

Geriatriplan for Telemark 2016-2020



"Et utagerende menneske er ikke vanskelig, det har det vanskelig."

Innhold

Arbeidsgruppas sammensetning	3
Arbeidsform.....	3
Bakgrunn	4
Brukernes ønsker.....	7
Akuttgeriatri og Alderspsykiatri.....	8
Akuttgeriatri: somatikk inkludert ortopedi	9
Samarbeid med kommunehelsetjenesten	11
Skien	11
Porsgrunn	11
Notodden/Midt-Telemark.....	12
Vest Telemark.....	12
Vestmar	12
Fastlegene	12
Vurdering av mulige tiltak	13
Følgende løsninger foreslås:.....	13
Forslag til bemanningsplan/arbeidsplan	14
Alternativ 1: 3 geriater	14
Alternativ 2: 2 geriater	15
Alternativ 3: 2 geriater, redusert kommunal aktivitet	15
Alternativ 4: 2 geriater, ikke akutt geriatriisk sengeavsnitt	16
Alternativ 5: 2 geriater, ikke orto-geriatri	16
Kostnader	17
Anbefaling	18
1. Akuttgeriatriisk sengepost	18
2. Ortogeriatrici.....	18
3. Alderspsykiatri	18
4. Områdegeriatrici	18
Gjennomføring	18
Referanser	19

Arbeidsgruppas sammensetning

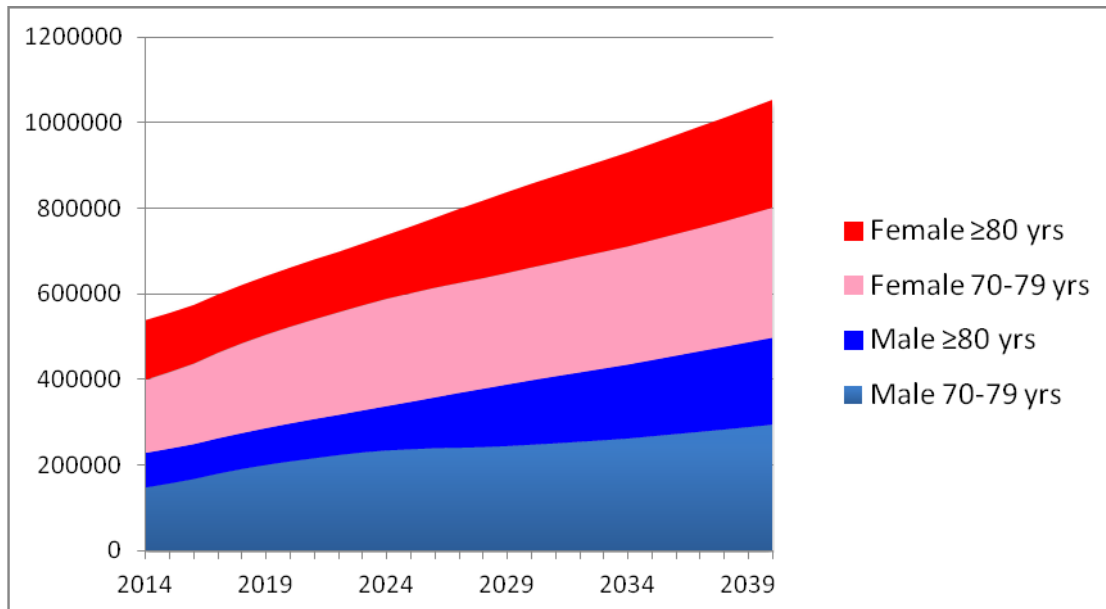
Navn	Tittel, arbeidssted
<i>Kristian Heldal (leder)</i>	<i>Avdelingsleder, Medisinsk klinikk STHF</i>
<i>Egil Rye-Hytten</i>	<i>Brukerrepresentant</i>
<i>Ahmad Al-Fattal</i>	<i>Geriatr, Medisinsk klinikk STHF</i>
<i>Silje Heitmann</i>	<i>LIS, Medisinsk klinikk STHF</i>
<i>Cathrine de Groot</i>	<i>Fysioterapeut, Medisinsk klinikk STHF</i>
<i>Marianne Holm</i>	<i>Psykiater, Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, STHF</i>
<i>Kirsten Eikeland</i>	<i>Seksjonsleder, Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, STHF</i>
<i>Arne Johannesen</i>	<i>Fagsjef, Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, STHF</i>
<i>Paolo Rossi</i>	<i>Seksjonsoverlege ortopedi STHF</i>
<i>Mie Jørgensen</i>	<i>Kommuneoverlege Notodden</i>
<i>Anne Langen</i>	<i>Vinje kommune</i>
<i>Sven Martin Østevik</i>	<i>Lege Porsgrunn kommune</i>
<i>Trude Belseth Sanden</i>	<i>Lege Skien kommune</i>
Følgende har også fått innkalling og mulighet til å delta på møter som observatører:	
<i>Johannes Haukås</i>	<i>Samhandlingskoordinator midt og øst Telemark</i>
<i>Hege Holmern</i>	<i>Samhandlingskoordinator nedre Telemark</i>
<i>Erik Nordberg</i>	<i>Skien kommune</i>
<i>Lars Ødegård</i>	<i>Klinikksjef, Psykiatrisk klinikk STHF</i>
<i>Per Urdahl</i>	<i>Klinikksjef, Medisinsk klinikk STHF</i>
<i>Bjørnar Nyen</i>	<i>Kommuneoverlege Porsgrunn</i>
<i>Vegard Høgli</i>	<i>Kommuneoverlege Skien</i>

