

Rapport om:

"Pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter"

Et pilotprosjekt om samhandling mellom Haugesund Kommune, Haugesund Sykehus og Høgskolen Stord/Haugesund

Prosjektgruppe

Helse Fonna: Sølvi Torvestad, Anne L. Mikkelsen, Linda Ferkingstad, Thomas Richter, Børje Bjelke

Haugesund Kommune: Eli Kristoffersen, Edel Mikkelsen, Annbjørg Lunde, Anita Torgersen, Jostein Helgeland, Marit Mestanli

Høgskolen Stord/Haugesund: Arvid Birkeland (prosjektkoordinator), Berit Cronfalck

Brukerrepresentant: Sandra Våge

Arbeidsgruppe

Arvid Birkeland, Anne Lise Mikkelsen og Annbjørg Lunde



2010

Forord:

På bakgrunn av helse og omsorgsdepartementets arbeid med en samhandlingsreform ble det første halvår 2009 lyst ut prosjektmidler som skulle stimulere til å sette i gang prosjekter med fokus på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Medisinsk Klinikk ved Haugesund Sykehus i samarbeid med Haugesund Kommune og Høgskolen Stord/Haugesund søkte om, og fikk tilført 1,4 millioner kr. til et prosjekt om pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter. Som følge av dette ble det nedsatt en prosjektgruppe med en tilhørende prosjektarbeidsgruppe og en styringsgruppe bestående av representanter både fra Haugesund Kommune, Høgskolen Stord Haugesund og Haugesund Sykehus. Det ble tilsatt en prosjektkoordinator i 40 % stilling, som også var koordinator for arbeidsgruppen. I tillegg ble det tilsatt en representant fra Haugesund Sykehus og en fra Haugesund Kommune i henholdsvis 20 % stilling hver. Disse tre utgjorde også prosjektarbeidsgruppen. Oppstart av prosjektet var i mai – juni 2009, men selve prosjektarbeidet inkludert prosjektgruppens arbeid kom ikke skikkelig i gang før i august. Utover høsten 2009 og fram til prosjektslutt 30.01.10, ble det avholdt en rekke møter både i prosjektgruppen, styringsgruppen og arbeidsgruppen.

Haugesund 3. februar 2010

*Sølvi Torvestad
Anne L. Mikkelsen
Linda Ferkingstad
Thomas Richter
Børje Bjelke.
Eli Kristoffersen
Edel Mikkelsen
Annbjørg Lunde
Anita Torgersen
Jostein Helgeland
Marit Mestanli
Sandra Våge
Arvid Birkeland
Berit Cronfalck*

Innhold

Sammendrag.....	4
Punktvis sammendrag	5
1. Innledning.....	10
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	10
1.2 Prosjekt skrøpelige eldre	11
1.3 Mandat, målgruppe og målsetting	12
1.5 Beskrivelse av arbeidet i prosjektgruppen og arbeidsgruppen.....	13
2. Behandlingsforløpet for skrøpelige eldre i Haugesund Sykehus	14
2.2 Geriatrisk enhet	17
<i>Geriatrisk poliklinikk</i>	19
2.3 Rehabilitering i regi av spesialisthelsetjenesten.....	21
3. Avtalen om inn- og utskrivning av pasienter mellom Haugesund Sykehus og Haugesund Kommune	23
4. Beskrivelse og vurdering av behandlingsforløp for gruppen skrøpelige eldre i Haugesund Kommune	27
4.1 Institusjonsplasser	27
4.2 Korttidsplasser i sykehjem	31
4.3 Omsorgsboliger	34
4.4 Aldershjem	36
4.5 Hjemmetjenester.....	37
4.6 Demensomsorg.....	39
4.7 Rehabilitering	40
4.8 Observasjons-/intermediæravdeling.....	41
4.9 Dagplasser	42
5. Opplæring i forhold til hva sykehuset ser som behov å formidle når det gjelder kompetanseheving til kommunen.....	44
6. Legetjenester og legesamarbeid	45
7. Forebyggende helseteam	47
8. Høgskolen Stord/Haugesunds rolle i forhold til helsehjelp til skrøpelige eldre.....	50
10. Hva har prosjekt ”skrøpelige eldre” fått utrettet og hvilke deler av prosjektet bør det arbeides videre med.....	51
Vedlegg; 4 stk.	

Sammendrag

Dagens behandlingsforløp for skrøpelige eldre mellom Haugsund Kommune og Haugesund Sykehus er preget av en høy grad av innleggelser fra hjemmet inn i sykehuset. Kanalisering til kommunale omsorgstilbud skjer derfor i stor grad via innleggelser i sykehuset. Det foregår også innleggelser av skrøpelige eldre som ikke burde vært innlagt i sykehuset. De aller fleste skrøpelige eldre i Haugesund får en god behandling og omsorg. Samtidig oppstår det vanskelige situasjoner og til dels kriser i hjemmet, ofte i tilknytning til innleggelser og utskrivninger i/fra både sykehjem og sykehus. Selve pasientflyten mellom hjem/hjemmetjenesten, sykehuset og institusjonene er derfor til tider ikke tilfredsstillende. En ”god” pasientflyt ser i stor grad ut til å bli forhindret av manglende kapasitet på kort- og langtidsplasser i sykehjemmene, kombinert med relativt korte liggetider i sykehuset.

Omsorgstilbudet for skrøpelige eldre i Haugesund må i stor grad sies å være to – delt. På den ene siden er det mange som bor i vanlig bolig eller omsorgsbolig, og disse får hjelp av hjemmetjenesten ut fra vanlige vedtak, i form av punktbesøk i hjemmet eller omsorgsboligen. På den andre siden er det institusjonene, dvs. sykehjemmene og aldershjemmene, som i stor grad er preget av tradisjonelle langtidsplasser der mellom 70 og 80 % er demente. I dette spennet oppstår det et vakuum der en på den ene siden kan se at den tradisjonelle hjemmetjenesten fort blir utilstrekkelig, og på den andre siden blir det fort en utilstrekkelig kapasitet på institusjonssiden. For å få en bedre pasientflyt bør det vurderes en rekke tiltak i spennet/mellomrommet mellom ordinære institusjonsplasser og det vi kan kalle ordinær hjemmetjeneste. Konkret vil det dreie seg om tiltak i forhold til antall og type korttidsplasser i sykehjem, antall, type og bruk av omsorgsboliger, antall og type dagplasser, ambulante og forbyggende tjenester.

Haugesund Sykehus var inntil høsten 2009 preget av å være et sykehus uten spesielt fokus på gruppen skrøpelige eldre. Siden det har det blitt etablert en geriatrikisk enhet, og dette har satt fokus på en del forhold rundt denne gruppen. Dersom det er slik at en del av gruppen skrøpelige eldre i større grad bør kanaliseres til kommunehelsetjenesten, blir det en utfordring for sykehuset å ha større fokus på hvilke pasienter som naturlig bør innlegges i sykehuset og hvem som ikke bør innlegges. Slik situasjonen har vært, blir de fleste skrøpelige eldre tatt inn i sykehuset og går gjennom omfattende utredninger. Mye tyder

imidlertid på at denne gruppen krever en spesiell tilnærming allerede i forhold til sin situasjon i kommunen og helt til de eventuelt via spesialisthelsetjenesten er tilbake i sin posisjon i hjemmet eller i en institusjon i hjemkommunen. Konkret vil det dreie seg om nye tiltak og bearbeiding av en del tiltak og prosedyrer i skjæringspunktet sykehus og kommunehelsetjenesten og innad i sykehuset.

Punktvis sammendrag

På bakgrunn av målsettingen om å redusere antall innleggelser på medisinsk klinikk, sikre pasienter i målgruppen behandling og omsorg der de bor (i Haugesund Kommune), samt sikre gode pasientoverføringer mellom Haugesund Kommune og Haugesund Sykehus, mener prosjektgruppen at følgende forhold og tiltak bør vurderes:

Plasser med heldøgns omsorg og pleie i Haugesund Kommune

- Ut fra nåværende situasjon bør antall plasser med heldøgns omsorg og pleie i sykehjem, eller plasser med tjenestetrygghet tilsvarende/tilnærmet sykehjemsnivå, ligge på ca. 400 plasser
- Dersom Haugesund Kommune skal etablere institusjonsplasser med ytterligere krav til aktiv behandling og innleggelser og utskrivinger på kort varsel, vil det kreve at det vurderes en ytterligere økning av det totale antall plasser med heldøgns omsorg og pleie, inklusiv korttidsplasser

Korttidsplasser:

- Sykehjemmene i Haugesund bør ha ca. 50 korttidsplasser (forutsatt totalt 400 plasser). Disse bør fordeles på følgende funksjoner:
 - behandling/etterbehandling, observasjon, avklaring av omsorgsbehov og avlastning for pårørende
 - akutt plasser til disposisjon for hvert hjemmetjenesteområde fortrinnsvis på det ”lokale” sykehjemmet hjemmetjenesten er tilknyttet, der hjemmetjenesten og legetjenesten bør samarbeide om disponering av plassene
 - lindrende behandling/omsorg for døende
 - veksel plasser

- rehabilitering

Aldershjem:

- Aldershjemmene bør erstattes eller ombygges til demensplasser i sykehjem eller alternativt fellesskaps - omsorgsboliger med heldøgns bemanning
- Samtidig mener noen i prosjektgruppen at et av aldershjemmene foreløpig bør opprettholdes fordi kommunen trenger plassene til personer med begynnende demens som har tilleggspolimer av psykisk art + til noen brukere som har spesielle behov for trygghet/et trygt miljø

Omsorgsboliger

- De kommunale omsorgsboligene bør ha en definert pleiefaktor slik at de i større grad blir i stand til å være et alternativ til både døgnet og dagplasser i sykehjem
- Pasienter med demensutvikling bør i prinsippet ikke bo i selvstendige/vanlige omsorgsboliger, men kan bo i såkalte fellesskaps - omsorgsboliger

Dagplasser

- Det bør vurderes om antall dagavdelinger/dagplasser bør økes og differensieres i form av:
 - Egen dagavdeling (-er) for demente
 - Egen dagavdeling for rehabilitering, for eksempel i kombinasjon med det sykehjemmet som eventuelt ellers har en slik funksjon

Hjemmetjenesten

- Hjemmetjenesten består pr. i dag av store enheter og en bør derfor vurdere å organisere tjenesten på en slik måte at færre av personalet følger opp hver enkelt pasient
- Hjemmetjenesten bør i større grad se omsorgsboligene som sitt ansvarsområde og være en pådriver for at omsorgsboligene blir et reelt alternativ til sykehjem samtidig som omsorgsboligene fortsatt skal være pasientens eget hjem

Legetjenester og rutiner rundt innleggelser i sykehus

- Det bør etter hvert vurderes og diskuteres om legene i større grad kan være medvirkende i forhold til inn og utskrivninger i sykehjem på definerte plasser
- Det bør utarbeides en bedre prosedyre rundt innleggelser i sykehuset av skrøpelige eldre som bor hjemme og som har hjemmesykepleie, slik at unødige innleggelser i sykehus unngås.
- Sykehjemmene må utarbeide prosedyrer omkring eldre som er bor i sykehjem og som blir dårlige, slik at personale/legevakt vet hva de har å forholde seg til når de skal vurdere videre behandling (gjelder ofte på marginalvakter kveld, natt, helg og høytider)
- Det bør vurderes, hvis det oppfattes som mest hensiktsmessig av legen som vurderer pasienten, om pasienten kan få tilbud om oppfølging på geriatrisk poliklinikk den påfølgende dag
- Geriatrisk avdeling og kommunen bør vurdere om fagrapporten som brukes ved innleggelse i sykehuset bør endres slik at den kan bli mer tilpasset den geriatriske pasient.
- Det bør utarbeides en mal for ekstern henvisning og innleggelsesskriv (ø-hjelp) fra innleggende lege, som kan gi en bedre oversikt over den geriatriske pasient. Fastlegene bør eventuelt oppfordres til å benytte skjemaet ved å bli informert i ”Praksisnytt”, et informasjonsorgan som blir sendt fastlegene månedlig. De legges opp til at skjemaet kan lastes ned fra Helse Fonna sine nettsider.
- Det må bli et enda større fokus på å kvalitetssikre medikamentopplysninger når pasienter blir innlagt fra hjemmet. Det bør i den forbindelse innføres en rutine hvor hjemmesykepleier, pårørende, eventuelt ambulanspersonell sørger for at pasienten tar med seg sine medikamenter (hele ”posen”)

Rutiner i sykehuset

- Mottaket i sykehuset bør benytte utarbeidet skjema som er tilrettelagt for kvalitetssikring av informasjonsoverføring ved innleggelse av den eldre pasient. Informasjonen presenteres for legen som dermed kan konsentrere seg om den medisinske vurdering av pasienten, se vedlegg 3.
- Det bør utarbeides en egen mal for poliklinikknotat, og aktuelle leger og

turnuskandidater vil bli undervist på interne legemøter.

- Det oppfordres til at sykepleiere og leger i mottak og på seksjon melder avvik på samarbeidsavtalene når innleggelsesskriv og fagrapport er mangelfulle
- Det må også i sykehuset bli økt fokus på å kvalitetssikre medikamentopplysninger både mellom kommunen og sykehuset og overføring av medikament opplysninger internt i sykehuset. Sykehuspersonell i akutt mottak bør gjennomføre en kvalitetssikret rutine for registrering av medikamentbruk ved innkomst. Det må også bli et større fokus på kvalitetssikret informasjon av legemiddel ved utskrivning av pasient og her må det tydeliggjøres hva som er nye legemidler og hva som er seponert.
- Sykehuset bør etablere rutiner som registrerer reinnleggelser for å få en oversikt over hyppighet av reinnleggelser av skrøpelige eldre som utskrives fra sykehuset.
- Sykehuset bør tilstrebe og innarbeide rutiner som sikrer at kommunen blir varslet om innleggelse av den geriatrike pasient som har kommunale tjenester 1.dag etter innleggelse
- Sykehuset bør sikre at skrøpelige eldre som får hjelp av hjemmesykepleie eller som skal tilbake til et sykehjem blir utskrevet før kl. 13, slik at kommunen får anledning til å ta imot pasienten før kveldspersonalet/marginalvakten begynner
- Sykehuset bør arbeide med rutiner og holdninger som sikrer at det er kommunen som avgjør hvilket tilbud den enkelte pasient kan få når han blir skrevet ut. Sykehuset bør ikke love spesifikke tilbud som for eksempel sykehjemsplass. Et konkret tiltak her kan være å endre søknadsskjemaet til kommunen til en mer åpen søknad

Forebygging og ambulante tjenester

- Prosjektgruppen ser det som viktig å etablere en enhet i Haugesund Kommune med fokus på forbygging og helsefremming - for i større grad å få oversikt over gruppen eldre over 75 år og eventuelt sette inn forebyggende og helsefremmende tiltak for å forebygge at den eldre vil trenge ytterligere hjelp – i form av et forebyggende helseteam som et samarbeidsprosjekt mellom Geriatrik avdeling/Haugesund Sykehus og Haugesund Kommune
- Haugesund Kommune bør vurdere tiltak som kan styrke oppfølging av personer med demens som bor i egen bolig, for eksempel i form av demens-/hukommelsesteam

Forskning og utvikling

- Prosjektgruppen støtter at Høgskolen Stord/Haugesund, Helse Fonna og Haugesund Kommune/kommunene i Helse Fonna – området, bør etablere en FOU – enhet som kan ha fokus på samhandling/kvalitetsheving omkring helsehjelp, behandling, pleie og omsorg primært rettet mot gruppen skrøpelige eldre

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Befolkningsfremskriving viser at tallet på eldre over 67 år vil øke kraftig fremover mot 2050 – 2060 (Østby 2004, Statistisk Sentralbyrå 2009). Samtidig opplever Haugesund Sykehus at en stadig større andel av sengene på medisinsk klinikk blir belagt av såkalte skrøpelige eldre. En del av årsaken til det kan være at stadig flere hjelpetrequende eldre bor hjemme med hjemmetjenester. En forverring av den medisinske tilstanden, som for eksempel lungebetennelse, vil medføre at de trenger ekstra hjelp og kvalifisert medisinsk behandling. Dette medfører i de fleste tilfeller innleggelse i sykehus, fordi det ikke finnes alternative og tilpassede tilbud i kommunen. 60 % av alle døgnopphold i sykehus er øyeblikkelig hjelp, mens andelen er 80 % for aldersgruppen over 80 år. Antall sykehusopphold for personer over 80 år har økt med 50 % siste 10 år selv om det ikke har vært noen vesentlige demografiske endringer i denne perioden (Helse og Omsorgsdepartementet 2009). Pasienter over 80 år utgjør 4,6 % av innbyggerne i Norge, men forbruker 16,4 % av alle liggedager i sykehus. Selv om dette er tall for landet som helhet, er det grunn til å tro at dette også er gjeldende for Haugesund Sykehus. Dette er eldre pasienter som ofte har sammensatte lidelser der sykdommene og den medisinske behandlingen gjensidig kan virke inn på hverandre. Innlagte pasienter over 75 år har i gjennomsnitt 3 diagnoser samtidig, og 25 % har 6 diagnoser. Dessuten bruker de ofte flere medikament samtidig, kan ha høy risiko for forvirring og kan ellers ha liten reservekapasitet slik at risikoen øker for akutt funksjonstap. Samtidig er det ting som tyder på at noen av de eldre kan utvikle tillegglidelser når de er innlagt i sykehus.

