

# Fagråd legesamarbeid

Samhandling mellom primærhelsetjenesten og sykehuset før sykehjemspasienter og skrøpelige eldre sendes til Akutten for Ø-hjelps vurdering



Lars Erik Laugsand, MD/ PhD

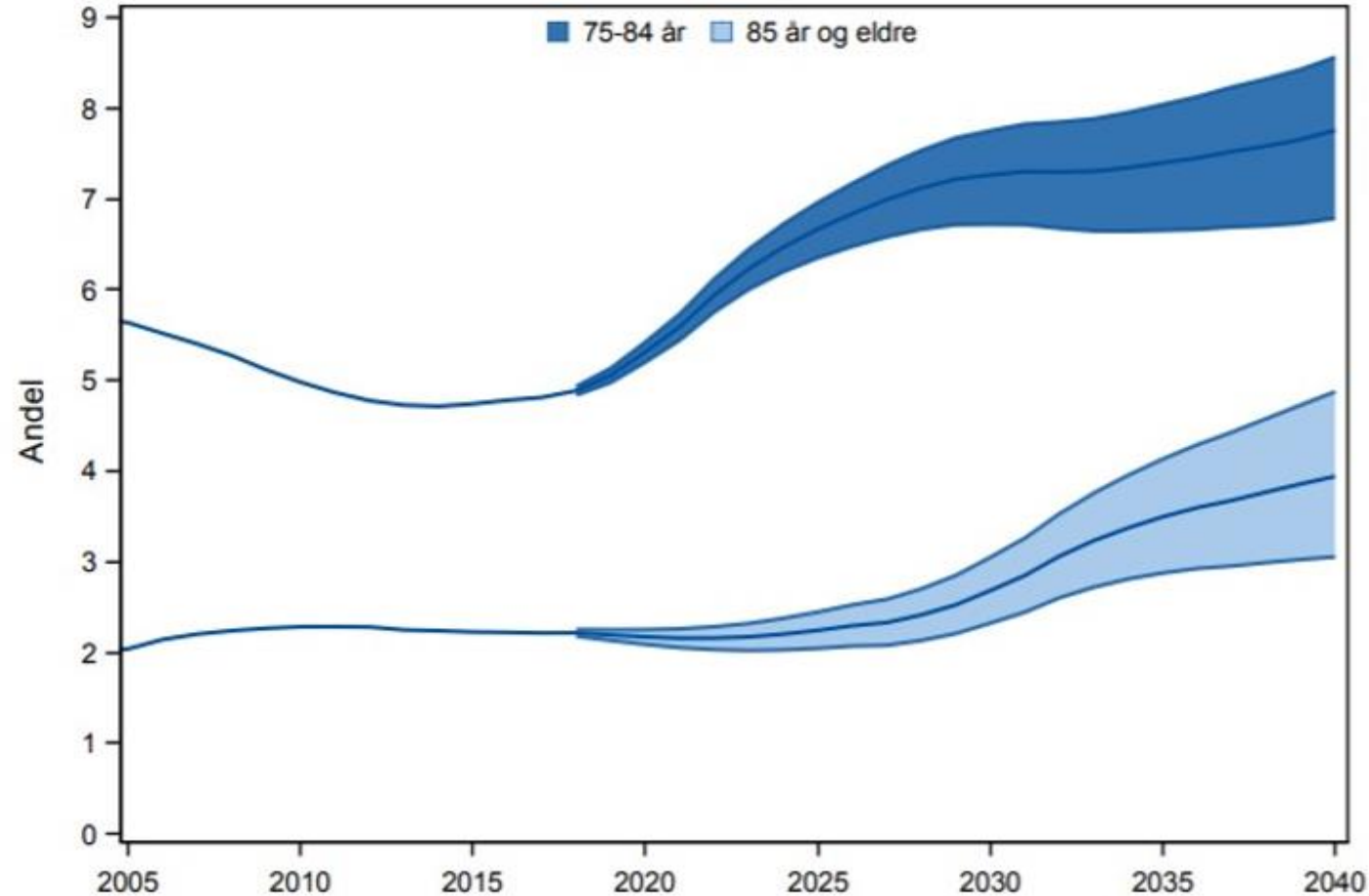
Assisterende klinikkjef/ overlege/ førsteamanuensis

