

Fjerde samling – begynnelsen på fortsettelsen

Samhandling og forebygging

Anders Grimsmo

Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Norsk Helsenett

norsk**helsenett**



Programmet for fjerde samling er personsentrert og handler om eldre og personer med kronisk sykdom og hva som kan være best for dem. Jeg har derfor sydd sammen det noen eksempler og historier fra enkelte kollegaer i et forsøk på levendegjøre budskapet.

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 og skrøpelige eldre er blitt systematisk utelukket fra forskning om retningslinjer



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

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

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.

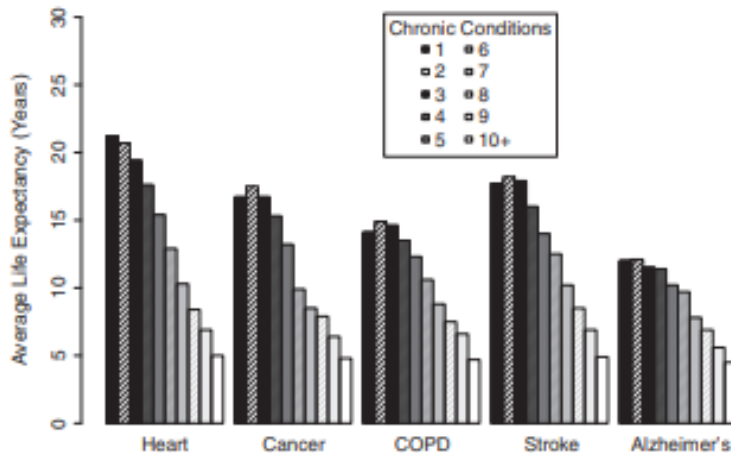
Majoriteten av pasienter som vi finner i helsetjenesten er multisyke og de finnes i alle deler av helsetjenesten. Normen i helsetjenesten er en majoritet av pasienter med multisykdom både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Multisykdom er den vanligste lidelsen. Men gruppen er blitt systematisk 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

Spesialisering og segregering som har kjennetegnet helsetjenestens utvikling de siste femti år har uten tvil ført til en mer effektiv behandling av de fleste kroniske sykdommene enkeltvis, jf. pakkeforløp, men har også ført til en helsetjeneste som er blitt mer ineffektiv og dyrere i forhold til behovene som nå spesielt utfordres av demografiske endringer med en aldrende befolkning og fordi behandlingen av hver enkeltsykdom hver for seg blir suboptimal.

Redusert levesteutsikt 67 år gammel
sammenlignet med ingen kronisk sykdom:

5 kroniske lidelser 8 år
10 kroniske lidelser 18 år



DuGoff, E. H. et al. (2014). Multiple Chronic Conditions and Life Expectancy: A Life Table Analysis. *Med Care*, 52(8), 688-694



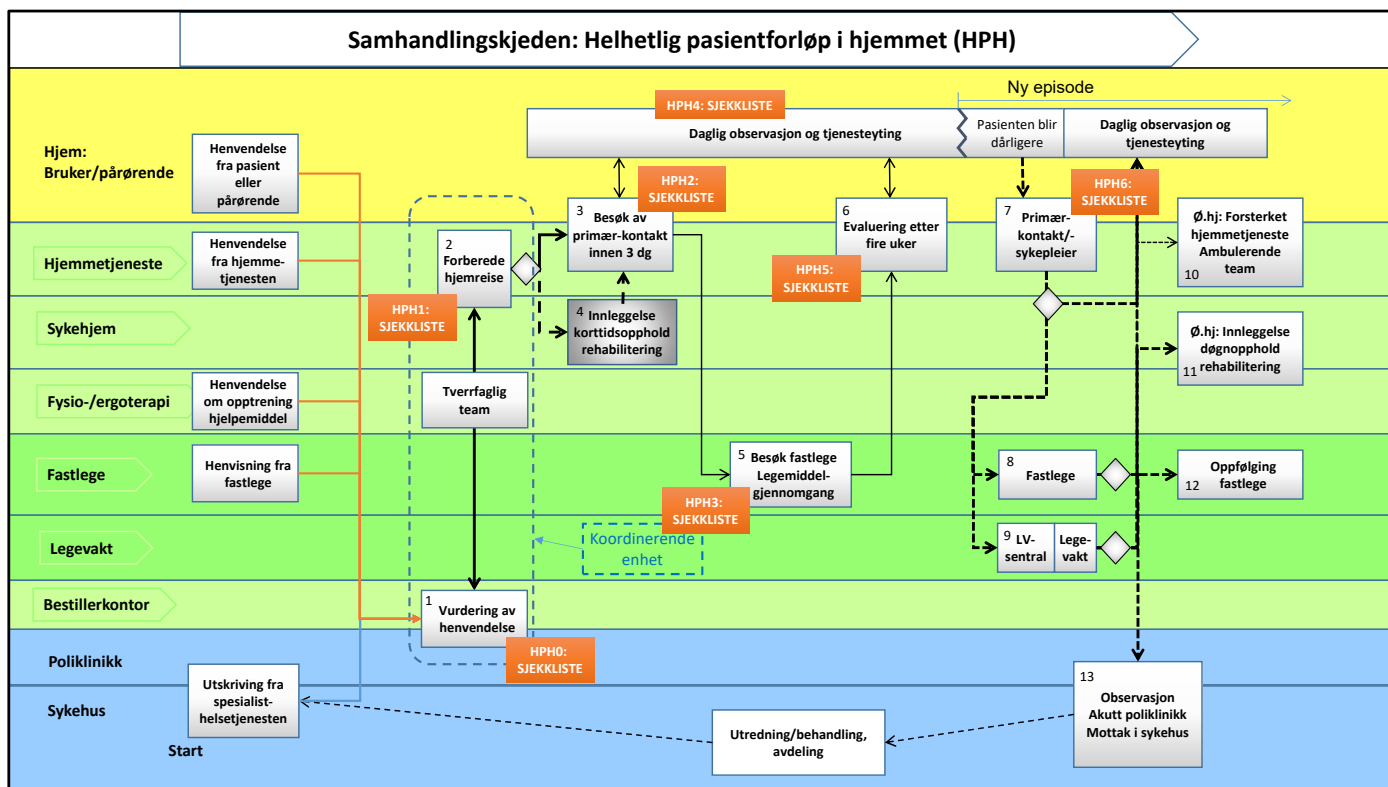
Jo flere kroniske sykdommer, jo mer lik blir pasientene

Samtidig blir diagnosespesifikke faglige retningslinjer blir mindre relevante

Det som er interessant, men også nyttig å vite, er at antallet kroniske sykdommer indikerer funksjonsfall og levesteutsikter langt bedre enn hvilken hoveddiagnose pasienten får, være seg KOLS, kreft, hjertesykdom, slag eller Alzheimer. Har man 7 eller flere diagnoser, ser dere at det er ingen forskjell.

Med andre ord, jo flere kroniske lidelser pasientene får, desto likere blir de. Variasjonen i behov er størst blant de med få kroniske lidelser. Det betyr også at diagnosespesifikke retningslinjer blir mindre og mindre relevante ettersom antallet kroniske sykdommer hos den enkelte øker. Summen av retningslinjene påfører eldre en stor behandlingsbelastning uten at vi har noen dokumentasjon på om eller hvordan denne behandlingen virker. Også dette forsvaret et generisk pasientforløp for personer med multisykdom slik vi kom frem til.

Men hvis en stor del av legemiddelbehandlingen som mange med multisykdom mottar blir gradvis irrelevant. Hva kan den erstattes med?



Hovedelementene i en strukturert utskrivningsprosess og som ligger fast for alle diagnoser og er likt i kommunene. For hver boks er det utarbeidet prosedyrer og sjekklister tilpasset lokale forhold.

Utskrivning av pasient:

Pasientens meldes utskrivningsklar (0) og informasjon utveksles, enten i et fysisk møte eller elektronisk per video (1). Den stiplet rammen representrerer koordinerende enhet, men som er svært forskjellig organisert i kommunene. Hjemmetjenester etableres (3), En navngitt primærkontakt blir oppnevnt og behov kartlagt innen tre dager, evt. først etter et intermediær-/korttidsopphold (4). Etter 14 dager skal alle med kommunalt tilbud besøke eller få besøk av fastlegen (5). Det hele blir evaluert av primær-sykepleier evt. justert etter 4 uker (6). Det samme opplegget kan benyttes ved nye pasienter og årlige gjennomganger.

