

Vitality – Integreerte helsetjenester

Presentasjon partnerskapsmøtet 2024

Prosjektleder Marte Wang-Hansen

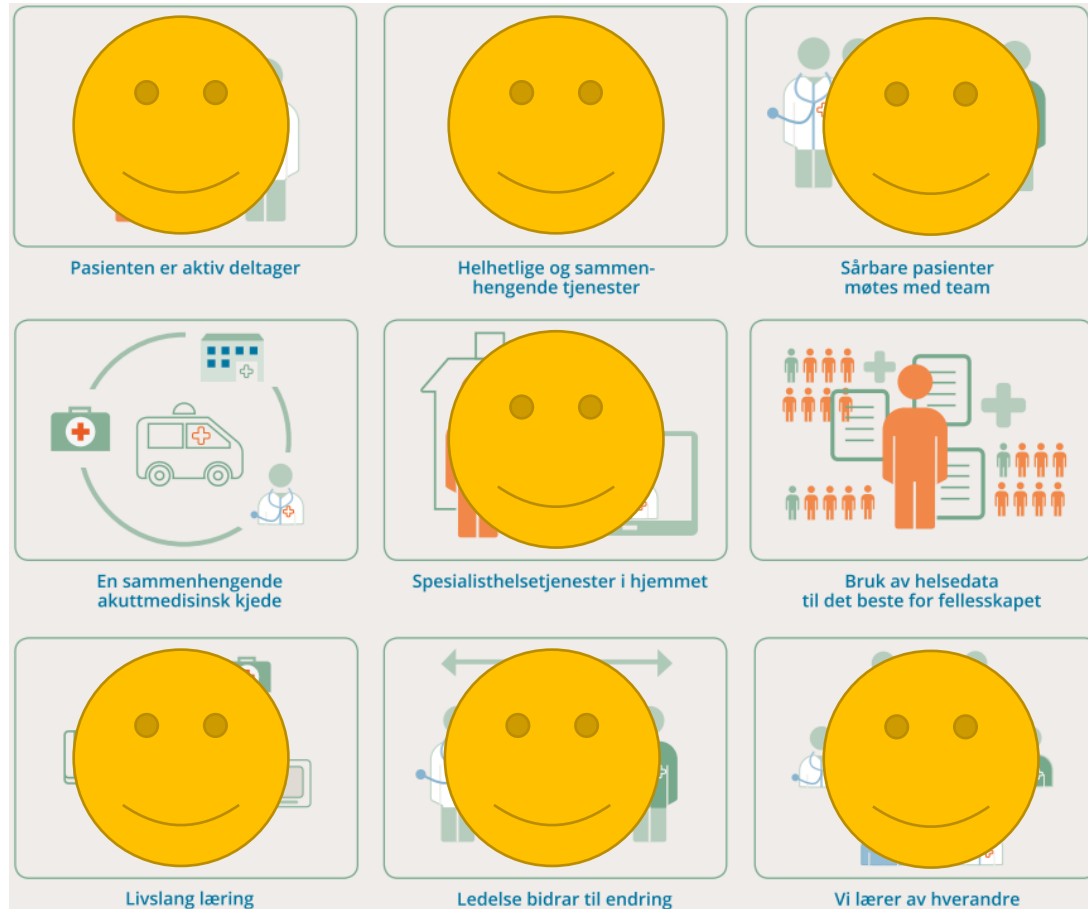


Film laget av Larvik Kommune

- Asbjørn Guren 92 år.



Forankring og utvikling



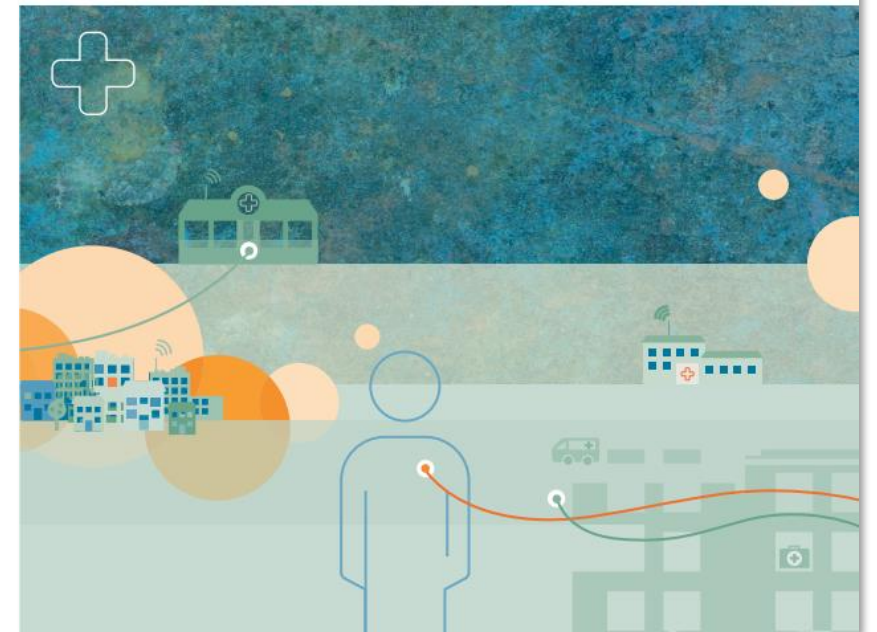
DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 7

(2019–2020)

Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023



Meld. St. 9

(2023–2024)

Melding til Stortinget

Nasjonale helse- og samhandlingsplan 2024–2027

Vår felles helsetjeneste



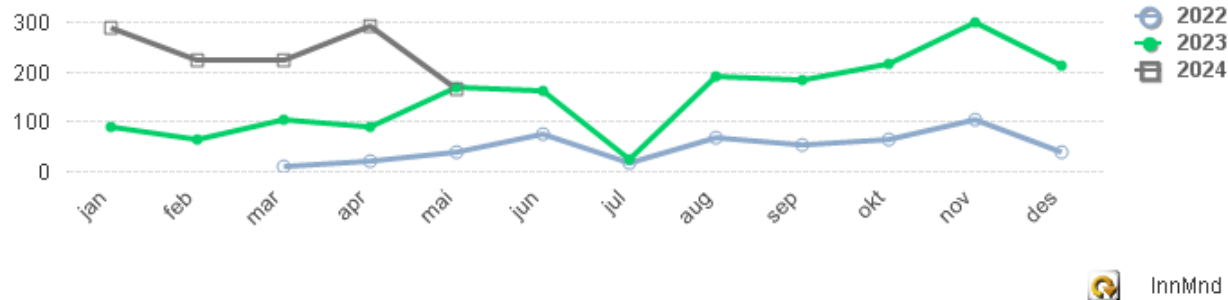
Boks 4.17 Eksempler på gode tjenester rettet mot eldre med skrøpelighet

