

Postmottak Helse Nord

Fra: Arnborg Ramsvik
Sendt: 1. februar 2010 10:24
Til: Oddvar Larsen; Postmottak Helse Nord
Emne: FW: Til høringen om Lokalsykehusstrategien
Vedlegg: Fremtidens lokalsykehus og kommunehelsetjenesten.docx; Etterskrift til dokumentet Fremtidens lokalsykehus og kommunehelsetjenesten.docx; Tryggere alderdom.doc2.doc; SV Fremtidens Lokalsykehus og kommunehelsetjenesten-svar fra Tor Ingebrigtsen.htm

Fra: Ingrid Aspevik Havnø [mailto:ingrid.aspevik@online.no]
Sendt: 29. januar 2010 17:54
Til: Arnborg Ramsvik; =?iso-8859-1?Q?Anne_-_Grete_Str=F8m_-_Erichsen_=28anne-grete.str=F8m-er?=.=?iso-8859-1?Q?ichsen=40stortinget.no=29?=@mail43.nsc.no; postmottak@hod.dep.no; Dåvøy Laila
Kopi: ingrid.aspevik@online.no
Emne: Til høringen om Lokalsykehusstrategien

Hallo!

Sender mine tanker og erfaringer fra et godt samarbeide mellom Narvik sykehus og Ellas Minne omsorgsdistrikt i Bjerkvik.

Jeg er nå pensjonist og representant fra Fylkets Eldreråd i Nordland i Brukerutvalget UNN HF
 Mine erfaringer er fra 24 år på Narvik sykehus som sykleier/avd.led. Studieopphold England(Care of the dying people, kurs 7 uker), Avd.leder sykehjem i Oslo 8 år, på Uranienborghjemmet. Ettårig administrasjonsutdanning ved Diakonhjemmet Oslo og skrev der diplomoppgaven "Fremtidens sykehjem sett med de eldres øyne." Ble så ansatt i Narvik kommune, i Bjerkvik, for å åpne et nytt sykehjem, Ellas Minne Bo og rehabiliteringssenter / omsorgsdistrikt, som en prøvemodell for kommunen og etter egen diplomoppgave. Det ble 17år i Bjerkvik som distriktsleder. Ei fin tid, men reduksjon av stillinger og trang kommuneøkonomi stopper mye for faglig utvikling i eldreomsorgen i dag. Har likevel fortsatt stor tro på "Ellas Minne-modellen som fremtidens løsning på samarbeide i omsorgstjenesten og lokalsykehuset. Les om Ellas Minne-modellen, sender papirutgave også! +et tidligere, men like aktuelt dokument om "Tryggere alderdom".

Med vennlig hilsen

Ingrid Aspevik Havnø

Bergveien 64

8520 Ankenesstrand

Tlf.76956107/- 91808260.

FAKST	
Ansatt	200800742-55
Journo	
Arkiv	016
Saksbehandler	OL

Fremtidens lokalsykehus og kommunehelsetjenesten.

Til høringen om lokalsykehusstrategien

Vi trenger gode og innholdsrike lokalsykehus med moderne utstyr og kompetanse. Vi må ha gode akutfunksjoner, indremedisin og kirurgi med akuttberedskap, spesielt i ortopedi.

Vi må ha fødeavdeling. Det trenges også spisskompetanse i geriatri, psykiatri og rus. Anestesi, røntgen, laboratorievakt og ambulansetjeneste ligger i akuttberedskapen. Felles akuttinntak og legevaksordning blir en selvfølge for å redusere unødvendige sykehusinnleggelse.

Mange sykdomsgrupper må fortsatt kunne behandles i lokalsykehuset og en faglig oppdatert og kvalitetsbevisst kommunehelsetjeneste/primærhelsetjeneste må ha et mye tettere samarbeide med sykehuset enn tidligere. (Helst skulle en ha vært i samme hus og med felles økonomi, -- spesielt når det gjelder rehabilitering.)

Folk lever lengre i dag, og moderne medisinske inngrep og behandling gjennomføres hos langt eldre pasienter enn tidligere. Dette krever økt postoperativ så vel som forebyggende rehabilitering. Det bør også bli individuelle planer for alle.