Arbeidsform

Det ble arrangert et formøte 11. november 2015 der følgende deltok: Arne Johannesen (Psyk klinikk), Lars Ødegård (Psyk klin), Vegard Høgli (Skien kommune), Bjørnar Nyen (Porsgrunn kommune), Bente Aasoldsen (Porsgrunn kommune), Per Urdahl (Medisinsk klinikk), Kristian Heldal (Medisinsk klinikk). Samtlige var enige om at dette er et interessant prosjekt som man ønsket å delta i. Oppstartsmøtet for selve prosjektet ble avholdt 12. desember 2015 og det har vært gjennomført ytterligere tre arbeidsgruppemøter (20/1, 2/3 og 21/4-2016). Forslaget er et resultat av konsensus i arbeidsgruppa.

Bakgrunn

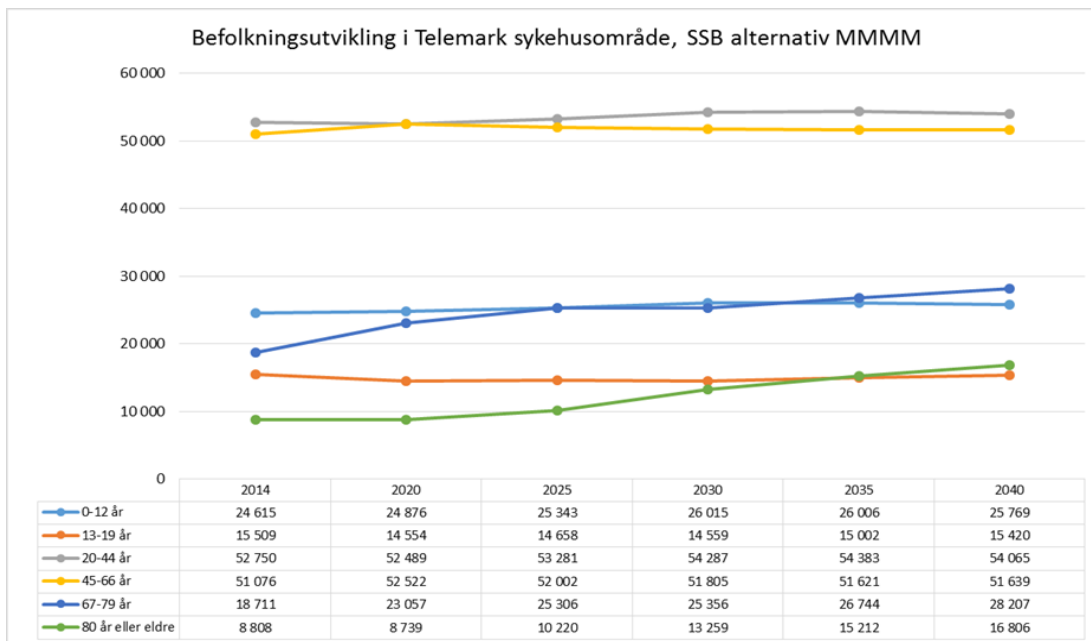
Den norske befolkningen blir stadig eldre. Framskrivninger av befolkningens alderssammensetning tilsier at vi fram mot 2040 kommer til å få en betydelig økning av antall eldre (Figur 1 og Figur 2). Selv om en stor andel av dem vil være friske, vil dette medføre et høyere behov for helsetjenester enn i dag, både i og utenfor spesialisthelsetjenesten.



Figur 1. Utvikling av antall eldre > 70 år i Norge 2014-2040 (Kilde ssb.no)

Dette er pasienter med kompliserte, sammensatte tilstander som hver for seg vil ha behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten. I framskrivning av sykdomspanoramaer og dødsårsaker i Norge vil kronikertilstandene seile opp som de viktigste da man innenfor andre store sykdomsgrupper som kreft og hjerte-/kar opplever betydelige medisinske fremskritt som i stor grad har effektivisert akuttbehandlingen og gitt bedre resultater. Et svært godt eksempel på dette er den utviklingen som har skjedd innen behandling av hjerteinfarkt der pasientene tidligere ble liggende på sykehuset og til dels i intensivavdelingen i mange døgn, mens de fleste i dag kan utskrives et døgn etter gjennomført behandling («blokking» av kransåre).

Parallelt med at befolkningen generelt blir eldre, forventes det også at de yngre og friskeste i større grad bosetter seg sentralt i de større byene. Telemark vil i den forbindelse være en utkant og det forventes derfor at befolkningspyramiden i Telemark vil bli ytterligere forskjøvet i retning av økende andel eldre (Figur 2). Dette vil gjøre eldre og kronikere til den største "kundegruppen" for STHF.