Akutten – Klinikk for akutt og mottaksmedisin

St. Olavs hospital

06.03

# Universell utfordring- eldrebølgen



**Fra i dag og frem mot 2060**

➤ **> 67 år: x 2** (0,6- > 1,2 mill)

➤ **> 80 år: x 3**

# 100 år i eget hjem

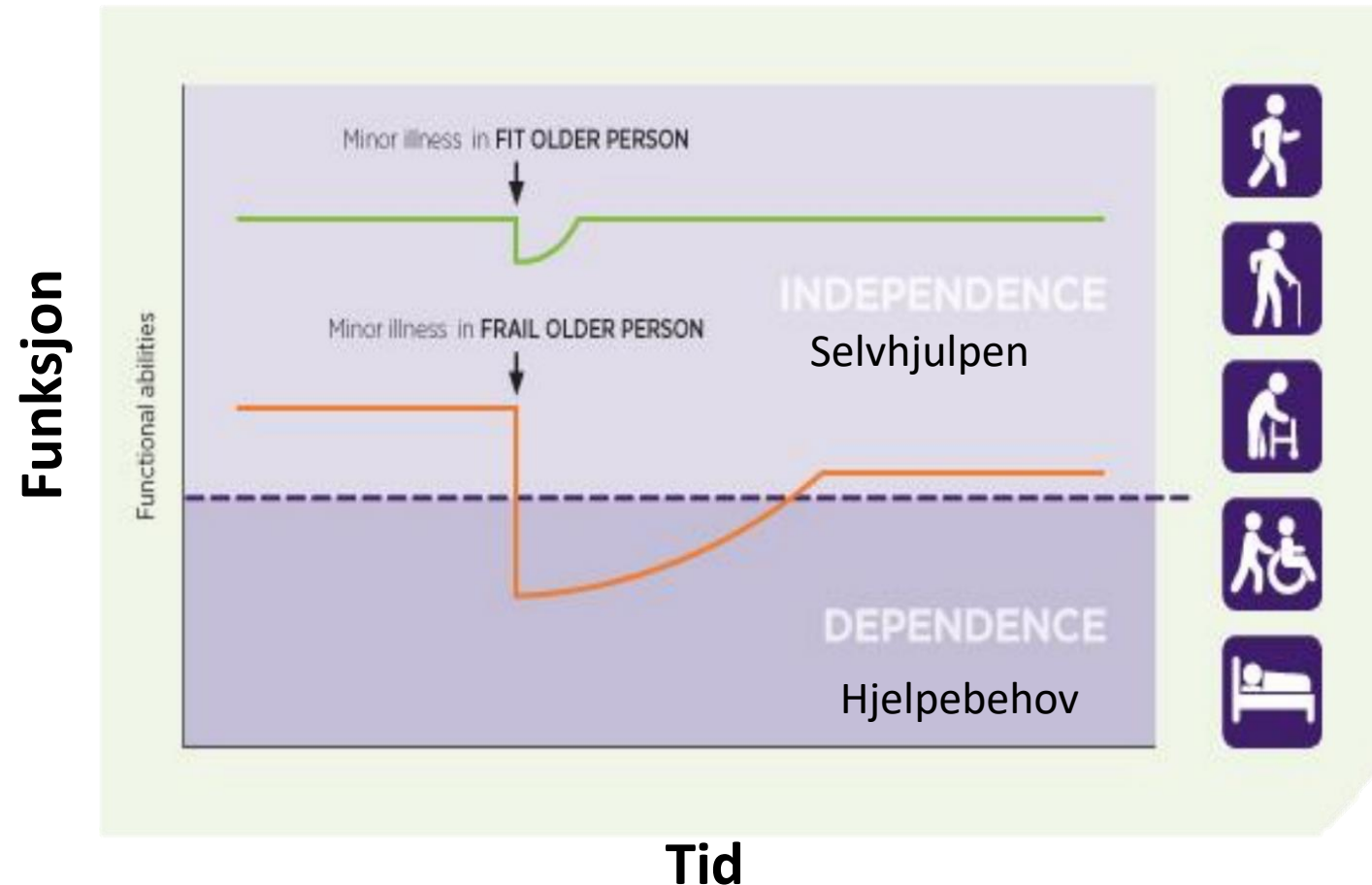
Melhus kommune vil at innbyggerne skal kunne bo hjemme hele livet og starter nå omorganisering av helse- og omsorgstjenesten.



