

Høringsinnspill til Utviklingsplan; høringsfrist 24. des. 2017:

Det er tre hoveddeler (I-III).

I: Medisinsk klinikk vil innledningsvis gjenta tidligere innmeldte innspill på tidligere reiste spørsmål:

- 1. Hvilke utfordringer kan knyttes til nåsituasjonen på deres fagområder?
 - - Medisinsk klinikk har mangel på arealer for poliklinikk og dagbehandling. Det gjelder prekært i 3 av våre 7 avdelinger. I tillegg mangler man arealer for smitteberedskap. I tillegg mangler klinikken tung medisinsk overvåkingssenhet.
 - Overordnet er det en utfordring for klinikken at den er spredt på 3 ulike sentra.
 - Vi mangler spesialister innen flere fagområde, fof gastro og endokrinologi. Det bør også nevnes mangel på spesialister innen infeksjonsmedisin på regionalt nivå.

- 2. Hvilke utviklingstrekk finnes knyttet til framskrivinger på deres fagområder?
 - Generelt:
 - Den demografiske utviklingen tilsier flere eldre. Dette forventes å medføre økt etterspørsel av indremedisinske tjenester på alle nivå (poliklinikk og senger) i alle fag.
 - Økende behandlingsmuligheter vha nye medikamenter og ny teknologi vil være ressurskrevende/ kostnadsdrivende og det vil bli flere kompliserte pasienter.
 - Spesifikke forhold:
 - screening av colorectal cancer vil bli innført, dette vil i stor grad også utfordre vår kapasitet både når det gjelder utstyr, areal og personell.
 - for dårlig og varierende kapasitet for rehabilitering av slagpasienter (i dag en oppgave for primærhelsetjenesten)

- 3. Med de utfordringer og utviklingstrekk som dere har pekt på: Hva bør vi gjøre for å møte disse utfordringene på hhv. kort og lang (2035) sikt?
 - - For å bedre samhandlingen bør det vurderes felles eier av primær- og spesialist helsetjenesten.
 - Etablering av medisinsk overvåkingssenhet
 - Det bør tas et større regionalt ansvar for utdanning av spesialister; planlegging av behov / kapasitet i ulike fag.
 - Det bør være samsvar mellom ønske om økt dagbehandling / poliklinikk og overordnet planlegging og oppbygging av infrastruktur samt finansiering som er nødvendig for slik aktivitet
 - Både når det gjelder sengetall og arealer til annen klinisk virksomhet bør det til enhver tid overordnet vurderes reallokering av ressurser etter aktivitet / behov.

II: I tillegg har Medisinsk klinikk følgende kommentarer til utsendte utkast til Utviklingsplan:

Punkt 1.1

Her er det anført følgende: Det er håp om at St. Olavs hospital også får bygge et Senter for Psykisk helse Uttalelsen oppleves som for svak, det er vel nå mer konkret enn et håp?

Punkt 2

Virksomheten i Orkdal og på Røros drives som en integrert del av St. Olavs hospital.

Kommentar: Dette kan diskuteres, da deler av virksomheten, i alle fall i Orkdal, er skilt ut som en egen medisinsk avdeling (MEDOR) med underliggende spesialiteter som er uavhengig av medisinske klinikker på Øya.

Punkt 2.3.2

Angående fagledernetverk, det er svært varierende i de ulike medisinske fagene hvordan disse nettverkene i dag fungerer. Det er et helt klart behov for å sørge for å etablere / legge til rette for slike nettverk for å oppnå hensiktsmessig utvikling av de ulike fagene i regionen, herunder funksjonsfordeling både hva gjelder utstyr og behandling/prosedyrer.

Punkt 2.4

Organisering og ledelse. Det bør kommenteres at Helse Midt-Norge har kartlagt forhold rundt rekruttering av ulike ledere i det regionale helseforetaket. Det fremgår her at rekruttering til nye nivå 4-ledere, det vil i klinikken bety seksjonsledere sykepleie, er vanskelig, og det er ofte få søkere. Dette er et svært viktig, og kanskje undervurdert ledernivå som burde vært prioritert. Det er for eksempel flere eksempler på at sykepleierledere på avdelinger har lavere lønn enn sine ansatte (de mister sine vakt-/natttillegg). Dette virker uhensiktsmessig.

