

Vitality – Integreerte helsetjenester i Larvik

Fellesmøte LUS - Volda og
Ålesund, juni 2024

Ragna I. Gjone
Virksomhetsleder Larvik helsehus



Larvik
kommune

 SYKEHUSET I VESTFOLD

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



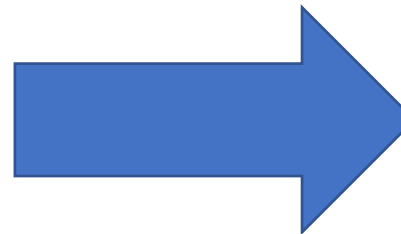
Utvikle strategier og handlingsplaner

Håndtering av saker og løpende beslutninger

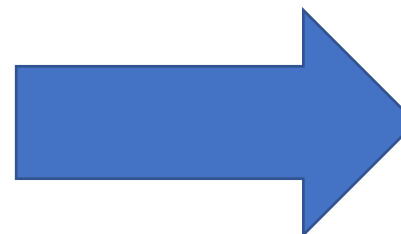
FAGLIGE SAMARBEIDSUTVALG



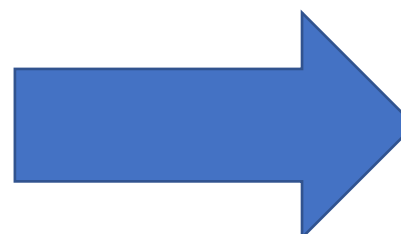
Utvikle prosedyrer og tjenestemodeller



Forankret som et av to prosjekt i samhandling

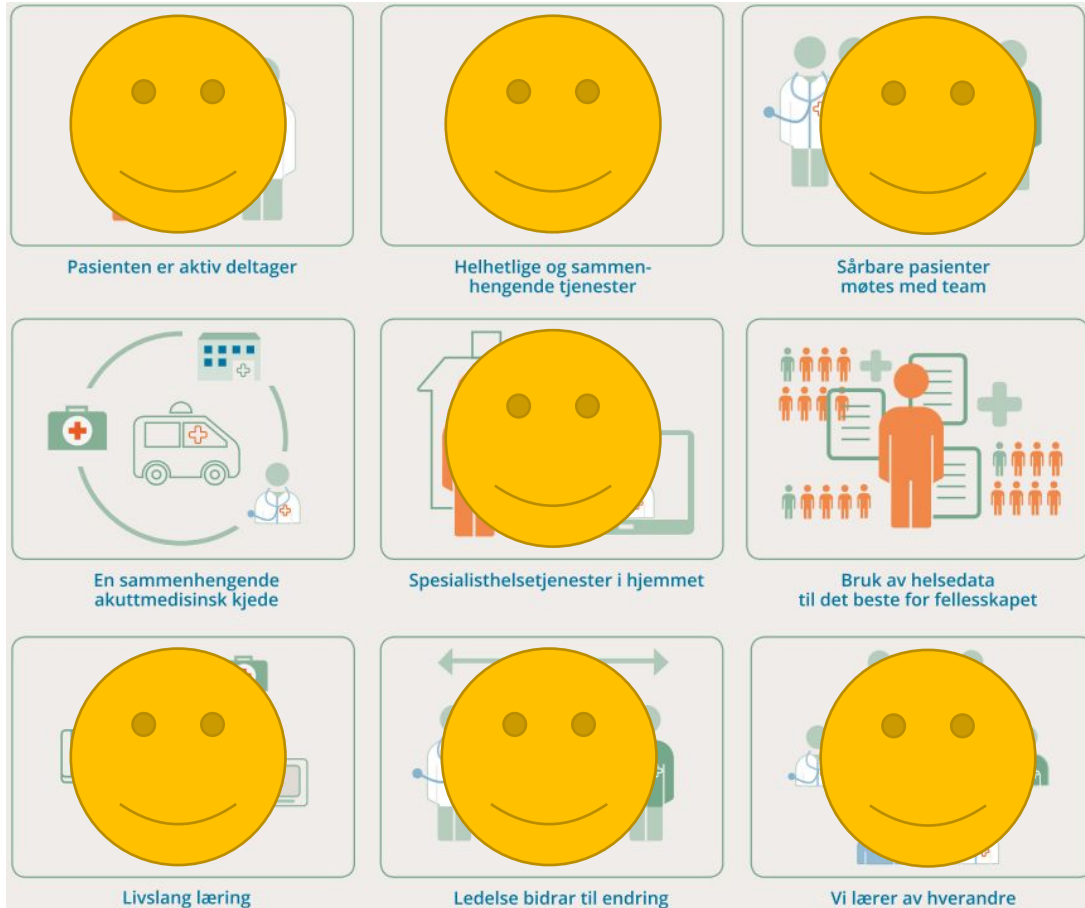


Styringsgruppe



Prosjektgruppe

Nasjonal helse og sykehusplan



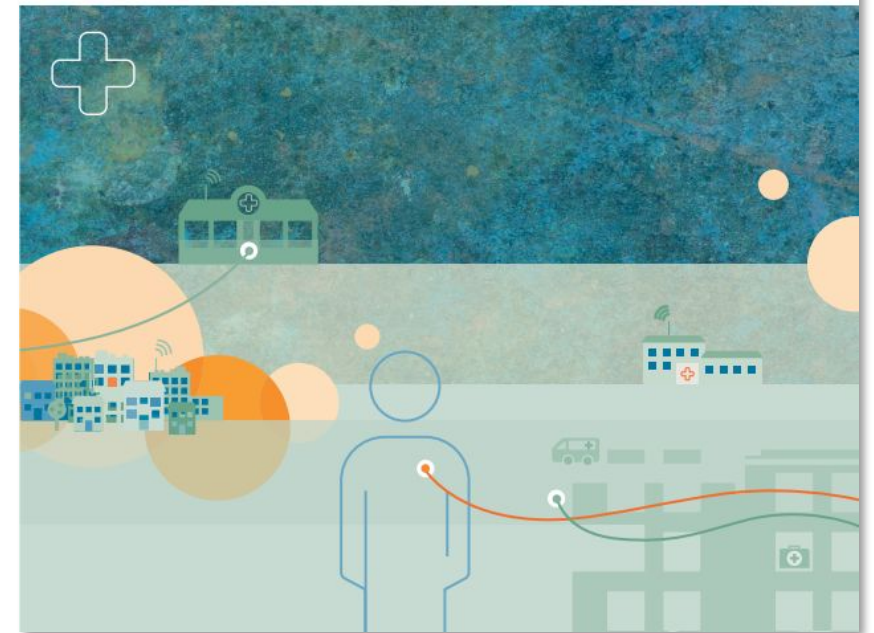

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 7

(2019–2020)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023



Meld. St. 15

(2017–2018)

