

Handlingsplan for geriatri 2004 – 2010

*”Helse Nord prioriterer geriatri –
for gammel vil vi alltid bli...”*

**Rapport fra
prosjektgruppe
Februar 2004**

Forord

Eldre utgjør i dag nesten halvparten av alle pasientene i indremedisinske avdelinger og nesten halvparten av de somatiske sykehuskostnadene. Antallet eldre vil øke sterkt i årene framover. Den medisinskfaglige og teknologiske utviklingen gjør det mulig å behandle stadig flere av lidelsene som preger alderdommen. Dette medvirker til den økte levealderen. Flere vil få økt livskvalitet, men flere vil også leve lengre med behov for behandling og omsorg. Fremtidens eldre vil stille sterkere krav til helsevesenet, og stadig økende spesialisering innen spesialisthelsetjenesten kan vanskeliggjøre ivaretagelsen av tverrfaglige og helhetlige tilbud som geriatriske pasienter ofte har behov for.

Likevel er dette pasienter som ofte får lite oppmerksomhet. Foreliggende handlingsplan for geriatri vil være en av flere handlingsplaner som tar for seg fagområder som i dag har underkapasitet i regionen.

Prosjektgruppen fikk i oppdrag å gi en faglig beskrivelse og drøfting av hvordan geriatri kan videreutvikles i Helse Nord, med forslag til en konkret handlingsplan for perioden 2004-2010. Det har vært konsensus i prosjektgruppen om de foreslåtte tiltakene for å bygge opp et helhetlig, tverrfaglig spesialisttilbud i geriatri i regionen. Det viktigste grepet som foreslås, er etablering av et geriatrisk tilbud ved alle de somatiske sykehusene i regionen.

Dette er en meget lesverdig handlingsplan som i seg selv bør styrke geriatrien som fag! Den er både perspektivrik og detaljert. Nåsituasjonen er grundig dokumentert med tallfesting av ulike utfordringer, og egne avsnitt med gruppens vurderinger gjør at leseren selv lettere kan følge med og gjøre sine egne refleksjoner. I tråd med større fokus på brukerperspektivet, har for eksempel gruppen utformet konkrete og spennende servicemål for pasientene. Min egen konklusjon er at denne handlingsplanen på en totalt overbevisende måte viser hvor pinlig underprioritert denne pasientgruppen er i dag. Her er det mye å ta fatt i!

Vi takker både helsepersonell fra Nord som har deltatt aktivt i arbeidet og gitt en rekke viktige innspill. En spesiell takk til ekstern prosjektleder, indremedisiner og geriatrer Wenche F. Sellæg ved sykehuset Namsos, og professor Peter F. Hjort som begge har gitt verdifulle bidrag til både prosessen og utredningen.

Bodø februar 2004

Med hilsen

Einar Hannisdal

Fagdirektør

0. SAMMENDRAG	5
1. INNLEDNING OG BAKGRUNN	7
1.1 Prosjektgruppe og mandat	7
1.2 Avgrensning og utdyping av mandatet	7
1.2.1 Hva skal inkluderes og ekskluderes i planen	7
1.2.2 Avgrensning mot andre pågående Helse Nord prosjekter	8
1.2.3 Definisjoner og målgrupper	8
1.3 Overordnede føringer	8
1.3.1 Helse Nord's visjon og strategier	8
1.3.2 Nasjonale føringer og styringsdokumenter	8
1.3.3 Relevante tidligere planer på regionalt nivå	9
1.3.4 Innspill til planarbeidet	9
1.3.5 Tilsvarende planer/utvikling i andre helseregioner	10
1.4 Hvorfor geriatri?	10
1.5 Bruk av sykehustjenester blant eldre	11
2. SITUASJONSBESKRIVELSE	12
2.1 Dagens målsettinger, behandlingsmål og servicemål	12
2.2 Dagens organisering og ledelse	12
2.3 Spesialisthelsetjenestens tilbud til eldre i Helse Nord	12
2.3.1 Generelt om spesialisthelsetjenestetilbudet i Helse Nord	12
2.3.2 Nærmere om geriatritilbudene i Helse Nord	14
2.3.3 Områdegeriatriske tjenester i Nord-Troms og Midt-Troms	15
2.3.4 Sykestuefunksjonene i Nord-Norge	16
2.3.5 Planlagt geriatritilbud ved Nordlandssykehuset HF Bodø	17
2.3.6 Tilbudet til eldre med psykiske lidelser i Helse Nord	17
2.3.7 Eldres bruk av rehabiliteringsinstitusjonene i Helse Nord	18
2.4 Kommunehelsetjenestens tilbud til eldre i regionen	18
2.5 Aktivitet og kvalitetsmål – resultater i Helse Nord	19
2.5.1 Aktivitet – antall sykehusopphold blant eldre i Helse Nord	19
2.5.2 Kapasiteten ved de indremedisinske avdelingene i Helse Nord	20
2.5.3 Ventetider	21
2.5.4 Kvalitetsindikatorer og pasienttilfredshet	22
2.5.5 Medarbeidertilfredshet	22
2.6 Utdanningstilbudet innen geriatri og eldreomsorg i regionen	23
2.6.1 Utdanning av medisinere	23
2.6.2 Utdanning i legespesialiteten geriatri	23
2.6.3 Utdanning av øvrig helsepersonell	23
2.7 Forskning og utvikling	25
2.8 Helhetsvurdering av helsetilbudet til eldre i Helse Nord	25
3. SENTRALE UTVIKLINGSTENDENSER	26
3.1 ”Eldrebølgen”	26
3.2 Livsstil, levekår og sykdomspanorama	27
3.3 Nye rettigheter og nye krav	28
3.4 Utviklingen innen helsevesenet – hvordan balansere mellom kvalitet og kostnadseffektivitet	28
4. HANDLINGSPLAN MED TILTAK 2004-2010	29
4.1 Nye mål og strategier for geriatrien i Helse Nord	29
4.1.1 Målgrupper	29
4.1.2 Behandlingsmål	29

4.1.3	Servicemål	29
4.2	Organisering, ledelse og regionalt nettverk for geriatri i Helse Nord	30
4.2.1	Organisering og ledelse av geriatrisk virksomhet i Helse Nord	30
4.2.2	Etablering av regionalt nettverk for geriatri i Helse Nord	30
4.3	Videreutvikling av det samlede geriatritilbudet i Helse Nord	30
4.3.1	Utvikling av UNN som motor for geriatrien i landsdelen	30
4.3.2	Etablering av tverrfaglig geriatrisk team ved alle sykehus	31
4.3.3	Behov for flere geriatriske senger ved sykehusene	32
4.3.4	Opprustning av sykehusenes slagbehandlingstilbud	33
4.3.5	Styrking av akutt geriatri	33
4.3.6	Den geriatriske rehabiliteringens plass	34
4.3.7	Geriatrisk intervensjon ved andre enheter og avdelinger	34
4.3.8	Geriatrisks ansvar og oppgaver knyttet til dødspleie	35
4.3.9	Etablering av poliklinikk for eldre i geriatriske enheter	35
4.3.10	Etablering av områdegeriatrisk virksomhet i regionen	35
4.3.11	Kontakt og samhandling med alderspsykiatrisk ekspertise	36
4.4	Videreutvikling av den sammenhengende behandlingsskjede	37
4.4.1	Etablering av nye samarbeidsarenaer - Distriktsmedisinske sentra (DMS)	37
4.4.2	Samarbeidstiltak mellom sykehus og kommunehelsetjenesten	37
4.5	Grupper av eldre med behov for særlig oppfølging	38
4.5.1	Tiltak knyttet til eldre samiske pasienter	38
4.6	Behov for økt utdanning, rekruttering og kompetanse	38
4.6.1	Utdanning, rekruttering og kompetanse blant leger	38
4.6.2	Øvrige helsepersonellgrupper	39
4.7	Forskning og utvikling	40
4.8	Ressursbehov	40
4.9	Prioritering av tiltakene i handlingsplanen	41
4.9.1	Prioriterte tiltak i 2004	42
4.9.2	Prioriterte tiltak i 2005	42
4.9.3	Prioriterte tiltak i 2006	43
4.9.4	Prioriterte tiltak 2007-2010	43
VEDLEGG		44
Vedlegg 1: Mandat for planarbeidet		44
Vedlegg 2: Tiltak og anbefalinger i tabellform		45
Prioriterte tiltak 2004-2010		45
Samlet oversikt over gruppens anbefalinger		46

0. SAMMENDRAG

Eldre står for nesten halvparten av de somatiske sykehuskostnadene i Norge. I de fleste vestlige land er geriatri en etablert medisinsk spesialitet med gode universitetsavdelinger, etablerte tilbud ved de fleste sykehus og omfattende forsknings- og utdanningsprogram.

I Norge er derimot tverrfaglige geriatriiske tilbud til eldre svært dårlig utbygd. Geriatrien fortrenses av den høyspesialiserte indremedisin, som har en tendens til bare å se problemer som hører til egen spesialitet. Gamle lider ofte av flere sykdommer, og får ikke den nødvendige helhetlige tilnærming og fullstendige diagnostikk. Kortsiktige effektiviseringsgevinster og kort liggetid medfører at de gamle blir ”svingdørspasienter”. 90 % av pasientene over 75 år i medisinske avdelinger innlegges som øyeblikkelig hjelp. 87 % har vært innlagt før. I dag utgjør de nesten halvparten av alle pasientene i de indremedisinske avdelingene og vel en femtedel av pasientene på kirurgiske avdelinger.

Helse Nord er første helseregion i Norge som tar dette på alvor, ved først å etablere en prosjektgruppe som fikk i oppdrag å utarbeide en konkret handlingsplan for å bygge opp geriatrien i regionen.

Kapittel 1 gir en oversikt over bakgrunns materialet, definerer den geriatriiske pasienten (planens målgruppe) og begrunner nødvendigheten av å løfte fram geriatrien. Disse pasientene har høyere overlevelse og mindre risiko for varig institusjonsbehov når de behandles i en geriatriisk enhet enn i vanlig medisinsk sengepost. Geriatriiske rehabiliteringsprogram for gamle med lårhalsbrudd gir færre reinnleggelses, forkortet samlet tid i sykehus og lavere kostnader enn ordinær behandling i ortopedisk akutt enhet.

Kapittel 2 beskriver situasjonen i Helse Nord i dag. Prosjektgruppen vurderer geriatriens stilling som svak. Av vel 1000 senger i indremedisin, kirurgi og rehabilitering er bare 38 øremerket for akutt geriatri og geriatriisk rehabilitering. Det er bare to geriatriere ved sykehus utenfor UNN og bare ett velfungerende områdegeriatriisk team utenfor sykehusene.

Geriatrisk avdeling ved UNN har liten kapasitet til å dekke både behovet for tilbud til geriatriiske pasienter, og være drivkraften i utdanning og oppbygging av geriatriisk ekspertise i landsdelen. Professoratet i geriatri er også ubesatt. Landsdelens andre store sykehus, Nordlandssykehuset i Bodø, mangler helt et geriatriisk tilbud. Utenom UNN er det bare Hålogalandssykehuset i Narvik som kan oppnå snarlig godkjenning som utdanningsinstitusjon i geriatri. Alle sykehus har opprettet slagenheter, men disse er ofte små, og personalet må dele arbeidstiden mellom slagenheten og andre oppgaver. Prosjektgruppen ser slagenhetene som et godt grunnlag for å styrke slagbehandlingen og utvide tilbudet til geriatriiske pasienter.

Det alderspsykiatriske tilbudet er mangelfullt når det gjelder desentralisert spesialisttjeneste og ambulant virksomhet. Det må etableres nært samarbeid mellom geriatri og alderspsykiatri. Sykehjemsmedisinen er kanskje det svakeste leddet i behandlingsskjeden for gamle pasienter. Det er viktig å bygge gode samarbeidsrelasjoner med kommunehelsetjenesten.

Kapitlet gir også en oversikt over utdanningstilbudet innen geriatri og eldreomsorg, og omtaler aktiviteten innen forskning og utvikling. Prosjektgruppen peker på viktigheten av at aldersforskningen videreføres og styrkes, spesielt når det gjelder den geriatriiske delen.

Kapittel 3 beskriver kort noen utviklingstendenser av betydning for fagområdet.

Kapittel 4 inneholder tiltaksdelen. Det er satt opp en detaljert prioriteringsliste fram til 2006, mens årene fram til 2010 må konkretiseres etter hvert.

Det viktigste forslaget er å opprette et geriatrik tilbud ved alle somatiske sykehus i regionen, med sengeenhet og tverrfaglig geriatrik team med geriater eller indremedisiner med interesse for geriatri, geriatrik sykepleier og ergo- og/eller fysioterapeut. Teamet skal drive poliklinikk for eldre, områdegeriatrik virksomhet i samarbeid med kommunehelsetjenesten og konsultativ virksomhet overfor øvrige avdelinger ved sykehuset. De geriatrike sengene opprettes i tilknytning til slagenhetene, 8-10 senger for slag og geriatri ved hvert sykehus, med mest mulig fast personale.

I Finnmark hvor avstandene er store, foreslås to områdegeriatrike team underlagt UNN, etter modell av Områdegeriatrike tjeneste i Midt-Troms. Det ene får ansvar for å utvikle geriatrik tilbud til den samiske befolkning. Områdevirksomheten må sees i sammenheng med ambulerende team innen rehabilitering og alderspsykiatri.

Sykehusene foretar strenge prioriteringer av nye stillinger. Kravene fra høyspesialisert medisin veier tungt. For å få bygd opp geriatriktilbudet, må Helse Nord derfor tildele stillingshjelm og øremerke lønnsmidler. De geriatrike pasientene befinner seg for en stor del allerede i sykehuset, slik at sengeenhetene opprettes ved omprioritering av eksisterende ressurser.

For å øke kompetansen hos personalet foreslås stipend/tilskuddsordninger for formell videreutdanning, målrettet etterutdanning og hospitering. I tillegg bør det etableres et geriatrik nettverk i Helse Nord for dem som arbeider i geriatrien.

For å kunne gjennomføre planen må det satses på utdanning. Geriatrik avdeling ved UNN må styrkes for å fungere som den nødvendige motor i utviklingen av geriatrien i landsdelen. Allerede i 2004 bør det derfor settes i gang et prosjekt for å evaluere geriatrik avdeling som utdanningsinstitusjon og finne gode tiltak for å øke interessen for geriatri og stimulere rekrutteringen.

For å styrke det samlede geriatrike tilbudet i Helse Nord, er det nødvendig både å styrke det eksisterende geriatrike tilbudet og etablere nye tilbud. I Narvik og Sandnessjøen må tilbudene konsolideres gjennom å frigjøre og tilføre ressurser. Narvik må relativt raskt kunne etableres som utdanningsinstitusjon i geriatri.

Arbeidet med å opprette et geriatrik tilbud ved Nordlandssykehuset, Bodø må intensiveres. På sikt bør dette bli en sterk utdannings- og forskningsinstitusjon. Prosjektgruppen prioriterer også etablering av et geriatrik tilbud i Finnmark, i første omgang områdegeriatrik team. Lokal interesse og initiativ ved det enkelte sykehus vil avgjøre den videre utviklingen.

De årlige utgifter til gjennomføring av planen avhenger hovedsakelig av antallet stillinger som opprettes. Enhetene kan øke inntjeningen gjennom poliklinisk og områdegeriatrik virksomhet, og det samlede presset på sengerressursene i sykehuset vil kunne avta.

Hvis målsetningen om geriatri ved alle sykehus skal oppnås, må Helse Nord RHF være pådriveren i prosessen gjennom hele planperioden. Prosjektgruppen oppfordrer også Helse Nord til å innkalle prosjektgruppen igjen om to år for å evaluere planprosessen så langt.

1. INNLEDNING OG BAKGRUNN

1.1 Prosjektgruppe og mandat

Handlingsplan for geriatri for Helse Nord er en oppfølging av Helse Nord's styringsdokument for 2003, som signaliserte en sterkere satsing på geriatri. Arbeidet er organisert som et prosjekt. Prosjektgruppen har hatt følgende medlemmer:

- Spesialist i indremedisin og geriatri, Wenche Frogn Sellæg, sykehuset Namsos (leder)
- Professor Peter F. Hjort
- Spesialist i geriatri Mette Louring, Helgelandssykehuset HF, Sandnessjøen sykehus
- Ass.lege Asgeir Græsdal, Nordlandssykehuset, Bodø,
- Fysioterapeut Kari Gundersen, Nordlandssykehuset, Bodø
- Spesialist i allmenntidrett Adri Vermeer, overlege Områdegeriatriisk tjeneste for Midt-Troms
- Høgskolelektor/Sykepleier Toril A. Larsen, Tromsø, Senter for Aldersforskning/Undervisningssykehjemmet Tromsø
- Per Pettersen, repr. fra Fylkeseldrerådet i Brukerutvalget i Helse Nord
- Sykepleier Stein P. Antonsen, Geriatriisk avdeling UNN, Tromsø
- Spesialist i geriatri Sigurd Sparr, avd. overlege Geriatriisk avdeling, UNN, Tromsø
- Rådgiver Ingvild Røe, fagseksjonen Helse Nord RHF (sekretær)

Prosjektgruppen har arbeidet etter følgende mandat (fullstendig mandat i vedlegget):

1. Avklare hva som skal inn i handlingsplanen
2. Oppsummere tidligere planer i Helse Nord, strategiplan, visjon etc., samt tilsvarende planer/utvikling i andre helseregioner
3. Beskrive nåsituasjonen i geriatrien i Nord-Norge og gi en vurdering av denne
4. Beskrive noen aktuelle trender som angår fagområdet mot 2010
5. Foreslå tiltak 2004-2010, og prioritere disse

Prosjektgruppen har gjennomført 5 møter og står samlet bak planens tilrådninger.

1.2 Avgrensning og utdyping av mandatet

1.2.1 Hva skal inkluderes og ekskluderes i planen

Prosjektgruppen legger etablering av en sammenhengende tiltakskjede for den geriatriiske pasient mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste¹ til grunn for planarbeidet. Planen omfatter derfor tilbud i utredningsfasen, i den akutte situasjon, i rehabiliterings- og utskrivningsfasen, samt tilbud for kronisk syke, gamle pasienter. I tråd med dette blir omfanget av spesialisthelsetjenestens ansvar for faglig veiledning og kompetanseoppbygging i kommunehelsetjenesten gjennomgått (med særlig vekt på sykehjemsmedisin). Etter henstilling fra fagdirektøren, blir spørsmål knyttet til slagenheter særlig vurdert. Gruppen tar også spesielt opp utfordringene knyttet til dødspleien.

Omfanget av geriatriundervisning i grunnutdanningene for helsepersonell blir omtalt, likeledes tilgangen på etter- og videreutdanning innen fagområdet. Et annet viktig element er

¹ Med spesialisthelsetjeneste forstås både innleggelse på sykehus, poliklinisk behandling og dagbehandling samt tilbud knyttet til ambulante team/områdegeriatri.

den store utfordringen med å rekruttere nødvendig personell. Planen går inn på aktiviteten i regionen innen forskning og utvikling, og inkluderer forslag til forskningsfelt prosjektgruppen finner spesielt viktige. Særskilte utfordringer knyttet til den samiske befolkning blir omtalt.

Nasjonale problemstillinger som f.eks finansieringsløsninger, endringer i lovverk eller i rammeplanene for helsefagutdanningene er utenfor Helse Nords ansvarsområde, og utgjør en del av rammene for planarbeidet. Slike spørsmål blir omtalt, men inngår ikke i tiltakene.

1.2.2 Avgrensning mot andre pågående Helse Nord prosjekter

Handlingsplan for geriatri utarbeides samtidig med flere prosjekter/planarbeider i Helse Nord som har felles og tilgrensende tema. Prosjektene er søkt koordinert slik at de i minst mulig grad skal overlape hverandre. Gruppen har gitt innspill til rapporten om "Nærpsykehuset" (vedlegg). Gruppen har blitt orientert om arbeidet med Handlingsplan rehabilitering 2004-2010 og Handlingsplan psykisk helse 2004-2010, som utarbeides samtidig med geriatriplanen. Tilgrensende problemstillinger er søkt koordinert gjennom drøftinger på sekretariatsnivå, særlig vedrørende ambulante team og arbeidsdeling opp mot alderspsykiatri med spesielt fokus på demens. Anbefalingene vedrørende samhandling med primærhelsetjenesten må tas opp i Helse Nords gruppe for samhandling med primærhelsetjenesten.

1.2.3 Definisjoner og målgrupper

Målgruppen for planen er geriatriske pasienter. Dette er pasienter med langt komne aldersforandringer, flere sykdommer og fysisk og/eller mental funksjonssvikt. Ofte har disse pasientene i tillegg et redusert sosialt nettverk.

Karakteristisk for aldersforandringer er reduserte reserver og økt sårbarhet, og eldre må møte mer sykdom med mindre ressurser. Eldre trenger derfor lengre tid enn yngre for å komme seg etter akutt sykdom. Selvbildet svekkes, og motivasjonen for å mobilisere egne ressurser til å komme gjennom en sykdomsprosess er dårligere. Det kan i blant også være vanskelig å skille mellom sykdom og normal aldring, noe som medfører både over- og underbehandling. Hos eldre vil sykdom i ett organ, ofte føre til svikt i flere andre organer. Det bidrar til de geriatriske pasientenes multisykelighet. Målgruppen har ut fra dette et spesielt behov for en bred tverrfaglig geriatrisk kompetanse i sitt møte med helsetjenesten.

1.3 Overordnede føringer

1.3.1 Helse Nords visjon og strategier

Helse Nord RHF's viktigste strategidokument, "*Helse Nord - forbedring gjennom samarbeid*", er lagt til grunn for prosjektgruppens arbeid.

