

Eldre med samansette psykiske og fysiske utgreiings- og behandlingsbehov

Sluttrapport frå arbeidsgruppe
Utviklingsprosjektet Nordfjord sjukehus

Nordfjord 1. oktober 2012

Samandrag

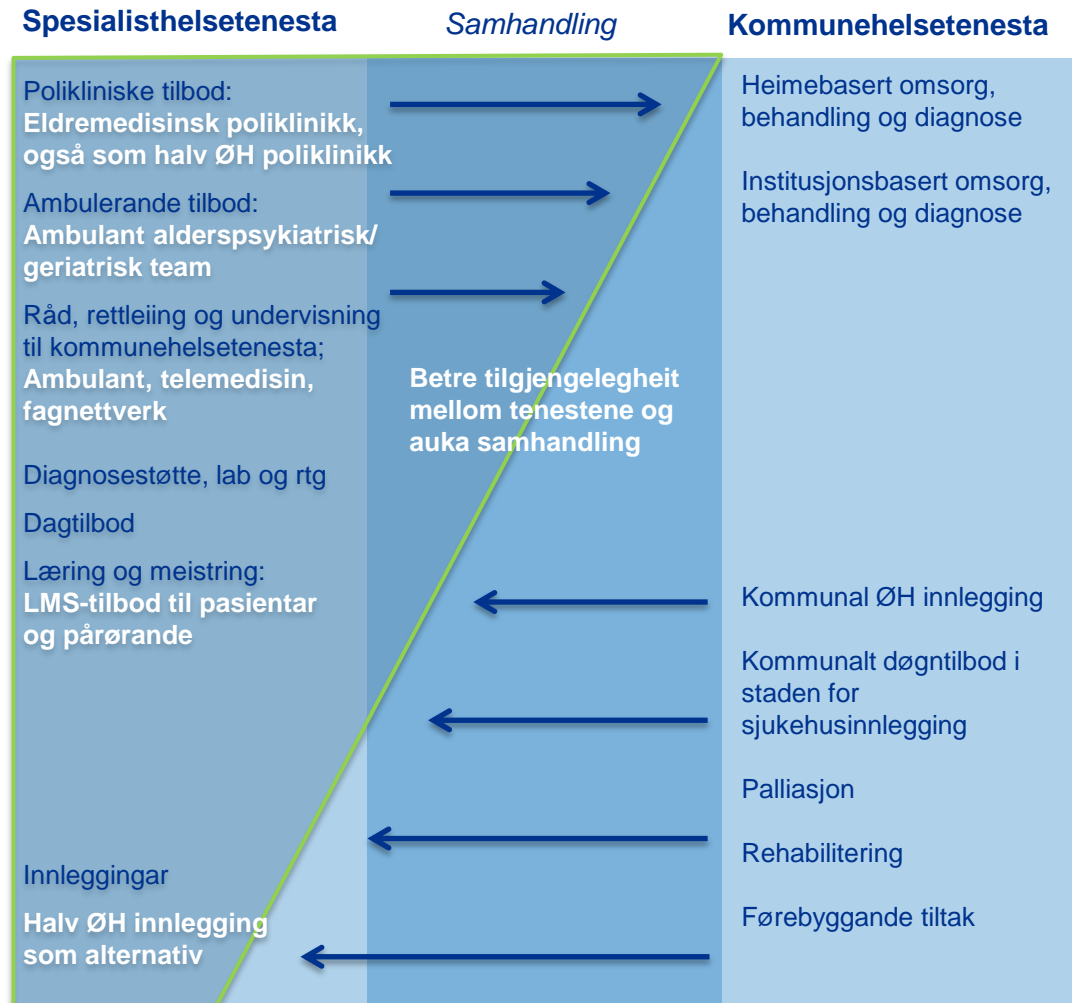
Samandrag

Arbeidsgruppa foreslår følgjande tilbod til eldre med samansette psykiske og fysiske utgreiings- og behandlingsbehov:

- Samlokalisering av alderspsykiatrisk team og medisinsk poliklinikk i ein eldre medisinsk poliklinikk, som i tillegg til poliklinisk verksemd også skal ambulere ut til pasientar og kommunehelsetenesta. Arbeidsgruppa foreslår at poliklinikken finst som eit samarbeid og eit pasientforløp, at poliklinikken kan ha felles møtepunkt/lokalisering nokre faste tider/dagar i veka og at det skal trekkast inn spesialistar når det trengst. Det er viktig at pasientane skal kunne kome til éin fast plass – at heile pasientforløpet føregår på ein fast plass ved at både psykiske og somatiske utgreiingar kan skje her. Pasienten kjem som regel inn med ei hovudproblemstilling, men det er ein stor fordel med samlokalisering at ulike spesialistar kan diskutere problemstillingane på tvers
- Arbeidsgruppa foreslår også at den geriatrike kompetansen blir styrka på den medisinske sengeposten, og at den geriatrike arbeidsmetoden vert brukt meir systematisk mot geriatrike pasientar

Tilbudet som er føreslått i denne rapporten skal styrke samhandlinga med kommunehelsetenesta

- Målgruppa for tilbudet er ei stor gruppe brukarar av helsetenester og det er for mange av desse problematisk å reise. Det er dessutan medisinsk mogleg å ha eit godt tilbod desentralisert ved eit lokalsjukehus
- Tilbudet som er føreslått i denne rapporten skal, i tillegg til å styrke samhandlinga mellom NSH og NPS, styrke samhandlinga med kommunehelsetenesta. Mellom anna sikrar det ei god overgang mellom helsetenestene, godt pasientforløp tilpassa pasientane sine behov og kompetansebygging på tvers av helsetenestene. Dessutan vert samhandling styrka som ein del av pasientforløpa gjennom den geriatriske arbeidsmetoden. Dette er illustrert gjennom auka samhandlingsfelt i figuren til høgre



Innhold

Om arbeidet

Dagens situasjon

Forslag til løysing

Kritiske suksessfaktorar/ROS-analyse + tiltak

Økonomiske konsekvensar

Vegen vidare

Deltakarar i arbeidsgruppa

Namn	Stilling	Representerar
Hildur Thingnes (leiar)	Ass. seksjonsleiar, spesialsjukepleiar	Helse Førde
Alice Vedvik	Spesialsjukepleiar	NPS, Helse Førde
Rune Nordpoll	Konstituert overlege	NPS, Helse Førde
Bodhild Nyhammer Bakke	Tillitsvalt, Fagforbundet	NPS, Helse Førde
Arnstein Ivesdal	Konstituert avdelingssjukepleiar, medisinsk sengepost	NSH, Helse Førde
Gerd Johannessen	Verneombod	NSH, Helse Førde
Maria Ljungløf	Fysioterapeut, Lærings- og meistringssenteret	Helse Førde
Audun Vik Mo	Tillitsvalt, YLF	Helse Førde
Åshild Bruland	Avdelingsleiar	Selje kommune
Marianne Salveson	Avdelingsleiar	Eid kommune
Allan Øvereng	Regional koordinator SESAM	SESAM, Stavanger
Åse Liv Lote	Brukarrepresentant	Brukarar
Maria Estenstad	Prosjektstøtte, Deloitte	Ekstern prosjektstøtte

Arbeidsgruppa har hatt fem arbeidsgruppemøte i perioden april til september

Arbeidsgruppas arbeidsprosess

- Arbeidsgruppa har hatt fem arbeidsgruppemøte i perioden april til september 2012, som alle har vorte haldne ved Nordfjord sjukehus. Eitt av møta var helde saman med arbeidsgruppa *Pasientar med behov for langvarige og koordinerte somatiske tenester*. I tida mellom arbeidsgruppemøta har deltakarar arbeidd med ulike tema
- I tillegg til deltakarane i arbeidsgruppa har gruppa fått innspel frå Kari Krogh frå det interkommunale prosjektet rundt lokalmedisinske tenester
- Det har ikkje vore fastlege med i arbeidsgruppa, då dette har vore utfordrande å skaffe

