



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVISSU

Geriatrisk virksomhet i UNN HF:
Styrking og utvikling av det geriatriske
fagfeltet i Nord-Norge i perioden 2011 - 2014

Oppdrag

Adm. direktør Tor Ingebrigtsen har gitt en arbeidsgruppe i UNN i oppdrag å utvikle strategi for geriatrisk fagområde for perioden 2010-2013. Arbeidsgruppen er utvidet med representanter fra kommunehelsetjenesten.

Mandat til arbeidsgruppe "Strategi geriatrisk fagområde 2010 - 2013"

Målsetting

UNN skal utvikle en strategi for det geriatriske fagområdet for perioden 2010-2013.

Mål for prosessen og dokumentet er å peke ut en retning for hvordan geriatrisk virksomhet utvikles og styrkes i UNN HF

Forutsetninger for arbeidet

Adm. direktør legger til grunn at geriatrisk seksjon ved UNN Tromsø fortsatt skal være den sentrale drivkraften i styrkingen av fagfeltet geriatri i Nord Norge.

Arbeidsgruppen har i perioden oktober 2009 - oktober 2010 hatt 9 arbeidsmøter og avholdt 1,5 dag fagseminarer.

Arbeidet har tatt lengre tid enn forventet, og i samråd med direktøren er derfor planperioden endret til 2011-2014.

Dato / underskrift

MANDAT TIL ARBEIDSGRUPPE "STRATEGI GERIATRISK FAGOMRÅDE 2010 - 2013"	2
OPPSUMMERING	4
KAPITTELOVERSIKT	5
1. BAKGRUNN	7
MANDAT TIL ARBEIDSGRUPPE "STRATEGI GERIATRISK FAGOMRÅDE 2010 - 2013"	7
1.1 BEGREPER	9
2. SITUASJONSBEKRIVELSE AV DET GERIATRISKE TILBUDET VED UNN	11
2.1 GENERELT OM ORGANISERING AV GERIATRIEN I UNN HF	11
2.2 TABELLER	12
2.3 TILBUD	14
3. GENERELT OM DEN GERIATRISKE PASIENTEN OG SPESIALIST-HELSETJENESTEN	17
3.1 KARAKTERISTIKA VED DEN ELDERE PASIENTEN.....	17
3.2 AKUTT SYKDOM MED FUNKSJONSSVIKT	17
3.3 SUBAKUTT SYKDOM	18
3.4 KRONISK SYKDOM	18
3.5 FOREBYGGING	19
3.6 REHABILITERING	19
3.7 SAMHANDLING OG KOORDINERTE TJENESTER	20
4. DOKUMENTERT BEHANDLING I SPESIALISTHELSETJENESTEN	22
4.1 MODELLEN	22
4.2 EFFEKT AV GERIATRISK SENGEPOST	22
4.3 EFFEKT AV GERIATRISKE TEAM INNAD I SYKEHUSET	22
4.4 EFFEKT AV POLIKLINISKE TILBUD	23
4.5 EFFEKT AV BEDRE SAMHANDLING FØR SYKEHUSINNLEGGELSE.....	23
4.6 EFFEKT AV INTERMEDIÆRE ENHETER ETTER SYKEHUSOPPHOLDET	23
4.7. EFFEKT AV OMRÅDEGERIATRISKE TILTAK.	24
4.8 EFFEKT AV INTERDISIPLINÆRE TJENESTER.	25
5. FAKTORER SOM PÅVIRKER BEHOVET FOR GERIATRISK SPESIALISTHELSETJENESTE	26
5.1 DEMOGRAFISK UTVIKLING	26
5.2 ENDRET SYKDOMSPANORAMA	27
5.3 NYE MEDISINSKE BEHANDLINGSMETODER.....	28
5.4 TELEMEDISIN OG E- HELSE	28
5.5 FREMTIDIG ARBEIDSDDELING MELLOM FØRSTE- OG ANDRELINJETJENESTEN OG DIMENSJONERING AV GERIATRISK TILBUD	28
5.5.1 DIMENSJONERING AV GERIATRISKE TJENESTER I UNN.....	30
5.5.2. SAMARBEID OM GERIATRISKE PASIENTER OG ARBEIDSOPPGAVER MELLOM GERIATRISK OG ANDRE MEDISINSKE FAGOMRÅDER, SÆRLIG I UNN-TROMSØ.....	30
5.5.3. FREMTIDIG GERIATRISK SENGEKAPASITET I UNN	31
5.5.4 VIKTIGE MOMENTER OMKRING ORGANISERINGEN OG DIMENSJONERINGEN AV GERIATRISK SENGEKAPASITET I UNN-TROMSØ	32
6. MÅL OG TILTAK FOR GERIATRISK VIRKSOMHET I UNN HF I PERIODE 2011- 2014	33
6.1 PASIENTTILBUDET.....	33
6.1.1 MÅL	34
6.1.2 TILTAK	35
6.2 DET GERIATRISKE FAGOMRÅDET.....	39
6.2.1 MÅL	40
6.2.2 TILTAK.....	42
REFERANSER	45

Oppsummering

Den framtidige økning i antall eldre vil gi fagfeltet geriatri store utfordringer både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Behov for geriatrike tjenester vil vokse i hele behandlingsskjeden. Fremtidens spesialisthelsetjeneste må ha tilstrekkelig kapasitet til de skrøpelige eldre som har behov for diagnostikk og behandling.

Strategiplanen skal bidra til å styrke faget geriatri samt legge til rette for god samhandling mellom UNN HF og kommunene både faglig og organisatorisk. Dette vil spesielt gjelde videreutvikling av eksisterende helsetilbud og utvikling av nye helsetjenestemodeller til den eldre delen av befolkningen. UNNs rolle som universitetssykehus innebærer også et ansvar for utvikling av geriatrien som fagfelt i hele regionen.

Dimensjonering av geriatriens virksomhet i spesialisthelsetjenesten må framover vies særskilt oppmerksomhet. Dette må skje i nært samarbeid og samforståelse med kommunene og deres behov for og utvikling av tjenester til den eldre befolkningen.

Behandlingstilbud

UNN skal tilby utredning og behandling til geriatrike pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste. Det geriatrike fagmiljøet ved UNN skal kunne ta hånd om pasienter med akutt oppstått sykdom og funksjonssvikt. Pasienter med subakutt funksjonssvikt må kunne tilbys utredning og behandling på riktig nivå. Dette kan være gjennom kommunehelsetjenesten, eller i spesialisthelsetjenesten gjennom et poliklinisk tilbud eller på en sengepost. UNN skal også gi polikliniske tilbud til pasienter med kroniske lidelser å alle lokalisasjoner. Ambulerende team med basis i de geriatrike miljøene ved UNN-sykehusene og Distriktsmedisinske sentra utvider det desentraliserte behandlingstilbudet ytterligere ved å gi tilbud direkte til den enkelte kommune.

Geriatrisk rehabilitering ved de tre sykehusene og ved Distriktsmedisinske sentra må integreres i alle deler av behandlings- og omsorgsskjeden. Dette er viktig for at gjenopptrening kan starte fra dag én og være en obligatorisk del av behandlingen.

God faglig seleksjon og prioritering legger til rette for at den enkelte pasient får det tilbud som han/hun har best nytte av til rett tid.

Kompetansebygging, rekruttering og forskning

Kompetansebygging, rekruttering av fagfolk, mer forskning og bedre pasientforløp vektlegges i strategiplanen. Det er en sentral forutsetning at fagmiljøet selv lager konkrete og realistiske handlingsplaner knyttet til de beskrevne tiltak.

Handlingsplan er beskrevet i kapittel 6.

Kapitteloversikt

Kapittel 1: Bakgrunn

UNN utvikler nå en strategi for det geriatriske fagområdet for perioden 2011-2014. Målet for prosessen og dokumentet er å peke ut en retning for hvordan geriatrisk virksomhet skal utvikles og styrkes i UNN HF, også utover et 3 års perspektiv.

Kapittelet beskriver arbeidsgruppen, bakgrunnsdokumenter og en del viktige ord og begreper.

Kapittel 2: Situasjonsbeskrivelse av det geriatriske tilbudet ved UNN

Oversikt over det geriatriske dag- og døgntilbudet ved avdelingene i Tromsø, Harstad og Narvik, og områdegeriatrisk tjeneste OGT i Nord-Troms og Midt-Troms, samt det alderspsykiatriske tilbudet i UNN.

Kapittel 3: Generelt om den geriatriske pasienten, spesialisthelsetjenesten og samhandling

Kapittelet beskriver særskilte behov til den syke eldre pasienten og spesialisthelsetjenestens rolle. Pasienter med akutt sykdom og samtidig akutt funksjonssvikt har behov for rask diagnostikk og behandling. Dette bør skje på sykehus med et tilrettelagt geriatrisk tilbud. Når funksjonssvikten utvikler seg over dager til få uker, kan rask intervensjon fra kommunehelsetjenesten, et poliklinisk tilbud eller ambulerende team gjøre sykehusinnleggelse unødvendig. Noen av disse pasienter vil likevel ha behov for sykehusinnleggelse. I stabil fase behandles mange geriatriske pasienter godt i kommunehelsetjenesten, forutsatt kapasitet og kompetanse og gode samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten.

En strategiplan for geriatrien i UNN baseres på to hovedprinsipper:

1. UNN skal ha tilstrekkelig geriatrisk kapasitet til å ta i mot til utredning og behandling de skrøpelige eldre som har behov for et tilbud i spesialisthelsetjenesten.
2. UNN skal bidra til at førstelinjetjenesten får geriatrisk kompetanse som gjør at de kan tilby gode helsetjenester til skrøpelige eldre, med tanke på at utredning og behandling kan skje nær der pasienten bor når det ikke er behov for tilbud spesialisthelsetjenesten.

Kapittel 4: Dokumentert behandling i spesialisthelsetjenesten

Kapittelet inneholder en gjennomgang av den tverrfaglige prosessen ved utredning av skrøpelige gamle, effekt av geriatrisk sengepost, geriatriske team innad i sykehuset, polikliniske tilbud, samhandling før sykehusinnleggelse, intermedieære enheter, områdegeriatri og interdisiplinære tjenester.

Kapittel 5: Faktorer som påvirker behovet for geriatrisk spesialisthelsetjeneste

Demografi og sykdomsutvikling tilsier at det vil være økt behov for geriatriske helsetjenester i hele behandlingsskjeden i framtida.

I tillegg vil følgende elementer påvirke behovet for geriatrisk spesialisthelsetjeneste:

- Nye medisinske behandlingsmetoder
- Telemedisin og e-helse
- Framtidig arbeidsdeling mellom første- og andrelinjen

I tillegg diskuteres dimensjonering av tjenestene i kapittel 5.

Kapittel 6: Mål og tiltak for geriatrisk virksomhet i UNN HF i perioden 2011-2014

I dette kapitlet presenteres konkrete forslag til mål og tiltak, med ansvarsfordeling og tidsfrister for gjennomføring. Dette gjelder både pasientrettet geriatrisk virksomhet og faglig utvikling.

1. Bakgrunn

UNN utvikler nå en strategi for det geriatriske fagområdet for perioden 2011-2014. Arbeidet har tatt lenger tid enn ventet og perioden for dokumentet er derfor endret til 2011-2014.

Mandatet som ble gitt var:

Mandat til arbeidsgruppe "Strategi geriatrisk fagområde 2010 - 2013"

Målsetting

UNN skal utvikle en strategi for det geriatriske fagområdet for perioden 2010-2013.

Mål for prosessen og dokumentet er å peke ut en retning for hvordan geriatrisk virksomhet utvikles og styrkes i UNN HF

Forutsetninger for arbeidet

Adm. direktør legger til grunn at geriatrisk seksjon ved UNN Tromsø fortsatt skal være den sentrale drivkraften i styrkingen av fagfeltet geriatri i Nord Norge.

Strategidokumentet skal omfatte all geriatrisk virksomhet i UNN HF og involverer dermed:

- Sengepost, poliklinikk, dagenhet og ambulerende team i Tromsø
- Geriatrisk poliklinikk og geriatrisk team UNN Harstad
- Geriatrisk team ved UNN Narvik (Sektor Sør)
- Geriatrisk virksomhet i medisinske avdelinger i UNN Narvik og Harstad
- Områdegeriatrisk tjeneste Midt-Troms
- Områdegeriatrisk tjeneste og rehabilitering i Nord-Troms (Sonjatun)
- Undervisning, forskning, fagutvikling og utdanning av geriatere og andre faggrupper innenfor fagfeltet

Strategidokumentet skal omfatte:

- Eldres mestring av sykdom og funksjonssvikt
- Styrking av forebyggende og helsefremmende tiltak
- Helsetilbudet for eldre i sykehus
- Utdanning og rekruttering av nøkkelpersonell til spesialisthelsetjenesten for eldre
- Forskning
- Finansiering

Det ble presisert av direktøren at arbeidsgruppen også skal belyse aspekter rundt samhandling med kommunale helsetjenester.

