

# Multisyke i Vestfold

Prosjektleder Marte Wang-Hansen





# Multisyke

Et samhandlingsprosjekt i Vestfold

# Multisykkelighet

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

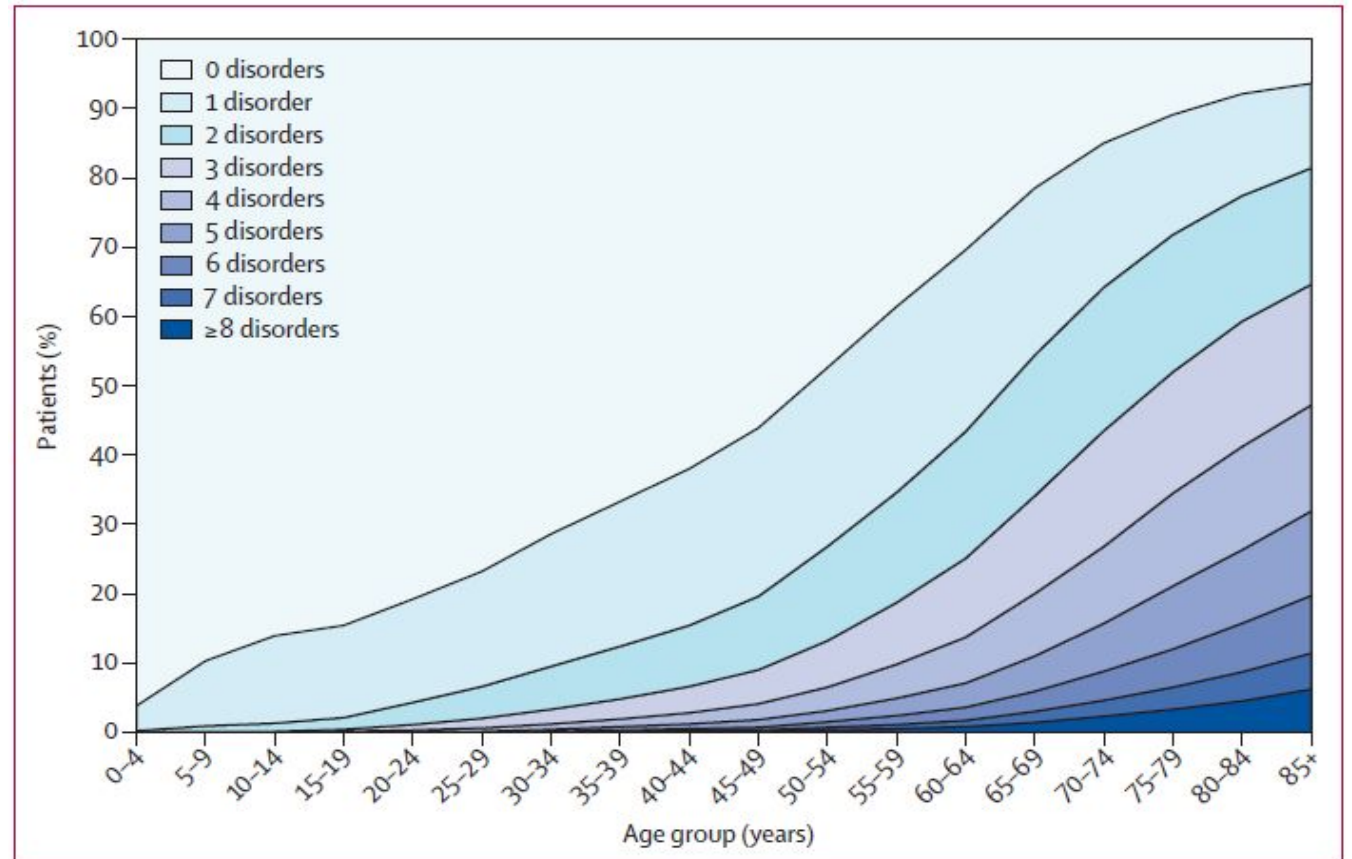
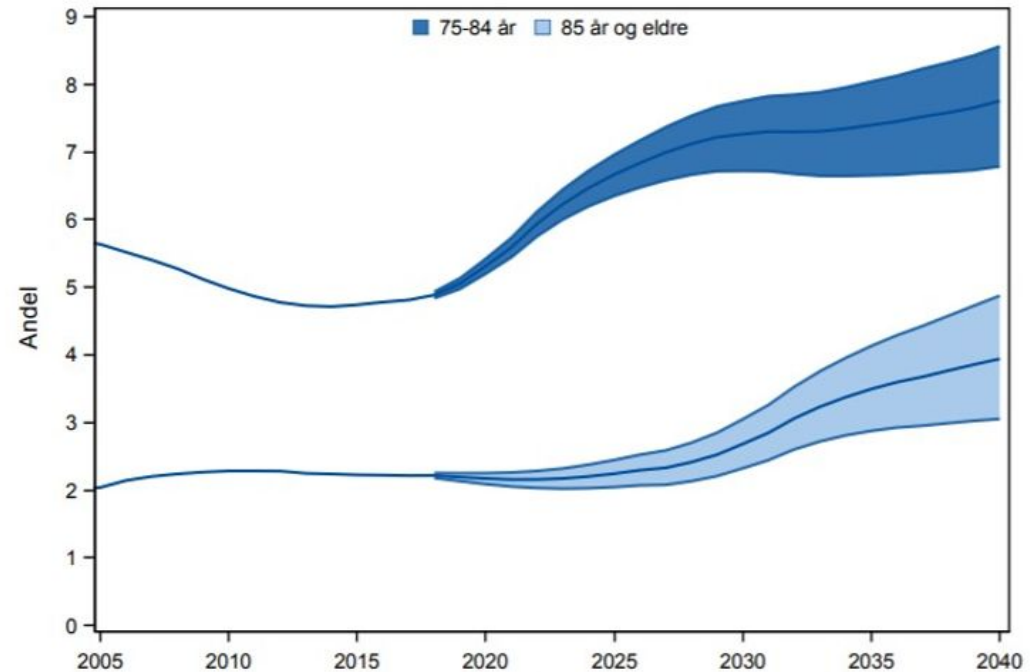
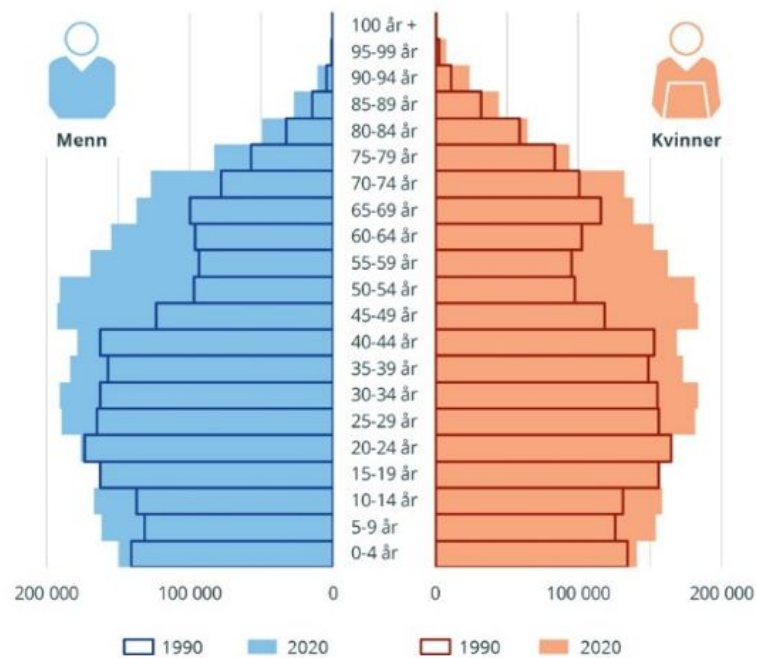


Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

# Fremtidsutsikter





# Frail – Skrøpelig

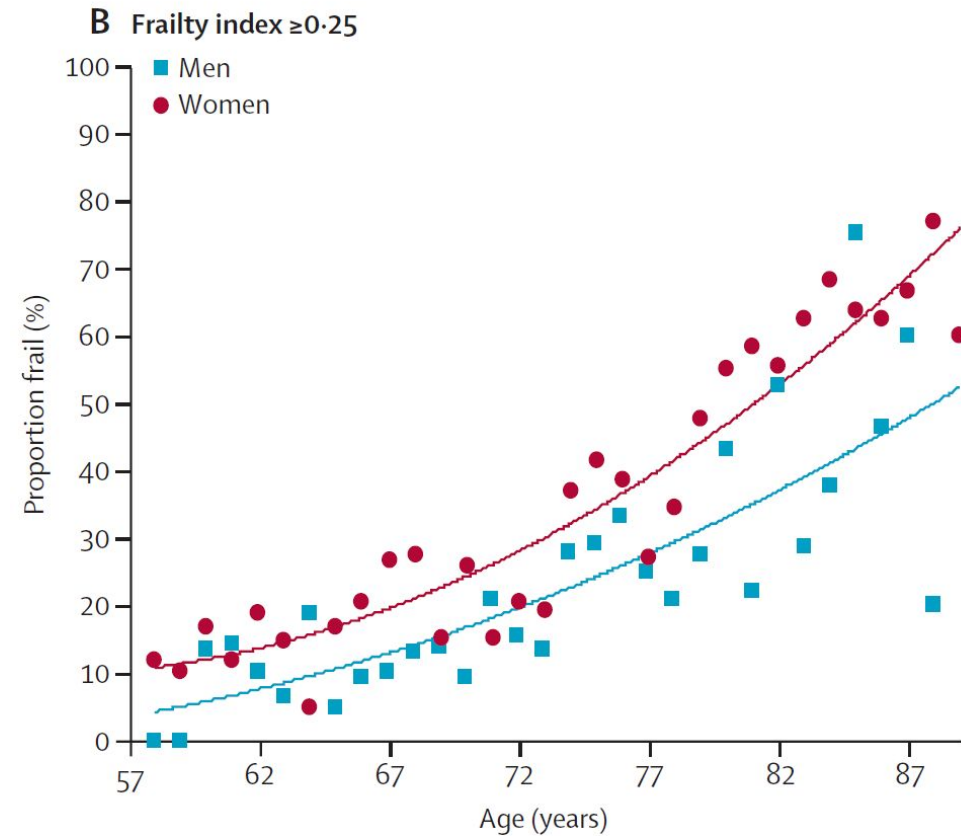
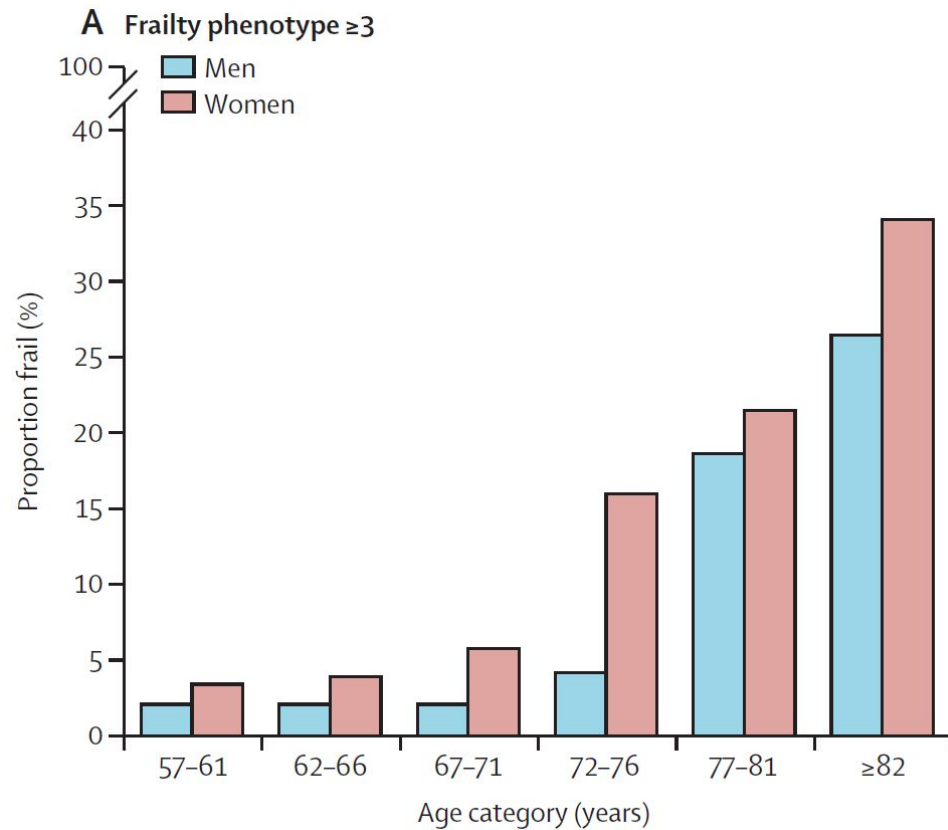




# Frail - skrøpelig

- Økt sårbarhet
- Reduksjon av fysiologiske reserver og redusert funksjon i flere organsystemer □ Redusert respons på stress
- Internasjonal konsensus for fysisk frailty, men ikke enighet om foretrukket diagnostisk verktøy
  1. Multidimensjonal
  2. Ekstrem konsekvens av aldring – ikke alle blir frail...
  3. Dynamisk
- Potensielt mulig å forebygge – tidlig nok innsats

