

Kunnskapsgrunnlag - ELDRE > 67 år

Samandrag frå vitenskaplege artiklar og utgreiingar, rapportar m.v

(Søk i Pubmed, Web of Science, Cochrane database + kunnskapsgrunnlag samla av prosjektgruppa og kjernegruppa)

Samandrag	Tema relevant for prosjektet	Viktige funn/ konklusjon
Barnett K et al. 2012, <i>Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education. The Lancet (Pubmed)</i>		
<p>Artikkelen beskriv ein tverrsnittsstudie som baserer seg på registreringar i ein database frå 314 legepraksiser i Skottland, for tilsaman 1751841 personar. Registreringane vart henta ut i 2007. Studien undersøker førekomst av multimorbiditet og grad av førekomst av komorbide fysiske og psykiske sjukdomar i forhold til alder og sosioøkonomisk bakgrunn. Analyser vart gjort på bakgrunn av tal på sjukdomar, kva type sjukdom, kjønn, alder og sosioøkonomisk bakgrunn. Personer som hadde to eller fleire sjukdomar vart kategorisert som multimorbid. Funn viste at ein fjerdedel av pasientane, og over halvparten av dei med kronisk lidelse, hadde multimorbiditet. Aukande multimorbiditet ble sterkt knytt til alder, men fleire var yngre enn 65 år. Lågare sosioøkonomisk bakgrunn var knytt til høgare førekomst av multimorbiditet. Tala viste at desse opplevde å få fleire sjukdomar i yngre alder- opp til 10-15 år tidlegare. Menneske frå fattigare områder hadde spesielt høg førekomst av psykisk sjukdom som komorbiditet. Tala viste og at ved fleire somatiske komorbide sjukdomar var det større førekomst av psykisk sjukdom.</p> <p>Artikkel tilgjengeleg på fellesområdet</p>	<ul style="list-style-type: none">• Tala viste at 1 av 4 pasienter som har en kronisk lidelse er multimorbid• Tala viste at det var auka førekomst av multimorbiditet ved høgare alder, men totalt var det høgast forekomst av personer under 65 som var multimorbid• Tala viste at menneske med lågare sosioøkonomisk bakgrunn hadde høgare førekomst av komorbiditet, og desse opplevde å bli få fleire sjukdomar i yngre alder• Multimorbide har redusert livskvalitet, og er storforbrukar av helsetjenester	<ul style="list-style-type: none">• Funnene utfordrar dagens diagnosespesifikke tenkning, både i høve korleis tenestene er bygd opp, men og dagens utdanningssystemene og satsinga innan medisinsk forskning.• Behov for ei meir utfyllande helsestrategi som legg til rette for tilpassa tilnærmingar basert på kvart enkelt pasientbehov, meir kontinuitet og koordinering.

Bayliss EA et al., 2008. Process of care desired by elderly patients with multimorbidities. Family Advance Access - (Pubmed)

Intervju med 26 heimebuande eldre (65-84 år) med minimum diabetes, slitasjegikt og depresjon. Deltakarane hadde 4-16 kroniske medisinske tilstander. Ønskja deira var: 1) Lett tilgang til tenesteytarane (telefon, internett, personleg), 2)klar kommunikasjon omkring individualiserte omsorgsplanar, 3) støtte frå ein namngitt koordinator som særleg skulle hjelpe med prioritering mellom ulike tiltak, 4)kontinuitet hos tenesteytarane. 5)Tenesteytarane skulle lytte til og respektere behova, 6)dei måtte oppfatt at behova hos den einskilde var eineståande og vekslande, 7) og dei skulle ha ei omsorgsfull haldning. Konflikten hos einskildpasienten mellom tiltaka for ulike og konkurrerende behov kan føre til uventa og uønskete negative følgjer for pasienten. Viktig med ei klar og open prioritering mellom tiltak som vil vere sjølvagde om pasienten berre hadde ein einaste medisinsk tilstand. Førebyggjande målsetjing og behandling av mest trengjande behova blir svekka, samt mindre rom for nødvendig psykiatrisk hjelp og unødvendig mange sjukehusopphald. Viktig å ha fleire perspektiv samstundes, pasientperspektivet, familiare, sosialt nettverk, dei kliniske tenesteytarane og samfunnet generelt. Viktig å avdekke og forholde seg til barrierar som står i vegen for å få effekt av dei ulike velmeinande tiltaka. Ved denne typen multimorbiditet kan det vere tenleg å gruppere symptomta i konkurrerende og ikkje-konkurrerende symptom. Eksempel: Diabetes profitterer på fysisk aktivitet, slitasjegikt er ein barriere, depresjon ein annan. (i motsetning til dømes det å ha høgt blodtrykk og hjarteproblem (frå trange kransårar), som begge vil profittere på fysisk aktivitet og kostreguleringar.

