

HELSE- FREMMENDE TEAM I ØSTRE AGDER

Kristin Jeppestøl^{1, 2, 3}, Merethe Andreassen Land⁴,
Malene Bjørkli Nordvik⁵, Camilla Berg-Utby⁶,
Marte Lund⁷, Karen Terese Johansen⁸ og Brooke Hollister⁹

1.Forskningsrådgiver, Spesialist i allmennsykepleie, Østre Agder-samarbeidet 2. Førsteamanuensis, Institutt for Helsevitenskap, UiA, 3. Assosiert forsker ved Senter for omsorgsforskning Sør, UiA
4.Spesialist i allmennsykepleie, Arendal kommune 5. Spesialfysioterapeut, Arendal kommune
6. Spesialist i allmennmedisin, fastlege, Sør Arena Legesenter. 7. Spesialfysioterapeut, Gjerstad kommune 8. Spesialist i allmennsykepleie, Gjerstad kommune. 9. Førsteamanuensis og faglig leder ved Senter for omsorgsforskning Sør, UiA.



Østre Agder
Interkommunalt Politisk Råd

Sammendrag

Bakgrunn

Antall eldre over 65 år i Agder forventes å øke betydelig de kommende årene. Mange utvikler redusert iboende kapasitet og mild skrøpeligheit flere år før behovet for omfattende helse- og omsorgstjenester oppstår. Dette gir et viktig handlingsrom for tidlig, helsefremmende innsats. Prosjektets mål var å utforske hvordan WHOs rammeverk **Integrated Care for Older People (ICOPE)** kan anvendes for systematisk kartlegging og tidlig intervensjon hos eldre som henvender seg til kommunen for første gang.

Metode

Utviklingsprosjektet ble gjennomført i Arendal og Gjerstad kommune fra august 2024 til mars 2026. To tverrfaglige helsefremmende team bestående av fysioterapeut og allmennsykepleier, med tilknyttet allmennlege, gjennomførte hjemmebesøk med bruk av ICOPE. Data fra kartleggingene ble analysert ved bruk av deskriptiv statistikk og eksplorative endringsanalyser på gruppe- og individnivå. Prosjektet kombinerer kvantitative analyser av endring i iboende kapasitet og tjenestebruk (innsatstrappen) med kvalitative erfaringer fra de helsefremmende teamene knyttet til gjennomføring, organisering og anvendelse av ICOPE i praksis.

Resultater

Totalt 91 hjemmeboende eldre ble inkludert, og 73 ble fulgt opp etter seks måneder. Kartlegging og oppfølging omfattet ICOPE trinn 1–4, supplert med helhetlig anamnese og tverrfaglig vurdering. Innbyggerne hadde medianalder på 82 år med gjennomgående redusert iboende kapasitet og mild skrøpeligheit i tillegg til hyppige funksjonsfall særlig innen syn, hørsel og bevegeligheit. Etter seks måneder viste gruppen en moderat, statistisk signifikant forbedring i samlet iboende kapasitet, mens graden av skrøpeligheit var stabil.

Supplerende analyser viste betydelig ulikhet i individuelle forløp, med både forbedring, stabilitet og forverring. På gruppenivå ble det observert særlig forbedring i psykisk helse og fysisk funksjon, mens syn og hørsel i hovedsak var stabile. Det ble også observert en forskyvning mot lavere samlet funksjonsbelastning hos flere deltakere. Når det gjelder tjenestebruk, beveget en større andel seg mot lave trinn i innsatstrappen, men utviklingen var variabel og ikke statistisk signifikant.

Erfaringene fra de helsefremmende teamene nyanserer og utdyper disse funnene. Kartleggingene avdekket at målgruppen ofte nås relativt sent i forløpet, med sammensatte behov og forventninger om tjenester. Førstegangskartleggingene var ressurskrevende, mens oppfølgingene var mer effektive når relasjon og grunnlagsdata var etablert. Tverrfaglig samarbeid fremstår som en forutsetning for helhetlig vurdering og tilpasning av tiltak, særlig i ICOPE trinn 2 og 3. Samtidig viste erfaringene at tiltak i praksis må være enkle, konkrete og individuelt tilpassede, og at begrenset digital kompetanse og tilgjengelighet til tjenester påvirker gjennomføring. Organisatorisk forankring og henvisningspraksis hadde stor betydning for rekruttering og målgruppetreff.

Konklusjon

ICOPE fremstår som en egnet metode for strukturert kartlegging av iboende kapasitet hos eldre ved førstegangskontakt med kommunen, og fungerer som en ramme for tidlig prioritering, tverrfaglig vurdering og koordinert oppfølging.

Funnene peker i retning av et begrenset, men reelt potensial for å stabilisere eller forbedre iboende kapasitet gjennom tidlig, systematisk oppfølging, særlig innen psykisk helse og fysisk funksjon, samtidig som utviklingen i målgruppen er sammensatt og ulik. Funnene må imidlertid tolkes med varsomhet på grunn av et lite utvalg uten kontrollgruppe, samt påvirkning fra flere ukontrollerte faktorer, slik at resultatene primært bør forstås som indikasjoner.

Erfaringene fra teamene viser at implementering av ICOPE-baserte arbeidsformer stiller krav til ressurser, kompetanse og organisatorisk forankring, og at modellen i sin nåværende form er tidkrevende ved førstegangskontakt. At mange allerede har utviklet mild skrøpeligheit ved inklusjon, understreker behovet for tidligere innsats gjennom eksisterende strukturer som fastlege og frisklivssentral. Videre utvikling bør rette seg mot mer differensierte og skalerbare modeller, der ICOPE kombineres med enklere innganger, inkludert digitale selvtester og oppfølging tilpasset målgruppens forutsetninger.



Innhold

Helsefremmende team i Østre Agder	7
Eldre innbyggers iboende kapasitet kan optimaliseres og økes	8
Screening- og intervensjons-verktøyet ICOPE	8
Innsatstrappen	10
Prosjektets overordnede mål	13
Etablering av Helsefremmende team i Østre Agder	15
Tverrfaglig helsefremmende team	16
Forberedelser og forankring i kommunene	17
Utvikling og supplering av andre kartleggingsverktøy	18
Metode for analyse av kvantitative data	27
Analyser	27
Metodiske merknader og betraktninger	27
Personvern og etiske betraktninger	28
Kvantitative resultater	29
Hva karakteriserte innbyggere som ble kartlagt og fulgt opp med ICOPE?	29
Innbyggernes iboende kapasitet	31
Supplerende analyser av endringsmønstre	34
Utvikling i bruk av tilbud og tjenester i innsatstrappen	37
Samlet tolkning av kvantitative funn	38
Kvalitative resultater	41
Teamenes erfaringer med ICOPE som metode	41
Henvisninger til Helsefremmende team	41
Erfaringer med ICOPE som metode	43
Erfaringer ICOPE trinn 2 og 3	45
Konklusjon	49
Implikasjoner for praksis og forskning	49
Referanser	52
Vedlegg	55

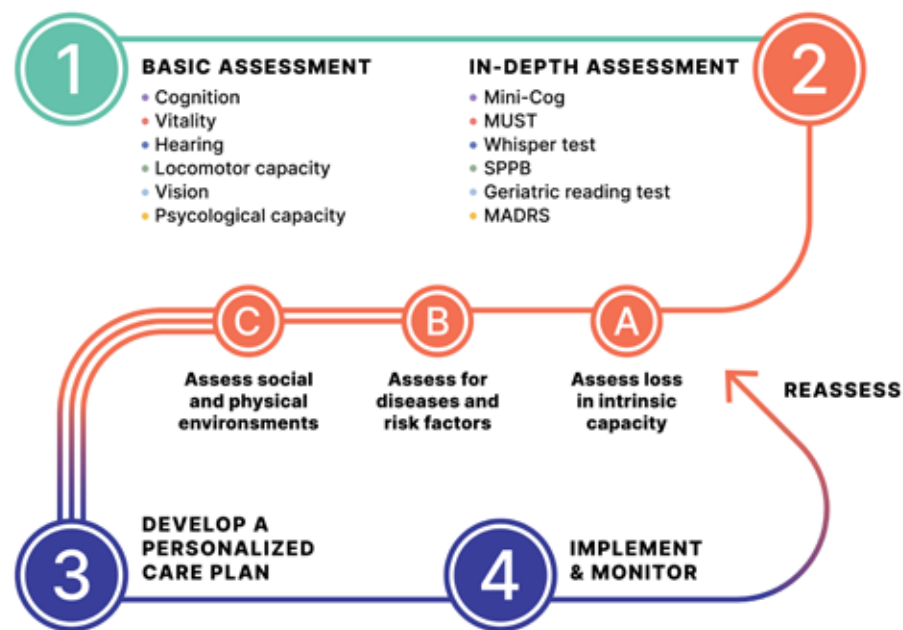
Helsefremmende team i Østre Agder

En økende andel eldre med multimorbiditet, skrøpelighet og økende hjelpebehov vil stille store krav til helse- og omsorgstjenestene. I Agder forventes antallet personer over 65 år å øke med 35 % frem mot 2030, og analyser viser at forbruk av helsetjenester øker flere år før enkelte blir storforbrukere, særlig fra rundt 70 års alder (Sørlandet sykehus HF, 2022). Dette gir et handlingsrom for målrettet screening og tidlig intervensjon for å opprettholde funksjon, utsette skrøpelighet og redusere fremtidig tjenestebehov.

Skrøpelighet er definert som redusert reservekapasitet som øker sårbarheten for funksjonstap, sykehusinnleggelse og død (Clegg et al., 2013). Tidlig identifisering er derfor viktig for å iverksette tiltak som kan opprettholde funksjon og utsette behov for hjelp. Samtidig finnes det begrenset konsensus om hvordan kommunehelsetjenesten bør identifisere og følge opp skrøpelighet, og det er behov for metoder som støtter forebygging, egenmestring og tiltak på lavest mulig nivå i innsatstrappen.

WHO har gjennom «Decade of Healthy Ageing» (2021–2030) satt funksjonsevne og iboende kapasitet i sentrum (WHO, 2020). Som del av dette arbeidet er ICOPE (Integrated Care for Older People) utviklet som et helhetlig rammeverk for å identifisere og følge opp redusert kapasitet (WHO, 2017). Modellen beskriver et sammenhengende forløp med innledende kartlegging, videre utredning ved behov, utvikling av personsentrerte tiltak og regelmessig oppfølging.

Østre Agder-kommunene valgte å utvikle og teste ICOPE som metode for systematisk kartlegging og oppfølging av eldre, som er i tråd med anbefalinger fra Helsefellesskapet (Hernes & Abildsnes, 2022) og forankret i Helse- og omsorgslederforum i Østre Agder.



Figur 1: Integrated Care for Older People (ICOPE)

Eldre innbyggers iboende kapasitet kan optimaliseres og økes

Screening- og intervensjonsverktøyet ICOPE er utviklet av WHO for å identifisere eldre over 65 år sin motstandskraft mot skrøpelighet ved å kartlegge personens iboende kapasitet, og gi kunnskapsbaserte råd og tiltak tilpasset til den enkeltes funksjon for å opprettholde eller øke den enkeltes kapasitet så lenge som mulig. Intrinsic capacity, oversatt til iboende kapasitet (Ranhoff et al., 2022), ble utviklet og introdusert av Verdens helseorganisasjon i 2015 (WHO, 2015).

Screening- og intervensjons-verktøyet ICOPE

Verktøyet innebærer en konkret og målrettet kartlegging som kan hjelpe kommunehelsetjenesten med å strukturere kartlegging av eldre personers iboende kapasitet og har konkrete forslag til kunnskapsbaserte tiltak for de ulike funksjonstapene.