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

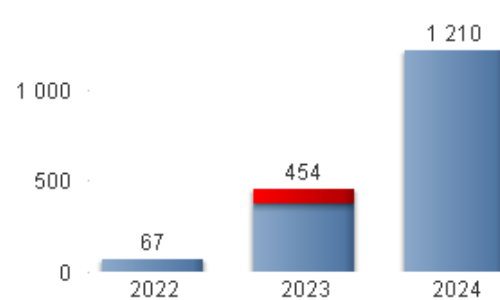
Eldremedisinsk oppfølging

Oppdatert pr 20.05.2024

Antall konsultasjoner pr måned, inkl Indir. kontakt



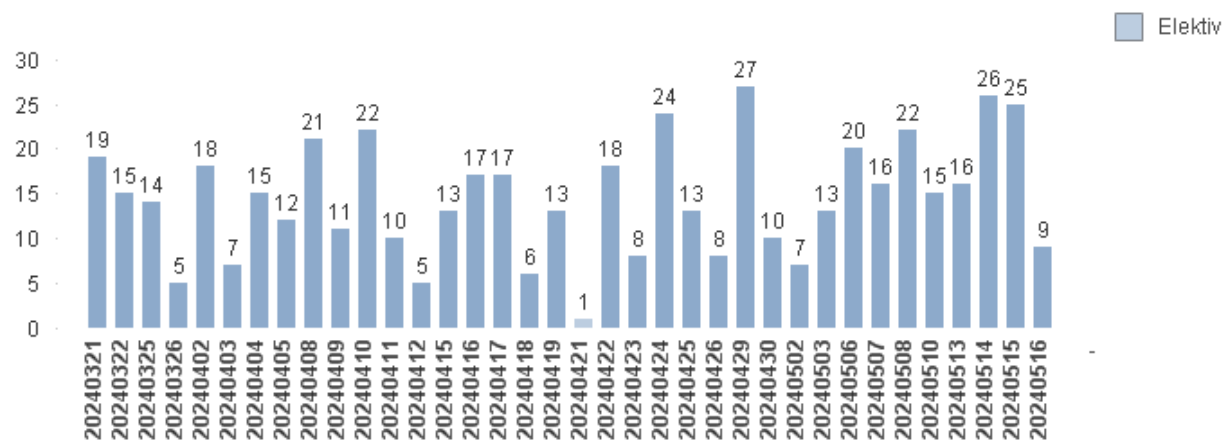
Hittil pr dato: 20.05



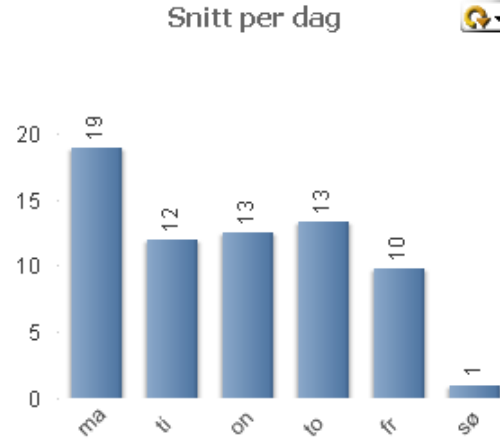
Start / Slutt



Variasjon i daglig antall konsultasjoner siste 60 dager



Konsultasjoner i 2024 fordelt på ukedag



Andel "Ikke Møtt" i 2024

Ukedag	Elektive	Ikke møtt	% Ikke møtt
ma	31	0	0,0%
ti	68	0	0,0%
on	62	0	0,0%
to	78	0	0,0%
fr	39	0	0,0%
Totalt	278	0	0,0%

Utvikling "Ikke møtt 2021-2024"

No data to display

Antall pr Konsultasjonstype i 2023



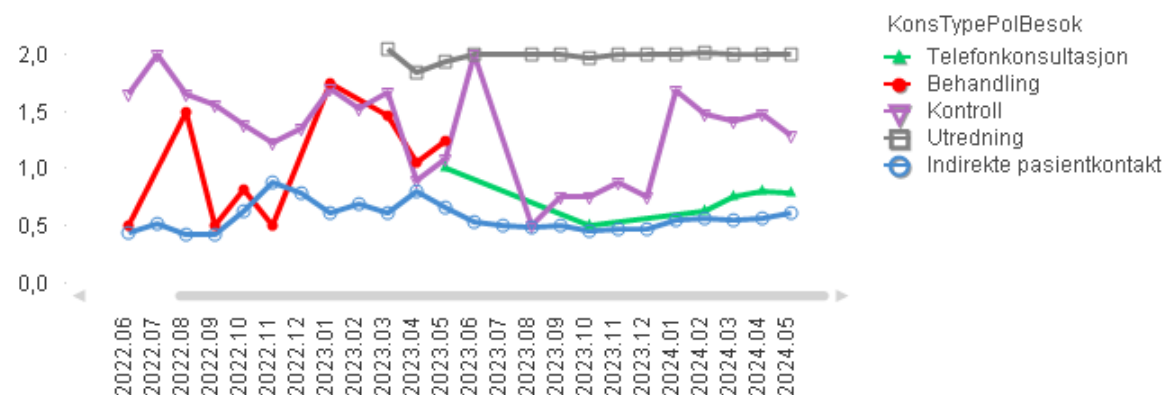
Konsultasjonstype	Antall
Utredning	155
Indirekte pasientkontakt	932
Annet	123

Indirekte pas. kontakt fordelt på NPRaktivitet - 2023

NPRaktivitet	Antall
Tlf.samtale m/pas	341
Møte m/1.linjetjen (om pas)	551
Teknisk episode	4
Tlf. u/pas deltakelse	23
Brev	13

932

Varighet (snitt antall Timer) pr Konsultasjonstype



Integrerte helsetjenester

SiV



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

Larvik



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

Andre aktører



- Farmasøyt 15 %
- Fastleger
- Hjemmetjenesten

Forsterket utskrivning



Helsestasjon for eldre





Integrerte helsetjenester

SiV



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

Sandefjord



- EHK
 - Fysioterapeut
 - Ergoterapeut
- } Best hjemme

Andre aktører



- Farmasøyt 15 %
- Fastleger
- Hjemmetjenesten

Forsterket utskrivning



Tidlig Inn





Integrerte helsetjenester

SiV



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

Horten



- Eldrehelsekoordinator 40 %
- Fysioterapeut } Etter behov
- Ergoterapeut }

Andre aktører



- Farmasøyt 15 %
- Fastleger
- Hjemmetjenesten

Forsterket utskrivning



?



Integrerte helsetjenester

SiV



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

Færder



- Eldrehelsekoordinator 80 %
- Fysioterapeut 60 %
- Ergoterapeut 60 %

Andre aktører



- Farmasøyt 15 %
- Fastleger
- Hjemmetjenesten

Forsterket utskrivning



Tidlig inn



Integrerte helsetjenester

SiV



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

Holmestrand



- Eldrehelsekoordinator 80 %
- Fysioterapeut 60 %
- Ergoterapeut 60 %

Andre aktører



- Farmasøyt 15 %
- Fastleger
- Hjemmetjenesten

Forsterket utskrivning



Helsestasjon for eldre?



Integrerte helsetjenester

SiV



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

Tønsberg



- Eldrehelsekoordinator ?
- Fysioterapeut ?
- Ergoterapeut ?