Pasienten blir dårligere:

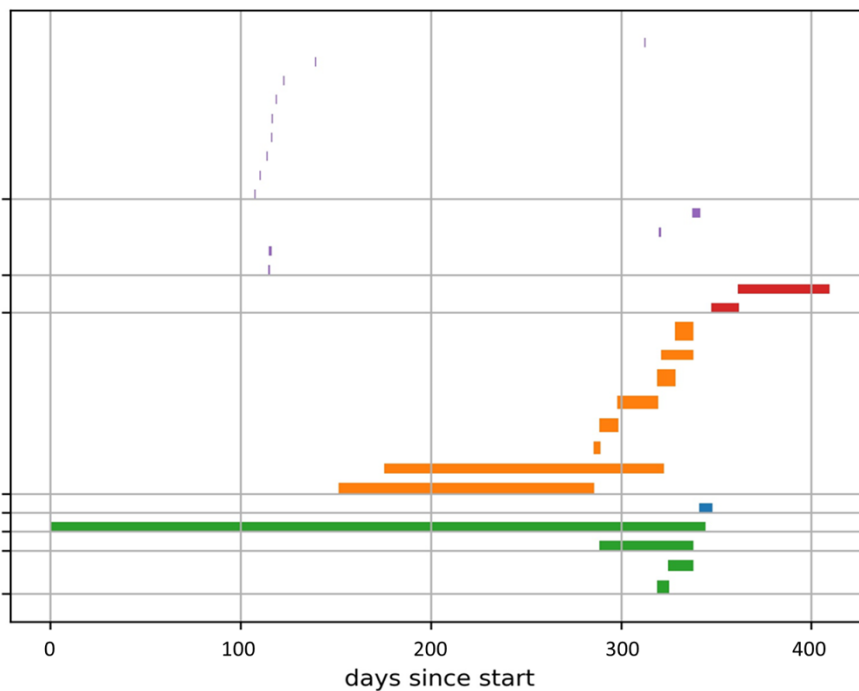
Tidligintervensjon avtalt med fastlegen blir vurdert (7). Tettere oppfølging hjemme eller at fastlege (8) eller legevakt (9) kontaktes. Disse har flere opsjoner: Ø.hj hjemme/ambulerende team (10), kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (11), evt. senere bare tett oppfølging av fastlegen (12). Ved behov henvisning til akutt poliklinikk eller innleggelse i sykehus (13). Fastlege og legevakt kan benytte

de samme alternativene for pasienter som tidligere ikke har mottatt kommunale tjenester.

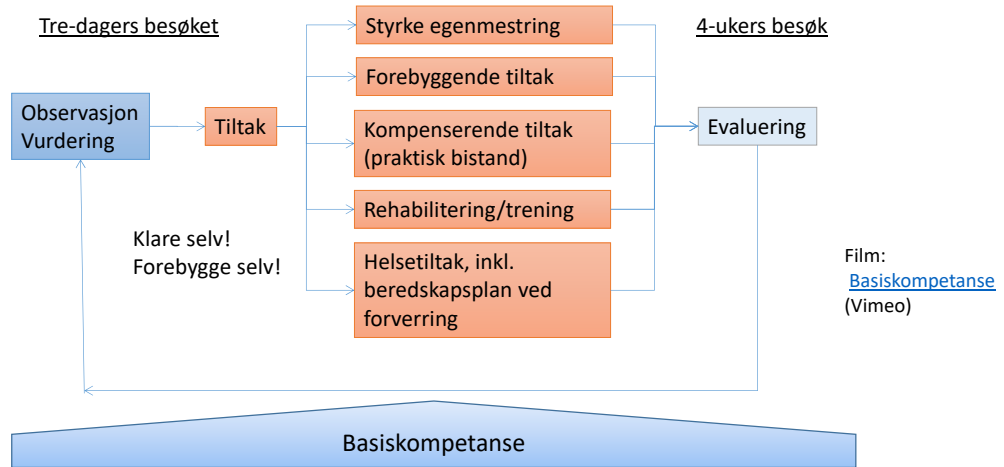
Pasientforløp i kommunen

Kommunale vedtak/IPLOS

- Poliklinikk
- Innleggelse sykehus
- Sykehjem
- Hjemmetjeneste
- Korttidsopphold
- Trygghetsalarm
- Matombringning
- Praktisk bistand



Oppfølgingsplan for pasienten



Rosstad T, Garasen H, Steinsbekk A, Sletvold O, Grimsmo A. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2013;13:121. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23547654>

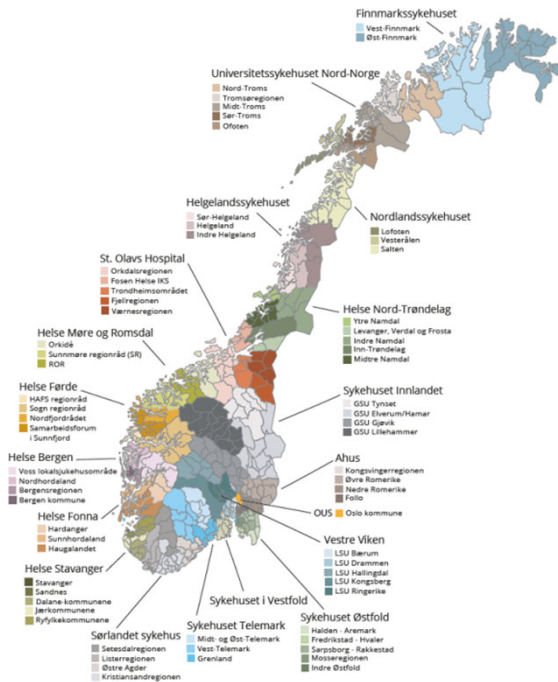


Basiskompetanse skiller seg fra fagkompetanse ved å handle om det generelle som underbygger helsepersonells ansvars- og rolleforståelse. Eksempler på dette er observasjonsevne, kunne vurdere helsetilstand, handlingsevne, kunne evaluere tiltak, samhandle, hvordan dokumentere og vurdere etiske og juridiske spørsmål knyttet til å yte tjenester til brukere.

Myndiggjorte medarbeidere med fag- og basiskompetanse kan bidra til å iverksette tidlig innsats ved forverring av helsetilstand og vurdere kontinuerlig om tiltakene er virkningsfulle eller bør justeres. For å få til dette krevers det også et godt strukturert samarbeid med fastlegen som har ansvar for den medisinske behandlingen.

Er faringene fra HPH prosjektet har vært at man må øke basiskompetansen i hjemmetjenesten. De ansatte trengte et løft mht. å bli flinkere til å observere/vurdere, kunne iverksette tiltak og evaluere. Samtidig ble fokus mer mot forebygging, egenmestring og rehabilitering. En slik generaliststrategi bidrar til at alle pasienter får et bedre tilbud – ikke bare utvalgte diagnoser.

HELSEFELLESSKAP



Prioriterte grupper

- Barn og unge
- Alvorlig psykisk syke
- Innbyggere med flere kroniske sykdommer
- Skrøpelige eldre

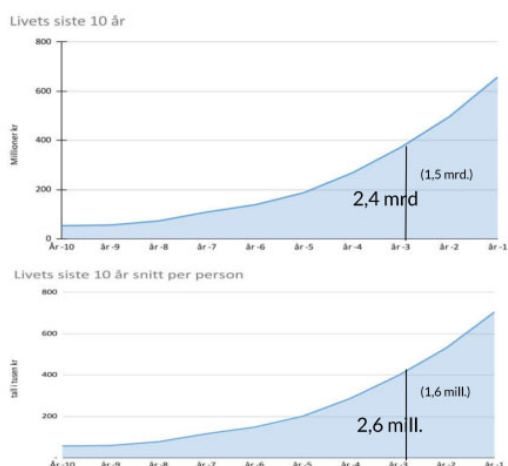


19 helsefelleskap – tilbake til fylkeskommunen?

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

I denne presentasjonen handler det mest om skrøpelige eldre, men først litt om utfordringer når helseforetak og kommuner skal samarbeide.

Kommunale utgifter livets slutfase



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

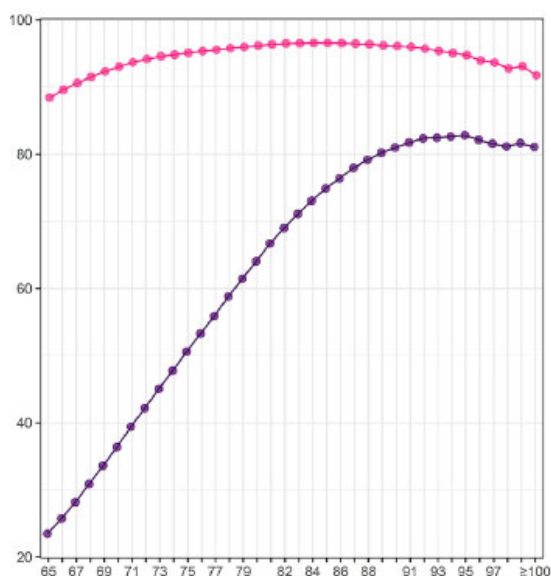
65% av kostnadene innenfor Helse og omsorg er knyttet til livets siste 3 år.