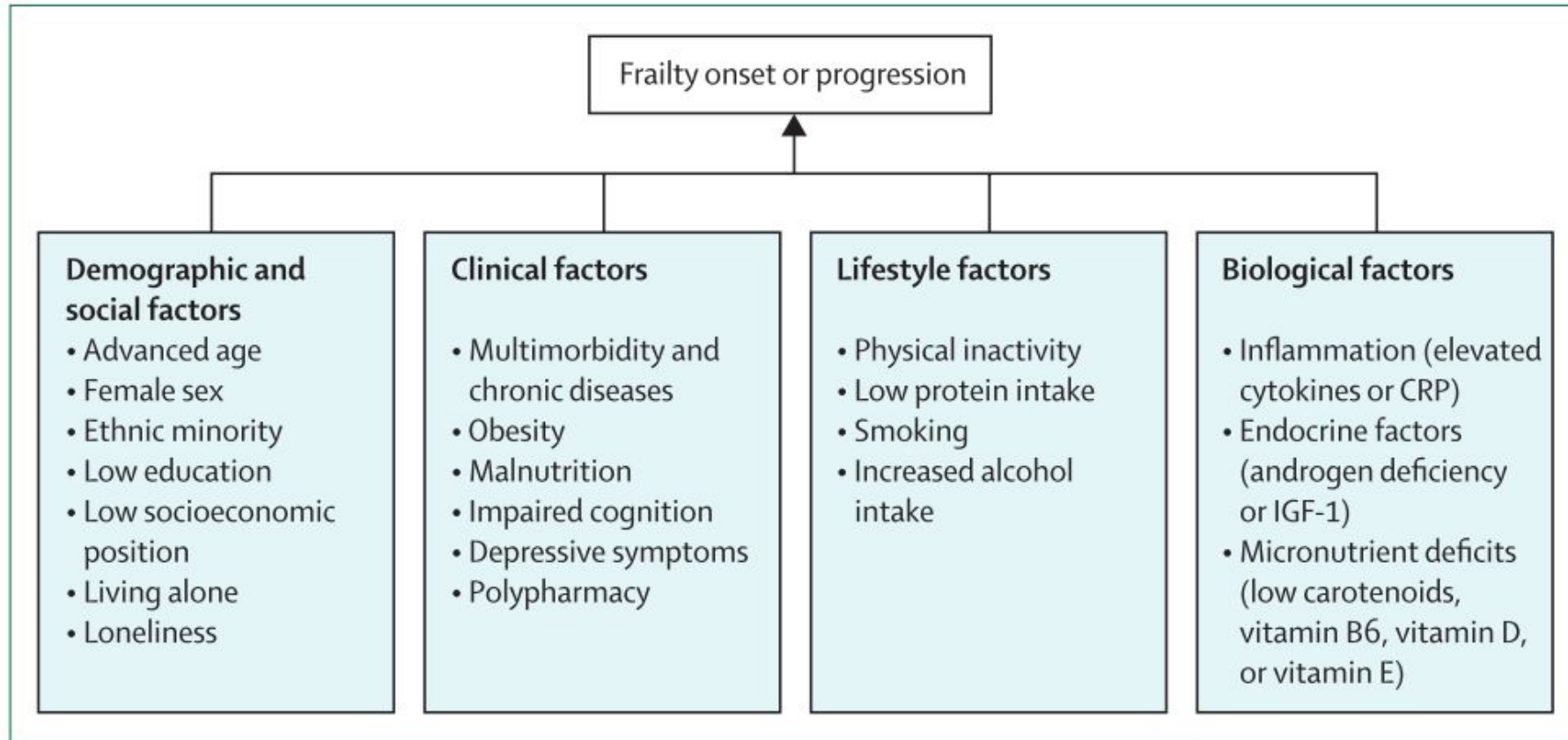
# Skrøpelighet forekomst etter alder og kjønn



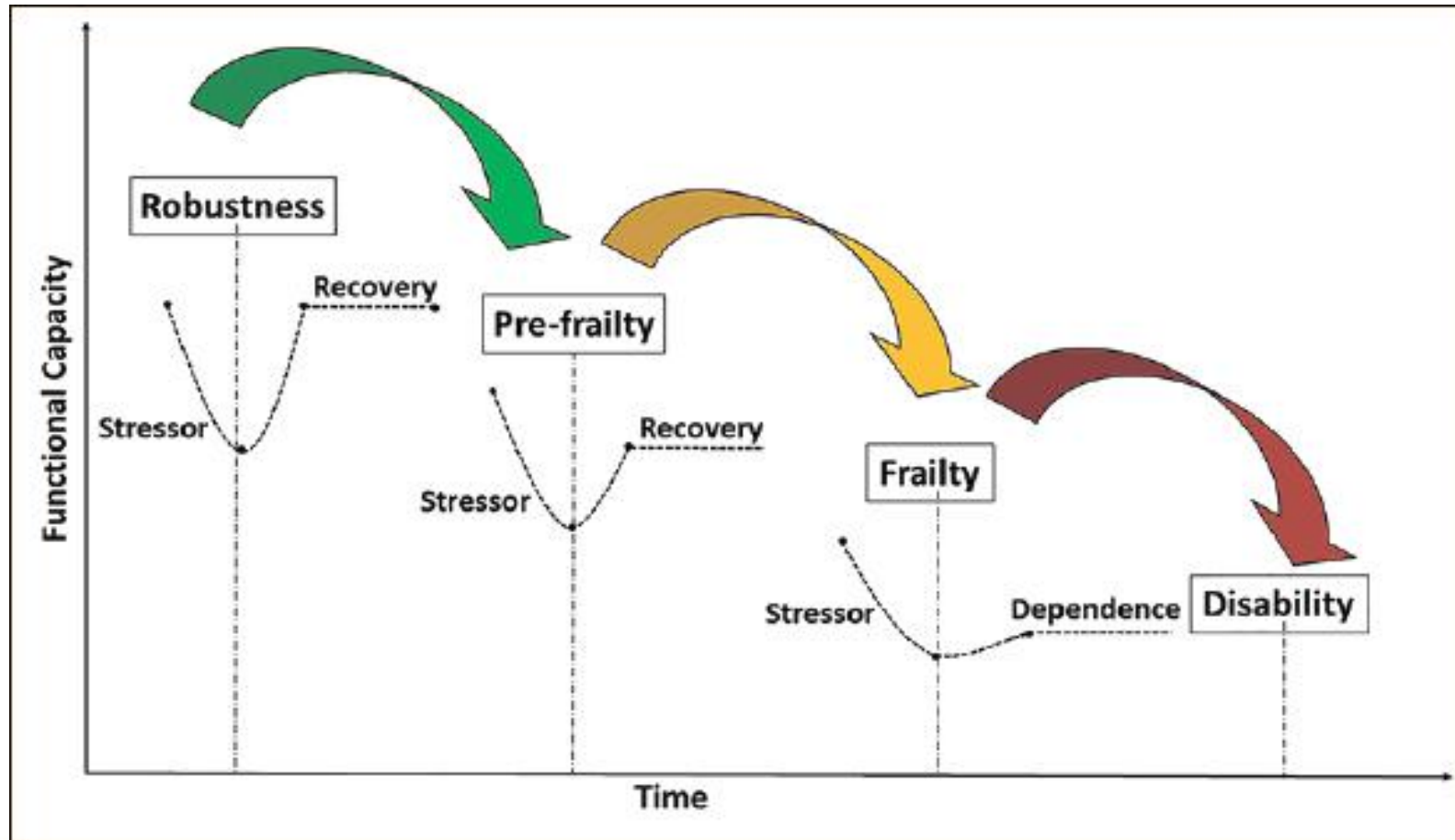
**Figure 1: Frailty prevalence for men and women by age.** Based on the frailty phenotype (A) and frailty index (B) using data from the Longitudinal Aging Study Amsterdam wave F (2005–06).<sup>18</sup>



# Risikofaktorer



# Forløp av skrøpelighet er dynamisk



# Konsekvenser

- Høyere mortalitet
- Økt frekvens av fall, brudd
- Redusert funksjonsnivå
- Ensomhet, depresjon, kognitiv svikt og demens
- Flere sykehusinnleggelseser
- Flere sykehjemsinnleggelseser

