

# HELSETJENESTER TIL SYKE ELDRE

Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av  
Helse- og omsorgsdepartementet november 2010



# HELSETJENESTER TIL SYKE ELDRE

Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet november 2010.

1.	BAKGRUNNEN FOR OPPDRAGET .....	3
1.1	EKSPERTGRUPPENS MANDAT .....	3
1.2	EKSPERTGRUPPENS MEDLEMMER .....	3
1.3	PROSESS .....	4
2	OPPSUMMERING OG ANBEFALINGER .....	4
2.1	KOMMUNALE ALTERNATIV FØR , I STEDET FOR OG ETTER SYKEHUSOPPHOLD .....	4
2.2	INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER .....	5
2.3	SAMARBEID MELLOM SPESIALIST- OG KOMMUNEHELSETJENESTE .....	6
3	HOVEDDEL - ARTIKLENE .....	8
3.1	KOMMUNALE ALTERNATIV FØR, I STEDET FOR OG ETTER SYKEHUSOPPHOLD (ARTIKKEL 1) .....	8
3.1.1.	<i>Sammendrag</i> .....	8
3.1.2.	<i>Innledning</i> .....	9
3.1.3.	<i>Litteratur/dokumentasjon</i> .....	9
3.1.4.	<i>Diskusjon/Analyse</i> .....	10
3.1.5.	<i>Forslag til prioriterte tiltak</i> .....	13
3.2.	INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER (ARTIKKEL 2) .....	13
3.2.1.	<i>Sammendrag</i> .....	13
3.2.2.	<i>Innledning</i> .....	14
3.2.3.	<i>Litteratur/dokumentasjon</i> .....	15
3.2.4.	<i>Analyse/diskusjon</i> .....	17
3.2.5.	<i>Hovedpunkter/anbefalinger</i> .....	19
3.3.	SAMARBEID MELLOM SPESIALIST- OG KOMMUNEHELSETJENESTE (ARTIKKEL 3) .....	19
3.3.1.	<i>Sammendrag</i> .....	19
3.3.2.	<i>Innledning</i> .....	20
3.3.3.	<i>Litteraturgjennomgang</i> .....	20
3.3.4.	<i>Diskusjon</i> .....	22
3.3.5.	<i>Konklusjon</i> .....	24
4	LITTERATUR .....	25

## 1. Bakgrunnen for oppdraget

Som ledd i oppfølgingen av St. meld. nr. 47, Samhandlingsreformen, sendte Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2010 to lovforslag på høring; forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forslag til ny folkehelselov. Departementet la også ut til høring en rekke problemstillinger og temaer som skal danne grunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan som skal legges frem for Stortinget til våren 2011. Helse og omsorgsplanen skal bl.a. vise hvordan samhandlingsreformen skal gjennomføres.

Helse- og omsorgsdepartementet har videre arrangert åpne regionale høringskonferanser i Bergen, Mo i Rana, Ålesund og Hamar i høringsperioden. I denne sammenheng har departementet også ønsket å etablere en ekspertgruppe som særskilt skal gi departementet råd om problemstillinger knyttet til behandling av syke eldre mennesker.

### 1.1 Ekspertgruppens mandat

Ekspertgruppen ble bedt om å utrede og besvare følgende spørsmål:

1. Hvordan kan vi bygge opp kommunale alternativ før, i stedet for og etter innleggelse i sykehus for eldre pasienter som kan profitere på slike tilbud?
2. Hvilke pasientgrupper kan profitere på slike tilbud utenfor sykehus og hvem bør undersøkes og/ eller behandles i sykehus (inklusions- og eksklusjonskriterier for innleggelse i kommunal helseinstitusjon)
3. Hvordan kan vi sikre at innleggelser i sykehus ikke blir forsinket eller unnlatt hos eldre pasienter som trenger spesialisthelsetjenestens diagnostiske og terapeutiske ressurser?
4. Hvordan kan vi etablere fleksible samarbeidsordninger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som sikrer eldre pasienter en god helsetjeneste?

Ekspertgruppen har kunnet fremme forslag om endringer i mandatet. Ekspertgruppen har foreslått å endre spørsmål 3 i mandatet til "*Hvordan kan vi sikre at innleggelser i sykehus ikke blir forsinket eller unnlatt hos eldre pasienter som trenger spesialisthelsetjenestens diagnostiske og terapeutiske ressurser, og hvordan sikre kvaliteten på det tilbudet pasienten får ved innleggelse?*"

### 1.2 Ekspertgruppens medlemmer

<b>Ivar J. Aaraas (leder)</b>	Professor, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø
<b>Morten Jensvold</b>	Systemansvarlig lege, Fosen DMS
<b>Helge Bjøru</b>	Kommunelege, Nordkapp kommune
<b>Aud Olsen</b>	Seksjonsleder, sykepleie ved Avd. for geriatri ved St. Olavs Hospital
<b>Ingeborg H. Rinnaas</b>	Avdelingssjef Hallingdal sjukestugu, Vestre Viken HF
<b>Torgeir Bruun Wyller</b>	Professor i geriatri, Universitetet i Oslo
<b>Pia Cecilie Bing-Jonsson</b>	Høgskolelektor, Høgskolen i Vestfold
<b>Terese Folgerø</b>	Dr. med, eldreoverlege i Tromsø, medlem av Statens Seniorråd
<b>Liv Tveito</b>	Virksomhetsleder, pleie- og omsorgstjenesten, Lørenskog kommune

Helsedirektoratet har vært gruppens sekretariat.  
Helse- og omsorgsdepartementet har hatt en observatør i gruppen.

### **1.3 Prosess**

Ekspertgruppen har hatt tre arbeidsmøter, to i Oslo og ett i Tromsø. Mellom møtene har medlemmene jobbet sammen i skrivepar. Skriveparene har jobbet med hvert sitt mandatpunkt. Gruppen har valgt å besvare mandatet i form av tre artikler. Svarene på mandatpunktene 2 og 3 er i denne rapporten slått sammen til en artikkel.

Ekspertgruppen hadde opprinnelig leveringsfrist 18. januar 2011, men Helse- og omsorgsdepartementet godkjente utsettelse av fristen til 21. januar.

## **2 Oppsummering og anbefalinger**

### **2.1 Kommunale alternativ før , i stedet for og etter sykehusopphold**

Spørsmål 1 i mandatet lyder som følger;

- Hvordan kan vi bygge opp kommunale alternativ før, i stedet for og etter innleggelse i sykehus for eldre pasienter som kan profitere på slike tilbud?

#### **Intermediæravdelinger med heldøgns plasser**

Alternative tilbud i kommunene for eldre pasienter før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse kan være intermediæravdelinger (IMA) med heldøgns plasser. I artikkelen har vi valgt å bruke IMA som felles betegnelse på tilbud av denne typen som i dag finnes ved sykestuer, lokalmedisinske sentra (LMS), distriktsmedisinske sentra (DMS), helsehus og spesialiserte korttidsheter (SKE). Modellene har vesentlige faglige fellestrekk, men er ulikt organisert og finansiert av historiske, geografiske og demografiske årsaker.

#### **Finansieringen må sikre helhetlige pasientforløp**

For å sikre helhetlige behandlingsforløp og forebygge omsorgsbrudd og helsetap hos eldre syke, må beslutninger om innleggelse i IMA, inklusive overføring fra sykehus til IMA, være faglig og ikke økonomisk fundert. IMA og sykehus må ha en og samme finansieringskilde. Dette er nødvendig for å unngå økonomisk press som påvirker sykehusene til å skrive ut pasienter for tidlig, og primærlegene til å unngå innleggelser av pasienter som trenger det. Pasienter i IMA har i utgangspunktet behov for utredning og/eller oppfølging både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Betalingsforskriften for utskrivingsklare pasienter fremmer ikke samarbeid, men er et typisk eksempel på en ordning som fremmer "svarteperspill" om pasientene.

#### **Faglig kvalitet. Tverrfaglige team i samhandling mellom IMA og sykehus**

Den faglige kvaliteten ved IMA må sikres ved at spesialisthelsetjenesten samarbeider med kommunehelsetjenesten gjennom fysiske møter, telemedisinske løsninger eller via telefonveiledning.

#### **Journalføring**

Tilgang til sykehusets journalsystem for ansatte i IMA er en forutsetning for gode behandlingsforløp mellom forvaltningsnivåene.

### **Ekspertgruppen anbefaler;**

- IMA må utvikles som et samhandlingstilbud der personell fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er aktivt og samtidig involvert i pasientbehandlingen.
- IMA må ha en robust finansiering, fra en og samme kilde, og det bør være fra helseforetaket. Kommunal medfinansiering av sykehustjenester vil være uheldig, spesielt for de sykeste eldre. Vi vil derfor fraråde dette.
- Det må lages bindende nasjonale normer for sengetall, fagpersoner (antall og kvalifikasjoner) og sammensetning av tverrfaglige team for oppfølging av syke eldre ved IMA.
- Forutsatt at alle pasientopphold er fullfinansiert gjennom midler fra Helseforetaket, og at nasjonale normer for bemanning, utstyr og kriterier for utvelging av pasienter er fulgt, kan ansvaret for daglig drift av IMA legges til i kommunen. I én kommune alene eller i en kommune som samarbeider med en eller flere nabokommuner. Ansvaret for driften av desentraliserte senger kan også ligge i helseforetaket. Lokale avtaler mellom kommunen og helseforetaket regulerer hvordan tilbudet organiseres og driftes ut i fra historiske, geografiske og demografiske forhold. Det medisinske ansvaret må ligge i foretaket. Juridiske forhold på dette området må utredes.
- Ambulante team innenfor geriatri og alderspsykiatri kan veilede kommunene i behandling av eldre pasienter utenfor sykehus, både før, isteden for og etter et sykehusopphold. Det anbefales etablering av områdegeriatriske team i distriktene, med veiledning som en av oppgavene.
- Ut fra enkeltpasienters behov må det være mulighet for samarbeid med fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiolog og ulike medisinske spesialister. Foruten geriater, vil man for syke eldre særlig ha behov for spesialisttjenester innen ortopedi, fysikalsk medisin og alderspsykiatri.
- IMA må ha lege-/sykepleierdekning 24 timer i døgnet og daglig legevisitt.
- Pasientdokumentasjonen bør som hovedregel skje i helseforetakets elektroniske journal.
- Betalingsforskriften for utskrivningsklare pasienter bør oppheves.

