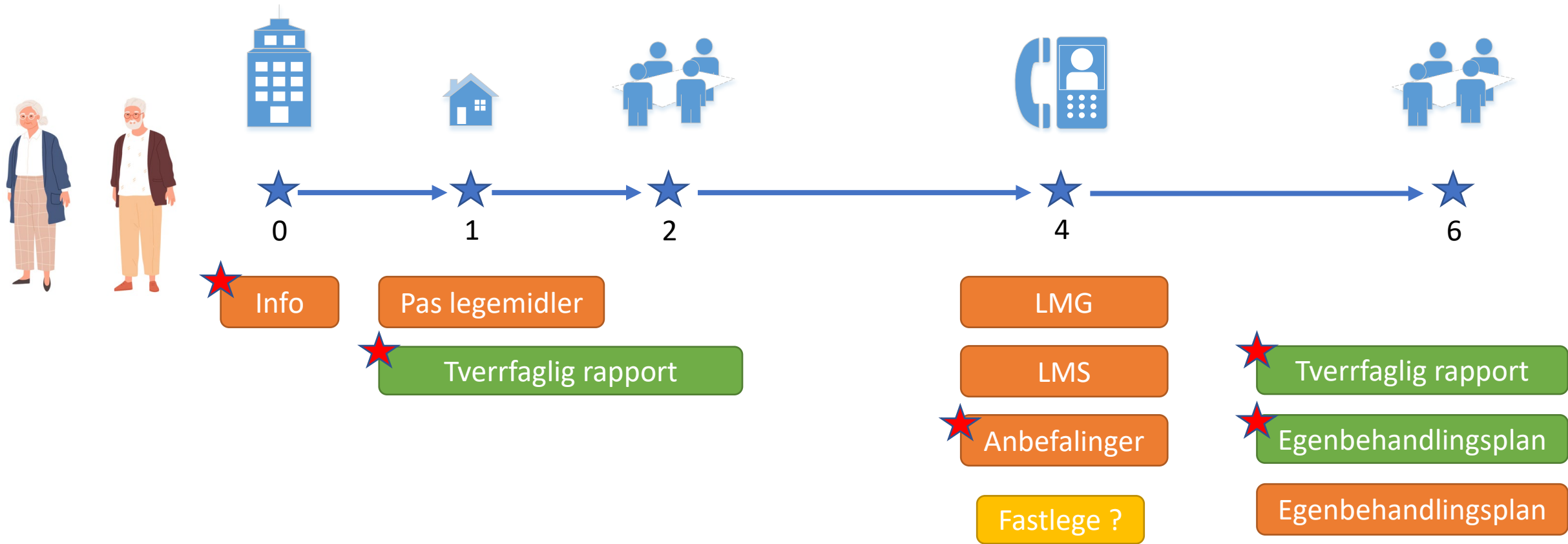
SiV = Sykehuset i Vestfold

KHT = Kommunehelsetjenesten

# Samarbeid om legemiddelgjennomgang



# Forsterket utskrivning - dokumentasjon



LMG = Legemiddelgjennomgang

LMS = Legemiddelsamstemming

DIPS

Profil



# IKT forutsetninger

Siv



Larvik



Google

dignio

Andre aktører

infodocID

Aktuelt: Søkt trygghetsalarm  
Kommer til konsultasjon ved Helsestasjon for eldre 08.04.22

Tidligere sykdommer:

-Oppgir selv at hen har høyt blodtrykk og tar medisiner for dette. I tillegg osteoporose.  
-Informasjon hentet i profil: FCF og distal radiusfraktur høyre side 2014 etter fall i hjemmet.

Medisiner:

-Bruker kommer med utskrift av sin medisinliste. Opplyser om at det kun tas 1 gang daglig.  
Bruker tran.  
-Albyl-E 75 mg tabl.  
-Amlodipin Sandoz 5 mg tabl.  
-Atacand 32 mg tabl.  
-Calcigran Forte 1000 mg tyggetablett  
-Lipitor 40 mg tabl.  
-TrioBe 0,8mg, 0,5mg, 3mg, tabl.  
-Prolia 60 mg injeksjonsvæske hver 6 mnd mot benskjørhet  
-Panodil 1g tabl, ved behov.