1.3.2 Nasjonale føringer og styringsdokumenter

I tillegg til de gjeldende lover og regelverk² har gruppen brukt en rekke dokumenter som bakgrunn for sine diskusjoner. Noen av de viktigste er:

- Styringsdokument til Helse Nord RHF fra Helsedepartementet for 2003
- NOU 1999:2 *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende.*
- Rapport fra SHD (1999): *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester.*

² Særlig spesialisthelsetjenesteloven, helseforetaksloven, helsepersonelloven og pasientrettighetsloven.

- St meld 50 (1996-1997) *Handlingsplan for eldreomsorgen*, fulgt opp med St meld 28 (1999-2000) *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene*, St meld 31 (2001-2002) *Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen "Fra hus til hender"* og St meld 45 (2002-2003) *Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*.
- Rapporter fra Nasjonalt geriatriprogram 1994-99 ved Statens helsetilsyn:
 - *Scenario 2030: Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030*. Statens helsetilsyns utredningsserie nr. 6-99.
 - *Gamle i sykehus* Statens helsetilsyns utredningsserie nr. 7-99.
- Rapport fra Sosial- og Helsedirektoratet: *Distriktsmedisinske senter (DMS) – Utvikling av sykestuer i fremtidens desentraliserte spesialisthelsetjeneste*. 2002.
- "Når du blir gammel og ingen vil ha deg..", statusrapport fra Den norske Lægeforening 2001.
- Ot.prp.48 (1985-86) *Sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjeneste* og Inst.O.nr.56 (1985-86)
- NOU 1995:6 *Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge og "Mangfold og likeverd."* *Regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge 2002 -2005*.

1.3.3 Relevante tidligere planer på regionalt nivå

I den første regionale helseplanen i Helseregion Nord fra 1997, foreslo faggruppen i geriatri å etablere eldreteam med geriatrisk kompetanse/interesse, slagenheter og geriatrisk rehabilitering ved alle sykehus. Planen ble ikke vedtatt.

Da samarbeidet i de regionale helse- og sosialutvalgene ble lovpålagt i 1999, ble en ny plan utarbeidet på grunnlag av reviderte faginnstillinger fra 1997. Regional helseplan 2001-04 ble vedtatt av Sosial- og Helsedepartementet i mars 2001. Planen trakk opp overordnede strategier og tiltak ut fra en analyse av utfordringene for spesialisthelsetjenesten i regionen.

Flere utviklingstrekk som planen påpekte gjelder for geriatri. Eldre utgjorde da ca. 16 % av befolkningen, men sto for halvparten av sykehuskostnadene. Andelen øyeblikkelig hjelp økte, det var flere innleggelseser per pasient, men kortere liggetid. Det var en forskyvning i grensene fra sykehus til primærhelsetjeneste. Det hadde skjedd forbedringer i det hjemmebaserte tjenestetilbudet. Interesse og behov for tilbud om terminal omsorg var økende. Forbedringene i tilbudet på sykehus hadde til da konsentrert seg rundt oppbygging av slagenheter. Både utredning, diagnostisering og spesialisttilbud for eldre var for dårlig, og det ble drevet for lite utadrettet veiledning og for dårlig kompetanseoppbygging overfor pasienter og kommuner. Tilgangen på leger med spesialisering i geriatri var for lav (både nasjonalt og regionalt). Handlingsprogrammet for 2001-04 hadde ett tiltak: utrede tjenestetilbud og organisering av geriatri.³

Før dette utarbeidet fylkeskommunene planer for geriatri og tilstøtende områder som rehabilitering og alderspsykiatri. En del ble også gjort i kommuner og fylkeskommuner i Nord-Norge i samband med Nasjonalt geriatriprogram i regi av Statens helsetilsyn 1994-99. Erfaringer og ideer fra disse prosessene danner bakgrunn for arbeidet med handlingsplanen.

1.3.4 Innspill til planarbeidet

For å forsterke brukermedvirkningen, innhentet prosjektgruppen skriftlige innspill fra fylkeseldrerådene i Nordland, Troms og Finnmark (vedlegg). Fylkeseldrerådene er særlig opptatt av behovet for økt kompetanse, utdanning og rekruttering innen geriatri, både blant leger og annet helsepersonell. Prosjektgruppen mottok også ett skriftlig innspill fra overlege A.Fossli ved Hålogalandssykehuset Narvik (vedlegg). Innspillene er tatt med i planarbeidet.

³ Eksempelvis opprette flere geriatriske team, økt utdanningskapasitet, oppgavefordeling mellom lokalsykehus.

1.3.5 Tilsvarende planer/utvikling i andre helseregioner

Helse Sør har gjennomført et større strategiarbeid ("Resept 2006") om kapasitet og behov. Eldre og kronisk syke var her et av fire satsingsfelt. Etter forslag fra arbeidsgruppen i geriatri vedtok styret i Helse Sør å styrke tilbudet innenfor indremedisin med 125 senger. Det ble også vedtatt at 15 % av de indremedisinske sengene skulle øremerkes for geriatri.

Helse Vest utarbeider planer innen kreft, psykisk helse og rus og generelt på funksjonsfordeling, men har hittil ikke konkrete planer om å satse på geriatriområdet.

Styret i Helse Øst har etablert et prosjekt om funksjons- og oppgavedeling. Innen dette er det etablert et prosjekt kalt "Helsetjenester for eldre og kronikere." Aker sykehus har her på oppdrag av helseforetaket utarbeidet et pilotprosjekt. Denne arbeidsgruppen hadde ikke som mandat å se på geriatri i sykehus, men fremmet en rekke forslag om samarbeidsrutiner.

Helse Midt-Norge har ikke iverksatt noen planlegging av geriatriiske tilbud. Tverrfaglige geriatriiske miljøer ved alle foretakene i regionen har selv tatt initiativ til å lage en felles geriatriplan som skal presenteres for Helse Midt-Norge. Universitetet (NTNU) har dessuten tatt initiativ til et samarbeidsprosjekt med Helse Midt-Norge og Nasjonalt Råd for utdanning og fordeling av legespesialister, med formål å heve kvaliteten på spesialistutdanningen innen fem fagområder, hvorav geriatri er ett. NTNU har laget en prosjektplan i geriatri som også omfatter rekruttering og opprettelse av nye utdanningsstillinger i faget.

1.4 Hvorfor geriatri?

Dagens spesialisthelsetjeneste er i liten grad innrettet for å ivareta helheten og imøtekomme geriatriiske pasienters behov. Utstrakt grenspesialisering, skarpt fokus på reduksjon av sykehussenger, kort liggetid, økt poliklinisk behandling og dagkirurgi bidrar samlet til dette. Også spesialisthelsetjenestens finansieringssystem premierer enkelttiltak fremfor en helhetlig tilnærming og etablering av sammenhengende behandlingsskjeder. Det blir stadig færre generalister blant spesialistene og mindre tid til tverrfaglig samarbeid om den enkelte pasient.

Det foreligger flere undersøkelser, blant annet fra Trondheim, som viser at gamle med sammensatte problemer har høyere overlevelse og mindre risiko for institusjonsinnleggelse når de behandles i en geriatriisk avdeling, sammenliknet med en vanlig medisinsk sengepost.⁴ Geriatriisk rehabilitering av pasienter med lårhalsbrudd har vist at disse pasientene får nedkortet liggetid, et høyere funksjonsnivå, færre komplikasjoner og færre reinnleggelser sammenliknet med pasienter som mottar vanlig etterbehandling i en ortopedisk enhet.⁵

Allerede i 1988, da sykehjemmene ble overført fra spesialist - til kommunehelsetjenesten, uttalte Stortingets sosialkomite at det burde opprettes geriatriiske team eller avdelinger ved alle lokalsykehus i landet. Hensikten var å gi de geriatriiske pasientene en helhetlig tilnærming under innleggelse i sykehus, og bidra til kompetanseheving om geriatriiske problemstillinger i den kommunale helse-, pleie - og omsorgstjeneste, blant annet gjennom områdegeriatri.⁶

⁴ Saltvedt I,m.fl: Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. J Am Geriatr Soc 2002; 122:819-822.

⁵ Galvard H, Samuelson, SM: Orthopedic or geriatric rehabilitation of hip fracture patients; a prospective, randomised, clinically controlled study in Malmö, Sweden. Ageing 1995;7:11-16

⁶ Innst.O.nr.56 (1985/86) Sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjeneste

1.5 Bruk av sykehustjenester blant eldre

I samband med Nasjonalt geriatriprogram gjennomførte Statens helsetilsyn i oktober 1998 en prevalensundersøkelse blant pasientene ved 59 indremedisinske avdelinger i 54 av landets somatiske sykehus.⁷ På det aktuelle tidspunktet var det totalt 4234 pasienter innlagt i indremedisinske avdelinger. Av disse var 42 % 75 år eller eldre (gjennomsnittsalder 82 år). Av disse var 90 % innlagt som øyeblikkelig hjelp, 87 % hadde vært innlagt tidligere, og de hadde ligget i gjennomsnitt 17 dager fram til registreringsdagen.

Gjennomsnittlig hadde hver pasient 2,6 lidelser. Hver fjerde pasient hadde fire sykdomstilstander samtidig. Dette viser at pasientene i denne aldersgruppen som oftest lider av flere sykdommer samtidig, og at disse ikke alltid fanges opp av hoveddiagnosen.

Pasientenes helsemessig funksjonsnivå innen fire hovedområder ble også registrert. 53 % hadde bevegesproblemer, 41 % hadde symptomer på mental funksjonssvikt, 24 % inkontinens og 18 % ernæringssvikt. Samlet viser dette at et stort antall pasienter som er 75 år og eldre, har multiproblemer og betydelig funksjonssvikt. Undersøkelsen registrerte ikke omfanget av medikamentbruk, men det er kjent fra en rekke andre undersøkelser at eldre har et høyt medikamentforbruk og høy bivirkningsfrekvens.

Pasientene ble også vurdert med henblikk på om de hadde behov for en geriatrik utredning. 21 % av pasientene over 75 år ble vurdert til å ha et slikt behov. Denne andelen viste seg å være dobbelt så høy i sykehus med spesialisthelsetjeneste i geriatri som i sykehus uten spesialisthelsetjeneste i geriatri (26 % mot 13 %).

Totalt 38 % av pasientene var ”utskrivningsklare”. Av disse hadde 17 % forlenget opphold pga mangelfullt kommunalt tilbud, 36 % manglet tilbud fra hjemmetjenesten, 60 % ventet på sykehjemsplass og hele 38 % var i en terminalfase.

Data fra Norsk Pasientregister 2002 viser at antall pasienter 80 år og eldre som innlegges akutt i sykehus har økt med 24 % fra 1998 til 2002.⁸

En rapport om Eldres bruk av sykehustjenester som SINTEF utarbeidet for Sosial- og Helsedepartementet i 1999, konkluderer med at det må bygges ut 50 – 130 nye sykehussenger per år i landet for å betjene den økende andelen eldre, forutsatt uendret sykehusbruk.⁹

Vurdering

Dagens sykehustjeneste for eldre preges av hyppige reinnleggelser (”svingdørsmedisin”). Prosjektgruppen mener at en fullstendig geriatrik undersøkelse og vurdering kan og bør føre til en individuell plan for mange gamle. Denne planen må utvikles i samarbeid med den gamle og de pårørende, senere også med fastlegen og eventuelt med kommunenes hjemmetjenester. En slik plan kan redusere reinnleggelser i sykehus og utsette behov for sykehjem. Det er støtte for dette synet i den geriatrike litteraturen, blant annet i danske erfaringer med hjemmebesøk.

To faktorer forsterker ”svingdørsmedisinen.” Den ene er den høyspesialiserte medisinen, og den andre er finansieringssystemet (DRG). Til sammen fører de til kort liggetid, ufullstendig vurdering og snarlig reinnleggelse, med andre ord et dyrt og dårlig system.

⁷ ”Gamle i sykehus”, Statens Helsetilsyns utredningsserie nr.7-99

⁸ ”Helsetjenester og gamle – hva er kunnskapsgrunnlaget? En vurdering og formidling av internasjonale litteraturoversikter. Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) 2003.

⁹ Paulsen B, Kalseth B, Karstensen A: 16% av befolkningen-halvparten av sykehusforbruket. Eldres sykehusbruk på 90-tallet. Trondheim: Sintef Unimed NIS Helsetjenesteforskning 1999.

2. SITUASJONSBESKRIVELSE

Kapitlet inneholder korte beskrivelser og vurderinger av situasjonen for pasienter med geriatrike problemstillinger i Helse Nord.

2.1 Dagens målsettinger, behandlingsmål og servicemål

Det er ikke laget noen *felles* målsettinger, behandlingsmål eller servicemål for de få geriatrike enhetene som eksisterer i regionen i dag. Det varierer også om de blir målt og evaluert etter slike mål. Som eksempler har Geriatrik avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og Områdegeriatrik tjeneste i Midt-Troms (OGT) begge formulert mål. Disse har noen gjennomgående momenter (jf vedlegg for detaljer):

- Det er viktig å komme så tidlig inn i behandlingsforløpet som mulig
- Pasientene skal få helhetlige tjenester
- Tverrfaglighet og utadrettet virksomhet er sentrale arbeidsformer
- Det legges vekt på samarbeidsrelasjoner
- Undervisning, kompetanseoverføring og forskning står sentralt.

2.2 Dagens organisering og ledelse

I Helse Nord inngår geriatri på linje med andre typer virksomhet i den overordnede styringsstrukturen. Det er ikke etablert egne organisasjons- eller ledelseslinjer internt eller mellom helseforetakene på dette fagområdet. I tråd med sykehusreformen etableres imidlertid en felles overordnet ledelse på hvert helseforetak. Geriatri inngår gjerne som en del av den indremedisinske virksomheten. Med unntak av UNN er det ikke opprettet egne ledelsesfunksjoner for den geriatrike virksomheten i det enkelte helseforetak. Det finnes ikke noe tverrfaglig formelt eller uformelt nettverk for geriatri som omfatter hele regionen.

2.3 Spesialisthelsetjenestens tilbud til eldre i Helse Nord

I dette avsnittet gjennomgås kort de eksisterende tilbud til eldre innen spesialisthelsetjenesten i Helse Nord. Tilbudet til eldre på tilstøtende områder som psykisk helsevern og rehabilitering blir kommentert, men det henvises til planene som utarbeides parallelt med geriatriplanen for flere detaljer og utdypende analyser av disse fagområdene.

2.3.1 Generelt om spesialisthelsetjenestetilbudet i Helse Nord

Spesialisttilbudet til de geriatrike pasientene er lite utbygd i Helse Nord. Det er bare UNN som har et fullt utviklet geriatrik tilbud. I tillegg er det to legespesialister i geriatri utenfor Tromsø, ansatt henholdsvis i Hålogalandssykehuset HF Narvik og Helgelandssykehuset HF Sandnessjøen. I Narvik er det etablert et geriatrik team, en sengeenhet og en poliklinikk, mens Sandnessjøen har en geriater i en vanlig overlegestilling ved medisinsk avdeling. I Nord-Troms (Nordreisa) og Midt-Troms (Finnsnes) er det etablert områdegeriatrike tjenester ledet av spesialist i allmenntilmedisin med geriatrik tilleggskompetanse. Begge disse enheter har sengeavdeling og er en del av UNN.

Tabell 1 nedenfor viser en grov oversikt over *antall senger* fordelt på kirurgi¹⁰, indremedisin, geriatri, slagbehandling og rehabilitering på sykehusene i Helse Nord.

Tabell 1 Oversikt sengetall innen kirurgi, indremedisin, geriatri, slag og rehabilitering

Helseforetak	Sykehus	Kirurgi	Indre-Medisin	Geriatri	Slagbehandling	Rehabilitering
UNN	Univ.sykehuset i Tromsø	115	103	7 (akutt geriatri)	7 (ger.avd.) 8 (nevrol.avd.)	12 (ger.avd.) 22 (rehabavd.)
	Områdegeriatrik tjeneste Midt- Troms			2		6 (ger.rehab)
	Rehabilitering Nord Troms					8
Nordland	Bodø	46	72		12 (nevrol.avd.)	23
	Lofoten	18	24		4	
Hålogaland	Stokmarknes	27	37		4	8
	Narvik	30	30	4	4	
	Harstad	36	56		4 (jf 5)	9 (+1 dagplass) (jf 6)
Helgeland	Sandnessjøen	17	38 (jf 3)	(jf 2)	4	16
	Vefsn	14	17		2	
	Rana	30	38		4 (jf 4)	
Helse Finnmark	Hammerfest	22	50		4	
	Kirkenes	21	30		6	6 (jf 1)

Kilder: Samdata sykehus 2/03 og sykehusenes egne opplysninger.

Kommentarer til tabellen:

- 1) Kirkenes: Samdata opererer med 5 senger innen rehabilitering, jf egne opplysninger 6.
- 2) Sandnessjøen: Geriater kan bruke sengeplasser v/medisinsk lettpost til demensutredning.
- 3) Sandnessjøen: 10 av sengene ved medisinsk avdeling tilhører lettposten
- 4) Rana: Tilbudet er integrert i medisinsk avdeling, men det er satt av to rom med inntil fire plasser øremerket slagpasienter
- 5) Harstad: sengetallet ved slagenheten kan utvides etter behov
- 6) Harstad: det drives geriatrik rehabilitering ved rehabiliteringsavdelingen.

Prosjektgruppen har også innhentet opplysninger om *spesialkompetansen innen geriatri og slag* på de ulike enhetene i helseforetakene i Helse Nord. Siden personellsituasjonen ved sykehusene stadig endres, har gruppen valgt å ikke presentere oversikter over dette i planen.

Vurdering

Oversikten viser at av vel 1000 senger til sammen i regionen innen kirurgi, indremedisin og rehabilitering er det per i dag bare øremerket 38 senger til sammen til akutt geriatri og geriatrik rehabilitering. I tillegg får noen geriatrike pasienter rehabilitering innen de generelle rehabiliteringsavdelingene. Geriatrik avdeling ved UNN har beregnet at de alene har behov for 44 senger.¹¹ Det tilsvarer sengetallet i den geriatrike avdelingen som bygges ved St. Olavs hospital i Trondheim. Sett i forhold til den demografiske utvikling og det allerede eksisterende behov for geriatrik kompetanse i regionen, er det i dag et meget betydelig underskudd på sengekapasitet for denne pasientgruppen.

Det er opprettet egne tilbud til pasienter med *hjerneslag* ved alle sykehusene i regionen. Med unntak av Nordlandssykehuset i Bodø, der slagpasienter behandles ved nevrologisk avdeling, er det ellers avsatt egne senger ved de medisinske avdelingene. De fleste steder er det også tilsatt sykepleiere med spesialkompetanse og/eller lang erfaring i slagbehandling. De fleste

¹⁰ Kirurgiske senger er tatt med i oversikten, siden mer enn ¼ av pasientene ved slike avdelinger er over 67 år

¹¹ ”Geriatrik avdeling UNN i fremtiden”. Rapport fra avdelingsrådet for geriatrik avdeling, UNN 2002

enhetene har også tilgang til fysio- og ergoterapi for sine pasienter. Logopedtjenester er tilgjengelig i vekslende grad. Der det er rehabiliteringsteam eller egne rehabiliteringsenheter, fungerer disse som regel i samarbeid med slagenheten. Sykehusenes størrelse tilsier imidlertid at de fleste enhetene er små. Det må antas at det derfor er vanskelig å fylle opp døgnturnusen med personale som har spesialkompetanse om slagbehandling. Dette var imidlertid forutsetningen for å oppnå de resultater som man gjorde gjennom ”Trondheims-modellen” – som også lå til grunn for anbefalingen om egne slagenheter ved alle medisinske avdelinger.¹²

2.3.2 Nærmere om geriatritilbudene i Helse Nord

En generell vurdering av slagbehandlingstilbudet ble gjort i forrige avsnitt. I dette avsnittet blir de eksisterende *geriatritilbudene* i Helse Nord nærmere beskrevet og vurdert. Beskrivelser av tilbudene ved øvrige sykehus finnes i vedlegget.

Geriatrisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

Geriatrisk avdeling ved UNN er det viktigste spesialisttilbudet til geriatriske pasienter i hele Helse Nord. Avdelingen har lokalsykehus- og universitetssykehusfunksjoner for diagnostikk og behandling/rehabilitering av eldre mennesker. Som universitetsklinikk har avdelingen et spesielt ansvar for undervisning, etterutdanning og veiledning av studenter og helsepersonell i landsdelen innen fagområdet geriatri. Fagutvikling og forskning er en sentral del av universitetsklinikkfunksjonen. Professoratet i geriatri er per i dag ubesatt.

Geriatrisk avdeling består av en sengepost med 26 sengeplasser, et daghospital og en poliklinikk. Sengeposten er delt i en akutenhet med sju senger for akutt hjerneslag og sju senger for annen akutt geriatri (forvirringstilstander osv.), samt 12 senger til rehabilitering. Her tas også inn utredningspasienter, for eksempel mental svikt. Avdelingen har fire overlegehjemler og tre hjemler for underordnede leger i tillegg til øvrig personell.

Flere pasienter som i dag innlegges ved UNN har behov for et geriatrisk tilbud enn avdelingen kan tilby med dagens sengetall og bemanning. Pasienter innlegges og utredes derfor ved spesialiserte avdelinger som i varierende grad trekker veksler på geriatrisk avdelingskompetanse.

UNN har ikke eget områdegeriatrisk team. De to områdegeriatriske tjenestene i Nord- og Midt-Troms (se avsn.2.3.3) hører inn under UNN. Geriatrisk avdeling ved UNN leder demensnettverket for Tromsøregionen.

Geriatrisk avdeling har utarbeidet et forslag til utviklingen av avdelingen frem til 2010, inkludert utbyggingsplan.¹³ Behovet anslås til 44 senger og 8 dagplasser, herunder 27 senger til slagbehandling (akutt og rehabilitering). Planen er foreløpig ikke realisert.

Vurdering

Det er behov for å styrke geriatrisk avdelingsfunksjoner knyttet til spesialistutdanning, undervisning og forskning, slik at avdelingen kan fungere som den drivkraft for kompetanseoppbygging i regionen som er nødvendig. Det er også behov for å utvide sengekapasiteten ved enheten for å kunne ta imot geriatriske pasienter som i dag behandles ved de spesialiserte indremedisinske enhetene.