Arbeidsgruppa skal føreslå tiltak slik at pasientane kan få eit heilskapleg og samordna helsetilbod

Hovudmål

- Føreslå tiltak som kan medverke til at eldre med samansette fysiske og psykiske problem, m.a. kognitiv svikt, kan få eit heilskapleg utgreiings- og behandlingstilbod frå spesialisthelsetenesta som også er samordna med det kommunale tenestetilbodet

Delmål

- Tilgjengelege helsetenester for pasientgruppa med vekt på ambulante og heimebaserte løysingar med enkel tilgang til spesialiserte tenester ved behov
- Bidra til koordinerte, samanhengande pasientforløp
- Tidleg diagnostisering/avklaring frå spesialisthelsetenesta
- Større breidde i tilnærminga ved utgreiingar, styrke tverrfagleg utgreiing
- Betre samhandlinga mellom fagspesialitetar internt i Helse Førde HF, m.a. mellom psykisk helsevern og somatisk helseteneste
- Betre samhandling mellom sjukehus og kommunehelsetenesta og fastlegar
- Organisering av tenestene slik at ein førebygger unødvendige, belastande innleggingar, i tilfelle der ein kunne gitt behandling med god kvalitet heime/poliklinisk

Nasjonale, regionale og lokale føringar legg rammer for arbeidet til arbeidsgruppa

Nasjonale, regionale og lokale føringar

- Nasjonal helse- og omsorgsplan (Meld. St. 16, 2010-2011)
- Rapport frå Helsedirektoratet 2011 «*Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*»
- Nasjonal strategi for spesialisthelsetenester til eldre 2008-2012
- Annan aktuell forskning og utvikling
- Sak 15/10 til styret i Helse Vest om spesialisthelsetenester til eldre
- Pasientstrømsanalyser utført i regi av Utviklingsprosjektet ved Nordfjord sjukehus
- Avtalar mellom kommunar og Helseføretak som følgjer samhandlingsreforma
- Styringsdokument og andre sentrale føringar for helseføretaket

Kritiske suksessfaktorar

- Vere nytenkjande innanfor rammene til prosjektet
- Sikre nasjonal verdi. Prosjektet skal vere ein pilot for å gi innspel til å vidareutvikle innhald og organisering av andre lokalsjukehus
- Finne løysingar som sikrar eit framtidsretta og trygt tenestetilbod, med god fagleg kvalitet og pasienttryggleik samtidig som ein sikrar effektiv ressursutnytting innanfor dei økonomiske rammene som gjeld for helseføretaket

Arbeidsgruppa har også nytta tilleggslitteratur som bakgrunn for arbeidet

Tilleggslitteratur

- Demensplan 2015: «Den gode dagen». Helse- og omsorgsdepartementet. Delplan til Omsorgsplan 2015
- Engedal, K.: Artikkel i Geronius, tidsskrift frå Nasjonalt formidlingscenter i geriatri, 14.08.01
- Engedal, K.: «Alderspsykiatri i praksis», Forlaget Aldring og helse 2008
- «Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre». Sosial- og helsedirektoratet 2007
- Saltvedt I, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O., «Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial», Trondheim 2002
- Sletvold O. m.fl.: «Geriatrisk utredning i Norden. Nordiske retningslinjer for spesialisthelsetjenesten i geriatri». Den norske lægeforening, Oslo 1997
- «Spesialisthelsetjenesta til eldre i Helse Vest». Rapport frå regional arbeidsgruppe mai 2009
- Wyller, T.B. «Geriatrici – en medisinsk lærebok», Gyldendal Norsk Forlag AS 2011
- Wyller T.B., «Hva er effektive tjenester for skrøpelige gamle som trenger akuttinnleggelse på sykehus?» Ullevål universitetssykehus 2008 (<http://www.nsh.no/db/doc/0000001729.pdf>)
- Wyller T. B., Pettersen R. : «Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom». Tidsskrift Den norske lægeforening nr. 5, 2007
- St.meld. Nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen

Arbeidsgruppa fokuserer på arbeidsmetoden opp mot pasientane uavhengig av diagnose

Avgrensingar

- Arbeidsgruppa har avgrensa arbeidet mot samansette psykiske og somatiske lidingar som krev utstrakt samhandling og koordinering av helsetenester
- Pasientforløp kring andre store sjukdomsgrupper som hjerneslag, kreft, hjarte-/karsjukdom, diabetes og KOLS gjeld også eldre med samansette lidingar, men fordi desse forløpa vert utarbeidd i andre arbeidsgrupper i utviklingsprosjektet og i andre prosjekt i regi av Helse Førde, vil ikkje denne arbeidsgruppa gå nærare inn på desse
- Arbeidet til denne gruppa må bli sett i samanheng med arbeidet til andre arbeidsgrupper, særleg gruppa *Pasientar med behov for langvarige og samansette behov for somatiske tenester*
- For pasientgruppa *Eldre med samansette psykiske og fysiske utgreiings- og behandlingsbehov* er den tverrfaglege arbeidsmåten sentral. Gruppa har valt å vise to døme på pasientforløp, akutt funksjonssvikt og demens, men den skisserte tilnærminga er relevant for alle alderspsykiatriske og geriatriske pasientar

Geriatric and geriatric psychiatry are important concepts in work with the current patient group

Definition: Geriatric

- Geriatric is the medical specialty that covers physical, psychological, functional and social aspects of the treatment of elderly patients. The patient group is characterized by frailty and can suffer from multiple, active diseases, some of which require interdisciplinary collaboration.¹

Definition: Geriatric Psychiatry

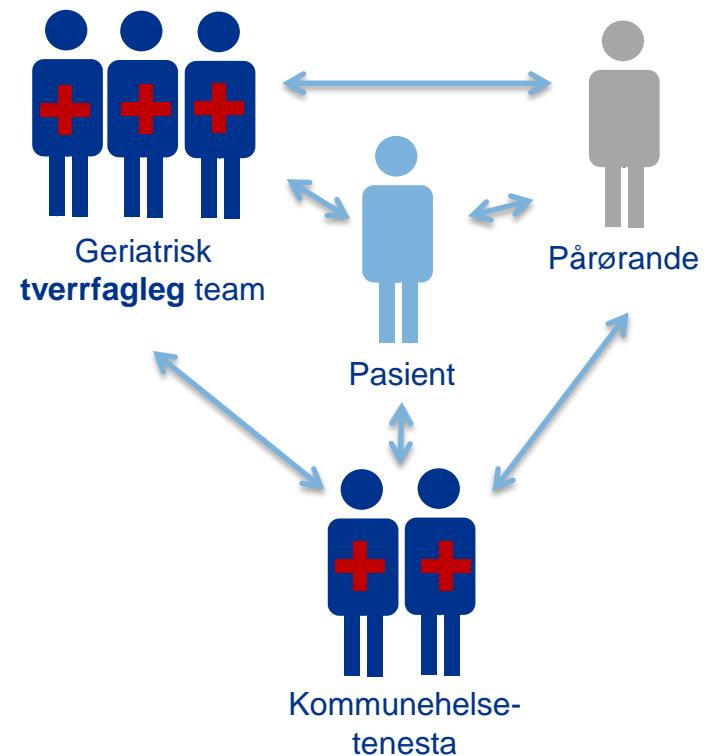
- Geriatric Psychiatry has as its goal to prevent, diagnose and treat mental disorders that occur in old age (over 65 years)²
- Current patient groups that should be treated/assessed in geriatric psychiatry are:³
 - Patients with severe psychiatric disorder who debut after 65 years
 - Patients with dementia and extensive behavioral problems and/or extensive psychiatric symptoms. Age has to be taken into account
 - Patients with unclear dementia diagnosis or suspicion of cognitive impairment on a neurodegenerative basis
 - Patients over 65 years with severe psychiatric disorder from childhood, but no established contact in adult psychiatry, or when existing diseases and/or old age require geriatric psychiatry as the first step