Familie/sosialt/kommunale tjenester: bor alene, har 2 barn som bor i Bergen og Oslo. Har «gode naboer» som hen selv sier, og har litt kontakt med dem. Hen forteller at hen liker å være sosial, men har ikke et stort behov for mye av det. Trives godt hjemme.

Utdanning/tidligere yrke: Jobbet som barnepleier, og deretter som hjelpepleier blant annet på kirurgisk avdeling.

Hva er viktig for deg?: «Være så frisk at jeg klarer meg selv»

Aktiviteter/interesse: Er av og til med på møter i sjømannsforeningen. Reiser da sammen med naboer. Er med i trimgruppe 1 gang i uka (mandager) og trives godt med det. Ellers tar hen seg av innkjøp på egenhånd.

Bilkjøring: Kjør bil.

Bosituasjon (hjelpemidler, trapper, adkomst, terskler, «trygg hjemme»):

-Bor i hus med 2 etasjer. Kommer inn i underetasje, men har alle rom hen bruker i 2 etasje. Trapper med rekkverk på begge sider. Har terskel inn til soverom og høy terskel inn til bad. Fikk tidligere overført oppreisningsstol fra ektefelle, men denne ble sendt i retur fordi hen ikke brukte den. Har ikke komfyrvakt. Er informert om mulighet for tilsyn fra brannvesen (Trygg hjemme).

Fysisk funksjon: Går uten hjelpemidler. Reiser seg fra stol uten å støtte seg til armlener.

Forteller at hen har blitt mer ustø den siste tiden, og føler seg ikke helt trygg. Ønsker noe hen kan støtte seg til når hen går.

Fall: Forteller om et fall i vinter. Skal ha sittet lenge, og følte at benet var «dovent». Falt i det hen skulle reise seg. Hadde kommet seg opp på egenhånd, og skadet seg ikke. Hen søker trygghetsalarm fordi hen føler et behov for å kunne ta kontakt med noen dersom hen faller. Føler seg mer ustø enn tidligere, og dette gjør hen litt mer utrygg.

Gripestyrke: Ikke målt.

Søvn: Sover godt. Bruker ingen sovemedisin. Er noen ganger oppe på toalettet om natten.

Smertes: Litt plaget med smerter i høyre kne. Sier at dette kom etter hofteoperasjon. Smertene stråler også ned i legg. Verkende følelse. Sier det har vært sjekket ut, tar paracet ved behov. Beskriver en følelse av at hen noen ganger ikke klarer å styre høyre fot så godt.

Syn: Tidligere operert for grå stær. Bruker briller, og har spesielt behov for disse når hen leser. Klarer å lese skrift i størrelse 12, men må anstrenge seg mer ved størrelse 10 (geriatrisk leseprøve)

Hørsel: Bruker høreapparat, men hører da godt. Opplever at det er skarpe lyder i høreapparatet (kan justeres?).

Ernæring: Lager alle måltider selv, og sier at hen lager middag hver dag. Ingen problemer med å få i seg mat.

Tannstatus: Egne tenner. Går til tannlege når hen får innkalling.

Status presens:

NEWS: score 0

BT sittende: 145/80, stående etter 1 min: 154/83, stående etter 3 min: 151/87

Puls: 54

Respirasjonsfrekvens: 18

SpO2: 100

Temp: 36,5

Vekt: 49 kg (med klær og sko). Oppgir selv å ha kontroll på vekt som er ca 46. Ingen ufrivillig vekttap siste 3-6 mndr.