## **2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Gruppen har valgt å svare på mandatets spørsmål 2 og 3 samlet. Spørsmålene lyder som følger:

- Hvilke pasientgrupper kan profitere på slike tilbud utenfor sykehus og hvem bør undersøkes og/eller behandles i sykehus (inklusions- og eksklusjonskriterier for innleggelse i kommunal helseinstitusjon)?
- Hvordan kan vi sikre at innleggelser i sykehus ikke blir forsinket eller unnlatt hos eldre pasienter som trenger spesialisthelsetjenestens diagnostiske og terapeutiske ressurser, og hvordan sikre kvaliteten på det tilbudet pasienten får ved innleggelse?

### **IMA etter sykehusopphold**

Det er holdepunkter for at IMA kan være et godt tilbud for videre behandling og rehabilitering *etter opphold i sykehus*. Forutsetningen er tilstrekkelig og kompetent bemanning og god diagnostisk avklaring fra sykehusets side. En viktig gevinst er trolig at de eldre pasientene får et tilstrekkelig langt institusjonsopphold til at utskrivning til hjemmet kan foregå trygt.

### **IMA før eller i stedet for sykehusopphold**

Som en hovedregel er bruk av IMA som *alternativ til innleggelse i sykehus* bare aktuelt dersom man har en pasient med avklart diagnose uten akutt funksjonssvikt og uttalt komorbiditet. Et slikt veldefinert sykdomsbilde sees hyppig hos "yngre eldre", sjeldnere hos de eldste eldre (>80 år). IMA representerer primært et kvalitativt godt tilbud for pasienter med

lang vei til sykehus, men kan ikke forventes å gi vesentlig reduksjon i behovet for sykehussenger. Det er ikke dokumentert at det forekommer et stort antall unødvendige innleggelse av eldre. Sengeenheter som mottar pasienter før eller i stedet for sykehusopphold, må ha høy kvalitet på utstyr og bemanning fastsatt som nasjonale normer (røntgen, blodprøver, overvåkningsutstyr, døgnkontinuerlig legeberedskap). Oppbygging av IMA er ikke et alternativ til utbygging av fullverdig og tilstrekkelig dimensjonert geriatrisk spesialisthelsetjeneste i sykehusene. Innleggelse i sykehus er spesielt viktig for eldre med rask utvikling av uklare og sammensatte sykdomsbilder. For ikke å overse alvorlige underliggende tilstander, bør slike pasienter undersøkes med bred tverrfaglig geriatrisk tilnærming. Det er derfor viktig at sykehusene har geriatriske tilbud som er tilstrekkelig dimensjonert til både å ta i mot et økende antall akutt syke eldre pasienter til innleggelse og samarbeide utadrettet med IMA.

### **IMA og pasienter med kjent terminal sykdom.**

Utilstrekkelig prognostisk avklaring eller utilstrekkelige rutiner og kompetanse i lindrende behandling fører i en del tilfeller til hensiktsløse innleggelse av pasienter i livets slutfase. Forsterkede sykehjemsenheter i Bergen, sykestuene i Finnmark og Hallingdal sjukestugu mottar i stor grad terminale pasienter til avlastningsopphold og lindrende behandling. Økt bruk av IMA som alternativ til sykehusinnleggelse for pasienter med kjent kort livsprognose og behov for lindrende tiltak vil kunne gi denne gruppen en vesentlig kvalitetsforbedring.

### **Ekspertgruppen anbefaler;**

- Utbygging av IMA for behandling og rehabilitering av syke eldre etter sykehusopphold.
- IMA bør være et hensiktsmessig "vekslingsfelt" for å sikre eldre syke god etterbehandling og sikre at overføring til kommunalt tilbud i hjem og sykehjem kan skje forsvarlig og omsorgsfullt.
- Innleggelse av syke eldre i IMA før / i stedet for sykehus bør bare skje i nøye utvalgte tilfeller og basert på strikte inklusjons- og eksklusjonskriterier i enheter som tilfredsstillende definerte kvalitetskrav mht utstyr, bemanning og samarbeidsrutiner (jfr. tabellene 1 og 2 i punkt 3.2.3).
- Økt bruk av IMA til pasienter med palliative behov. Dette vil bidra til kvalitativt bedre tilbud til en viktig pasientgruppe, hvorav mange er eldre, og spare disse for uhensiktsmessige sykehusinnleggelse i livets slutfase.
- IMA er ikke et alternativ til utbygging av et fullverdig geriatrisk tilbud i sykehusene.
- IMA kan representere en verdifull kvalitetsheving for egnede pasientgrupper, men kan ikke forventes å gi vesentlig reduksjon i behovet for sykehussenger.

## **2.3 Samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste**

Spørsmål 4 i mandatet lyder som følger;

- Hvordan kan vi etablere fleksible samarbeidsordninger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som sikrer eldre pasienter en god helsetjeneste?

### **Forpliktende samarbeid mellom fastleger og hjemmesykepleie**

Det er dokumentert sviktende rutiner for samarbeid og kommunikasjon mellom fastlegen og den kommunale omsorgstjenesten, som i noen tilfeller fører til innleggelse i sykehus som kunne vært unngått. I tillegg kan manglende tilgang til kontakt med lege føre til sterk uro hos pasient og pårørende.

### **Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten ved sykehusinnleggelse**

Det må være tett samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og i alle faser av en sykehusinnleggelse. Syke eldre som blir klassifisert som "utskrivingsklare"

kjennetegnes ved at de etter utskriving trenger kommunale behandlings-, pleie- og omsorgstjenester på et høyere nivå enn det de hadde før innleggelsen i sykehus. I følge "Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter" skal hele pasientens situasjon være sett og vurdert før utskriving, og kommunehelsetjenesten skal sikres nødvendig informasjon for å planlegge og iverksette forsvarlig og god behandling, pleie og omsorg. Tilstrekkelige lege- og sykepleieopplysninger må følge med melding til kommunen om utskrivingsklar pasient (jfr forskriften). Det anbefales elektronisk epikrise til fastlege og kommunalt omsorgsapparat senest utskrivelsesdagen. Videre anbefales samme dag muntlig kontakt mellom pasientens sykehuslege og fastlege. Dette forutsetter at sykehuset har direkte telefonnummer til fastlegens kontor.

Til tross for at definisjonen er klar, er det holdepunkter for at helseforetakene mangler rutiner for å sikre at pasientene fyller kriteriene før de erklæres som "utskrivingsklare". En undersøkelse av overføringer av pasienter fra sykehus til sykehjem, gir holdepunkter for en betydelig overføring av meget syke "utskrivingsklare" pasienter, og også dødsfall på overføringsdagen.

### **Kompetanseutvikling**

Ulike ordninger med ambulante team innenfor geriatri og alderspsykiatri bidrar til gjensidig kompetanseoppbygging mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Det skjer hovedsakelig ved samarbeid og oppfølging av enkeltpasienter ved IMA, i sykehjem og hjem. Noen steder har man ambulante slagteam med fokus på tidlig utskriving til hjemmet. Dette har medført økt funksjonsnivå og livskvalitet, redusert opphold i institusjon og reduserte kostnader sammenlignet med tradisjonell slagbehandling.

### **Ekspertgruppen anbefaler;**

- Mer omfattende samarbeid om syke eldre mellom fastleger og hjemmesykepleie. Slikt samarbeid bør innebære rutinemessige møter for informasjonsutveksling og planlegging av pasientoppfølging for å forebygge ytterligere funksjonssvikt. Videre bør samarbeidet innebære felles konsultasjoner eller hjembesøk på kort varsel ved nyoppståtte symptomer og tidlige tegn på funksjonssvikt. Samarbeidet kan også omfatte tilbud om planlagte hjembesøk på klinisk indikasjon.
- Det innføres gjensidig varslingsplikt for fastlege og hjemmesykepleie ved endringer i pasientens helsesituasjon.
- Ved innleggelser av en syk eldre pasient, må det være rutiner som sikrer at kommunehelsetjenesten, herunder fastlegen, blir kontaktet og holdes løpende orientert om forløpet og planer for utskriving.
- Ved innleggelse i sykehus må det foreligge nødvendig informasjon fra lege og fra pleie- og omsorgstjenesten.
- Tilstrekkelige lege- og sykepleieopplysninger må følge med melding til kommunen om utskrivingsklar pasient. Det anbefales elektronisk epikrise til fastlege og kommunalt omsorgsapparat seinest utskrivelsesdagen.
- Spesialisthelsetjenesten forpliktet til å etablere ambulante team og områdegeriatrike team som reiser ut til IMA og kommunale institusjoner for å samarbeide og gi veiledning. Dette er kompetansebyggende samtidig som det sikrer tryggere helsetjeneste og helhetlige behandlingsforløp til eldre pasienter. Slike team må ikke komme i stedet for, men i tillegg til, ordinære geriatrike sengeenheter for geriatrike pasienter som trenger akutt innleggelse.
- Gjensidig praksiskonsulentordning og gjensidige hospiteringsordninger må stimuleres gjennom praktisk tilrettelegging og økonomisk støtte både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- For å sikre et kompetent helsepersonell i alle deler av helsetjenesten, anbefaler vi at utvikling av kompetanse skjer i nært samarbeid mellom kommune- og

spesialisthelsetjeneste. Det bør legges til rette for gjensidige hospiteringsordninger mellom nivåene, med fokus på pasientforløp.

### 3 Hoveddel - Artiklene

Gruppen har i sitt arbeid jobbet sammen i skrivepar, som hver for seg og samlet har valgt å løse oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet med å besvare hvert mandatpunkt i et artikkelformat. Gruppen har også valgt å besvare mandatpunkt 2 og 3 samlet.

#### 3.1 Kommunale alternativ før, i stedet for og etter sykehusopphold (Artikkel 1)

Mandatets spørsmål 1 lyder som følger:

- Hvordan kan vi bygge opp kommunale alternativ før, i stedet for og etter innleggelse i sykehus for eldre pasienter som kan profitere på slike tilbud?

##### 3.1.1. Sammendrag

For å svare på spørsmålet over har vi valgt å definere slike tilbud som Intermediæravdelinger (IMA). IMA er tilbud med heldøgns plasser som finansieres og drives av kommune og foretak i fellesskap hvor pasienter kan behandles før (F), i stedet for (I) eller etter (E) sykehus.

Vi har gjort en kartlegging av eksisterende intermediært tilbud og gruppert disse som mulige hovedmodeller for fremtidig IMA-organisering.

