

# Integrerte helsetenester for eldre (65 år +) i kommunen



Arbeids- og inkluderingsdepartementet  
Helse- og omsorgsdepartementet  
Kommunal- og distriktdepartementet  
Kultur- og likestillingsdepartementet  
Kunnskapsdepartementet  
Samferdselsdepartementet



Utviklingsavtale mellom regjeringen og KS om videreutvikling av gode lokalsamfunn og bærekraftige velferdstjenester



## Meld. St. 24

(2022–2023)

Melding til Stortinget

### Fellesskap og meistring

Bu trygt heime



## Oppdraget

- Eldre med skrøpeligheit er en av fem prioriterte pasientgrupper for samarbeid i Helsefellesskapene og oppdraget er forankret i [Nasjonal helse – og samhandlingsplan 2024 -2027](#)
- Forskjeller i begrepsbruk og -forståelse kan være en barriere for god samhandling mellom kommuner og sykehus om pasientbehandling, ikke minst i samarbeidet om eldre med skrøpeligheit.*
- Helsedirektoratet bes utarbeide forslag til en felles metode for å vurdere og beskrive funksjonsnivå og skrøpeligheit på. Forslaget må inkludere vurderinger av forutsetninger for implementering og i bruktagelse i klinisk praksis, herunder innføring i journalsystemer og øvrige digitale forutsetninger. Økonomiske og administrative konsekvenser bes i denne fasen vurdert på et overordnet nivå. Relevante aktører i helse- og omsorgstjenesten skal involveres i arbeidet*



## Meld. St. 9

(2023–2024)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027

Vår felles helsegeneste

## Integrated care for older people

Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity



# Vil true berekrafta i vår felles helse- og omsorgsteneste!

- **Ålesund kommune: 2021 – 2036: befolkninga over 80 år vil auke frå 2980 til 5475.**
- Felleskap og meistring Meld. St. 24 (2022–2023) (regjeringen.no), s 11, - ei reformmelding med mål om at eldre kan bu trygt heime
  1. Framskrivingar fram til 2040 i syner at personar over 70 år vil stå for så å seie all forventa auke i bruk av offentlege helse- og omsorgstenester.
  2. Fleire og fleire bur åleine og vil ha mindre tilgang til uformell omsorg frå nære pårørande.
  3. Styringsinformasjon frå Helsedirektoratet til helsefellesskapa i landet syner at eldre mellom 80 og 89 år med tenester frå kommunen har vesentleg dårlegare funksjonsnivå og har då eit større bistandsbehov enn dei mellom 75 og 79 år. Kvinner er meir skrøpelege med menn og spesielt i årsklassa mellom 80-89 år. PowerPoint-presentasjon (helsedirektoratet.no)
  4. Demenstilfelle vil fordoble seg fram mot 2050. I Møre og Romsdal vil demensandelen auke med 76,71% frå 2021 til 2040 Fylkesstatistikk
- **Behovet for helse- og omsorgstenester blir utsett gjennom betre planlegging, styrkt førebygging og meir målretta tenester.**
- **ER VI TREFFSIKRE NOK?**

# Korleis bidra til at eldre kan bu trygt heim lenger?

- Ein ynskjer å kome tidlegare inn for å førebygge funksjonsfall gjennom reversering av skrøpelegheit slik at behovet for helse- og omsorgstenester blir utsett gjennom **betre planlegging, styrkt førebygging og meir målretta tenester** [Meld. St. 24 \(2022–2023\)](#) ([regjeringen.no](https://www.regjeringen.no))
- Forsking syner at t.d. **demens** i nokon grad kan førebyggast ved å sette fokus på risikofaktorane [Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission - ScienceDirect.](#)
- **Har vi råd til å la vere i førebygge?**

# Vi må begynne å snakke om skrøpelegheit og kva som kan førebyggast!!

**Skrøpelighet er mer utbredt i Norge enn tidligere europeiske studier antydnet. Ifølge eksperter er begrepet tabubelagt, så nær sagt ingen vil snakke om det.**

– Det tankevekkende er at flere eldre enn vi har trodd, lever med skrøpelighet. Samtidig er andelen lav i aldersgruppa 70 til 74 år, og **vi kan håpe det satses på å forebygge, utsette og bremse skrøpelighet i fremtiden**, sier forsker Ingebjørg Lavrantsdatter Kyrдалen ved Nasjonalt senter for aldring og helse til NTB.