IBOENDE KAPASITET innebærer summen av de fysiske og mentale kapasiteter en person innehar for å motstå skrøpelighet i aldringsprosessen, og omfatter mobilitet, sensorisk kapasitet som syn og hørsel, muskelstyrke, kognisjon og psykologisk kapasitet.

(Ranhoff et al., 2022)

Trinn1

ICOPE-n trinn 1 (Hollister et al., 2024), er oversatt til norsk av eksperter i forskningsprogrammet Eldre Agder og er tilpasset til norske forhold i kommunehelsetjenesten. I tillegg er Veileder for helsepersonell til ICOPE-n utviklet av prosjektgruppen og representanter for Eldre Agder (Vedlegg 1). Screeningverktøyet som er tilpasset til bruk av helsepersonell, kartlegger iboende kapasitet knyttet til kognitiv funksjon, bevegelighet, ernæring, syn, hørsel og psykisk helse (Figur 2).

ICOPE-n: kartlegging av iboende kapasitet

Norsk oversettelse av WHOs Integrated Care for Older People (ICOPE)*

Område	Tester ved å krysse av i sirkelen	Gi en vurdering av hvert område
Kognitiv funksjon	Be personen om å huske tre ord, f.eks. <i>blomst, dør, ris</i> Orientering om tid og sted: <i>Hvilken dato er det i dag?</i> <i>Hvor er du nå (hjemme, legekontor, etc.)?</i> Husker personen de tre ordene?	Feil på minst ett spørsmål eller vet ikke Kan ikke huske alle tre ord
Bevegelighet	Reise seg test: Be personen om å reise seg fra stolen fem ganger uten å bruke armene. Klarte personen å reise seg fem ganger i løpet av 14 sekunder?	☐ Nei
Ernæring	Vekttap: <i>Har du gått ned mer enn 3 kg de siste 3 månedene uten å ha gjort et forsøk på det?</i> Tap av appetitt: <i>Har du mindre matlyst nå enn tidligere?</i>	☐ Ja ☐ Ja
Syn	<i>Har du noen problemer med synet ditt (med eller uten briller): vansker med å se langt, lese, øyesykdommer eller får du medisinsk behandling (for eksempel for diabetes eller høyt blodtrykk)?</i>	☐ Ja
Hørsel	Hører personen hvisking på en armlengdes avstand (hvisketest) eller Resultat fra screening-audiometri er 35 dB eller mindre eller Består personen hørselstesteren?	☐ Ikke godkjent
Psykisk helse	<i>Har du i løpet av de siste to ukene følt deg nedfor, deprimert eller fylt av håpløshet? Har du i løpet av de siste to ukene vært plaget av liten interesse for eller glede av å gjøre ting?</i>	☐ Ja ☐ Ja

ICOPE-n © 2024 Hollister, B; Jeppestøl, K; Berg-Utby, C; Abildsnes, E; og Hernes, SS. [ICOPE-n](#). Senter for omsorgsforskning, sør. This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition ICOPE guidance, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; [2024]. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO shall be the binding and authentic edition. This translated work is available under the [CC BY-NC-SA 3.0](#). Kontakt forfatterne for forskningssamarbeid: brookeh@uia.no.

Figur 2: ICOPE-n

ICOPE trinn 2 og 3

Dersom innbygger får utslag på ett eller flere områder på trinn 1, utredes det videre i trinn 2 ved bruk av standardiserte kartleggingsverktøy. ICOPE trinn 3 innebærer et bredt spekter av personsentrerte tiltak i primærhelsetjenesten (eksempelvis fjerne ørevoks, henvise for høreapparat, henvise til optiker for briller, samtaleterapi, råd og veiledning knyttet til styrke- og balanseøvelser, informasjon og støtte). Valg av kartleggingsverktøy og tester, samt råd og tiltak anvendt i Helsefremmende team i Østre Agder ble utarbeidet av prosjektgruppen i samarbeid med Eldre Agder og presenteres i Figur 3.

ICOPE trinn 4

WHO anbefaler regelmessige revurderinger av funksjon med ICOPE, særlig etter sykdom eller endringer i livssituasjon, slik at reduksjon av iboende kapasitet tidlig identifiseres og tiltak igangsettes. Innbyggerne ble fulgt opp med ny kartlegging seks måneder etter første kartlegging med ICOPE.

Innsatstrappen

Helsefremmende team har også informert om og henvist innbygere til tilbud i kommunenes innsatstrapp som innbyggeren kan benytte seg av for å imøtekomme behov knyttet til ett eller flere områder i ICOPE. Eksempelvis kunne ensomhet i kombinasjon med ernæringsutfordringer og nedsatt bevegelse ivaretas ved at innbyggeren deltok i eksisterende tilbud som ivaretar flere av disse utfordringene (Eks: Treningsgrupper etterfulgt av mulighet for å spise sammen med andre).

Innsatstrappen er en modell utviklet av Agenda Kaupang (NOU 2023:4), som viser en oversikt over forebyggende tilbud og ikke-vedtaksbaserte tjenester (trappetrinn 1-6), samt mer omfattende og ressurskrevende tjenester og vedtaksbaserte tjenester (trappetrinn 2-12). Innsatstrappen synliggjør hvilke tilbud som finnes, hvilket

Område	Trinn 2* Utredning	Trinn 3* Informasjon > Råd > Tiltak
Kognitiv funksjon	Mini-Cog	Alle: Anbefal nettressurs: Forebygging av demens - Nasjonalt senter for aldring og helse Mini-Cog 3 poeng: Anbefal innbygger å bestille time hos fastlege Mini-Cog 0-2 poeng: Henvis til kommunens hukommelsesteam
Bevegelse	SPPB eller 4m gangtest	Alle: Risikovurdering for fall: 1. Har du falt i løpet av det siste året? 2. Føler du deg ustø når du står/går3. Er du bekymret for å falle? Alle: Anbefal lokal gruppetrening eller vis øvelser til egentrening, med fokus på fallforebygging Fallforebygging - Helsenorge SPPB under 8 poeng eller 4m gangtest over 6,2 sek: Henvis til dagrehabilitering eller hverdagsrehabilitering
Ernæring	MUST	Alle: Anbefal vekt x 1 pr mnd., finn innbyggers faktiske behov for mat og drikke, energiberiket mat ved lite inntak Kostrådene - Helsedirektoratet MUST 1 poeng og høyere: Utfør undersøkelser etter funn fra MUST kartlegging (for eksempel klinisk undersøkelse av abdomen og munnhule/ tannhelse). Tiltak: Gi råd og tiltak for tilstrekkelig inntak av næring og væske i tråd med ernæringstrappen. Ved moderat eller alvorlig risiko for underernæring, send PLO til fastlege og anbefal innbygger om å bestille time hos fastlege.
Syn	Lesetest	Alle: Anbefal årlig synstest hos optiker Ikke godkjent: Anbefal å bestille time hos optiker dersom mer enn 6 mnd. siden forrige time. Dersom medisineret for høyt blodtrykk eller diabetes og mer enn 6 mnd. siden forrige time hos øyelege, anbefal innbygger å bestille time hos fastlege.
Hørsel	Hvisketest	Alle: Gi råd om hvordan opprettholde god hørsel Hørsel - Helsenorge Ikke godkjent: 1) Otoskopi, ved ørevoks anbefal råd og veiledning fra apoteket. 2) Dersom øreskylling ikke gir effekt, kontakt fastlege. Undersøk om innbygger er motivert for høreapparat etter grundig informasjon om nytte.
Psykisk helse	MADRS	Alle: Gi råd: 1) Vær fysisk aktiv 2) Vær sosial 3) Engasjer deg i noe. Gi informasjon om nasjonale ressurser: Ved MADRS 7-19: 1) Gi råd og informasjon om tiltak og lokale tjenester 2) Ved score over 15 anbefal å bestille time hos fastlege for videre utredning og plan for behandling MADRS 20-35: 1) Gi råd og informasjon om tiltak og lokale tjenester 2) Anbefal innbygger å bestille time hos fastlege. MADRS ≥35: Ta kontakt med fastlege for å vurdere tiltak. Gi innbygger info om hjelpetelefon Mental Helse tlf. 116123.

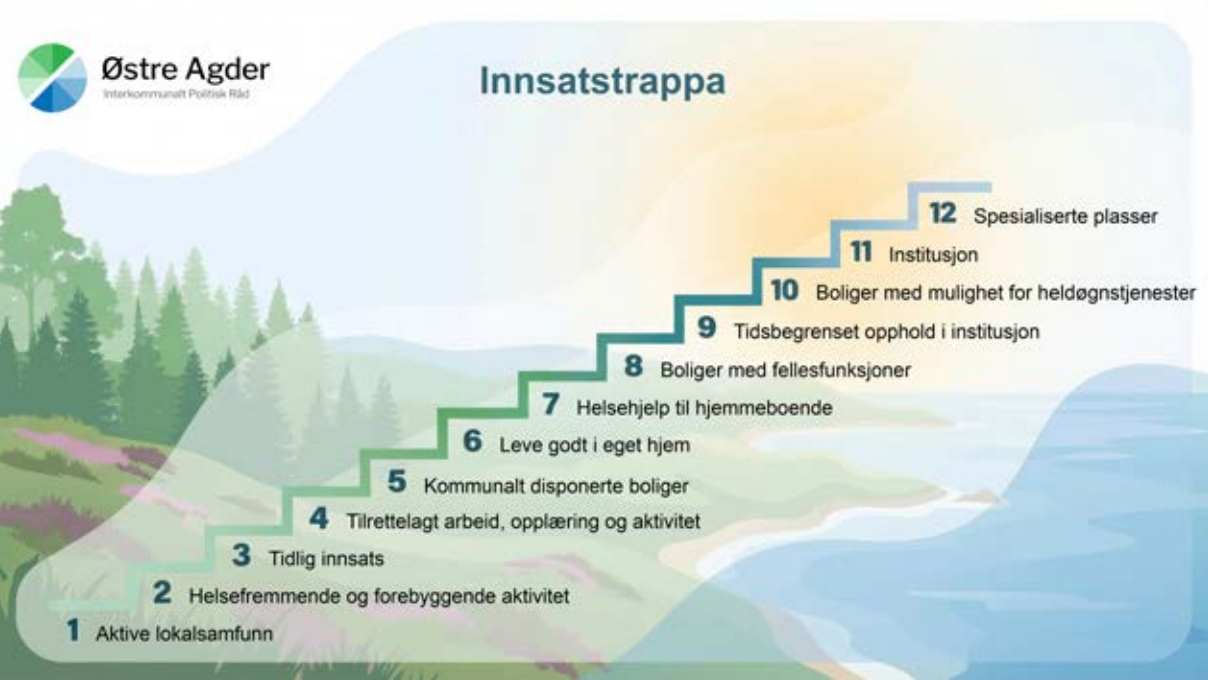
*Trinn 2: Benytt anbefalte kartleggingsverktøy, veiledning til bruk av disse finnes her.
Utstyr: viskelær og blyant, tidtaker, målebånd og tape, vekt.
**Trinn 3: Tilpass råd og tiltak etter en helhetlig vurdering av innbyggerens situasjon, i tråd med nasjonale anbefalinger og lokale tiltak.
Utstyr: otoskop, hansker, tungespatel, brosjyrer med råd og oversikt over lokale tilbud på lavest mulig trinn i innsatstrappen.

Figur 3: Kartleggingsverktøy

nivå av inngripen det innebærer for innbyggerne og legger til rette for tidlig innsats og riktig prioritering.

Gjennom BOHO –prosjektet (Bærekraftige oppvekst- helse- og omsorgstjenester) har alle Østre Agder-kommunene tilpasset innsatstrappen slik at innhold speiler kommunenes innhold av tilbud og tjenester. Teamet i Arendal og Gjerstad har benyttet samme modell for innsatstrappen, men innhold og organisering av tjenestene varierer naturlig nok i de ulike trinnene mellom kommunene grunnet kommunestørrelse. Gjerstad (Gjerstad kommune, 2024) har eksempelvis færre og/eller andre tilbud enn Arendal (Arendal kommune, 2026), noe som gjør at enkelte tiltak organiseres annerledes eller ikke tilbys i Gjerstad, og omvendt.