**Tabell 1** Mulige hovedmodeller for fremtidig IMA-organisering

Hovedmodeller	Innhold/organisering
1 Sykestue Prehospital observasjonsenhet (PreOB)	Små sengeenheter i mindre kommuner langt fra sykehus, tett integrert med kommunal helsetjeneste. Håndterer pasienter i alle tre grupper (F/I/E).
2 Distriktsmedisinsk senter (DMS)/ Lokalmedisinsk senter (LMS)	Større enheter med interkommunal forankring hvor IMA er integrert med spesialistpoliklinikker. Relativt stor avstand til sykehus. Håndterer pasienter i alle grupper (F/I/E).
3 Helsehus Spesialiserte korttidsenheter (SKE)	Lokalisert i nærhet av sykehus og med nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Håndterer pasienter etter innleggelse i sykehus (E) og sikrer oppfølging/rehabilitering i en sømløs overgang til kommunehelsetjenesten

Modellene dekker ulike behov ut fra geografiske, demografiske og historiske forhold i kommuner og lokalregioner. Foretaket og omliggende kommuner må lage egne samarbeidsavtaler ut fra kultur og tradisjoner for samhandling. Eierskap og arbeidsgiveransvar kan tillegges både foretak og kommuner. IMA-senger krever inklusjons- og eksklusjonskriterier for hvilke pasientgrupper som er aktuelle for innleggelse (jfr. tabell i artikkel 2). Ved lange avstander til sykehus må det etableres tilbud for alle grupper (F/I/E) mens ved nærhet til sykehus kan IMA ha en mindre funksjon for F/I. Den faglige kvaliteten på tilbudene sikres ved at spesialisthelsetjenesten følger opp ved fysisk tilstedeværelse, telemedisinske løsninger eller gir telefonveiledning. Det må lages bindende nasjonale normer



for sengetall, fagpersoner (antall og kvalifikasjoner ) og sammensetning av tverrfaglige team for oppfølging av sylke eldre i IMA. Pasientdokumentasjonen bør som hovedregel skje i helseforetakets elektroniske journal. Unntak er Helsehus/SKE som samarbeider med øvrig kommunal helsetjeneste, der det er hensiktsmessig å benytte kommunale journalsystemer. IMA må ha en robust finansiering, fra en og samme kilde, og det bør være fra foretaket.

### 3.1.2. Innledning

I St. meld. nr 47 (2005-2006) Samhandlingsreformen, drøftes aktuelle oppgaver som den framtidige kommunehelsetjenesten kan gis ansvar for. Aktuelle oppgaver kan være å bygge opp tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold (kap.6.4). Det vises til at utskrivingsklare pasienter blir liggende på sykehus i påvente av kommunale tilbud og andre havner unødig på sykehus fordi det mangler kommunale tilbud som kunne ha dekket enklere medisinske tilstander. Det er satt i gang flere samhandlingstiltak rundt om i landet som bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå (BEON), som skal forhindre innleggelse i sykehus, og bidra til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet (St.meld. nr. 47, s. 59).

Problemstillingene som utredes og drøftes i denne artikkelen er oppbyggingen av alternative samhandlingstilbud før, i stedet for og etter innleggelse i sykehus for eldre pasienter som kan profitere på slike tilbud. Tilbudet må imidlertid ses i sammenheng med organiseringen av IMA for den øvrige befolkningen.

Det er mange og ulike begreper som benyttes, og når vi videre skal drøfte dette har vi valgt å definere et slikt samhandlingstilbud med et felles begrep:

***Intermediæravdeling (IMA) og definerer det som tilbud med heldøgns plasser som finansieres og drives av kommune og foretak i fellesskap hvor pasienter kan behandles før, i stedet for eller etter sykehusinnleggelse.***

### 3.1.3. Litteratur/dokumentasjon

Vi har innhentet oversikt over eksisterende intermediært tilbud (tilbud med heldøgns plasser som finansieres og drives av kommune og foretak i fellesskap) fra de regionale helseforetakene.

Det utkrystalliserer seg 3 hovedmodeller:

1. Sykestue (sykestuene i Finnmark/Nord-Troms unntatt Alta, PreOB i Nordland)
2. Distriktsmedisinsk senter/lokalmedisinsk senter (Sykestua i Alta, DMS Nord-Troms, DMS Midt-Troms, DMS Stjørdal, DMS Fosen, Nye Røros sykehus, Hallingdal sjukestugu, Dalane DMS).
3. Helsehus/Spesialisert korttidsenhet (Helseparken Mo i Rana, Søbstad helsehus, Øya helsehus, Spesialisert korttidsenhet ved Nordbyhagen (plassert på AHUS), Romsås sykehjem, Abildsø bo- og rehabiliteringssenter, og Diakonhjemmet sykehus i Oslo/Akershus, Stokka sykehjem i Stavanger, Drammen geriatriske senter m.fl.)

**Modell 1- Sykestuene** er små, har stor avstand til sykehus og er tett integrert i kommunal helsetjeneste. De håndterer i pasienter fra kommunene de samarbeider med. Sykestuene har pasienter i alle 3 grupper før, istedenfor og etter sykehusopphold.

**Modell 2- DMS/LMS** har en organisasjonsmessig sterkere forankring i spesialisthelsetjenesten. Flere av de ansatte er ansatt i foretaket med varierende grad av

tilknytning til kommunal helsetjeneste. De er integrert med spesialistpoliklinikk. Enhetene har forholdsvis lang avstand til sykehus og drives i fellesskap av foretak og kommuner. Et unntak er Hallingdal sjukestugu som eies i helhet av foretaket. De håndterer pasienter fra flere kommuner (interkommunalt samarbeid) og har pasienter i alle 3 grupper (F/I/E). Unntak er DMS Stjørdal som kun har E og DMS Midt-Troms som kun har elektive pasienter i gruppe I.

**Modell 3- Helsehus/SKE** er lokalisert i nærheten av sykehus og ivaretar pasienter i gruppe E. Tilbudene er kommunalt eid og drives i samarbeid med foretaket. Personalet kan være ansatt i kommune eller foretak. De har pasienter hovedsakelig fra egen kommune, men enkelte har interkommunalt samarbeid.

Størrelsen på institusjonene varierer fra 1-sengs sykestue til helsehus med mer enn 20 heldøgns plasser.

Samtlige tilbud har sykepleier på vakt 24 timer i døgnet (unntaksvis sykepleier i bakvakt på 1-sengstilbudene). Legetjenestene i modell 1 og 2 blir i hovedsak utført av allmennleger. I sykestuene kombineres det med sykehjemslegefunksjon. Bortsett fra i de minste sykestuene er det legevisitt daglig i ukedagene. I modell 3 har man ansatt både allmennleger og leger med spesialistkompetanse innen indremedisin/geriatri. Behov for legetjenester utenom visittid ivaretas av legevakt.

Spesialisthelsetjenesten gir i liten grad formalisert faglig støtte til sykestuene. DMS Fosen har daglig telemedisinsk visitt med overlege på St. Olav. DMS/LMS og en del Helsehus har varierende faglig støtte fra spesialister med tilknytning til spesialistpoliklinikk. I SKE er det et formalisert samarbeid med spesialisthelsetjenesten som har ansvar for å bidra med nøkkelpersonell.

Sykestuene og Helsehus/SKE benytter kommunale EPJ-systemer. DMS/LMS benytter i hovedsak foretakets EPJ-systemer.

### **3.1.4. Diskusjon/Analyse**

#### **Organisering**

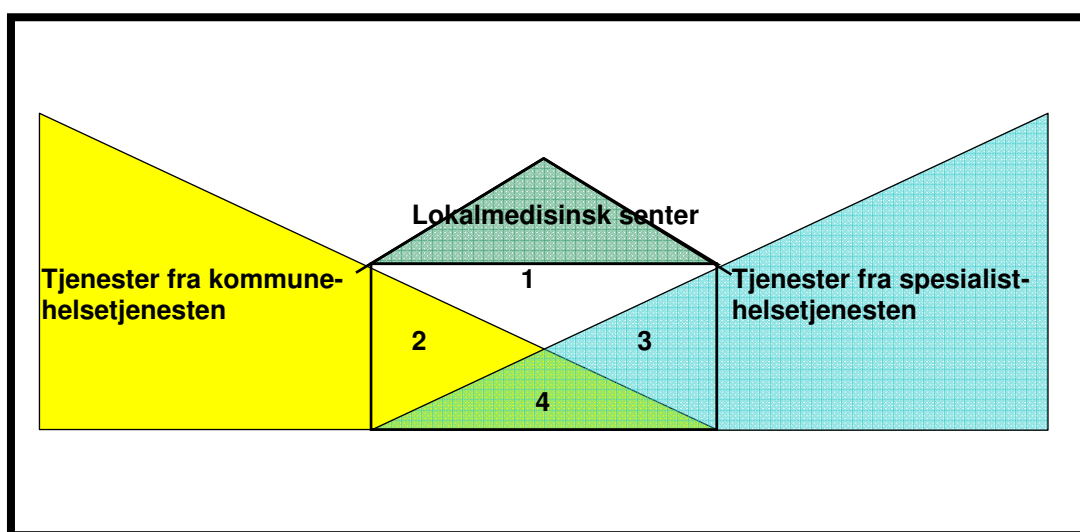
Det pekes på tre modeller for intermediaære tilbud, se tabell 1. Alle tre modellene har livets rett, og hvilken man velger vil være avhengig av lokale forhold. Det er viktig for alle tre modellene at tilbudene er forankret i både kommune og foretak. Modell 1 og 2 innebærer desentraliserte spesialisthelsetjenester lagt til et senter hvor også kommunale/interkommunale tjenester har sin plass. Modell 3 innebærer forsterkede plasser til etterbehandling. I den videre diskusjonen finner vi det hensiktsmessig å bruke IMA som en fellesbetegnelse for de ulike modellene.

Ut fra kunnskap om at 90 % av befolkningen er bosatt innen en times avstand til sykehus, må det være ulike modeller i landet. Der hvor pasienten har kort avstand, kan de få en medisinsk avklaring på sykehus, og IMA får en mindre funksjon for før og i stedet for-tilbud. Ved lange avstander for de siste 10 % av befolkningen, bør IMA ha et tilbud for både før, i stedet for og etter som modell 1 og 2.

Det må utarbeides klare kriterier for bruk av plassene som er forstått av både kommune og sykehus. Det som må særmerke IMA er et formalisert samarbeid mellom foretak og kommune med et felles ansvar for ressurser, kompetanse og faglig utvikling, samt gode samarbeidsrutiner satt i system i tråd med gjeldende lover og retningslinjer.