Punkt 2.9

Mange enheter og klinikker opplever knapphet hva gjelder antall senger og arealer, sistnevnte spesielt knyttet til poliklinisk virksomhet. Her bør sykehuset tilstrebe å etablere et system som jevnlig/kontinuerlig behovsprøver reallokering av disse ressursene på et overordnet plan (direktørplan). Dette er av mange klinikkledere savnet i dagens ordning, man kommer ofte ingen vei ved behov for arealer.

Punkt 5.2

Det er i mange medisinske fagdisipliner behov for økt virksomhet ut mot kommunehelse-tjenesten. Dette er i mange fag nærmest fraværende i dag. I tillegg til det som er nevnt i dokumentet, uten å være uttømmende, kan nevnes: arbeid med diabetes, screening av alkoholmisbruk/overforbruk hos innlagte (jf. initiativ som nå er tatt fra Rusklinikken), screening av «frailty» hos eldre som kan utløse tiltak, økende fokus på kommunale rehabiliteringstjenester for slagpasienter (som for tiden vurderes å være det mest mangelfulle leddet i dagens moderne slagbehandling), ulike screeningsprogrammer hvor kolorektal-screening vil bli etablert innen kort tid (her mangler man ut i fra dagens nivå både personalressurser og utstyr/arealer).

Punkt 5.5

Angående omtalen om Trondheims nye Helsevakt. Her bør det vurderes en formalisert beslutningsstøtte fra sykehuset inn i helsevakten på et eller annet nivå for å begrense antall innleggelser.

Under dette punktet bør også nevnes behov for en avklaring for beredskapsarealer for spesielt smittsomme sykdommer som for eksempel Ebola. Her mangler sykehuset arealer, og adekvate fasiliteter / forsvarlige løsninger.

Under punktet om hjemmebehandling for pasienter med kroniske tilstander bør hjemmedialyse nevnes, da det allerede er anført som mål i oppdragsdokumentet fra Helse Midt-Norge.

Videre virker det å være behov for en større sentral observasjonsenhet for innlagte pasienter.

Videre bør et punkt være å ha ambisjoner om å kunne ta høyde for sesongvariasjoner i trykket for innleggelser i somatikken, det gjelder areal, senger og personell.

Punkt 5.8

Helhetlige pasientforløp. Her bør krav til økt kvalitet på henvisningene til sykehuset vektlegges.

Punkt 5.10

Det bør vektlegges å etablere IKT-systemer som tar høyde for å kunne drive et kvalitetsarbeid og overvåke kvalitet på egen praksis. Dette er med dagens system ofte svært tungvint og vanskelig.

Punkt 5.12

Fagledernetverk er svært viktig for å oppnå regional funksjonsvurdering både på prosedyre, behandling og utstyr, nevnt tidligere.

Punkt 5.14

Her gjentas viktigheten av nivå 4 ledere, i somatikken, seksjonsleder sykepleie, hvor rekrutteringen ofte er sparsom, dette er en svært viktig stilling.

Punkt 5.15

Det er svært viktig å etablere systemer for bemanningsplanlegging. I dag gjøres manuell turnusplanlegging i de fleste somatiske avdelinger, dette er svært krevende manuelt arbeid som savner automatisering og optimering.

Under dette punktet bør også nevnes at man bør satse på kombinerte stillinger, dette gjelder spesielt undervisning og utdanning av sykepleiere for å sikre relevante utdanninger av oppdaterte undervisere.

Punkt 5.16

Tilgjengelighet for kjernefasiliteter er viktig. Mange opplever kostnader som en betydelig terskel her, og det kan også være et potensiale for at kjernefasiliteter ved fakultetet kan benyttes i diagnostikk ved St. Olavs hospital, slik kan lette økonomiske og praktiske utfordringer i begge organisasjoner.