Nye Helselover og Kvalitetsforskrift pålegger kommunene å utarbeide planer og gjennomføring av rehabilitering. I strid med dette ser vi at stillinger for fysioterapi, ergoterapi og aktivitører forsvinner fra kommunebudsjettene. Staten må nå inn å ta et økonomisk ansvar for sine gode lover og kvalitetsforskrift. Kommunenes omsorgsbudsjett må økes, ikke reduseres, for da kan det ta lang tid å bygge opp nødvendig kvalitet på tjenestene igjen.

Målet har lenge vært å få til en sammenhengende kjede av tjenester til pasienten. Denne tjenesten må starte ved innleggelsen i sykehuset og sykehuset må ha senger nok også for oppstart av rehabilitering. Flott med dagkirurgi, bare det er noen der, når pasienten kommer hjem.

Pasienten må slippe å sendes timevis imellom for å få behandling eller kontroll på sentralsykehus hvis det ikke er nødvendig.

Spesialistene må heller reise, men da trenges flyrute mellom Narvik og Tromsø ellers reiser en bort dyrebar behandlingstid.

I Soria Moria – erklæringen står det at en ønsker styrket kvalitet i pasientbehandlingen og en desentralisert spesialisthelsetjeneste, og videre at lokalsykehusene skal ha tilbudet til flertallet av pasientene.

Dessuten skal det vel være en faglig interessant og attraktiv arbeidsplass også for legene, og status å jobbe ved lokalsykehusene! Dette henger også sammen med formidling av kunnskap til både turnusleger, sykepleierstudenter og andre, og i fremtiden vil primærhelsetjenesten trenge hospitering ved sykehuset.

”Samarbeidsreformen” skal gi kommunene bedre økonomi og det trenges, men kompetansen er på sykehusene, og den må formidles ut derfra til innbyggerne, så ”pengene” må nok deles på!

Slik jeg ser det i følge ”Samarbeidsreformen” ligger det nå til rette for et helt nødvendig samarbeide omkring den enkelte pasient, og med dagens elektroniske løsninger kommer en langt.

Fremtidens lokalsykehus og kommunehelsetjenesten.

Til høringen om lokalsykehusstrategien

Vi trenger gode og innholdsrike lokalsykehus med moderne utstyr og kompetanse. Vi må ha gode akuttfunksjoner, indremedisin og kirurgi med akuttberedskap, spesielt i ortopedi.

Vi må ha fødeavdeling. Det trenges også spisskompetanse i geriatri, psykiatri og rus. Anestesi, røntgen, laboratorievakt og ambulansetjeneste ligger i akuttberedskapen. Felles akuttmottak og legevaksordning blir en selvfølge for å redusere unødvendige sykehusinnleggelse.

Mange sykdomsgrupper må fortsatt kunne behandles i lokalsykehuset og en faglig oppdatert og kvalitetsbevisst kommunehelsetjeneste/primærhelsetjeneste må ha et mye tettere samarbeide med sykehuset enn tidligere. (Helst skulle en ha vært i samme hus og med felles økonomi, -- spesielt når det gjelder rehabilitering.)

Folk lever lengre i dag, og moderne medisinske inngrep og behandling gjennomføres hos langt eldre pasienter enn tidligere. Dette krever økt postoperativ så vel som forebyggende rehabilitering. Det bør også bli individuelle planer for alle.

Nye Helselover og Kvalitetsforskrift pålegger kommunene å utarbeide planer og gjennomføring av rehabilitering. I strid med dette ser vi at stillinger for fysioterapi, ergoterapi og aktivitører forsvinner fra kommunebudsjettene. Staten må nå inn å ta et økonomisk ansvar for sine gode lover og kvalitetsforskrift. Kommunenes omsorgsbudsjett må økes, ikke reduseres, for da kan det ta lang tid å bygge opp nødvendig kvalitet på tjenestene igjen.

Målet har lenge vært å få til en sammenhengende kjede av tjenester til pasienten. Denne tjenesten må starte ved innleggelsen i sykehuset og sykehuset må ha senger nok også for oppstart av rehabilitering. Flott med dagkirurgi, bare det er noen der, når pasienten kommer hjem.

Pasienten må slippe å sendes timevis imellom for å få behandling eller kontroll på sentralsykehus hvis det ikke er nødvendig.