Den geriatriske arbeidsmetoden inneber at rehabilitering skjer samtidig med akuttbehandling

Definisjon: Den geriatriske arbeidsmetoden

- Å tilnærma seg geriatriske pasientar krev systematisk tenking og ein systematisk arbeidsmetode for å kartlegge mangfaldet av medisinske problem, funksjonsnivå og rehabiliteringspotensiale, mental fungering og sosial situasjon
- Tidleg rehabilitering, god planlegging av utskriving og god samhandling med pårørande, på tvers av nivåa i helsetenesta, er sentrale trekk i metoden
- I botnen ligg geriatrien sin kunnskap om den eldre pasient, og evna til å koordinere medisinsk diagnostikk og behandling på det einskilde sjukehus, der også andre spesialistar, faggrupper og tenester gir sine bidrag
- Saman med det geriatriske tverrfaglege teamet vert kunnskapen om pasienten samordna til eit behandlingsopplegg som tek omsyn til dei ulike sidene ved eit eldre menneske sitt sjukdomsbilete, funksjonssvikt og hjelpebehov

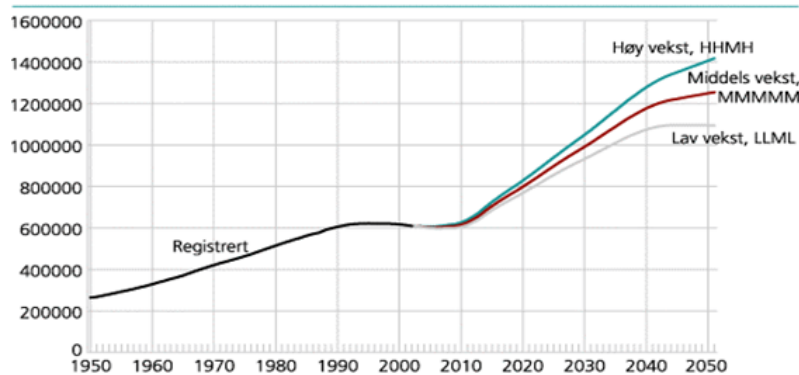
Akuttbehandling, diagnostisering, rehabilitering



Andelen eldre med samansette utgreiings- og behandlingsbehov vil auke dei neste tiåra

Bakgrunn

Figur 7. Antall personer 67 år og over. Registrert 1950-2002 og framskrevet 2003-2050



Tabell 3.1.1 Befolkningsutvikling eldre fram mot 2050 – nasjonale tal.

- Figuren over viser framtidig utvikling i den norske befolkninga i aldersgruppa over 67 år. Denne viser ein kraftig vekst frå 2010 og utover

- For aldersgruppa 70+ vil befolkningsveksten vere større enn for befolkninga samla sett. I Sogn og Fjordane er forventa vekst for denne aldersgruppa 17,4 % frå 2006 til 2020 – frå 13256 til 15564. Andelen eldre over 80 år i Sogn og Fjordane utgjør i dag 5,7 %, i 2040 er den estimert til å vere 9,2 %
- I opptaksområdet til NSH/NPS budde det i 2010 om lag 4250 personar over 65 år, i 2030 er dette talet antatt å vere om lag 6000, ei auke på over 40 %
- Eldre over 67 år utgjør om lag 80 % av pasientane ved sjukehusa i Helse Vest pr. 2008. Prosentdelen er antatt å auke fram mot 2020
- Andelen med demens i aldersgruppa >65 år i Sogn og Fjordane er forventa å auke frå 1,8 % i 2010 til 2,3 % i 2030 (frå 1914 til 2531 personar)
- 50 % av pasientane ved den medisinske sengeposten ved NSH hittil i år (2012) har vore i aldersgruppa over 75 år. I 2011 var same del 45 %, medan den i 2010 var 43 %

Innhold

Om arbeidet

Dagens situasjon

Forslag til løysing

Kritiske suksessfaktorar/ROS-analyse + tiltak

Økonomiske konsekvensar

Vegen vidare

NPS og NSH har per i dag ikkje ei strukturert samhandling når det gjeld geriatriske pasientar

Dagens spesialisthelsetilbod og utfordringar ved dette

- Det er i dag etablert eit alderspsykiatrisk team ved NPS som også jobbar ambulant både til enkeltpasientar og kommunale institusjonar (sjukeheimar). Dette er eit godt utgangspunkt å bygge vidare på
- Sjølv om det i dag er eit samarbeid mellom NPS og NSH, er ikkje samhandlinga strukturert, systematisert eller formalisert. Samhandlinga skjer frå sak til sak
- Den indremedisinske sengeposten har mange geriatriske pasientar, og som ein del av behandlinga får dei tilbod om fysioterapi og ergoterapi. Ein jobbar ikkje systematisk etter den geriatriske arbeidsmetoden på sengeposten
- Pasientane frå Nordfjordregionen får også tilbod ved Førde sentralsjukehus, NKS Olaviken, Haraldsplass diakonale sykehus og Haukeland universitetssykehus
- Medisinsk avdeling ved FSS har overlegeheimel for geriater. Det er eit mål å få tilsett ein i denne stillinga slik at ein kan bygga opp ei kompetent geriatrisk eining som også har brei tilgang på andre spesialisttenester. Likevel er det behov for å styrka eldremedisinen knytt til lokalsjukehusa, der indremedisinaren er ein heilt sentral aktør

Pasientar som treng utgreiing for demenslidning og/eller har andre alderspsykiatriske lidningar får i dag tilbod av alderspsykiatrisk team

Dagens tilbod ved NPS: Pasientforløp demens

Tilvising

- Tilvisingar kjem til NPS frå fastlege eller sjukeheimslege, (evt. ved telefon som «hastesak» frå lege, pårørande eller personale i kommunehelsetenesta; eller via søknad om opphald i døgnavdeling som forvern)
- Alderspsykiatrisk team drøfter og vurderer dei ulike sakene før dei fordeler dei
- Komponentopplysningar blir innhenta før konsultasjon via telefon til pårørande eller personale
- Brev om tidspunkt for konsultasjon blir sendt ut til pasient
- Når NSH får inn ein dement pasient vert alderspsykiatrisk team ofte bedt om å gjere tilsyn og/eller gjere ei vurdering. Dette er ikkje systematisert. Ein strever etter å skjerme pasientane ved å gje dei enkeltrom

Utgreiing

- Som regel er to frå teamet med på konsultasjonen (ambulant eller ved NPS). Det er ynskjeleg at ein som kjenner pasienten er med (pårørande og/eller personale/primærkontakt)
- Aktuelle testar blir tatt
- Parallell intervju med pasienten og pårørande/personale
- Etter konsultasjonen drøftar teamet situasjonen og eventuelle supplerande undersøkingar blir satt i gang, t.d. nevropsykolog, spinalpunksjon og radiologisk us

Oppfølging

- Tilbakemelding om diagnose blir gitt til pasienten anten heime hjå pasienten eller på NPS
- Funn, diagnose, medisiner og forslag til tiltak blir gjennomgått
- Informasjon og rettleiing vert også gjeve til pårørande, fastlege og evt. personale ved institusjon
- Evt. vidare oppfølging/kontrollar

Ved akutt funksjonssvikt trengs ei brei tilnærming for å sette i verk rette tiltak