Figur 2. Befolkningsutvikling i Telemark 2014-2040 (Kilde ssb.no)

Et økende antall eldre pasienter med sammensatte somatiske og psykiatriske sykdomstilstander setter store krav til helsetjenesten både på sykehus og i kommunene. Pasientene vil svært ofte benytte mange forskjellige legemidler, som i mange tilfeller kan ha ugunstige bivirkninger, og i verste fall virke mot hverandre. Dette stiller store krav til legene som skal ordinere og kvalitetssikre medisineren. I tillegg vil mange både på grunn av somatisk sykdom, psykiatrisk sykdom og generelt svekket fysisk og kognitiv funksjon, være avhengig av hjelp på forskjellige nivåer; i hjemmet, i omsorgsboliger, i institusjon. Svært ofte innlegges pasientene i spesialisthelsetjenesten på grunn av akutt sykdom og i forbindelse med dette ser man ikke sjelden at de utvikler en forvirringstilstand (akutt delirium) som stiller svært store krav til behandlingen på sykehus. Kombinasjonen av behov for ro og skjerming er ikke alltid like lett å få til i en travel medisinsk sengepost. Det er derfor godt dokumentert at delirium kan forebygges ved brede ikke-farmakologiske tilnærminger der man fokuserer på å sikre basale kroppslige behov som oksygentilførsel, væskebalanse, tarmfunksjon, blærefunksjon, fjerne unødvendige medikamenter og fokusere på ernæring, mobilisering og daglig stimulering. Dette fordrer egne enheter der pasienten både kan få nødvendig diagnostikk og pleie, men også kan skjermes for å unngå overstimulering (1, 2). Ved utviklet delir behøves det i tillegg medikamentell behandling i første rekke med anti-psykotika (3).

Geriatrien i Telemark har gjennomgått en betydelig endring over de siste 10 årene. Dette har dels vært en følge av faglige endringer, men også drift- og økonomiske hensyn har påvirket dette. Fram til nå har man hatt kun en geriater i Telemark og dette har også påvirket mulighetene man har hatt.

I begynnelsen hadde geriatrien i hovedsak fokus på dagbehandling i en egen avdeling lokalisert på sykehuset i Porsgrunn. Etter hvert ble aktiviteten rettet mer mot akuttgeriatri

med tverrfaglig fokus på innlagte pasienter, kombinert med en liten tverrfaglig poliklinikk. Man etablerte først et antall akuttgeriatriske senger inkludert i en indremedisinsk sengepost der akuttgeriatrien var samlokalisert med lungesykdommer. Erfaringene fra dette prosjektet var blandede. Man klarte å etablere personale med kompetanse og interesse innen geriatri, men de fysiske forutsetningene med senger midt inne i en travel somatisk sengepost med dårlige muligheter for skjerming av urolige pasienter, gjorde forholdene til tider svært vanskelige. I 2014 åpnet man så et eget skjermet akuttgeriatrisk tilbud med 8 senger i tilknytning til en annen indremedisinsk sengepost (hjerte, nyre, endokrinologi). Erfaringene med denne posten var gjennomgående gode, men utfordringene lå blant annet i at man ikke fikk benyttet alle sengene til akuttgeriatriske pasienter. En del av sengene ble fylt opp av pasienter som var ferdigbehandlet og ventet på kommunal plass. I tillegg ga avdelingen store driftsmessige utfordringer da man trengte betydelig økt pleiebemannning fordi man ikke kunne ha felles nattevakter med hovedavdelingen (Medisin 3) på grunn av den geografiske avstanden. Som en følge av innsparingskrav på budsjettet for 2015 ble det derfor bestemt at den akuttgeriatriske sengeposten skulle stenges og at man i stedet etablerte et tverrfaglig akuttgeriatrisk team som skulle tilse og følge opp pasientene som var innlagt på andre somatiske sengeposter. Erfaringene med det akuttgeriatriske teamet har vært gode. Man har fått økende antall henvendelser og teamet har bidratt til vurdering og oppfølging av pasienter på flere somatiske sengeposter. Det har imidlertid vært utfordringer som dels har vært knyttet til ansvar for oppfølging samt manglende mulighet for skjerming av pasientene i en samlet enhet med dedikert personale.

Siden man kun har hatt en geriater ansatt ved STHF har man hatt små muligheter til å utvide samarbeidet med andre aktører som kommunehelsetjenesten, andre somatiske enheter og psykiatrien. Rekrutteringen til faget er imidlertid økende og fra høsten 2016 forventes det at det er to til tre leger med overlegekompetanse i geriatri ansatt ved STHF. Dette gir nye muligheter både internt og eksternt. Geriatriplan for Telemark har som siktemål å bedre tilbudet til fylkets eldre med akutte og sammensatte kroniske sykdommer.

Som et utgangspunkt for planen har man tenkt seg en tredeling av aktiviteten:

- A. Ny akuttgeriatrisk enhet med skjermede senger og tett samarbeid mot alderspsykiatrien
- B. Videreføring av det akuttgeriatriske teamet med ansvar for pasienter på øvrige somatiske sengeposter + eventuelt øremerkede "orto-geriatriske" senger
- C. Samarbeid med kommunene som inkluderer geriatritjenester i kommunene.

I det følgende vil en først beskrive brukernes ønsker, deretter fagmiljøenes ønsker og behov knyttet til de ovenstående punktene.