Melding til Stortinget

Leve hele livet

En kvalitetsreform for eldre



Oppsummert er utfordringene:

- Manglende oppmerksomhet på mestring og forebygging
- Dårlig oversikt over sammensatte behov og problemer
- Lite bruk av fysisk aktivitet og trening
- Manglende bruk av nye behandlingsformer
- Lite systematisk kartlegging og oppfølging av den enkelte

For å møte utfordringene foreslås fem løsninger, der målet er å øke mestring og livskvalitet, forebygge funksjonsfall og gi rett hjelp til rett tid:

- Hverdagsmestring
- Proaktive tjenester
- Målrettet bruk av fysisk trening
- Miljøbehandling
- Systematisk kartlegging og oppfølging.

Forankring

Prosjektleder Marte har informert:

- kommunsjefens ledergruppe
- Almennlegeutvalget
- Politikere, hovedutvalget Helse, omsorg og mestring
- alle avdelingsleder i Helse og mestring

Arbeidsgruppe i kommunen:

- representant fra fastlegene
- representant fra avtalefysio
- ergo, fysio og hj.midler
- hj.tjenesten
- tjenestekontoret
- Helsehjelpen
- SiV ved Marte og Elin
- ambulant team



Frail – Skrøpelig



CLINICAL FRAILITY SCALE - NORWEGIAN

								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
VELDIG SPREK	SPREK	KLARER SEG BRA	LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET	LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET	LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET	TERMINALT SYK
Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekste 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 selvhjulpne. 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 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 sengeliggende. Mange har mistet all språk.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: 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.



Integrerte helsetjenester

SiV



- Geriater 50 %
- Eldrehelsekoordinator 100 %
- Helsesekretær 40 %
- Farmasøyt 20 %