Hva gjelder integrasjonsarbeid (Fakultet / sykehus) er det svært viktig å legge til rette for bruk av forskningssykepleiere; de er «klinikkens laboratorieteknikere». Dette vil kunne øke den kliniske forskningen, da mange klinikere ikke har tid til å gjøre alt det praktiske selv.

Punkt 5.19

Økonomi

Det er behov for bedre økonomiske styringsverktøy på klinikk- og avdelingsnivå. I dag finnes svært begrensede verktøy for å følge forbruk av for eksempel røntgen- og laboratorietjenester, og også for personalkostnader og andre utgifter som forbruksmateriell mm. De som styrer avdelingene og klinikkene får først oversikt over kostnadene etter lang tid, og dette gjør arbeid med reduksjon av kostnader vanskelig.

Det er fremdeles et sterkt behov for støtte til og sentralisering av innkjøp og anbud. Mange avdelinger kjøper forbruksmateriell og utstyr uten overordnede avtaler og anbud, her kaster vi bort store summer.

III: Endelig har to avdelinger ved klinikken gitt følgende tilbakemeldinger (A og B):

A: Kommentarer fra Avdeling for infeksjonssykdommer:

2.2.1 Lengre liggetid for lungebetennelse og pleuritt og infeksjoner i nyrer og urinveier på St Olavs hospital sammenlignet med andre helseforetak. For å kunne korte ned liggetiden hos våre pasienter vil en ha behov for mer kapasitet på poliklinikken. Intravenøs behandling kan gis til noen pasienter poliklinisk etter at tilstanden er stabilisert, hvis det ikke ligger til rette for peroral behandling (for eksempel resistens). Da kan behandlingen gis på poliklinikk, evt i samarbeid med hjemmesykepleien og pasienten selv. Her trengs økt kapasitet (areal og spl) på poliklinikken. Behandlingsvarighet skal defineres av retningslinjene ved ukompliserte infeksjoner, men må forlenges ved komplikasjoner.

2.2.3 Pasientopplæring

Behov for HIV-koordinator (vi har kurs med LMS-senteret årlig)

2.3.2 Samhandling med andre helseforetak

Det finnes ikke infeksjonsmedisinere på alle sykehus i regionen. Råd gis per telefon.

Kompliserte og sjeldne typer infeksjoner må behandles på St Olav, her finnes også kompetanse på tropesykdommer/importesykdommer.

Usikkert hva man mener med fagnettverk og hvilke oppgaver man skal ha.

2.5.2 Behov for kompetanse innen infeksjonssykepleie, har utdannet tre sykepleiere, en av disse har lederoppgaver. Behov for flere.

2.7 Det er vanskelig å gi behandling av samme kvalitet til flere pasienter med samme økonomiske ramme. Behov til å øke på poliklinikkareal og sykepleierbemanning på poliklinikk for å kunne flytte noe av behandlingen til poliklinikk. Best vil dette kunne gjøres på en dagpost ved vår poliklinikk (arealbehov).

2.9 Det er et stort behov for å få økt areal for poliklinikk for behandling av infeksjonsmedisinske pasienter poliklinisk I tillegg behov for beredskapsareal for høyrisikosmitte lokalisert på Avdeling for infeksjonssykdommer. Ansvar for regionen.

3. Hjemmebasert behandling (intravenøse antibiotika hjemme) vil kreve flere polikliniske kontroller. Behov for økt areal for Avdeling for infeksjonsmedisin, poliklinikk.

Strategi 2030 nevner økt globalisering. Man må ta hensyn til økt behov for polikliniske konsultasjoner ved poliklinikk for infeksjonssykdommer, evt også flere innleggelser på sengeposten.

Under de fire strategiske mål er kompetent personell, helhet og samhandling viktige faktorer. Det er et behov for oppretting av en stilling for en HIV-koordinator (se også nasjonal hiv-strategi). Vår kompetanse innen tropemedisin og reisemedisin bør kunne brukes på vår poliklinikk.

4.1.1 og 4.3 Press på tjenester og økte forventninger må møtes med økt poliklinisk kapasitet til behandling av infeksjoner intravenøst. Areal- og personalbehov. Mulighet for kortere liggetid.