¹² Indredavik B, m.fl: Benefit of a stroke unit. A randomized, controlled trial. Stroke 1991; 22:1026-31

¹³ ”Geriatrisk avdeling – UNN i framtiden” 2002.

Geriatritilbud Hålogalandssykehuset HF Narvik

Det er etablert et spesialisttilbud til geriatriske pasienter i Narvik. Det står minimum åtte senger til disposisjon for slag- og geriatriske pasienter i medisinsk avdeling. Det er geriatrisk sykepleier, ergo- og fysioterapeut tilknyttet enheten. Det drives også tverrfaglig demensutredning poliklinisk, og tidligere har det også vært rom for områdegeriatrisk virksomhet. Det er nært samarbeid med rehabiliteringsteamet som driver omfattende utadrettet virksomhet.

Vurdering

Sykehuset er det eneste i regionen utenom UNN som har bygd opp et tverrfaglig geriatrisk tilbud. Uten utdanningsstilling for lege har ikke sykehuset fått utnyttet potensialet som utdanningsinstitusjon i geriatri. I tillegg er enheter med bare en lege svært sårbare. Det er også vanskelig for et tverrfaglig team med omfattende oppgaver i en akutt enhet å få drevet kompetanseoppbyggende arbeid for primærhelsetjenesten gjennom områdegeriatrisk virksomhet. Sykehuset har underskudd på geriatrisk spesialkompetanse som kan supplere rehabiliteringsteamet, og for øvrig bidra til økt geriatrisk poliklinisk virksomhet.

Geriatritilbud Helgelandssykehuset HF Sandnessjøen

Helseforetaket har ikke etablert formaliserte spesialisttilbud i geriatri, men i Sandnessjøen er det ansatt overlege ved indremedisinsk avdeling som er spesialist i geriatri. Det er etablert et tilbud til geriatriske pasienter i form av en ikke-formalisert demensklinikk ved medisinsk avdeling. Ved mistanke om demens kan pasienten legges inn i medisinsk lettpost sammen med pårørende i opptil to døgn for utredning, hvis de ikke er urolige. Det er en slagenhet ved medisinsk avdeling med fire senger og fast sykepleier, som imidlertid inngår i vakt. Til denne er det tilknyttet et rehabiliteringsteam bestående av fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom og tilgang på logoped som deles med rehabiliteringsavdelingen. Ressursene er dermed begrenset og stort sett ikke anvendelige til den "vanlige" geriatriske pasient. Dessuten er det mulighet for kontakt med uroterapeut ved kirurgisk poliklinikk.

Vurdering

Sykehuset har tilgang på kompetent personale, men de inngår i så mange andre oppgaver at det er vanskelig å organisere et tverrfaglig geriatrisk tilbud. Sykehuset mangler overlegehjemmel i geriatri, og spesialisten må gå inn i en rekke andre oppgaver ved medisinsk avdeling. Det mangler også stilling for sykepleier som kan inngå i et geriatrisk team.

2.3.3 Områdegeriatriske tjenester i Nord-Troms og Midt-Troms

Områdegeriatrien skal bringe tverrfaglig geriatrisk kompetanse ut til brukerne (definert som pasienter og kommunehelsetjenesten) gjennom strukturert oppsøkende virksomhet. Den skal også sørge for kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten ved å drive direkte pasientsamarbeid med ansatte, og undervisning/kurs, rådgivning og veiledning i kommunene.

Det er etablert to områdegeriatriske tjenester i Helse Nord, i Nord-Troms og Midt-Troms. Begge er desentraliserte spesialisthelsetjenester i geriatri og rehabilitering, og er tverrfaglig sammensatt. De er en del av UNN, tilknyttet geriatrisk avdeling, men kommunen har arbeidsgiveransvar. Enhetene ledes faglig av spesialist i allmenntidmedisin med tilleggskompetanse i geriatri.

"Spesialhelsetjenester i Nordreisa" holder til på Helsesenteret Sonjatun og består av en sykestue på fire senger, en avdeling "rehabilitering" (geriatri, generell rehabilitering og afasibehandling), samt fødestue. Opptaksområdet er fire kommuner i Nord-Troms med ca.

11.500 innbyggere. ”Rehabilitering” har seks sengeplasser og to plasser i bolig. Flertallet av pasientene er geriatriiske og hjerneslagpasienter.

”Statlig tyngdepunkt for afasi og stemme” på Sonjatun er en statlig, spesialpedagogisk tjeneste som er integrert med ”rehabilitering”, men ikke en del av helseforetaket. Opptaksområdet er Finnmark og Troms. Tyngdepunktet har 3,5 stillinger for logoped hvorav en er samiskspråklig.

Områdegeriatriisk tjeneste for Midt-Troms (OGT) på Finnsnes, holder til på Lenvik Helsecenter med egen sengeavdeling, kontorer og lokaler til poliklinikk, ergoterapi, fysioterapi og logopedi. OGT betjener 10 kommuner med til sammen ca 33.500 innbyggere. Tjenesten har totalt 18,75 stillinger. Sengeavdelingen har åtte plasser. Pasientene er som oftest hjerneslagpasienter som blir overført fra sykehusene etter akutfasen.

For sin oppsøkende virksomhet har OGT en poliklinikkdag og en utreisedag per uke, begge tverrfaglige. Den viktigste pasientgruppen her er eldre med kroniske sykdommer, spesielt med mistanke om demens. De minste kommunene besøkes to ganger årlig, de større fire ganger per år. OGT har fra 2000 drevet ”Demensnettverket” for kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten, og jobber med å etablere et liknende ”Rehabiliteringsnettverk”.

Vurdering

Områdegeriatriisk tjeneste for Midt-Troms er et godt eksempel på organisering av spesialisthelsetjenester i geriatri utenfor sykehus, og kan stå som forbilde for opprettelse av liknende tilbud der avstandene mellom sykehusene er store. Med bare en lege er virksomheten imidlertid svært sårbar. En tjeneste med et slikt omfang trenger etter gruppens mening mer enn en lege, og den bør derfor få tilført en ekstra legestilling og stilling for sykepleier.

Tilbudet i Nord-Troms gir i dag et godt tilbud innen geriatriisk rehabilitering, spesielt innen afasi. En endring i retning av fullverdig områdegeriatri, i tråd med planene, bør gjennomføres.

2.3.4 Sykestuefunksjonene i Nord-Norge

Sykestuer har lange tradisjoner i regionen. I 2000 var det 42 sykestueplasser i Finnmark fordelt over hele fylket. De største er Alta (9), Vadsø (6) og Karasjok (4). Helse Nord RHF finansierer driften med en fast sum per seng per år. I Troms er det fire sykestueplasser ved Sonjatun i Nordreisa, delfinansiert av UNN. I Nordland finnes det ikke sykestueplasser som er finansiert av Helse Nord RHF. I alle fylkene finnes det kommunalt drevne sykestueplasser, f eks i Steigen og i Lenvik. Dokumentasjon¹⁴ viser at de fleste pasientene er gamle, og at disse får et godt tilbud som avlaster sykehusene.

I en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet fra 2002¹⁵ anbefales integrering av sykestuene i såkalte ”Distriktsmedisinsk Senter” (DMS) som skal være et samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Helse Nord RHF sier i sin strategiplan at man ”vil legge forholdene til rette for samarbeid med førstelinjen om utvidede sykestuefunksjoner.”

¹⁴ Aaraas I, Langfeldt E, Ersdal G, Haga D. S: ”Sykestuemodellen, nøkkel til bedre samhandling i helsetjenesten – la sykestuene leve!” i Tidsskrift for den Norske Lægeforening 2000; 120: 702 - 5.

¹⁵ ”Distriktsmedisinsk senter (DMS) – Utvikling av sykestuer i fremtidens desentraliserte spesialisthelsetjeneste”. Rapport fra Sosial- og helsedirektoratet 2002.

2.3.5 Planlagt geriatri tilbud ved Nordlandssykehuset HF Bodø

Nordlandssykehuset har ikke opprettet spesialisttilbud til geriatrike pasienter. Det er laget en prosjektbeskrivelse med planer for å bygge opp et geriatri tilbud i Bodø med poliklinikk, 15 sengeplasser og tverrfaglig team. Det ble tildelt en overlegehjemmel i geriatri, som ikke ble utlyst på grunn av manglende lønnsmidler, og sykehuset har nå prioritert en tredje nefrologstilling i 2004. Assistentlegen som inngikk i prosjektet, valgte også grenspesialisering i nefrologi. Geriatriprosjektet har således aldri blitt realisert.

Vurdering

Nordlandssykehuset i Bodø har hatt store utfordringer innen nefrologi. I tillegg har nok den svake rekrutteringen til geriatri spesialiteten bidradd til nedprioriteringen av geriatri. Slagbehandling, som omfatter mange geriatrike pasienter, drives i dag i nevrologisk avdeling. Det er en klar svakhet ved en så stor medisinsk avdeling, som også har et meget høyt antall pasienter over 75 år, at det ikke er bygd opp noen spesialisert geriatrik kompetanse. Følgelig kan den heller ikke gi et spesialisert tverrfaglig tilbud til den eldste del av befolkningen. Sykehuset burde ved siden av UNN være i stand til å utdanne geriater og fungere som et kompetansesenter i geriatri for hele den søndre del av regionen.

2.3.6 Tilbudet til eldre med psykiske lidelser i Helse Nord

I Helse Nord er det etablert tilbud til eldre med psykiske lidelser ved alderspsykiatrisk post og en nystartet alderspsykiatrisk poliklinikk ved spesialpsykiatrisk avdeling ved UNN og ved alderspsykiatrisk avdeling ved Nordlandssykehuset HF i Bodø, som ivaretar eldre med psykiske lidelser fra hhv Finnmark og Troms og Nordland. I tillegg kommer de Distriktskykiatriske sentrene (DPS) som er etablert i hele regionen. Disse driver diagnostisk arbeid også for eldre pasienter og gir råd og veiledning overfor kommunene. Ingen av dem har imidlertid noe spesifikt tilbud til eldre med psykiske lidelser.

Spesialpsykiatrisk avdeling UNN

Alderspsykiatrisk post er en lukket sengepost med 14 senger, som behandler pasienter over 65 år med alvorlig psykiatrisk sykdom fra et opptaksområde med 44 kommuner i Troms og Finnmark. Posten behandler hovedsakelig nyoppstått psykiatrisk lidelse hos eldre. Alvorlige depresjoner og demenstilstander med atferdsmessige og psykiatriske symptomer er vanlige lidelser.

Alderspsykiatrisk poliklinikk startet opp 1. september 2002. Målgruppen er mennesker som rammes av alvorlig psykisk lidelse etter 65 år, og inkluderer pasienter med depresjon der behandling på kommunalt nivå ikke har ført frem, angstproblematikk, forvirringstilstander, psykoser og demente med psykiske tilleggsproblemer eller adferdsproblemer (alder mindre vesentlig). Øvrig demensutredning gjøres av geriatrik avdeling. Det er felles inntaksmøter med alderspsykiatrisk avdeling og regelmessige samarbeidsmøter med geriatrik avdeling. Andre viktige oppgaver er kompetanse- og nettverksoppbygging innen alderspsykiatri i Nord-Norge, undervisning og veiledning til sykehjem og hjemmetjeneste. Poliklinikken ønsker å drive utstrakt utadrettet virksomhet, og er i en utprøvningsfase for å finne gode modeller. Det er opprettet samarbeid med et alderspsykiatrisk team som er opprettet i Hålogalandssykehuset HF Harstad. Det arbeides for å opprette liknende samarbeidslinjer til Helse Finnmark HF.

Alderspsykiatrisk avdeling Nordlandssykehuset HF

Alderspsykiatrisk avdeling skal gi tilbud til eldre over 65 år som har behov for utredning eller behandling av psykiske lidelser. Avdelingen har 12 senger, og opptaksområdet er Nordland fylke. De fleste pasientene som tas inn i avdelingen har *ikke* tidligere hatt en kronisk psykisk lidelse.

Diagnostikk, utredning samt opplærings- og veiledningsvirksomhet innen demens av pasienter fra Nordland fylke ivaretas i stor grad av *Kløveråsen utrednings- og kompetansesenter for demens*, som er faglig tilknyttet Nordlandssykehuset men eid og drevet av Norske Kvinners Sanitetsforening.

Vurdering

Handlingsplanen for psykiatri utarbeides parallelt med geriatriplanen. Gruppen regner med at den vil gi en grundigere vurdering av omfanget av de alderspsykiatriske tilbudene.

Eldre med psykiske problemer får ofte mange somatiske plager. Ikke sjelden henvises også eldre til geriater med et somatisk problem som skjuler en psykisk lidelse, som f.eks. depresjon. Psykiske lidelser hos eldre er underdiagnostisert i befolkningen i dag. Prosjektgruppen vil derfor sterkt understreke behovet for et desentralisert alderspsykiatrisk tilbud og utvidelse av den ambulante virksomheten. Det er viktig at det etableres et nært samarbeid mellom de alderspsykiatriske og geriatriiske enhetene i regionen, slik som det allerede er beskrevet fra UNN. Det er også naturlig at det skjer en oppgavedeling for utredning og behandling av demenssykdommer og depresjoner.

2.3.7 Eldres bruk av rehabiliteringsinstitusjonene i Helse Nord

Det er etablert en rekke rehabiliteringstilbud i regionen. Noen av disse er tilknyttet spesialisthelsetjenesten, mens andre er kommunale eller privat drevne institusjoner. Tall som prosjektgruppen har innhentet for institusjonene i Nordland (se vedlegg), viser at eldre over 70 år ofte utgjør en stor del av pasientene ved rehabiliteringsinstitusjonene. Det antas at dette også er tilfellet for de øvrige institusjonene.

Vurdering

For nærmere beskrivelser og vurderinger av rehabiliteringstilbudet i Helse Nord henvises det til handlingsplan for rehabilitering der dette temaet behandles mer utførlig.

Gruppen har ikke sett nærmere på hvor mange av pasientene som er overført direkte fra sykehusene i regionen, og kan derfor ikke gi noen vurdering av i hvilket omfang dette imøtekommer sykehusenes behov for plasser til etterbehandling og opptrening. Så vidt gruppen er kjent med, er det med unntak av Helgeland Rehabilitering Sømna ingen av de øvrige institusjonene som driver noen spesialisert geriatriisk rehabilitering. De fleste institusjonene har også begrensede muligheter for å ta imot pasienter med stort hjelpebehov.

2.4 Kommunehelsetjenestens tilbud til eldre i regionen

Kommunehelsetjenesten i kommunene i Nord-Norge er helseforetakenes viktigste samarbeidspartner for eldre pasienter. Rapporten *"Samhandling er godt for helsa"*, utarbeidet av Helse Nord i 2002, tok opp en rekke problemstillinger knyttet til samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenestene, som fortsatt er aktuelle. Selv om fastlegereformen har vært positiv for legedekningen også i Nord-Norge, er det fortsatt stillinger, spesielt i distriktskommuner, som er preget av vakanser og "vikarstafetter". Kommuner med ustabil legedekning mister kontinuitet og rutiner for samhandling med de øvrige delene av tjenestene. Dette går særlig ut over eldre pasienter, som generelt har mye kontakt med helsevesenet.

Pleie- og omsorgstjenestene opplever økende press fra flere pasienter med tyngre pleiebehov, på grunn av kompliserte og flere sykdommer samtidig. Sykehjemmene blir presset både fra fastleger og andre i egen tjeneste om innleggelse av pasienter, og fra sykehusene som ønsker å tilbakeføre pasienter til kommunen. Utviklingen med stadig sykere pasienter i sykehjemmene

har ikke ført til en tilsvarende forsterking av deres medisinskfaglige eller pleiefaglige ressurser. Sykehjemsmedisinen er derfor i dag antakelig det faglig sett svakeste leddet i den totale helsetjenesten i Norge. Samhandlingen mellom hjemmesykepleien og legetjenesten er også svak, på grunn av stor utskiftning av personell.

Fylkesmennene/Fylkeslegenes oppsummeringer av handlingsplan for eldreomsorg og handlingsplan for helse- og sosialpersonell fra 2002, viste at kommunene i Nord-Norge generelt har fulgt planene godt opp, og ligger til dels godt an på dekningsgrader sett i forhold til landsgjennomsnittet (jf noen dekningsgrader i vedlegg). Sosialdepartementet sier i sin oppsummering av planen (2003) at kommunenes hovedutfordringer ligger i å rekruttere og holde på fagpersonell og øke bemanningen.¹⁶ Kvalitetsforbedringer er også viktig, og i dette ligger utviklingen av differensierte tilbud. Når det gjelder samhandlingen med andre, fremheves særlig problemene knyttet til den reduserte liggetiden på sykehusene.

Flere kommuner i regionen har sykestueplasser. Se tidligere omtale i avsnitt 2.3.4.

Vurdering

Geriatriske pasienter har, i tillegg til medisinske behandling og oppfølging, også ofte betydelige pleie- og omsorgsbehov. Samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er da helt avgjørende for å få gjort en helhetsvurdering, opprettholde en sammenhengende behandlingsskjede og utarbeide individuelle planer. Geriatrisk områdevirksomhet har dette som en av sine primære målsettinger sammen med kompetanseoverføring til kommunene.

2.5 Aktivitet og kvalitetsmål – resultater i Helse Nord

I dette avsnittet gjennomgås informasjon som gir et bilde av aktiviteten og kvaliteten på tilbudet i Helse Nord, spesielt knyttet til eldre pasienter.

2.5.1 Aktivitet – antall sykehusopphold blant eldre i Helse Nord

Prosjektgruppen har innhentet opplysninger fra SINTEF om antallet sykehusopphold i Helse Nord for 2001 og 2002, fordelt på ulike avdelinger og sykehus og aldersgrupper.¹⁷ *Tabell 2* viser samlede tall for sykehusoppholdene fra 2002 fordelt på kirurgiske avdelinger¹⁸ og medisinske avdelinger¹⁹ for aldersgruppene over 67 år. Tall for opphold på såkalte ”ikke-akutte somatiske avdelinger”²⁰ er ikke tatt med i tabellen. Det ser ut til at sykehusene i svært ulik grad benytter disse kategoriene, slik at sammenligninger mellom sykehusene i denne kategorien dermed kan bli tilfeldig/misvisende.

¹⁶ Handlingsplan for eldreomsorgen 1998-2001. Kommunale erfaringer og utfordringer. Oppsummeringsnotat Sosialdepartementet HPE rapport 1/2003.

¹⁷ Aldersgruppene er inndelt på samme måte som befolkningsstatistikken i Statistisk sentralbyrå.

¹⁸ Inkluderer tall for opphold på kirurgiske avdelinger og andre avdelinger for operative inngrep, som f eks ØNH, øye, nevrokirurgi eller blandet kirurgisk-medisinsk avdeling.

¹⁹ Inkluderer opphold ved medisinske avdelinger (generell medisin og inndelt etter hovedspesialitet) samt andre medisinske sengeavdelinger, der geriatri er egen enhet.

²⁰ Dette var opphold som omfatter bla etterbehandling/rehabilitering/attføring på sykehus/sykehjem, fysikalsk medisin, sykehjemsavdeling, sykestueavdeling og sosialmedisinsk avdeling (samt yrkesmedisinsk og fødestue).

Tabell 2

Antall sykehusopphold for pasienter over 67 år ved kirurgiske og medisinske avdelinger i Helse Nord. Endelige tall for 2002. Absolutte tall og prosentandel av avdelingen (i parentes)

		Kirurgiske avdelinger		Medisinske avdelinger	
		67-79	80+	67-79	80+
UNN	Tromsø	2356(18,9)	1026 (8,2)	6234 (28,7)	1971 (9,1)
Nordland	Bodø	1373 (17,3)	750 (9,4)	2324 (20,6)	1440 (12,8)
	Lofoten	294 (15,9)	225 (12,2)	553 (30,0)	384 (18,9)
Hålogaland	Narvik	428 (18,4)	329 (14,1)	727 (29,0)	789 (31,2)
	Stokmarknes	352 (13,9)	343 (13,6)	650 (26,1)	674 (27,1)
	Harstad	714 (16,6)	478 (11,1)	1369 (34,8)	826 (21,0)
Helgeland	Rana	436 (17,8)	281 (11,5)	892 (27,2)	747 (22,8)
	Vefsn	209 (14,6)	204 (14,2)	383 (25,1)	352 (23,1)
	Sandnessjøen	284 (15,4)	245 (13,3)	696 (23,9)	550 (18,8)
Helse Finnmark	Kirkenes	348 (14,4)	226 (9,3)	596 (29,6)	321 (15,9)
	Hammerfest	516 (14,3)	270 (7,4)	1075 (24,8)	430 (9,9)

Kilde: Tall innhentet fra SINTEF

Ser vi på utviklingen fra 2001 til 2002, viste antallet sykehusopphold for pasientgruppene over 67 år en økning, men med noe variasjon innenfor ulike enheter og avdelingstyper.

Siden det bare er UNN som har egen geriatrik avdeling, er det også bare her det er registrert sykehusopphold spesifisert som geriatri. Tallene for 2001 og 2002 på geriatrike poster på UNN var som følger, fordelt på innlagte i sengeposter og daghospital:

Tabell 3: Antall sykehusopphold ved UNN i geriatrike avdelinger/poster i 2001 og 2002

	50-66		67-79		80+	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002
Sengepost	1	3	55	38	67	26
Sengepost	3		88	101	123	156
Daghospital	7	14	439	328	296	306
Total	11	17	582	467	486	488

Kilde: Tall innhentet fra SINTEF

Vurdering

Tallene fra SINTEF viser at eldre pasienter utgjør omtrent halvparten av alle innleggelse ved de medisinske avdelingene i regionen og at hver femte pasient er over 80 år. På de kirurgiske avdelingene er vel en fjerdedel av pasientene eldre og hver niende pasient over 80 år. Dette understreker behovet for å vurdere nærmere hvilket tilbud regionens sykehus gir den eldre og eldste del av befolkningen.