Dagens tilbud: Pasientforløp akutt funksjonssvikt

Straks

- Pasienten vert meldt inn med symptom på akutt funksjonssvikt og med spørsmål om spesifikke diagnosar. Observasjonar og tiltak blir sett i verk prehospitalt. Pasienten blir tatt imot i mottak som alle andre pasientar; BT, temp, puls, saturasjon, EKG m.m. Journalopptak av lege og sjukepleiar
- Utgreiing, diagnostisering og oppstart av behandling
- Vert innlagt på medisinsk sengepost, evt. vidaresendt til sentralsjukehuset eller HUS

Innan eitt døgn

- Skaffe oversikt over heimesituasjonen, eventuelt kort tilbakemelding til kommune om status og eventuelt når ein tenkjer utreise
- Ernæringsstatus; drikkemåling, vekt og matinntak
- Funksjonsnivå; mobilisering, ADL, fysioterapi og ergoterapi
- Vidare utgreiing og behandling etter symptom og funn

Utskriving

- Dialog med kommunane om planlegging av utreise. Skrive ut til rett omsorgsnivå, kople inn nødvendige fagfolk ved utskrivning
- Halde pasienten orientert om kva som er gjort og kva som eventuelt er endra
- Avslutte behandling eller vidareføre den til kommunen/pasienten

Innhold

Om arbeidet

Dagens situasjon

Forslag til løysing

Kritiske suksessfaktorar/ROS-analyse + tiltak

Økonomiske konsekvensar

Vegen vidare

Arbeidsgruppa foreslår å opprette ein eldremedisinsk poliklinikk

Forslag til løysing

Målet med tilbodet er ei best mogleg koordinering av tenester til eldre med samansette lidingar. Arbeidsgruppa foreslår at delar av tilbodet vert organisert i ein «eldremedisinsk poliklinikk»

- Den føreslegne løysinga føreset å samlokalisere alderspsykiatrisk team og medisinsk poliklinikk nokre faste dagar i veka. Dette vil gje ei tilgjengeleg teneste og ressurseffektiv utnytting – både når det gjeld samhandling og bruk av areal, utstyr, personell og fagutvikling. Løysinga føreset eit tilrettelagt areal samt tilsette med kompetanse innan geriatri og alderspsykiatri
- Arbeidsgruppa foreslår at poliklinikken finst som eit samarbeid og eit pasientforløp, at poliklinikken kan ha felles møtepunkt/lokalisering nokre faste tider/dagar i veka og at det skal trekkast inn spesialistar når det trengst. Det er viktig at pasientane skal kunne kome til éin fast plass – at heile pasientforløpet føregår på ein fast plass ved at både psykiske og somatiske utgreiingar kan skje her. Pasienten kjem som regel inn med ei hovudproblemstilling, men det er ein stor fordel med samlokalisering at ulike spesialistar kan diskutere problemstillingane på tvers
- Arbeidsgruppa foreslår også at den geriatriske kompetansen blir styrka på den medisinske sengeposten

Nokre av fokusområda vil vere demensutgreiing, multifunksjonssvikt og vurdering av polyfarmasi og falltendens

Fokusområde for den eldre medisinske poliklinikken

Nokre av fokusområda for den eldre medisinske poliklinikken vil vere:

- Demensutgreiing
- Multifunksjonssvikt
- Ernæringsvikt
- Oppfølging av utskrivne pasientar med samansette lidningar – spesialsjukepleiarar
- Vurdering av polyfarmasi – treng spesialistar
- Vurdering av falltendens: svimling, balansesvikt, etc.
- Vurdering av førarkort (hensiktsmessig å gjere dette i spesialisthelsetenesta pga. fagkompetansen)
- Rettleiing av pasient, pårørande og kommunehelsetenesta (sjå egne bilete side 25)

Arbeidsgruppa tilrår at den eldre medisinske poliklinikken er forankra i NPS

Organisering av den eldre medisinske poliklinikken

Modell 1: Forankring i NPS

- Forankring i psykisk helsevern/NPS. I dag tek NPS godt hand om behova innan demens og alderspsykiatrien. Det er ein føresetnad med eit forpliktande samarbeid mellom medisinsk klinikk NSH, fagspesialistar og sjukepleiarar her i forhold til somatisk utgreiing og behandling. Ut frå den gode kompetansen NPS har, er denne modellen å tilrå for Nordfjord

Modell 2: Forankring i medisinsk klinikk

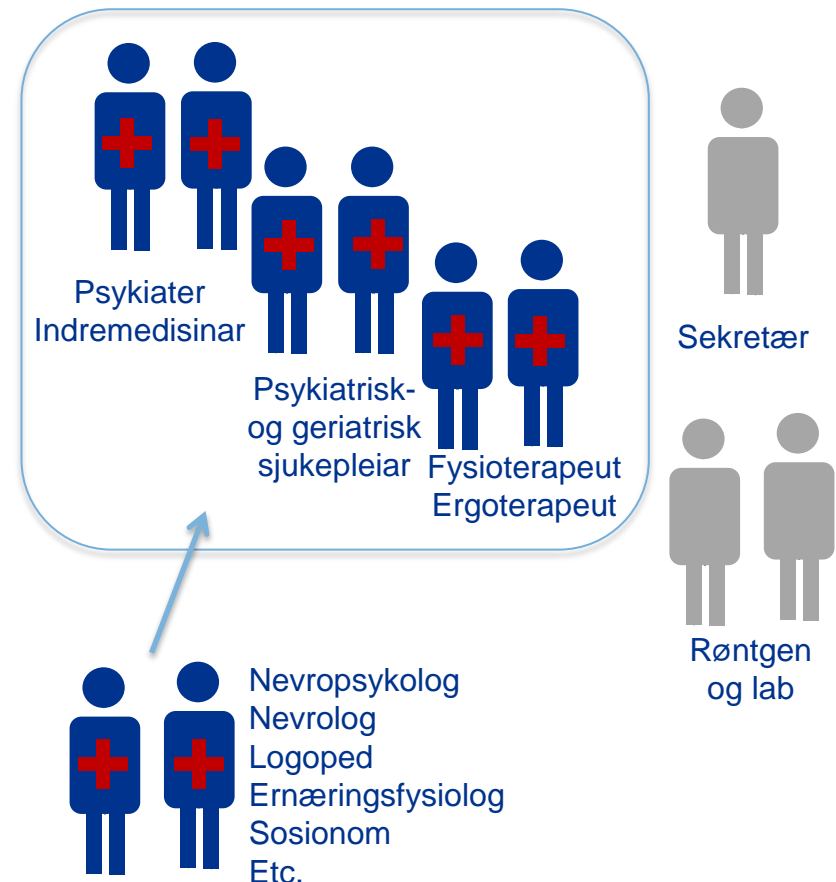
- Forankring i medisinsk klinikk NSH. Denne modellen er meir aktuell dersom lokalsjukehuset får ein indremedisinar med særleg interesse for geriatri. Det er ein føresetnad med forpliktande samarbeid med psykisk helsevern/NPS i forhold til psykiatrisk utgreiing og behandling

Den eldre medisinske poliklinikken har trong for psykiater, indremedisinar, spesialsjukepleiarar og fysio- og ergoterapeut

Kompetansebehov til poliklinisk og ambulant verksemd

Følgjande kjernekompetanse bør vere tilknytt eldre medisinsk poliklinikk:

- **Psykiater** med særleg interesse for alderspsykiatri (har dette i dag)
- **Indremedisinar** med særleg interesse for eldre medisin (har ikkje dette i dag)
- **Spesialsjukepleiarar** innan psykiatri og geriatri
- **Fysioterapeut og ergoterapeut**
- **Sekretær** som kallar inn pasientane og samordnar logistikkmessige utfordringar med einingsleiar i poliklinikken
- Utover desse faggruppene, er det også relevant å ha tilgang til sosionom, logoped, ernæringsfysiolog, nevropsykolog, nevrolog og andre ambulerande legespesialistar
- Tilgang til støttetjenester som røntgen og laboratorium er avgjerande