Larvik



- Eldrehelsekoordinator 100 %
- Fysioterapeut 100 %
- Ergoterapeut 90 %

Andre aktører



- Fastleger
- Hjemmetjenesten
- Hukommelsesteam

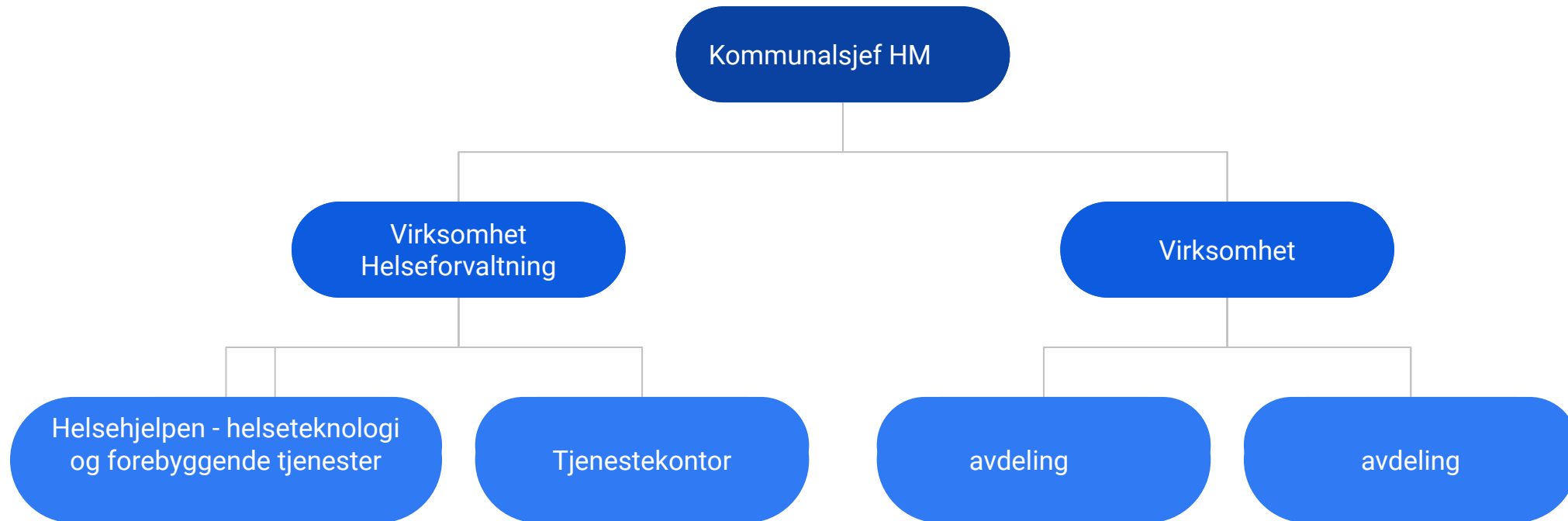
Forsterket utskrivning



Helsestasjon for eldre

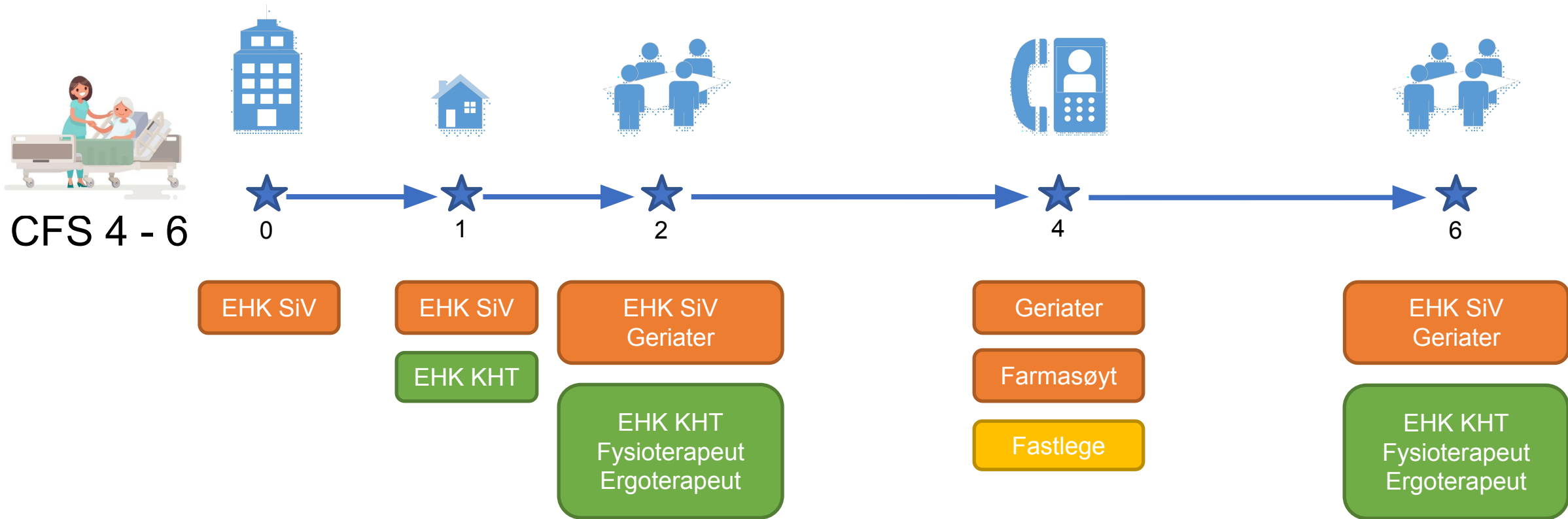


Organisering i kommunen





Forsterket utskrivning

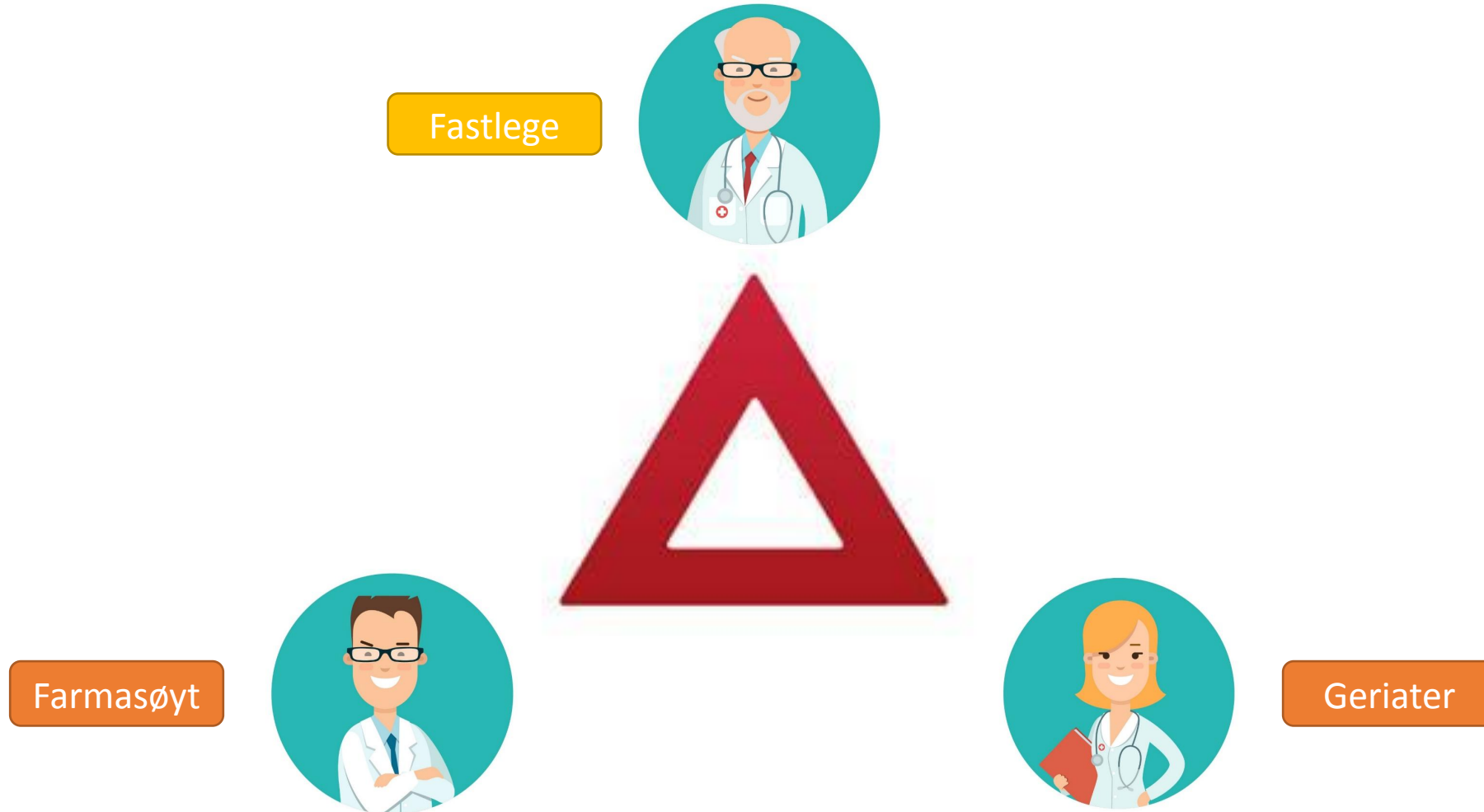


EHK = Eldrehelsekoordinator

SiV = Sykehuset i Vestfold

KHT = Kommunehelsetjenesten

Samarbeid om legemiddelgjennomgang



Helsestasjon for eldre - HE

Henvising fra FL



LV pas med fall



SPPB, gripestyrke



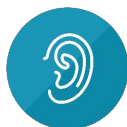
GDS-15



Mini-Cog



MST



Hviske test



Snellen tavle

EQ-5D
pADL
iADL



Hva er viktig for **deg**?