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

Dynamikken mellom multisykdom og skrøpeligheit

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 ble hentet fra et EPJ-system I allmennpraksis I Catalonia [electronic health records](#) fra en longitudinell kohort med innbyggere og eldre fra kaalonia fra 2010–2019. 1 456 052 pasienter ble inkludert. Forekomsten av multisykdom var høy I alle aldre, mens forekomsten av skrøpeligheit ble firedoblet fra 65 til 99 år.

Folk blir skrøpeligere med alderen og blir i økende og større grad preget av generell funksjonsnedsettelse enn funksjonsproblemer pga sykdommer.. Funksjonsnedsettelsen er helt sammenfallende med innrulling i hjemm- og institusjonstjenester, mens mortalitet I større grad henger sammen med multisykdom.

Organisering av proaktiv intervensjon og forebygging



- Henvendelse om hjelp
- Rekruttering ved funn
- Forebyggende hjemmebesøk
- Sjekklister
- Forebyggende risiko kartlegging



Tidlig identifisering: Tilfeldig: Ved henvendelse fra pårørende eller pasienten selv, eller oppdaget tilfeldig i samband med andre årsaker til kontakt eller undersøkelser med helsetjenester. Systematisk: Årlig eller halvårlig oppsøkende hjemmebesøk eller sjekkliste (screening) av alle pasienter ved f.eks. utskrivning fra sykehus eller i samband med (fornyet) kommunalt vedtak.

Forebyggende risiko kartlegging (Eng: predictive risk stratification) er å bruke et dataprogram for regelmessig analyse journal- og registerdata for opplysninger som indikerer begynnende funksjonsfall eller forverring av helsetilstand.

Brukes i flere land og regioner. Det finnes både offentlige nasjonale og kommersielle løsninger, om lag 40 er i bruk

Utredning/validering: Ut i fra journalopplysninger vurdere om pasienter med høyt skår skal kontaktes. I samarbeid med pasienten drøfte behov og pasientpreferanser – hva er viktigst for pasienten? Deretter evt. enes om hva som skal skje videre. Utrede funksjonsfall, bosituasjon, (hjemmebesøk).

Bestille time/besøk av fastlegen for å utelukke bakenforliggende sykdom (f.eks. depresjon, begynnende demens, hjertesvikt, nyresvikt, diabetes, bivirkninger) og optimalisere legemiddelbehandling. Om ikke ønsket om hjelp kommer direkte fra pasienten selv, eller evt. klart fremgår indirekte via den som har formidlet behovet, må

samtykke til hjemmebesøk og formålet innhentes først.

HealthNavigator. Fyra områden för att undvika onödiga sjukhusvistelser. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2013. Available from: http://plus.rjl.se/info_files/infosida41409/arbetsboken_fyra_omraden1.pdf

NICE. Multimorbidity: clinical assessment and management (NG56). London: National Institute for Health and Care Excellence; 2016. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng56.

Planlegging/Intervensjon: Tverrfaglig planlegging av tiltak enten hjemme eller ved et evt. korttidsopphold.

Funksjonsforbedring gjennom hjelpemidler/tilpasset bolig og aktivitet/styrketrening

Risikoreduksjon ved vurdering av og evt. tiltak knyttet til kosthold, legemiddelbivirkninger, isolasjon/ensomhet, og farer i hjemmet.

Informasjon, oppfølging: Løpende vurdering av pasientens erfaringer og preferanser. Styrking av egenomsorg gjennom opplæring/veiledning og motivering. Forbedre sosial kontakt/nettverk gjennom informasjon om aktivitetstilbud – offentlige og private, samt tilrettelegging av transport. Dagopphold 1-2 dager per uke øker aktivitet og sosial kontakt. Involvering av pårørende og andre viktige personer i pasientens liv. Benytte besøksordninger gitt av frivillige, evt. søke om støttekontakt

Tortajada S, Giménez-Campos MS, Villar-López J, Faubel-Cava R, Donat-Castelló L, Valdivieso-Martínez B, et al. Case management for patients with complex multimorbidity: Development and validation of a coordinated intervention between primary and hospital care. *Int J Integr Care*. 2017;17(2):4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5624062/>.

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 akutte sykdomssymptomer, men et mindre spækt enn kategori 1. De kan ofte trenge eller være veldig aktive av og til. Følsomhet.
3 KLARER SEG BRA	Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer 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 til delvis spækt. De kan ha akutte eller kroniske sykdommer, eller ofte over at de er «langsomme» og/eller tar tilføyde til de dagen.
5 LEVER MED MILD SKRØPELIGHET	Disse er mer tydelig langsomme og trenger hjelp til komplekse aktiviteter (dagliglivet personlig økonomi, transport, langtur). Helseproblemer, manglende eller dårlig helse, og/eller dårlig fysisk form. De har problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet deres, bage, måle, håndtere medisin, og begynner å klagene seg på helsen.
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. Helseproblemer som er alvorlige og som har risiko for å dø (innen 6 måneder).
8 LEVER MED SVERT ALVORLIG SKRØPELIGHET	År helt avhengige av andre for alle personlige, sosiale, og økonomiske behov. De har alvorlige helseproblemer som er alvorlige og som har risiko for å dø (innen 6 måneder).
9 TERMINAL STIK	Nærmest seg livets slutt. I denne kategorien (inkludert 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 dør eller dør).

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 geriatrik 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, selvrapporert manglende overskudd og uventet vekttao

(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 skrøpeligheo er langsomhet

Kunnskapsbaserte opplegg for samarbeid om skrøpelige eldre

- **Slagenhet med tidlig utskriving og oppfølging i kommunene**
 - Indredavik B, et al. Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge: A randomized, controlled trial. *Stroke*. 2000;31(12):2989-94
- **Ortogeriatrisk samarbeid om pasienter med hoftebrudd og videreføring lokalt**
 - Prestmo A, et al. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. DOI: The Lancet 2015 Vol. 385 Issue 9978 Pages 1623-33
- **Pasientsentret helseteam (PSHT) på tvers av sykehus og kommune**
 - Berntsen GKR, 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.
- **Tidlig utskriving via lokal intermedieæravdeling og hjem**
 - Garasen H, et al. 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
- **Helhetlige pasientforløp i hjemmet (HPH)**
 - Helhetlige pasientforløp (HPH), [Trondheim kommune](#), 2013, oppdatert 2021, besøkt 2022 febr 12, [Oslo kommune](#), 2019, oppdatert 2021, besøkt 2022 febr 12
- **Ambulerende helsefremmende og forebyggende team for skrøpelige eldre**
 - Behm L, et al. Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: Long-term results of the three-armed RCT. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2014;58(3):376-83.
- **Spesialistveiledet behandling hjemme i akuttstusjasjoner (Hospital at home)**
 - Levine DM, et al. Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults. *Annals of Internal Medicine*. 2020;172(2):77-85.
- **Tilrettelagt akuttmottak for skrøpelige eldre**
 - Saltvedt I, Saltnes T, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study. *Aging clinical and experimental research*. 2004;16(4):300-6.
 - 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



Dette er alle prosjekter som har gitt øket funksjonsevne og har redusert behovet for reinnleggelser, institusjonsplasser og hjemmetjenester, og ikke minst redusert dødelighet.

Fellesnevneren for disse tiltakene er en bred kartlegging, en plan og et teamsamarbeid (KLIKK)

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:

- Identifisere medisinske, psykososiale og funksjonsmessige begrensninger og ressurser hos eldre skrøpelige for å
- lage en tverrfaglig plan for å optimalisere den totale helsesituasjonen



Modellen er bred geriatrisk vurdering og behandling. Den kan overføres til andre ved hjelp av opplæring og veiledning

Organisering av proaktiv intervensjon og forebygging

← Involvering og medbestemmelse →			
Tidlig identifisering	Undersøkelse/validering	Planlegging, intervensjon	Informasjon, oppfølging
<ul style="list-style-type: none"> • Henvendelse om hjelp • Rekruttering ved funn • Forebyggende hjemmebesøk • Sjekklister • Forebyggende risiko kartlegging 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle mål og preferanser • Hjemmebesøk/bosituasjon • Bred funksjonsvurdering • Medisinsk vurdering av underliggende årsak til funksjonsfall • Legemiddelgjennomgang/ avmedisinering 	<ul style="list-style-type: none"> • Tverrfaglig planlegging av bredt sammensatte tiltak • Funksjonsforbedring: hjelpemidler, styrketrening, rehabilitering • Risikoreduksjon: f.eks. Isolasjon/ensomhet, feilernæring, fall, brann 	



Tidlig identifisering: Tilfeldig: Ved henvendelse fra pårørende eller pasienten selv, eller oppdaget tilfeldig i samband med andre årsaker til kontakt eller undersøkelser med helsetjenester. Systematisk: Årlig eller halvårlig oppsøkende hjemmebesøk eller sjekkliste (screening) av alle pasienter ved f.eks. utskrivning fra sykehus eller i samband med (fornyet) kommunalt vedtak.