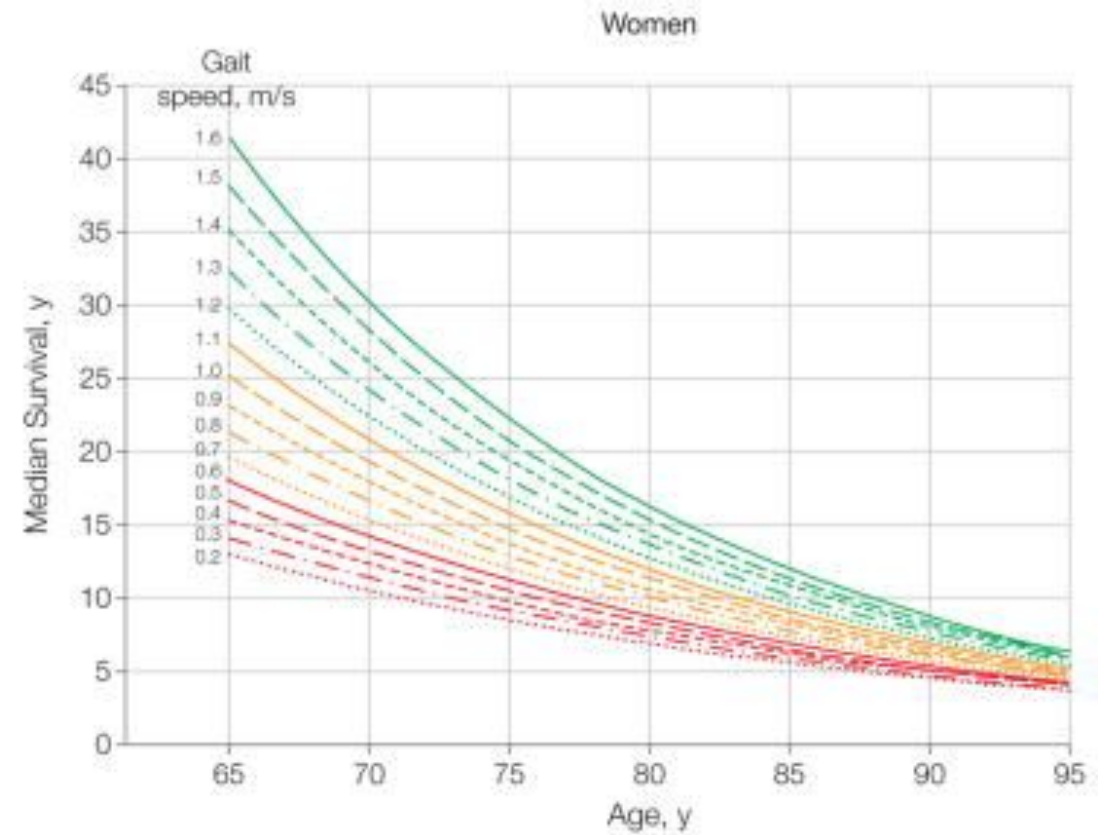
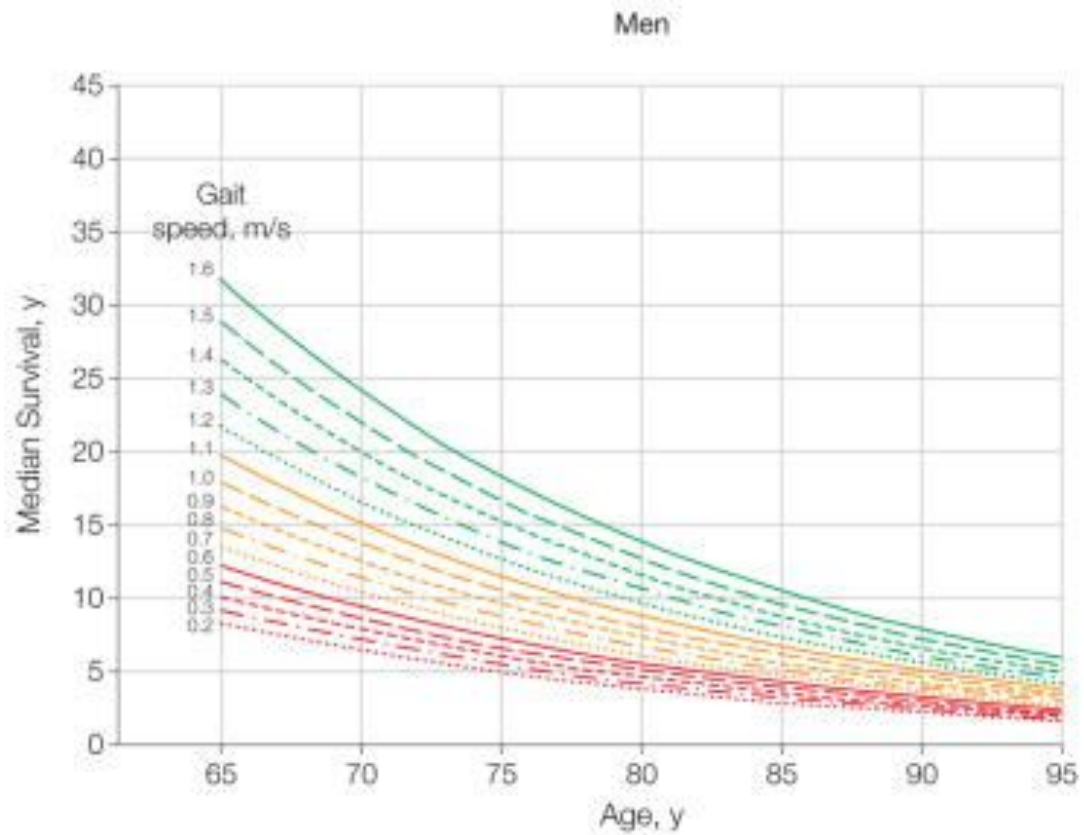


# Måling av skrøpelighet

- **Frailty indikatorer:** ganghastighet eller gripestyrke eller spørreskjema
- **Frailty fenotype skalaer:** summerer funksjons- og fysiologiske variabler (Fried)
- **Frailty indekser:** summerer negative faktorer, både relatert til aldring, funksjonssvikt og sykdom (Rockwood)
- **Bred geriatrisk vurdering (CGA):** multidimensjonal kartlegging av alle aspekter ved frailty, multisykkelighet og funksjonssvikt