Brukernes ønsker

Fra brukerrepresentant Egil Rye-Hyppen fremholdes det betydningen av å se pasientens problemer som et symptom på sykdom/livssituasjon: *"Et utagerende menneske er ikke vanskelig, det har det vanskelig."* For å gi god behandling fremholdes det flere tiltak som er ønskede fra er brukerperspektiv. Dette er tiltak som hører hjemme i ulike forvaltningsnivå, men det er viktig at ting/tjenester/ansvar henger sammen. De uthevede punktene representerer tiltak som vurderes å være av størst betydning.

a) Holdninger

- ✓ **Aksept for alder og død som en del av livet**
- ✓ **Tid til å prate/lytte**
- ✓ **Avtaler må holdes**
- ✓ **Sikre god kommunikasjon mellom ansatte og mellom bruker og ansatte**
- ✓ **Legge til rette for god kommunikasjon mellom brukere**
- ✓ Respekt for den enkeltes behov og ønske

b) Kompetanse

- ✓ **Opplæring/oppbygging av lokal kompetanse**
- ✓ **Forebygging av livsstilproblematikk**
- ✓ Hospitering

c) Organisering av tjenestene

- ✓ **Samhandling mellom ulike faggrupper på tvers av tjenestenivåer**
- ✓ **Nært samarbeid med familie/pårørende**
- ✓ **Hjemmerehabilitering**
- ✓ **Ambulerende team i alle tjenestenivå**
- ✓ **Geriatrisk avdeling på sykehus**
- ✓ **Tilbud om god mat også i trivelige og sosiale sammenhenger**
- ✓ Nyanserte og tilstrekkelig antall bo- behandlings- og sykehjems plasser
- ✓ Sansehager
- ✓ Stimulere til bygging av generasjonsboliger der det er mulig
- ✓ Vandelsattest for ansatte i eldreomsorg
- ✓ Faste hjelpere/faste brukere
- ✓ Effektiv og oppdatert system for trygghetsalarm
- ✓ Bruk av GPS
- ✓ Gode og allsidige kultur og opplevelsestilbud
- ✓ Allsidige aktivitetstilbud
- ✓ Gode og tilgjengelige tjenester innenfor helse, tannhelse, syn, hørsel etc.

Akuttgeriatri og Alderspsykiatri

Geriatriske pasienter som er innlagt på sykehus er ofte svært somatisk syke, og det er behov for god og rask tilgang til somatisk utredning (blodprøver, røntgen, osv). Det er derfor viktig at akuttgeriatrien er lokalisert nær de øvrige somatiske postene. En egen akuttgeriatrisk sengepost med muligheter for å skjerme pasientene er ønskelig da dette gir dokumentert bedre overlevelse, og flere pasienter som fortsatt bor hjemme 6-12 måneder etter et opphold på geriatrisk avdeling sammenlignet med pasienter som har vært innlagt i en generell medisinsk avdeling (2). Studier av dette har konkludert at det er den geriatriske kompetansen og behandlingen som fører til et bedre resultat.

Når det gjelder lokalitetene er det ønskelig med enerom og tilgang til eget bad og toalett.

Alderspsykiatriske pasienter er svært psykisk syke og har behov for tilgang og samarbeid med psykiatrien. For disse pasientene er det viktig med små avdelinger og gode uteområder. Alderspsykiatrien er avhengig av nærhet til akuttseksjon og sikkerhetsseksjonen, særlig i forhold til sikkerhet.

Ønskede løsninger:

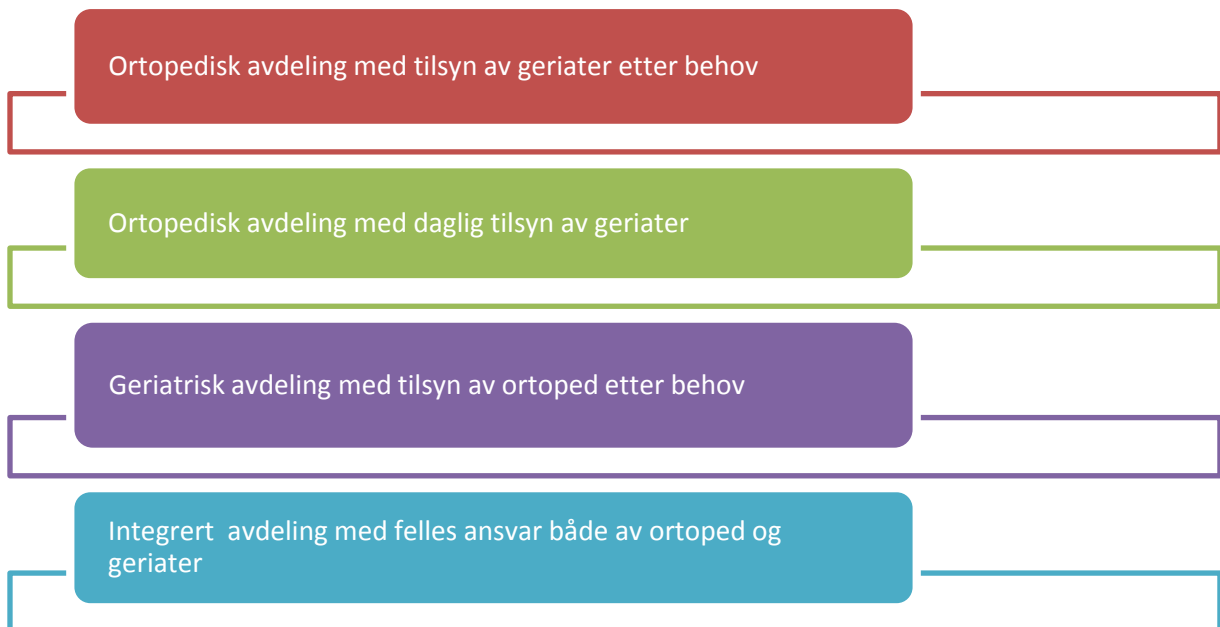
- Det er ønskelig med to adskilte sengeposter organisert i hver sin klinikk. Sengepostene bør ligge så nær hverandre at det understøtter mulighetene for tett samarbeid og gjensidig tilsyn. Det er viktig at akuttgeriatrien har nærhet til de øvrige somatiske sengeposter og at alderspsykiatrien på samme måte har nærhet til akuttpsykiatri og sikkerhetsseksjonen.
- I et eventuelt fremtidig nybygg med felles psykiatrisk og somatisk akuttmottak kan bør man utrede mulighetene for å legge alderspsykiatri og akuttgeriatri i umiddelbar nærhet til hverandre forutsatt at nærheten til de øvrige avdelingene også ivaretas.
- Funksjonsvurderinger etterspørres i dag i økende grad av kommunene og dette brukes i vurderingen når man tildeler tiltak i kommunehelsetjenesten. Det er derfor ønskelig med tverrfaglig tilnærming og behandling både innen geriatri og alderspsykiatri. Alderspsykiatrien ser behov for at det tilføres fysioterapeut som en del av det tverrfaglige teamet sammen med psykiater, psykolog, sykepleier og ergoterapeut.
- Gjensidig tilsyn mellom geriatri og alderspsykiatri bør gjennomføres rutinemessig en gang i uka på døgnpost samt ved behov (tilsynsforespørsel). Aktuelle tilsyn bør være forberedt av personalet.
- Felles poliklinikkdager kan være ønskelig.
- Det ønskes at det legges til rette for felles og langsiktig fagutvikling. I første omgang er det naturlig å starte med internundervisning og hospitering. Kasuistikk møter organisert som forberedte felles tverrfaglige møter der konkrete pasienter drøftes, ansees som en viktig arena for slik felles fagutvikling.