Artikkel tilgjengeleg på fellesområdet

- Intervju av heimebuande eldre med kroniske lidningar
- Konkurrerende multimorbiditet/ «complexity of care»
- Pasientane ville at koordinatoren skulle hjelpe med å prioritere mellom tenesteytingane, og klargjere kva som var viktig, samt støtte slik at den valde prioriteringa kunne bli følgd.
- Motsetjing mellom diagnosespesifikke forløp og komplekseforløp, spesielt når dei ulike tilstandane konkurrerer om prioriteringa i eit langt livsløp
- Lite tenleg å bruke forløpsplanar for einskildtilstander når ein skal gi gode tenester til den multimorbide og komplekse pasienten
- «multidimensional decision making»
- Grupper i konkurrerende og ikkje-konkurrerende symptom

- Ideell omsorgsprosess må vere pasientsentrert og individualisert.
- Må ta omsyn til kombinasjonen av problemstillingar hos den einskilde, med skiftande prioriteringar i forløpet.
- Bruk av primærkontakt dekkjer nokre av behova
- Det bør utvikles metodar for å kartlegge, registrere/ dokumentere og kontinuerlege revurdere dei skiftande omsorgsbehova hos den einskilde på ulike tenestnivå og til ulike tider.
- Kontinuerleg konflikt mellom einskildpasientens mangfaldige ønskje og behov, og det uoverstigelege ressursbehovet hos ei stadig voksende pasientgruppe.
- Nødvendig å utvikle system som kan hjelpe oss til å avgjere kven av pasientane skal få denne særskilde og krevande tenesteytinga, og til kva tid.