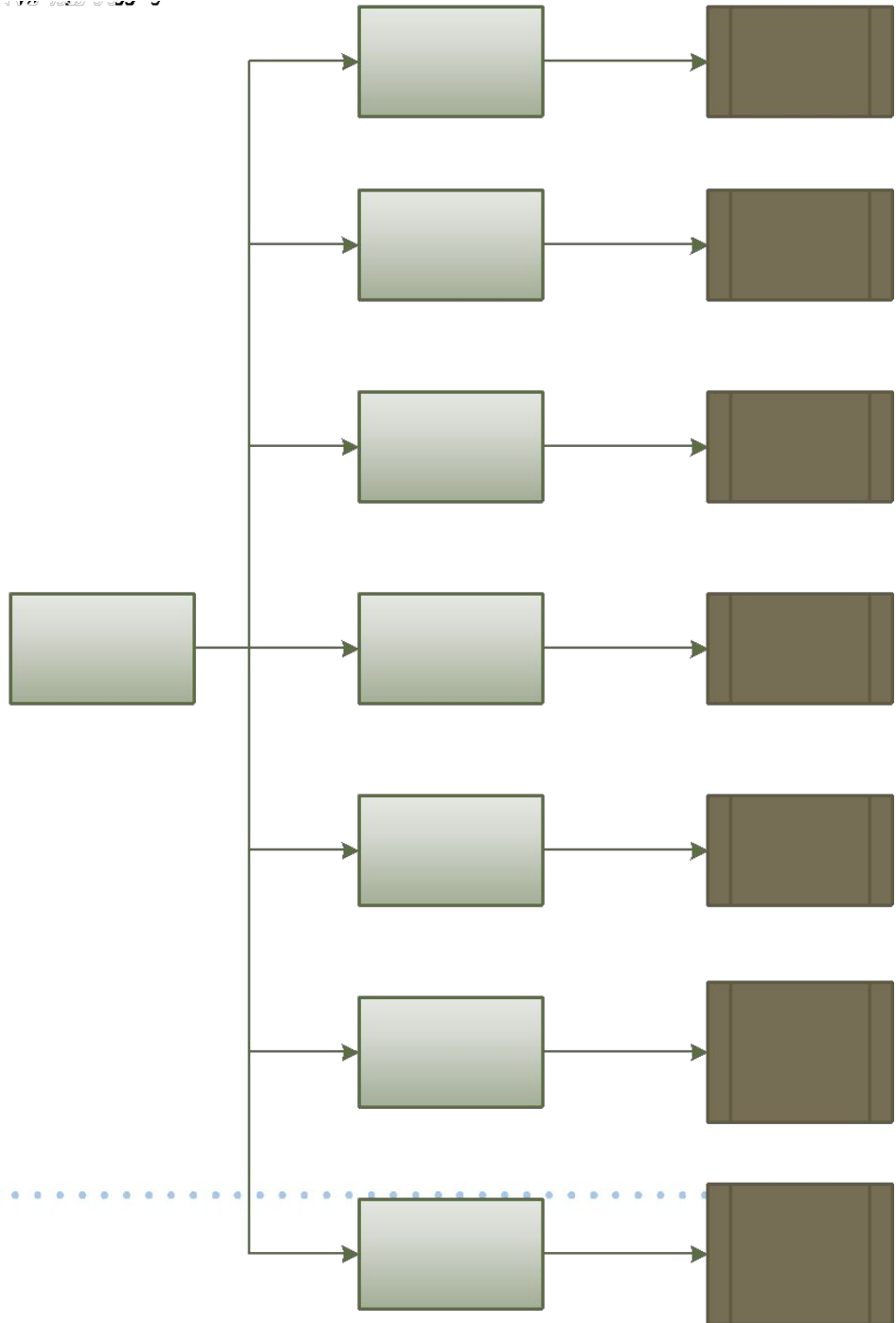
# Ganghastighet





# Måling av frailty

- **Frailty indikatorer:** for eksempel ganghastighet eller gripestyrke
- **Frailty fenotype skalaer:** summerer funksjons- og fysiologiske variabler (Fried)
- **Frailty indekser:** summerer negative faktorer, både relatert til aldring, funksjonssvikt og sykdom (Rockwood)
- **Bred geriatrisk vurdering (CGA):**  
multidimensjonal kartlegging av alle aspekter ved frailty, multisykkelighet og funksjonssvikt



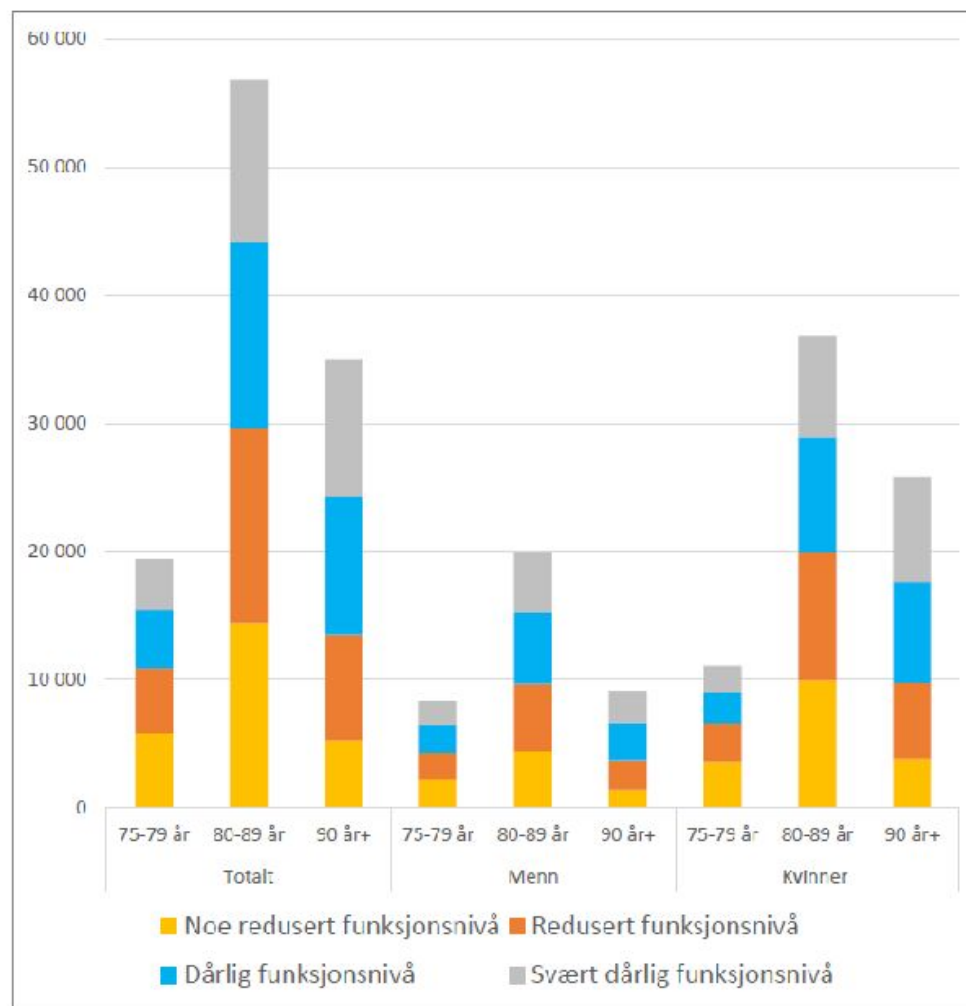
# 1. Definisjon

- Eldre personer 75 år+ som inngår i KPR omsorgstjenestedata 2019
- Har en funksjonsnedsettelse som gir middels/stort eller fullt bistandsbehov
- Tar utgangspunkt i en additiv indeks for bistandsbehov/funksjonsnivå for 10 funksjonsindikatorer