Dei tilsette skal ha fokus på sine kjerneoppgåver, men må samarbeide med andre spesialistar i medisinsk og psykiatrisk poliklinikk

Utfyllande informasjon og kompetansebehov til poliklinikk og ambulant verksemd

- **Indremedisinar** med særleg interesse for geriatri (40 % stilling). Ved mangel på dette: Samarbeide med eksisterande indremedisinsk fagmiljø, inkludert nevrologi, om utgreiing og behandling. Telemedisin kan nyttast i kommunikasjon med fagspesialistar ved FSS. Medisinsk seksjon bruker ressursar på aldersgruppa i dag, men ikkje heilskapleg nok ut ifrå den geriatriisk arbeidsmetoden. Bør styrke kompetanse i eksisterande stab
- **Psykiater** med særleg interesse for alderspsykiatri (50 %, har dette i dag)
- **Spesialsjukepleiarar** innan psykiatri og geriatri. Behovet vil vere minst 200 % til saman. NSH vil ha behov for supplering med 100 % geriatriisk sjukepleiar (geriatriisk kompetanse finst i dag hos ein intensivsjukepleiar) og NPS med 50 % innan alderspsykiatri (NPS har geriatriisk sjukepleiar i dag som er tilknytt ambulant alderspsykiatrisk team). Det mest fordelaktige for å få rett fokus hadde vore at to personar jobbar 100 % med den eldremedisinske poliklinikken
- **Fysioterapeut og ergoterapeut:** Behovet vil vere å supplere med to 50 % stillingar, ei stilling til ein fysioterapeut og ei stilling til ein ergoterapeut (har i dag 40 % ergo og 100 % fysio). For fysioterapeutar er pust, balanse og koordinasjon, gange og forflytning, hjelpemiddel, kontinens og smertekontroll sentrale område. For ergoterapeutar er bustad, hjelpemiddel, hushaldningsaktivitetar, kognitiv funksjon, kommunikasjon, motivasjon, måltidssituasjon, personleg hygiene, påkledning, sikkerheit, toalettsituasjon og transporttilpassing viktige ansvarsområde
- **Sekretær** som kallar inn pasientane og samordnar logistikkmessige utfordringar med einingsleiar i poliklinikken. Antatt behov er 50 %. Det er mogleg at ein kan nytte eksisterande personell til dette. Det er auka krav til samordning, nye arbeidsmetodar og sannsynleg auke i aktivitet
- Tilsette knytt til den eldremedisinske poliklinikken må meistre bruk av videokonferanse/telemedisin
- Dei tilsette skal ha fokus på sine kjerneoppgåver, men må samarbeide tett med andre tilsette i medisinsk og psykiatrisk poliklinikk. Mange pasientar innan «kronikargruppa» vil trenge spesialisert oppfølging innan t.d. diabetes, KOLS, hjerneslag og hjarteskjukdomar – i tillegg til andre sider av eldremedisinen. Ambulerande legespesialistar frå FSS må og nyttast. Ein har i dag tilgang til ambulerande spesialistar som nevropsykolog og nevrolog

Den geriatriske kompetansen på sengeposten må styrkast gjennom å vidareutdanna to sjukepleiarar innan geriatri

Kompetansebehov til medisinsk sengepost

- Saltvedt m.fl. viser at behandling av akutt sjuke skrøpelege eldre på ei geriatrisk avdeling reduserer sjansen for død signifikant samanlikna med behandling på ein ordinær medisinsk sengepost
- 50 % av pasientane på den medisinske sengeposten ved NSH har til no i år (2012) vore i aldersgruppa over 75 år. I 2011 var denne andelen 45 %, medan den i 2010 var 43 %. Med utgangspunkt i dette meiner arbeidsgruppa at følgjande kompetanse bør vere tilknytt den medisinske sengeposten:
 - Geriatrisk kompetanse på sengeposten må helst styrkast med to **geriatriske sjukepleiarar**. Dette bør skje gjennom å vidareutdanne eksisterande personell. Saltvedt m.fl. viser m.a. at behandling av akutt sjuke skrøpelege eldre i ei geriatrisk avdeling gir signifikant redusert dødelegheit samanlikna med behandling i ordinær medisinsk sengepost. Det er viktig at pasientane vert behandla ut frå den geriatriske arbeidsmetoden i større grad enn dei vert i dag
 - Arbeidsgruppa foreslår at det vert avsett økonomiske middel til å vidareutdanne to sjukepleiarar. Denne kostnaden er rekna til ca. 50.000 NOK i direkte utgifter per student – som skal dekke semesteravgifter, bøker, reiser og opphald. I tillegg kjem utgifter knytt til vikarar når studentane er borte
 - Det bør vere ei 50 % stilling for **ergoterapeut** og 50 % stilling for **fysioterapeut** tilknytt sengeposten (NSH har dette i dag (40 % ergoterapeut))
- Arbeidsgruppa tilrår at kompetansehevingstiltak som kurs i alderspsykiatri og kurs i akutt geriatri skal verte tilbydd tilsette både i psykiatrien og ved den medisinske sengeposten. Ein kan t.d. arrangere felles kurs eller la tilsette gå på kurs i regi av fagnettverk

NSH vil ha behov for auke i stillingar til spesialsjukepleiarar, fysioterapeut og ergoterapeut

Behov for nye/utvida stillingar og kompetanseauke

Stilling	Har i dag	Behov auke	Til saman	Kommentar
Spesialsjukepleiar geriatri til poliklinikken	-	100 %	100 %	Ny stilling. Denne stillinga er høgste prioritet
Spesialsjukepleiar geriatri til sengeposten	-	200 %	200 %	Vidareutdanne eksisterande personell
Spesialsjukepleiar alderspsykiatri til poliklinikken	70 %	50 %	120 %	Auke i stilling/ny stilling
Fysioterapeut til poliklinikken og sengeposten	100 %	50 %	150 %	Ny stilling
Ergoterapeut til poliklinikken og sengeposten	40 %	50 %	90 %	Auke i stilling
Sekretær til poliklinikken	-	50 %	50 %	Kan vere mogleg å nytte eksisterande personell

Samhandling er essensielt – både mellom NSH og NPS, gjennom faglege nettverk og med kommunehelsetenesta

Samhandling

Samhandling NSH – NPS

- Samlokalisering i ein «eldremedisinsk poliklinikk» vil trygge samhandling internt mellom NSH og NPS og ut mot kommunane. Dette må skje via forpliktande avtalar slik at det vert definert tid og ressursar til samhandling og koordinering. Ein må sikra faste, jamlege og forpliktande møtepunkt og avklarte ansvarsområder. Sekretæren må ha ein koordinerande funksjon

Faglege nettverk

- Kompetansen på medisinsk poliklinikk må styrkast som forklart på side 23
- Ein må samarbeide internt i føretaket om drift av faglege nettverk der kommunane er samarbeidspart. Samhandling mellom fagnettverka innan geriatri og alderspsykiatri er særleg relevant (jfr. satsinga til SESAM og Utviklingssentra for sjukeheimar og heimetenester), men også med andre nettverk, t.d. innan kreftomsorg, rehabilitering og KOLS/oksygen

