

1. Oppsummering av rapporten og prioriterte tiltak	2
2. Mandat og arbeidsgruppe	4
2.1 Mandat	4
2.2 Arbeidsgruppa besto av:	5
3. Om behov og nødvendig prioritering	5
3.1 Demografi	6
3.2 Sjukdomsbilete.....	7
3.3 Endra forventningar	8
3.4 Nye teknologiske og behandlingmessige tilbud og endra indikasjonsstilling.....	8
3.5 Nødvendig prioritering.....	8
3.6 Nasjonal helseplan og ny samhandlingsreform	9
4. Kva er dei største utfordringane for spesialist- helsetenesta til eldre ? 10	
4.1 Kapasitetsutfordringa	10
4.2 Dei skrøpelege eldre/ geriatrike pasientar	11
4.3 Store sjukdomsgrupper – pasientar over 70 år :	12
5. Viktige faglege satsingsområde	14
5.1 Geriatri	14
5.2 Alderspsykiatri	15
5.3 Dei store pasientgruppene.....	16
5.4 Ernæring.....	17
5.5 Legemiddelbruk og legemiddelhandtering:	18
5.6 Mobilisering og rehabilitering	20
6. Helsetenesta til eldre på tvers av nivå med tilrådingar	21
6.1 Behov for satsing på førstelinetenesta og førebygging - Leonprinsippet:	21
6.2 Kva skal ein gjere for å redusere behovet for akutte innleggingar i sjukehus?	22
6.3 Når den eldre pasienten blir lagt inn som øyeblikkelig hjelp (ØH).....	25
6.3.1 Identifisering av behov.	25
6.3.2 Behandling i sjukehus – tilrådingar	27
6.3.2.1 Geriatri:	27
6.3.2.2 Alderspsykiatri.....	29
6.3.2.3 Dei store gruppene eldre pasientar i sjukehus.....	30
6.3.2.7. Tidleg planlegging av utskriving og oppfølging.....	32
6.4 Utskriving og oppfølging av den gamle pasient etter sjukehusbehandling	33
7. Kompetansebehov og utdanning.....	33
8. Forsking og fagutvikling.....	36
9. Viktige føresetnader	39

1. Oppsummering av rapporten og prioriterte tiltak

Det er i kapittel 3 dokumentert eit aukande behov for helsetenester til eldre fram mot 2020 og dei tiår som følgjer etter. I kapittel 4 blir det gjort greie for kva arbeidsgruppa meiner er dei tre største utfordringane når det gjeld spesialisthelsetenesta til eldre, nemleg:

- Kapasitetsutfordringa
- Spesialisthelsetenestetilbodet til dei skrøpelege eldre
- Spesialisthelsetenestetilbodet til dei store gruppene eldre som får behandling på sjukehus.

Arbeidsgruppa meiner at å utvikle samanhengande helsetenester på tvers av nivåa (spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta) er det tiltaket som er viktigast for å møte desse tre hovudutfordringane.

I kapittel 5 har arbeidsgruppa gjort greie for dei mest sentrale faglege satsingsområda.

I kapittel 6 har arbeidsgruppa operasjonalisert utfordringane ein har i ulike fasar av eit behandlingsforløp og kva tiltak ein meiner er nødvendige å sette inn. Det er nødvendig å sjå tenestetilbodet i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta i samanheng, og utvikling og dimensjonering av spesialisthelsetenesta til eldre må skje samordna med utviklinga av tilbodet i kommunehelsetenesta. Arbeidsgruppa har skildra nødvendige tiltak i kommunane, men lagt hovudvekt på kva utfordringar spesialisthelsetenesta står ovanfor i dei ulike fasane. Det blir kome med konkrete forslag om tiltak i spesialisthelsetenesta som vil støtte opp om at ein større del av behandlingsansvaret skal kunne bli ivareteke i kommunehelsetenesta. Ein av føresetnadane for dette er at det blir etablert gode tverrfaglege fagmiljø innan geriatri i kvart helseføretak.

I kapitla 7 og 8 har arbeidsgruppa drøfta behov for kompetanseoppbygging og utdanning samt forskning og fagutvikling. Gruppa er av den oppfatning at spesialisthelsetenesta i framtida i større grad skal utgjera ein kompetansebase som også kommunehelsetenesta skal vere knytt opp mot.

I kapittel 9 har arbeidsgruppa kort skildra tre sentrale føresetnader for at skal kunne gjennomføre dei tiltak arbeidsgruppa i rapporten har tilrådd.

- Gode finansieringsordningar som stimulerer samarbeid og utvikling av tenestetilbodet
- IKT løysingar som bygger opp om og gjer samarbeidet effektivt
- Gode samhandlingsstrukturar blir etablert lokalt basert på likeverd mellom partane.

Arbeidsgruppa er av den oppfatning at tiltaka som blir tilrådd i rapporten er sentrale for å kunne utvikle det helsetenestetilbodet dei eldre treng dei komande åra. For å kunne gjennomføre tiltaka i praksis vil det vere behov for ytterlegare operasjonalisering av tiltaka både i kommunane og i spesialisthelsetenesta, men ikkje minst gjennom den samarbeidsstruktur som er etablert.

Arbeidsgruppa tilrår difor at:

Tilrådingar i planen som også gjeld kommunehelsetenesta bør bli følgde opp gjennom dei lokale samarbeidsutvala mellom kommunane og spesialisthelsetenesta. Arbeidsgruppa meiner ein bør ha lokale arbeidsgrupper som er likeverdige. Desse bør, med utgangspunkt i mellom anna denne planen, kunne utarbeide gode handlingsplanar og sette i verk konkrete tiltak som fører til at eldre får eit betre og meir samanhengande helsetenestetilbod tilpassa sitt behov.

Arbeidsgruppa har vidare i rapporten vurdert og tatt stilling til kva tiltak som bør gjennomførast i spesialisthelsetenesta og tilrår:

Det er nødvendig at Helse Vest følgjer opp tilrådingane som gjeld spesialisthelsetenesta gjennom å be helseføretaka opprette lokale arbeidsgrupper som får som oppgåve å operasjonalisere tiltaka og medverke til at dei blir sett i verk. Det skal vere representasjon frå kommunane, brukarane, universitet, høgskular og andre sentrale samarbeidspartnarar i arbeidet når dette er naturleg.

Dei prioriterte tiltaka i planen er:

1. Etablering av kompetente tverrfaglege geriatrike einingar i alle helseføretaka med følgjande tilbod.

- a. Nokre sengeplassar, akutt og eller/ elektive inklusiv dagtilbod.
- b. Poliklinikk
- c. Ressurs for tett dialog med kommunehelsetenesta og andre avdelingar i sjukehusa som behandlar eldre pasientar som treng behandling etter den geriatrike arbeidsmetode.
- d. Ressurs for forskning og fagutvikling
- e. Opplæring for pasient og pårørande

Arbeidsgruppa meiner slike einingar bør vere på plass i alle helseføretaka innan utgangen av 2011. Einingane må byggast opp til å kunne ivareta dei sjukaste geriatrike pasientane. (jfr eigne kriterier)

2. Satsing på utvikling av samanhengande behandlingkjeder på tvers av nivå for utvalde store pasientgrupper. Alle helseføretaka bør i 2010 i samarbeid med kommunane ha satt i gang arbeid med å utvikle samanhengande tenestetilbod til minst 5 av dei største pasientgruppene eldre som i dag blir behandla på sjukehus. I desse behandlingkjedene må ein mellom anna sikre pasientane god ernæringsoppfølging og at legemiddelbruken blir kvalitetssikra.

Alle helseføretaka skal i samarbeid med kommunane utarbeide felles rutinar for samhandling mellom sjukehusa og kommunane som sikrar dei eldre rett behandling raskt. Partane må gjennom samarbeidsutvala sørgje for at rutinane blir følgde.

Dei mest aktuelle gruppene er pasientar som er innlagt med pneumoni, hjerte-kar-lidingar, slagpasientar, pasientar med hoftebrot, dei skrøpelege eldre/geriatrike pasientar og kreftpasientar.

3. Systematisk satsing på utvikling av kommunehelsetenesta for å møte den forventede auke i talet på eldre som treng helsetenester. Det er og nødvendig at kommunane blir gjort i stand til å ta ansvar for grupper av eldre som i dag blir behandla på sjukehus. Kommunane treng samarbeid med ei tilgjengeleg og kompetent spesialisthelseteneste for å kunne utvikle dette tilbodet på ein forsvarleg måte og slik at ein unngår unødvendige innleggingar i sjukehus. Førebygging, eiga meistring og rehabilitering må etter arbeidsgruppa si oppfatning vere eit av dei viktigaste satsingsområda i kommunehelsetenesta for å løyse dei kommande utfordringane. Spesialisthelsetenesta må gjerast i stand til å støtte opp kring utviklinga av kommunehelsetenesta ved god tilgang og etterspurt kunnskap.

4. Helse Vest bør bidra til å få etablert eit regionalt kompetansesenter innan eldremedisin (inkludert alderspsykiatri og geriatri). Senteret bør gis rammer til og ansvar for å stimulere og koordinere forskning og fagutvikling, mellom anna gjennom etablering av regionale fagforum og regionale nettverk. Det bør prioriterast etablering av tverrfaglege nettverk som også inkluderer begge nivå og andre sentrale samarbeidspartnarar.

5. Helse Vest bør stimulere forskning og kvalitetsutvikling innan eldremedisin gjennom å tildele midlar til forskingsprosjekt og kvalitetsprosjekt for eldre. Desse midlane må gå til prosjekt med utgangspunkt i spesialisthelsetenesta, men det er viktig å prioritere samhandling med kommunehelsetenesta i denne forskinga. Satsinga bør startast opp alt i 2010.

6. Utdanning og rekruttering av geriatarar og andre faggrupper med spesialisert utdanning. Nasjonalt må det sikrast nødvendig auke i talet på geriatarar. Ein tilrår og at ein skal ha tre månader obligatorisk teneste i geriatri og alderspsykiatri som ein del av spesialiseringa i indremedisin og psykiatri for å auke den generelle kompetansen i eldremedisin innan disse spesialitetane. Det må og leggjast til rette for auka utdanning for geriatri- og psykiatrisk- sjukepleiarar. I dag er Stavanger og Haraldsplass godkjent som utdanningsinstitusjonar innan legespesialiteten geriatri. For å dekke framtidig behov må ein i Helse Vest årleg utdanne 2-3 geriatarar. Ein bør prioritere etablering av overlegeheimlar i føretaka som i dag manglar geriatarar.

2. Mandat og arbeidsgruppe

2.1 Mandat

Helse Vest bad i brev av 09.03.08 om at det vart oppretta ei regional arbeidsgruppe som fekk følgjande mandat.

- ”gi en oversikt over befolkningssammensetning og befolkningsutvikling i aldersgruppen over 67 år
- vise dagens forbruk av tjenester fordelt på aldersgrupper over 67 år og hvordan dette har utviklet seg, herunder også utviklingen innen øyeblikkelig hjelp fordelt på slike spesialiteter
- gi en vurdering av hvordan behovet for tjenester kan forventes å utvikle seg, herunder hva som er de viktigste drivkreftene i denne utviklingen
- vurdere hvordan spesialisthelsetjenesten skal og kan møte behovet for tjenester hos de eldste, herunder om det bør etableres særlige organisatoriske løsninger for eldre med sammensatte lidelser og som har behov for tjenester fra flere faggrupper og flere nivåer

- foreta en drøfting av geriatri som egen spesialitet og beskrive og vurdere ulike alternative former for utøvelse av geriatriske tjenester
- gi en vurdering av behovet for utdanning og kompetanse
- fremme konkrete forslag til tiltak som oppfølging av nasjonale mål
- gi en kostnadmessig vurdering av tiltakene”

Arbeidsgruppa har også lagt vekt på og tatt utgangspunkt frå:

- presiseringar av mandat frå fagdirektør Odd Søreide
- arbeidet som er gjort i Helse Vest i prosjekt Helse 2020.
- dei overordna nasjonale måla i nasjonal helseplan
- den nasjonale rapport ”Respekt og kvalitet” som vart utarbeidd i 2008 og tok føre seg korleis spesialisthelsetenesta til eldre best kan styrkast.

Hovudmål i nasjonal rapport ”Respekt og kvalitet”:

- ”Styrke de eldre pasientenes evne til mestring av egen sykdom og funksjonssvikt.
- Møte de eldre med respekt og holdninger som understøtter deres verdighet og selvfølelse.
- Sørge for rask og god diagnostisering, behandling, omsorg og rehabilitering.
- Tjenestene utformes med pasientenes medvirkning og tilpasses den enkeltes behov”.

2.2 Arbeidsgruppa besto av:

Alf Henrik Andreassen, leiar	Helse Bergen
Ove Nord Furnes	Helse Bergen, Universitetet i Bergen.
Hildur Thingnes	Helse Førde
Laila Nemeth	Helse Fonna
Vigdis Vagle	Helse Stavanger
Paal Naalsund	Haraldsplass Diakonale sykehus
Aslaug Husa/Janet Monsen	Konserntillitsvalgt
Harald Aasen	Bergen kommune
Olga Johannessen	Det regionale brukerutvalet
Marion Iren Neteland	Apoteka Vest
Venche Hvidsten	Universitetet i Stavanger
Magne Høgelid, sekretariat	Helse Bergen

Arbeidsgruppa har hatt 6 møter i perioden juni 2008-februar 2009.

3. Om behov og nødvendig prioritering

Behovet for utbygging og utvikling av helsetenesta til eldre er dokumentert i mange nasjonale rapporter dei seinare åra.

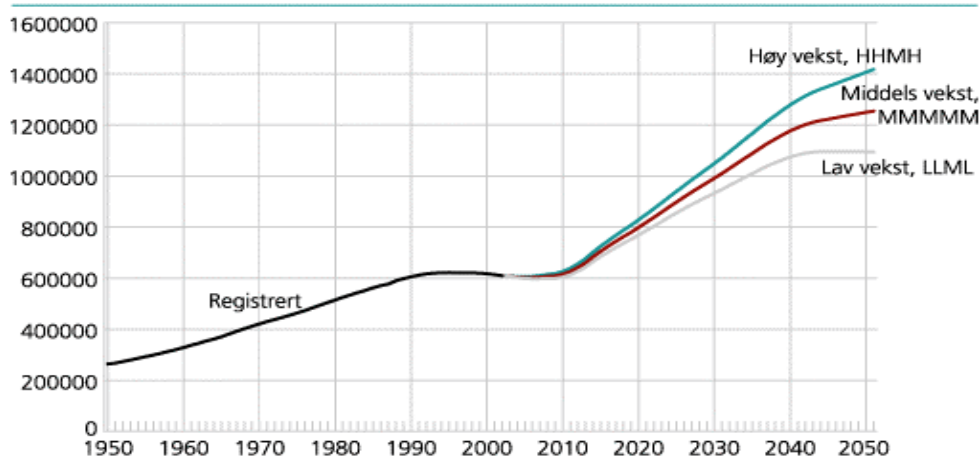
I Helse Vest sin strategiplan Helse 2020 blir det peika på fire sentrale forhold som endrar etterspurnaden etter helsetenester.

- Demografi
- Endringar i sjukdomsbilete
- Endra forventningar hjå befolkninga
- Nye teknologiske og behandlingmessige tilbod og endra indikasjonstilling

3.1 Demografi

Den minst usikre delen av framtidsbildet er sjølve befolkningsutviklinga, storleiken og alderssamansetjinga. Samtidig er det viktig å huske at også disse prognosane har ein viss usikkerheit. ”I 1980 undervurderte vi eldrebølgen kraftig, sier Peter Hjort, og derfor føler jeg meg ikke helt trygg på dagens prognoser heller”¹

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.

Kjelde: SSB, Framskrivning av folkemengd 2002–2050.

I regi av Helse 2020 prosjektet er det utarbeidd ei delutgreiing om demografi, bustadmønster og kapasitetsbehov fram mot 2020. Framskrivning mot år 2020 er basert på framskrivingsalternativet middels nasjonal vekst.²

Tabell 3.1.2 Befolkningsutvikling 2006-2020 etter helseføretak

Helseføretak	2006	2010	2020	%Endring 2006-2010	%Endring 2006-2020
Helse Stavanger	300 308	312 731	342 269	3,6 %	14,0 %
Helse Bergen	384 466	398 443	433 552	3,6 %	12,8 %
Helse Fonna	164 581	166 609	171 865	1,2 %	4,4 %
Helse Førde	106 994	107 088	108 805	0,1 %	1,7 %
Helse Vest	956 349	984 871	1 056 491	3,0 %	10,5 %

Kjelde: Helse Vest 2020

¹ Tidsskrift for Den norske lægeförening 2006;126:32-6.

² Basert på et fremskrivningsalternativ som forutsetter middels fruktbarhet, middels levealder, middels innenlandsk flyttenivå og middels nettoinvandring.

Tabell 3.1.3 Befolkningsutvikling 2006- 2020 etter fylke og alder

Fylke	2006		2010		2015		2020	
	I alt	70 +	I alt	70 +	I alt	70 +	I alt	70 +
Rogaland	397 214	36 272	411 556	36 871	427 935	40 651	445 111	48 275
Hordaland	452 141	47 999	466 227	48 438	483 739	51 746	502 575	60 998
Sogn og Fjordane	106 994	13 256	107 088	13 060	107 708	13 567	108 805	15 564
Helse Vest	956 349	97 527	984 871	98 369	1 019 382	105 964	1 056 491	124 837

Kjelde: Helse Vest 2020

Det går fram av tabellane over at befolkninga i Helse Vest er forventa å auke frå 2006 og til 2020. Ein forventar at folketalet veks frå 956 349 i 2006 til 1 056 491 i 2020. Dette tilsvarer ein auke med 100 142 personar som tilsvarer 10,5 %. På landsbasis forventar ein at befolkninga aukar med 8,8 %. Helse Vest ligg 1,7 % over dette.

Tabell 3.1.4 Befolkningsutvikling i Helse Vest 2000 - 2030 etter alder

Helse Vest	2000	2010	2020	2030
0-19	258 665	274 178	290 524	313 996
20-44	329 940	349 134	384 330	405 548
45-64	197 366	245 471	280 545	300 895
65-79	92 092	96 436	137 649	165 363
80-89	32 508	35 599	35 506	56 184
90+	5 447	7 664	8 941	10 156
Totalt	916 018	1 008 482	1 137 495	1 252 142

Kjelde: Helse Vest 2020

Prognosen for folketalsutviklinga i Helse Vest viser at veksten i eldrebefolkninga fram til 2020 vil vere størst i aldersgruppa 65-79. Etter 2020 vil auken vere prosentvis størst i aldersgruppene over 80 år. Prosentdelen vil auke fram mot 2020.