50 % av pasienter mellom 80 og 90 år som er innlagt i sykehus mottar også kommunale tjenester. I gruppen over 90 år vil tilsvarende andel være opp mot 90 %. For de som er innlagt og er over 80 år, altså totalen her, er andelen som mottar kommunale tjenester 75 %. Dette tilsvarer 150000 pasienter pr. år og nesten 20 % av alle døgnopphold i 2007 (Helse og Omsorgsdepartementet 2009). Flytting fra hjem eller kommunal institusjon kan være belastende for den eldre samtidig som behandlingspotensialet kan være marginalt. Stadige flyttinger mellom sykehus og hjem/kommune krever også en omfattende koordinerings- og kommunikasjonsaktivitet, og det vil nødvendigvis legge bånd på en del ressurser. Ut fra dette er det en del forhold som taler for at en del av de skrøpelige eldre som i dag blir innlagt ved medisinsk klinikk på Haugesund Sykehus, burde blitt behandlet i kommunen. Det kan være

flere årsaker til at gruppen skrøpelige eldre blir lagt inn i sykehus, eller at sykehusoppholdet blir unødig forlenget. For eksempel kan det være:

- Mangel på korttidsplasser og langtidsplasser i sykehjem/institusjoner i kommunen
- Mangel på lege- og sykepleierressurser/kompetanse, slik at det ikke er mulig å gi adekvat behandling i kommunen
- Mangelfull kapasitet i hjemmetjenesten
- Mangelfull kommunikasjon mellom sykehus og kommunen
- Mangelfull kompetanse i sykehuset i forhold til gruppen skrøpelige eldre, for eksempel i mottakssituasjonen
- Manglende ressurser til å gi veiledning og opplæring/oppfølging fra sykehuset til kommunen

1.2 Prosjekt skrøpelige eldre

Prosjektet har fått tittelen og bruker betegnelsen ”skrøpelige eldre”, og en del reagerer på denne karakteristikken. En kan forstå reaksjonen i lys av at det kan bidra til en oppfattelse av at alle eldre er skrøpelige. Det er imidlertid ikke meningen. Det sikter primært til at en del mennesker over 75 år i tillegg til det vi kan kalle normale aldersforandringer, har til dels omfattende helseproblemer. En god del av disse finnes for eksempel på sykehjem, aldershjem og i hjemmetjenesten. Mange kan i stor grad greie seg selv med litt hjelp og støtte, mens andre trenger omfattende hjelp. I norsk litteratur er det ikke noen entydig definisjon på begrepet skrøpelige eldre, men betegnelsen går igjen i flere typer litteratur om eldre og eldreomsorg (Helse og omsorgsdepartementet 2005-2006 og 1999, Romøren 2001). Begrepet skrøpelige eldre blir derfor i denne sammenhengen definert som:

”Eldre over 75 år med moderat til omfattende helsesvikt, funksjonssvikt og hjelpebehov og som kan være i behov for behandling i spesialisthelsetjenesten. Disse eldre kan bo i egen bolig, alene eller sammen med andre, eller ha et heldøgns omsorgstilbud i kommunen.

Prosjektet avgrenses til medisinsk klinikk ved Haugesund Sykehus, inkludert en nylig startet geriatrisk sengeavdeling, og helse og omsorgstjenesten for eldre i Haugesund Kommune, herunder både institusjoner og hjemmebaserte tjenester.

1.3 Mandat, målgruppe og målsetting

Prosjektet har følgende mandat:

1. Kartlegging av dagens behandlingsforløp av skrøpelige eldre pasienter
2. Utvikle modell for opplæring og veiledning til kommunehelsetjenesten fra geriatrisk-/medisinsk sengepost – systematisk kompetanseoppbygging, f. eks. innen:
 - a. Observasjon av akutt sykdomshistorier hos eldre
 - b. Væskebehandling, venfloninnlegging og sondeernæring
 - c. Symptomlindring/smertelindring behandling
 - d. Etisk vurdering av en verdig avslutning av livet
 - Hva kreves av kompetanse/ressurser ved medisinsk klinikk for å få dette til?
 - Hva kreves av kompetanse/ressurser i kommunen for å få dette til?
 - Hva kan HSH bidra med for å få dette til?
3. Utarbeide ny pasientflyt-, innleggings- og utskrivingspraksis – avklaring av behandlingsnivå
 - Hva kreves av kompetanse/ressurser ved medisinsk klinikk for å få dette til?
 - Hva kreves av kompetanse/ressurser i kommunen for å få dette til?
 - Hva kan HSH bidra med for å få dette til?
4. Foreslå modell for å sikre økt legesamarbeid mellom sykehjemsleger, fastleger, legevakt og legen i Medisinsk Klinikk

Målgruppen er altså eldre over 75 år som er skrøpelige og som har et lavt behandlingspotensial i sykehus og som, hvis forholdene er lagt til rette for det, kan behandles i kommunehelsetjenesten. Dessuten gjelder det pasienter som er innlagt i medisinsk klinikk på Haugesund Sykehus og som trenger videre oppfølging fra Haugesund Kommune.

Målsettingen for prosjektet er som følger:

- Redusere antall innleggelser på medisinsk klinikk, av pasienter innen målgruppen
- Lage rutiner som i størst mulig grad sikrer pasienter i målgruppen behandling og omsorg i eget hjem/kommunal institusjon
- Etablere ambulante tjenester/opplæringstiltak som gjør det mulig å gi nødvendig behandling i eget hjem/kommunal institusjon
- Forankre rutiner og pasientforløp i samarbeidsavtalene mellom helseforetaket og kommunene
- Sikre gode pasientoverføringer fra sykehus til hjemmet/sykehjemmet

1.5 Beskrivelse av arbeidet i prosjektgruppen og arbeidsgruppen

Det har i prosjektperioden blitt avholdt 17 møter i prosjektgruppen. Profilen på prosjektgruppemøtene har i hovedsak bestått av en orientering og referering av arbeid som er blitt gjennomført siden forrige prosjektgruppemøte. Videre ut fra det har aktuelle saker knyttet til mandatet vært drøftet. I tillegg til møtene i prosjektgruppen har det blitt avholdt en rekke mindre møter i arbeidsgruppen. Dessuten har arbeidsgruppen gjennomført møter med pleie og omsorgsfaglig rådgiver hos rådmannen i Haugesund, møte med en del av personalet på korttidsavdelingen på Udland Omsorgssenter, møte med to representanter fra fysio – og ergoterapitjenesten i Haugesund Kommune, møte med de ansatte på bestillerkontoret i Haugesund Kommune og møte med ledelse og enkelte av de ansatte på Vardafjell Sykehjem der også representanter fra aldershjemmene var representert. Arbeidsgruppen har også, sammen med to representanter fra prosjektgruppen, gjennomført en studietur til Stockholm med besøk på ”Stockholm Sjukhem” og ”Jakobsberg Sykehus”. Det ble der stiftet nærmere bekjentskap med en palliativ enhet, drift av sykehjemsavdelingen og FOU – enheten. På Jakobsberg Sykehus ble det gjennomført et besøk og samtaler med personalet på den geriatriiske avdelingen samt en presentasjon av en FOU – enhet som var lokalisert der. I tillegg til dette har det blitt gjennomført flere møter med kommuneoverlegen i Haugesund.

Datasamling ellers har bestått av lesing av interne rapporter, statistikker, beskrivelser og utredninger fra både kommunen og sykehuset. Når det gjelder statistikker viser det seg at både Sykehuset og Kommunen har en rekke statistiske registreringer, men det knyttes noe usikkerhet til påliteligheten i de data en kan trekke ut. Enkelte av de data som er innhentet i kommunen er derfor innhentet på basis av direkte registreringer av personalet på de ulike enhetene.

2. Behandlingsforløpet for skrøpelige eldre i Haugesund Sykehus

I en utredning over dag- og døgnbehandling ved Haugesund Sykehus gitt av Helse Vest IKT for perioden 1.01. 2006 til 4.05. 2009, viser det seg at gjennomsnitts liggetid for pasienter over 75 år fra Haugesund Kommune er ca. 6.6 dager. Sett i forhold til andre kommuner på Haugalandet har pasienter fra Haugesund Kommune en forholdsvis høy gjennomsnitts liggetid kombinert med at kommunen topper listen når det gjelder antall liggedøgn totalt.

De aller fleste eldre som blir innlagt på Haugesund Sykehus blir innlagt fra hjemmet, men det er en tendens til en økning i antall innleggelser fra andre institusjoner/sykehus/sykehjem. Det er imidlertid uklart om denne økningen skyldes flere innleggelser fra kommunale institusjoner, eller om dette gjelder innleggelser fra andre sykehus. Når det gjelder antall liggedøgn viser den samme utvikling. Det vil si at de som blir innlagt fra hjemmet har flest liggedøgn, men denne kurven er synkende samtidig som det er liten økning i antall liggedøgn for pasienter som kommer fra andre institusjoner/sykehus/sykehjem.

De fleste pasienter som blir lagt inn i akutt mottak på Haugesund sykehus er medisinske pasienter. Måling i løpet av en 20 dagers periode, viser at ca. 60 % av innlagte pasienter på medisinsk klinikk kommer inn under gruppen geriatri. Når det gjelder hyppigste diagnosegruppe relatert til antall liggedøgn for pasienter over 75 år, er det åpenbart at pasienter med bakteriell pneumoni (lungebetennelse) utgjør den største gruppen. Hyppigste registrerte bidiagnoser er uspesifisert kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), atrieflimmer, uspesifisert hjertesvikt og essensiell hypertensjon. Pneumoni kan også være en følge av generelt dårlig helsetilstand, men dette er det vanskelig å finne tall på. Den nest hyppigste diagnosegruppen er lårhalsbrudd, så kommer gruppen hjertesvikt og hjerteinfarkt, og et stykke videre ned på listen kommer hjerneinfarkt/apopleksi (hjerneslag). Denne gruppen utgjør ikke mer enn 1/3 av antall med diagnosen pneumoni, men samtidig må vi regne med at denne gruppen utgjør en relativt stor belastning for pleie og omsorgstjenesten i Haugesund Kommune.

De fleste innleggelser i sykehuset skjer mellom kl. 11.00 – 18.00 og de fleste blir skrevet ut mellom kl. 13.00 – 23.00. Akuttmottaket merker nedgang i pasienttilstrømmningen etter opprettelsen av legevakt på dagtid i Haugesund. Det er ikke mulig å finne tall på om

innleggende lege er fastlege eller legevaktslege da legevaktslege blir registret som innleggende lege ved eget navn.

Pasienter i akutt mottak blir prioritert etter *triage* modellen, det betyr at pasientene blir prioritert med bakgrunn i symptom/tentativ diagnose, og den eldre skrøpelige pasienten blir ikke alltid høyt nok prioritert. Det fører til at de kan bli liggende en stund i akuttmottaket, og faren med det er at det skaper utrygghet og det øker risikoen for komplikasjoner som for eksempel trykksår og forvirring.

Ved innleggelse i sykehuset viser registrerte avvik at fagrapportene ofte er mangelfulle eller ikke er medsendt pasienten. Informasjonsoverføring omfatter informasjon fra innleggende lege, eventuelt fastlegen og informasjon fra sykepleier eller andre fagpersoner i kommunehelsetjenesten. Det optimale hadde vært at alle hadde tilgang til hverandres datajournaler, men det er dessverre ikke mulig enda. Representanter fra Haugesund Sykehus, som er med i prosjektgruppen, har startet arbeidet med å utarbeide en mal for fagrapport for skrøpelige eldre pasienter som blir innlagt fra hjemmet eller institusjon. Det bør, i samarbeid med Haugesund Kommune, arbeides videre med å implementere denne.

Det hender at skrøpelige eldre pasienter som kommer inn i akuttmottaket ikke blir innlagt i sykehuset, og de blir da skrevet ut rett fra mottaket. Disse er å regne som polikliniske pasienter og får ikke fagrapport med ved retur til hjem eller institusjon. Et poliklinisk notat sendes pasientens fastlege. Polikliniske notat er ikke pr. i dag en kvalitetsindikator og det foretas derfor heller ikke målinger på hvor lang tid det tar i snitt før notat sendes ut. Som en kvalitetsforbedring arbeides det derfor med å lage en mal for innhold i dette notatet som bedre sikrer optimal informasjon om den eldre.

En annen gjentakende utfordring når det gjelder innleggelser av skrøpelige eldre i sykehuset er utfordringen med å få oversikt over hvilke medisiner pasientene bruker. Det viser seg at det er vanskelig å få oppdaterte lister over hvilke medisiner pasientene bruker, og pasientene har ofte vansker med å få formidlet det selv. Det er derfor avgjørende viktig at pasientene kan ha med seg de medisinene de bruker, slik at sykehuset kan se på medisin – emballasjen hvilke medisiner, inkludert dosering, pasientene bruker. Det bør derfor ytterligere arbeides med rutiner som sikrer at både hjemmesykepleier, ambulansepersonell og sykepleier i akuttmottak

etterspør pasientens pose med piller for å få en fullverdig oversikt over den enkeltes medisin bruk.

Skrøpelige eldre som innlegges i sykehuset har ofte høy alder, multiple kroniske sykdommer og polyfarmasi (når en pasient får for mange medisiner på en gang), og dette innebærer en økt risiko for underernæring. Dette i sin tur øker risikoen for senket funksjonsnivå, nedsatt immunforsvar og forlenget behandlingstid. Det er derfor viktig at sykehuset innfører bedre rutiner for å identifisere feilernærte/underernærte pasienter ved å registrere mat og væskeinntak. Den eldre underernærte pasient vil lett kunne utvikle trykksår. Pasienter som i akutt mottak blir vurdert til å ha en risiko for å utvikle trykksår bør derfor rutinemessig bli lagt i senger som har madrasser som forebygger trykksår. Registrering av pasientens ernæringstilstand (BMI) bør derfor rutinemessig gjennomføres og data bør fylles inn i forslag til nytt skjema som er utarbeidet, se vedlegg 3 (skjemaet er ikke drøftet med og/eller godkjent av kirurgisk klinikk/akuttmottaket).

En del av de skrøpelige eldre pasientene som blir innlagt i sykehuset blir reinnlagt, men det er pr. i dag ikke noen registrering på dette. En registrering av dette kan gi indikasjoner på om dette med reinnleggelser er utbredt og om det er en sak som det bør tas tak i. I forbindelse er dette er det i dag slik at kommunehelsetjenesten tar kontakt med sykehuset for å drøfte pasienter som har vært innlagt i sykehuset, og det er en ordning som er viktig og som sykehuset må se på som en del av sin virksomhet. En slik dialog kan muligens hindre en innleggelse eller gi støtte til at pasienten bør innlegges for en vurdering. I forbindelse med at det opprettes et eget forebyggende helseteam som skal fungere i skjæringspunktet sykehus – kommune, bør det vurderes om dette kan ha en funksjon i forhold til dette, for eksempel ved at pasienter raskt kan få en vurdering på geriatrisk poliklinikk.

Når det gjelder pasienter over 75 år som dør i sykehuset, så er det tydelig at de aller fleste av disse blir innlagt fra hjemmet. En liten del blir innlagt fra sykehjem. Tallmessig utgjør dette 25 – 30 pasienter i året. Det er derfor tydelig at pasienter som for eksempel er innlagt i sykehjem, men som av en eller annen grunn blir innlagt i sykehus og dør der, er en tallmessig svært liten gruppe. Det er også slik at av gruppen eldre som dør i sykehuset, så er det kun ¼ som dør i løpet av 24 timer etter innleggelsen. De fleste, ca. 60 %, dør etter at de har vært innlagt 3 dager eller mer.