4.4 Nye tilbud. Det nevnes ikke nye infeksjonssykdommer og behov for økt behandlingsskapasitet ved Avdeling for infeksjonssykdommer. Nye infeksjonssykdommer med stort smittepotensiale før effektive tiltak kan gi et stort kapasitetsbehov både på sengeposten og på poliklinikken. Det kan dreie seg om mer kroniske sykdommer som er dødelige uten riktig behandling (som hiv som kom på 80-tallet) eller mer akutte, alvorlige infeksjonssykdommer (for eksempel SARS, MERS og andre luftveisvirus, infeksjoner med resistente bakterier). Økt alder gir også flere infeksjoner i proteser og andre fremmedlegemer, infeksjoner hos immunosupprimerte (økt behandlingstilbud innen kreft og innen andre fagfelt) og organtransplanterte. Stort behov for infeksjonsspesialister.

4.6 Mange asylsøkere har kroniske infeksjonssykdommer, spesielt hepatitt B, HIV og tuberkulose (også multiresistent sykdom, behov for langvarig innleggelse). Dette gir økt behov for behandlingsskapasitet.

4.8 Arealbehov for infeksjonsmedisinsk poliklinikk. Behov for beredskapsarealer for høyrisikosmitte på Avdeling for infeksjonssykdommer.

5. Vi har mulighet til å øke andel pasienter som behandles med antibiotika poliklinisk hvis det legges til rette for det med poliklinikkarealer og poliklinikkpsykepleiere. Behov for samarbeid med kommunehelsetjenesten hvis noen antibiotikadoser skal gis hjemme.

5.4 Egenomsorg og mestring: behov for HIV-koordinator og konsultasjonsrom for TB-koordinator (mer poliklinikkareal). Pasientopplæring for egenbehandling med intravenøse antibiotika hjemme kombinert med poliklinikk-konsultasjoner med lege og sykepleier. Kortere liggetid. Ved økt andel infeksjoner med resistente bakterier (for eksempel urinveisinfeksjoner med ESBL-produserende mikrober) vil det bli økt behov for poliklinisk behandling.

5.7 og 5.9 HIV-pasienter har betydelig komorbiditet ved økt alder. Det er et stort behov for innføring av en HIV-koordinator. Dette er innført et par steder i Sør-Norge. Innføring i Trøndelag vil redusere uønsket variasjon av helsetilbudet i Norge.

5.11 Samarbeid må organiseres. Her spiller HIV-koordinator og TB-koordinator en stor rolle.

5.13 Antibiotikabehandling intravenøst i hjemmet kan gjøres i samarbeid med hjemmesykepleien eller sykehjem og infeksjonsmedisinsk poliklinikk. Behov for poliklinikkpsykepleier.

5.15 Økt antibiotikabehandling ved vår poliklinikk vil forkorte liggetiden og resultere i ledige senger til behandling av nye pasienter.

5.16 Det er behov for flere delte stillinger ved Avdeling for infeksjonssykdommer. Per dags dato har vi kun en universitetsansatt lege, han har 20% St Olav stilling. Klinisk forskning vil kunne styrkes.

5.18 Utvidet åpningstid er ikke mulig uten overtidsarbeid ved vår avdeling. Vi er for få ansatte til det og har andre oppgaver i vanlig arbeidstid fra før. Behov for mer areal for poliklinikk. Behov for beredskapsareal. Behov for areal for antibiotikainfusjoner på poliklinikken (dagpost).

5.20 Det planlegges et behandlingsprosjekt i behandling av hepatitt C pasienter i aktivt rusmisbruk .Vi skal se om det er mulig for en studiesykepleier på poliklinikken å inngå annen type samarbeid enn nå med kommunen med mer sykepleiermobilitet.

B: Høringsinnspill fra avdelingssjef Ingvild Saltvedt, Avdeling for geriatri.