Spesialistene må heller reise, men da trenges flyrute mellom Narvik og Tromsø ellers reiser en bort dyrebar behandlingstid.

I Soria Moria – erklæringen står det at en ønsker styrket kvalitet i pasientbehandlingen og en desentralisert spesialisthelsetjeneste, og videre at lokalsykehusene skal ha tilbudet til flertallet av pasientene.

Dessuten skal det vel være en faglig interessant og attraktiv arbeidsplass også for legene, og status å jobbe ved lokalsykehusene! Dette henger også sammen med formidling av kunnskap til både turnusleger, sykepleierstudenter og andre, og i fremtiden vil primærhelsetjenesten trenge hospitering ved sykehuset.

”Samarbeidsreformen” skal gi kommunene bedre økonomi og det trenges, men kompetansen er på sykehusene, og den må formidles ut derfra til innbyggerne, så ”pengene” må nok deles på!

Slik jeg ser det i følge ”Samarbeidsreformen” ligger det nå til rette for et helt nødvendig samarbeide omkring den enkelte pasient, og med dagens elektroniske løsninger kommer en langt.

Tilleggsskrift til dokumentet:

Fremtidens lokalsykehus og kommunehelsetjenesten.

Til høringen om lokalsykehusstrategien.

Gjelder samarbeide mellom sykehus og primærhelsetjeneste.

Nøkkelen til et velfungerende lokalsykehus ligger mye i primærhelsetjenesten, men også i sykehusets evne til å samarbeide omkring den enkelte pasient.

Problemet til eks. med ferdigbehandlede pasienter som opptar sykehussenger, løses ikke bare med dagens samarbeidsavtaler og ”døgnmult”, det har vi erfaring med..

Først bør sykehjem/bo og servisesenter bruke institusjonsplassene fleksibelt. Spesielt med tanke på korttidsopphold til akuttopphold/observasjon, rehabilitering og avlastning, men selvfølgelig også langtidsopphold og skjermede enheter for senil demente.

Hjemmesykepleien må helst ha fysisk nærhet til sykehjemmet/bo og servisesenteret, i allefall ”medbestemmelse” og felles ledelse slik at brukerne betraktes som ”felles” brukere.

Ved observasjon/akuttopphold her kan en hindre ”unødvendige” innleggelser til sykehuset, og pasienten kan stelles i institusjonen og fortsatt være hjemmesykepleiens ansvar.

(Den unge eller den friske eldre som behandles ved sykehuset, tjener selvfølgelig på kortest mulig sykehusopphold, og greit med dagkirurgi).

Lokalsykehuset bør ha rehabiliteringssenger, spesielt med tanke på slagpasienten, slik at en straks kommer i gang med faglig rehabilitering. Etter hvert overføres pasienten til sykehjem/bo og servisesenter/rehabiliteringssenter og følges her opp av rehabiliteringsteam fra lokalsykehuset.

Slik kan en videre bruke både geriatri team og psykiatri team.

I fremtiden vil det nok også kreves individuell plan for alle.

Narvik sykehus hadde tidligere både rehabiliteringsteam, geriatri team og psykiatri team, og undertegnede startet opp en prøvemodel for kommunen, Ellas Minne Bo og rehabiliteringssenter (sykehjem), som ble drevet med fleksible institusjonsplasser, og med et svært godt samarbeid med sykehuset. Vi hadde den gang fysioterapeutstilling i sykehjemmet. Dette fungerte godt.

Ellas Minne har også ”Lindrende enhet” med 2 plasser. Alle sykehjem/bo og servisesenter skulle hatt sin lindrende enhet slik at pasienten kunne være i sitt nærmiljø, nært familie og venner. Og ikke minst viktig at en får et mere faglig / oppdatert personale i sykehjem.

Rekrutteringseffekt har det også! Fagkunnskapen må imidlertid komme ut fra sykehuset og følge pasienten ! (Pasienten er snart ikke i sykehuset!)