Skrøpelighet beskrives innen medisin som at man har **reduisert motstandskraft mot sykdom**. I Kyrdalens studie er deltakerne vurdert med skrøpelighet når de har langsom gange, svakt håndtrykk, føler seg utmattet, går raskt ned i vekt og har vansker med dagligdagse aktiviteter.

– Personer med skrøpelighet kan bli uverdigg behandlet i helsevesenet og samfunnet, og det må vi unngå. Vi må bryte opp stereotyper og vise at fødselsdato alene sier veldig lite om funksjon. Vi må forstå hva skrøpelighet er, og håndtere det sammen, sier Kyrдалen.

[Mange vegrer seg for å snakke om skrøpelighet \(sykepleien.no\)](https://sykepleien.no)

NYHETER | PUBLISERT 30.09.2024

## Mange vegrer seg for å snakke om skrøpelighet

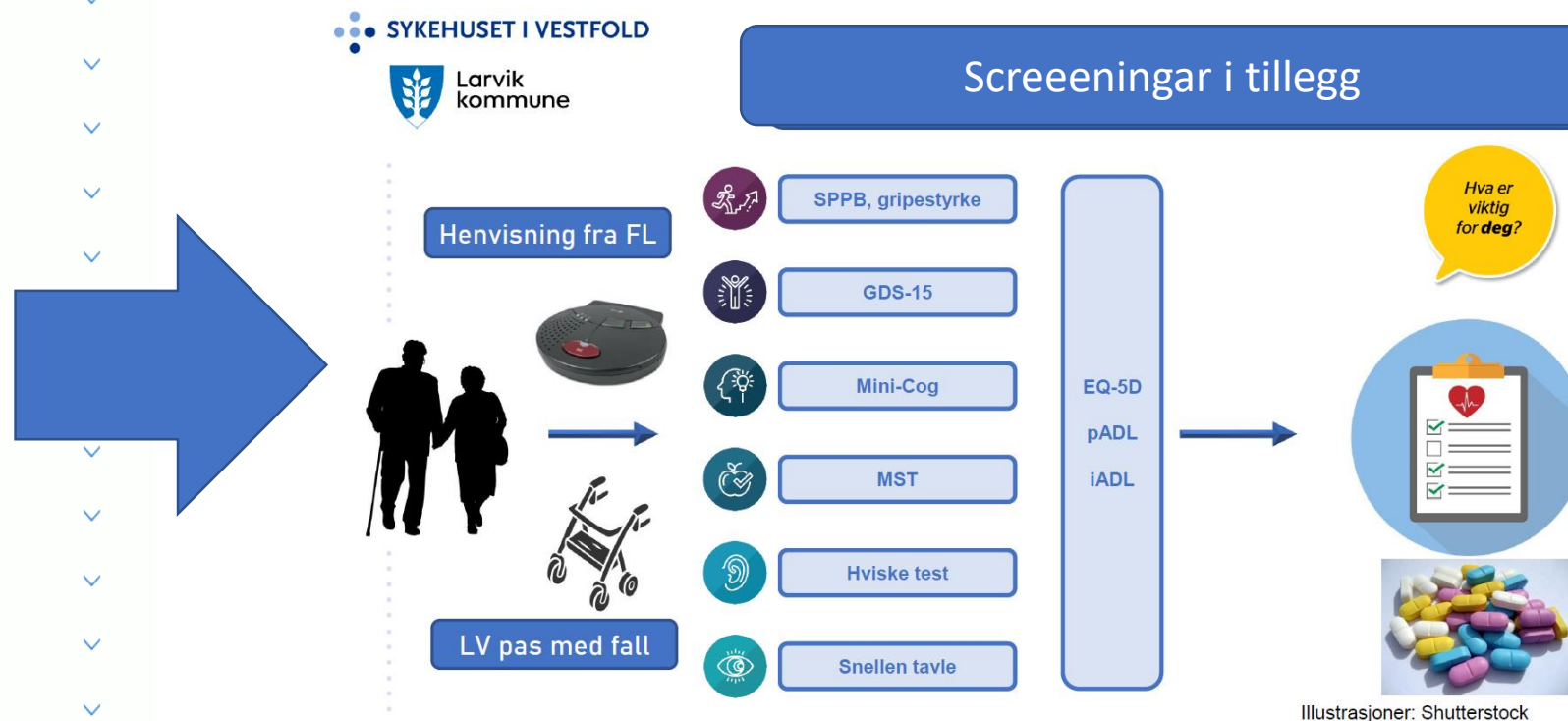




## 4. Funksjonsvariablene

- Alminnelig husarbeid
- Skaffe seg varer og tjenester
- Personlig hygiene
- På- og avkledning
- Toalett
- Lage mat
- Spise
- Bevege seg innendørs
- Bevege seg utendørs
- Ivareta egen helse
- Hukommelse
- Kommunikasjon
- Beslutninger i dagliglivet
- Ivareta egen økonomi
- Sosial deltakelse
- Styre atferd
- Syn
- Hørsel
- Opplevelse av trygghet
- Initiativevne

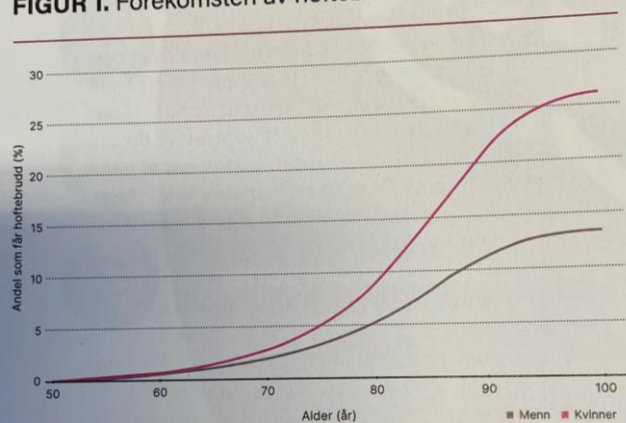
# Samanhengar!?



Førebygge innlegging pga f.eks. fall, dehydrering.  
Førebygge auka behov for tenester i kommunen.

# Osteoporose

FIGUR 1. Forekomsten av hoftebrudd i Norge



Figuren viser andelen av befolkningen som får et hoftebrudd i løpet av livet. Tallene er basert på alle hoftebrudd i Norge i perioden 2002-2019. Kilde: Norske epidemiologiske osteoporosestudier (Norepos)

«I Norge skjer det et nytt hoftebrudd omtrent hver time.»