Deltakere i arbeidsgruppen:

- Markus Rumpsfeld, klinikkjef Medisinsk klinikk, UNN (leder)
- Anette Fosse, spesialist i allmenntilleggsmedisin og sykehjemslege, Mo i Rana
- Vivi Ann Johnsen, leder Rehabiliteringsavdelingen Sonjatun (fram til august 2010)

- Herbjørg Fagertun, leder Sonjatun Helsecenter (fra september 2010)
- Adri Vermeer, overlege, Områdegeriatrisk tjeneste, Finnsnes
- Torgeir Engstad, medisinskfaglig ansvarlig overlege geriatri, Medisinsk klinikk, UNN
- Hanne Frøyshov, lege i spesialisering, Medisinsk avdeling Harstad, UNN
- Arne Haavik, lege i spesialisering, Medisinsk avdeling Narvik, UNN
- Jorun Støvne Pettersen, klinikkjef, Rehabiliteringsklinikken, UNN
- Aud Fyhn, brukerrepresentant, brukerutvalget, UNN og Fylkeseldrerådet i Troms
- Kees Jan Verhage, seksjonsleder Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, UNN
- Monika Dalbakk, rådgiver, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, UNN

Referansepersoner:

- Terese Folgerø, eldreoverlege, Tromsø kommune
- Carina Ryssdal, Alderspsykiatrisk avdeling, Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk, UNN

Bakgrunnsdokument:

- Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008- 2012
- Respekt og Kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre
- Oppdragsdokument fra Helse Nord, og "Handlingsplan i geriatri. Helse Nord 2004-2010"
- Samhandling om skrøpelige eldre i Nord. Rapport til Helse Nord fra arbeidsgruppe 26.05.08
- Nasjonale retningslinjer for behandling av hjerneslag. Helsedirektoratet 2010
- Effekter av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 07-2010.
- Effekt av geriatriske tiltak til eldre pasienter innlagt i sykehus. Rapport fra kunnskapssenteret nr 14, 2006.
- Statistisk Sentralbyrå (Eldrebefolkning i Helse Nord, sykehusinnleggelse, framskriv med mer.)
- Spesialisthelsetjeneste for eldre. Handlingsplan 2010 – 2020. Helse Sør-Øst
- Stortingsmelding 47, Samhandlingsreformen
- Konseptbeskrivelse: Troms og Ofoten som modell for samhandlingsreformen. Hasvold, 2010 (Ikke slutført i arbeidsgruppens arbeidsperiode)

1.1 Begreper

Ambulant team	Gruppe av fagpersoner som gjør besøk hos pasienter eller fagmiljø utenfor sykehuset
CGA	Comprehensive Geriatric Assessment kfr pkt 4.1
Dokumentasjon	Bevisføring, dokumentering.
Demografisk utvikling	Utvikling av befolkningssammensetningen
Evidensbasert	Som bygger på kunnskap som vi har fått gjennom forskning eller "bevis".
Fagråd	Tverrfaglig gruppe med kompetanse innen faget som arbeider med fagutvikling, kvalitetssikring og satsingsområder i et fagområde for sin organisasjon
Fagsykepleier	Sykepleier med ansvar for undervisning, fagutvikling og kvalitetssikring
Geriatrer	Spesialist i geriatri, en grenspesialitet under indremedisin
Geriatrici	Læren om sykdommer i alderdommen
Geriatrisk seng	Seng i et geografisk avgrenset område med faste senger, bemannet med et tverrfaglig spesialopplært personale som jobber etter geriatrisk arbeidsmetode
Geriatrisk sykepleier	Sykepleier med videreutdanning i geriatri
Gerontologi	Læren om (den friske) alderdommen
Interdisiplinær	Flere spesialiteter jobber organisert sammen om samme pasient
Intermediær	Mellomtrinn, betydning her: mellom to behandlingsnivåer
LEAN	Pasientforløpsprosjekt basert på en strukturert metode (LEAN-metoden)
LIS	Lege i spesialisering
LMS	Lærings- og mestringssenter, en del av spesialisthelsetjenesten
Områdegeriatri	Desentralisert spesialisthelsetjeneste i samarbeid med kommunehelsetjenesten.
Ortogeriatrici	Pasienter som har ortopediske diagnoser (oftest lårhalsbrudd) som ligger i geriatrisk sengepost og som geriatere har hovedansvaret for.
Pasient(for)løp	En plan definert for utredning og behandling som utløses av en tilstand
Primærhelsetjeneste	Primærhelsetjenesten (førstelinetjenesten) er den delen av helsetjenesten som kommunene har ansvar for, og omfatter fastleger, legevakt, pleie-omsorgstjeneste, kommunal rehabilitering/opptrening, helsestasjoner/skolehelsetjeneste, kommunal rus- og psykiatritjeneste, samfunnsmedisin i kommunene, forebyggende helsearbeid.
Pårørendeskole	Undervisningsopplegg for pårørende til pasienter med en bestemt diagnose, ofte samtalegrupper eller gruppeveiledning
Retningslinje	Systematisk utviklede faglige anbefalinger som etablerer en standard for utredning, behandling og oppfølging av pasient- eller diagnosegrupper
Samhandlingsreformen	Stortingsmelding 47 kfr pkt 3.6

Skrøpelig eldre	Eldre person som er karakterisert ved tap av muskelmasse, redusert yteevne, utholdenhet og ganghastighet, mer utsatt for sykdom og funksjonssvikt enn de friske; - et slags forstadium til sykdom
Slagsykepleier	Sykepleier med videreutdanning i slagbehandling
Spesialisthelsetjeneste	Spesialisthelsetjenesten er den delen av helsevesenet som har ansvar for somatiske og psykiatriske sykehus, andre institusjoner, poliklinikker, privatpraktiserende spesialister samt ambulansetjenesten. Ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten endrer seg over tid.
Telemedisin	Bruk av IKT til samhandling om helseformål.
Tverrfaglig	Flere faggrupper jobber organisert sammen om samme pasient

2. Situasjonsbeskrivelse av det geriatriske tilbudet ved UNN

2.1 Generelt om organisering av geriatrien i UNN HF

Geriatriske tilbud i UNN Tromsø, Harstad og Narvik er i hovedsak organisert i Medisinsk klinikk, bortsett fra geriatrisk slagbehandling i Tromsø, som er organisert under Nevro- og ortopediklinikken i en felles slagenhet for pasienter fra alle aldersgrupper. Spesialkompetente fysio- og ergoterapeuter, logoped og sosionom sentrale deltakere i pasientarbeidet både på sengepost, poliklinikk, daghospital og i ambulerende team. Disse faggruppene er organisert i Rehabiliteringsklinikken. Områdegeriatrisk tjeneste ved distriktsmedisinske sentra (DMS) på Finnsnes og Sonjatun er faglig sett knyttet til geriatrisk seksjon i Medisinsk klinikk, men vertskommunene for DMS-ene har arbeidsgiveransvar for de ansatte.

Medisinsk klinikk i UNN HF omfatter følgende fagfelt i indremedisin: endokrinologi, gastromedisin, geriatri, hematologi, nyremedisin og infeksjonsmedisin samt mikrobiologi og smittevern. I Harstad og Narvik er også hjertemedisin og lungemedisin inkludert i de generelle indremedisinske avdelingene. Virksomheten utøves på UNNs tre sykehus og på DMS'ene på Finnsnes og Sonjatun. Administrativt er fagfeltene i Tromsø organisert i Sykepleieavdelingen og Legeavdelingen, hvor hvert fagfelt danner en seksjon med seksjonsledere på lege- og sykepleienivå. Den indremedisinske virksomheten i Harstad og Narvik er organisert som egne avdelinger i Medisinsk klinikk, som også inkluderer geriatriske pasienter.

2.1.1 Fagråd

Medisinsk klinikk etablerte i 2009 tverrfaglig sammensatte fagråd innenfor hver enkelt av de indremedisinske subspecialitetene. Dette er gjort for å sikre prinsippet "en dør inn", og for å understøtte en felles og koordinert, tverrfaglig og framtidsrettet utvikling av fagfeltene på alle lokalisasjonene. Fagrådene skal utarbeide egne visjoner og definere konkrete mål og delmål innenfor sine fagfelt for et samlet UNN i samsvar med internasjonal faglitteratur og nasjonale og regionale strategier og veiledere. Eksempler på aktivitet er etablering av felles håndtering av henvisninger, definere felles indikasjoner for undersøkelser og behandling, utarbeide og implementere felles prosedyrer samt legge planer for forskning og undervisning for alle yrkesgrupper. Fagrådene skal innenfor sine fagområder gi råd til avdelings- og klinikkledelsen og bistå med konkrete arbeidsoppgaver. For å kunne ivareta UNNs rolle som motor for geriatrien, er det naturlig at UNNs interne fagråd for geriatri også bør være sterkt representert i det regionale fagrådet for geriatri.

2.2 Tabeller

Tabellene nedenfor viser en oversikt over det geriatriske tilbudet i UNN HF:

	UNN Tromsø	UNN Narvik	UNN Harstad	OGT Finnsnes	OGT Nordreisa	Totalt
Antall senger akutt slag (geriatri)	7 I nevr avd	3 I med avd	3 I med avd	0	0	14
Antall senger akutt geriatri	7	3	0*	0	0	10
Antall senger rehabilitering geriatri	7	0	Etter behov	8	6**	21
Daghospital	2 dager/ uke	Nei	Nei	Nei	nei	
Geriatrisk poliklinikk	3 dager/ uke	2 dager/ uke	1 dag/ uke	2 dager/ uke	nei	
Ambulant team	ja	Ja	Samme team som i Narvik	Ja	Ja	

Tabell 1: Antall sengeplasser, dag- og poliklinisk tilbud og ambulerende tjeneste

* Geriatriske pasienter tas i mot på generell indremedisinsk sengepost.

** Det er 6 senger til spesialisert rehabilitering. Antall senger tilgjengelig for geritarisk rehabilitering vil variere. UNN HF gir pr. i dag økonomisk tilskudd til kommunale sykestueplasser i følgende kommuner: Nordreisa (4 plasser), Skjervøy (3 plasser), Kåfjord (1 plass), Kvæningen (1 plass).

	UNN Tromsø	UNN Narvik	UNN Harstad	OGT Finnsnes	OGT Nordreisa
Ledelse	Seksjonsleder geriatri	Avd.leder Med.avd	Avd.leder Med.avd	Virksomhetsleder (spl)	Avdelingsleder (spl)
Geriatere (overleger, spesialister i geriatri)	4	1***	0	0	0
Spesialist med kompetanse i geriatri	0	0	2	2	0,75
Leger i spesialisering	6	1	0**	0	0
Turnusleger	1-2	*****	*****	0	0
Spesialsykepleiere/ sykepleiere i geriatri	20,5	2,8	4 på rehab 1 på med	5,7	5,8
Hjelpepleiere	9,3	3	0,75	4,5	4,4
Fysioterapeuter	5	Ja	Ja	2	1
Ergoterapeuter	4	Ja *	Ja	1,5	1
Logoped	Ja	Nei	Ja	0,5	1
Sosionom	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
Nevropsykolog	Ja	Nei	Ja	Nei	Nei

* i ambulant team

** Ambulerer fra Tromsø

*** for tiden ubesatt

**** inngår i Medisink avdeling sin bemanning

Tabell 2: Antall stillinger som er knyttet til det geriatriske tilbudet i UNN HF

2.3 Tilbud

UNN Tromsø

Geriatrisk seksjon har gruppe I status med ansvar for pasientbehandling, undervisning, veiledning og forskning.

Pasientbehandling:

Etter omorganiseringen i 2009 driver Geriatrisk seksjon i Tromsø en sengepost fordelt på 7 senger øremerket akutt geriatri og 7 senger rehabilitering. Geriatere har sammen med nevrologene behandlingsansvaret for Slagenheten (14 senger) som er lokalisert til Nevrologisk avdeling. Seksjonen har en poliklinikk med daghospital og et ambulerende team. Daghospitalet driver også rehabilitering.

Undervisning:

Undervisningen omfatter drøyt 100 nye medisinstudenter årlig (forelesning, uketjeneste med klinisk praksis og veiledning), årlig spesialistkurs for utdanningskandidater i geriatri (30t) og generell indremedisin (20 t) annet hvert år, videreutdanning av sykepleiere og terapeuter samt medisin grunnfag. Seksjonen tilbyr hospitering og praksis for ulike fagprofesjoner. Ulike pårørendekurs prøves nå ut og etableres som faste tilbud.

Veiledning:

En av overlegene i 20 % universitetsstilling veileder medisinstudenter og doktorgradskandidater. Seksjonen har praksisplasser for leger i spesialistutdanning, sykepleiere, hjelpepleiere og terapeuter på grunnutdanning

Forskning:

Av pågående forskning deltar 1 av legene i "Demensstudien i Nord-Norge", mens 2 andre leger er doktorgradskandidater tilknyttet Tromsø-undersøkelsene. Klinisk forskning på hjerneslag i UNN er påbegynt og forankret i lokalt og nasjonalt forskningsmiljø med data basert på nyopprettet nasjonalt slagregister. Poliklinikken deltar aktivt i felles forskningsprosjekt med Sykepleievitenskap og psykologisk institutt.

UNN Harstad

Geriatrisk poliklinikk gir et tverrfaglig tilbud om utredning og oppfølging av pasienter med fysisk og kognitiv funksjonssvikt. Poliklinikken har et team bestående av ergoterapeuter, geriatriske sykepleiere og fysioterapeuter samt lege (snart ferdig spesialist i geriatri). Teamet er underlagt medisinsk avdeling, drives i tett samarbeid med rehabiliteringsavdelingen og samhandler aktivt med bl.a. kommunehelsetjeneste, rehabiliteringsavdelingen, LMS, alderspsykiatrisk team og demensforeningen.

Pasienter med akutte geriatriske problemstillinger tas hånd om i generell indremedisinsk avdeling. Det er eget slagteam i medisinsk avdeling.

Rehabiliteringsavdelingen har fokus på geriatrisk arbeidsmetode og har mange sykepleiere og terapeuter med videreutdanning i geriatri. Avdelingen samarbeider tett med medisinsk og kirurgisk avdeling.