WHO – ICOPE

Integrated Care for Older People



Handbook

Guidance on person-centred assessment
and pathways in primary care



KEY POINTS

- ✓ For the health-care system, the key to supporting healthy ageing for all is optimizing people's intrinsic capacity and functional ability, even as ageing gradually reduces capacity.
- ✓ Care-dependency can be prevented if priority conditions associated with declines in intrinsic capacity are promptly diagnosed and managed.
- ✓ Health and social care workers in the community at the primary care level can identify older people with losses in capacities and provide appropriate care to reverse or slow these losses by following this guidance. This approach is a simple and low-cost one.
- ✓ Conditions associated with declines in intrinsic capacity are interrelated and so require an integrated and person-centred approach to assessment and management.

Forsterket utskrivning

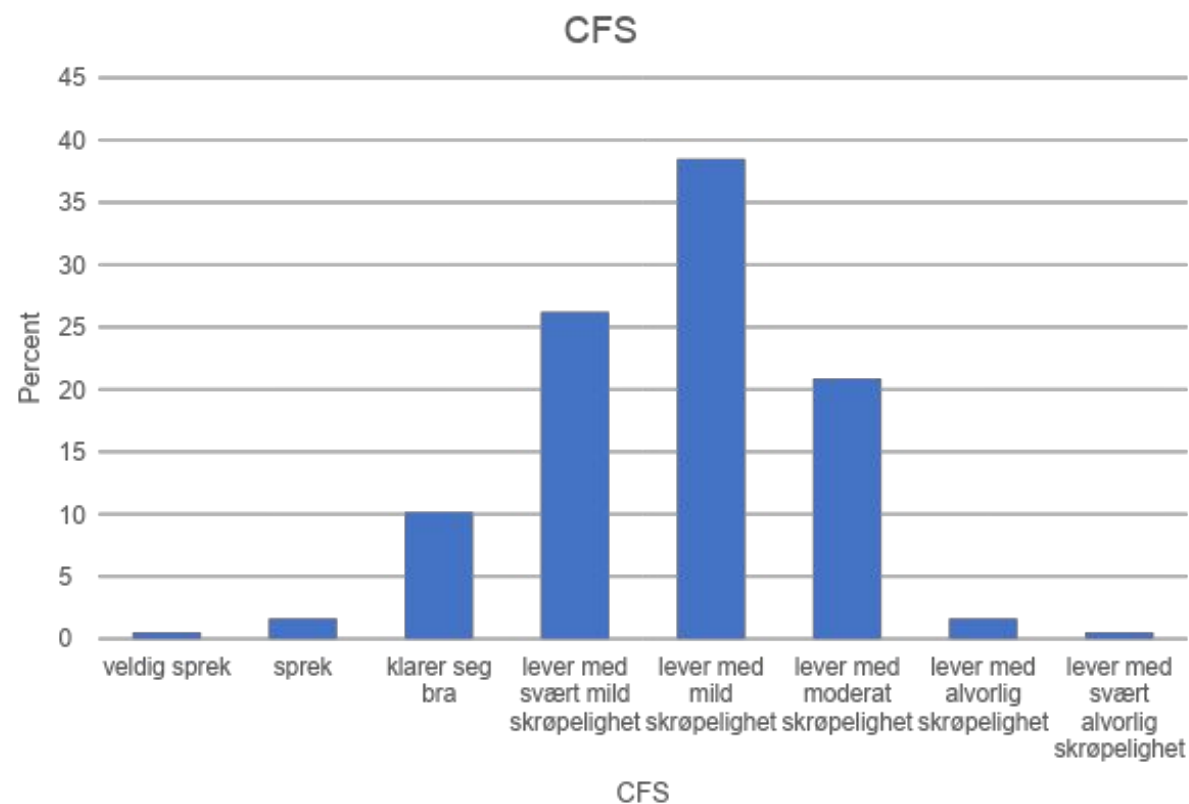
N = 189

Kvinner 56 %

Gjennomsnittsalder 84,3 år

Gjennomsnitts BMI 26,0 kg/m²

		CFS			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	veldig sprek	1	,5	,5	,5
	sprek	3	1,6	1,6	2,1
	klarer seg bra	19	10,1	10,2	12,3
	lever med svært mild skrøpelighet	49	25,9	26,2	38,5
	lever med mild skrøpelighet	72	38,1	38,5	77,0
	lever med moderat skrøpelighet	39	20,6	20,9	97,9
	lever med alvorlig skrøpelighet	3	1,6	1,6	99,5
	lever med svært alvorlig skrøpelighet	1	,5	,5	100,0
	Total		187	98,9	100,0
Missing	99	2	1,1		
Total		189	100,0		