Mange av utfordringene vi står ovenfor i primær- og spesialisthelsetjenesten i årene fremover begrunnes ved at andelen eldre stadig øker. I dette høringssvaret har vår avdeling hovedsakelig fokusert på situasjonen for de geriatiske pasientene, dvs de sårbare eldre pasientene med sammensatte og komplekse behov. Andre eldre pasienter kan behandles etter samme retningslinjer som yngre pasienter, selvsagt tilrettelagt for de endringer som normal aldring medfører.

Utfordringene i årene som kommer

Mange sykdommer øker med økende alder, flere overlever sykdommer som man tidligere døde av. Hvis nåværende bruk av helsetjenester skal fortsette, vil behovet overskride det man er i stand til å takle både i primær- og spesialisthelsetjenesten slik at man er nødt til å finne løsninger som reduserer behovet for helsetjenester. Med andre ord, man må finne løsninger som forebygger sykdom og bedrer funksjonen hos eldre mennesker.

Situasjonen i dag:

I rapport 1/2016 *Landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene* ble det avdekket alvorlig svikt i samhandlingen mellom kommunene og sykehuset. Samhandlingen var sviktende både når det gjaldt måten informasjon ble oversendt på og innholdet i informasjonen for eksempel ved at det var mangelfulle opplysninger om pasientens helsetilstand, funksjonsvurdering og legemiddelinformasjon.

Videre har man sett at antall reinnleggelser for pasienter over 80 år med behov for hjemmesykepleie, har vært stigende både på landsbasis og i vår helseregion og lå på hhv 19% og 16% i 2015 (Helsedirektoratet). I følge tall fra NPR er antall reinnleggelser for eldre pasienter som meldes utskrivningsklare rundt 20 %, dette er dobbelt så mye som for de som ikke meldes utskrivningsklare. Andelen reinnleggelser er høyest for de som får plass med en gang de er ferdigregistrerte. En studie fra Bergen publisert i Sykepleien i februar 2017 finner at det siden innføring av Samhandlingsreformen er en dobling i andel som dør på sykehjemmene etter utreise fra sykehus. Disse tallene tyder på at skrøpelige eldre pasienter ikke håndteres på en tilfredsstillende måte på sykehusene i dag. I tillegg til kort liggetid, kan dette skyldes for liten kompetanse på geriatiske pasienter og at en mangler system og kunnskap for å identifisere disse. Geriatiske pasienter er sårbare og får raskere komplikasjoner som delirium, fall, ernæringssvikt, funksjonssvikt og legemiddelbivirkninger under et opphold på sykehuset. Derfor er det svært viktig at det er kompetanse på sykehuset på dette og at sykehusoppholdet og pasientforløpene tilpasses.

Antall personer med demens i befolkningen er sterkt økende. I en rapport fra Lancet Commission i 2017 konkluderer man med at det er mulig å forebygge eller utsette symptomdebut hos 35% av disse. Personer med demens bruker mer helsetjenester enn andre, både relatert til demenssykdommen, men også fordi de er gamle og komplekse med mange

komorbide sykdommer. Konsekvensen av dette er blant annet at mange med demens legges inn på sykehus. Bortimot halvparten av eldre som legges inn i sykehusene har en kognitiv svikt enten relatert til demens og/eller akutt delirium. Pasientene legges inn på mange ulike avdelinger, og det er dermed svært viktig at man også på sykehuset har kompetanse på kognitiv svikt.

Når en i årene fremover skal håndtere et økende antall eldre pasienter, er det svært viktig at man ikke bare ser dette som et logistisk problem, men også går inn med en faglig vinkling både i spesialist og primærhelsetjenesten! Det må også satses på forskning som bedrer forståelsen av hvordan forebygge og behandle eldre pasienter med tanke på å bedre funksjon og livskvalitet og minske behovet for helsetjenester.