Berntsen G et al. 2014. <i>Helsetjenesten fra pasientens ståsted. Pasientforløp ved langvarige og komplekse behov i Troms og Ofoten. Rapport 2014 - (Pubmed)</i> http://telemmed.custompublish.com/getfile.php/2653396.357.aqydvxeywp/NST-rapport_2014-07_Helsetjenesten_sett_fra_pasientens_staasted.pdf		
<p>Norsk utgreiing som vurderte 8 pasientar: Skrøpelege eldre med akutt sjukdom, diabetes, hjerte-/kar-/lungesjukdom, psykiske helseproblem, kreft, barn med samansett sjukdom/funksjonshemming, kombinasjon rus/psykiske helseproblem og postoperativt forløp. Teoretisk tek rapporten utgangspunkt i CCM-modellen («Chronic Care Model») (På norsk: «Den pasientsentrerte helsetjenestemodellen»). Dei nytta også Haggerty's tre kontinuitetsmodellar: 1)Organisatorisk kontinuitet, 2)informasjonsmessig kontinuitet, 3)relasjonell kontinuitet. Dei definerte også skilnadene mellom «Akutt/episodisk» og «Langvarig/kronisk» ut frå 9 dimensjonar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter med ulike kroniske sjukdomar • Chronic Care model- den pasientsentrerte helsetjenestemodellen • Haggertys kontinuitetsmodellar • Definisjon av akutt/ episodisk og langvarig/ kronisk • Omtalar utfordringsbildet i 7 dimensjonar 	<p>Funn viste betydeleg inkonsistens i handteringa av:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) behov for generell medisinsk diagnostikk og behandling 2) vurdering av mange samtidige diagnoser (multimorbiditet) 3) behov for støtte til eigenomsorg 4) behov for føreseielege tiltak.
Fabrizi et al., 2015. <i>Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research</i> DOI:10.1016/j.jamda.2015.03.013 (Web of Science)		
<p>Artikkelen tar for seg hvordan høy alder henger sammen med høyere forekomst av multimorbiditet. Det hevdes at de samme mekanismene som forårsaker aldring også forårsaker utvikling av flere kroniske sykdommer. Forskning bør derfor se nærmere på disse mekanismene. På sikt vil dette muligens føre til at færre utvikler multimorbiditet ved aldring. Samtidig kan studier på multimorbiditet bidra til å forstå biologien ved aldring, og de underliggende faktorene ved aldring, som igjen kan bidra til å utvikle strategier for å forebygge eller utsette utviklingen av flere sykdommer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Multimorbiditet • Aldring -risikofaktor for multimorbiditet • Eldre pasienter 	<p>Sterk sammenheng mellom aldring og multimorbiditet/ det å utvikle flere kroniske sykdommer.</p>
Garåsén, H. et al, 2007. <i>Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomized controlled trial. BMC Public Health. 7:68</i>		
<p>Norsk randomisert kontroll studie som undersøker effekten av bruken av intermediære enheter i kommunen sammenlignet med standard forlenget behandling ved sjukehus. Det vart gjort ein randomisert studie av 142 pasienter i alderen 60 år eller meir innlagt på sjukehus på</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intermediær senger vs sjukehus senger • Eldre pasientar, frå 60 år • Randomisert kontroll studie som samanliknar to grupper pasienter som får tilbod i intermediær avdeling i kommunen 	<p>Bruken av intermediære avdelingar i kommunen reduserte tal på reinnleggelsar for same problemstilling. I tillegg var færre pasientar avhengig av kommunale pleie og omsorg tenester ved 26 ukers oppfølging, utan høgare førekomst av dødsfall eller</p>

<p>grunn av akutt sjukdom eller forverring av ein kronisk sjukdom. 72 pasientar vart overført og randomisert til intermediær enhet i kommunen og 70 fekk forlenga opphald i sjukehus.</p> <p>I intervensjonsgruppa vart 14 pasienter (19,4%) reinnlagd grunna same problemstilling samanlikna med 25 pasientar (35,7%) i kontrollgruppa. Etter 26 uker var 18 (25,0%) pasientar i intervensjonsgruppa uavhengig av kommunale tenester, samanlikna med sju (10,0%) i kontrollgruppa. Ein fann lite forskjell i tal på dødsfall eller tal på liggedøger mellom dei to gruppene. Fleire pasientar fekk langtidsplass ved sjukeheim frå intervensjonsgruppa samanlikna med kontrollgruppa.</p>	<p>med sjukehusopphald i spesialisthelsetenesta. Samaliknar parametre som:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reinnleggelser - Liggedøger - Dødsfall - Behov for pleie og omsorgstenester etter 26 uker 	<p>liggedøger.</p>
<p>Grimsmo, A et al., 2016. Helhetlige pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten. Tidsskrift for omsorgsforskning. DOI: 10.18261/ISSN.2387-5984-2016-02-02</p>		
<p>Norsk studie som har fulgt sjukehus og kommunar som har utvikla heilskapelege pasientforløp for KOLS, hjertesvikt, slag og hoftebrudd som også omfatta oppfølging i kommunen. Studien finn at spesialisering av tenester og personell i primærhelsetenesta for oppfølging av spesifikke diagnoser ikkje er bærekraftig eller funksjonelt. Å forlenge diagnosespesifikke forløp frå sjukehus ut i kommunen vil bidra til fragmentering av tenestene til eldre og kronisk sjuke. Nokre kommunar utvikla og tok i bruk generisk diagnoseuavhengige forløp. Det fungerte for kommunane og framstår som ein meir bærekraftig modell.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosespesifikke heilskapelege pasientforløp • Felles pasientforløp for spesialist- og kommunehelsetenesta • Generisk diagnoseuavhengige forløp er ein meir bærekraftig modell • Det ein-sidede fokuset på enkeltsjukdomar i medisinsk forskning vekker bekymring (Barnett et al., 2012; Wallace et al., 2015). 	<ul style="list-style-type: none"> • Dei siste par ti-år har vore prega av aukande produksjon av diagnosespesifikke retningslinjer, som ikkje er i samsvar med eit aukande omfang av pasienter med multisjukdom. • Studiens funn stiller spørsmål ved funksjonalitet og gjennomførbarheit av diagnosespesifikke forløp, både frå eit klinisk og organisatorisk perspektiv i primærhelsetenesta.
<p>Haggarty J.L., 2012. Ordering the chaos for patients with multimorbidity. BMJ (Pubmed)</p>		
<p>Editorial artikkel, som tar for seg multimorbiditet og utfordringane dagens helseteneste har i møte med pasientgruppa. Studier viser at førekomst av multimorbiditet aukar, spesielt med høgare alder. Å behandle alle sjukdomane ein multimorbid pasient har kan vere utfordrande, og kan oppleves som svært belastande og kaotisk for pasienten. Artikkelforfattar trekker frem korleis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Multimorbiditet • Kontinuitet i helsetenesta-primærhelsetenesta • Multimorbide må møtast med kontinuitet i tenestene, over tid • Definisjon på kontinuitet- samanhengande og saumlaus 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuitet er sentralt for pasientar med multimorbiditet, ein koordinator er eit sentral tiltak for å ivareta kontinuitet.