3.2 Sjukdomsbilete³

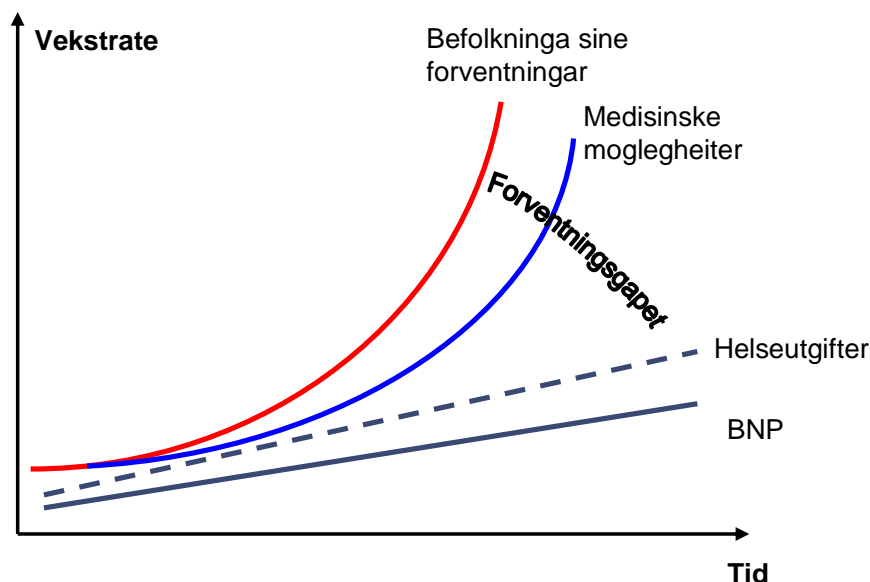
- Både Nasjonale og regionale tal viser at talet på eldre over 80 år vil auke med over 50 % frå 2010 til 2030
- Aldersrelatert sjukdom med stort samhandlingsbehov vil auke
- Ein spesielt stor auke når det gjeld kroniske tilstander som artrose, multimorbiditet og osteoporotiske frakturar.
- 200 000 personar har KOLS. Blir truleg 3. viktigaste dødsårsak på verdsbasis i 2020
- 70 000 personar hadde demens i 2008. Talet vil fordoblast til 2035
- 90 – 120 000 er diagnostisert med diabetes. Ei like stor gruppe er i risiko for å utvikle diabetes, eller er udiagnostisert.
- Talet på personar med kreft vil auke. Kreft vil utgjera 25 % av alle dødsfall i 2020

³ Nasjonal helseplan

Aldersrelaterte utfordringar, spesielt blant dei eldste eldre (>75 år), vil medføre ei auke av helsetenesta sin relative del av BNP i dei fleste vestlege land rekna til 5-6 prosentpoeng fram mot 2030 (Kjelde OECD)

3.3 Endra forventningar Ei hovudårsak til auka etterspurnad etter helsetenester er auka forventningar hjå folk flest til kva helsetenesta kan og bør få til.⁴ Endringane i forventningane er det som bidreg mest til ein behovsauke i helsetenesta.

Figur 3. 3.1 Forventningsgapet



Kjelde: Helse Vest 2020

Figuren ovanfor viser den aukande avstand mellom forventningar og dei ressursar som blir tilført helsetenesta.

3.4 Nye teknologiske og behandlingmessige tilbod og endra indikasjonsstilling til behandling vil samspele med forventningar i befolkninga, døme på dette er endringa av behandlinga for hjerteinfarkt, fedmekirurgi, behandlinga av revmatiske sjukdommar og nye kreftmedisinar.

Behov for behandling i spesialisthelsetenesta er som følge av dette difor svært vanskeleg eller umogeleg å fastslå på ein eksakt måte. Utfordringane til saman blir også truleg større enn at ein kan møte dei gjennom auka løyvingar til helsetenesta.

3.5 Nødvendig prioritering

Behov for prioritering i helsetenesta blir tydelegare når avstanden mellom folks forventningar og det ein faktisk kan få til innanfor realistiske rammor aukar. Helsetenesta har alltid måtte prioritere. Blant tiltak som kvar for seg er nyttige, er det store ulikskapar i høve kor nyttige dei er, og kor stor nytten er i forhold til kostnad.

⁴ Jfr Helse Vest 2020

Tidlegare var det slik at nokre pasient eller aldersgrupper ikkje fekk tilbod om bestemte helsetenester. Ein viktig årsak til dette var at ein ikkje hadde nyttig behandlingsmetode eller at prognosen var vurdert som for dårleg. Den medisinsk faglege utviklinga har gjort mange av desse avgrensingane urimelege og alder er i seg sjølv sjeldan til hinder for behandling.

Pasientane har samtidig fått sterkare rettar gjennom endringar av lovverket og ordningar som fritt sjukehusval og DRG finansiering. Utvikling av nasjonale fag- og prioriteringsrettleiarar har sikra større grad av likebehandling samtidig som ansvarlege legar har fått klarare rutinar for pasientbehandlinga.

Spesialisthelsetenesta har dei seinare åra arbeidd systematisk med å prioritere dei pasientar som mest treng helsetenester. I dette arbeidet har prognosetap, effekt av behandling, akseptabelt kost/nytte forhold vore kriterier for prioritering. Problemet har vore prioriteringar på tvers av avdelingar i sjukehusa og at prioriteringar i spesialisthelsetenesta ikkje nødvendigvis har vore samordna med prioriteringar i ulike delar av førstelinetenesta.

Det er i arbeidet med vidare utvikling av helsetenesta til eldre nødvendig å etablere eit betre samarbeid internt i sjukehusa og mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta. Gjennom samarbeidet vil ein også betre kunne oppnå felles prioriteringar, noko som kan skape rom for å kunne møte nye behov. Det er difor nødvendig med eit bevisst forhold til prioritering på mange andre måtar og områder enn vurdering av den einskilde brukar sitt behov for spesialisthelsetenester. Det er viktig at prioriteringa skjer på ein samla og styrt måte.

3.6 Nasjonal helseplan og ny samhandlingsreform

Utarbeiding av rapporten skjer medan det blir planlagt ei stor nasjonal samhandlingsreform. Reforma blir og omtala som ei kommunehelsetenestereform i og med at det vil bli tilrådd overføring av ansvar for mange oppgåver frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta.

Ei av oppgåvene som er foreslått overført er ansvaret for skrøpelige eldre. Logikken i samhandlingsreformen synest å vere LEON prinsippet på same måte som det har vore for arbeidet i denne regionale arbeidsgruppa. Samhandlingsreformen vil truleg legge til rette for betre samhandling mellom nivåa både ved bruk av organisatoriske, juridiske og økonomiske verkemiddel. Utfordringa vil truleg vere å operasjonalisere samarbeidstiltak og sørge for ei gjennomføring som både pasientane og samarbeidspartnarane er tent med.

Det er venta at reforma mellom anna inneber:

- Auka satsing på folkehelsearbeid
- Auka satsing på førebyggjande arbeid overfor risikogrupper
- Styrking av kommunehelsetenesta
- Oppbygging av interkommunale helsekommunar med "Helsehus"

3.7 Oppdragsdokument 2009 frå HOD til dei regionale helseføretaka.

I dokumentet vises det til at HOD hausten 2008 utarbeidde ein strategi for spesialisthelsetenester til eldre for perioden 2008-2012. Det er vidare formulert slik i dokumentet:

" Det er ei målsetjing at spesialisthelsetenesta i samarbeid med dei kommunale tenestene, medrekna fastlege og pleie- og omsorgstenesta, medverkar til fullstendige behandlings- og rehabiliteringskjeder, innretta mot behova til eldre pasientar. Strategien legg til grunn eit systematisert arbeid for å sameine dei ressursane og den kunnskapen som fins om behova dei

eldre har for spesialisthelsetenester. Strategien bygger på Helsedirektoratet sin rapport ”Respekt og kvalitet”

- HOD krev at Helse Vest skal setje i verk tiltak for å ta hand om dei seks fokusområda i Den nasjonale strategien for spesialisthelsetenesta til eldre.
- I Nasjonal strategi er dei nasjonale fokusområda:
 - Brukaren sin eigen meistring av sjukdom og funksjonssvikt
 - Førebyggjande og helsefremmande tiltak knytt til sjukehusopphald
 - Eit godt tenestetilbod i sjukehus og betre samhandling med kommunane
 - Utdanning og rekruttering av nøkkelpersonell
 - Auka tverrfagleg kompetanse og styrka forskning om eldre si helse og tenestetilbod
 - Gjennomgå finansieringsordningane for å sikre at desse understøttar god klinisk praksis

4. Kva er dei største utfordringane for spesialisthelsetenesta til eldre ?

Det er i kapittel 3 dokumentert eit aukande behov for helsetenester til eldre fram mot 2020 og dei tiåra som følgjer deretter.

I kapittel 4 blir det gjort greie for kva arbeidsgruppa meiner er dei tre største utfordringane når det gjeld spesialisthelsetenesta til eldre, nemleg:

- Kapasitetsutfordringa
- Spesialisthelsetenestetilbodet til dei skrøpelege eldre
- Spesialisthelsetenestetilbodet til dei store gruppene eldre som får behandling på sjukehus.

4.1 Kapasitetsutfordringa

Som vist under kapittel 3 vil det dei komande 10 åra vere store og veksande krav i befolkninga om helsetenester til eldre, berre delvis knytt til befolkningsutviklinga. Talet på personar over 70 år i Norge vil i 2020 vere nesten 40 % høgare enn i dag. Prognosar frå SINTEF-forskar Stein Ø. Petersen viser at sengebehovet ved sjukehusa på grunn av dette vil auke med omtrent 20 % frå dagens tilbod på 13 000 senger til 15 300 i 2020.

Befolkningsauken vil kome først for dei yngste eldre. Aldersgruppa 65-79 vil i perioden 2010-2020 auke med over 41 000 i Helseregion Vest. Det vil i same periode ikkje vere ein auke i talet på eldre over 80 år.

Bruken av somatisk helseteneste har generelt auka dei seinare åra, men auken har vore størst for gruppa over 75 år. Bruken har auka sjølv om talet på eldre har vore stabilt.

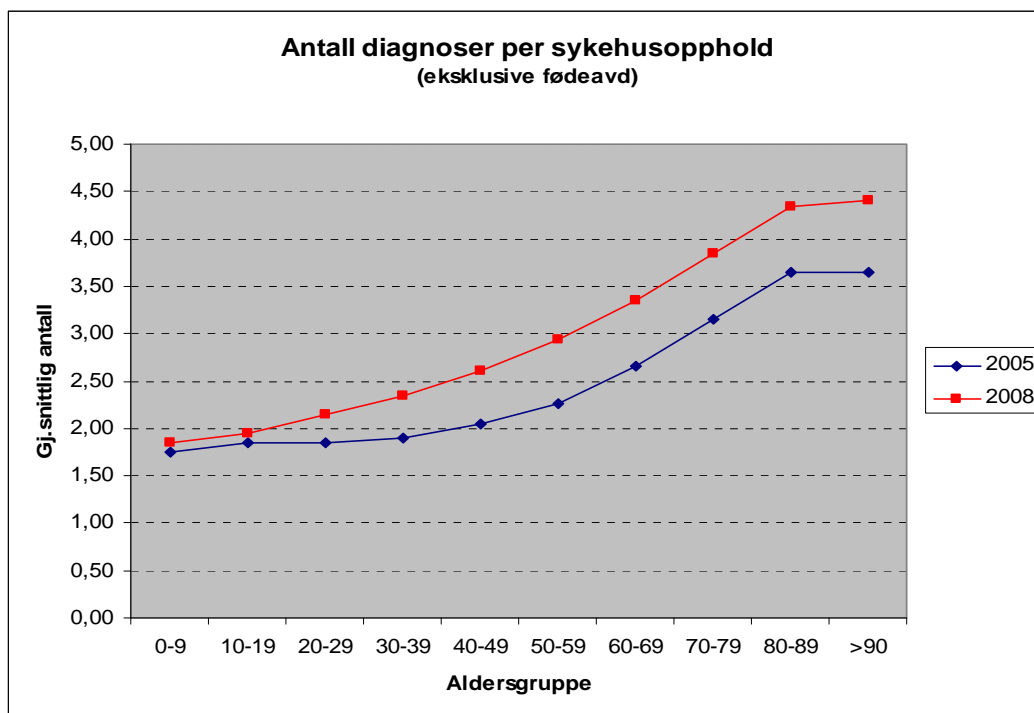
I dag utgjer dei gamle (dvs. minst 75 år) under 5 % av befolkninga, men legg beslag på minst kvart femte liggedøgn i sjukehus. I 2020 vil dei gamle utgjere over 6 % av befolkninga, og vil truleg legge beslag på ca. kvart tredje liggedøgn i sjukehus. Det er fleire årsaker til denne utviklinga⁵. I ”Respekt og kvalitet” kan ein lese følgjande: ”Ca. halvparten av pasientane som

⁵ ”Respekt og kvalitet” Handlingsplan for styrking av spesialisthelsetjenesten for eldre, Sosial og helsedirektoratet, 2006 s 10

vert innlagt i indremedisinske avdelingar med behov for øyeblikkelig hjelp er 75 år eller eldre". Studie frå regionsjukehuset i Trondheim (1996) konkluderte med at 34 % av pasientane innlagde i medisinske, kirurgiske og ortopediske avdelingar, var over 75 år.

Utfordringa det komande tiåret vil difor vere størst i forhold til dei veksande gruppene av kronisk sjuke eldre. Den store auken når det gjeld dei eldste eldre der ein stor del er skrøpelege, vil koma etter 2020. Det blir difor viktig å nytte tida fram mot 2020 til å førebu og gjennomføre ei utbygging av tilbodet til eldre. Det vil vere store utfordringar knytt til utdanning og rekruttering av helsepersonell.

4.2 Dei skrøpelege eldre/ geriatrike pasientar



Figur 4.2.1⁶

Figuren viser utviklinga frå 2005 til 2008 i Helse Bergen når det gjeld talet på diagnoser pr. pasient. Dette viser både at pasientane som blir behandla ved sjukehus i gjennomsnitt har fleire sjukdomar/tilstander og at auken er størst blant dei eldre.

Ein stor del av liggedøgn i sjukehus blir brukt av ein liten del av pasientane. I 2004-5 brukte 5% av pasientane i Helse Bergen 37% av alle liggedøgn.

Studien frå regionsjukehuset i Trondheim (1996) viste at kring 30 % av dei innlagde over 75 år trengde eit geriatrik spesialisttilbod. ⁷I ei undersøking i regi av Statens helsetilsyn i 1998 blei

⁶ Seksjon for styringsdata, Helse Bergen

⁷ Opdahl-Mo, E.S., Sletvold, O.: "Gamle pasienter ved regionsjukehuset i Trondheim", 1997

det fastslått at 42 % av innlagde pasientar i medisinske avdelingar var 75 år og over. Av desse trengde 20 % geriatrisk vurdering.⁸

Frekvensen av demens aukar sterkt med alder; ved 80-84 år er frekvensen ca 18%, ved 85-89 år 30 % og ved 90 år heile 40%. Ved ein auke av dei eldste aldersgruppene vil også talet på personar med demens auke. I dag er det ca 70 000 personar med demens i Norge. Dette er venta å bli dobla dei neste 30 åra.⁹

Det er vanskeleg å få pålitelege tal når det gjeld pasientar ved sjukehusa som har ein demensdiagnose. Grappa er etter alt å dømme svært underdiagnostisert i sjukehusa. Demens medfører betydelege ekstra utfordringar ved behandling på sjukehus. Tal frå Hoftebruddregisteret viser at ca 30 % av pasientane med lårhalsbrot har demens/kognitiv svikt.

Ei av dei viktigaste utfordringane for helsepersonell i dag, uansett arbeidsstad, er å skilje skrøpelege eldre frå andre gamle. Det er nokre kjenneteikn ved desse menneska som gjer at helsepersonell skal identifisere dei som skrøpelege eldre.¹⁰

- langtkomne aldersforandringar
- fleire sjukdomar og/eller uklårt sjukdomsbilete
- fysisk/mental funksjonssvikt (til dømes demens)
- redusert sosialt nettverk¹¹
- ofte fleire medikament samstundes

Sjå dessutan punkt 6.3.1 for Winograds kriterier for skrøpelegdom

Skrøpelege eldre/geriatriske pasientar treng ei breiare tilnærming enn ein pasient med ei enkeltstående problemstilling (ei diagnose med definert behandling). Når slike pasientar er identifiserte skal ein tilby tenester som

- er heilskaplege, planlagde og koordinerte gjennom heile tiltakskjeda
- er tverrfaglege
- har fagfolk med generalistkompetanse og spisskompetanse.

Arbeidsgruppa meiner det er behov for å styrke tilbodet til skrøpelege eldre.

I rapporten vil utvikling av geriatritilbodet vere sentralt, og det vil vere viktig å lage gode tverrfaglege behandlingsskjeder på tvers av nivå for denne gruppa uavhengig av grunndiagnose.

4.3 Store sjukdomsgrupper – pasientar over 70 år :

Samtidig som ein seier at omlag 25% av dei eldre som blir behandla i spesialisthelsetenesta er skrøpelege og treng meir omfattande tilbod, seier ein også at det er 75% av dei eldre pasientane som ikkje treng slik oppfølging. Det er behov for også å drøfte kapasitet og kvalitet i behandlinga av desse pasientgruppene samt å kome med gode tiltak ovanfor desse.

⁸ Statens helsetilsyn, utredningsserie 7-99. ”Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998”

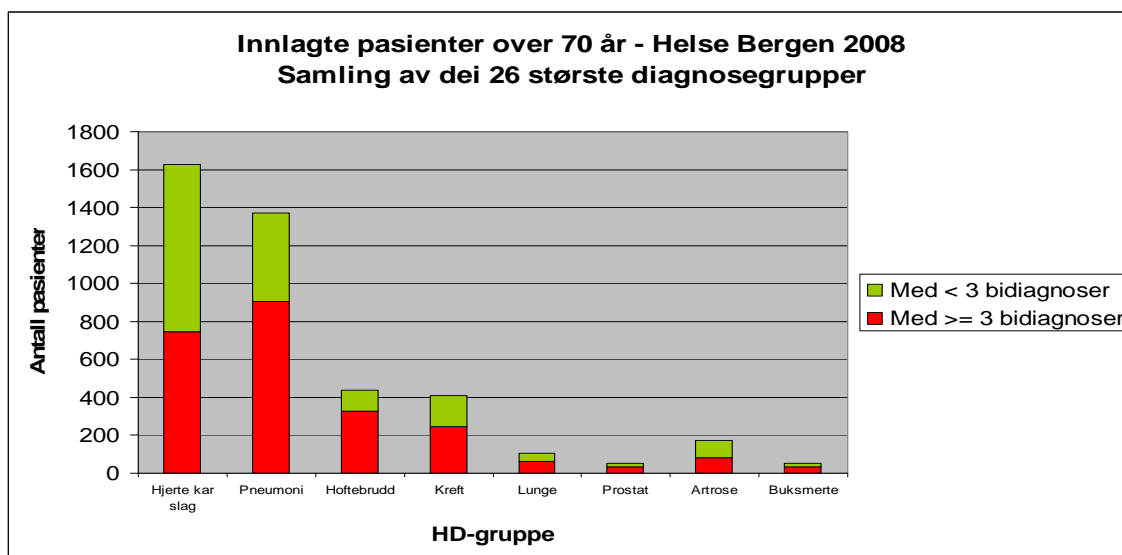
⁹ Nasjonal demensplan 2015 s 12

¹⁰ ”Hva er effektive tjenester for skrøpelige gamle som trenger akuttinnleggelse på sykehus ?” Torgeir Bruun Wyller, prof./avd.overlege Geriatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus, 2008

¹¹ ”Samhandling om skrøpelige eldre i nord”, Rapport til Helse Nord frå arbeidsgruppen 26.05.08

Ein betydeleg del vil truleg ha behov for meir merksemd enn ein gjennomsnittspasient og vil kunne nyttiggjere seg den metodiske tilnærming som blir gitt dei mest skrøpelege. Det vil ofte vera behov for noko lengre liggetid og større krav til overføring av ansvaret til kommunane.