## Omkostningene er store

Bruddskader vil endre livet til mange eldre, som går fra å være aktive og selvhjulpne til å trenge omsorg og pleie. Vellykket forebygging kan gi store besparelser. I beregninger med utgangspunkt i det globale sykdomsbyrde-rammeverket Global Burden of Disease var fall den nest dyreste enkelttilstanden i Norge etter demens i 2019 (7).

Hoftebrudd er blant tilstandene som krever mest ressurser i spesialisthelsetjenesten for eldre over 80 år. Disse bruddene anslås å koste til sammen 9 milliarder kroner årlig (8). Den største andelen av kostnadene er knyttet til kommunale tjenester som hjemmebasert omsorg og sykehjem.

Omkostninger relatert til andre typer brudd, smerter, tap av livskvalitet og sykmeldinger for yrkesaktive er ikke medregnet. Etter et hoftebrudd vil mange ikke komme tilbake til funksjonsnivået de hadde før skaden. Blant hjemmeboende over 70 år som fikk et hoftebrudd i Trondheim, kunne bare 13 prosent dra rett hjem etter behandlingen.

## Antallet hoftebrudd vil øke

FIGUR 3. Risikofaktorer for redusert bentetthet og fall

### REDUSERT BENTETTHET (OSTEOPOROSE)

- Redusert bentetthet (osteoporose)
- Lav vekt og vekttap
- Dårlig ernæringsstatus
- D-vitaminmangel og lavt kalsiumopptak
- Fysisk inaktivitet
- Røyking
- Høyt inntak av alkohol
- Langvarig kortisonbehandling

### FALL

- Fall
- Muskelstyrke
- Balanse
- Bevegelighet
- Fottøy
- Syn
- Hørsel
- Dårlig belysning, løse tepper, snuble- og sklifeller
- Urininkontinens
- Høyt inntak av alkohol
- Beroligende legemidler
- Sterke smertestillende legemidler (opioider)

Figuren gir en oversikt over påvirkbare risikofaktorer for redusert bentetthet og fall. Kilde: Helsedirektoratet (16)

## FAGARTIKKEL:

Mange skrøpelige eldre går glipp av viktig osteoporosebehandling. Zoledronsyre kan være nøkkelen til bedre livskvalitet.