2.5.2 Kapasiteten ved de indremedisinske avdelingene i Helse Nord

Overbelegg ved kliniske avdelinger påvirkes av flere forhold enn sengetallet. Andelen øyeblikkelig-hjelp innleggelse, samarbeid mellom sykehusavdelinger, utskrivningspraksis, forekomsten av utskrivningsklare pasienter, det kommunale tilbud og samarbeid mellom sykehuset og kommunen har også betydning.

I veileder for Helsetilsynets/fylkeslegenes oppfølging av overbelegg og korridorpatienter (Statens Helsetilsyn 2000, IK 2730) er gjennomsnittlig beleggprosent foreslått som en indikator for å måle overbelegg ved sykehus. Det anbefales at gjennomsnittlig beleggprosent ikke bør overstige 85 % for avdelinger med høy andel øyeblikkelig hjelp. Et overbelegg utover 10-15 % av ordinær sengekapasitet gir risiko for ”uforsvarlig virksomhet.” Beleggprosenten ved indremedisinske avdelinger i Helse Nord i årene 1994, 1996 og 2000 viste følgende utvikling:

Tabell 4: Beleggsprosent ved indremedisinske avdelinger i Helse Nord 1994-2000

	1994	1996	2000
Kirkenes	111	99	74
Hammerfest	92	101	89
Regionsykehuset i Tromsø	101	107	82
Harstad	83	94	92
Narvik	99	110	95
Nordland sentralsykehus	100	101	103
Lofoten	112	89	99
Stokmarknes		98	104
Rana		95	92
Sandnessjøen	105	111	82
Vefsn	91	89	90

Kilde: *Overbelegg og korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i landets somatiske sykehus. Utviklingen 1997-2001.* Oslo juni 2002. Statens Helsetilsyn. IK-2764

I 1999 hadde Helse Nord 500 effektive senger²¹ i indremedisinske avdelinger. Dette tallet var i 2002 redusert til 414. I en kartleggingsuke ved samtlige indremedisinske avdelinger i Helse Nord fra september 2002, fant Helsetilsynet at belegget gjennomsnittlig var på 93 %. Antall korridorpasienter per 1000 effektive senger var 22. Det var lavest i landet. Antall utskrivningsklare pasienter per 1000 effektive senger var 60. Det var nest høyest i landet, men forskjellene her var små.

Vurdering

Samlet synes dette å tyde på at landsdelen *ikke* har noe overkapasitet på indremedisinske senger. Tvert imot indikerer en beleggsprosent på over 90 ved de fleste sykehusene at det vil være behov for flere senger innen indremedisin i årene fremover.

2.5.3 Ventetider

Omfanget av ventelister for utredning og behandling er et uttrykk for aktivitet, men også et kvalitetsmål. Eldre pasienter som har akutte lidelser blir vanligvis forsøkt tatt inn med en gang, og ellers tar avdelingen inn pasienter etter alvorlighetsgrad. *Ventetider* (historiske ventetider) ved alle sykehusene i Norge blir lagt ut på www.sykehusvalg.net.²²

En av de få kategoriene som kan knyttes til geriatri, er samlekategorien ”*utredning kognitiv svikt/demens eller funksjonssvikt*”. Ventetidene ved sykehusene i regionen per 17.12.2003:

Tabell 5:
Ventetider for utredning kognitiv svikt/demens eller funksjonssvikt ved sykehus i Helse Nord

Utredning kognitiv svikt/demens eller funksjonssvikt		
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	Poliklinikk	4 uker
UNN	Poliklinikk	12 uker
Nordlandssykehuset Bodø	Poliklinikk	12 uker
	Innleggelse	12 uker
Hålogalandssykehuset Narvik	Poliklinikk	30 uker
Hålogalandssykehuset Harstad	Poliklinikk	6 uker
Hålogalandssykehuset Stokmarknes	Innleggelse	0 uker

Kilde: www.sykehusvalg.net – tall oppdatert i løpet av oktober – desember 2003.

²¹ Begrepet ”effektive senger” henspiller på det faktiske antall senger avdelingen hadde i drift på tidspunktet.

²² Sykehusene har imidlertid påpekt at disse tallene ikke alltid samsvarer med de faktiske ventelistene som sykehusene selv opererer med.

Vurdering

Mens 12 ukers ventetid for en demensutredning kan aksepteres, kan en tilsvarende ventetid for akutt funksjonssvikt hos en geriatrisk pasient medføre varig invaliditet eller død. Selv ved en langsom funksjonssvikt kan 12 ukers ventetid på utredning medføre alvorlige konsekvenser for pasienten.

Siden mental og fysisk funksjonssvikt er slått sammen i statistikken, er det ikke mulig å vurdere disse ventetidene nærmere. Den vesentligste grunnen til at geriatriske pasienter ikke tåler lange ventetider, er at deres reduserte reserver medfører en tiltagende svikt fra andre organer enn det som først ga symptomer. I neste omgang vil dette medføre lengre rekonvalesens for å gjenvinne tapt funksjon.

2.5.4 Kvalitetsindikatorer og pasienttilfredshet

Helsevesenet er nok mest vant til å måle *aktiviteten*, f eks ved å telle antall pasienter som blir behandlet for ulike diagnoser. Måling av *kvaliteten* på behandling og tjenester har ikke vært like godt utviklet. Det arbeides nå på nasjonalt nivå for å etablere såkalte kvalitetsindikatorer, og i løpet av 2003 startet rapportering på korridorpatienter, epikrisetid, sykehusinfeksjoner, pre-operativ liggetid ved lårhalsbrudd og tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon. Indikatorsettet inkluderer også målinger på *pasienttilfredshet*²³. Indikatorsettet skal utvides.

Vurdering

I desember 2003 offentliggjorde SINTEF den første samlede gjennomgangen av resultater på kvalitetsindikatorerne på nasjonalt nivå.²⁴ Datagrunnlaget er hittil lite, men sykehusene i Helse Nord har oppnådd forholdsvis gode tall sammenlignet med øvrige regioner. Pasienttilfredshetsundersøkelsene gir et bilde av at pasientene ved norske sykehus jevnt over er godt fornøyd med tjenestene.

Det er til nå ikke etablert kvalitetsindikatorer spesielt innenfor geriatri, men forslag til enkelte kvalitetsindikatorer i geriatri er lagt fram for Lægeforeningen fra det geriatriske fagmiljøet.

2.5.5 Medarbeidertilfredshet

Det er ikke gjort systematiske *medarbeiderundersøkelser* i regionen. Det er gjennomført tre miljøundersøkelser blant de ansatte ved geriatrisk avdeling ved UNN, senest høsten 2003. Ellers gjennomføres medarbeidersamtaler jevnlig blant de ansatte.

Vurdering

Resultatene fra de medarbeiderundersøkelsene som er gjort ved UNN, viser at de ansatte opplever geriatri som et spennende og interessant arbeidsfelt, og at arbeidsmiljøet er godt.

²³ Kvalitetsindikatoren pasienttilfredshet bygges opp av fire hovedindikatorer for kvalitet; pasientrapportert informasjon, pasienterfaringer med personalet, pasientrapportert organisering og pasientrapportert standard.

²⁴ Kalseth, B: "Kvalitet på sykehustjenestene – nasjonal og regional satsing" i Samdata sykehus rapport. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2003. rapport 4/03.

2.6 Utdanningstilbudet innen geriatri og eldreomsorg i regionen

2.6.1 Utdanning av medisinerere

Medisinerstudenter i Tromsø får geriatri i den såkalte "Livsløpeterminen" i fjerde år av studiet, da studentene har pediatri, gynekologi og geriatri samtidig. Studentene får ca 35 timer kateterundervisning i geriatriiske tema, og alle får tre timer uketjeneste ved avdelingen i små grupper ("bed-side teaching"). Femte år har medisinerstudentene en valgfri oppgave, som også kan være i et geriatriisk emne. Avslutningsåret er det oppsummeringstimer, såkalte integrerte klinikker hvor hovedområder i geriatri blir repetert.

Vurdering

Medisinerstudentene evaluerer undervisningen i geriatri som god. Det hadde vært ønskelig med mer uketjeneste (mer tid på avdelingen), og det krever styrket legestab. Det bør stimuleres til at studenter velger geriatriiske tema i sin valgfrie oppgave. Det kan øke deres interesse for faget og dermed lette rekrutteringen, og kan gi støtet til videre forskningsvirksomhet. Dette vil kreve veiledning og aktiv innsats fra geriatriisk avdeling.

2.6.2 Utdanning i legespesialiteten geriatri

Utdanningen av legespesialister i geriatri krever i dag full indremedisinsk spesialisering med seks års tjeneste, hvorav to år på en geriatriisk avdeling/enhet. Det er bare UNN som har utdanningsstillinger i geriatri i regionen i dag. Geriatriisk avdeling har utdannet 3-4 geriater de siste 10 årene.

Det arbeides med utvikling av en egen spesialitet i aldersmedisin som bygger på spesialistutdanningen i allmennmedisin. Siktemålet er her en spesialisering i retning av sykehjemsmedisin.

Vurdering

Det er helt avgjørende at Nord-Norge klarer både å øke og bedre utdanningen i geriatri. For å klare det, må UNN få de nødvendige ressurser. Gruppen vil derfor gi prioritet til et prosjekt ved geriatriisk avdeling for å utvikle et effektivt utdanningstilbud i geriatri. Det bør også opprettes en ass.legestilling med 50 % forskning. Dette vil være den beste måten å få utdannet flere spesialister. Endelig er det viktig å få besatt professoratet i geriatri.

Hvis det opprettes en egen spesialitet i aldersmedisin (eller omsorgsgeriatri), blir det viktig å utvikle utdanningsprogram og rekruttere allmennpraktikere til denne utdanningen. Dette vil ha stor betydning for geriatrien i landsdelen.

2.6.3 Utdanning av øvrig helsepersonell

Utdanning av helsepersonell (fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere og tannpleiere²⁵) som har oppgaver knyttet spesifikt til eldres helse, reguleres av rammeplaner som godkjennes av departementet. Ut fra Rammeplanen skal det utarbeides fagplaner som godkjennes i Høgskolens styre.

I rammeplanene for *helse – og sosialfagutdanningene* er det etablert en felles innholdsdel (30 studiepoeng) som har sin forankring i betydningen av tverrfaglig samarbeid for å løse de sammensatte problemene i helse- og sosialsektoren. Tema er vitenskapsteori og forskningsmetode, etikk, stats- og kommunalkunnskap, helse og sosialpolitikk,

²⁵ Det er en toårig tannpleierutdanning på høgskolenivå i Nord-Norge.

kommunikasjon, samhandling og konfliktløsning. Rammeplanene for alle treårige høyskoleutdanninger er under bearbeidelse. De nye forslagene skal gjelde fra høsten 2004.

Det fokuseres på gerontologi og geriatri ved de fleste grunn- og videreutdanningstilbudene innen helse- og sosialfag som høyskolene i Nord-Norge gir (nærmere beskrivelse i vedlegget). Nedenfor følger en oversikt over de *grunn- og videreutdanningstilbud* som har betydning for geriatrien i de nordligste fylkene.

Tabell 6: Oversikt grunn- og videreutdanningstilbud med geriatri i Nord-Norge

Utdanningsinstitusjon	Grunnutdanning	Videreutdanning	Kapasitet per år
Høgskolen i Finnmark	Sykepleierutdanning		70 studenter
		Smerte og smertebehandling	20 - 30 studenter
Høgskolen i Tromsø	Sykepleierutdanning		110 studenter
	Fysioterapeututdanning		26 studenter
	Ergoterapeututdanning		24 studenter
	Tannpleierutdanning (toårig)		12 studenter
		Videreutdanning aldring og eldreomsorg (tverrfaglig) gamle.	20 studenter på heltid for disse to utdanninger, 40 når studiet er på deltid.
		Videreutdanning i demens og alderspsykiatri (tverrfaglig).	
		Planlegger videreutdanning i nevrologisk fysioterapi (60 studiepoeng) fra høsten 2005	
Høgskolen i Harstad	Sykepleierutdanning		60 studenter
	Vernepleierutdanning		95 studenter
		Rehabilitering	13 studenter
Høgskolen i Narvik	Sykepleierutdanning		50 studenter
Høgskolen i Nesna	Sykepleierutdanning		30 studenter per opptak
Høgskolen i Bodø	Sykepleierutdanning		170 studenter
		Videreutdanning innen aldring og eldreomsorg.	7 studenter

Kilde: høyskolenes egne opplysninger

Sykepleierutdanningen (180 studiepoeng) utdanner flest kandidater per år (ca 475 sykepleiere per år). Den reguleres av "Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning" fastsatt av KUF i 2000. Praksisstudiene utgjør halvparten av studiepoengene, hvorav 10 uker knyttes til ferdigheter, forberedelse og refleksjon over praksis. 50 uker er praksisstudier i samarbeid med pasienter og pårørende, hvorav minst 12 uker skal være knyttet til sykepleietjeneste i kommune, *eldreomsorg* og hjemmesykepleie.

Videreutdanningstilbud som ikke er knyttet direkte til eldre, gerontologi og geriatri, tar også opp problemstillinger knyttet til gamle menneskers helse innen det aktuelle området. Eksempelvis ved Høgskolen i Finnmark er det en videreutdanning innen *Smerte- og smertebehandling* på 30 studiepoeng der et av temaene er smerte hos eldre (se vedlegget).

Vurdering

Videreutdanningstilbudene har slitt med at det ikke har vært nok søkere til tilbudene. Videreutdanning i aldring og eldreomsorg er f.eks lagt ned ved Høgskolen i Finnmark på grunn av liten søkning. Grunnen kan være at utdanningen konkurrerer med mange andre tilbud (spesielt sykepleie), at den ikke er rettet mot den kunnskap utøverne trenger, at kapasiteten er for høy og at miljøene på sykehus og i kommunehelsetjenesten ikke er tydelige nok på at de trenger mer kunnskap innen området. Dessuten er det ikke stipendordninger som stimulerer til å ta denne typen videreutdanninger, slik det finnes på andre fagfelt.

2.7 Forskning og utvikling

Det er en rekke forsømte oppgaver knyttet til forskning, evaluering og gode retningslinjer for behandling og pleie av eldre, men dette gjelder ikke bare Nord-Norge. Dette stadfestes bl.a. av Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) i deres rapport fra 2003, *"Helsetjenester og gamle - hva er kunnskapsgrunnlaget? En vurdering og formidling av internasjonale litteraturoversikter"*.

Fagmiljøet i Tromsø har siden 1997 fått bevilgninger over statsbudsjettet til forskningsprogrammet *"Gammel i fremtidens samfunn"*. Senter for aldersforskning i Tromsø (SAT) ble formelt etablert i 2000, med en styringsgruppe, et forskningscenter og et forum. Fra 2004 finansieres senteret via Helse Nord RHF's forskningsmidler (nytt tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske kompetansesentra). Høsten 2003 ble systemet for tildeling av forskningsmidler endret. SAT skal etter dette inkludere rehabilitering og primærhelsetjenesteforskning i tillegg til geriatrisk forskning. Programstyrets sammensetning er endret i tråd med dette. Det er fortsatt en øvre ramme for tildelingen, men SAT får tildelt midler på bakgrunn av antall forskningsprosjekter.

Den tverrfaglige forskningen ved SAT består av rundt 20 prosjekter knyttet til medisinsk, helsefaglig og samfunnsfaglig forskning om eldre. I tillegg er det ansatt en daglig leder i 50 % stilling og en professor II i gerontologi.

Den daglige kliniske driften ved geriatrisk avdeling, UNN krever så mye tid og oppmerksomhet at det blir lite ressurser igjen til å drive forskning og fagutvikling. Dette gjelder så vel leger som det øvrige personalet.

Undervisningssykehjemmene i regionen (Kroken sykehjem i Tromsø og sykehjemmet i Karasjok) inngår i det nasjonale programmet for undervisningssykehjem der fokus har vært kompetanseutvikling, fagutvikling og forskning. Prosjektet ble avsluttet 31.12.03, men virksomheten skal videreføres/utvikles. Hvilken form undervisningssykehjemmene skal få for å sikre overføringen av resultater og erfaringer til andre sykehjem og kommuner, skal bestemmes i 2004. Samarbeid om aldersforskning i regionen blir dermed viktig.

Vurdering

Geriatrisk avdeling må styrkes for å kunne oppfylle rollen som motor i utviklingen av geriatrien i landsdelen, der forskning og fagutvikling er sentrale komponenter.

Gjennom SAT har det lyktes å etablere aldersforskning i Tromsø, og senteret har vist seg å være både produktivt og levedyktig. Det har vist seg lettere å engasjere samfunnsforskere enn leger og sykepleiere i forskningen. Det reflekterer den nasjonale situasjonen: forskning i gerontologi (aldersprosessen og eldres situasjon i samfunnet) har fått mer interesse og ressurser enn forskning i geriatri (eldres sykdommer). Dette henger sammen med geriatriens svake stilling i Norge. Det er viktig å føre aldersforskningen og SAT videre, og målet må være å utvide og styrke programmet, spesielt den geriatriske delen. Dette er også i tråd med Helse Nord's plan om å utvide programmet til å omfatte rehabilitering og primærhelsetjeneste.

2.8 Helhetsvurdering av helsetilbudet til eldre i Helse Nord

Helsetjenesten for eldre omfatter mer enn geriatriske tilbud på sykehus. Selv om denne handlingsplanen tar for seg spesialisthelsetjenesten og dens tilbud til eldre pasienter, så mener prosjektgruppen at det er viktig å se hele behandlingsskjeden under ett når vi skal vurdere situasjonen.

Helsetjenestene til eldre per 2004 kan oppsummeres slik:

- Den høyspesialiserte tjenesten og den akuttmedisinske behandling gamle pasienter får på sykehus, innen f eks kardiologi eller ortopedi, er ofte meget god. Men kort liggetid og utstrakt grenspesialisering innen indremedisin medfører at vurderingen av helheten i den geriatrike pasientens sykdomsbilde og sosiale situasjon ikke blir tilstrekkelig ivaretatt.
- Geriatrik medisin på sykehus har god kvalitet, men er for lite utbygd. Det mangler et geriatrik tilbud på de fleste sykehusene i regionen. Det er for få senger, for få geriater og stor mangel på geriatrike team. Det er også lite kapasitet til overs for områdegeriatrik virksomhet. Virksomheten er generelt sårbar.
- Primærhelsetjenesten (fastlegene) har stort sett god kvalitet og tar hånd om mange gamle på en god måte. Den forebyggende aktiviteten er imidlertid for svak.
- Sykehjemmene har alt for lav legedekning og svært ofte vekslende legetjeneste. Det gir dårlig kontinuitet, og bidrar til at diagnostikk og behandling blir mangelfull eller kan resultere i ukritisk legemiddelbruk. Diagnostikk i sykehjemmene gjøres ofte på grunnlag av observasjon gjort av andre enn legen selv. Det gis forholdsvis lite veiledning til sykehjemmene fra spesialisthelsetjenesten.
- Legetjenestene i bo- og aktivitetssentra og i omsorgsboliger er ofte mangelfull. Det legges stort ansvar på hjemmesykepleien. Den hemmes på sin side av kort tid for hver bruker og ofte mangelfull kontinuitet overfor den enkelte pasient.

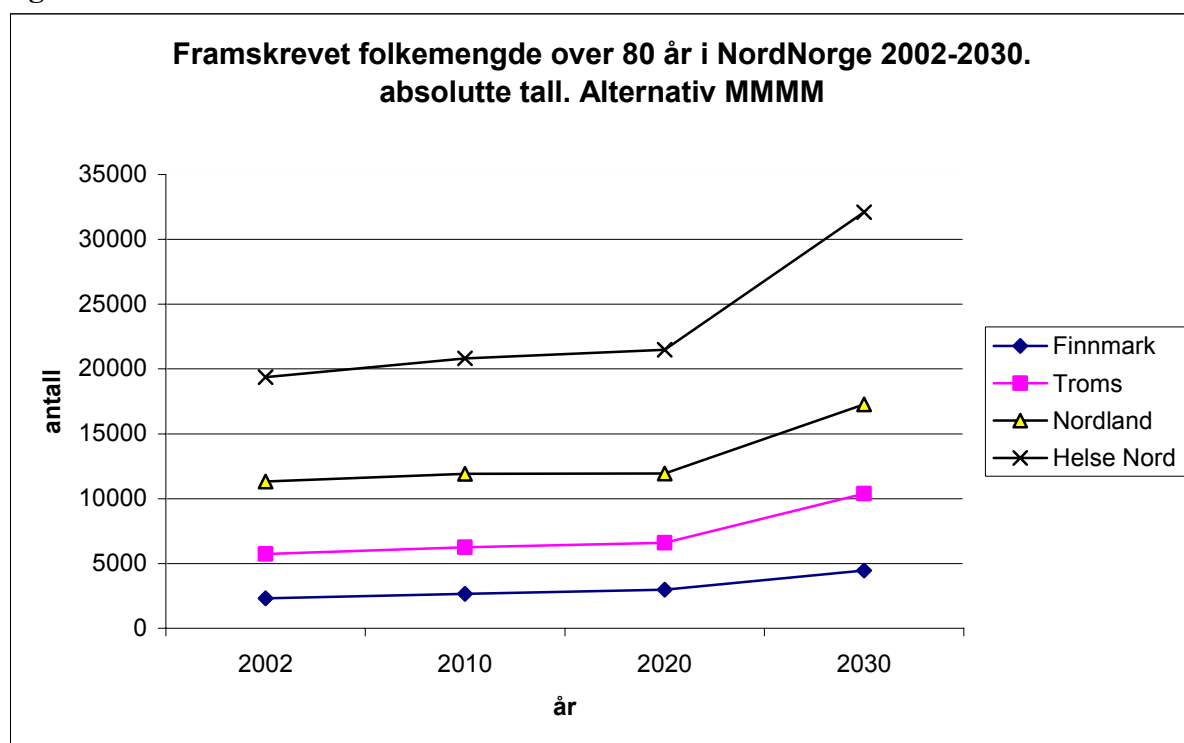
3. SENTRALE UTVIKLINGSTENDENSER

3.1 ”Eldrebølgen”

Hovedkonklusjonen fra de seneste befolkningsframskrivningene fra Statistisk sentralbyrå (2003) er at det blir enda flere eldre i årene som kommer enn tidligere antatt. Det blir en liten nedgang på grunn av små fødselskull på 1930-tallet. Deretter vil antallet personer 67 og over øke kraftig fram mot 2050, til ca det doble av i dag, og 200 000 mer enn beregnet ved forrige framskrivning i 1999. Andelen over 67 vil antakelig øke fra 14 % til mellom 19-22%. (tabeller befolkningstall se vedlegget). Denne utviklingen tilsier at stadig større deler av kapasiteten i helsevesenet vil opptas av de eldste aldersgruppene.