Evalueringen av Ellas Minne-modellen var god, men stadige omorganiseringer på grunn av svak kommuneøkonomi hindret videreføring til øvrige distrikt i kommunen. Ellas Minne i Bjerkvik fungerer ”omtrent” som fra oppstart for 20 år siden, men også her er stillinger redusert bort. Den nye Samarbeidsreformen fra regjeringen lover penger til kommunene og det er helt nødvendig, men her må det nok deles med lokalsykehusene slik at de tar et ansvar inntil pasienten blir friskest mulig. Helst skulle tjenestene vært på samme nivå, og Sykehuset administrerte.

Se Ellas Minnemodellen på Kvasir.

Hilsen Ingrid Aspevik Havnø

Til debatt@krf.no

Flott at KrF bryr seg om de som ikke selv får sagt ifra, spesielt de som har fått et slag eller demens, men også yngre eldre som ikke når fram dit avgjørelser tas. Medlemmer av KrF har et stort ansvar for å ta opp realistiske problemer på vegne av mange, mange eldre. Jeg er stolt over KrFs tilrettelegging av debatt-forum! Alle partier som nå er villige til å samarbeide om et løft i eldresaken vil bli belønnet med god samvittighet, og de legger også til rette for sin egen fremtid!

Tryggere alderdom?

Punkt 1:

FOREBYGGING er viktigst av alt! (kunne jeg bare skrevet dette med rød laserskrift på himmelen slik jeg så laserstrålen ble brukt på Epcot-senteret i Amerika!)

Stortinget har vedtatt gode Lover og Forskrifter, men de følges ikke opp verken økonomisk eller ved kontroll. Kommunene fordeler sine midler så godt de kan, men de prioriterer svært forskjellig.

”Hjemme så lenge det går” er det beste, og det er vedtatt ved lov. Men hvordan tilrettelegger vi for det?

- **Enslige eldre som bor i egne hus, og mange er minstepensjonister, har samme kommunale avgifter som unge og friske i full jobb.**(og hvor det til eks. dursjes flere ganger daglig!) **Eldre bruker lite vann og har lite avfall. De trenger derimot mye varme! Strømprisen er varslet skal stige. Parafin-prisen stiger. Renovasjonen omorganiserer sitt hentesystem og huseier får flere oppgaver, hvem skal ta seg av dette for de skrøpelige og eldre? Hjemmesykepleien har ikke tid. Hjemmehjelp bare hver 3.uke til det aller nødvendigste.**
- **I tillegg til de kommunale avgiftene kommer det eiendomsskatt, forsikringer, telefon, lissenser, og egenandel på: medisiner, fysioterapi, rehabiliteringsopphold, dag/korttidsopphold på institusjon og på hjemmehjelp og trygghetsalarm. Drosjeregninger blir det også i tillegg til hjelp de må betale for i dagliglivet Noen har fortsatt lån på bolig. Økt rente må unngås! Og ingen lønnsstigning for pensjonistene! Kanskje sultestreik ville lønne seg?!**
- **Her skulle eiendomsskatten vært redusert eller tatt bort, og de kommunale avgiftene vært redusert i forhold til forbruk. Lønnsstigning for pensjonistene som for andre lønsmottakere ville være rimelig.**
- **Så var det den lange veien til poskasse-stativene. Posten kunne selv varsle om muligheten til å få flyttet postkassen til boligen eller så nært som mulig. FOREBYGGING for beinbrudd.**
- **Helsekontroll for eldre ville være et viktig forebyggende arbeide, både i byen og på landet og kan utføres av sykepleier i første omgang. Ofte er det langt mellom legebesøkene, og sykdommer oppdages for seint.**