Sentrale tiltak for fremtidens helsetjenester

(som skal være «pasientens helsetjeneste» og fokus på «helhet og samhandling»)

1. Identifisere sårbare pasienter

- a. i primærhelsetjenesten for å forebygge sykdom og funksjonssvikt (jfr «Fit for frailty» kampanjen i England),
- b. i akuttmottak for å identifisere risikopasienter som bør få oppfølging enten i primær eller spesialisthelsetjenesten,
- c. i sengeposter der de ofte får delirium, ernæringsproblemer, funksjonsnedsettelse, fall og medikamentbivirkninger. Geriatrike pasienter ligger på de fleste sengeposter i sykehuset. Pasientsikkerthetskampanjen kan være nyttig, men mangler instrument for å fange opp kognitiv svikt, og screening etterfølges ofte ikke av utredning og behandling
- d. ved elektiv behandling for å tilpasse utredning og behandling til hver enkelt pasient. Her er det gjort forskning på elektiv behandling for kreft og kirurgiske inngrep som ved ortopediske tilstander, hjertesykdommer etc..

Det finnes validerte verktøy for identifikasjon av sårbare geriatrike pasienter som kan appliseres av sykepleiere. Behovet for geriatrik legekompertanse kan dermed begrenses noe.

Effekten av dette tiltaket vil kunne bli færre komplikasjoner, forebygging av funksjonssvikt og tilpasset elektiv behandling for å unngå både over- og underbehandling.

2. Kompetanseheving

- a. i primærhelsetjenesten
 - i. som får stadig dårligere pasienter fra sykehusene som det kan være vanskelig å håndtere,
 - ii. som i sykehjemmene har svært dårlige pasienter,
 - iii. for å fange opp sårbare pasienter og utføre adekvat utredning og behandling,
- b. i spesialisthelsetjenesten der geriatrike pasienter legges inn i de fleste avdelinger. Sykehusavdelinger blir stadig mer spesialiserte, noe som i mange tilfelle vil være et hindre for å en helhetlig vurdering som omfatter en oversikt over somatisk og mental helsetilstand, funksjon og sosiale forhold.

Effekten av økt kompetanseheving vil kunne være redusert antall reinnleggelser og innleggelser fra primærhelsetjenesten.

3. Samhandling krever en god kommunikasjon, kompetanse i alle ledd, en felles forståelse av problemene og at nødvendig infrastruktur er på plass i kommunene. Aktuelle utfordringer: mangelfulle tilbud, manglende helhet, sviktende koordinering,

svikt i overganger, svikt i den faglige samhandlingen, gråsoner, manglende tilbud og asynkrone omstillinger. Kommunene innad klarer ikke lage samkjørte og helhetlige tjenester slik at intern samhandling i kommunene ikke fungerer. I praksis er det en mismatch mellom sykehusene og kommunene ved at de tjenestene man skal samhandle med i kommunene er åpne fra 8-15 og ikke i helger, mens behovet for spesialisthelsetjenesten vil være åpningstider også på ubekvem arbeidstid.