Til tross for forskjellene følger begge kommunene prinsippet om gradvis tilpasset innsats med tilsvarende nivå og formål. Figur 4 viser Østre Agders oppbygging av trinn i innsatstrappen (Østre Agder-samarbeidet, 2026).



Figur 4: Østre Agders Innsatstrapp utviklet gjennom prosjektet Bærekraftige Oppvekst, Helse- og omsorgstjenester (BOHO).

Prosjektets overordnede mål

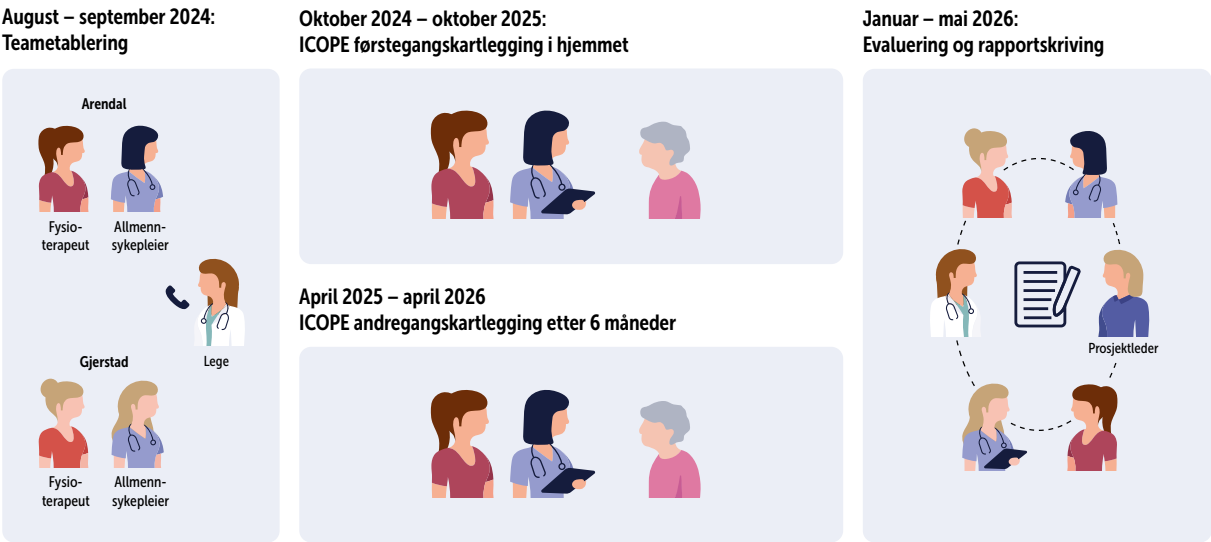
Med utgangspunktet som presentert over og som del av Eldre Agder-programmet, har prosjektet utviklet en tilpasset ICOPE for den norske kommunehelsetjenesten. Verktøyet er ment å være nyttig både for eldre innbyggere og for kommunehelsetjenesten. Verktøyet kan bidra til å identifisere reduksjon i iboende kapasitet og dermed ved å igangsette enkle råd og tiltak på lave trinn i innsatstrappen, bremse eller reversere utvikling av skrøpelighet samt utsette behovet for helse- og omsorgstjenester.

Det overordnede målet for prosjektet er derfor å utforske hvordan et helsefremmende team og ICOPE-n kan brukes som metode for kartlegging og intervensjon for eldre over 65 år i en stor og en liten kommune som henvender seg til kommunen for første gang.

Etablering av Helsefremmende team i Østre Agder

Dette kapitlet beskriver hvordan prosjektet forberedte kommunene til oppstart og hvordan teamene praktisk arbeidet med å teste ut ICOPE som metode for å kartlegge innbyggere som tar kontakt med kommunen for første gang.

Prosjektet startet opp i august 2024. Den første måneden ble det gjort utviklingsarbeid på tvers av kommunene for å utvikle metode og verktøy for hvordan teamene skulle arbeide. Videre ble det avklart hvordan de ulike yrkesgruppene skulle samarbeide, samt hvilke kartleggingsverktøy som skulle benyttes i ICOPE-n trinn 2 og hvilke tiltak som skulle anbefales i ICOPE trinn 3. Det ble også kartlagt eksisterende lokale tilbud i Arendal og Gjerstad som kunne være aktuelle som råd og tiltak i ICOPE trinn 3. Første hjemmebesøk i Arendal og Gjerstad ble gjennomført i oktober 2024. Samtlige innbyggere der det var aktuelt, fikk oppfølgingsbesøk med ny kartlegging etter seks måneder. For å sikre at alle inkluderte innbyggere fikk oppfølgingsbesøk, ble siste innbygger inkludert i prosjektet medio oktober 2025 og siste oppfølgingsbesøk ble gjennomført ultimo mars 2026.



Figur 5 viser hovedaktiviteter i prosjektperioden fra august 2024 til juni 2026

Tverrfaglig helsefremmende team

Prosjektets to helsefremmende team ble etablert i Østre Agder. Ett team i Arendal, som defineres som en stor kommune, og ett team i Gjerstad, som defineres som en liten kommune. Begge teamene består av en fysioterapeut og en allmennsykepleier i 50 % stilling. Begge teamene hadde tilknyttet en medisinskfaglig rådgiver – spesialist i allmennmedisin – i en 20 % stilling som ble delt mellom teamene etter behov.

For å illustrere hva som karakteriserer Arendal og Gjerstad kommune, og for å belyse ulike organisatoriske plasseringer og forutsetninger for å identifisere aktuelle innbyggere og igangsette ulike tiltak, presenteres informasjon om kommunene nedenfor.

ARENDALE KOMMUNE

Innbyggertall: 46 669

Over 65 år: 10 846

Fordeling kjønn over 65 år:

52,5% kvinner, 47,5% menn

Opptil 80 år: 8634

81 år og eldre: 2212

Antall legesentre: 11

(2. kvartal 2025) (SSB, n.d)

Teamets plassering i Arendal kommune

Teamet i Arendal er plassert i Sektor helse og mestring, under enheten Forebyggende tjenester med arbeidssted på tildelingskontoret i Arendal kultur- og rådhus. Tildelingskontoret er fordelt på tre team, og er sammensatt av personell på tvers av fag- og oppgaveområder. Teamet samarbeider tett med tjenestekontor, demenskoordinator og fysio- og ergoterapitjenesten.

Teamets plassering i Gjerstad kommune

Helsefremmende team er organisatorisk tilknyttet kommunens helse- og omsorgstjeneste, under avdeling Forebygging og utvikling med arbeidssted på Frisklivssentralen. Teamet samarbeider tett med tjenestekontor, fysio- og ergoterapitjenesten og frisklivssentralen. Teamet har deltatt regelmessig på ukentlig tverrfaglig samarbeidsmøte gjennom hele prosjektperioden.

Teamenes medisinskfaglige rådgiver

Teamet har vært organisert med en allmennlege som er spesialist i allmennmedisin som medisinskfaglig rådgiver. Legen har fungert som rådgiver i oppstart av prosjektet for veiledning om hvordan teamet skal møte primærhelsetjenesten og få kontakt med fastlegene. Legen har også hatt rådgivende samtaler med de

to teamene fortløpende i forbindelse med faglige vurderinger og drøftinger av kartlegginger og vurderinger av innbyggere. Legen har deltatt på fellesmøter med teamene en gang i måneden i prosjekt-tiden. Medisinskfaglig rådgiver har hatt dialog med kommunenes allmennlegeutvalg (ALU) for informasjonsdeling om prosjektet. Videre har medisinskfaglig rådgiver også veiledet teamet knyttet til innhold og struktur i pleie og omsorgsmeldinger som ble sendt fastlegene før og etter kartlegging.

Forberedelser og forankring i kommunene

Det ble gjennomført et omfattende informasjonsarbeid for å gjøre tilbudet kjent i kommunene. Informasjonsbrosjyrer til helsepersonell om prosjektet og teamets bidrag ble utviklet og distribuert digitalt og fysisk (Vedlegg 5). Det ble holdt møter for helse- og omsorgsledere, kommuneoverleger, fastleger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og saksbehandlere i Arendal og Gjerstad, med vekt på målgruppe, henvisning og dialog før og etter hjemmebesøk. For å nå innbyggerne ble det laget brosjyrer delt ut på legekontorer, fysioterapiinstitutter, frivillighetssentraler og lokalbutikker (Vedlegg 6 og 7).

Det ble etablert egne nettsider for Helsefremmende team i Arendal (2025) og Gjerstad (uten dato) med informasjon om tilbudet og råd for å styrke egen helse. Teamet presenterte også tilbudet for ulike aktører, blant annet innbyggere, eldreråd, pensjonistforeninger, fagkonferanser og masterstudenter ved Universitetet i Agder. Lokalavisene publiserte artikler om prosjektet (Vedlegg 8). I oppstartsfasen deltok prosjektet på møtepunkter i kommunene for å sikre forankring, og det ble gjennomført heldagssamlinger og månedlige digitale møter for erfaringsdeling og fremdrift i prosjektet.

Utvikling og supplering av andre kartleggingsverktøy

For å kartlegge funksjon hos eldre innbyggere som tok kontakt med kommunene for første gang, utviklet vi et felles kartleggingsskjema utover ICOPE. Dette var nødvendig for å få en helhetlig forståelse av innbyggernes situasjon, samt enighet om dokumentasjon og kommunikasjon med annet helsepersonell ved behov.

Anamnese

Prosjektet utviklet et omfattende anamneseskjema for å få helhetlig innsikt i innbyggernes situasjon. Skjemaet omfatter sosial anamnese, sykehistorie, «hva er viktig for deg», fysisk aktivitetsnivå, legemiddelsamstemming, interaksjonsanalyse, vaksiner, hjelpemidler, boligkartlegging, NEWS2, eliminasjon, søvn, stimulantia og helsekompetanse (Vedlegg 4).

Anamnesen ga teamet mulighet til å bli kjent med innbyggeren, avklare behov og bygge tillit, slik at kartleggingen opplevdes som en naturlig samtale. Den fleksible samtaleformen gjorde det mulig å starte med de mest relevante områdene. Siden ICOPE gir begrenset informasjon om årsaker til funn, bidro anamnesen til en mer individuell og helhetlig forståelse, som styrket tolkning av resultater og tilpasning av tiltak. Teamets breddekompetanse var sentral for å se sammenhenger mellom anamnese og ICOPE-resultater til en helhetlig vurdering.

Mal for dokumentasjon og kommunikasjon

Det ble utarbeidet dokumentasjonsmaler basert på kartleggingen (Vedlegg 4). I samarbeid med kommunenes ansvarlige for pasientjournalssystemet (Geric), ble det utviklet tekstbanker med ferdige overskrifter og temaer fra malen. Disse ble brukt til dokumentasjon etter hjemmebesøk, til innhenting av informasjon fra fastleger i pleie- og omsorgsmeldinger, og til oppsummeringer etter hjemmebesøk. Opplysninger fra hvert besøk ble fortløpende dokumentert i Geric i begge kommuner, i tråd med gjeldende rutiner for helsedokumentasjon.

Andre kartleggingsverktøy

Vitale parametere (Respirasjonsfrekvens, puls, blodtrykk, oksygenmetning og temperatur) ble målt som en del av den helhetlige vurderingen av innbyggernes helse- og funksjonsnivå. I tillegg ble grad av skrøpeligheit ble vurdert ved bruk av Clinical Frailty Scale (CFS) (Rockwood et al., 2017, Dent et al., 2019), for å vurdere grad av skrøpeligheit hos den enkelte innbygger og for å sammenligne dette med ICOPEskår.