St. meld. nr 47. gir en ny betegnelse på fremtidige samhandlingsarenaer som et lokalmedisinsk senter (LMS) hvor IMA vil ha sin plass som en døgntjeneste i et LMS. Lokalmedisinske senter vil ut fra lokale tradisjoner og forhold ha ulik plassering; på egen avdeling på kommunalt sykehjem, integrert i ordinær sykehjemsavdeling, på sykehus eller i et eget lokalmedisinsk senter hvor foretak også kan ha sine desentraliserte spesialisthelsetjenester. Med lang avstand til samarbeidende kommuner kan det også være den beste løsningen å ha noen egne øremerka senger, eksempelvis i Finnmark. Det må være plass for lokale løsninger i samhandling mellom kommune og foretak.

Et eksempel på en modell for et LMS som tar opp i seg de fleste av Samhandlingsreformens intensjoner og ikke bare er et intermediært døgntilbud, er det planlagte lokalmedisinske senteret i Hallingdal knytta opp mot Hallingdal sjukestugu.



Ex Modell av det lokalmedisinske senter i Hallingdal

1. Administrasjons- og systemarbeid for samhandlingen
2. Interkommunalt samarbeid innen helse- og omsorg
3. Desentraliserte spesialisthelsetjenester
4. Samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenester og kommuner

### Eierskap og arbeidsgiveransvar

De fleste IMA er eid av kommunene, men enkelte er eid av foretaket, og det finnes ulike mellomløsninger. Eierskap av bygningsmasse betyr ikke så mye for tjenesten, men hvem som har arbeidsgiveransvaret og hvilken lovgivning som følges, er av større betydning. Det må stilles samme krav til faglig kvalitet – man må gjennom avtaler sikre tilgangen til nødvendig kompetanse, veiledning, opplæring, ressurser, utstyr m.m. For å finne den beste løsningen, må foretaket og de omkringliggende kommuner lage lokale avtaler om hva som er mest hensiktsmessig organisatorisk ut fra kultur og tradisjoner for samarbeid samt geografiske og demografiske forhold.

Fordelen med eierskap og arbeidsgiveransvar i foretaket er ansvarliggjøring av tjenesten i foretaket gjennom medisinsk linjeansvar, klare juridiske linjer og at behandlingslinjene i

sykehus følges ut. Fordelen med kommunalt eierskap er nærhet til pasientenes hjemmemiljø (organisatorisk og geografisk) og muligheter til å finne gode løsninger lokalt.

Ved kommunalt eierskap må nøkkelpersonell være ansatt i en stillingsprosent i foretaket for tydelig å ansvarliggjøre foretaket for de desentraliserte tjenestene. Det må til en juridisk avklaring av medisinsk ansvar hvis ansvaret er delt mellom to nivåer.

Alle tre modeller krever robust faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten - pr i dag en stor utfordring. Modell 1 vil pga størrelse og avstand til spesialisthelsetjenesten måtte benytte telemedisinske løsninger. Dette gjelder også modell 2, men her vil integrasjonen med spesialistpoliklinikker gjøre at legespesialistene i tillegg kan delta i ordinære visitter. I modell 3 vil nærheten til spesialisthelsetjenesten gjøre at man kan integrere de to nivåene mye tettere ved å ansette fagpersonell fra begge nivåer i samme IMA.

### **Norm for sengetall**

Det vil være nyttig for kommuner og foretak at det utarbeides en norm for sengetall. Disse baseres på folketall, avstand til sykehus og på om både pasientgruppe før, i stedet for og etter sykehusopphold skal dekkes. Et anslag kan være en seng pr tusen innbyggere hvor alle tre pasientgruppene (F/IE) dekkes. Disse sengene er i vekslingsfeltet og må brukes fleksibelt

### **Systemer for pasientdokumentasjon**

Pasientdokumentasjonen bør som hovedregel skje i helseforetakets elektroniske journal. Unntak er Helsehus/SKE som samarbeider med øvrig kommunal helsetjeneste, der det er hensiktsmessig å benytte kommunale journalsystemer. Tilgang til sykehusets journalsystem er en forutsetning for å ha gode behandlingsløp mellom forvaltningsnivåene.

### **Krav til personell**

Personell på IMA må ha en tilleggskompetanse for å håndtere pasienter som ellers ville vært innlagt i sykehus. For legene må det ses i sammenheng med arbeidet med å etablere en egen spesialitet/fordypningsområde innen dette feltet samt meritterende tjeneste til etablerte spesialiteter. IMA må ha lege- og sykepleierdekning 24 timer i døgnet og daglig legevisitt. Rehabilitering vil være en viktig del av tjenesten, og nøkkelpersonell som fysioterapeut og ergoterapeut er en forutsetning.

Opplæring og kompetanseutvikling av de ansatte må også være et felles ansvar for kommunen og foretak der hospitering og kursing tilbys. Samhandlingskompetanse og rehabiliteringskompetanse må vektlegges for alle ansatte.

### **Finansiering**

En stor del av intermedieertilbudene er pr i dag prosjektfinansiert eller finansiert gjennom ulike fordelingsnøkler mellom kommuner, foretak og regionale foretak eller gjennom innsatsstyrt finansiering.

I Helse Finnmark utprøves en finansieringsmodell hvor sykestuekommunene i tillegg til et fast tilskudd pr plass får en innsatsstyrt finansiering basert på liggedøgn. Dette skal etter hvert utvides til å gjelde visse prosedyrer (cytostatikabehandling, blodtransfusjoner etc). Vi mener man for samtlige IMA må få på plass en robust og forutsigbar finansiering. Det må være en og samme finansieringskilde for driften av IMA og det bør være fra sykehuset/foretaket. Dette begrunnes i at alle pasienter i en IMA i utgangspunktet har behov for utredning og oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

### 3.1.5. Forslag til prioriterte tiltak

#### 1. Foretak og kommuner gis anledning til å etablere ulike modeller av intermediære tilbud

Vi har identifisert tre modeller som fyller ulike funksjoner i dag og som kan stå som utgangspunkt for videre utbygging av IMA. Lokale avtaler mellom foretak og omkringliggende kommuner avgjør om hvem som skal ha arbeidsgiveransvar, medisinsk ansvar og bygningmessig eierskap og hvordan samarbeid for øvrig skal utøves.

#### 2. Faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten

Alle tre modellene krever omfattende faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten gjennom telemedisinske løsninger, telefonveiledning eller fysisk tilstedeværelse.

#### 3. Sikre forutsigbar finansiering

Det må etableres et robust finansieringssystem som sikrer at både kommune og foretak har økonomiske incentiver for å drive IMA rasjonelt og faglig forsvarlig. IMA finansieres fra foretaket. Norm for sengetall ut fra demografi og geografi må utarbeides.

#### 4. Sikre nødvendig informasjonsflyt

For å sikre nødvendig informasjonsflyt bør man i modell 1 og 2 benytte foretakets EPJ/PAS som dokumentasjonssystem. I modell 3 har man erfaring for at integrasjonen med øvrig kommunal helsetjeneste gjør det nødvendig å benytte kommunale dokumentasjonssystemer. Dette fordrer imidlertid at man har rask elektronisk utveksling av pasientinformasjon mellom nivåene og på sikt en fungerende kjernejournal.

#### 5. Personellet må ha tilstrekkelig kompetanse

Det må stilles særskilte kompetansekrav til ansatte i IMA. Dette må sees i sammenheng med etablering av spesialiteter/kompetanseområder for sykepleiere og leger innen dette feltet og merittering til etablerte spesialiteter.

### 3.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier (Artikkel 2)

Gruppen har valgt å svare på mandatets spørsmål 2 og 3 samlet. Spørsmålene lyder som følger;

- Hvilke pasientgrupper kan profitere på slike tilbud utenfor sykehus og hvem bør undersøkes og/eller behandles i sykehus (inklusions- og eksklusjonskriterier for innleggelse i kommunal helseinstitusjon)?
- Hvordan kan vi sikre at innleggelser i sykehus ikke blir forsinket eller unnlatt hos eldre pasienter som trenger spesialisthelsetjenestens diagnostiske og terapeutiske ressurser, og hvordan sikre kvaliteten på det tilbudet pasienten får ved innleggelse?

#### 3.2.1. Sammendrag

Innleggelse i IMA kan være et godt tilbud i forbindelse med *utskrivning* fra sykehus, gitt tilstrekkelig faglig kvalitet.

Kompetansen i lindrende behandling må økes i sykehjem og hjemmetjenester. Dette vil kunne gi et kvalitativt bedre tilbud til en viktig pasientgruppe og spare pasienter for u hensiktsmessige innleggelser i livets siste fase, men vil ikke føre til vesentlig redusert sengebehov i sykehusene.

Bruk av slike institusjoner som *alternativ til innleggelse* kan bare anbefales i nøye utvalgte tilfeller. Stikkord er avklart diagnose, stabil pasient, og fravær av akutt funksjonssvikt og uttalt komorbiditet. Et slikt veldefinert sykdomsbilde sees hyppig hos middelaldrende og ”yngre eldre”, sjeldnere hos de eldste eldre (>80 år).

Gode IMA representerer et kvalitativt godt tilbud for pasienter med lang reise til sykehus (om lag 10 % av befolkningen), men kan ikke forventes å gi vesentlig reduksjon i behovet for sykehussenger.

IMA som skal brukes til dette formålet, må ha høy kvalitet på utstyr og bemanning, fastsatt som nasjonale normer (røntgen, blodprøver, overvåkningsutstyr, døgnkontinuerlig legeberedskap, veiledning fra spesialisthelsetjenesten).

Oppbygging av IMA er ikke et alternativ til utbygging av fullverdig geriatrisk spesialisthelsetjeneste i sykehusene, men forutsetter at sykehusene har geriatriske tilbud som er tilstrekkelig dimensjonert til både å samarbeide med de kommunale tilbudene og til å ta i mot geriatriske pasienter som trenger innleggelse.

Innleggelse kan unngås ved subakutt funksjonssvikt, men da ved rask og tverrfaglig intervensjon for å stoppe funksjonssvikten, ikke ved innleggelser i alternativ type institusjon. Utredning av slike pasienter fordrer et godt samarbeid på tvers av yrkeskategorier og forvaltningsnivåer.