Akuttgeriatri: somatikk inkludert ortopedi

Ortogeriatrisk avdeling i Arendal ble opprettet i 2011 med nedenstående momenter som utgangspunkt:

- **Sterkt ønske både fra ortopedisk og geriatrisk avdeling i Arendal**
- 7 senger lokalisert på ortopedisk avdeling i egen gruppe med tillegg av 2 vanlige ortopediske senger (hodetraumer)
- **Avdelingen ble styrket** med 3 sykepleierstilling, 1 fysioterapeut og 0,5 ergoterapeut samt geriater.
- **Geriatrer /indremedisiner og ortoped sammen ansvar for den daglige driften.**

I utredningen av dette tilbudet ble det vurdert flere ulike driftsmodeller (Figur 2)



Figur 3: Ulike modeller for organisering av en ortogeriatrisk avdeling

Man vurderte det øverste alternativet med en ordinær ortopedisk avdeling med tilsyn av geriater ved behov, som det dårligste alternativet. Det er denne modellen vi har ved STHF i dag der det akuttgeriatriske teamet gjennomfører tilsyn etter forespørsel. Alternativet med en integrert avdeling med felles ansvar både fra ortoped og geriater ble vurdert som det beste og ble derfor lagt til grunn for den orto-geriatriske avdelingen som ble opprettet.

Etter samtaler mellom fagmiljøene i ortopedi og geriatri fremkommer følgende ønskede løsninger ved STHF:

- Egne definerte senger til ortogeratri på ortopedisk avdeling. Årsakene til fall blant eldre er som regel multifaktorielle (4). Eldre med hoftebrudd representerer derfor i stor grad geriatriske problemstillinger, i tillegg til de kirurgiske problemstillingene (5).
- Ansvar for pasientene ønskes optimalt delt på følgende måte:
 - Ortopedi har ansvar for den kirurgiske delen i tillegg til pasientansvar etter arbeidstid/i helger og ved geriaterens fravær. Vaktansvar dekkes således av ortopedi og ikke indremedisin.
 - Geriater har ansvar for den indremedisinske delen og daglig drift 4-5 dager i uken.
- Målet er at pasientene som ligger i de ortogeriatriske sengene skal få nødvendig kirurgisk etterbehandling samtidig som de blir satt i stand til å klare seg hjemme eller med tilpasset hjelp.
- Antall senger og pasienter er ikke avklart. Telling på ortopedisk sengepost indikerer at opp mot åtte pasienter kan være aktuelle kandidater. Den geriatriske kompetansen er imidlertid ikke ubegrenset og for å dekke så mange behov som mulig vil det sannsynligvis være fornuftig å starte med et mer begrenset tilbud og kombinere dette med muligheter for tilsyn med rådgivning for øvrige pasienter. Dette er det mulig å få til innenfor eksisterende bygningsmasse
- Det er ønskelig med tverrfaglig pre-visitt. Ideelt bør både ortoped og geriater, i tillegg til andre tverrfaglige, være med på pre-visitt. Hvem som går visitt hos pasienten bør vurderes individuelt.
- En del pasienter med ortogeriatriske behov (fall uten brudd) innlegges i kommunale institusjoner. Oppfølging av disse beskrives under samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- Det er ønskelig med nye stillinger for sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut med kompetanse i geriatri. Inntil det eventuelt kan realiseres må man benytte de ressursene som er tilgjengelige i dag. Det bør uansett legges en langsiktig plan for økt kompetanse/videreutdanning i geriatri for sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter.
- Samarbeid med kommunene. Annet hjelpebehov – etterspørres av kommunene. Det bør vurderes hvilke verktøy som skal brukes slik at hjelpebehovet kan avklares.
- Effekten av ortogeriatrisk sengepost kan evalueres ved å studere resultatene sammenlignet med en kontrollgruppe på Notodden der man ikke har samme organisering.

