



Innspill til nasjonal helse og samhandlingsplan

Pensjonistforbundet og SAKO-organisasjonene (Fagforbundets sentrale Pensjonistutvalg, LOStats Pensjonistutvalg, Jernbanepensjonistenes Forbund, Politiets Pensjonistforbund, Postens Pensjonistforbund, Telepensjonistenes Landsforbund og Statens Vegvesens Pensjonistforbund) avgir hørings svar vedr. innspill til nasjonal helse og samhandlingsplan.

Hvem som skal ta ansvaret for de såkalte «skrøpelige eldre», blir et av de store spørsmålene i spillet om ressurser og kampen om prioritering i framtidens helse- og omsorgstjeneste:

- Mellom by og land – mellom «små» distriktskommuner og store bykommuner
- Mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene
- Mellom helse- og sosialforvaltning og pasienter/brukere
- Mellom helse- og omsorgstjenester og familie/pårørende
- Mellom ulike yrkesgrupper og faglige tilnærminger

Vi har derfor valgt å gi innspill knyttet til eldre med skrøpelighet/økt sårbarhet.

Dette er en av de fire prioriterte gruppene for dagens helsefelleskap. Denne gruppen kjennetegnes av grader av underernæring/vekttap, mer behov for hvile, langsom bevegelse, fall, kognitiv reduksjon og mer behov for hjelp. Svekket muskelkraft er ofte det tydeligste tegnet.

Den vanlige betegnelsen på denne gruppen er skrøpelige eldre. Vi synes ikke dette er noe godt begrep og bruker derfor «eldre med økt sårbarhet» i stedet.

For denne pasientgruppen krever Pensjonistforbundet at utskrivningstakten fra sykehus og spesialisthelsetjenesten settes ned, og at de ikke flyttes rundt og sendes videre til mellomstasjoner med midlertidige opphold og ordninger. Dette viser seg å være til stor skade for eldre med økt sårbarhet. Enhver flytting er en stor belastning, med nye omgivelser og et nytt sett med helsepersonell å forholde seg til. Resultatet er for ofte reinnleggelser, tap av funksjonsnivå, apati, medikament-rot mv.

Postadresse:

Pb. 6714 St. Olavs pl.
0130 Oslo

Besøksadresse:

Torggata 15

pf@pensjonistforbundet.no
www.pensjonistforbundet.no

Telefon: 22 34 87 70
Faks: 22 34 87 83

Bankgiro: 9001.05.50202
Org.nr.: 970 323 910



Målet for oppholdet i sykehus må være at eldre med økt sårbarhet ikke blir skrevet ut før de er behandlet ferdig, slik at de kan skrives direkte ut til det hjemmet de bodde før innleggelse, enten dette er eget hjem, en omsorgsbolig eller sykehjem. For å gjøre overgangen mykere og tryggere, må spesialisthelsetjenesten følge med ut og etablere et samarbeid med kommunen i god tid.

Pensjonistforbundet ber om at dette nedfelles som mål for regjeringens arbeid med en ny helse- og samhandlingsplan.

For at dette skal være mulig må det tenkes nytt i hele behandlingsskjeden. Pasientene må kanskje være noen dager ekstra på sykehus for at overgangen til hjemmet skal være godt planlagt og gjennomførbart. Innholdet i tjenestene vil selvsagt variere fordi det må være individualisert og personsentret.

Følgende innspill til tiltak er ment å underbygge målet som er skissert ovenfor:

1. Tverrfaglig funksjonsvurdering før utskriving

Eldre utgjør en stor andel av personene som har kommunalt tilbud og en viktig andel av innleggelsene i sykehus. Omfattende behov og økt sårbarhet blant mange eldre krever en annen strategi enn koordinering og overføring av ansvar og oppgaver mellom aktører og virksomheter i et typisk pasientforløp.

