



Samhandlingsprosjektet Vitality – Integrerte helsetjenester

Prosjektleder Marte Wang-Hansen

SESAM dagene

Mai 2025

Sykehuset i Vestfold

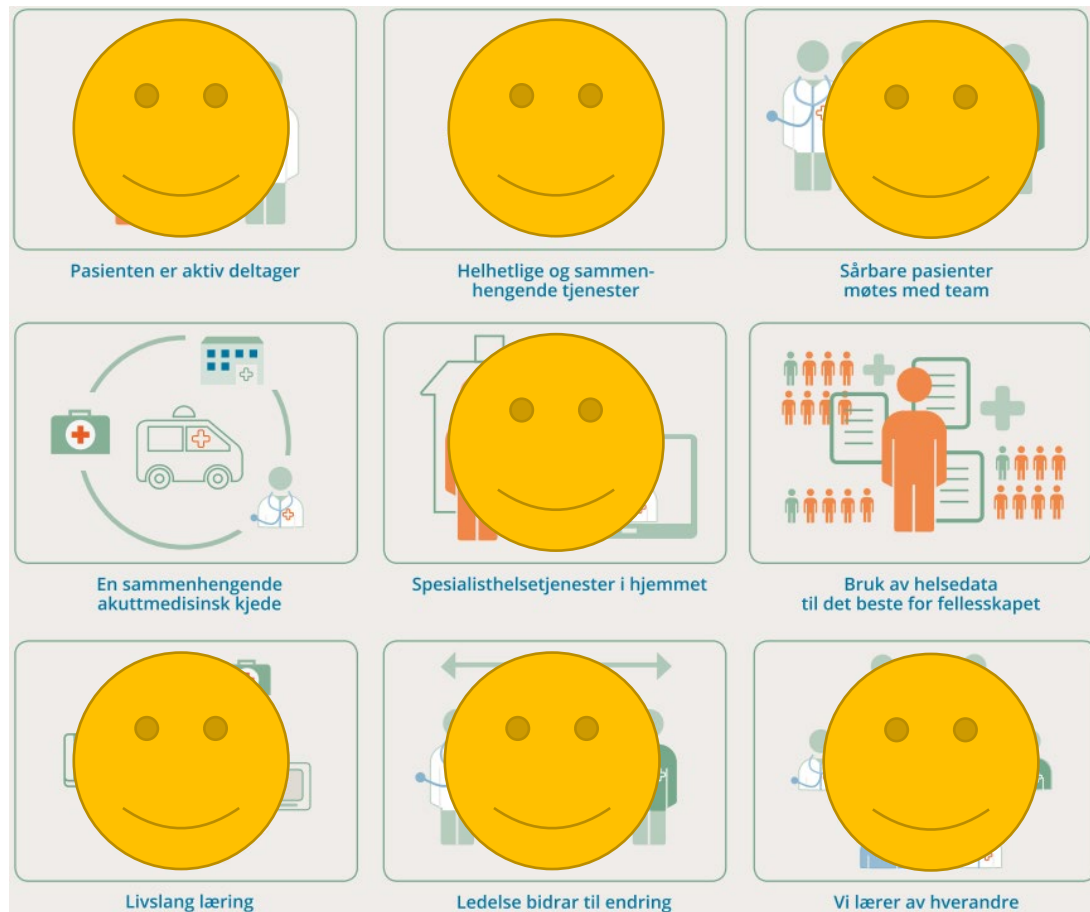
- Vestfold fylke
- Opptaksområde ~ 240 000
- Larvik ~ 48 000