Forebyggende risiko kartlegging (Eng: predictive risk stratification) er å bruke et dataprogram for regelmessig analyse journal- og registerdata for opplysninger som indikerer begynnende funksjonsfall eller forverring av helsetilstand.

Brukes i flere land og regioner. Det finnes både offentlige nasjonale og kommersielle løsninger, om lag 40 er i bruk

Utredning/validering: Ut i fra journalopplysninger vurdere om pasienter med høyt skår skal kontaktes. I samarbeid med pasienten drøfte behov og pasientpreferanser – hva er viktigst for pasienten? Deretter evt. enes om hva som skal skje videre. Utrede funksjonsfall, bosituasjon, (hjemmebesøk).

Bestille time/besøk av fastlegen for å utelukke bakenforliggende sykdom (f.eks. depresjon, begynnende demens, hjertesvikt, nyresvikt, diabetes, bivirkninger) og optimalisere legemiddelbehandling. Om ikke ønsket om hjelp kommer direkte fra pasienten selv, eller evt. klart fremgår indirekte via den som har formidlet behovet, må

samtykke til hjemmebesøk og formålet innhentes først.

HealthNavigator. Fyra områden för att undvika onödiga sjukhusvistelser. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2013. Available from: http://plus.rjl.se/info_files/infosida41409/arbetsboken_fyra_omraden1.pdf

NICE. Multimorbidity: clinical assessment and management (NG56). London: National Institute for Health and Care Excellence; 2016. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng56.

Planlegging/Intervensjon: Tverrfaglig planlegging av tiltak enten hjemme eller ved et evt. korttidsopphold.

Funksjonsforbedring gjennom hjelpemidler/tilpasset bolig og aktivitet/styrketrening

Risikoreduksjon ved vurdering av og evt. tiltak knyttet til kosthold, legemiddelbivirkninger, isolasjon/ensomhet, og farer i hjemmet.

Informasjon, oppfølging: Løpende vurdering av pasientens erfaringer og preferanser. Styrking av egenomsorg gjennom opplæring/veiledning og motivering. Forbedre sosial kontakt/nettverk gjennom informasjon om aktivitetstilbud – offentlige og private, samt tilrettelegging av transport. Dagopphold 1-2 dager per uke øker aktivitet og sosial kontakt. Involvering av pårørende og andre viktige personer i pasientens liv. Benytte besøksordninger gitt av frivillige, evt. søke om støttekontakt

Tortajada S, Giménez-Campos MS, Villar-López J, Faubel-Cava R, Donat-Castelló L, Valdivieso-Martínez B, et al. Case management for patients with complex multimorbidity: Development and validation of a coordinated intervention between primary and hospital care. *Int J Integr Care*. 2017;17(2):4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5624062/>.

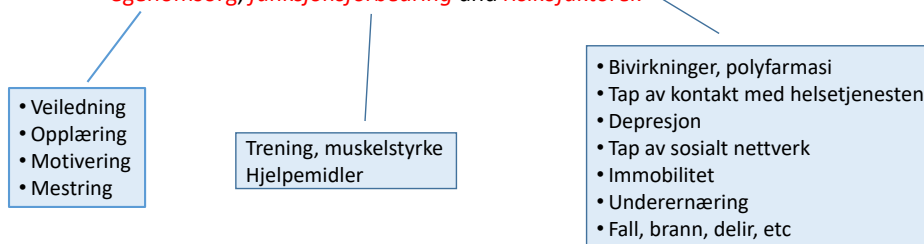
Cochrane Database Syst Rev. 2016

doi: 10.1002/14651858.CD006560.pub3

Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings

Konklusjoner

- Så langt har tiltak i primærhelsetjenesten hatt blandet effekt. Likevel, er det mye som taler for at de beste resultatene oppnår man med innsats rettet mot **egenomsorg, funksjonsforbedring** and **risikofaktorer**.



Både trening/rehabilitering og mange av de risikoreducerende tiltakene kan den vanlige hjemmetjenesten ta ansvar for.

- En helhetlig og bred gjennomgang av pasienten og iverksetting av hverdagsrehabilitering er et av svarene. I en studie av 320 pasienter over 70 år med fokus på bedring av funksjonsevne, ble det også funnet en signifikant høyere overlevelse etter to år.

Kommentarer til risikoreduksjon:

- Når det gjelder legemidler har hjemmetjenesten en viktig observasjonsrolle. Dessverre ser det ut til at bruk av multidoser har svekket denne rollen.
- Mange som passerer 85 år får mindre kontakt med sin fastlege. Her vil jeg legge skylda både på fastlegene og hjemmesykepleien, men også hvordan kommunehelsetjenesten er organisert. Pasienter skrives ut fra sykehus med avansert medisinsk behandling ofte uten at det er et organisert samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie ved eller etter ankomst hjem.
- Når det gjelder depresjon, viser forskning at det også er assosiert med en forverring av forløpet til flere somatiske sykdommer. Jf. også resultater fra HUNT
- Underernæring er ofte tilfelle, men må ikke forveksles med normal kroppsutvikling. Når pasienten helt mot slutten ikke orker spise, så skal man ikke begynne med iv.
- Mange dør i løpet av et år etter et hoftebrudd. Det mest effektive tiltaket mot fall er muskel og balansetrening (som ved rehabilitering)

Samarbeid i helsefelleskap om skrøpelige eldre

- Rutiner/opplegg for identifisering av gruppen
- Hovedmålsettingen for alle parter og all behandling er funksjonsforbedring/-vedlikehold og lindring i vid forstand
- Modellen for samarbeid er tverrfaglige team fleksibelt sammensatt i tråd med den enkeltes behov
- Gjensidig kompetanseutveksling (team modellen)
- Primært unngå innleggelse; skrøpelig eldre skal skrives ut hjem



Når man har innført et system for identifisering, følger en forpliktelse til å ha et system for hva som skal skje videre. Helhetlige pasientforløp i hjemmet (HPH) er et godt egnet rammeverk, men som bør få et mer spesifisert innhold med en vridning mot helhetlig kartlegging og oppretting av team samarbeid.

Dokumenterte forebyggende tiltak seint i livet

- Fysisk trening
- Fallforebygging
- Sosialt nettverk
- Sunt kosthold
- God hygiene
- Avmedisinering
- Egenjournal/PHJ



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.

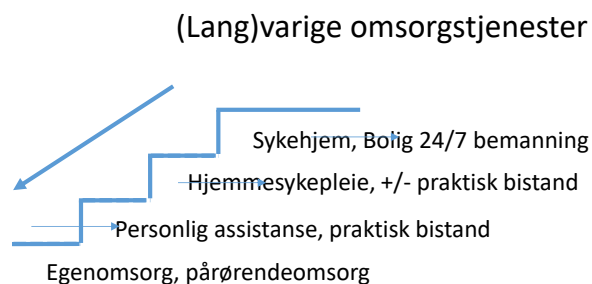
En forutsetning er at du som fastlege, eller helst legekantoret etablerer en kultur for tverrfaglig samarbeid/bemannning både innad på kontoret og med helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Gevinsten er mindre arbeid for legene og totalt.

Fysisk aktivitet, i første rekke muskelstyrketrening, bremser utviklingen av skrøpelighet, og forbedrer bevegelse, hjerte-kar systemet, endokrine funksjoner, samt forsinker progresjon av flere kroniske sykdommer. Forebygger også fall. Fall er en indikasjon på skrøpelighet. Skal utredes. Hovedvirkningen er utsettelse av funksjonsfall og hjelpebehov, og slik også behovet for helsetjenester. Fysisk trening har i noen undersøkelser også kunnet påvise forlengelse av livet.

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

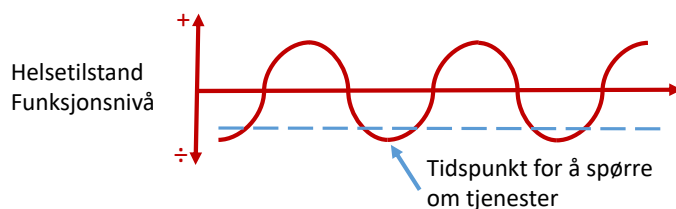
Avmedisinering er oppført, og ikke legemiddelgjennomgang, er det fordi sistnevnte ikke fungerer i praksis. Polyfarmasi blant eldre er økende. Blant innbyggere over 70 år bruker 50% fire legemidler eller mer, 20% mer enn 10 legemidler. For innbyggere over 80 år er 30% av innleggelsene i sykehus relatert 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.