Ved rapporterte smerter i anamnesen ble Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) benyttet. Der innbyggere ble tildelt kommunale tjenester etter kartleggingsbesøk, ble funksjons og tjenesteopplysninger (IPLOS/ADL) utført og dokumentert i kommunens journalsystem.

Innsatstrappen brukes i analysene som en overordnet indikator på nivå av kommunal innsats, der lavere trinn hovedsakelig representerer mindre omfattende og mindre ressurskrevende tiltak, og høyere trinn mer omfattende eller vedtaksbaserte tjenester. I tillegg til kartlegging ble ICOPE brukt som rammeverk for strukturert oppfølging og tverrfaglig vurdering, der resultatene fra kartleggingen dannet grunnlag for prioritering og koordinering av videre kommunal oppfølging.

ICOPE som metode i helsefremmende team

Målgruppe for helsefremmende team

For å treffe målgruppen for prosjektet, ble inklusjons- og eksklusjonskriterier tydelig presisert i både skriftlig og muntlig informasjon om tilbudet.

Målgruppen for prosjektet var innbyggere 65 år eller eldre som henvendte seg til helse- og omsorgstjenester for første gang, eller der fastlege eller annet helsepersonell så behov for helse- og omsorgstjenester i nær fremtid.

Helsefremmende team har **ikke** vært aktuelt for innbyggere med:

- moderat til alvorlig demenssykdom
- kort forventet levetid
- akutt behov for helsetjenester med et stort omsorgsbehov, uavklart helsetilstand
- pågående utredning
- liten eller ingen motivasjon for tilbudet

Henvisning til Helsefremmende team

Alle kunne henwise til Helsefremmende team. Innbyggere og pårørende kunne ta kontakt via tjenestekontoret, søknad om tjenester eller direkte til teamet på telefon/e-post. Tildelingskontoret kunne henwise når innbyggere søkte helse- og omsorgstjenester for første gang, enten via internmelding, telefon eller møtepunkter. Saksbehandlere henviste gjennom internmelding eller ved møte dersom målgruppeavklaring var nødvendig. Fastleger kunne henwise ved behov for kommende helse- og omsorgstjenester gjennom elektronisk pleie- og omsorgsmelding til tjenestekontoret. Annet helsepersonell kunne henwise via internmelding.

Forberedelser før hjemmebesøk

Etter henvendelse tok teamet kontakt med innbygger, eventuelt sammen med pårørende, for å informere om teamet, forklare kartleggingens omfang, avtale tid for hjemmebesøk og innhente

samtykke til å hente informasjon fra fastlege. Deretter ble det sendt elektronisk pleie- og omsorgsmelding til fastlegen med forespørsel om diagnoser, legemiddelliste, oppfølging av syn/hørsel og eventuell pågående utredning.

Hjemmebesøk

Hjemmebesøket ble gjennomført av allmennsykepleier og fysioterapeut i følgende rekkefølge: anamnese, ICOPE trinn 1 (screening), trinn 2 (videre utredning) og trinn 3 (råd og tiltak). Besøket varte 60–90 minutter og startet med informasjon om hensikt og gjennomføring. Fysioterapeuten kartla fysisk aktivitet, bolig og hjelpemidler, mens allmennsykepleier ledet den øvrige anamnesen. Som avslutning ble avtalte råd og tiltak, samt tidspunkt for oppfølging etter seks måneder, skrevet inn i Helsefremmende teams brosjyre og gitt til innbyggeren (Vedlegg 9 og 10).

ICOPE trinn 1: Kartlegging av iboende kapasitet

Ved ICOPE trinn 1 ble områdene fordelt slik at fysioterapeuten kartla hukommelse og bevegelse, mens allmennsykepleier vurderte ernæring, syn, hørsel og psykisk helse. Ved utslag på et område i trinn 1 gikk teamet videre til trinn 2 for utredning før de fortsatte med neste område. Vanligvis fulgte kartleggingen en standard rekkefølge, men dersom innbyggeren allerede hadde beskrevet en konkret helseutfordring i anamnesen, ble relevant ICOPEkartlegging gjennomført umiddelbart for å unngå gjentakelser.

ICOPE trinn 2: Videre utredning

Dersom innbyggeren hadde fall i iboende kapasitet på ett eller flere områder, ble videre utredning i tråd med prosjektets utvalgte kartleggingsverktøy benyttet (Figur 1 og 3).

ICOPE trinn 3: Råd og tiltak

I ICOPE trinn 3 var førstevalget å gi råd som kunne opprettholde eller øke innbyggerens iboende kapasitet. Målet var å styrke helsekompetansen og forebygge forverring ved å gi informasjon som gjorde innbyggeren i stand til å ta gode valg. Råd og tiltak ble vurdert helhetlig, med forståelse for at faktorene i ICOPE påvirker

hverandre gjensidig, slik at tiltak innen ett område også kan gi effekt på andre. Tiltakene tok utgangspunkt i tilbud på lavest mulig nivå i kommunens innsatstrapp (Figur 4) og fulgte nasjonale faglige råd. Et eksempel er at tiltaket egentrening i hjemmet eller i etablerte treningsgrupper knyttet til frisklivssentraler ble gitt fremfor tiltak på høyere trappetrinn som innsatsteam eller iverdagsrehabilitering. Rådene bygget på nasjonale anbefalinger innen ICOPEområdene, blant annet fra Aldring og helse, Helsenorge og Helsedirektoratet. Arendal kommunes ressursside for seniorer (uten dato) ble også brukt for å informere om lokale tilbud og gi råd om gode helsevalg.

I Tabell 1 beskrives råd og tiltak som ble gitt ut fra de ulike funksjonsområdene i ICOPE:

Tabell 1: Oversikt over anbefalinger og ressurser

Område	Råd / Tiltak	Lenker
Kognitiv funksjon	- Hjernetrim og læring - Være sosial - Fastlege for videre vurdering, evt. alderspsykiatri (ved både kognitiv og psykisk score) - Henvise hukommelsesteam - Fysisk aktivitet	Forebygging av demens – Aldring og helse Fakta om demens – Nasjonalforeningen Seniornett Arendal og omegn – Seniornett
Bevegelse	- Øke fysisk aktivitet - Fallforebyggende tiltak - Hjelpemidler - Hjemmeøvelser - Tilrettelegging av bolig - Henvise frivillige eller kommunale gruppetreningstilbud - Henvise til fysio- og ergotjenesten	Fysisk aktivitet – Aldring og helse www.utviklingssenter.no.docx Øvelser for å forebygge fall – Helsedirektoratet
Ernæring	- Følge ernæringstrappen (trinn 1-5) - Fastlege ved nyoppdaget vektnedgang - Tannlege ved munn/tannhelseutfordringer - Ved overvekt: nasjonale råd og utarbeidelse av plan med fastlege.	Kosthold for eldre – Helsenorge www.utviklingssenter.no.docx Helsedirektoratets kostråd (plakat) Sunne fristelser – UiA
Syn	- Belysning og hjelpemidler - Optiker (>6 mnd siden sist) - Fastlege for henvisning øvelege ved medisinsk behandling blodtrykk/diabetes - Henvise kommunal synskontakt	Råd for synet – Helsenorge
Hørsel	- Optimalisere høreapparat og andre hjelpemidler - Fastlege for henvisning hørselssentralen og evt. ørevoksbehandling - Motivere for bruk av høreapparat. - Henvise kommunal hørselskontakt	Råd ved nedsatt hørsel – Helsenorge
Psykisk helse	- Være sosial - Fysisk aktivitet - Opprettholde gode vaner - Fastlege ved MADRS skår > 15 - Henvise kommunal psykisk helsetjeneste - Samtaleterapi f.eks diakon - Frivilligsentralens møteplasser	Råd for god psykisk helse Sjekkliste for psykisk beredskap – Helsedirektoratet

Andre relevante råd, tiltak og informasjon gitt til innbyggeren

Helsefremmende team ga også råd utover ICOPEområdene, blant annet sykdomsforebyggende råd tilpasset innbyggerens eksisterende sykdommer, samt generelle anbefalinger som kunne forebygge fall i iboende kapasitet.

Temaområder relevante for iboende kapasitet, og råd ut over ICOPE, samt informasjon og tiltak knyttet disse, er organisert i Tabell 2:

Tabell 2: Oversikt over ICOPE-relaterte temaer og tilleggstiltak

Tema	Råd / informasjon	Henvisning / tiltak
Legemidler	Råd om å ta opp legemiddelgjennomgang med fastlege	Kontakte fastlege; oppsøke apotek for privat multidoseordning
Søvn	Generelle råd og fakta om søvn	Tosidig informasjonskort: <i>Råd og fakta om søvn</i>
Inkontinens	Råd om håndtering og forebygging	Henvisning til apotek for materiell og rådgivning
Vaksiner	Forebyggende vaksiner	Kontakte fastlege for influensa- og pneumokokkvaksine
Transport	Informasjon om tilrettelagt transport	Informasjon om søknadsprosess for TT-kort. AKT Svipp – samkjøringstjeneste (Agder kollektivtrafikk)
Brannforebygging	Forebyggende råd for økt brannsikkerhet	Informasjon: <i>Brannsikkerhet for eldre</i>
Fremtidsfullmakt	Planlegging for fremtidige behov	Informasjon om fremtidsfullmakt
Bolig – planlegging	Refleksjon rundt framtidig bosituasjon	<i>Hvor og hvordan vil jeg bo?</i>
Bolig – sikkerhet	Vurdering av boligstandard og funksjonalitet	Brosjyre: <i>Er boligen din trygg og funksjonell?</i>
Bolig – lokalt	Lokale boligtilbud	Lokale boligbyggerlag i Østre Agder
Aktiviteter for flyktninger	Språk og integrering	Norskopplæring – Arendal

Kommunikasjon med annet helsepersonell for videre oppfølging etter kartlegging

Samarbeid med fastleger

Helsefremmende team mottok henvisninger fra fastleger gjennom pleie og omsorgsmeldinger med behov for kartlegging. Etter gjennomført kartleggingsbesøk ble fastlegen tilbudt et digitalt telefonmøte, hvor legen kunne benytte normaltariffens takst 14 (913 kroner) for deltakelse i planlagt flerfaglig møte. Fastleger ga ofte tilbakemeldinger etter kartleggingene, samt vurdering om videre plan. I noen tilfeller etterspurte fastleger om videre oppfølging av konkrete områder fra Helsefremmende team.

Saksbehandlere i tildelingstjenesten

Etter kartleggingsbesøket ble det holdt fysiske møter med saksbehandler når innbygger hadde behov for vedtaksbaserte kommunale tjenester. For innbyggere som ble vurdert til å ikke ha behov for vedtaksbaserte tjenester, men der saksbehandler hadde vært involvert, ble det gitt tilbakemelding om funn, samt hvilke råd og tiltak som var igangsatt. Ved behov for videre kognitiv utredning, tok Helsefremmende team kontakt med hukommelsesteamet og avtalte fysiske møter for å vurdere hastegrad på videre tiltak og utredning.

Andre sentrale samarbeidspartnere

Ved samarbeid med fysio- og ergoterapitjenesten ble internmelding brukt som kommunikasjonsform. Ved henvisning til KOLS-koordinator ved Sørlandet sykehus Arendal ble pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) benyttet for overføring av informasjon. Telefonmøter ble også brukt for å avklare videre oppfølging som eksempelvis diakon.

Metode for analyse av kvantitative data

Dette kapitlet presenterer innbyggernes iboende kapasitet og grad av skrøpelighet ved første kartlegging og utvikling av iboende kapasitet seks etter måneder første kartlegging.