Hovedårsaken er at levealderen øker mer enn antatt, og særlig tallet på de eldste eldre (over 90 år). Utviklingen i Nord-Norge vil følge resten av landet, men i en ”forsinket” utgave på grunn av at befolkningen i dag er noe yngre. Samtidig er levealderen noe kortere. Hvis vi ser på utviklingen i de tre nordligste fylkene etter et midlere fremskrivningsalternativ, ser vi en slik utvikling fram mot 2030 for befolkningen over 80 år:

Figur 1:



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Befolkningens sammensetning vil også få betydning. Utviklingen er her som i resten av landet. De små kommunene (særlig på kysten) preges mer og mer av en stadig eldre befolkning på grunn av sentraliseringen til byer og kommunesentra. De tre store tilflyttingsområdene i landsdelen, Bodø, Tromsø og Alta, opplever derimot økt press.

Det har skjedd store endringer i familiestrukturen de siste 20-30 årene. Færre gamle har familien rundt seg til å dekke opp omsorgsbehovet. Andelen som lever alene hele livet øker i hele befolkningen. Konsekvensene av "eldrebølgen" kan derfor bli et økende behandlings- og omsorgsbehov – og samtidig blir det relativt sett færre som kan gi de nødvendige tilbud.

3.2 Livsstil, levekår og sykdomspanorama

Ny kunnskap gir bedre behandling for lidelser som preger alderdommen. Dette gjør at mange eldre får både økt levealder og økt livskvalitet. Men selv om flere eldre får leve lengre som funksjonsfriske, er det foreløpig intet som tyder på at behovet for pleie og omsorg i de siste årene av levetiden vil bli mindre. "Scenario 2030"²⁶ analyserte utviklingen innen ni sykdommer som særlig rammer eldre, og ved en fremskrivning til 2030 ble det anslått en økning på 40-60% i antallet sykdomstilfeller.²⁷

Antallet demenslidelser vil øke fordi det blir flere av de eldste eldre, som er mest utsatt for demens. Det kan av samme grunn bli flere med hjerte- og karsykdommer, kreft, sansesvikt av ulike slag, beinskjørhet og brudd. Andre sykdommer, som sukkersyke og blodtrykkssykdom, øker på grunn av livsstilen; mindre fysisk aktivitet og mer uheldige kostvaner. Det er i så måte en uheldig trend at mange innen helsevesenet har beveget seg bort fra forebyggings- og folkehelseperspektivet og konsentrerer seg nesten utelukkende om behandling. Det er en

²⁶ Scenario 2030. Sykdomsutviklingen hos eldre fram til 2030. Nasjonalt geriatriprogram. Utredningsserie 6-99. Statens helsetilsyn

²⁷ Rapporten bygger på undersøkelser av insidens for aldersdemens, slag, kreft og lårhalsbrudd og prevalens for blodtrykksbehandling, hjertesvikt, diabetes og leddgikt, samt utførte operasjoner for hofteproteser.

generell økning av psykiske lidelser, og i tråd med dette er det sannsynlig at det blir flere eldre med psykiske lidelser i framtida.

Det er vanskelig å peke ut noen vanlige tilstander som rammer eldre der en forventer en *nedgang* av betydning, med mindre det kommer nye gjennombrudd i behandlingen av vanlige aldersrelaterte sykdommer.

3.3 Nye rettigheter og nye krav

Fremtidens eldre vil sannsynligvis stille nye krav til helsevesenets utforming og innhold, på grunn av økende bevisstgjøring om pasientrettigheter. Skjerpingene i lov- og regelverk bidrar til økt oppmerksomhet rundt dette. Dessuten er etterkrigsgenerasjonene blitt vant med å fremme sine krav med større styrke enn tidligere generasjoner.

”De eldre” som gruppe vil bli mer heterogen i framtida. Eldre reiser mer, utvider kunnskapene sine og henter informasjon på internett. Det vil være flere friske, aktive gamle som ønsker meningsfylte aktiviteter på egne premisser. Men med økende alder vil også stadig flere preges av varierende grad av sykdommer og plager, f eks mental eller fysisk funksjonssvikt, demens eller kroniske tilstander, som begrenser livsutfoldelsen og øker hjelpebehovet.

3.4 Utviklingen innen helsevesenet – hvordan balansere mellom kvalitet og kostnadseffektivitet

Befolkningens krav til helsevesenet vil fortsatt være et likeverdig tilbud, fleksibelt og med høy kvalitet. Det skal møte befolkningens ulike behov i rimelig nærhet av der de bor, samtidig som kravene til en kostnadseffektiv drift innen trange økonomiske rammer sannsynligvis vil øke. Disse utfordringene vil ikke bli mindre i fremtiden.

Nord-Norge har mange kommuner med små befolkninger og geografisk store avstander. De unge flytter til ”sentrum,” mens de eldre blir igjen i distriktene. Dette vil øke presset på de offentlige tjenestene i små og perifere kommuner. Handlingsplanen for eldreomsorg har gitt flere sykehjemssenger og omsorgsboliger, men bemanningsfaktoren er fortsatt et problem. Det loves sterkere satsing på kvalitet i behandlingen og skjerpet fokus på innholdet i sykehjemmene.

En positiv trend er at det synes å gå mot en betydelig tilgang på nye leger i de nærmeste årene. Dette må få betydning for legedekningen også i nord. Fastlegereformen vil også ha positiv effekt for eldre, forutsatt at legene er interessert i denne pasientgruppen. Et godt samarbeid mellom tjenester og nivå er avgjørende for hvordan pasientene opplever helsetjenesten. Det blir viktig å finne gode løsninger for pasienter i intermediasjonen mellom sykehus og kommune, spesielt for de som defineres som utskrivningsklare fra sykehusene.

Den medisinskfaglige og teknologiske utviklingen vil gi ytterligere grenspesialisering og fokus på kvalitet. Befolkningen har også krav til kvalitet og behov for nærhet til tjenestene. Sammen med de økonomiske rammene for sykehusdriften, vil alt dette få avgjørende innvirkning på den videre utviklingen, også innen geriatrien.

4. HANDLINGSPLAN MED TILTAK 2004-2010

Gruppens viktigste forslag er at det skal opprettes tverrfaglig geriatrisk virksomhet ved alle de medisinske avdelingene ved sykehusene i Helse Nord. Virksomheten skal omfatte en geriatrisk sengeenhet for akutt geriatri og geriatrisk rehabilitering. Den skal ha et poliklinisk tilbud og en geriatrisk områdevirksomhet. De geriatriske sengene anbefales opprettet i nær tilknytning til de eksisterende slagenhetene. Områdevirksomheten sees i sammenheng med ambulerende team innen rehabilitering og alderspsykiatri.

Det blir redegjort i detalj for disse og øvrige forslag i avsnitt 4.2 og 4.3. Avsnitt 4.4 gir anbefalinger for samarbeidet med kommunehelsetjenesten. I avsnitt 4.5 belyses forhold knyttet til samiske eldre. Spørsmål om tilgang på personell, kompetansebehov, utdanning, forskning og utvikling behandles under 4.6 og 4.7. Samlet ressursbehov og prioritering av de foreslåtte tiltakene er presentert i avsnitt 4.8 og 4.9.

4.1 Nye mål og strategier for geriatrien i Helse Nord

4.1.1 Målgrupper

Målgruppen for handlingsplan i geriatri vil fortsatt være de geriatriske pasientene slik de er definert innledningsvis (jf avsnitt 1.3.3). Denne gruppen vil bli større i årene framover, og forventes å legge beslag på flere sykehussenger enn i dag. Geriatriske pasienter i henhold til den valgte definisjonen bør utredes og behandles av geriatriske team eller i spesielle geriatriske enheter. Gamle pasienter med i hovedsak en sykdom eller ett problem, skal primært behandles innen den relevante (gren)spesialitet eller innen kommunehelsetjenesten.

4.1.2 Behandlingsmål

Behandlingsmålet for denne gruppen pasienter med kroniske og sammensatte lidelser er å gjenopprette tapt funksjon, slik at pasienten oppnår størst mulig uavhengighet og livskvalitet.

4.1.3 Servicemål

- Ved *akutt* eller subakutt sykdom skal pasienten mottas *direkte i en geriatrisk enhet* med mindre et dominerende symptom tilsier plassering i en annen grenspesialitet, som for eksempel hjerteovervåking.
- Ved *andre utredningsbehov* (demensutredning unntatt) skal ventetiden fra henvisning til mottak i poliklinikk eller sengeenhet ikke overstige *tre uker*. Dette skal forhindre at sykdom i et organ med store aldersforandringer svekker andre organer slik at det utvikler seg et alvorlig sykdomsbilde med betydelig funksjonssvikt.
- Ved *innleggelse* skal det *snarest mulig* tas kontakt med hjemkommunen for å opprettholde kontinuiteten i behandlingsskjeden.
- Så snart det tverrfaglige team har fått vurdert pasienten, settes det opp en strategi for rehabiliterings- og utskrivingsfasen i samråd med pasienten, eventuelle pårørende og hjemkommunen. Dette gjøres i form av en *individuell plan*.
- Ved samarbeid mellom sykehus og kommune om geriatriske pasienter, skal sykehuset kontinuerlig bidra med *kompetanseoverføring* om fagområdet både generelt og i forbindelse med enkeltpasienter.

4.2 Organisering, ledelse og regionalt nettverk for geriatri i Helse Nord

4.2.1 Organisering og ledelse av geriatrisk virksomhet i Helse Nord

- Den geriatriske virksomheten skal ved de fleste sykehusene i regionen være en integrert del av den indremedisinske avdelingen, samlokalisert med slagenheten og med fast personale felles med denne. Ved større sykehus er det naturlig med en egen avdeling eller seksjon for geriatri (UNN og Nordlandssykehuset Bodø).
- *Det geriatriske team* organiseres som en enhet underlagt lederen for teamet, som igjen er underlagt avdelingsledelsen. Dette er nødvendig både for å bygge opp en felles behandlings- og rehabiliteringskultur, og for å kunne utnytte teamets medlemmer optimalt i den geriatriske virksomheten, både i poliklinikken, områdevirksomheten og i sengeenheten.
- Det må etableres nært samarbeid med rehabiliteringsteam og alderspsykiatrisk team.
- Den geriatriske spesialisthelsetjenesten skal først og fremst fungere tverrfaglig, i nært samarbeid med den kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenesten i sykehusets nedslagsfelt.
- For den geriatriske virksomheten er det lite aktuelt med funksjonsfordeling innen regionen, siden denne ikke inneholder spissfunksjoner. Det kan imidlertid oppstå behov for ”second opinion” ved et annet sykehus og unntagelsesvis behov for et 3. linjetilbud.

4.2.2 Etablering av regionalt nettverk for geriatri i Helse Nord

De geriatriske teamene og personalet ved sengeenhetene ved sykehusene vil sammen med undervisningssykehjemmene i landsdelen ha behov for en felles møteplass for å utveksle erfaringer og ta opp aktuelle problemstillinger. Dette er med på å vedlikeholde og utvide kunnskapsgrunnet. Det kan også være en viktig stimulans i det daglige arbeid med en utfordrende pasientgruppe, og bidra til større stabilitet i arbeidsstokken. Det er opprettet tilsvarende tverrfaglige nettverk innen geriatri og alderspsykiatri i andre regioner. Både de geriatriske teamene, personalet på sengeenhetene ved sykehusene og undervisningssykehjemmene bør tilknyttes nettverket.

Gruppens anbefalinger

- De som arbeider innen geriatri, slagrehabilitering og alderspsykiatri må årlig ha anledning til å møtes i et felles forum
- Det opprettes et regionalt nettverk i geriatri i Helse Nord. Geriatrisk avdeling ved UNN får ansvar for igangsetting av nettverket
- Nettverket må benytte IT- baserte løsninger
- Nettverket benyttes bl.a. til undervisning, erfaringsutveksling, diskusjon om aktuelle problemstillinger, møter etc. Aktuelle problemstillinger knyttet til forskning og utvikling bør også drøftes i nettverket
- Nettverket bør også drive veiledning, undervisning og kompetanseoppbygging i kommunehelsetjenesten, med sykehjem som særlig målgruppe.

4.3 Videreutvikling av det samlede geriatritilbudet i Helse Nord

4.3.1 Utvikling av UNN som motor for geriatrien i landsdelen

Eldre står for nesten halvparten av de somatiske sykehuskostnadene i Norge. I de fleste vestlige land er geriatri en etablert medisinsk spesialitet med gode universitetsavdelinger og etablerte forsknings- og utdanningsprogram. Det fins store lærebøker og en rekke internasjonale tidsskrift for geriatri.

I Norge er derimot geriatrien i en sørgelig stilling. Det er bare ca. 70 spesialister i geriatri blant nesten 20 000 leger i Norge, og flere store sykehus i Sør-Norge avvikler geriatriiske tilbud til fordel for høyspesialiserte indremedisinske avdelinger. Helse Nord er den første helseregionen i Norge som tar dette problemet på alvor og vil etablere et godt tilbud i geriatri for hele landsdelen.

For å lykkes, må geriatrien ha en motor - *en drivkraft* - her i Nord-Norge. Denne motoren må være *geriatriisk avdeling ved UNN*. Avdelingen må bli en modell for de andre geriatriiske tilbudene. Avdelingen må ha egnede lokaler og tilstrekkelig personell, samt mulighet til å utdanne spesialister og drive forskning. Det må derfor igangsettes flere tiltak for å sette avdelingen i stand til å fungere som en slik motor.

Gruppens anbefalinger

- Det igangsettes et *tidsavgrenset prosjekt ved geriatriisk avdeling, UNN* for å evaluere undervisningssituasjonen for studenter og spesialistkandidater i utdanningsstilling. Målet er å finne gode tiltak for å øke interessen for geriatri som fag og stimulere til rekruttering av geriater/helsepersonell med geriatriisk kompetanse. Særlig oppmerksomhet må rettes mot økt tilgang av nye leger. Prosjektet konkretiseres videre av Helse Nord i samarbeid med UNN og øvrige samarbeidspartnere. Se også anbefalingene i 4.6.1.
- Resultatene fra evalueringen må fortrest mulig komme inn i "ordinær drift".
- Prosjektlederstillingen kan videreføres som undervisningsansvarlig ved avdelingen.
- Professorat i geriatri må besettes så snart som mulig.
- Tiltakene må også ses i sammenheng med planene for opprustning av avdelingen. Jf avsnitt 4.3.3.

4.3.2 Etablering av tverrfaglig geriatriisk team ved alle sykehus

Statistikk over sykehusforbruket i 2002 viser at halvparten av pasientene som innlegges ved de medisinske avdelingene i Helse Nord er 67 år og eldre. Hver femte pasient er over 80 år. Den tidligere nevnte prevalensundersøkelsen fra 1998 (jf avsn.1.6) registrerte 42 % innlagte over 75 år. Disse hadde i gjennomsnitt 2,6 sykdommer og hver fjerde hadde minst fire ulike sykdommer. Det tilsier at de må møtes av spesialister med en bred generell kompetanse i indremedisin, fortrinnsvis geriatri.

En gjennomsnittsalder på 82 år betyr at de fleste har langt komne aldersforandringer. Disse aldersforandringene kan medføre uvanlige symptomer ved kjente sykdommer, høy sårbarhet ved bruk av medikamenter og betydelig fare for en dominoeffekt med svikt av andre organer enn det som primært førte til innleggelsen. Behandlingen krever inngående kunnskap om normale aldersforandringer og deres innvirkning på symptomatologi, behandling og prognose.

I denne aldersgruppen har syke mennesker ofte tilleggspolproblemer av sosial karakter, enten fordi de er enslige og bor alene, eller fordi de opplever en sviktende egenomsorg. Dette har stor innvirkning på deres muligheter til å komme seg igjen etter akutt sykdom. Motivasjon for å ta egne ressurser i bruk er et viktig ledd i behandlingsstrategien. Disse pasientenes behov kan etter gruppens mening, best møtes av helsepersonell med geriatriisk spesialkompetanse som samarbeider i et *tverrfaglig team*.

Gruppens anbefalinger

- Det opprettes *tverrfaglige geriatriiske team* ved alle somatiske sykehus i regionen
- Teamet bør minimum bestå av leger (enten geriater eller indremedisiner med spesiell interesse for geriatri), sykepleier og ergoterapeut/fysioterapeut, og det må ha en sekretærfunksjon for ekspedisjons- og kontorfunksjoner.

- Logoped, nevropsykolog, dietetiker og sosionom er yrkesgrupper som kan yte tjenester som geriatriske pasienter kan ha behov for både i utrednings-, behandlings- og rehabiliteringsfasen – uten at disse nødvendigvis skal inngå i teamet permanent.
- Eksisterende geriatritilbud i Narvik og Sandnessjøen må styrkes og utvides, slik at det blir fullverdige geriatritilbud i tråd med anbefalingene i dette og øvrige avsnitt i 4.3.

4.3.3 Behov for flere geriatriske senger ved sykehusene

Over 90 % av pasientene er innlagt som øyeblikkelig hjelp, og 87 % har vært innlagt tidligere. De er i dag spredt rundt på grenspesialiserte enheter, alt etter hvilket organ symptomene melder seg fra. Oppmerksomheten er i stor grad rettet mot det symptom som førte til innleggelsen. Hos geriatriske pasienter er dette imidlertid ofte bare ”toppen av isfjellet”. Beleggsprosenten viser at utnyttelsen av de medisinske sengene er høy ved de fleste sykehusene i Helse Nord, så høy at det enkelte steder nærmer seg grensen for det forsvarlige. Derved blir liggetiden presset ned, og det blir lite tid til å ivareta helheten i pasientens situasjon. Regionen har i dag bare 38 senger til sammen for akutt geriatri og geriatrisk rehabilitering.

Gamle pasienter med langt komne aldersforandringer trenger lengre tid for å gjenvinne sitt tidligere funksjonsnivå etter en sykdom eller etter utilsiktede bivirkninger av medikamenter. Utskrivning og tilbakeføring til kommunehelsetjenesten før tilstanden har stabilisert seg, har ofte som konsekvens at de kommer raskt inn igjen, som ”svingdørspasienter.” Ikke minst gjelder dette gamle med flere kroniske sykdommer.

En utpreget grenspesialisering innen medisinen har dessuten medført færre generalister i sykehusene. Generell indremedisin er på vikende front. Det er først og fremst geriatrien, med sin tverrfaglige tilnæringsmåte, som er i stand til å ivareta de komplekse sammensatte problemstillinger som mange av de eldste eldre har. Norske vitenskapelige studier (jf avsnitt 1.5), viser bedre utkomme både for geriatriske pasienter og slagpasienter som behandles ved egne tilpassede enheter, fremfor i ordinære medisinske sengeposter. Det samme gjelder gamle med lårhalsbrudd som får oppfølging gjennom et geriatrisk rehabiliteringsprogram. Sammenlignet med en vanlig ortopedisk avdeling, kan behandling i egen enhet gi færre reinnleggelser, forkorte sykehusoppholdet, og redusere kostnadene.

Prosjektgruppen påpeker at det er av sentral betydning at helseforetakene ikke kutter i sengetallet ved geriatri- eller slagbehandlingstilbud eller indremedisinske avdelinger samtidig som det planlegges å ruste opp tilbudene, jf tiltakene som foreslås i denne planen.

Gruppens anbefalinger

- *Det skal være geriatriske senger ved alle somatiske sykehus.*
- Pasienter som defineres som geriatriske pasienter (jf avsn.1.3.3) samles i et *eget avsnitt/sengeenhet* (i egen avdeling/seksjon eller innen medisinsk avdeling).
- Ca. 15 % av sengene ved medisinsk avdeling bør avsettes til dette formålet
- Sengeenheten må omfatte både akutt geriatri og geriatrisk rehabilitering, og må kunne ta inn pasienter elektivt til utredning og behandling av sykdomstilstander som ikke egner seg for poliklinisk intervensjon
- Ved Nordlandssykehuset Bodø etableres enheten som en egen avdeling/seksjon
- Sengetallet på geriatrisk avdeling UNN må opprettholdes og på sikt styrkes jf planene for avdelingen i ”Geriatrisk avdeling, UNN inn i framtiden”.
- Ved øvrige sykehus etableres enhetene med utgangspunkt i eksisterende slagenheter – se neste avsnitt

4.3.4 Opprustning av sykehusenes slagbehandlingstilbud

Som nevnt i avsnitt 2.3.1, er det er avsatt senger til slagbehandling ved alle sykehusene i regionen. Organiseringen av enhetene er svært forskjellig. Med unntak av UNN og Nordlandssykehuset i Bodø, er sengene integrert i medisinsk avdeling, som oftest i samarbeid med rehabiliteringsenheter (der det finnes). Det er forholdsvis få av personalet som har formell kompetanse i slagrehabilitering eller geriatri, men mange har lang erfaring i dette arbeidet i tverrfaglig sammenheng. Ergoterapeut og fysioterapeut er som oftest ikke fast tilknyttet enheten, men tar seg av slagpasienter ved siden av andre pasientgrupper og deltar i tverrfaglig møtevirksomhet. Det er svært få sykehus som har opprettet formelle slagteam med helhetsansvar for pasientgruppen.