Det eksisterer også andre mulige modeller for samarbeid mellom ulike spesialiteter og geriatri. Blant annet er det etablert egne nevrogeriatriske enheter der geriater bidrar i behandlingen av slagpasienter eldre enn 75 år. Man opplever imidlertid at disse pasientene i dag har et godt tilbud innenfor eksisterende slagavdeling og ser ikke grunn til å opprette noen egen nevrogeriatrisk enhet.

Tilbudet til øvrige pasienter innlagt på somatiske sengeposter bør håndteres ved hjelp av dagens akuttgeriatriske team.

Samarbeid med kommunehelsetjenesten

Hovedsatsningsområde for geriatri samarbeid mellom sykehus og kommuner bør være pasienter innlagt i kommunale institusjoner som har problemer knyttet mot forvirring (delir), polyfarmasi, demens og falltendens. Videre utredning bør blant annet vurdere mulighet for ambulante tjenester. Kommunene rapporterer om noe forskjellige behov som vil belyses i det følgende.

Skien

Skien kommune har etablert "Skien helsehus" der man totalt har 78 senger fordelt på 21 rehabiliteringssenger, 7 lindrende, 9 øyeblikkelig hjelp, 9 avklaring og 32 korttid.

Avklaring: Pasienter som "venter på plass". Tverrfaglig omsorg med daglig legetilsyn. Sorteres videre til andre avdelinger eller til hjemmet. Mange pasienter som har falt, med eller uten brudd, noen slagpasienter, noen indremedisinske problemstillinger, en del opererte. Mange pasienter med delir og mye polyfarmasi.

Ønske om geriatri tilsyn *en gang i uken*. Dette kan sannsynligvis hindre reinnleggelser. Ønsker at geriater gjennomgår utvalgte pasienter sammen med den faste legen ved avklaringsenheten og at det i tillegg ble utført tilsyn til enkeltpasienter.

Korttid: Mange pasienter med demens. Behov for tilsyn knyttet opp mot dette.

Ønske om organisert poliklinikk på helsehuset samt tilsyn fra alderspsykiatrien.

Skien kommune ønsker at Skien helsehus skal få godkjenning som utdanningsinstitusjon i hvert fall som sideutdanning for allmenntid. I den forbindelse kan det være behov for å etablere veiledning av utdanningskandidater.

Porsgrunn

Porsgrunn har så langt ikke etablert et eget helsehus, men man ønsker å samle flere kommunale tjenester under samme tak. Fokuserer på tverrfaglighet.

Ønske om dedikert avdeling for utskrivningsklare pasienter.

Ønske om tilsyn og veiledning *en gang i uken*. Kommunale leger vil ha ansvar for pasientene. Ved sykehjemmene vil det innimellom være behov for spesialistvurdering av geriater. Korte avstander mellom enhetene, ønske om samkonsultasjon med sykehjemsleger men også telefonkonsultasjoner.

Også her ønske om ambulante tjenester fra alderspsykiatri.

Ønsker også hjelp til å bygge opp lokal kompetanse

Notodden/Midt-Telemark

Mindre å spille på enn det som er tilfellet i Grenland. Planlegger samlokalisering og opprettelse av demensteam. Ønsker seg geriater og tverrfaglig personell som kommer ut til kommunene *en til to ganger per måned*.

Ønsker å bygge opp lokal kompetanse

Vest Telemark.

Man ønsker ikke å sende pasientene fra seg. Ønsker seg derfor områdegeriatri med et *ambulant team som kommer til kommunene med visse mellomrom*. I forhold til alderspsykiatri har man først og fremst behov for råd noe som kan løses ved tilgjengelighet på telefon.

Ønsker å bygge opp lokal kompetanse

Vestmar

Det har tidligere vært tilbud om geriatrisk poliklinikk i Kragerø uten at man opplevde at dette tilbudet ble benyttet i vesentlig grad. Det ble derfor avviklet og man har nå i stedet etablert en forsøksordning i Bamble.

Ønsker å bygge opp lokal kompetanse

Fastlegene

Det har vært varierende oppslutning fra fastlegene om de geriatriske poliklinikktilbudene som har vært etablert. Store individuelle forskjeller. Det pågår nå en forsøksordning i Bamble kommune som vil bli evaluert. Eventuelt opprette kurstilbud som gir tellende kurstimer for fastleger.