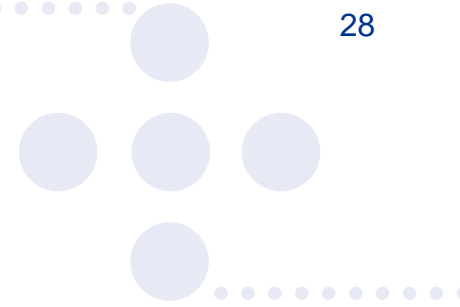
Kommunehelse- tenesta

- Fokus på samhandling er ein føresetnad for hensiktsmessig samarbeid med kommunehelsetenesta og andre. Ein må sjå pasientar og pårørande sine behov i heile pasientforløpet, samtidig som funksjonsfordelinga skal vere i tråd med føringar
- Samhandlinga mellom medisinsk sengepost og kommunehelsetenesta kan styrkast ved å auke kompetansen innan eldremedisin og meir systematisk bruk av «geriatriisk arbeidsmetode»
- Telemedisinske løysingar skal nyttast der dette er hensiktsmessig i samhandlinga. Det er ein føresetnad at utstyr er på plass i kvar kommune. Ambulant verksemd er relevant å utvikle vidare, men må vurderast nøye opp mot kostnad/nytte

Den eldre medisinske poliklinikken bør undervise pasientar, pårørende og tilsette i kommunehelsetenesta

Undervisning og opplæring

- Den eldre medisinske poliklinikken bør ha som prioritert oppgåve å undervise og rettleie pasientar, pårørende og tilsette i kommunehelsetenesta (undervisning og rettleiing er integrert i den heilskaplege arbeidsmetodikken)
- Opplæring og rettleiing skjer hovudsakleg individuelt på enkeltpasientar i spesialisthelsetenesta. Personell både på poliklinikken og sengeposten må ha fokus på læring og meistring som ein integrert del av det pasientretta arbeidet
- Elles kan andre spesifikke rehabiliteringstilbod i spesialisthelsetenesta som KOLS-skule, hjarterehabilitering, diabetesskule vere aktuelle for pasientgruppa. Desse skal vere koordinert av LMS-koordinator
- Spesialisthelsetenesta skal spesielt støtte kommunane sine tilbod ved å undervise her, t.d. Pårørandeskule (for pårørende til pasientar med demens). Gode fagnettverk vil også styrke kompetansen både i kommunehelsetenesta og i spesialisthelsetenesta
- Ambulant verksemd og telemedisinske løysingar bør nyttast i undervisning og rettleiing av kommunehelsetenesta



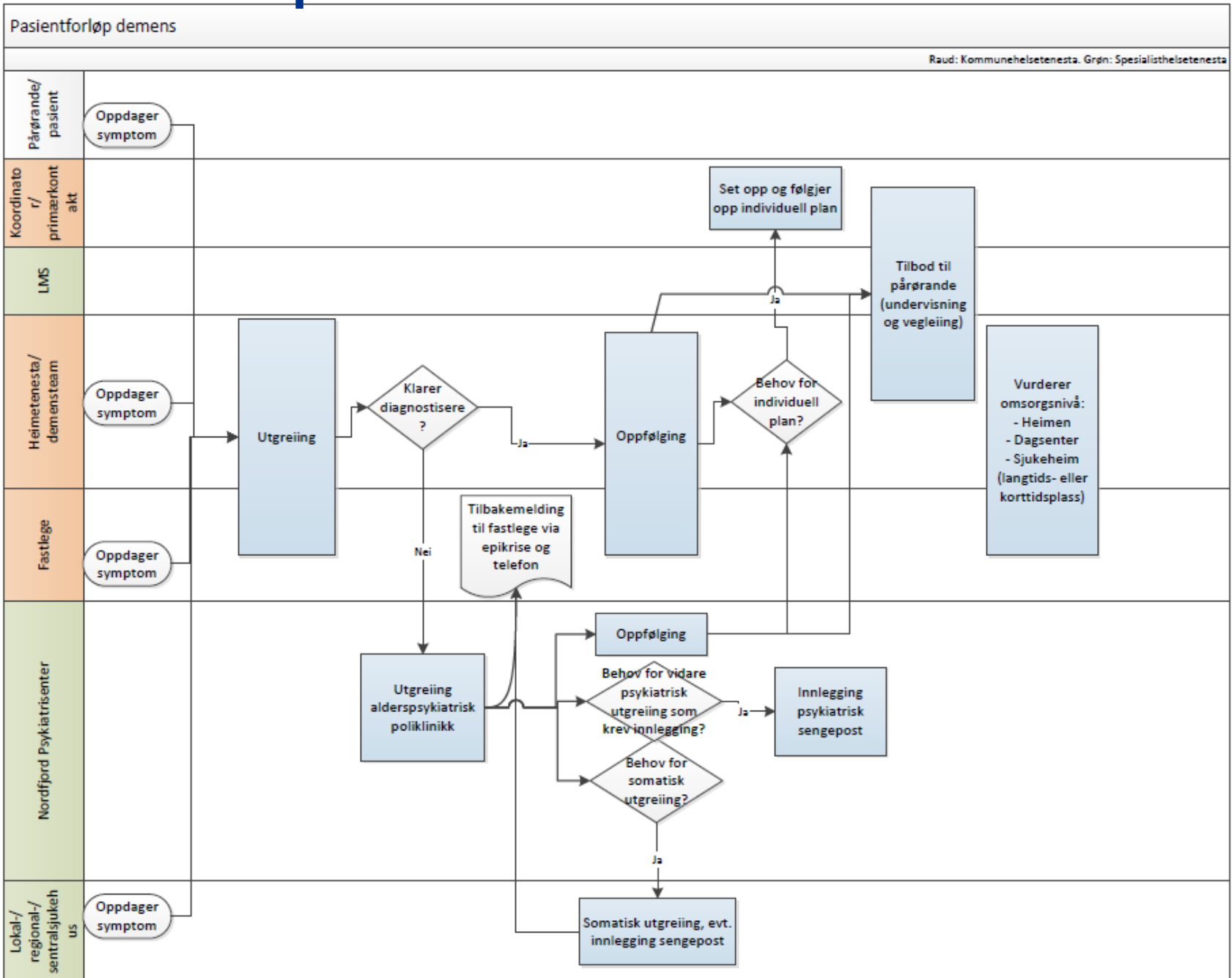
Demens

Dagens arbeidsmetode for demens kan vidareutviklast ved tettare samarbeid med somatikken

Forslag til løysing for demenspasientar

- Utgreiinga ved eldre medisinsk poliklinikk blir anten gjort poliklinisk eller ambulant. Den skal føregå som skildra i *dagens situasjon*. Behandlingstiltak som t.d. medisinerer skal settast i verk. Generelt er det ønskeleg med ambulerande konsultasjon og oppfølging, for å gje eit nært og tilgjengeleg tilbod og for å sikre best kvalitet og minst mogleg påkjenning for pasienten
- Dagens arbeidsmetode ved NPS vil bli vidareutvikla gjennom tettare samarbeid med somatikken i den eldre medisinske poliklinikken og ved å ta i bruk telemedisinske løysingar
- Naudsynte oppfølgingskontrollar skal gjerast ved eldre medisinsk poliklinikk eller ved at ambulerande team kjem heim til pasienten. Poliklinikken kan også støtte kommunehelsetenesta i oppfølging og rettleiing. Oppfølginga av pasient og pårørande/hjelpear utført av kommunehelsetenesta må vere systematisk: det bør vere faste innkallingar slik at pasienten ikkje skal gløyme å kome til kontroll. Pårørande skal ha tilbod om separate kontrollar
- Undervisnings- og rettleiingstilbod til pårørande kan utførast ved å ha pårørandeskule/-dagar/-kveldar i samarbeid med kommunane. Telemedisinske løysingar skal brukast til undervisning og rettleiing der dette er hensiktsmessig
- Nasjonal standard for funksjonsfordeling mellom 1. og 2. linetenesta skal følgjast. Utgreiing av kommunehelsetenesta skal følgje bestemte retningslinjer (Demensplan 2015). For meir komplekse tilfelle skal pasienten tilvisast til eldre medisinsk poliklinikk
- Løysinga er skissert som eit pasientforløp på neste side