Det er omfattende dokumentert, (jf avsnitt 1.5) at egne slagenheter, med fast personale med god kompetanse, tverrfaglig sammensatt slagteam og oppfølging etter utskrivning, viser best resultat både for overlevelse, bedret funksjonsevne og mulighet for å klare seg hjemme.

Med unntak av UNN og Nordlandssykehuset i Bodø, er slagenhetene ved sykehusene i Helse Nord for små til å ha fullstendige tverrfaglige slagteam. Personalet må som regel dekke andre oppgaver ved siden av. Flere steder er verken organisering eller kompetanseoppbygging optimal. Etter gruppens oppfatning er det et klart *behov for å ruste opp slagbehandlingen* ved alle sykehusene for å kunne oppnå de resultater som tidligere studier dokumenterer.

Gruppens anbefalinger

- Utvidelse og opprusting av slagenhetene må sees i sammenheng med oppbygging av geriatrivirksomheten ved de medisinske avdelingene i Helse Nord (jf forrige avsnitt).
- Ved hvert sykehus (medisinsk avdeling) avsettes minimum 8 til 10 *senger samlet til geriatri- og slagbehandling*. Konkret antall senger avhenger av sykehusets størrelse.
- Dette må være en *felles enhet* med fast personale på dagtid, for å bygge opp kompetanse og skape den felles behandlings- og rehabiliteringsfilosofi som er avgjørende for pasientenes muligheter til å gjenvinne helse og kontroll med sine liv.
- Ergoterapeut og fysioterapeut som er tilknyttet geriatriisk team må ha det som en del av sin arbeidsoppgave å betjene sengeenheten
- Det vil være naturlig at geriater eller indremedisiner med spesiell interesse for geriatri *leder disse kombinerte slag- og geriatrienhetene*.
- Pleietyngden tilsier at bemanningsfaktoren bør være like høy som på en vanlig rehabiliteringsavdeling
- Pasientene bør mottas i den akutte fasen og gis mulighet til lengre opphold enn det som er gjennomsnitt for medisinsk avdeling for øvrig

4.3.5 Styrking av akutt geriatri

Gamle pasienter med akutt sykdom på toppen av flere sammensatte lidelser, skal, jf servicemålet i avsn.4.1.3, legges direkte inn i en geriatriisk enhet, med mindre det dominerende symptom krever overvåking ved en annen spesialenhet. Det er nødvendig å starte rehabiliteringsprosessen allerede første dag, for å forhindre funksjonstap på grunn av et lengre sengeleie. Mange gamle vil også bli forvirret og urolige av kombinasjonen akutt sykdom og innleggelse. Disse pasientene må møtes av personale med spesialkompetanse i håndtering av forvirringstilstander, for å redusere eller helst unngå, behov for sedering med medikamenter. Av samme grunner må også slagpasientene mottas direkte i slagenheten. Begge pasientgrupper har behov for tilgang på medisinsk akuttkompetanse på døgnkontinuerlig basis.

Gruppen ser det derfor som mindre aktuelt å etablere geriatriisk virksomhet i forbindelse med rehabiliteringsenheter, som ikke har samme beredskap på akutte medisinske tilstander.

Gruppens anbefalinger

- Kombinerte geriatri- og slagenheter må settes i stand til å ta imot akutt syke geriatrike pasienter og slagpasienter i det akutte stadiet
- Begge grupper trenger tverrfaglig tilnærming fra første dag, av personell med spesialkunnskap om aldring og aldersforandringenes betydning for symptomatologi og medisinerer
- Personalet ved enhetene må få tilbud om *kompetanseoppbygging* som videreutdanning i geriatri og slagrehabilitering, deltagelse i *etterutdanningskurs og hospitering* ved tilsvarende enheter. Det etableres egne stipendordninger til dette. Se tiltak i avsnitt 4.6.2.

4.3.6 Den geriatrike rehabiliterings plass

Målet for geriatrik rehabilitering er at pasienten skal gjenvinne og opprettholde best mulig funksjonsnivå etter akutt sykdom eller skade, økt uavhengighet og bedre livskvalitet. *Den geriatrike rehabiliteringsprosessen* baserer seg på tidlig oppstart, grundig vurdering av helheten og utstrakt tverrfaglig samarbeid i gjennomføringen. Flytting til en rehabiliteringsenhet betyr nye omgivelser og nytt personale, noe geriatrike pasienter som regel er svært sårbare for. I rehabiliteringsenheter vil de gamle også møte mindre samlet geriatrik kompetanse. Rehabiliteringsenheter har gjerne mange yngre pasienter med til dels meget krevende rehabiliteringsprogram. Det kan gjøre prioritering av de eldste pasientene vanskelig. Gruppen ser det derfor som nødvendig at rehabiliteringen startes i akutfasen og videreføres av personalet som har behandlet pasienten gjennom denne fasen. Der det er etablert desentraliserte områdegeriatrike team, bør pasientene overflyttes dit dersom det er behov for lengre rehabilitering etter akutfasen.

Dette forhindrer ikke et *tett samarbeid* med rehabiliteringsenheter, om enkeltpasienter og felles utnyttelse av personell med spesialkompetanse (f eks logoped) på tvers av enheter.

Gruppens anbefalinger

- Geriatrik rehabilitering (herunder slagrehabilitering) må være en naturlig del av den geriatrike virksomhetens arbeidsoppgaver.
- Geriatrik rehabilitering bør starte i det akutte stadiet og videreføres i enheten gjennom oppholdet.
- Der det er etablert desentraliserte områdegeriatrike team (jf avsnitt 4.3.10) bør pasientene overflyttes dit ved behov for lengre rehabilitering etter akutfasen.

4.3.7 Geriatrik intervensjon ved andre enheter og avdelinger

Det vil fortsatt være geriatrike pasienter på andre enheter i medisinsk avdeling og i andre avdelinger i sykehuset, f eks ved ortopedisk seksjon, og som det ikke er naturlig å flytte over til geriatrik sengeenhet. Det geriatrike teamet bør her benyttes som *konsulenter* når det oppstår geriatrike problemstillinger, gjennom en utstrakt *”liaisonvirksomhet”*.

Gruppens anbefalinger

- Det geriatrike team bør ha i sin arbeidsinstruks å bidra med å spre geriatrik kompetanse til alle enheter i sykehuset som behandler gamle pasienter
- Det bør derfor avsettes tid for *konsultativ virksomhet* ved andre enheter uten at pasienten overflyttes til geriatrik sengepost.

4.3.8 Geriatriens ansvar og oppgaver knyttet til dødspleie

Ca 44 000 mennesker eller 1 % av befolkningen dør hvert år. Dødspleien er spesielt vanskelig hos yngre som dør av kreft, men denne gruppen utgjør likevel mindre enn 1 % av dødsfallene årlig. Ca. 84 % av dem som dør er 65 år eller eldre, og 77 % av dem dør *ikke* av kreft. I disse tilfeller krever ikke dødspleien store tekniske ressurser.

Målet før dødspleien er en god død når tiden er inne. Det er en vanskelig utfordring å stanse aktiv livsforlengende behandling når den ikke lenger har noen mening. Den gode dødspleien skal sørge for god lindring av plager, god sykepleie og god menneskelig og sjelelig omsorg. De pårørende skal delta og målet er at de skal få et godt minne. Sykehusene kan ha vansker med å skaffe tilstrekkelig ro omkring dødsleiet. Et økende antall i dag (40 %) dør i sykehjem.

Dødspleie er en viktig del av geriatrien, og hele det geriatriiske teamet må ta ansvar for å skape en god kultur rundt omsorgen for døende og deres pårørende. Det er også svært viktig at legen, som har det formelle ansvaret, er motivert for dette. Gruppen mener at geriateren er spesielt kvalifisert for å engasjere seg i vurderinger rundt den meningsløse livsforlengende behandling.

Gruppens anbefalinger

- Det må finnes tilstrekkelig personell til å ta seg av dødspleien
- Hele det geriatriiske team må ta ansvar for å skape en *god kultur for dødspleien*, og være motivert for å ta omsorg for døende pasienter og deres pårørende
- *Geriateren* må engasjere seg i vurderinger rundt livsforlengende behandling.

4.3.9 Etablering av poliklinikk for eldre i geriatriiske enheter

Det største antallet gamle pasienter vil bli tatt hånd om i kommunehelsetjenesten. En rekke pasienter med et sammensatt sykdomsbilde vil likevel trenge tilgang til *utredning på spesialistnivå og i sykehusets omfattende diagnostiske apparat, men ikke behov for innleggelse*. Dette kan f.eks. være gamle med uklare sykdomstilstander, fysisk og mental svikt av ukjent årsak, førerkortvurdering, falltendens, høyt medikamentforbruk, inkontinens. Flertallet av disse vil også ha behov for en tverrfaglig tilnærming.

Gruppens anbefalinger

- Det opprettes *poliklinikker for eldre ved alle geriatriiske enheter*
- Disse *bemannes av personalet i det geriatriiske team* (jf avsnitt 4.3.2). Det vil i hovedsak være behov for sykepleier og lege ved hver konsultasjon. Ergoterapeut og fysioterapeut trekkes inn etter behov. Likeledes er det behov for å trekke veksler på andre faggrupper, f.eks. logoped, diabetessykepleier, uroterapeut, sosionom, psykiatrisk ekspertise, ernæringsfysiolog.
- Poliklinikken må ha kapasitet til å ta imot pasienter til vurdering som øyeblikkelig hjelp.
- Ventetiden på polikliniske undersøkelser for øvrig må oppfylle servicemålene, jf 4.1.3.
- Poliklinikken må også bistå kommunehelsetjenesten med å koordinere henvisninger for pasienter som har behov for undersøkelser ved flere av sykehusets avdelinger slik at de gamle pasientene spares for gjentatte transporter.

4.3.10 Etablering av områdegeriatriisk virksomhet i regionen

For å få til en sammenhengende behandlingsskjede for geriatriiske pasienter, er det nødvendig å etablere *nær kontakt mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten*. Det er svært viktig at sykehusets personell reiser ut og gjør seg kjent med forholdene i den enkelte kommune. Det gir mulighet for å vurdere enkeltpasienter i hjemmesituasjonen, og vurdere pasienter der kommunen er usikker på om de skal henvises til poliklinikk eller innleggelse. Slik kan også

elektive innleggelser planlegges. Det er minst like viktig å legge til rette for en planmessig utskrivning og oppfølging etter sykehusoppholdet. En rekke studier viser at kombinasjonen av sykehusopphold og oppfølging etter utskrivning er det som gir best resultater for den geriatriske pasient.²⁸ På denne måten kan dessuten sykehuset få kvalitetssikret effekten av den intervensjon som ble gjort under sykehusoppholdet eller ved poliklinikken.

Kompetanseoverføring gjennom dialog, veiledning, rådgivning og undervisning kan også gjennomføres på denne måten. Ved å etablere et nært og tillitsfullt samarbeid mellom helsepersonell på tvers av nivåene, vil også problemer både når det gjelder snarlige behov for innleggelser, og tilretteleggelse av utskrivning kunne løses raskere. Når kontakten og tilliten er opprettet, vil mange spørsmål etter hvert kunne løses per telefon ol. Etablering av *områdegeriatrisk virksomhet i hele regionen* står derfor sentralt for å få dette til.

Gruppens anbefalinger

- Målet er at alle kommunene i regionen skal dekkes av et *områdegeriatrisk tilbud*.
- Det etableres *områdegeriatrisk virksomhet ved alle somatiske sykehusene* i regionen med utgangspunkt i de geriatriske team
- I områder med *store avstander* mellom sykehusene bør det opprettes områdegeriatriske tjenester, fortrinnsvis etter modell av OGT i Midt-Troms jf avsnitt 2.3.3. Dette gjelder først og fremst i Helse Finnmark, antydningvis med to team, underlagt UNN. Antall og plassering må konkretiseres nærmere.
- Personalressursene ved OGT i Midt-Troms må styrkes i tråd med det som er anført tidligere (avsnitt 2.3.3).
- OGT i Midt-Troms må ta et medansvar for å hjelpe de øvrige områdegeriatriske team i gang med sin virksomhet, f eks i form av råd, veiledning, hospitantordninger osv.
- Virksomhet rettet mot *felles pasientgrupper* må *samordnes med eventuelle andre team* innen rehabilitering, alderspsykiatri (jf neste avsnitt) og kreftomsorg. Dette må avklares nærmere.

4.3.11 Kontakt og samhandling med alderspsykiatrisk ekspertise

Depresjon er en vanlig og ofte underdiagnostisert tilstand blant gamle. Disse pasientene har ofte somatiske plager i tillegg, og henvises derfor til organrettede poliklinikker eller geriatrisk poliklinikk der disse finnes.

Aldersdemens er en organisk hjernelidelse og vil derfor ofte bli ”definert ut” av det psykiatriske ansvarsområdet med mindre pasientene har psykotiske tilleggssymptomer. Svært mange av disse pasientene utredes i dag i kommunene, og henvises til både geriatriske, nevrologiske og alderspsykiatriske poliklinikker der kommunene har behov for spesialistkompetanse. De utgjør flertallet av pasienthenvisningene ved mange geriatriske poliklinikker.

Gruppens anbefalinger

- Det må opprettes nær kontakt mellom det geriatriske team og den alderspsykiatriske ekspertise i hvert foretak, gjennom regelmessige *fellesmøter og samarbeid* om enkeltpasienter. Arbeidsdelingen mellom teamene må avklares nærmere.
- Lettere depresjoner og demensutredning som krever spesialistvurdering, tas hovedsakelig hånd om av det geriatriske team
- Ved tyngre depresjoner og alvorlige adferdsforstyrrelser hos demente, samt bruk av tvangstiltak, er det behov for tiltak fra alderspsykiatrien. Etter gruppens oppfatning fordrer dette en styrking av alderspsykiatriske tilbud i Helse Nord, både på sykehus og DPS.

²⁸ ”Helsetjenester og gamle – hva er kunnskapsgrunnlaget?” Senter for medisinsk metodevurdering (SMM) 2003.

4.4 Videreutvikling av den sammenhengende behandlingsskjede

4.4.1 Etablering av nye samarbeidsarenaer - Distriktsmedisinske sentra (DMS)

Mange innbyggere i Nord-Norge bor så langt fra sykehus at desentralisering av spesialisthelsetjenesten er det mest hensiktsmessige, både for å gi et bedre tilbud til befolkningen og av økonomiske grunner. Eksempler er Midt-Troms, Alta og Indre Finnmark. På disse stedene kan det være aktuelt å etablere ”Distriktsmedisinske sentre” (DMS).

DMS kan integrere sykestuefunksjoner, områdegeriatri, og desentraliserte spesialisthelsetjenester. De vil kunne gi et visst tilbud til akutt syke eldre, men vil mest av alt være et tilbud etter sykehusopphold, i form av medisinsk etterbehandling og rehabilitering som mest effektivt kan foregå nært pasientens bosted.

Gruppens anbefalinger

- DMS må ikke bli en hindring for at eldre pasienter får tilgang til sykehusenes totale diagnostiske og behandlingssmessige apparat når deres tilstand krever det. Terskelen for innleggelse på sykehus bør være lav, men et slikt senter kan gi den behandlingen som er nødvendig inntil utskrivning til eget hjem eller sykehjem er mulig.
- DMS må ikke bare fungere som et tilbud til de eldste pasientene, men kunne ta imot pasienter i alle aldre med behov for lengre sykehusopphold.
- Desentraliserte områdegeriatriske team kan være en integrert del av et DMS.

4.4.2 Samarbeidstiltak mellom sykehus og kommunehelsetjenesten

Terskelen for sykehusinnleggelse bør være lav, og samarbeidet om utskrivning fra sykehuset bør etableres tidlig under sykehusoppholdet. Ansvaret for oppfølgingen etter sykehusoppholdet må være klarlagt før pasienten utskrives. Samarbeidskontrakter om hvordan utskrivningene skal håndteres, fungerer gjerne bedre enn dagbøter, og hjelper til med å hindre at gamle pasienter opplever det uverdige ved å bli liggende i sykehus ”på overtid”.

I følge avsnitt 2.4 er sykehjemsmedisinen det svakeste leddet i behandlingsskjeden av geriatriske pasienter i dag. Spesialisthelsetjenesten må ha et særlig ansvar for å bidra til å heve kompetansen om geriatriske problemstillinger i sykehjemmene, ikke minst når det gjelder medikamenters virkning på mennesker med langt komne aldersforandringer. Samtidig må det skje en oppgradering av helsetjenestene til geriatriske pasienter med omfattende hjelpebehov og som bor i omsorgsboliger. En styrking av kommunehelsetjenestene vil komme sykehusene til gode, gjennom at pasientene henvises raskere til geriatrisk utredning, og innlegges før multiproblemer eller sosiale kriser fører til innleggelser som øyeblikkelig hjelp.

Gruppens anbefalinger

- *Det geriatriske team* må påta seg et spesielt ansvar for å *bistå alle ledd i behandlingsskjeden* mellom hjem og sykehus, for å sikre at pasienter med tidlig funksjonssvikt og sykdomsmanifestasjoner blir fanget opp i tide, før irreversible endringer har inntrådt (Jf veiledningsplikten i Lov om spesialisthelsetjenester).
- Det geriatriske team må etablere et nært *samarbeid* med kommunehelsetjenesten for å oppgradere sykehjemsmedisinen
- Det etableres samarbeidsavtaler mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten om håndtering av utskrivningsklare pasienter
- Sykehusene må utnytte IKT - baserte løsninger som kan fremme og forenkle samarbeid og samhandling med kommunehelsetjenesten
- Sykehusene bør stille seg positive til hospiteringsordninger ved de geriatriske enhetene fra ulike profesjonsgrupper innen den kommunale helsetjenesten

4.5 Grupper av eldre med behov for særlig oppfølging

4.5.1 Tiltak knyttet til eldre samiske pasienter

Den samiske befolkningen skal ha likeverdige helsetilbud som den øvrige befolkningen (jf NOU 1995:6 og handlingsplanen ”Mangfold og likeverd”). Tjenestene skal være integrert med den øvrige spesialisthelsetjenesten. Tilbudene må tilrettelegges gjennom å utvikle språkkompetanse, tolketjenester, kulturkunnskap og kulturforståelse blant personellet.

Oppmerksomheten har økt rundt samiske pasienters behov. Det i ferd med å bygges opp kompetanse. Likevel er nok situasjonen for eldre samer mye den samme i dag som den skisseres i faggrupperapporten i geriatri fra 1997:

”Den gamle samer hører til den gruppe eldre som i liten grad har gjort sine krav gjeldende. Det er svært lite skrevet eller utredet om denne gruppens behov. Det er blitt tatt lite hensyn til deres språk, kultur og levemåte i Helse- og sosialvesenet. Den gamle same forholder seg til helse- og sosialtjenester på en annen måte enn hva en norsk pasient gjør. Samene har et annet forhold til sykdom og helbredelse. Slekten og nærmiljøet har stor betydning når sykdom og sosiale problemer oppstår. Det kreves derfor spesiell innsikt av helse- og sosialpersonell som skal gi tilbud til samene.”

Eldre er generelt storforbrukere av helsetjenester. Det er viktig at den samiske gamle pasienten møtes av en helsetjeneste som har god forståelse og kunnskap om samisk språk og kultur. Det vil medvirke til økt behandlingskvalitet og livskvalitet for eldre samiske pasienter, som ofte faller utenfor dagens etablerte tilbud.

Gruppens anbefalinger

- For å styrke tilbud og kompetanse på eldre samiske pasienter, må *ett områdegeriatrik team som etableres i Finnmark bygge opp kompetanse om behandling og omsorg for samiske geriatrike pasienter*
- Eksisterende kompetansemiljø/tilbud til den samiske befolkning i Helse Nord må ha sentrale roller i utviklingen av tilbudene til eldre samiske pasienter (Helse Finnmark, UNN samisk avd. og Sonjatun kan nevnes)
- Eldre samiske pasienter vil også være en sentral pasientgruppe ved evt. etablering av nye spesialisthelsetjenestetilbud som særlig skal ivareta eldre pasienter, f eks sykestuefunksjoner, nærsykehusmodeller eller DMS
- Det er generell mangel på samisktalende personell. Tiltak for styrking av personalets kulturkompetanse vil være viktig innen alle fagområder og i hele regionen, ikke bare innen geriatri og i de samiske kjerneområdene.
- Det er viktig å øke kunnskapen om eldre samers situasjon og særlige behov. Forsknings- og utviklingsarbeid på slike tema må derfor oppmuntres

4.6 Behov for økt utdanning, rekruttering og kompetanse

4.6.1 Utdanning, rekruttering og kompetanse blant leger

De tiltakene som er foreslått krever i første omgang en tilgang på minst 10 geriaterstillinger for å dekke alle sykehusene. Hvis dette skal realiseres innen 2010, må utdanningskapasiteten økes. Det er i dag bare i Tromsø leger kan få slik spesialisering i Helse Nord. Det betyr at enkelte sykehus i en overgangsfase (eller kanskje også som en permanent ordning) må prøve å rekruttere en *spesialist i indremedisin med interesse for geriatri* til å gå inn i disse stillingene. Slik det geriatrike teams ansvarsområder er beskrevet, vil dette være en heltidsstilling.

For å bli spesialist i geriatri kreves 6 år indremedisin, hvorav to år på en geriatrik avdeling.

Dersom kapasiteten ved UNN utnyttes fullt ut fram mot 2010, kan det være seks leger som enten er ferdig utdannet eller på god vei til å bli geriater på dette tidspunkt.