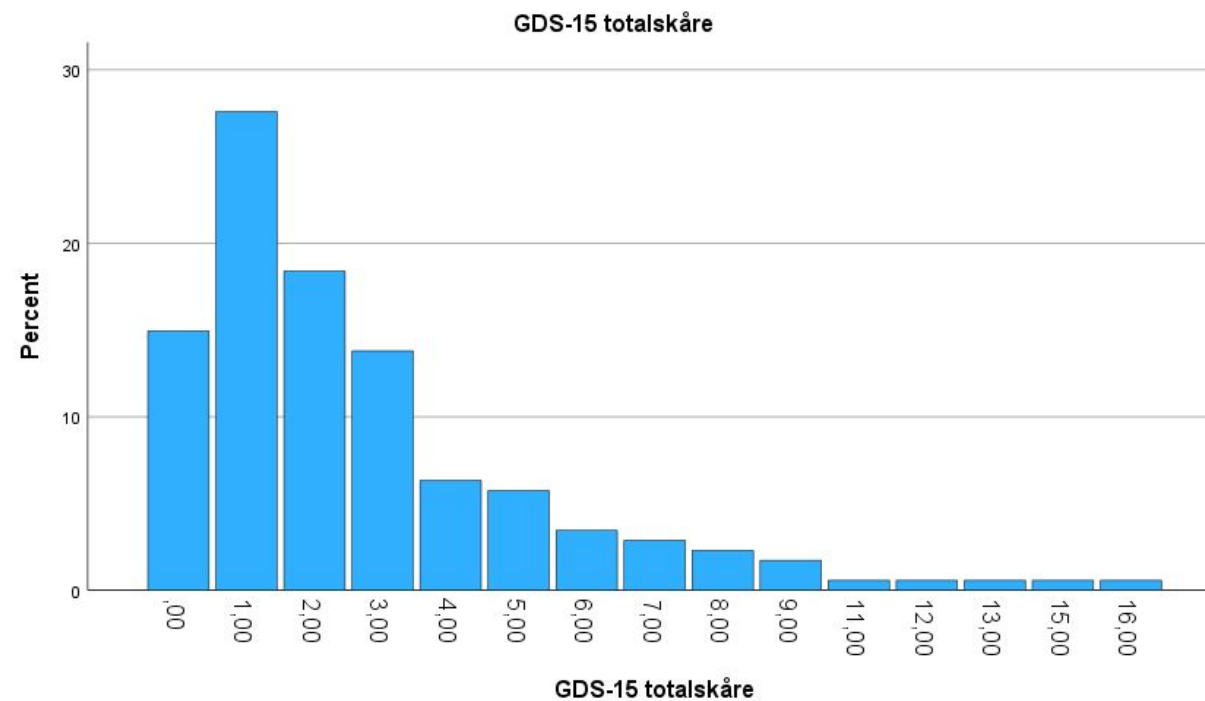
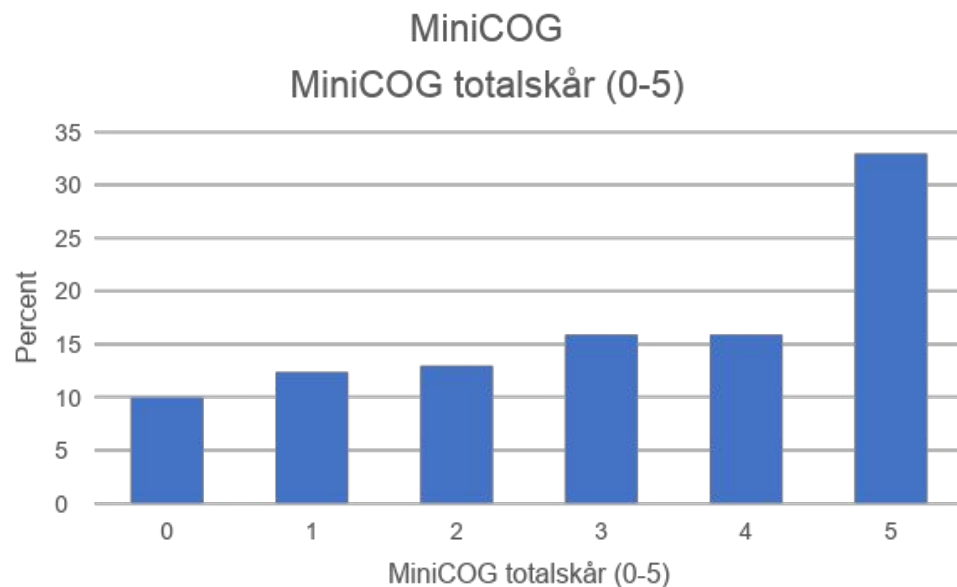
Forsterket utskrivning