UNN Narvik

Det geriatriske tilbudet i Narvik omfatter sengepost, poliklinikk og områdegeriatrisk team.

Pasienter med akutte geriatriske problemstillinger og slagpasienter tas hånd om i generell indremedisinsk avdeling, og har tilknyttet to spesialsykepleiere i geriatri.

Poliklinikken drives av geriater (per desember 2010 av LIS i geriatri) i samarbeid med geriatrisk sykepleier og ergoterapeut. Majoriteten av pasienter henvises for demensutredning og funksjonssvikt. Medisinsk avdeling er godkjent som gruppe 2-institusjon for geriatri i ett år.

Et områdegeriatrisk tilbud i Ofotenregionen har eksistert i vel 10 år. Hovedtyngden av henvendelser dreier seg om pasienter med demens komplisert med atferdsvansker. Undervisning og kursing av pleiepersonell på sykehjem og andre institusjoner i kommunene har hatt prioritet.

Områdegeriatrisk tjeneste Midt-Troms

Områdegeriatrisk tjeneste for Midt-Troms (OGT-MT) er en desentralisert spesialisthelsetjeneste innenfor Medisinsk klinikk UNN, som finansierer og har faglig ansvar for virksomheten. Lenvik kommune er vertskommune og har arbeidsgiver- og driftsansvar. Opptaksområdet er i hovedsak 10 kommuner i Midt-Troms: Lenvik, Sørreisa, Tranøy, Torsken, Berg, Målselv, Dyrøy, Bardu, Salangen, og Lavangen, med totalt 32.900 innbyggere.

OGT MT gir følgende tilbud:

- Døgnbasert geriatrisk rehabilitering. Hoveddiagnoser er hjerneslag og andre nevrologiske sykdommer, pasienter med sammensatt sykdom grunnet ortopediske tilstander/operasjoner (som lårhalsbrudd), og karkirurgiske operasjoner (amputasjoner).
- Poliklinisk og ambulant utredning og behandling av pasienter med kroniske geriatriske sykdommer som hjernedegenerative sykdommer (demens og parkinsonisme), følgetilstander etter hjerneslag, uavklart funksjonssvikt og falltendens.

Kompetanseoverføring, veiledning og rådgivning til kommunehelsetjenesten skjer som ledd i den ambulante virksomheten, men er også organisert som "Demensnettverk" og "Rehabiliteringsnettverk" i samarbeid med interkommunale kvalitetsutviklingsenhet for helse- og sosialtjenesten i Midt-Troms, 8 kommuner (LØKTA).

Områdegeriatrisk tjeneste Nord-Troms

Områdegeriatrisk tjeneste for Nord-Troms (OGT-NT) er en desentralisert spesialisthelsetjeneste innenfor medisinsk klinikk UNN som finansierer tjenesten og er faglig ansvarlig for driften. Nordreisa kommune er vertskommune og har arbeidsgiver og driftsansvar. Avdelingen yter tjenester til de fire Nord-Troms kommunene: Skjervøy, Nordreisa, Kåfjord og Kvæningen. Afasitilbudet gis også til øvrige deler av Troms og Finnmark. Avdelingen er integrert med en kommunal sykestue og fødestue.

OGT-NT gir følgende tilbud:

- Døgnbasert rehabilitering med prioritet av geriatri, slagrammede (spesielt afasi), reumatiske lidelser og annen svekkelse.
- Systematisert utadrettet virksomhet med rådgivning og undervisning innen geriatri og rehabilitering. Teammedlemmer reiser også ut til Nord Troms kommunene ved behov.
- Nettverksarbeid: Demens- og geriatri nettverk som også inkluderer rehabilitering.

Alderspsykiatri

Alderspsykiatrisk avdeling er organisert i Rus- og spesialpsykiatrisk klinikk, er lokalisert på Åsgård og består av:

- Alderspsykiatrisk døgnbehandling med en udifferensiert lukket seksjon på 14 døgnplasser
- En poliklinikk som utreder pasienter i egne lokaler på Åsgård, ved besøk hjemme eller på sykehjem ved å ambulere til alle 44 kommuner i Troms og Finnmark. Poliklinikken disponerer alderspsykiater, psykolog, ergoterapeut og to psykiatriske sykepleiere.

Målet er å yte spesialisttjenester med utredning og behandling av psykiske lidelser, inkludert vurdering av omsorgsbehov, til alle kommuner i Finnmark og Troms. Samarbeidspartnere er pårørende, distriktskykiatriske sentra og den kommunale helsetjenesten. Prioriterte pasientgrupper er:

- alvorlig psykisk lidelse med debut etter 65 år, f eks psykose, depresjon, angst og alvorlige personlighetsproblemer
- demens med utfordrende atferd og/eller psykiatriske symptomer
- tidligere alvorlig psykisk lidelse uten fast behandlingskontakt med voksenpsykiatrien

UNN Harstad har alderspsykiatrisk team bestående av faste psykiatriske sykepleiere, alderspsykiater som ambulerer jevnlig fra UNN Tromsø er tilknyttet teamet. Teamet reiser på hjemmebesøk til aktuelle pasienter.

3. Generelt om den geriatriske pasienten og spesialisthelsetjenesten

3.1 Karakteristika ved den eldre pasienten

WHO definerer personer 60-74 år som "eldre" og 75 år + som gamle. Ofte brukes "eldre" om begge disse gruppene. Som gruppe lever de eldre lenger og har bedre helse enn tidligere, men er samtidig ei svært heterogen gruppe når det gjelder aldringsmanifestasjoner, skrøpeligheit og sykkelighet.

De friske eldre er kun preget av aldersforandringar. De skrøpelige eldre, med sin betydelig nedsatte reservekapasitet og økte sårbarhet, er spesielt utsatt for sykdom og funksjonssvikt.

Når de skrøpelige eldre utvikler akutt sykdom er denne ofte sammensatt og ledsaget av funksjonssvikt.

3.2 Akutt sykdom med funksjonssvikt

Forekomsten av flere sykdommer øker bratt fra 75-80 års alder. Blant disse aldrings sykdommene er demens, hjerneslag, muskelskjelettsykdom, hjertesvikt, inkontinens for urin- og avføring, nevrodegenerativ sykdom, ondartet sykdom, endokrine (hormonelle) og autoimmune sykdommer, kronisk obstruktiv lungesykdom og depresjon.

Sammenliknet med yngre er både forekomst, fordeling og forløp annerledes. De har annerledes sykdoms presentasjon, atypisk symptombilde og hyppige komplikasjoner. En fersk norsk studie viser at de har alvorligere sykdom enn yngre ved innleggelse i sykehus (1). Sensesvikt og legemiddelbivirkninger er regelmessig til stede.

Fleire sykdommer opptrer ofte samtidig. I indremedisinsk avdeling har den gamle pasienten i gjennomsnitt 2,5 aktuelle diagnoser, mens geriatriske problemstillinger er hovedårsak til omlag 20-25 % av akutt-innleggelsene (Norsk prevalens-undersøkelse 1998). Den akutte funksjonssvikten som oppstår i løpet av timer eller dager rammer kognitive, motoriske og sosiale evner, samtidig som personen blir avhengig av hjelp i basale og/eller instrumentelle gjøremål i dagliglivet. Den kognitive funksjonssvikten manifesterer seg ofte som akutt delir (forvirring). Dette gjør diagnostikk, behandling og oppfølging mer krevende sammenliknet med yngre pasienter.

3.2.1 Komplikasjonene

Akutt delir (forvirring): Insidensen av akutt delir hos hospitaliserte gamle pasienter angis til 40-50% (2)(3). Den gamle med akutt lårhalsbrudd har delir i > 50 % av tilfellene (2). Delir hos gamle kan oppetre atypisk og påvirker lengde på sykehusopphold, dødelighet og prognose.

Immobilitet og fall: Den gamle indremedisinske pasienten har særlig høy risiko for fall i løpet av sykehusoppholdet, det registreres 5-7 fall pr 1000 liggedøgn. Halvparten av fallene medfører alvorlige skade (3).

Inkontinens for urin og avføring er en sterk prediktor for institusjonalisering og dårlig prognose.

Under- og feilernæring forekommer hos omlag 25 % av de akutt innlagte gamle, mens 50 % har økt risiko (3). Årsakene er mange, og er relatert til komorbiditet (tilleggs-sykkelighet) og miljøfaktorer.

3.2.2 Diagnostikk og avklaring på sykehus

De nevnte følgetilstandene ved sykdom hos gamle utvikler seg ofte som en dominoeffekt representert ved de "5 i-ene": instabilitet, immobilitet, inkontinens, intellektuell og iatrogen (legepåført) svikt. Gamle med annen og kronisk sykdom i utgangspunktet, er spesielt utsatt for slike komplikasjoner ved akutt sykdom. Pasienter med akutt sykdom og samtidig akutt funksjonssvikt slik nevnt, er i behov av **rask diagnostikk** og avklaring. Dette bør skje på sykehus (4).

En spørreundersøkelse blant norske leger og sykepleiere innenfor spesialist og kommunehelsetjenesten indikerer at eldre ikke får dekket sine diagnostiske eller vitale behandlingsbehov i dag (5). I tillegg kommer at gamle syke har spesielle behov for diagnostikk, behandling, omsorg og rehabilitering under sykehusoppholdet. Dette må iverksettes for å motvirke risikoen for unødvendig og irreversibel funksjonssvikt i sykehuset (6)(7). Sammenliknet med unge har gamle 5 ganger så høy risiko for legepåførte komplikasjoner under et sykehusopphold (3). Et tverrfaglig akutt behandlingstilbud med egne senger hvor rehabilitering er en integrert del av behandlingen, medfører kortere sykehusopphold, færre komplikasjoner og mindre varig institusjonalisering (8). Et slikt tilbud er heller ikke kostnadsdrivende (9).

Eldre med akutt oppstått sykdom og funksjonssvikt skal innlegges i sykehus, og helst i en geriatrisk sengepost. Akutt oppstått organsvikt uten nevnte komplikasjoner kan innlegges i vanlig sykehusavdeling.

3.3 Subakutt sykdom

Når funksjonssvikten utvikler seg over dager til få uker kan rask intervensjon gjøre sykehusinnleggelse unødvendig. Eksempler er hjertesvikt, KOLS, infeksjoner og atferdsvansker ved demens. Noen pasienter kan få tilbud om sykestueplass eller korttidsplass i sykehjem, forutsatt god kapasitet og kompetanse, spesielt i legetjenesten. Noen pasienter vil trenge en rask poliklinisk vurdering ved spesialist. I noen situasjoner vil en oppsøkende spesialisthelsetjeneste være beste alternativ, for eksempel ved større atferdsvansker eller akutt forvirring hos sykehjemspasienter med demens. Noen pasienter med subakutt funksjonssvikt vil likevel trenge sykehusinnleggelse.

3.4 Kronisk sykdom

I stabil fase behandles mange geriatriske pasienter godt i kommunehelsetjenesten, forutsatt god kapasitet og kompetanse, og gode samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten. Pasientene trenger behandling og omsorg for sine kroniske sykdommer, og i tillegg rask og tidlig diagnostikk av nyoppstått funksjonssvikt. Som regel krever dette sykehusinnleggelse (jfr 3.2.2)

Demens er en hyppig sykdom som normalt skal diagnostiseres i kommunehelsetjenesten, mens spesialisthelsetjenesten må gi et tilbud til pasienter der diagnosen er usikker, ved spesielle demensformer eller spesielle tilleggsproblemer, spesielt atferdsvansker. Dette forutsetter et godt poliklinisk tilbud i spesialisthelsetjenesten uten lang ventetid, og tiltak for samarbeid og kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Tilsvarende gjelder for pasienter som har følgetilstander etter hjerneslag og som er i en kronisk fase.

3.5 Forebygging

Det er ingen øvre aldersgrense for å iverksette forebyggende tiltak. En vanlig innvending mot dette er at den forebyggende effekten bare kan dokumenteres og innkasseres over tid, og mot slutten av livsløpet er naturlig nok tida knapp. Målet for forebyggende behandling er imidlertid ikke bare kunne leveår, men også livskvalitet. Forebygging er i tillegg et viktig element i den framtidige forvaltning av helseressursene. Den dokumenterte effekten av ulike forebyggende tiltak blant de eldste er svært mangelfull, men potensialet i helsefremmende aktiviteter antas likevel å være stort, jfr. teknologisk utvikling, kirurgiske og medikamentelle tiltak. Mobilisering av indre ressurser som kunnskap, motivasjon, evne til egenomsorg, mestringsevne og det å stole på egne evner og krefter påvirker også sykdomsforløp og prognose. Det er ei spesiell utfordring for alderdomsforskningen å frambringe evidensbasert kunnskap om hva som er effektiv forebygging av sykdom og svikt i bevegelsesapparatet, hvordan fall, kognitiv svikt, hjerte-kar sykdom og inkontinens kan forebygges, samtidig som tannhelse, syn og hørsel kan bevares. Nyansert kunnskap om effekt av fysisk aktivitet (mengde, intensitet og kvalitet) er stadig mangelfull. Likeså er effekten av medikamentell forebygging mangelfull, og spesielt hva som er hensiktsmessig polyfarmasi. Blant de eldste mangler også kunnskap om hvilken effekt redusert inntak av sukker, fett og alkohol, og det å slutte å røyke, måtte ha.

Målgruppene for det forebyggende helsearbeidet er ikke bare eldre med manifest eller begynnende funksjonstap (sekundærprofylakse), men også friske eldre (primærprofylakse).

Utfordringene for alderdomsforskningen i vår befolkning er formidabel.