- a. mellom spesialist og primærhelsetjenesten. Det er for dårlig kvalitet på det som rapporteres inn til sykehusene, blant annet når det gjelder pasientens habitualtilstand før hun blir syk, hva som utløste sykehusinnleggelsen. Det er også for å dårlig kvalitet på det som sendes ut fra sykehuset i forhold til hva som skal følges opp, realistiske behandlingsmål etc.,
 - b. innen spesialisthelsetjenesten – en del eldre med sammensatte behov får behandling fra ulike spesialister, en helhetlig behandlingsplan er nødvendig,
 - c. innen kommunehelsetjenesten – det vist at kommunene ikke her god nok kunnskap til tjenester i egen kommune og heller ikke klarer å koordinere et helhetlig behandlingstilbud i egen kommune.
4. Helhetlig pasientforløp, sømløs overgang mellom tjenestenivåene
- a. forutsetter pasientforløp som starter før sykehusinnleggelsen og vedvarer til et realistisk behandlingsmål er oppnådd tilbake i primærhelsetjenesten. For å lage et slikt pasientforløp trengs blant annet informasjon om status forut for sykehusinnleggelsen og før pasienten ble akutt syk (somatisk, mental, funksjon, sosial inkl bolig), dette gir sammen med aktuell medisinske tilstand retning for hva man kan oppnå etter utreise.
 - b. Utreiseplanlegging er helt essensielt for å oppnå et effektivt sykehusopphold og forebygge reinnleggelser. Det forutsetter at man starter så tidlig som mulig under oppholdet. Man bygger på status før og under oppholdet, pasientens og pårørendes motivasjon, dialog med primærhelsetjenesten for å sette kortsiktige (under sykehusoppholdet) og langsiktige behandlingsmål (hva er en realistisk prognose). En må her også huske at pasienter som tradisjonelt har vært rehabilitert i institusjoner i mange tilfelle kan rehabiliteres minst like bra hjemme (Early supported discharge, som er prøvd i slagenheter, i geriatrike enheter og i ortogeriatristudien ved St Olav).
 - c. Kommunikasjon – en felles helseplattform vil ha stor betydning. Men man trenger også felles verktøy for å kartlegge geriatrike pasienter slik at den informasjon som ligger i helseplattformen er den som trengs for å gi den adekvat behandling på riktig nivå.
5. Spesialistene som konsulenter for primærhelsetjenesten. Tilgjengelighet på telefon er ofte ikke nok. Det er i tillegg behov for at man kan vurdere pasienter som ligger i kommunale institusjoner der fagpersonell enten har behov for direkte støtte eller en second opinion i tilfelle der man er usikker eller det stort påtrykk fra pårørende. Dette er modeller som blant annet er brukt i behandling av pasienter med langkommen kreftsykdom der man har sett at det har effekt på pasientnivå og på systemnivå fordi kompetansen øker. En skal huske at mange eldre pasienter som skrives ut til sykehjemmene har samme symptombelastning og prognose som mange langkomne kreftpasienter.
6. «Eldrevennlig sykehus»- pasientscreeningprogrammet er en god start. Det screenes på sentrale elementer, men mangler noe på kognisjon. Man mangler også gode rutiner for tiltak. Dette er tydeligst i forhold til forebygging og identifisering av akutt delirium, nedsatt mobilitet og fall, frailty. Man bør ha en minstestandard for hva som skal være avklart hos geriatrike pasienter fra alle avdelinger før pasientene skrives ut. Det bør

gjøres en vurdering av realistiske behandlingsmål for pasientene, hvor friske kan de bli? Kan de kureres, leve lenge med tilstanden, må en påregne en funksjonssvikt eller er vi over i en palliativ fase? Dette har betydning for om de skal reinnlegges ved neste sykdomstilfelle og hvor lenge man skal rehabilitere.

7. Utreiseplanlegging bør vektlegges sterkere. Overgangen mellom sykehus og hjem er en meget sårbar periode, ambulante team (fra sykehuset eller fra primærhelsetjenesten?)
8. I tillegg til dette kommer primærforebyggende tiltak som kan foregå som ledd i bedret folkehelse (utdanning, aktivitet, korreksjon av sansetap, forebyggende tiltak mot sosial isolasjon) samt god primær og sekundærforebygging av hjerte-kar sykdom som blant annet har vist å kunne forebygge/utsette symptomdebut på opptil en tredjepart av alle demenstifeller.

Hva kan det geriatriske fagmiljøet bidra med i dette?