Omsorgstrappa



Forebyggende innsatstjenester

Rehabilitering
Risikoreduksjon
Opplæring
Ernæring
Dagtilbud
Transport
Velferdsteknologi
mm.



Omsorgstrappa finnes det mange utgaver av. Dette er en av de enkleste. Den representerer det som vi kan kalle pasientforløpet i primærhelsetjenesten.

Poenget med tidlig intervensjon og forebygging er å forsinke at brukere og pasienter klatrer opp trappa. Dette dreier seg om å utsette innrulling i varige tjenester.

Helse- og funksjonsnivå svinger hos alle, men i økende grad hos eldre, spesielt skrøpelig eldre. Når man er på kanten til å greie seg selv, kan selv små svingninger få stor betydning. Det som er viktig å vite at henvendelsene om hjelp i all hovedsak kommer når man er på vei nedover og nær bunn. Det betyr at det i den tiden vi iverksetter tiltak også har en stor sjanse for spontan bedring. Hvis vi måler forbedring vet vi derfor ikke hva vi måler spontan forbedring eller bedring pga. innsatsen, eller begge deler. Hensikten er å finne et rimelig og enkelt skille i forhold til innsatstjenester (KLIKK), fordi disse bør øke skal vi utsette behovet for varige tjenester. De som er listet her har vi rimelig god dokumentasjon på virker utsettende. Det som vi ikke har tilsvarende god oversikt over er god balanse i ressursbruk mellom varige tjenester og innsatstjenester. Fokus har vært på sykehjems plasser som er dyrest. Det som er interessant er at innsatstjenester ser ut til å kaste mest av seg på sikt allerede på første trinn, når pasienter eller bruker henvender seg om omsorgstjenester første gang.

Denne inndelingen gir et rimelig godt grunnlag for å studere effekten av tiltak – innføring pasientforløp og innføring av innsatsteam – og mht. balansen i ressursbruk.

Organisering av proaktiv intervensjon og forebygging

← Involvering og medbestemmelse →			
Tidlig identifisering	Undersøkelse/validering	Planlegging, intervensjon	Informasjon, oppfølging
<ul style="list-style-type: none"> • Henvendelse om hjelp • Rekruttering ved funn • Forebyggende hjemmebesøk • Sjekklister • Forebyggende risiko kartlegging 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle mål og preferanser • Hjemmebesøk/bosituasjon • Bred funksjonsvurdering • Medisinsk vurdering av underliggende årsak til funksjonsfall • Legemiddelgjennomgang/avmedisinering 	<ul style="list-style-type: none"> • Tverrfaglig planlegging av bredt sammensatte tiltak • Funksjonsforbedring: hjelpemidler, styrketrening, rehabilitering • Risikoreduksjon: f.eks. Isolasjon/ensomhet, feilernæring, fall, brann 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivering • Styrke egenomsorg • Involvering av pårørende • Oppfølging med telefon, hjemmebesøk eller av frivillige • Dagopphold • Velferdstjenester og velferdsteknologi



Tidlig identifisering: Tilfeldig: Ved henvendelse fra pårørende eller pasienten selv, eller oppdaget tilfeldig i samband med andre årsaker til kontakt eller undersøkelser med helsetjenester. Systematisk: Årlig eller halvårlig oppsøkende hjemmebesøk eller sjekkliste (screening) av alle pasienter ved f.eks. utskrivning fra sykehus eller i samband med (fornyet) kommunalt vedtak.

Forebyggende risiko kartlegging (Eng: predictive risk stratification) er å bruke et dataprogram for regelmessig analyse journal- og registerdata for opplysninger som indikerer begynnende funksjonsfall eller forverring av helsetilstand.

Brukes i flere land og regioner. Det finnes både offentlige nasjonale og kommersielle løsninger, om lag 40 er i bruk

Utredning/validering: Ut i fra journalopplysninger vurdere om pasienter med høyt skår skal kontaktes. I samarbeid med pasienten drøfte behov og pasientpreferanser – hva er viktigst for pasienten? Deretter evt. enes om hva som skal skje videre. Utrede funksjonsfall, bosituasjon, (hjemmebesøk).

Bestille time/besøk av fastlegen for å utelukke bakenforliggende sykdom (f.eks. depresjon, begynnende demens, hjertesvikt, nyresvikt, diabetes, bivirkninger) og optimalisere legemiddelbehandling. Om ikke ønsket om hjelp kommer direkte fra pasienten selv, eller evt. klart fremgår indirekte via den som har formidlet behovet, må

samtykke til hjemmebesøk og formålet innhentes først.

HealthNavigator. Fyra områden för att undvika onödiga sjukhusvistelser. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2013. Available from: http://plus.rjl.se/info_files/infosida41409/arbetsboken_fyra_omraden1.pdf

NICE. Multimorbidity: clinical assessment and management (NG56). London: National Institute for Health and Care Excellence; 2016. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng56.

Planlegging/Intervensjon: Tverrfaglig planlegging av tiltak enten hjemme eller ved et evt. korttidsopphold.

Funksjonsforbedring gjennom hjelpemidler/tilpasset bolig og aktivitet/styrketrening

Risikoreduksjon ved vurdering av og evt. tiltak knyttet til kosthold, legemiddelbivirkninger, isolasjon/ensomhet, og farer i hjemmet.

Informasjon, oppfølging: Løpende vurdering av pasientens erfaringer og preferanser. Styrking av egenomsorg gjennom opplæring/veiledning og motivering. Forbedre sosial kontakt/nettverk gjennom informasjon om aktivitetstilbud – offentlige og private, samt tilrettelegging av transport. Dagopphold 1-2 dager per uke øker aktivitet og sosial kontakt. Involvering av pårørende og andre viktige personer i pasientens liv. Benytte besøksordninger gitt av frivillige, evt. søke om støttekontakt

Tortajada S, Giménez-Campos MS, Villar-López J, Faubel-Cava R, Donat-Castelló L, Valdivieso-Martínez B, et al. Case management for patients with complex multimorbidity: Development and validation of a coordinated intervention between primary and hospital care. *Int J Integr Care*. 2017;17(2):4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5624062/>.

Polyfarmasi – en epidemi?

- Polyfarmasi (>4 legemidler) hos over 50% blant personer over 70år
- Blant hjemmeboende >70 år bruker 20% ti eller flere legemidler
- Polyfarmasi introduserer «skrøpeligheit» og kognitiv reduksjon hos eldre 2-4 år tidligere enn naturlig utvikling
- Andel personer behandlet og antall legemidler per person behandlet med legemidler har økt kraftig fra 1980-tallet



Polyfarmasi øker i omfang fordi stadig flere blir behandlet, også fordi hver sykdom behandles med flere legemidler og det finnes flere regimer å velge mellom. Paradokset er at vi har i 100 år hatt en jevn nedgang i kroniske sykdommer, og ingen generasjon eldre har så få kroniske sykdommer som den vi nå har og får. Det som er hovedgrunnen til polyfarmasi, er såkalt forbyggende legemiddelbehandling. Det er ikke sykdom som behandles, men risiko for sykdom kanskje å bli rammet av sykdom en gang i fremtiden

Flere legemidler virker annerledes på eldre. Spesielt bør man unngå bruk av antikolinergika (mange psykofarmaka), eller legemidler med antikolinerg virkning, som omfatter langt flere legemidler, f.eks. flere mot høyt BT (Adalat), mot magesår (Zantac), mot inkontinens (Detrusitol), samt mange antibiotika, vanddrivende, psykofarmaka, allergimedisiner, o.fl. Mange av disse er oppført med svak antikolinerg virkning, men virkningen er additiv, slik at to svake virker som et middels sterkt.

Det man ikke har vært tilstrekkelig klar over til nå, er at antikolinergika reduserer kognitiv funksjonsevne – og som vi vet har en dominoeffekt med redusert aktivitet, selvtillit, osv. I gjennomsnitt fungerer en person på antikolinerg behandling, kognitivt som om vedkommende er 3-4 år eldre. Spesielt skal man være oppmerksom på pasienter med sykdom som svekker hjernefunksjon – hjertesvikt, slag, demens, samt eldre generelt. (<http://www.lakemedelsvarlden.se/nyheter/antikolinergika-skyndar-p%C3%A5-%C3%A5ldrandet-6195>).

Her snakker vi om effekter av stor betydning for den enkelte, men som trolig i liten grad er blitt fanget opp i statistikk med «harde endepunkter» som dødsfall og skader.

Alle som har vært på sykehjem har sett det klassiske bildet med eldre pasienter som har vansker både på å reise seg og gå pga. svake muskler. Over 10% av de som behandles med kolesterolmidler får muskelsvinn. Vi vet også at en stor andel av de som faller og brekker lårhals står på medisiner som svekker balanse og reaksjonsevne, men medikasjonen blir sjelden endret pga fallet. Det ville det være enkelt å lage en påminner i samband med rekvirering av multidoser.