Vurdering av mulige tiltak

Tiltakene som foreslås må ikke ta hensyn bare til dagens situasjon, men også hva som vil være status om 15-20 år. I den forbindelse er den demografiske utviklingen med stadig flere eldre, både friske og syke, svært sentral. Fremtidens helsevesen må være i stand til å diagnostisere og behandle et stort antall eldre pasienter og dette må skje gjennom et samarbeid mellom sykehus og kommuner. Dette bør det fokuseres på i grunnutdanningen, men ferdig utdannet helsepersonell må også tilegne seg kompetanse og holdninger som gjør dem i stand til for eksempel å velge mellom å gi aktiv eller lindrende behandling samt gi pasientene et helsetilbud som er tilpasset deres behov. For å oppnå dette er det viktig å sette fokus på kompetanseutvikling både på sykehus, kommuner og universitet/høgskoler. I Nord Norge har man hatt et organisert geriatrisk kompetanseprogram som ble ledet fra Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN). Dette programmet strakk seg over to år og inkluderte fire to-dagers samlinger hvert halvår. Programmet var et tilbud til alle i kommunehelsetjenesten som jobbet med eldre.

Geriatriske tjenester skal være karakterisert ved en høy grad av tverrfaglighet. Det må derfor bygges opp team bestående av nødvendige personellgrupper som i tillegg til leger (geriater, psykiater) bør omfatte sykepleiere, fysioterapeut og ergoterapeut. Andre personellgrupper som psykolog, klinisk farmasøyt og klinisk ernæringsfysiolog kan også være nyttige bidragsyttere.

I sykehus kan den geriatriske aktiviteten være organisert rundt øremerkede, skjermede senger. Det må imidlertid også være mulig å få geriatrisk tilsyn og vurdering til pasienter som ligger utenfor disse øremerkede sengene. En kombinasjon av øremerkede senger og et akuttgeriatrisk tverrfaglig team vurderes derfor som det mest ønskelige.

I kommunene vil aktiviteten være konsentrert rundt eksisterende sykehjem og helsesentra. Med inspirasjon fra psykiatrien kan man også tenke seg at det vil være hensiktsmessig å se på etablering av DGS (Distrikts Geriatriske Sentra).

Følgende løsninger foreslås:

1. Det øremerkes inntil 4 skjermede akuttgeriatriske senger i medisinsk klinikk. Disse sengene bør fortrinnsvis være enerom og lokalisert i nærheten av hverandre
2. Det organiseres fast geriatrisk tilstedeværelse på ortopedisk sengepost inntil tre dager i uken.
3. Det akuttgeriatriske teamet videreføres
4. Det etableres ambulansetjeneste til kommunene (områdegeriatri) etter egen avtale

Forslag til bemanningsplan/arbeidsplan

Alternativ 1: 3 geriater

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Geriater 1	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT
Sykepleier	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT
Fysioterapeut 100 %	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT
Ergoterapeut 60 %	AGS/AKT/Ort	AGS/AKT/Ort		AGS/AKT/Ort	
Geriater 2	Ortopedi	Ortopedi	APS/Ger.pol.	Ortopedi	Ger.pol.
Sykepleier 1-1,5 dag			Ger.pol.		Ger.pol.
Fysioterapeut 50 %			APS/Ger.pol.		APS/Ger.pol.
Ergoterapeut 40 %			Ger.pol.		Ger.pol.
Geriater 3 Delt finansiering sykehus/kommune	Skien	Porsgrunn	Bamble	Andre kommuner	Skien

Alternativ 2: 2 geriater

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Geriater 1	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT
Sykepleier	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT
Fysioterapeut 100 %	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT
Ergoterapeut 60 %	AGS/AKT	AGS/AKT		AGS/AKT	
Geriater 2 Evt 20-30 % kommunal medfinansiering	Ortopedi (AKT)	Kommuner	APS/(AKT)/Kommuner	Ortopedi (AKT)	Ger.pol.
Sykepleier 1-1,5 dag					Ger.pol.
Fysioterapeut 50 %			APS		Ger.pol.
Ergoterapeut 40 %	Ortopedi				Ger.pol.

Alternativ 3: 2 geriater, redusert kommunal aktivitet

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Geriater 1	AGS	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT
Sykepleier	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT
Fysioterapeut 100 %	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS/AKT
Ergoterapeut 60 %	AGS/AKT	AGS/AKT		AGS/AKT	
Geriater 2	AKT (Tif kons)	Ortopedi/AKT	APS/Bamble	Ortopedi/AKT	Ger.pol.
Sykepleier 1-1,5 dag					Ger.pol.
Fysioterapeut 50 %			APS		Ger.pol.
Ergoterapeut 40 %		Orto			Ger.pol.

Alternativ 4: 2 geriater, ikke akutt geriatrisk sengeavsnitt

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Geriatr 1	AKT	AKT	APS/AKT	AKT	AKT
Sykepleier	AKT	AKT	AKT	AKT	AKT
Fysioterapeut 100 %	AKT	AKT	AKT	AKT	AKT
Ergoterapeut 60 %		AKT	AKT	AKT	
Geriatr 2 30 % kommunal medfinansiering					
	Ortopedi (AKT)	Kommuner	Kommuner	Ortopedi	Ger.pol.
Sykepleier 1-1,5 dag					Ger.pol.
Fysioterapeut 50 %			APS		Ger.pol.
Ergoterapeut 40 %	Ortopedi				Ger.pol.