Dei hyppigaste tilstandane hos eldre som blir innlagt ved sjukehus er hjerte/ kar sjukdom, pneumoni, hoftebrudd, kreft, hjerneslag. Diabetes, KOLS, andre infeksjoner, slitasjegikt, beinskjørhet er også vanlige tilstander. Ein del vil falle inn under gruppa skrøpelege eldre. Dei skrøpelege eldre kjem inn på dei fleste av dei store kliniske avdelingane ved sjukehusa. Til dømes har over 80 % av pasientar over 70 år med osteoporotiske brot og pasientar med pneumoni, 3 eller fleire bidiagnosar. Svært mange av desse kjem inn under definisjonen skrøpelege eldre.



Figur 4.3.1 Innlagte pasientar over 70 år – Helse Bergen 2008

Tal frå Helse Bergen viser at det for desse store hovudgruppene er svært mange som også har fleire bidiagnosar. Tre eller fleire bidiagnosar er ikkje det same som at pasienten er skrøpeleg, men det kan gi ein indikasjon på grad av sjukdomsbelastning.

5. Viktige faglege satsingsområde

For å møte utfordringane er det nødvendig med tiltak på ei rekke områder. I dette kapittelet vil vi skildre dei mest sentrale pasientretta satsingsområda som er geriatri, alderspsykiatri (inkludert demens), dei store pasientgruppene, ernæring, legemiddel, mobilisering og rehabilitering.

5.1 Geriatri

Geriatri er ein greinspesialitet av indremedisin. I tillegg er geriatri ein heilskapleg behandlingsform basert på tverrfagleg samarbeid og kompetanse. Geriatri er slik ikkje berre ein medisinsk spesialitet, men eit spesialfelt også for dei andre involverte yrkesgruppene, der sjukepleie, fysioterapi og ergoterapi er sentrale.

- Ein geriater må ha eit heilskapleg perspektiv. Geriatrike pasientar har ofte fleire sjukdomar på ein gong, og bruker ofte mange medisinar. For å kunne gi god behandling, må ein kunne vurdere heile spekteret av helseproblem pasienten måtte ha. Det nyttar ikkje å snevre inn merksemda til berre ein tilstand eller eitt organ. På same måten må ein kunne arbeide med pasienten sin kroppslege, psykiske og sosiale situasjon parallelt.
- Geriatrien er tverrfagleg. Inga yrkesgruppe kan åleine yte særleg god hjelp til gamle med samansette helseproblem. Ein må arbeide saman i eit koordinert tverrfagleg team, og aktivt nytte kvarandre sin kompetanse. Eit geriatrik team består typisk av lege, sjukepleiar, fysioterapeut og ergoterapeut, helst også sosionom og logoped.
- I geriatrien må ein drive medisinsk behandling og rehabilitering samtidig. I helsetenesta blir rehabilitering og behandling altfor ofte sett på som to ulike ting. Dette er til skade for geriatrike pasientar. Gamle med akutt oppstått funksjonssvikt treng aktiv rehabilitering frå første dag, samstundes som undersøkingar og behandling blir gjennomført.
- Ein geriater må ha omfattande kunnskapar om normal og "sjukleg" aldring. Ei rekke sjukdomar gir gjerne andre symptom hos gamle enn hos middelaldrande og yngre, og det kan ofte vere vanskeleg å skilje symptom på sjukdom frå forandringar som må reknast som normale når ein blir gamal.

Den geriatrike arbeidsmetode: Å tilnærme seg geriatrike 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 utskrivning og god samhandling med pårørande og 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 enskilde sjukehus, der også andre spesialitetar, faggrupper og tenester gir sine bidrag. Saman med det geriatrike tverrfaglege teamet vert kunnskapen om pasienten samordna til eit behandlingsopplegg som tek i vare dei mange sidene av eit eldre menneske sitt sjukdomsbilete, funksjonssvikt og hjelpebehov.

Studiet frå Trondheim- Saltvedt et al 2002 ¹²viser at behandling av akutt sjuke skrøpelege eldre i ei geriatrik avdeling gir signifikant redusert dødelegheit samanlikna med behandling i ordinær medisinsk sengepost.

Ulike internasjonale studium har ikkje vist effekt ved bruk av geriatrike konsultasjonsteam åleine. Geriatrik behandling har dokumentert effekt i egne sengeiningar, ikkje ved bruk av konsultasjonsteam. Behandling i geriatrike spesialeiningar er mest effektiv når ein selekterer skrøpelege pasientar som ikkje er for sjuke eller for friske.

Geriatriske hovudfunksjon er klinisk arbeid i forhold til den gamle pasient der kombinasjon av aldring, multipatologi og funksjonstap kjenneteiknar sjukdomsbildet. Dette krev nær samarbeid med andre spesialitetar og faggrupper i sjukehus, med det medisinske og sosiale hjelpeapparat i kommunehelsetenesta og med dei pårørande.

Sentrale arbeidsoppgåver er vurdering av:

- Akutt sjukdom og funksjonssvikt utan "kjent årsak".
- Multifarmasi hos gamle
- Diagnostikk og behandlingstilbod ved akutt og kronisk multiorgansvikt hos eldre
- Utvalde pasientar med mental svikt
- Akutt rehabilitering av eldre med funksjonssvikt med fokus på mobilisering, ernæring og funksjonsvurdering i forhold til vidare hjelpebehov.

Både i Omsorgsplan 2015 og i Demensplan 2015 frå Helse- og omsorgsdepartementet vert geriatrien framheva som satsingsområde utan at dette blir nøye talfesta. I rapporten "Respekt og kvalitet" frå Sosial- og helsedirektoratet 2007 er det i pkt 8.1.2 streka under at helseføretaka skal vere særleg merksame på behovet for fleire geriaterar ved fordeling av nye legestillingar, det skal vere tilstrekkeleg øyremerka utdanningsstillingar i geriatri for å sikre tilstrekkeleg rekruttering.

I oppdragsdokumentet til dei regionale helseføretaka i 2009 vart det stilt følgjande krav: "RHFene skal i samarbeid sørge for at det utdannes minst 10 geriater årleg i planperioden, jf. oppfølging av Omsorgsplan 2015 og Verdighetsgarantien". Det har vore i gang ei felles arbeidsgruppe som har konkretisert korleis ein kan nå dette kravet. Tilrådingane frå gruppa er innarbeidd i denne rapporten.

5.2 Alderspsykiatri

Alderspsykiatri er ei spesialisert form for psykiatri som har som mål å førebygge, diagnostisere og behandle eldre med psykiske lidningar. Faget har utvikla seg først innan geriatrien inntil det har blitt eit eige sjølvstendig fagområde innan psykiatri. Etter 1990 har det skjedd ei dramatisk endring ved dei alderspsykiatriske einingane i Norge. Ein fokuserer no på kortare utgreiings- og behandlingsopphald. Samstundes har den ambulante verksemda og samarbeidet med kommunal helseteneste auka vesentleg. Kompetanseheving gjennom forskning, undervisning, rådgjeving og rettleiing er ein integrert del av alderspsykiatrien si utvikling vidare. Dei vanlegaste behandlingsformene innan alderspsykiatri er som innan andre

¹² Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. Saltvedt I, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O.

psykiatriske fagområde samtalerapi/psykoterapi, medikamentell behandling, psykoedukasjon, miljøterapi og samarbeid / rådgeving til pasient, pårørende og anna hjelpeapparat.

Pasientgruppa som får tilbod i alderspsykiatrien varierer noko i dei ulike føretaka, men felles kjenneteikn er at ho er svært samansett, og består av :

- pasientar med psykiatrisk lidning med debut etter 65 år som treng behandling i spesialisthelsetenesta (affektive lidningar, angstlidningar, suicidalitet)
- pasientar med demens med tilleggssymptom som angst, depresjon, psykose, og vesentleg omfang av åtferdsvanskar
- pasientar med uavklart demensdiagnose som er vanskeleg å utgreie i kommunehelsetenesta
- pasientar med hjerneorganiske lidningar med alvorlig forvirring (delir)

Demens er den lidelsen som fører til flest år med alvorlig funksjonstap på slutten av livet og krever mest ressursar av den kommunale omsorgstjenesten. Sykdommen framstår oftast i kombinasjon med andre lidelser og funksjonstap, og gir et sammensatt sykdomsbilde.

I et slikt perspektiv bør demens settes øverst på omsorgstjenestenes prioriteringsliste både i forhold til forskning og behandling. Demensutfordringen vil kreve en betydelig utbygging av kapasiteten på tiltak og tjenestetilbud i årene som kommer. Det blir i en slik sammenheng viktig å styrke hele tiltakskjeden fra hjemmetjenester og avlastning for pårørende til spesialisthelsetjenestetilbudet”¹³

Kven skal utgreiast i kommunehelsetenesta og kven i spesialisthelsetenesta?

Diagnostisering, utgreiing og behandling av demente er i all hovudsak primærhelsetenesta sitt ansvar, men ein del spesielt krevjande pasientgrupper må utgreiast/behandlast i spesialisthelsetenesta. Eit rimeleg mål er at kommunehelsetenesta utgreier pasientar med klare symptom på kognitiv svikt der det ikkje ligg føre spesielle problem med åtferd, eller annan samtidig kompliserande sjukdom.

Relatert til Omsorgsplan 2015 har ein ved Alderspsykiatrisk seksjon i Helse Stavanger, etablert og forankra eit prosjekt mellom Fylkesmannen, undervisningssjukeheim og SUS. Prosjektstillinga blir brukt til å spreie kunnskap om demens særleg til kommunehelsetenesta i føretaket sitt nedslagsfelt. Tema som ein tek føre seg er vedlikehald av kompetansegrupper innan demens, slik som nettverksgrupper knytt til Demensplan 2015, dagsenter, familiearbeid osv. Den skal hjelpe til med å forankre demensomsorga sin ABC i kommunane, samt spreie kunnskap om kapittel 4A i pasientrettighetslova. Vidare skal den nyttast til å gjere kjent verktøy i demensomsorga (Marte Meo, Dementia Care Mapping). Stillinga skal og undervise ved demensomsorga sine pårørandeskuler, gi tverrfagleg rettleiing og samle data i samråd med undervisningssjukeheimen. Ein har og i SUS teke initiativ til et samarbeid med kommunehelsetenesta og praksiskonsulentane for å bli samde om felles mal for utgreiing av demens. Det skal vidare følgjast opp gjennom Praksisnytt og etablerte nettverksgrupper for kommunelegane. På denne måten får ein drøfta og avklart kven som skal utgreiast i kommunehelsetenesta og kven i spesialisthelsetenesta.

5.3 Dei store pasientgruppene

Det store fleirtalet av pasientane over 70 år som blir behandla på sjukehus blir behandla i ordinære avdelingar og spesialavdelingar. Det er viktig å underskreke at dette både er rett og

¹³ Kilde: Omsorgsplan 2015.

rimeleg. Først og fremst må dei eldre sjuke få førsteklasses behandling for den aktuelle sjukdomen dei kjem på sjukehus for.

Til dømes må ein hoftebrotspasient få rask røntgendiagnostikk og moderne operasjon innan bestemt tidsfrist. Ofte er det ein grunn til at pasienten har fått sitt hoftebrot, det kan vere pneumoni, hjartesyjukdom, medikamentelle biverknader, falltendens, uro eller demensutvikling. Desse diagnosane må erkjennast og behandlast. Spesialavdelingane må gi den best moglege behandlinga til dei eldre uavhengig av om dei har tilleggsjukdomar og er skrøpelege. Har den eldre pasienten til dømes fått hjerteinfarkt må dette behandlast på ei hjerteavdeling som kan tilby den beste behandlinga for lidinga, uavhengig av pasientens alder og bidiagnosar. Alder er ikkje lenger eit eksklusjonskriterium for spesialisert behandling. Sjukehusa må difor planlegge med auka operasjonskapasitet og intervensjonsfasilitetar for den aukande mengde eldre i framtida.

Sjølv om fleirtalet av dei eldre i sjukehus ikkje blir vurdert som skrøpelege eldre så har dei fleste fleire tilleggsdiagnosar, noko som tilseier at ein bør nytte den geriatriske metode i arbeidet med pasientane. Dette tilseier behov for rask behandling og systematisk oppfølging.

5.4 Ernæring

For mange eldre er det å få i seg rett og tilstrekkeleg ernæring ei av dei store utfordringane. Omfanget av underernæring blant eldre er stort.

under 70 år:	251 pasientar	(21.6 %)	(av alle pasientar i denne aldersgruppa)
70 - 74.9	77 pas	(34.5 %)	
75 - 79.4	74 pas	(35.4 %)	
80 - 84.9	88 pas	(38.4 %)	
85 og eldre	81 pas	(36.8 %)	

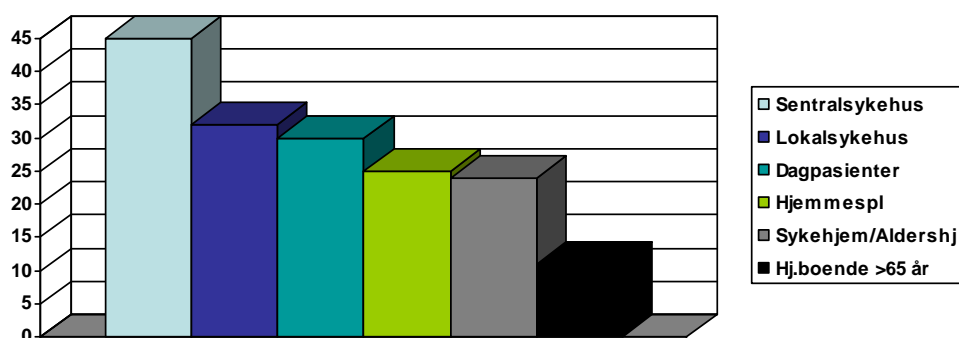
Tabellen viser omfang av underernæring i Helse Bergen, målt ved punktprevalensundersøkingar 31.jan, 5.juni, 31.august og 4.des i 2008:

Totalt registrert: 2042(100.0 %), derav underernærte 571(28.0 %) pasientar.

Dette viser at kvar femte pasient under 70 er underernært og meir enn kvar tredje av dei over 70 er underernærte. Av til saman 2042 registrerte pasientar er 881 over 70 år. Resultata er signifikante, dvs. at forskjellen mellom aldersgruppene ikkje er tilfeldig, men sann.

Sannsynlegvis er førekomst av underernæring høgare ettersom kvar femte pasient ikkje vart undersøkt så pass nøyaktig at det kunne avgjerast om dei var underernært eller ikkje. Det er sannsynleg at det er dei sjukaste som ikkje blir godt nok undersøkt. Tall frå europeisk forskning ligg litt høgare i øvre aldersgrupper.

Sjukdomsrelatert underernæring i primærhelsetenesta i Storbritannia i %



Tabellen viser at omfanget av underernæring er størst hjå pasientar som har blitt behandla på sjukehus medan faktisk tal er størst i primærhelsetenesta.

5.5 Legemiddelbruk og legemiddelhandtering:

I Sverige utgjør eldre over 75 år, 9% av totalbefolkninga, men nyttar om lag 25 % av alle legemiddel. Tal frå Apotekforeningen i Norge viser at aldersgruppa 60-79 år sto for 42% av alt kjøp av reseptpliktige legemiddel frå norske apotek i 2007. Salet er målt i DDD (definerte døgndosar). Eldre over 80 år sto for 15%. Desse tala gjeld berre salet etter reseptutleveringar i apotek. Legemiddel som blir brukt til pasientar på sjukehus og i sjukeheimar er ikkje med då dette salet ikkje blir registrert etter alder eller kjønn. For gruppa eldre vil difor ”DDD/befolkning i aldersgruppa” gi et lågare tal i forhold til tilsvarende for dei andre aldersgruppene.¹⁴

Legemiddel spelar ei framtrêdande rolle i behandlinga av sjukdomar og plager hjå eldre. Fysiologiske aldersforandringar, konsekvensar av auka sjukdom og praktiske vanskar knytt til medisineringa gjer at legemiddelbehandling ofte kan vere spesielt problematisk hjå eldre pasientar. Polyfarmasi inneber auka risiko for legemiddelbiverknader og interaksjonar. Mange eldre menneske blir behandla med legemiddel der indikasjonsgrunnlaget ikkje (lenger) er til stades. Kompliserte legemiddelregime kan i praksis hindre gjennomføring av medisineringa som planlagt. Det er difor viktig at det blir innarbeidd gode rutinar for å revurdere og prioritere indikasjonane for legemiddelbehandling hos eldre.¹⁵ Mange eldre har komplekse legemiddelregime og det er ikkje alltid klart kven som tek ansvar for å ”rydde opp” i pasienten sin legemiddelbruk. geriaterar har eit ekstra fokus på dette. Generelt i spesialisthelsetenesta er det lett for at dette ikkje blir fanga opp. Avdelingane er gjerne organspesifikke og behandlar den indikasjonen pasienten er innlagt for. Nokre stadar deltek farmasøytar i gjennomgang av pasienten sin legemiddelbruk i samarbeid med fastlege/tilsynslege/sjukehuslege.

Legemiddelrelaterte problem (LRP) førekjem hyppig hos eldre pasientar. LRP er definert som ei hending eller eit forhold knytt til legemiddelbehandling som reelt eller potensielt interfererer med den helseeffekt ein ynskjer¹⁶

¹⁴ [Apotekforeningens tidsskrift nr 1 2008, side 16-17]

¹⁵ [Ruths S, Straand J: Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell 2007].

¹⁶ [Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:3073-6].

Det har de siste åra blitt utført norske studier for å avdekke graden av LRP både i sjukeheimar og på sjukehus. Ruths et al gjennomførte ein studie med tanke på LRP blant over 1500 sjukeheimspasientar i Bergensområdet. Resultata viste at 76% av pasientane hadde eitt eller fleire LRP.¹⁷ Blix et al har i ein annan norsk studie av pasientar innlagt på ulike sjukehusavdelingar avdekket LRP hos 81% av pasientane¹⁸

Ein stor del av innleggingane i sjukehus er knytt til feilbruk av legemiddel. Ifølge artikkel i Apotekforeningens Tidsskrift nr 4 des. 2008 er minst ein av ti sjukehusinnleggingar av eldre knytt til bruk av legemiddel. I Legemiddelmeldinga St.meld. nr 18 (2004-2005) blei det estimert at 5-10% av alle innleggingar på indremedisinske avdelingar skuldast feil legemiddelbruk. For eldre er dette talet truleg endå høgare. Det er anslått at feilbruk av legemiddel kostar samfunnet opp mot 5 milliardar kroner pr år.

Det fins veldig mange ulike kjelder til å få oversikt over kva legemiddel pasienten bruker, (pasienten sjølv, pårørande, dosett, multidose, info. frå heimesjukepleia, legemiddelkort frå fastlege etc.) og det er ikkje alltid lett å finne ut av kven av desse kjeldene som gir det rette svaret. Det er difor viktig at sjukehusa har gode rutinar for opptak av legemiddelanamnese når pasientar blir lagt inn på sjukehus.

Det er viktig at alle endringar som er gjort i pasienten sine legemiddel er dokumentert og forklart i utskrivingsinformasjonen frå sjukehuset slik at fastlege/sjukeheim/heimsjukepleie/pasienten sjølv veit kvifor endringar er gjort. Denne informasjonen må følgje pasienten ut av sjukehuset (samtidig med pasienten!) for å unngå at pasienten startar opp igjen med "gammalt" legemiddelregime etter utskrivning dersom det er gjort viktige endringar. Før og ved utskrivning bør alle mogelege problemstillingar knytt til handtering av legemidlane som skal brukast i neste "ledd" avklarast. Døme på dette er korleis ein sikrar at sjeldne legemidlar kan skaffast til rett tid, få avklart spørsmål knytt til refusjon av legemidlar, avklare behov for utstyr og eventuelt for vidare leveransar av utstyr (eks stomiutstyr, bleier etc).