Analyser

De statistiske analysene bygger på deskriptive mål (medianer, antall og andeler) og eksplorative tester for endring og gruppemønstre i Excel, inkludert binomisk test, ikke-parametriske tester som Wilcoxon signedrank test, McNemartest og enkle sammenligninger mellom kjønn og aldersgrupper. Kapitlet beskriver til sist teamets erfaringer med bruk av ICOPE i helsefremmende team, samt forslag til forbedringer og videre utvikling av metoden.

Metodiske merknader og betraktninger

Analysene inkluderer kun deltakere med valide baseline og oppfølgingsverdier for den aktuelle delanalysen. For både ICOPE og CFS er utviklingskategorier og endring i score vurdert, og for kognitiv og psykisk utvikling kommenteres også de underliggende variablene. P-verdier, med signifikansnivå satt til $p = 0,05$ (5%), presenteres som eksplorative støttefunn og ikke som selvstendig grunnlag for tolkning.

Funnene må tolkes med varsomhet. Studien er basert på et relativt lite utvalg fra to kommuner, og resultatene kan derfor ikke generaliseres uten videre til andre kontekster. Videre er dette et utviklingsprosjekt uten kontrollgruppe, der flere samtidige faktorer kan ha påvirket utviklingen i iboende kapasitet, som naturlige variasjoner i sykdomsforløp, livshendelser, tilgang til andre tjenester og individuell motivasjon. Det er heller ikke mulig å isolere effekten av de enkelte tiltakene som ble gitt, da oppfølgingen var tilpasset og sammensatt. Resultatene bør derfor primært forstås som indikasjoner på mulige sammenhenger og som et kunnskapsgrunnlag for videre utvikling og tilpassing til den enkelte kommune.

Personvern og etiske betraktninger

I dette utviklingsprosjektet presenteres Helsefremmende teams erfaringer med å utvikle og teste ICOPE i kommunehelsetjenesten, samt hva som karakteriserte innbyggerne som ble kartlagt og fulgt opp med ICOPE av teamene. Disse resultatene er samlet sett viktige for Østre Agder-kommunene og øvrige kommuner nasjonalt for å vurdere om denne metoden er egnet for både tjenesten og innbyggerne og dermed tilpasses og implementeres i praksis. Innbyggerne ble kartlagt og fulgt opp som en integrert del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene i de respektive kommune. Helsepersonell i prosjektet var ansatt i de respektive kommunene og dokumenterte helseopplysninger i Geric. Aidentifisert data fra innbyggere ble anvendt til deskriptive analyser for evaluering av prosjektet, ble godkjent for bruk av ledelse i Gjerstad og Arendal kommune. Det eksisterer ikke kodenøkkel for datamaterialet, og data kan derfor ikke identifiseres verken direkte eller indirekte. Bruk av data for publisering for kvalitetsutvikling er drøftet, vurdert og godkjent av Østre Agders felles personvernombud. Data fra Arendal og Gjerstad er analysert og presentert samlet for å ivareta personvern. Alle analyser er utført av ansatte i Helsefremmende team. Variabler med lave verdier og få innbyggere (eksempelvis de innbyggerne som ikke ble fulgt opp etter 6 måneder) er ikke publisert for å ivareta personvern.

Kvantitative resultater

Hva karakteriserte innbyggere som ble kartlagt og fulgt opp med ICOPE?

Flertallet av innbyggerne var kvinner (56 %). Medianalderen var 82 år, hvor kvinnene var noe eldre enn mennene. De fleste deltakerne var 75 år eller eldre, med størst andel i gruppen 75–84 år. Tabell 3 viser karakteristika av innbyggere som ble fulgt opp i prosjektet:

Tabell 3: Karakteristika av innbyggere inkludert i prosjektet

Karakteristika av innbyggere inkludert i prosjektet	
Kjønn	n (%)
Kvinner	51 (56,0)
Menn	40 (44,0)
Median alder	År (kvinne, mann)
Totalt	82 (83, 80)
Aldersgruppe	n (%)
< 75 år	17 (18,7)
75–84 år	39 (42,9)
≥ 85 år	35 (38,5)

Hvor ble innbyggerne henvist til helsefremmende team fra?

Totalt 91 innbyggere ble henvist til Helsefremmende team i Østre Agder for kartlegging og oppfølging med ICOPE. Majoriteten ble henvist fra saksbehandlere i tjenestekontorene (61,5%) og fastleger (14,4%). Oversikt over hvor innbyggerne ble henvist fra, presenteres i Tabell 4, samt hvilke typer tjenester som ble etterspurt i henverdelsene er presentert i Tabell 4.

Tabell 4: Henvisningskilde ved førstegangsbesøk.

Henvisningskilde ved førstegangsbesøk	Antall	Andel (%)
Fysioterapitjeneste / frisklivssentral / ergoterapeut	5	5,5
Saksbehandler	56	61,5
Fastlege	13	14,3
Pårørende	11	12,1
Innbygger tok selv kontakt	6	6,6
Totalt	91	100

Tabell 5: Forespørsel om tjenester/behov

Forespørsel om tjenester/behov	Antall	Prosent
Kartlegging av hjelpebehov	49	53,9
Hjemmesykepleie	16	17,6
Trygghetsalarm, hjelpemidler	11	12,1
Hjemmehjelp, omsorgsbolig, korttidsplass, dagaktivitetssenter, Hverdagsrehabilitering	15	16,5
Totalt	91	100

Oppfølging av innbyggere etter seks måneder og årsaker til frafall

Totalt ble 73 (80,2 %) innbyggere fulgt opp med ny kartlegging etter seks måneder. De resterende 18 (19,8 %) innbyggerne som ikke ble fulgt opp videre av Helsefremmende team, fikk i løpet av seks måneder helse- og omsorgstjenester på høyere nivå grunnet forverring av helsetilstand og funksjon som eksempelvis hjemmesykepleie, omsorgsbolig og sykehjem, eller at de ikke ønsket videre oppfølging av ulike grunner, eller frafall grunnet flytting eller død.

Innbyggernes iboende kapasitet

Iboende kapasitet ved førstegangskartlegging

I hele utvalget som ble kartlagt ved inklusjon (n = 89–91 avhengig av variabel), var gjennomsnittlig ICOPE totalscore 4,07 (95 % KI 3,82–4,31), og gjennomsnittlig skår på Clinical Frailty Scale (CFS) 3,85 (95 % KI 3,58–4,11). En skår på fire på CFS indikerer svært mild skrøpelighet og markerer en overgang fra å være helt selvhjulpen til å ha behov for mer hjelp. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet.

Tabell 6 viser baselineverdier for deltakere som inngår i endringsanalysene, det vil si de med gyldige målinger både ved baseline og seks måneders oppfølging (n = 68–73). I denne gruppen var gjennomsnittlig ICOPE totalscore 4,03 (95 % KI 3,76–4,30), og gjennomsnittlig CFS-scorer 3,64 (95 % KI 3,35–3,93). Deltakerne som ble fulgt opp hadde dermed noe lavere grad av skrøpelighet og samlet fall i iboende kapasitet ved baseline enn totalutvalget.

Denne forskjellen reflekterer at flere av de mest skrøpelige deltakerne eller de med mer ustabil helsetilstand fikk økt tjenestebehov eller falt fra før seks måneders oppfølging. Endringsanalysene i det videre kapitlet gjelder derfor innbyggere med et funksjonsnivå som muliggjorde oppfølging over tid, og bør tolkes i lys av dette.

Når de enkelte ICOPEområdene betraktes, var fall i iboende kapasitet ved baseline hyppigst innen syn (80,3 %), bevegelighet (74,6 %) og hørsel (72,9 %). Omtrent halvparten av deltakerne hadde også utslag innen kognitiv funksjon, psykisk helse og ernæring. Dette viser at mange innbyggere allerede ved førstegangskontakt hadde sammensatte funksjonsutfordringer.

Utvikling i iboende kapasitet og skrøpelighet etter seks måneder

Blant deltakerne med gyldige målinger ved både baseline og seks måneders oppfølging (n = 68) viste parvise analyser en statistisk signifikant forbedring i samlet iboende kapasitet, målt ved ICOPE-total skår. Den gjennomsnittlige endringen var -0,41 (95 % KI -0,67 til -0,15; p = 0,003), som indikerer i gjennomsnitt en forbedring/økning i iboende kapasitet seks måneder etter første kartlegging (Tabell 6).

Graden av skrøpelighet målt med CFS var derimot stabil, med en gjennomsnittlig endring på 0,03 ((P=1,00 KI -0.18-0,23). Dette understreker at skrøpelighet målt med CFS er et mer overordnet og mindre dynamisk mål enn enkeltkomponentene i iboende kapasitet.

På områdenivå var utviklingen differensiert. Det ble observert en tydelig og statistisk signifikant bedring i psykisk helse (-26,0 prosentpoeng; p < 0,001). Bevegelighet viste en grensesignifikant forbedring (p = 0,057). Samtidig viste SPPB en signifikant forbedring i fysisk funksjon (+0,42; p=0.045), noe som støtter en samlet tolkning av bedring i bevegelighet og funksjonsnivå. For kognitiv funksjon og ernæring var endringene små og ikke signifikante, mens syn og hørsel fremsto som stabile over tid.

Samlet sett viser disse funnene at utviklingen i iboende kapasitet ikke er ensartet, men kjennetegnes av samtidig forbedring i enkelte påvirkbare områder og stabilitet eller forverring i andre.

Endringene illustrerer hvordan systematisk oppfølging strukturert gjennom ICOPE kan bidra til tidlig identifisering av påvirkbare funksjonsområder og gi grunnlag for mer målrettet oppfølging over tid.

Tabell 6: Utvikling i iboende kapasitet, skrøpelighet og funksjon fra baseline til seks måneders oppfølging*

Variabel	n	Baseline, gj.snitt / %	6 mnd, gj.snitt / %	Endring (Δ)	p-verdi
ICOPE total (gjennomsnitt, 95 % CI)	68	4,03 (3,76 til 4,30)	3,62 (3,32 til 3,91)	-0,41 (-0,67 til -0,15)	0,003
Clinical Frailty Scale (gjennomsnitt, 95 % CI)	69	3,64 (3,35 til 3,93)	3,67 (3,36 til 3,97)	0,03 (-0,18 til 0,23)	1,000
ICOPE-domener (antall med fall)	70	37 (52,9 %)	33 (47,1 %)	-5,7%	0,503
Kognitiv funksjon	73	41 (56,2 %)	22 (30,1 %)	-26,0%	<0,001
Psykisk helse	71	53 (74,6%)	45 (63,4 %)	-11,3%	0,057
Bevegelighet	71	36 (50,7 %)	30 (42,3 %)	-8,5%	0,263
Ernæring	71	57 (80,3 %)	59 (83,1 %)	+2,8%	0,500
Syn	70	51 (72,9 %)	51 (72,9 %)	+0,0%	1,000
Hørsel					
SPPB total (gjennomsnitt, 95 % CI)	66	6,06 (5,40 til 6,72)	6,48 (5,76 til 7,21)	0,42 (-0,10 til 0,95)	0,045

* Endringer fra baseline til seks måneders oppfølging er analysert med parvise analyser på individnivå for deltakere med gyldige målinger ved begge tidspunkter. For kontinuerlige og ordinale variabler (Clinical Frailty Scale, ICOPE total og SPPB) er endring analysert med Wilcoxon signedrank test. For dikotome ICOPEdomener er endring analysert med McNemar's test. n varierer mellom variabler avhengig av tilgjengelige parvise målinger. pverdiene indikerer statistisk signifikans for endring over tid.

Supplerende analyser av endringsmønstre

Retningsendring og heterogenitet

For å belyse variasjon i individuelle utviklingsforløp utover gjennomsnittlige endringer, ble det gjennomført supplerende, eksplorative analyser av retningsendring (forbedring, forverring eller uendret funksjon) blant deltakerne som ble fulgt opp etter seks måneder (Tabell 7). Formålet med disse analysene var ikke å teste effekt, men å illustrere retning og heterogenitet i individuelle endringsmønstre.