De stedene som har geriatrikisk virksomhet i dag, har mulighet for å bli godkjent som utdannelsested dersom visse betingelser til variert tjeneste, undervisning og supervisjon oppfylles. Per i dag gjelder dette i første rekke Narvik, som har et oppegående team. Etter dagens regler må leger som utdannes her uansett til et større sykehus i gruppe I for å få andre år geriatri. Reglene er imidlertid under endring. Det er mindre aktuelt å få til dette i Sandnessjøen, der geriateren er alene. Dersom geriatrivirksomheten i Bodø kommer på bena, vil det være kurant å få denne godkjent som utdannelseinstitusjon gruppe I.

Like viktig vil det være å få aktuelle kandidater til å bli interessert i spesialisering i geriatri. Her blir det viktig å utnytte de erfaringene som er gjort andre steder og på andre fagområder.

Gruppens anbefalinger

- Universitetet i Tromsø oppfordres til å ta et initiativ overfor UNN og Geriatrikisk avdeling for å øke tilgangen på spesialister i geriatri i regionen, eventuelt etter mønster fra NTNU og St. Olavs hospital.
- Den før nevnte *evaluering av utdanningstilbudet ved UNN*, jf avsnitt 4.3.1, skal gi kunnskap om hva som skal til for at leger i utdanningsstillinger ved geriatrikisk avdeling vil velge å fullføre spesialisering i geriatri fremfor andre spesialiteter
- Det bør gjøres et aktivt fremstøt overfor avgangskullene i medisinerstudiet for å vinne deres interesse for geriatrifaget
- Det bør også vurderes ulike stimuleringsiltak for det store antallet nye leger som uteksamineres årlig i utlandet, i tillegg til kandidatene fra norske universitet. Dette kan bety en overproduksjon av leger. Visshet for stillinger i fremtiden kan være et viktig virkemiddel for rekruttering. Det kan opprettes øremerkede stillinger i geriatri ved sykehusene i regionen som utdanningskandidater vet de kan gå inn i ved fullført spesialisering. Et annet tiltak kan være opprettelse av D-stillinger og stipendiatstillinger ved sykehusene med tilbud om forskningsveiledning, noe som også stimulerer forskningsaktivitet.
- For å øke utdanningskapasiteten innen geriatri i regionen, vil etableringen av geriatriutbud og geriatristillinger ved Nordlandssykehuset i Bodø være et vesentlig bidrag.
- Hålogalandssykehuset, Narvik må også etableres som utdanningssted.

4.6.2 Øvrige helsepersonellgrupper

Opprettelse av geriatrikisk team og sengeenheter vil kreve *kompetanse om geriatrikiske problemstillinger også hos det øvrige personell* som sykepleiere, ergo- og fysioterapeuter. Det gjelder delvis personell som i dag arbeider ved slagenhetene og ved de geriatrikiske enhetene, men også personell som tilsettes i nyopprettede stillinger. Slik kompetanseheving kan skje i mange former, både som tilbud om formell videreutdanning, deltakelse i etterutdanningskurs og ved hospitering ved geriatrikiske enheter.

Gruppens anbefalinger

- Det opprettes en *stipendordning* for helsepersonell som vil ta videreutdanning på høyskolenivå med henblikk på å gå inn i den geriatrikiske virksomheten
- Det opprettes et *kursfond* som kan benyttes av personell i de nåværende slagenhetene, geriatrikiske enheter og personell som skal gå inn i den geriatrikiske virksomheten som skal etableres
- Det etableres *hospiteringsordninger* for alle helsepersonellgrupper som skal arbeide i geriatrien ved alle sykehus

4.7 Forskning og utvikling

Det er som nevnt en rekke forsømte oppgaver knyttet til forskning, evaluering og gode retningslinjer for behandling og pleie av eldre.

Det er viktig å videreføre og styrke aldersforskningen, både ved Universitetet i Tromsø og i Helse Nord. Forskningsprogrammet bør fortsatt forankres i SAT, og ledes av Helse Nord gjennom programstyret. Programmet skal få et større innslag av geriatri og rehabilitering, både i sykehusene, primærhelsetjenesten, hjemmetjenestene og sykehjemmene. Samarbeid med undervisningssykehjemmene er naturlig og viktig.

En stor utfordring er at det nesten ikke finnes evidensbaserte retningslinjer for behandling og pleie av gamle mennesker (over 75 år og særlig over 80 år). Så godt som ingen kontrollerte kliniske undersøkelser omfatter så gamle mennesker.

Datateknologi og elektroniske journalsystem gir stort potensial for å registrere og evaluere behandlingstiltak, også i forhold til geriatrike pasienter. Det kan erfaringsmessig være vanskelig å få tilgang på data og anvende databasefunksjoner for å sammenholde ulike kliniske parametere.

Gruppens anbefalinger:

- Det er viktig å få helsepersonellet *interessert* i forskning og evaluering, slik at det vokser frem et aktivt og kompetent geriatrik forskningsmiljø i Nord-Norge.
- Geriatrik avdeling UNN tilføres ekstra ressurser innrettet mot forskning, fagutvikling og kompetanseheving.
- Geriatrike enheter må samarbeide med IT-avdelingene om å utarbeide databasefunksjoner som gir mulighet for å få oversikt over den kliniske virksomheten innen geriatri
- Viktige deler av *forskningsprogrammet ved SAT* bør være:
 - aldersprosessen i kropp, sinn og sosialt liv
 - alderssykdommer, f eks slag, diabetes og demens
 - forebyggende og helsefremmende tiltak som kan utsette sykdom, skrøpeligheit og pleiebehov
 - kvalitet og resultater av behandling, pleie, omsorg og dødspleie, jf det som er sagt ovenfor om mangler på evidensbaserte retningslinjer. Det er viktig å kartlegge de store forskjellene på dette området.
 - Personellens kompetanse og kunnskaper: Kan personellet det de bør kunne, og trengs det nye grep i undervisningen?
 - Samiske eldre pasienter

4.8 Ressursbehov

Ressursbehovet er i første rekke knyttet til behovet for *nye stillingshjemler til legespesialister og geriatrike sykepleiere og finansiering av disse*, jf prioriteringslisten. De geriatrike enhetene vil i tillegg ha behov for betydelige tjenester fra ergo- og fysioterapeuter. Gruppen er usikker på i hvilken grad det kan frigjøres ressurser til dette innen den nåværende bemanning på de enkelte sykehus. Gruppen mener likevel at sykehus som får opprettet og finansiert en lege og/eller sykepleier gjennom handlingsplanen, bør forplikte seg til selv å sørge for å supplere teamene med ergo - og fysioterapeutttjenester, i et omfang som dekker behovet for de geriatrike pasientene.

Hvis man skal klare å bygge opp den nødvendige geriatriske kompetanse hos sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter som skal gå inn i de geriatriske teamene og sengeenhetene, må det opprettes en egen finansieringsordning for dette. Gruppen foreslår at det settes av midler de første årene i en størrelsesorden 1 million kroner til dekning av de tre områdene som er nevnt under pkt. 4.6.2.

Gruppen regner ikke med behov for nye bygg til sengeavdelinger. En stor del av pasientene innlegges i dag i ulike medisinske sengeposter. Gruppen mener derfor at det bør skje en *omfordeling internt* i sykehuset der gamle pasienter med sammensatte lidelser samles i en tverrfaglig drevet geriatrisk enhet, felles med slagenheten, som foreslått i denne planen. Den høye beleggsprosenten på de medisinske avdelingene tilsier imidlertid at det samlede *sengetallet* ved disse avdelingene allerede er i underkant av behovet for å kunne opprettholde en forsvarlig drift.

Poliklinikkene for eldre vil ha behov for egnede lokaler til den tverrfaglige virksomheten. Det vil være behov for rom for undersøkelser, samtaler med pårørende, spesialundersøkelser som demensutredning, fallutredning etc. og plass for en ekspedisjon/kontorfunksjon. På denne måten kan flere pasienter behandles samtidig, og teamet utnyttes effektivt.

4.9 Prioritering av tiltakene i handlingsplanen

Tiltakene i handlingsplanen anbefales gjennomført over en tidsperiode på sju år, fram til 2010. Gruppen har foretatt en konkret prioritering av de tiltak som bør gjennomføres i de tre første årene. Det er viktig først å konsolidere de geriatriske miljøene som allerede finnes i sykehus og områdegeriatriske team, blant annet for å øke utdanningskapasiteten, både av leger og det tverrfaglige personell for øvrig. Særlig viktig er det å sørge for at geriatrisk avdeling, UNN fungerer som den nødvendige drivkraft for utdannings- og forskningsvirksomhet i geriatri i regionen. Høyt prioritert er også opprettelse av en geriatrisk seksjon/slagenhet ved medisinsk avdeling på Nordlandssykehuset i Bodø.

Finnmark er helt uten geriatrisk spesialisttilbud i dag. Siden det tar tid å utdanne legespesialister i geriatri, prioriterer gruppen først opprettelse av et områdegeriatrisk team med spesialist i allmennmedisin. Deretter foreslås innen samme treårsperiode opprettelse av en geriatrisk enhet i Hammerfest, eventuelt med indremedisiner med interesse for geriatri. Når det gjelder de øvrige sykehus, mener gruppen det ligger vel til rette for at Hålogalandssykehuset, Harstad i den første treårsperioden utvikler det samarbeidet som allerede eksisterer mellom slagenheten og rehabiliteringsenheten til også å omfatte en geriatrisk enhet. Det er nærmere redegjort for de enkelte prioriteringsforslag nedenfor.

Midler for videre- og etterutdanning bør etter gruppens mening avsettes allerede i innværende år, slik at man umiddelbart kan starte oppbygging av geriatrisk kompetanse.

Planlegging av de øvrige geriatriske enhetene bør starte senest i 2006, men rekkefølgen av opprettelsen vil avhenge av lokale initiativ og muligheter for å skaffe kvalifisert personell. Prioriteringsrekkefølgen kan også endres dersom forutsetningene ved de enkelte sykehus endrer seg, for eksempel ved at sykehus lykkes i å rekruttere personale med geriatrisk kompetanse. Gruppen vil likevel ikke anbefale at det opprettes geriatriske team uten lege, siden teamets oppgave er både utredning og diagnostikk i tillegg til rehabilitering.

4.9.1 Prioriterte tiltak i 2004

Utvikling av UNNs motorfunksjon: evaluere utdannings-, rekrutterings- og forskningsaktivitet

Tidsavgrenset prosjekt ved geriatrisk avdeling UNN, for å evaluere og styrke undervisnings- og forskningsfunksjonen. *Se nærmere beskrivelser i 4.3.1 og 4.6.1.* Prosjektet innledes av Helse Nord som sammen med UNN og eventuelt andre (f eks universitet/høgskoler), konkretiserer prosjektet nærmere (omfang, tid, ressurser mv). Videreføringen vil være UNNs ansvar. Prosjektet må fortrest mulig komme inn i "ordinær drift" og prosjektstillingen tenkes videreført som undervisningsansvarlig ved avdelingen på sikt. Professorat i geriatri må besettes så snart som mulig.

Etablering av geriatritilbud i Bodø: oppstart av arbeid

Oppstart av målrettet arbeid for å rekruttere lege til stillingen som geriater. Nåværende assistentleger ved sykehuset og søkere til nye assistentlegestillinger må stimuleres til å velge geriatri som grenspesialitet. Et tiltak kan være opprettelse av D-stilling (assistentlegestilling med 50 % forskning og 50 % klinisk virksomhet), eller løfte om fast stilling ved fullført spesialisering. Det bør også kunne gjøres avtale med UNN eller evt. Narvik og Spesialistkomiteen i DNL om ulike måter å gjennomføre spesialiseringen på, etter spesialistkandidatens behov. Geriatritjenesten kan f eks gjennomføres ved gjentatte 3-6 måneders perioder og nettbasert deltagelse i undervisning.

Styrke/utvide eksisterende geriatritilbud i Narvik

Det opprettes en utdanningsstilling i geriatri. Den områdegeriatriske virksomheten gjenopptas straks denne stillingen er på plass. Sykehuset søker om godkjenning som utdanningsinstitusjon for geriatri i gruppe II fra Spesialitetskomiteen i geriatri i DNL.

Styrke/utvide eksisterende geriatritilbud i Sandnessjøen

Nåværende overlegehjemmel for generell indremedisiner omgjøres til overlegehjemmel i geriatri (Det ble søkt om overlegehjemmel i geriatri i 2002, men ikke innvilget). For at medisinsk avdeling skal kunne opprettholde sine nåværende funksjoner forutsetter dette opprettelse av ny hjemmel ved avdelingen. I tillegg opprettes stilling for geriatrisk sykepleier. Det muliggjøres økt poliklinisk virksomhet (og økt inntjening).

Styrke eksisterende tilbud ved Sonjatun

Implementere vedtatt plan om områdegeriatrisk virksomhet. Virksomheten gjennomgås med tanke på best mulig utnyttelse av det eksisterende personellet i en områdegeriatrisk tjeneste.

Øke kompetansen innen geriatri blant personell som arbeider i geriatri/slagenheter:

De tre første årene fra 2004 settes det av en sum til stipend for videreutdanning, kursvirksomhet og hospitering for de som arbeider i geriatrisk team/slagbehandlingenheter. Konkret behov må utredes nærmere, men vi antyder 1 mill kr i året. Behovet for siste del av perioden holdes foreløpig åpent.

4.9.2 Prioriterte tiltak i 2005

Etablere områdegeriatrisk tjeneste i Finnmark

Opprette stilling for spesialist i allmenntidrett med interesse for geriatri og en stilling for geriatrisk sykepleier med tanke på opprettelse av et geriatrisk områdeteam. Det må avklares nærmere hvor teamet skal etableres, men det skal ligge i et område som ligger langt unna sykehus. Gruppen tenker på Alta, Karasjok eller annet sted i Midt-Finnmark.

Etablere geriatrisk enhet i Harstad

Siden sykehuset allerede har en fungerende slagenhet og omfattende virksomhet innen geriatrisk rehabilitering, bør det nedsettes en gruppe i foretaket som suppleres med en geriater

og en geriatrisk sykepleier utenfra, for å utarbeide en plan for opprettelse av en geriatrisk enhet i samarbeid med slagenhet og rehabiliteringsenhet. Det søkes etter en lege internt med interesse for slag, rehabilitering og geriatri til å gå inn i dette arbeidet. Sykehuset tilføres en hjemmel for geriater, og en stilling for geriatrisk sykepleier opprettes.

Videre arbeid med å etablere geriatrisk enhet ved Nordlandssykehuset, Bodø.

Øremerkede lønnsmidler må tilføres til den eksisterende overlegehjemmel dersom overlege i geriatri rekrutteres. I tillegg er det behov for hjemmel og lønnsmidler til utdanningsstilling i geriatri. Ett eller begge disse tiltak kan eventuelt forskutteres i siste halvår av 2004 dersom kandidater melder seg. Rekrutteringskampanjen internt for å rekruttere leger videreføres, dersom man ikke har nådd fram i foregående år.

4.9.3 Prioriterte tiltak i 2006

Styrke virksomheten ved OGT på Finnsnes

Områdegeriatrisk tjeneste på Finnsnes tilføres stilling for lege og sykepleier. OGT bør for øvrig ta et medansvar for å hjelpe de øvrige områdegeriatriske team i gang med sin virksomhet, f.eks i form av råd, veiledning, hospitantordninger osv. Det kan derfor bli behov for å flytte dette tiltaket fram i tid (2005).

Etablere geriatritilbud i Hammerfest

På grunn av geriatriens svake stilling i Finnmark, bør sykehuset få løfte om opprettelse av en stilling for geriater og geriatrisk sykepleier, etter en liknende rekrutteringskampanje som den som gjennomføres for Nordlandssykehuset i Bodø.

Oppstart på etablering av geriatritilbud ved øvrige sykehus

Det gjennomføres undersøkelse ved alle de øvrige sykehusene om det finnes interesserte leger og sykepleiere som kan tenke seg å gå inn i geriatrisk virksomhet under forutsetning av at sykehusene i de påfølgende årene får opprettet de nødvendige stillingshjemler. Prioriteringen må ta hensyn til hvor interessen finnes.

Evaluering halvveis!

Evaluering av handlingsplanen gjennomføres i 2006 ved prosjektgruppen.

4.9.4 Prioriterte tiltak 2007-2010

I disse årene må det opprettes stillinger for spesialist i allmenntilleggsmedisin til det andre områdegeriatriske teamet i Finnmark.

Overlegestilling nr.2 ved Nordlandssykehuset må også opprettes.

Dessuten må det, under forutsetning av at det rekrutteres interesserte leger, opprettes legestillinger i Kirkenes, Stokmarknes, Lofoten, Rana og Vefsn.

Skal de geriatriske teamene fungere og bidra med økte polikliniske inntekter til foretakene, må det til hver geriaterstilling minst være en geriatrisk sykepleier. Teamene må også utvides med ergo/fysioterapikompetanse, ikke minst med tanke på samhandling med primærhelsetjenesten gjennom områdevirksomhet. På sikt vil dette sannsynligvis redusere behovet for sykehusinnleggelse.

Utvidelse av sengetallet og personalstaben ved UNN må også tas inn i dette tidsrommet, samtidig som UNN også må ta opp områdevirksomhet eller andre samhandlingsprosjekter i de nærliggende kommuner, hovedsakelig Tromsø.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Mandat for planarbeidet

Prosjektgruppen ble satt sammen og har arbeidet etter følgende mandat, gitt av fagdirektøren i Helse Nord.

”Bakgrunn:

I Helse Nord styringsdokument for 2003 signaliseres en sterkere satsing på geriatri.

Helse Nord vil derfor utarbeide en handlingsplan for geriatri for helseregionen. Arbeidet organiseres som et prosjekt.

Mandatet for prosjektgruppen er kortfattet/overordnet å besvare følgende:

1. Avklare hva som skal inn i denne handlingsplanen;
 1. inkluderes; f.eks. primært regionale utfordringer
 2. ekskluderes; nasjonale spørsmål som finansieringsløsninger med mer.
2. Kort henvisning til og oppsummere tidligere planer i Helse Nord, strategiplan, visjon etc.
3. Kort henvisning til og oppsummere evt. tilsvarende planer/utvikling i andre helseregioner
4. Beskrive nåsituasjonen av geriatrien i Nord-Norge
 1. virkemidler
 - ledelse
 - mål og strategier
 - f.eks. målgrupper, behandlingsmål, servicemål
 - organisering (mellom og innen institusjoner)
 - personell og kompetanse
 - ressurser - økonomi, bygninger, senger, utstyr
 - arbeidsprosesser
 2. resultater
 - brukertilfredshet
 - medarbeidertilfredshet
 - behandling
 - aktivitet (antall behandlede fordelt på diagnoser / institusjoner)
 - kvalitet
 - FoU
5. beskrive noen aktuelle trender i utvikling i fagområdet mot 2010
 1. endring i pasientgrunnlag, sykkelighet og udekte behov
 2. endringer i behandlingstilbud
 3. forskyvninger mellom omsorgsnivåer
 4. kvalitet, konkurranse, annet
6. foreslå tiltak frem mot 2010 innen områdene
 1. virkemidler
 - ledelse
 - mål og strategier (f.eks. målgrupper, behandlingsmål, servicemål)
 - organisering (mellom og innen institusjoner)
 - personell og kompetanse (f.eks. behov for utdanning av helsepersonell og f.eks. om det bør være funksjonsdeling innen regionen)
 - ressurser - økonomi, bygninger, utstyr (for eksempel arbeidsdeling/tyngdepunkt mellom sykehus og kommunehelsetjenesten)
 - arbeidsprosesser
 2. resultater
 - brukertilfredshet
 - medarbeidertilfredshet
 - aktivitet (antall behandlede fordelt på diagnoser / institusjoner)
 - FoU

Avhengighet av andre pågående Helse Nord prosjekter hvor man må utveksle synspunkter:

- Handlingsplan rehabilitering 2004-2010 (f.eks. samarbeidsarenaer innen FoU, behandlingsskjeder, ressursdeling)
- Handlingsplan psykisk helse 2004-2010
- Nærpsykehuset (prosjekt som utreder det ”endelte” sykehus)

Vedlegg 2: Tiltak og anbefalinger i tabellform

Prioriterte tiltak 2004-2010

Kort beskrivelse av prioriterte tiltak	Iverksetting	Ressursbehov	Ansvarlig for gjennomføring
Styrke UNNs funksjon som undervisnings/forskningsmotor - evaluering	2004	1 prosjektleder. Prosjektmidler	Helse Nord/UNN
Oppstart arbeid for å etablere geriatritilbud i Bodø	2004	Noe ekstra prosjektmidler	Nordlandssykehuset
Styrke/utvide eksisterende geriatritilbud i Narvik	2004	Ass.legehjemmel?	Hålogalandssykehuset
Styrke/utvide eksisterende geriatritilbud i Sandnessjøen	2004	Geriatrisk sykepleier Evt ny hjemmel indremedisin	Helgelandssykehuset
Iverksette plan for geriatritilbudet ved Sonjatun	2004	Iverksette plan	UNN
Stipendordning for videreutdanning, kurs og hospitering	2004-2006, evt hele perioden	Må utredes nærmere (anslag 1 mill/år)	Helse Nord/HFene
Finnmark: opprette områdegeriatrisk tjeneste	2005	1 spesialist i allmenmedisin Geriatrisk sykepleier	Helse Finnmark
Harstad: etablere geriatrisk enhet	2005	1 spesialiststilling Geriatrisk sykepleier	Hålogalandssykehuset
Bodø: videre på etablering av geriatrisk enhet	2005	Lønnsmidler til eksisterende hjemmel geriatr Ass.legehjemmel/D-stilling	Nordlandssykehuset
OGT: styrke virksomheten	2006	1 legestilling OGT	UNN
Hammerfest: etablere geriatritilbud		1 spesialiststilling geriatr Geriatrisk sykepleier	Helse Finnmark
Oppstart på etablering av geriatritilbud ved øvrige sykehus	2006 – ut perioden	Må konkretiseres etter hvert	Aktuelle HF, evt i samarbeid m/Helse Nord
Evaluering halvveis. Prosjektgruppen samles og evaluerer progresjonen	2006-7		Helse Nord
Etablere 2. områdegeriatrisk team i Finnmark	2007-2010	Stilling for spesialist i allmenmedisin Geriatrisk sykepleier/øvrig team	Helse Finnmark
Videre etablering av geriatrien i Bodø	2007-	Overlegestilling nr.2	Nordlandssykehuset
Etablering av geriatritilbud ved øvrige sykehus (Kirkenes, Stokmarknes, Lofoten, Rana og Vefsn).	2007-2010	Totalt 5 legestillinger i perioden	HFene
Videre etablering av geriatrisk team/poliklinisk virksomhet og områdegeriatri osv. ved alle sykehus	2007-2010	Minst 1 geriatrisk sykepleier per geriatr. Fysioterapeuter og ergoterapeuter	HF
UNN: Utvide sengetall og personalstab, etablere områdevirksomhet/samarbeid med kommunene (hovedsakelig Tromsø).	2007-2010	Må utredes nærmere	UNN