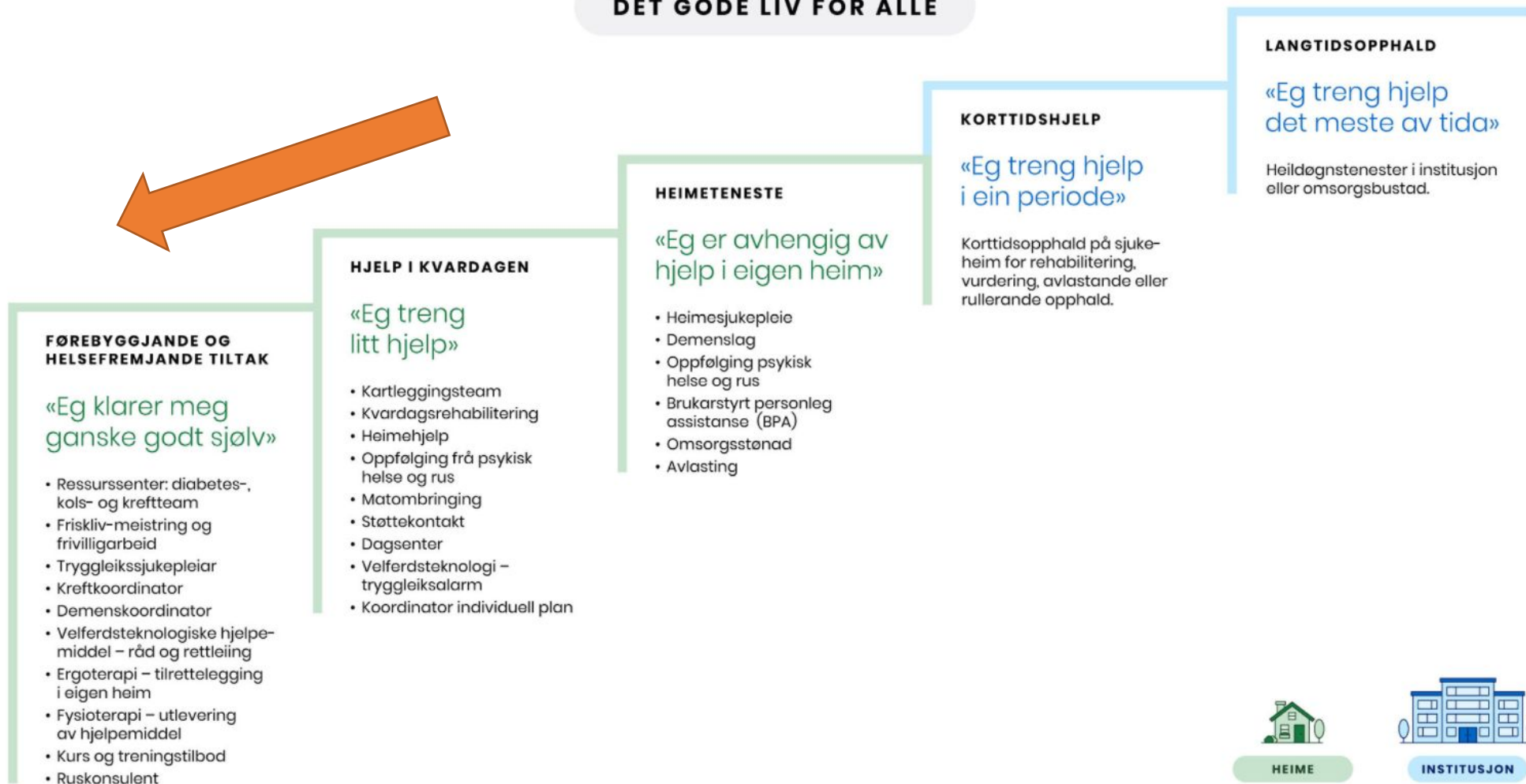
- ✓ Skaffe seg varer og tjenester
- ✓ Ivareta egen helse
- ✓ Personlig hygiene
- ✓ På- og avkledning
- ✓ Spise
- ✓ Toalett
- ✓ Bevege seg innendørs
- ✓ Bevege seg utendørs
- ✓ Hukommelse
- ✓ Styre egen atferd

Helsedirektoratet

Antall personer med ulike funksjonsnivå etter alder og kjønn. Data fra KPR 2019.