Andre aktører



- Farmasøyt 15 %
- Fastleger
- Hjemmetjenesten

Forsterket utskrivning

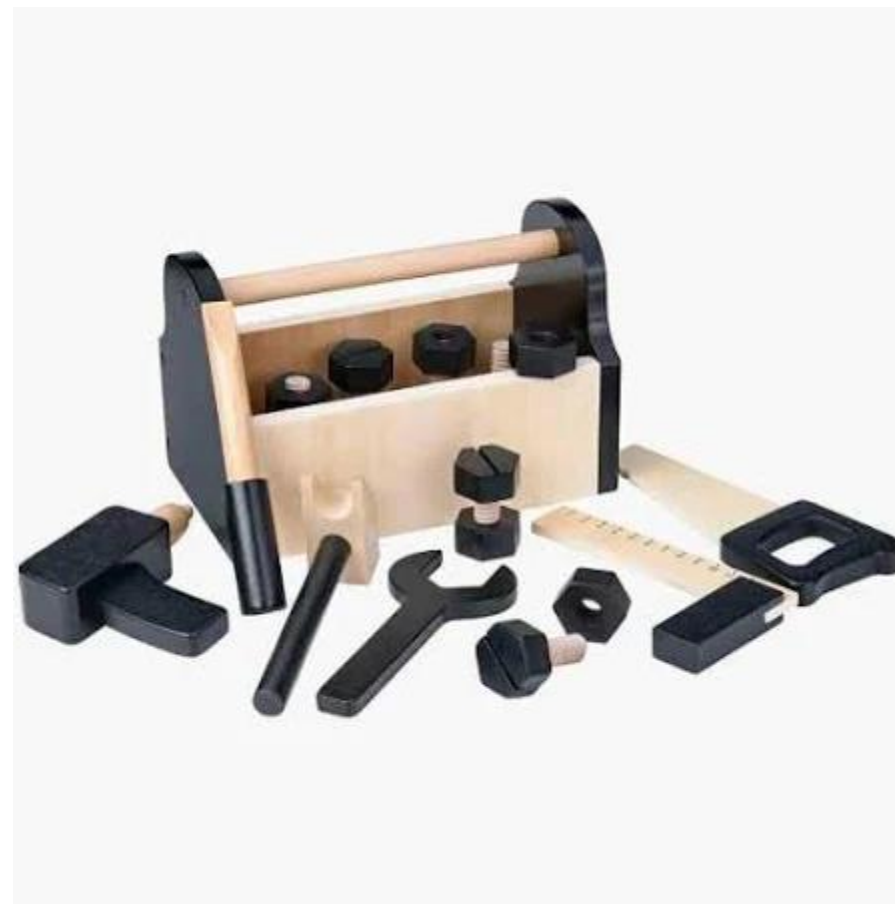


?



Resultatmål – Hovedmål 1

- Systematisk kartlegging og oppfølging av skrøpelighet både i primær- og spesialisthelsetjenesten
- Definere verktøy for screening av ulike populasjoner både i primær- og spesialisthelsetjenesten



CLINICAL FRAILITY SCALE - NORWEGIAN

								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
VELDIG SPREK	SPREK	KLARER SEG BRA	LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET	LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET	LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET	TERMINALT SYK
Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de 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).

SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

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

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

Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.

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

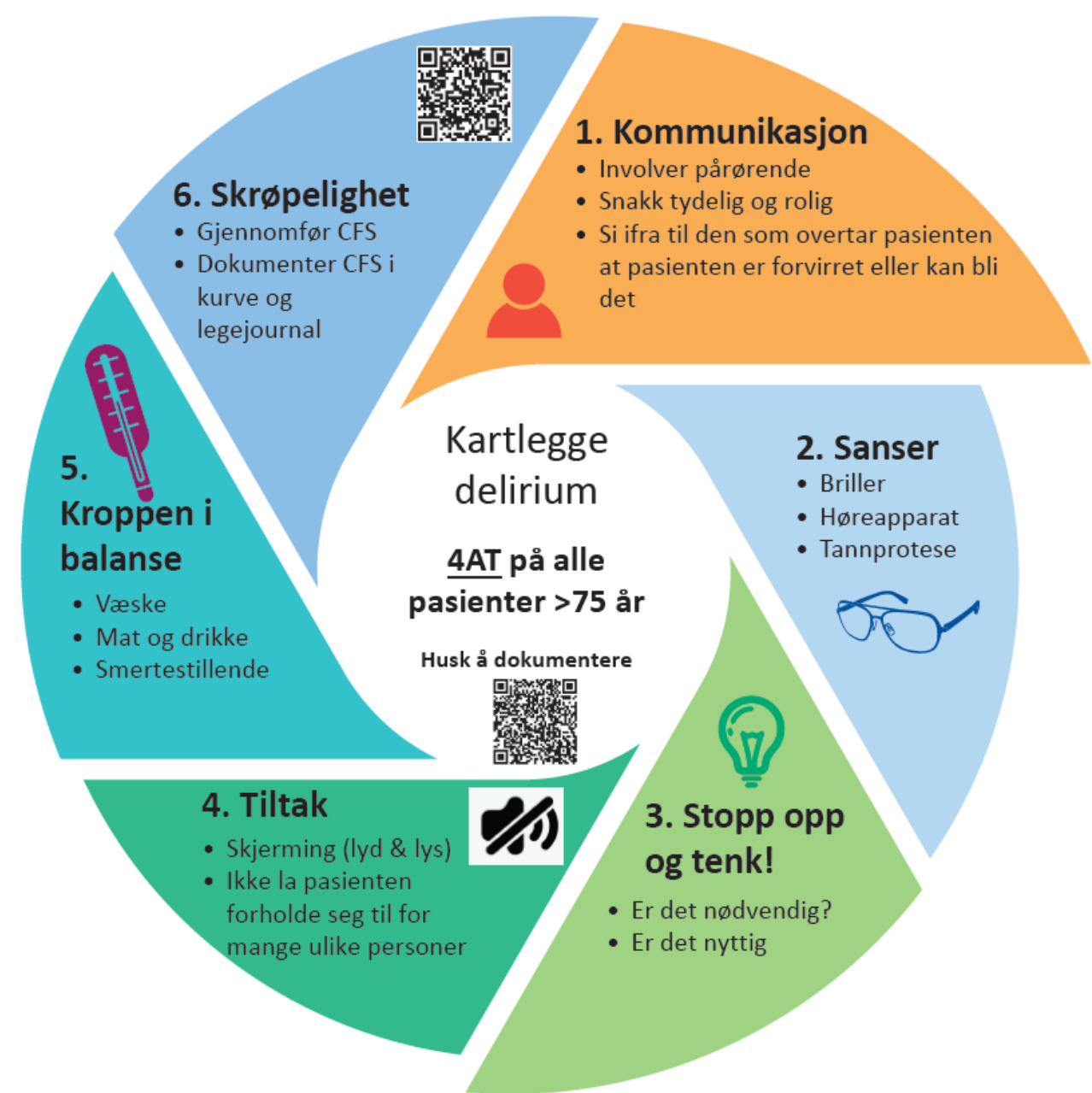
Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