Mini-Cog



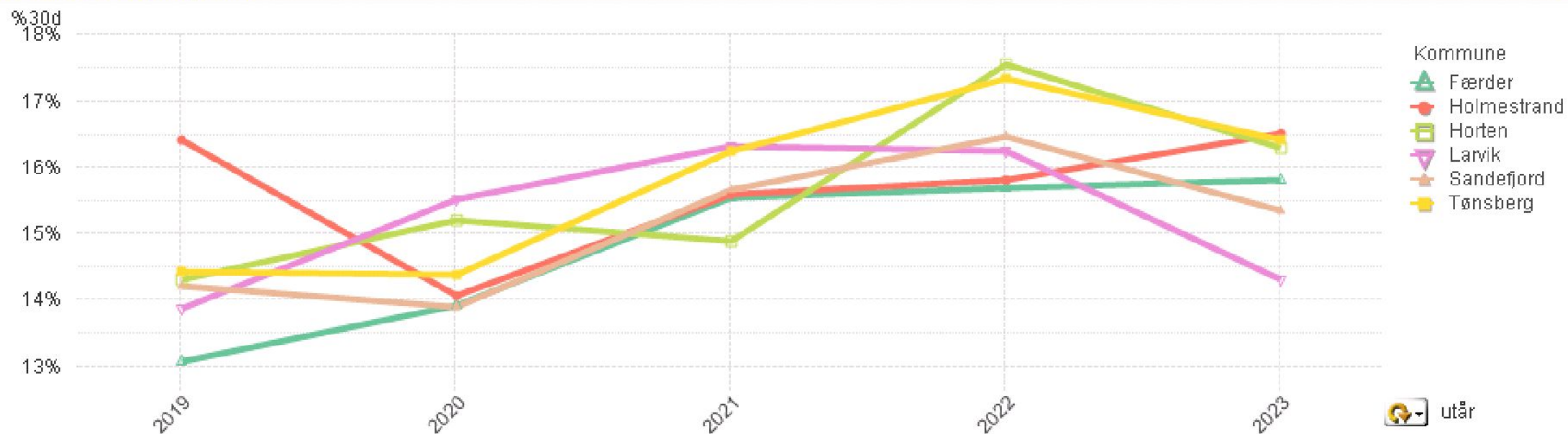
GDS-15



30 dagers reinnleggelse per vestfoldkommune

Kommuner - Andel RI pr mnd

XL



Helsestasjon for eldre

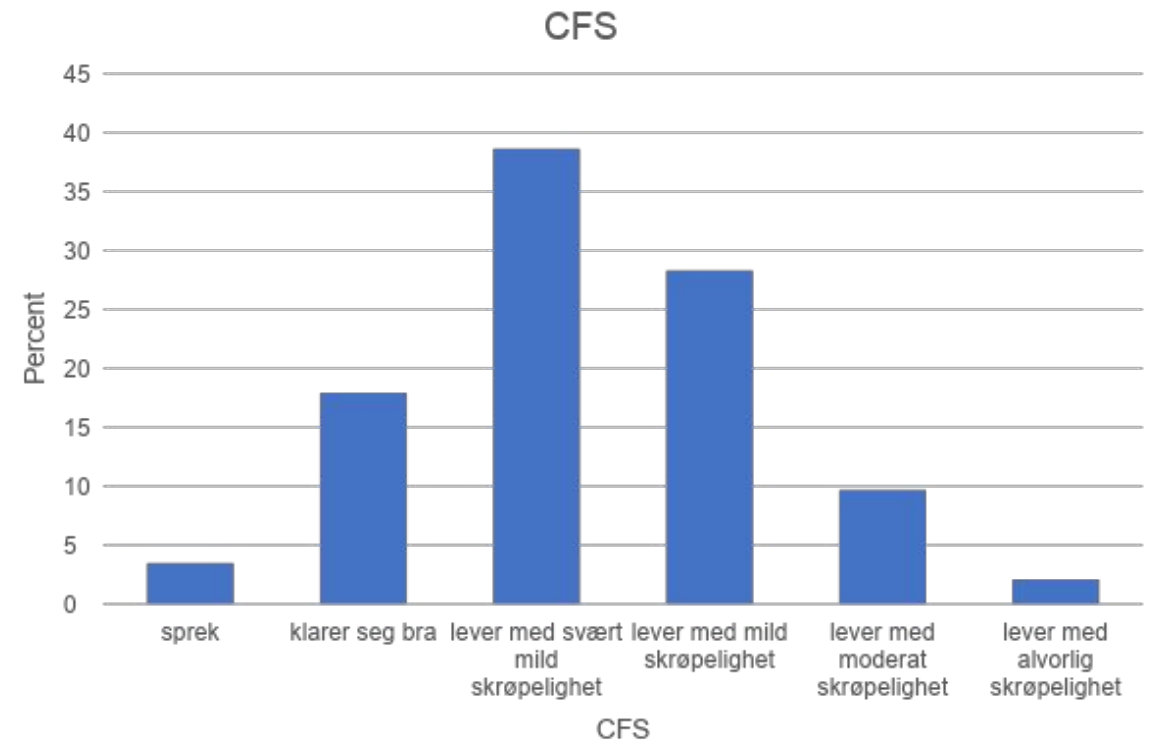
N = 162

Kvinner 64 %

Gjennomsnittsalder 82,5 år

Gjennomsnitt BMI 26,2 kg/m²

		CFS			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sprek	5	3,1	3,4	3,4
	klarer seg bra	26	16,0	17,9	21,4
	lever med svært mild skrøpelighet	56	34,6	38,6	60,0
	lever med mild skrøpelighet	41	25,3	28,3	88,3
	lever med moderat skrøpelighet	14	8,6	9,7	97,9
	lever med alvorlig skrøpelighet	3	1,9	2,1	100,0
	Total		145	89,5	100,0
Missing	System	17	10,5		
Total		162	100,0		



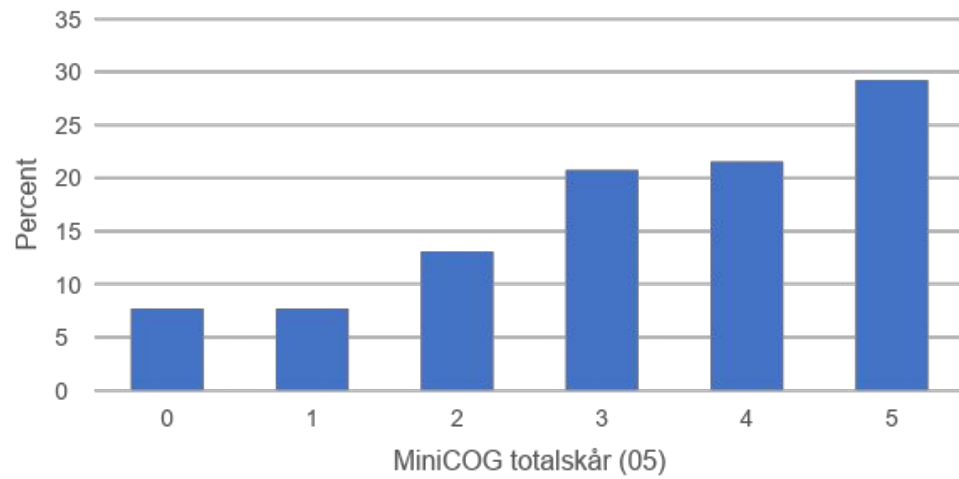


Mini-Cog

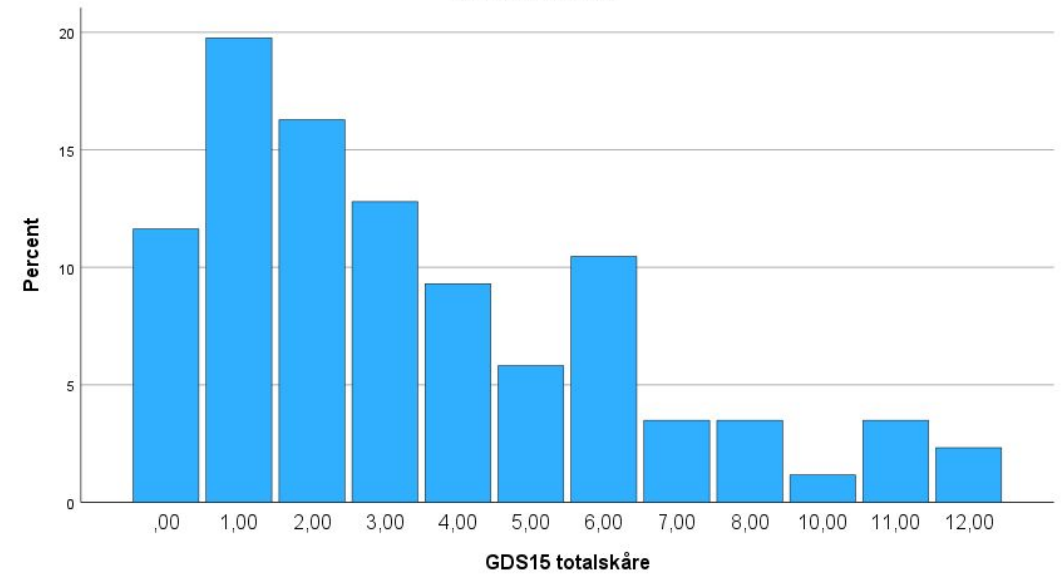


GDS-15

MiniCOG totalskår (05)



GDS15 totalskåre



Short Physical Performance Battery (SPPB)

- Fysisk funksjonstest
- 3-delt
- 1 poeng endring har klinisk verdi for pasienten

Tolkning [1, 2]:

Lav score: 0-6 poeng

< 10 poeng indikerer økt risiko for funksjonssvikt

Middels score: 7-9 poeng

< 8 poeng indikerer begynnende svikt i ADL funksjoner

Høy score: 10-12 poeng.