## DET GODE LIV FOR ALLE

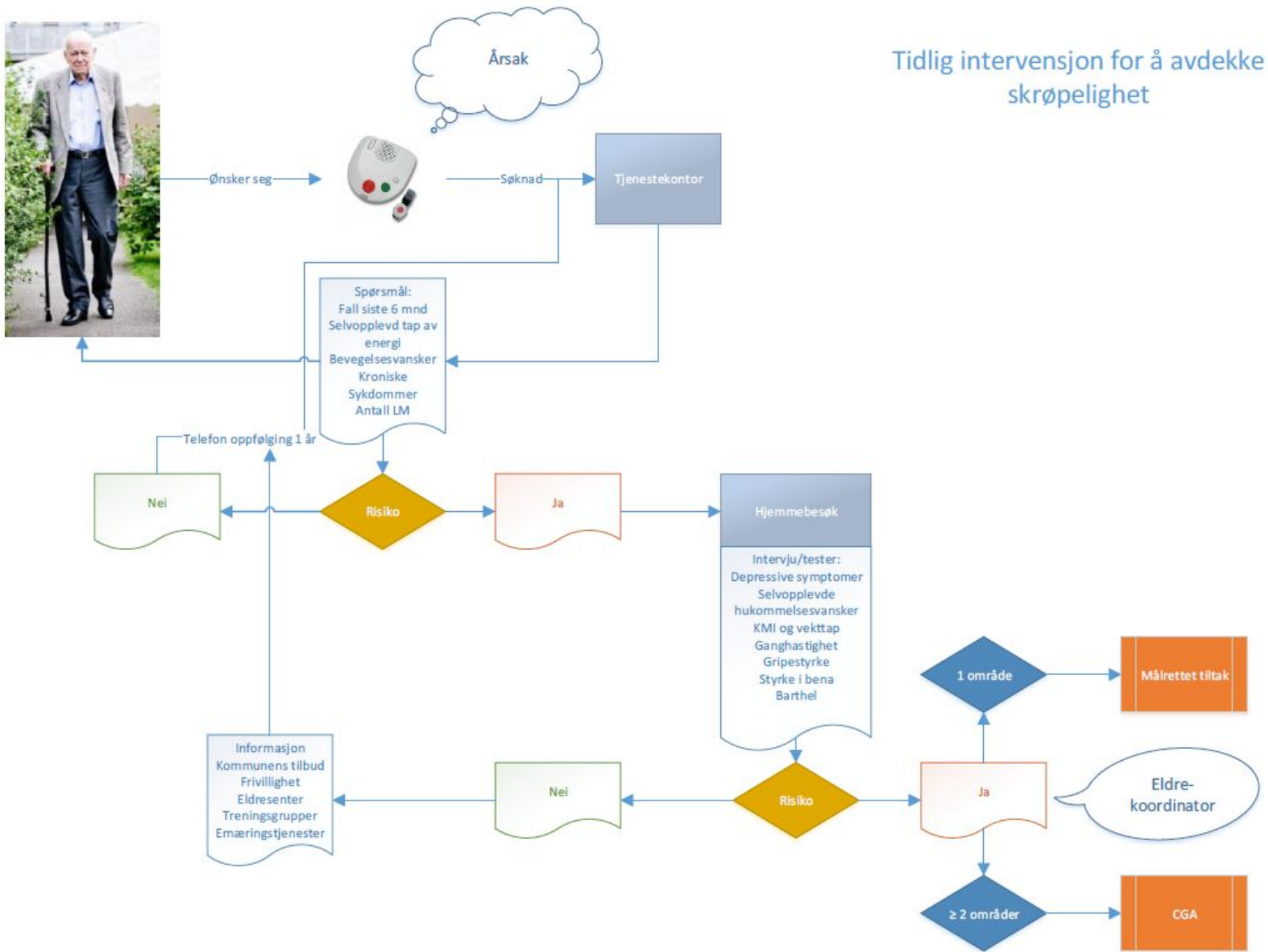


\*Lista er ikkje uttømmande



# Målrettet og systematisk

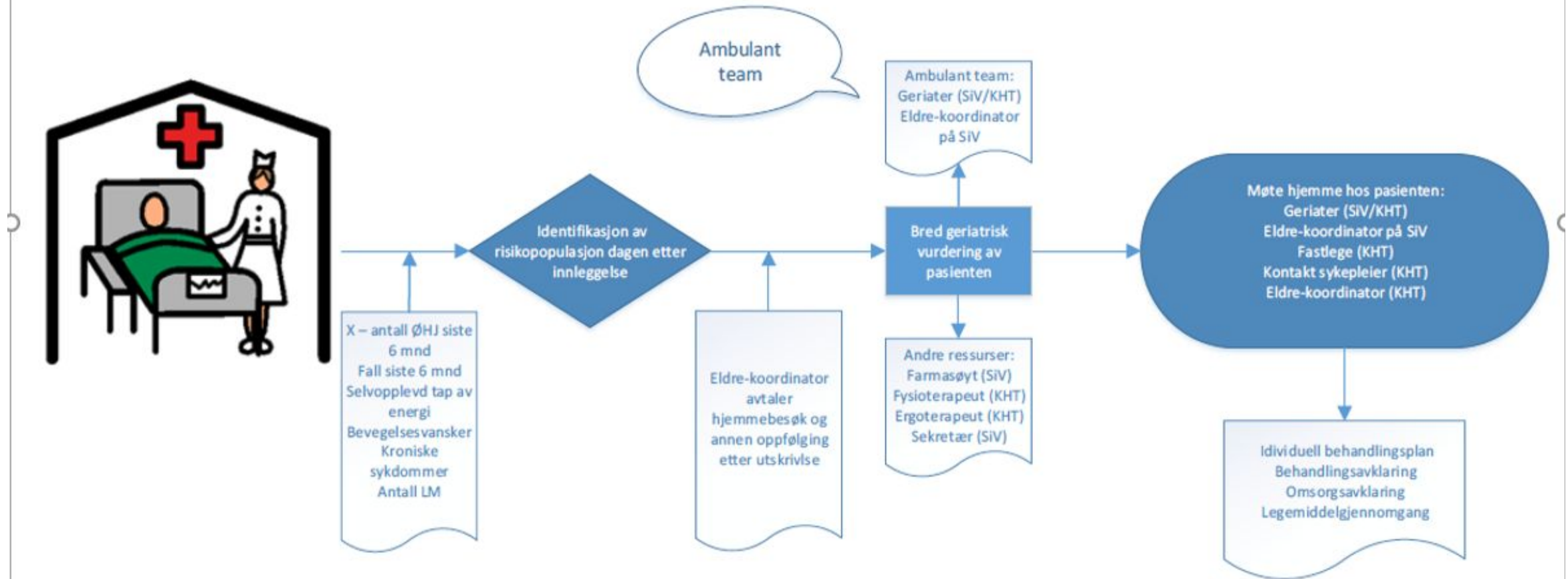




Figur 1: Modell del 1) Tidlig intervensjon for å avdekke skrøpelighet



## Ambulerende tjenester for pasienter med skrøpelighet



Figur 3: Modell del 2) Ambulerende tjenester for pasienter med skrøpelighet

## 4. Oppsummert

Sak fra 17. september 2020  
om institusjonsplasser og  
boliger med heldøgns  
omsorgstjenester, omgjøring  
til 30 plasser fram til 2025,  
(HOM 30/20)

**Bestillingen:** *Spesialiserte  
sykehjemsplasser som skal utvikles  
samtidig med lavterskel tilbud,  
dagsentertilbud og nærmiljøsentrene*

### 1. Økt satsning på avlastning og avklaring

- Styrke dagsentertilbud
- Styrke nærmiljøsentrene
- Økt satsning på lavterskel tilbudet Friskliv & mestring ; fange opp og forbygge. Viktig med tiltak også innen psykisk helse
- Helsehjelpen
- Digital hjemmeoppfølging
- Velferdsteknologi
- Ambulerende tverrfaglige helseteam
- Etablere geriatrisk daghospital i Helsekvartalet
- Fremtidens sykehjem skal være en aktiv avklaringsplass
- Mestre egen helse (Leve hele livet)
- Informasjon og opplæring til brukere, pasienter og pårørende (hjemme, på sykehjemmet, i Helsekvartalet)
- Styrke samarbeid med legevakta og fastlegene (Ny legeplan)

kobles

# Mandatet



Illustrasjon: [colourbox.com](https://www.colourbox.com)

# Målinger - spesialisthelsetjenesten

- Reinnleggelser 5- dager og 30- dager for eldre pasienter (> 70 år) som har hjemmetjenester. Målingen baserer seg på: Reinnleggelser for pasienter > 70 år hvor det er sendt PLO melding under innleggelsen.
- Antall liggedøgn og antall akutte innleggelser av pasienter > 70 år.
- Antall spesialistkonsultasjoner gjennomført av tverrfaglig team utenfor sykehus registrert med koden B0045.
- Andel av akuttinnlagte pasientene > 75 år som er screenet for skrøpelighet i akuttsenteret.

# Primærhelsetjenesten

- Antall pasienter > 70 år med individuell plan og/eller antallet som har oppnevnt koordinator.
- Antall brukere > 70 år hvor det er gjennomført legemiddelgjennomgang og ernæringskartlegging siste år. Målt ved bruk av takstkode 2ld – Legemiddelgjennomgang hos kommunens fastleger.
- Bruk av takstkode 14 tverrfaglig møte for pasienter > 70 år.
- Antall brukere > 70 år med kommunale tjenester som benytter tilbud om fysisk trening, dagsenter og ernæringsoppfølging.
- Varighet på opphold i langtidsinstitusjon for eldre > 70 år. Oppholdets varighet telles fra innleggelse til mors.
- Andel tjenestemottakere > 70 år som har gjennomført IPLOS registrering og vurdering av skrøpelighet innen 14 dager etter første kontakt.

# Pasient og pårørende

- EQ5D 5L – kvalitetsmål for pasientene
- Pårørende belastningsskala/QarerQoL – kvalitetsmål for pårørende



# Resultatmål

- **Hovedmål 1** for prosjektet er å ha etablert strukturer for systematisk kartlegging av skrøpelighet både i primær og spesialisthelsetjenesten.
- For primærhelsetjenesten: egne verktøy defineres for screening ved tjenestekontor/fastleger/legevakt/bo- og service senter/sykehjem.
- **Hovedmål 2** er etablering av et tverrfaglig integrert ambulant team. Pasientene som inkluderes skal gjennomføre en tverrfaglig karlegging med mål basert på «Hva er viktig for deg?» og utarbeidelse av en individuell plan med anbefalte tiltak.