- **Sosialt nettverk mangler svært ofte og det burde vært pålegg for kommunene å få til et aktivitetssenter for friskere”eldre”**
Samme med **frivillighetssentral** i samarbeide med organisasjoner/frivillige og med støtte fra departementet.
Viktig å støtte frivillige organisasjoner som driver med besøkstjeneste.
- **Det burde også brukes mere penger til støttekontakt og omsorgslønn for eldre.** Det klages over at det er vanskelig å få tak i støttekontakter, men det kunne ansettes en miljøarbeider som var kontakt for flere, både unge og gamle funksjonshemmede, og finne møtesteder,m.m. **FOREBYGGENDE arbeide!**
- Når situasjonen blir verre for den gamle som bor hjemme i hus eller leilighet, skulle **kommunen pålegges og bruke sine sykehjem med sine ressurser og hjelpemidler og utstyr også til de som bor hjemme.(for kostbart til å brukes til noen få som bor på institusjon)** Dette løses best ved at det samarbeides i omsorgsdistrikt med felles ledelse for sykehjem og hjemmesykepleie/hjemmehjelp, det vil si ansvar for de gamle, enten de bor på institusjon eller hjemme, for da har de til enhver tid oversikt og kan sette inn hjelp der det trenges mest. Nærhet til tjenestene er best.
- **FOREBYGGENDE** arbeide som blir helt nødvendig hvis de gamle skal få bo hjemme lengst mulig. og det lønner seg.
- **Dagopphold på sykehjemets aktivitetsstue skulle være en selvfølge, men i dag står aktivitetsstuer stengt på grunn av at ikke lovpålagte stillinger (aktivitør eller kulturarbeider) er redusert bort!** Dette betyr også at de som bor på sykehjem heller ikke får et slikt tilbud. Trist og deprimerende uten aktivitetstilbud på sykehjem/bo og servise-senter slik det er på mange steder i dag. (Slike stillinger har lavere lønn enn pleiestillinger!)**FORBYGGENDE arbeide?**
- **Videre trenges:**
Akutt opphold og observasjonsopphold i sykehjem
Rehabiliteringsopphold i sykehjem, mangler jo helt! (Og rehabiliterings-tilbud er generelt et problem i kommunene)
Avlastning for pårørende, og korttidsopphold av andre grunner eks.ferie, ombygging i hjemmet,m.m. Dette er **FOREBYGGENDE arbeide.**
- **Og vi trenger Lindrende enhet i sykehjem, med sykepleie og legekontakt med kompetanse for smertelindring.** Det skulle også kunne legges til rette for at til eks. kreftpasienten kunne velge å få dø hjemme eller på sykehjem i samarbeide med institusjon og pårørende.
- **Hjemmetjenesten og hjemmehjelpsordningen må oppgraderes i oppgaver og tid til den enkelte.** (Obs. ansiktstid! Like viktig som å smøre mat til en som sitter alene hjemme og er nesten blind og har diverse andre plager, er å snakke med vedkommende, sette seg ned et øyeblikk, sier 93årig dame som bor alene)
- **Kommunene blei pålagt å lage eldreplaner, nå også standarder for tjenestene,og det er gjort, men mest bare på papiret.**
Økonomien har vært dårlig, og det er dyrt å være fattig.
Det spørres i dag etter flere langtidsplasser i sykehjem, og den etterspørselen vil selvfølgelig bare øke så lenge vi ikke bruker noen av de plassene vi har til diverse

korttidsopphold, som er et forebyggende arbeide.

En sykehjemsplass koster i dag ca.1700 kr. pr. døgn og bør i fremtiden bare brukes til de skrøpeligste og i den siste vanskelige tiden for noen. Den demente må det finnes en plass til når behovet melder seg. Noen sliter med angst og vil trenge en plass. Det blir likevel kortere tid på sykehjem når flere hjelpes til å bo hjemme, selv om det blir flere eldre, for vi lever jo ikke evig heller!

- **Den nye regjeringen har lovet større satsing på eldreomsorgen og det vil lønne seg hvis pengene brukes rett. MEN DET HASTER MED FOREBYGGENDE ARBEIDE FOR VI BLIR FLERE ELDRE SOM LEVER LENGRE!**

Det må satses på oppdatering/ KOMPETANSE for pleiepersonalet i forhold til forskning og ny operasjonsteknikk. Dette gjelder personal både på sykehus og sykehjem og hjemmesykepleien. Først da kan vi gjøre den siste levetiden trygg og god, og det lønner seg for alle parter.

Konklusjonen blir at:

**Alderdommen ikke er så trygg i dag, og du kan bli ”puttet inn” på sykehjem uten å ønske det, av mange forskjellige grunner! Likevel kan Vedtaket om institusjonsplass være vel begrunnet. Du kan bli fattig og hjelpeløs/rettsløs på så mange måter
Det er mye å ta tak i og jeg er glad for at KrF pånytt har engasjert seg så sterkt i eldresaken.**

Med vennlig hilsen

Ingrid Aspevik Havnø
Narvik KrF

Tlf.76956107/ mob.91808260