kontinuitet i primærhelsetenesta handler om person fokusert omsorg over tid, denne tilnærminga er nødvendig for pasienter med multimorbiditet.

Kontinuitet vert ofte forbundet med ord som samanhengande og saumlausheit. For helsepersonell tyder dette å ha all naudsynt informasjon om pasienten og koordinere handlinger med andre tenesteytarar over tid- «care pathway». For helsepersonnel handler saumlausheit om kvalitet og pasientsikkerheit, for pasienter, derimot, oppleves kontinuitet gjennom tillit og samarbeid med ein behandlar eller eit team. Dei fleste pasienter forventer at overføring av informasjon er saumlaus og at omsorg er samordna, dermed vert «hol» i omsorga ein overrasking. Dette forverrer tilliten pasienten har til fagfolk og pasienten stiller spørsmål ved deira kompetanse, dette kan potensielt ha negativ effekt på behandling.

Artikkelforfattaren trekk frem at pasientane kan oppleve stress ved overganger- ikkje berre ved utskrivning frå sjukehus, overganger kan kjennast sårbare for den enkelte. Pasientar må difor tryggast i overganger, ved hjelp av informasjon og hjelp til å forstå sin nye situasjon, dei treng rettleiing i høve kva dei skal vere på vakt for og kven dei kan kontakt om noko endrar seg. Dei fleste pasientar forventer å kunne delta og ha ein rolle i å leia og koordinere si eigen omsorg. Pasienten må få mogelegheit til å bidra, kommunisere og ta val mtp behandling og tenester. Viktig for pasienter å ha ein koordinator å forhalde seg til, fortrinnsvis lege, men andre kan og vere i denne rolla. Sentralt for kontinuitet er ein koordinator, denne bør vere tydelig for pasienten og for andre i systemet. Koordinator må utvikle eit heilhetlig syn på pasienten og hans eller hennes prioriteringer, må ha tid og ressurser til å koordinere helsetjenester på tvers av mange grenser.