3.6 Rehabilitering

Et fullverdig geriatrisk utrednings- og behandlingstilbud omfatter tverrfaglige arbeidsmetoder hvor spesialkompetente sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter er sentrale deltakere. Geriatrisk virksomhet forutsetter integrert rehabilitering i alle faser av sykdomsutviklingen, og allerede fra dag én.

Det er viktig at det er dedikerte terapeutressurser med relevant spesialkompetanse som deltar i arbeidet både på sengeposten, poliklinikken, daghospitalet og i et ambulerende team. Videre må tilpassede behandlingsarealer være lett tilgjengelig, og det må utvikles gode samarbeidsstrukturer på tvers av klinikkene for at rehabilitering skal kunne gjennomføres parallelt med akutt og subakutt medisinsk behandling.

Geriatrisk rehabilitering ved de tre sykehusene og ved DMSene må integreres i alle deler av behandlings- og omsorgskjeden..

Geriatrisk rehabilitering i sykehus ytes til pasienter i akutt og subakutt fase som ofte krever overvåkning, monitorering og akutt behandling i tillegg til avansert, spesialisert rehabilitering, og skiller seg dermed fra den rehabiliteringen som gis i kommunen.

3.7 Samhandling og koordinerte tjenester

Geriatri er i sin natur en tverrfaglig spesialitet med lange tradisjoner på samarbeid mellom faggrupper og nivåer. God organisatorisk og faglig arbeidsdeling mellom nivåene må defineres i nært samarbeid mellom sykehusgeriatri og kommunal eldremedisin.

Innhold og virkemidler i Samhandlingsreformen, som er vedtatt av Stortinget og nå er ute på høring, vil bli konkretisert i løpet av 2011. På nåværende tidspunkt er den praktiske omsetningen, organiseringen, rollefordelingen og finansieringen uklar. I følge høringsutkastet vil kommunene få økt ansvar både for finansiering og organisering av geriatriske helsetjenester. Reformforslaget peker bl.a. på følgende muligheter:

- kommunal delfinansiering ved sykehusinnleggelse av gamle
- utvikle behandlingstilbud i kommunehelsetjenesten i stedet for sykehusinnleggelse
- kommunale tilbud før og etter sykehusopphold slik som døgnplasser for observasjon, etterbehandling, lindrende behandling, rehabilitering og habilitering
- tverrfaglige team, herunder ambulante team i kommunene og spesielt innen geriatri og rehabilitering (11).
- lærings- og mestringstilbud og egenbehandling

Uavhengig av resultatet av Samhandlingsreformen må en strategiplan for geriatrien i UNN baseres på to hovedprinsipper:

1. UNN HF skal ha tilstrekkelig geriatrisk kapasitet til å ta i mot til utredning og behandling de skrøpelige eldre som har behov for et tilbud i spesialisthelsetjenesten.

2. UNN skal bidra til at førstelinjetjenesten får geriatrik kompetanse som gjør at de kan tilby gode helsetjenester til skrøpelige eldre, med tanke på at utredning og behandling kan skje nær der pasienten bor når det ikke er behov for tilbud spesialisthelsetjenesten.

En strategi, for geriatrik virksomhet må således gjennomgås og eventuelt revideres etter at det endelige resultatet av Samhandlingsreformen foreligger. Strategiplanen er en nødvendig begynnelse på en prosess som skal beskrive sammenhengende pasientforløp for skrøpelige eldre som er forankret faglig og organisatorisk på alle nivåer.

Kompetanseheving og kvalitetssikring

Samarbeid om kompetanseheving og veiledning mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten må videreutvikles for å kunne yte pasientbehandling på høyt faglig nivå. Primærhelsetjenesten bør i sterkere grad involveres i utviklingen av geriatrik tjenester i UNN med tanke på faglig kvalitet og tilbud om desentraliserte tjenester. Dette gjelder for eksempel arbeid med pasientforløp, retningslinjer og prosedyrearbeid.

Strategiplanen kan brukes som et utgangspunkt for dialog med primærhelsetjenesten om framtidig oppgavefordeling vedrørende den skrøpelige eldre pasienten, samtidig som den klargjør hva som skal til for å videreutvikle geriatriens oppgaver som del av spesialisthelsetjenesten i UNN.

4. Dokumentert behandling i spesialisthelsetjenesten

4.1 Modellen

Geriatrisk vurdering inkluderer sosiale, psykologiske, mentale og miljømessige faktorer i tillegg til standard medisinsk vurdering. I geriatrien er funksjonsdiagnostikk like viktig som organdiagnostikk. Den interdisiplinære prosessen ved utredning av skrøpelige gamle omtales ofte som "Comprehensive Geriatric Assessment" (CGA) eller "systematisk geriatrisk undersøkelse og behandling", og omhandler identifisering av riktig pasient, vurdering og anbefaling av tiltak samt implementering av disse. Slike program må tilpasses individuelle behov og lokale forhold, men bør som et minimum inkludere datainnsamling, tverrfaglig diskusjon og vurdering, utvikling og implementering av en behandlingsplan, monitorering av effekt og revisjon av behandlingsplanen (3). En slik modell har vist seg effektiv i å bedre generell helse og funksjon samt livskvalitet hos skrøpelige eldre over et vidt spekter av omsorgstiltak. Nødvendigheten av en tverrfaglig arbeidsmetode og rehabilitering som en integrert del av akuttbehandlingen understrekes.

4.2 Effekt av geriatrisk sengepost

Effekten av akutt geriatrisk intervensjon organisert etter overnevnte prinsipper er godt dokumentert, og krever en geriatrisk sengepost (8) (14). Gevinsten av geriatrisk intervensjon er størst ved nyoppstått funksjonssvikt, dvs. i den akutte – hyperakutte fasen av sykdom. Forsinket diagnostikk hindrer rask og målrettet intervensjon som igjen generer funksjonssvikt som lett kan bli irreversibel (15). Akutt sykdom hos eldre er derfor ø-hjelp langt oftere enn hos yngre dels fordi utforbakken er brattere hos gamle enn yngre og dels fordi nytten av geriatrisk intervensjon er størst ved nyoppstått funksjonssvikt. Forsinket diagnostikk og avklaring bør derfor unngås.

Den samfunnsøkonomiske gevinsten kan være betydelig selv ved en marginal funksjonsbedring ettersom dette kan resultere i at den gamle klarer seg hjemme lenger.

4.3 Effekt av geriatriske team innad i sykehuset

Det innebærer at et team bestående av et varierende antall medlemmer med ulik kompetanse gjør en vurdering av pasienter med geriatriske problemstillinger, og anbefaler en plan for behandling som skal iverksettes av andre, fortrinnsvis den avdelingen der pasienten er innlagt.

"Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 14 – 2006", bestilt fra Helse Vest RHF, vurderte effekten av geriatriske tilbud til gamle pasienter innlagt i sykehus, basert på 13 systematiske oversikter i tillegg til en nyere randomisert studie. Rapporten konkluderer slik: "Studier av vurdering og behandling i egne geriatriske enheter eller avdelinger i sykehus har gunstig effekt på sjansen til å være i live i egen bolig snarere enn å dø eller bli innlagt i sykehjem" Oppsummeringen av geriatriske konsultasjonsteam er slik: "Systematiske oversikter som har vurdert verdien av geriatriske konsultasjonsteam viser ingen effekt."

4.4 Effekt av polikliniske tilbud

Effekten av poliklinikk for eldre organisert etter de nevnte CGA prinsippene har ikke vist like gode resultat som geriatrisk sengepost, selv om nyere og mer målrettet behandling av geriatriske komplikasjoner som funksjonssvikt, urininkontinens, fall og depressive plager har vært lovende. Slike modeller har dokumentert at pasientene har mindre funksjonssvikt, mindre tretthet og bedre sosial funksjon. Flere nye modeller er under utprøving.

4.5 Effekt av bedre samhandling før sykehusinnleggelse

Bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten vil kunne bedre diagnostikken, men vil neppe redusere behovet for sykehusinnleggelser av gamle med akutt oppstått sykdom med funksjonssvikt (jfr 3.2.2). I dag finns ikke forskningsbasert kunnskap som tilsier at færre skulle bli henvist spesialisthelsetjenesten ved økt samhandling forut for sykehusinnleggelse (12). Et doktorgradsarbeid fra Tromsø (1999) konkluderer med at hver 7. innleggelse i en medisinsk avdeling er unyttig, evaluert i etterkant av sykehusoppholdet, men det er ikke mulig å forutsi hvem som har nytte av sykehusoppholdet på forhånd (16). I hvilken grad et utvidet tilbud om rask diagnostikk kan gjøre innleggelse i sykehus unødvendig når det gjelder eldre pasienter med ukomplisert akutt eller subakutt sykdom avhenger av medisinske, funksjonsmessige og sosiale forhold. Modeller for slike diagnostiske og behandlingsmessige tilbud burde utprøves og evalueres med vitenskapelige metoder. Dette er en stor utfordring i årene som kommer. Bedre rutiner, prosedyrer og seleksjonskriterier er en forutsetning. I en slik sammenheng er bedre samhandling og informasjonsflyt mellom allmenn- og sykehusleger nødvendig. Slik kunnskap kan vinnes ved å studere pasient- og dokumentasjonsforløp (17). Viktige erfaringer er allerede høstet fra den akuttmedisinske behandlingsskjeden (18), men bør undersøkes systematisk på langt flere pasientkategorier. Et felles behov for alle eldre med akutt og/eller subakutt sykdom er god og rask diagnostikk slik at riktige tiltak kan iverksettes tidligst mulig. UNN's erfaring med sykestuesengene i Nord Troms er at disse delvis har vært benyttet som akutte observasjonssenger i kommunen før innleggelse på sykehus, eller for å forhindre unødvendige innleggelser. Modellen med sykestuesenger belyses for tiden av en nasjonal arbeidsgruppe.

4.6 Effekt av intermediære enheter etter sykehusoppholdet

Som ledd i arbeidet med å bedre den medisinske etterbehandlingen etter sykehusopphold har styrket sykehjemsavdeling eller intermediæravdeling blitt undersøkt. Dette er tilbud organisert i samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. En randomisert studie fra Trondheim i 2003-4 har sammenliknet ulike endepunkter hos to grupper eldre sykehuspasienter, en som ble ferdigbehandlet ved St Olav og en som ble overført til et forsterket tilbud ved Søbstad sykehjem (19). Det rapporteres om færre re-innleggelser for samme sykdom i sykehuset ($p=0.02$), mens behovet for hjemmehjelp eller sykehjem etter 6 måneder ikke var signifikant forskjellige ($p=0.37$ og 0.76), heller ikke død ($p=0.15$). Derimot var flere i sykehjemsgruppen uavhengig av "community care" etter 6 mnd sammenliknet med sykehusgruppen, henholdsvis 18 og 7 pasienter ($p=0.02$). Det rapporteres også om

reduerte kostnader for de som ble flyttet (20). I en tilsvarende randomisert studie fra Storetveit sykehjem i Bergen rapporteres vesentlig høyere merkostnader ved utskrivning til forsterket sykehjemsopphold (21). I denne studien ble det heller ikke funnet signifikante forskjeller i funksjonsnivå eller livskvalitet mellom behandlingsalternativene. Primæroppholdet var vesentlig lenger både ved Søbstad og Storetveit sykehjem sammenliknet med de som forble i sine respektive sykehusavdelinger, henholdsvis 17 mot 9 og 21 mot 10 dager. Begge studiene har dermed vist at gamle profiterer på å få være tilstrekkelig lenge i institusjon. Det lange institusjonsoppholdet i sykehjem kan også delvis forklares med selve flyttingen som innebærer et brudd i behandlings- og omsorgskjeden med et nytt personale å forholde seg til (22). Begge studiene forutsetter at pasientene er diagnostisert og medisinsk avklart før utskrivning fra sykehuset. De intermediære tilbudene kan følgelig ikke erstatte sykehusinnleggelse som skal sikre rask diagnostikk og rask igangsatt behandling, men kan likevel være gode og kostnadseffektive tilbud til syke gamle som trenger et institusjonsopphold utover 7-10 dager for fortsatt behandling og rehabilitering (19). Professor William Hamilton (University of Bristol) som var 1. ste reviewer av Garåsens studie, har eksponert sin usikkerhet når det gjelder å anbefale eksemplet Søbstad som modell for en nasjonal satsing (23). Garåsen og medforfattere konkluderer da også med at vi trenger nye randomiserte studier med utprøving av modeller. Slike framtidige studier, gjerne med "head-to head" design, burde også inkludere tverrfaglig sykehusbehandling kombinert med hjemmebesøk etter utskrivning (24). Prosjektet "Troms og Ofoten som modell for samhandlingsreformen" som er under utvikling beskriver modeller for framtidig tjenesteutvikling i UNN's opptaksområde. Arbeidsgruppen har ikke vært involvert i pågående prosess og dokumentet har ikke blitt diskutert.