# Zoledronsyre HALVERER RISIKOEN FOR ALVORLIGE BRUDD HOS ELDRE



RUTH AGA

Overlege, skadelegevakten, Oslo universitetssykehus



# Har vi nok merksemd på utfordringar og løysingar?

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.

## CLINICAL FRAILTY SCALE NORWEGIAN

	<b>1</b>	<b>VELDIG SPREK</b>	Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.
	<b>2</b>	<b>SPREK</b>	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.
	<b>3</b>	<b>KLARER SEG BRA</b>	Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.
	<b>4</b>	<b>LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET</b>	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpent. 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 ildagen.
	<b>5</b>	<b>LEVER MED MILD SKRØPELIGHET</b>	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.
	<b>6</b>	<b>LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET</b>	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).
	<b>7</b>	<b>LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	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).
	<b>8</b>	<b>LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.
	<b>9</b>	<b>TERMINALT SYK</b>	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).

# 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





# Multisjuke eldre



Gode pasientforløp har bidratt til mer helhetlige, trygge og koordinerte pasientforløp

SINTEF har evaluert satsingen Gode pasientforløp for KS. Resultatene viser at kommuner og sykehus som har deltatt i læringsnettverk har gjort mye forbedringsarbeid for å utvikle mer systematiske pasientforløp og styrke brukermedvirkningen.

  
Kommune-  
helsetjenesten

  
Spesialist-  
helsetjenesten



## Henvendelse til hjemmetjenesten

Henvendelse fra:  
- Pasient eller pårørende  
- Hjemmetjenesten  
- Sykehjem  
- Fysio  
- DPS  
- Fastlege  
- Legevakt

Vurdering av henvendelse  
Mottak  
Verktøy tilgjengelige

Forberede hjemkomst  
Hjemmetjeneste  
Verktøy tilgjengelige

Korttidsopphold på institusjon  
Sykehjem

Langtidsopphold på institusjon  
Sykehjem



## Oppfølging i hjemmet

Første vurderingsbesøk etter 3 dager  
Hjemmetjeneste  
Verktøy tilgjengelige

Oppfølging med fastlege etter 14 dager  
Fastlege  
Verktøy tilgjengelige

Evalueringsbesøk etter 4 uker, så hver 6. mnd  
Hjemmetjeneste  
Verktøy tilgjengelige