Artikkel tilgjengeleg på fellesområdet

- «care pathway»
- Management continuity vs relational continuity
- Overganger og pasientens opplevelse
- Pasientdeltaking i saumlaus omsorg
- Koordinator og koordinatorrolla

<p>Levack et al, 2015. <i>Goal setting and strategies to enhance goal pursuit for adults with acquired disability participating in rehabilitation.</i> DOI: 10.1002/14651858.CD009727.pub2 (Cochrane)</p>		
<p>Undersøker hvilke strategi som er best for å sette mål og i hvilke kliniske settinger dette best kan gjøres for voksne med ervervet funksjonsnedsettelse. I tillegg søker oversikten å gi svar på om det å sette mål har effekt på rehabiliteringen. Inkluderer 39 studier, der 27 RCT, som hovedsaklig omhandlet pasienter med muskel- og skjellett lidelser, hjerneskader, kronisk smerte, mentale helselidelser, og hjerte/karsykdommer. Funnene viste at det ikke var klare bevis for at rehabiliteringsmål i seg selv har innvirkning på deltakelse på sosialt eller aktivitetsnivå, kroppsfunksjon eller på pasientens medvirkning i rehabiliterings prosessen. Oversiktsartikkelen ser også på studier som har ulike tilnærminger for å oppnå bedre måloppnåelse, samt studier som undersøker ulike målsettingstilnærminger. Artikkelen rapporterer i tillegg sekundære resultater inkludert måloppnåing og helse utilisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Å sette rehabiliteringsmål • Voksne pasienter • Ervervet funksjonsnedsettelse • Strategier for å sette mål • Ulike tilnærminger for å nå mål 	<p>Litteraturen antyder at det å sette mål for rehabilitering kan ha effekt for voksne med ervervet funksjonsnedsettelse, spesielt på psykososial målinger. Dog er det knyttet usikkerhet til dette grunnet lav kvalitet ved studiene inkludert.</p>
<p>Manderson et al., 2012. <i>Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions: a systematic review of the literature.</i> Doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01032.x OBS: Finn ikkje fulltekst (Web of Science)</p>		
<p>Overgangar frå ulike helseinstansar er potensielle områder for fragmentert behandling og kan vere forvirrende for pasientar. Desse utfordringane er spesielt markante for eldre pasientar med kroniske sjukdomar, då dei får behandling frå fleire instansar på ein gong. «System navigasjon» (koordinering?) er ein innovative strategi som kan betre desse utfordringane. Fleire modeller har blitt fremma, men det er ikkje einigheit i kva modell som gjev best effekt. Artikkelen gjev ei systematisk oversikt over eksisterande modellar for system navigering som er relevant for handtering av kronisk sjuke.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • «System navigering» • Koordinering • Behandlings plan og behandlingsmål • Kronisk sjuke eldre 	<p>Integrert og koordinert behandling leda av ein navigatør/ koordinator, som brukar varierte tiltak som behandlingsplan og behandlingsmål kan vere fordelaktig for eldre, kronisk sjuke pasientar i overgangar frå ein helseinstans til ein annan.</p>