Det oppstår en del reaksjoner og diskusjoner når det gjelder skrøpelige eldre som blir innlagt i sykehuset der det i en del tilfeller er åpenbart at pasientene er døende og primært trenger hjelp til en verdig livsavslutning. Reaksjonene går her på at for mange ”behandles inn i døden”. Dette kan skyldes mangel på avklaring fra tidligere om hvilken behandling som skal settes i gang. Fra sykehusets side fremheves at behandlingen i en del tilfeller bør avslutte tidligere eller ikke settes i gang.

2.2 Geriatrisk enhet

Det ble i oktober 2009 åpnet en geriatrisk enhet ved Haugesund sykehus, Medisinsk klinikk. Det er 8 senger ved avdelingen; 7 av sengene disponeres av sykehuset og 1 seng disponeres av fastlegene i kommunene som ligger under Helse Fonna sitt opptaksområde. Basert på innbyggertallet antas det at behovet for geriatiske senger i Helse Fonna er mellom 40 – 60 senger. Et fremtidig behov avgjøres av i hvilken grad kommunene bygger ut avdelinger som kan fungere som tilnærmet geriatiske enheter, jfr. samhandlingsreformen. Den geriatiske enheten har fokus på både behandling og rehabilitering, med liggetid inntil 7 døgn.

Inntakskriterier i sengepost

Ingen pasienter legges inn akutt. Pasienter tas i mot på dagtid mellom kl. 08.00-15.30 etter henvisning fra andre seksjoner og enheter. Avgjørelse om innleggelse tas av geriater i samarbeid med lege og sykepleier ved de to involverte enhetene. Fastleger kan henvise direkte til Geriatrisk enhet. 1 seng på enheten er prioritert for dette. Innleggelse skjer da innen 48 timer.

Følgende kriterier legges til grunn for inntak:

Pasienten skal oppfylle **både** hovedkriterium 1 og 2 nedenfor.

1. Alder 65 år eller mer.
2. Minst to av følgende underpunkt er oppfylt:
 - a. Pasienten er innlagt med nytilkommet funksjonssvikt (gangvansker, falltendens, ernæringsvikt, dehydrering eller akutt delirium).
 - b. Pasienten bruker 7 eller flere faste legemidler.
 - c. Pasienten har en kjent eller sannsynlig kognitiv svikt.
 - d. Multiorgansvikt foreligger hos pasienten

Følgende begrensninger gjelder:

1. Enheten skal ikke ha overbelegg.
2. Pasienter som vurderes som terminale, skal normalt ikke legges i geriatrisk enhet. Med terminale pasienter mener vi her døende pasienter som er i livets slutfase.
3. Venting på sykehjemsplass er ikke en grunn til inntak i enheten.
4. Omsorgssvikt eller sviktende sosialt nettverk er ingen grunn for innleggelse

Inklusjonskriterier for innleggelse i Geriatrisk enhet:

Multisomatisk svikt + kognitiv svikt / delirium

Medisinjustering

Postakutt geriatrisk optimering

Innleggelse innen 24-48 timer for geriatrisk spesialist vurdering via henvisning fra fastlege/kommunelege

Eksklusjonskriterier for innleggelse i Geriatrisk enhet:

Hjerneslag

Dyp venetrombose

Hypoglykemi

Akutt hjertesvikt

Sykepleieplanlegging/vente på sykehjemsplass

Demens (utredning som primærdiagnose)

Urinretensjon

Akutt hjerteinfarkt med konservativ behandling

Målet er å sikre nødvendig spesialisert rehabilitering til geriatriske pasienter både i akutfase og videre behandlingsforløp, samtidig som flest mulig av geriatriske pasienter bør få sin rehabilitering i hjemmet/eventuelt sykehjemmet der pasienten bor. Dette tilsier at en stor del av rehabiliteringen vil foregå ute i kommunene. Ved videre rehabiliteringsbehov på spesialisthelsetjenestenivå overføres pasienten til rehabiliteringspost i Helse Fonna.

Fokusområder

Ved Geriatrisk enhet foretas en systematisk vurdering og optimering av pasienten i forhold til definerte fokusområder. Vurderingen foretas med utgangspunkt i innsamtale med

pasient og eventuelt pårørende pluss fagrapport og innleggelsesskriv som dokumentasjon. De definerte fokusområdene er:

- Ernæringstilstand
- Kognisjon/delirium
- Legemidler
- Smerter
- Infeksjon
- Fallrisiko
- Aktivitet
- Eliminasjon

Avdelingen har egne kartleggingsrutiner i forhold til hvert fokusområde. Fra geriatrisk avdeling er det et ønske om at kommunen innfører samme observasjoner og registreringer i forhold til den eldre pasienten.

Geriatrisk poliklinikk

Framfor alt er målet med Geriatrisk poliklinikk å gi et ambulant tilbud til fastleger og sykehjem slik at pasientene i størst mulig grad slipper innleggelse i sykehus. Ambulering til sykehjemmene foretas når tilsynslegen er til stede. Geriater/geriatrisk sykepleier ambulerer etter behov. Tilbud om ambulante tjenester skal i første omgang gå til de 8 kommunene som har signalisert sin interesse til å delta i samhandlingsprosjektet ”Helsetorg – modellen” som er en videreføring av prosjekt ”Skrøpelige eldre”. Disse kommunene er; Bømlo, Stord, Haugesund, Tysvær, Sveio, Karmøy, Odda og Bokn kommune.

Tradisjonell poliklinikk skal drives i liten grad, og kun ca. ½ dag per uke. Det er ønskelig å gi et tilbud om en felles poliklinikk dag mellom ressurser fra nevrologisk/geriatrisk og alderspsykiatrisk enhet. De fleste av pasientene som kommer til geriatrisk poliklinikk, blir henvist etter et opphold på geriatrisk sengeenhet som en kvalitetskontroll på behandling og oppfølging.

Prosedyre ved utskrivning av pasient fra sykehuset

Sykepleier på sykehuset skal telefonisk varsle at pasient er innlagt. Før varsling kan forekomme, må sykepleier sikre pasientens samtykke til at kontakt blir opprettet mellom sykehus og kommune. For eventuell ny bruker av kommunehelsetjenester skal pasientens

skriftlige samtykke journalføres. Varsling om at pasient er innlagt skjer i praksis i kommunens kontortid. Hvis varsling skal skje umiddelbart, utenfor kontortid, er det avhengig av en lett tilgjengelighet ut mot hjemmetjenesten. Det er slik at hjemmetjenesten i Haugesund Kommune er delt opp i 4 områder med en vakttelefon i hvert område. For sykehusets del ville det vært enklere med *en* vakttelefon for hele hjemmetjenesten.

Ved varsling fra sykehuset om innlagt pasient med behov for kommunale tjenester, er kommunen pliktig til å utnevne saksbehandler og starte sine forberedelser. Saksbehandler tar kontakt med aktuell enhet straks pasienten er varslet. Sykehuset har ingen kontroll på i hvor stor utstrekning dette gjennomføres etter intensjonen. Sykepleier på sykehus skal varsle kommunene om en planlagt utskrivningsdato. Denne datoen kan endres i løpet av behandlingsopplegget og en eventuell ny dato skal meldes kommunen. Hvis pasienten dør under oppholdet skal dødsfallet varsles kommunen.

Hvis pasienten samtykker skal sykepleier varsle pårørende om utskrivning. Hvis pasienten kan klare seg med den samme hjelp som han hadde før innleggelse, skal det varsles 24 timer før utskrivning. For pasient/bruker som er innlagt ved Obs - posten, eller for pasienter med en liggetid på ett til to døgn med uendret medisinsk tilstand, prøver partene en umiddelbar utskrivning etter varsling." Skriftlig søknad om kommunale tjenester skal alltid sendes kommunen for nye brukere av tjenester og for brukere med omfattende endrede behov. Kommunen kan da påberope seg at pasient skal kunne være innlagt på sykehuset 7 ekstra arbeidsdager (minus lørdag, søndag og høytidsdager), etter at pasienten er utskrivningsklar. Dato for utskrivning avgjøres i en dialog mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset. Bestillerkontoret skal ta kontakt med sykehuset straks søknad er mottatt og orientere om tidspunkt for iverksettelse av kommunale tjenester. Spesialisthelsetjenesten avgjør når en pasient er utskrivningsklar, og det er meldt få avvik på dette punkt.

Ved sammensatte problemstillinger bør det innkalles til nettverksmøte. Formålet med møtet er å avklare, informere og planlegge. Alle parter skal kunne ta initiativ til at det blir arrangert nettverksmøte. Pasient ansvarlig sykepleier er ansvarlig for innkalling, møteledelse og at det skrives referat. Praksis viser at det ikke alltid blir varslet behov for ett nettverksmøte der det hadde vært hensiktsmessig. Det innebærer i uheldigste fall at pasienten får en utvidet liggetid fordi behov for opplæring i kommunehelsetjenesten blir meldt for sent i forløpet. Det hender

også at kommunen møter med svært mange sykepleiere med behov for oppdatering på spesielle prosedyrer. Dette er ressurskrevende for sykehuset og en ordning med ett lite antall ressursykepleiere på hvert sykehjem/hjemmesykepleie hadde vært mer hensiktsmessig. Det kan også avtales at personell fra sykehuset kan utføre opplæring ambulant. Et eventuelt behov for individuell plan skal også vurderes på nettverksmøtet.

Når det gjelder pasienter med mer sammensatte problemstillinger og som har behov for spesiell oppfølging, blir det regulert i avtale om spesiell oppfølging. Denne avtalen omhandler de særlige rutiner som skal være gjeldende i forhold til pasienter som etter en tverrfaglig vurdering har behov for avanserte helsetjenester ved utskrivning til hjemmet eller til kommunal institusjon. De rutiner som fremkommer i denne avtalen er et tillegg til rutiner om inn- og utskrivningsplanlegging. Avtalen benyttes i særlig grad overfor pasienter med behov for avanserte helsetjenester etter utskrivning fra sykehuset.

Ellers har sykehuset, på lik linje med kommunehelsetjenesten, et ansvar for å initiere et behov for individuell plan (IP), mens kommunen har det koordinerende ansvar for utarbeidelse og vedlikehold av en plan.

2.3 Rehabilitering i regi av spesialisthelsetjenesten

I følge årlig melding til Helse – og omsorgsdepartementet frå styret i Helse Vest RHF blir det påpekt at den demografiske utviklingen på sikt vil gi en kraftig økning i tallet på eldre, og at utviklingen av stadig bedre behandlingsmetoder blant annet fører til at flere overlever sykdom og ulykker. Disse utviklingstrekkene vil føre til at flere kommer til å leve med langvarige sykdommer og kroniske tilstander. Dette innebærer at stadig flere vil ha behov for tjenester innenfor rehabilitering.

Høsten 2008 åpnet en rehabiliteringsavdeling ved Stord sykehus. Avdelingen disponerer totalt 8 senger. I følge strategi planen til Helse Fonna skal den økes til 15-20 senger og en skal også opprette spesialisert rehabilitering ved Haugesund sykehus på 15-20 senger, og 4-5 rehabiliterings senger ved Odda sykehus.

Inntakskriterier:

Pasienter som får tilbud om rehabiliteringsplass skal ha behov for tverrfaglig spesialisert rehabilitering og potensiale /nytte av det.

Pasienten skal ha sammensatte vanskeligheter og ha behov og nytte av en tverrfaglig intensiv intervensjon.

Pasienter i subakutt fase blir prioritert.

Fagkompetansen og pleiefaktoren i AFMR (Avdeling for medisinsk rehabilitering) vil i noen grad styre hvilken pasientgruppe en tar inn.

Eksklusjonskriterier:

Pasienter med behov for kommunal rehabilitering.

Pasientgrupper som det er oppbygd og vedtatt et regionalt tilbud for:

- Spinalenheten ved HUS har pr. i dag et regionsansvar for primær rehabilitering av personer med tverrsnittskade.
- Pasienter med behov for tidlig og kompleks rehabilitering etter hodeskade.
- Pasienter med utagerende adferd etter traumatisk hodeskade.

Pasienter med opptreningsbehov etter enkel ortopedi.

Pasienter under 18 år.

Inntaksrutiner:

Tverrfaglig inntaksteam med tre medlemmer, ledet av medisinsk ansvarlig lege (fysikalsk medisiner) skal vurdere og innvilge eller avslå søknader til AFMR etter overnevnte inntaks- og eksklusjonskriterier. Det er inntaksmøte en gang i uken og søknader skal sendes skriftlig, fortrinnsvis elektronisk, av lege sammen med aktuelle fagrapporter fra sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og andre. Det skal ikke benyttes egne søknadsskjema.

Inntaksteamet skal gi rask muntlig melding til innsøkende lege. I tillegg skal inntaksteamet v/leier sende skriftlig tilbakemelding på søknaden etter vedtak i inntaksmøte.

Rehabiliteringsavdelingen ved Stord sykehus kartlegger og analyserer pasientens funksjon og ressurser. Disse vurderingene sammen med pasientens sine egne mål danner grunnlaget for de tiltakene som blir satt i gang. Tiltakene er hovedsakelig aktiv opptrening der funksjonstrening står sentralt. Det er blitt foretatt en manuell telling av alle innsøkte pasienter over 75 år, fra

avdelingen åpnet og fram til slutten av oktober 2009. I denne tiden er det innvilget/innlagt 21 pasienter og det er avslått 16 pasienter/søknader.

Spørsmålet er i hvilken grad spesialisthelsetjenesten sine rehabiliteringstilbud er tiltenkt gruppen skrøpelige eldre? Til det er å si at det er de primært ikke. Samtidig må det sies at en del eldre som får akutte skader og sykdommer også er aktuelle for og får et spesialisert rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten, men når det gjelder skrøpelige eldre pasienter generelt så er holdningen at disse framfor alt må tilbys rehabilitering i sitt hjemmemiljø. Skrøpelige eldre pasienter trenger en ”enkel” rehabilitering, og forløpet krever ofte lang behandlingstid over måneder og år.

3. Avtalen om inn- og utskrivning av pasienter mellom Haugesund Sykehus og Haugesund Kommune

Samarbeidsavtaler som tydelig beskriver ansvarsfordeling mellom Helse Fonna og kommunene ved inn- og utskrivning av pasienter på sykehus ble først signert av Haugesund og Karmøy kommuner i 2001, se www.helse-fonna.no – samhandling. Siden 2004 har alle 19 kommuner i Helse Fonna regionen vært formelt forpliktet av avtalene. Avtalene har siden den gang vært gjenstand for revisjoner og det er vesentlig at det er en dynamisk utvikling som tar hensyn til gjeldende lovverk og en best mulig ivaretagelse av pasienten både på system og individ nivå.

Avtale om Samhandling er en overordnet avtale som styrer samhandlingen og samarbeidsavtalene mellom Helse Fonna og kommunene i opptaksområdet. Avtalen regulerer hvordan samarbeidsavtalen skal forvaltes og utvikles, og hvilke formelle arenaer partene skal møtes på for å sikre en god dialog, gode prosesser og optimal praktisering av samarbeidsavtalene.

I praksis bidrar avtalen om inn- og utskrivningsplanlegging mellom Helse Fonna og kommunene i Helse Fonna – regionen til gode samarbeidsrutiner mellom sykehus og kommunene. I og med at avtalen er sentral i samhandlingen mellom Haugesund Sykehus og Haugesund Kommune har elementer i avtalen vært gjenstand for diskusjoner i prosjektgruppen. Det er klart at prosjektgruppen som sådan ikke kan endre nåværende avtale,

men gruppen kan påpeke en del momenter som kan være gjenstand for oppmerksomhet og mulige endringer/justeringer i en eventuell fremtidig revidering av avtalen. Prosjektgruppen foreslår derfor at det innføres forsøk på endringer som i første rekke er gjeldende mellom Haugesund sjukehus og Haugesund kommune og kun for geriatriske pasienter.