Pasientforløp demens



Akutt funksjonssvikt

Ved akutt funksjonssvikt er ei brei fagleg tilnærming vesentleg

Forslag til løysing for pasientar med akutt funksjonssvikt

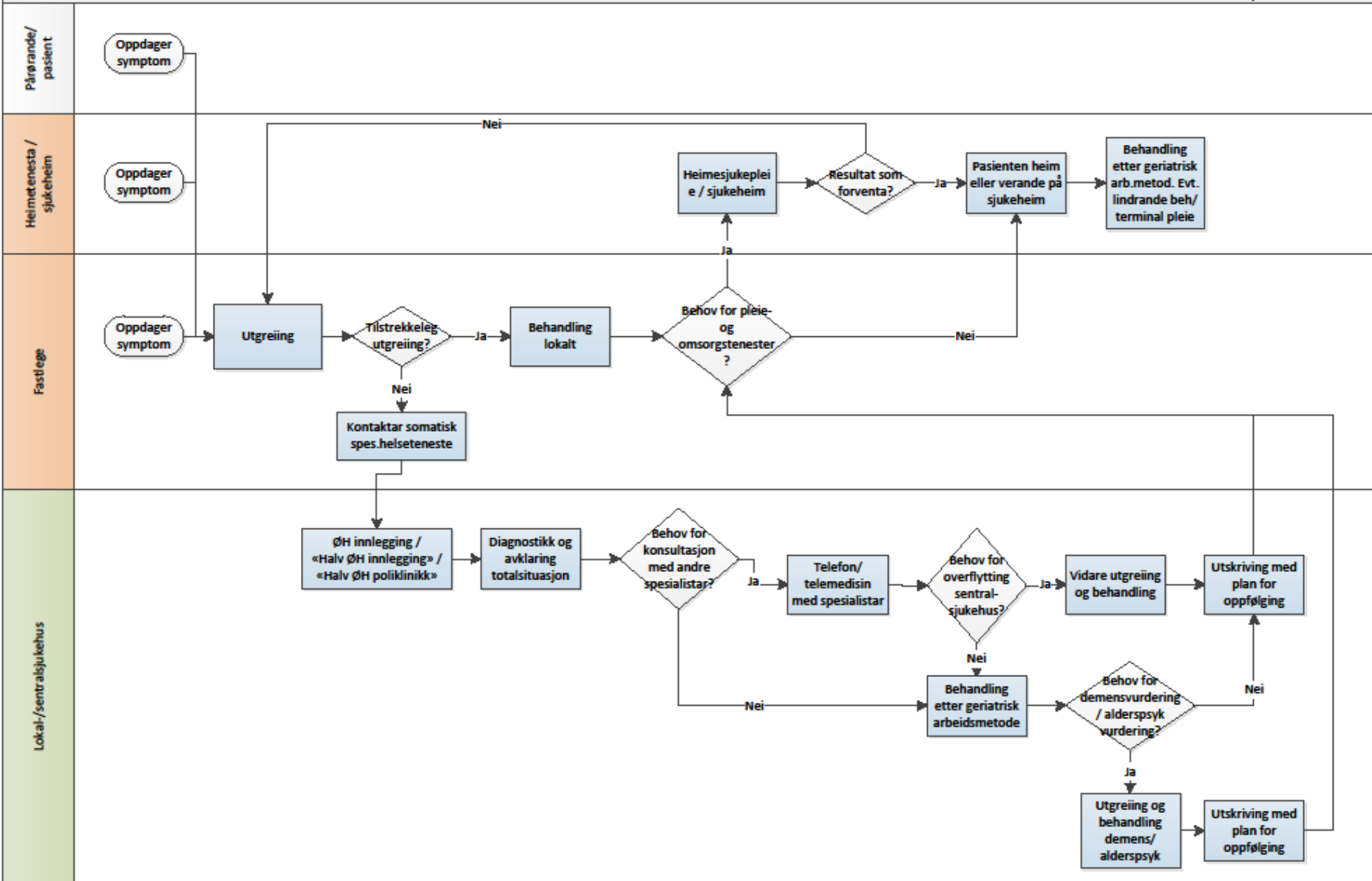
- Ca. 25 % av alle indremedisinske pasientar blir innlagde med eit bilete av akutt funksjonssvikt. Ved akutt sjukdom hos gamle manglar ofte dei organretta symptoma som elles vert rekna som typiske. Symptom ved sjukdom hos gamle er ofte prega av tap av funksjon, noko som kan mistolkast som eit reint pleieproblem. Alvorsgraden blir lett undervurdert, og rask og brei diagnostisk avklaring frå lege er nødvendig¹
- Ei brei fagleg tilnærming er vesentleg for å kartlegge funksjonssvikt. Det er vesentleg med rutinar for ei tverrfagleg vurdering av sjukdom og funksjonssvikt etter behandlingsprinsippa til geriatriske pasientar
- Forslaget inneberer ei meir systematisk kartlegging av grunnleggande behov og funksjonssvikt gjennomført av sjukepleiarar i både 1. og 2. linjetenesta. Dei må samarbeide med legar og andre relevante faggrupper for å få ei heilskapleg vurdering og samhandle systematisk. Ein må unngå ei for snever organspesifikk tilnærming
- Gode samarbeidsrutinar og informasjonsflyt mellom sjukehus og heimkommune er avgjerande for å vurdere kva nivå pasienten kan behandlast på
 - Igangsetjing av tiltak lokalt – heime/sjukeheim/halvannanlinje
 - Som alternativ til innlegging kan det avtalast «halv ØH innlegging» eller «halv ØH poliklinikk». Dette kan gjerast når kommunelege og sjukehuslege har vurdert situasjonen og funne det forsvarleg å avvente innlegging
 - Ved «halv ØH innlegging» vil det avtalast innlegging dagen etter eller nokre få dagar seinare
 - Ved «halv ØH poliklinikk» vil det avtalast poliklinisk time neste dag eller nokre få dagar seinare. Det blir satt i gang utgreiing, observasjonar og eventuelt behandling lokalt i kommunehelsetenesta, men inngått avtale om poliklinisk time som alternativ til akutt innlegging
- Eit mål er å hindre unødige innleggingar
- Løysinga er skissert som eit pasientforløp på neste side

¹Kjelde: Wyller 2011

Pasientforløp akutt funksjonssvikt

Pasientforløp akutt funksjonssvikt

Raud: Kommunehelseteneste. Grøn: Spesialisthelseteneste



Løysinga vil gi ei heilskapleg og koordinert oppfølging på begge helsetenestnivå

Gevinstar som eit resultat av den generelle løysinga

- Løysinga vil gi ei heilskapleg og koordinert oppfølging på begge helsetenestnivå
- Pasientane unngår unødig reise til sjukehus der det er mogleg å behandle lokalt, noko som gir mindre belastning for pasientane
- Meir effektiv ressursbruk både i kommune- og spesialisthelsetenesta
- Effektiv ressursbruk i spesialisthelsetenesta pga. førebygging og ved å unngå innleggingar
- Konsekvensar både for pasient/fagmiljø/samfunn/økonomisk: I tråd med framtidens politikk for å handtere veksten i talet på eldre og behovet for fordeling av avgrensa ressursar
- Løysinga skal kunne redusere talet på innleggingar forholdsvis i høve demografi

Mange element av dei føreslegne tilboda er overførbare også til andre lokalsjukehus

Nasjonal overføringsverdi

Det er mange element av dei føreslegne tilboda som vil vere relevante for andre lokalsjukehus i Noreg. Spesielt relevant vil desse vere:

- Samlokalisering i ein eldre medisinsk poliklinikk
- Ulike modellar for forankring i organisasjonen: forankring i psykisk helsevern eller medisinsk klinikk ut frå kva alderspsykiatrisk/geriatrisk kompetanse sjukehuset har
- Arbeidsmetodikk tilpassa føringar i Samhandlingsreformen
- Bruk av geriatrisk arbeidsmetode også i andre sengepostar enn dei mest spesialiserte geriatrike avdelingane

Innhold

Om arbeidet

Dagens situasjon

Forslag til løysing

Kritiske suksessfaktorar/ROS-analyse + tiltak

Økonomiske konsekvensar

Vegen vidare

Kritiske suksessfaktorar/ ROS-analyse av det føreslegne tilbodet

Kritiske suksessfaktorar

1. Tilgjengelege og tilstrekkeleg kompetente fagfolk, kompetanseheving (indremedisinar med interesse for eldremedisin, spesialistsjukepleiar)
2. Samlokalisering av eldremedisinsk poliklinikk
3. Få handlingsrom frå leiinga av helseføretaket
4. Tilstrekkelege økonomiske rammer
5. Forankring lokalt – skape engasjement og motivasjon blant dei tilsette
6. Nytte eksisterande overlegeheimlar til styrking av tenester
7. Samarbeid med andre delar av somatikken
8. Geriatrisk arbeidsmetode må vere forankra hjå alle som skal arbeide med tilbodet
9. Fastlegane må vite om tilbodet for å kunne tilvise pasientar
10. Sikre gode pasientforløp, også i kommunehelsetenesta

Risikomatrise

Sannsyn for at suksessfaktorane ikkje inntreff og konsekvensane av dei

Konsekvens	Svært høg		3			
	Høg	8	2 7	1 6 5 4		
	Moderat	9		10		
	Liten					
	Ingen					
		Usannsynleg	Lite sannsynleg	Mogleg	Sannsynleg	Sikker hending
		Sannsynlighet				

Tiltak for å sikre suksess

Kritiske suksessfaktorar	Tiltak for å sikre suksess
1. Tilgjengelege og tilstrekkeleg kompetente fagfolk, kompetanseheving (geriater eller indremedisinar med interesse for eldremedisin, spesialistsjukepleiar)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rekruttere, stimulere (økonomisk støtte) eigne tilsette til å ta vidareutdanning ▪ Nytte kompetanse frå andre helseføretak (geriater) og FSS ▪ Lønnstilbod ▪ Fagmiljø (dette legg den føreslegne modellen opp til)
2. Samlokalisering av eldremedisinsk poliklinikk	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dedikert areal og utstyr, må integrere tilbodet i ei endeleg heilskapleg løysing (t.d. delprosjekt areal)
3. Forankring i leiinga av helseføretaket	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Involvering av føretaksleiinga, samspel mellom prosjekt og driftsorganisasjon
4. Tilstrekkelege økonomiske rammer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avsette tilstrekkelege midlar
5. Forankring lokalt – skape engasjement og motivasjon blant dei tilsette	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informasjonsspreiing, t.d. gjennom allmøte, andre møte, intranett ▪ Kompetansehevingstiltak (vidareutdanning og kursing)
6. Nytte eksisterande overlegeheimlar til styrking av tenester	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leiinga i medisinsk avdeling stimulerer til sterkare fokus på eldremedisin
7. Samarbeid med andre delar av somatikken	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Får nytte ambulerande spesialistar
8. Geriatrisk arbeidsmetode må vere forankra hjå alle som skal arbeide med tilbodet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kompetansehevingstiltak (vidareutdanning og kursing)
9. Fastlegane må vite om tilbodet for å kunne tilvise pasientar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Samarbeid med praksiskonsulentane (informasjon på nettsidene og informere i faste møte)
10. Sikre gode pasientforløp, også i kommunehelsetenesta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Samarbeid med kommunane sine demensteam

Innhold

Om arbeidet

Dagens situasjon

Forslag til løsning

Kritiske suksessfaktorar/ROS-analyse + tiltak

Økonomiske konsekvensar

Vegen vidare

Ein eldremedisinsk poliklinikk vil ha trong for fleire PCar og kartleggingsverktøy

Utstys- og arealbehov

- **Eksisterande medisinsk-teknisk utstyr** i medisinsk poliklinikk
- Det bør supplerast med aktuelle **kartleggingsverktøy** innan geriatri/alderspsykiatri (skjema og materiale for å ta testar)
- **Telemedisinsk utstyr** på medisinsk poliklinikk (har i dag, men er ikkje i bruk) kan nyttast
- **Fleire arbeidsplassar med PC og eventuelt fleire undersøkingsbenkar.** Det er mogleg at nokre av dei eksisterande PCane kan nyttast. Arbeidsgruppa føreset at eksisterande overflødige undersøkingsbenkar kan nyttast
- **Undervisnings- og møterom** – for sambruk med andre, t.d. KOLS-skule, hjarterehabilitering og diabeteskule
- **Samtalerom** til individuelle samtalar med pasientar og pårørande
- **Eksisterande fysikalskmedisinsk areal** kan nyttast

Kva	Pris
PCar, skrivarar, div. rekvisita	40.000
Div. kartleggingsverktøy	2.000

Totale økonomiske konsekvenser – investeringsbehov

Totalt beløp til tilbudet	342.000
Utstyr, totalt	42.000
Pcar, skrivarar, div. rekvisita	40.000
Div. kartleggingsverktøy	2.000
Kompetanseheving, totalt	300.000
Vidareutdanning spesialistsjukepleie geriatri (tre personar: to til medisinsk sengepost og ein til eldre medisinsk poliklinikk)	150.000
Vidareutdanning spesialistsjukepleie psykiatri (ein person)	50.000
Andre kompetansehevingstiltak; kurs i alderspsykiatri, fagnettverk har kurs, kurs i akutt geriatri, arrangere felles kurs ved NSH/NPS, etc.	100.000
Implementeringskostnader	Samordnast med anna arbeid

Innhold

Om arbeidet

Dagens situasjon

Forslag til løsning

Kritiske suksessfaktorar/ROS-analyse + tiltak

Økonomiske konsekvensar

Vegen vidare

Etter godkjenning bør ei arbeidsgruppe med fagspesialistar detaljere ut tilbodet

Framlegg frå arbeidsgruppa til vidare prosess

- Arbeidsgruppa foreslår at det blir oppretta ei arbeidsgruppe ved NSH/NPS snarleg som skal detaljere ut tilbodet, i samarbeid med stab/støtte. Arbeidsgruppa bør bestå av relevante fagfolk, leiarar, tillitsvalde og verneombod. Detaljeringa må skje både av det polikliniske/ambulante tilbodet samt av styrking av tilbod på sengeposten
- Utviklingsavdelinga har lyst ut ledig stilling som prosjektleiar og prosjektmedarbeidarar ved Nordfjord sjukehus, kor tilsetjing er snarast. Arbeidet med prosjektet går ut på å planlegge drift av den framtidige poliklinikkeininga med dei ulike aktivitetane, og implementere endringane i samarbeid med ulike avdelingar i Helse Førde. Arbeidet vil mellom anna innebære koordinering og tett samarbeid med kommunane
- Areal til den polikliniske verksemda må verte tilrettelagt
- Sjukepleiarar som skal ta vidareutdanning må verte identifisert og søknadsprosess starte
- Med det eksisterande alderspsykiatriske teamet som kjerneressursar og ved å nytte anna eksisterande personell – med ekstra kursing – estimerer arbeidsgruppa at det vil ta seks månader å kome i gang med utvida poliklinisk verksemd og styrking av sengeposten