Det vil vere fornuftig å tilby opplæring/rettleiing i handtering av dei aktuelle legemidlane til dei eldre pasientane sjølve/ pårørande / pleiepersonale i kommunehelsetenesta, når pasienten er innlagt i spesialisthelsetenesta. Lærings- og meistringssentra tilbyr også noko informasjon om legemiddel- bruk/handtering.

For eldre som handterer og tar egne legemiddel er det vesentleg at dei er motiverte og trygge på bruken av desse. Det same gjeld eldre som får ferdige dosettar /multidose og tek sine egne legemiddel.

For eldre som får administrert legemiddel av andre er det også viktig med motivasjon for at dei skal kunne vere trygge på sin eigen legemiddelbehandling. Dette vil gjere kvardagen enklare for dei som skal administrere legemidlane ved at ein unngår unødige diskusjonar med dei eldre angående bruk av legemidlane. For demente eldre er utfordringane større med omsyn til å forklare/oppnå forståing for legemiddelbruk. Dette vil sjølvstilt variere med omsyn til grad og type demens.

¹⁷ [Ruths S, Straand J, Nygaard HA. Multidisciplinary medication review in nursing home residents: what are the most significant drug-related problems? *The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. Qual Saf Health Care* 2003; 12: 176-80].

¹⁸ [Blix HS, Viktil KK, Reikvam A, et al. The majority of hospitalised patients have drug-related problems: results from a prospective study in general hospitals. *Eur J Clin Pharmacol* 2004; 60: 651-8].

Sjølvs om legemiddelregime er 100% korrekte vil resultatet for dei eldre med omsyn til morbiditet/mortalitet aldri bli optimalt dersom dei sjølv ikkje er motiverte og trygge på legemidlane sine. Motivasjon og tryggleik kring legemiddelbruk er grunnleggjande for å oppnå compliance (at pasienten tar legemidla som forordna).

5.6 Mobilisering og rehabilitering

Fysisk aktivitet er eit av dei viktigaste førebyggjande tiltaka og verkar også positivt på behandling og rehabilitering. For mange eldre vil fokus på dagleglivets aktivitetar og meistring av desse vere eit hovudmål for å kunne bu lengst mogleg heime.

Mobilisering av den eldre pasienten er eit sentralt element i behandlinga. Sjølv med den mest vellykka og avanserte medisinske og kirurgiske behandling vil resultatet bli dårleg dersom ein ikkje mobiliserer pasienten. **Ingen pasient blir frisk i senga!** Mange eldre mobiliserer seg sjølv, men hos pasientar som har vore gjennom betydeleg og langvarig sjukdom vil det nærast utan unntak vere behov for aktiv mobilisering av pasienten. Eit slikt behov blir betydeleg sterkare dersom pasienten er skrøpeleg på førehand og spesielt dersom ein har redusert rørslefunksjon før akutt sjukdom.

Mobilisering av eldre pasientar krev at pasienten sjølv er aktiv og forstår kor viktig mobilisering er. At pasienten har vilje er svært viktig for å lukkast. Andre faktorar som kan hindre god mobilisering kan være kognitiv svikt, depresjon, smerter og ernæringssvikt. Det er viktig å vurdere, ta omsyn til og forsøke å behandle desse tilstandane som ein del av mobiliseringa.

Mobilisering er ei tverrfagleg oppgåve. Ein del definerte tilstandar krev fysioterapi. Andre vil ha behov for ergoterapi, eventuelt ein kombinasjon av begge faggrupper. Dette gjeld mellom anna ortopediske pasientar og slagpasientar. Det er også viktig at også anna personale er delaktig og bevisst på mobiliseringa. Kunnskap om og bevisst haldning til mobilisering bør også vere ein del av sjukepleie og pleietenesta, også legane, uansett spesialitet, bør ha fokus på mobilisering som ein del av den heilskaplege behandlinga av den eldre pasienten. Ein rekke studiar viser at mobilisering er det einskildtiltak som betyr mest for funksjon etter sjukehusopphald.¹⁹ Ein studie viser ikkje effekt av ernæring åleine, dei andre viser effekt av mobilisering og betre ernæring i kombinasjon.

Det blir signalisert at den komande nasjonale samhandlingsreform vil gjera kommunane sitt ansvar for rehabilitering endå tydlegare. Vi viser også til kapittel 6.1 og 6.2 der det vert gjort greie for ønskjer om kommunale tiltak.

¹⁹ Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, Clements KM, Solares GR, Nelson ME, Roberts SB, Kehayias JJ, Lipsitz LA, Evans WJ.

The effects of exercise and protein-energy supplements on body composition and muscle function in frail elderly individuals: a long-term controlled randomised study. Bonnefoy M, Cornu C, Normand S, Boutitie F, Bugnard F, Rahmani A, Lacour JR, Laville M.

Combined exercise and dietary intervention to optimize body composition in aging. Singh MA.

6. Helsetenesta til eldre på tvers av nivå med tilrådingar

Arbeidsgruppa meiner at å utvikle samanhengande helsetenester på tvers av nivåa er det tiltaket som er viktigast for å møte dei tre hovudutfordringane som er presentert i kapittel 4.

I dette kapittelet drøfter og operasjonaliserer derfor arbeidsgruppa dei utfordringar ein har i ulike fasar av eit behandlingsforløp og kva tiltak gruppa meiner er nødvendige å sette inn.

Det er nødvendig å sjå tenestetilbodet i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta i samheng. Utvikling og dimensjonering av spesialisthelsetenesta til eldre må skje samordna med utviklinga av tilbodet i kommunehelsetenesta.

Arbeidsgruppa har her skildra nødvendige tiltak i kommunane, men lagt hovudvekt på kva utfordringar spesialisthelsetenesta står ovanfor i dei ulike fasane. Det blir kome med forslag om tiltak i spesialisthelsetenesta som vil støtte opp om at ein større del av behandlingsansvaret skal kunne bli ivaretatt i kommunehelsetenesta.

Forløpet er delt i følgjande hovudfasar/element.

- Førebygging og kommunal helseteneste
- Samhandling mellom kommune og spesialisthelseteneste for å unngå unødvendige innleggingar og sikre at nødvendig innlegging skjer godt og raskt
- Behandling i sjukehus - mottak, identifisering, behandling
- Rehabilitering og oppfølging frå spesialisthelsetenesta
- Samhandling mellom kommune og spesialisthelseteneste etter sjukehusbehandling

6.1 Behov for satsing på førstelinetenesta og førebygging – Leonprinsippet.

Det er slått fast at den styrka helsesatsinga først og fremst skal skje i kommunehelsetenesta. Arbeidsgruppa er samd i at dette er den rette og kanskje også den einaste mogelege tilnærminga. Det stemmer også overeins med LEON prinsippet som også har vore utgangspunkt for arbeidsgruppa sitt arbeid. LEON står for Lågaste Effektive Omsorgsnivå og inneber mellom anna at mest mogeleg av førebyggjande og helsefremmande arbeid bør skje så nær knytt til heimemiljøet som mogeleg.

I omgrepet næromsorg ligger ynskje om å kunne utnytte dei muligheiter og ressursane som ein finn knytt til nærmiljø og sosiale nettverk. Helsetenesta er forplikta til prinsippet gjennom gjeldande lovverk og ei rekke offentlige utgreiingar og planar.

Det er også internasjonalt lagt til grunn at framtidig satsing på utvikling av helsetenesta bør skje på eit lågast mogeleg omsorgsnivå.²⁰ I KERR rapporten, som er ei utgreiing om det framtidige NHS i Skotland, er nøkkelbodskapen at det er nødvendig med endring for å møte framtidige utfordringar.

- *Der ynskjer ein å betrakte NHS (National health service) som ei teneste levert først og fremst i lokale samfunn heller enn i sjukehus: 90% av tenestene er primærhelseteneste, men framleis er det fokus på dei resterande 10% - Ein fokuserer dermed ikkje på den omsorga folk sannsynlegvis vil trenge.*

²⁰ Kerr Rapport: Building a health service fit for the future
A report on the future of the NHS in Scotland.
ISBN 0755946693, Website Publication Date May 25, 2005

Sjukehusa er store kunnskapsorganisasjonar og bør i større grad enn til no verke som kunnskapskjelder både for førebyggjande helsearbeid og for den kommunale helsetenesta. Perspektivet er at pasienten ”tilhøyrer” kommunehelsetenesta. Spesialisthelsetenesta skal ved sitt bidrag medverke til at pasienten får eit godt behandlings- og omsorgstilbod.

6.2 Kva skal ein gjere for å redusere behovet for akutte innleggingar i sjukehus?

Det er eit mål at ein gjennom kvantitative og kvalitative tiltak i kommunehelsetenesta og gjennom god støtte frå spesialisthelsetenesta skal kunne redusere behovet for (akutte) innleggingar i spesialisthelsetenesta. Det blir nødvendig å utvikle eit breitt spekter av tenester som både hindrar, førebygger og utset progresjon av sjukdomar. For å få dette til vil det vere behov for tiltak også i spesialisthelsetenesta, mellom anna ei auke av talet på planlagde innleggingar med noko lengre liggetid og eit godt utbygd poliklinikktilbod.

Ei stadig veksande eldrebefolkning stiller krav til konkret planlegging av tiltak slik at så mange som mogeleg kan bu i eigen heim. Tiltak frå primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta kjem i tillegg til den einskilde sitt ansvar for eiga meistring og pårørande sin innsats. Det er grunn til å tru at evnene til eiga meistring vil vere større for store delar av den eldregenerasjonen vi no får enn tidlegare. Samtidig ser vi eit tydelegare sosialt skilje når det gjeld helsesituasjon og eiga meistring. Viktigaste einskildvariabel for å forklare dette er utdanningsnivå. Ein kan difor forvente at det også vil vere ei større gruppe eldre som fell utanfor dersom ein berre set større krav til eigen innsats og til kva pårørande skal kunne ha ansvar for.

Ønskje om kommunale tiltak:

System i kommunane for å fange opp eldre før dei blir akutt dårlege

Godt førebyggjande arbeid krev ei systematisk tilnærming for å skaffe seg god kunnskap om eldrebefolkninga. Trongen for kommunalt tilrettelagde tiltak stig med alderen, men der er store grupper av menneske over 80 år som ikkje har trong for kommunale tenester. Tidlig avdekking av sviktande helse vil gi betre muligheit for å sette inn tiltak og gje behandling som kan førebygge akutte innleggingar i sjukehus pga. sjukdom eller skader etter fall. I Bergen kommune er det etablert ordning med tryggleikssjukepleiarar. Arbeidsmetodikken er å ta kontakt med alle eldre over 80 år for å kartlegge deira livssituasjon og helse, og om nødvendig kunne sette inn førebyggjande tiltak.

Norsk sjukepleiarforbund har føreslått, overfor helseministeren, ei ordning med såkalla ”fastsjukepleiar” i kommunane som det er interessant å sjå nærare på.

I Danmark er det dokumentert gode resultat av systematiske heimebesøk hos eldre. Med bakgrunn i desse erfaringane innførte Danmark alt i 1996 ei lov om gir alle personar som er 75 år eller eldre rett til to førebyggjande heimebesøk årleg av medisinsk eller sosialt utdanna personell.²¹

Samhandling mellom tenesteytarane og samanheng mellom dei tilboda menneske med samansette behov får i kommunane er svært viktig, bruk av Individuell Plan (IP) er eit nyttig verkemiddel.

²¹ Britt Mari Hellner 2002

Fastlegen har kontakt med dei fleste eldre som bur heime og har eit hovudansvar for å fange opp endringar som krev medisinsk behandling eller andre tiltak for den einskilde pasient. Det er viktig at fastlegane har oversikt over det øvrige kommunale hjelpeapparatet, at det er lagt til rette for systematisk samarbeid i kommunane, og at fastlegen har ein naturleg plass i dette samarbeidet. Fastlegen har ei spesielt viktig rolle å spele vedrørande diagnostisering og utgreiing av demens.

Individuelle tiltak i heimen

Her er fysisk tilrettelegging, matlevering, heimehjelp og heimesjukepleie basistilbod som må tilpassast den einskilde eldre sin situasjon. Alt personell som yter tenester har ansvar for å registrere og fylgje opp endringar i helsetilstanden til pasientane.

Dagsenter – som førebyggjande einingar

Dagsenter med variert tilbod, og tilrettelagt for eldre med variert funksjonsnivå, er eit viktig førebyggjande tiltak med låge kostnader. Dei fleste kommunar har slike tiltak, men dimensjoneringa er i mange kommunar ikkje tilstrekkeleg. I følgje nasjonal demensplan er kanskje det sosiale og kulturelle tilbodet i kommunane der manglane er størst. 50 % av dei demente bur utanfor institusjon og berre 4 % av dei har eit dagtilbod.²² Ein bør og vurdere å etablere lærings- og meistringstilbod til grupper av eldre i samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunane gjerne knytt til dagsentra i kommunane.

Differensiert sjukeheimstilbod

Differensiert sjukeheimstilbod med høg kompetanse og god kvalitet er kanskje det viktigaste tiltaket i kommunchelsetenesta når det gjeld å motvirke innlegging i sjukehus:

- Differensierte langtidplassar (for brukarar med demens og grupper med stort pleiebehov)
- Korttidsplassar for akuttbehandling, utredning, vurdering, avlastning, rehabilitering til dømes ved pneumoni og urinvegsinfeksjonar. Utvikling av gode slike plassar krev tett samhandling mellom heimebaserte tenester, fastlegar og kommunale institusjonar.
- Spesialiserte behandlingseiningar i tett samhandling med spesialisthelsetenesta (1 ½-lineteneste) til dømes etter diagnostikk og oppstart av behandling i spesialisthelsetenesta. Eit døme vil vere rehabilitering av lårhalsbrot pasientar som er opererte. Etter diagnostikk, operasjon og hemodynamisk stabilisering i sjukehus, kan desse pasientane 2. postoperative dag utskrivas til halvannalinetenesta for vidare mobilisering og behandling. Det er ønskeleg å prøve ut modellar av ulik type, med systematisk evaluering for å kunne ta stilling til kva pasientgrupper og når i forløpet slike tilbod bør etablerast. Det er også truleg slik at organisatoriske løysingar må tilpassast eksisterande struktur

Rett dimensjonert, differensiert sjukeheimstilbod med høg kompetanse er øvste trinnet på omsorgstrappa i kommunane, og vil vere av overordna betydning for god samhandling med spesialisthelsetenesta. Dette gjeld både for å motvirke innleggingar i sjukehus og framskunde tidlig utskrivning frå sjukehus. Store kommunar vil kunne organisere dette innanfor eigen organisasjon, for mindre kommunar må det leggest til rette for interkommunalt samarbeid (helsekommunar). Helseministeren har førespegla at interkommunale ”Helsehus” kan vere

²² Nasjonal demensplan s 11

løysinga på behovet for meir spesialiserte kommunale tenester, der førebygging, behandling og rehabilitering er i fokus. God lege- og sjukepleiedekning, tilgang på fysio- og ergoterapi, og på nødvendig medisinsk-teknisk og anna utstyr, er kritiske faktorar for å oppnå god nok kvalitet på desse tenestene. Det må leggst til rette for at meir kompliserte utgreiingar og handsaming av tilstander som mellom anna krev intravenøs behandling kan gjennomførast ved institusjonane.

Spesialisthelsetenesta si rådgjevande rolle blir særskilt viktig for å nå god nok fagleg standard på dette tilbodet. Her blir det viktig å få til god kompetanseheving, rettleiing, ambulant verksemd og gode fagnettverk.

Nødvendig medverknad frå spesialisthelsetenesta:

I eit system der pasienten "tilhøyrer" kommunehelsetenesta stilles det store krav til at spesialisthelsetenesta medverkar og er tilgjengeleg når behov oppstår. Ein vil måtte bidra både med undervisning, rettleiing, rådgjeving, diagnostisering og behandling. Alle poliklinikkar som har eldre pasientar bør ha kompetanse innan geriatri/alderspsykiatri. Dette krev som tidlegare nemnt at det blir etablert solide tverrfaglege fagmiljø i kvart helseføretak.

Det er også aktuelt å utvide bruken av ambulante tenester i form av heimebesøk hos pasient. Slik teneste er ressurskrevjande, særleg i områder med lange reiseavstandar, og det må difor vurderast nøye kva type pasientar som har mest nytte av eit slikt tilbod. Til dømes innan områda alderspsykiatri og demens kan den ambulante tenesta ha ein viktig funksjon. Ved oppretting av DMS, Helsehus eller sjukestover, må ein vurdere om ambulante tenester i heimen skal ha sitt utspring frå desse.

Geriatri og alderspsykiatri er områder med store utfordringar og der spesialisthelsetenesta må medverke til kompetanseutvikling og sørge for kompetanseoverføring til kommunane.

Rask og god kontakt med spesialist når det er fare for akutte innleggingar kan redusere behovet for sjukehusinnleggingar. Lett tilgang på telefon og e-post og rask tilgang til polikliniske tenester er konkrete tiltak som betyr mykje.

Med slik kommunikasjon kan ein også førebu innlegging dersom eit behandlingstiltak ikkje har den effekt ein legg opp til. Slik kan ein oppnå ei halv-elektiv innlegging som er meir målretta enn ei typisk øyeblikkelig hjelp innlegging. Ei målretta utgreiing og behandling kan då starte frå dag ein, og einskilde undersøkingar kan eventuelt bestillast på førehand. Ikkje minst kan ein sikre at pasienten blir lagt inn på rett avdeling frå starten av. Dette er ikkje alltid tilfelle ved øyeblikkelig hjelp innleggingar på eit fullt sjukehus der den gamle pasienten ofte blir plassert der det er ledig.

Tilrådingar

- Kvart helseføretak/sjukehus må utvikle gode kompetansemiljø innan geriatri og alderspsykiatri og ein velfungerande struktur for samarbeid mellom desse og kommunane.
- Det må stillast til rådvelde poliklinisk spesialisthelseteneste for eldre, og ambulante tenester for utvalde grupper eldre(t.d. alderspsykiatri og demens).
Spesialisthelsetenesta må sikre at fastlegane og pleie- og omsorgstenesta raskt kan kome i kontakt med relevant spesialistkompetanse når det er behov for vurdering av

akutt innlegging i sjukehus.

- Alle helseføretaka skal i samarbeid med kommunane utarbeide felles rutinar for samhandling mellom sjukehusa og kommunane som sikrar dei eldre rett behandling raskt. Partane må gjennom samarbeidsutvala sørge for at rutinane blir følgde.
- Etablere fleire korttidsplassar/ halvannanline tilbod. I regionen er det prøvd ut ulike modellar for oppfølging av pasienten. Ein bør bygge vidare på desse modellane og etablere gode forløp der pasientgruppa sitt behov, kommunestørleik og eksisterande tilbod er utgangspunktet for vidare utvikling av slike tilbod.

6.3 Når den eldre pasienten blir lagt inn som øyeblikkelig hjelp (ØH)

Utfordringane er størst når den eldre pasienten blir lagt inn som ØH. Identifisering av behov er i større grad gjort i kommune og gjennom poliklinisk vurdering ved innlegging for planlagt behandling.