Samlet oversikt over gruppens anbefalinger

Referanse	Tiltak/ anbefaling	Beskrivelse	Iverksetting	Ressursbehov	Ansvarlig for gjennomføring
4.2		Organisering, ledelse og regionalt nettverk for geriatri i Helse Nord			
4.2.1		Organisering og ledelse av geriatrisk virksomhet i Helse Nord			
	Anbefaling	Den geriatriske virksomheten skal ved de fleste sykehusene i regionen være en integrert del av den indremedisinske avdelingen, samlokalisert med slagenheten og med fast personale felles med denne. Ved større sykehus er det naturlig med en egen avdeling eller seksjon for geriatri (UNN og Nordlandssykehuset Bodø).			
	Anbefaling	Det geriatriske team organiseres som en enhet underlagt lederen for teamet, som igjen er underlagt avdelingsledelsen. Dette er nødvendig både for å bygge opp en felles behandlings- og rehabiliteringskultur, og for å kunne utnytte teamets medlemmer optimalt i den geriatriske virksomheten, både i poliklinikken, områdevirksomheten og i sengeenheten.			
	Anbefaling	Det må etableres nært samarbeid med rehabiliteringsteam og alderspsykiatrisk team.			
	Anbefaling	Den geriatriske spesialisthelsetjenesten skal først og fremst fungere tverrfaglig, i nært samarbeid med den kommunale helse-, pleie- og omsorgstjenesten i sykehusets nedslagsfelt.			
	Anbefaling	For den geriatriske virksomheten er det lite aktuelt med funksjonsfordeling innen regionen, siden denne ikke inneholder spissfunksjoner. Det kan imidlertid oppstå behov for "second opinion" ved et annet sykehus og unntagelsesvis behov for et 3. linjetilbud.			
4.2.2		Etablering av regionalt nettverk for geriatri i Helse Nord			
	Anbefaling	De som arbeider innen geriatri, slag og alderspsykiatri må årlig få møtes i et felles forum			
	Tiltak	Det opprettes et regionalt nettverk i geriatri i HN	Hele perioden	Midler til deltakelse	HFene/UNN
	Tiltak	Geriatrisk avdeling UNN får ansvar for igangsetting av nettverket	Hele perioden	Midler til oppstart av nettverk	UNN
	Anbefaling	Nettverket må benytte IT-baserte løsninger			
	Anbefaling	Nettverket benyttes bl.a. til undervisning, erfaringsutveksling, diskusjon av aktuelle problemstillinger, møter etc. Aktuelle problemstillinger knyttet til forskning og utvikling bør også drøftes i nettverket			
	Anbefaling	Nettverket bør også kunne benyttes til veiledning, undervisning og kompetanseoppbygging i kommunehelsetjenesten, med sykehjemmene som særlig målgruppe.			

4.3		Videreutvikling av det samlede geriatri tilbudet i Helse Nord			
4.3.1		Utvikling av UNN som motor for geriatrien i landsdelen			
	Tiltak	Besette professoratet i geriatri	Så snart som mulig		UNN/UiTø
	Tiltak	Prosjekt evaluere undervisningssituasjonen for studenter og spesialistkandidater i utdanningsstilling. Målet er å finne gode tiltak for å øke interessen for geriatri som fag og stimulere til rekruttering av geriater og personell med geriatrisk kompetanse. Særlig oppmerksomhet mot økt tilgang av nye leger. Prosjektet konkretiseres videre av Helse Nord/UNN/øvrige samarbeidsparter.	2004	Prosjektledelse/midler	Helse Nord/UNN
	Tiltak	Evalueringssprosjektet inn i ordinær drift	Etter evalueringen er ferdig		UNN
	Tiltak	Prosjektstillingen videreføres som undervisningsansvarlig ved geriatrisk avdeling		Lønnsmidler	UNN
4.3.2		Tverrfaglig geriatrisk team ved alle sykehus			
	Tiltak	Det opprettes tverrfaglige geriatriske team ved alle somatiske sykehus i regionen	Fra 2004, etter nærmere bestemt iverksettingsplan	Lønnsmidler til de stillinger som må opprettes	HFene
	Anbefaling	Teamet bør minimum bestå av lege, sykepleier og ergo/fysioterapeut, samt tilknyttet sekretærfunksjon for ekspedisjon/kontorfunksjoner.			
	Anbefaling	Logoped, nevropsykolog, dietiker og sosionom kan yte tjenester for geriatriske pasienter, både i utrednings- behandlings- og rehabiliteringsfasen, uten nødvendigvis å gå inn i teamet permanent.			
4.3.3.		Behov for flere geriatriske senger			
Jf 4.3.4	Tiltak	Det skal etableres geriatriske senger ved alle somatiske sykehus i regionen	Fra 2004, etter nærmere bestemt iverksettingsplan	Må konkretiseres for hvert sykehus	HFene
	Anbefaling/ tiltak	Pasienter som defineres som geriatriske samles i et eget avsnitt/sengeenhet (enten i egen avdeling/seksjon eller ved indremedisinsk avdeling)	Fra 2004 etter nærmere bestemt iverksettingsplan	Må konkretiseres for hvert sykehus	HFene
	Anbefaling	Ca 15 % av sengene ved medisinsk avdeling bør avsettes til formålet.			
	Anbefaling	Sengeenheten må omfatte både akutt geriatri og geriatrisk rehabilitering, og ta inn pasienter elektivt til utredning og behandling av sykdomstilstander som ikke egner seg for poliklinisk intervensjon			
	Tiltak/ anbefaling	Ved Nordlandssykehuset Bodø etableres enheten som egen avdeling/seksjon	Start iverksetting fra 2004	Må konkretiseres nærmere	Nordlands-sykehuset
	Tiltak/ Anbefaling	Sengetallet på geriatrisk avdeling UNN må opprettholdes og på sikt styrkes	2007-2010	Må konkretiseres nærmere	UNN
Jf 4.3.4	Tiltak/ Anbefaling	Ved øvrige sykehus etableres enheten med utgangspunkt i eksisterende slagenheter	Start iverksetting 2004, se nærmere konkretisert iverksettingsplan	Må konkretiseres for hvert sykehus	Helgeland, Hålogaland, Helse Finnmark

4.3.4		Opprustning av slagbehandlingstilbudet ved sykehusene			
Jf 4.3.3	Anbefaling	Utvidelse og opprustning av slagenhetene må ses i sammenheng med oppbygging av geriatrivirksomheten ved de medisinske avdelingene			
Jf 4.3.3	Tiltak	Ved hvert sykehus (medisinsk avdeling) avsettes minimum 8-10 senger samlet til geriatri og slagbehandling. Konkret antall senger avhenger av sykehusets størrelse	Fra 2004, etter nærmere bestemt iverksettingsplan	Må konkretiseres nærmere for hvert sykehus	HFene /HN
	Anbefaling	Pleietyngden tilsier at bemanningsfaktoren bør være like høy som på en vanlig rehabiliteringsavdeling			
	Anbefaling	Pasienten bør mottas i den akutte fasen og gis mulighet til lengre opphold enn det som er gjennomsnitt for medisinsk avdeling for øvrig			
	Anbefaling	Må være en felles enhet med fast personale på dagtid, for å bygge opp kompetanse og skape den felles behandlings- og rehabiliteringsfilosofi som er avgjørende for pasientenes muligheter til å gjenvinne helse og kontroll med sitt liv			
	Anbefaling	Ergoterapeut og fysioterapeut som er tilknyttet geriatrik team må ha det som en del av sin arbeidsoppgave å betjene sengeenheten			
	Anbefaling	Det vil være naturlig at geriater/indre medisiner med spesiell interesse for geriatri leder disse kombinerte geriatri- og slagenhetene			
4.3.5		Styrking av akutt geriatri			
Jf 4.6.1 og 4.6.2	Anbefaling	På kombinerte geriatri- og slagenheter må det bygges opp kompetanse til å ta imot akutt syke geriatrike pasienter og slagpasienter i det akutte stadiet.	Hele perioden	Se tiltak under 4.6	
Jf 4.6.1 og 4.6.2	Anbefaling	Begge grupper krever tverrfaglig tilnærming fra første dag, av personell med spesialkunnskap om aldring og aldersforandringenes betydning for symptomtologi og medisinerings			
se tiltak i 4.6.2	Tiltak	Personalet ved enhetene må få tilbud om kompetanseoppbygging som videreutdanning i geriatri og slagrehabilitering, deltakelse i etterutdanningskurs og hospitering ved tilsvarende enheter. Det etableres egne stipendordninger til dette formålet	Hele perioden	Se tiltak under 4.6	
4.3.6		Den geriatrike rehabiliterings plass			
	Anbefaling	Geriatrik rehabilitering (herunder slagrehabilitering) må være en naturlig del av den geriatrike virksomhetens arbeidsoppgaver			
	Anbefaling	Geriatrik rehabilitering bør starte i det akutte stadiet og videreføres i enheten gjennom oppholdet			
4.3.7		Geriatrik intervensjon ved andre enheter/avdelinger			
	Anbefaling	Det geriatrike team bør ha i sin arbeidsinstruks å bidra med å spre geriatrik kompetanse til alle enheter i sykehuset som behandler gamle pasienter			
	Anbefaling	I denne forbindelse bør det avsettes tid for konsultativ virksomhet ved andre enheter uten at pasienten overflyttes til geriatrik sengepost			

4.3.8		Geriatrisens ansvar og oppgaver knyttet til dødspleie			
	Anbefaling	Det må finnes tilstrekkelig personell til å ta seg av dødspleie			
	Anbefaling	Hele det geriatriske team må ta ansvar for å skape en god kultur for dødspleien, og være motivert for å ta omsorg for døende pasienter og deres pårørende			
	Anbefaling	Geriateren må engasjere seg i vurderinger rundt livsforlengende behandling			
4.3.9		Poliklinikk for eldre i de geriatriske enhetene ved sykehusene			
4.3.9	Tiltak	Det opprettes poliklinikker for eldre ved alle geriatriske enheter	Fra 2004, etter nærmere bestemt iverksettingsplan	Må konkretiseres nærmere for hvert sykehus	HFene
Jf 4.3.2	Tiltak/ anbefaling	Bemannes av personalet i det geriatriske team (jf 4.3.2). Hovedsakelig behov for en sykepleier og lege ved hver konsultasjon. Ergoterapeut og fysioterapeut trekkes inn etter behov. Likeledes f eks logoped, diabetessykepleier, uroterapeut, sosionom, psykiatrisk ekspertise, ernæringsfysiolog.	Etableres i sammenheng med etablering av geriatrisk team	Lønnsmidler. Må konkretiseres nærmere for hvert sykehus	HFene
	Anbefaling	Poliklinikken må ha kapasitet til å ta imot pasienter til vurdering som øyeblikkelig hjelp			
Jf 4.1.3.	Anbefaling	Ventetiden på polikliniske undersøkelser må for øvrig oppfylle servicemålene i 4.1.3			
	Anbefaling	Poliklinikken må også bistå kommunehelsetjenesten med å koordinere henvisninger for pasienter som har behov for undersøkelser ved flere avdelinger, for å spare gamle pasienter for gjentatte transporter			
4.3.10		Etablering av områdegeriatrisk virksomhet i Helse Nord			
4.3.10	Anbefaling	Målet er at alle kommuner i regionen skal dekkes av et områdegeriatrisk tilbud			
Jf 4.3.2	Tiltak	Det etableres områdegeriatrisk virksomhet ved alle somatiske sykehus i regionen, med utgangspunkt i de geriatriske team	Fra 2004, etter nærmere bestemt iverksettingsplan for etablering	Lønnsmidler. Må konkretiseres nærmere for hvert sykehus	HFene/HN
Jf 2.3.3	Tiltak	I områder med store avstander mellom sykehusene, bør det opprettes områdegeriatriske tjenester fortrinnsvis etter modell av OGT i Midt-Troms jf 2.3.3. Først og fremst i Helse Finnmark, antyder behov for to team. Underlagt UNN. Antall/plassering må konkretiseres nærmere.	1.team 2005, 2.team 2007-2010	Lønnsmidler. Må konkretiseres nærmere	Helse Finnmark/UNN
Jf 2.3.3.	Tiltak	Personalressurser ved OGT i midt-Troms må styrkes i tråd med anbefalingene i 2.3.3.	2006	Lønnsmidler lege/sykepleier	OGT
	Anbefaling/ tiltak	Virksomhet rettet mot felles pasientgrupper må samordnes med andre team (rehabilitering, alderspsykiatri og kreftomsorg). Dette må avklares nærmere.	2004		HF/RHF

4.3.11		Kontakt og samhandling med alderspsykiatri			
	Anbefaling/ tiltak	Det må opprettes nær kontakt mellom det geriatriske team og alderspsykiatrisk ekspertise i alle helseforetak, gjennom regelmessige felles møter og samarbeid om enkeltpasienter. Arbeidsdelingen mellom teamene må avklares nærmere.	2004		HF/HN?
	Anbefaling	Lettere depresjoner og demensutredning som krever spesialistvurdering, tas hovedsakelig hånd om av det geriatriske team			
	Anbefaling	Tyngre depresjoner og alvorlige atferdsforstyrrelser hos demente, samt bruk av tvangstiltak er oppgaver der det er behov for betydelig intervensjon fra alderspsykiatrisk side. Etter gruppens oppfatning fordrer dette en styrking av alderspsykiatrisk tilbud i Helse Nord, både på sykehusene og i DPS.			
4.4		Videreutvikling av den sammenhengende behandlingsskjede			
4.4.1		Etablering av nye samarbeidsarenaer - DMS			
4.4.1	Anbefaling	DMS må ikke bli en hindring for at eldre pasienter får tilgang til sykehusenes totale diagnostiske og behandlingmessige apparat når deres tilstand krever det. Terskelen for sykehusinnleggelse bør være lav. På vei ut av sykehuset kan et slikt senter også gi den behandlingen som er nødvendig inntil utskrivning til eget hjem eller sykehjem er mulig			
	Anbefaling	DMS må ikke bare fungere som et tilbud til de eldste pasientene, men kunne ta imot pasienter i alle aldre med behov for lengre sykehusopphold			
	Anbefaling	Desentraliserte OGT kan være en integrert del av et DMS			
4.4.2		Samarbeidstiltak mellom sykehus – kommunehelsetjeneste			
4.4.2	Anbefaling	Det geriatriske team må påta seg et spesielt ansvar for å bistå alle ledd i behandlingsskjeden mellom hjem og sykehus, for å sikre at pasienter med tidlig funksjonssvikt og sykdomsmanifestasjon fanges opp i tide, før irreversible endringer inntreffer jf veil.plikten i Lov om spesialisthelsetjenester			
	Anbefaling	Det geriatriske team må etablere et nært samarbeid med kommunehelsetjenesten når det gjelder oppgradering av sykehjemsmedisinen			
	Tiltak	Det etableres samarbeidsavtaler mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten om håndtering av utskrivningsklare pasienter	Hele perioden		HFene
	Tiltak	Sykehusene må utnytte IKT-baserte løsninger som kan fremme og forenkle samarbeid og samhandling med kommunehelsetjenesten	Hele perioden		HFene
Jf 4.3.5 og 4.6.2	Anbefaling/ tiltak	Sykehusene bør stille seg positive til hospiteringsordninger ved de geriatriske enhetene fra ulike profesjonsgrupper innen den kommunale helsetjenesten	Hele perioden		HFene

4.5		Grupper av eldre med behov for særlig oppfølging			
4.5.1		Tiltak knyttet til eldre samiske pasienter			
Jf 4.3.10	Anbefaling/ tiltak	Et av de OGT som etableres i Finnmark må bygge opp kompetanse om behandling og omsorg for samiske geriatriske pasienter.	2005-	Evt. Lønnsmidler til styrking av samisk kompetanse	Helse Finnmark
	Anbefaling/ tiltak	Eksisterende kompetansemiljø/tilbud til den samiske befolkning i HN må ha sentrale roller i utviklingen av tilbudene til eldre samiske pasienter	2005-		Helse Finnmark/UNN og øvrige HF
	Anbefaling	Eldre samiske pasienter vil også være en sentral pasientgruppe ved evt. etablering av nye spesialisthelsetjenestetilbud som særlig skal ivareta eldre pasienter, f eks sykestuer, nærsykehus, DMS			
	Anbefaling/ tiltak	Det er generell mangel på samisktalende personell. Tiltak for å styrke personalets kulturkompetanse vil være viktig innen alle fagområder og i hele regionen, ikke bare innen geriatri og i de samiske kjerneområdene			HF/HN
	Anbefaling/ tiltak	Det er viktig å øke kunnskapen om eldre samers situasjon og særlige behov. Forsknings- og utviklingsarbeid på slike tema må derfor oppmuntres.			HN/SAT
4.6		Behov for økt utdanning, rekruttering og kompetanse			
4.6.1		Leger			
Jf 4.3.1	Anbefaling/ tiltak	UiTø oppfordres til å ta et initiativ overfor UNN og geriatrisk avdeling for å øke tilgangen til spesialister i geriatri i regionen, evt etter mønster fra NTNU og St. Olavshospital	2004	Se under tiltak i 4.3.1	
Jf 4.3.1	Tiltak	Den før nevnte evalueringen ved UNN jf 4.3.1 skal skaffe nærmere kunnskap om hva som skal til for at leger i utdanningsstillinger ved geriatrisk avdeling vil velge å fullføre spesialisering i geriatri fremfor andre spesialiteter	2004	Se under tiltak i 4.3.1	
Jf 4.3.1	Tiltak	Det bør gjøres et aktivt fremstøt overfor avgangskullene i medisinerstudiet for å vinne deres interesse for geriatri faget		Se under tiltak i 4.3.1	
Jf 4.3.1	Tiltak	Det bør også vurderes ulike stimulerings tiltak for det store antall nye leger som nå uteksamineres årlig i utlandet, i tillegg til kandidatene fra norske universitet. Dette kan bety en overproduksjon av leger. Visshet for stillinger i fremtiden kan være viktig virkemiddel for rekruttering. Opprette øremerkede stillinger i geriatri som de kan gå inn i ved fullført spesialisering, opprette D-stillinger og stipendiatstillinger ved sykehusene med tilbud om forskningsveiledning f eks.		Se under tiltak i 4.3.1	
Jf 4.3.2/4.3.3	Tiltak	For å øke utdanningskapasiteten innen geriatri i regionen, vil etablering av geriatritilbud og geriatristillinger ved Nordlandssykehuset i Bodø være et vesentlig bidrag	Fra 2005?	Lønnsmidler	Nordlands- sykehuset
4.3.2/4.3.3	Tiltak	Hålogalandssykehuset Narvik må også etableres som utdanningssted	Fra 2004	Lønnsmidler	Hålogalands- sykehuset

4.6.2		Øvrige helsepersonellgrupper			
Jf 4.3.5	Tiltak	Det opprettes en stipendordning for helsepersonell som vil ta videreutdanning på høyskolenivå med henblikk på å gå inn i den geriatriske virksomheten	I første omgang 2004 – 2006. Mulighet for videreføring	Stipendmidler – stipulert til 1 mill kr per år totalt	HFene/HN
jf 4.3.5	Tiltak	Det opprettes et kursfond som kan benyttes av personell i de nåværende slagenhetene, geriatriske enheter og personell som skal gå inn i den geriatriske virksomheten som skal etableres	I første omgang 2004 – 2006. Mulighet for videreføring	Kursmidler	HFene/HN
Jf 4.3.5	Tiltak	Det etableres hospiteringsordninger for alle helsepersonellgrupper som skal arbeide i geriatrien ved alle sykehus	I første omgang 2004 – 2006. Mulighet for videreføring	Midler til hospitering	HFene/HN
4.7		Forskning og utvikling			
Jf 4.3.1	Tiltak	Det er viktig å få helsepersonellet interessert i forskning og evaluering, slik at det vokser fram et aktivt og kompetent geriatrisk forskningsmiljø	2004	se tiltak under 4.3.1	
Jf 4.3.1	tiltak	Geriatrisk avdeling UNN tilføres ekstra ressurser innrettet mot forskning, fagutvikling og kompetanseheving	2004	Se tiltak under 4.3.1	
	tiltak	Geriatriske enheter må samarbeide med IT avdelingene om å utarbeide databasefunksjoner som gir mulighet for å få oversikt over den kliniske virksomheten innen geriatri		Se tiltak under 4.3.1	
	Anbefaling	Viktige deler av forskningsprogrammet ved SAT bør være <ul style="list-style-type: none"> - aldersprosesser i kropp, sinn og sosialt liv - alderssykdommer f eks slag, diabetes og demens - forebyggende og helsefremmende tiltak som kan utsette sykdom, skrøpeligheit og pleiebehov - kvalitet og resultater av behandling, pleie, omsorg og dødspleie, jf mangel på evidensbaserte retningslinjer. - Personellets kompetanse og kunnskaper. Kan personellet det de bør kunne, og trengs det nye grep i undervisningen? - Samiske eldre pasienter 			