Klinisk meningsfull endring (totalscore): 1 poeng [3]




For mer detaljerte referanseverdier i forhold til alder og kjønn anbefales originalartikkelen [2]. Referanseverdier for ganghastighet som selvstendig test er oppgitt i vedlegget.

Registreringsark


dd/mnd/år:

ID/navn:

1. Balansetest

1. Samlede føtter 10 sekunder		1. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> sek
↓		
2. Semi-tandem 10 sekunder		2. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> sek
↓		
3. Tandem 10 sekunder		3. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> sek
↓		
Gå til gangtest		

2. Gangtest





Ganghjelpemidler ved test (kryss av):

1. <input type="checkbox"/> uten	Tid test 1: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> sek
2. <input type="checkbox"/> krykke/stokk (er)	
3. <input type="checkbox"/> rollator	
4. <input type="checkbox"/> Annet (spesifiser) _____	

Tid test 2: sek

3. Reise/ sette seg

	Pre-test		Avslutt
	↓	I stand til	Ikke i stand til
	5 repetisjoner		Setehøyde <input type="text"/> cm
			Tid 5 repetisjoner uten armbuk: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> sek
			Tester: <input type="text"/>



Bjørnar 74 år

- Parkere rullator!
- Egentrening, trening med DHO, trening hos fysio og treningsgruppe
- Bedring av SPPB fra 6 – 12
- CFS fra 4 – 2
- Lagt bort rullator

Oppfølging etter 6mnd.....



Forsterket Utskrivning

SPPB, CFS og Vekt

- SPPB 7,9 – 7,8 Ingen signifikant endring
- CFS 4,5 – 4,4 Ingen signifikant endring
- Vekt 75 – 75 Ingen signifikant endring



Helsestasjon for Eldre

SPPB, CFS og Vekt

- SPPB 7,8 – 8,9 Signifikant endring $p < 0,001$
- CFS 4,0 – 3,7 Signifikant endring $p = 0,001$
- Vekt 73 – 73 Ingen signifikant endring



Tiltak for eldre

Takk, bare bra ...

Takk bare bra... er et kurs i forebygging og mestring av depresjon for personer over 60 år.



Aldring og helse
Nasjonalt senter

Takk, bare bra... kurs for eldre

Takk, bare bra... er tilrettelagt både for personer som ønsker å forebygge depresjon, og for personer som er nedfor eller deprimert. Det gir opplæring og hjelp til selvhjelp for å mestre depressive plager hvor målet er å få en bedre hverdag. På kurset får deltakerne opplæring og innsikt i hvordan deres tankemønstre påvirker egne følelser og handlinger. Målet er at deltakerne lærer teknikker for å etablere nye og mer hensiktsmessige mestringsstrategier for å bedre sin livskvalitet.

Kurset går over ti uker, og hver kursdag har en varighet på to timer.

Evaluering har vist at kurset har god effekt ved depresjon og bedrer kursdeltakernes livskvalitet.



Larvik
kommune

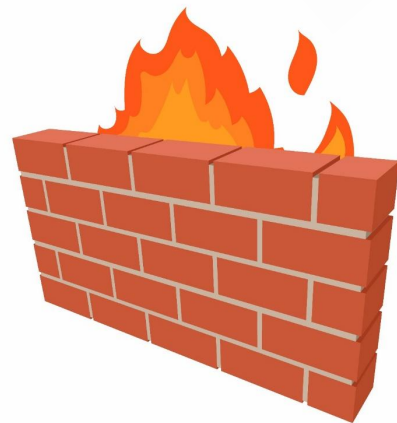
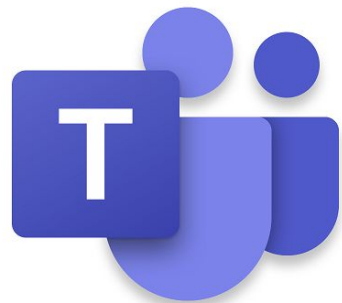