6.3.1 Identifisering av behov.

Ein må skilje mellom pasienten som blir lagt inn med ein hovudtilstand som treng behandling i ei definert spesialeining kontra pasienten som blir lagt inn med eit samansett sjukdomsbilete med tillegg av aukande funksjonssvikt. Å definere den skrøpelege eldre pasienten/geriatriske pasient som vil ha mest nytte av den tverrfaglege geriatriske behandlinga, kan være ei utfordring. Skrøpelegdom kan definerast etter Winograd kriteria- der eit eller fleire validerte punkt indikerer risiko for eit dårlig behandlingresultat meir enn diagnose åleine. Andre artikkelforfattarar gir til kjenne at alder >75 år, dårleg mental funksjon og dårleg ADL²³-funksjon er tilstrekkeleg grunnlag for å kunne pårekna funksjonstap under opphald på sjukehus. Det er ikkje realistisk at alle desse pasientane blir samla på ei stor geriatrisk avdeling. Det er meir realistisk at legane ved dei store indremedisinske og ortopedisk/ kirurgiske avdelingane lærer seg den geriatriske arbeidsmetode og identifiserer dei eldre skrøpelege blant sine pasientar og tilbyr dei ei heilskapeleg og tverrfagleg behandling. For å kunne få dette til må ein ha eit geriatrisk miljø og tilbod som er tilgjengelig for utvalde pasientar. Dette miljøet kan bidra med generell kompetanseoverføring og bidra til utdanning for alle yrkesgrupper. Diagnostiseringa bør skje helst i akuttmottaket og ein plan for behandling og rehabilitering må lagast første døgnet.

Winograds kriterier for skrøpelegdom:

Minst eitt kriterium må være til stades for at pasienten vil ha nytte av geriatrisk rehabilitering

- Akutt tap av minst éin ADL-funksjon
- Ustøleik/ svimmelheit
- Dårlig gangfunksjon
- Avhengig av hjelp i dagliglivet i minst ein funksjon
- Vekttap
- Fall før innlegging (innan dei siste 3 månader)
- Forvirring/delirium ved innlegging
- Syn- eller hørselssvikt
- Depresjon
- Underernæring

²³ Activities of daily living

- Mild eller moderat demens
- Inkontinens
- Multifarmasi (≥ 5 faste legemidler/dag)
- Dårlig sosialt nettverk
- Langvarig sengeleie

Gode henvisingar med adekvate opplysningar om funksjon/tidlegare sjukdomar, aktuell sjukehistorie og korrekte legemiddelopplysningar, gjer det mogeleg å definere kva behandling den eldre treng tidligare i forløpet, og sikrar at vedkommande blir lagt inn på relevant avdeling. Når legevakslege legg inn pasienten har ein ofte ikkje tilgang på nok informasjon om pasienten. Vesentleg informasjon som ofte manglar ved akutte innleggingar av eldre pasientar er opplysningar om pasienten sitt funksjonsnivå før akutt sjukdomsdebut og grad av hjelpebehov. Dette manglar ofte sjølv om pasienten har heimetenester. Det naturlige hadde vore at det blei utarbeidd overføringsrapport og eventuelt vedlegg av logg frå heimetenestene, i tillegg til innleggingskriv frå lege.

Ansvar for avklaring i akuttmottak: Den første vurderinga av pasientane skjer i akuttmottak. I akuttmottak er det viktig at pasienten blir vurdert i forhold til kva behandling som bør bli sett i gang umiddelbart, og kva undersøkingar som trengs i den vidare utgreiinga. Korrekt diagnostikk og behandling utan unødig forseinking er basis for all behandling på sjukehus, ikkje minst for dei skrøpelege eldre. Dei er endå meir enn andre pasientar sårbare for forseinkingar i behandling og feilbehandling. Mange har eit samansett og komplisert sjukdomsbilde og tidleg vurdering av erfarne legar bør vere eit mål. Dersom eit sjukehus har tilgjengelege senger ved geriatriisk eining, er det viktig at desse pasientane blir kanalisert direkte dit

Heilskapleg ansvar for den spesialiserte avdeling som behandlar eldre pasientar:

Den eldre som blir innlagt med ein spesifikk hovudtilstand må bli lagt inn ved den post på sjukehuset som er mest spesialisert på aktuelle behandling. Pasientane som blir lagt inn og får avansert og spesialisert behandling blir stadig eldre. Den eldre pasienten sin helsetilstand blir betydeleg betre ved behandlinga ved spesialisert avdeling, men byr også på endra utfordringar for avdelingane då dei eldre pasientane har eit meir samansett sjukdomsbilde og er meir utsett for ulike komplikasjonar. Det er naturleg generelt, å stille krav til at alle avdelingar har kompetanse til å identifisere dei skrøpelege eldre, slik at dei får ei best mogeleg tilpassa behandling. Slik kompetanse kan ein få gjennom grunnutdanninga, spesialutdanning (vidareutdanning i geriatri for sjukepleiarar og anna helsepersonell) og ved å ha ei tilgjengelig geriatriisk eining enten på sjukehuset eller i føretaket. Det er fleire studier som viser effekt av at geriatriiske pasientar får behandling og utgreiing ved eigen akuttgeriatriisk avdeling²⁴. Ei slik eining må ha ein profil retta utover der opplæring og bevisstgjerjing er ein sentral del av verksemda. (Sjå og kapittel 11 kompetanse og utdanning)

Alle avdelingar som behandlar eldre bør tilby poliklinisk vurdering for dei eldre med ei medisinsk forsvarleg ventetid. Prioriteringsforskrifta definerer forsvarleg ventetid slik at ein ikkje skal vente på eit tilbod så lenge at det forverrar helsetilstanden og prognosen ytterlegare. Dette vil kunne føre til tidleg diagnostikk og tilpassa behandling av ulike sjukdomstilstander, noko som kan forhindre behov for innlegging, og som vil vere til støtte for primærhelsetenesta. Ideelt sett burde det polikliniske tilbodet vere tilpassa dei eldre slik at ein bruker den tid og dei ressursar som trengs for å gjere ei god vurdering av pasientane, som ofte har eit samansett

²⁴ rapport fra kunnskapssenteret nr 14-2006

sjukdomsbilde. Poliklinisk vurdering og behandling av geriatrike pasientar må styrkast. Her må også Helseføretaka vurdere samarbeid og samdrift med dei alderspsykiatriske poliklinikkane.

Tilrådingar

- Helseføretaka/sjukehusa må etablere meir effektivt og målretta mottak av den eldre pasienten med samansett sjukdomsbilde - med tidleg planlegging av utgreiing, behandling og tiltak før og etter utskriving.
- Helseføretaka/sjukehusa må kunne skilje mellom friske eldre med ein definert sjukdomstilstand, og eldre med akutt sjukdom/funksjonssvikt i tillegg til kronisk sjukdom, svekking på førehand og eit samansett sjukdomsbilde. I dette arbeidet skal ein nytte Winograds kriterier for å identifisere eldre som har omfattande oppfølgingsbehov. Desse to pasientgruppene har forskjellige behov ved sjukehusinnlegging.
- Alle avdelingar som behandlar eldre bør ha eit tilbod om poliklinisk vurdering og behandling. Tiltaket er ønskeleg både som primærførebyggande tiltak og som sekundærførebyggande tiltak. For pasientar som er spesielt krevjande kan det også vere nødvendig å arbeide ambulant. Dette må skje i tett samarbeid med kommunehelsetenesta.

6.3.2 Behandling i sjukehus – tilrådingar

6.3.2.1 Geriatri

Arbeidsgruppa meiner det også i framtida kan vere aktuelt å knyte den geriatrike kompetansen til spesifikke sjukdomsgrupper, døme på dette er ortogeriatrici og slagpasientar.

Eit dagtilbod kan også vere eit tiltak som kan hindre innlegging og gi ei brei vurdering og behandling medan pasienten kan bu heime. I tillegg kan ein tilby den eldre pasienten vidare oppfølging, behandling og eventuelt opptrening etter innlegging. Eit slikt tilbod har ein i dag på Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Det geriatrike miljøet må vere aktive på undervising både internt på sjukehusa, på dei ulike høgskulane/universiteta og ute i primærhelsetenesta. Den geriatrike tenkemåten må spreia til alle som arbeider med helsetenestene til eldre. Ein eldre pasient som er blitt operert har like stort behov for adekvat oppfølging som pasienten som ikkje blir operert. For å spreie geriatrik kunnskap er det naturleg å tenke seg at det blir etablert system for personalutveksling og hospitering mellom nivå og avdelingar.

Arbeidsgruppa meiner at det vil vere ei styrke om alderspsykiatri og geriatri samarbeider tettare om dei alderspsykiatriske pasientane inkludert pasientar med demenssjukdom. Samlokalisering av poliklinikk, og eventuelt alderspsykiatriske senger nærare det generelle geriatrike tilbodet, kan bidra til slikt samarbeid.

Tilrådingar:

- Arbeidsgruppa meiner at kvart einskild helseføretak må lage sin eigen opptrappingsplan for geriatri tilpassa dei lokale forhold for å møte den forventa veksten i talet på skrøpelege eldre. Ei spesiell utfordring vil vere å rekruttere geriatarar til oppstart av

geriatrike einingar i dei føretak som ikkje har etablert dette pr i dag.

- Arbeidsgruppa er av den oppfatning at kvart helseføretak bør ha minst ei geriatrik eining med sengepost og tilhøyrande poliklinikk som kan vurdere og eventuelt behandle eldre med samansette sjukdomstilstander, både somatiske, kognitive og psykiske. Døme på dette er demens, redusert gangfunksjon med falltendens, pasientar med fleire sjukdomar og multifarmasi, eldre med akutt funksjonssvikt på toppen av eit alt komplisert sjukdomsbilde. I tillegg kjem psykiske plager som depresjon og angst. Eit nært samarbeid med eit alderspsykiatrisk tilbod er ein fordel i vurderinga av den gamle pasienten. Poliklinikken bør ha god kapasitet med kort ventetid for å kunne gi eit godt tilbod til primærhelsetenesta og medverke til å hindre innleggingar og legge til rette for god behandling av dei eldre. Eininga må dimensjonerast og organiserast ut frå behov i det einskilde helseføretaket, med kapasitet til å ivareta ein (stor) del av dei geriatrike pasientane. Dette skal vere eit kompetent fagmiljø, som i tillegg til behandling av akuttinnlagde eldre skrøpelege, skal kunne tilby kommunane og andre sjukehusavdelingar sin kompetanse.
- Dette fagmiljøet må gjere sin kompetanse tilgjengeleg for brukarar og samarbeidspartnarar også når pasient er utskrive frå sjukehus.
- Fagmiljøet må kunne tilby oppfølging i forhold til sjukeheimar ved fagleg konferanse, eventuelt assistanse ved avanserte prosedyrar, palliativ behandling m. v.
- Fagmiljøet må ta initiativ til og bidra ved etablering av gjensidig forpliktande nettverk innan geriatri og alderspsykiatri. Nettverka må inkludere fastlegar, sjukeheimslegar, legevakt, AMK og legar i spesialisthelsetenesta.
- Det blir tilrådd at ein opprettar eit akutt - geriatrik tilbod på Haukeland Universitetssjukehus. Sjukehuset har ansvar for ein stor sektor som ikkje vil bli dekkja anna enn for elektive pasientar av Haraldsplass Diakonale Sykehus. Pr i dag er ei geriatrik eining berre etablert ved Stavanger Universitetssykehus og på Haraldsplass Diakonale Sykehus. Den geriatrike sengeposten må brukast aktivt og effektivt og bør ha ein akutt-geriatrik profil. Samtidig er det viktig at einskildpasientar med spesielt kompliserte sjukdomsbilete og/eller behov for langvarig behandling får eit tilbod når dette krev spesialistkompetanse og tverrfagleg vurdering og behandling.

For å gjennomføre tiltaka i denne rapporten meiner gruppa det er behov for at kvart føretak som minimum har:

- 2-3 geriatarar (Helse Bergen, Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde)
- Tilgjengeleg nyutdanna geriatarar. For å kunne oppretthalde gruppe I status og bidra til at det i regionen blir utdanna tilstrekkeleg med geriatarar må utdanningskapasiteten aukast ved Haraldsplass Diakonale Sjukehus og Helse Stavanger Arbeidsgruppa tilrår at ein i Helse Vest sluttar seg til tilråding frå tverregional arbeidsgruppe som tilrår at det i Helse Vest vert skipa 3 utdanningsstillingar i 2009 og at utdanningsstilling i Stavanger som er halden inaktiv vert teken i aktiv bruk. jfr. pkt 7 .

- Det må vera god balanse mellom talet på utdanningsstillingar og overleigestillingar i geriatri ved Haraldsplass Diakonale sjukehus og i Helse Stavanger.
- For å tilby et fullverdig geriatrik tilbod må det i kvart føretak vere eit geriatrik team som i tillegg til geriatar har geriatrik sjukepleiar, fysioterapeut og ergoterapeut som sentrale faggrupper. Logoped, sosionom og ernæringsfysiolog er også relevante faggrupper.
- Geriatrike pasientar som kan få si utgreiing og behandling poliklinisk, skal kunne få denne i poliklinikk i sitt helseføretak/lokalsjukehus.

6.3.2.2 Alderspsykiatri

I einsskilde kommunar er kapasiteten i forhold til sjukeheimsplassar altfor liten, særleg gjeld det korttidsplassar og forsterka sjukeheimsplassar. Mangel på slike plassar kan føre til at pasientar i spesialisthelsetenesta blir liggande på "vent" både i dagar og veker etter at dei er klare for utskrivning. Gode samhandlingsplanar, som det er semje om mellom kommunane og spesialisthelsetenesta, med tydelig ansvarsfordeling, vil hjelpe noko i påvente av kapasitetsauke. For mange alderspsykiatriske pasientar er innlegging i sjukehus ekstra krevjande. I dei tilfelle der det er tenleg er det ein stor fordel om dei kan sparast for unødige innleggingar ved at dei får hjelp ambulamt. Det vil då vere viktig at refusjonssystemet legg til rette for ambulante tenester.

Tilrådingar:

- Det blir tilrådd at det einsskilde føretak lagar planar for korleis alderspsykiatrien skal løyse framtidige behov innan dette fagfeltet.
- Kompetansesenter for eldre som og dannar utgangspunkt for forskning og fagutvikling bør inngå i ein slik plan. Det er viktig at ein legger til rette for å rekruttere i føretak som manglar nødvendig kompetanse innan alders- og nevropsykiatri.
- Føretaka må ha nødvendig kapasitet av skjermingsrom i spesialisthelsetenesta til bruk for alderspsykiatriske pasientar som i periodar har stor uro og suicidalitet.
- Det er ønskjeleg at ein legg til rette for tett samarbeid mellom geriatri, alderspsykiatri og nevrologi, gjerne i samlokalisert poliklinikk, hukommelsesklinikk
- For å få til god samhandling og kompetansespreiing mellom spesialisthelsetenesta og kommunane blir det tilrådd oppbygging av nettverksgrupper, det kan gjelde i forhold til: Demensomsorga sin ABC, utgreiing av demens, familie- og pårørandearbeid, dagsenter, rettleiing osv.

6.3.2.3 Dei store gruppene eldre pasientar i sjukehus

Tilrådingar:

- Kompetansen vedrørende eldremedisin må utviklast vidare ved alle avdelingar som behandlar eldre. Kompetanseutviklinga må skje i samarbeid med geriatrisk fagmiljø og må gjelde alle yrkesgrupper.
- Kwart helseføretak bør utarbeide samanhengane behandlingsskjeder for dei største sjukdomsgruppene hos eldre. Slike behandlingssliner er spesielt viktige for dei pasientgrupper som treng oppfølging etter sjukehusbehandling. Ein skal ta i bruk individuell plan som verktøy ved rehabilitering, opplæring og rettleiingstiltak

Dei mest aktuelle pasientgruppene er:

- pasientar akuttinnlagte, geriatrisk tilnærming
- demenspasientar
- slagpasientar
- palliativ behandling til eldre
- den gamle pasient med brot

I vedlegg har vi vist døme på korleis dette kan gjerast for lårhalsbrotpasientar.

Helseføretaka/sjukehusa må auke fokus på støttebehandling (mellom anna legemiddelbehandling, mobilisering og ernæring) og heilskapleg vurdering uansett kvar i spesialisthelsetenesta den eldre sjuke blir behandla og utgreidd. Det må utarbeidast konkrete handlingsplanar for å sikre at kunnskap om tverrfagleg, heilskapleg geriatrisk behandling (den geriatriske metode) av dei eldre pasientane blir kjent og nytta sjølv i dei mest høgspesialiserte avdelingane.

6.3.2.4 Ernæring

Tilrådingar:

- Arbeidsgruppa tilrår at alle helseføretaka utarbeider ein ernæringsstrategi der følgjande element inngår.
 - Systematisk ernæringsundersøking
 - God mat
 - Ernæringsbehandling
 - Heve kunnskapsnivået i helsesektoren
- Arbeidsgruppa tilrår vidare at det blir etablert samarbeid mellom sjukehusa i regionen og lokalt mellom sjukehusa og kommunane.

I gjennomføring av tiltaka har det i Helse Bergen mellom anna blitt etablert eit ernæringsnettverk og skipa stilling som ernæringskoordinator. Gjennom dette nettverket blir det arbeid med utvikling av tilbodet, nødvendig kompetanseheving, forskning og fagutvikling. Arbeidsgruppa tilrår at dei andre helseføretaka nyttar erfaringane frå Helse Bergen i det vidare arbeid på feltet.

6.3.2.5 Legemiddelbruk og legemiddelhandtering

Tilrådingar:

- Alle helseføretaka bør gå gjennom sine rutinar for epikriser slik at det klart går fram kva for endringar som er gjort, og kvifor det er gjort endringar i pasienten sine legemiddel. Både seponering av gamle medisinar og forordring av nye skal kome klart fram.
- Det må utviklast elektroniske løysingar som kommuniserer med kvarandre. Dette er pt det største hinderet for god overføring av informasjon om pasientane sin legemiddelbruk mellom omsorgsnivåa. Innføring av elektroniske medisinkort som inneheld all nødvendig informasjon om pasienten sin legemiddelbruk vil kunne sikre at alle involverte (primærhelseteneste, spesialisthelseteneste, apotek etc.) har tilgang til same informasjon på ein stad. Det er behov for systematisk kompetanseoverføring vedrørende legemiddelbruk til alle aktørane i helsetenesta.
- Før pasientane blir skrivne ut frå sjukehus bør det foretas ein kritisk legemiddelgjennomgang. Dette bør helst gjerast av pasientansvarleg lege.
- Intravenøs behandling i sjukeheimane vil kunne bidra til å unngå sjukehusinnleggingar i fleire tilfelle, for eksempel ved ukomplisert pneumoni eller urinvegsinfeksjon. Det er viktig at slik behandling då skjer i tråd med retningsliner i Helse Vest (til dømes retningsliner for antibiotikabehandling). Dersom det kan administrerast intravenøs behandling i sjukeheimane vil det også kunne vere mogeleg å få pasientane raskare ut av sjukehusa ved at sjukeheimane kan kontinuere behandlinga.