Det som spesielt har vært diskutert er blant annet prosedyrer rundt innleggelser fra kommunen i sykehuset, der en kan se visse avvik rundt dette med fagrapporter i form av at rapporter uteblir og at rapportene er mangelfulle. Geriatrisk avdeling har her uttrykt at de vil vurdere den eksisterende fagrapporten i forhold til i hvilken grad den er relevant for den geriatriske pasienten. Dette gjelder ikke minst hvilke medisiner pasientene bruker i og med at det er spesielt viktig at sykehuset har nøyaktig informasjon om type medisiner og dosering. Dessuten, og dette omtales også senere i rapporten, bør det etableres felles maler for observasjons - rutiner rundt vurdering av pasienter som kan være aktuelle for innleggelse i sykehus. Dette vil spesielt gjelde hjemmetjenesten som ofte er involvert i innleggelser av skrøpelige eldre. Det at den aktuelle ansatte i hjemmetjenesten er kjent med pasienten kan være avgjørende for hvordan tilstanden vurderes til den enkelte pasient. Det kan se ut som om det til tider er et stort antall personale som betjener den enkelte pasient i hjemmetjenesten. Det kan ha den effekt at det er få som har inngående kjennskap til hver enkelt pasient. Dersom pasientene har variasjoner i sin tilstand, kan dette lett oppfattes som alvorlige symptomer dersom en ikke er kjent med de pasientene en skal forholde seg til. Kommunen bør derfor arbeide for en viss kontinuitet i hjemmetjenesten, slik at personalet ikke spres på et for stort antall pasienter.

Skriftlig søknad om kommunale tjenester skal alltid sendes kommunen for nye brukere av tjenester og for brukere med omfattende endrede behov. Kommunen kan da påberope seg at pasient skal kunne være innlagt på sykehuset 7 ekstra arbeidsdager (minus lørdag, søndag og høytidsdager) etter at pasienten er utskrivningsklar. Dato for utskrivning avgjøres i en dialog mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset. Det som ellers har vist seg når det gjelder utskrivninger er at sykehuset stort sett skriver ut skrøpelige eldre fra kl. 12 og utover ettermiddagen. Det som da kan skje er at hjemmetjenesten må ta imot pasientene på ettermiddagen, noen ganger også etter at kveldsskiftet er begynt. Det medfører at hjemmetjenesten kan ha betraktelig mye dårlige tid til motta en pasient som kanskje har et stort hjelpbehov idet de kommer tilbake fra sykehuset. Det bør derfor være gjenstand for

vurdering om det skal presiseres i samarbeidsavtalen at pasienter som trenger hjelp fra hjemmetjenesten når de kommer hjem skal utskrives før kl. 12 - 13 den aktuelle dagen. Bestillerkontoret skal ellers ta kontakt med sykehuset straks søknad er mottatt og orientere om tidspunkt for iverksettelse av kommunale tjenester. Det hender at sykehuset spesifiserer og formidler til pasient og pårørende hvilket tilbud sykehuset mener at pasienten bør få i kommunen. Dette gjelder spesielt der pasienter trenger heldøgns omsorg og pleie. Dette virker uheldig på samarbeidet både mellom sykehus og kommune, og det er uheldig for samarbeidet med pasient og pårørende. En av årsakene til at det oppstår kommunikasjonssvikt når det gjelder dette, kan være at søknadsskjemaet som benyttes gir mulighet for å spesifisere hvilket tilbud i kommunen sykehuset mener at pasienten bør ha. Søknadsskjemaet bør derfor endres til en mer åpen søknad/åpent skjema.

Ved sammensatte problemstillinger sier samarbeidsavtalen at det bør innkalles til nettverksmøte. Formålet med møtet er å avklare, informere og planlegge. Alle parter skal kunne ta initiativ til at det blir arrangert nettverksmøte. Pasient ansvarlig sykepleier er ansvarlig for innkalling, møteledelse og at det skrives referat. Praksis viser at det ikke alltid blir varslet behov for ett nettverksmøte der det hadde vært hensiktsmessig. Det innebærer i uheldigste fall at pasienten kan få en utvidet liggetid. utfordringen blir om samarbeidsavtalen på dette punktet bør kunne være litt mer forpliktende slik at både sykehuset og kommunen i større grad tar initiativ til og deltar i gjennomføring av nettverksmøter der det er relevant.

Behov blir kartlagt i dialog mellom sykehus, pasient, pårørende og kommunehelsetjenesten. Som hovedregel har sykehuset ansvar for å bestille hjelpemiddel for kortvarig behov fra kommunalt hjelpemiddellager. Ved hastesaker bestiller sykehuset hjelpemidler fra NAV/ hjelpemiddelsentral. Sykehuset har også ansvar for å bestille nødvendige medisinske tekniske hjelpemidler fra Lærings- og mestringssenteret. Kommunen har ansvar for å søke om hjelpemidler for varige behov og for all oppfølging og tilpasning av hjelpemidler. Det hender i praksis at pasient må ligge dager på sykehus etter at vedkommende er utskrivningsklar i påvente av at de tekniske hjelpemidler er på plass i hjemmet. Det kan skyldes at henvendelsen blir sendt for sent fra sykehuset fordi meldingene fra kommunen på hvilket tilbud de vil gi pasienten kommer sent eller at kommunen av forskjellige årsaker velger å endre på det opprinnelige vedtaket. Dette er også et punkt som bør ha videre oppmerksomhet i en eventuell justering av avtalen.

Ved utskrivning av pasient til sykehjem skal epikrise og fagrapport følge pasienten. Sykehusene i Norge blir målt på (kvalitetsindikator) prosent antall epikriser som blir sendt innen 7 dager etter utskrivning. Kravet er på 80 %, mens Haugesund sykehus i snitt ligger noe under kravet. Ved utskrivning til hjemmet skal pasienten i alle fall ha med en foreløpig epikrise og fagrapport. Epikrise skal sendes pasientens fastlege innen 7 dager, kopi sendes innleggende lege. Avvik skjer både med hensyn til om epikrise blir sendt innen fristen og med hensyn til innhold. Det er dokumentert en del avvik som kommenterer manglende opplysninger på medisinlistene, fortrinnsvis gjelder det opplysninger knyttet til ikke kommentert seponering av medisiner. Avvik er også rapportert med hensyn til manglende opplysninger/ ikke fullstendige fagrapporter. Dette indikerer at det ikke bare er på vei inn i sykehuset at det er avvik i forhold til medisinrutiner og rapporter/epikriser.

Konkrete forslag til endringer som eventuelt bør innarbeides i en revidert avtale mellom Haugesund Kommune og Haugesund Sykehus blir oppsummert i et eget avsnitt i slutten av rapporten. Prosjektgruppen forslår at det jobbes videre med hvilke rutiner og prosedyrer som skal være gjenstand for en videreføring av pågående prosjekt og eventuelt over hvor lang periode før en evaluering foretas. Dette blir da å betrakte som kun som en avtale mellom Haugesund kommune og sykehusets håndtering av den geriatriske pasient.

4. Beskrivelse og vurdering av behandlingsforløp for gruppen skrøpelige eldre i Haugesund Kommune

Haugesund Kommune har utarbeidet befolkningsprognoser frem mot 2045 ved hjelp av KOMPAS (Kommunenes plan og analysesystem) og SSB (Statistisk Sentralbyrå)¹. Denne antyder følgende utviklingstrekk:

	2009	2015	2020	2025	2030
60-69 år	3123	3858	4091	4225	4668
70-79 år	1913	2211	2873	3378	3620
80-89 år	1364	1219	1208	1465	1956
90 år og eldre	286	370	357	341	367

Denne statistikken viser at fram til 2020 vil det være en liten nedgang i antall eldre over 80 år, selv om det vil være en økning i antallet eldre over 90 år. Økningen, spesielt av ”gamle” eldre, vil i tilfelle komme fra 2020 og utover. Når det gjelder gruppen 60 til 80 vil det imidlertid være en markert økning også frem mot 2020.

4.1 Institusjonsplasser

Haugesund har fire omsorgssentre med til sammen 281 sykehjemsplasser. Utenom dette er det 2 aldershjem med til sammen 55 plasser. Plassene fordeler seg på de ulike institusjoner på følgende vis:

	Sykehjemsplasser	Aldershjemsplasser	Totalt antall
Bjørgene	62		
Udland	88		
Stølen	25		
Haraldsvang	62		
Vardafjell	44		
Sentrumsheimen		25	
Skåreheimen		30	
Sum	281	55	336

Av det totale antall institusjonsplasser er det 32 dobbeltrom i bruk. Omsorgssentrene har dessuten 65 dagplasser, inkludert 7 plasser for yngre demente ved Stølen sykehjem.

¹ Internt notat; rådmannen/Leif Birkeland Haugesund Kommune

Kommunens 336 institusjonsplasser fordeler seg på følgende type avdelinger:

Somatisk	134
Demens	128
Veksel	3
Lindrende	5
Aldershjem	55
Akuttsenger	2
Korttid	18
SUM	336

Institusjonsplasser i Haugesund Kommune sammenlignet med sammenlignende kommuner, Rogaland og landet for øvrig (KOSTRA)²

Indikator	Haugesund	Snitt kommune- gruppe 13	Snitt Rogaland	Snitt landet
Andel innbyggere 80 år og over som er beboere på institusjon (%)	15,7	12,2	14,0	14,3
Andel innbyggere 90 år og over som er beboere på institusjon (%)	39,7	29,5	33,5	33,8
Andel innbyggere 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning (%)	0	4	5	4
Andel beboere på langtidsopphold (%)	92,7	84,3	86,0	85,6
Andel beboere på tidsbegrenset opphold (%)	7,3	15,7	14,1	14,6
Andel plasser i enerom (%)	84,1	90,0	91,8	91,0
Andel plasser avsatt til rehabilitering/habilitering (%)	0	4,1	4,8	4,6
Fysioterapitimer pr uke pr beboer i sykehjem	0,12	0,34	0,26	0,31

Informasjon om aktivitet i ulike kommuner kan hentes ut av de såkalte KOSTRA – oversiktene. Tallene kan gi en viss innsikt, men mye tyder på at det kan ligge ulike forutsetninger til grunn når tallene lages, og tallene må derfor leses med visse forbehold. For eksempel er det viktig å merke seg at når det gjelder Haugesund Kommune så er antall plasser i aldershjem talt med i antall institusjonsplasser, mens i andre kommuner kan dette bare gjelde sykehjem. Aldershjem har en lavere pleiefaktor enn sykehjem, og bidrar på denne måten til et

² ”KOMMUNE-STAT-RAPPORTERING” er et nasjonalt informasjonssystem som gir informasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet (Statistisk Sentralbyrå).

noe skjevt bilde av behovsdekningen. Haugesund utpeker seg for øvrig med mange pasienter på langtidsopphold, ingen bor i boliger med heldøgns omsorg og pleie, det er få korttidsplasser og ingen egne avdelinger avsatt til rehabilitering selv om korttidsavdelingen på Udland også ivaretar denne funksjonen. Haugesund Kommune ligger også lavt angående fysioterapitimer pr. uke pr. beboer i sykehjem.

Det er ikke noen entydighet i forhold til hvor mange sykehjems plasser det bør være i hver enkelt kommune. Det er en vurdering som hver enkelt kommune må gjøre ut fra sine lokale forhold, men det er heller ikke noen klare retningslinjer for hvordan en slik vurdering skal gjøres og hvilke faktorer som bør ligge til grunn. Enkelte studier (Otterstad og Tønseth 2007) viser at sammensetningen og organiseringen av pleie- og omsorgstilbudet vil ha betydning for hvordan pleie og omsorgstjenesten fungerer i den enkelte kommune. Blant annet kan kronisk sykehjemskø være en indikasjon på at tjenestetilbudet er utilstrekkelig eller feilorganisert. Det vises her til at en kommune bør ha minst 18 % dekning av sykehjems plasser for personer over 80 år. Dessuten bør hjemmetjenesten ha en kapasitet tilsvarende 18 innskrevne pasienter pr. 100 innbyggere over 80 år som har behov for både hjemmehjelp og hjemmesykepleie samtidig. Ut fra de tall prosjektgruppen har fått oppgitt betjener hjemmetjenesten i Haugesund Kommune i dag 281 pasienter over 80 år med både hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Dette tilsvarer ca. 18 brukere pr. 100 innbyggere over 80 år. Mye tyder også på at minst 15 % av institusjonsplassene må øremerkes korttidsopphold. For Haugesund Kommune vil det med dagens antall institusjonsplasser, tilsvare ca. 40 plasser.

I Stortingsmelding 50 (1996-97) vises det til at behovet for sykehjems plasser vil ligge på 25 % av personer over 80 år, og mye tyder på at det er dette tallet det siktes til når en bruker uttrykket "full sykehjemsdekning". I Haugesund vil stipulert antall personer over 80 år i 2015 være ca 1600. Med utgangspunkt i 25 % dekningsgrad vil det tilsvare en dekningsgrad av sykehjem på ca. 400 plasser. Haugesund har pr. i dag sykehjems plasser tilsvarende 285 plasser. I tillegg har kommunen 55 aldershjems plasser, og fra sommeren 2010 blir det tatt i bruk en ny sykehjemsenhet på 26 plasser.

Spørsmålet er om et sykehjemsantall tilsvarende 25 % virker relevant for Haugesund Kommune, og om det bare er slik at sykehjem kan fylle behovet for et heldøgns pleie og omsorgsbehov? I tillegg til betegnelsen sykehjem brukes også begrep som "tjenestetrygghet som sykehjem" om for eksempel omsorgsboliger med heldøgns service. I den forbindelse vet

en at enkelte kommuner har satset på omsorgsboliger i et større antall enn sykehjemsplasser. Når pasientflyt for skrøpelige eldre vurderes, er tilgjengelige plasser i sykehjem eller tilsvarende av stor betydning. Ikke minst vil det ha betydning for antall innleggelser og utskrivninger fra sykehuset. Prosjektgruppen har kartlagt flere forhold rundt denne flyten og mye tyder på at Haugesund Kommune, slik situasjonen er i dag, har et for lite antall plasser med heldøgns omsorg og pleie. Forhold som bygger opp under det er følgende:

- Det oppstår kriser som kan vedvare over tid i hjemmet grunnet manglende adekvate tilbud og mange av disse blir også innlagt i sykehus
- Mye tyder på at Haugesund Kommune topper listen over antall innleggelser i sykehus av pasienter over 75 år
- Mellom 30 og 50 personer står til enhver på en uformell venteliste til sykehjem
- Det har vært vansker med å holde sirkulasjon i og opprettholde korttidsplassene

På bakgrunn av dette er det mye som tyder på at Haugesund Kommune ville hatt en annen pasientflyt hvis antall plasser med heldøgns omsorg og pleie hadde ligget på ca. 400. Spørsmålet er da om det kan finnes alternativer til sykehjem, eller om det er sånn at det ikke er reelle alternativer til bygging av nye sykehjem. Sykehjem er en helseinstitusjon som drives etter egen lov og forskrift (Lov om helsetjenesten i kommunene 1982), mens aldershjem er underlagt Lov om sosiale tjenester (Lov om sosiale tjenester 1991) og er dermed i større grad et sosialt tilbud. Som nevnt er nødvendigvis ikke aldershjem et godt alternativ til sykehjem slik aldershjem fremstår i dag. Det som da gjenstår er hjemmetjenester og omsorgsboliger. En god del meget skrøpelige eldre bor hjemme og er tilfreds med det og de har et adekvat tilbud. Omsorgsboliger er ikke regulert i noen egen lov og er således å betrakte som pasientens eget hjem. Det personalet som er tilknyttet disse boligene, blir derfor å betrakte som en del av hjemmetjenesten. Samtidig er det retningslinjer for hvordan omsorgsboligene skal bygges i form av minsteareal og utforming. Det er dessuten to typer omsorgsboliger; de såkalte vanlige omsorgsboligene som vil være et godt alternativ til skrøpelige eldre uten noen mental svikt/demens. Den andre typen er det en kaller fellesskapsboliger eller bofellesskap, som for eksempel vil være egnet for demente. Meningen er at omsorgsboliger skal kunne være et alternativ til sykehjem, men det er da avhengig av at det er tilstrekkelig med personale tilknyttet boligene. Slik situasjonen er i dag får de som bor i omsorgsbolig oppfølging stort sett tilsvarende de som bor i egen bolig. Det viser seg at de kommuner som bruker boligene til

pasienter som primært har større handikap og som trenger spesiell tilrettelegging, vil lettere unngå sykehjemskø (Otterstad og Tønseth 2007). Omsorgsboligene i Haugesund er pr. i dag et stykke fra å ha en tjenestetrygghet i retning av hva pasienter har på sykehjem. Et alternativ til bygging av flere sykehjem kan derfor være omsorgsboliger, men det er da avhengig av at deler av hjemmetjenesten er fast stasjonert der slik at dette blir et reelt alternativ til sykehjem.