Ved kronisk funksjonssvikt trengs adekvat diagnostisk utredning og adekvate omsorgstilbud. Dette er primærhelsetjenestens hovedansvar, men spesialisthelsetjenesten må bidra ved behov.

Kommunal medfinansiering av sykehustjenester til eldre vil ha dårlig treffsikkerhet når det gjelder å forebygge unødvendige innleggelser, medfører fare for helsetap og må på et faglig grunnlag frarådes.

### **3.2.2. Innledning**

Det er svært uheldig hvis pasienter ikke blir henvist til sykehus i tilfeller der sykehusets diagnostiske eller terapeutiske ressurser ville ha påvirket deres prognose i positiv retning (med tanke på overlevelse, symptomer og/eller funksjonsnivå). Det er også uheldig hvis pasienter innlegges i sykehus uten å ha nytte av det. I en kunnskapsoppsummering laget på oppdrag fra Helsetilsynet er det nylig påpekt at det er en myte at eldre i stor grad blir unødvendig innlagt i sykehus (1).

Avveiningen mellom fordeler og ulemper for den enkelte pasient kan ikke sees uavhengig av hvilket tilbud pasienten eventuelt ville fått i sykehuset. Vi vet mye om hvilket faglige og organisatoriske tilbud akutt syke, skrupelige gamle bør få i sykehus. Ordninger for bedre samarbeid mellom tjenestenivåene må forutsette at begge nivåer (sykehus så vel som kommuner) yter faglig optimale tjenester innen sin del av det felles ansvarsområdet. Bedre samarbeidsrutiner kan ikke kompensere for eventuell brist i kvaliteten på det tilbudet hver og en av partene må forutsettes å gi.

Ulempene og risikoen forbundet med sykehusinleggelse er ikke uavhengig av geografiske forhold. For pasienter som har lang reise til sykehuset, vil både transporten i seg selv og det å komme langt vekk fra nærmiljøet medføre vesentlig større ulempe enn for pasienter som har sykehuset i nærheten. Dette taler for at man ikke nødvendigvis bør velge de samme løsningene i perifere og sentrale strøk. Statistisk sentralbyrå opplyser i desember 2010:

”Av de 4 846 839 innbyggerne som vi har koordinatfestet per 1. januar 2010, så bor 4 335 281 innbyggere innenfor en times kjøreavstand fra et akuttmottak. Dette utgjør 89,4 prosent.”

### 3.2.3. Litteratur/dokumentasjon

#### a. Kvaliteten på tilbudet ved innleggelse

For pasienter med et uklart symptombilde som ofte er preget av sviktende funksjon (forvirring, falltendens, redusert mobilitet, inkontinens), betydelig komorbiditet, hjelpebehov og kognitive symptomer, foreligger nå både nasjonal og internasjonal dokumentasjon for at innleggelse i geriatrike sykehusenheter gir bedre overlevelse og bedre funksjonelt resultat enn innleggelse i andre sykehusenheter (2-5). Innleggelse av denne pasientkategorien i andre typer enheter i sykehus er derfor ikke akseptabelt. Samarbeidstiltak mellom sykehus og kommuner som ikke er basert på at sykehuset yter tjenester for den aktuelle pasientgruppen basert på beste tilgjengelige evidens, må vurderes kritisk.

#### b. Evaluering av alternativer til innleggelse

Vurdering av litteraturen vanskeliggjøres av at tjenester med samme navn kan ha ulikt innhold, og omvendt kan tjenester med svært likt innhold hette forskjellige ting i ulike land.

*Intermediæravdeling* eller *forsterket korttidsavdeling* i sykehjem er svært godt evaluert i Trondheim (Søbstadprosjektet) (6). Pasienter som ble overflyttet tidlig til intermediæravdelingen hadde lavere dødelighet og færre reinnleggelser enn de som lå lenger i sykehus og deretter ble sendt hjem. Vi vet ikke om den gunstige effekten skyldes at de ble behandlet i intermediæravdeling i stedet for i sykehus, eller om den skyldes at det samlede institusjonsoppholdet var lenger for intermediæravdelingsgruppen, slik at gevinsten var knyttet til det å få være tiltrekkelig lenge i institusjon før hjemsending. En klar forutsetning for overflytting til Søbstad var at sykehuset hadde gjort en tilstrekkelig diagnostisk avklaring. Pasientene ble altså ikke primærinnlagt i intermediæravdelingen, og prosjektet er *ikke* en studie av innleggelse i intermediæravdeling som alternativ til sykehus. Svært få av pasientene i prosjektet lå i geriatrik avdeling mens de var i sykehuset. Man har altså sammenliknet opphold i intermediæravdeling med sykehusbehandling som etter dagens standard ikke er den optimale.

Resultatene fra Søbstadprosjektet understøttes av en stor, britisk multisenterstudie, som også omhandlet videre behandling i "community hospital" etter akuttinnleggelse i ordinært sykehus (7). Pasienter som ble overflyttet til rehabilitering i "community hospital" oppnådde bedre funksjonsnivå enn de som ble ferdigbehandlet i ordinært sykehus.

Det er få prosjekter der man har evaluert alternativer til innleggelse i sykehus. En Cochraneanalyse fra 2007 evaluerer "hospital at home" som alternativ til innleggelse (8). De inkluderte studiene er svært heterogene med hensyn til hvilken pasientgruppe de har undersøkt, men den største gruppen er pasienter med KOLS. Én studie omfatter pasienter med hudinfeksjoner og én omfatter lungebetennelse diagnostisert i sykehusets akuttmottak. For gruppene samlet fant man ikke noe helsetap knyttet til at innleggelse ble unngått.

En annen stor metaanalyse viser at bred, tverrfaglig vurdering og optimalisering av helsetilstanden hos hjemmeboende eldre kan bedre deres funksjonsnivå og redusere sannsynligheten for innleggelse både i sykehjem og sykehus (9). Dette var ikke undersøkelser av alternativer til innleggelse i en akuttsituasjon, men av intervensjoner i en mer stabil fase for å redusere behovet for sykehusbehandling på lang sikt.

#### c. Kliniske kjennetegn ved akutt syke gamle

Symptomatologien ved akutt sykdom hos gamle er ofte ukarakteristisk (10, 11). Dette gjelder først og fremst den gruppen av eldre som fra før er kjennetegnet av multisykkelighet, høyt

legemiddelforbruk, kognitive problemer og problemer med å greie seg i dagliglivet. Disse pasientene mangler ofte symptomer og tegn som ellers regnes som karakteristiske, f.eks. brystmerter ved hjerteinfarkt, feber ved alvorlige infeksjoner, buksmerter ved blindtarmsbetennelse osv. I stedet vil de ved akutt, alvorlig sykdom ofte utvikle uspesifikke symptomer og tegn preget av raskt innsettende svikt i evnen til å greie seg selv, slik som delirium ("akutt forvirring") (12), nyoppstått falltendens, mobilitetssvikt og dehydrering. Derfor har pasienter med slike kliniske kjennetegn stort behov for diagnostisk teknologi slik at alvorlige og kurable tilstander ikke blir oversett.

*d. Kvalitetskrav til kommunale institusjoner som skal kunne utgjøre et alternativ til innleggelse*

Motivet for våre anbefalinger er å oppnå et *kvalitativt bedre tilbud* til de eldre pasientene, ikke primært å redusere antall innleggelser eller bygge ned geriatrike tilbud i sykehus. Våre anbefalinger for prehospitale kommunale enheter gjelder derfor *der geografi, transporttid og demografi* skulle tilsi økt vektlegging av slike tjenester, og fremgår av tabell 1.

**Tabell 1. Kvalitetskrav til IMA som skal kunne tilby innleggelser som alternativ til sykehus.**

**A. Teknologi for diagnostikk og behandling**

- Røntgen
- EKG
- Blodgassanalyse eller perkutan kapnografi (CO<sub>2</sub>-målinger) og oksymetri (O<sub>2</sub>-målinger)
- Troponin T / D-dimer
- Elektrolytter
- Urinundersøkelse
- Hematologiske analyser
- Blodsukker
- CRP
- Transaminaser.
- Relevant akuttmedisinsk utstyr
- Overvåkings-/elektromedisinsk utstyr
- Blærescanner

**B. Bemanning og faglige samarbeidsrutiner**

- Interkommunal samarbeidsavtaler med RHF.
- Døgntkontinuerlig mulighet for konferanse med spesialisthelsetjenesten, evt. via videokonferanse.
- Tilknytning til DMS/lokalsykehus hvor interkommunal legevakt er samlokalisert.
- Lege i vakt skal ha tilstedevaktordning slik at pasient innlagt i IMA har 24t beredskapstilbud av lege.
- Kompetanseheving av helsepersonell, gjerne med bruk av IKT-tjenester, i samarbeid med geriatrik spesialisttjeneste.
- Ansettelsesforhold hvor de utøvende leger i IMA er knyttet til de regionale helseforetak/ sykehus hva gjelder både ansvarsforhold, økonomi og nedfelte skriftlige samarbeidsrutiner.
- Finansiering av helseforetak med faste rammebevilgninger
- Statlige retningslinjer for hva DMS-enhetene skal inneholde av personell, utstyr og faglige eksklusjons- og inklusjonskriterier vedr. pasientsleksjon.
- Kontinuerlig og helst daglig kommunikasjon mellom spesialister i sykehus og ansvarlige leger i de kommunale institusjoner.
- 24 timers sykepleierdekning



### 3.2.4. Analyse/diskusjon

Bruk av forsterkede korttidsplasser kan være et godt tilbud for videre behandling og rehabilitering *etter akutt opphold i sykehus*. Forutsetningen er tilstrekkelig og kompetent bemanning og god diagnostisk avklaring fra sykehusets side. En viktig gevinst er trolig at pasientene får et tilstrekkelig langt institusjonsopphold til at utskriving til hjemmet kan foregå trygt.

For enkelhets skyld foreslår vi å dele gruppen *eldre der innleggelse i sykehus kan være aktuelt* inn i grove grupper etter ønsket behandlingsnivå. Man bør legge betydelig vekt på hvorvidt symptomene har debutert akutt (forslagsvis varighet av aktuelle symptomer mindre enn én uke), subakutt (varighet mellom én uke og tre måneder), eller er kroniske (varighet mer enn tre måneder)

#### *a. Pasienter med klar diagnose*

Dette gjelder både pasienter med akutt, subakutt og kronisk forløp. Hvis diagnosen er sikker, pasienten stabil og forløpet ikke er preget av dramatisk funksjonssvikt, vil de fleste pasienter være best tjent med å bli hjemme. Fastlegen og eventuelt hjemmetjenesten håndterer disse pasientene.