4.7. Effekt av områdegeriatriske tiltak.

De områdegeriatriske tjenestene i Nord-Troms og Midt-Troms har i tillegg til områdegeriatri også en desentralisert rehabiliteringsvirksomhet, hovedsakelig for slagpasienter. Disse tjenestene er organisert som den tidligere "Namsos-modellen", evaluert i 2000 (25), og gir et desentralisert spesialisttilbud i områder langt fra sykehusene, døgnbasert rehabilitering og poliklinisk/ambulant utredning og behandling av geriatriske pasienter med kronisk sykdom eller funksjonssvikt. Rådgivning, veiledning, undervisning og nettverksarbeid er prioriterte oppgaver. I spørreundersøkelsen som evaluerte "Namsåsmodellen" svarte 2/3 del av primærlegene at områdegeriatri opplevdes nyttig, mens 92 % av pleierne mente at kunnskapene hadde økt. I en upublisert rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (26) konkluderes det slik: "Litteraturgjennomgangen gir grunnlag for å konkludere at en intensivert rehabiliteringsinnsats ved ambulante team kan bedre funksjonsevne og livskvalitet, redusere behovet for liggedøgn på sykehus og muligens gi en helseøkonomisk gevinst for enkelte pasientgrupper". Dokumentasjonen i forhold til ambulant oppfølging av andre kroniske lidelser er svak. Forutsatt at den ambulante og polikliniske virksomheten følger prinsippene for "systematisk geriatrisk undersøkelse og behandling" (jfr 4.1) er det dokumentert at kompleks intervensjon på funksjonsnivået og

selvstendighet i eget hjem har god effekt (27). Kompetanseøkende tiltak har også positiv effekt (28).

Konklusjon: Områdegeriatri er et komplekst tilbud. Selve modellen er evaluert som velfungerende ut fra brukertilfredshet hos samarbeidende helsearbeidere i kommunehelse-tjenesten. Det foreligger dokumentasjon på effekt for alle delaktiviteter innen områdegeriatri. Det er grunn til å anta at kombinasjonen av disse forskjellige delaktiviteter forsterker den samlede effekten. Det er behov for mer forskning for å dokumentere effekten av områdegeriatri.

4.8 Effekt av interdisiplinære tjenester.

Erfaringer fra en 20 års periode har vist at gamle med lårhalsbrudd behandlet i ortogeriatrisk sengepost, organisert som CGA, har lavere dødelighet og bedre prognose enn de som behandles i en tradisjonell kirurgisk ortopedisk avdeling. Flere land konkludert med at en slik ortogeriatrisk modell kvalifiserer til "best-practice". Australia og New-Zealand anbefalte slik behandling allerede i 1996.

Det mangler vitenskapelig dokumentasjon på hvilken modell som vil være mest effektiv hos oss. Det er derfor viktig å vinne erfaring med ulike modeller for samarbeid mellom geriatri og ortopedi. Det pågår slik utprøving ved flere norske sykehus.

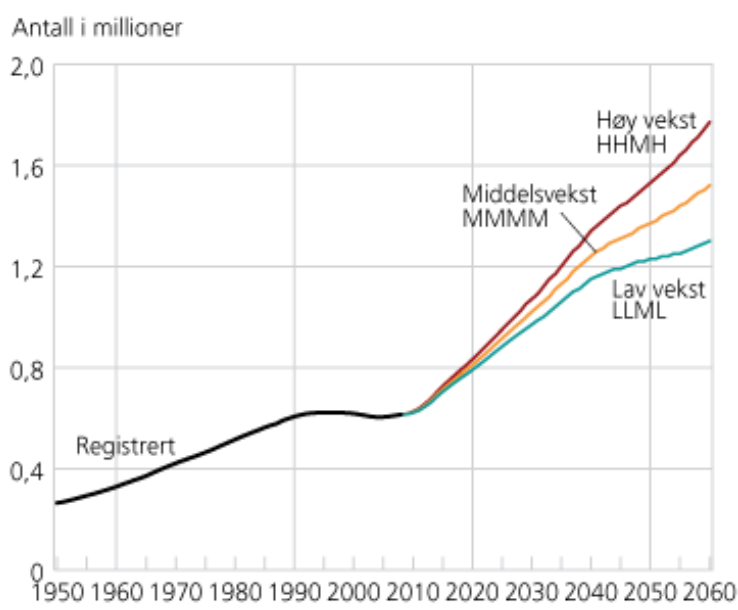
5. Faktorer som påvirker behovet for geriatrisk spesialisthelsetjeneste

5.1 Demografisk utvikling

Troms og Nord-Norge:

Befolkningsframskrivningene fra Statistisk Sentralbyrå (2009) viser at eldrebølgen antas å starte for alvor om 6-7 år (2016-17) når de store 1946 kullene blir 70 år. Bruken av sykehustjenester øker markert etter fylte 70 år og liggetiden på sykehus øker med økende alder. Befolkningen over 74 år i UNNs nedslagsfelt (n=28814) vil øke med 20 % de neste 10 årene. Over en 20-årsperiode vil økningen være på hele 68 % (2010-2030). (Kilde SSB). Dette må få store konsekvenser for planlegging og dimensjonering av alle typer helsetjenester for eldre i årene som kommer.

Antall personer i aldersgruppen 67 år og over

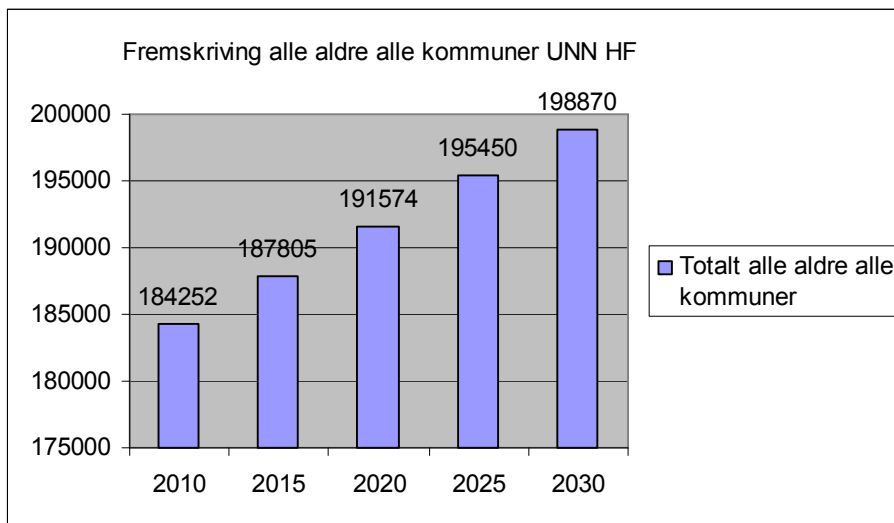


Tabell 3: Hele landet. Kilde: SSB

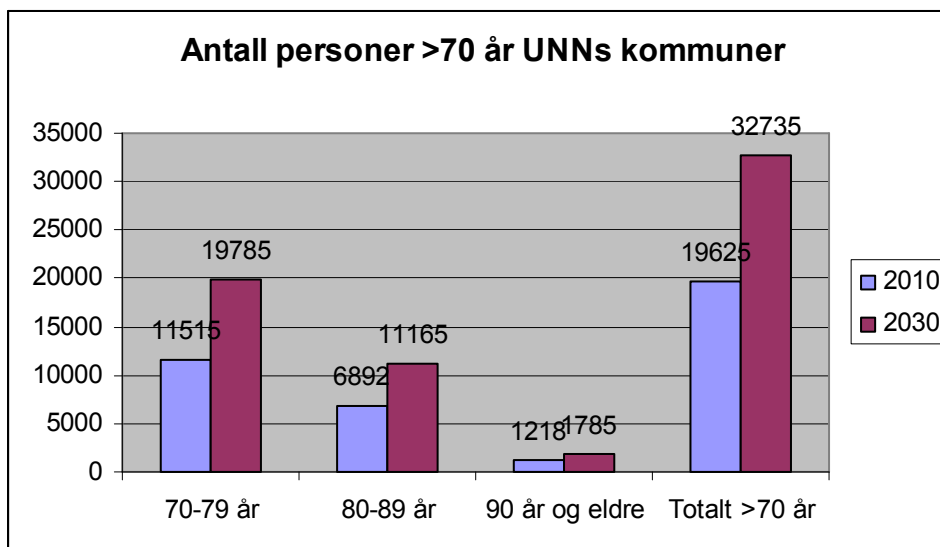
I perioden frem til 2020 vil vi få den største økningen i aldersgruppen 75-79 år. Etter 2020 vil vi i tillegg se en økning i gruppen 80-84 år. Fra 2025 vil antall 80+ stige betydelig. Det vil være lokale forskjeller.

Sentraliseringen av yngre personer til de store befolkningssentra (Tromsø, Bodø og Alta) vil medføre at det blir en større andel gamle i utkantstrøk. En tilleggsutfordring i utkantstrøk er at færre har familie til å dekke omsorgsbehovet og at tilgangen på kvalifisert arbeidskraft reduseres sterkere enn i byene.

Befolkningsfremskrivninger for UNN-HF sitt nedslagsfelt:



Tabell 4: Befolkningen øker med 7,9 % fra 2010 til 2030 Kilde: SSB



Tabell 5: Befolkningen >70 år øker med 66,8 % fra 2010 til 2030 Kilde: SSB

Den demografiske utviklingen er viktigste faktor i estimeringen av behov for helsetjenester til eldre de neste 20 år. Medisinsk og teknologisk utvikling vil, som tidligere nevnt, også spille en rolle.

5.2 Endret sykdomspanorama

Den totale forekomst av ulike krefttyper øker blant de eldre, samtidig som behandlingsmulighetene bedres, for eksempel for mage-tarmkreft og brystkreft. Bedre seleksjonskriterier til kirurgisk behandling pga hjertesykdom vil øke etterspørselen. For langtkommen KOLS gjelder det samme. Diabetesrelaterte komplikasjoner vil øke. Den

største økningen antas å komme innefor cerebrovaskulær sykdom (karsykdom i hjernen), hvor > 50 % av pasientene med akutt hjerneslag vil være 80 år og eldre om kort tid. Behovet for isolater vil kunne øke (tbc og multiresistente bakterier).

Den eldres sykdomspanorama vil således endres og vil, sammen med den demografiske utviklingen, medføre et økt behov for tilrettelagte geriatriske helsetilbud

5.3 Nye medisinske behandlingsmetoder

Medisinsk teknologisk utvikling med bedre behandlingsmetoder vil øke etterspørselen av spesialisthelsetjenester med 1.5 % pr år, utover det som følger av demografisk utvikling (tilbudsdrivet utvikling). Denne utviklingen vil kunne øke etterspørselen med opp til 20 % fram mot 2020 (31). Dette forklarer hvorfor sykehusinnleggelser i aldersgruppen > 80 år har økt med 50 % siste 10-års periode uten at det har vært en økning i antall 80 åringer. Antall innleggelser i de eldste aldersgruppene vil med stor sannsynlighet fortsette å øke i takt med tilgangen på nye skånsomme og effektive behandlingsmetoder or denne aldersgruppen.

5.4 Telemedisin og e- helse

God informasjons- og kommunikasjonsteknologi er viktige hjelpemidler for å kunne tilby gode helsetjenester i fremtiden. Geriatrien var blant de første til å ta i bruk telemedisinske hjelpemidler i undervisningen både nasjonalt og regionalt, og har høstet verdifull erfaring. Distriktsmedisinske sentra i regionen har også tatt dette i bruk med tanke på undervisning og konsultasjoner.

Telemedisinske løsninger vil til en viss grad kunne bidra til en bedre utnyttelse av de ressursene fagområdet rår over, og spesielt i en tid med mangelfull tilgang på fagpersonell. Tiltaket betyr også en prioritering av utstyr og teknisk støtte fra organisasjonen til dette formålet.

Telemedisinske løsninger bør nå systematisk prøves ut over et vidt spekter, og spesielt i kliniske settinger.

Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) i UNN bistår klinikkene både med forskning, rådgivning og prosjektledelse knyttet til samhandlingsprosjekt innen telemedisin. Arbeidsgruppen har ikke gått inn i detalj om videre strategi for utvikling innenfor telemedisin, men en rekke tiltak beskrevet i kapittel 6 er knyttet opp mot bruk/utprøving av telemedisinske metoder.

5.5 Fremtidig arbeidsdeling mellom første- og andrelinjetjenesten og dimensjonering av geriatrisk tilbud

Geriatriske spesialisthelsetjenester ytes i sengepost, daghospital og poliklinikk, og gjennom ambulante team. Dette er omtalt i kap 2.1.

I avsnittene 5.1-5.3 beskrives følgene av den demografiske utviklingen, det endrede sykdomspanorama og de nye medisinske behandlingsmetodene. Dette vil medføre økt

behov for geriatriske helsetjenester i hele behandlingskjeden, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen angir en retning der mer helsetjeneste ønskes levert i førstelinjetjenesten. Realiseringen av et slikt ønske tenkes bl.a. innfridd ved hjelp av en personell- og kompetansestyrking av 1.linjen, IKT verktøy og godt utbygde kompetansenettverk mellom nivåene.

Den fremtidige arbeidsdelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil komme som følge av organisatoriske endringer og medisinskfaglig og teknologisk utvikling. Utviklingen av en ny arbeidsdeling langs helsetjenestekjeden vil ikke gi store utslag på kort sikt, men er likevel en faktor som vil kunne påvirke behovet for geriatriske tilbud inne i sykehuset. Bedre pasientforløp vil også kunne påvirke dette behovet. Fleksibel bruk, justeringer og tilpassinger av geriatriske ressurser etterstrebes. Dagens arbeidsdeling bygger på lover, sedvane, avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og en felles forståelse av arbeidsdelingen.

Dersom arbeidsdelingen skal endres må det gjøres i samarbeid mellom disse partene og i form av det samme rammeverket som er grunnlaget for arbeidsdelingen i dag. I tillegg vil medisinsk utvikling kunne føre til endringer som krever nye tankesett.

En forutsetning for nye eller utvidede helsetilbud i førstelinjetjenesten er at disse skal være minst like gode som i dagens organisering.