4.2 Korttidsplasser i sykehjem

Haugesund Kommune har en korttidsavdeling på sykehjem lokalisert til Udland Omsorgssenter. Utenom dette er 5 plasser avsatt til vekselplasser og 5 plasser på Vardafjell Sykehjem brukes ellers til lindrende omsorg og behandling. Korttidsavdelingen på Udland har totalt 20 plasser. Pasientene kommer fra sykehus eller eget hjem inn på et 3 - 4 ukers opphold for opptrening og/eller vurdering av omsorgsnivå. De hyppigste diagnosene ved avdelingen er: kreft, demens, lårhalsbrudd og hjerneslag. Det var 30 dødsfall ved avdelingen i 2008. I perioden holdes nettverksmøte hvor det planlegges tiltak/hjelp ved hjemreise. Tilstede foruten pasienten og en fra avdelingen er en fra bestillerkontoret, evt. 1 fra hjemmetjenesten, og evt. pårørende, logoped og fysio- og ergoterapitjenesten. Av de 20 plassene disponerer hjemmetjenestene i kommunen 2 akutt plasser, en dame- og en herreplass som kan benyttes i opptil 2 uker. Avdelingen har 32 ansatte i form av sykepleiere / hjelpepleiere / omsorgsarbeidere og assistenter – fysioterapi og ergoterapitjenester bestilles etter behov. Avdelingen har 6 sykepleier stillinger samt avdelingssykepleier og fagansvarlig sykepleier. Det er lege i avdelingen tirsdag og fredag. Avdelingen har to leger - til sammen 0,24 årsverk, (opptil 9 timer per uke).

Prosjektarbeidsgruppen hadde møte med denne avdelingen i oktober 2009, dvs. med enhetsleder, avdelingsleder, fagansvarlig sykepleier og en sykepleier tilknyttet avdelingen. Det er et problem at det er vansker med å få pasienter videre i systemet etter at de har vært innlagt ved korttidsavdelingen. Dette skyldes at pasienter av medisinske grunner ikke er i stand til å reise hjem, og mangel på sykehjemsplasser i kommunen fører da til at pasienter med langtidsvedtak blir liggende på korttidsavdelingen. For eksempel er det slik at de aller fleste demente ikke kommer hjem igjen. De får omgjort sine vedtak til langtid og blir i avdelingen i påvente av en langtids plass. Det er ønskelig at personer med demens blir oppdaget og får en diagnose (evt. differensialdiagnose) tidligere i forløpet. Det er ønskelig med ambulerende team som kunne bidra med kartlegging, gi råd og veiledning til

hjemmeboende. Dette ville medført en bedre oppfølging og tiltak slik at personer med demens lengre kan bo i hjemmet sitt og utløse behov for sykehjemsplass senere i forløpet. Det er bestiller kontoret som til slutt bestemmer om vedtakene skal omgjøres fra korttid til langtids plass. Enkelte pasienter har vært ved avdelingen i 1-2 år. Det er ikke uvanlig at pasientene ligger der i 6 mnd. Det er 8-9 pasienter ved avdelingen som pr. oktober 2009 har innvilget langtidsvedtak (av 20 senger). De siste månedene har imidlertid avdelingen endret fokus slik at den har nå omtrent bare korttidspasienter.

Haugesund Kommune har som nevnt en spesialavdeling for lindrende behandling tilknyttet Vardafjell Sykehjem. Avdelingen har rent fysisk 8 plasser der 5 av disse plassene er plasser for pasienter som har en uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Videre; pasienter som trenger lindrende behandling og/eller kartlegging av plagsomme symptomer av fysisk eller psykisk art som følge av sykdommen, utover det en vanlig sykehjemsavdeling eller hjemmetjenesten kan tilby. Det er i snitt 20 – 30 innleggelser knyttet til disse 5 plassene i løpet av et år. Det er vanligvis pasienter på venting til å komme på avdelingen. Avdelingen er forsterket i form av en høyere bemanningsfaktor enn sykehjemmet ellers, og det er tilknyttet flere sykepleiere. Dessuten har avdelingen mer legedekning enn sykehjemmene ellers. Avdelingen har et godt samarbeid med Haugesund Sykehus og spesielt med det palliative teamet på sykehuset, noe som er en forutsetning for at kommunene i større grad kan gi avansert lindrende behandling i livets slutfase. Ellers har mange kommuner i Helse Fonna egne definerte stillinger som kreftsykepleier. De foretar hjemmebesøk, gir støtte til den syke og pårørende og gir råd og veiledning til øvrige som bidrar med tjenester. Kreftsykepleier kan fungere som bindeledd mellom lindrende team ved sykehuset og kommunens tjenester. En slik funksjon kan trolig redusere unødvendig sykehusinnleggelser og gi rett og god behandling der pasienten og pårørende ønsker å være, men Haugesund Kommune har pr. i dag ikke egne kreftsykepleiere som jobber på den måten.

Oversikt over korttidsplasser i sykehjemmene

Institusjon	Vanlig korttid	Lindrende behandling	Vekselplasser
Vardafjell		5	3 (8 pasienter)
Udland	18		2
Haraldsvang	0	0	0
Bjørgene	0	0	0

Det fremgår blant annet av tall fra Kostra at kommunen har et relativt lite antall korttidsplasser og av de plassene som eksisterer har kommunen ikke noen rehabiliteringsplasser. Mye tyder på at sirkulasjon i sykehjemsplasser i stor grad er påvirket av antall korttidsplasser, og enkelte anslag her antyder at minst 15 % av plassene i sykehjem bør være korttidsplasser (Otterstad og Tønseth 2007). Det vil si at hvis det er få korttidsplasser vil de som trenger rask midlertidig innleggelse i sykehjem ikke få det. Det er da grunn til å tro at deres behov kanaliseres mot sykehuset og/eller hjemmetjenesten kan sitte med pasienter som burde hatt et annet tilbud. 15 % vil si minst 42 plasser. Hvis aldershjemmene medregnes vil det si minst 50 plasser. Haugesund Kommune har pr. i dag ca. 30 korttidsplasser der som kjent 5 av disse plassene er for lindrende behandling og omsorg og 5 er vekselplasser. Når det i tillegg er problemer med å opprettholde sirkulasjon i de resterende 20 plassene, er det mye som tyder på at det totale antall korttidsplasser i praksis blir for lite. Dette vil igjen ha betydning for flyten av skrøpelige eldre i form av at pasienter kan bli unødig innlagt i sykehuset, og hjemmetjenesten kan slite med pasienter som i perioder burde fått et institusjonstilbud. Når det gjelder type korttidsplasser er det prosjektgruppens inntrykk at plassene for lindrende omsorg/behandling fungerer etter intensjonen. Når det gjelder resterende korttidsplasser er det ikke noen differensiering av type pasienter. Spørsmålet er om det bør være noen plasser som for eksempel bør avsettes til rehabilitering. Det sykehjemmet som eventuelt har en sånn funksjon kan da også tenkes å ha et dagtilbud med spesielt fokus på rehabilitering slik at ressursene kan kombineres. Ellers har det vært diskutert egne korttidsplasser for demente, men mye tyder på at korttidsplasser for den gruppen ikke er særlig gunstig. I noen tilfeller kan det likevel være nødvendig av hensyn til avlastning for pårørende.

4.3 Omsorgsboliger

Haugesund Kommune har totalt 67 kommunale omsorgsboliger. I tillegg er det 39 omsorgsboliger av typen innskuddsboliger som blir formidlet via Haubo. Dette gir følgende fordeling:

Udland	34	
Bjørgene	28	
Skåregata	15	Innskuddsboliger via Haubo
Hordaplass	24	Innskuddsboliger via Haubo
Vardafjell	5	For unge funksjonshemmede

Ved Bjørgene, Udland og Vardafjell ligger omsorgsboligene i tilslutning til sykehjemmene og basen for hjemmetjenester.

Staten har støttet en utvikling der det bygges omsorgsboliger i kommunene, delvis som en erstatning for aldershjem. Enkelte kommuner har erstattet aldershjem med omsorgsboliger ved å gjøre en ombygging, men samtidig har de ikke tatt bort døgnbemanningen. Det har resultert i at når leilighetene er tilknyttet service, så er det mulig å ha pasienter der som kanskje er for dårlige til å ha hjemme, men som samtidig ikke er så dårlige at de trenger permanent innleggelse i sykehjem. I Helse og Omsorgsdepartementets veileder om sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste (1999) fremheves det at omsorgsboliger skal være et fullgodt alternativ til sykehjem og gi sykehjemmets trygghet, men at da stilles det krav om:

- godt utbygd hjemmetjeneste med personalinnsats som dimensjoneres i forhold til beboernes behov, slik at flest mulig skal kunne bli boende livet ut i omsorgsboligen
- personale med nødvendig kompetanse tilgjengelig hele døgnet i boliger for de mest hjelpetrengende
- fellesareal som gir mulighet for samvær med andre
- kontinuitet - særlig i forhold til demente (noen få faste personer å forholde seg til)
- tilstrekkelig tverrfaglighet i tjenestetilbudet

Det kan se ut som at når det gjelder omsorgsboligene i Haugesund Kommune så er det i prinsippet ikke knyttet vesentlig mer oppfølging av pasienter der enn det som er vanlig når

den eldre bor i en vanlig leilighet eller enebolig. Fordelen med omsorgsboliger kan likevel være at det er muligheter for mer sosial kontakt der, og det er nærhet til personale og service som ellers befinner seg i nærheten i den grad omsorgsboligene ligger i tilknytning til en institusjon eller hjemmetjenestebase. Likevel ser det ut for at når beboere i omsorgsboligene etter hvert er i behov for mye pleie, blir de søkt overført til sykehjem.

I følge statlige føringer har imidlertid pasienter i en omsorgsbolig i prinsippet rett på en like god bemanning som pasienter som er innlagt i sykehjem (Husbanken 1998, Sosial og Omsorgsdepartementet; rundskriv1997). Det er altså ikke slik at det er hvor pasienten befinner seg som skal avgjøre hvor mye og hvilken hjelp som skal og kan gis, men behovet til den enkelte pasient. Omsorgsboligene er primært tiltenkt eldre som ønsker en mer selvstendig bolig enn det alders- og sykehjemmene gir. Sett i forhold til institusjonene har en omsorgsbolig helt andre muligheter for å ta hensyn til pasientenes individuelle behov. På den måten kan pasientene tilbringe en del av sitt liv i et miljø som er preget av at de er i sitt eget hjem og ikke i en institusjon. Omsorgsboliger må derfor ikke forveksles med sykehjem og aldershjem som er lovregulerte botilbud henholdsvis etter Lov om helsetjenesten i kommunene § 1–3, og institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester etter Lov om sosiale tjenester § 4–2d.

Det kan selvsagt stilles spørsmål ved hvor syke og hjelpetrequende pasienter som bor i en omsorgsbolig kan være før de eventuelt må overflyttes til sykehjem? Til det er å si at en omsorgsbolig skal kunne være et tilbud til mennesker med omfattende behov for pleie og omsorg. Det betyr i mange tilfeller at pasientene i praksis bør få være i sin bolig til de dør. Slik sett er en omsorgsbolig i praksis et alternativ til sykehjem. Faren er at hvis det satses på at pasienter i en tidlig fase i et sykdomsforløp skal overføres til sykehjem, vil ikke omsorgsboligene fylle funksjonen med å være et sted der pasienten kan få omfattende hjelp i egen bolig uten å bli innlagt i institusjon. Omsorgsboligene vil da heller ikke bidra til å avlaste og forhindre ytterligere press på plassene i sykehjem som uansett er et knapt gode.

Mye tyder imidlertid på at når det gjelder demente så vil disse vanskelig fungere i en vanlig omsorgsbolig (Steihaug m.fl. 2007, Tretteteig 2009). Grunnen til det er at et omsorgsboligkompleks med mange leiligheter vil være for stort og uoversiktlig for demente. Utenom vanlige omsorgsboliger, som Haugesund Kommune har en del av, finnes såkalte bofellesskap eller fellesskapsboliger (Husbanken 1998) som vil være mye mer egnet til

demente. Haugesund har ikke omsorgsboliger av denne typen. Noen personer utvikler demens etter at de har flyttet i omsorgsbolig. Det er viktig å presisere at mange fungerer godt i vante omgivelser et stykke ut i sykdomsforløpet, og rett tidspunkt for flytting må faglig vurderes individuelt.

Når det gjelder bemanning er en omsorgsbolig i prinsippet pasientens hjem og den hjelpen som ytes er følgelig en hjemmetjeneste. Et aktuelt spørsmål er at hvis omsorgsboligene skal ha mer bemanning så vil det kreve tilføring av mer ressurser? Det er riktig, men samtidig kan det hevdes at hjemmetjenesten betjener allerede disse pasientene slik situasjonen er i dag i og med at pasienter som får en omsorgsbolig i prinsippet skal ha behov for pleie og omsorg. Spørsmålet er da om hjemmetjenesten med en viss sentralisering av virksomheten rundt omsorgsboligene kan gi en mer effektiv og omfattende hjelp. Uansett vil gevinsten av å sette inn mer hjelp i omsorgsboligene være stor sett i forhold til den generelle pasientflyten i kommunen.

En god del av de pasientene som i dag bor i omsorgsboligene bruker sykehjemmenes dagavdelinger. Spesielt for de som bor på Bjørgene og Udland er det praktisk og enkelt å gå på sykehjemmets dagavdeling. Hvis pasienter i omsorgsboligene hadde hatt personale som var mer fast tilknyttet, ville det vært større muligheter for sosial kontakt og aktivisering i egen regi. På den måten kunne behovet for dagtilbud for pasienter i omsorgsboligene blitt mindre, og på den måten frigi dagplasser til pasienter som bor i egen eiet bolig og som i dag står på venteliste.

4.4 Aldershjem

Det er 55 aldershjemsplasser i Haugesund. Utviklingen nasjonalt de siste årene er preget av at aldershjemmene legges ned og erstattes av sykehjem eller omsorgsboliger. Skåreheimen, og spesielt Sentrumsheimen, preges av at det er gamle bygninger som ikke holder dagens standard til størrelse på rom, med tilgjengelighet til eget bad og toalett. Aldershjemmene er ikke å betrakte som helseinstitusjoner i og med at de er underlagt sosialomsorgsloven, men har heller hatt preg av å være en mellomting mellom hjem og sykehjem. Aldershjem kan karakteriseres som en såkalt ”total institusjon”, der beboernes private område er minimalt og der det daglige livet for beboerne i stor grad styres av institusjonens rutiner. En kartlegging gjort av personalet på aldershjemmene i Haugesund Kommune viser at opp mot 70 % av

beboerne på aldershjemmene er demente, og mye tyder på at disse vil ha behov for et høyere omsorgsnivå. Samtidig er fagkompetanse og bemanning betydelig lavere enn i sykehjem.

Aldershjem kan være et godt tilbud til eldre som er engstelige for å bo i egen bolig og som har et psykososialt behov for å være i et trygt miljø med mennesker rundt seg. Det kan også være et bra tilbud til eldre som har en begynnende demens uten for store atferdsmessige komplikasjoner. I et møte med blant annet representanter for aldershjemmene fremkommer det opplysninger om at aldershjemmene i økende grad har fått pasienter med kroniske og alvorlige psykiske lidelser og som er blitt gamle med sin psykiske lidelse, og at dette er en gruppe som skaper utfordringer for miljøet i aldershjemmene.

Sett i forhold til gruppen somatisk skrøpelige eldre tyder imidlertid en del forhold på at aldershjem ikke helt står i forhold til denne gruppens behov. Blant annet i møte med bestillerkontoret i Haugesund kommer det fram at kontoret har vansker med å finne ”egne kandidater” til aldershjem. Dessuten; lokalitetene ligger ikke til rette for å kunne gi hjelp til beboere med store fysiske handikap og det mangler til dels elementære ting som egne toaletter og dusjer til hvert rom. Fordelen med aldershjem er at det er døgnbemannede bo - tilbud som har muligheter for å lage et trygt sosialt miljø for beboerne. Bygningenes alder og aldershjemmenes funksjon er imidlertid ikke tilpasset dagens krav og standard. Mye tyder derfor på at aldershjemmene bør ombygges eller erstattes av mer moderne og funksjonelle enheter. Det kan være sykehjem, men det kan også være omsorgsboliger utformet som fellesskapsboliger/bofellesskap. På tross av dette er det delte meninger i prosjektgruppen om et av aldershjemmene bør opprettholdes. Begrunnelsen for det er at det er noen eldre som kan ha nytte av nettopp denne type tilbud, og slik situasjonen er for øyeblikket har kommunen behov for institusjonsplassene.