6.3.2.6 Mobilisering og rehabilitering

Tilrådingar:

- Både kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta må ha eit bevisst fokus på kartlegging av fysisk funksjon og iverksetjing av relevante tiltak tilpassa den einskilde sitt behov.
- Det er behov for ein systematisk gjennomgang av rehabiliteringstilbodet for eldre mellom anna med omsyn på behova knytt til dei store pasientgruppene og arbeidsdeling mellom kommunehelsetenesta, spesialisthelsetenesta og andre samarbeidspartnarar.²⁵
- Flest mogleg av dei geriatriske pasientane bør få si rehabilitering utanfor sjukehusa, i heimen/eventuelt ved sjukeheimen der pasienten bur. Dette tilseier at ein stor del av denne rehabiliteringa skal finne stad ute i kommunane. Helseføretaka må sikre nødvendig spesialisert rehabilitering til geriatriske pasientar både i akutfase og i den vidare gangen. Ein må sørgje for tidleg diagnostisering, behandling og oppstart av rehabilitering på den post der den geriatriske pasienten får sin behandling. Slik kan ein og hindre unødvendig flytting av denne pasientgruppa.

6.3.2.7. Tidleg planlegging av utskriving og oppfølging.

Tidlig i prosessen må ein vurdere vidare tiltak og til kva omsorgsnivå i primærhelsetenesta pasienten bør sendast til. Utskrivingsprosessen startar alt første dag med kartlegging av pasienten sitt funksjonsnivå både før og under sjukdom, og med tidlig kontakt med primærhelsetenesta. Både akuttmottak og spesialavdelingane har ansvar for å vurdere om pasienten kan avklarast i løpet av første døgeret. Det er under planlegging observasjonsposter (24-72 timers poster) som vil kunne egne seg til rask avklaring, men dette føreset god og rask tilgang på adekvat spesialistvurdering og relevante undersøkingar.

Eldre pasientar som treng eit lengre sjukehusopphald må få tilbod om ein plan for utgreiing, behandling og vidare tiltak. Dette vert best teke i vare i ei geriatrisk eining. Då det ikkje vil vere eit spesialisert geriatrisk tilbod tilgjengelig for alle, er det viktig at andre avdelingar, også de mest spesialiserte har tverrfagleg kompetanse og får systematisk tilført geriatrisk kunnskap. Det vil seie at alle sjukehusavdelingar mellom anna bør ha fokus på mobilisering, ernæring, stimulering, og multifarmasi. Det bør være kunnskap om delir, demens og psykiske lidingar hjå eldre. Det vil ligge eit ansvar på det geriatriske fagmiljøet i kvart helseføretak å tilføre denne kunnskapen, men det vil også ligge eit ansvar hjå dei einskilde avdelingar til å skaffe seg denne kunnskapen.

I nasjonal strategi for rehabilitering (2008) blir det stilt spørsmål ved den ”vanlige” forståinga av rehabilitering: ”En slik oppfatning, dvs. at behandling og rehabilitering er to ulike ting som kan skilles fra hverandre, har preget helsetjenesten. De kurative miljøene og rehabiliteringsmiljøene har hatt en tendens til å distansere seg fra hverandre, noe som har fått betydning for pasientforløpene. Arbeidsmodellen har ofte vært at pasienter først skulle behandles, så rehabiliteres, og mange pasienter har opplevd å måtte vente på rehabilitering.

Det er i dag gode grunner til å stille spørsmål ved en slik forståelse. Nyere forskning dokumenterer at umiddelbar oppstart av rehabilitering, tett integrert i den akuttmedisinske behandlingen, fører til bedre overlevelse og funksjon for enkelte pasientgrupper. Det gjelder blant annet for slagpasienter. Slike resultater bør få konsekvenser både for tankegangen innenfor, og for organiseringen av, rehabiliteringsvirksomhet”

Tilråding:

- Planlegging av utskriving bør starte alt når pasienten blir lagt inn.
Dette er nødvendig av fleire grunner:
 - for å gjere sjukehusopphaldet så kort som mogeleg for den eldre pasienten.
Dette krev at ein samtidig med den primære behandlinga vurderer pasienten sin øvrige tilstand og funksjonsnivå
 - for å sikre den eldre pasienten den oppfølging som trengs etter sjukehusbehandlinga. Det må raskt takast kontakt med kommunen for å avklare vidare oppfølging.

Alternativa etter behandling i sjukehus er heimreise utan spesifikk oppfølging, heimreise med heimeteneste, rehabilitering/avlastning på sjukeheim, halvannanlinetilbod eller rehabilitering i privat rehabiliteringsinstitusjon. Det er viktig med både god dialog og god dokumentasjon ved utskriving. Ansvar for oppfølging skal vere avklart .

6.4 Utskriving og oppfølging av den gamle pasient etter sjukehusbehandling

Ved utskrivning frå sjukehus må det takast stilling til om det framleis er behov for oppfølging frå spesialisthelsetenesta. Mange av dei eldre, og ikkje minst mange av dei skrøpelege eldre har spesifikke tilstander som bør følgjast opp på ein spesialistpoliklinikk. Spesialisthelsetenesta må kunne seie når behovet for spesialisthelseteneste er dekkja. Dette vil sikre kvaliteten i behandlinga vidare, redusere faren for mistydingar og ein vil i beste fall kunne unngå unødig reinnlegging.

Mange av tiltaka som hindrar innlegging er like viktige etter sjukehusbehandling. Primærhelsetenesta vil vera den viktigaste støtta for at den skrøpelige eldre skal klare å meistre sjukdomen, og det er ei ønska utvikling at utgreiing, behandling, rehabilitering og omsorg vert ytt så nær pasienten sin heim som mogeleg. Mange eldre vil samtidig ha behov for spesialisert oppfølging. Spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta må difor saman sørgje for at behandlingsskjedene fungerer. Eldre må sikrast lett tilgjengeleg og fagleg kompetent oppfølging.

Tilrådingar:

- Geriatrike pasientar i sjukehuset og deira pårørande skal få nødvendig informasjon og opplæring til å meistre sjukdom og livssituasjon gjennom å:
 - utvikle samarbeidet vidare mellom alderspsykiatri – geriatri / lærings og meistringssenter, i samarbeid med pasient og pårørande organisasjonane
 - sikre at lærings og meistringstilbodet blir ein naturleg del av behandlingsskjedene i helseføretaket.

7. Kompetansebehov og utdanning

Frå stortingsmelding 25: Mestring, muligheter og mening (2005-2006)

”Brukerne er avhengige av at den kommunale omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede. Dersom den kommunale omsorgstjenesten skal klare å ivareta nye og krevende oppgaver trenger den omfattende støtte fra spesialisttjenesten særlig i forhold til: utredning, diagnostikk og behandling av akutte tilstander og kroniske lidelser, løpende oppfølging av medisinsk behandlingssopplegg og veiledning av lokalt behandlingssapparat, kompetansebase for veiledning og opplæring av lokalt helse- og sosialpersonell.

De nærmeste årene er det en klar målsetting å bygge ut spesialisthelsetjenestens støttefunksjoner til omsorgstjenestens pasienter og sette samhandling i system. Regjeringen vil også bidra til å forsterke en positiv utvikling i legedekning i kommunehelsetjenesten, og sikre at dette fører til en styrking av det medisinske tilbudet til omsorgstjenestens brukere både i sykehjem, omsorgsboliger og hjemmesykepleie”

Dei overordna måla som er utarbeidd og dei tiltak som ein i denne rapport tilrår stiller helsetenesta og utdanningsinstitusjonane ovanfor store utfordringar.

- Behov for kapasitetsauke og endring i innhald i utdanningane.
- Behov for geriatrisk kompetanse
- Behov for tverrfagleg kompetanse vedrørande helsetenesta til eldre.

Den forventa auken av eldre i befolkninga og nye arbeidsformer i forhold til eldre med samansette lidingar gjer at det må arbeidast fram samarbeidstilbod der både kommunane og spesialisthelsetenesta gir sitt bidrag. Vi får difor ei utfordring i å møte kompetansebehovet som møte med eldres behov for helseteneste vil stille til oss. Vi må auke kapasiteten og samarbeide på tvers av nivåa om vi skal klare å møte behova på ein god nok måte.

Vi vil ha behov for å auke formell kompetanse hjå legar, psykologar, sjukepleiarar, fysioterapeutar, ergoterapeutar og sosionomar og realkompetanse for både spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. I tillegg til poliklinisk verksemd, vil behandling i sengeavdelingar og undervisning og informasjon til kommunehelsetenesta vere ein viktig del av arbeidet til spesialisthelsetenesta.

Geriatrisk kompetanse

Pr i dag har Stavanger Universitetssjukehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS) gruppe I status og kan tilby B-greinstillingar i geriatri – dvs at hele greinspesialiteten kan bli gjennomført på desse sjukehusa. SUS har ein aktiv stilling og ein som ikkje er aktivisert. HSD har pr i dag tre heimlar som er aktive. To B stillingar og to D-stillingar (50%). Det er i tillegg ein heimel som ikkje er aktivisert.

Det er frå legeföreninga si side fremma forslag om at ein skal ha tre månader obligatorisk teneste i geriatri som ein del av spesialiseringa i indremedisin og psykiatri. Dette vil gi auka kunnskap hjå dei som vel andre greiner av indremedisinen. Ved einskilde sjukeheimar vert ½ års teneste for greinspesialiteten i geriatri godkjend. Dette vil gi auka rekruttering til sjukeheimsmedisinen og betre samarbeid mellom den sjukehusbaserte geriatrien og sjukeheimane.

Ved SUS gjorde ein i 2007 ei kartlegging av behovet utover det ein har i dag

- Geriatri 2-3 legestillingar (poliklinikk), 1 lege til sengeavdeling, 0,5 stilling OBA
- 3- sjukepleiarar til poliklinikk og 10 sjukepleiarar til geriatrisk sengepost, medisinsk- og kir/ort sengepost, gyn
- Fysioterapeut og ergoterapeut med spesialkunnskap
- Ortogeriatr 0,5 – 1 lege
- Alderspsykiatri 2
- Nevropsykologar 2

Ved Haukeland Universitetssjukehus (HUS) har ein pr i dag ingen geriater. Det er Haraldsplass Diakonale Sykehus som har eit geriatrisk spesialisthelseteneste ansvar til eldre i området. Haraldsplass og HUS må komme fram til ei fornuftig organisering i Bergensområdet.

HUS vil behøve minst 2 geriatarar og 1 alderspsykiater. Samtidig vil det vere behov for å auke opptak til tverrfagleg vidareutdanningar innan aldring, eldreomsorg og psykisk helsearbeid

Helse Fonna og Helse Førde er i startfasen på å bygge opp ei spesialisthelseteneste til eldre. Helse Førde vil ha behov for 2 geriatarar og Helse Fonna 3 geriatarar og ein alderspsykiater

Status for vidareutdanning av sjukepleiarar og andre grupper helsepersonell.

I Helseregion Vest er det tverrfagleg vidareutdanning i aldring og eldreomsorg ved Universitet i Stavanger (UiS), Betanien diakonale sykepleierhøgskole, Høgskolen Stord/Haugesund og ved Høgskolen i Sogn og Fjordane (HSF). Det er vidareutdanningar i psykisk helsearbeid ved UiS, Høgskolen i Bergen, HSF og Høgskolen Stord/Haugesund. Innanfor begge desse utdanningane må kapasiteten aukast betrakteleg. Alt i dag er det mangel på spesialutdanna personell innanfor desse kompetanseområda. Kompetansen som desse utdanningane gir, dekkjer både geriatri- og alderspsykiatrisk område.

Tilrådingar:

- Arbeidsgruppa meiner det nasjonalt må sikrast nødvendig auke i talet på utdanningsstillingar i geriatri (sjå pkt. 6.3.2.1 Geriatri)
- Arbeidsgruppa er samd i at ein skal ha tre månader obligatorisk teneste i geriatri som ein del av spesialiseringa i indremedisin og psykiatri
- Det er også sentralt å utdanne nok geriatiske spesialisjukepleiarar som kan arbeide både i spesialisthelsetenesta og i primærhelsetenesta.
- Det er vidare sentralt å få utdanna nok alderspsykiatrar og psykiatiske sjukepleiarar som kan arbeide i alderspsykiatrien.
- Vidare vil det vere behov for ein auke av nevrologar/nevropsykologar.
- Arbeidsgruppa tilrår at tverrfagleg vidareutdanning i aldring og eldreomsorg blir auka. Kompetansebehovet vil vere forskjellig i dei forskjellige føretaka og ute i kommunane. Det er derfor nødvendig at ein i kvart helseføretaksområde vurderer behovet i samarbeid med kommunane og aktuelt universitet/høgskule.

Behov for kompetanse i kommunane:

No har ein spesielt sett på helseføretaka, men ein må heller ikkje gløyme at kommunane treng kompetanseoppbygging for å kunne ivareta pasientane på ein slik måte at unødige innleggingar i sjukehus blir førebygde. Dette gjeld både fastlegar, sjukepleiarar, fysioterapeutar, ergoterapeutar og sosionomar.

For kommunehelsetenesta er det ei stor utfordring å kunne møte nye pasientgrupper med oppdatert kunnskap og kompetanse hos personalet, både i institusjonane og i heimesjukepleia. Det er ein trend at mykje av behandlinga som før gikk føre seg i sjukehus, no blir gjort i heimen eller på sjukeheimane, og det blir forventa at denne utviklinga vil styrkast vidare. Behovet for kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelseteneste vil derfor, etter alt å dømme, berre auke med åra.

Utdanningsinstitusjonane (sjukepleie, fysioterapi og medisin) må ha opplæringsplanar for den eldre pasienten. Det må innarbeidast i den enkelte spesialitet og ikkje berre i geriatri. Opptak til studiane må baserast på statistiske berekningar for behov. Det må byggast kompetansmiljø mot framtida. Studantar på vidareutdanning og masterstudiar, innanfor aldring og eldreomsorg

og psykisk helsearbeid, gjer også større eller mindre utviklingsprosjekt for institusjonane som medverkar til kompetanseoppbygging.

Tilråding:

- Arbeidsgruppa meiner ein treng ein plan for dimensjonering av utdanningane fram mot 2020. Denne bør vere forskingsbasert.

8. Forsking og fagutvikling

I følge nasjonal strategi for spesialisthelsetenesta til eldre 2008-2012, er det behov for satsing både på forskning og utviklingsarbeid. Det blir her bedt om at spesialisthelsetenesta bidrar ved:

- å stimulere til forskning i helseføretaka, universiteta, høyskolane og ved undervisningssjukeheimar og sørgjer for dokumentasjon og formidling av kunnskapen.
- at det blir gjennomført forskings- og utviklingsarbeid knytt til tenester, organisatoriske modeller og tiltak.
- at det blir gjennomført forskings- og utviklingsarbeid knytt til samhandling
- at det blir forska på behov og forventningar hos ulike grupper eldre
- innovasjon i helse- og omsorgssektoren som kan betre kvaliteten for pasienten, t.d ved heimebasert behandling av eldre og bruk av nye behandlingsmetodar med høg nytte for eldre.

Status og behov

Det er stort behov for **geriatrikisk forskning**. Det er nyleg etablert eit forskingssenter med sete på Haraldsplass (Kavlis Senter For Aldring og Demens), som ein håper vil gi ringverknader i heile Helseregion Vest. Det blir også drive forskning i geriatri (DEMVEST) på Vestlandet med utgangspunkt i det alderspsykiatriske forskingsmiljøet i Stavanger. Forsking i geriatri krev økonomiske og personlege ressursar og god forankring i klinikken. Det er behov for at dette blir eit vekstområde i åra framover.

Ved SUS er det i dag omfattande nevropsykiatrisk forskning ved Senter for klinisk neuroforskning. Ei laust samansett gruppe tilknytt tre ulike fagmiljø; Nasjonalt senter for bevegelsesforstyrrelser (NKB), Senter for nevro- og alderspsykiatrisk forskning (SNAPF) og forskargruppa for autoimmune sjukdomar. Forskinga blir i hovudsak finansiert frå to kjelder: NKB har ei fast løyving frå Helse Vest og SNAPF har i perioden 2003 – 2007 fått årlege løyvingar på 2 millionar frå Norges forskningsråd (NFR). Fleire doktorandar er med i fagmiljøet.

Ved UiS blir det drive forskingsprosjekt med tema brukarmedverknad og trivsel, og endring av kultur i pleiesektoren og brukarmedverknad.

Ved UiB blir det drive forskning ved Det medisinske fakultet. Seksjon for sykepleievitenskap forskar på dei eldste eldre og på pårørande.

Ved Kavlisenteret i Bergen blir det forska på aldring og demens. Ortogeriatrí er eit anna satsingsområde ved Haraldsplass Diakonale Sykehus. Det er fleire prosjekt ved HUS og Haraldsplass. Mellom anna har HUS eit prosjekt der ein ser på ernæringsstatus hjå eldre som skal opererast .

HiB har Senter for omsorgsforskning med områda arbeidsmiljø, personalkultur og arbeidsfellesskap i omsorgstenesta, modellar for kompetanseheving i omsorgstenesta og styringsstrategiar, tenesteinnhald og grunnlag for omsorg. Fleire av prosjekta er knytt opp til Løvåsens undervisningssykehjem.

Senter for kunnskapsbasert praksis har område som: samfunnsarbeid og sosial marginalisering, helsefaglig kompetanse i profesjonell praksis og kunnskapsbasert praksis

Regionalt kompetansesenter for rehabilitering i Helse Bergen har studiar på rehabilitering av slagpasientar.

Utfordringane innan forskning og fagutvikling.

Det er også ønskeleg å auke forskinga innan dei store pasientgruppene i spesialisthelsetenesta for dei eldre som hjerte/kar- slag, kreft, ortopedi, lungesjukdomar, infeksjonssjukdomar og alderspsykiatri. Dei ein skilde fagmiljøa må identifisere område som bør forskast på hos den eldre pasient. Er det slik at etablerte behandlingar innan ein spesialitet også skal gis til den multisykje 90 år gamle demente pasienten, eller bør dette tilpassast spesielle behandlingar og rehabiliteringsgang til desse pasientgruppene? Eit døme på slik forskning og kvalitetsutvikling er etableringa av Nasjonalt Hoftebruddregister i 2005 (ved Ortopedisk klinikk på Haukeland Universitetssjukehus, finansiert av Helse Vest). Dette medisinske kvalitetsregisteret har, alt etter 3 års drift, ført med seg betydelege endringar av behandlinga for eldre med Hoftebrot i Norge. I eit nyleg innlevert doktorgradsarbeid frå registeret har ein vist at multisykje demente, svært gamle pasientar, får betre livskvalitet og færre reoperasjonar om dei blir behandla med hofteprotesar (hemiprotesar), enn med skruar for sitt hoftebrot. Denne behandlinga er den same som verkar best for dei litt yngre og friskare pasientane. Randomiserte studiar utført i Noreg har bekrefta funna (Frihagen F 2008). Både registerbasert forskning og randomiserte studiar må designast og utførast på dei største behandlingsgruppene både innan førebygging, behandling og rehabilitering.

Når det gjeld forskning har samarbeidsorganet mellom sjukehusa i Helse Vest og universiteta gjort sine prioriteringar for dei kommande fire åra. Ingen område som direkte gjeld helsetenesta til eldre er prioritert.

Tilrådingar:

- Arbeidsgruppa tilrår at Helse Vest tildeler helseføretaka øyremerka midlar i 2010 på 5-8 millionar i 2009 til forskingsprosjekt for eldre. Desse ressursane må gå til prosjekt med utgangspunkt i spesialisthelsetenesta, men det er viktig å prioritere samhandling med kommunehelsetenesta i denne forskinga.
- Helse Vest må løyve forskingsressursar til fagområda geriatri og til forskinga innan dei store pasientgruppene i spesialisthelsetenesta for dei eldre, dei næraste 10 åra
- Arbeidsgruppa meiner det er behov for å auke forskinga innan helsetenesta for eldre mellom anna for å få vite kva for tiltak som verkar og kva som ikkje verkar. Dette gjeld både innan førebygging, behandling og rehabilitering av eldre menneske. Studiar må designast for å teste ut kva behandling som verkar.