#### *b. Pasienter som er klinisk ustabile og kritisk syke*

Disse bør alltid legges inn i sykehus. Unntaket er tilfeller der det foreligger en kjent, terminal sykdom, se neste punkt.

#### *c. Pasienter med kjent terminal sykdom*

Pasienter som har kjent terminal sykdom, bør normalt slippe å bli flyttet i livets siste fase - forutsatt at det kan gis tilstrekkelig lindrende behandling der de befinner seg. Opprustning av det lindrende tilbudet i sykehjem, DMS og hjemmetjenester representerer et stort forbedringspotensial for denne gruppen. Men dette vil ikke medføre noen vesentlig reduksjon i etterspørselen etter sykehussenger. von Hofacker og medarbeidere fant gjennom en ettårs periode 26 pasienter som ble innlagt fra sykehjem til Haraldsplass Diakonale Sykehus mindre enn 48 timer før døden inntraff, hvorav 17 kunne ha unngått innleggelse dersom sykehjemmet hadde hatt tilstrekkelig kompetanse og rutiner for palliativ behandling. Dette er om lag 2 % av innleggelsene i sykehuset i den aktuelle perioden (13). I en studie fra Diakonhjemmet sykehus fant Rashidi og medarbeidere at 8,1 % av innleggelsene gjaldt pasienter fra sykehjem, men av disse ble 2,2 % innlagt med mistanke om hoftebrudd (en ukontroversiell innleggelsesdiagnose), slik at de øvrige innleggelsene fra sykehjem (hvorav mange åpenbart var nødvendige) bare utgjorde 5,9 % (14).

#### *d. Pasienter med ukarakteristiske symptomer og usikker diagnose*

Dette er en svært stor gruppe, der symptomene vanligvis er preget av funksjonssvikt (sviktende kognitiv funksjon, sviktende gangfunksjon og mobilitet, sviktende næringsinntak, dehydrering osv). Gruppen kan med fordel deles i undergrupper etter forløp:

*d1. Akutt forløp (< 1 uke)*. Disse trenger rask diagnostisk avklaring for å identifisere og behandle utløsende årsak(er), og sykehusets diagnostiske ressurser og kompetanse er nødvendige. Rask innleggelse er ønskelig, og tiltak for å hindre innleggelse vil medføre stor fare for negative helseeffekter.

*d2. Subakutt forløp (1 uke - 3 måneder)*. Her kan innleggelse i mange tilfeller unngås dersom pasienten får adekvat diagnostisk utredning, og behandlingstiltak igangsettes i pasientens hjem før hun blir så syk at innleggelse blir uunngåelig. Dette krever at fastlegen varsles, at fastlegen initierer en tilstrekkelig rask og bred utredning, at geriatrisk spesialisthelsetjeneste understøtter diagnostikk og behandling etter behov (f.eks. ved rask poliklinisk vurdering), og at også rehabiliteringstiltak inkluderes i behandlingsspakken. Målet for denne pasientgruppen

er å gi adekvat helsehjelp uten innleggelse. I noen subakutte tilfeller, når fastleger og legevaktsleger finner bo- og familiesituasjonen for utrygg til at observasjon hjemme er medisinsk forsvarlig, må det være åpning for innleggelse av disse pasientene på et intermediært nivå. I distriktene vil dette være i en IMA. I byer og sykehusnære strøk vil det naturlig kunne være observasjonsposter knyttet til større legevaktssentraler eller sykehus. Ved slike sengeenheter må det være personell, ressurser og utstyr som minst tilsvarer de kvalitetskrav som er opplistet i tabell 1. Enhetene må også ha ressurser og rutiner som sikrer at alle som har behov, får rask tilgang til geriatrisk vurdering. Hvis man ikke klarer å stoppe det subakutte forløpet, slik at innleggelse blir nødvendig, er sykehus rette instans, og da fortrinnsvis geriatrisk avdeling, eller eventuelt medisinsk avdeling med geriatrisk kompetanse.

*d3. Kronisk forløp (> 3 måneder).* Disse trenger diagnostisk avklaring, men dette gjøres fortrinnsvis uten innleggelse. Identifisering av korrigerbare tilstander vektlegges. Hvis funksjonssvikten ikke kan stoppes (f.eks. pga. demens), er det essensielt at omsorgstilbudet hele tiden trappes opp på adekvat måte, slik at man kan unngå innleggelser som skyldes utilstrekkelig omsorgsnivå eller sammenbrudd i det sosiale nettverket.

*e. Pasienter med sikker diagnose som er klinisk stabile og ikke kritisk syke, men som likevel trenger innleggelse*

Typiske pasienter har kjent KOLS med typisk forverring, kjent hjertesvikt med typisk forverring eller diabetes med behov for justering i institusjon. I disse gruppene finner vi en del pasienter med relativt hyppig behov for innleggelse. Det finnes lite dokumentasjon omkring størrelsen av denne pasientgruppen, men erfaringsmessig dominerer middelaldrende og "yngre eldre" (opptil 80 år) i denne gruppen, mens de "eldste eldre" oftere får utypiske symptomer som beskrevet i punkt d. Ved lang reise til sykehus (anslagsvis 10 % av befolkningen) representerer det klart kvalitetsforbedrende tiltak for denne pasientgruppen å få et tilbud om innleggelse nærmere hjemmet, og kommunale tilbud og DMSer er da et utmerket tilbud forutsatt at de holder kvalitetskrav som beskrevet i tabell 1. Forslag til seleksjonskriterier for denne gruppen fremgår av tabell 2. På samme måte som omtalt ovenfor (under d2) vil pasienter i denne kategorien kunne håndteres i sykehusenes observasjonsposter og ved observasjonsposter knyttet til legevaktene i de større byene.

## **Tabell 2. Forslag til inklusjons- og eksklusjonskriterier for innleggelse i IMA som alternativ til innleggelse i sykehus**

### **A. Pasienter som kan være aktuelle for kommunale tilbud**

- Palliativ og terminal omsorg av kreftsykdom i samarbeid/forståelse med pårørende
- Forverring av KOLS uten betydelig komorbiditet der behandlingsopplegget er avklart
- Justering av pågående behandling av kjent kronisk sykdom som hjertesvikt og diabetes uten betydelig komorbiditet eller akutt funksjonssvikt
- Terminal fase av hjerte-/lungesvikt
- Behov for transfusjon av blod, væske eller elektrolytter der diagnosen er sikker og det ikke foreligger betydelig multimorbiditet eller akutt funksjonssvikt
- Korrigering av ernæringsvikt og dehydrering hvor kjent utløsende årsak er avklart
- Intravenøs behandling av diagnostisert infeksjonssykdom uten tegn på sepsis og uten betydelig komorbiditet eller akutt funksjonssvikt
- Brudd og skader der røntgenundersøkelse avklarer at sykehusinnleggelse ikke er nødvendig
- Cytostatikabehandling etter fastsatt avtale med 2.linjetjenesten
- Observasjon av andre tilstander der sykehusinnleggelse, etter konferering med geriatrer eller annen relevant bakvakt ved sykehus, ikke anses nødvendig.
- Pasient som normalt ville vært lagt inn, men der pasienten selv (forutsatt mentalt klar) og pårørende klart ønsker behandling i lokalmiljøet

## **B. Pasienter som skal legges inn i sykehus**

- Traumer med uavklart alvorlighetsgrad
- Akutt alvorlig sykdom (forløp < 1 uke) hos eldre med uavklart diagnose, uttalt komorbiditet eller symptomatologi preget av akutt funksjonssvikt
- Akutt forverring av kjent kronisk sykdom der alvorlighetsgrad, komorbiditet eller rask funksjonssvikt tilsier innleggelse
- Rus/intoksikasjoner
- Psykiatri (vurderes eventuelt for tilgjengelige prehospitale DPS-tilbud)
- Pasienter som skal innlegges etter definerte (avklart nasjonale) pasientforløp (f.eks. hjerneslag, akutt hjerteinfarkt).
- Pasienter som ikke opplever rask bedring av subakutt sykdomsforløp under prehospital omsorg og behandling

### **3.2.5. Hovedpunkter/anbefalinger**

- Det er ikke dokumentert at det forekommer mange unødvendige innleggelser av eldre i sykehus
- Vi anbefaler fortsatt utbygging av intermedieæravdelinger/forsterkede korttidsavdelinger for videre behandling og rehabilitering etter sykehusopphold
- Kommunale tilbud som alternativ til innleggelse anbefales i strøk av landet med lang reisetid til sykehus, etter definerte kvalitetskrav og med strikte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Slike tilbud vil ofte være mer aktuelle for pasienter under enn over 80 år
- Tiltakene over vil ikke i vesentlig grad redusere behovet for sykehussenger
- Kommunal medfinansiering av sykehustjenester frarådes

## **3.3. Samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste (Artikkel 3)**

Spørsmålet i mandatet lyder som følger;

- Hvordan kan vi etablere fleksible samarbeidsordninger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som sikrer eldre pasienter en god helsetjeneste?

### **3.3.1. Sammendrag**

Oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er uklar, og det har for en stor del vært slik at kommunenes oppgaver har vært negativt definert; det som ikke gjøres i spesialisthelsetjenesten skal gjøres i kommunehelsetjenesten. Utviklingen i spesialisthelsetjenesten med overgang til mer poliklinikk og dagbehandling samt stadig kortere liggetid, har medført en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette har bidratt til en økt belastning på kommunehelsetjenesten med fare for reduksjon i tilbudenes kvalitet. Samtidig har spesialisthelsetjenesten utviklet seg mot en form som er lite egnet til å ivareta syke eldre. En videre spissing av spesialisthelsetjenesten bør ikke skje dersom dette ikke samtidig innbærer en kraftig oppbygging av geriatrike avdelinger.

Det er videre dokumentert at svikten i helsetjenestene til skrøpelige eldre er omfattende, og den kjennetegnes ved at skrøpelige eldre ikke får tilgang på gode nok spesialisthelsetjenester ved innleggelse i sykehus. Det påpekes også svikt i samarbeid med kommunehelsetjenesten om skreddersydd oppfølgingsplan for den enkelte.

Vi anbefaler strukturer for tettere samarbeid mellom fastleger og hjemmesykepleie. Eldre pasienter må sikres rask diagnostikk og igangsetting av behandling og tilstrekkelig tid til gjenvinning av funksjon.