4.5 Hjemmetjenester

Haugesund har delt sin hjemmetjeneste i geografiske område med 4 soner, som er Bjørgene, Vardafjell, Haraldsvang og Udland. Disse er delt inn med faste grenser. Bjørgene og Udland har størst geografisk distrikt. Hjemmetjenestene i Haugesund opererer med turnus dag/ kveld/ helg. Natten betjenes av en egen avdeling ved Vardafjell Omsorgssenter (Nattpatruljen). Pr. juli 2009 har hjemmetjenesten ca 920 brukere. Foruten å yte tjenester til hjemmeboende,

deriblant omsorgsboligene, har hjemmetjenesten bakvaktsordning for Haugesund kretsfengsel ved akutte behov.

Prosjektgruppen har ikke hatt egne møter med avdelingssykepleier og fagansvarlig i hjemmesykepleien. Dette har vært ivaretatt av lederne av omsorgssentrene som også er ledere for hjemmetjenesten i de ulike områdene. I og med at Haugesund Kommune har en kompakt bebyggelse spredt på et relativt lite geografisk område, vil relativt lite tid gå med til transport mellom hver pasient. Det medfører at det i Haugesund Kommune er mulig å gi pasientene mange besøk pr. dag. Det er et inntrykk at hjemmetjenesten i Haugesund har en relativt stor aktivitet der det til tider oppstår vanskelige situasjoner grunnet mange dårlige pasienter som til tider blir på et for lavt omsorgsnivå. I perioder kan det være sånn at enkelte pasienter trenger 24 timers oppfølging, og da er det hjemmetjenesten som må iverksette dette. Antall pasienter som får tilbud fra hjemmetjenesten har økt både lokalt og nasjonalt, og gruppen under 65 år utgjør en stor del av denne gruppen og de bruker mye av ressursene i hjemmetjenesten. Det er derfor ikke helt riktig å betrakte hjemmetjenesten som en type eldreomsorg, men som en tjeneste som yter hjelp til alle aldersgrupper. I motsetning til sykehjem og sykehus er det ikke noen øvre grense for hvor mange pasienter hjemmetjenesten skal og kan betjene. Det betyr at hjemmetjenesten i praksis må ta det som kommer, og det er prosjektgruppens inntrykk at hjemmetjenesten stort sett også tar de pasientene som får vedtak på hjemmetjenester.

I vurderingen av pasientflyten er det slik at enkelte pasienter som får hjelp av hjemmetjenesten og opplever en forverring i tilstanden, blir innlagt direkte i sykehus. Større muligheter for korttidsopphold i sykehjem kunne ha gjort sitt til at flere pasienter kanskje hurtigere kunne fått hjelp på et annet omsorgsnivå i perioder. Slik situasjonen er nå er det bestillerkontoret som styrer flyten av pasienter inn og ut av sykehjemmene. Det kan derfor ta tid og pasientene skal vurderes opp mot alle pasienter i kommunen. Hjemmetjenesten har pr. i dag 2 akutt plasser til rådighet på korttidsavdelingen på Udland. I og med at det er 4 områder og 2 plasser til rådighet, kan det bli vanskelig å prioritere når de ulike områdene i hjemmetjenesten tross alt fungerer selvstendig som 4 enheter. Disse plassene bør derfor økes til 4, slik at hver enhet har en akutt plass til rådighet som de styrer selv. Hvis denne plassen ligger i tilslutning til den aktuelle hjemmetjenestebasen, kan det muligvis styrke og engasjere til større samarbeid mellom det lokale sykehjemmet og hjemmetjenesten. Dette er også drøftet med kommuneoverlegen som repliserer at dette er plasser som bør disponeres i et samarbeid

med legetjenesten. Grunnen til det er å ha en bedre ryggdekning for å legge inn pasienter rett i sykehjem, rent medisinsk sett, og at det også er mulig for legen å legge rett inn hvis de blir stilt over for pasienter som heller bør innlegges i sykehjem enn i sykehus. Det må i tilfelle lages rutiner på dette i et samarbeid mellom hjemmetjenesten, legetjenesten og sykehjemmene.

Antall og type personale i hjemmetjenesten:

Type personell	Bjørgene	Vardafjell	Haraldsvang	Udland
Sykepleiere	12,78	10,25	5,95	7,81
Hjelpepleiere/ omsorgsarbeidere	13,78	20,25	20,31	14,12
Assistenter/ ufaglærte	6,5	7,33	6,47	4,73
Totalt	33,06	37,83	32,73	28,66

4.6 Demensomsorg

Når det gjelder personer med demens har prosjektgruppen gjort en kartlegging i form av at personalet som arbeider på de ulike sykehjemmene har gjort en faglig – subjektiv vurdering av antall demente, se vedlegg 1. Denne fastslår at ca. 74 % av de som er innlagt i institusjonene i Haugesund har demens. Hvis en bare går ut fra sykehjemmene er prosenten enda 2 – 3 % høyere. Det er et høyt tall og det stemmer med andre kilder (Nygaard, Naik & Ruths 2000). For Haugesund Kommune sin del vil det bety at ca. 240 institusjonsplasser til enhver tid er belagt med pasienter med demens. Pr. i dag er 132 plasser formelt definert som dette med egne avdelinger med personale med kompetanse og fokus på demensproblematikk. Det har vært diskusjoner i prosjektgruppen omkring det formelt stipulerte antall plasser for demente sett i forhold til det reelle antall demente. Uansett kan det, ut fra det reelle antall, stilles spørsmål ved om en for liten del av det totale antall institusjonsplasser er avsatt til demente. Argumentene imot dette fremhever at det er lettere å ha noen demente blant mentalt friske enn å ha noen få mentalt friske blant mange demente. Det vil altså si at hvis kapasiteten på somatisk avd. er for lav, kan løsningen bli at mentalt friske pasienter blir værende i avdelinger med låste dører og andre forordninger som spesielt er tilpasset demente. Uansett

kan en ikke legge skjul på at gruppen demente er en gruppe som legger beslag på ¾ av alle institusjonsplassene i Haugesund.

Som vi ser bruker gruppen personer med demens en veldig stor del av institusjonsressursene i Haugesund Kommune. Pasientflyten når det gjelder denne gruppen er nok preget av at de er hjemme inntil en eller annen krise oppstår, og så ender det opp med innleggelse på langtids plass i sykehjem. En del av disse har også i en periode 24 – timers tilbud hjemme i påvente av ledig institusjonsplass fordi det ikke er forsvarlig å ha dem boende alene.

Spørsmålet er om det tilbudet denne gruppen får før de blir langtidsinnlagt i sykehjem er godt nok og om innleggelser kunne vært forskjøvet frem i tid med en bedre oppfølging i hjemmet. Mange kommuner oppretter demensteam (hukommelsesteam) som foretar hjemmebesøk etter henvendelse fra fastlegen, og bidrar med undersøkelser som del av en demensutredning. I følge Demensplan (2015) skal norske kommuner satse mer på utredning og tjenester tidligere i sykdomsforløpet. Det vil trolig forebygge kriser og kan hjelpe med rett behandling til rett tid. Dagplasser tilrettelagt for personer med demens er tiltak som er beskrevet i Omsorgsmeldingen (St.meld. 25 2005-2006)), og vil også være et godt tilbud langt ut i sykdomsforløpet.

4.7 Rehabilitering

Rehabilitering er viktig for den enkelte som er rammet av sykdom eller skade, til å oppnå best mulig funksjonsnivå og bli mest mulig selvstendig. Helse- og omsorgsdepartementet har lagt fram Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 i St. prp. nr. 1 (2007-2008). Det overordnede målet er å styrke habilitering og rehabilitering i helse- og omsorgstjenesten. Haugesund kommune har organisert ergo- og fysioterapitjenesten i én avdeling, og består av 4 fysioterapeuter og 4 ergoterapeuter. De tilbyr undersøkelse, vurdering, behandling, opptrening og veiledning til pasient/bruker, samt veiledning til pårørende. Fysio- ergoterapitjenesten bistår med tilrettelegging i bolig, samt hjelpemiddelformidling i form av utprøving, søknad og tilpasning av hjelpemiddelet. Tjenesten ytes i hovedsak i brukers eget hjem, men også i institusjon - fortrinnsvis overfor brukere med korttidsopphold med akutt skade, sykdom eller funksjonsnedsettelse.

Haugesund kommune har egen dagrehabilitering ved Havnaberg eldrecenter. Tilbudet er for hjemmeboende med rehabiliterings potensial. De nyttiggjør seg fasiliteter som basseng og

kantine som del i behandlingen. Det er grunn for å tro at flere har behov for et slikt tilbud. Rehabilitering kombinert med å bo hjemme er trolig et godt konsept for og raskt oppnå optimal funksjon ut fra rådende rammevilkår. Prosjektgruppen mener det vil være en fordel å samle fysio- ergoterapitjenesten med fokus på eldre og rehabilitering, og at et bredere tilbud med både dagavdeling, sykehjemsplasser til rehabilitering og ambulerende rehabiliterings team blir sentralisert. Etersom Vardafjell omsorgssenter ble bygd med fasiliteter for rehabilitering, er det en bygning som er egnet.

4.8 Observasjons-/intermediæravdeling

Samhandlingsreformen skisserer en utvikling der kommunene i større grad overtar behandlingsfunksjoner i forhold til skrøpelige eldre som sykehusene gjør i dag. Noen steder er det utviklet tilbud som blir en mellomting mellom sykehus og sykehjem. Slik behandlingsforløpet er i Haugesund Kommune pr. i dag blir pasienter som trenger nærmere observasjon eller behandling, som hovedregel lagt inn i sykehuset. En del av disse kunne blitt behandlet i sykehjem, men der er det ikke plass. Dessuten er det en del pasienter som har fått akuttmedisinsk behandling på sykehuset, men som trenger videre behandling før de er i stand til eventuelt å komme hjem. En del av disse blir i dag innlagt i kommunens korttidsavdeling.

Det har vært diskutert i hvilken grad Haugesund Kommune skal/må opprette en såkalt ”intermediæravdeling” med en tilnærmet sykehusfunksjon slik at eldre skrøpelige pasienter som trenger innleggelse i sykehus i stedet blir kanalisert til et forsterket sykehjem. En del pasienter som blir tiltagende dårlige, men der det ikke finnes noen ”åpenbare grunner” til det, kan ha nytte av å bli innlagt i en forsterket sykehjemsavdeling til observasjon og nærmere oppfølging. Det er grunn til å tro, slik situasjonen er nå, at en del av disse blir værende hjemme til situasjonen er prekær, og da ender det opp i sykehusinnleggelser grunnet manglende mulighet for innleggelse i sykehjem. Andre skrøpelige eldre pasienter har åpenbart medisinske problemer som vil kreve at det blir tatt avanserte undersøkelser i løpet av kort tid, og da er det mest hensiktsmessig at disse blir lagt inn i sykehuset. Det er derfor et behov for å ha en sykehjemsavdeling der pasienter kan legges inn til observasjon i løpet av kort tid. Observasjonsavdeling synes derfor å være en bedre betegnelse på denne type avdeling. Slik situasjonen er i Haugesund Kommune i dag er det allerede problemer med kapasiteten i forhold til å ta unna de som trenger langtids pleie og omsorg. Det er derfor ikke kapasitet til å utvide tilbudet til nærmest å ta inn pasienter på timen, for eksempel fra legevakten, som

trenger nærmere observasjon, overvåking og behandling. Det vil si at det er ikke mulig å innarbeide en slik funksjon ved og omfordele de ressurser en har til rådighet slik situasjonen er i dag. Det er på nåværende tidspunkt uklart i hvilken grad kommunen enten tenkes å skulle etablere en avdeling tilnærmet en sykehusavdeling, eller om det tenkes at kommunen heller utvider og eventuelt spesialiserer det vi kan kalle tradisjonelle korttids plasser i sykehjem. Hvis det første er tilfelle vil det kreve en helt annen legetetthet enn det som er tilfelle i dag, og det er å betrakte som en ny funksjon som også må medføre økonomiske insentiver. Det er å regne med at dette er avklaringer som gjøres etter hvert som samhandlingsreformen settes ut i live.

Som nevnt tidligere må det nevnes at Haugesund Kommune har en spesialavdeling for lindrende behandling som fungerer som en slags halvannen – linjetjeneste/intermediæravdeling der det foregår et nært samarbeid mellom kommunen og sykehuset om svært dårlige pasienter. Denne avdelingen danner egentlig langt på vei en modell for at kommunen kan ta seg av meget dårlige pasienter og drive avansert behandling i samarbeid med sykehuset når mål, funksjon og ressurser er klart definert og dimensjonert.

4.9 Dagplasser

Kommunen har i dag 65 dagplasser på omsorgssentrene avsatt til eldre. Bestillerkontoret oppgir at ventelisten for tilbud om dagplass er på rundt 35 personer. Dagtilbud er et godt tilbud for hjemmeboende, og fungerer også som avlastning for pårørende. Kombinert med hjemmetjenester gir dagtilbud den enkelte mulighet til å bo lengre i eget hjem. Samtidig tar det vekk noe av etterspørselen etter døgnplasser i institusjon.

I følge kommunens egne vurderinger omkring dagplasser vil en se på muligheten for mer differensierte dagplasser³. Gruppesammensetningen pr. i dag er noe tilfeldig. Brukerne kan få et bedre tilbud og de ansatte en bedre arbeidssituasjon hvis kommunens dagplasser i større grad gir et differensiert tilbud til ulike pasientgrupper. Prosjektgruppen er enig i denne vurderingen. Spesielt når det gjelder demente bør det vurderes om en eller flere av dagavdelingene bør ha et spesielt fokus på tilbud til demente. Antall personer med demens som i dag mottar dagtilbud i kommunen, er omlag 60 personer. I et dagtilbud skal det være fagpersoner som også kan fange opp problemer og gi råd og veiledning til hjemmeboende og

³ Internt notat rådmannen i Haugesund.

Samhandlingsprosjekt om pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter

pårørende. Pasientene får rytme i hverdagen, blir stimulert, får ivaretatt god ernæring og forebygger ensomhet og depresjon. Det bør også vurderes om dagavdelingene bør være åpne utover ”vanlig arbeidstid” hvis det i vesentlig grad kan utsette langidsinnleggelser i sykehjem. I følge Demensplan 2015 skal kommunene bygge opp dagtilbud tilrettelagt for personer med demens. Fylkesmannens helseavdeling gir uttrykk for at de ved tilsyn ser etter at kommunene anstrenger seg for å oppfylle Demensplan 2015, og noen av ”bør – tilbudene” vil trolig bli lovfestet ”skal – tilbud” om få år. Dette gjelder trolig dagtilbud for demente og demensteam. I tillegg til egne dagavdelinger for demente vil det også være behov for egne dagavdelinger som har et spesielt fokus på rehabilitering ved at en del pasienter vil ha behov for et sosialt tilbud samtidig som de vil ha behov for hjelp til gjenopptrening eller hjelp til vedlikehold av funksjoner.

Oversikt dagplasser

Sted	Antall dagplasser	Antall brukere	Antall demente	Åpent dager/uke
Udland	14	29	7	5
Stølen	7		7	3 dager en uke, 2 neste
Bjørgene	12	25	8	5
Vardafjell	12	25	9	5
Haraldsvang	20	50	30	5

5. Opplæring i forhold til hva sykehuset ser som behov å formidle når det gjelder kompetanseheving til kommunen

Det har vært en del diskusjoner i prosjektgruppen omkring hvilken kompetanseoverføring det er behov for fra sykehuset til kommunen. Det har vært gjort henvendelser til geriatiske enheter andre steder i landet, og det viser seg at disse tidligere har gjort en del utadrettet arbeid i form av møter og veiledning/undervisning til kommunehelsetjenesten, men etter hvert har det ikke vært praktisk mulig å fortsette med dette. I forbindelse med svineinfluensaen gjennomførte HSH en omfattende kursing i væskebehandling til sykepleiere ansatt i kommunehelsetjenesten, og det kan være et bidrag i retning av at kommunen da står bedre rustet til å drive med intravenøs behandling i sykehjemmene.

Både på legesiden og sykepleiersiden i kommunen viser det seg at mange har lang erfaring og videreutdanninger og mange har også til dels omfattende erfaring fra arbeid i spesialisthelsetjenesten. På en del områder er arbeidet og arbeidskulturen i kommunen og sykehuset vidt forskjellig og krever ulik kompetanse. Det har vært stilt spørsmål ved en ensidig fokusering på overføring av kompetanse fra sykehuset til kommunen.