- Arbeidsgruppa tilrår at det blir oppretta D-stillingar (fordjupingsstillingar) som knyter behandling og forskning saman, gjerne mellom spesialisthelsetenesta og undervisningssjukeheimar, eller 1 ½ linjenivå, på eit eller anna vis.
- Det er ønske om forskning på modellar for samhandling i grenseområdet mellom kommunehelseteneste og spesialisthelseteneste. Her bør ein blant anna sjå på effekten av å redusere liggetida i spesialisthelsetenesta og overføre pasienten tidlegare til primærhelsetenesta. Gir dette mindre komplikasjonar, like god livskvalitet, funksjon og helsegevinst som å vere i spesialisthelsetenesta i fleire dagar? Kostnaden ved dei ulike modellane må bereknast. Det er eit mål å utvikle den gode sengeavdeling i spesialisthelsetenesta og i kommunehelsetenesta. Det bør utførast registerbasert forskning (evidensnivå 2) og randomiserte studiar (evidensnivå 1) for å belyse disse problemstillingane.
- For å ivareta denne(desse) funksjonen(ane) foreslår prosjektgruppa at det blir oppretta 4 sentra (geriatriske avdelingar) for geriatri i Helse Vest. Kwart føretak skal utvikle eit geriatrisk fagmiljø.
- Det blir tilrådd at det blir skipa eit regionalt kompetansesenter for eldremedisin, inkludert alderspsykiatri og geriatri, som også får koordineringsansvar og mellom anna får ansvar for utvikling av fagnettverk i regionen.

Fagråd/forum og Faglege nettverk

Det er ei sentral oppgåve for spesialisthelsetenesta å ta initiativ til å byggje kompetanse og samhandling på tvers av nivåa i helsetenesta. Dette kjem i tillegg til behovet for samhandling og kompetansebygging på tvers av avdelingar og helseføretak.

Tilrådingar:

- Det er ønskeleg at spesialisthelsetenesta tek initiativ til og medverkar til at det blir etablert fagråd og faglege nettverk. Råda bør vera tverrfaglege og inkludere kommunar og andre naturlege samarbeidspartnarar. Samarbeidet må forankrast gjennom samarbeidsutvala med kommunane og i leiinga av føretaka.
- Innan områda geriatri, alderspsykiatri, legemiddel og ernæring bør det raskt etablerast tverrfaglege nettverk.

Av fagråd har ein i dag:

- Fagråd for synshemma i Bergen og Hordaland
- Fagråd og koordineringsråd mellom Helse Førde og kommunane

Eksisterande nettverk :

- nettverk av demenssjukepleiarar (hukommelsesteam) ved Olaviken alderspsykiatriske sjukehus og alderspsykiatrisk seksjon Helse Fonna
- nettverk innanfor palliativ behandling og omsorg (alle kommunane og sjukehusa i Helseregion Vest, Kompetansesenter for lindrande behandling)
- nettverk mellom samarbeidspartnarar som arbeider med eldre synshemma
- Senter for eldremedisin ved SUS
- Hukommelsesklinikk ved SUS
- Senter for bevegelsesykdommer ved SUS

- tverrkommunal kompetansegruppe for demens ved SUS
- fagnettverk dagtilbod personar med demens ved SUS
- kartlegging av demensomsorg - DCM -fagnettverk ved SUS
- o nettverk for ressursjukepleiarar innan kreftomsorg og lindrande behandling, Helse Førde og kommunane
- o rehabiliteringskontaktar i kommunane, Sogn og Fjordane
- o rehabiliteringsnettverket i Hordaland/koordinerande einingar.
- o rehabiliteringsnettverket i Helse Fonna
- o alderspsykiatrisk nettverk i Helse Fonna

Arbeidsgruppa meiner det kan vere ønskeleg å etablere tverrfaglege samarbeidsnettverk på sentrale områder innan helsetenesta til eldre. Nettverka skal sikre praktisk samarbeid mellom partane som arbeider innan fagfelt, blant anna gjennom:

- å følge opp bestillingar frå samarbeidsutvala og rapportere jamt
- å melde frå om samarbeidsutfordringar og foreslå korleis utfordringane bør møtast.
- å utgjere eit kontaktnettverk for brukarar og samarbeidspartnarar
- å sikre flyt av informasjon og god kommunikasjon mellom partane
- å arbeide med fagutvikling på tvers av institusjonsgrensar og nivå.
- å utvikle felles retningslinjer der ein ser det er slikt behov

Det er viktig at kunnskapen blir formidla på ein systematisk måte, og fagnettverk er eit sentralt verkemiddel for å få dette til. Døme på områder der slik kunnskapsspreiing er nødvendig er innan ernæring og når det gjeld effekt av tidleg mobilisering.

Rekruttering

Det er pr i dag vanskelig å rekruttere geriaterar til Helse Fonna og Helse Førde. Helse Førde har prøvd i ei rekke år utan å lykkast. Helse Fonna har også problem med å rekruttere geriaterar. I Bergen (Haraldsplass) og i Helse Stavanger har ein alt på plass eit fagmiljø og utdanningsstillingar. Det vil vere naturleg å kople utdanningsstillingane i Stavanger og på Haraldsplass til den tilrådde oppbygginga av geriatriske miljø i Helse Fonna og i Helse Førde, slik at ein kan rekruttere geriaterar inn i Helse Vest. Oppbygging av eit regionalt fagråd og faglege nettverk innan eldremedisin vil kunne vere eit virkemiddel til betre rekruttering. Eit slikt samarbeid bør drøftast så snart som råd.

9. Viktige føresetnader

For å kunne gjennomføre tiltaka slik ein ønskjer, er det nødvendig at rammene er til stades for å kunne få det til. Arbeidsgruppa vil spesielt peike på tre områder der gode ordningar er nødvendig.

Finansiering

Det er i dag få eller ingen incentiv for satsing på helsetenesta til eldre verken i sjukehus, stat eller kommune. For sjukehusa er det ofte lønsamt med reinnleggingar. For gruppa skrøpelige eldre (om lag 25% av dei indremedisinske pasientane) vil det ofte gje betre behandlingresultat med noko lengre liggetid. Undersøkinga frå St. Olavs Hospital, ved Saltvedt etc., dokumenterer dette. Pr. i dag gir behandling av denne ressurskrevjande pasientgruppa dårleg økonomisk uttelling samanlikna med mange andre pasientgrupper. Det er truleg behov for eiga finansiering

for geriatriske pasientar som sikrar heilskapleg behandling. Sentrale styresmakter bør vurdere om det kan lagast ein eigen ICD kode for eldre skrøpelege pasientar. Dei fleste andre eldre tener på kortast mogeleg liggetid i sjukehus. Her må det leggast til rette med finansiering som stimulerer at storparten av behandlingsforløpet blir knytt til primærhelsetenesta. Det er viktig med finansieringsordningar som stimulerer poliklinisk behandling, ambulant verksemd for spesielt komplekse pasientgrupper, lærings- og meistringsaktivitet og kompetanseoverføring mellom nivåa.

IKT

Gruppa eldre er den største pasientgruppa i sjukehusa. God tilrettelegging gjennom kompatibel elektronisk samhandling på tvers av nivå er derfor svært viktig for å kunne utvikle saumlause pasientforløp. Kravet til personvern er også ei utfordring. Arbeidsgruppa er glad for at det, i samarbeid mellom HOD og KS, er satt i gang et nasjonalt arbeid når det gjeld organisering av samhandling innan IKT feltet. Det er, slik vi ser det, viktig at IKT satsing skjer der det fagleg er ønskeleg. Arbeidet må knytast opp mot samhandlingsstrukturane som blir etablert mellom sjukehusa og kommunane.

Et større samhandlingsprosjekt med Bergen kommune, der ein skal identifisere områder der det er stor nytte med felles elektronisk plattform, er under oppstart i Helse Bergen. Tilvising, epikrise, IP og e-resept er aktuelle tiltak der ein treng kompatibilitet.

Samhandlingsstruktur:

Å kunne sette i verk dei prioriterte tiltaka i denne rapporten krev god samhandling lokalt mellom sjukehus og kommunar. Det er nødvendig med ein god samarbeidsstruktur som har makt til å kunne sette i verk nødvendige samarbeidstiltak.

Det er viktig at begge nivå og alle yrkesgruppene innanfor nivåa blir tatt med i samarbeidet både for å finne gode felles løysingar og for å sikre tilstrekkeleg legitimitet for samarbeidet. Alle sentrale aktørar som arbeider med samhandling på tvers av nivåa skal forankre sitt arbeid i den felles samarbeidsstrukturen.

Slik arbeidsgruppa vurderer det trengs det ein omstillingsplan for spesialisthelsetenesta samtidig med ein utbyggingsplan for førstelinetenesta.

For å kunne tilby samanhengande hjelpetilbod er ein avhengig av at det er semje mellom kommunane og spesialisthelsetenesta og at partane er forplikta til å samarbeide.

Tilråding:

- Samhandlingsrutinane må byggast ytterligare ut.
- Det er ønskeleg at det blir lagd forpliktande avtalar og rutinar for
 - behandling av særlig krevjande pasientgrupper
 - hospitering og kompetanseutveksling
- Det må etablerast gode samhandlingsarenaer

Helse Vest sitt ansvar:

- Arbeidsgruppa tilrår at Helse Vest tildeler helseføretaka øyremerka midlar frå 2010 til forskingsprosjekt og kvalitetsprosjekt for eldre. Desse midlane må gå til prosjekt med

← - - - - **Formatert:** Punktmerking og nummerering

utgangspunkt i spesialisthelsetenesta, men det er viktig å prioritere samhandling med kommunehelsetenesta i denne forskinga.

- Helse Vest må løyve forskingsmidlar til fagområda geriatri og til forskinga innan dei store pasientgruppene i spesialisthelsetenesta for dei eldre dei nærmaste 10 åra
- For å ivareta denne(desse) funksjonen(ane) foreslår prosjektgruppa at det blir oppretta 4 sentre(geriatrike avdelingar) for geriatri i Helse Vest. Kvart føretak skal utvikle eit geriatrik fagmiljø.
- Det vert tilrådd at det vert skipa eit regionalt kompetansesenter for eldremedisin inkludert alderspsykiatri og geriatri som også får koordineringsansvar og mellom anna får ansvar for utvikling av fagnettverk i regionen.

Kostnadmessig vurdering:

Det er godt dokumentert at behova for spesialisthelseteneste for eldre er aukande. Vår kartlegging viser at svært mange av dei eldre har meir enn 3 bidiagnosar. Kor stor kostnadsauke som følgjer at pasientane blir eldre og har fleire samtidige sjukdomar har ein ikkje gode tal på.

Av prioriterte tiltak er det etablering av geriatrike einingar i alle helseføretaka som vil kosta mest for spesialisthelsetenesta. Kor stor kostnad dette vil utgjere for det einkilde helseføretak vil vera avhengig av både omfanget av einingane og i kva grad ein kan etablere tilbodet ved å omprioritere bruk av eksisterande ressursar.

Arbeidsgruppa meiner samtidig det er godt dokumentert at det i tillegg trengs nasjonalt/regionalt løft for å kunne møte utfordringane på ein tilfredsstillande måte. Ikkje minst trengs det eit løft for at det skal kunne bli mogeleg å utvikle faglige kompetansebasar i helseføretaka som skal medvirke til at styrkinga av kommunehelsetenesta skjer på ein fagleg forsvarleg og systematisk måte.

Helse Vest må gjennom samarbeidsorganet med universiteta sørgje for at det blir løyvd midlar til forskning og kvalitetsutvikling og til etablering av regionalt kompetansesenter for eldremedisin.

Det vil vera eit betydeleg behov for økonomisk styrking av kommunehelsetenesta for å møte utfordringane.

Vedlegg:

- Status geriatri og alderspsykiatri
- Retningsliner for pasientutval til rehabilitering
- Døme på pasientforløp-bruddpasient

RETNINGSLINJER FOR PASIENTUTVALG TIL REHABILITERING

Klinikkoverlege Ove Furnes Utkast 1:20.05.08

I forbindelse med rapport fra prosjektgruppen: Ortopedisk Rehabilitering i Helse Bergen 2008 er det bedt om at det blir utarbeidet rutiner for hvilke pasientgrupper som skal søkes til de ulike rehabiliteringsinstitusjoner.

Til hjemmet

Prinsippet må være at flest mulig av pasientene skal skrives ut til hjemmet. Det er bedre å ha pasienten 1-2 dager lenger på sykehuset enn å søke pasienten til en rehabiliteringsinstitusjon hvor pasienten blir liggende i 3 uker. Friske pasienter som er selvhjulpne, med enkle skader som ankelfracturer og håndleddsbrudd, skal utskrives direkte til hjemmet. Dette gjelder også friske pasienter som har gjennomgått hoft og kneprotesekirurgi, disse bør skrives ut direkte til hjemmet etter en liggetid på 5-7 dager i sykehus.

Utskriving til halvannenlinjetjenesten (Storetveit):

Dette er pasienter med osteoporotiske brudd og andre brudd hvor et opphold i halvannenlinjetjenesten er hensiktsmessig i forlengelsen av et sykehusopphold. Det kan også være elektive ortopediske pasienter med behov for opptrening slik som hoft- eller kneproteser. Disse pasientene skal være innlagt fra hjemmet, forventet liggetid under 3 uker, forventes å kunne utskrives til hjemmet, og være hemodynamisk stabil ved overføring. Pr. i dag har vi egne kriterier for overføring til Storetveit Sykehjem, dvs. de skal være hjemmehørende i Bergen, de skal ikke være demente og de skal ikke være operert. I fremtiden håper vi å få endret disse kriteriene slik at de kan ta opererte pasienter.

Fjell/Askøy

Pasienter med osteoporotiske brudd og andre brudd hvor et opphold i halvannenlinjetjenesten er hensiktsmessig i forlengelsen av et sykehusopphold..

Elektive ortopediske pasienter med behov for opptrening i institusjon, - for eksempel pasienter som har fått satt inn hoft- eller kneproteser.

Pasienten skal fylle følgende kriterier:

- Være over 60 år og hjemmehørende i Askøy kommune
- Være innlagt fra hjemmet
- Ha en forventet liggetid under 3 uker
- Forventes å kunne utskrives til hjemmet
- Være hemodynamisk stabil ved overføring
- Samtykke til overføring

Korttidsplass på sykehjem:

Dette er pasienter som kommer fra hjemmet og som ikke har institusjonsplass som man forventer trenger mer enn 3 ukers rehabilitering. Det er gjerne pasienter med flere brudd eller kognitiv svikt.

Rehabiliteringsinstitusjoner som Åstveit og Ravneberghaugen

Der har vi avtale om 1 pasient pr. dag til Åstveit Sykehjem. Dette er pasienter som skal være selvhjulpne. De skal komme seg inn og ut av sengen selv og de skal kunne komme seg ned til matsalen selv. Det jobbes med å få endret disse kriteriene, men foreløpig er det dette som gjelder.

Ortopedisk rehabilitering (ved Øyeklinikken):

Vår egen rehabiliteringsavdeling. Dette gjelder pasienter som er amputert enten etter kreft eller traumatisk amputasjon eller etter diabetiske sår, eller som kommer fra karkirurgisk seksjon.

Rehabiliteringsavdelingen ved Nordåstunet:

Vi har 6 ortopediske senger ved Nordås. Det er de mest rehabiliteringskrevende pasientene som skal søkes dit. Dette er pasienter gjerne med flere brudd. Når det gjelder multitraumatiserte pasienter som trenger rehabilitering tas disse pasientene utenom kvoten på 6 senger. Søknadskjema.

Spinalenheten på nevrologisk avd.

Pasienter med spinale skader etter operasjon.

Kysthospitalet i Hagevik

Har ansvar for pasienter med kompresjonsfracturer i thoraco/lumbalcolumna og bekkenfracturer som ikke trenger operasjon, i tillegg pasienter med akutt rygg (dvs. akutte ryggmerter uten fraktur eller nevrologiske utfall). I tillegg tar de pasienter som er ferdigoperert når det er ledig sengekapasitet. Telefonisk kontakt via avdelingssykepleier.

Det finnes også andre rehabiliteringsinstitusjoner som Hagahaugen på Voss.

Voss Sjukehus kan ta noen ferdigopererte pasienter, men ønsker primært uopererte pasienter med enkle fracturer og skader.

Haraldsplass Diakonale Sykehus tar de 6 første kirurgiske pasienter hver dag (den 6.alltid ortopedisk) og hver 3. colli femorisfractur hele døgnet.

STATUS - Geriatri

Status i Helse Vest 2008.

Det geriatriiske tilbudet i Helse Vest er ulikt i dei enskilde føretaka. Kort oppsummert har ein i Bergen og Helse Stavanger etablerte geriatriiske fagmiljø på høvesvis Haraldsplass og Stavanger Universitetssjukehus. Helse Førde har ein nyoppretta geriatriiske poliklinikk, medan Helse Fonna har no ein vedteken opptrappingsplan for spesialisthelsetenester for eldre, og ein har vedteke oppretting av akuttgeriatriisk sengepost samt poliklinikk i 2009. Ein har her starta eit rekrutteringsarbeid både i Noreg og i Norden .

Felles for dei to sistnemnde føretak er at dei begge har problem med å rekruttere geriatar i fast stilling.

Helse Stavanger: Geriatrien er lokalisert til Universitetssjukehuset i Stavanger som har gruppe I funksjon i geriatri. Det er 4 overlegeheimlar, pr i dag er det tilsette spesialistar i geriatri i tre av stillingane, medan det i ei er ein konstituert overlege. Det er ein utdanningskandidat på

seksjonen (det er heimel for ein til), men den er ikkje aktiv grunna økonomiske omsyn. Ein av overlegane er ein dag i veka ved intermediærposten på Stokka Sykehjem.

Seksjonen består av ein akuttgeriatriisk sengepost og ein poliklinikk.

Ein har pr i dag ingen forskingskandidatar, men avdelinga deltek i DEMVEST og i Diagenic.

Helse Fonna: Helse Fonna har no vedteke opptrappingsplan for spesialisthelsetenester for eldre, og ein har vedteke oppretting av akuttgeriatriisk sengepost samt poliklinikk i 2009. Ein har her starta eit rekrutteringsarbeid m.o.t geriatarar både i Norge og i Norden. Sjukepleiarar med relevant vidareutdanning innan geriatri og eldreomsorg har ein satsa systematisk på, og vil også være ei vidare satsing. Ein har no også i samarbeid med Høgskolen Stord/ Haugesund på gang fleire masterstudentar ved dei relevante avdelingar.

Haraldsplass Diakonale Sykehus har ein eigen geriatriisk seksjon. Sjukehuset er gruppe I sjukehus i geriatri, med tre utdanningsstillingar i geriatri. I alle stillingane er det tilsette. Det er heimel for ei stilling til, som vil bli oppretta som D-stilling (50% forskning). Ei av dei andre utdanningsstillingane er i haust også omgjort til ei D-stilling. Seksjonen har 5 spesialistar i geriatri. Seksjonen ligg under medisinsk klinikk og har sengepost, poliklinikk, slagpost og dagpost.