Rich E.C. et al., 2012. <i>Organizing Care for Complex Patients in the Patient-Centered Medical Home</i>. Annals of Family Medicine - (Pubmed)		
<p>Pasient-sentrert medisinske hjem (PCMH) ein modell som styrkar primærhelsetenesta gjennom omorganisering av eksisterende praksis for å gi pasient-sentrert, omfattande, koordinert, og tilgjengelig omsorg, som vert kontinuerlig forbedra gjennom ein systembasert tilnærming til kvalitet og sikkerheit. PCMH innsatsen har fokusert så langt på bedre tilgang til og koordinering av helsetjenester for alle pasienter. To grupper av pasienter community-bolig har spesielt komplekse helse- og sosialstøttebehov: skrøpelige eldre og yrkesaktiv alder voksne med funksjonshemningar. Medisinsk boliger står overfor mange utfordringer i å gi optimal omsorg til denne pasientgruppa. Denne rapporten er ein oppsummering med hensikt å gje innspel og eksemplar på korleis helsetenesta kan bli meir effektiv ved å implementere medisinske boliger for mennesker med komplekse behov. Det trekker på erfaringer fra 5 ulike programer der pasienter med sammensatte behov for å opprettholde eksisterende relasjonar med sine behandlarar i primærhelsetjenesten, samtidig som det brukar få ressursar til å overvinne hindringar for å gi god omsorg til disse pasientene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasient-sentrert medisinske heim (PCMH) • Ein modell for å styrke primærhelsetenesta • Skrøpelige eldre og voksne i yrkesaktiv alder med funksjonshemningar utfordrande grupper for «medical homes» • Ser til fem ulike programer som har lyktes i å etablere medisinske hjem for brukere med komplekse behov 	<ul style="list-style-type: none"> • Utvikling av medisinske heimar/ boliger i kommunehelsetenesta for brukere med komplekse behov ser ut til å vere ein god tilnærming for brukarane i tillegg til å vere mindre ressurskrevende.
Artikkel tilgjengeleg på fellesområdet		
Røsstad T. et al., 2013, <i>Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study</i>. BMC Health Services Research - (Pubmed)		
<p>Norsk, kvalitativ studie med intervju av representantar frå sjukehus, kommunar og pasientorganisasjonar. Formålet var å utvikle modellar for pasientforløp, på tvers av tenestnivåa, for eldre og heimebuande pasientar med hjertesvikt, KOLS og slag. Erfaringane og prosessane blei analyserte. Prosjektet utvikla ein konsensusbasert mal for eit pasientsentrert forløp, med vekt på overgangane mellom sjukehusa og dei kommunale tenestene. Malen syntest å vere tenleg for mange diagnosekategoriar, og inkluderte funksjonelle, sosiale og medisinske forhold ved tilstandane.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativ intervjustudie • Intervju av representantar frå kommunar, sjukehus og pasientorganisasjonar • Modell for pasientforløp på tvers, fokus på overgangar • Eldre heimebuande, med hjertesvikt, KOLS og slag 	<ul style="list-style-type: none"> • Forløpsmalar basert på einskildsjukdommar fungerer dårleg ved fleirsjukelegheit. Forløpsmalane må vere pasientsentrerte. • Viktig å kome fram til semje mellom alle involverte partar i høve oppfatning av tilstanden og behovet for tiltak.

Røsstad, T. et al 2015. Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. BMC Health Services Research.		
<p>Norsk, kvalitativ studie som undersøker innføring av eit behandlingsforløp for eldre pasientar med behov for heimetjenester etter utskrivning frå sjukehus i midt-Noreg. Forløpet var utvikla i samarbeid mellom sjukehus og fleire kommunar med mål om å implementere det i dagleg praksis. Studien undersøkte erfaring helsepersonell og leiarar i heimetjenesta i dei ulike kommunane hadde med implementering av forløpet.</p> <p>Samanliknande kvalitativ prosess evaluering som metode, der det vart nytta individuelle og fokusgruppe intervju. I analysen vart det nytta «The Normalization Process Theory» for å forstå korleis ein ny intervensjon vert implementert til dagleg praksis. Resultata viste at i alle kommunane var det ei forventning om at eit generisk forløp skulle betre koordinering og oppfølging, men det var ressurskrevjande å få heimetjenestene til å endre dagleg praksis og ta i bruk det nye forløpet. Suksess faktor for å få ei vellykka implementering var forankring i leiinga, og evne til å skape engasjement og forpliktelse til forløpet blant medarbeidarar i kommunen. Ved prosjektslutt var forløpet implementert i to av seks kommunar, og i desse kommunane såg ein på forløpet som eit godt verktøy for å strukturere heimetjenestene rundt brukar og auke samarbeid med fastlege. Forløpet vart eit verktøy for effektiv endring og kvalitets- og kunnskapsforbetring.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eldre pasienter • Generisk forløp for eldre som treng heimetjenester etter utskrivning frå sjukehus. • Norsk studie • Kvalitativt intervju og fokusgruppeintervju som metode • The normalization process theory- som analysemetode • Erfaring med å implementere forløp i kommunane 	<p>Eit generisk forløp for eldre pasienter har potensiale til å betre oppfølginga i primærhelsetjenesten ved å møte faglege og leiarretta behov for økt kvalitet på omsorg, samt meir effektiv organisering av heimetjenestene. Implementering av slike komplekse endringar i store organisasjonar med kontinuerleg drift var utfordrande og krevde omfattande og langvarig innsats i alle ledd i organisasjonen. Studier på gjennomføring av slike komplekse intervensjonar bør derfor ha en lang oppfølgingstid å identifisere om tiltaket blir integrert i daglig praksis.</p>
Smith, Soubhi, Fortin, Hudon & O'Dowd, 2012. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. DOI: 10.1002/14651858.CD006560.pub2 (Cochrane)		
<p>Ser på studiar som har undersøkt kva tiltak som gir betre behandlingsresultat i primærhelsetjenesta for pasientar med multimorbiditet, konkret i høve til fysisk og mental helse, livskvalitet, og funksjon.</p> <p>10 RCT studiar, der 9 fokuserte på multimorbiditet hos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • eldre pasientar • komorbiditet • kommunehelsetjenesta • team-organisering 	<p>Utfordrande å oppnå betre resultat for denne målgruppa, men tiltak som fokuserer på konkrete risikofaktorar eller funksjonsvansker hos pasienter med komorbiditet kan vere meir effektive.</p>