Forskning, også ved flere sentra i Norge, forteller at en kan oppnå bedre resultater ved tett samarbeid organisert i et tilstrekkelig bredt sammensatt tverrfaglig team tilpasset den enkelte pasienten. Det må være deltakere både fra spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette siste er helt sentralt for å lykkes. Se oversikt over konkrete eksempler vedlagt. Det er en stor utfordring at vi har systemer, kunnskap og erfaringer, men at dette ikke blir brukt systematisk når en overfører ansvar for pasientene mellom sykehus og kommuner.

Når dette fremdeles ikke er løst for alle kommuner og sykehus bør det settes mer tydelighet og makt bak kravet om å sikre at sykehus og kommuner gjennomfører funksjonsvurdering og planlegging etter felles mal ved skifte av ansvarlig behandler for eldre med økt sårbarhet og sammensatte behov. Dette gjelder først og fremst ved overføring mellom sykehus og kommune.

Funksjonsvurderingen må ligge i forkant av og inngå i den utredning som skal ligge til grunn for det enkeltvedtaket som skal fattes om innholdet i det kommunale tjenestetilbudet til den enkelte, jf. helse- og omsorgstjenestelovgivningen. Enkeltvedtaket gir rettssikkerhet og skaper trygghet for hva slags tjenestetilbud som venter i kommunen.



Målet med funksjonsvurderingen er bedre grunnlag for tjenesteutforming og mestring for pasientene. Problemstillingen er uavhengig av diagnoser, og har ikke en egen interessegruppe.

Gjennom en ny helse- og samhandlingsplan kan regjeringen bidra til å gi oppmerksomhet på et strategisk viktig område som gjelder gjennomføring av enkle prosedyrer og som har vist seg å gi gevinst for pasientene, slik det er dokumentert i forskning (se vedlegg).

Pensjonistforbundet mener at:

- Før overføring av eldre fra sykehus til oppfølging på kommunalt nivå, må det gjøres en funksjonsvurdering
- Funksjonsvurderingen gjøres av et tverrfaglig team med deltakere både fra sykehus og kommune
- Funksjonsvurderingen legges til grunn for plan og enkeltvedtak som skal fattes etter helse- og omsorgstjenesteloven om innholdet i tjenestetilbudet til den enkelte
- Pasienter- og pårørende må trekkes aktivt inn i planlegging av utskrivning/overføring.

Pensjonistforbundet minner samtidig om vårt krav om at enkeltvedtak også skal fattes om tjenestetilbudet i sykehjem, slik at beboere i sykehjem får samme rettssikkerhet som de som mottar helse- og omsorgstjenester i egen bolig og omsorgsbolig.

2. Teambasert oppfølging i hjemmet

Teamsamarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune etter utskrivning er det best dokumenterte tiltaket mht. både bedre helse og sparte utgifter. Blant annet ser vi at ortogeriatrisk samarbeid på sykehuset fører til at mer enn dobbelt så mange kan skrives ut direkte til hjemmet (Prestmo et al) og at bruk av pasientsentret helseteam i Tromsø reduserte dødeligheten med over 40% seks måneder etter utskrivning (Berntsen et al).

Systematisk oppfølging og rehabilitering i intermediæravdeling førte til at tre ganger så mange greide seg uten kommunal hjelp. Både reinnleggelser og dødelighet ble redusert til det halve (Garaasen et al). Dessverre kopierte ikke Intermediæravdelingene som ble opprettet i forbindelse med samhandlingsreformen suksesskriteriene, og reinnleggelser og dødelighet økte for gruppen eldre med økt sårbarhet. Det er som tidligere sagt, dokumentert hva som fungerer for denne gruppen. Vedlagt følger en liste over noen av de tiltak/prosjekter som har vist å være god praksis for eldre med økt sårbarhet. Det som kjennetegner disse tiltakene, er at de er teambasert og individualisert.