## Hvis tilstanden forverres

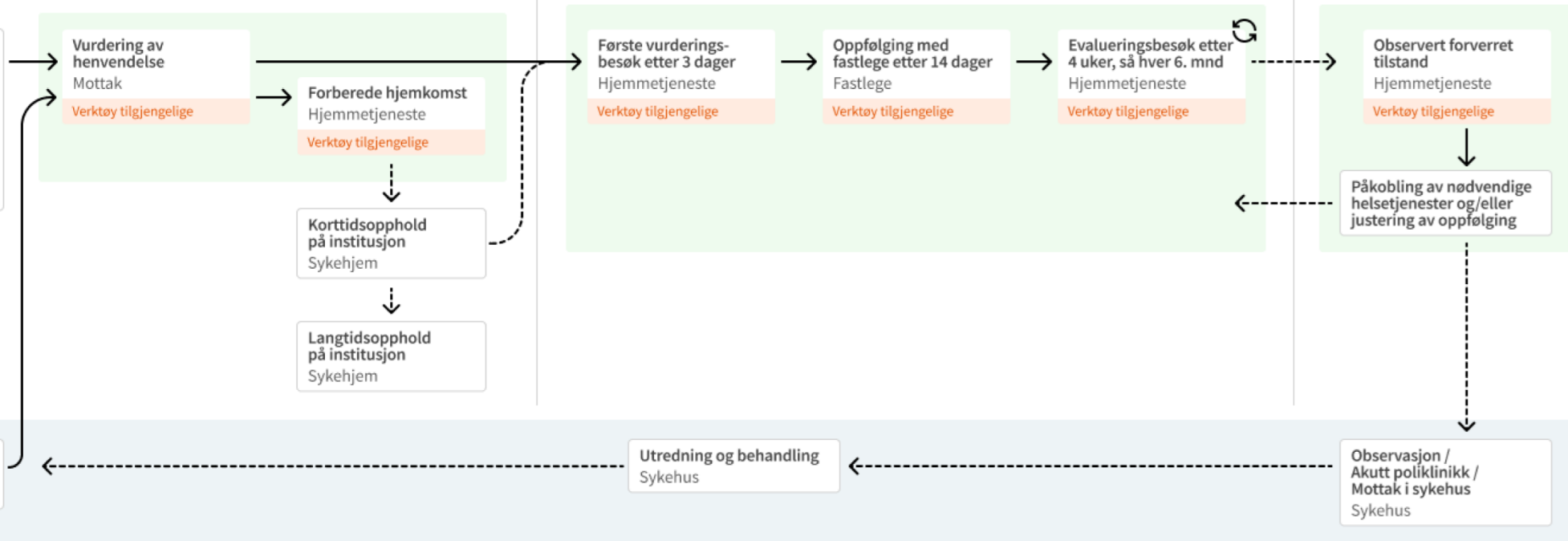
Observert forverret tilstand  
Hjemmetjeneste  
Verktøy tilgjengelige

Påkobling av nødvendige helsetjenester og/eller justering av oppfølging

Observasjon / Akutt poliklinikk / Mottak i sykehus  
Sykehus

Utredning og behandling  
Sykehus

Utskriving fra spesialisthelsetjenesten  
Sykehus



# Integrerte helsetenester

Henvising fra FL

- SPPB, gripestyrke
- GDS-15
- Mini-Cog
- MST
- Hviske test
- Snellen tavle

EQ-5D  
pADL  
IADL

Hva er viktig for deg?



Illustrasjoner: Shutterstock

LV pas med fall

# Forsterket utskrivning



DIGITALE HELSETENESTER

## HMR Nær

Vi flytter helsetenestene nærare pasientane. I Helse Møre og Romsdal ønsker vi ved hjelp av teknologi, å tilby heile eller delar av behandling og oppfølging der du er. Det betyr at du slepp å reise til sjukehuset og kan få nødvendig oppfølging i eigen heim.



Oppfølging i hjemmet

# Forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid

Nasjonale faglige råd

Først publisert: 06. desember 2023  
Siste faglige endring: 06. desember 2023



Henvendelse til hjemmetjenesten

Henvendelse fra:  
- Pasient eller pårørende  
- Hjemmetjenesten  
- Sykehjem  
- Fysio  
- DPS  
- Fastlege  
- Legevakt

Vurdering av henvendelse  
Mottak  
Verktøy tilgjengelige

Forberede hjemkomst  
Hjemmetjeneste  
Verktøy tilgjengelige

Korttidsopphold på institusjon  
Sykehjem

Langtidsopphold på institusjon  
Sykehjem

Første vurderingsbesøk etter 3 dager  
Hjemmetjeneste  
Verktøy tilgjengelige

Oppfølging med fastlege etter 14 dager  
Fastlege  
Verktøy tilgjengelige

Evalueringsbesøk etter 4 uker, så hver 6. mnd  
Hjemmetjeneste  
Verktøy tilgjengelige

Observert forverret tilstand  
Hjemmetjeneste  
Verktøy tilgjengelige

Påkobling av nødvendige helsetjenester og/eller justering av oppfølging

Utskriving fra spesialisthelsetjenesten  
Sykehus

Utredning og behandling  
Sykehus

Observasjon / Akutt poliklinikk / Mottak i sykehus  
Sykehus

# CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN



# PSHT

Sykehusene har i flere tiår omtalt de mest ressurskrevende pasientene som «svingdørspasienter» fordi de akutt-innlegges så ofte.

Ifølge helsestatistikk har de aller fleste av oss minimum tre diagnoser når vi passerer 75 år.

43 prosent flere av pasientene som mottok koordinerte helsetjenester i PSHT, var i live etter seks måneder.