Samhandlingsreformens intensjon om å drive mer forebygging og behandling krever både økte ressurser og høy faglig kompetanse. utfordringen er kompleks og vil sette krav til den enkelte tjenesteutøver og til hver enkelt leder. Dette utfordrer kommunen til å gjennomføre kompetanseheving innen de ulike fagområdene, innen etisk refleksjon og ledelse. Noe av denne kompetanse kan hentes fra spesialisthelsetjenesten, men mye må hentes fra andre steder med kompetanse. Kommunene trenger å heve kompetansen innen mange områder samtidig for å lykkes. Aktuelle samarbeidende aktører i tillegg til sykehuset kan være HSH, Senter for omsorgsforskning, Bjørgene omsorgssenter undervisningssykehjem, Kompetansesenteret for aldring og helse og ikke minst andre kommuner som har fått ting til innen ulike fagområder.

Når det gjelder lindrende behandling har Haugesund Kommune allerede i dag det en kan kalle en intermediæravdeling eller en mellomting mellom sykehus og sykehjem. Erfaringer derfra tyder på en god dialog der sykehuset løpende bidrar med veiledning og informasjon om for eksempel avanserte smerteregimer og andre typer avansert lindrende behandling som det er aktuelt at sykehjemmet overtar og viderefører etter innleggelse i sykehus. Mye tyder på at kommunen etter hvert også må opprette en enhet som vil ha en tilnærmet lik funksjon overfor

pasienter med en rekke ulike tilstander. Dette vil nok kreve et mer aktivt samarbeid og behov for informasjon og veiledning fra sykehuset til kommunen.

I mandatet til dette prosjektet står det; ”utvikle en modell for opplæring, veiledning og systematisk kompetanseoppbygging fra geriatrik enhet til kommunehelsetjenesten”. Dette kan virke vel ambisiøst på kort sikt i og med at den geriatrike enheten internt må bygge seg opp kompetansemessig. Det er imidlertid slik at kvaliteten i behandlingen og omsorgen er avhengig av kompetanseheving i og med at sammensatte medisinske behov kombinert med aldersforandringer, krever en spesiell kunnskap hos alle personalkategorier. Medisinsk klinikk har utviklet et kompetanseprogram som er tilpasset flere faggrupper inkludert personell i akuttmottaket. Opplegget består av en standardisert pakke, se vedlegg 2, som går over 2 dager i grunnleggende geriatri med fokus på geriatriens tankegang og fokusområder.

6. Legetjenester og legesamarbeid

Legetjenesten i Haugesund Kommune er organisert slik at i kontortiden/dagtid er det fastlegene som skal være disponible for ”sine” pasienter. Utenom kontortiden er det Haugesund Legevakt som skal formidle legetjenester til pasienter som trenger rask/øyeblikkelig hjelp. Gruppen eldre og skrøpelige pasienter får i realiteten ikke noen særbehandling sett i forhold til andre pasientgrupper. Situasjonen for denne gruppen er ofte sånn at pasientene får en infeksjon, oftest pneumoni/lungebetennelse eller urinveisinfeksjon, og dette er nok til at pasientene ikke lenger greier seg hjemme, eller at det er forsvarlig å ha dem hjemme. De blir da innlagt i sykehus til oppfølging og behandling. Dette er imidlertid pasienter som i mange tilfeller kunne vært behandlet på et kommunalt sykehjem. Det er også sånn i en del tilfeller at pasientene har blitt dårligere i løpet av en periode, og så topper det seg slik at en innleggelse i sykehus ikke er til å unngå. Hvis det hadde vært mulig med for eksempel en korttidsinnleggelse for pasienten på et tidligere tidspunkt, ville det kanskje vært mulig å forbygge en innleggelse i sykehus. Det er imidlertid ikke noe formalisert samarbeid mellom bestillerkontoret og legetjenesten. Innleggelser i sykehjem, slik det er i dag, foregår gjennom vedtak som blir gjort gjennom bestillerkontoret. Legen har, slik det er i dag, ingen direkte innvirkning på inntaket i sykehjem i Haugesund Kommune.

I følge data som Haugesund Sykehus sitter inne med er det slik at de aller fleste blir lagt inn fra hjemmet. Oppstår det forverring i situasjonen hos disse pasientene på dagtid virkedager,

kan situasjonen avklares ved at pasienten vurderes av stort sett kjente folk i hjemmesykepleien i samarbeid med fastlegen. På kvelder, og spesielt i helger og høgtider, kan det være deltidsansatte i hjemmesykepleien som gjør vurderinger som kan ende med en henvendelse til legevakten. Situasjonen på legevakten kan da være hektisk og pårørende kan presse på for at noe må gjøres. Resultatet ender da som oftest med innleggelse i sykehus uten at det har vært mulig å gjøre en skikkelig helhetlig vurdering av pasienten. Spørsmålet er om det her bør være et mer utbredt samarbeid mellom de ulike aktørene når disse pasientene blir innlagt i sykehus? Hjemmetjenesten i Haugesund har en egen prosedyre for pasienter som trenger legetilsyn. Prosjektgruppen ser betydningen av at det arbeides videre med en prosedyre som beskriver en nærmere utredning og samarbeid mellom hjemmetjenesten – fastlege – legevakt slik at ikke pasienter legges unødig inn i sykehus.

Et annet spørsmål som kan stilles er om det bør være en tilgjengelig bakvaksordning for telefonkonsultasjon fastlege – legevakt, (jfr. Helse og Omsorgsdepartementet 2009), og eller bør det være en egen legevakt for sykehjemmene slik enkelte storbyer har det? Saken er ofte den at det er stor pågang på legevakten og hjemmesykepleien har sine lister, slik at det kan være knapt med tid til å gjøre nærmere utredninger omkring den problematikken pasientene representerer. Spørsmålet er om dagens ordning med at legevakten også skal betjene sykehjemmene på kveld, natt og helg kapasitetsmessig holder hvis det etter hvert blir slik at mer behandling skal skje i sykehjemmene?

I og med at de fleste pasienter i sykehjem er demente, er det grunn til å tro at de fleste av disse har hatt en lengre sykdomsperiode og allerede er relativt dårlig fungerende når de blir innlagt i sykehjem. Etter at de er innlagt vil de vanligvis være innlagt over lang tid. Dersom det er foretatt en medisinsk utredning som konkluderer med en demenstilstand, blir det i stor grad en totalvurdering av omsorgssituasjonen som må avgjøre om og når disse pasientene ikke kan bo hjemme lenger og må inn i et heldøgns omsorgstilbud. Å ha medisinsk tilsyn med denne gruppen og andre grupper som er langtidsinnlagt i sykehjem, er viktig og ressurskrevende. Likevel vil det være slik at det er de sykehjemmene som har mange korttidsplasser som vil kreve mest legeressurser. Samtidig har ikke legetjenesten noen innvirkning på inn og utskrivinger. Spørsmålet er om det derfor bør innarbeides rutiner slik at legetjenesten i større grad blir involvert når det gjelder i inn og utskrivinger til ulike korttidsopphold i sykehjemmene, for eksempel i forhold til et visst antall korttidsplasser.

Det er delvis vanskelig å rekruttere leger til å arbeide i sykehjemmene i Haugesund Kommune. Mye av årsaken til det kan være at sykehjemmene i Haugesund i stor grad fungerer som langtidsinstitusjoner der legene har liten innvirkning på pasientflyten. Det er grunn til å tro at økende spesialisering, sirkulasjon og medvirkning i større grad kan trigge leger til å se det som utfordrende og spennende å arbeide i sykehjemmene.

Det er for tiden ikke noe formalisert samarbeid mellom medisinsk klinikk/geriatrik avdeling og kommunen, men Geriatrik avdeling har som intensjon å drive med ambulant virksomhet overfor sykehjem i regionen. Det som er aktuelt når det gjelder dette er at ansatte i kommunen kan hospitere ved den geriatrike enheten på HS og det bør gjelde både leger og sykepleiere. For legenes del bør en her samarbeide med PKO – ordningen og bruke ”Praksis – nytt” som informasjonskanal. Det er ellers aktuelt å kjøre kurs i geriatri, men det er da avhengig av at kursene gjøres tellende til spesialisering, for eksempel til allmennmedisin.

7. Forebyggende helseteam

Oppretting av et forebyggende helseteam har sin bakgrunn i et ønske og behov for å gjøre noe aktivt i forhold til forebyggingsdimensjonen når det gjelder oppfølging av de skrøpelige eldre. I Stortingsmelding 47 (2009) om samhandlingsreformen, tas det også der sikte på å styrke kommunenes forebyggende innsats. Haugesund Kommune/bestillerkontoret har vært i den situasjon at de ikke har noen særlig oversikt over gruppen skrøpelige utenom de som allerede har vært inne i systemet i form av for eksempel mottak av hjemmetjenester eller institusjonsplass. Både sykehuset og kommunen blir dermed en instans som kommer inn i bildet når krisene har oppstått. Dette kan ofte være skrøpelige eldre som både sykehuset og kommunen kjenner lite til fra før. Selv om de fleste vil ha et eller annet forhold til sin fastlege, kan også det være tilfeldig og ustabil.

Mens prosjekt ”skrøpelige eldre” er et mer overordnet pilotprosjekt, var det også et behov for å gjennomføre et prosjekt som hadde et mer detaljert fokus. Prosjektgruppen arbeidet med flere forslag, men etter at de ulike prosjektene var drøftet i styringsgruppen, ble det besluttet å gå for et prosjekt som hadde fokus på forebygging der både kommunen og geriatrik avdeling/poliklinikk var involvert. Ikke minst de eldre selv, representert med ulike

organisasjoner for eldre, har uttrykt behov for å opprette en ”helsestasjon for eldre” i Haugesund Kommune. Det ble imidlertid raskt klart at dette ikke er noe ønske og argumentene mot det går i hovedsak på at dette lett blir et tillegg til eksisterende fastlegeordning som sannsynligvis vil fange opp den mest funksjonsdyktige gruppen av eldre. Det som har vært et ønske fra kommunens side, er å ha en funksjon som kan drive med oppsøkende hjemmebesøk hos eldre for på den måten å bli kjent med gruppen og bidra med kartlegging, råd og veiledning som kan virke forbyggende både i forhold til sykdom og ytterligere forverring hvis det allerede er utviklet sykdom og funksjonssvikt. Målet med et slikt forebyggende hjemmebesøk er å støtte eldre menneskers selvforståelse, og å hjelpe dem i å utnytte sine egne ressurser optimalt. Hjemmebesøk kan oppdage og løse behovet for hjelp og støtte på et tidlig stadium som kan redusere eller utelukke behov for mer omfattende hjelp og støtte fra det offentlige. Også rådgivning, støtte og veiledning kan utsette funksjonell nedgang og opprettholde sosiale relasjoner. Det er forskjellige erfaringer med dette i Norge og utlandet, der spesielt Danmark har hatt et system på dette lenge. I Norge vet vi at noen kommuner har ansatt sykepleiere som er gått inn i slike funksjoner der disse har blitt titulert som trygghetssykepleiere eller sykepleiere som foretar forebyggende hjemmebesøk. I andre kommuner er det hjemmetjenesten som har foretatt slike besøk.

Prosjekt ”skrøpelige eldre” tar derfor sikte på å lage et pilotprosjekt, som på en måte blir et ”pilotprosjekt i pilotprosjektet”, der en i tillegg til en forebyggingssykepleier/trygghetssykepleier i 100 % stilling engasjerer en allmennlege i 50 % stilling (PKO-stilling) mellom geriatrisk/alderspsykiatrisk enhet på Haugesund Sykehus og Haugesund Kommune.

Mer konkret tar prosjektet sikte på:

1. Forebyggende oppsøkende virksomhet til innbyggere over 75 år, og som ikke mottar hjemmesykepleie, har sykehjemsplass eller lignende fra den kommunale helsetjenesten. Foretas av trygghetssykepleier.
2. Strukturert kartlegging og utredning tilbys innbyggere over 75 år og som ikke mottar helsetjenester allerede. Kartleggingen foretas under hjemmebesøk.
3. Hjemmesykepleie og fastleger kan ta kontakt for strukturert kartlegging og utredning av innbyggere over 65 år som allerede har et tjenestetilbud i kommunen.

- Første kartlegging foretas av trygghetssykepleier etter fastsatt skjema. Kartlegging videreformidles eventuelt til pasientens fastlege
 - Dersom pasienten trenger geriatrik utredning vil pasientens fastlege trygghetssykepleier i samråd med fastlege kontakte helseteamlege i delt stilling. Denne helseteamlegen (PKO-legen) foretar geriatrik utredning på disse pasientene i samarbeid med de geriatrike sjukepleierne.
 - Helseteamlegen arbeider klinisk sammen med geriater/alderspsykiater på sykehuset, slik at en opparbeider kompetanse og lik forståelse for problematikken og metodikken.
 - Helseteamlegen vil arbeide i tett relasjon med det geriatrike/alderspsykiatrike fagmiljøet, og vil ved behov kunne henvise pasienter til videre utredning på geriatrik/alderspsykiatrik enhet i samråd med pasientens fastlege
 - Helseteamlegen vil i samråd med pasientens fastlege også ved behov kunne legge pasient inn på for eksempel opprettede observasjonssenger i kommunen.
 - Helseteamlege kan også tillegges ordinære PKO - oppgaver (systemoppgaver) for å sikre samarbeid og gode pasientforløp
4. Etablere kontakt med sykehusets lærings og mestringscenter der pasienter kan kanaliseres til dette, samt prøve ut lignende opplegg i kommunen.

Eksempler på viktige oppgaver som slike helseteam/helsestasjoner kan utrede og arbeide med er bruk av medikamenter og falltendens – fallforebygging. Dette er et område med store utfordringer med mye unødvendig lidelse for pasientene og høye økonomiske kostnader for samfunnet. Teamet kan også knyttes opp mot demensteam og for eksempel bidra med kurs og opplæring til pårørende til personer med demens.

8. Høgskolen Stord/Haugesunds rolle i forhold til helsehjelp til skrøpelige eldre

Høgskolen Stord/Haugesund er i dag en utdanningsinstitusjon med blant annet bachelorutdanning i sykepleie og masterutdanning. Høgskolen har ellers en rekke helsefaglige videreutdanninger og bidrar på den måten stort til å øke kompetansen på personell både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen representerer nye tanker omkring arbeidsfordelingen i helsetjenesten der spesielt kommunehelsetjenesten er tiltenkt utvidede oppgaver. Det betyr at også de helsefaglige utdanningene i større grad må justere sitt fokus i retning av en øket prioritering av kommunehelsetjenesten. Det er i tilfelle en prosess som høgskolen må ta intern.

Høgskolen er en organisasjon med en sentral plassering og lokaliteter som relativt lett kan frigjøres til opplæring, kursing og seminarvirksomhet. Høgskolen har også en godt utbygd etter og videreutdanningsavdeling som bidrar med praktisk hjelp omkring bekjentgjørelser og andre praktiske forhold rundt arrangering av kurs og seminarer. Høgskolen har ellers løpende besøk av ressursforelesere utenfra der det er mulig å gjøre en del av disse forelesningene åpne for interesserte i helsetjenesten i hele regionen. I tillegg til dette vil det, i forbindelse med prosjekt skrøpelige eldre, bli arrangert kurs/seminar om grunnleggende geriatri og utfordringer omkring implementering av den kommende samhandlingsreformen.

Området kommunehelsetjenesten, og da spesielt pleie og omsorgstjenesten, har ikke hatt stor prioritet når det gjelder forskning og utvikling. Det har også ført til at kommunene har nokså forskjellig utforming på sine respektive pleie og omsorgstjenester (Huseby og Paulsen 2009). På samme måte som universitetene har hatt et nært forskningsmessig forhold til en del av sykehusene og spesialisthelsetjenesten, bør de lokale høgskolene opparbeide et forskningsmessig samarbeid med den kommunale helsetjenesten. Dette prosjektet har hatt fokus på en kommune av en bestemt størrelse, men det har ikke vært mulig å gjøre sammenligninger til andre eventuelt like kommuner. Med et større fokus kan det være mulig å hente ut effekter av at ulike kommuner gjør ulike ting, men det vil i så fall kreve mer ressurser og et annet prosjekt med andre fokusområder. HSH er en forholdsvis nøytral instans som ikke kommer i en konkurranseposisjon i forhold til enkeltkommuner. Det bør derfor ligge til rette

for at HSH bør kunne huse en FOU – enhet som kan gjøre innspill i forhold til de fleste kommunene i regionen. Det bør derfor arbeides systematisk med å etablere en FOU – enhet lokalisert til HSH, som kan ha fokus på forskning og kompetanseheving i regionen.