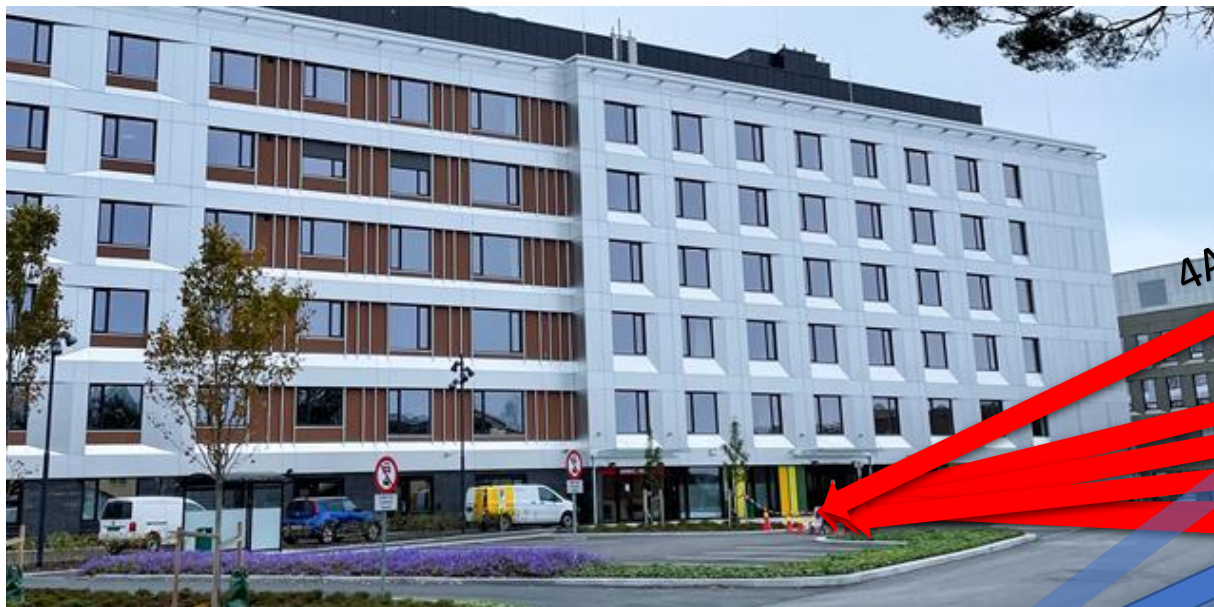




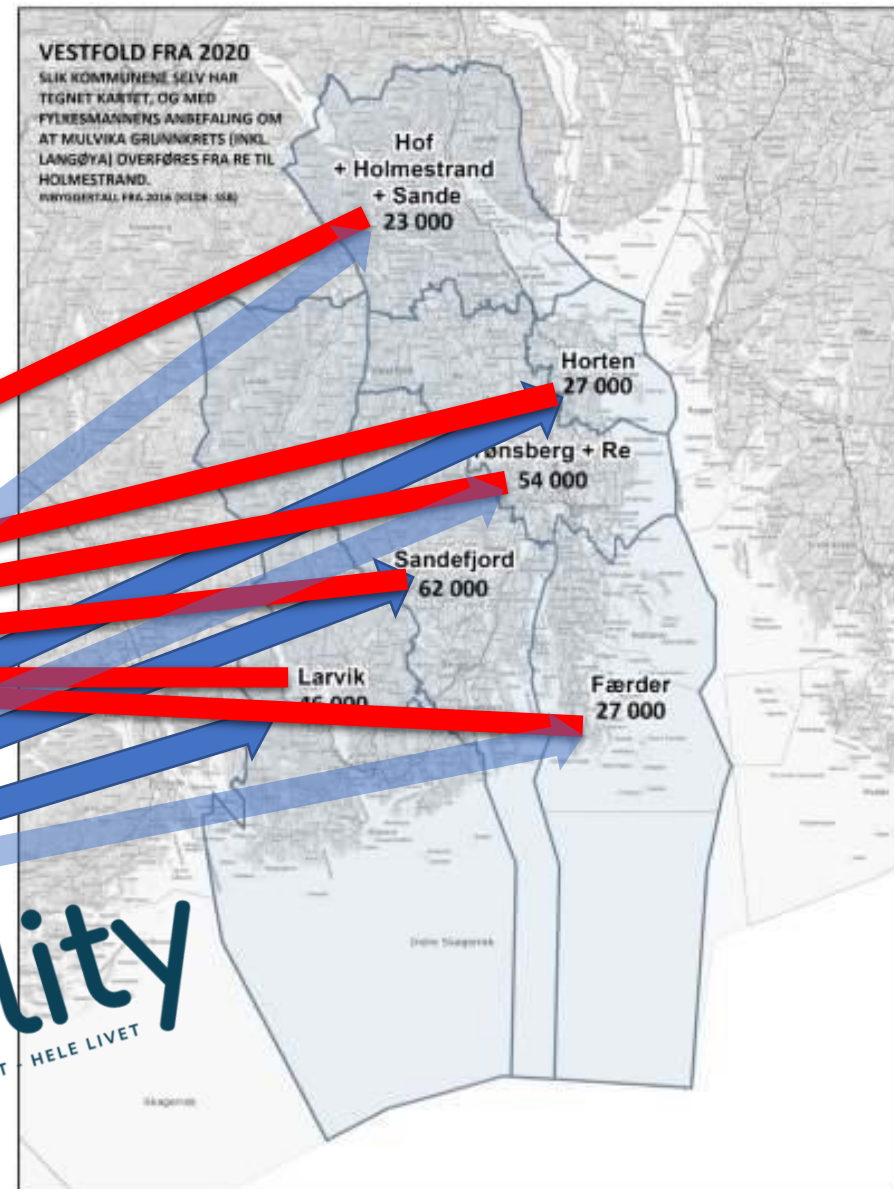
Forløp for akutt syke skrøpelige i akuttsenteret

- Elin Saga
- Åse Kristine Søvde
- Fokus på 4AT og CFS





4AT og CFS



Resultatmål - Hovedmål 2

- Etablere et tverrfaglig ambulant integrert team



	Tidsbruk	Forklaring
Hjemmebesøk FU	1,5 -2 timer, 2 ansatte	+ kjøretid
Helsestasjon for eldre	1,5 - 2 timer, 1 ansatt	
Dokumentasjonstid	3-4 timer pr pasient	<ul style="list-style-type: none"> -forberedelse av notat -dokumentasjon anamnese, kartleggingsverktøy og oppsummering -scanning, statistikk, registrere excel, registrere forskningsark FU -søknad hj.midler, henvisninger til andre -komparentopplysninger e-meldinger til lege og journal SiV
Oppfølging	45 min -6 timer	- strekker seg fra oppfølgingssamtale pr telefon til ekstra hjemmebesøk og involvering av andre tjenester

Aktuelt: Søkt trygghetsalarm
Kommer til konsultasjon ved Helsestasjon for eldre 08.04.22

Tidligere sykdommer:
-Oppgir selv at hen har høyt blodtrykk og tar medisiner for dette. I tillegg osteoporose.
-Informasjon hentet i profil: FCF og distal radiusfraktur høyre side 2014 etter fall i hjemmet.

