

Eldreløftet i Tromsø: Et løft i fellesskap



Foto:
Rune Stoltz Bertinussen

Gunhild Ag, seksjonsleder / seksjonsoverlege Geriatrik seksjon, UNN HF

Monika Dalbakk, seksjonsleder / driftsleder Pasientsentrert team PSHT Tromsø, UNN HF og Tromsø kommune

ELDRELØFTET

- Med fokus på skrøpelige eldre søkte Tromsø kommune og UNN i vår på samhandlingsmidler
 - Tø : Seksjon for hjemmetjeneste, sykehjem, Helsehuset, PSHT
 - UNN: Geriatrisk seksjon
 - UNN: Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT)
 - UNN: E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret (ESI)

Bakgrunn for søknaden

- **Flere eldre & færre helsepersonell**

=> Behov for et forberedt samfunn

- **Hvordan skape trygghet i samfunnet?**

=> God start fra nasjonalt hold

- **Men det mangler noe... noen viktige aspekter!**

- **Flere eldre**
- Multisykdom, skrøpelighet og kognitiv svikt
- Pasienter og pårørende, fag og systemer har høye forventninger til mer overlevelse og mer av det gode liv

- **Færre helsepersonell – et kjernesporsmål:**
- Hvordan tar vi vare på de som skal ta vare på oss?

Nord-Norge først ut med eldrebølgen - er Tromsø første by som blir tatt?

- Tromsø største by i nord = mange mennesker
- Konglomerat av et byråkrati og utfordrende samhandling, som gir store utfordringer i samlet pasientivaretagelse
- Forventninger i samfunnet er dårlig tilpasset virkeligheten
- Tromsø kommune har en høy andel utskrivningsklare (USK) pasienter på sykehus
- Kommunen er økonomisk vanskeligstilt

=> Er Tromsø en pekepinn på framtiden for utviklingen i Norge?

Alle skal bo hjemme...

- Hvorfor protesterer ingen?
 - Det mangler motvekt i debattene...
- Hvorfor snakker vi ikke om dette?
 - For tidlig...?
- Ensomhet gir utrygghet og innleggelse
- Demens, atferdsutfordringer!
- Store behov – behandlingsnivå?
- Pasientens og pårørendes forventninger ...

Så – hvordan løser vi dette?

- **Det mangler KUNNSKAP i samfunnet**
=> Kompetanseøkning fordi kunnskap gir trygghet
- **Det mangler FORVENTNINGSAVKLARINGER i samfunnet**
=> forutsigbarhet og realisme gir trygghet
- **Dette er både et lokalt og et nasjonalt ansvar!**

CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN

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

CFS 7-9

sykehusmortalitet 11-31%
reinnleggelses rate 10-14%
1 års mortalitet 50%

SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

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

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

Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.