# Fremdrift

- Pilotkommune for utvikling av modellen □ Larvik
- Småskalatesting av løsninger høsten 2021.
- Oppstart del 1 og 2 av modellen i Larvik fra jan 2022
- Utrulling til de andre kommunene i Vestfold i løpet av 2022



# WHO – ICOPE

## Integrated Care for Older People



### Handbook

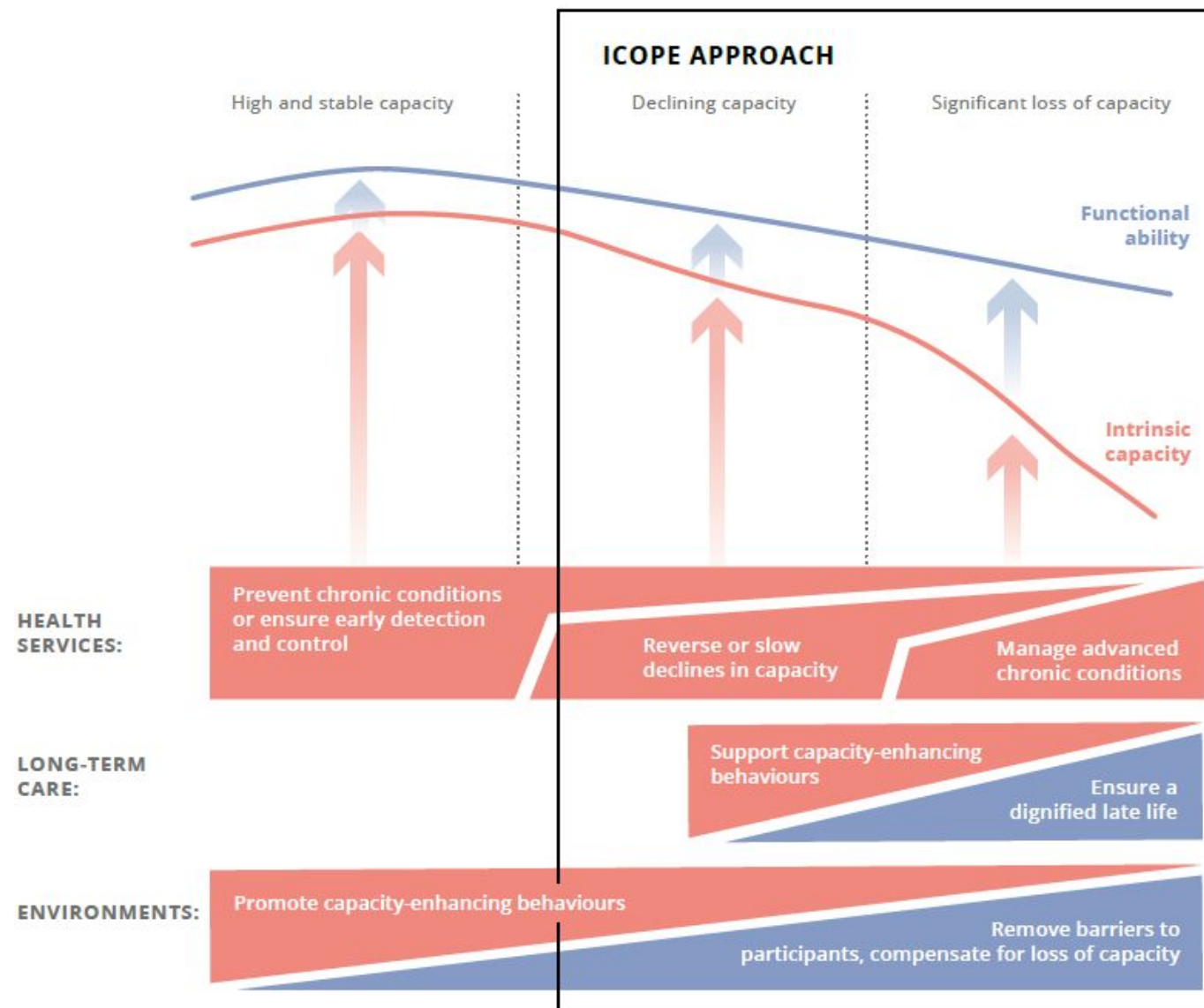
Guidance on person-centred assessment  
and pathways in primary care



#### 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.

**FIGURE 2. A PUBLIC-HEALTH FRAMEWORK FOR HEALTHY AGEING:  
OPPORTUNITIES FOR PUBLIC HEALTH ACTION ACROSS THE LIFE COURSE**



Source: World Health Organization, 2015 (1).



TABLE 1.

# WHO ICOPE SCREENING TOOL

Priority conditions associated with declines in intrinsic capacity	Tests	Assess fully any domain with a checked circle
<b>COGNITIVE DECLINE</b> (Chapter 4)	1. Remember three words: flower, door, rice (for example)  2. Orientation in time and space: What is the full date today? Where are you now (home, clinic, etc)?  3. Recalls the three words?	<input type="radio"/> Wrong to either question or does not know  <input type="radio"/> Cannot recall all three words
<b>LIMITED MOBILITY</b> (Chapter 5)	Chair rise test: Rise from chair five times without using arms. Did the person complete five chair rises within 14 seconds?	<input checked="" type="radio"/> No
<b>MALNUTRITION</b> (Chapter 6)	1. Weight loss: Have you unintentionally lost more than 3 kg over the last three months?  2. Appetite loss: Have you experienced loss of appetite?	<input type="radio"/> Yes  <input type="radio"/> Yes
<b>VISUAL IMPAIRMENT</b> (Chapter 7)	Do you have any problems with your eyes: difficulties in seeing far, reading, eye diseases or currently under medical treatment (e.g. diabetes, high blood pressure)?	<input type="radio"/> Yes
<b>HEARING LOSS</b> (Chapter 8)	Hears whispers (whisper test) <i>or</i> Screening audiometry result is 35 dB or less <i>or</i> Passes automated app-based digits-in-noise test	<input type="radio"/> Fail
<b>DEPRESSIVE SYMPTOMS</b> (Chapter 9)	Over the past two weeks, have you been bothered by – feeling down, depressed or hopeless?  – little interest or pleasure in doing things?	<input type="radio"/> Yes  <input type="radio"/> Yes

# 2

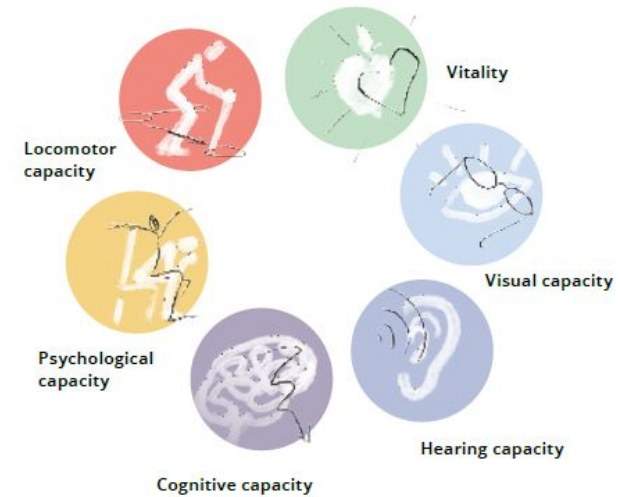
## OPTIMIZING CAPACITIES AND ABILITIES: TOWARDS HEALTHY AGEING FOR ALL

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.