1. Det som gjøres i Avdeling for geriatri i dag og som er i oppstartsfasen for hoftebruddspasienter som ligger på Ortopedisk avdeling:
 - a. Geriatriske pasienter som akuttinnlegges på sykehus, trenger en bred tverrfaglig tilnærming i tillegg til god somatisk behandling. Det er ved vårt sykehus utført kliniske kontrollerte studier som viser at dette har god effekt, noe som også er i tråd med internasjonal forskning.
 - b. Poliklinisk vurdering av komplekse eldre etter begrunnet henvisning fra primærhelsetjenesten vil kunne bidra til en helhetlig tilnærming i kommunene og forebygge ytterligere funksjonssvikt
2. Bidra til at man får økt kompetanse innad i sykehuset slik at innlagte geriatriske pasienter på andre avdelinger blir håndtert på en helhetlig og adekvat måte.
 - a. undervisning – gjøres allerede i dag, men kan med fordel økes
 - b. hospitering – en del fra primærhelsetjenesten og andre sykehus, kan med fordel økes
 - c. tilsyn – gjøres i dag av geriater med dårlig tid. Tverrfaglige tilsyn med veiledning til aktuelle sykehusavdelinger vil øke kvaliteten på behandlingen og kompetansen
3. Geriatrisk vurdering hos eldre som vurderes for elektiv behandling (kirurgi, onkologi, hjerte etc) kan bidra til et tilpasset behandlingsregime. Dette er startet på Ullevål og Haukeland
4. Forebygge innleggelser:
 - a. Fra kommunale institusjoner (noen sykehjemspasienter som legges inn og mange som er kommet fra sykehuset ofte dårlige og ressurskrevende pasienter) – ambulant geriatrisk team kan bidra i vurderingen der pasienten er, eller via videokonferanse. Dette gir også mulighet for en sterkere dialog med fastleger og kommunale instanser for å avklare hva som skal håndteres i kommunene og hva som hører hjemme i spesialisthelsetjenesten, samt bedre kvalitet på henvisningene.
 - b. Kompetansehevede tiltak i primærhelsetjenesten ved kursing og møter regelmessig. Dette har det geriatriske fagmiljøet initiert og drevet med i mange år, de siste årene også gjennom Fosen Fjellregionen prosjektet.
5. Raskere utreise: Kommunale tilbud i for akutt syke pasienter har ikke virket etter intensjonen slik at akuttsenger i kommunene har hatt ledig kapasitet. KAD . En del pasienter som er diagnostisk avklart på sykehuset kan antagelig skrives ut til

akuttsenger i kommunene så fremt det satses på kompetanseheving og legene der har mulighet både til å konferere samt få hjelp av ambulante team.

Politiske – finansielle tiltak

1. Kvalitet og pasientsikkerhet er sentrale politiske føringer, og vi skal ha «pasientens helsetjeneste». Det jobbes også med primærhelseteam og oppfølgingsteam som kan være viktige aktører også i arbeidet med de geriatrike pasientene.
2. Desentraliserte spesialisthelsetjenester – gi geriatrien mulighet for å dra ut til pasienten. I oppdragsdokumenter fra nåværende regjering er det anført at helseforetakene skal bidra til å øke kompetansen i kommunale helsetjenester.
3. Stortinget har også vedtatt at det skal finnes geriatrik kompetanse på alle sykehus. Dette bør effektueres og kapasiteten bør være stor nok til at man i tillegg til å utrede pasienter i egen sengepost og poliklinikk kan bidra med veiledning og kompetanseheving innad i sykehusene og ovenfor primærhelsetjenesten. Geriatrik kompetanse for eksempel ved erfarne spesialsykepleiere kan være verdifullt i akuttmottak, og at det gjøres screening når man vurderer elektiv behandling slik at man identifiserer sårbare pasienter som trenger en tilpasset behandling.
4. Finansieringsordninger: dagens system med separate finansieringsystem for primær og spesialisthelsetjenesten bidrar til et press for å få pasienter skrevet raskest mulig ut. Systemet med at kommunene skal betale for ferdigregistrerte pasienter drar i samme retning, men bidrar ikke til en bedre og mer helhetlig behandling av geriatrike pasienter. Det er vist i hoftebruddsstudien på St Olav at man med god tverrfaglig behandling kan bidra til bedre funksjon og livskvalitet og en betydelig reduksjon i behov for kommunale døgnplasser, samt en mindre reduksjon i sykehusdager første året etter utreise. Finansieringsordninger som bidrar til å styrke behandlingsmodeller på tvers av forvaltningsnivå er helt nødvendig ettersom sykehuset isolert sett sparer lite penger på dette, mens kommunene sparer mye. For de geriatrike pasientene som har relativt godt bevart funksjonsnivå vil også finansiering av behandlingsmodeller som bidrar til forsterket hjemreise være viktig (Early supported discharge).

Tom Christian Martinsen
Klinikkjef
Medisinsk klinikk
22.12.17.