<p>eldre, alle studiane omhandla komplekse intervensjonar med fleire element. I seks av studiane omhandla intervensjonen organisasjonsendring som oftast mot ei avansert team-organisering, i dei andre studiane var intervensjonen meir pasientretta.</p>		
<p>Smith, S. M., 2012. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. BMJ. doi: 10.1136/bmj.e5205</p>		
<p>Oversiktsartikkel som undersøker effekten av tiltak for å bedre utfall hos pasienter med multimorbiditet i primærhelsetjenesten</p> <p>Systematisk søk i ulike databaser. Multimorbiditet ble definert som to eller fleire kroniske sjukdomar hjå same person.</p> <p>Det ble identifisert 10 studier som undersøker en rekke komplekse intervensjoner på totalt 3407 pasienter med multimorbiditet, alle var randomiserte kontrollerte studier. To studier beskrev tiltak for pasienter med spesifikke komorbiditet. De resterende åtte studier fokusert på multimorbiditet, vanligvis hos eldre pasienter. Alle studier involvert komplekse intervensjoner med flere komponenter. I seks av de 10 studiene var den dominerende komponenten endring i organiseringen av omsorgtenestene, gjennom saksbehandling eller forbedret tverrfaglig samarbeid. I dei resterande fire studiene, var tiltaka i større grad pasientretta. Resultatene viste at det er vanskelig å forbedre resultatene i denne populasjonen, men at tiltak retta mot visse risikofaktorer i komorbide tilstander eller funksjonsutfordringar ved multimorbiditet kan være meir effektive.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Multimorbiditet hos eldre • Primærhelsetenesta • Artikkelen viser at tiltak for denne pasientgruppa har hatt variert effekt, men tiltak som fokuserer på å fremme pasientens funksjonsnivå og å førebygge risikofaktorar kan se ut til å ha effekt • Artikkelen vert vist til og løfta fram av Anders Grimsmo i hans presentasjon -og han oppsummerer tiltak som trening, auke muskelstyrke og tilrettelegge med hjelpemidlar som effektive tiltak for å betre pasientens funksjon. Førebyggande tiltak som fokusere på risikofaktorar kan og ha god effekt, som fokus på <ul style="list-style-type: none"> - Bivirkninger, interaksjoner - Tap av kontakt med helsetjenesten - Depresjon - Underernæring - Fall, brann, delir, etc 	<p>Me veit pr i dag for lite om kva behandling og tiltak som har effekt for pasienter med multimorbiditet, til tross for utbredelsen av multimorbiditet og dens innvirkning på pasienter og helsevesenet. Intervensjoner hittil har hatt variert effekt, men vil truleg vere meir effektiv hvis det vert retta mot risikofaktorer eller funksjonsnedsetting.</p>
<p>de Vibe M, Udness E, Vege A., 2016. Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke; en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011–2015. Notat – 2016. ISBN 978-82-8082-772-2. http://www.kunnskapsenteret.no/publikasjoner/gode-pasientforlop-i-kommunene-for-eldre-og-kronisk-syke-en-beskrivelse-av-to-laeringsnettverk-20112015?utm_campaign=deleknapp&utm_content=artikkel&utm_medium=social-media&utm_source=email</p>		
<p>Samhandlingsreformen peker på store utfordringer som tjenestene vil møte i årene fremover. Ikke minst gjelder</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eldre og kronisk syke • Læringsnettverk 	<p>To læringsnettverk for eldre og kronisk syke er gjennomført etter planen. Deltakernes erfaringer er</p>

<p>dette samhandling rundt eldre og kronisk syke som har lange og kompliserte pasientforløp. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet (Hdir), Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet (Kunnskapssenteret) og Kommunesektorens organisasjon (KS) besluttet i 2013 å samarbeide om gjennomføring av nasjonale læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp for eldre og kronisk syke personer og for personer som har problemer med rus og/eller psykisk helse. KS var prosjekteier for satsingen «Gode pasientforløp i kommunene». Målgruppen for læringsnettverkene var primært kommunenes helse- og omsorgstjeneste, men involverte også spesialisthelsetjenesten. Dette notatet beskriver planlegging og gjennomføring av to læringsnettverk for eldre og kronisk syke.</p>		<p>gode. Det er indikasjoner på at læringsnettverket har bidratt til en retningsendring i tjenestene med økt oppmerksomhet på det som er viktigst for pasienten, og at kommunene i større grad tilbyr tjenester ut ifra dette. Hvorvidt pasientforløpene i de deltagende kommunene har blitt bedre for pasientene, er det for tidlig å si noe sikkert om. Alle kommuner i Læringsnettverk Sør valgt å bli med i videreføringen av læringsnettverkene i Agder og Rogaland. Dette kan tyde på at de har opplevd deltagelsen i nettverket som nyttig.</p>
<p>Wolff J.L. et al., 2002. Prevalence, Expenditures, and Complications of Multiple Chronic Conditions in the elderly. Archives of Internal Medicine - (Pubmed)</p>		
<p>Amerikansk tverrsnittstudie som ser på korleis førekomst av kroniske tilstandar, helseutgifter og sjukehusinnleggelse blant den eldre befolkninga heng saman. Studien baserer seg på tal frå eit tilfeldig utvalg av eldre som hadde helseforsikring/ ordning i alderen 65 år og eldre i 1999, totalt på 1217103 personar. Det ble gjennomført analysar i høve korleis påvirkning av alder, kjønn og antall typar kroniske tilstandar auka risikoen for sjukehusinnleggelser. Funnene viste at i 1999, hadde 82% av dei eldre 1 eller flere kroniske tilstander, og 65% hadde flere kroniske tilstander. Sjukehusinnleggelser aukar med antall kroniske tilstander. Til dømes fann ein at eldre med 4 eller flere kroniske tilstander hadde 99 gonger høgare sansynligheit for innlegging i sjukehus samalikna med dei utan kroniske tilstander. Forsikringsutgiftene økte med antall typer kroniske tilstander.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eldre pasientar frå 65år • Samanheng mellom tal på kroniske lidingar og auka fare for sjukehusinnleggelser • Det å ha fleire kroniske sjukdomar fører til auka helseutgifter og kostnader 	<ul style="list-style-type: none"> • Konkluderer med at risiko for sjukehusinnleggelse aukar med tal på kroniske sjukdomar. • Auka koordinering for den pasientgruppa kan redusere og forhindre sjukehusinnleggelser