Medisiner:
-Bruker kommer med utskrift av sin medisinliste. Opplyser om at det kun tas 1 gang daglig.
Bruker tran.
-Albyl-E 75 mg tabl.
-Amlodipin Sandoz 5 mg tabl.
-Atacand 32 mg tabl.
-Calcigran Forte 1000 mg tyggetablett
-Lipitor 40 mg tabl.
-TrioBe 0,8mg, 0,5mg, 3mg, tabl.
-Prolia 60 mg injeksjonsvæske hver 6 mnd mot benskjørhet
-Panodil 1g tabl, ved behov.

Familie/sosialt/kommunale tjenester: bor alene, har 2 barn som bor i Bergen og Oslo. Har «gode naboer» som hen selv sier, og har litt kontakt med dem. Hen forteller at hen liker å være sosial, men har ikke et stort behov for mye av det. Trives godt hjemme.
Utdanning/tidligere yrke: Jobbet som barnepleier, og deretter som hjelpepleier blant annet på kirurgisk avdeling.
Hva er viktig for deg?: «Være så frisk at jeg klarer meg selv»
Aktiviteter/interesse: Er av og til med på møter i sjømannsforeningen. Reiser da sammen med naboer. Er med i trimgruppe 1 gang i uka (mandager) og trives godt med det. Ellers tar hen seg av innkjøp på egenhånd.
Bilkjøring: Kjører bil.

Bosituasjon (hjelpemidler, trapper, adkomst, terskler, «trygg hjemme»):
-Bor i hus med 2 etasjer. Kommer inn i underetasje, men har alle rom hen bruker i 2 etasje. Trapper med rekkverk på begge sider. Har terskel inn til soverom og høy terskel inn til bad. Fikk tidligere overført oppreisningsstol fra ektefelle, men denne ble sendt i retur fordi hen ikke brukte den. Har ikke komfyrvakt. Er informert om mulighet for tilsyn fra brannvesen (Trygg hjemme).

Fysisk funksjon: Går uten hjelpemidler. Reiser seg fra stol uten å støtte seg til armlener.
Forteller at hen har blitt mer ustø den siste tiden, og føler seg ikke helt trygg. Ønsker noe hen kan støtte seg til når hen går.
Fall: Forteller om et fall i vinter. Skal ha sittet lenge, og følte at benet var «dovent». Falt i det hen skulle reise seg. Hadde kommet seg opp på egenhånd, og skadet seg ikke. Hen søker trygghetsalarm fordi hen føler et behov for å kunne ta kontakt med noen dersom hen faller. Føler seg mer ustø enn tidligere, og dette gjør hen litt mer utrygg.
Gripestyrke: Ikke målt.
Søvn: Sover godt. Bruker ingen sovemedisin. Er noen ganger oppe på toalettet om natten.
Smertes: Litt plaget med smerter i høyre kne. Sier at dette kom etter hofteoperasjon. Smertene stråler også ned i legg. Verkende følelse. Sier det har vært sjekket ut, tar paracet ved behov. Beskriver en følelse av at hen noen ganger ikke klarer å styre høyre fot så godt.

Syn: Tidligere operert for grå stær. Bruker briller, og har spesielt behov for disse når hen leser. Klarer å lese skrift i størrelse 12, men må anstrenge seg mer ved størrelse 10 (geriatrisk leseprøve)
Hørsel: Bruker høreapparat, men hører da godt. Opplever at det er skarpe lyder i høreapparatet (kan justeres?).

Ernæring: Lager alle måltider selv, og sier at hen lager middag hver dag. Ingen problemer med å få i seg mat.
Tannstatus: Egne tenner. Går til tannlege når hen får innkalling.

Status presens:
NEWS: score 0
BT sittende: 145/80, stående etter 1 min: 154/83, stående etter 3 min: 151/87
Puls: 54
Respirasjonsfrekvens: 18
SpO2: 100
Temp: 36,5
Vekt: 49 kg (med klær og sko). Oppgir selv å ha kontroll på vekt som er ca 46. Ingen ufrivillig vekttap siste 3-6 mndr.
Høyde: 153 cm
BMI: 20,9 - MUSTscore: 0

Kartlegging:
P-ADL (6 er optimalscore, 30 er dårligst): 7 poeng
I-ADL (8 er optimalscore, 31 er dårligst): 8 poeng
Barthel ADL-index (20 er optimalscore, 0 er dårligst): 20 poeng
EQ-5D: Totalscore (5 er optimalscore, 25 er dårligst): score 7 poeng. VAS (0-100): 50
IQ-code (Gj.snitt score >3,5 kan indikere kognitiv svikt): ikke gjennomført. Kom alene
Mini-Cog: Totalscore (0-5 poeng) Gjenkalling (0-3 poeng) Klokketegning (0 eller 2 poeng): score 2 poeng
GDS – kortversjon (Score 5-9 poeng tyder på depresjon. Over 10 poeng = nesten alltid depresjon): score 1 poeng
SPPB: Totalscore (Optimalscore 12, <10 indikerer økt risiko for funksjonssvikt, <8 indikerer begynnende svikt i ADL-funksjoner): score 8 poeng
- Statisk balanse – score 4 poeng
- 4m gangtest: Ganghastighet (normal >1sek) – score 2 poeng
- 5x reise/sette seg – score 2 poeng
CFS (Clinical Frailty Scale): score 2

Vurdering:

Bruker kommer til helsestasjonen for eldre, og var i utgangspunktet noe skeptisk til å takket ja til tilbudet. Etter kartleggingen opplevde u.t. at hen var mer positiv, og hen nevnte at det kanskje var litt lurt likevel. Hen tar seg av alle innkjøp, økonomi og klarer seg i p-adl selv, noe som gjenspeiles i adl-testene. Hen scorer seg noe lavt (50) på VAS, samt at hen var usikker på hva hen skulle svare på spørsmål 12 på GDS («føler du deg verdiløs slik du er nå?»). Ender opp med å svare «nei», men syntes det varierer litt. Hen trives hjemme, og har generelt ikke et stort behov for å være sosial, selv om hen trives sammen med andre. Har godt forhold til naboer.

Fysisk: Scorer 8/12 poeng på SPPB. En score under 10 indikerer økt risiko for funksjonssvikt. Ganghastigheten er 0,5 m/sek, noe som indikerer økt risiko for fall, funksjonssvikt og sykehusinnleggelse, samt redusert innendørs og utendørsmobilitet. Opplever selv at hen er mer ustø enn tidligere. Hen hadde et fall i hjemmet i vinter, men kom seg opp selv og ble ikke skadet. Hen ønsker å få på plass en trygghetsalarm slik at hen kan føle seg tryggere. Barna bor i Bergen/Oslo, så hen har ingen familie i nærheten.

Kognisjon: Hen scorer 2/5 poeng på Mini-Cog. Husker 2 av 3 ord på gjenkalling. Får 0 poeng på klokkekopiering, men tegner inn alle tallene på riktig plass uten vanskeligheter. Mestrer ikke å tegne på viseren korrekt. Her tegnes det inn en viser som peker rett utenfor 11-tallet, samt at det markeres for der hen mener er «ti over elleve». U.t opplever ellers i samtale at bruker er klar og orientert, og hen møter på helsestasjon på riktig dag og tidspunkt.