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

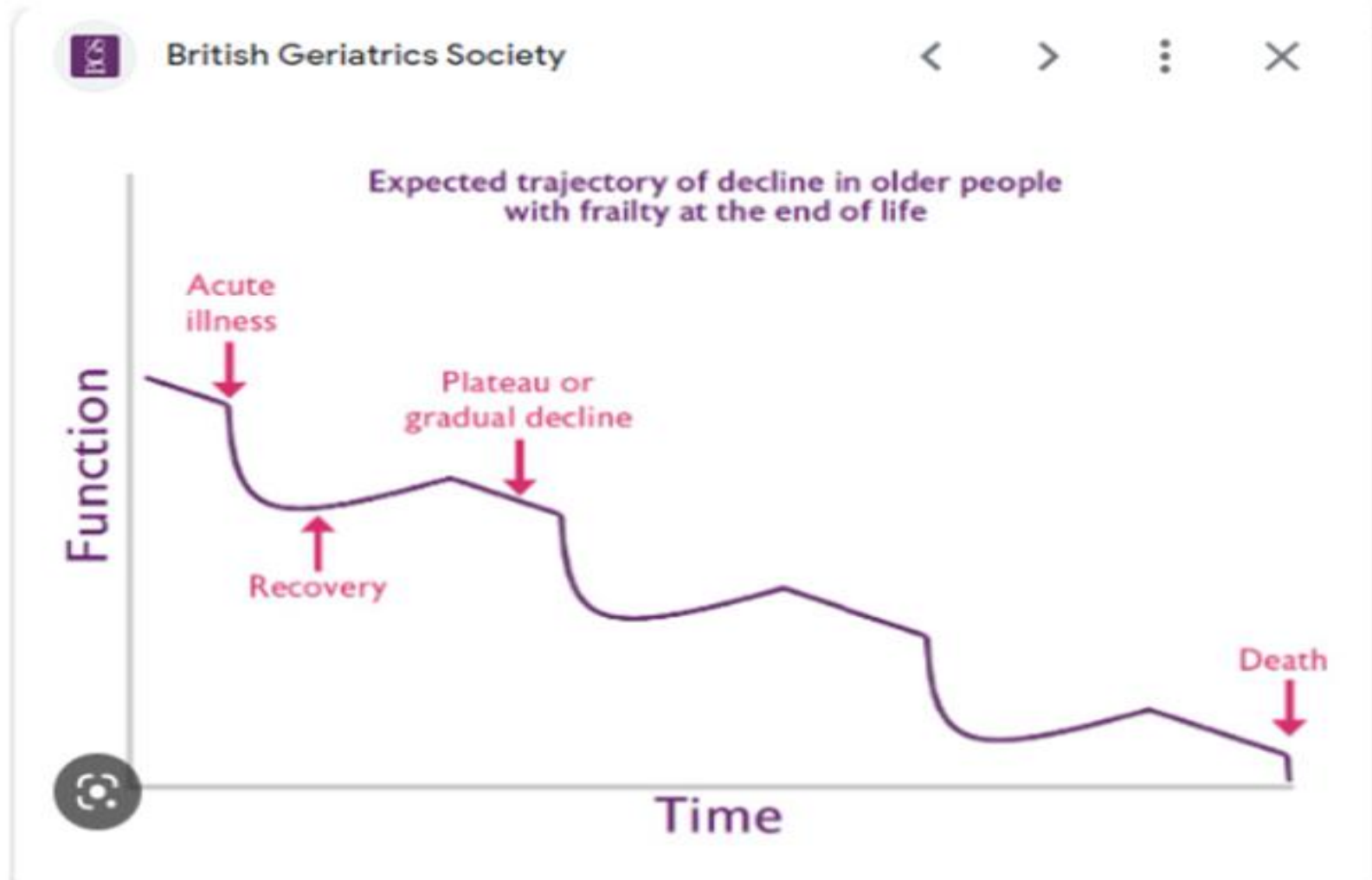
Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca

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

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



Kompetanse og Forventning







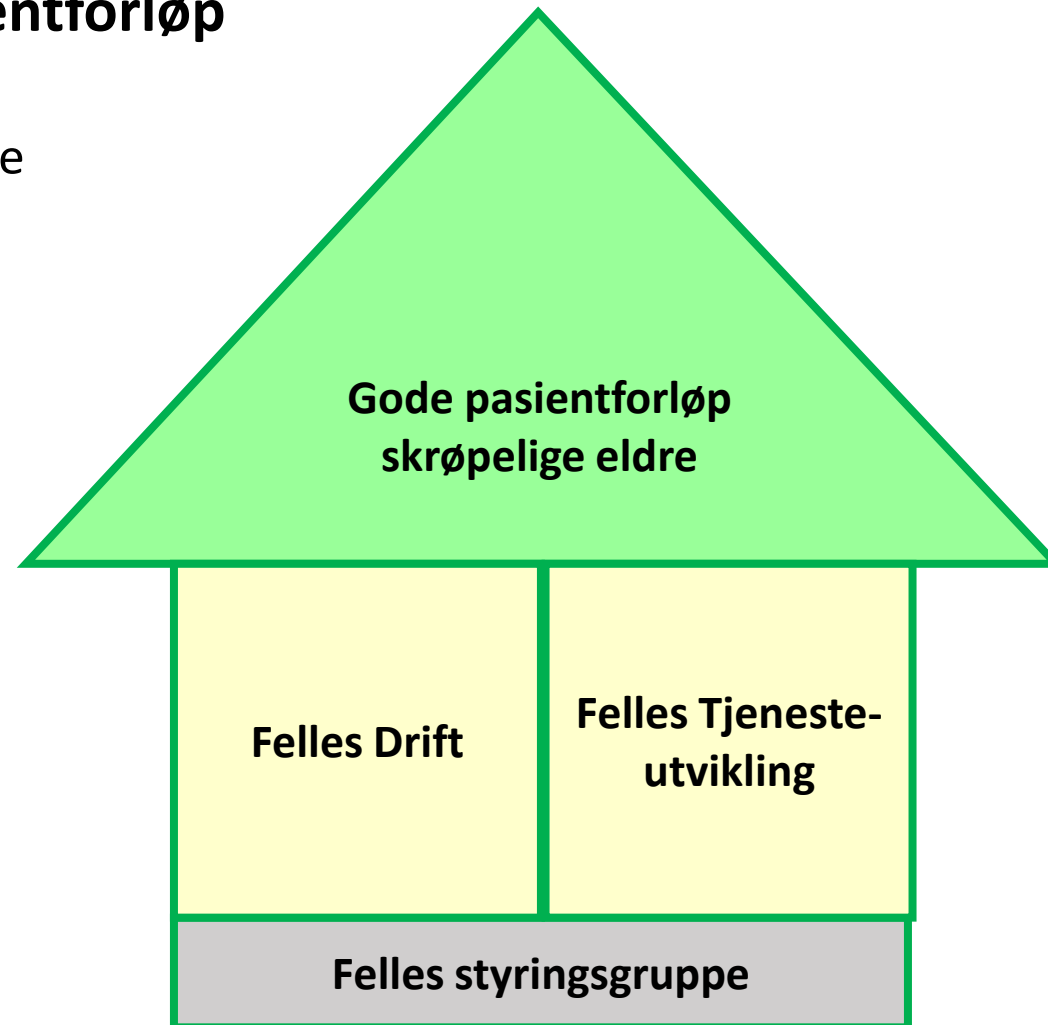
UNN og Tromsø kommune

- At man *ønsker* å jobbe sammen er ofte avhengig av ildsjeler
- **Vi ønsker en institusjonalisering av samarbeidet, som et felles hus med en etablert felles tjeneste:**
- Utover teambasert virksomhet som PSHT tenker man
 - 1 utøvende del: Felles fysiske senger, felles personell, og virtuell avdeling tilknyttet dette = følge pasienten helt hjem
 - 1 utviklende del: Utvikle tjenester sammen, sykehus og kommune
- **Kunnskap om eldremedisin (geriatri) må i front!**

Eldreløftet: Helsetjenester fra samme hus

Felles drift av pasientforløp

- Geriatri UNN
- PSHT UNN/kommune
- Helsehuset
- Hukommelsesteam
- Hverdagsmestring
- Rehabilitering
- Hjemmetjenesten
- Fastleger



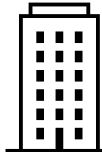
Felles tjenesteutvikling

- Digital hjemmeoppfølging DHO
- Oppfølgingsplan
- Forløpstavler
- Virtuell avdeling:
korttidsplasser i eget hjem
- Nye måter og yte tjenester på