Det må være tett samarbeid med kommunehelsetjenesten i alle faser av en sykehusinnleggelse. Sykehus må ikke stimuleres til å skrive pasienter for tidlig ut. Kommuner må settes i stand til å etablere gode nok etterbehandlingstilbud, og kommuner må ikke få økonomisk gevinst av å ta pasienter ut til et for dårlig tilbud.

Det må etableres systemer for gjensidig kompetanseutvikling og samarbeid om fagutvikling, herunder ambulante team, områdegeriatriiske team, gjensidig hospitering og praksiskonsulentordninger.

Økonomiske incentiver rettet mot helsetilbud til eldre som dreier behandlingstilbudet mot helsetjenester som ikke er dokumentert å være faglig forsvarlige, må ikke innføres. Dette gjelder kommunale tilbud før og i stedet for sykehus, og for tidlig utskrivning av syke eldre fra sykehus.

### **3.3.2. Innledning**

Utviklingen i spesialisthelsetjenesten med overgang til mer poliklinikk og dagbehandling, samt stadig kortere liggetid, har medført en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (15). Det har vært mer enn en halvering av sengetallet i somatiske sykehusavdelinger siden 1980, og Norge er nå et av landene i OECD med færrest sykehussenger i forhold til innbyggertallet og korteste liggetid. Liggetiden i somatiske sykehus er redusert fra 5,6 døgn i år 2000 til 4,7 døgn i 2007 (15, 16).

Endringene beskrevet ovenfor har blitt drevet fram av andre hensyn enn å sikre eldre pasienter en god helsetjeneste, og de kan tenkes å være lite egnet til å ivareta de spesielle hensyn sykdom hos eldre krever.

### **3.3.3. Litteraturgjennomgang**

En gjennomgang av nyere forskning har vist at svikten i helsetjenestene til skrøpelige eldre er omfattende og kjennetegnes av at skrøpelige eldre ikke får tilgang på gode nok spesialisthelsetjenester ved innleggelse i sykehus. Det påpekes også svikt i samarbeid med kommunehelsetjenesten om skreddersydd oppfølgingsplan for den enkelte (1).

#### **Samarbeid før innleggelse i sykehus, og ved innleggelse i sykehus**

Legetjenesten til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon er mangelfull (17). Det dokumenteres sviktende rutiner for samarbeid og kommunikasjon mellom fastlegen og den kommunale omsorgstjenesten, som i noen tilfeller fører til innleggelser i sykehus som kunne vært unngått. Dette støttes av Bettina Husebø (18) som påpeker at manglende tilgang til kontakt med lege kan føre til unødig sykehusinnleggelse og ressursløsning, men også til sterk uro hos pasient og pårørende.

Næss (19) viser at det kan være svært varierende samarbeid mellom fastlege og sykepleier i hjemmetjenesten. Sykepleiere forteller om vanskeligheter med å få lege til å vurdere pasientens situasjon og at de bruker mye tid og krefter for å skaffe pasienten medisinskfaglig vurdering som han rettmessig har krav på. Videre påpeker Næss at samarbeidet sjelden er rutinemessig, men foregår ved behov, som oftest ved akutt funksjonssvikt hos pasienten eller ved behov for prøvetaking.

Omfanget av "unødvendige" innleggelser er imidlertid ikke dokumentert å være av betydning på systemnivå. Dr. med Bjørn Odvar Eriksen konkluderer sin avhandling med at man kan risikere at mange som har nytte av det ikke vil bli innlagt, dersom man skal redusere antall innleggelser ved å prøve forutsi hvem som ikke kommer til å ha nytte av et sykehusopphold. Pengene en vil kunne spare, står ikke i noe rimelig forhold til de helsemessige tapene en vil få, fastslår Eriksen. I tillegg peker han på at de som ikke får nytte av sitt sykehusopphold, er billigere bl.a. fordi liggetiden er kortere hos disse (20). Flere andre publikasjoner støtter dette synet (21), og det finnes ingen dokumentasjon på at "unødvendige innleggelser" er et problem i norske sykehus (22).

Dersom endring av helsetjenestene bygger på myten om unødvendige innleggelser av eldre i sykehus, står man i fare for å tilby syke eldre pleie og omsorg, når de skulle hatt diagnostikk og behandling (23).

### **Samarbeid i løpet av sykehusoppholdet og ved utskriving.**

Ved alvorlig sykdom og funksjonssvikt er det åpenbart allerede ved innleggelsen at det er nødvendig med et tett samarbeid med kommunehelsetjenesten. Til tross for god planlegging vedrørende utskriving, oppstår det ofte uønskede hendelser som har sammenheng med informasjonsutveksling, forverring av symptomer eller medisinerings (24).

De pasientene som blir klassifisert som "utskrivingsklare", kjennetegnes ved at de etter utskriving trenger kommunale behandlings-, pleie- og omsorgstjenester på et høyere nivå enn det de hadde før innleggelsen i sykehus. Definisjonen av "utskrivingsklar pasient" slik den er i "Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter" (25), prøver å sikre at hele pasientens situasjon skal være sett og vurdert før utskriving, og kommunehelsetjenesten skal sikres nødvendig informasjon for å planlegge og iverksette forsvarlig og god behandling, pleie og omsorg. Til tross for at definisjonen er klar, er det holdepunkter for at helseforetakene mangler rutiner for å sikre at pasientene fyller kriteriene før de erklæres som utskrivingsklare (26, 27).

En analyse av 752 overføringer av "utskrivingsklare pasienter" fra et større sykehus til sykehjemmene i en større kommune i løpet av en 15 måneders periode, viste at det var en betydelig overføring av meget syke "utskrivingsklare pasienter" fra sykehus til sykehjem, og flere pasienter døde på overføringsdagen (28).

### **Gjensidig kompetanseutvikling og samarbeid om fagutvikling.**

"Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester" kan bidra til et tettere samarbeid med avdelinger i spesialisthelsetjenesten som jobber med syke eldre for å utvikle gode samhandlingsrutiner for både pasientforløp og på systemnivå (29).

Ambulante team er organisert i spesialisthelsetjenesten og følger opp pasienter etter utskrivelse fra sykehus, eller bistår kommunene i forhold til pasienter som ikke trenger innleggelse. Ulike ordninger med ambulante team innenfor geriatri og alderspsykiatri kan bidra til kompetanseoppbygging i kommunene, samtidig som representanter fra spesialisthelsetjenesten får kunnskap om kommunehelsetjenestens arbeidsformer. Der det er lange avstander til sykehus, er det noen steder opprettet områdegeriatriiske team, som samarbeider med kommunehelsetjenesten.

I tillegg finnes noen steder ambulante slagteam der det er fokus på tidlig utskriving til hjemmet og hvor effekten har blitt målt til øke funksjonsnivå og livskvalitet, redusert opphold i institusjon og reduserte kostnader sammenlignet med tradisjonell slagbehandling (30).

### **Økonomiske incentiver rettet mot helsetilbud til eldre**

Terje P Hagen (31) peker på at høy sykehjemsdekning henger sammen med lavere sannsynlighet for akuttinnleggelser ved indremedisinske avdelinger for pasienter over 80 år,

særlig for hjertelidelser. På bakgrunn av dette hevdes det at det er særlig for gruppen over 80 år at kommunene kan bygge opp alternative tilbud til sykehusinnleggelse. De fleste over 80 år bor hjemme og er rimelig friske, og sykehjem er absolutt ikke en aktuell boform for dem. Det er klare føringer for at folk skal få bo hjemme så lenge de kan og det er forsvarlig (32), og dette samsvarer med ønsker i befolkningen (33).

### **3.3.4. Diskusjon**

#### **Samarbeid før innleggelse i sykehus og ved innleggelse i sykehus**

Sviktende samarbeid mellom fastlegen som er medisinsk faglig ansvarlig for hjemmetjenestebrukere og sykepleiere som er faglig ansvarlig for helsehjelpen som ytes i hjemmetjenesten har flere fallgruver. For det første får ikke brukeren den helsehjelp han har rettmessige krav på, da manglende samhandling kan føre til en uklar forståelse av hvem som har hvilket ansvar i kommunen i forhold til medisinsk/medikamentell behandling og oppfølging av helsetilstand. For det andre kan mangelfull samhandling føre til unødvendige innleggelser fordi sykepleiere ikke får tak i eller får den nødvendige veiledningen til å håndtere en medisinsk situasjon. Den mangelfulle samhandlingen kan være uttrykk for systemsvikt og ikke nødvendigvis mangel på vilje til å samhandle hos de involverte parter. I lys av dette ser det ut til å være viktig å etablere et system for rutinemessig samarbeid, men også pålitelige og forutsigbare muligheter for å oppnå kontakt i akutte situasjoner mellom fastlege og hjemmetjeneste.

Eldre mister fort funksjon dersom aktivitetsnivået blir senket som følge av en medisinsk tilstand. P.g.a. reduserte organreserver, polyfarmasi og komorbiditet, kan sykdomsbildet fort blir mer komplisert enn nødvendig. Eldre må sikres rask igangsetting av diagnostikk og behandling og tilstrekkelig tid til gjenvinning av funksjon.

#### **Samarbeid i løpet av sykehusoppholdet og ved utskriving**

Under oppholdet i sykehuset bør det være et planmessig og strukturert utredningsforløp som tar utgangspunkt i pasientens spesielle situasjon, behov og ønsker. Allerede ved innleggelsen bør utskriving planlegges, og det må etableres tidlig kontakt med kommunen ved hjemmesykepleien og fastlegen. De som skal ha ansvaret for pasienten under oppholdet, må kartlegge pasientenes ressurser og sykdommer/plager, og man må lage en plan for oppholdet og for utskriving. Skriftlig dokumentasjon, inkludert legeepikrise, skal følge pasienten ved utreise. Epikrise bør utleveres også til hjemmesykepleien, dersom pasienten ikke motsetter seg det.

Pasientansvarlig lege bør opprettholdes for eldre pasienter. Det er sykehuslegen som er behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten, og fastlege eller sykehjemslege i kommunehelsetjenesten. Det er derfor nødvendig med rutiner for informasjonsoverføring og gjensidig veiledning mellom legene, i tillegg til kontakten mellom sykepleiere.

#### **Gjensidig kompetanseutvikling og samarbeid om fagutvikling**

Et likeverdig tilbud av helsetjenester uavhengig av økonomi og bosted krever at vi har mange nok og et kompetent helsepersonell i alle deler av helsetjenesten. Dette fordrer utbygging av geriatriske sengeavdelinger i sykehus, så vel som utbygging av de kommuneale helse- og omsorgstjenester.