Høyde: 153 cm

BMI: 20,9 MUSTscore: 0

Kartlegging:

P-ADL (6 er optimalscore, 30 er dårligst): 7 poeng

I-ADL (8 er optimalscore, 31 er dårligst): 8 poeng

Barthel ADL-index (20 er optimalscore, 0 er dårligst): 20 poeng

EQ-5D: Totalscore (5 er optimalscore, 25 er dårligst): score 7 poeng. VAS (0-100): 50

IQ-code (Gj.snitt score >3,5 kan indikere kognitiv svikt): ikke gjennomført. Kom alene

Mini-Cog: Totalscore (0-5 poeng) Gjenkalling (0-3 poeng) Klokketegning (0 eller 2 poeng):

score 2 poeng

GDS – kortversjon (Score 5-9 poeng tyder på depresjon. Over 10 poeng = nesten alltid depresjon): score 1 poeng

SPPB: Totalscore (Optimalscore 12, <10 indikerer økt risiko for funksjonssvikt, <8 indikerer begynnende svikt i ADL-funksjoner): score 8 poeng

- Statisk balanse – score 4 poeng

- 4m gangtest: Ganghastighet (normal >1sek) – score 2 poeng

- 5x reise/sette seg – score 2 poeng

CFS (Clinical Frailty Scale): score 2

Vurdering:

Bruker kommer til helsestasjonen for eldre, og var i utgangspunktet noe skeptisk til å takket ja til tilbudet. Etter kartleggingen opplevde u.t. at hen var mer positiv, og hen nevnte at det kanskje var litt lurt likevel. Hen tar seg av alle innkjøp, økonomi og klarer seg i p-adl selv, noe som gjenspeiles i adl-testene. Hen scorer seg noe lavt (50) på VAS, samt at hen var usikker på hva hen skulle svare på spørsmål 12 på GDS («føler du deg verdiløs slik du er nå?»). Ender opp med å svare «nei», men syntes det varierer litt. Hen trives hjemme, og har generelt ikke et stort behov for å være sosial, selv om hen trives sammen med andre. Har godt forhold til naboer.

Fysisk: Scorer 8/12 poeng på SPPB. En score under 10 indikerer økt risiko for funksjonssvikt. Ganghastigheten er 0,5 m/sek, noe som indikerer økt risiko for fall, funksjonssvikt og sykehusinnleggelse, samt redusert innendørs og utendørsmobilitet. Opplever selv at hen er mer ustø enn tidligere. Hen hadde et fall i hjemmet i vinter, men kom seg opp selv og ble ikke skadet. Hen ønsker å få på plass en trygghetsalarm slik at hen kan føle seg tryggere. Barna bor i Bergen/Oslo, så hen har ingen familie i nærheten.

Kognisjon: Hen scorer 2/5 poeng på Mini-Cog. Husker 2 av 3 ord på gjenkalling. Får 0 poeng på klokkekopiering, men tegner inn alle tallene på riktig plass uten vanskeligheter. Mestrer ikke å tegne på viseren korrekt. Her tegnes det inn en viser som peker rett utenfor 11-tallet, samt at det markeres for der hen mener er «ti over elleve». U.t opplever ellers i samtale at bruker er klar og orientert, og hen møter på helsestasjon på riktig dag og tidspunkt.

Aktuelle tiltak:

-Hjemmebesøk/fallforebyggende tiltak – vurdere ganghjelpemiddel og evt dusjstol.

-Utlevere treningsprogram/øvelsesark som kan benyttes hjemme ved kapasitet.

Kartleggingsnotat  
Helsestasjon for eldre

# Hyggelig oppslag i lokalavisa i dag



**GODT PROSJEKT:** Visningsleder Rune Høiseeth står for den offisielle åpningen av helsetestloven for eldre, og så et samarbeid med sykehuset vil gi gode løsninger. Her flankert av Ragna Gjone, til venstre, og Marte Wang-Hansen. **FOTO: BJØRN-TORRE SANDREKKENE**

Hjemmekartlegging hos eldre pasienter skal gi færre reinnleggelser

## Ønsket er å forebygge