Overordnet samarbeidsorgan (OSO) med tilhørende kliniske samarbeidsutvalg (KSU) og samarbeidsavtalene mellom UNN-HF og kommunene er arenaer for dialog om dette.

Når tjenesten skal dimensjoneres må man ta spesielt hensyn til følgende 3 hovedgrupper, både i spesialist- og primærhelsetjenesten:

- **Akutt funksjonssvikt**

Denne pasientgruppen skal innlegges til diagnostikk, funksjonsvurdering, behandling og rehabilitering. Med et bedre utbygget tilbud i førstelinjen vil en del av disse pasientene kunne skrives ut raskere enn i dag til videre behandling, rehabilitering og opptrening i primærhelsetjenesten.

- **Subakutt funksjonssvikt**

Noen av disse pasientene kan tas hånd om i kommunen, jfr avsnitt 3.3. Gjennom kompetansebygging må primærhelsetjenesten settes i stand til å ivareta slike tilstander hos pasienter i en tidlig fase, slik at behovet for akuttinnleggelse kan reduseres. Noen vil likevel ha behov for rask tilgang på sykehusbasert diagnostikk og behandling, i sengepost eller poliklinikk.

- **Utskrivningsklare pasienter**

Her finnes allerede gode avtaler mellom kommunene og UNN. Utfordringen er å innarbeide gode rutiner og følge disse. Ved å optimalisere samarbeidet rundt disse pasientene, gjerne supplert med etterbehandlingsenheter, vil pasienter som i dag ligger utskrivningsklare i sykehuset, kunne få et tilbud i kommunehelsetjenesten tidligere.

5.5.1 Dimensjonering av geriatrike tjenester i UNN

Basert på dagens organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge anslås det at 20% av indremedisinske pasienter innlagt ved norske sykehus har dominerende geriatrike problemstillinger. I disse 20% inkluderes ikke pasienter med påvist nyoppstått hjerneslag (disse behandles i slagenheter) og pasienter som har behov for spesialisert geriatrik rehabilitering. Dette har betydning for vurderingen av dagens geriatrike sengebehov.

For UNN Tromsø vil en 20 % andel bety at ca. 21,5 senger til enhver tid er belagt av pasienter med dominerende geriatrike problemstillinger når man legger innleggsdata fra 2009 til grunn.

For UNN Harstad og Narvik HF vil tilsvarende beregninger utgjøre hhv. 6,5 og 5 senger som opptas av geriatrike pasienter. (Kilde: Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering, SKDE 2010).

UNN Narvik har egne senger som er definert som slagsenger og geriatrike senger der pasientansvaret ligger hos enten slagteam eller geriatrik team. Disse sengene er samlokalisert i en del av indremedisinsk avdeling. UNN Harstad har egne slagsenger, men ingen definerte senger for geriatri.

Per i dag er den geriatrike sengekapasiteten i Tromsø fordelt på 14 senger i spesialisert geriatrik senge-enhet (sengepost med 7 akuttsenger og 7 rehabiliteringssenger) og 7 slagsenger i en felles slagenhet (slagpasienter fra alle aldersgrupper) i Nevro-ortopediklinikken.

Pasienter med *dominerende geriatrike problemstillinger*, dvs. pasienter som har funksjonssvikt på flere (minst 2) sentrale områder som berører daglige gjøremål, bør i hovedsak innlegges på geriatrik sengepost uavhengig av innleggsdiagnose (jfr. 3.2 og 3.2.2). De må evt. få tilsyn av organspesialist ved behov. Geriatrike pasienter som av ulike grunner må innlegges i, alternativt overføres organspesialisert enhet må få tilsyn av geriatrik personell. Tett og smidig samarbeid mellom den geriatrike moderavdelingen og den organspesialiserte enheten må tilstrebes for å sikre pasientene geriatrik behandling og oppfølging.

Ett eksempel på en slik pasient kan være en geriatrik pasient med alvorlig utbrudd av KOLS der det er behov for tilgang til teknisk utstyr eller lungemedisinsk spesialkompetanse som ikke er tilgjengelig i geriatrik sengepost.

5.5.2. Samarbeid om geriatrike pasienter og arbeidsoppgaver mellom geriatrik og andre medisinske fagområder, særlig i UNN-Tromsø.

Vurderingen av i hvilken sengepost den enkelte pasient blir best ivaretatt til enhver tid avklares på faglig grunnlag mellom de ulike spesialistene.

Dersom det ikke er tilgjengelig plass på den mest aktuelle sengeposten må alternativ plassering vurderes og avklares. Seleksjon må baseres på faglige vurderinger slik at de pasienter som har størst behov for behandling i geriatrik enhet prioriteres.

Det er et mål at denne situasjonen kun oppstår unntaksvis.

Slike situasjoner er mindre aktuelle i Harstad og Narvik siden de fagseksjonerte enhetene er integrert i samme generelle indremedisinske avdeling.

Ved en faglig gjennomgang av rutiner og arbeidsdeling mellom geriatri og organspesialister, kan det tydeliggjøres og skapes en felles forståelse for hvordan flest mulig pasienter får sitt behandlingstilbud hvor det er medisinsk faglig mest formålstjenlig. Det planlagte LEAN-prosjektet om akutt-geriatrike pasienter vil kunne bidra til en mer optimal fordeling og plassering av pasienter.

5.5.3. Fremtidig geriatrik sengekapasitet i UNN

Ulike faktorer vil påvirke behovet for geriatrik sengekapasitet i UNN HF i framtiden.

Den demografiske utviklingen tilsier tydelig at tjenestene på alle nivåer må tilpasses og bygges opp i takt med denne endringen.

Enkelte utviklingstrekk kan i tillegg til demografisk utvikling, nye medisinske behandlingsmetoder, og teknologisk utvikling påvirke et fremtidig sengebehov:

- Arbeidsdeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten langs behandlings- og omsorgskjeden avklares og samkjøres, noe som kan gi smidigere pasientløp
- Håndtering av og samhandling om utskrivningsklare pasienter bedres i forhold til inngåtte avtaler
- Faglig arbeidsdeling internt i sykehuset mellom geriatri og organspesialiteter avklares og optimaliseres
- Pasientforløpsprosjektene innenfor akuttgeriatri og geriatrik rehabilitering med effektivisering og kvalitetsbedring som mål

Alle enheter i helsevesenet må vie særskilt oppmerksomhet til rett dimensjonering av geriatrike tjenester innenfor sine ansvarsområder. Det er avgjørende at slik planlegging foregår i nært samarbeid mellom alle parter i helsetjenestekjeden. Målet er at oppgavedeling er avklart og at dimensjonering i alle deler av kjeden fremmer smidige forløp uten flaskehalser og med passende tilbud tilgjengelig langs hele kjeden.

Registrering av det geriatrike sengebehovet i UNN

I kapittel 5 er de viktigste faktorene som påvirker behovet for fremtidig geriatrik sengekapasitet omtalt, slik som demografisk utvikling, nye medisinske behandlingsmetoder, og teknologisk utvikling. Disse faktorene sannsynliggjør at det er behov for en økning av

akuttgeriatrike sengeplasser i UNN , Tromsø (se ovenstående Dimensjonering av geriatrik kapasitet i UNN)

Samtidig er det slik at dette er grove estimat, og grunnlaget for å predikere et detaljert og nyansert sengebehov er mangelfullt. I håp om å få et bedre og mer nøyaktig beregningsgrunnlag bør den geriatrike pasientstrømmen overvåkes og registreres i årene som kommer. Dette vil kreve et system, inkludert prosedyrer og rutiner, som er stand til å identifisere og følge den geriatrike pasienten på vei inn i og gjennom sykehuset. For at dette skal bli meningsfylt bør det settes av ressurser til ett eller flere prosjekt, som inkluderer validering av diagnoser, registrering av funksjonssvikt og komplikasjoner. Like viktig er det å registrere hvor og hvordan disse pasientene blir behandlet i sykehuset og av hvem.

Slike pasientforløpsprosjekt bør inkludere akutt geriatri og geriatrik rehabilitering, gjerne organisert som LEAN-prosjekt.

Denne pasientoversikten vil gi et uvurderlig grunnlagsmateriale for justering av fremtidig dimensjonering av geriatrike senger i UNN.

5.5.4 Viktige momenter omkring organiseringen og dimensjoneringen av geriatrik sengekapasitet i UNN-Tromsø

- Det er behov for en økning av dagens akuttgeriatrike sengeplasser i UNN , Tromsø.
- I løpet av strategiperioden må det geriatrike sengebehovet monitoreres kontinuerlig med sikte på at alle geriatrike pasienter får et godt og riktig tilbud i spesialisthelsetjenesten. (Jfr pkt 6.1.2 og eget avsnitt nedfor).
- Når tiltakene i strategiplanen er gjennomført må man foreta en totalvurdering av størrelsen på den spesialiserte geriatrike seksjonen. Det samlede tilbudet må tilpasses slik at pasientene får en faglig god behandling ved UNN HF
- I UNN er det ønskelig med ortogeriatriske senger lokalisert i geriatrik sengepost (jfr pkt 4.8 og kap 6).

Behovet for kapasitet i sengeposter, dagbehandling, poliklinikk, ambulant team og evt. andre tilbud vil også påvirkes av:

- gjennomføringsgrad av strategidokumentet
- konsekvenser og effekter av samhandlingsreformen
- framtidig oppbygning av kommunale tilbud

6. Mål og tiltak for geriatrisk virksomhet i UNN HF i periode 2011-2014

6.1 Pasienttilbudet

I UNN skal pasienter med geriatriske problemstillinger selekteres og prioriteres på en slik måte at de tilbys utredning og behandling i samsvar med dokumentert kunnskap.

Kontinuerlig kvalitetsarbeid, bl.a. i fagråd, ved hjelp av kvalitetsregister og i samarbeidsfora med primærhelsetjenesten, vil bidra til å sikre høy kvalitet og effektivitet i utredning og behandling av geriatriske pasienter. Pasientene i UNN skal i størst mulig grad inn i definerte utrednings- og behandlingsforløp som underbygges av gode rutiner og skriftlige retningslinjer og prosedyrer. Pasientrelatert forskning skal bidra til å definere en faglig standard hvor dette mangler i dag.

Tilbudet ved UNN skal også omfatte opplæring av pasienter og pårørende. Det er behov for et sterkt tverrfaglig miljø for både å drive den virksomhet som trengs innad i sykehuset, og den utadrettede virksomheten.

Samlokalisering

UNN Tromsø tar i mot pasienter i egen geriatrisk sengepost. Samlokalisering med geriatrisk rehabilitering er viktig for å sikre rehabilitering gjennom hele oppholdet. Geriatriske slagpasienter har regelmessig indremedisinske problemstillinger i tillegg til hjerneslag og behandles av geriater i felles slagenhet. Geriatrisk behandling og slagenhetsbehandling har mange fellestrekk faglig og organisatorisk. En fremtidig lokalisering av disse enhetene i fysisk nærhet av hverandre ville gi bedre mulighet for å ta ut synergistiske effekter

I UNN Harstad og UNN Narvik innlegges geriatriske pasienter i generell indremedisinsk avdeling. Det er derfor viktig å etablere et tilrettelagt miljø for disse pasientene i sengeposten, samt å sikre at sykehusene har egne geriatriske fagteam.

Samlokalisering av slagenhet og senger for akutt-geriatri er allerede på plass i UNN Narvik og bør gjøres i UNN Harstad i tråd med oppdragsdokumentet. Dette er også med på å sikre disse pasientene tilgang på rehabilitering i tråd med evidensbasert behandling av akuttgeriatriske pasienter.

OGT på Sonjatun og Finnsnes må fortsatt utvikles og være en integrert del av pasientforløpene i spesialisthelsetjenesten. Kommunikasjon og informasjonsflyt er avgjørende for utvikling av tilbudet.

6.1.1 Mål

- UNN skal tilby utredning og behandling til geriatriske pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste. Det geriatriske fagmiljøet i sengepostene ved UNN skal kunne ta hånd om pasienter med akutt oppstått sykdom og samtidig funksjonssvikt.
- Ved alle virksomheter i UNN skal diagnostikk og pasientbehandling gjennomføres etter felles og faglig godt funderte prosedyrer basert på internasjonale, nasjonale og regionale retningslinjer samt evidensbasert kunnskap.
- Nasjonale retningslinjer skal implementeres og følges opp. Eksempler er hjerneslag, akutt delir og komplisert demensutredning i spesialisthelsetjenesten.
- God faglig seleksjon og prioritering skal sørge for at pasientene får det tilbud som den enkelte pasient har best nytte av til rett tid. (jfr 3.2 og 4.2)
- Det geriatriske fagmiljøet skal delta aktivt i vurdering av kritisk syke gamle, selektere pasienter til enten avansert kurativ/livsforlengende behandling, inkludert kirurgi, strukturert rehabilitering eller til god palliasjon.
- Det geriatriske fagmiljøet skal identifisere og prioritere spesialisthelsetjenesteoppgaver i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Oppgavefordelingen mellom behandlingsnivåene skal være koordinert og rasjonell og gjenspeile pasientens behov, og bygge på nasjonale prioriteringer.
- Kvalitet skal ha prioritet i alle deler av det geriatriske fagområdet. Det skal være et kontinuerlig fokus på kvalitet gjennom blant annet fagrådets arbeid. En del av kvalitetssikringen er å sikre at rett pasient får rett tilbud om diagnostikk og behandling til rett tid.
- Pasientrelatert forskning skal bidra til å definere en faglig standard der hvor dette mangler i dag.
- Rehabilitering integreres i alle deler av geriatrien, slik at gjenopptrening kan starte fra dag én og være en obligatorisk del av behandlingen i behandlings- og omsorgskjeden
- Virksomhetene skal tilrettelegge for en aktiv og tilrettelagt pasientmedvirkning som gjør det mulig for pasienten og pårørende å delta i beslutningsprosesser i sitt eget behandlingstilbud
- Opplæring av pasienter og pårørende skal foregå i tråd med spesialisthelsetjenesteloven og oppdragsdokumentet.
- Telemedisinske løsninger skal tas i bruk for å fremme kvalitet og effektivitet i kommunikasjonen mellom de ulike geriatriske virksomhetene i UNN HF. Både med hensyn til undervisning, dialog, møtevirkosomhet og kliniske problemstillinger.
- Det er et mål å optimalisere utnyttelsen av UNN's HF tilgjengelige ressurser innen rehabilitering. Dette vil bl.a. forsøkes oppnådd gjennom nye LEAN prosjekter.