Alternativ 5: 2 geriater, ikke orto-geriatri

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Geriatr 1	AGS	AGS/AKT	AGS/AKT	AGS	AGS/AKT
Sykepleier	AGS	AGS	AGS	AGS	AGS
Fysioterapeut 100 %	AGS	AGS	AGS	AGS	AGS
Ergoterapeut 60 %		AKT	AKT	AKT	
Geriatr 2 30 % kommunal medfinansiering					
	AKT	Kommuner	Kommuner	AKT	Ger.pol.
Sykepleier					Ger.pol.
Fysioterapeut 40 %			APS		Ger.pol.
Ergoterapeut 40 %					Ger.pol.

Kostnader

Den mest kostnadsdrivende modellen er Alternativ A som i tillegg til en ekstra overlege i geriatri, også vil kreve styrking av fysioterapitjenestene med 50 % fysioterapeut og 40 % ergoterapeut. I alternativ A må man diskutere kommunal medfinansiering av geriater 3 som i det alt vesentligste kommer til å jobbe i kommunene. I de øvrige alternativene vil geriater 2 dels benyttes i sykehus, dels ut mot kommunene (20-30 %) og behovet for kommunal medfinansiering vil således være mindre. Øvrig personellbehov løses gjennom omdisponering av eksisterende personell.

	Årslønn	Sosiale utgifter	Totalt
Overlege	700 000	300 000	1 000 000
Fysioterapeut 50 %	210 000	90 000	30 0000
Ergoterapeut 40 %	170 000	70 000	240 000
Totale kostnader			1 540 000

Anbefaling

1. Akuttgeriatrik sengepost

Fra et faglig perspektiv er det sterke anbefalinger for å re-etablere øremerkede skjermede senger for akuttgeriatri. På bakgrunn av dette anbefales det at man ser på muligheten for å omdefinere fire av dagens eksisterende senger i medisinsk klinikk til akuttgeriatrike senger. Disse sengene bør lokaliseres i samme sengeenhet og de bør om mulig være lokalisert nær hverandre og fortrinnsvis som enerom.

2. Ortogeriatri

Det anbefales at geriater har tjeneste på ortopedisk sengepost inntil tre dager i uken. Man benytter dagens fysioterapibemanning, men må vurdere å tilføre ergoterapibemanning inntil to dager pr uke på ortopedisk sengepost.

3. Alderspsykiatri

Det legges opp til regelmessige samarbeidsmøter. Det bør vurderes om man kan allokere inntil 50 % fysioterapiressurs til alderspsykiatrien. Et eventuelt fremtidig tettere samarbeid som kan omfatte samlokalisering og felles akuttmottak bør utredes nærmere som en del av STHFs utviklingsplan.

4. Områdegeriatri

Det anbefales at man etablerer et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som omfatter, men ikke begrenses til, ambulante polikliniske tjenester, rådgivning, tilsyn til enkeltpasienter og undervisning av helsepersonell, pasienter og pårørende. Organiseringen og gjennomføring av dette samarbeidet må være et resultat av drøftinger mellom Sykehuset Telemark og kommunene og disse drøftingene må også avklare eventuell kommunal medfinansiering.

Gjennomføring

Dersom man klarer å rekruttere tre geriater vil geriater nummer tre kunne fristilles til 100 % arbeid ut mot kommunene (Alternativ 1). Inntil man har tre geriater på plass vil tilbudet bli redusert til 20-30 % hovedsakelig med fokus på nedre Telemark, men med rådgivningsfunksjon mot øvre Telemark (Alternativ 2 og 3). Sannsynligvis vil det mest realistiske være en gradvis opptrapping av aktiviteten både på sykehus og i kommunene.

Parallelt pågår det et rekrutteringsarbeid for å rekruttere indremedisinsk overlege med erfaring/interesse for geriatri til ledig overlegehjemmel på Notodden. Denne overlegen forventes i så fall å kunne bidra med geriatri-tjenester ut mot kommunene i øvre Telemark.

Prosjektleder gis mandat fra arbeidsgruppa til å presentere planen for styringsgruppa (samhandlingsgruppene i Telemark) og brukerutvalget. Videre skal prosjektleder presentere planen for ledergruppene i Medisinsk klinikk og ved Sykehuset Telemark for å bidra til realisering av planen. Prosjektleder gis også mandat til å organisere prosjekter som skal konkretisere tiltakene ut fra de økonomiske rammene som kan stilles til rådighet.

Referanser

1. **Zaubler TS, Murphy K, Rizzuto L, Santos R, Skotzko C, Giordano J, et al.** Quality improvement and cost savings with multicomponent delirium interventions: replication of the Hospital Elder Life Program in a community hospital. *Psychosomatics*. 2013; 54(3): 219.
2. **Saltvedt I.** Treatment of acutely sick, frail elderly patients in a geriatric evaluation and management unit - Results from a prospective randomised trial. NTNU. Trondheim: NTNU; 2006.
3. **Meagher DJ, McLoughlin L, Leonard M, Hannon N, Dunne C, O'Regan N.** What do we really know about the treatment of delirium with antipsychotics? Ten key issues for delirium pharmacotherapy. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013; 21(12): 1223.
4. **Kiel DP, Schmader K, Sokol HN.** Falls in older persons: Risk factors and patient evaluation. Up to date 2011.
5. **Prestmo A, Hagen G, Sletvold O, Helbostad JL, Thingstad P, Taraldsen K, Lydersen S, Halsteinli V, Saltnes T, Lamb S, Johnsen L, Saltvedt I.** Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial [online]. *Lancet*. 2015;385(9978):1623-1633.