Når man oversetter disse resultatene til tall, betyr det for denne ene studien at 53 mennesker fikk et lengre liv på grunn av PSHT.

– De multisyke er en ny gruppe pasienter, som ikke var så vanlig før. Nå må vi møte nye behov med ny organisering.

– **Vi har nå en politisk bestilling fra Stortinget som tar til orde for å sette pasienten i sentrum og gi pasienten mer makt. PSHT lar pasientens mål få makt, og det endrer alt, sier Gro Rosvold Berntsen.**



Gro Rosvold Berntsen, Markus Rumpsfeld og Monika Dalbakk er blant de står bak forskningen som viser at pasienter som får koordinerte helsetjenester har 43 prosent bedre overlevelse enn de som får oppleve det vanlige helsesystemet. (Foto: Jan Fredrik Frantzen / UNN)

## Flere pasienter lever bedre med nytt tilbud

Når helsearbeidere koordinerte et helhetlig helsetilbud rundt hver enkelt pasient, gikk dødeligheten blant eldre, multisyke pasienter ned med 43 prosent. For de aller sykeste av oss er et vanlig helse- og omsorgstilbud i verste fall livsfarlig.



# Integrerte helsetjenester

Ålesund sjukehus



Eldre helsekoordinator  
Ålesund sjukehus

Ålesund kommune



Eldre helsekoordinator  
Ålesund kommune

Andre aktører



- Fastleger
- Hjemmetjenesten
- Hukommelsesteam

Helseplattformen  
NTNU



Forsterka utskriving inkludert  
palliativt og digital  
heimeoppfølging



Helsestasjon for eldre  
Ålesund kommune



# Helsestasjon for eldre - HE

BEHANDLING

## Heimeoppfølging av skrøpelege eldre (PSHT)

### Forhåndssamtaler og planlegging ved begrenset forventet levetid

Nasjonale faglige råd

Først publisert: 06. desember 2023  
Siste faglige endring: 06. desember 2023

Henvising fra FL



LV pas med fall

Kommune-  
helsetjenesten

Spesialist-  
helsetjenesten

- SPPB, gripestyrke
- GDS-15
- Mini-Cog
- MST
- Hviske test
- Snellen tavle

EQ-5D  
pADL  
iADL

Hva er viktig for deg?



Illustrasjoner: Shutterstock

- Henvendelse fra:
- Pasient eller pårørende
  - Hjemmetjenesten
  - Sykehjem
  - Fysio
  - DPS
  - Fastlege
  - Legevakt

Vurdering av henvendelse  
Mottak

Verktøy tilgjengelige

Forberede hjemkomst  
Hjemmetjeneste

Verktøy tilgjengelige

Korttidsopphold på institusjon  
Sykehjem

Langtidsopphold på institusjon  
Sykehjem

Oppfølging i hjemmet



Første vurderingsbesøk etter 3 dager  
Hjemmetjeneste

Verktøy tilgjengelige

Oppfølging med fastlege etter 14 dager  
Fastlege

Verktøy tilgjengelige

Evalueringsbesøk etter 4 uker, så hver 6. mnd  
Hjemmetjeneste

Verktøy tilgjengelige

Observert forverret tilstand  
Hjemmetjeneste

Verktøy tilgjengelige

Påkobling av nødvendige helsetjenester og/eller justering av oppfølging

### Aktivitetsvenn

Gjennom tilbudet Aktivitetsvenn får mennesker med demens flere aktiviteter og gode opplevelser i hverdagen.

### Sterk og stødig

Førebyggjande gruppetrening for seniorar i alderen 65+.

#### Kva

Det er gruppetrening for deg som er over 65 år og bur heime. Du kan gå utan hjelpemiddel inne, men opplever at balansen og styrken i beina ikkje er som før.

Hovudfokus er styrketrening for bein og balansenetrening. Vi trener for det meste ståande og litt sittande. Du kan støtte deg til ein stol ved behov.

Gruppene blir leia av frivillige instruktørar som er kvalifiserte gjennom Sterk og stødig instruktørkurs. Fysioterapeutar er retteliarar for instruktørane, og administrerer tilbudet i kommunen.