# Funksjonsvurdering og skrøpelighet

Lett sykdom hos funksjonsfrisk gammel ->

Lett sykdom hos skrøpelig gammel ->



**Pasienttilstrømning:** Større etterspørsel og krav til Ø-hjelp har medført at det i 2022 var 32 000 pasienter innom Akutten, noe som tilsvarer en formidabel vekst på 67 % siden 2012

67 %

i pasientvekst siden  
2012

32.103

pasienter totalt  
hos Akutten i  
2022



## FREMTIDENS UTFORDRING: Hva er de viktigste utviklingstrekkene?

Viktige momenter:

- 1 Økende etterspørsel
- 2 Eldrebølgen
- 3 Skrøpelige hjemmeboende eldre
- 4 Færre personell per pasient
- 5 Rekrutteringsvansker til distrikt
- 6 Sentralisering av tjenester



## FREMTIDENS UTFORDRING: Hva er løsningene?

### Viktige momenter:

---

- 1 Prioriteringer basert på skrøpelighet
- 2 Bedre samhandling mellom nivåene
- 3 Unngå overbehandling



# Skrøpelighetsskåring – Clinical Frailty Scale

## CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								
<b>VELDIG SPREK</b>	<b>SPREK</b>	<b>KLARER SEG BRA</b>	<b>LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED MILD SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	<b>LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	<b>TERMINALT SYK</b>
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 spreke 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 illa dagen.	Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skjøpeligheit 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 skjøpeligheit. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).



CFS	Sykehus?	Vurdering
8-9	Som hovedregel NEI	Pasienten er i endestadium av alvorlig skrøpeligheit/sykdom og har dårlig prognose ved <u>nyoppstått</u> alvorlig sykdom. Avklar med pasient, evt. pårørende, og lag palliativ plan.
6-7	<p>KANSKJE:</p> <p>*Forhåndsvurdering og samtale om pasientens preferanser gjøres i stabil fase, men ofte må man i tillegg gjøre individuell vurdering ved <u>nyoppstått</u> sykdom</p> <p>*Diskuter gjerne hensiktsmessig behandlingsnivå med veileder, evt. geriatrisk bakvakt.</p> <p>*Konsulter akuttmedisinsk samhandlingslege i en akuttsituasjon dersom innleggelse vurderes</p>	<p>Som støtte til vurdering, ta stilling til følgende:</p> <p>→ <b>Risikovurdering:</b> hvilken belastning forventer vi (<u>erfaringsbasert</u>) at pasienten vil oppleve av utredende/behandlende tiltak utenfor sykehjem, f.eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ røntgenundersøkelser</li> <li>◆ syketransport</li> <li>◆ fremmed miljø og helsepersonell (akuttmottak, sykehusavdeling)</li> </ul> <p>→ <b>Nyttevurdering:</b> ut i fra pasientens sykdomsbilde og skrøpeligheitstilstand, hvilken medisinsk behandling på sykehus kan være indisert (<u>kunnskapsbasert</u>) ved vanlige akutte tilstander, f.eks:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ akutt hjertesykdom</li> <li>◆ <u>dekompensert</u> hjertesvikt</li> <li>◆ alvorlig infeksjon</li> <li>◆ hjerneslag</li> <li>◆ hodetraume (fall)</li> <li>◆ akutt funksjonssvikt</li> </ul>
1-5	JA	Vil som hovedregel ha nytte av sykehusbehandling

**Oppsummering:** Fremtidens utfordringsbilde med eldrebølgen vil medføre betydelig økt press i den akuttmedisinske kjeden

Løsningen bør innebære økt fokus på skrøpelighet på tvers av forvaltningsnivå- og innovative løsninger

Utfordringen	Eldrebølgen	Prioritere basert på skrøpelighet	Løsningene
	Økt hjemmeboende skrøpelige eldre	Bedre samhandling på tvers	
	Færre personell per pasient	Kompetanseoverføring	
	Økte forventninger til tjenester	Oppgaveglidning	
	Sentralisering av tjenester	Innovative løsninger	

AKUTTEN PÅ ST. OLAVS HOSPITAL

# EN FREMTIDSRETTET AVDELING



Q&A

TAKK FOR OPPMERKSOMHETEN!