Aktuelle tiltak:

-Hjemmebesøk/fallforebyggende tiltak – vurdere ganghjelpemiddel og evt dusjstol.
-Utlevere treningsprogram/øvelsesark som kan benyttes hjemme ved kapasitet.

Kartleggingsnotat
Helsestasjon for eldre

Effektmål - Å holde pasientene «så friske som mulig så lenge som mulig, med et best mulig funksjonsnivå».

- Spesialisthelsetjenesten:

- Reinnleggelser 5- dager og 30- dager for pasienter > 75 år.
- Antall liggedøgn og antall akutte innleggelser av pasienter > 75 år.
- Andel av akuttinnlagte pasienter > 75 år som er screenet for skrøpelighet i akuttsenteret.
- Antall spesialistkonsultasjoner gjennomført av tverrfaglig team utenfor sykehus registrert med koden B0045.

- Pasientene:

- Livskvalitet
- Mortalitet

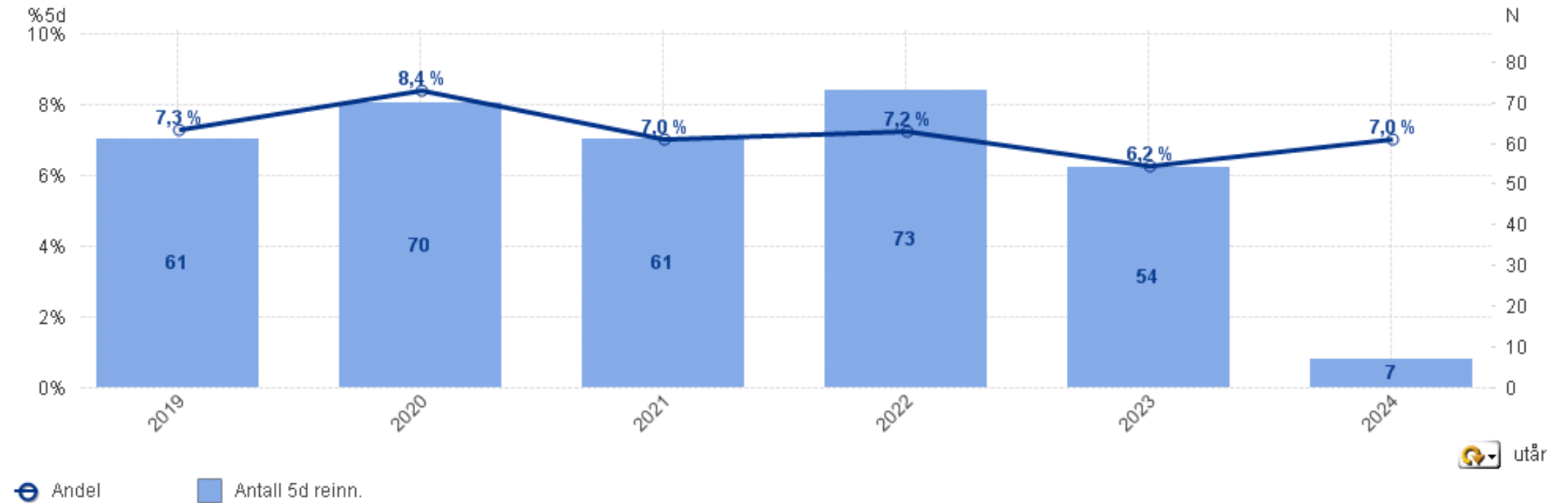
- Primærhelsetjenesten:

- Antall ~~XXXX~~ trygvere > 75 år hvor det er gjennomført legemiddelgjennomgang hos kommunens fastleger.
- Bruk av ~~XXXX~~ IKT kode 14 tverrfaglig møte for pasienter > 75 år.
- Varighet på opphold i langtidsinstitusjon for eldre > 75 år. Oppholdets varighet telles fra innleggelse til mors.
- Andel ~~XXXX~~ tjenestemottakere > 75 år som har gjennomført IPLOS registrering og vurdering av skrøpelighet innen 14 dager etter første kontakt.
- Konsultasjoner på LV og med legebil for pasienter > 75 år.
- Bedret arbeidsmiljø, økt sikkerhet og trygghet.



5 dagers reinnleggelse Larvik – samhandlingspasientene over 75 år

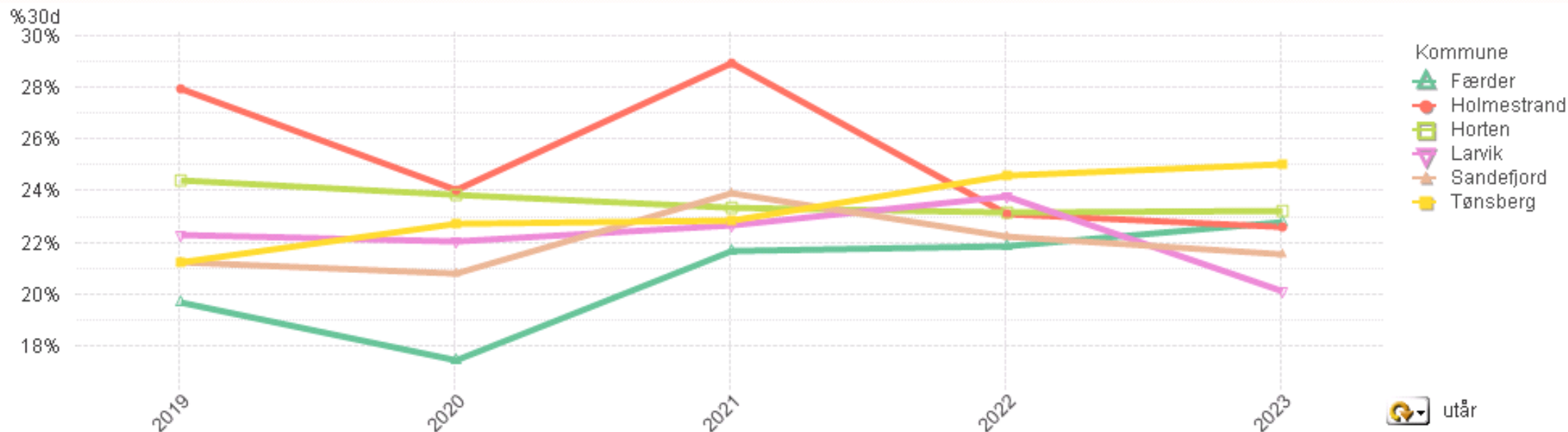
Andel og antall RI innen 5 dager pr år, måned - periodisert ut fra uttid på primæroppholdet



30 dagers reinnleggelser - ≥ 75 år samhandlingspasientene per kommune - «Vitality-populasjonen»