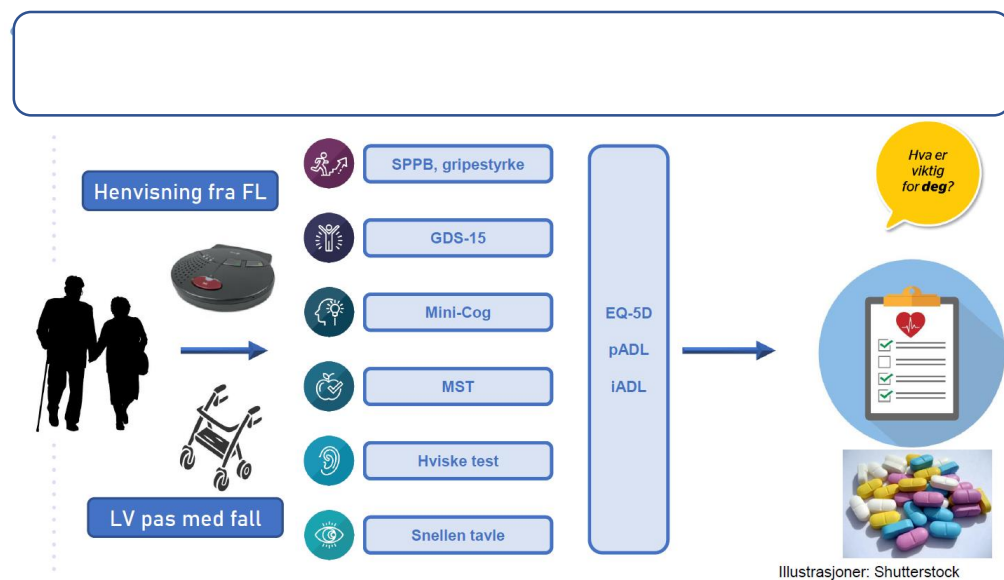
Utredning og behandling  
Sykehus

Observasjon / Akutt poliklinikk / Mottak i sykehus  
Sykehus

## CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN



# Kan vi bli endå meir treffsikre og intererte?





# WHO guidelines

- WHO har definert integrated care som **helsetjenester som ytes på tvers av forvaltningsnivåer av multidisiplinære team uavhengig av diagnose** for å gi individuelle pasienter skreddersydde behandlingstjenester etter sine særskilte behov.
- WHO har vidare kunnskapsbaserte anbefalingar og retningslinjer når det gjeld å førebygge, forseinke eller reversere nedgang i fysisk og mental kapasitet hos eldre personar. Dette inkluderer vurdering og oppfølging av fysikk, ernæring, syn, hørsel, kognitiv svikt og mental helse. Desse anbefalingane krev at ein set hovudfokus på den eldre befolkninga, kva som er viktig for den enkelte og behovet for koordinerte helse- og omsorgstenestar.
- [The WHO Guidelines on Integrated Care for Older People \(ICOPE\)](#)
- [Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity \(who.int\)](#)
- *Health care needs include screening, assessment and management of priority health conditions that result in decreased physical and mental capacity and functional ability, so that older people can maintain their autonomy and independence as much as possible. **They include interventions for cognitive decline, limited mobility, falls, physical inactivity and sedentary behaviour, malnutrition, an unhealthy diet, substance abuse, eye conditions and visual impairment, ear diseases and hearing impairment, depressive symptoms and anxiety, polypharmacy, pain, urinary and faecal incontinence, skin pressure injury, infections and oral diseases.***
- ***The interventions for palliative care** include those for improving the quality of both life and death for older people with a serious illness or who are reaching the end of life with one or more debilitating diseases (e.g. dementia, chronic obstructive pulmonary disease, cardiac insufficiency or a musculoskeletal disorder) by preventing and relieving physical, psychological, social and spiritual suffering for themselves and their families. The interventions include regular assessment and management of needs.*
- *The intention of social care and support for older people is to mitigate limitations and optimize functioning by providing help and support in ADL and in IADL, participation in community and social life, ensuring access and transport and provision of assistive products. The aim of interventions for carers is **to support them so that they can sustain a satisfactory, healthy, caring relationship.** They include creating and strengthening support networks and enabling community engagement (i.e. psychosocial support) and alleviating the care burden (respite care).*