Tabell 7: Eksplorativ retningsanalyse av endring på individnivå (forbedring, forverring og uendret iboende kapasitet)*

Domene	n	Forbedring	Forverring	Uendret	p (retning)	Kommentar
CFS	69	14 (20,3 %)	12 (17,4 %)	43 (62,3 %)	0,845	Hovedsakelig stabilitet
ICOPE Total	68	11 (16,2 %)	27 (39,7 %)	30 (44,1 %)	0,014	Mer forverring enn forbedring
Kognitiv	70	12 (17,1 %)	8 (11,4 %)	50 (71,4 %)	0,503	Svak overvekt av forbedring
Psykisk	73	22 (30,1 %)	3 (4,1 %)	48 (65,8 %)	<0,001	Tydelig overvekt av forbedring
Syn	71	0 (0,0 %)	2 (2,8 %)	69 (97,2 %)	0,500	Nesten helt stabilt
Hørsel	70	11 (15,7 %)	5 (7,1 %)	54 (77,1 %)	0,210	Stabilt, men aldersforskjeller
Bevegelighet	71	14 (19,7 %)	0 (0,0 %)	57 (80,3 %)	<0,001	Bare forbedring blant endrede
Ernæring	71	17 (23,9 %)	7 (9,9 %)	47 (66,2 %)	0,064	Positiv tendens; flere forbedret enn forverret
SPPB	66	33 (50,0 %)	19 (28,8 %)	14 (21,2 %)	0,049	Positiv tendens; skår bedres

*Tabellen viser eksplorativ retningsendring (forbedring, forverring, uendret) mellom baseline og seks måneders oppfølging for deltakere med gyldige målinger ved begge tidspunkter. For dikotome ICOPEdomener er endring analysert med McNemar's test. For kontinuerlige og ordinale variabler (CFS, ICOPE total og SPPB) er retningsforskjeller analysert med binomisk fortegnstest (sign test), der kun deltakere med endring inngår i teststatistikken. Analysene supplerer, men erstatter ikke, analyser av gjennomsnittlig endring rapportert i Tabell 6.

Analysene viser betydelig variasjon i utviklingen på individnivå, med samtidighet av forbedring, forverring og stabilitet. For ICOPE total viste retningsanalysen at selv om den gjennomsnittlige skåren forbedret seg (Tabell 6), var det blant deltakerne som endret seg flere som fikk forverring enn forbedring. Dette illustrerer at gjennomsnittlige forbedringer kan oppstå gjennom kompenserende endringer, der forbedring hos noen veier opp for forverring hos andre, og understreker at aggregert endring på gruppenivå kan skjule ulike individuelle forløp.

For psykisk helse viste retningsanalysen en tydelig overvekt av forbedring blant deltakerne med endring, i samsvar med funnene fra gjennomsnittanalysene. Bevegelighet viste også bare forbedring blant dem som endret seg, selv om endringen på gruppenivå var grensesignifikant i hovedanalysen. Dette peker mot at forbedring i fysisk funksjon kan være relativt hyppig på individnivå.

Syn og hørsel fremsto som stabile domener, med få endringer i begge retninger, mens kognitiv funksjon og ernæring viste mer balanserte og sammensatte mønstre. Samlet sett viser de eksplorative retningsanalysene at utviklingen i iboende kapasitet er sammensatt og heterogen, og at de bidrar til å nyansere hovedfunnene ved å synliggjøre hvordan gjennomsnittlige endringer på gruppenivå kan sameksistere med ulike, og til dels motstridende, individuelle utviklingsforløp.

Endringer i iboende kapasitet (eksplorativ analyse)

For å belyse hvordan endringer i enkeltområder samvirker på individnivå, ble forskyvning i samlet belastning av fall i iboende kapasitet, målt som antall ICOPEdomener med fall, analysert ved baseline og etter seks måneders oppfølging blant deltakere med komplette data (n = 69) (Tabell 8). Analysen viser en forskyvning fra høyere til mer moderat samlet belastning, der antallet deltakere med fire til seks samtidige fall gikk ned, mens andelen med to til tre fall økte.

Denne forskyvningen indikerer at flere deltakere opplevde reduksjon i samlet funksjonsbelastning, i tråd med den gjennomsnittlige forbedringen observert i ICOPE total (Tabell 6). Samtidig viser analysen at endring i iboende kapasitet ofte skjer gjennom samtidige forbedringer og forverringer i ulike områder, og ikke som en ensartet utvikling på tvers av alle funksjonsområder.

Den eksplorative analysen bidrar dermed til å nyansere hovedfunnene ved å synliggjøre hvordan forbedring på gruppenivå kan oppstå gjennom reduksjon i samlet belastning hos enkelte, selv om individuelle forløp er heterogene.

Tabell 8: Forskyvning av økt iboende kapasitet fra baseline til seks måneders oppfølging

Antall ICOPE-områder (0-6) med fall i IK	Ved start n (%)	Etter siste besøk n (%)	Endring
1 fall i IK	2 (2,9 %)	2 (2,9 %)	0
2-3 fall i IK	18 (26,1 %)	30 (45,5 %)	+12
4-5 fall i IK	43 (62,3 %)	34 (49,3 %)	-9
6 fall i IK	6 (8,7 %)	3 (4,23 %)	-3
Totalt	69 (100 %)	69 (100 %)	

* Fremstillingen er deskriptiv og eksplorativ, og illustrerer forskyvning i samlet belastning på individnivå. Det er ikke gjennomført egne statistiske tester for denne tabellen. Analysen supplerer hovedanalysene av gjennomsnittlig endring (Tabell 6) og retningsendring (Tabell 7).

Tolkning av de sammensatte variablene og tilleggsmål

Kognitiv funksjon, psykisk helse og ernæring er sammensatte variabler der klassifisering av fall i iboende kapasitet avhenger av flere delkomponenter. Dette gjør områdene mer sensitive for endring enn mer stabile mål som syn og hørsel, og innebærer at små endringer kan gi utslag på totalvurderingen. Psykisk helse fremstår som særlig dynamisk og bør tolkes i lys av både variabelens konstruksjon og konteksten for oppfølging.

SPPB skiller seg fra ICOPEdomenene ved å være et kontinuerlig, ytelsesbasert mål på fysisk funksjon. Forbedring i SPPB indikerer at fysisk funksjonsnivå kan være påvirkbart over seks måneder, også når endringer i gjensidig utelukkende kategorier domener ikke nødvendigvis når terskel for statusendring.

Utvikling i bruk av tilbud og tjenester i innsatstrappen

Gjennomsnittlig trappetrinn i innsatstrappen gikk fra 3,23 ved baseline til 2,80 etter seks måneders oppfølging, altså i retning av at deltakerne i gjennomsnitt benyttet tilbud og tjenester på lavere trinn i innsatstrappen (Tabell 9). Endringen var ikke statistisk signifikant (p = 0,181).

Fordelt på individnivå benyttet 36 av 91 deltakere (39,6 %) tilbud på lavere trappetrinn enn ved baseline, mens 26 (28,6 %) benyttet tilbud på høyere trappetrinn og 29 (31,9 %) hadde uendret nivå. Denne fordelingen viser at utviklingen i bruk av tjenester er heterogen, og at endring skjer i begge retninger.

Tabell 9: Utvikling i bruk av tilbud og tjenester i innsatstrappen fra baseline til seks måneders oppfølging*:

Variabel	n	Baseline, gj.snitt / %	6 mnd, gj.snitt / %	Endring (Δ)	p-verdi
Trappetrinn i innsatstrappen	91	3,23 (2,74 til 3,73)	2,80 (2,30 til 3,30)	-0,43 (-1,07 til 0,21)	0,181

* Tabellen viser endring i nivå av kommunale tilbud og tjenester, målt ved innsatstrappen, fra baseline til seks måneders oppfølging for deltakere med gyldige data (n = 91). Fremstillingen er deskriptiv og illustrerer fordeling og utvikling i tjenestebruk over tid. Det er ikke gjennomført egne statistiske tester for denne tabellen.

Utviklingen i innsatstrappen må tolkes deskriptivt, og gir ikke grunnlag for å trekke slutninger om årsakvirkning mellom endring i iboende kapasitet og endring i tjenestebruk. For enkelte deltakere sammenfaller redusert bruk av tjenester med økt iboende kapasitet, mens andre hadde behov for mer omfattende tiltak i oppfølgingsperioden til tross for stabil eller forbedret funksjon. Samlet sett illustrerer dette at sammenhengen mellom funksjonsendring og tjenestebruk er kompleks, og påvirkes av både midlertidige behov, kliniske vurderinger og tilgjengelige tilbud.

Dette illustrerer hvordan ICOPE kan fungere som et bindeledd mellom funksjonsvurdering og beslutninger om nivå og type kommunal innsats, uten at sammenhengen nødvendigvis er entydig.

Samlet tolkning av kvantitative funn

Samlet sett viser analysene at den gjennomsnittlige iboende kapasiteten forbedres moderat på gruppenivå over seks måneders oppfølging, målt ved ICOPE total, samtidig som graden av skrøpelighet målt med CFS er stabil. Dette indikerer at den samlede funksjonelle belastningen blant deltakerne i gjennomsnitt var noe redusert, uten samtidig endring i overordnet skrøpelighet.

Samtidig viser supplerende, eksplorative analyser betydelig variasjon i individuelle utviklingsforløp. Selv om den gjennomsnittlige ICOPEskåren forbedret seg, var det blant deltakerne som endret

skår både forbedring og forverring på individnivå, med en overvekt av forverring innen enkelte domener. Dette illustrerer at forbedringer hos noen deltakere kan veie opp for forverring hos andre, og at gjennomsnittlige endringer på gruppenivå kan sameksistere med heterogene og til dels motstridende individuelle forløp.

Utviklingen på områdenivå bidrar til å forklare dette mønsteret. Psykisk helse fremstår som det mest påvirkbare området, med tydelig forbedring hos mange deltakere. Fysisk funksjon målt med SPPB viste også signifikant forbedring, noe som indikerer at funksjonsendring kan forekomme selv når endringer i to gjensidig utelukkende områder ikke nødvendigvis når terskel for klassifisering. Samtidig var syn og hørsel i hovedsak stabile, mens kognitiv funksjon og ernæring viste mer moderate og sammensatte endringsmønstre.

Den eksplorative analysen av forskyvning i samlet belastning av fall i iboende kapasitet viser videre at flere deltakere beveget seg fra høyere til mer moderat samlet belastning, målt ved antall ICOPEdomener med fall. Denne forskyvningen bidrar til å nyansere hovedfunnene ved å synliggjøre hvordan forbedring på gruppenivå kan oppstå gjennom reduksjon i samlet belastning hos enkelte, selv om individuelle forløp er heterogene og utviklingen ikke er entydig for alle. Endringene i innsatstrappen gir et system og tjenesteperspektiv på funnene, og illustrerer hvordan endring i funksjon kan sammenfalle med endret nivå av kommunal innsats, uten at sammenhengen nødvendigvis er entydig.

Den betydelige variasjonen i individuelle forløp understreker behovet for fleksible og tilpassede oppfølgingsmodeller. ICOPE gir et strukturert rammeverk som støtter slik dynamisk vurdering over tid.

Samlet viser funnene at ICOPE fungerer som mer enn et screeningverktøy, ved å gi en struktur for tidlig prioritering, tverrfaglig vurdering og koordinering av oppfølging i møte med dynamiske og sammensatte behov. Samtidig peker resultatene på et avgrenset, men reelt potensial for helsefremmende og forebyggende oppfølging, og bør forstås som beslutningsstøtte og kunnskapsgrunnlag for videre utvikling av tjenestemodellen snarere enn som entydige effektmål.