Film laget av KS



Nasjonal helse og sykehusplan

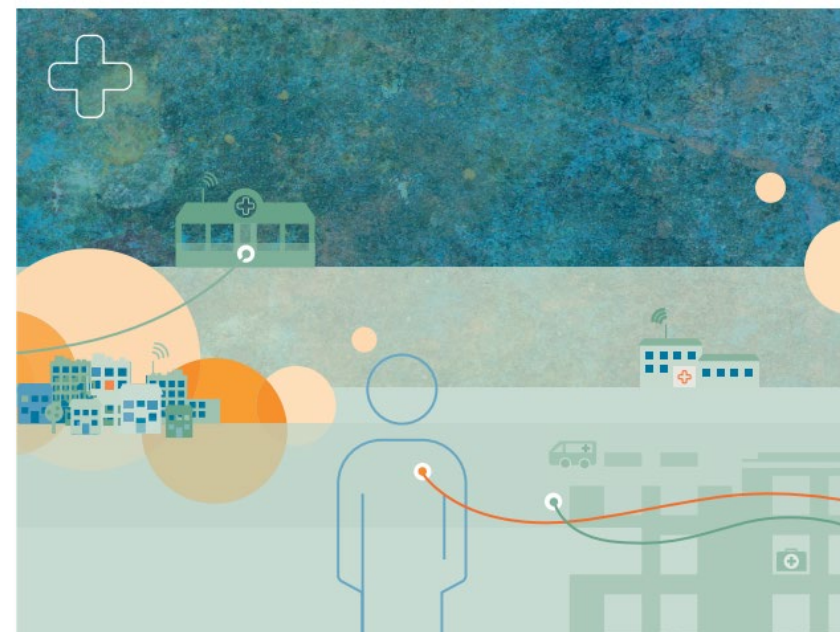


Meld. St. 7

(2019–2020)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023



ARBEIDSDELING I HELSEFELLESKAP

Brukere og fastleger deltar på alle nivå

PARTNERSKAPSMØTET

Politisk og administrativ toppledelse i kommuner og helseforetak



Årlig møte for å
forankre retning

STRATEGISK SAMARBEIDSUTVALG

Administrativ og faglig ledelse i kommuner og helseforetak



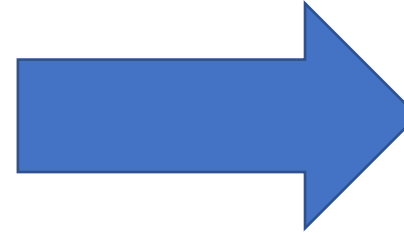
Utvikle strategier og
handlingsplaner

Håndtering av saker og
løpende beslutninger