Utvikling av kompetanse bør skje i nært samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Det bør legges til rette for gjensidige hospiteringsordninger mellom nivåene og felles undervisningsopplegg. Hele pasientforløpet, som innebærer både før, under og etter utskriving fra sykehus må være godt kjent på begge nivå for å motvirke "bruddsituasjoner" i de ulike forløp.

Videre- og etterutdanningsmuligheter for helsepersonell bør synliggjøres og gjøres attraktive, og det bør legges til rette for praksisplasser i spesialisthelsetjenesten dersom arbeidstaker jobber i kommunehelsetjenesten og vice versa

Kombinerte stillinger, som praksiskonsulenter er et eksempel på, bør evalueres og evt. videreutvikles til også å gjelde felles fagutviklingsstillinger

Ambulante team innenfor geriatri og alderspsykiatri kan veilede kommunene i behandling av eldre pasienter utenfor sykehus, både før, i stedetfor og etter et sykehusopphold. Det anbefales etablering av Områdegeriatrike team i distriktene, med veiledning som en av oppgavene. Det bør også etableres et fast kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten for rådgiving i akutte situasjoner ("vakttelefon").

### **Økonomiske insentiver rettet mot helsetilbud til eldre**

Det har vært en stor oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten i mange år. Kommunehelsetjenesten har stadig fått høyere kompetanse og har påtatt seg større oppgaver. De nye oppgavene har imidlertid ikke blitt fulgt av tilsvarende økonomiske overføringer. På denne måten har kommunehelsetjenesten vært i en prosess med fare for redusert kvalitet på tjenestene. Ytterligere oppgaver til kommunene som ikke fullfinansieres, vil kunne gå ut over kvaliteten på det behandlings- pleie og omsorgstilbudet som gis, og dette vil kunne ramme tilbudet til syke eldre.

Forslaget om kommunal medfinansiering for pasienter over 80 år står i kontrast til de overordnede målsettingene for helse- og omsorgstjenestene (33): "Befolkningen skal sikres lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av diagnose eller behov, alder, kjønn, personlig økonomi og bosted."

St. meld. nr. 47 Samhandlingsreformen (34) viser til dokumentasjon for at kommunale tilbud etter sykehusopphold kan være et godt tilbud. Alle eksempler på kommunale tilbud før og istedenfor sykehus refererer enten til desentralisert spesialisthelsetjeneste (Hallingdal Sjukestugu) til distriktmedisinske sentre med systemansvar i spesialisthelsetjenesten, og tilgang til spesialister (Fosen DMS, Nordreisa og Lenvik DMS) eller sykestuene i Finnmark, som finansieres med 50 % fra Helse Finnmark HF. I distrikt med lang reiseveg til sykehus, er en av fordelene med desentraliserte tilbud som DMS og sykestuer at syke mennesker slipper belastningen med lang reisetid. Det er vanskelig å se at denne argumentasjonen kan gjelde for å opprette kommunale tilbud i nærheten av sykehus. Nye tall fra SSB viser at 89 % av befolkningen bor innen en times reisetid til et sykehus (35).

Egne økonomiske virkemidler for å regulere sykehusinnleggelse av eldre vil kunne medføre fare for tap av helse fordi nødvendige innleggelse ikke blir gjennomført, og fordi kommunene ikke vil ha nødvendig kompetanse og utstyr for diagnostikk og behandling.

Det er usikkerhet om kommunal medfinansiering vil få ønskede virkninger og godt designede forsøk anbefales før man innfører nye organisasjons- og finansieringsmodeller (31).

Det er holdepunkter for at man først får en god samlet effektivitet først når sykehus- og primærhelseressurser samles under "samme tak", altså i ett forvaltningsnivå (36). Dette har ikke vært diskutert i tilknytning til Samhandlingsreformen.

Kommunal betalingsplikt fra første dag for "utskrivingsklare" pasienter, kan bidra til at økonomiske hensyn til en viss grad vil kunne gå foran faglige hensyn for denne sårbare pasientgruppen. Sykehusene belønnes økonomisk for å erklære pasienten tidlig som utskrivingsklar. Etter at de er erklært som "utskrivingsklare" kan disse pasienter bli liggende "på vent" i en sykehusseng, uten nødvendig mobilisering og andre tiltak som kan bidra til økt funksjon. På grunn av økt press på kommunene om å ta pasientene raskt ut, er det risiko for

at det kommunale tilbudet man greier å etablere fort nok, ikke har tilstrekkelig høy faglig kvalitet. Kommunene vil alltid trenge en viss tid til å planlegge og iverksette faglig forsvarlige tiltak for disse pasientene. Kommunal betaling fra dag en kan betraktes som å innføre en plikt til øyeblikkelig overtakelse av pasienter som faktisk har behov for planlegging og tilrettelegging. Dette står i kontrast til den tiden sykehusene bruker til å finne plass til pasienter som trenger planlagt innleggelse.

### **3.3.5. Konklusjon**

Det anbefales strukturer for tettere samarbeid mellom fastleger og hjemmesykepleie. Eldre pasienter må sikres rask diagnostikk og igangsetting av behandling og tilstrekkelig tid til gjenvinning av funksjon.

Det må være tett samarbeid med kommunehelsetjenesten i alle faser av en sykehusinnleggelse. Sykehus må ikke stimuleres til å skrive pasienter for tidlig ut. Kommuner må settes i stand til å etablere gode nok etterbehandlingstilbud.

Det anbefales at det etableres ambulante team, områdeggeriatriske team, gjensidig hospitering og praksiskonsulentordninger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Vi fraråder kommunal medfinansiering av sykehusinnleggelser, og vi fraråder andre økonomiske incentiver rettet mot eldre som dreier behandlingstilbudet mot helsetjenester som ikke er dokumentert å være faglig forsvarlige. Dette gjelder kommunale tilbud før og i stedet for sykehus og for tidlig utskriving av syke eldre fra sykehus.



## 4 Litteratur

1. Sørbye LW, Grue EV, Vetvik E. Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Rapport 2009/5. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole, 2009. ([www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/kunnskap\\_svikt\\_jenester\\_skrøpeligeeldre2009.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/kunnskap_svikt_jenester_skrøpeligeeldre2009.pdf))
2. Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *Br Med Bull* 2005; 71: 45-59.
3. Saltvedt I, Mo ES, Fayers P et al. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 792-8.
4. Gjerberg E, Bjørndal A, Fretheim A. Effekt av geriatriske tiltak til eldre pasienter innlagt i sykehus. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.
5. Baztan JJ, Suarez-Garcia FM, Lopez-Arrieta J et al. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* 2009; 338: b50.
6. Garasen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2007; 7: 68.
7. Young J, Green J, Forster A et al. Postacute care for older people in community hospitals: a multicenter randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 1995-2002.
8. Shepperd S, Doll H, Angus RM et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2008: CD007491.
9. Beswick AD, Rees K, Dieppe P et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008; 371: 725-35.
10. Rowe JW. Health care of the elderly. *N Engl J Med* 1985; 312: 827-35.
11. Resnick NM, Marcantonio ER. How should clinical care for the aged differ? . *Lancet* 1997; 350: 1157-8.
12. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006; 354: 1157-65.
13. von Hofacker S, Naalsund P, Iversen GS et al. Akutte innleggelser fra sykehjem til sykehus i livets slutfase. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2010; 130: 1721-4.
14. Rashidi F, Mowinckel P, Ranhoff AH. Severity of disease in patients admitted for acute care to a general hospital: age and gender differences. *Aging Clin Exp Res* 2010; 22: 340-4.
15. Breivik I. Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2.-linjetjenesten. NIBR-rapport 2010-1
16. Health at a glance 2009: OECD indicators, OECD 2009
17. Sosial- og helsedirektoratet (2006) Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon. Oslo, Sosial- og Helsedirektoratet (Rapport)
18. Husebø B. Styrk sykehjemsmedisinen før du blir gammel og ingen vil ha deg. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 2002;122(5): 562-3.
19. Næss G. Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle som kommer til akuttmottaket? Rapport 1/2008. Høgskolen i Vestfold 2008.
20. Eriksen BO: The potential for reducing inappropriate hospital admissions. A study of health benefits and costs in a department of internal medicine. 1999.
21. Kristoffersen JE: Unødvendige innleggelser – fins dom? *Utposten* 2010(7):30-35.
22. <http://www.morgenbladet.no/apps/pbcs.dll/article?AID=/20090821/OAKTUEL/557857571>
23. Folgerø T: Lik rett til diagnostikk og behandling? *Kronikk og debatt*, *Dagens Medisin* 01/10
24. Misting M: "Lost in Transition – Unwanted incidents among geriatric patients after discharge from hospital". Mastergradsoppgave i Helsevitenskap, NTNU 2007.
25. "Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter" [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-19981216-1447.html&emne=\\*1998-12-16\\*&&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-19981216-1447.html&emne=*1998-12-16*&&)

26. Seierstad TØ, Holmeide AM, Eimot M: Utskrivingsklare pasienter- Hvem er de og hvor hører de hjemme? Analysesenteret, 2010.
27. Garåsen H, Johnsen R: Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste – erfaringer fra Trondheim, Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:1198-200.
28. Otterstad HK, Sorteberg K: Alvorlig syk – og utskrivingsklar, Sykepleien 2008; 96(1):34-36.
29. [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00314/IS-1858\\_Utvikling\\_g\\_314079a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00314/IS-1858_Utvikling_g_314079a.pdf)
30. Indredavik B et al.: Benefit of an Extended Stroke Unit Service With Early Supported Discharge. A Randomized, Controlled Trial Stroke. 2000;31:2989.
31. Hagen TP: Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. HERO On line Working Paper Series 2009:6, Oslo University, Health Economics Research Programme
32. St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
33. Breivik I, Schmidt L: Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige Eldres boligpreferanser. NIBR-rapport 2005:17
34. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
35. SSB på forespørsel fra Prof. Torgeir Bruun Wyller desember 2010.
36. I gode og onde dager. Statuskartlegging og anbefalt virkemiddelbruk for samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten KS FoU-prosjekt nr. 094020  
[http://www.ks.no/PageFiles/15225/094022\\_Samhandling\\_rapport\\_endelig\\_13%2010%202010\\_v5.pdf](http://www.ks.no/PageFiles/15225/094022_Samhandling_rapport_endelig_13%2010%202010_v5.pdf)