SYKEHUSET I VESTFOLD

IKT forutsetninger

SiV

 **DIPS**



Larvik



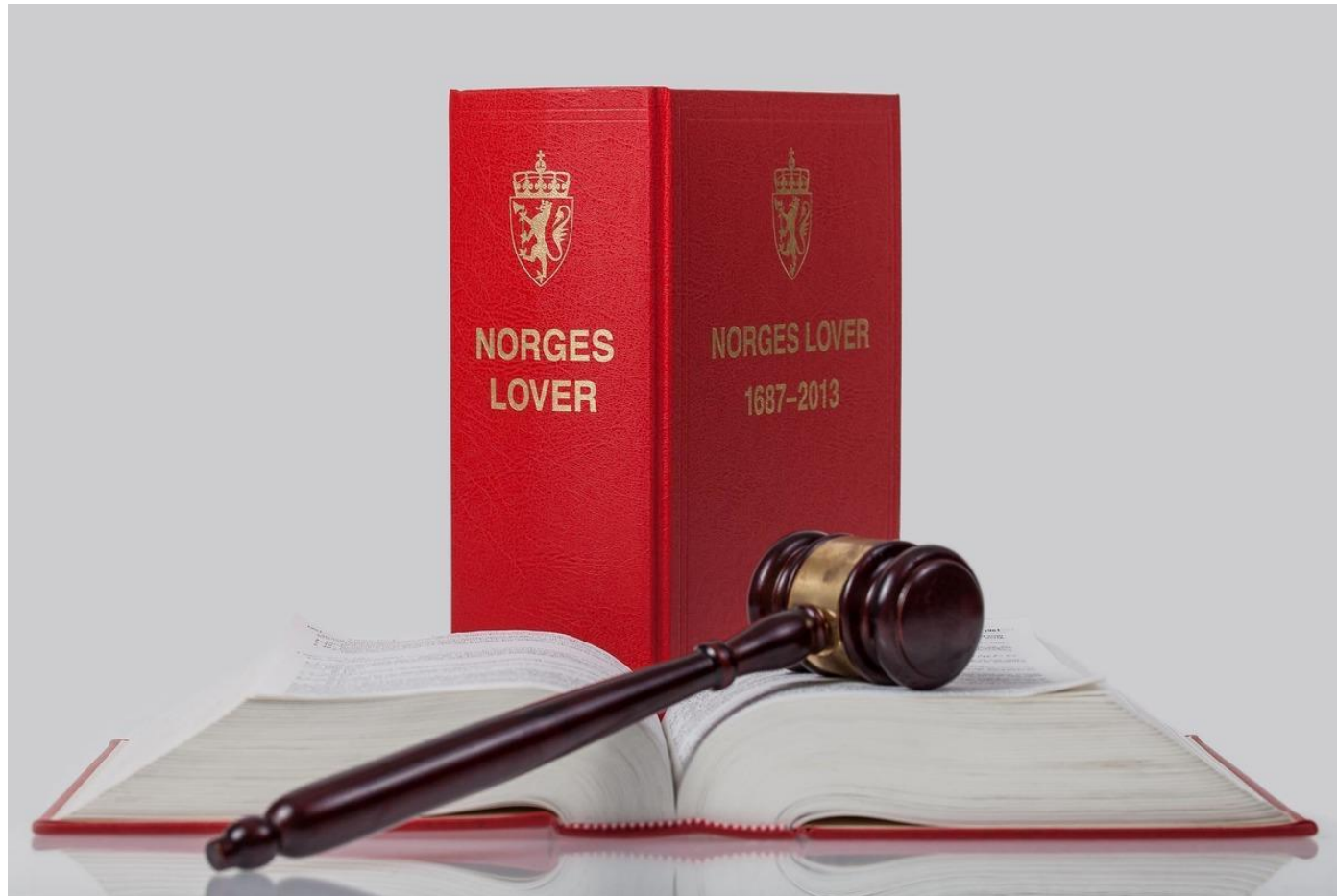
Google

 **dignio**

Andre aktører

infodocID

Lovverk



Meld. St. 24

(2022–2023)

Melding til Stortinget

Fellesskap og meistring

Bu trygt heime



Boks 6.4 Helsestasjon for eldre

Larvik kommune har i samarbeid med sjukehuset i Vestfold opna helsestasjon for eldre. Utgangspunktet for tilbodet er å ta tak i det som er viktig for pasienten for at han eller ho skal kunne bu heime og føle seg trygg. Tilbodet er eit supplement til andre helse- og omsorgstenester. Helsestasjonen kan kontakte fastlege og andre helsetenester i kommunen, eller gi råd og rettleiing om kva pasienten sjølv kan gjere ved lettare helseproblem.

Dei som søker om rullator eller tryggleiksalarm, blir kontakta av helsestasjon for eldre og får tilbod om ei breiare kartlegging med ein tilsett ved helsestasjonen.

Kjelde: Larvik kommune

Meld. St. 9

(2023–2024)

Melding til Stortinget

Nasjonale helse- og samhandlingsplan 2024–2027

Vår felles helsetjeneste



Boks 4.17 Eksempler på gode tjenester rettet mot eldre med skrøpelighet

- *Vitality – integrerte helsetjenester for skrøpelige eldre i Vestfold.* Sykehuset i Vestfold og Larvik kommune utvikler sammen integrerte helsetjenester for eldre pasienter og innbyggere. Hensikten er å gjennomføre en kartlegging av skrøpelighet for å tilpasse behandling og oppfølging av pasienter og innbyggere. Pasientene rekrutteres etter innleggelse på sykehus (forsterket utskrivning) og blant innbyggere som søker om trygghetsalarm og rullator (helsestasjon for eldre). De integrerte helsetjenestene består av et tverrfaglig team hvor Sykehuset i Vestfold har ansatt en eldrehelsetjeneste (sykepleier med geriatrisk videreutdanning), geriater, farmasøyt og helsesekretær og Larvik kommune har ansatt eldrehelsetjeneste (sykepleier), fysioterapeut og ergoterapeut. Sykehuset og kommunen lønner sine ansatte i teamet. Fastleger, hjemmetjeneste og forebyggende helsetjenester blir også involvert.
- *Prosjekt behandlingslinje eldre med brudd* er et samarbeid mellom Diakonhjemmet sykehus og bydelene Ullern, Frogner og Vestre Aker. Det overordnede målet er at riktig pasient sikres riktig omsorgsnivå til rett tid. Sykehuset og bydelene skal innføre et felles kartleggingsverktøy, Clinical Frailty Scale for å vurdere pasientenes nivå av skrøpelighet. Et annet mål for prosjektet er å utvikle en felles retningslinje for tildeling av kommunale tjenester ved utskrivning fra sykehuset for eldre pasienter med brudd. Som en del av prosjektet hospiterer ansatte i bydelene ved Diakonhjemmet sykehus for å få innsikt i arbeidsprosesser og for å bli bedre kjent.
- Modellen *Pasientsentrert helsetjenesteteam* er rettet mot eldre med skrøpelighet og multisykdom og er utarbeidet ved Universitets-sykehuset Nord-Norge og samarbeidende kommuner. Tjenesteformen prøves ut og innføres i flere deler av landet.





Finansiering

- Prosjektfinansiering ut 2024 i SiV
- Spleiselag SiV og Larvik kommune. Vi har mottatt oppstartsstøtte fra HSØ og Statsforvalteren
- Ønsker, og jobber mot implementering i drift i hele helsefellesskapet i 2025
- Hvor skal pengene komme fra?