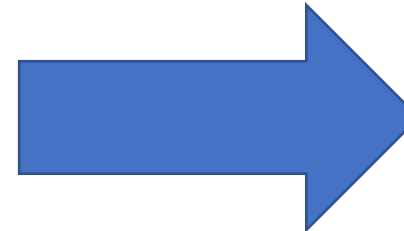
FAGLIGE SAMARBEIDSUTVALG



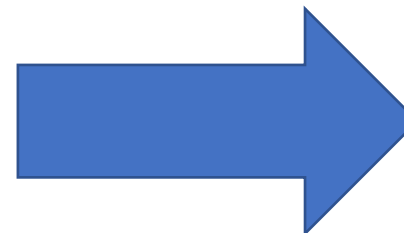
Utvikle prosedyrer og
tjenestemodeller



Forankret som et av
to prosjekt i
samhandling

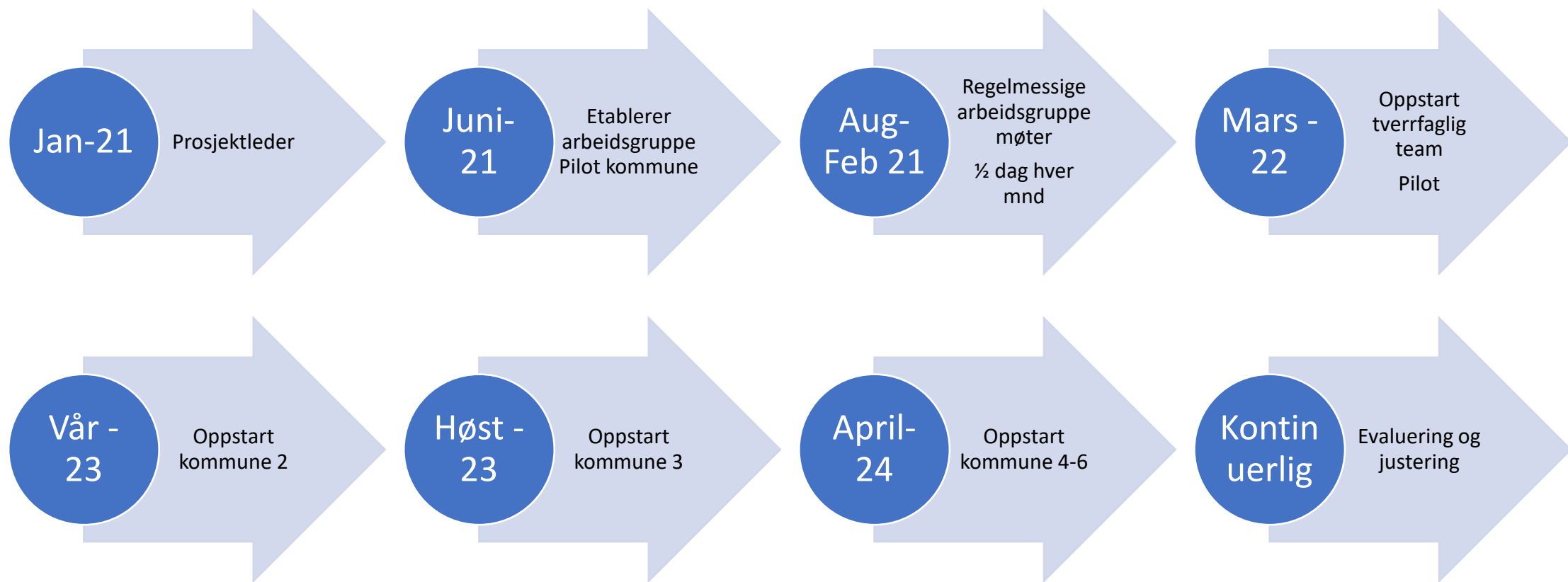


Styringsgruppe



Prosjektgruppe

Tidslinje



Frail – Skrøpelig



CLINICAL FRAILITY SCALE - NORWEGIAN

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

SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

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

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

Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.

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

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

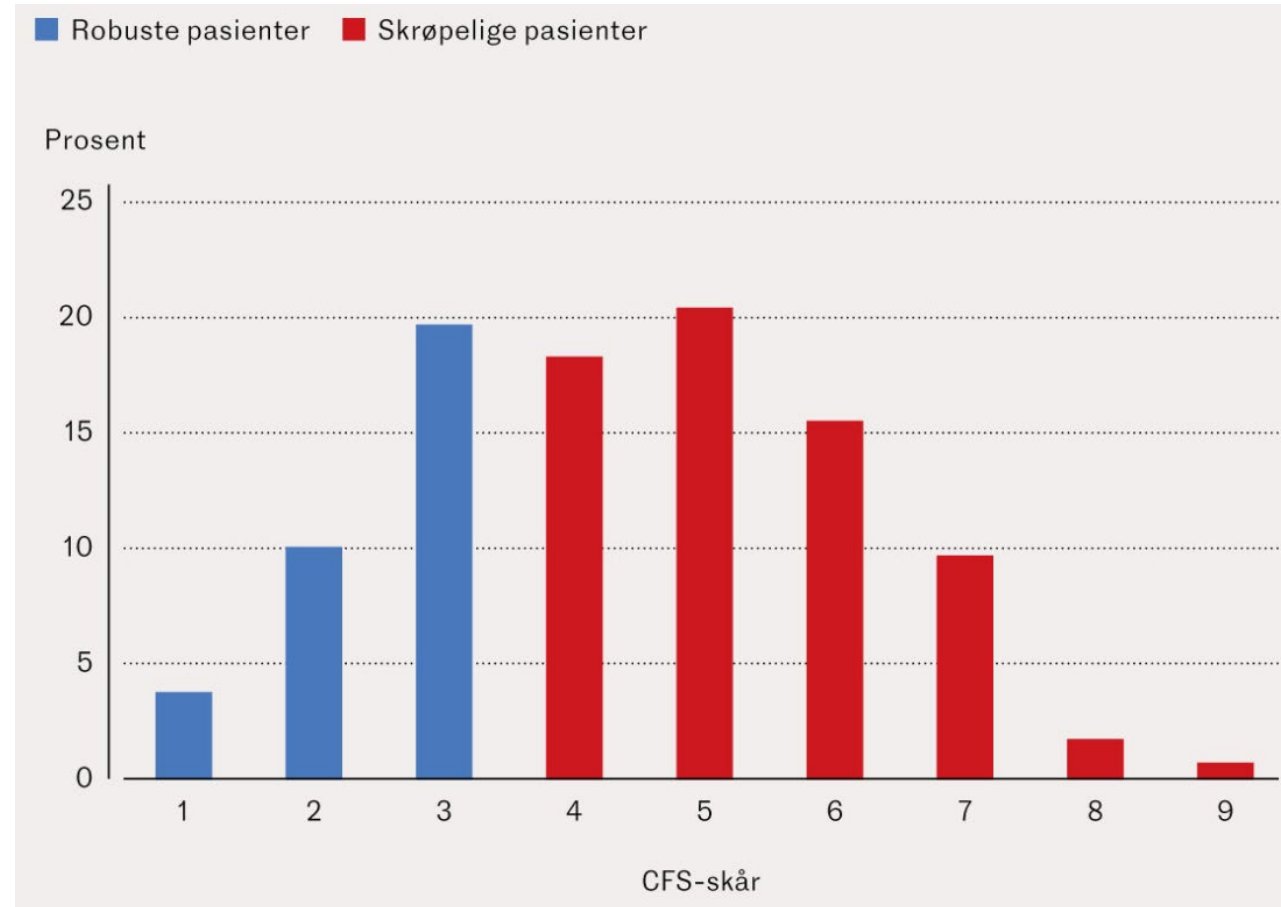
Translated with permission by Rostoft S, Engstad TT, Sjøbø B, Flaatten H.

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



DALHOUSIE UNIVERSITY

Skrøpelighetsscreening i norske akuttmottak



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.

Integrerte helsetjenester

SiV



- Geriater 50 %
- Eldrehelsekoordinator 100 %
- Helsesekretær 17 %

Larvik



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

Andre aktører



- Farmasøyt 15 %
- Fastleger
- Hjemmetjenesten

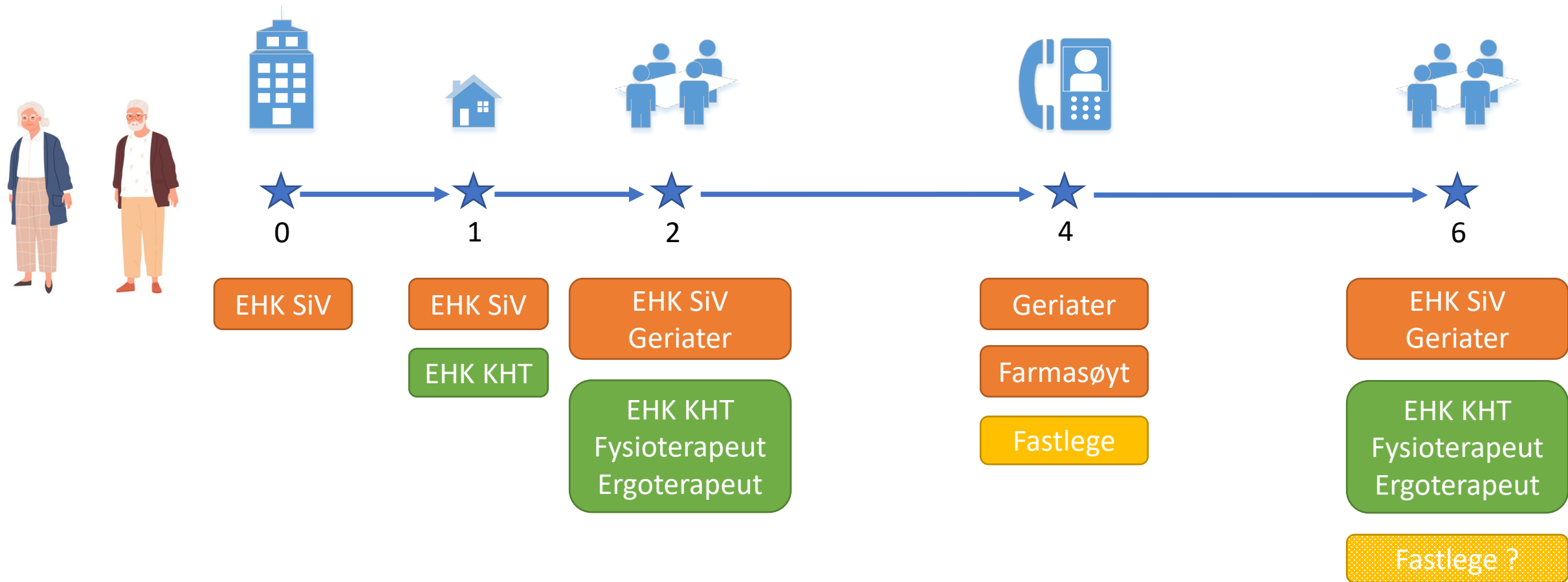
Forsterket utskrivning



Helsestasjon for eldre



Forsterket utskrivning



EHK = Eldrehelsekoordinator

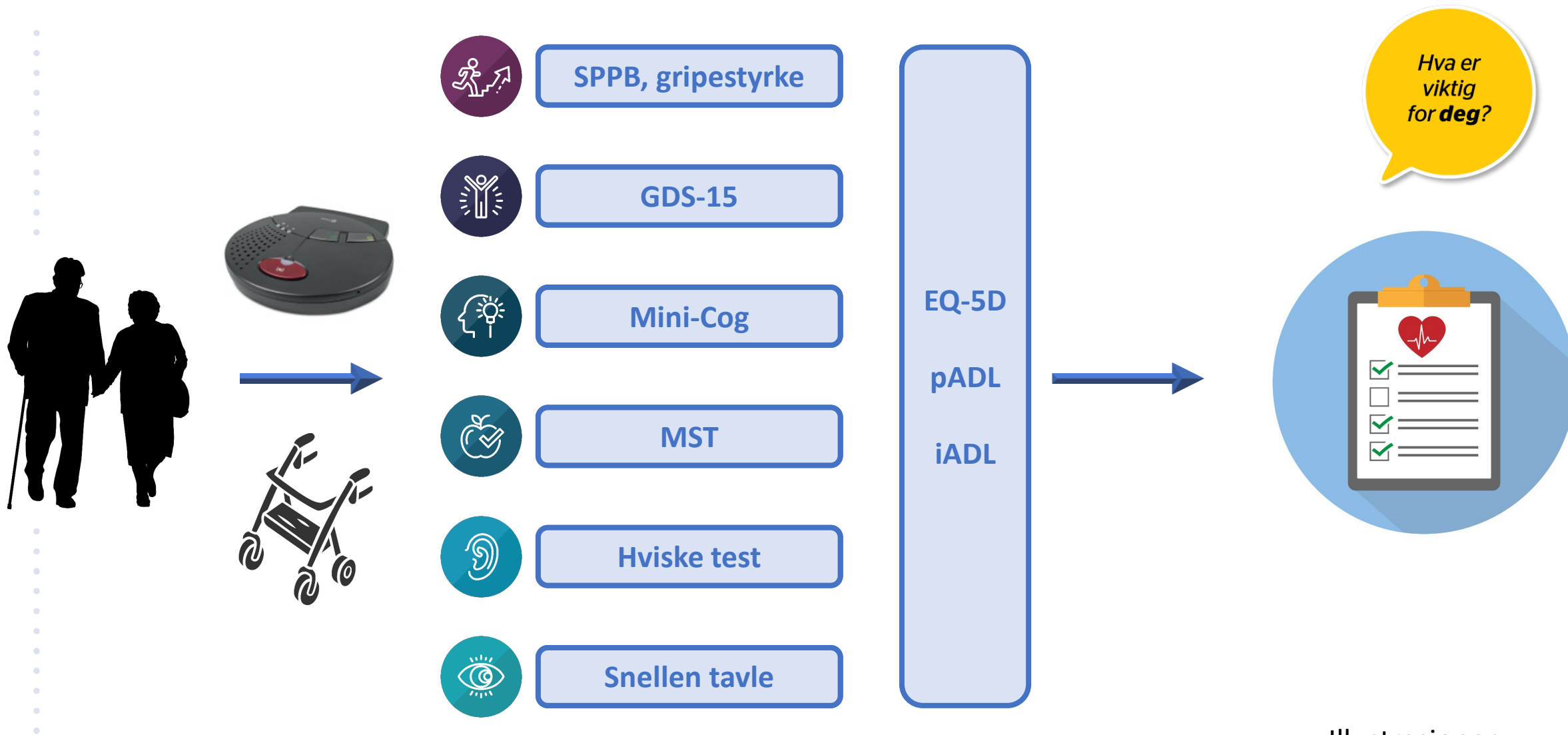
SiV = Sykehuset i Vestfold

KHT = Kommunehelsetjenesten

Eldrehelse – koordinatorer



Helsestasjon for eldre - HE



Tiltak iverksatt

- Legemiddelgjennomgang
- Fallforebygging i hjemmet, fokus på snublefeller, usikre trapper, glatte gulv, dårlig skotøy og god belysning
- Økt hverdagsaktivitet
- Fallforebyggende øvelser basert på Helsedirektoratet sine anbefalinger
- Søkt hjelpemidler
- Treningsgrupper (Sterk og stødig)
- Ernæringsveiledning
- Trygg hjemme – brannforebyggende hjemmebesøk fra brannvesenet
- Mestringsteam og nærmiljøsentere
- Henvisninger til psykisk helseteam, hukommelsesteam/fastlege, ØNH og optiker





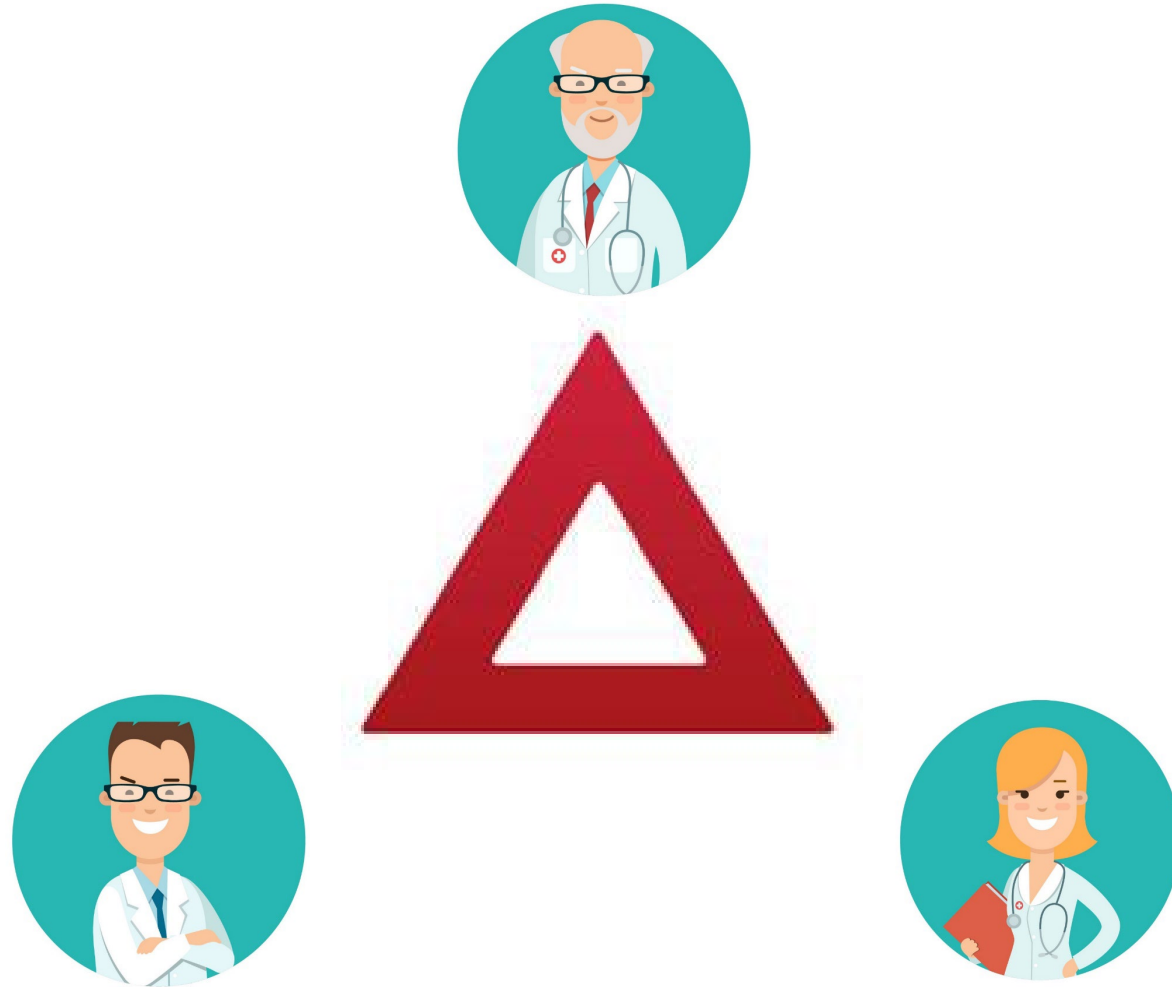
Du har hatt besøk av Vitality-teamet. Basert på samtale med deg og kartlegging av din hverdag, så anbefaler vi at du fokusere på dette fremover:

- Delta på “Kaffe og prat”
- Vurdere deltagelse på treningssenter
- Kontakte Frivillighetssentralen for å delta på datakurs
- Samarbeide med fastlege om evt medisinendring og ta medisiner sammen med mat
- Ha regelmessig og variert kosthold
- Vurdere elektrisk scooter som fremkomstmiddel over lengre avstander
- Delta på gruppetrening med fokus på balanse og styrke, f.eks Sterk og stødig
- Se gjennom Seniorsiden på kommunens nettsider

Teamet tar kontakt med deg etter ca 3 måneder for å høre hvordan det har gått.



Samarbeid om legemiddelgjennomgang



HVERDAGSAKTIVITET

•



Sterk og stødig

Nasjonalt senter for aldring og helse > Fysisk helse > Lær mer om fysisk helse > Sterk og stødig



Sterk og stødig

Treningsgrupper tilpasset for seniorer

Sterk og stødig er treningsgrupper tilpasset for seniorer som opplever ustøhet med begynnende funksjonssvikt som har behov for balanse- og styrketrening.

Oppfølging etter 6mnd.....



SPPB



8



9



8



8

Samhandlings- og rekrutteringstilskudd

- Forutsigbarhet i driften
- Fokuserer på behandlingsavklaring og «Gjør kloke valg»
- Samarbeid med samhandlingslegene for møterekke for allmennleger

- *En fragmentert og høyspesialisert tjeneste*
- *Grunnleggende geriatrisk kompetanse*
- *Oppmerksomhet knyttet til karakteristika ved den eldre, skrøpelige pasienten*
- *Samhandling mellom tjenestenivå ved utskrivning av eldre pasienter*
- *Legemiddelbehandling*
- *Digitalisering av helsetjenestene*

Fragmentert og spesialisert – Hva vet tilsynet om eldre i spesialisthelsetjenesten?

Rapport fra Helsetilsynet 5/2024

18.06.2024



Kompetanseheving

- Økt kunnskap om den geriatriske pasienten
- Økt kunnskap om skrøpelighet
- Økt kunnskap om habituel funksjonsnivå og CFS
- Økt kunnskap om akutt funksjonssvikt og relaterte symptomer
 - Fall
 - Akutt forvirring
 - Endret mobilitet
 - Dehydrering
 - Inkontinens



Meld. St. 24

(2022–2023)

Melding til Stortinget

Fellesskap og meistring

Bu trygt heime



Boks 6.4 Helsestasjon for eldre

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

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

Kjelde: Larvik kommune



SYKEHUSET I VESTFOLD

Meld. St. 9

(2023–2024)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027

Vår felles helsetjeneste

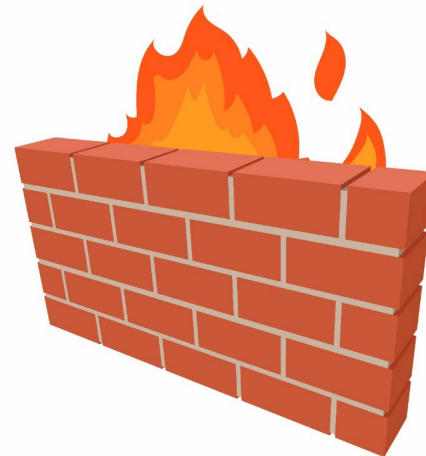
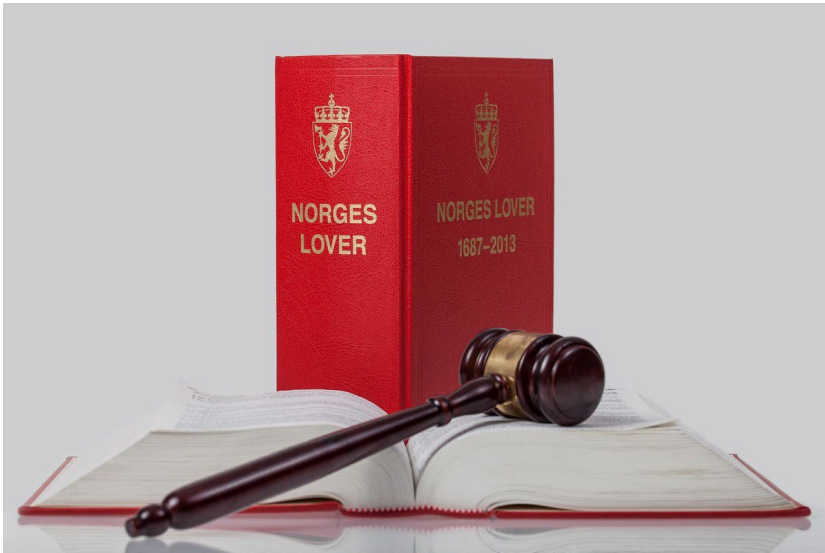


Boks 4.17 Eksempler på gode tjenester rettet mot eldre med skrøpelighet

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



Utfordringer





Maskinrom

Døra er låst,
da brenning pågår.