10. Hva har prosjekt ”skrøpelige eldre” fått utrettet og hvilke deler av prosjektet bør det arbeides videre med

Selv om prosjektgruppens arbeid i stor grad kan karakteriseres som et pilotprosjekt på et overordnet nivå, er det likevel utrettet en del og satt i gang prosesser i forhold til en del ting med bakgrunn i de anbefalinger prosjektgruppen kommer med. En del bør det også arbeides videre med. Som en oppsummering kan nevnes:

- Det er laget en elektronisk oversikt over pasientflyt innad i kommunen og sykehuset og mellom kommunen og sykehuset, se vedlegg 4. Denne kan være et hjelpemiddel i vurderingen av ”pasientflyten” og den kan bidra med å peke på forhold som skaper flaskehals i et system som ellers skal skape en god pasientflyt for skrøpelige eldre innad i, og mellom kommunen og sykehuset.
- Det er laget en oversikt over antall demente i institusjonene, dagavdelingene og hjemmetjenesten i Haugesund Kommune basert på kontakt med fagpersoner som kjenner pasientene godt. Dette kan være et bidrag til et bredere vurderingsgrunnlag i Haugesund Kommunes videre planer og struktur på tilbudet til gruppen skrøpelige eldre.
- Prosjektgruppen har drøftet mange forhold rundt en verdig livsavslutning for skrøpelige eldre. Gruppen har kommet til at det tross alt kun er en liten gruppe som under gitte omstendigheter kan oppleve uverdighet rundt den aller siste delen av livet. Det er ikke noen enkeltstående lettvinne tiltak en kan gjøre i forhold til dette, men gruppen mener at summen av de tiltak som er foreslått også vil medvirke til å sikre at skrøpelige eldre får en verdig livsavslutning. Et forhold rundt dette er ”livstestamente”. Dette kan være et hjelpemiddel for både pasienter og helsepersonell hvis pasienter skulle komme i en situasjon der de kan ha vansker med å tilkjenne sine egne meninger om behandling og pleie.
- Prosjektgruppen har drøftet og satt fokus på forhold omkring innleggelse av skrøpelige eldre i sykehuset som får hjemmesykepleie og som er innlagt i sykehjem i Haugesund Kommune. Prosjektgruppen vet at det arbeides med dette i kommunen, og

Samhandlingsprosjekt om pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter

prosjektgruppen henstiller til at det arbeides videre med dette i og med at dette kan bidra til å hindre unødvendige innleggelser i sykehuset.

- Gjennom en omfattende datasamling omkring de ulike tilbudene for skrøpelige eldre, har prosjektgruppen stipulert en oversikt og forslag til ny organisering og dimensjonering av de ulike tilbudene til denne gruppen i Haugesund Kommune. Dette kan være et bidrag i Haugesund Kommunes videre arbeid og tilpassning i forhold til de utfordringer som ligger i samhandlingsreformen.
- Det er laget en modell for kurs/opplæring i grunnleggende geriatri og geriatrik tenkesett fra geriatrik avdeling. Dette, sammen med formidling av sentrale moment i prosjekt ”Skrøpelige eldre” + enkelte andre tema, vil bli effektivert i form av 2 kurs - dager i løpet av vårsemesteret. Dette tenkes så videre å bli integrert i en egen FOU – enhet mellom HSH, Haugesund Sykehus og en rekke kommuner der dette tenkes arrangert jevnlig i årene fremover. Dette vil være et viktig bidrag som en generell kompetanseheving omkring gruppen skrøpelige eldre, og det kan også bidra til å øke ”samhandlingskompetansen” mellom kommunen og sykehuset.
- Kurs/opplæring i grunnleggende geriatri og geriatrik tenkesett er også aktuelt overfor legegruppen i regionen. Skal det være mulig å få leger på slike kurs er det avhengig at de gjøres tellende for videre spesialisering. Det vil derfor bli arbeidet videre med å arrangere kurs som kan tilfredsstille dette kravet.
- Det er allerede truffet tiltak i forhold til andre tildelingsrutiner når det gjelder de kommunale omsorgsboligene. Det kan bidra til at kommunen i større grad kan sikre at de som trenger tilbudet mest, også først får tilbud om plass i en kommunal omsorgsbolig.
- Prosjektgruppen har kommet med forslag til og vært aktivt medvirkende til oppretting av et helseteam for eldre som et samarbeidsprosjekt mellom Haugesund Sykehus og Haugesund Kommune, ved at det er ansatt egen trygghetssykepleier og egen helseteamlege henholdsvis i Haugesund Kommune og Haugesund Sykehus. En del personer fra prosjektgruppen kommer til å arbeide videre med dette i en egen arbeidsgruppe. Dette kan være et viktig bidrag i forhold til å få utredet forebyggende strategier som i større grad kan bidra til å forhindre at eldre som pr. i dag greier seg stort sett uten hjelp fra helsetjenesten, havner i gruppen ”skrøpelige eldre”.
- Sykehuset har arbeidet med en rekke prosedyrer og rutiner i form av blant annet skjemaer/rapporter omkring pasientflyten innad i sykehuset og mellom sykehuset og

Samhandlingsprosjekt om pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter

Haugesund Kommune. Prosjektgruppen foreslår at når det gjelder flere av de endringer som er foreslått så bør dette utprøves og arbeides med videre, gjerne som et eget prosjekt mellom Haugesund sjukehus og Haugesund kommune, og kun for de geriatrike pasientene. Erfaringer fra dette samarbeidet kan så være gjenstand for endringer i samarbeidsavtalen, i første rekke mellom Haugesund Kommune og Haugesund Sykehus, og så eventuelt i neste omgang for andre kommuner.

Referanser

- Helse og omsorgsdepartementet 2007. *Demensplan 2015*. Den gode dagen. Delplan til omsorgsplan 2015.
- Husbanken. *Omsorgsboliger og sykehjem*. En veileder for lokalisering, organisering og utforming. Husbanken, april 1998. HB. 7. F. 17.
- Helse og omsorgsdepartementet (2007-2008). Stortingsproporsisjon nr. 1. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.
- Helse og Omsorgsdepartementet 2009, *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. St. meld. nr. 47., Oslo.
- Helse og omsorgsdepartementet 2005-2006, *Stortingsmelding nr. 25. Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*.
- Helse og Omsorgsdepartementet 1999, *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie og omsorgstjeneste*, Helse og omsorgsdepartementet.
- Helse og omsorgsdepartementet, 1996-97. Stortingsmelding nr. 50. *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Trygghet - respekt - kvalitet.
- Huseby, B.M. og Paulsen, B. (2009). *Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig - eller best i verden?* SINTEF Helsetjenesteforskning. Rapport A11522.
- Nygaard, H.A., Naik, M. & Ruths, S. 2000, "Mental svikt hos sykehjemspasienter", *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, vol. 120.
- Sosial- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og arbeidsdepartementet. Omsorgsbolig – en veileder. Rundskriv I – 29/97, H – 24/97 B.
- Østby, L. 2004, *Ikke blant Europas største, men dyrt kan det bli* [Homepage of Statistisk Sentralbyrå], [Online].
- Otterstad, H.K. & Tønseth, H. 2007, "Hvordan unngå sykehjemskø?", *Aldring og livsløp*, , no. 4.
- Romøren, T.I. (ed) 2001, *Den fjerde alderen Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*, Gylden dal Norsk Forlag A/S.
- Steihaug, S., Norvoll, R. og Bjerkan, A. M. (2007). *Kommunenes erfaringer med omsorgsboliger for eldre*. SINTEF Helse Rapport A2006.
- Statistisk Sentralbyrå, (2009). *Høy befolkningsvekst fremover. Befolkningsframskrivinger. Nasjonale og regionale tall, 2009-2060*.
- Tretteteig, S. (2009). *Omsorgsboliger - et godt hjem for personer med demens*. Bemannede omsorgsboligers muligheter for realiseringen av et godt liv for personer med demens sett i et livsløpsperspektiv. Masteroppgave. Høgskolen i Buskerud.

Vedlegg 1

Enkel telling av antatt personer med demens i Haugesund kommune november 2009

	Hjemme < 70	Hjemme > 70	Institusjon < 70	Institusjon > 70	Til sammen	Tot. Instit. Plass	% andel inst.	AD plasser
Udland:								
2. etg. AD avd. langtid				32	32	32	100 %	32
3. etg. somatisk avd. Korrtidsavdeling			1	10	11	20	55 %	
Stølen				25	25	25	100 %	25
Ex senger Stølen (4)								
Hjemmetjenesten	3	61			64			
Sum Udland				87	152	113	77 %	
Haraldsvang:								
2. etg. AD avd. langtid				21	21	21	100 %	21
3. etg. AD avd. langtid				20	20	20	100 %	20
4. etg. somatisk avd. Hjemmetjenesten		33		21	21	21	100 %	
Sum Haraldsvang				62	95	62	100 %	
Varafjell:								
Somatisk avd. langtid				13	13	44	30 %	
Sentrumsheimen a.hjem				19	19	25	76 %	
Skåreheimen a.hjem Hjemmetjenesten		12		18	18	30	60 %	
Sum Varafjell				50	62	99	51 %	
Bjørgene:								
2. etg. AD avd. langtid			1	30	31	31	100 %	32
3. etg. somatisk avd. Hjemmetjenesten				18	18	31	58 %	
Sum Bjørgene			1	48	49	62	79 %	
Sum totalt alle	3	106	2	247	358	336	74 %	130
							Dekn: 20 %	38 % AD

Statistikk Haugesund 2009	Mulig % AD		
> 80 år	1650	25 %	413
70-79 år	1913	7,5 %	143
Sum >70			556
Personer med AD som har tjeneste i kommunen			358
Personer med AD som ikke har tjeneste i kommunen			198

01.10.2010:

26 nye AD plasser nybygg Bjørgene:
Sum: 362 institusjonsplasser

43 % AD

Dekn: 22 % (Institusj.pl. av pers. < 80 år)

Vedlegg 2

MODELL FOR OPPLÆRING - SKRØPELIGE ELDRE

- Spesialisthelsetjenesteloven
- § 3-8. Sykehusenes oppgaver
- Sykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver:
- 1.pasientbehandling, 2.utdanning av helsepersonell, 3.forskning, og 4.opplæring av pasienter og pårørende.
- § 3-10. Opplæring, etterutdanning og videreutdanning
- Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig
- Kommunehelsetjenesteloven
- § 6-1. (Undervisning og praktisk opplæring)
- Enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning. Departementet kan gi nærmere forskrifter om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring.
- § 6-2. (Videre- og etterutdanning)
- Kommunen skal medvirke til at helsepersonell i privat virksomhet innen dens helsetjeneste får adgang til nødvendig videre- og etterutdanning.
- Helsepersonell innen kommunens helsetjeneste plikter å ta del i videre- og etterutdanning som blir foreskrevet og som er nødvendig for å holde dets kvalifikasjoner ved like.
- Kommunen skal sørge for at dens ansatte helsepersonell får påkrevet videre- og etterutdanning.
- Departementet kan gi nærmere forskrifter om videre- og etterutdanning av helsepersonell.
- MODELL for opplæring i et samhandlingsperspektiv
 - Forskningsbasert kunnskap
 - Erfaringsbasert kunnskap
 - Brukerbasert kunnskap

Elementer som bør være til stede:

Kommunikasjon - Empati

- Hva kan den enkelte enhet bidra med?
- Geriatrisk post setter opp eget program for opplæring i geriatriens tankegang og fokusområder, ansvarlig geriater: Børje Bjelke;

Fokusområder:

1. FALL
2. ERNÆRING / UNDERERNÆRING
3. KOGNISJON / DEMENS
4. TRYKKSÅR
5. INKONTINENS / OBSTIPASJON
6. MEDIKAMENTER og virkning på eldre
7. ETIKK
8. INFEKSJON / FORVIRRING

Kartlegginger og kartleggingsverktøy

- **Kursopplegg:**
 - Etikk og holdninger Børje Bjelke
 - Inntak og behandlingsopplegg ved geriatrisk enhet
 - Inkontinens, hos kvinner og hos menn Anne A. Susort
 - ❖ hjelp og hjelpemidler
 - ❖ seksualitet
 - Eldres fysiologi og sykdommer Børje Bjelke
 - Hjertefunksjonen Børje Bjelke
 - Legemiddel og eldre Eli Moksheim
 - Ernæring/feilernæring Marianne H. Wennersberg
 - Underernæringsprosjekt Børje Bjelke
 - Infeksjon
 - lungebetennelse
 - urinveisinfeksjon

Samhandlingsprosjekt om pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter

- forvirring
- Kognisjon – hjernen og dens funksjon
- (Rutiner og prosedyrer
- Kartleggings- og utredningsverktøy
- Tverrfaglighet i behandling og utredning)
- HAUGESUND KOMMUNE bidrar med.....
- FASTLEGER / PRAKSISKONSULENTER bidrar med:
- HSH bidrar med:
- Videreutdanning
- Masterprogram
- Hjelper til å komme i gang med forsknings artikler, metodevalg, veiledning
- Kompetansekartlegging
- Den enkelte ansatte kartlegger sin egen kompetanse ut i fra fokusområder → → →
- KARTLEGGER, DOKUMENTERER, EVALUERER, REVIDERER egne mål for læring
- Hva har den enkelte enhet behov for av kompetanse / kompetanseutvikling - OMRÅDER
- 1. FALL
- 2. ERNÆRING / UNDERERNÆRING
- 3. KOGNISJON / DEMENS
- 4. TRYKKSÅR
- 5. INKONTINENS / OBSTIPASJON
- 6. MEDIKAMENTER OG ELDRE
- 7. Kunnskap om ETIKK, reflekter over egne holdninger
- 8. INFEKSJON - FORVIRRING
- Metoder for opplæring
- Gjensidig hospiteringsordning, avtale mellom Helse Fonna og kommunene.
- Kollegaveiledning. Dokumentere.
- Kurs, klasseromsundervisning med og uten eksamen. Godkjent eget program. Geriatriisk forening, NSF, DNLF.
- Søke godkjenning. HSH (videreutdanning, masterprogram) veiledning.

Børje Bjelke

Vedlegg 3

Mottak av pasient.

Gjelder for alle pasienter over 65 år.

Skjema fylles ut av sykepleier i mottak

Vær obs på om pasienten benytter høreapparat og gi pasienten om nødvendig tilbud om å benytte samtaleapparat.

OBS: Informasjon fra pårørende/følge hvis det er nødvendig

Pasientens navn:.....

Personnummer:.....

Pasient mottatt:

Dato.....

Klokkeslett.....

Årsak til innleggelse

.....
.....
.....

Sykdomshistorie (også basert på informasjon fra pårørende)

Ernæring:

Høyde:

Vekt:

BMI

Har pasienten tapt vekt siste ukene?

Ja

Nei

Kognition/delirium:

.....
.....
.....
.....

Polyfarmasi/farmakaoptimering:

.....
.....
.....
.....

Risiko for fall:

.....
.....
.....

Inkontinens:

.....
.....
.....

Trykksår/sårheling:

Samhandlingsprosjekt om pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter

.....
.....
.....
.....

Smerter:

.....
.....
.....

Antall besøk hos fastlegen siste år:

.....
.....

Annet:

.....
.....
.....
.....

Sosialt:

Egen bolig Bor alene Ja Nei

Bor i sammen med pårørende (ektefelle/samboer)

Heis Trapper

Trygdeleilighet

Omsorgsbolig

Annen boform: Kommenter.....

Hjemmehjelp ja nei

Hvis ja: hvor ofte

.....
.....

Alarm: ja nei Matdistribusjon: ja

ADL/ for eksempel rullator, benytter heis, hjelp med påkledning m.m.

.....
.....
.....
.....



Samhandlingsprosjekt om pasientforløp for eldre skrøpelige pasienter

Aktuelle legemidler: Har medisinene medbrakt
Bruker dosett

Har med ordinasjonskort

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kontakt med hjemmesykepleier: ja nei
Hvis ja/hva får pasienten hjelp med og hvor hyppig er kontakten:

.....
.....
.....
.....
.....

Nærmeste pårørende: ja nei

Navn:.....Tel.nr.....
.....

Er pårørende informert ja nei

ID-bånd er kontrollert:

Fagrapport sendes med pasient opp på seksjon

Hvem har bidratt med informasjon (kommune/pårørende)

Navn:.....

Stilling:.....

Telefon:..... Mobil:.....

Navn på sykepleier/lege som har mottatt pasienten:

.....