Kommuner - Andel RI pr mnd

XL

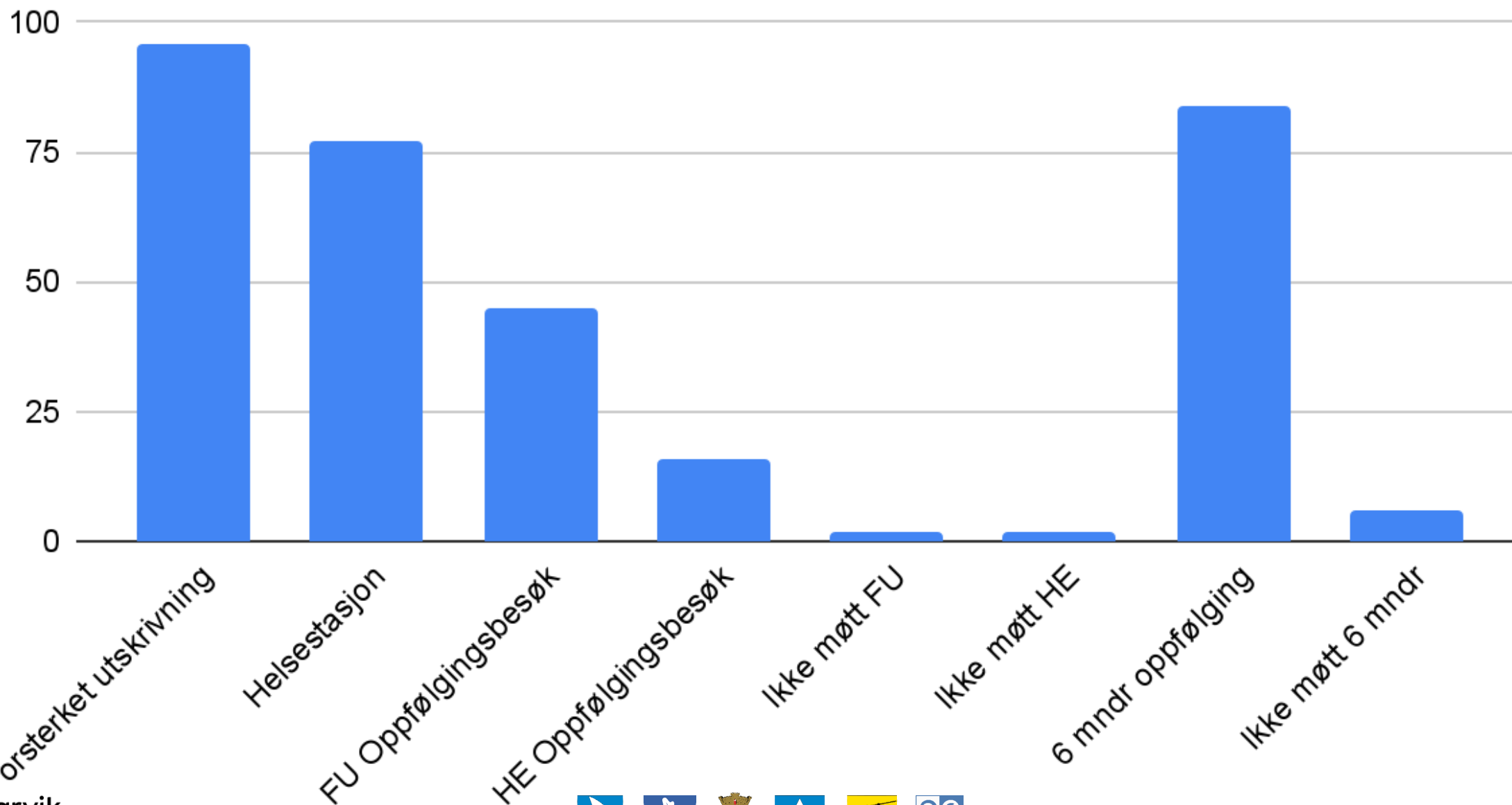


Sykehusaktivitet for Larvik – ØHJ >75år

Larvik	2022	2023
Liggedøgn	6871	5808
Gjennnittlig liggetid/sykehusopphold	3,97	3,75
utklardøgn	1858	342
avdelingsopphold	2098	1615
Innleggelser	1789	1596
Unike sykehusopphold	1811	1601
Unike pasienter	1078	989



Antall konsultasjoner gjennomført 2023



Tiltak iverksatt

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





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

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

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



Helsestasjon for eldre

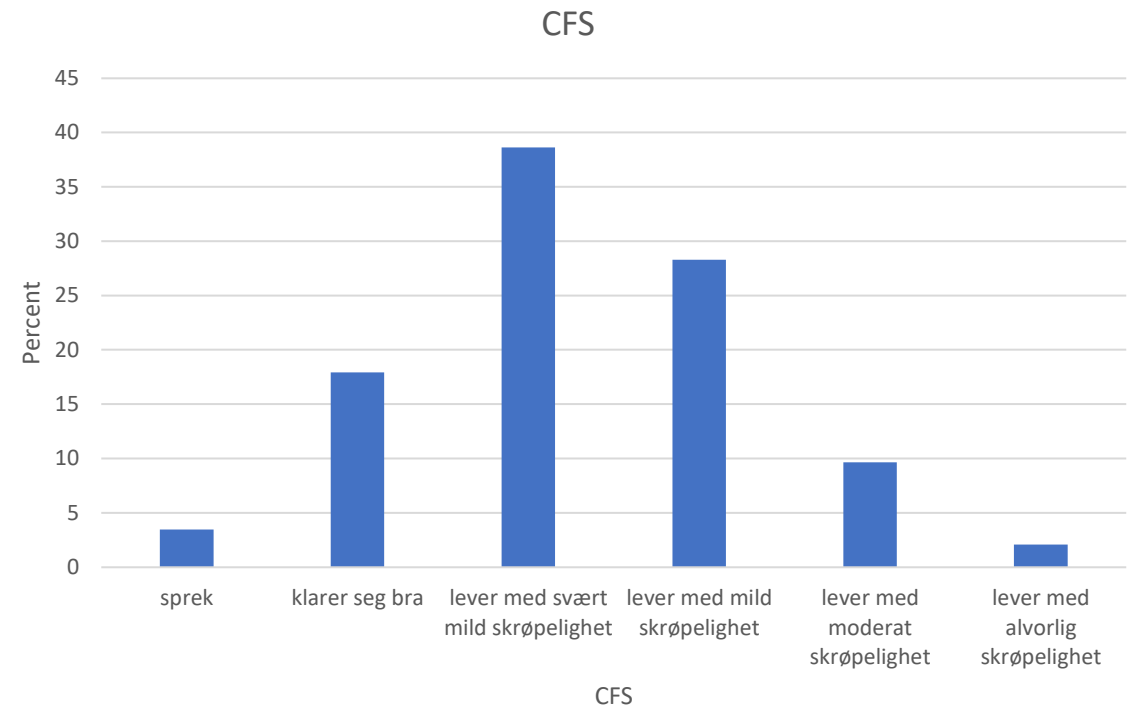
N = 162

Kvinner 64 %

Gjennomsnittsalder 82,5 år

Gjennomsnitt BMI 26,2 kg/m²

		CFS			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sprek	5	3,1	3,4	3,4
	klarer seg bra	26	16,0	17,9	21,4
	lever med svært mild skrøpelighet	56	34,6	38,6	60,0
	lever med mild skrøpelighet	41	25,3	28,3	88,3
	lever med moderat skrøpelighet	14	8,6	9,7	97,9
	lever med alvorlig skrøpelighet	3	1,9	2,1	100,0
	Total		145	89,5	100,0
Missing	System	17	10,5		
Total		162	100,0		