6.1.2 Tiltak

Felles for alle tiltak skal være at dersom det fremkommer ressursknapphet mht personell, faglig kompetanse eller andre rammevilkår knyttet til gjennomføring av de foreslåtte tiltakene, skal dette tas opp og drøftes så tidlig som mulig med klinikkledelse og fagråd. Dette skal sikre at eventuelle endringer i prioriteringer gjøres på bakgrunn av en helhetlig vurdering av alle tilbud og tiltak.

Prosedyrer

Utarbeide felles prosedyrer/retningslinjer/pasientløp for UNN HF i samarbeid med kommunene og andre fagområder i UNN

Målet er at alle prosedyrer skal være på plass i løpet av 2011

Ansvar: Fagråd geriatri i samarbeid med avdelings- og seksjonsledere

Tidsfrist: innen utgangen av 2011. Rapporteres til klinikkchef Medisinsk klinikk

Stratifisering/Selektering

Selektering av pasienter; rett behandlingssted til rett tid. Utvikling av slike løsninger må gjøres i tett samarbeid mellom samtlige geriatriske lokalisasjoner i UNN og primærhelsetjenesten. Det skal utarbeides et stratifiseringsverktøy (f.eks. Comprehensive Geriatric Assessment : CGA se kap. 4.1) som gir oversikt over pasientens sykdommer og funksjonsnivå, og letter vurdering av tiltak og prognose og sikrer effektiv og god kommunikasjon. Verktøyet skal brukes i samhandlingen omkring enkeltpasienter ved andre fagområder og i kommunehelsetjenesten og vil muliggjøre målrettet pasientrelatert kommunikasjon via telemedisinske løsninger.

Ansvar: Fagråd geriatri i samarbeid med NST

Tidsfrist: innen utgangen av 2011. Rapporteres til klinikkchef Medisinsk klinikk

Registrering

For å få et grunnlagsmaterialet for justering av, og fremtidig dimensjonering av, geriatriske senger i UNN foreslås å overvåke og registrere pasientstrømmen.

Gjennom et system som inkluderer prosedyrer og rutiner, som er i stand til å identifisere den geriatriske pasienten på vei inn i sykehuset og så følge denne pasienten gjennom sykehuset.

Organiseres i ett eller flere prosjekt, som inkluderer validering av diagnoser, registrering av funksjonssvikt og komplikasjoner, og registrering av hvor, hvordan og av hvem disse pasientene blir behandlet i sykehuset.

Slike pasientforløpsprosjekt bør inkludere akutt geriatriske rehabilitering, gjerne organisert som LEAN prosjekt.

Ansvar: Fagråd geriatri, Seksjonsleder geriatri, Klinikksjef medisinsk klinikk,

Tidsfrist : starter 2011

Pasientforløp

3 pasientforløp organisert som LEAN-prosjekt prioriteres i UNN HF. LEAN-prosjektene forutsetter deltagelse av primærhelsetjenesten

1. Det akuttgeriatriske pasientforløpet inkludert initial rehabilitering

Ansvar: Klinikksjefer Rehab. klinikk, Med. klinikk

Tidsfrist: starter januar 2011

2. Rehabilitering av geriatriske pasienter

Ansvar: Klinikksjefer Med. Klinikk og Rehab. klinikk

Tidsfrist: starter etter at LEAN av den akuttgeriatriske pasienten er avsluttet

3. Rehabilitering av hjerneslagpasienter i UNN HF

Ansvar: Klinikksjefer Nevro- og ortopediklinikken, Rehab. klinikk, Med. klinikk

Tidsfrist: oppstart etter at LEAN-prosjektet rehab.,avhengig av overordnet godkjenning

Vurdering og behandling av henvisninger

Etablere felles vurderingspraksis i hele UNN HF i tråd med prioriteringsveiledere.

Ansvar: Seksjonsleder og fagrådet i geriatri, avdelingsledere i Harstad og Narvik
Tidsfrist: starter vår 2011

Poliklinisk virksomhet, dagbehandling og ambulante tjenester

Det er behov for bedre å definere kommunenes behov for kompetanseutvikling og målrettet ambulant tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Målet for arbeidet vil bl.a. være å utarbeide plan for hvilke pasientgrupper og tilstander som kan få poliklinisk tilbud eller dagbehandling, og hva ambulante team skal tilby hver enkelt kommune. Det skal være effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Prioriteringsveileder skal brukes i henhold til lovens intensjon. Arbeidet må skje i samarbeid med primærhelsetjenesten, slik at en fornuftig oppgavefordeling og organisering sikres og lovmessig ansvarsfordeling mellom de ulike tjenesteytere ivaretas.

Dette skal sees i sammenheng med kommunenes utvikling av kompetanseplaner som ferdigstilles primo 2011. Det nedsettes en arbeidsgruppe som skal utrede poliklinisk virksomhet, dagbehandling og ambulante tjenester under de forutsetninger som nevnt her. Arbeidsgruppen skal særskilt vurdere telemedisinske løsninger for pasientrettet kommunikasjon.

Ansvar: Avdelingsledere Harstad, Narvik samt seksjonsleder Tromsø, i samarbeid med enhetsledere på DMS'ene

Tidsfrist: Innlevering av rapport oktober 2011

Samarbeidet om pasientforløpene på felles slagenhet videreutvikles:

Involverte faggrupper (geriatri, nevrologer, rehabiliteringsmedisinere og ulike terapeutgrupper) i UNN lager en plan for hvordan tverrfaglig samarbeid best kan organiseres og hvordan retningslinjer for slike vurderinger kan utarbeides. Felles slagenhet i Nevro-ortopediklinikken må nyte godt av den samlede tverrfaglige kompetansen i resten av geriatrikisk virksomhet. Lean prosjektet "Rehabilitering av hjerneslagpasienter i UNN HF" vil inngå som en del av dette arbeidet (se ovenfor).

Ansvar: Seksjonsleder geriatri i samarbeid med klinikksjefer Nevro/ortoklinikk og Rehab. klinikk, Fagrådene i slag og geriatrien

Tidsfrist: starter vår 2011

Vurdering av pasienter som behandles av fagområder internt i sykehuset

Alle pasienter som har nytte av geriatrisk intervensjon skal få tilbud om det. Geriatrien i UNN bør yte service til pasienter med problemstillinger som håndteres av andre fagområder, men som har geriatriske problemstillinger.

Det bør etableres rutiner for hvordan samarbeidsmøter om utvalgte pasienter kan organiseres og gjennomføres mellom geriater og personell fra andre fagområder.

Ansvar: Seksjonsleder geriatri

Tidsfrist: starter vår 2011

Ortogeriatri

En arbeidsgruppe opprettes for å vurdere faglige og organisatoriske aspekter omkring opprettelse av en ortogeriatrisk enhet, som utformes i henhold til pågående forskning.

Ansvar: Seksjonsleder geriatri. Klinikksjef Nevro/orto klinikk. Fagråd geriatri. Fagråd ortopedi.

Tidsfrist: starter vår 2011

Pårørende - og pasientskoler

Alle lokalisasjoner skal sørge for etablering av pårørendeskoler for demens og hjerneslag i samarbeid med LMS og kommunene.

Ansvar: Fagråd geriatri. Fagråd hjerneslag.

Tidsfrist: starter 2011. Rapporteres fortløpende til klinikksjef Medisinsk klinik

Samlokalisering geriatri, rehabilitering og slagenhet i UNN-Tromsø

Direktøren anmodes om å opprette en arbeidsgruppe som skal vurdere faglige og organisatoriske aspekter omkring samlokalisering av geriatri, rehabilitering og slagenhet i UNN-Tromsø. Dette arbeidet skal ta inn over seg omrokkeringer som vil skje i forbindelse med byggingen av den nye A-fløya.

Ansvar: Klinikksjef medisin. Klinikksjef Nevro/orto klinikk. Klinikksjef rehabilitering, Fagråd geriatri, fagråd hjerneslag, fagråd rehabilitering.

Tidsfrist: starter vår 2011

6.2 Det geriatriske fagområdet

Geriatrisk fagområde på UNN må settes i stand til å holde høy faglig standard og gi et utdanningstilbud til alle faggrupper innen geriatri slik at motorfunksjonen for geriatri i Helse Nord blir tydelig.

Forskning må prioriteres slik at UNN blir en aktør i nasjonal sammenheng.

Det er stort behov for en økt satsing på forskning og fagutvikling innen geriatrisk fagområde i UNN. For å få til god forskning kreves kapasitet i fagmiljøet samt en planmessig tilnærming til aktuelle forskningsområder. Utvikling av forskningsprosjekter som har sin forankring i pasientrelatert forskning bør ha et særskilt fokus. Pasientrelatert forskning anses å være et viktig virkemiddel for kvalitetssikring av tjenesten og rekruttering til faget. Utover dette vil slik forskning bidra til å videreutvikle universitetsfunksjonen til geriatrisk virksomhet på UNN.

Fremover vil det også være et stort behov for forskning på samhandling. Det finnes for eksempel en god del dokumentasjon når det gjelder geriatrisk intervensjon inne i sykehus, men man vet mindre om effekten av nye, såkalte intermedieertilbud eller etterbehandlingstilbud. For UNN må det være en forutsetning at nye tjenester og tiltak er godt begrunnet forskningsmessig, og at det igangsettes forskning og kvalitetssikring i forbindelse med opprettelse av nye tjenester som intermedieertilbud, i samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste.

I forbindelse med Samhandlingsreformen, vil det være behov for å videreutvikle lokale fagnettverk.

UNNs fagråd i geriatri vil være en naturlig arena for diskusjon om etablering av lokale nettverk i tett samarbeid med distriktsmedisinske sentra og kommunene. Det skal opprettes samarbeid med kommuner for å utvikle kompetanseoverføringsprogram.

Fagrådet geriatri har således særskilt oppdrag for å sikre følgende:

- Fagmiljøet oppdateres på nyheter innen forskning, lovverk, strategier, utprøving og tilpassing av ny kunnskap til nordnorske forhold
- Faglig tilrettelegging for rekruttering, utdanning og oppfølging av personell innenfor hele fagfeltet.
- Videreutvikle kurs/seminarvirksomhet, gjerne ved bruk av telemedisin / felles regionale videooverførte undervisningsopplegg
- Andre aktører i geriatrien på alle nivåer i Nord-Norge holdes oppdatert om pågående prosjekter og annet relevant fagstoff, eksempelvis ved bruk av nyhetsbrev og utdanningsinstitusjoner som formidlere av innovativ kunnskap
- Det settes fokus på tett samarbeid og økt faglig utvikling i alle geriatriske fagmiljø i Norge og internasjonalt

For å oppnå at geriatrisk fagråd kan fungere som et godt nettverk kreves mye tilrettelegging. Helse Nord's koordinatorstilling i kronikersatsingen bør spille en sentral rolle for å organisere og koordinere tiltak, særlig for de oppgavene som har et regionalt perspektiv.

Forutsetningene ligger godt til rette i vår region for å få til et tett samarbeid innen geriatrisk fagområde, både internt og med eksterne samarbeidspartnere. De geriatriske fagmiljøene på våre tre sykehus sammen med de distriktsmedisinske sentra må være sentrale i videreutviklingen av samarbeidet med kommunene, både når det gjelder kompetansefremmende tiltak, ambulerings- og utviklingsnettverk. Sammensetning av fagrådet i Medisinsk klinikk må understøtte gjennomføring av strategiplanen og samhandlingsreformen. Også geriatrimiljøet i de andre HFene i Helse Nord bør trekkes med i dette arbeidet.

6.2.1 Mål

- **Standardisering av klinisk arbeid og rutiner** skal ha prioritet. Retningslinjer og prosedyrer skal være oppdaterte, tilgjengelige og utarbeidet i samarbeid mellom alle lokalisasjonene i UNN HF, ved behov også i samarbeid med kommunehelsetjenesten.
- **Kvalitetsregistre** (slag og demens) skal innføres (H, N, T) i løpet av 2011
- **Forskning**

Å fungere som drivkraft for utviklingen av geriatrien i Nord-Norge forutsetter at hele virksomheten er aktiv i forsknings- og utviklingsarbeid, tar initiativ til å være pådriver for nye forskningsprosjekt, samt følger prosjektene opp med aktiv deltakelse og/eller veiledning. Dette betyr også å være hovedbidragsyter til utdanning av personell innen geriatri for alle faggrupper, herunder på systemnivå, med tanke på personell som utdannes andre steder i Nord-Norge. I tillegg må fagfeltet ta en utadrettet rolle i forhold til øvrige aktører i og utenfor Helse Nord's område.