Nyborg G, Straand J, Brekke M. Inappropriate prescribing for the elderly—a modern epidemic? *European journal of clinical pharmacology*. 2012;68(7):1085-94

Avmedisinering (eng: deprescribing) – skånsom nedtrapping

- Er trygt (ny oppstart 2-10 %, ikke assosiert med økt dødsrisiko)
- Bidrar til økt livskvalitet og bedre funksjonsevne
- Redusert totaldødelighet og færre innleggelser i sykehus.
- Reduserte kostnader og frigjøring av personellressurser

Page AT, Clifford RM, Potter K, Schwartz D, Etherton-Beer CD. The feasibility and effect of deprescribing in older adults on mortality and health: a systematic review and meta-analysis. *British J Clinl Pharm.* 2016;82(3):583-623.

Ranhoff AH, Bakken MS, Granås AG, Langørgen A, Spigset O, Ruths S. Bedre legemiddelbehandling av eldre. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2015;135(4):318



Individuell nedtrapping reduserer dødeligheten iflg oppsummerende studier. Inntil 50% er sett.

Utfordringer:

Noen pasienter kan bli engstelige

Allmennleger er ambivalente til nedtrapping og føler seg sikrere ved å bare fortsette samme behandling

Få og små endringer ved legemiddelgjennomgang



BMJ 2014; 349 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g6680>

Thinking about the burden of treatment

“De siste par ti-år har vært kjennetegnet av stadig økende mengde diagnosesentrerte retningslinjer som ikke passer til den kliniske hverdagen som er dominert av multisykdom, som man møter overalt i helsetjenesten.

Forskning viser at helsetjenesten påfører pasienter og omsorgspersoner en svær byrde som følger av behandlingen som helsetjenesten krever at de skal følge.

Innbyggere over 50 år med ≥ 5 kroniske sykdommer bruker 2,5 til 4,5 timer per dag på oppfølging av behandlingen



Behandlingsbyrden kommer i tillegg til sykdomsbyrden. Det er et absolutt krav at pasientenes gevinster skal være langt større enn den risikoen og de byrdene behandling kan medføre. Spesielt gjelder det medisinsk behandling av mulig fremtidige helseproblemer – f.eks. behandling mot høyt BT, høyt kolesterol, osteoporose som vi ikke en gang vet om pasienten blir utsatt for.

Innbyggere over 50 år med tre eller fire kroniske sykdommer bruker fra 2,5 til 4,5 timer per dag. Trevena L. Minimally disruptive medicine. *Austr J Gen Pract.* 2018;4:175-9

Hvor mange av dere ønsker å binde opp en stor del av dagen med å drive med behandling når dere passerer 80, når du vet at sjansen for at det vil være til hjelp er begrenset?

Det Anna sa, var følgende: «Jeg skal fortelle deg hva som betyr mest for meg. På tirsdager møtes vi nabo venninner. Likeledes, på lørdager vil jeg gjerne kunne bli med datteren min på butikksenteret. Det er det som gjort det verdt å leve. Men først og fremst ønsker jeg fred, spesielt fra maset om gjøre ditt og gjøre datt – og alle disse tablettene hver dag. Ikke vet jeg hva jeg lenger hva dere putter i meg.»



Det skal handle om Anna som er 80 år. Hun har vi hilst på i tidligere samlinger. Hun bor alene hjemme og har besøk av hjemmesykepleien morgen og kveld, og hjemmehjelp en gang i uken. **(Klikk)**

Anna har flere kroniske diagnoser som hun mottar behandling for. Rekken av diagnoser er blant de aller vanligste og egentlig noe vi alle kan få bare vi blir gamle nok. De handler ikke om faktiske sykdommer, men mest om risiko for en gang i fremtiden å kanskje få en sykdom. Det som også kjennetegner dem er at legemidler har blitt hovedstrategien i forebyggingen. Forebyggende legemiddelbehandling kommer jeg tilbake til. Unntaket for Anna er KOLS som har en sterk sammenheng med disposisjon, røyking og luftforurensning. Det er ikke usannsynlig at hadde hun ikke hatt KOLS så hadde hun kanskje ikke gått til lege, i hvert fall betydelig senere og ikke fått de andre diagnosene heller. **(Klikk)**



Anna har en ansvarsfull fastlege som følger faglige retningslinjer

Summen:

- 12 separate medisiner, 5 ulike tidspunkt på dagen og totalt 19 doser/dag.
- I tillegg til medisin: 14 anbefalte daglige aktiviteter (sjekke føtter, sjekke blodsukker, trene++).
- Må til fastlege 4 ganger pr år, i tillegg til øyelege 1 gang pr år. Årlig vaksinerings, regelmessig oppfølging spesialsykepleiere (ernæring, diabetes, kols) og fysioterapeut.

(Boyd CM et al. JAMA 2005;294:716-24)

Samvalg – en fortelling



I sum gir retningslinjene for hver enkelt diagnose 12 separate medisiner på fem ulike tidspunkt. 14 anbefalte daglige aktiviteter, mange kontroller osv. Anna synes det er vanskelig passe på alt. Ikke rekker hun alt dette heller.

Dessuten har hun bivirkninger. Hun får vandrivende på morgenen. Når hun skal bort lar hun være å ta medisinen. Det samme gjør hun når hun venter besøk. Det er litt flaut å måtte løpe på do hele tiden. Av og til kommer trangen svært brått og hun rekker det bare nesten.

Hun får også blodtrykksenkende. Det blir hun litt svimmel av når hun reiser seg. Hun bena er kalde. Muskelkraften svakere merker hun når hun går trappa opp til soverommet. Det er derfor godt å ta en pause en dag eller to for å ha det litt bedre.

Ved siste kontroll merket legen seg at kolesterolet var i grenseland, med LDL-kolesterol på 3. Han fikk en tanke om at dette også kanskje skulle vært behandlet, men er ikke helt sikker. Dessuten: Hun bruker allerede flere legemidler. Han er heller ikke sikker på hvordan hun vil reagere på få enda et.

Vi forlater foreløpig Anna, men kommer tilbake til henne etterhvert.

(Klikk)

«Hva er viktig for deg»

Samvalg (Shared decision making)

Prosess:

- Aktiv deltagelse fra både pasient og helsepersonell
- Begge bidrar med fakta og foretrukne valg
- Mål: Oppnå en felles beslutning

Hvorfor?

- Fundament i etikken
- Retten til samvalg er lovbestemt
 - Pasient- og brukerrettighetsloven 1999 §3
 - Affordable Care Act (Obamacare) 2010

Charles C. Soc Sci Med 1997



Vi har på samlingene vært opptatt av «hva er viktig for deg?» spørsmålet, men ofte er det ikke der det starter. Folk kommer eller spør gjerne fordi de har begynt å kjenne på noe – hva kan det være? Andre ganger er det som for Anna at det kan starte med et unormalt prøvesvar. Da må man gjennom en prosess for å komme frem til øyeblikket der det er riktig og viktig å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?» Denne prosessen kalles på engelsk «shared decision making». På norsk «samvalg». (KLIKK)

Ved samvalg legges det vekt på aktiv deltagelse både fra pasient og helsepersonell i beslutningsprosessen, skape likeverdighet og at det oppnås enighet om beslutningen.

I tillegg forventes det at begge parter skal bringe fakta og sine foretrukne valg med inn prosessen, slik at de sammen skal kunne nå en felles beslutning.

Pasienten er ekspert på seg selv: «orker jeg dette, må jeg?»

Det finnes flere begrunnelser for at samvalg er relevant i mange medisinske beslutninger (KLIKK):

- Det er en del av personsentrert tilnærming, og i dag et etisk imperativ, et viktig fundament i medisinsk etikk.
- Retten til samvalg er lovbestemt i mange land.

I Norge har vi pasient- og brukerrettighetsloven, som i kap 3 omtaler « Rett til

medvirkning og informasjon»:

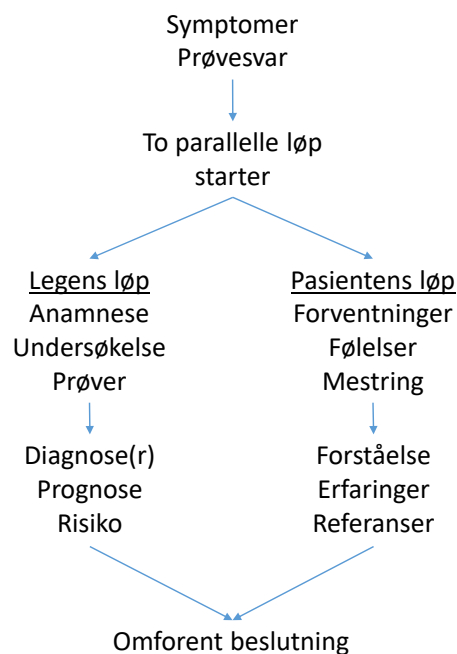
Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjonen.