Det blir drive med forskning og ein av overlegane vil disputere i 2009. Sjukehuset har eit samarbeid med Kavlis allmenntillegge fond, og i 2008 blei Kavli sitt senter for aldring og demens oppretta. Dette skal vere eit forskarnettverk innan geriatriisk forskning i Bergen, der mellom anna Universitetet i Bergen, Bergen kommune og psykologisk institutt skal bidra. Sjukehuset deltek også i DEMVEST og i Diagenic som er høvesvis ein demensstudie på Vestlandet og ein nasjonal studie på tidlig demensdiagnostikk. Sjukehuset har eit professorat i geriatri, der ein alderspsykiater, Dag Aarsland, er tilsett i 70% stilling.

Universitetssykehjemmet Løvåsen og halvannanlinetilbodet ved Storetveit i Bergen har geriatarar i leiande posisjonar, rekruttert frå Haraldsplass.

Helse Bergen har ikkje tilsett geriatar eller eit eige organisert geriatrisk tilbod.

Helse Førde: Hadde etablert eit geriatrieteam i medisinsk poliklinikk på Førde Sentralsjukehus mars 2008, men teamet vart nedlagt etter vedtak i styret i Helse Førde 23.03.09 som følgje av innsparingstiltak. Hadde knytt til seg to spesialsjukepleiarar i geriatri, ein psykolog i 100% stilling og en LIS lege i 20% stilling. I tillegg knytt til seg nevrolog frå haust 2008 og geriatar rekruttert frå vikarbyrå i deltidstilling.

Alderspsykiatrien i Helse Vest Status i Helse Vest 2008

Helse Stavanger

Alderspsykiatriisk seksjon er organisatorisk plassert i psykiatrisk divisjon, spesialavdeling for vaksne. Seksjonen består av ein sengepost B1 med 14 senger, og ein poliklinikk.

Sengepost B1 har stillingar for 2 overleger, 1 assistentlege, 1 psykolog, 1 sosionom, 1 sekretær, 24 sjukepleiarar/hjelpepleiarar, 1 ergoterapeut og 1 aktivtør.

Nedslagsfelt 17 kommunar med eit folketal på 312 987 personar i 2008. Tre (snart fire) av dei som er tilsett i seksjonen har doktorgrad.

Pasientgruppa er svært samansatt og består av:

- demente med psykiatriske tilleggssymptom, ofte med store åtferdsforstyringar med uro, aggresjon og støy
- eldre med funksjonelle lidningar, som akuttinnlagte pasientar med suicidalitet og behov for høg grad av skjerming
- pasientar med hjerneorganiske lidningar og med alvorlig forvirring (delir)

Akutte og elektive innleggingar 2007: 96

Gjennomsnittlig liggedøgn: 45.7

Det er behov for og planar om å utvide kapasiteten med 6 + 6 plassar med vekt på skjerming.

Poliklinikk

Alderspsykiatrisk poliklinikk er normert til 2 legar, 1 psykolog, 2 sjukepleiarar og 1 sekretær.

Polikliniske konsultasjonar 2007 : 1258

Andre oppgåver

Undervisning, rettleiing og hospitering i forhold til førstelinetenesta.

Relatert til Omsorgsplan 2015 er eit prosjekt mellom Fylkesmannen, undervisningssjukeheim og SUS etablert.

Samarbeidsformer

Fagområda geriatri, alderspsykiatri og nevropsykiatri har ein del arbeidsoppgåver som klart er uavhengige av kvarandre, men og områder som er felles. For å utnytte kompetanse og styrke pasienttilbodet blir ein samlokalisering av poliklinikkane planlagt for dei tre nemnde spesialitetane i ein Hukommelsesklinikk. De tre spesialitetane skal ha fagforankring i sine fagmiljø for å unngå forvitring og tap av eigenskapar.

Nye funksjoner

Kompetansesenter for samhandling med primærhelsetenesta

Eit viktig ledd i eit framtidig samarbeidstilbod med bidrag frå både kommunane og spesialisthelsetenesta vil vere kompetanseutvikling og opplæringstiltak frå spesialisthelsetenesta til primærhelsetenesta. For å ivareta denne funksjonen blir det planlagt oppretting av ”Kompetansesenter for eldremedisin” frå 2009. Dette kompetansesenteret bør vere Helse Stavanger HF sitt viktigaste samarbeidsorgan i forhold til kommunane si oppbygging av halvannan line tenester og drive rådgjeving og oppsøkande pasientbehandling i heimen eller ved sjukeheim. Vidare må senteret drive med forskning og informasjonsarbeid til pasientar, helsepersonell og andre.

Helse Fonna

Alderspsykiatrisk seksjon er organisatorisk plassert i klinikk for psykisk helsevern. Seksjonen har ein seksjonsleiar, ein faglig ansvarlig overlege, ein poliklinikk med ambulant team og ein døgnpost.

Kort presentasjon av seksjonen

Døgnavdeling med 8 sengeplassar inklusiv 1 skjermingseining

Poliklinikk med ambulerande verksemd.

Planlegger å auke til 10 sengeplassar.

Nedslagsfeltet er 19 kommunar med eit folketal på ca. 160.000

spesialisthelsetenester i utredning av alderspsykiatri og behandling
rettesnor: Plandokument for norsk alderspsykiatri 2001-2010.

Kjennemerke for alderspsykiatriske pasientar.

- Pasientar med psykiatrisk lidning med debut etter 65 år som treng behandling i spesialisthelsetenesta (affektive lidningar, angstlidningar)
- pasientar med demens og evt. tilleggssymptom som angst, depresjon, psykose og betydelig åtferdsproblem. Alder av mindre tyding.
- pasientar over 65 år med ein uavklart diagnose, angst, depresjon, psykose, aggresjon og mental svikt er framtreande.
- pasientar med uavklart demensdiagnose som er vanskelig å utrede i kommunehelsetenesta
- pasientar med ”funksjonelle” psykoser som oppstår i høg alder (psykotisk depresjon, mani, eventuelt pasientar med seint debuterande schizofreni).

- Personalressursar i seksjonen

- 1 seksjonsleiar
- 2 overleger
- 1 ass. lege
- 1 turnuslege
- 1 psykolog
- 14 sjukepleiarar
- hjelpepleiarar
- 1 fysioterapeut
- 6,5 merkantile

- Status 2007

- Liggedøgn: 2 290
- Innskivingar: 117
- Utskrivingar: 116
- Poliklinikk: 1 146
- Stillingar med refusjon: 3,2
- Produksjon budsjett 2008: 1 088 konsultasjonar
- Beleggsprosent: 85,6

- Behov for å møte den aukande eldrebefolkning

- Overlegestillingar 2 (har 2 i dag)
- Psykolog 2 (har 1 i dag)
- Spes. spl. i poliklinikk 2 (har 2 i dag)
- Ass. lege 1 (har 1 i dag)

- 16-20 spesialsenger etter kvart, lokalisert i Haugesund
- 2-3 rom som er skjerma, tilrettelagt med eige uteområde
- auke grunnbemanninga i post til å ha kapasitet til å ta imot akutte så vel som elektive, samt behov for skjerming (pleiefaktor 2,5 – 3,0)

DPS skal ivareta pasientar med behov for lengre behandling, og alderspsykiatrisk seksjon skal utrede og behandle når dette er kravd pga. lidninga sin alvorsgrad.

På sikt: Samlokalisering geriatrisk og alderspsykiatrisk sengepost.

Helse Bergen

Nedslagfelt på 22 kommunar med totalt folketal på om lag 390 000.

Helse Bergen har 1 sengepost, H5, seksjon for alderspsykiatri = sengepost med 12 senger for pasientar utan kognitiv svikt.

Bemanning

19 inkl. ass. seksjonsleiar og seksjonsleiar, her av er ca 3,5 heile årsverk hjelpepleiarar (1,5 av desse på natt), resten er sjukepleiarar/spesialsjukepleiarar.

- 2 psykiatrar, 1 LIS lege
- 40% sosionom
- 80% ergoterapeut
- Pleiefaktor 21

Når det gjeld poliklinikkar, ambulante team og utedagar, ligg alt dette fram i tid for helseføretaket. Etter alt å dømme vil det bli etablert ei poliklinisk verksemd i løpet av 2009.

NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus

- Har eigen driftsavtale med det regionale helseføretaket. Tar imot pasientar frå heile Helse Vest området, men hovudsakelig frå Helse Bergen og til dels frå Helse Fonna og Helse Førde.
- Tilbod til pasientar med demenssjukdomar og alderspsykiatriske sjukdomar, eit høgspesialisert tilbod til denne pasientgruppa
- 24 døgnplassar fordelt på 4 poster lokalisert på Askøy. Ein av postane (6 senger) er øyremerkt til allmenn alderspsykiatri, dvs. eldre pasientar utan kognitiv svikt.
- Eigen avdeling for pasientar med Huntington sjukdom, med 7 senger (5 av plassane er eigd av Bergen kommune)
- Sjukehuset har og Alderspsykiatrisk poliklinikk, hukommelsesklinikk på Haraldsplass Diakonale Sykehus
- Utadretta/ambulant verksemd til over halvparten av dei polikliniske pasientane

Gjennom ein eigen FOU-avdeling er det etablert nettverksgrupper i kommunane, samt eit utstrakt kompetanseutviklingsarbeid mot kommunane i Hordaland i samarbeid med Fylkesmannen i Hordaland. Frå hausten 2008 også i samarbeid med Helsedirektoratet med utvida målgruppe.

Samhandling med kommunehelsetenesta

Poliklinikken ved Olaviken har i stor grad arbeida ambulant. Målet med dette er å sleppe å flytte pasientar som har demens og samtidig psykiske tilleggsproblem. Dette fører ofte til at ein unngår unødvendige innleggingar og flytting av pasientar med den risiko for forverring av tilstanden dette har.

Tilsette

5 legar med spesialitet innanfor psykiatri, geriatri, nevrologi og allmenmedisin, her av 2 med doktorgrad

7 psykologar og psykologspesialistar med ulike spesialitetar innan gerontopsykologi, voksen og samfunn

Musikkterapeut med master i musikk

Ergoterapeutar med spesialutdanning innan eldre og Marte Meo

God sjukepleiedekning, fleire har master og andre spesialutdanningar innan psykiatri, geriatri, Marte Meo, rettleiing, leiing

Planar for framtida

Utbygging og utbetring av sengebygget på Askøy. Planane er til handsaming.

Samarbeidet geriatrien/alderspsykiatrien i Bergen:

Det føreligg planar for å bygge opp eit slagkraftig nasjonalt tilbod til eldre innanfor spesialisthelsetenesta lokalisert ved Haraldsplass Diakonale Sykehus i samarbeid med NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus.

Helse Førde

Helse Førde har ingen eigen poliklinikk eller sengepost for alderspsykiatri. Problem med å få tilstrekkelig med kompetanse innan alders- og nevropsykiatri har gjort det umulig å reindyrke disse funksjonane.

Nylig har ei prosjektgruppe komme med ein rapport om samordning av tenestene for Psykiatrisk klinikk. Konklusjonen er:

- Alderspsykiatriske pasientar skal behandlast i DPS'a – samla senger som er i bruk er 27 fordelt på 3 DPS.
- Akuttpost i Førde blir utvida med to sengeplassar og fleire rom for skjerming, til bruk for alderspsykiatriske pasientar som i periodar har trong for skjerming.
- Det var planar om at også psykisk helsevern skulle delta med ein psykiatar, i geriatrieteam i Medisinsk klinikk når det vart kapasitet til det.

Behandlingsgang for lårhalsbrot hos frisk pasient:

Til dømes kan ein tenke seg at behandlingsskjeda for ein pasient med hoftebrot utan spesielle tilleggssjukdomar og normal kognitiv funksjon vil vere som følger:

Pasienten er ei 81år gamal enke som bur åleine i eige husvære og har klart seg utan heimesjukepleie eller heimehjelp. Ho handlar sin eigen mat og går utan hjelpemiddel. Ho fell i heimen kl.14.00 ein fredag. Ho ringjer nødtelefonen. Ambulansen køyrer henne til legevakt/sjukestove som tar røntgen. Det blir diagnostisert medialt lårhalsbrot. Pasienten blir innlagt ortopedisk avdeling. Ved mottak blir det teke normalt journalopptak av turnuskandidat/LIS. Vanlege kirurgiske innkomstprøver og EKG blir teke. Røntgen. thorax er ikkje rutine hos friske pasientar. Røntgenbilde er alt tatt og pasienten blir meld til operativ behandling kl.19.00 og samtidig flytta frå mottak til ortopedisk sengepost.. Kl.21.00 blir ho operert med hemiprotese av LIS/bakvakt og kl.22.30 blir ho flytta til postoperativ eining. Om morgonen blir ho flytta til sengepost. Laurdag morgon blir det gått visitt av LIS lege og sjukepleiar. Ernæringsstilstand, funksjonsevne før brot og smertenivå blir vurdert²⁶.

Fysioterapeut startar mobilisering med krykkegang på laurdag. Blodprosenten og mengde bløding blir sjekka. Plan for rehabilitering blir laga og målet er at ho skal kunne gå utan krykker i løpet av 3 månader og klare seg sjølv heime. Ho vil vere utskrivingsklar frå ortopedisk avdeling på måndag 3 døgn etter innlegging og operasjon. Måndagen kl.12.00 blir ho overført til forsterka sjukeheim/helsehus/sjukestove/korttidsplass på sjukeheim etter at sjukepleiar ved ortopedisk avdeling kl.09.00 har teke kontakt med avdelingssjukepleiar på den forsterka sjukeheimen. (Dette under den føresetnad at tilbodet er etablert i kommunen.) På den forsterka sjukeheimen må det vere mogeleg å ta blodprøver som CRP og Hb (blodprosent) og ein må kunne dosere smertestillande medikament. Funksjonsvurdering , behov for opptrening og førebygging av nye brot blir vurdert før utskrivning. Det er realistisk at ho kjem heim til eige husvære etter 2 veker med hjelp av heimesjukepleie. Fallførebyggande informasjon og eventuell medikamentell førebyggande behandling for nye brot må gjevast. Dersom ho er svært sprekk kan det vere eit godt alternativ å gjere krykketrening/mobilisering på sjukehuset og at ho reiser rett heim etter 5-7 dagar.

Kommentarar: I dag er gjennomsnittleg liggetid i sjukehus for lårhalsbrot pasientar 7 dagar. Det er realistisk at denne liggetida for friske blir 3 dagar og for dei eldre sjukaste noko lenger. Føresetnaden er god tilgang på operasjonsteam og rask overflytting til forsterka sjukeheimar, helst same dag som sjukehuset kontaktar dei. Det er bra for pasienten å bli operert raskt, det minskar smerte, hindrar blodpropp, liggesår og infeksjonar. Det minskar liggetida og er også bra for samfunnsøkonomien. Målet må vere operasjon innan 24 timar. Etter at desse pasientane er godt hemodynamisk stabilisert, (og det er dei når dei ikkje blør) kan dei skrivast ut til forsterka sjukeheimar etter 3 dagar. Kontroll av hoftebrot skjer utan røntgen hos fysioterapeut, eller sjukepleiar ved sjukehuset sin poliklinikk, alternativt hos fastlege etter 3 månader. Det normale er at pasienten går med krykker i 6 veker, og går utan krykker etter 3 månader. Ved dårleg gangfunksjon og smerter blir det teke røntgenbilde og ortopedisk kirurg undersøker pasienten.

²⁶ Kjelde: Det danske indikatorprosjekt for hoftebrudd

Behandlingsgang for lårhalsbrot pasient som er i kategorien skrøpeleg eldre

81 år gamal kvinne som har hjartesykt med betydeleg aortastenose, begynnande demens og ustø gange med rullator. Ho er enke og bur åleine med heimesjukepleie 3 gangar dagleg og heimhjelp som vaskar hus og handlar. Ho har ingen barn. Dei siste dagane har ho spist lite og verkar slapp. I det ho skal på toalettet ein fredag kl.14.00 fell ho. Heimesjukepleiar finn henne kl.19.00 liggande på golvet. Ho blir køyrt til legevakta, det blir tatt røntgenbilde og ein finn at ho har lårhalsbrot. Ho blir lagt inn på sjukehus og motteken av turnuskandidat/LIS lege. Det blir bestilt røntgen-thorax då ein høyrer knatrelydar basalt venstre lunge og ho har feber. Undersøkinga viser at ho har pneumoni. Ho er dehydrert. Det blir starta opp med intravenøs veskebehandling og intravenøs antibiotika. Pasienten blir meld til operasjon. Sidan ho har aortastenose blir det bestilt EKKO cor. Dette blir teke neste morgon av hjartelege og det blir teke kontakt med anestesilege for preoperativ vurdering.

Pasienten blir operert med hemiprotese kl.12.00 laurdag morgon (22 timar etter fallet) i spinalanestesi supplert med lokal infiltrasjonsanestesi. Forløp utan komplikasjonar. Plan for vidare rehabilitering blir lagt og medikamenta blir justert. Det er truleg ikkje realistisk at ho kan kome tilbake til eiga leilegheit og det er truleg realistisk at ho får permanent sjukeheims plass. Ein må forvente at ho blir smertefri i hofta og ein kan håpe på at ho klarer å gå med rullator igjen. Måndag morgon tek sjukepleiar på ortopedisk sengepost kontakt med kommunens koordinatorkontor (forvaltningseininga) og skildrar situasjonen.

Funksjonsvurdering , behov for opptrening og førebygging av nye brot blir vurdert før utskrivning Dagen etter (tysdagen) blir ho utskriven til forsterka sjukeheim for vidare mobilisering, intravenøs antibiotikabehandling for pneumoni og etter kvart overgang til peroral antibiotikabehandling. Sjukeheimen har sjukepleiar som er van med å gi intravenøs veske og antibiotika, fysioterapeut som er trenar til å mobilisere lårhalsbrot pasientar og geriatar/sjukeheimslege som er trenar i den geriatriiske arbeidsmetoden.

Kommentarar:

Alternativt kan denne pasienten bli overflytta geriatriisk/ortogeriatrisk avdeling frå starten av sjukehusopphaldet dersom sjukehuset har dette. Der vil ein kunne lage ein heilskapeleg plan for behandling med justering av hjartemedisin, antibiotikabehandling av pneumoni, demensvurdering og vurdering av om det er realistisk for henne å kome attende i eige husvære med heimesjukepleie dersom ein set inn ekstra resursar i rehabiliteringa. Forventa sjukehusopphald vil då vere ca.14 dagar og så retur til eige husvære. Studie tyder på at behandling av eldre skrøpelege pasientar ved geriatriiske avdelingar oftare kan gjere at pasientane blir buande i eige hus.

Prinsippa ved gode pasientforløp:

Prinsippet for spesialistbehandlninga er raskast mogeleg diagnose og best mogeleg behandling for den akutte lidninga, kortast mogeleg sjukehusopphald og hensiktsmessig rehabilitering i kommunehelsetenesta slik at pasienten kan kome heim til sitt eige hus. Det er ønskjeleg med kontroll på lågast mogeleg nivå (LEON prinsippet) av sjukepleiar, fysioterapeut eller fastlege.

Prinsippet vil vere gjeldande også for andre pasientgrupper av eldre.

I Helse Bergen er det sett i gang eit pasientforløp prosjekt i samarbeid med Bergen kommune vedrørande slagpasientar.

Her er den dokumenterte behandlinga i slageining med rehabiliteringsoppfølging i heimen. Oppfølginga i kommunen må vere tverrfagleg. Rehabiliteringsavdelinga har sett i gang ei Rehabiliteringsstudie for slagpasientar som vil gi ny kunnskap om kva som er best rehabilitering av slagpasientar. Studien kjem til å gå over minst tre år. Det er viktig at det blir gjennomført god forskning slik at ein kan utvikle systematisk kunnskap om kva behandling og rehabilitering som verkar best for desse store pasientgruppene.