Forsterket utskrivning

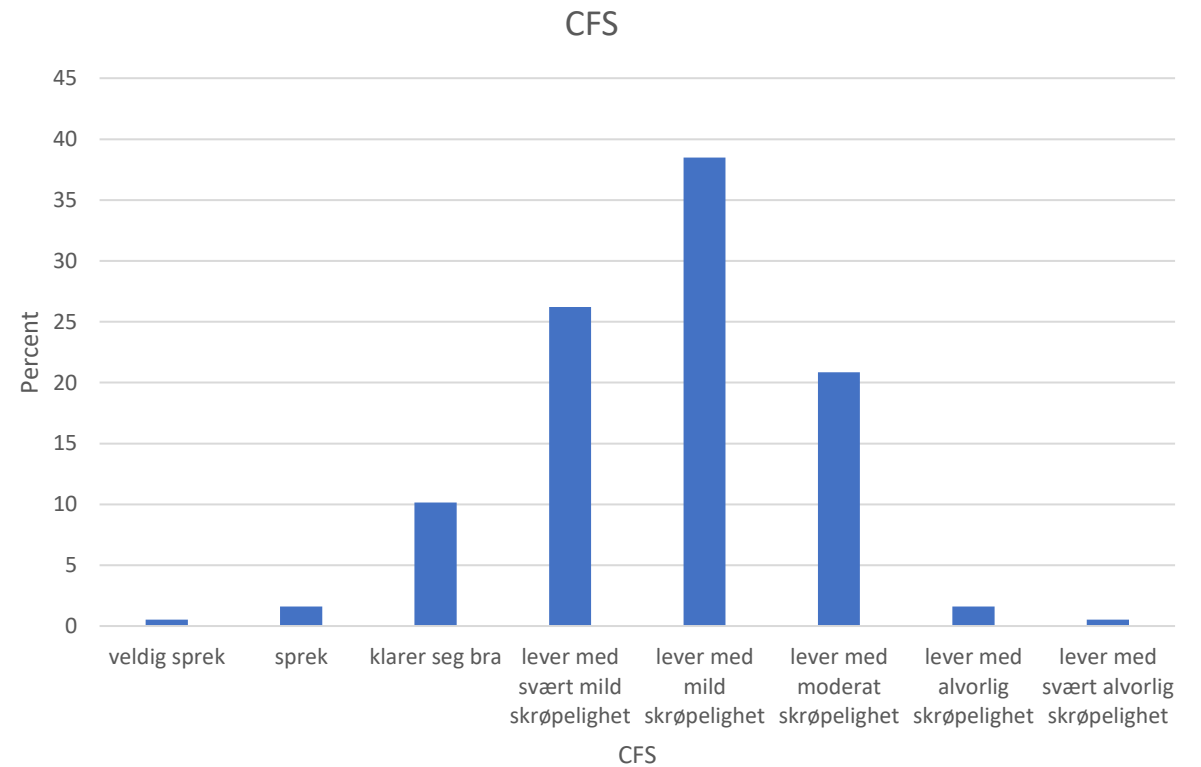
N = 189

Kvinner 56 %

Gjennomsnittsalder 84,3 år

Gjennomsnitt BMI 26,0 kg/m²

		CFS			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	veldig sprek	1	,5	,5	,5
	sprek	3	1,6	1,6	2,1
	klarer seg bra	19	10,1	10,2	12,3
	lever med svært mild skrøpelighet	49	25,9	26,2	38,5
	lever med mild skrøpelighet	72	38,1	38,5	77,0
	lever med moderat skrøpelighet	39	20,6	20,9	97,9
	lever med alvorlig skrøpelighet	3	1,6	1,6	99,5
	lever med svært alvorlig skrøpelighet	1	,5	,5	100,0
	Total	187	98,9	100,0	
Missing	99	2	1,1		
Total	189	100,0			



Short Physical Performance Battery (SPPB)

- Fysisk funksjonstest
- 3-delt
- 1 poeng endring har klinisk verdi for pasienten

Tolkning [1, 2]:

Lav score: 0-6 poeng

Middels score: 7-9 poeng

Høy score: 10-12 poeng.

< 10 poeng indikerer økt risiko for funksjonssvikt

< 8 poeng indikerer begynnende svikt i ADL funksjoner

Klinisk meningsfull endring (totalscore): 1 poeng [3]

For mer detaljerte referanseverdier i forhold til alder og kjønn anbefales originalartikkelen [2]. Referanseverdier for ganghastighet som selvstendig test er oppgitt i vedlegget.

Registreringsark

dd/mnd/år:

ID/navn:

1. Balansetest

1. Samlede føtter
10 sekunder



1. sek

2. Semi-tandem
10 sekunder



2. sek

3. Tandem
10 sekunder



3. sek

Gå til gangtest

2. Gangtest



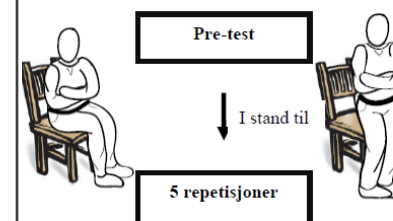
Ganghjelpemidler ved test (kryss av):

- uten
- krykke/stokk (er)
- rollator
- Annet (spesifiser) _____

Tid test 1: sek

Tid test 2: sek

3. Reise/ sette seg



Avslutt
Ikke i stand til

Setehøyde cm

Tid 5 repetisjoner uten armbruk: sek

Tester:

Oppfølging etter 6mnd.....



Forsterket utskrivning

- SPPB 7,9 – 7,8 → Ingen signifikant endring
- CFS 4,5 – 4,4 → Ingen signifikant endring
- Vekt 75 – 75 → Ingen signifikant endring



Helsestasjon for eldre

- SPPB 7,8 – 8,9 → **Signifikant forbedring $p < 0,001$**
- CFS 4,0 – 3,7 → **Signifikant forbedring $p = 0,001$**
- Vekt 73 – 73 → Ingen signifikant endring



Forskningsprosjekt Vitality – integrerte helsetjenester

- Helseøkonomisk evaluering
- REK godkjent
- NSD godkjent
- Samarbeid med UiO gjennom deres NORCHER prosjekt
- Inklusjon av pasienter startet oktober 2022
- Løpende inklusjon av pasienter fra Larvik
- Løpende inklusjon av kontrollgruppe fra de resterende kommunene i Vestfold – nå kun Tønsberg igjen.
- Inklusjon av kontrollpasienter er mulig inntil alle kommuner har startet Q3-2024
- Det må avsettes ressurser til fullføring av prosjektet i 2025



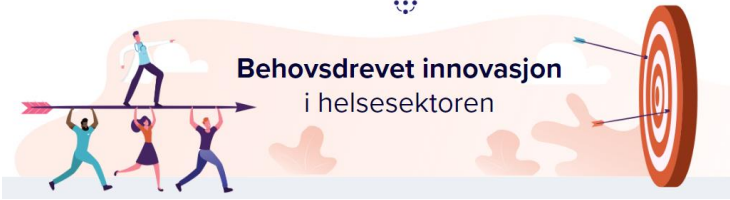


FOTO:SIV