Dette er en ganske presis formulering av hva samvalg dreier seg om. Samvalg handler mao. om å følge loven

I USA ble forøvrig forhold rundt Samvalg inkludert i ACA (affordable care act i 2010,= Obamacare), verdens mest omtalte helselov.

Fra paternalisme
til et
personsentret møte

Samvalgsprosessen



1986 Levenstein/McWhinney: Integration, shared understanding

1997 Charles: Shared decision making (delt beslutning)

Samvalg er en naturlig konsekvens av utviklingen som har vært i praksis fra 1970 - tallet. På den tiden rådet fortsatt paternalistisk medisin. Legen med sin autoritet og allvitende kompetanse gjorde sine vurderinger og foretok valg på pasientens vegne.

Denne måten å behandle pasienter på måtte etterhvert vike plass for nye prinsipper som bygger på pasientautonomi og pasientsentrert omsorg/tilnærming, og som utover på 80-90 tallet endret synet på forholdet til pasienter. Det har utviklet seg et prinsipp om at pasienten skal ta del i beslutninger om egen utredning og behandling.

Levenstein og McWhinney introduserte den pasientsentrerte kliniske metode i 1986. De beskrev hvordan legen og pasienten har hver sin sideordnede agenda, og forklarte hvorfor det er viktig at legen må få fram begge perspektivene, og integrere disse – for å gjøre gode valg.

Dette begrepet ble videre utviklet av Stewart som brukte begrepet shared understanding, og Charles som lanserte begrepet shared decision-making, eller delt beslutningstaking. Ordet samvalg, som vi bruker på norsk i dag, ble lansert i Norge så seint som i 2014.

Positive effekter av samvalg

- Kan forbedre kommunikasjon, redusere konflikt
- Kan gi pasienten bedre informasjon
- Positiv effekt på behandling
- Kan redusere utgifter til helsetjenester
- Kan reduserer ulikheter i helse

Stacey D. Cochrane Database 2014

Durant M. PLOS one 2014



Samvalg er blitt evaluert og viser seg å ha flere positive effekter:

Det kan *forbedre kommunikasjon og forståelse* mellom helsepersonell og pasient og derved signalisere gjensidig respekt.

Det kan *redusere konfliktnivå, og redusere opplevelse av manglende informasjon hos pasienten*. Klager over manglende informasjon er en av de aller hyppigste.

Det kan ha *positiv effekt i behandling* av en rekke tilstander. Det handler blant andre om bedre oppfølging av pasienten og har *reduisert forbruk av helsetjenester på noen områder*. Norge spesielt er fortsatt preget av en protestantisk tradisjon med stor nøkternhet som gjelder bruk av både kirurgiske inngrep, legemidler og bruk av helsetjenester, samt mange nytelsesmidler

Samvalg kan også bidra til å redusere ulikheter i helse og komme svakere grupper til gode. En har vært bekymret for at samvalg ville gi størst gevinst for pasienter fra høyere sosioøkonomiske klasser, som ofte har mer kunnskap og større evne til å skaffe seg informasjon, men det er gjort studier som viser at samvalg hadde signifikant og større effekt for pasienter i lavere sosioøkonomisk klasser enn i høyere.

Samvalg handler om å kombinere senkning av terskler og øke empowerment, og trosser økonomiske teorier ved at forbruket av tjenester går ned.



Samvalg i praksis

- Informere om anbefalinger i retningslinjer
- Berolige om bivirkninger
- Oppmuntre i et tydelig råd
- Gjøre det klart at pasienten selv kan velge



Legen til Anna var som sagt bekymret for hennes kolesterolnivå. Før neste kontroll sjekker han de nasjonale retningslinjene, og der finner han ingen aldersgrense for hvem som bør få kolesterolsenkende medisin.

Legen har hørt litt om samvalg, men har liten erfaring. Han tenker at denne i samtalen kunne det være vært greit å prøve. Mange tror de vet hva samvalg betyr. Han gjør et forsøk, og dialogen kan tenkes å gå omtrent som dette:

Legen sier: Hør Anna, siden sist har jeg kikket litt i faglitteraturen, og der anbefales det at du bør få senket kolesterolet. Hensikten er å forebygge hjertekarsykdom. Derfor vil jeg foreslå at du får en liten dose kolesterolsenkende medisin.

Anna ser litt skeptisk ut, men sier ingenting. Legen har i bakhodet hennes mulige skepsis mot flere medisiner. Samtidig har han litt dårlig samvittighet for ikke å følge opp kolesterolet.

Legen fortsetter: Du synes kanskje du har fått litt mange medisiner nå, og lurer litt på bivirkninger. Muskelsmerter sier du? Vel, det finnes en ny studie som viser at pasienter får like mye plager av jukse- tabletter. Så det trenger du ikke være redd for. Dessuten, dette jo et enkelt tiltak som øker sjansene til en alderdom med god helse, så du kan ha gleden av å se dine barnebarn vokse opp. Jeg råder deg til å ta imot denne behandlingen, men det er selvsagt opp til deg!

Hvis du var Anna, ville du takket ja til behandling? Sannsynligvis. Og legen tenkte kanskje, at dette var et greit eksempel på samvalg: Han hadde lest seg opp på retningslinjene, informert henne, besvart hennes bekymringer, og gitt et tydelig råd. Og gjort det klart at det var opp til henne.

Men, for å gjøre det helt klart: **Dette er IKKE et godt eksempel på samvalg**- fordi

denne samtalen ikke bygger på felles forståelse.



Kjennetegn på en god dialog

Samvalg starter med en god prat – skape balanse

- Lytte og være interessert
- Det veksler mellom hvem som leder dialogen
- Tillit og relasjon som kommer over tid/over flere møter

<https://helsenorge.no/rettigheter/samvalg> 2018

Shepherd H. Health Expect 2016



Pasienter flest forventer ikke å bli tatt med på råd. Paradokset er at den vanligste klagen fra pasienter er likevel at de opplever ikke å ha bli hørt.

Vi som helsepersonell kan aktivt bidra til at balansert dialog blir gjennomført. Det starter gjerne med en god prat hvis ikke balansen allerede er etablert over tid. Likeverd er viktig fordi den som føler seg underlegen blir ofte den som føler minst ansvar for å holde avtaler.

Når man merker at ledelsen av hvem som fører dialogen, er man kommet langt, men forløpet videre kan også bli lite strukturert og forutsigbart.

Fastleger har den fordel at det i utgangspunktet er regulert et forhold og slev om det kan være langt mellom møtene, varer forholdet over lang tid.

Helsepersonell i hjemmetjenestene treffer pasientene ofte og ser dem i sitt hjemmemiljø og har et utgangspunkt for raskt å kunne bygge tillit og likeverd. Til sammenligning blir folk flest sjelden innlagt i sykehus

Helsemyndighetene reklamert for samvalg som måten å henvende seg til helsepersonell, og en studie viser at pasienter som fikk slik opplæring i betydelig grad tok i bruk dette i konsultasjoner. Helsepersonell bør samarbeide om opplæring av pasienter. Vi kan f.eks. lære pasienten når de skal på sykehuset og til fastlegen. Dere møter også pårørende og kan også gi anbefalingene til dem. Allmennlegene burde få en takst, forutsatt at de har gjennomgått en opplæring og bestått den.



Pasientens tre spørsmål

- Hvilke alternativer har jeg?
- Hva er mulige fordeler og ulemper?
- Hvor sannsynlig er det at jeg vil oppleve disse?

<https://helsenorge.no/rettigheter/samvalg> 2018

Shepherd H. Health Expect 2016



Anna's lege gjør et nytt forsøk på å snakke med henne om behandling av kolesterol. Han har forberedt seg godt på spørsmål han kan få
Samtalen ville kunne gå slik:

Legen: Retningslinjene anbefaler at når du har sukkersyke, bør du bruke en kolesterolsenkende medisin.

Her får han drahjelp. Anna's datter har vært innom Helsenorge.no, og har sett De tre spørsmålene. Hun forteller Anna og blir også med

Hvilke alternativer har jeg?

Legen vet at Anna har et fornuftig kosthold og er aktiv. Ja, det er jo enten å ta kolesterolsenkende tabletter eller ikke. Det er ikke opplagt hva som vil være best for deg.

Hva er mulige fordeler og ulemper med denne behandlingen?

Ulempen kan bli bivirkninger. Noen får kvalme og andre mageplager, og noen får muskelsmerter. Noen får utløst sukkersyke. På en annen side reduseres sjansen for at du kan få hjerteinfarkt.