Kvalitative resultater

Teamenes erfaringer med ICOPE som metode

I dette avsnittet beskrives teamenes erfaringer knyttet til organisering av prosjektet i to kommuner med ulik størrelse og tilbud, samt erfaringer med bruk av ICOPE som metode i helsefremmende hjemmebesøk til innbyggere som tar kontakt med kommunen for første gang. Erfaringene fra prosjektet gir innsikt i organisatoriske, kompetansemessige og styringsmessige forutsetninger for tidlig innsats med ICOPE i kommunal praksis.

Henvisninger til Helsefremmende team

Teamets organisatoriske plassering har hatt stor betydning for antall henvisninger. I Arendal har tilknytningen til tildelingskontoret gitt tett samarbeid med saksbehandlere og dermed mange henvisninger. Fastleger har i hovedsak henvist til saksbehandlere, som deretter har sendt videre til helsefremmende team når innbyggerne var i målgruppen. Direkte henvisninger fra fastleger og andre instanser har vært få, noe som kan forklares med etablerte rutiner om å henvise til tjenestekontoret ved behov for kommunal kartlegging, samt at det tar tid for fastleger i en stor kommune å bli kjent med et nytt forebyggende tilbud.

I Gjerstad har ukentlige tverrfaglige møter bidratt til godt samarbeid og flere henvisninger fra saksbehandlere og fysio og ergoterapitjenesten. Samarbeidet med fastlegene har derimot vært begrenset, blant annet på grunn av organisatoriske endringer og utskiftning av personell, noe som har redusert muligheten for samhandling og påvirket antall henvisninger.

Erfaringene viser at hensiktsmessig organisatorisk plassering, stabilitet i samarbeidsrelasjoner og tydelig lederforankring er avgjørende for rekruttering til forebyggende tiltak. Kommuneledelsens aktive støtte gjennom handlingsplaner og informasjonsspredning har bidratt til bedre samhandling på tvers av fagområder og økt

antall henvisninger til teamet. Samlet illustrerer dette at implementering av ICOPE-baserte arbeidsformer er avhengig av tydelige strukturer for samhandling og forankring i eksisterende henvisnings og beslutningslinjer, snarere enn etablering av parallelle systemer.

Målgruppen

Det tok tid å gjøre inklusjons- og eksklusjonskriteriene kjent for samarbeidspartnere i kommunen. I oppstartsfasen av prosjektet ble flere innbyggere med høyt omsorgsbehov og høy CFS-skår henvist. Gjennom tettere dialog med henvisende instanser, spesielt tildelingstjenestene, fikk teamene i større grad henvist riktig målgruppe.

Erfaringene viser at presis avgrensning av målgruppe er avgjørende for å realisere forebyggingspotensialet i ICOPE-baserte arbeidsformer, og at dette krever tydelig kommunikasjon, felles forståelse og løpende justering i samhandling med henvisende tjenester.

Innbyggerne

Teamene møtte mange innbyggere med sammensatte behov, der kognitiv svikt og psykiske utfordringer ofte forekom samtidig. Det ble brukt betydelig tid på forventningsavklaring, ettersom flere innbyggere og pårørende tok kontakt med ønske om konkrete tjenester, som for eksempel omsorgsbolig, mens kartleggingen viste et lavere faktisk omsorgsbehov.

Erfaringene viser at tidlig innsats forutsetter tydelig kommunikasjon om formål, målgruppe og forventet utbytte, både overfor innbyggere og pårørende. Videre ble det tydelig at mange innbyggere ikke er digitale, noe som understreker behovet for alternative formidlingsformer, som papirbasert informasjon og personlig veiledning, for å sikre likeverdig tilgang til råd og tiltak. Dette har betydning for hvordan ICOPE-baserte modeller kan utformes og skaleres i praksis.

Tidkrevende

Førstegangskartleggingene var tidkrevende, særlig hos ektepar og når pårørende ønsket å bidra med informasjon. Mange innbyggere hadde begrenset forståelse av formålet med besøket og trengte ekstra samtale og veiledning. Tidsbruken økte også ved kognitiv svikt og behov for ICOPE trinn 2 på flere områder, samt gjennom etterarbeid som journalføring, samarbeid med andre tjenester og reisevei. Selv om målet var at innbyggerne selv tok kontakt med relevante tilbud, måtte teamet ofte bistå – særlig ved kognitiv svikt eller manglende initiativ. Oppfølgingsbesøkene var derimot langt mer effektive fordi kontakt, informasjon og dokumentasjon allerede var etablert. Erfaringene understreker at full førstegangs-kartlegging er ressurskrevende og bør brukes selektivt, og at videre implementering av ICOPE-baserte arbeidsformer bør ta høyde for differensierte modeller der enklere innganger kan kombineres med målrettet oppfølging for dem med størst behov.

Erfaringer med ICOPE som metode

ICOPE-områdene påvirker hverandre tett, der utfordringer i ett område kan gi ringvirkninger i andre. Redusert ernæring kan svekke muskelstyrke, balanse og psykisk helse, mens nedsatt syn og hørsel påvirker sosial deltakelse, kognisjon og aktivitetsnivå. Samtidig kan tiltak i ett område gi bred gevinst, særlig gjennom fysisk aktivitet som påvirker både bevegelighet, balanse, psykisk helse og matlyst.

Teamene erfarte at ICOPE trinn 1 er enkelt å bruke på tvers av faggrupper, med nesten identiske vurderinger (36 av 37 like skåringer). Trinn 2 krevde derimot mer spesialisert kompetanse, særlig ved legemiddelgjennomgang og kliniske undersøkelser som otoskopi, abdomen og munnhule. Fysioterapeut og avansert klinisk allmennsykepleier hadde komplementære roller og gjennomførte sammen helhetlige kliniske vurderinger.

Kognitiv funksjon

Erfaringene viste behov for justeringer ved ordvalg (unngå «r») for å redusere misforståelser. Teamet benyttet ordliste fra ICOPE mens Mini Cog benytter andre ordlister. Det kan med fordel benyttes en av ordlistene fra Mini Cog som gjør dokumentasjonen enklere ved behov for å gå videre til klokketest og utregning av totalscore på Mini Cog. Tidsintervallet mellom presentasjon og gjenkalling varierte, og bør presiseres for å sikre lik gjennomføring. Kartleggingen ble påvirket av pårørende, stress og bekymring for konsekvenser, for eksempel knyttet til førerkort. Til tross for anbefaling om henvisning ved Mini-Cog 2/5, førte ventetid til at teamene ofte hadde dialog med hukommelsesteamet, igangsatte kompenserende tiltak og avventet henvisning til etter oppfølging. Ved samtidig skår på kognisjon og psykisk helse var prioritering av utredning utfordrende. Teamene rådet ofte innbyggerne til time hos fastlege for vurdering av psykisk helse og eventuell videre utredning og oppfølging i spesialisthelsetjenesten, før igangsettelse av utredning av hukommelse. Det var få tilbakemeldinger til teamet på hvilke tiltak som ble igangsatt når pasient hadde utfordringer med både kognisjon og psykisk helse.

Bevegelse

Ulik bruk av tester i trinn 1 og 2 (reise/sette seg vs. SPPB og gangtest) kunne skape forvirring. Teamene gjennomførte derfor ofte full SPPB uavhengig av screeningresultat. Balansedelen avdekket ofte funksjonssvikt selv når reise/sette seg-testen var godkjent, noe som var viktig for videre tiltak. De tre fallrisikospørsmålene fra Helsedirektoratet ble rutinemessig inkludert.

Ernæring

Formuleringen «de siste 3 månedene» skapte uklarhet, da mange beskrev lengre tidsforløp. MUST >1 i trinn 3 krevde kliniske vurderinger og som aktualiserer behov for bred kompetanse og opplæring. Ulik klinisk bakgrunn kunne føre til at vurderinger ble overlatt til fastlege, med risiko for økt belastning. I tillegg til underernæring identifiserte teamet flere med alvorlig overvekt, og benyttet derfor generelle kostråd fra Helsedirektoratet.

Syn

Trinn 1 viste begrenset sensitivitet for endring fordi svaralternativet «Ja» omfatter både funksjonelle og medisinske forhold. Mange gikk derfor videre til trinn 2, og forbedringer i liten grad ble fanget på. Det kan være hensiktsmessig å skille mellom funksjonelle og medisinske utfordringer i vurderingskriteriene.

Hørsel

Både trinn 1 og 2 benytter hvisketest, mens audiometri og app-baserte løsninger ikke ble brukt, noe som kan skape uklarhet. Det var også usikkerhet rundt tolkning hos brukere med høreapparat. Som ved andre kliniske undersøkelser, reiser bruk av otoskopi, som er en ferdighet som allmennsykepleiere har, spørsmål om kompetansekrav i kartleggingen dersom yrkesgrupper med annen kompetanse skal utføre.

Psykisk helse

I trinn 1 rapporterte mange nedstemthet og håpløshet uten tilsvarende utslag på MADRS, noe som ofte gjaldt belastninger i livssituasjonen fremfor klinisk depresjon. Forebyggende råd og tiltak ble derfor ofte mer relevant enn videre kartlegging. Trinn 1 fanget i liten grad opp angst og initiativsvikt -ved angstsymptomer noe som understreker behovet for annet kartleggingsverktøy som måler angst kombinert med klinisk skjønn i vurderingene. Ensomhet og sosial isolasjon ble ofte avdekket indirekte gjennom samtale. MADRS ble opplevd som omfattende og tidkrevende, særlig sent i kartleggingen, noe som kunne påvirke kvaliteten på svarene.

Erfaringer ICOPE trinn 2 og 3

Betydning av tverrfaglighet i teamene

Teamene besto av allmennsykepleier, fysioterapeut og medisinsk faglig rådgiver, og erfaringene viser at tverrfagligheten var en klar styrke. Ulike faglige perspektiver ga mer helhetlige vurderinger, og kompetansene utfylte hverandre både under kartlegging og oppfølging samt når råd og tiltak skulle gis.

Videre utredning med standardiserte tester

Gjennomføring av ICOPE Trinn 2 forutsetter opplæring og veiledning. Med tilstrekkelig kompetanse kan ulike faggrupper utføre også disse undersøkelse i ICOPE trinn 2.

Råd og tiltak

Teamene erfarte at tiltak og råd ikke kunne standardiseres og fortrinnsvis bruke digitale ressurser slik ICOPE trinn 3 legger opp til, fordi behov, ressurser og forutsetninger var svært ulike. Råd måtte derfor tilpasses individuelt og knyttes til det innbyggeren selv opplevde som viktig, noe som økte motivasjonen for gjennomføring. Mange opplevde informasjon som omfattende, nettsider ble lite brukt, som resulterte i at rådene måtte forenkles og begrenses. Innen ernæring var det for eksempel særlig nødvendig å ta utgangspunkt i innbyggernes etablerte matvaner og foreslå små, realistiske justeringer fremfor større endringer. Enkle, konkrete og individuelt tilpassede råd viste seg å være mest relevante og gjennomførbare for å øke innbyggernes helsekompetanse og mulighet for å ta gode valg for egen helse. Samtlige innbyggere hadde ikke digitale ferdigheter til å benytte seg av anbefalte nettressurser, teamet benyttet derfor nedlastbare brosjyre eller egenutviklede brosjyrer for å kunne informere om råd og tiltak

Begrensede ressurser og tilgjengelighet til tjenester

Frisklivssentralens kurs har i liten grad vært aktuelle for målgruppen i Arendal, da de fleste tilbud i Arendal er rettet mot yngre innbyggere. Unntakene har vært aldersuavhengige kurs som Aktiv med KOLS-oppfølging og røykeslutt. I Gjerstad var individuell veiledning og kurs via Frisklivssentralen et tilbud til alle aldersgrupper.