Forskningsstrategien i Medisinsk klinikk og fra det helsevitenskapelige fakultetet, hvor satsning på praksisnær forskning framheves, skal ligge til grunn for videre utvikling av geriatrisk forskning.

Det skal til enhver tid være minst 2 som jobber mot doktorgrad tilknyttet geriatrisk seksjon. Innen 2015 skal det være 4 med doktorgrad og 1 professor tilknyttet geriatrisk seksjon. Det må lages realistiske utdanningsplaner for fagmiljøet knyttet til produksjon av doktorgrader.

Utdanning og aktiv rekruttering skal være et prioritert område for alle faggrupper i geriatrien, og skal utnyttes som en viktig del av grunnlaget for god kvalitet og rekruttering til faget. Tilbud om spesialistutdanning for alle faggrupper skal gis til flest mulig i alle geriatriske lokalisasjoner og med veiledning fra UNN-Tromsø. Stabilisering av utdannet personell skal vektlegges like mye som rekruttering av nye utdanningskandidater.

Det tilstrebes et klinisk miljø med høyt faglig nivå og høy forskningsaktivitet, og med akademiske karrieremuligheter, for å sikre rekruttering og stabilisering innenfor alle faggrupper. Rekruttering til geriatrisk fag av både leger og sykepleiere anses å være en av de kritiske oppgavene i denne fireårige strategiperioden.

Geriatrisk virksomhet har behov for å sikre utdanning av flere geriatere, spesielt til Geriatrisk seksjon i Tromsø. På lang sikt bør det vektlegges å få utdannet lokale leger, men fagområdet må også vurdere andre løsninger for å dekke opp behovet på kort sikt.

Videreutdanning og spesialistutdanning av ansatte i tillegg til forskning er viktige midler for rekruttering og stabilisering. Et klinisk miljø med høyt faglig nivå med akademiske karrieremuligheter er et viktig middel for å sikre rekruttering innenfor alle faggrupper. Dette bidrar også til stabilisering av utdannet personell. Videreutdanning skal vektlegges for samtlige faggrupper som er tilknyttet geriatrien i hver enkelt lokalisasjon, både ved sengepost, poliklinikk og ambulerende team.

I videreutvikling av kvalitetsarbeid og utdanning i forskjellige faggrupper vil et naturlig virkemiddel være å ta i bruk **videooverført internundervisning** i større grad enn i dag. Man ser mange muligheter for bruk av videokonferanse når det gjelder kompetanseoverføring både mellom de geriatriske lokalisasjonene i UNN og mellom sykehus og kommune. Aktiv rekruttering styrkes ved å tilby gode læringsarenaer for studenter og turnuskandidater. **Medisinerutdanningen (stud med)** må få større oppmerksomhet i geriatrisk seksjon UNN Tromsø. Alle leger tilknyttet geriatrisk fagområde på UNN har undervisningsplikt, og skal etter evne delta i slik studentundervisning. **Kompetanseoverføring til andre deler av helsetjenestekjeden** i tråd med samhandlingsreformen bør utvikles etter modell fra videooverført regional undervisning.

UNN skal være ledende i fagutvikling, utdanning og kompetanseoverføring i hele landsdelen. UNN Tromsø, som universitetssykehus, skal

- være aktive i forskning/utviklingsarbeid, ta initiativ til og være pådriver for nye forskningsprosjekt, samt følge dette opp med aktiv deltakelse og/eller veiledning.
- være hovedbidragsyter til utdanning av fagfolk innen geriatri for alle faggrupper, også på systemnivå med tanke på personell som utdannes andre steder i Nord-Norge.
- ha en utadrettet rolle i forhold til øvrige aktører i og utenfor Helse Nord's område

Det innebærer

- Innhente/oppdatere seg på "siste nytt" innen forskning, lovverk, strategier og utprøve og tilpasse ny kunnskap til Nord Norske forhold
- Rekruttering, utdanning og oppfølging av personell, 1.ste og 2dre linje
- Kurs/seminarvirksomhet
- Samarbeid med andre fagmiljø i Norge og utlandet
- Ha fokus på tett samarbeid og bidra til faglig utvikling i alle geriatriske fagmiljø i Nord-Norge

6.2.2 Tiltak

Kvalitetsregistre

Etablere og innføre kvalitetsregister på de større sykdomsgruppene (slag, demens, akutt geriatri)

Ansvar: Fagråd geriatri, fagråd hjerneslag

Tidsfrist: innen utgangen av 2011. Rapporteres til klinikksjef Medisinsk klinikk

Forskning

Forskningsaktiviteten skal økes.

Den akademiske stillingsprosenten skal økes.

Satsningsområder brukes til rekruttering til forskning innen geriatri. Forskning på effekten av nye helsetjenester og pasientrelatert forskning vektlegges spesielt.

Ansvar: Førsteamanuensis i samarbeid med fagråd og Klinikksjef Medisinsk klinikk

Tidsfrist: starter vinter 2011

Samarbeid forskning nasjonalt. Samarbeid med andre geriatriske forskningsmiljø etableres for å delta i felles forskningsprosjekt med felles pasientdatabaser for fremtidig forskning.

Ansvar: Seksjonsleder geriatri og førsteamanuensis

Tidsfrist starter i 2011

Studentundervisning

Det skal utarbeides et strukturert opplegg for studentundervisningen som inkluderer oppdaterte og evidensbaserte retningslinjer. Undervisningen skal inkludere både klinikk og basalfag.

I løpet av våren 2011 gjennomføres internt kurs med undervisning og diskusjon om pedagogisk veiledning

Ansvar: førsteamanuensis i samarbeid med seksjonsleder geriatri

Tidsfrist: starter straks

E-læring / kompetansesamarbeid

Utredde og iverksette forsøksvis e-lærings opplegg. Kompetansefremmende tiltak i distriktene og primærhelsetjenesten skal utredes og settes i system. Dette kan gjøres etter modell fra og evt. i tilknytning til regionalt telemedisinsk overført undervisning.

Ansvar: Fagråd geriatri i samarbeid med NST, utdanningsutvalget i geriatri

Tidsfrist: innen utgangen av 2011. Rapporteres til klinikksjef Medisinsk klinikk

Rekruttering gjennom praksis

Tilby medisinerstudenter, sykepleierstudenter og turnuskandidater god praksis i seksjonen, med tanke på senere karrieremuligheter innen geriatrisk fagområde på UNN

Ansvar: Seksjonsleder geriatri. Avdelingsledere legeavdelingen og SPA

Tidsfrist: starter primo 2011

Tilstrekkelig utdanningskapasitet for LIS geriatri

UNN har en særskilt oppgave å utdanne geriatere både til eget foretak og til hele landsdelen. Det er viktig å sørge for at LIS stillingene er besatt med motiverte kandidater. Utdanningskapasitet må vokse i tråd med tilgjengelig veiledning.

Ansvar: Seksjonsleder geriatri og avdelingsleder legeavdelingen i samarbeid med utdanningsutvalget

Tidsfrist: hele perioden

Rekruttering gjennom gode utdanningsløp

Aktiv rekruttering av lege- og sykepleiespesialister i geriatri. Tilby gode og tilrettelagte utdanningsløp. Alle som jobber med geriatri skal ha tilbud om deltakelse i kompetanseprogrammet til Helse Nord i geriatri.

Ansvar: avdelingsledere SPA og legeavdeling i samarbeid med seksjonsledere og fagsykepleier geriatri

Tidsfrist: umiddelbar

Rekruttering og utdanning av LIS ved sykehusene i Narvik og Harstad

Sykehusene skal innen planens utløpsperiode ha utdannet geriater, ha status som gruppe I institusjon og ha hver sin LIS hjemmel i geriatri gr II

Ansvar: Klinikksjef med klinikk, Seksjonsleder geriatri, avdelingsledere med avd i Harstad og Narvik, avdelingsleder legeavdelingen i samarbeid med utdanningsutvalget

Tidsfrist: hele perioden

Alle lokalisasjoner oppretter/viderefører geriatriisk fagsykepleiestilling

Ansvar: Seksjonsleder geriatri UNN Tromsø HF (leder), avdelingsleder på Med. avd i Harstad og Narvik, Enhetsleder på DMSene på Finnsnes og Sonjatun. Klinikksjef Medisinsk klinikk

Tidsfrist: starter vår 2011

Motorfunksjonen synliggjøres

Styrke motorfunksjonen til Geriatriisk seksjon UNN Tromsø med følgende tiltak:

- Være pådriver i videreutvikling av fag- og forskningsnettverk
- Aktivt tilby utdanning til alt geriatriisk helsepersonell i Helse Nord
- Kurs og seminarvirksomhet
- Hospiteringsordninger for ulike faggrupper
- Telemedisin / felles regional videooverført undervisning og formidling av kunnskap til hele Helse Nord.

Ansvar: seksjonsleder geriatri sammen med fagrådet og klinikksjef Medisinsk klinikk

Tidsfrist: påbegynnes straks og må ha kontinuerlig fokus

Dra nytte av koordinator

Bruke Helse-Nord koordinatorstillinger i kronikersatsingen til å organisere og koordinere tiltak, særlig de som omfatter aktører innenfor Helse Nord.

Ansvar: seksjonsleder geriatri sammen med fagrådet og klinikksjef Medisinsk klinikk

Tidsfrist: påbegynnes straks og må ha kontinuerlig fokus

Referanser

1. Rashidi "Severity of disease in patients admitted for acute care to a general hospital: Age and gender differences" *Aging Clin Exp Res* 2009, 25 Nov
2. Juliebø et al "Risk factors for delirium after hip fracture" *NCG* 2008
3. Hazzard's *Geriatric Med and Gerontol*. Chapt 17, *Acute Hospital Care* 2009
4. Sørbye, Grue, Vetvik "Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten. Oppdrag fra Statens helsetilsyn". Rapport 2009/5
5. Førde R et al "Får eldreomsorgen nok ressurser" *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006;126(15):1913-6).
6. Brown et al "Trajectories of life-span mobility after hospitalization" *Ann Int Med* 2009;150:372-8
7. Hughes et al "Patient Safety and Quality. An Evidence-Based Handbook for Nurses" Chapter 11. *Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly*. April 2008
8. Saltvedt I. Doctoral Thesis March 2006. NTNU: "Treatment of acutely sick, frail elderly patients in a geriatric evaluation and management unit"
9. Pettersen & Wyller "Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007;127:600-3
10. Stortingsmelding 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen.
11. Sletnes, Terje "Samhandlingsreformen vedtatt i Stortinget" *Tidsskr Nor Lægeforen* Nr 11, 2010;130
12. Professor Tor Iversen "Slakter Hanssens helsereform. Det er ikke grunnlag for å tro at Bjarne Håkon Hanssens helsereform vil gi store økonomiske besparelser, fastslår Norges fremste helseøkonomer. Tvert om." *Dagens Næringsliv* 17.08.2009
13. Eriksen , Bjørn Oddvar "Cost savings and health losses from reducing inappropriate admissions to department of internal medicine" *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2000, 16: 1147-1157
14. Landefeld CS et al "A randomized trial of care in a hospital medical especially designed to improve the functional outcomes of acute ill older patients" *NEJM* 1995;332:1338-44
15. Brown et al "Trajectories of life-span mobility after hospitalization" *Ann Int Med* 2009;150:372-8
16. Bjørn Oddvar Eriksen. Doktoravhandling 1999. UNN "The potential for reducing inappropriate hospital admissions: a study of health benefits and costs in a department of internal medicine".

- 17 Rober Myrvang "Samhandling mellom allmennleger og sykehusleger-muligheter og barrierer" Nasjonalt Senter for Telemedisin, UNN
18. Dreyer, Kvamme, Strøm "Kommunikasjon og samhandling i 1.-, 2.- og 3.-linjetjenesten" KoKom sept 2002
- 19 Garåsen et al "Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial" BMC Public Health 2. May 2007
- 20 Garåsen "Eldre pasienter i sykehus eller i intermediæravdeling i sykehjem – en kostnadsanalyse" Tidsskr Nor Lægeforen nr 3 2008; 128::283-5
- 21 AGENDA "Evaluering av spesialisert behandlingsavdeling i sykehjem" Sluttrapport 27.jan 2009
22. Hysten-Ranhoff, A "En sykehjemsavdeling for akutt syke gamle" Tidsskr Nor Lægeforen Nr 3 31.jan 2008
- 23 Garåsen et al "Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial" BMC Public Health 2. May 2007. Prepublication history. Reviewers Report: Conclusions 06 Mar 2007
- 24 Nikolaus T "A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients" Age and Ageing 1999; 28:543-50
25. Narum "Vi har ingen tradisjon for geriatri. Førstelinjetjenestens vurdering av bruk og nytte av geriatrisk team i Nord Trøndelag", *Nasjonalt geriatriprogram rapport nr. 1/2000*
- 26 Rapport nr 2-2209 "Effekt av ambulante tjenester for pasienter med kroniske lidelser"
- 27 Beswick et al "Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis", *Lancet* 2008; 371 (9614):725-735.
28. Oxman et al 2010, *Integrated Health Care for People with Chronic Conditions*. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services
29. Kunnskapssenteret 2006. Dialogseminar *Indremedisin Helse Sørøst 2007*
30. Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering 2010. Strategigruppa geriatri, Strategi 2020 Helse Midt
31. Strategi 2020. Utfordringsbildet 2020 Helse Midt-Norge

Ortogeriatrici:

Skottland <http://www.sign.ac.uk/guidelines/published/index.html/>

England <http://www.boa.ac.uk/site/showpublications.aspx?ID=59>

Australia-New-Zealand

<http://www.asgm.org.au/documents/POSITIONSTATEMENTNO5v2.indd.pdf>