Hvor stor er sjansen for at jeg kan unngå et hjerteinfarkt?

Sjansen er den at hvis 60 personer med for høyt kolesterol tar tabletter i 5 år vil en av dem unngå et hjerteinfarkt, men ingen vet på forhånd hvem den heldige er. Behandlingen vil ikke bidra til at du vil kunne leve lenger. Man kan slutte å ta

tablettene når man passerer 75 år fordi de virker ikke lenger. De som har sukkersyke skal ikke behandles lenger enn til de blir 85 år. Etter man er blitt 85 år har kolesterolbehandling ikke noen effekt.

Anna har fått svar på sine spørsmål. Så kommer øyeblikket – **Legen:** Hva er viktig for deg, Anna?

Anna svarer: Det viktigste er at jeg greier å få bo hjemme. Det er tungt nok å bli gammel, om jeg ikke i tillegg skal jeg ha i meg en masse medisin. Så ønsker jeg ro, ikke et mas om å gjøre ditt og datt.

Skifte av innsatsområder (og kompetanse?)



Simpson M, Welsh T, Griffiths C. Midlothian wellbeing service – beyond medicine. Scotland: Thistle Foundation, 2018



Denne figuren så jeg første gang på en dialogkonferanse i Stavanger for snart et år siden. En viktig bakgrunn for dette skifte er endringene i pasientpopulasjonen, men også en økende erkjennelse av problemer med en fragmentert og lite effektiv helsetjeneste som ikke er bærekraftig på sikt. Skifte illustrerer også behovet for et skifte i kompetanse i primærhelsetjenesten. Det er i primærhelsetjenesten at ansvaret for å ivareta helheten og hva som er viktig for den enkelte ligger.

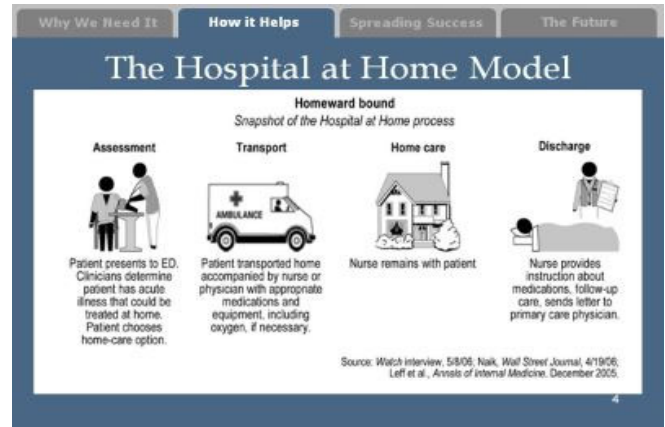
Samarbeid i helsefelleskap om skrøpelige eldre

- Rutiner/opplegg for identifisering av gruppen
- Hovedmålsettingen for alle parter og all behandling er funksjonsforbedring/-vedlikehold og lindring i vid forstand
- Modellen for samarbeid er tverrfaglige team fleksibelt sammensatt i tråd med den enkeltes behov
- Gjensidig kompetanseutveksling (team modellen)
- Primært unngå innleggelser; skrøpelig eldre skal skrives ut hjem

«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.

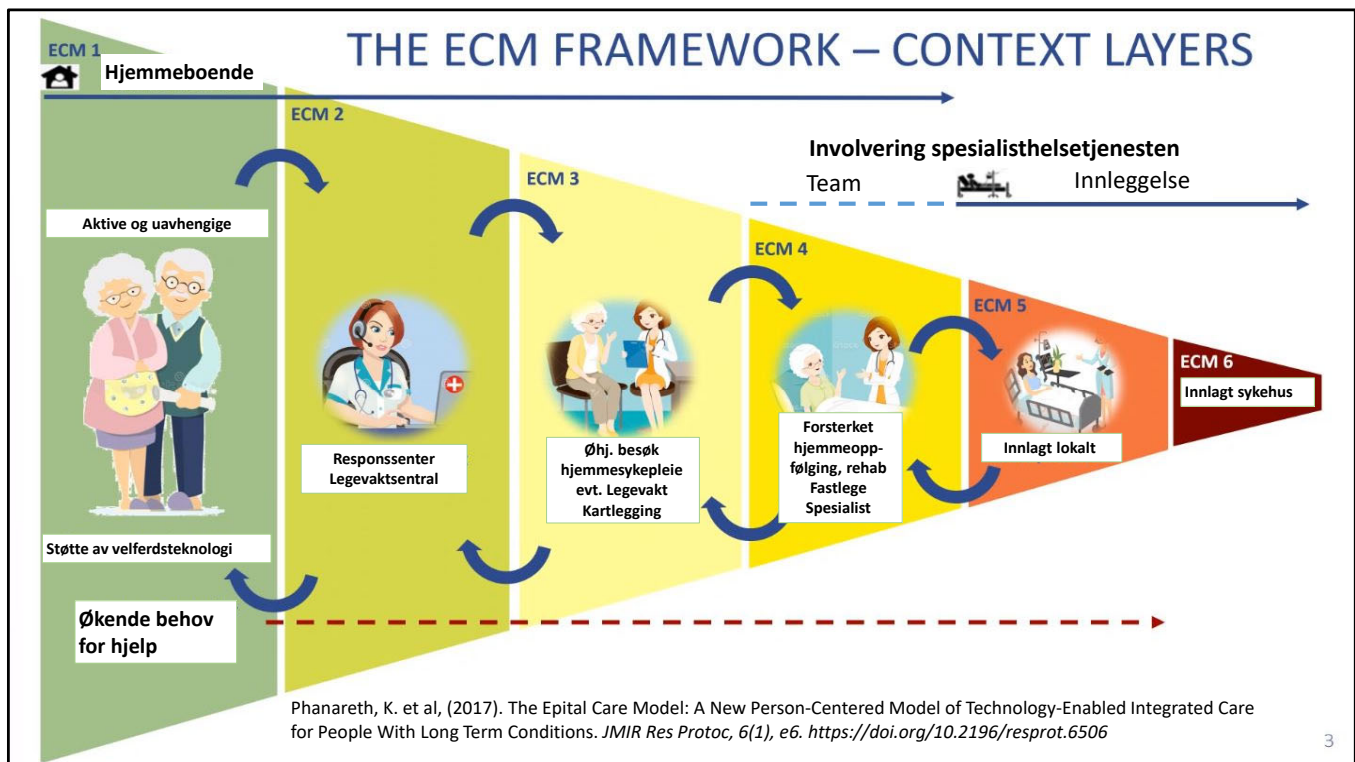
Den andre utgaven av hjemmesykehus fokuserer på håndtering av akutte behov blant pasienter med kronisk sykdom, innleggelse og utskrivning, ofte pasienter som er godt kjent. Når pasienten ankommer akuttmottaket, eller aller helst før pasienten blir hentet, blir det vurdert om pasienten kan behandles hjemme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

Stage 1: Active and Independent Living

In this stage citizens live their life connected to the ECM services in accordance with their personal needs, values, and preferences. This stage is possible even in the face of serious health issues. Support for the active informed patient, in terms of self-management support, is fundamental both here and at all other stages of the funnel. Enrolled citizens have an acute medicine box with prescribed medication for acute exacerbations, which allows the eDoctor to initiate urgent treatment at home.

Stage 2: Virtual Assisted Living

The participant makes use of virtual support through *one-point-of-contact* with immediate response and 24/7 availability, also including indirect access to the eDoctor. The RCC provides e-consultations with relevant health professionals. Proactive treatment may be started using the acute medicine box.

Stage 3: Virtual Assisted Living With Assistance From Home Care Mobile Health Professionals

Virtual assistance is added with mobile support in the participant's home, such as physical visits from the MAT (see [Figure 4](#)). The empowerment network can still be used in this stage, and all stages listed above.

Stage 4: Outmitted at Home

The goal is to enable the participant to stay in their home as long as possible without compromising safety. Treatment, monitoring, and follow-up by both virtual and mobile teams can be intensified, corresponding to an inpatient setting. The eDoctors play an essential role in this setting, being proactively available virtually and responsible for the treatment in the citizen's home, while having the MAT nurses as the *eyes and hands* at the point of care in the home. The empowerment network is not activated in stages 4 and 5, in which services are switching towards traditional health care deliveries.

Stage 5: Admitted at Local Health Clinic

If required, the participant is moved to a local health clinic (SAP) equipped with basic hospital facilities, including 24/7 physical availability of certified ECM health professionals.

Stage 6: Hospital

If the former services and efforts are insufficient, the citizen is admitted to hospital with specialized health care services. An implementation of the model is the service that is currently integrated into the ECM in Lyngby-Taarbæk, as shown in [Figure 5](#). The concept involves the following organizational elements of health care, all of which are supported by advanced ICT technology: