

Multisyke

Et samhandlingsprosjekt i Vestfold



Innhold

Figurer	2
Sammendrag	3
Forkortelser	5
Innledning og bakgrunn	6
Mål med forprosjektet	9
Mandat i forprosjektet	9
Prosjektorganisering.....	11
Prosjektledelse.....	11
Prosjektgruppe	11
Arbeidsform	11
Resultater	12
Innledning.....	12
Besvarelse av punkter i mandatet:	13
Beskrivelse av del 1) Tidlig intervensjon for å avdekke skrøpелighet.....	14
Beskrivelse av del 2) Ambulerende tjenester for pasienter med skrøpелighet.....	16
Diskusjon	20
Problemstillinger knyttet til del 1 av modellen	20
Problemstillinger knyttet til del 2 av modellen	20
Konklusjon	22
Referanser	23
Vedlegg.....	26
1: Instilling fra arbeidsgruppa nedsatt av SU.....	26
2: Undergrupper multisyske:	37
3: Deltakere, kasuistikker og tekstreferat fra workshop:.....	38
4: Referat fra Workshop multisyske 18.10.19:	43
5: Litteratursøk multimorbidity og frailty	53
6: Litteratursøk Readmissions	54

Figurer

Figur 1: Modell del 1) Tidlig intervensjon for å avdekke skrøpелighet.....	15
Figur 2: Forslag til målrettede tiltak	16
Figur 3: Modell del 2) Ambulerende tjenester for pasienter med skrøpелighet.....	17

Sammendrag

Denne rapporten beskriver et forprosjekt med mål om å utvikle en ny modell for ivaretagelse av personer med multisykdom. Arbeidsgruppen som har jobbet med rapporten ble nedsatt av Samhandlingsutvalget i Vestfold høsten 2019. Kravene til modellen er, at den skal sikre helhetlige, integrerte og koordinerte tjenester for Vestfolds innbyggere med multisykdom. Modellen skal ivareta hjemmeboende som står i fare for forverring av sin helsetilstand, samt de som skrives ut fra sykehuset etter et sykehusopphold. Tilnærmingen til pasientgruppen har således vært tosidig, men for begge grupper med mål om å styrke mestring og forebygging i helsetjenestene de tilbys.

Vi ønsker med vårt forslag å sette fokus på pasienter som står i fare for å utvikle, eller har utviklet, skrøpelighet. Vi ser at det er behov for dette i alle ledd av helsetjenesten. Skrøpelighet er ikke en sykdom. Skrøpelighet som tilstand innebærer at en person har redusert reservekapasitet på tvers av organsystemer, redusert motstandskraft mot sykdom og komplikasjoner, og ofte utvikler varig funksjonsfall ved sykdom eller andre stressbelastninger. Skrøpelighet er en dynamisk og reversibel tilstand hvis det iverksettes målrettede tiltak på et tidlig stadium.

Vi har valgt å bygge modellen på allerede etablerte strukturer i helsetjenesten, men med et målrettet fokus på å avdekke skrøpelighet. Screening for skrøpelighet skal starte første gang en innbyggere > 65 år henvender seg for å melde behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det må også etableres rutiner hos fastlegene og på legevakt for å identifisere eldre pasienter som har behov for skrøpelighetsvurdering. For å koordinere arbeidet og aktørene som er involvert, anbefaler vi at det opprettes en stilling som eldre-koordinator i alle kommuner. Denne personen skal ha oversikt over pasienter i risikozonen og de som er under oppfølging. En bred geriatrisk vurdering av pasientene skal koordineres, og pasientene hvor det avdekkes risiko på flere områder følges opp med undersøkelse av geriater. En god oversikt over kommunens tjenestetilbud er også viktig. Det gjelder treningstilbud, forebyggende helsetjenester, frivillige drevne tilbud, matombringning og andre tiltak som synes relevant for pasientgruppen.

I tillegg vil vi etablere et tverrfaglig ambulant team ved Sykehuset i Vestfold (SiV) med geriater og eldre-koordinator. Fagpersonene tilknyttet dette teamet bør ha delt arbeidssted mellom kommunen og SiV, men hovedtilhørighet til det geriatriske miljøet på SiV. Koordinatoren i teamet skal ha en proaktiv tilnærming, og identifisere pasienter som trenger oppfølging etter utskrivelse fra sykehuset. Teamets oppgave er det å gjennomføre en bred geriatrisk kartlegging av pasientene etter utskrivelse med utarbeidelse av en individuell plan. Den individuelle planen skal fokusere på «*hva er viktig for deg?*» og sette opp tiltak som skal følges opp. Planen bør også inneholde en beskrivelse av «*hva skjer hvis?*», en behandlings- og omsorgsavklaring. For geriatrisk kompetanseoverføring og oppfølging av den enkelte pasient møtes aktørene i det ambulante teamet i et «overføringsmøte» med aktørene i kommunehelsetjenesten for iverksettelse og oppfølging av planen. Geriater og fastlege skal i dette møtet også gjøre en felles legemiddelgjennomgang.

I tillegg til opprettelse av modellen, ser vi for oss at sykehuset setter fokus på skrøpelighet i sin del av behandlingsskjeden. Det gjelder både ved akutte og planlagte innleggelser, og i

pasientforløpet fra akuttmottaket til utskrivelse. Det bør fokuseres på områdene i en geriatrik vurdering som har vist effekt for skrøpelige pasienter. Vi foreslår at vurdering av skrøpelighet gjennomføres pre-operativt for kirurgiske pasienter i forkant av abdominal- og karkirurgi, for onkologiske pasienter før oppstart av utredning og behandling, for alle pasienter med hoftebrudd og for eldre medisinske pasienter.

For å øke kompetansen på skrøpelighet blant helsepersonell som jobber med eldre, anbefaler vi, at SiV sammen med kommunene tar initiativ for å få dette inn i utdanningsplanene for de ulike helseprofesjonene. Det bør jobbes aktivt mot Universitetet Sør-Øst Norge og Fagskolen Aldring og Helse, for å vurdere opprettelse av etterutdanning innenfor tema skrøpelighet.

Forkortelser

ADL: Dagliglivets aktiviteter (Activities of daily living)

AKS: Avansert klinisk sykepleier

BHM: Behandlingshjelpemidler

CGA: Bred geriatrisk vurdering (Comprehensive geriatric assessment)

FL: Fastlege

GVK: Geriatrisk vurderingskompetanse

HP: Helsepersonell

HSP: Hjemmesykepleie

IKT: Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

IP: Individuell plan

IPLOS: Individbasert PLeie og Omsorgs Statistikk

ISF: Innsatsstyrt finansiering

KHT: Kommunehelsetjenesten

LM: Legemiddel

LMB: Legemiddelbehandling

LMG: Legemiddelgjennomgang

LV: Legevakt

PROMs: Pasientrapporterte utfallsmål (patient-reported outcome measures)

PSHT: Pasientsentrerte helseteam

SHT: Spesialisthelsetjenesten

SiV: Sykehuset i Vestfold

SPL: Sykepleier

SU: Samhandlingsutvalget

UNN: Universitetssykehuset Nord-Norge

USN: Universitetet Sør-Øst Norge

ØHD: Øyeblikkelig hjelp døgnplasser

Innledning og bakgrunn

Styret for Sykehuset i Vestfold (SiV) godkjente sin utviklingsplan frem mot 2035 den 8. mai 2018. Ett av de viktigste innsatsområdene i planen var et sterkere fokus på pasienter med en kompleks og sammensatt helsesituasjon, og med behov for mer integrerte og koordinerte helsetjenester. Dette er ofte pasienter som bruker mye helsetjenester – til dels også sosiale tjenester. Noen av disse pasientgruppene bruker mye tjenester i kommunehelsetjenesten, andre bruker mye tjenester i spesialisthelsetjenesten, og noen bruker mye tjenester både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg kommer – som nevnt ovenfor – ofte et betydelig behov for hjelp og tjenester fra andre aktører enn helsetjenesten (1).

Det ble satt ned en arbeidsgruppe i regi av samhandlingsutvalget (SU). Arbeidsgruppen besto av representanter for SiV og kommunene i Vestfold, i tillegg til en brukerrepresentant. I arbeidet kom man frem til 2 målgrupper som skulle prioriteres videre.

Målgruppe 1: Barn og ungdom i risikosonen for å utvikle psykiske helseproblemer.

Målgruppe 2: Multisyke pasienter med behov for bedre koordinerte og integrerte helsetjenester.

Arbeidsgruppen har sett for seg at det er to innganger til målgruppe 2:

1. Den ene inngangen/den ene gruppen er de som får en forverring av tilstanden mens de er hjemme, og hvor en raskere og mer koordinert innsats fra primær- og spesialisthelsetjenesten sammen og samtidig, vil kunne avklare situasjonen og i mange tilfeller bidra til at pasienten fortsatt kan bli værende hjemme.
2. Den andre inngangen/den andre gruppen er de som skal skrives ut fra sykehuset, men som har stor risiko for raskt å måtte re-innlegges dersom det ikke iverksettes særskilte tiltak. Ved å forberede utskrivningen bedre, og ved å følge opp pasientene bedre etter utskrivning – også fra spesialisthelsetjenesten - er arbeidsgruppens hypotese at det er mulig å stabilisere pasienten bedre i hjemmesituasjonen, og dermed unngå raske og unødvendige reinnleggelser.

Det pekes på utfordringer i dagens helsetilbud både i kommune- og, spesialisthelsetjenesten, og spesielt ved overganger mellom disse. Med mål om å utarbeide bedre samhandling og et bedre system for disse pasientgruppene ble det ansatt 2 prosjektledere som ledere for hvert sitt delprosjekt for henholdsvis målgruppe 1 og 2. Arbeidet startet 01.09.19 med plan om ferdigstilling av rapport til første SU møte 2020. Spesifikt for Målgruppe 2 (Multisyke pasienter med behov for bedre koordinerte og integrerte helsetjenester), er det nevnt følgende: Målgruppen er ikke skarpt avgrenset og består muligens av flere undergrupper. Det ble nedfelt en del kjennetegn til disse pasientene:

- Mange i denne målgruppen er eldre, men alder er ikke nødvendigvis det viktigste kriteriet for å bli inkludert.
- De er ofte multisyke, og har mange diagnoser og plager.
- De går ofte på mange medisiner.
- De har mange kontakter med helsetjenesten i løpet av et år:
 - Innleggelser på sykehus

- Poliklinisk oppfølging
- Hjelp fra hjemmesykepleien
- Besøk hos/av fastlegen
- De har ofte liten egenmestringsevne og evne til å koordinere de tjenestene de har behov for.
- De har ofte, men ikke alltid, ulike grader av kognitiv svikt og forvirringstilstander.
- De står ofte i fare for å få forverret sin tilstand dersom de ikke får adekvat hjelp.

En viktig premiss er at det ikke er diagnose som skal være det definerende kjennetegnet for å bli inkludert i denne målgruppen. Det er mer snakk om funksjonssvikt og manglende egenmestringsevne. Hele innstillingen «Pasienter med behov for mer integrerte helsetjenester – innstilling fra arbeidsgruppe» er vedlagt denne rapporten som vedlegg 1.

Etter innføring av samhandlingsreformen i 2012 (2) ble det ved Sykehuset i Vestfold gjort et stort kartleggingsarbeid av akutt syke eldre. Rapporten fra dette arbeidet ble publisert våren 2019 og kommer med anbefalinger til videre arbeid i kommune- og spesialisthelsetjenesten (3). Samhandlingsreformen ble revidert av riksrevisjonen i 2016. Der anbefales det at departementet «vurderer tiltak som kan bedre samarbeidet mellom sykehusene og kommunene, blant annet når det gjelder kvaliteten på informasjonen som utveksles og bruken av individuell plan» (4).

Etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012, er det en større andel av personen mellom 80-89 år som mottar hjemmesykepleie og bistand i hjemme, og en lavere andel som har sykehjemsplass sammenliknet med tidligere. Halvparten av de nye brukerne av kommunale tjenester er over 65 år. De vanligste tjenestene pasientene kommer i kontakt med først er hjemmesykepleie, praktisk bistand og trygghetsalarm (5). Alle brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har etter Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel syv rett på «at kommunen skal utarbeide en individuell plan (IP) og tilby en koordinator» (6). Dette tiltaket brukes i svært liten grad. I 2014 hadde 1 % av pasientene over 67 år med noe/avgrenset tjenestebehov fått utarbeidet en IP. For tjenestemottakerne med et moderat til alvorlig bistandsbehov var bruken 2 %. I kommunene er det lite fokus på habilitering og rehabiliterende tjenester, noe som gjenspeiles i dårlig rapportering til sentrale registre (7).

I Helse-Sør-Øst sin utviklingsplan mot 2035 er samarbeid om pasientene som trenger oss mest viet et eget underkapittel. Her nevnes både opprettelse av koordinator, integrerte helsetjenester og strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam som løsninger. Integrerte helsetjenester er av WHO definert til å være «helsetjeneste som ytes på tvers av forvaltningsnivåer av multidisiplinære team uavhengig av diagnoser, med tanke på å gi individet den behandling og støtte som han eller hun trenger». I seks kommuner i Norge er det startet pilot med strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam i 2018 i regi av Helsedirektoratet. Det trekkes i utviklingsplanen også frem populasjonsbaserte tilnærminger som er gjort i Valencia i Spania og ved Kaiser Permanente i California. I Valencia har de innført en «case management modell» definert som «målrettet kommunebasert og proaktiv tilnærming for identifisering, undersøkelse, utarbeidelse av individuell plan og koordinering av hjelp» hvor både pasienter og helsepersonell er involvert (8-10). Case management

modeller har blant annet vist reduksjon i antall akuttmottaksbesøk (11, 12) og i Valencia redusert akuttinnleggelsene med 77 %. Ved Kaiser Permanente i California har de siden 1999 brukt «Chronic Conditions Management» for pasienter med gitte hyppige kroniske sykdommer med mål om bedret pasientmestring av sykdom (13).

Høsten 2019 kom den nasjonale helse- og sykehusplanen 2020 – 2023. Der er det trukket frem 4 pasientgrupper som det skal satses spesielt på: Barn- og unge, pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, pasienter med flere kroniske sykdommer, og skrøpelige eldre. I planen fremkommer det et mål om en helhetlig og sammenhengende tjeneste. Sårbare pasienter skal møtes med team og pasientene skal være aktive deltakere i tjenestene de mottar. De 4 pasientgruppene nevnt tidligere skal også være de det fokuseres på i de nyopprettede Helsefellesskapene (14).

Det er gjort forskjellige tilnærminger til pasienter med multisykdom både nasjonalt og internasjonalt. I Norge har en modell med pasientsentrerte helsetjenester (PSHT) ved UNN vist gode resultater (15). I Oslo har bydel Bjerke og Østensjø gjennomført prosjektet «Vel hjem» for denne pasientgruppen. De iverksatte diverse tiltak for å gjøre tjenestene for pasienter med multisykdom pasientsentrerte (16). Regjeringen lanserte stortingsmeldingen «Leve hele livet» i 2018 (17). I meldingen er det satt fokus på blant annet helsehjelp og sammenheng, hvor det anbefales proaktive tjenester, systematisk kartlegging og oppfølging i tillegg til økt kontinuitet og bedre overganger mellom sykehjem og sykehus.

Mål med forprosjektet

Målene for arbeidet er definert som følger:

- Pasientene skal oppleve helhetlige og samordnede tjenester, som tar utgangspunkt i pasientenes behov.
- Pasientene skal oppleve en helsetjeneste som bidrar til i størst mulig grad å styrke deres evne til å mestre sykdom og funksjonssvikt.
- Pasientene skal oppleve en helsetjeneste som har et sterkere fokus på funksjon, som bidrar til flest mulig gode leveår, og som sikrer at pasientene kan bo hjemme så lenge som mulig.
- Helsetjenesten skal sette inn ressursene så tidlig som mulig for å hindre ytterligere sykdomsutvikling og funksjonssvikt.
- Helsetjenesten skal sette inn ressursene på laveste effektive omsorgsnivå (når innsatsen gir størst helsegevinst), og på sikt redusere behovet for helsetjenester.

Mandat i forprosjektet

Mandat for arbeidet/spørsmål som skal besvares

I arbeidet med å utvikle konkrete, integrerte modeller for bedre samhandling, skal likelydende spørsmål for begge målgruppene besvares:

1. Beskriv noen typiske/kritiske situasjoner hvor aktørene i dag kommer til kort/ikke greier å levere så gode tjenester som ønskelig i forhold til denne pasientgruppen.
 - Hva kjennetegner disse situasjonene?
 - Hva er det aktørene ikke får til/ikke lykkes med?
 - Hva er det som hindrer aktørene i å gjøre en så god jobb som de skulle ønsket?
2. Beskriv hvordan aktørene skulle ønsket at de kunne agert i de situasjonene som er beskrevet i punktet ovenfor?
 - Hvilken informasjon skulle de ønsket at de hadde tilgang til?
 - Hvilken kompetanse skulle de ønsket at de hadde tilgang til?
 - Hvilke arenaer/møteplasser skulle de gjerne sett var etablert?
3. Beskriv en modell/en arbeidsform hvor ønskene/behovene i punktet ovenfor er imøtekommet
 - Hvordan jobber aktørene når en slik modell er etablert?
 - Hvem deltar og på hvilken måte?
 - Hvilken kompetanse er tilgjengelig?
 - Hvilken informasjon er tilgjengelig?
 - Hvordan skjer informasjonsutvekslingen?
4. Hva hindrer aktørene i å realisere den modellen som er beskrevet i punktet ovenfor?
 - Økonomiske begrensninger?
 - Tilgang på kompetanse?
 - Manglende IKT systemer?
 - Har ikke de arenaene/møteplassene som er nødvendige?

- Kulturelle utfordringer
5. Hva må til for å realisere modellen?
 - Beskriv tiltak så utførlig som mulig.
 - Hvordan samhandler aktørene når modellen fungerer?
 6. Beskriv - så langt som arbeidet har gitt grunnlag for det – hvilke kriterier som bør brukes for å inkludere personer i den aktuelle pasientgruppen.
 - Hva kjennetegner de pasientene som i størst grad vil kunne ha nytte av den samhandlingsmodellen som er foreslått?
 7. Hva vil være suksesskriterier på at aktørene lykkes med den nye modellen?
 - Hvordan måle suksess/at man lykkes?
 - Hva vil være kjennetegnene på at modellen fungerer?
 8. Hva er de viktigste/mest utfordrende risikofaktorene med hensyn til å realisere modellen?
 - Beskriv risikofaktorene
 - Beskrive de viktigste tiltakene som kan/bør iverksettes for å håndtere risikofaktorene
 9. Hva trengs av forankring/informasjon/kommunikasjon før modellen kan realiseres?
 10. Hvordan kan den foreslåtte modellen implementeres?
 - Beskriv en implementeringsstrategi så konkret som mulig.

Prosjektorganisering

Prosjektledelse

Prosjektet utgår fra Samhandlingsutvalget (SU), hvor sykehuset er representert ved fagdirektør, samhandlingssjef og klinikkjefer for kirurgi, medisin, medisinsk diagnostikk, psykisk helse og rusbehandling, og fysikalsk medisin og rehabilitering. Kommunene i Vestfold er representert ved helsesjefene. Det er to brukerrepresentanter, leder for praksiskonsulentene, en representant for kommuneoverlegene, og to fra ansattes organisasjoner og et sekretariat.

Prosjektgruppe

Prosjektleder:

Marte Wang-Hansen – Geriater og stipendiat i prosjektet «akutt syke eldre i Vestfold».

Prosjektmedlemmer:

Elin Saga – Rådgiver i kirurgisk og medisinsk klinikk, stipendiat i akuttsenteret. Leder for arbeidsgruppen for pasienter med nevromuskulære sykdommer.

Torbjørn Aunan – Fastlege i Horten Kommune og praksiskonsulent. Var med på det første møtet. Senere byttet ut med Geir Dunseth.

Henriette Ruud – Prosjektleder og faglig rådgiver, utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste i Vestfold.

Gunn-Kristin Hagen (Tina) – Tjenesteleder, Holmestrand bo- og behandlingssenter.

Aina Sander – Seksjonsleder, Habiliteringssenteret, SiV.

Ragna Gjone – Virksomhetsleder, Larvik Helsehus.

Ingebjørg Lavrantsdatter Kyrdalen – Spesialist i fysioterapi for eldre MNFF, studieleder, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

Geir Dunseth – Fastlege i Holmestrand kommune og leder for praksiskonsulentene i Vestfold.

Assosiert medlem:

Terje P. Hagen – Professor i statsvitenskap, avdelingsleder for helseledelse og helseøkonomi UiO.

Arbeidsform

Det har vært avholdt 3 halvdagsmøter, 1 heldagsmøte og en workshopdag med innkalte eksterne aktører.

Resultater

Innledning

Undergrupper av pasienter med multisykdom er storforbrukere av helse- og omsorgstjenester. I forundersøkelser til dette arbeidet så man at det i Vestfold var lite overlapp mellom storforbrukerne av spesialist- og kommunehelsetjenester (personlig meddelelse T. Grøtting). Andelen pasienter med multisykdom øker med økende alder (18). Gruppen «multisyke» er heterogen og vi vurderte ulike måter å tilnærme oss problemstillingen på. Begrepet multimorbiditet, forstått som samtidig forekomst av flere kroniske sykdommer hos en person, og begrepet skrøpeligheit, har sterke assosiasjoner. Skrøpeligheit er ikke en sykdom. Skrøpeligheit som tilstand innebærer at personen har redusert reservekapasitet på tvers av organsystemer, redusert motstandskraft mot sykdom og lettere får komplikasjoner og varig funksjonsfall ved sykdom eller andre belastninger som for eksempel foreskrivning av nye legemidler. Det viser seg at 7/10 skrøpelige også har multimorbiditet, mens av de multimorbide er det kun 2/10 som er skrøpelige (19) [8]. Skrøpeligheit har vist seg å være tett knyttet til fall, frakturer, komplikasjoner etter operasjoner, lang liggetid på sykehus, sykehjemsinnleggelser, økt bruk av ressurser i helsetjenesten og dødelighet (20).

Skrøpeligheit er en tilstand som kan reverseres gjennom målrettede tiltak. Fysisk trening, optimal behandling av kroniske sykdommer og god ernæring kan øke reservekapasiteten hos den enkelte, og forebygge tap av funksjon, alvorlig helsesvikt og økt hjelpebehov. Ved å avdekke og behandle skrøpeligheit, ligger det et stort potensial for å fremme flere gode leveår for den enkelte pasient. Med bakgrunn i dette mener vi at å fokusere på skrøpeligheit fremfor multimorbiditet vil være hensiktsmessig ut fra både et pasientperspektiv, og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Vi støttet oss i denne vurderingen også på oktobernummeret til Lancet som var viet «Frailty: the new frontier of medicine». Der ble det presentert en artikkel om «implikasjoner for klinisk praksis og folkehelse» (20) og en artikkel om «styring av skrøpeligheit: muligheter, utfordringer og fremtidsretninger» (21). I tillegg har EU det siste året hatt fokus på skrøpeligheit gjennom prosjektet ADVANTAGE-JA (22). I tilknytning til dette prosjektet har Helsedirektoratet godkjent en plan for hvordan skrøpeligheit skal få økende fokus også i det norske helsevesenet (23).

Det er gjort lite forskning internasjonalt når det gjelder screening og forebyggende arbeid for diagnostikk av skrøpeligheit i et befolkningsperspektiv (24) og det etterlyses derfor forskning på området.

Det første møtet i arbeidsgruppen ble brukt til å definere undergrupper av pasienter med multisykdom. Vi kom frem til 5 undergrupper – hvor vi valgte ut gruppene «Pasienter med flere samtidige kroniske sykdommer» og «skrøpelige eldre» som de to gruppene som passet best med føringene vi hadde fått fra forarbeidene. Det er behov knyttet til disse to gruppene som har lagt grunnlaget for valg av modell videre. Vi mener imidlertid at en modell utviklet for disse to gruppene vil kunne ha overføringsverdi også til de andre undergruppene av pasienter med multisykdom. For nærmere beskrivelse av de ulike undergruppene vi drøftet, se vedlegg 2: Undergrupper multisyke. Workshopen vi arrangerte bidro til en god beskrivelse av nå-situasjonen. Mange av innspillene fra denne dagen er sentrale i beskrivelse av punkt 1

og 2 i mandatet. Vedleggene 3 (Deltakere, kasuistikker og tekstreferat fra workshop) og 4 (Referat med tabeller fra Workshop multisyke 18.10.19) gir et sammendrag av workshopen.

Med bakgrunn i resultatene fra workshopen, fortsatte arbeidsgruppa med møter for å komme frem til en mulig modell som ivaretar de beskrevne utfordringene. Med bakgrunn i alt som er publisert om skrøpeligheit, har vi utviklet en modell som kan avdekke skrøpeligheit med mål om å styrke forebygging og tiltak knyttet til oppfølging av individer som viser seg å være skrøpelige

Besvarelse av punkter i mandatet:

Punktene i mandatet beskrives her fortløpende, men med hovedfokus på punkt 3, beskrivelse av en modell og arbeidsform som vi anbefaler.

- 1) Beskriv noen typiske/kritiske situasjoner hvor aktørene i dag kommer til kort/ikke greier å levere så gode tjenester som ønskelig i forhold til denne pasientgruppen:

Et eksempel er fall hjemme, men hvor ingen enhetlig kartlegging eller systematisk oppfølging iverksettes, ingen sikring av at skrøpeligheit blir registrert. Da evner man heller ikke systematisk å iverksette nødvendige tiltak. Vedlegg 3 «Deltakere, kasuistikker og tekstreferat fra workshop» beskriver mange aktuelle situasjoner. Vi vil spesielt trekke frem utfordringer knyttet til overganger mellom nivåene. Det er laget systemer for utveksling av informasjon mellom nivåene, men det stilles der ingen krav til vurdering av funksjon eller habituell status. Habituell status er en beskrivelse av en persons vanlige funksjonsnivå, når personen ikke er påvirket av akutt sykdom eller andre akutte hendelser.

Det er ofte store utfordringer knyttet til LM-behandlingen og HP er ofte usikre på om informasjonen de har fått er oppdatert og korrekt. Informasjon om videre behandling og eventuelle behandlingsbegrensninger er stort sett fraværende. Ved nyoppståtte behov er det ofte mangler ved behandlingshjelpemidler og hvordan disse skal brukes.

- 2) Beskriv hvordan aktørene skulle ønsket at de kunne agert i de situasjonene som er beskrevet i punktet ovenfor:

Det etterspørres bedret geriatrisk kompetanse i KHT. Gjerne ved et tverrfaglig samarbeid hvor flere yrkesgrupper er involvert. Mange ønsker seg geriater ut i kommunene. Ansatte på tvers av nivå vil gjøre det mulig for HP å ha tilgang til hele pasientforløpet til pasientene. Ved en proaktiv tilnærming med planer for pasientene, vil man kunne unngå innleggelser basert på «ad-hoc» vurderinger utført av HP som ikke kjenner pasienten. Et ambulant team vil gjøre tilgangen til spesialistkompetanse bedre og enklere. Det vil også kunne øke kjennskap til og kunnskap om skrøpeligheit i KHT. Felles LMG med FL og geriater.

- 3) Beskriv en modell/en arbeidsform hvor ønskene/behovene i punktet ovenfor er imøtekommet:

Vi startet med gjennomlesning av litteratur. Se vedlegg 5 Litteratursøk «multimorbidity og frailty» og vedlegg 6 Litteratursøk «readmissions».

Med bakgrunn i litteraturen, og beskrivelsene i punkt 1 og 2, har vi utviklet en modell som kan avdekke skrøpeligheit, og styrke forebygging og tiltak knyttet til oppfølging av pasienter som står i fare for å utvikle eller har utviklet skrøpeligheit. Dette er en todelt modell. Del 1) tar utgangspunkt i pasienter > 65 år og deres første kontakt med kommunen for å melde behov om tjeneste/besøk hos FL eller LV og del 2) tar utgangspunkt i en sykehusinnleggelse. Se figur 1 og 3 for nærmere visualisering av modellen:

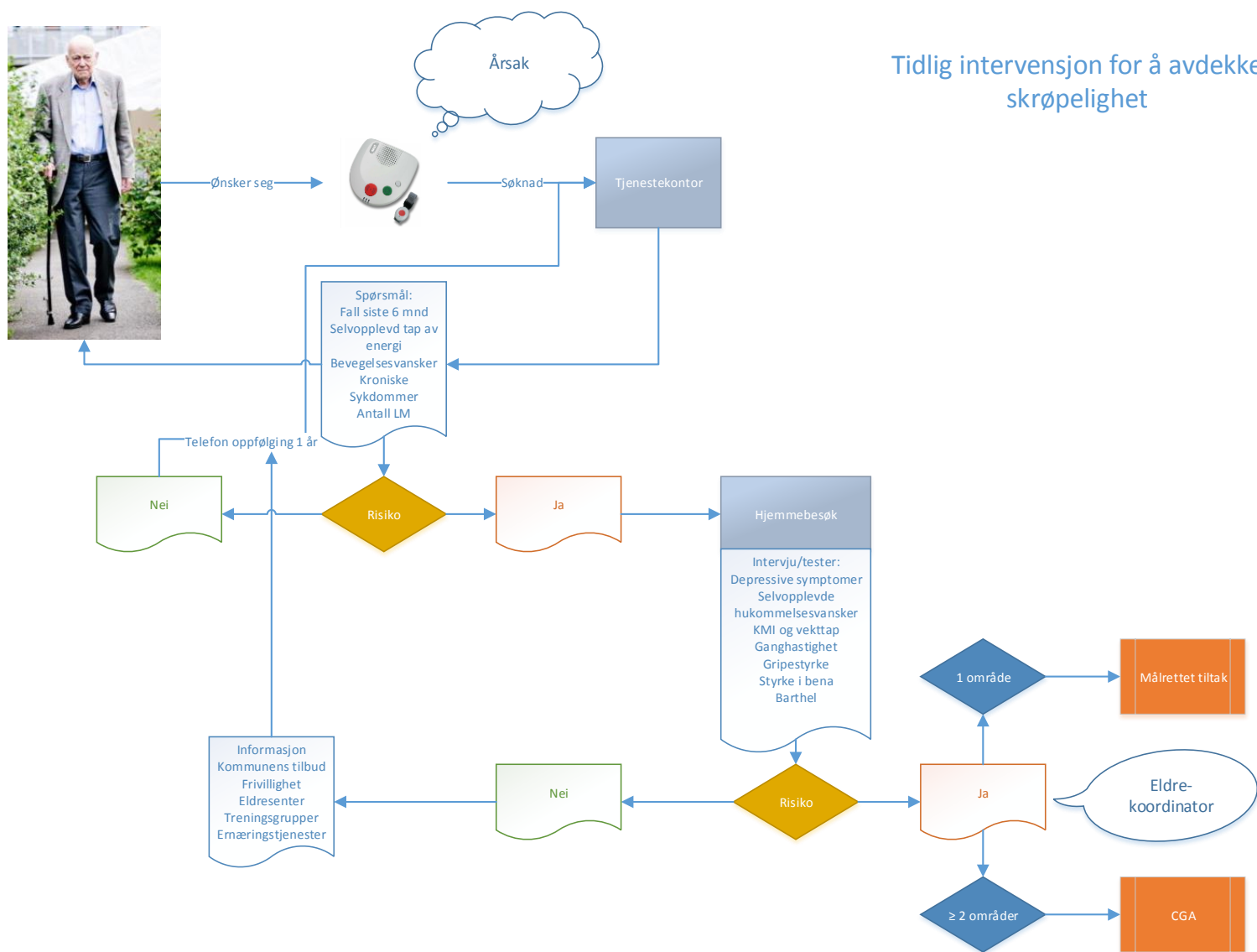
Beskrivelse av del 1) Tidlig intervensjon for å avdekke skrøpeligheit

Modellen bygger på mange eksisterende strukturer i kommunehelsetjenesten, men setter det i system og med et klart fokus. Allerede ved første kontakt med kommunen bør personer > 65 år som henvender seg med behov for tjenester screenes med tanke på markører for skrøpeligheit og funksjonssvikt. Etter gjennomført screening vil pasienter med påvist økt risiko for skrøpeligheit få tilbud om målrettede tiltak. Ved kun utfall på et risikoområde iverksettes tiltak i KHT, se figur 2 for eksempler på slike målrettede tiltak. Ved 2 eller flere risikoområder utføres en bred geriatrisk vurdering (CGA) og ambulant team involveres i oppfølgingen av pasienten, se beskrivelse i del 2 av modellen.

I visualiseringen av modellen har vi tatt utgangspunkt i en søknad om trygghetsalarm. Det tenker vi er et av mange mulige scenarier, og at det kan være mange andre innganger som starter «sløyfa» vi har beskrevet. Det er derfor nødvendig at spørsmål og enkle tester som kartlegger risikofaktorer og markører gjøres kjent i de ulike virksomhetene som yter helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende eldre. I tillegg til dagens strukturer, ser vi for oss at vi har behov for en eldre-koordinator i hver kommune i Vestfold. Koordinatorfunksjonen bør knyttes til en definert person, som skal ha helsefaglig utdanning minimum på bachelornivå, være autorisert HP og ha formell geriatrisk kompetanse (flesteparten i målgruppa er sykepleier, ergo- eller fysioterapeut med videreutdanning innen geriatri). Rollen er administrativt plassert på nivå med for eksempel kreftkoordinator og demensteam/-koordinator.

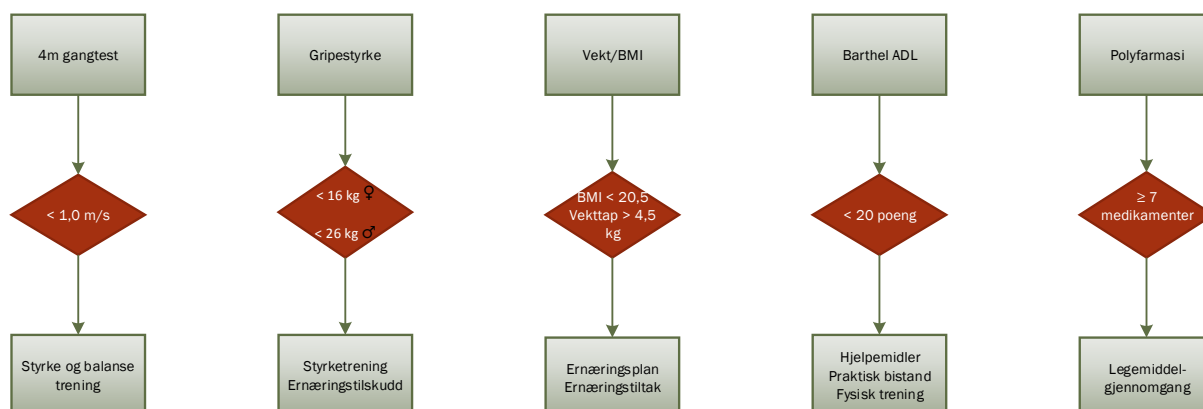
Koordinatoren skal ha ansvaret for å:

- Følge opp personer som henvises fra helsetjenestene etter screening for skrøpeligheitsmarkører.
- Ha oversikt over tjenestetilbudet i kommunen som tilbyr tiltak/ tjenester som kan reversere eller kompensere for skrøpeligheit, og som bidrar til at risiko for funksjonssvikt og økt hjelpebehov reduseres.
- Ha kontakt med skrøpelige pasienter og deres pårørende inntil det er iverksatt en individuell (behandlings)plan med tiltak.
- Ha ansvaret for å opprette kontakt med HSP, FL eller annet HP fra tverrfaglig team for den enkelte pasient.
- Bidra til koordinering og samordning av tjenester for pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester jf. Lov om pasient – og brukerrettighetsloven § 2-5 (25).



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

Målbrettede tiltak



Figur 2: Forslag til målbrettede tiltak

Beskrivelse av del 2) Ambulerende tjenester for pasienter med skrøpelighet

Vi har valgt en modell hvor en eldre-koordinator har ansvaret for å identifisere pasienter i målgruppen basert på innleggelser siste døgn. Koordinatoren er medlem av det ambulante teamet som sykehuset oppretter for oppfølging av disse pasientene etter utskrivelse.

Eldre-koordinator SiV:

Eldre-koordinator på sykehuset har samme utdannelse og kompetanse som koordinatoren i kommunen. Personen i rollen bør kjenne til samhandlingsrutinene mellom sykehuset og kommunene. Rollen er del av det ambulante teamet fra sykehuset. Rollen har ansvar for å identifisere de riktige pasientene som er innlagt på sykehuset og som trenger oppfølging etter utskrivelse. Det er denne personen som avtaler første møte med pasienten etter utskrivelse og reiser hjem for å gjennomføre det. Personen har også ansvaret for å opprette kommunikasjon med eldre-koordinatoren i kommunen.

Lege SiV:

Legen i det ambulante teamet er geriater. Det er legen i teamet som er ansvarlig for å kalle inn til møte. Både lege og sykepleier har dokumentasjonsansvar i journal. Legen bør ha formell ansettelse også i kommunehelsetjeneste for å få dokumentasjon- og leserrettighet i pasientens journal i kommunehelsetjenesten.

Etter at det er gjennomført en kartlegging med fokus på «*hva er viktig for deg?*» og bred geriatrisk vurdering, møtes aktørene i det ambulante teamet hjemme hos pasienten med kommunal eldre-koordinator og med pasientens kontaktsykepleier fra hjemmetjenesten og fastlege tilstede. Målet med møtet er å utarbeide en plan for pasienten som inneholder følgende punkter:

- individuell plan basert på «*hva er viktig for deg?*» med tiltak
- behandlingsavklaring
- omsorgsavklaring
- legemiddelgjennomgang

Planen må gjøres tilgjengelig i journalsystemet både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

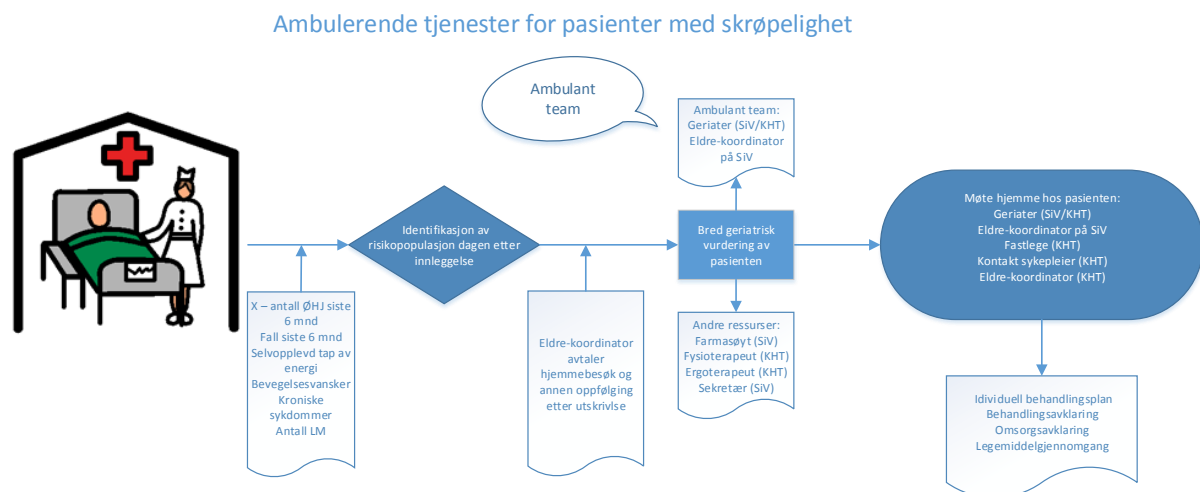
Andre aktører i ambulant team:

Farmasøyt: Ansatt i SHT. Gjennomgår legemiddellisten til pasienter etter utskrivelse og sender sine anbefalinger og kommentarer til legen i teamet.

Ergoterapeut: Ansatt i KHT, jobber primært hjemme hos pasienten. Innhenter opplysninger og gjennomfører tester som er relevante i en bred geriatrisk vurdering.

Fysioterapeut: Ansatt i KHT, jobber primært hjemme hos pasienten. Innhenter opplysninger og gjennomfører tester som er relevante i en bred geriatrisk vurdering.

Minst en av de tverrfaglige aktørene bør delta på fellesmøter i teamet.



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

4) Hva hindrer aktørene i å realisere den modellen som er beskrevet i punktet ovenfor?

Det største hinderet for å realisere modellen er etter vår vurdering journalsystemer som gjør samhandling på tvers av nivåer vanskelig. Innad i den enkelte kommune er informasjonsflyten om pasientene mellom forskjellige aktører også svært begrenset og utveksling av informasjon basert på epikriser/meldinger. Opprettelse av stillinger/funksjoner i en tjeneste som skal gi gevinst på sikt, vil ha kostnader knyttet til oppstart. Kommunene og sykehuset må være villig til å ta den kostnaden nå, som en investering i fremtiden.

5) Hva må å til for å realisere modellen?

For å realisere modellen må det ansettes eldre-koordinatorer i kommunene og på SiV. Det må i tillegg opprettes et ambulant team, hvor medlemmene av teamet har hovedarbeidssted på sykehuset. De ansatte må ha lokaler og fasiliteter som gjør det mulig å samarbeide både på sykehuset og ute i kommunen. Samhandlingen mellom aktørene er beskrevet høyere opp under punkt 3. Kommunale tjenester for den aktuelle målgruppen må tilrettelegges ut fra de faglige anbefalinger som ligger til grunn for modellen, se figur 2 som eksempler. De aktuelle tiltakene vil neppe avvike vesentlig fra dagens tilbud, men det må systematiseres og

ensrettes i alle kommuner tilhørende SiV. Det vil kreve økt samhandling og en villighet til å sette av tid til dette. Eksempel vil være at fastlege må møte sammen med det ambulante teamet og bidra ved gjennomføring av legemiddelgjennomganger.

Vi ønsker oss en felles IKT-plattform for alle aktører – gjerne slik som helseplattformen er tenkt brukt. For å sikre alle aktører lesetilgang til det viktige dokumentet «individuell plan med behandlingsplan», ønsker vi dette inn i kjernejournalen.

Det er behov for å standardisere verktøy for å avdekke skrøpeligheit og vurdere funksjon hos pasientene. Det vil si at samme verktøy skal brukes både ved SiV og i KHT.

6) Beskriv - så langt som arbeidet har gitt grunnlag for det – hvilke kriterier som bør brukes for å inkludere personer i den aktuelle pasientgruppen.

Ved UNN har de brukt helt enkle kriterier for å definere hvem som kan ha nytte av deres PSHT- tilbud. Alder > 65 år, minst to kroniske sykdommer og en tidligere innleggelse på UNN siste år.

For del 1 har vi sett for oss at en henvendelse om kommunale tjenester fra/på vegne av en innbygger > 65 år kan være innslagspunkt. Enkle selvrappoteringssspørsmål knyttet til skrøpeligheit inngår i første samtale/møte med saksbehandler/tjenesteyter. Pasientgruppen som i størst grad vil kunne ha nytte av denne tilnærmingen, er hjemmeboende eldre med begynnende funksjonssvikt og en eller flere skrøpeligheitsmarkører, men som fortsatt er selvstendige i ADL.

For del 2 kan vi benytte oss av noen liknende kriterier som ved UNN og deres PSHT-tilbud; alder > 65 år, minst to kroniske sykdommer og en tidligere innleggelse siste år. I oppstartsfasen vil vi imidlertid konsentrere oss om de som har hatt hyppige reinnleggelser den siste tiden. Vi ser også for oss at en kombinasjon av funksjonsbaserte verktøy (For eksempel gripestyrke og ganghastighet), selvrappoterings /komparentopplysninger om varig funksjonstap, og medisinske opplysninger om polyfarmasi kan være aktuelle inklusjonskriterier.

7) Hva vil være suksesskriterier på at aktørene lykkes med den nye modellen?

Selvrappoteringsverktøy knyttet til pasientens trivsel og livskvalitet, endring over tid på funksjonsbaserte/selvrappoterings-verktøy for skrøpeligheit og fall, og statistikk på bruk av helsetjenester i kommunen, kan være mål i del 1.

For del 2) vil man i tillegg til de ovennevnte kunne dra nytte av statistikk på reinnleggelser, akutte hendelser, samt medikamentbruk for å måle suksess. Mer hjemmetid for pasienten er også et mål. Flere pasienter som gjenvinner sitt tidligere funksjonsnivå etter akutte hendelser.

8) Hva er de viktigste/mest utfordrende risikofaktorene med hensyn til å realisere modellen?

Vi har ikke sette konkret på dette, men ser ingen klare risikofaktorer knyttet til modellen. Vi har imidlertid i beskrivelsen av hva som må til for å realisere modellen, beskrevet forhold som vil være helt sentrale for at modellen skal kunne bli funksjonell

9) Hva trengs av forankring/informasjon/kommunikasjon før modellen kan realiseres?

Modellen må forankres i SU, slik at både sykehusledelse og alle kommuner har eierskap til og står bak implementering. Det må også sikres dialog med fastleger og ledelse av fastlegeordningen, og de andre kommunale faggruppene, for å sikre delaktighet i arbeidet.

10) Hvordan kan den foreslåtte modellen implementeres?

Implementering av nye strukturer og tjenester krever god forankring både i ledelsesstrukturer på sykehuset og i kommunene. Dersom det er vilje til å gjennomføre en modell som foreslått, tror vi modellen gir et godt utgangspunkt for å konkretiseres og piloteres. Det vil kreve villighet til å satse økonomisk på de aktuelle stillingene, evt. at dette i en oppstartsfase kan dekkes helt eller delvis av prosjektmidler.

Diskusjon

Problemstillinger knyttet til del 1 av modellen

Skal rollen som eldre-koordinator i KHT knyttes til en stilling eller bør det heller være en ressurs som fordeles på flere? For å skape oversiktligheit i teamet og unngå usikkerhet knyttet til roller vil det være en fordel å ha en stilling knyttet til funksjonen. Svakheter ved en slik modell oppstår ved fravær.

Vi har ikke tatt endelig stilling til inklusjonskriterier for begge deler av modellforslaget vårt. Når det gjelder del 1, er det sparsomt med modellforslag å sammenlikne seg med i litteraturen (24). Det mangler god forskning og etterlyses ytterligere forskning på feltet. Vi bør derfor selv definere hvordan vi best utnytter ressursene for å kunne vurdere flest mulig pasienter for skrøpeligheit.

For screening av pasientene anbefales det å benyttes et verktøy med høy sensitivitet (finner de sikkert positive) hvis ressursene er knappe, eventuelt en verktøy med høy spesifisitet (ekskluderer de som er sikkert negative) ved god ressurstilgang (26).

Problemstillinger knyttet til del 2 av modellen

Reinnleggelser oppleves til i en viss grad å være unødvendige, eller at de kan forebygges. En amerikansk studie som har gjort intervjuer av både pasienter, pårørende og behandlere viser at faktorer knyttet til oppholdet på sykehuset er like viktig som ivaretakingen av pasienten i etterkant. Blant faktorene som nevnes er: manglende plan for behandling av symptomer, manglende behandlingsavgrensninger og manglende kommunikasjon til oppfølgende team etter utskrivelse (27).

Pasientenes «reise» i sykehuset starter ved innleggelse i akuttmottaket. En systematisk gjennomgang av litteraturen har vist at ingen av de mest brukte screeningverktøyene for eldre med risiko (ISAR eller TRST) har god nok effekt brukt alene (28, 29) og det etterlyses derfor mer forskning på området (30). Geriatrik team i akuttmottaket har heller ikke vist å ha effekt i oppsummert forskning.

For sykehusinnlagte pasienter er det publisert mange ulike studier og oppsummeringer når det gjelder risiko for reinnleggelse. Alt fra elektroniske skåringsverktøy Hospital frailty risk score (HFRS) og hospital one-year mortality risk score (HOMR) (31), til studier med fokus på risikofaktorer. Følgende risikofaktorer har vist å ha sammenheng med reinnleggelser: komorbiditet, polyfarmasi, bruk av sykehustjenester og innleggelser året før innleggelse, utdanningsnivå, kjønn, sivilstand, SF (Short Form Health Survey) 12 skåre fysisk del, innleggelse siste år, opphold > 2 dager, innleggelsesvarighet og intensivopphold (32-35). Vi ser at ikke noen av disse studiene har tatt for seg skrøpeligheit som mulig faktor og tenker at det er en riktigere tilnærming til utfordringen.

For innsats etter utskrivelse, har de ved Universitetssykehuset i Nord-Norge laget en modell med pasientsentrerte helseteam som følger utvalgte pasienter etter utskrivelse fra sykehus (15). En studie gjennomført i 2014-2016 på disse pasientene viste tydelig reduksjon i dødelighet 3 og 6 måneder etter utskrivelse. De fant imidlertid ingen forskjell i reinnleggingsfrekvens, men dreining i bruk av tjenester fra akutte til planlagte kontakter.

Forskerne i Tromsø har laget en systematisk gjennomgang av de helsetjenestemodellene som foreligger for eldre skrøpelige pasienter som oppfyller digitally supported person-centered, integrated, and Pro-active care (digi-PIP care) kriteriene. Konklusjonen deres er at tilnærmingen ikke har klart å vise effekt i studier, fordi de ofte har hatt en reduksjonistisk tilnærming og at ressursene som har blitt stilt tilgjengelig for å gjennomføre studiene har vært for små. De mener på tross av disse resultatene at digi-PIP care med utvikling av en personlig individuell behandlingsplan er nøkkelementene som må være på plass for å tilby de beste tjenestene for de skrøpelige eldre (36). Det var ingen av studiene i deres oppsummering som hadde brukt patient-reported outcome measures (PROMs). De mener også at det er vanskelig å vise suksess om ikke de digitale løsningene for å understøtte tilnærmingen er tilstede for alle 3 delområder (personsentrert, integrert og pro-aktiv). Utfordringer innen IKT for bedret samhandling har vi allerede nevnt i svarene våre på mandatet.

For pasienter som reiser til institusjon for korttidsrehabilitering eller videreføring av behandling etter et sykehus opphold, bør det være naturlig å tenke at den brede geriatriiske kartleggingen gjennomføres mot slutten av oppholdet og at et møte gjennomføres hjemme hos pasienten 1-2 uker etter utskrivelse fra institusjonen.

Dagens økonomiske fordeling i helsevesenet har virket mot en opprettelse av ambulante team i det det ikke har vært innsatsstyrt finansiering (ISF) tilgjengelig for denne måten å strukturere arbeidet og samhandle på. I sin sykehustale kom Bent Høie med følgende informasjon når det gjelder økonomi og ISF: «Mer teambasert og tverrfaglig oppfølging inkluderes i ordningen og samarbeidsmøter mellom sykehus og kommuner innenfor somatikken inkluderes i ordningen. Slike møter gjelder allerede for arbeid med psykisk helse og rus». At dette nå blir endret, øker mulighetene for at sykehuset også får en økonomisk kompensasjon ved å opprette et team.

Vi har i sammendraget og konklusjonen sagt litt om SiVs rolle i modellen. Vi mener det er viktig at SiV har en sentral rolle i modellen. En litteratur gjennomgang viser at det ved ivaretagelse for pasienter med skrøpelig, er vesentlig at det er en geriatrer med i teamet som gjennomfører den brede geriatriiske vurderingen (37) og at sengeposter som ikke driftes med geriatriisk team, men med ambulant geriatriisk vurdering har vist dårlig kvalitet, og ikke gitt effekt (38). Studier har også vist at pasienter som har gjennomgått en bred geriatriisk vurdering under innleggelse på sykehus, bor lengre i eget hjem og har lavere dødelighet både i et kort og lengre perspektiv (39).

Konklusjon

Vi anbefaler til SU at det settes fokus på å avdekke skrøpeligheit i alle ledd av helsetjenesten. Metoden vi ser for oss for å få til dette, innebærer at det etableres eldre-koordinatorer i alle kommuner, og at disse jobber aktivt sammen med et ambulant team fra sykehuset, som inneholder en lege med geriatrisk kompetanse og en geriatrisk sykepleier. Målet for arbeidet er at alle pasienter som trenger en bred geriatrisk vurdering får det, og at det opprettes individuelle planer tuftet på «*Hva er viktig for deg?*». De individuelle planene skal inneholde tiltak for øket egenmestring av sykdom, ha en proaktiv tilnærming med svar på «*hva skjer hvis?*», målrettede tiltak på risikoområder og inneholde behandlings- og omsorgsavklaring. Det skal i tillegg gjennomføres en felles LMG. Den individuelle planen må være tilgjengelig for alt behandlende helsepersonell både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til opprettelse av modellen, ser vi for oss at sykehuset setter fokus på skrøpeligheit i sin del av behandlingsskjeden. Det gjelder både ved akutte og planlagte innleggelser, og i pasientforløpet fra akuttmottaket til utskrivelse. Det bør fokuseres på områdene i en geriatrisk vurdering som har vist effekt for skrøpelige pasienter. Vi foreslår at vurdering av skrøpeligheit gjennomføres pre-operativt for kirurgiske pasienter i forkant av abdominal- og karkirurgi, for onkologiske pasienter før oppstart av utredning og behandling, for alle pasienter med hoftebrudd og medisinske pasienter i målgruppen.

For å øke kompetansen på skrøpeligheit blant helsepersonell som jobber med eldre, anbefaler vi at Sykehuset i Vestfold sammen med kommunene tar initiativ for å få dette inn i utdanningsplanene for de ulike helseprofesjonene. Det bør jobbes aktivt mot USN og Fagskolen Aldring og Helse, for å vurdere opprettelse av etterutdanning innenfor tema skrøpeligheit.

Referanser

1. SiV. Utviklingsplan SiV 2035. 2018.
2. HOD. Meld.St.47 Samhandlingsreformen. 2008.
3. Næss G, Søvde ÅK, Wang-Hansen MS. Akutt syke eldre som kommer til sykehus : hva kjennetegner deres helsetilstand og behovet for helsehjelp? : rapport. Tønsberg: Forlaget aldring og helse; 2019.
4. Riksrevisjonen. Dokument 3:5 (2015–2016) Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. 2016.
5. Helsedirektoratet. Helse,-omsorgs,- og rehabiliteringsstatistikk. . 2016(IS-2375).
6. Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov 24. juni 2011 nr. 30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
7. Helsedirektoratet. Nasjonal Veileder Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>].
8. Corvol A, Dreier A, Prudhomme J, Thyrian JR, Hoffmann W, Somme D. Consequences of clinical case management for caregivers: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017;32(5):473-83.
9. Challis D, Hughes J, Berzins K, Reilly S, Abell J, Stewart K, et al. Implementation of case management in long-term conditions in England: survey and case studies. *J Health Serv Res Policy*. 2011;16 Suppl 1:8-13.
10. Challis D, Darton R, Hughes J, Stewart K, Weiner K. Intensive care-management at home: an alternative to institutional care? *Age and ageing*. 2001;30(5):409-13.
11. Althaus F, Paroz S, Hugli O, Ghali WA, Daepfen JB, Peytremann-Bridevaux I, et al. Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. *Ann Emerg Med*. 2011;58(1):41-52.e42.
12. Kumar GS, Klein R. Effectiveness of case management strategies in reducing emergency department visits in frequent user patient populations: a systematic review. *J Emerg Med*. 2013;44(3):717-29.
13. HSØ. Regional utviklingsplan 2035-Helse Sør-Øst. 2018.
14. HOD. Meld.St.7 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 - 2023 2019.
15. Berntsen GKR, Dalbakk M, Hurley JS, Bergmo T, Solbakken B, Spansvoll L, 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.
16. Skredsvig K. "Vel hjem" - Brukersentrerte tjenester for den multisyke pasienten 2016 [Available from: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/samarbeidsutvalget/samhandlingsprosjekter-i-helsesektoren/vel-hjem-brukersentrerte-tjenester-for-den-multisyke-pasienten/>].
17. HOD. Meld.St.15 Leve hele livet en kvalitetsreform for eldre. 2018.
18. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
19. Vetrano DL, Palmer K, Marengoni A, Marzetti E, Lattanzio F, Roller-Wirnsberger R, et al. Frailty and Multimorbidity: A Systematic Review and Meta-analysis. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2019;74(5):659-66.

20. Hoogendijk EO, Afilalo J, Ensrud KE, Kowal P, Onder G, Fried LP. Frailty: implications for clinical practice and public health. *Lancet*. 2019;394(10206):1365-75.
21. Dent E, Martin FC, Bergman H, Woo J, Romero-Ortuno R, Walston JD. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *Lancet*. 2019;394(10206):1376-86.
22. ADVANTAGE [Available from: <http://www.advantageja.eu/>.
23. Helsedirektoratet. ADVANTAGE JOINT ACTION: NORWAY. 2019.
24. Rodriguez-Laso A, O'Caoimh R, Galluzzo L, Carcaillon-Bentata L, Beltzer N, Macijauskiene J, et al. Population screening, monitoring and surveillance for frailty: three systematic reviews and a grey literature review. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*. 2018;54(3):253-62.
25. Pasient og brukerrettighetsloven. Lov 2. juli 1999 nr. 63 Lov om pasient- og brukerrettigheter.
26. Cesari M, Calvani R, Marzetti E. Frailty in Older Persons. *Clin Geriatr Med*. 2017;33(3):293-303.
27. Auerbach AD, Kripalani S, Vasilevskis EE, Sehgal N, Lindenauer PK, Metlay JP, et al. Preventability and Causes of Readmissions in a National Cohort of General Medicine Patients. *JAMA internal medicine*. 2016;176(4):484-93.
28. Carpenter CR, Shelton E, Fowler S, Suffoletto B, Platts-Mills TF, Rothman RE, et al. Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: a systematic review and meta-analysis. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. 2015;22(1):1-21.
29. Yao JL, Fang J, Lou QQ, Anderson RM. A systematic review of the identification of seniors at risk (ISAR) tool for the prediction of adverse outcome in elderly patients seen in the emergency department. *International journal of clinical and experimental medicine*. 2015;8(4):4778-86.
30. Schwab C, Hindlet P, Sabatier B, Fernandez C, Korb-Savoldelli V. Risk scores identifying elderly inpatients at risk of 30-day unplanned readmission and accident and emergency department visit: a systematic review. *BMJ open*. 2019;9(7):e028302.
31. McAlister F, van Walraven C. External validation of the Hospital Frailty Risk Score and comparison with the Hospital-patient One-year Mortality Risk Score to predict outcomes in elderly hospitalised patients: a retrospective cohort study. *BMJ quality & safety*. 2019;28(4):284-8.
32. Pedersen MK, Nielsen GL, Uhrenfeldt L, Lundbye-Christensen S. Risk Assessment of Acute, All-Cause 30-Day Readmission in Patients Aged 65+: a Nationwide, Register-Based Cohort Study. *Journal of general internal medicine*. 2018.
33. Lehn SF, Zwisler AD, Pedersen SGH, Gjorup T, Thygesen LC. Development of a prediction model for 30-day acute readmissions among older medical patients: the influence of social factors along with other patient-specific and organisational factors. *BMJ open quality*. 2019;8(2):e000544.
34. Hasan O, Meltzer DO, Shaykevich SA, Bell CM, Kaboli PJ, Auerbach AD, et al. Hospital readmission in general medicine patients: a prediction model. *Journal of general internal medicine*. 2010;25(3):211-9.
35. Chandra A, Rahman PA, Sneve A, McCoy RG, Thorsteinsdottir B, Chaudhry R, et al. Risk of 30-Day Hospital Readmission Among Patients Discharged to Skilled Nursing Facilities: Development and Validation of a Risk-Prediction Model. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2019;20(4):444-50.e2.

36. Berntsen G, Strisland F, Malm-Nicolaisen K, Smaradottir B, Fensli R, Rohne M. The Evidence Base for an Ideal Care Pathway for Frail Multimorbid Elderly: Combined Scoping and Systematic Intervention Review. *Journal of medical Internet research*. 2019;21(4):e12517.
37. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011;343:d6553.
38. Van Grootven B, Flamaing J, Dierckx de Casterle B, Dubois C, Fagard K, Herregods MC, et al. Effectiveness of in-hospital geriatric co-management: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*. 2017;46(6):903-10.
39. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;9:Cd006211.

Vedlegg

- 1) Innstilling fra arbeidsgruppa nedsatt av SU
- 2) Undergrupper multisyske
- 3) Deltakere, kasuistikker og tekstreferat fra workshop
- 4) Referat med tabeller fra Workshop multisyske 18.10.19.
- 5) Litteratursøk multimorbidity og frailty
- 6) Litteratursøk readmissions

1: Innstilling fra arbeidsgruppa nedsatt av SU



PASIENTER MED BEHOV FOR MER INTEGRERTE HELSETJENESTER – INNSTILLING FRA ARBEIDSGRUPPE

1 Kort om rapporten

Styret for Sykehuset i Vestfold vedtok utviklingsplanen for sykehuset på møte den 8. mai i år. Ett av de viktigste innsatsområdene i planen var et sterkere fokus på pasienter med en kompleks og sammensatt helsesituasjon, og med behov for mer integrerte og koordinerte helsetjenester. Dette er ofte pasienter som bruker mye helsetjenester – til dels også sosiale tjenester. Noen av disse pasientgruppene bruker mye tjenester i primærhelsetjenesten, andre bruker mye tjenester i spesialisthelsetjenesten, og noen bruker mye tjenester både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I tillegg kommer – som nevnt ovenfor – ofte et betydelig behov for hjelp og tjenester fra andre aktører enn helsetjenesten.

Fram til møtet i Samhandlingsutvalget (SU) den 20. september i år, foregikk det et arbeid i regi av en uformell arbeidsgruppe for å konkretisere dette innsatsområdet. Denne arbeidsgruppen besto av representanter fra kommunene i Vestfold, SiV og en brukerrepresentant. Denne gruppen er nedenfor omtalt som «drodlegruppen».

Etter SU møtet i september, ble det nedsatt en formell arbeidsgruppe med et oppdrag fra SU om å besvare et mandat fram til SU møtet den 22. november 2018. *Det er denne arbeidsgruppen som med dette dokumentet legger fram sin rapport.*

Arbeidsgruppen har sett det som sin primæroppgave å «finne fram til»/identifisere mest mulig konkrete pasientgrupper som har behov for – og vil kunne nyttiggjøre seg – mer koordinerte og integrerte tjenester, og som ofte også har behov for tidlig innsats for å forebygge forverring av sykdom/funksjonsnivå.

De to målgruppene som arbeidsgruppen har identifisert og prioritert, er nærmere beskrevet i punktene 5 og 6 nedenfor. *Dette er altså de to pasientgruppene som arbeidsgruppen foreslår at det iverksettes konkrete prosjekter i forhold til – med siktemål å utvikle mer integrerte og mer helhetlige tjenester, og med et sterkere fokus på tidlig innsats for å hindre forverring.*

For å gi sammenheng og helhet i det arbeidet som er gjort fra styret i SiV gjorde sitt vedtak i mai 2018 og fram til den 22. november, har arbeidsgruppen funnet det hensiktsmessig også å gi en kort beskrivelse av den delen av arbeidet som ble gjort før arbeidsgruppen ble nedsatt. Det er gjort i punktene 2.1. og 2.2. *Selve arbeidsgruppens innstilling er derfor fra og med punkt 2.3.*

2 Nærmere om bakgrunnen for arbeidet og den helhetlige prosessen med å identifisere aktuelle pasientgrupper

2.1. Kort om utviklingsplanen til Sykehuset i Vestfold

Som nevnt i punktet ovenfor. Var et av de viktigste innsatsområdene i SiVs utviklingsplan et sterkere fokus på pasienter med en kompleks og sammensatt helsesituasjon, og med behov for mer integrerte og koordinerte helsetjenester. Det var flere grunner til at SiV fokuserte så sterkt på disse pasientgruppene i sin utviklingsplan:

- Det er god empirisk dekning for å si at et tettere samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vil kunne gi disse pasientene et samlet sett bedre tilbud
- Det er også stor grunn til å anta at mange av disse pasientene vil få et bedre tilbud dersom spesialisthelsetjenesten setter inn mer ressurser på å bremse sykdomsutvikling utenfor sykehus og i større grad følge opp endringer i helsesituasjonen før forverringen av pasientens helsesituasjon blir for stor
- Det antas også å være et betydelig potensiale for å øke pasientenes egenmestringsevne dersom primær- og spesialisthelsetjenesten opptrer mer koordinert og med et sterkere fokus på å styrke denne evnen og til å understøtte pasientenes forutsetninger for selv å kunne koordinere egen behandling og omsorg.

Utviklingsplanen var ikke spesifikk når det gjaldt akkurat hvilke pasientgrupper som burde omfattes av et slikt arbeid, men inviterte kommuner og pasient-/brukerorganisasjoner til et samarbeid for i fellesskap å finne fram til pasienter og pasientgrupper som vil kunne få en forbedret helsesituasjon dersom aktørene opptrer mer samlet, integrert og koordinert, og hvor en større del av innsatsen settes inn i pasientens eget hjem/på arenaer utenfor institusjon. Den understreket også viktigheten av å sette inn innsatsen tidlig i sykdomsforløpet/før forverringen av tilstanden var kommet for langt.

Da SiV styret behandlet utviklingsplanen den 8. mai, fattet styret blant annet følgende vedtak:

- *”Det forutsettes at plan for oppfølging skjer i nær dialog med kommuner, fastleger og øvrig primærhelsetjeneste i Vestfold og med pasient- og brukerorganisasjonene. Det er avgjørende for spesialisthelsetjenesten at det er tilstrekkelige ressurser i primærhelsetjenesten til å ivareta velfungerende oppfølging av felles pasienter og gode og sømløse pasientforløp.*

Sykehuset inviterer kommunene i Vestfold til et konkret prosjekt der en nærmere definert gruppe av multisyke sikres en samhandlende tjenestekjede. En skisse til prosjekt tilstrebes å foreligge innen november 2018 med sikte på endelig utforming og oppstart i løpet av 2019.”

Alle kommunene i Vestfold og alle brukerorganisasjonene fikk SiVs utviklingsplan til høring. Kommunene ga klart uttrykk for at de ønsket å samarbeide med SiV for å utvikle bedre og mer sammenhengende tjenester til pasientgrupper med et sammensatt og til dels komplekst sykdomsbilde. De presiserte også at et slikt samarbeid måtte skje på en strukturert måte – med utgangspunkt i de samarbeidsforaene og -strukturene som er etablert i Vestfold.

Også de pasient- og brukerorganisasjonene som avga høringsuttalelse, ga sin tilslutning til en slik satsing. Det samme gjorde flere av de ansattes organisasjoner.

2.2. Arbeidet etter at utviklingsplanen ble vedtatt og fram til SU møtet den 20.09.2018

Den 8. juni var det et fellesmøte mellom kommunene og SiV hvor Advisory Board hadde en bred presentasjon av hvordan det internasjonalt arbeides for å gi bedre, lettere tilgjengelige og mer integrerte helse- (og sosiale) tjenester til pasienter med et sammensatt og komplekst sykdomsbilde. Advisory Board er en organisasjon med stor kompetanse på hvordan helsetjenesten utvikler seg internasjonalt, og som formidler erfaringer på tvers av land. De senere årene har Advisory Board hatt mye fokus på utvikling av integrerte helsetjenester. SiV er medlem av Advisory Board.

Møtet den 8. juni ble avsluttet med at det ble nedsatt en "drodlegruppe" bestående av personer fra kommunene og SiV som gjennom sommeren sammen skulle diskutere hvordan et slikt prosjekt/samarbeid kunne legges opp, og ikke minst hva det skulle inneholde (med det menes blant annet hvilke konkret pasientgrupper et prosjekt skulle omfatte). Etter hvert ble også brukersiden invitert til å delta i gruppen.

«Drodlegruppens» arbeid ble avsluttet med at det ble lagt fram en sak for SU den 20. september i år. SU fattet da følgende vedtak:

1. SU gir sin tilslutning til prinsippene for et mulig samordningsprosjekt.
2. SU gir sin tilslutning til mandat for arbeidet fram til 22/11, og åpner for at det kan søkes råd hos andre aktører ved behov.
3. Arbeidet i forprosjektet organiseres i henhold til alternativ 2, og suppleres med plan- og utviklingsdirektør.
4. Arbeidsgruppen holder tett kontakt med AU/SU.

Den arbeidsgruppen som ble nedsatt av SU, hadde følgende sammensetning:

- Geir Magnussen, Plan- og utviklingsdirektør SiV (leder)
- Sissel Andreassen, Rådgiver Horten kommune (sekretariat)
- Irene Jørgensen, Samhandlingssjef SiV (sekretariat)
- Torgeir Grøtting, Analysesjef SiV
- Geir Dunseth, Leder praksiskonsulentordningen ved SiV
- Tore Haukvik, Brukerrepresentant

Arbeidsgruppen fikk *følgende mandat*:

1. Identifisere pasientkategorier som har særlig stort behov for - og nytte av – mer integrerte og bedre koordinerte helsetjenester, og som kan egne seg som «pilot» for å utvikle generiske samhandlingsmodeller.
2. Beskrive baseline fakta om pasientreiser for utvalgt pasientkategorier
3. Anslå hvor stor denne pasientgruppen/disse pasientgruppene er i Vestfold.
4. Beskrive styrker og forbedringsområder i dagens pasientforløp for utvalget

5. Gi en kort prosjektbeskrivelse for å utvikle nye modeller for tjenester til aktuelle pasientgrupper, herunder forslag til målinger og følgeevaluering samt organisering av arbeidet.

Som det framgår av beskrivelsen nedenfor, har fokus i arbeidet særlig grad vært rettet inn mot å identifisere pasientgrupper, begrunne hvorfor disse bør velges, og identifisert utfordringer og begrensninger i måten aktørene i dag møter disse pasientgruppens behov på. I de premissene/forutsetningene som er beskrevet i punkt 4, ligger det også viktige erkjennelser av hva som er sentrale forutsetninger for å få til god praksis. Arbeidsgruppen har også gitt innspill til aktuelle problemstillinger for arbeidet i neste fase; jfr. punkt 7 i rapporten. Siden det fortsatt gjenstår en del arbeid med å konkretisere/spisse pasientgruppene, har det ikke vært mulig å tallfeste hvor store de to gruppene er.

2.3. Kort om arbeidsgruppens tilnærming til oppdraget

Både i regi av «drodlegruppen» og i de innledende fasene av denne gruppens arbeid var det mye fokus på analyser av de pasientgruppene som i størst grad bruker ressurser fra den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten. Det vil si de 5 % av pasientene som brukte mest somatiske spesialisthelsetjenester. Det viste seg at denne pasientgruppen i liten grad brukte kommunale helsetjenester. I hvert fall brukte de i liten grad spesialisthelsetjenester og kommunale pleie- og helsetjenester noenlunde samtidig.

Arbeidsgruppen valgte derfor etter hvert en litt annen tilnærming når den skulle identifisere pasientgrupper som var egnet til å følge opp SiVs styrevedtak og vedtaket i SU. Fokus ble dreid mer i retning av pasientgrupper som tilfredsstiller ett eller flere av følgende kjennetegn:

- Har mye behov for tjenester, og gjerne fra flere aktører
- Sliter med å ivareta koordineringsbehovet på egen hånd/har lav egenmestringsevne
- Står i fare for å få forverret tilstanden/situasjonen dersom tjenesteleverandørene ikke setter inn innsatsen raskere og mer koordinert
- Kan få bedret situasjonen hvis tjenesteleverandørene opptrer raskere/tidligere, mer koordinert og samtidig
- Kan få bedret sin situasjon hvis tjenesteleverandørene greier å utveksle informasjon raskere og mer presist, og dermed får tilgang til beslutningsstøtte så raskt som mulig når situasjonen krever det.

Når en skal identifisere pasientgrupper som tilfredsstiller ett eller flere av disse kjennetegnene, kan det være snakk om pasienter som «er i kommunen», opplever en forverring/eskalering av sin situasjon, og hvor tidlig og tung innsats fra spesialisthelsetjenesten kan bidra til å hindre forverring. Men det kan også være snakk om sykehuspasienter som trenger bedre oppfølging etter utskrivelse, og hvor sykehuset – naturligvis sammen med kommunen og fastlegen - kan være behjelpelig med å få til dette; eksempelvis i form av ambulante team.

Arbeidsgruppen konkluderte forholdsvis raskt med at det var lite hensiktsmessig å jakte på pasientgrupper basert på særskilte diagnoser. Funksjonsnivå og mestringsevne er viktigere inklusjonskriterier.

Arbeidsgruppen har hatt tre arbeidsmøter. I tillegg har den hatt ett møte (08.11.2018) med relevante fagpersoner fra SiV og kommunene i Vestfold. Den har også hatt ett møte med AU (08.11.2018). På disse møtene ble aktuelle pasientgrupper presentert og diskutert. Dette er de pasientgruppene som er beskrevet i punktene 5 og 6.

Med dette dokumentet leverer arbeidsgruppen sin innstilling.

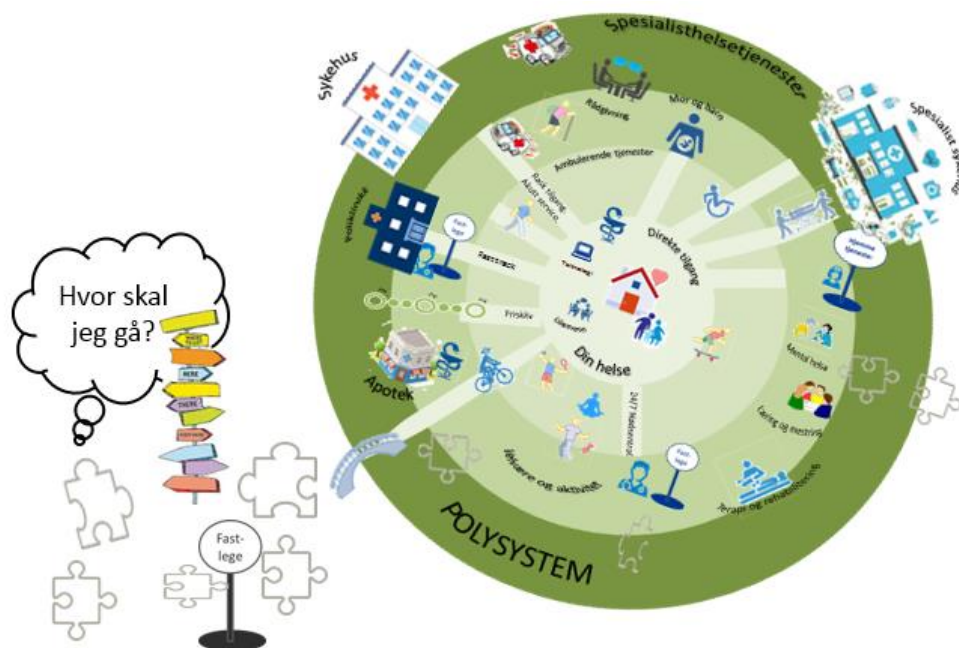
3 Mål med et videre arbeid

Det har i prosessen så langt vært arbeidet mye med å formulere gode mål for hva som skal oppnås med en mer integrert, bedre koordinert og raskere tilgjengelig helsetjeneste. Arbeidsgruppen har lagt til grunn at helse- og omsorgstjenesten – sett fra et pasient- og brukerperspektiv – er samordnet når alle aktiviteter organiseres som en vel fungerende enhet ut fra hans/hennes perspektiv, og der vedkommende gis mulighet til – ut fra evner og preferanser – å delta som aktiv medskaper.

Hvorfor setter vi dette arbeidet på dagsorden, og hva må vi oppnå for å kunne si at vi har lyktes?

I kulepunktene nedenfor beskrives noen helt overordnede mål for arbeidet. Disse er utdypet og konkretisert i andre dokumenter fra prosessen, men nedenstående punkter anses for tilstrekkelige i denne omgang:

- Pasientene skal oppleve helhetlige og samordnede tjenester, som tar utgangspunkt i pasientenes behov
- Pasientene skal oppleve en helsetjeneste som bidrar til i størst mulig grad å styrke deres evne til å mestre sykdom og funksjonssvikt
- Pasientene skal oppleve en helsetjeneste som har et sterkere fokus på funksjon, som bidrar til flest mulig gode leveår, og som sikrer at pasientene kan bo hjemme så lenge som mulig
- Helsetjenesten skal sette inn ressursene så tidlig som mulig for å hindre ytterligere sykdomsutvikling og funksjonssvikt
- Helsetjenesten skal sette inn ressursene på laveste effektive omsorgsnivå (når innsatsen gir størst helsegevinst), og på sikt redusere behovet for helsetjenester



Figur 1 Bygg systemet rundt pasienten

4 Noen grunnleggende forutsetninger/premisser for et videre arbeid

Arbeidsgruppen mener det er noen viktige forutsetninger som må oppfylles dersom aktørene skal lykkes med å styrke samhandlingen og skape en mer integrert helsetjeneste i Vestfold. Disse forutsetningene er nært knyttet til praksisfeltet.

I tillegg må det oppfylles noen forutsetninger på mer overordnet nivå. Disse er nærmere beskrevet tidligere i prosessen og i andre dokumenter.

De viktigste praksisnære forutsetningene, slik arbeidsgruppen ser det, er som følger:

- Det bør legges til grunn at nåværende nivådeling – og overordnede ansvarsfordeling - i helsetjenesten ligger fast. Det betyr at fokus i hovedsak er på styrket samhandling innenfor eksisterende ansvars- og oppgavefordeling.
- Selv om ovennevnte legges til grunn, er det viktig i det videre arbeidet å identifisere barrierer som hindrer god oppgaveløsning, og arbeide strukturert og målrettet for å løse disse.
- Det er viktig å kjenne til – og i størst mulig grad bygge videre på - eksisterende strukturer for samarbeid og samhandling i Vestfold, men samtidig må det være stor bevissthet om når disse representerer en hindring for god oppgaveløsning (jfr. punktet ovenfor)
- Utgangspunktet for arbeidet og nye modeller skal være pasientenes behov, og ikke nåværende måte å løse oppgavene på. Spørsmålet skal altså være: Hvordan rigger vi oss/tjenestene for at pasientenes behov skal dekkes/imøtekommes på en best mulig måte? Hva gjør vi når vi får samhandlingen til å fungere mest mulig sømløst?
- Arbeidet må derfor ha et sterkt brukerfokus, et fokus på å styrke pasientens egenmestringsevne og i størst mulig grad ta utgangspunkt i spørsmålet: «Hva er viktig for deg?»
- Det må skapes arenaer hvor tjenesteleverandørene i større grad enn i dag opptrer *samtidig* for å løse pasientenes behov. Slike arenaer er ikke et mål i seg selv, men mye erfaring viser at samtidighet i tjenestetilbudet fra primær- og spesialisthelsetjenesten i mange situasjoner er en ”driver for forbedring”.
- Terskelen for dialog mellom aktørene må være lav når behov for kontakt oppstår, og da må kontakt kunne etableres raskt.
- Det vil være et premiss/en forutsetning for utvikling av mer integrerte modeller at spesialisthelsetjenesten i større grad enn i dag må være tilgjengelig også på arenaer utenfor sykehuset (i tillegg til å være lett tilgjengelig for primærhelsetjenesten når de er inne på sykehuset)
- Det er et premiss at det – i hvert fall på sikt – skapes digitale plattformer og kommunikasjonskanaler som gjør at partene kan utveksle informasjon seg i mellom og at de kan kommunisere elektronisk med pasienter og pårørende.
- Det er viktig at de modeller for samarbeid og samhandling som utvikles i det videre arbeidet, i så stor grad som mulig har overføringsverdi til andre pasientgrupper enn de man starter med i første omgang. Men i første omgang foreslås det altså å starte med to konkrete pasientgrupper.

5 Målgruppe 1: Barn og ungdom i risikozonen for å utvikle psykiske helseproblemer

5.1. Kort om målgruppen

Den første målgruppen som arbeidsgruppen vil anbefale at det settes i gang et arbeid med, er den som er kalt «barn og ungdom i aldersgruppen 12 – 25 år som er i risikozonen for å utvikle psykiske helseproblemer». Det kan være ulike kjennetegn på barn og ungdom i denne målgruppen, slik som:

- Angst
- Depressive tilstander
- Rus- og avhengighetsproblematikk
- Problemer knyttet til skole og/eller arbeid
- Ulike typer av somatiske helseplager (inkludert seksualhelse)

Vi snakker ikke om generelle primærforebyggende tiltak, men om en målgruppe som er i en risikozone for å utvikle mer alvorlige tilstander – dersom de ikke får hjelp i tide.

5.2. Faglig begrunnelse for valg av målgruppen

Hva er så de faglige begrunnelsene for å styrke tilbudet til denne målgruppen? Dette er noen av de viktigste:

Overordnet om kunnskapsgrunnlaget

- De fleste psykiske sykdommer utvikler seg i perioden fram mot 25 år. Dette er en kritisk periode for menneskets utvikling – både intellektuelt og sosialt
- 75 % av voksne med psykiske sykdommer har opplevd en oppstart av symptomene før fylte 25 år
- Opp til 50 % av rusproblemer i voksen alder kommer i etterkant av psykiske vansker i ungdomsalder
- Psykiske symptomer fører ofte til sosial isolasjon, med den konsekvens at personens individuelle potensial ikke blir realisert
- Mange av de som er i denne målgruppen, sliter både med å gjennomføre videregående skole og deretter komme inn i arbeidslivet. Både de personlige og de samfunnsmessige konsekvensene av dette er omfattende
- Aktuell forskning viser god evidens for tidlige intervensjonsprogrammer for unge mennesker. Med de riktige tilbudene og tidlig støtte kan framtidige helseproblemer reduseres betydelig.

Tall fra UngData undersøkelsen 2018 for Vestfold:

- **Psykiske plager:** Her ser vi en økning av depressive plager på 25 % blant jentene
- **Søvnvansker:** 26 – 32 % opplever slike vansker
- **Fysiske plager:** 17 % er regelmessig plaget av hodepine, magesmerter, ryggsmertor
- **Hodepine:** 28 – 32 % har opplevd slike i løpet av siste uke
- **Alkohol:** Nedgangen i alkoholbruk har stoppet opp
- **Cannabis:** Det er en økning i bruk av cannabis blant gutter

5.3. Utfordringer i dagens tjenestetilbud

Arbeidet så langt har vist at det både i kommunene og ved SiV er mange gode tilbud og tjenester til denne målgruppen. I kommunene er det også mange tilbud og tiltak utenfor helsetjenesten. Disse tilbudene er det viktig å bygge videre på.

Det er noen utfordringer som et prosjekt for denne målgruppen bør forsøke å løse:

- Aldersgruppen 12 – 25 år utfordrer det aktuelle helsesystemet, som deler pasientene inn i barn (0-18) eller voksne (18-65). Denne inndelingen tar ikke hensyn til de spesielle utfordringene og behovene hos unge mennesker under utvikling.
- Selv om det er mange gode tilbud til denne pasientgruppen i dag, er de ofte litt spredt og ukoordinert. Dermed opplever mange i målgruppen dem som uoversiktlige og vanskelig tilgjengelige.
- Mange av de som har behov for helsetjenester i denne målgruppen, oppsøker i liten grad helsetjenesten. Terskelen for å ta kontakt er for høy, og i mange sammenhenger kjenner de som er i målgruppen for tiltakene heller ikke til de tilbudene som eksisterer.
- Både pasientene selv og kommunale aktører opplever at spesialisthelsetjenesten ofte er vanskelig tilgjengelig. De ønsker en mer utadrettet spesialisthelsetjeneste, og en spesialisthelsetjeneste som kan tilby hjelp raskere når behovet oppstår. Kommunale aktører og pasienter/brukere har ofte også behov for at spesialisthelsetjenesten i større grad er tilgjengelig på kommunale arenaer.
- Det er også en utfordring at spesialisthelsetjenestens tilbud til disse pasientgruppene gis av flere ulike aktører – avhengig av alder og problemstilling (Barn- og ungdomspsykiatrien, Voksenpsykiatrien, Avdeling for rusbehandling). Denne organiseringen sikrer ikke alltid en tilstrekkelig sømløs og helhetlig tjenestekjede.
- Veiledningsplikten som spesialisthelsetjenesten har overfor den kommunale helsetjenesten, er i for liten grad satt i system.
- Både kompetanseutvikling og kompetansedeling skjer for tilfeldig, ad hoc og ukoordinert.

6 Målgruppe 2: Multisyke pasienter med behov for bedre koordinerte og integrerte helsetjenester

6.1. Kort om målgruppen

Den andre målgruppen er litt mindre skarpt avgrenset, og består muligens av flere undergrupper. På det stadiet vi er i prosessen p.t., er det ikke så avgjørende å avgrense ytterligere, men å enes om noen viktige kjennetegn. Et videre arbeid må bidra til å konkretisere, og kanskje også spisse, målgruppen:

- Mange i denne målgruppen er eldre, men alder er ikke nødvendigvis det viktigste kriteriet for å bli inkludert.
- De er ofte multisyke, og har mange diagnoser og plager
- De går ofte på mange medisiner
- De har mange kontakter med helsetjenesten i løpet av et år:
 - Innleggelser på sykehus
 - Poliklinisk oppfølging
 - Hjelp fra hjemmesykepleien
 - Besøk hos/av fastlegen
- De har ofte liten egenmestringsevne og evne til å koordinere de tjenestene de har behov for

- De har ofte, men ikke alltid, ulike grader av kognitiv svikt og forvirringstilstander
- De står ofte i fare for å få forverret sin tilstand dersom de ikke får adekvat hjelp

Det er ikke diagnose som skal være det definerende kjennetegnet for å bli inkludert i denne målgruppen. Det er mer snakk om funksjonssvikt og manglende egenmestringsevne.

Arbeidsgruppen tenker at det er to innganger til denne målgruppen:

3. Den ene inngangen/den ene gruppen er de som får en forverring av tilstanden mens de er hjemme, og hvor en raskere og mer koordinert innsats fra primær- og spesialisthelsetjenesten sammen og samtidig, vil kunne avklare situasjonen og i mange tilfeller bidra til at pasienten fortsatt kan bli værende hjemme.
4. Den andre inngangen/den andre gruppen er de som skal skrives ut fra sykehuset, men som har stor risiko for raskt å måtte reinnlegges dersom det ikke iverksettes særskilte tiltak. Ved å forberede utskrivningen bedre, og ved å følge opp pasientene bedre etter utskrivning – også fra spesialisthelsetjenesten - er arbeidsgruppens hypotese at det er mulig å stabilisere pasienten bedre i hjemmesituasjonen, og dermed unngå raske og unødvendige reinnleggelser.

6.2. Faglig begrunnelse for valg av målgruppen

Det er flere faglige begrunnelser for hvorfor det er riktig å sette denne pasientgruppen i fokus for et videre arbeid:

- Mange av disse pasientene får forverret sin helsetilstand når de har mange og hyppige forflytninger, og når de må oppsøke helsetjenesten mange ganger og flere steder.
- Mange av disse pasientene har i dag mye uoverensstemmelser i sine medisiner. Undersøkelser gjort ved Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) viste at så mye som 95 % av undersøkte pasienter hadde uoverensstemmelser i sine medisiner.
- Mange av disse pasientene blir ofte vurdert og behandlet for den spesifikke diagnosen som er den direkte årsaken til aktuell forverring, men får ikke en tilstrekkelig bred medisinsk faglig vurdering av «hele helsetilstanden».
- Denne pasientgruppen er relativt stor i antall. En bedre organisert helsetjeneste – som i større grad «treffer» disse pasientenes situasjon og utfordringer – må derfor antas å gi betydelige helsemessige og samfunnsøkonomiske gevinster.
- Mange av disse pasientene har ofte dårlig egenmestringsevne og derfor liten evne til å koordinere innsats fra flere deler av helsetjenesten. En annen «rigging» av tjenestetilbudet vil derfor potensielt kunne gi en kvalitativ bedring i deres helsetilstand og funksjonsnivå, og også deres evne til å nyttiggjøre seg de tjenestene som gis.

6.3. Utfordringer i dagens tjenestetilbud

Også for denne pasientgruppen er det naturligvis mange gode tilbud og tjenester både i primærhelsetjenesten (hvor det er inkludert fastlegene) og i spesialisthelsetjenesten. Det er likevel noen utfordringer som gjør at tilbudet ikke blir optimalt – sett fra pasientenes synspunkt og situasjon:

- De kommunale pleie- og omsorgstjenestene får ofte ikke rask nok tilgang til legekompentanse når pasientens situasjon endres/forverres. Det gjør at pasienter som med rask og god dialog kunne blitt håndtert i hjemmesituasjonen, må legges inn på sykehus fordi kompetansen ikke er tilgjengelig ute.
- Spesialisthelsetjenesten er ofte ikke tilgjengelig raskt nok når fastlege eller kommunal pleie- og omsorgstjeneste har behov for konsultasjon.

- Disse pasientgruppene får ofte forverret sin situasjon når de flyttes fra hjemmesituasjonen og legges inn på sykehuset. Hvis flere avklaringer og en større del av behandlingen kunne blitt gjort uten at pasientene måtte legges inn, ville det gitt en stor helsegevinst for pasienten. I dag er spesialisthelsetjenestens kompetanse for lite tilgjengelig på arenaer utenfor sykehuset (for eksempel i pasientens eget hjem). Dette gjelder også for palliative pasienter.
- Særlig spesialisthelsetjenesten er bygget opp med utgangspunkt i medisinske spesialiteter og subspecialiteter. Pasientene i denne målgruppen har ofte flere diagnoser/lidelser. Disse har behov for bredere og mer helhetlige vurderinger når de legges inn på sykehuset enn det de ofte får på spesialavdelingene. En konsekvens av dette er at bare deler av pasientens sykdomsbilde blir vurdert og avklart mens de er innlagt.
- Det er fortsatt for mange pasienter som skrives ut fra sykehuset med stor fare/sannsynlighet for raskt å bli reinnlagt. Det kan forebygges både ved at det blir gjennomført bredere og mer helhetlige vurderinger av pasientens situasjon og behov for oppfølging før de skrives ut (for eksempel en bredere geriatrisk vurdering), men også ved hjelp av mer ambulante tjenester fra sykehuset. Slike ambulante team kan både bidra til å sikre oppfølging av pasientene etter utskriving, men også til å sikre kompetanseoverføring til primærhelsetjenesten. Ved flere sykehus har man gode erfaringer med ambulante team som består av personell både fra spesialist- og primærhelsetjenesten.
- Selv om det har skjedd en del forbedringer de senere årene, er fortsatt IKT systemene i spesialist- og primærhelsetjenesten for dårlig integrert. Det gjør at viktig informasjon om pasientene ikke er tilgjengelig når aktørene har behov for det, og informasjonsutvekslingen skjer både tungvindt og for langsomt.

7 Veien videre

Arbeidsgruppen har i punktene 5 og 6 gitt en kort og overordnet beskrivelse av to pasientgrupper som den mener vil kunne ha god nytte av mer integrerte og bedre koordinerte helsetjenester. Arbeidsgruppen tror at nye samarbeidsmodeller for disse to pasientgruppene vil kunne ha betydelig overføringsverdi til andre pasientgrupper.

Arbeidsgruppen vil anbefale at partene nå går relativt raskt i gang med å utvikle konkrete forbedringsprosjekter for disse to pasientgruppene. Det er selvsagt viktig med god forankring av den videre prosessen, men arbeidsgruppen er av den oppfatning at det er mange gode grunner til å arbeide videre med akkurat disse to pasientgruppene, og at det er ønskelig med en relativt rask videreføring til neste fase.

Hvis SU er enig i at det er viktig å sette i gang et konkret arbeid rettet mot disse to pasientgruppene, mener arbeidsgruppen det vil være naturlig å organisere det videre arbeidet i to separate prosjekter, men selvsagt med en felles overbygning.

For å sikre god kontinuitet i arbeidet, er det – etter arbeidsgruppens oppfatning – viktig at det er noe «personoverlap» mellom de som har sittet sentralt i arbeidet fram til nå, og de som skal inn i det konkrete forbedringsprosjektet i neste fase.

Det er ikke denne arbeidsgruppens oppgave å gå i detalj med hensyn til hvordan et slikt arbeid bør legges opp, men det er *noen problemstillinger som må avklares* i neste fase – fram mot en konkret prosjektplan:

- Hvordan skal arbeidet legges opp og organiseres? Trengs det for eksempel en form for prosjektledelse av hvert delprosjekt?
- Skal alle kommunene delta i begge prosjektene/arbeidet med begge målgruppene, eller hvordan tenker man seg den videre prosessen for å avklare videre deltakelse?
- Hvilken form for forankring av et slikt arbeid er det behov for i forhold til overordnet administrativ ledelse og politiske ledelse?
- Hvordan involvere praksisfeltet i tilstrekkelig grad?:
 - Kommunal helse- og omsorgstjeneste
 - Andre kommunale aktører enn de som er ansatt i helse- og omsorgstjenestene
 - Fastlegene
 - Sykehusansatte
 - Brukerne og deres organisasjoner
- Hva trengs av faktabeskrivelser av dagens situasjon og 0 – punktmålinger for å ha en felles oppfatning av nåsituasjonen?
 - Organisatorisk og ressursmessig
 - Eksisterende prosesser og rutiner
 - Når det gjelder de aktuelle pasientgruppene
- Er det behov for ytterligere avgrensning av målgruppene, eller vil det være naturlig at det skjer som en del av arbeidet/den videre prosessen?
- Er det behov for ytterligere å forsterke kunnskapsgrunnlaget og ikke minst innhente erfaringer fra andre sykehus og/eller internasjonalt?
- Hvordan sikre løpende dokumentasjon og evaluering av arbeidet underveis, slik at det sikres nødvendig læring og korreksjon?
- Hvordan identifisere faktorer som henholdsvis hemmer og fremmer god praksis?
- Hvordan sikre erfaringsoverføring til andre pasientgrupper og utvikle mest mulig generiske modeller for samhandling?

Hvis SU slutter seg til anbefalingene fra arbeidsgruppen på sitt møte den 22.11.2018, vil det antakeligvis være naturlig at AU får fullmakt til å konkretisere regien og opplegget for et videre arbeid, slik at det opprettholdes tilstrekkelig tempo og framdrift.

Uansett er det arbeidsgruppens oppfatning at det nå foreligger et tilstrekkelig grunnlag til å gå over i den fasen hvor det utformes konkrete forbedringsprosjekter for de to foreslåtte pasientgruppene.

2: Undergrupper multisyke:

De fem undergruppene vi definerte var følgende:

1: Barn og unge med medfødte og ervervede hjerneskader eller utviklingsforstyrrelser.

Multihandikappede barn og barn med syndromer. Multisyke i ordets rette forstand. Ofte sykdommer i flere organsystemer som gir både somatiske og kognitive vansker. Disse pasientene har tjenester i kommunene og følges ved SiV-habiliteringen. Mye fungerer svært godt med tanke på ivaretagelsen hvor habiliteringen spiller en stor rolle i utredning, behandling og oppfølging av pasientene. Det jobbes mye ambulant. Samarbeid og kompetansen angående palliasjon hos barn som skal dø oppleves godt i de fleste kommuner. Det er forskjell i tjenestetilbudet til disse pasientene i små og stor kommuner.

2: Psykisk syke og rusavhengige pasienter.

En gruppe pasienter med lettere og mer alvorlig psykiske lidelser. Mye kontakt med mange instanser, men kanskje ikke multisyke per definisjon. Det er den psykiske sykdommen som skaper kontaktene med systemet. Mange aktører involvert. FL, LV, AMK, ambulansetjenesten, Politi, Akuttmottak.

3: Pasienter med nevromuskulære sykdommer.

Pasienter med nevromuskulære sykdommer eksempler på dette er: ALS, MS, Duchenne og Myasthenia gravis. Her er det satt ned en tverrfaglig gruppe på SiV som har utarbeidet nye prosedyrer og ny arbeidsflyt for pasientene. De har hatt kartleggingsmøter med pasienter og pårørende. Der var det 2 viktige områder som ble tatt opp og ønsket: Kan jeg få fjernoppfølging? Og Hva skjer når jeg skal dø? De har innledet godt samarbeid med palliativt team. Viktige punkter som er tatt opp i gruppa er planlegging med tanke på livsforlengende behandling og tiltak ved progresjon av sykdommen og Samhandling med kommunene.

4: Pasienter med flere samtidige kroniske sykdommer

En gruppe pasienter med lav egenmestringsevne. Godt voksne. Hjemmeboende med flere kroniske sykdommer og hyppig FL og polikliniske kontakter på sykehuset. Gjerne også med enkelte innleggelser. Hovedtyngden av pasientene er 50-70 år. Mange uføre. Vesentlig høyere biologisk enn kronologisk alder. Det å være syk blir en slags livsstil. Sykdommene som går igjen her er DM med følgesykdommer, hjertesvikt og KOLS.

5: Skrøpelige eldre

En gruppe pasienter eldre med kroniske sykdommer som er stabile. Så faller pasienten. Innlegges på sykehuset som blir starten på en «Runddans i systemet». KAD, ØHD, SiV, LV, FL osv. «svingdørspasienter». Dette er som regel skrøpelige eldre pasienter 70+. Kroniske sykdommer som går igjen i denne gruppa er KOLS, AF, DM og hjertesvikt.

3: Deltakere, kasuistikker og tekstreferat fra workshop:

Vi startet kartleggingen av nå-situasjonen ved å innkalle eksterne aktører og arbeidsgruppa til felles workshop 18.10.19. Følgende eksterne aktører bidro denne dagen:

Gunn-Tove Havn – Seniorrådgiver - Pasient og brukerombudet
Gro Næss – Sykepleier – USN
Julia Marthinsen – Lege – Færder Kommune
Eva Bergh Pedersen – Sosionom – SiV Habilitering
Ingvild B. Norum – Lege – SiV Akuttsenteret
Anne K. Lindberg – Sykepleier/rådgiver – SiV KOLS forløpet
Ellen Slettingdalen – Avansert klinisk sykepleier – Sandefjord Kommune
Hilde Farnes Lia – Tjenestekontoret – Holmestrand kommune
Birte Dilling – Avansert geriatrisk sykepleier – Tønsberg Kommune
Brita Roaldseth Sundby – Avansert klinisk Sykepleier – Tønsberg Kommune
Geir Dunseth – Fastlege og leder PKO – Holmestrand kommune
Irene Jørgensen – Samhandlingssjef - SiV

To av deltakerne meldte samme dag at de ikke hadde anledning til å møte alikevel:

Betty Ann H. Skallestad – avd.leder LV/ØHD – Horten kommune
Sturla Book – Lege – SiV medisin

Dagen ble brukt til gruppearbeid basert på følgende 4 kasuistikker:

Klara 80 år

Klara på 80 år har kols, benskjørhet, hjertesvikt og begynnende demens. Hun bor på landet alene i egen bolig. Hun har et sterkt ønske om å bo hjemme så lenge som mulig. Barna har flyttet til storbyen og ser henne sjelden. Hun er engstelig og dårlig til bens, og har hatt flere innleggelser årlig på grunn av pustebesvær som både skyldes hennes lungesykdom og hjertesykdom. Hun trenger en del hjelp til det praktiske i huset og har vanskelig for å komme seg ut. Hun har i dag hjemmesykepleie 4 ganger i uka og hjemmehjelp daglig. Klara faller og pådrar seg et hoftebrudd.

Olga nær 80 år

Sak dreier seg om en hjemmeboende pasient på nær 80 år, med flere diagnoser, blant annet langt fremskreden kols og behandlingstrengende sår. Pasienten var svært ustø. Hun hadde hjemmesykepleie syv ganger i døgnet. Pasienten ble de siste månedene flyttet hyppig frem og tilbake mellom hjemmet, ØHD, ulike korttidsopphold i sykehjem, og ulike avdelinger på sykehuset. Hun ble innlagt Sykehuset i Vestfold (SiV) syv ganger i løpet av 4-5 måneder. Pårørende fortalte at pasienten ble både sliten og tiltagende forvirret av de stadige flyttingene. Pårørende opplevde at de måtte koordinere hjelpen og sørge for nødvendig informasjon til de ulike aktørene.

Erik 80-åra:

Eldre hjemmeboende pasient, oppegående og klar frem til det aktuelle. Pasienten hadde mye smerter i hodet og skuldre etter tidligere skade, hadde hjertelidelse, var tungpustet, brukte mye medisiner.

Pasienten fikk diffuse symptomer, feber, spiste ikke, vektnedgang, virket medtatt. Pårørende oppdaget at han hadde et blødende sår på kneet, de regnet med at han hadde falt. Pasienten sto på blodfortynnende medisin, blødningen stoppet ikke, ambulanse kom. Pårørende mente at pasienten burde kjøres til sykehus, men han ble tatt med til legevakt for behandling. Pasienten ble så innlagt i ØHD. Han ble undersøkt, man fant blant annet hjerteflimmer. Dagen før utskrivning mottok avdelingen opplysninger fra fastlegen. Etter tre dager ble han utskrevet til hjemmet – med en pose

med ulike medisinbrett. Medisinering var endret, og han klarte ikke lenger å administrere disse selv. Hjemmesykepleien hadde kun fått beskjed om at de skulle stille et sår, og var ikke forberedt på å møte en medtatt pasient med stort behov for bistand. De første par dagene ble svært vanskelige. Pasienten ble tiltagende dårlig, virket forvirret/uklar og ble innlagt sykehus.

Trym 60-åra:

Innlagt på sykehuset i mange uker som intensiv pasient etter komplikasjoner i forbindelse med et kirurgisk inngrep. Flyttes mellom flere sykehusavdelinger pga komplikasjoner og infeksjoner. Skrives ut til sykehjem med tracheostomi og PEG. Er deliriøs ved overflytning og krever fastvakt. Det var telefonisk kontakt mellom spl på begge avdelinger før utskrivelse. Medisiner og utstyr som var lovet sendt med – kom ikke. Spl måtte selv dra til apoteket og hente ut viktige medisiner som ikke var tilgjengelig på sykehjemmet. Spl fra sykehjem måtte også reise til sykehuset i helgen for å hente utstyr. Det var i tillegg sendt henvisning til behandlingshjelpemidler på feil trach og utstyr knyttet til stell av denne

Kommunen sender avvik etter utskrivelse fordi de mener pasienten ikke var utskrivningsklar grunnet sin medisinske kompleksitet og manglende oppfølgingsplan. Vi mener pasienten ikke er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten.

Pasienten er ikke tilstrekkelig nevrologisk avklart, og kom til kommunehelsetjenesten uten tilpasset medisinering for å stabilisere uro og øvrige diagnoser.

Det foreligger ikke plan for videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

Det ble ikke gjennomført, initiert opplæring - planlegging av overflytting. Rutine Langtids mekanisk ventilasjon (LTMV).

Kasuistikkene ble valgt ut og satt sammen fra avviksmeldinger i medisinsk klinikk og hos pasient- og brukerombudet i Vestfold. Kasuistikkene ble jobbet med i grupper og følgende overordnede tema ble belyst:

- Behandlingshjelpemidler
- Transport
- Kommunikasjon
- Behandlingsavklaring
- Legemiddelbehandling
- Rehabilitering
- Funksjonsvurdering/ Habituell status
- Palliative utfordringer
- Personell
- Dokumentasjon og informasjonsoverføring

Og resulterte i følgende beskrivelse av utfordringer i nå-situasjonen:

Behandlingshjelpemidler:

Rigiditet i regelverket som hindrer midlertidig utlån av enkelte mye brukte hjelpemidler. Manglende kunnskap og forventning i spesialisthelsetjenesten til hva kommunen kan tilby og skal tilby. Forslag til endringer: bedret kunnskap om avtaler og økt kompetanse. Mulighet for å sende med utstyr fra SiV?

Transport:

Her ble det pekt på at rigide prosedyrer i prehospitaletjeneste var til hinder for god overføring av pasientrettet informasjon i tilknytning til innleggelse eller annen endring av behandlingsnivå. Det ble foreslått å opprette et forum hvor aktører både fra KHT, SHT og prehospitale tjenester var involvert?

Det er stor forskjell på kommunenes tilbud hva angår transport til ikke-vedtaks baserte tiltak. Mulighet for å involvere frivillige i større grad der hvor dette mangler?

Kommunikasjon, dokumentasjon og informasjonsoverføring:

Det er store utfordringer knyttet til journaldokumentasjon. Dette gjelder for flere av punktene som behandles lengre ned i rapporten. For både legemiddelbehandling og behandlingsavklaring skaper det store utfordringer og manglende kontinuitet for pasientene. I de fleste Vestfold kommunene er det forskjellig dokumentasjonssystem hos fastleger (System X, Infodoc og CGM), legevakt (samme som FL) og kommunale døgninstitusjoner (Cosdoc, Gerica og Profil). Ingen av disse systemene «snakker sammen» og ingen av helseprofesjonene har innsynsrett på tvers. Systemene er avhengig av at det sendes målrettet informasjon mellom de forskjellige programmene. Dette er stort sett satt i system ved at alle epikriser og journalnotat fra legevakt og ØHD/annen døgninstitusjon sendes til FL. FL skal ha det overordnede behandlingsansvaret for pasienten og den fullstendige oversikten. På sykehuset brukes DIPS som EPJ system. Det er her heller ingen helsepersonell som har tilgang til informasjon mellom nivåene.

Når det gjelder innholdet i den informasjonen som utveksles mellom nivåene, er den ofte mangelfull når det gjelder beskrivelse av funksjon. Sykepleiedokumentasjonen er dog mye bedre en legedokumentasjonen til å beskrive funksjon, men nivåene benytter seg ikke av samme verktøy i beskrivelsen av pasienten. Dette skaper utfordringer for samhandlingen.

I all dokumentasjon ut av sykehuset mangler som oftest en detaljert oppfølgingsplan. Det gjelder oppfølging av både symptomer og kjent kronisk sykdom. Dette gjør at mange problemstillinger må løses «ad-hoc» istedenfor at endring i pasientens tilstand avdekkes så tidlig at ytterligere forverring kan forebygges. Det pekes på at det er mangelfullt samarbeid om pasientene og manglende forståelse for hverandres roller. Dette gjelder spesielt i situasjoner når pasienter kommer hjem etter langvarige innleggelser med betydelig funksjonsendring og gjerne behandlingshjelpemidler som er nye både for pasient, pårørende og kommunalt personell. Informasjonsflyten som er valgt i samarbeidsavtalene gir store tidsrom hvor kommunen ikke vet hva som skjer med pasienten. Dette gjelder et fåtall alvorlig syke pasienter som gjerne har et spesielt langvarig sykehus opphold bak seg. Gjerne med opphold på høyspesialiserte avdelinger som intensiv og medisinsk overvåkning. Kommunene får melding fra sykehuset ved innleggelse HOS 1 og gjerne ved planlagt utskrivelse HOS 2.

Ofte har pasientene fått mye muntlig informasjon ved utskrivelse. På grunn av akutte forvirringstilstander og redusert oppmerksomhet og kognitiv evne har mange pasienter ikke mulighet til å huske og gjenta denne informasjonen senere. Det er lite bruk av skriftlig informasjon. Dette svekker pasientens mulighet for å følge opp sin egen situasjon etter utskrivelse. Det er ofte heller ikke gjort forsøk på å gi pårørende informasjon, og i de tilfellene det er gjort, mangler det rutiner for å dokumentere dette i journal.

Alle brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har etter Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel syv rett på «at kommunen skal utarbeide en individuell plan (IP) og tilby en koordinator». For skrøpelige eldre og kronikere med «vanlige» somatiske sykdommer som hjertesvikt, KOLS og diabetes er dette sjelden opprettet. Mange av disse pasientene er ikke alltid i stand til å oppsøke FL på legekantoret og er da avhengig av at de har en FL som drar i hjemmebesøk. Det er stor forskjell på fastlegenes andel hjemmebesøk i løpet av et år.

I Vestfold er mulighetene for video – og telemedisinsk oppfølging ikke tatt i bruk i noen kommuner.

Behandlingsavklaring:

Et område med mange utfordringer. Det er store mangler i journaldokumentasjonen på begge nivå. Ikke i «fokus» hos behandlende personell. Mange steder manglende samarbeid mellom FL og HSP. Ingen faste møtepunkter. Det er viktig med ansvarsavklaring og en god behandlingsplan. Gode overganger intern i kommunen vanskeliggjøres også her av journalsystemer som ikke «snakker sammen». Det er ingen av kommunene som har et system som fanger opp «svingdørs» pasienter.

Legemiddelbehandling:

Hovedutfordring er antallet forskjellige journalsystem. Det er ikke godt nok kunnskap om farmakologi og utfordringer knyttet til LM behandling hos verken sykepleiere eller leger. Mange endringer, følges ikke opp, og det er vanskelig for FL å holde oversikten over pasientens medisinsliste. Ofte pulveriseres ansvaret hos de pasientene som har mange nivåbytter og endringer i omsorgsløsning på korttid. Det er mange leger involvert i LM behandlingen av disse pasientene og det er sjelden en lege tar hovedansvaret. LMG gjøres i økende grad, men på langt nær så ofte som det behøves.

En del pasienter bruker multidose. Multidose er vanskelig å administrere og muligheten for «hurtigpakk» er dårlig kjent for leger både i KHT og SHT.

Rehabilitering:

Innenfor rehabilitering har det skjedd store endringer etter innføringen av samhandlingsreformen. Mye av omstillingene har ført til en økt belastning på de kommunale institusjonene. Store pasient grupper er blitt flyttet med et mål om kommunal rehabilitering. En av utfordringene i KHT er en manglende differensiering av tilbudet og at tilbudet ofte ikke er tilpasset gruppen det brukes på. Hverdags rehabilitering er innført i mange kommuner, men brukes på helt andre pasientgrupper og med andre ressurser, en det som var tilfellet der hvor modellene ble etablert og forsket på. Mange pasienter som har hatt hverdagsrehabilitering eller andre tiltak kommer opp på sitt tidligere nivå, men manglende oppfølging gjør at de langsomt mister sin funksjon igjen. Det er ikke fokus på systematisk kartlegging av funksjonsnivå verken fysisk, psykisk eller sosialt i KHT.

Kunnskapen om rehabiliterende tiltak og hvordan kommunene er organisert innenfor rehabilitering er svært dårlig blant behandlende helsepersonell på sykehuset. Dette medfører i mange tilfeller en «feil» bruk av tjenester.

Funksjonsvurdering/ Habituell status:

Det er ikke fokus på systematisk kartlegging av funksjonsnivå i KHT. Det mangler kompetanse på å kartlegge pasientenes skrøpelighet. Det er heller ingen systematisk bruk av verktøy for å sette det i system. Det er ingen aktør i KHT som føler at det er deres ansvar. Ingen av kommunene har systematisk kartlegging av alle som søker tjenester for første gang. Sandefjord kommune har startet forebyggende helsearbeid med helsestasjon for eldre, de er foreløpig eneste Vestfold Kommune med dette tilbudet. Pasienter som legges inn på sykehuset får i for liten grad tilbud om bred geriatrisk vurdering under innleggelsen. «Silo» organiseringen på sykehuset gjør at pasienter med problemer i flere organsystemer ikke blir helhetlig vurdert i løpet av oppholdet sitt. Det er dårlig geriatrisk kompetanse hos personell ansatt på sykehuset, som ikke er tilknyttet geriatrisk seksjon. Det er fravær av journal opplysninger knyttet til habituell status og viktigheten av denne vurderingen. Det er også lite fokus på de eldres psykiske helse og kartlegging av denne.

Palliative utfordringer:

Sykehuset har palliativt team som tradisjonelt brukes kun til onkologiske pasienter. Der hvor dette teamet er involvert fungerer systemet og tjenestene godt. Skrøpelige eldre og kronikere ikke oppfattet til å tilhøre denne kategorien og mulighet for å nyttiggjøre seg dette tilbudet. Disse pasientene har derfor sjelden plan for behandling og oppfølging. Pårørende er også sjeldent

informert. Det påpekes også dårlig kompetanse i hjemmetjenesten i oppfølgingen av disse pasientene.

Personell:

Det mangler geriatriisk kompetanse i KHT. Dette gjelder for alle helseprofesjoner. Mange av pasientene i våre målgrupper har et dårlig FL tilbud, da noen FL knapt gjør hjemmebesøk. Mange FL opplever også at de ikke har nok kunnskap om denne pasientgruppa. De har ikke ofte nok tid til å gjøre en fullstendig vurdering alene, og mangler et tverrfaglig team å støtte seg på.

Det er få ansatte med tverrfaglig rehabiliteringskompetanse i kommunene. Ergoterapeuter er en mangelvare i mange av kommunene fordi det foreligger økonomiske incentiver som gjør det «billigere» å ansette fysioterapeuter. Journaldokumentasjonen som utveksles spesielt når det gjelder LM, men også andre forhold er ikke alltid god nok. Det er ofte mangler som gjør at HP som er involvert ikke tør å stole helt og holdent på informasjonen og derfor bruker mye ressurser på kvalitetssikring av informasjon.

4: Referat fra Workshop multisyke 18.10.19:

Deltakere: se eget vedlegg.

Kasuistikker: se eget vedlegg

Tema til gruppearbeid: se eget vedlegg

Behandlingshjelpemidler

Utfordring	Hindring	Løsning/ide
O2 behandling hjemme	Regelverk bestilling av hjelpemidler	Endre kravene Mulighet for midlertidig utlån
Forstøver/pariapparat	Manglende kunnskap hos Leger/spl i SHT når det gjelder tilgjengelighet i PHT. Forskjeller mellom kommuner	Standardisering Bedre kunnskap om avtaler Økt kompetanse
Ikke tilgjengelig utstyr	Kunnskap om avtaler	Kompetanse Sende med utstyr fra SiV Låneavtaler

Transport

Utfordring	Hindring	Løsning/ide
«firkantede» prosedyrer	Informasjonsflyt	Innleggesrapport Endret evne til å høre på helsepersonell fra ambulansetjenesten
Samhandling med AMK	Triage systemet	Forum for aktører på tvers
p-tillatelse	Ulik organisering og krav i de enkelte kommuner	System
Manglende transporttilbud til frivillige tiltak	Økonomi Ressurser	Frivillige Rosa busser Bruke ungdom
Pasientene har ikke kunnskap om egne rettigheter	Dårligere digitale ferdigheter	Opplysningskampanjer Lett tilgjengelig informasjon på kommunens sider

Kommunikasjon, dokumentasjon og informasjonsoverføring

Utfordring	Hindring	Løsning/ide
------------	----------	-------------

Manglende felles system	Ulike journalsystemer på SiV, LV, ØHD, FL kontorer	Felles helseplattform
Forskjellige diagnostiske verktøy	IPLOS vs Barthel Kulturelle forskjeller Manglende avtaler HP med egne referanser og ønsker	Standardisering Implementere det som er avtalt Jf samhandlingsforløpet
Oppfølgingsplan	Manglende samarbeid Manglende forståelse for hverandres roller	Utskrivelsesmøter med pasienten og eventuelt pårørende (hva er viktig for deg?) Benytte seg av telemedisinske løsninger Personellet i KHT og SHT må ha en felles arena og treffes på. (Geriatr SiV, AKS og geriatr KHT)
Manglende bruk av tilgjengelig teknologi. Video? Telemedisin?	Incentiver mangler	Endre takstsystemet
Kommunikasjonen mellom aktører i KHT	Tid? Organisering Ressurser	FL og HSP må finne nye arenaer og andre samarbeidsformer
For mye fokus på å løse problemer/utfordringer ad hoc	Problemer ses ikke tidlig nok System kompetanse	Endre fokus til forebygging
IP koordinator	Ingen kultur for bruk hos multisyke	Koordinator for multisyke Ta i bruk IP
FL dårlig integrert	Felles behandlingsplaner mangler	Kompetanse, tid og fokus
Pas med reduserte kognitive evner – delirium, terminale	«kultur» for lite skriftlig informasjon Ikke tilrettelagt for reduserte kognitive evner	Maler for skriftlig informasjon Brosjyrer
Komplisert behandling	Kompetanse Nivådeling budsjett – BHM, apotek og legemidler	Bedre rutiner rundt overføring av pasienter med nye komplekse behov

		Tverrfaglig team som jobber ambulant – skape glidende overganger Telemedisin Digital plattform – tilgjengelighet for samarbeid også etter utskrivelse fra SiV
Pårørende – informasjon	«kultur» - blir ikke nevnt i skriftlig informasjon	Rutiner ved pårørende involvering og kontakt
Lite informasjon ut til KHT om pasienter med stor økning i behov	Hull eller stillhet i kommunikasjonen mellom innleggelse og utskrivelse	Løpende Logg med innsyn fra KHT? Felles avslutningsmøte? behandlingsplan
Pas ikke i stand til å koordinere sine tjenester og behov	Dårlig koordinering både i KHT og SHT	FL rolle? Koordinator

Behandlingsavklaring

Utfordring	Hindring	Løsning/idè
Manglende kompetanse	Manglende ressurser Manglende personell	Økt geriatrisk kompetanse på tvers av forvaltningsnivå Multisyke koordinator FL må tidligere på banen og involveres
Kommunikasjon pas/pårørende og HP	«kultur» manglende fokus	Rammer og rutiner - kommunikasjon og involvering av pårørende
Mange involverte Dokumentasjon mangler	Epikrise mangler informasjon om temaet Kontinuitet	Dokumentere behandlingsplan Plan med scenario som kan skje Forebygging – forutseende Ansvarlig lege – kontaktlege? Gode kommunikasjonslinjer
Begrepsavklaring	Manglende forståelse FL : «Pas er ikke terminal» når det skal startes livsbegrensende tiltak	Kunnskap Avtaler

	Hva er utskrivningsklar?	
Utilgjengelige FL	Bedre styring og avtaler med FL i KHT	Årlige møter mellom HSP og FL Kombinerte stillinger for FL Forankre en felles oppfølgingsplan både hos FL og HSP
Tid	Ressurser	Utnytte bemanning annerledes?
Ansvarsavklaring	Mange aktører involvert – hvem har ansvaret?	Eierskap må være felles
Kultur «mot» å ta tak i dette	HP angst for å snakke om døden?	Kunnskap og kompetanse
Pas kognitive funksjon – planlegging for fremtiden	Kunnskap og informasjon	Fremtidsfullmakt
Manglende tverrfaglige møter	Ingen arena i dag	Tverrfaglig palliativt team Koordinator funksjon
Overganger internt i KHT	Manglende dokumentasjon	Felles journalsystem for alle tiltak i KHT?
Svingdørspasienter	Mangler system for identifikasjon	Opprette screening/varsel ved multiple kontakter

Legemiddelbehandling

Utfordring	Hindring	Løsning/idè
Samstemming	For mange journalsystem, involverte aktører: direktoratet for e-helse, FL, KHT, SHT, pasient	Felles LM plattform
Kunnskap om farmakologi	Stort krav om oppdatering på mange områder Vanskelig i praksis med spissing av spesialisering	Klinisk farmasøyt
Fl oppdaterer LM liste?	For mange aktører Ulike aktører – ulike utgangspunkt – hva er viktig for pasienten	Rutine på dialog med FL Geriatr møter vurderer pasienten i samråd med FL
Ansvar for LM til multisyke pasienter	Mange aktører involvert på kort tid – ingen tar ansvar	Avklarende samtale i forkant? Felles møteforum

Polyfarmasi	Manglende kunnskap og incentiver Mange «kokker» Fokus på behandlingsretningslinjer	LMG med geriater og FL i fellesskap
Multidose	Forsinkelse ved endringer av liste	Gjøre endringer enklere, raskere respons på endringer Ta i bruk ny teknologi

Rehabilitering

Utfordring	Hindring	Løsning/idè
Manglende differensiering av tilbudet i KHT	Ikke tilpasset gruppene det brukes på	Funksjonsvurdering/ habituell status Standardisering av verktøy Bred geriatrisk vurdering Koordinator Flere nivå også med døgn rehabilitering Rehabilitering i hjemmet? Hjemmesykehus? Livsgledesykehjem?
Reduksjon i døgnrehabilitering	Ressurser – økonomi	Strengere krav i styringsdokumenter
Manglende vedlikehold	Tidsbegrensede vedtak Ingen oppfølgende tjeneste	Frivillighet
«Feil» plassering av pasienten	Kunnskap om de forskjellige omsorgsløsningen i KHT er varierende blant behandlende leger i SHT Interkommunale forskjeller	Kunnskap Oversikter fra hver enkelt kommune
Hjemmeboende i omsorgsbolig	Mangler hjelpemidler og god tilgang til fastlege	SiV må sikre kunnskap om behandlingsnivå og tjenester i KHT
Manglende funksjonsvurdering Både fysisk, psykisk og sosialt	For få ansatte med kompetanse	Bedret geriatrisk kompetanse Tverrfaglig team

Funksjonsvurdering/ Habituell status

Utfordring	Hindring	Løsning/ide
Lovnader som ikke følges opp	Kunnskap og kommunikasjon med pas/pår mange HP involvert.	Styrke kunnskapen om oppbygningen og innretningene i KHT blant leger/spl i SHT.
Manglende kompetanse	For få med geriatrik kompetanse	Mer ressurser til utdanning av geriater og geriatrike SPL Tverrfaglige ressurser med kompetanse på eldre og skrøpelige
Manglende ansvarsavklaring	Manglende system	Kontaktlege koordinator
Manglende bruk av verktøy		Standardisering System
Ad-hoc vs forebygging	Manglende kontakt med helsevesenet. Identifisere pasienter at risk	Screening for funksjonssvikt, skrøpelig og frailty med enkle verktøy (gripestyrke og ganghastighet) Implementere verktøy for rask identifisering av funksjonssvikt Henge det på søknader om trygghetsalarm Helsestasjon for eldre FL og forebyggende team Frivillige institusjoner
Fall vurdering	Manglende fokus	Rutiner System
Manglende funksjonsvurdering	Ingen kultur og ikke nok kompetanse Manglende system	Bred geriatrik vurdering – Verktøy på flere arenaer Kommunal geriatrik poliklinikk Hjemme hos pasienten I KHT institusjoner FL? Standardisere verktøy

Manglende utredning av funksjonssvikt	Kun fokus på innleggelsesårsak Ser ikke «hele» pasienten	Flere geriatrike senger Mer kunnskap og fokus på geriatri på SiV
Psykisk sykdom	Manglende kompetanse og systematisk kartlegging	Tverrfaglig vurdering med tilknytning til psykisk helsetjeneste
Habituell status	Manglende system	Rutiner med funksjonsvurdering ved tildeling av tjenester Ved utskrivelse fra SiV Ved endring av omsorgnivå i KHT

Palliative utfordringer

Utfordring	Hindring	Løsning/idè
Palliativt team – kun kreftpasienter	For få ressurser	Telemedisin? Eget team for eldre? FL nøkkelrolle
Tilgjengelighet	Manglende vakt	Overføre kompetansen til de som står i det 24/7. Legevakts bil? Koordinator? Opprette vakt?
Manglende plan	Pas og pårørende ofte ikke informert	Øke involvering av pas/pår i beslutninger som skal taes
Manglende individuell plan	Kunnskap, tid og kompetanse	Palliativ perm Jmf KOLS mappa
Manglende fokus	Manglende kompetanse	Økt geriatrik og palliativ kompetanse for skrøpelige eldre
Hvem er den palliative pasienten?	Klassisk tankegang – kun kreft	Inkludere også skrøpelige eldre og pasienter med kroniske sykdommer i alvorlig fase i denne definisjonen
Begrenset kunnskap og erfaring	Ressurser	Kompetanse
Manglende dialog		Felles informasjonsplattform

Forvaltning – avtaler og vedtekter, lover og system

Utfordring	Hindring	Løsning/ide
Feil pas ØHD	Etterlever ikke intensjonen i avtalen	
IKT	Snakker ikke sammen	Helseplattformen Forankre tiltak i ledelsen Behov for standardisering, etterlevelse og IMPLEMENTERING

Personell

Utfordring	Hindring	Løsning/ide
Kompetanse	Tilgjengelighet Økonomi Nyttegjøring SiV/KHT Formidling	Geriatri i kommunene, styrking av tverrfaglig team og geriatriisk kompetanse Avansert geriatriisk sykepleie Leger med geriatriisk kompetanse Ambulerende leger Kompetanseoverføring satt i system
Ulike tilbud	Noen FL utfører hjemmebesøk, andre ikke	Tverrfaglige team Fastlegen må ha krav til å «kjenne» pasienten. Kan ikke ta mange avgjørelser uten å ha sett pasienten
Mangler plan for videre tiltak		Leger i kommunen
Mangler ergoterapeuter i KHT	Økonomiske incentiver for å ansette fysioterapeuter	Lovverk System
Stoler ikke på informasjonen Bruker mye tid som detektiv	For mange feil – spes i legemiddelbehandlingen, men også mangler i skriftlig informasjon ellers	Ett system for legemidler og resepter Bedre journalsystem og innhenting av opplysninger fra register

FL følger ofte de ikke har nok kunnskap	Arena for Kompetanseoverføring mangler	Tverrfaglig team som støtte Kompetanseheving
---	--	---

Supplerende kommentarer:

Spørre pasienten: «Hva er det du vil?»

Vi får til det vi vil!

Ikke fjerne oss mer fra hverandre. Mer muntlig dialog

Ting skjer så fort i kommunen nå! Pasientene er mye sykere enn tidligere. Må vite hvor vi finner informasjon om habituell tilstand til pasienten.

Vedtak på være relatert til funksjon og ikke tjenestebehov. Ikke diagnosestyrt, men funksjonsstyrt.

KHT må styre FL sine bedre.

Hvem ser totalbildet av legemiddelbehandlingen til pasienten?

Planlegging for alderdommen tidligere. Egne boenheter. Signaturhagen ved golfbanen på Færder som eksempel.

«Silo» og diagnose orientert organisering ivaretar ikke pasienter med flere sykdommer og behov samtidig.

Delirium ikke erkjent og behandling startet. Tiltak ikke iverksatt. Ingen skriftlig informasjon ved overgang fra SiV til KHT.

Hjemmesykehus eller hjemmesykehjem? Omsorg i hjemmet kan utvides i det uendelige?

Drøm: I alle overganger så skal det være et møte mellom sykehus og KHT hvor man faktisk snakker sammen og før man gjør endringer stiller spørsmålene: Hva, Hvordan, Hvorfor.

Drøm: kommunale geriater, AKS/spl kommunale og geriater på SiV samarbeider.

Forkortelser:

Spesialisthelsetjenesten: SHT

Kommunehelsetjenesten: KHT

Sykehuset i Vestfold: SiV

Legevakt: LV

Øyeblikkelig hjelp døgnplasser: ØHD

Fastleger: FL

Helsepersonell: HP

Individbasert PLeie og Omsorgs Statistikk: IPLOS

Hjemmesykepleien: HSP

Individuell plan: IP

Sykepleier: SPL

Informasjons- og kommunikasjons teknologi: IKT

Legemiddelbehandling: LM

Behandlingshjelpemidler: BHM

Avansert klinisk sykepleier: AKS

Legemiddelgjennomgang: LMG

5: Litteratursøk multimorbidity og frailty

atabase: Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to October 29, 2019>

Search Strategy:

-
- 1 "Aged, 80 and over"/ (873307)
 - 2 (elder* or aged or (old adj age) or (old* adj (adult* or people))).ti,ab. (823939)
 - 3 1 or 2 (1540641)
 - 4 Frail elderly/ (10706)
 - 5 Multimorbidity/ (602)
 - 6 (multimorbid* or comorbid* or frail*).tw,kf. (163684)
 - 7 5 or 6 (163787)
 - 8 (3 and 7) or 4 (60403)
 - 9 health services for the aged/ (17347)
 - 10 *Case Management/ (6280)
 - 11 *"Delivery of Health Care, Integrated"/ (8924)
 - 12 *Patient-Centered Care/ (11598)
 - 13 *Palliative Care/ (29937)
 - 14 ((patient-centered or integrat*) adj3 care).tw,kf. (20135)
 - 15 or/9-14 (87269)
 - 16 8 and 15 (2616)
 - 17 (palliative adj care adj10 (frail* or multimorbid* or elder*)).tw,kf. (326)
 - 18 (case adj management adj10 (frail* or multimorbid* or elder*)).tw,kf. (184)
 - 19 17 or 18 (509)
 - 20 16 or 19 (2996)
 - 21 (((systematic* or state-of-the-art or scoping or literature or umbrella) adj (review* or overview* or assessment*)) or "review* of reviews" or meta-analy* or metaanaly* or ((systematic* or evidence) adj1 assess*) or "research evidence" or metasynthe* or meta-synthe*).tw. or exp Review Literature as Topic/ or exp Review/ or Meta-Analysis as Topic/ or Meta-Analysis/ or "systematic review"/ (2760994)
 - 22 20 and 21 (535)
 - 23 limit 22 to yr="2015 -Current" (174)

6: Litteratursøk Readmissions

Risk factors for readmission of elderly – 04.12.2019

Database(s): **Ovid MEDLINE(R) ALL** 1946 to December 03, 2019

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	"aged, 80 and over"/ or frail elderly/	881057
2	elderly.tw,kf.	239784
3	((old* or frail*) adj1 patient?).tw,kf.	81361
4	or/1-3	1095373
5	Patient Readmission/	15979
6	(readmi* or re-admi* or rehosp* or re-hosp*).tw,kf.	39269
7	5 or 6	43211
8	risk*.hw,tw,kf.	2524646
9	4 and 7 and 8	4596
10	limit 9 to (danish or english or norwegian or swedish)	4453
11	limit 10 to yr="2018 -Current"	1015
12	limit 10 to "reviews (best balance of sensitivity and specificity)"	231
13	limit 12 to yr="2015 -Current"	131
14	11 or 13	1095

Database(s): **Embase** 1974 to 2019 December 03

Search Strategy:

#	Searches	Results
1	aged hospital patient/ or frail elderly/ or very elderly/	192121
2	elderly.tw,kw.	342350
3	((old* or frail*) adj1 patient?).tw,kw.	123115
4	or/1-3	605577

5	hospital readmission/	58720
6	(readmi* or re-admi* or rehosp* or re-hosp*).tw,kw.	72623
7	5 or 6	85313
8	risk*.hw,tw,kw.	3776616
9	4 and 7 and 8	4049
10	limit 9 to (danish or english or norwegian or swedish)	3972
11	limit 10 to yr="2018 -Current"	1258
12	limit 10 to "reviews (best balance of sensitivity and specificity)"	280
13	limit 12 to yr="2015 -Current"	158
14	11 or 13	1352
15	limit 14 to conference abstract status	385
16	14 not 15	967

Cochrane Library:

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Aged, 80 and over] this term only	149
#2	MeSH descriptor: [Frail Elderly] this term only	681
#3	((old* or frail*) near/1 patient?):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	7931
#4	#1 or #2 or #3	8685
#5	((readmi* or re-admi* or rehosp* or re-hosp*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	8356
#6	(risk*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	228720
#7	#4 and #5 and #6	100