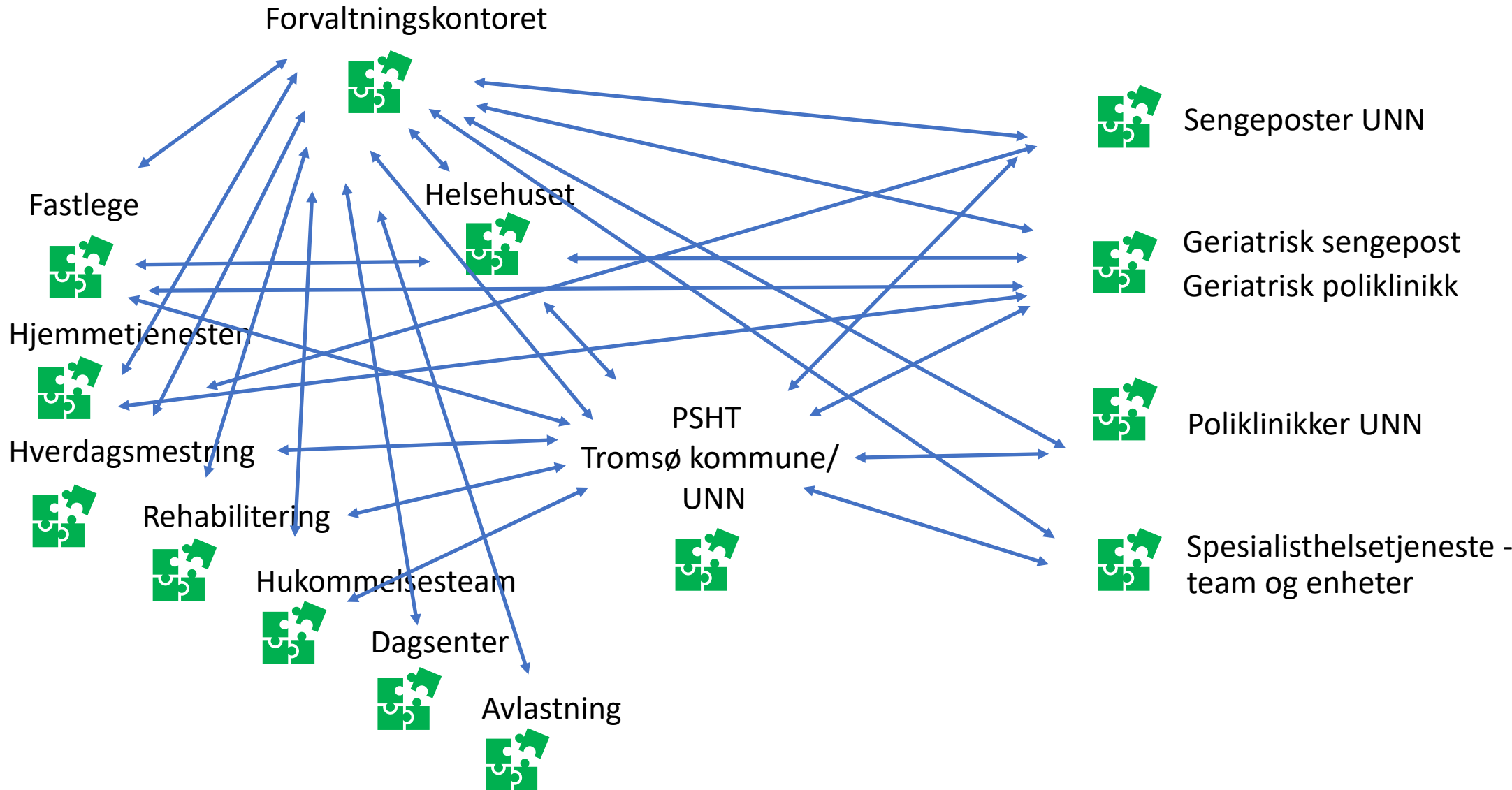
Tromsø kommune



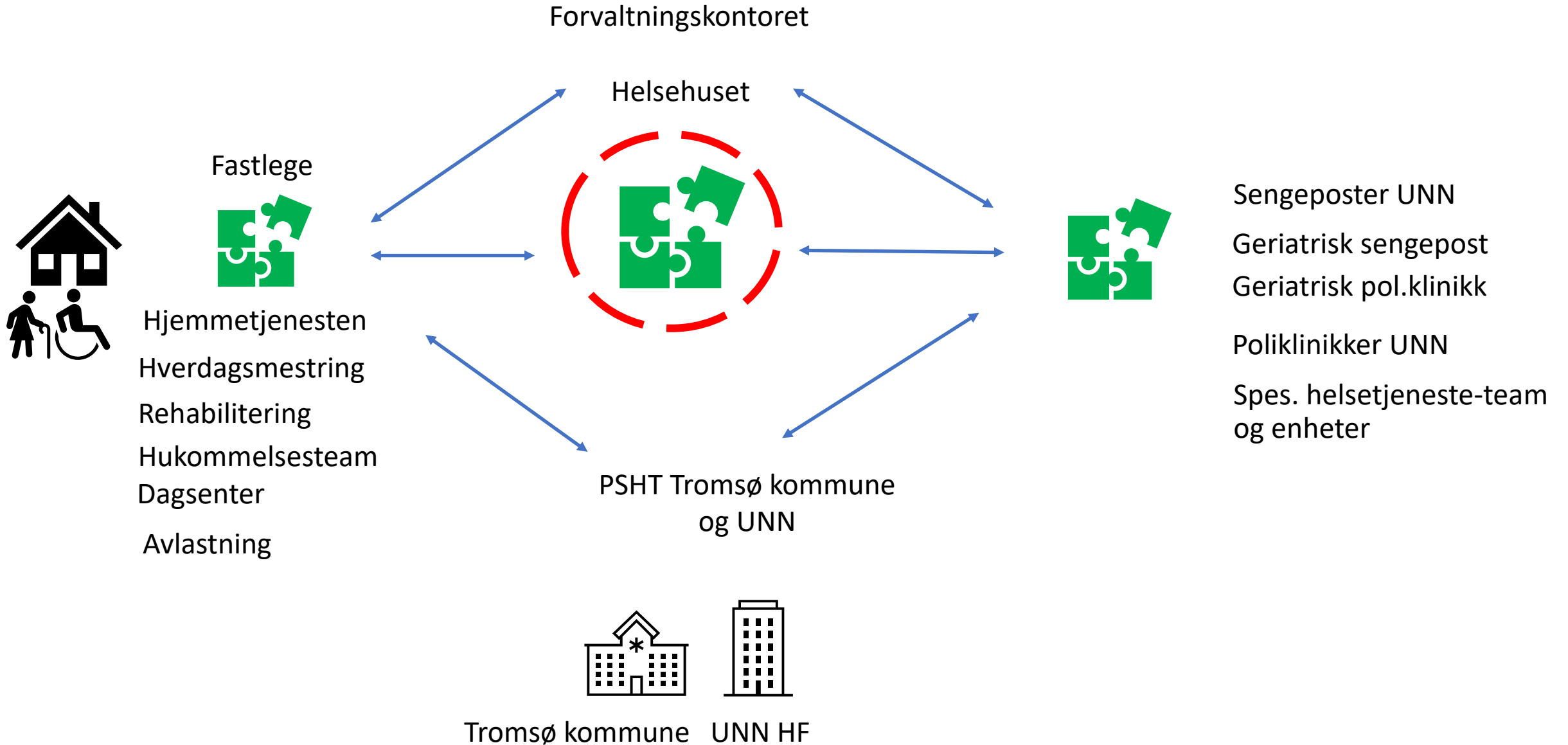
Dagens helsetjenester for eldre: Mange team og enheter, mange kartlegginger og henvisninger mellom enheter



UNN HF



Eldreloftet: Helsetjenester i Eldres pasientforløp: Færre men helhetlige kartlegginger og planer, og felles tidlig avklaring av hvilke tjenester og kompetanse som trengs



Felles tjenester fra felles hus – hva betyr det?

Felles overordnet styringsgruppe

Felles ledergruppe

Hva bør være felles? For eksempel:

- Kartleggingsverktøy
- Avklaringsmøter
- Felles senger: Helsehuset/Geriatrisk
- Virtuell avdeling – korttidsplass i eget hjem



Eldreløftet: Hva vil vi oppnå?

- ✓ Opptre som en samlet helsetjeneste uansett hvor pasienten befinner seg
- ✓ Trygge og effektive overganger mellom hjem, sykehus, helsehus, etc.
- ✓ Støtte opp om tjenester i hjemmet – spisskompetanse helt hjem