Ventelister på styrke og balansegrupper, innsatsteam hverdagsrehabilitering og hukommelsesteam påvirket igangsetting av tiltak. Mange innbyggere hadde med transporttilbud som ikke omfattes av pasientreiser, og begrenset TT-kort og AKT svipp, som reduserte tilgjengeligheten ytterligere. Flere ønsket trygghetsalarm, men kostnader førte til at mange takket nei. Teamet har brukt det kommunale hjelpemiddellageret for korttidslån, lang ventetid hos fysio- og ergoterapitjenesten gjør at det ville vært hensiktsmessig om teamet kunne fullføre søknader om enkle hjelpemidler som for eksempel rullator for å unngå dobbeltarbeid og sikre raskere tilgang.

Konklusjon

I dette prosjektet har vi utforsket hvordan ICOPE-n kan anvendes for systematisk kartlegging og tidlig intervensjon hos eldre over 65 år som kontakter kommunen for første gang.

Prosjektet viser at tverrfaglige helsefremmende team, kombinert med ICOPE, er en gjennomførbar og faglig relevant tilnærming for strukturert kartlegging av Eldres iboende kapasitet. ICOPE-n trinn 1 fungerer godt som screeningsverktøy, og gir sammen med helhetlig anamnese og tverrfaglige vurderinger et godt grunnlag for personsentrerte tiltak.

Samtidig nås målgruppen relativt sent i forløpet, da mange allerede har utviklet preskrøpelighe og sammensatte funksjonsutfordringer. Prosjektet viser et sammensatt utviklingsbilde, der den gjennomsnittlige iboende kapasiteten forbedres moderat over seks måneder, med forbedring i enkelte områder, særlig psykisk helse og bevegelighet, men også stabilitet og forverring i andre. Dette peker på et begrenset, men reelt potensial for påvirkning gjennom målrettede tiltak. Funnene indikerer at systematisk og tidlig oppfølging gjennom ICOPE kan bidra til å stabilisere eller forbedre funksjon før mer ressurskrevende tjenester blir nødvendige, og dermed ha betydning for bærekraft i helsetjenestene.

Implikasjoner for praksis og forskning

Videre utprøving av ICOPE-baserte arbeidsformer i flere kommuner, med ulike rammebetingelser, kan både styrke tidlig innsats, bedre prioritering og mer bærekraftig bruk av kommunale ressurser, og gi et godt beslutningsgrunnlag for eventuell nasjonal implementering som del av en helhetlig helsereform.

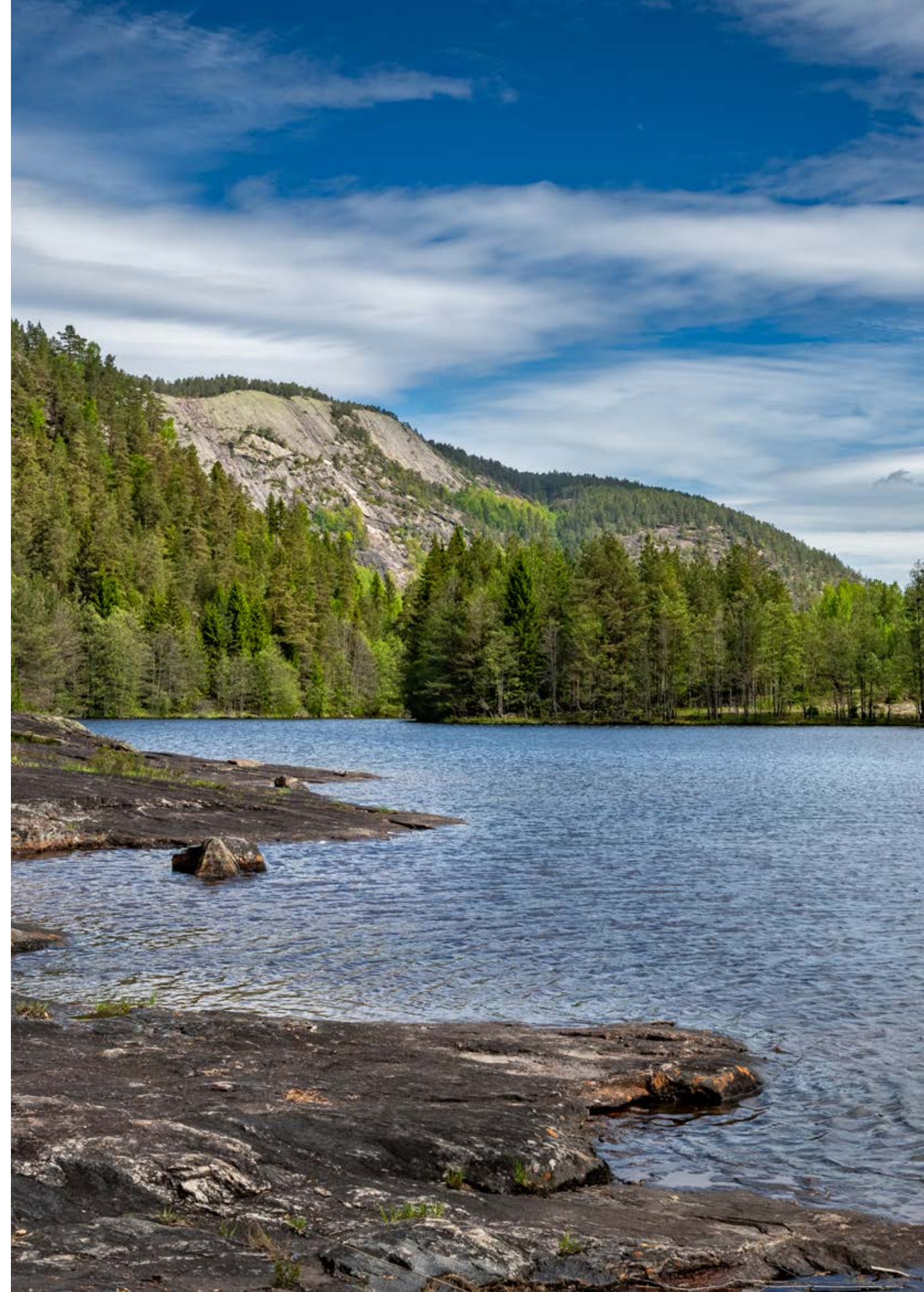
Råd og tiltak som ble gitt til innbyggerne var hovedsakelig lavterskel og ikke-vedtaksbaserte, noe som viser et betydelig forebyggingspotensial i eksisterende tilbud, men også en avhengighet av tilgjengelighet og kapasitet i kommunene. Samtidig er modellen ressurskrevende, særlig ved førstegangskartlegging, noe som

utfordrer bærekraft ved bred implementering. Denne modellen bør derfor utredes ved en kost-nytte-studie for å synliggjøre om modellen er bærekraftig. Det er derfor behov for mer differensierte modeller for tidlig identifisering, der hjemmebesøk kan suppleres eller erstattes med andre tilnærminger.

Erfaringene understreker også betydningen av helhetlig tilnærming, tverrfaglig samarbeid og god tilgang til lavterskeltilbud. Det er behov for mer kunnskap om målgruppe, timing, effekt og organisering av ICOPE-baserte tiltak. Prediksjonsmodeller basert på data fra kommune- og spesialisthelsetjenesten kan bidra til å identifisere eldre i risikozonen tidligere og legge grunnlag for mer målrettet innsats. Videre bør ICOPE-n utvikles som verktøy for selvskree-ning og egenintervensjon. Digitale løsninger kan bidra til tidligere identifisering, økt egenmestring og mer effektiv ressursbruk, men må tilpasses brukergruppen og kombineres med oppfølging fra.

Det er behov for forskning på prediksjonsmodeller som kan identifisere risikoutsatte eldre tidligere. I tillegg bør ICOPE-n videreutvikles og testes som verktøy for selvskree-ning og egenintervensjon, inkludert undersøkelser av brukervennlighet, etterlevelse og effekt.

Når metoden er videreutviklet og implementert, vil randomiserte kontrollerte studier være viktige for å dokumentere effekt sammenlignet med dagens praksis. Longitudinelle studier bør undersøke om tidlig intervensjon kan optimalisere iboende kapasitet og dermed utsette skrøpelighe, og påvirke tjenestebehov. En kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder vil være sentralt for å forstå både effekt og implementering.



Referanser

Arendal kommune. (n.d.). *Senior*.

<https://www.arendal.kommune.no/senior/>

Arendal kommune. (2025). *Ta gode valg for egen helse*.

<https://www.arendal.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/friskliv-og-aktivitet/ta-gode-valg-for-egen-helse/>

Dent, E., Martin, F. C., Bergman, H., Woo, J., Romero-Ortuno, R., & Walston, J. D. (2019). *Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions*. *The Lancet*, 394(10206), 1376–1386.

[Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions - ScienceDirect](#)

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). *Frailty in elderly people*. *The Lancet*, 381(9868), 752–762.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)

Gjerstad kommune. (n.d.). *Helsefremmende team*.

<https://www.gjerstad.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/helsefremmende-team/>

Gjerstad kommune. (2024). *Helhetlig innsatstrapp*.

<https://www.gjerstad.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/helhetlig-innsatstrapp/>

Helsedirektoratet. (2024). Fallforebygging hos eldre - Nasjonale faglige råd. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fallforebygging-hos-eldre>

Hernes, S., Abildsnes, E. (2022, 15. september). *Skrøpelige eldre, kompleks multimorbiditet, storforbrukere kommune/sykehus: Rapport 2 – analyserapport*. Sørlandet sykehus HF.

<https://www.sshf.no/492f4d/contentassets/272cf16893764caf974dd2f4a2483985/rapport-2-analyserapport-eldre-skroepelige.pdf>

Hollister, B., Jeppestøl, K., Berg-Utby, C., Abildsnes, E., & Hernes, S. S. (2024). *ICOPEn: Kartlegging av iboende kapasitet* (Norsk oversettelse av WHO Integrated Care for Older People). Senter for omsorgsforskning sør, Universitetet i Agder.

<https://www.uia.no/om-uia/senter-og-nettverk/sof/dokumenter/icope-n-v9.pdf>

NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse og omsorgstjeneste*. Helse og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2956965/>

Ranhoff, A. H., Strand, B. H., & Hem, E. (2022). Iboende kapasitet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 142(12).

<https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0515>

Rockwood, K., Mitnitski, A., Song, X., Steen, B., & Skoog, I. (2017). Longterm risks of death and institutionalization of elderly people in relation to deficit accumulation at age 70. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(6), 975–979.

<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2017.01474.x>

Vedlegg

Statistisk sentralbyrå. (n.d). *Kommunefakta: Arendal*.
<https://www.ssb.no/kommunefakta/arendal>

Statistisk sentralbyrå. (n.d.). *Kommunefakta: Gjerstad*.
<https://www.ssb.no/kommunefakta/gjerstad>

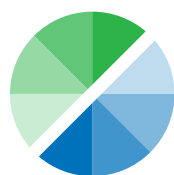
Sørlandet sykehus HF. (2022, 10. juni). *Skrøpelige eldre og multimorbiditet: Rapport fra helsefellesskapet Agder*.
<https://www.sshf.no/4a64b2/siteassets/seksjon/samhandling/documents/rapport-skrøpelige-eldre-og-multimorbiditet.-helsefellesskapet-agder-2022-06-10.pdf>

World Health Organization. (2017).
Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>

World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/338677>

Østre Agder interkommunalt politisk råd (2026) *Innsatstrappa*.
<https://www.ostreagder.no/innsatstrappa/>

1. ICOPE-n screening
2. ICOPE trinn 2-3
3. Veileder
4. Brosjyrer
5. Tekstbanker
6. Mal for kartlegging av helsefremmende team



Østre Agder
Interkommunalt Politisk Råd