Postadresse:

Pb. 6714 St. Olavs pl.
0130 Oslo

Besøksadresse:

Torggata 15

pf@pensjonistforbundet.no
www.pensjonistforbundet.no

Telefon: 22 34 87 70
Faks: 22 34 87 83

Bankgiro: 9001.05.50202
Org.nr.: 970 323 910



Det som ellers er felles for alle disse tiltakene er oppretting av tverrfaglige team der deltagerne tar et felles ansvar og jobber parallelt og helhetlig med alle problemene, ofte etter modellen for Bred geriatrisk vurdering og behandling (Comprehensive geriatric assessment CGA), hvor målet er å:

- Identifisere medisinske, psykososiale og funksjonsmessige begrensninger og ressurser hos en gammel pasient med skrøpelig funksjonsevne for å
- lage en behandlingsplan for å optimalisere den totale helsesituasjonen

Vedlagte liste forteller at dette lønner seg, og gir de beste resultater for den pasientgruppen vi har valgt å løfte fram.

3. Andre forutsetninger

For å lykkes med samarbeidet om eldre pasienter/brukere mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, er det ellers Pensjonistforbundets oppfatning at det er en rekke organisatoriske og økonomiske forhold som må forbedres, og som ofte står i veien for å ta i bruk tiltak som beskrevet ovenfor.

Sterkere demokratisk styring og mer like finansieringsordninger i spesialisthelsetjeneste og kommune, vil gi bedre forutsetninger for framtidig samhandling og samarbeid.

Pensjonistforbundet regner med å komme tilbake til mange av disse og andre spørsmål når Helsepersonellkommissjonen og Sykehusutvalget har avgitt sin innstilling, og at vi blir tatt med på råd før ny helse- og samhandlingsplan foreligger.

Vennlig hilsen
For Pensjonistforbundet

Arne Halaas
Generalsekretær

Wenche Karin Malmedal
leder helse- og sosialutvalget



VEDLEGG

LISTE OVER TILTAK

- Slagenhet med tidlig utskriving og oppfølging i kommunene

Indredavik B, et al. Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge: A randomized, controlled trial. Stroke. 2000;31(12):2989-94

- Ortogeriatrisk samarbeid om pasienter med hoftebrudd og videreføring lokalt

Prestmo A, et al Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. DOI: The Lancet 2015 Vol. 385 Issue 9978 Pages 1623-33

- Pasientsentret helseteam (PSHT) på tvers av sykehus og kommune

Berntsen GKR, et al. Person-centred, integrated, and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity score-matched controlled trial. BMC Health Services Research. 2019;19(1):682.

- Tidlig utskriving via lokal intermedisæravdeling og hjem

Garasen H, et al. Long-term patients' outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. Scand J Public Health. 2008 Mar;36(2):197-204

- Helhetlige pasientforløp i hjemmet (HPH)

Helhetlige pasientforløp (HPH), Trondheim kommune, 2013, oppdatert 2021, besøkt 2022 febr 12, Oslo kommune, 2019, oppdatert 2021, besøkt 2022 febr 12

- Ambulerende helsefremmende og forebyggende team for skrøpelige eldre

Behm L, et al. Positive health outcomes following health-promoting and disease-preventive interventions for independent very old persons: Long-term results of the three-armed RCT. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2014;58(3):376-83

- Tilrettelagt akuttmottak for skrøpelige eldre

Saltvedt I, Saltnes T, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study. Aging clinical and experimental research. 2004;16(4):300-6



Bachmann S, et al. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMJ 2010;340: c1718doi:10.1136/bmj.c1718

- Spesialistveiledet behandling hjemme i akuttsituasjoner (Hospital at home)

Levine DM, et al. Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Adults. Annals of Internal Medicine. 2020;172(2):77-85

Postadresse:

Pb. 6714 St. Olavs pl.
0130 Oslo

Besøksadresse:

Torggata 15

pf@pensjonistforbundet.no
www.pensjonistforbundet.no

Telefon: 22 34 87 70
Faks: 22 34 87 83

Bankgiro: 9001.05.50202
Org.nr.: 970 323 910