



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Strategi

Nasjonal strategi for spesialist- helsetjenester for eldre 2008 – 2012





HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Strategi

Nasjonal strategi for spesialist- helsetjenester for eldre 2008 – 2012

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	3
1.1 Syke eldre – en nasjonal utfordring	4
1.2 Hovedformål, målgruppe og varighet	5
2. Bakgrunn	5
3. Nasjonale oppmerksomhetsområder og arbeidsmåter	6
3.1 Hovedmål for spesialisthelsetjenester for eldre	6
3.2 Spesialisthelsetjenestens oppgaver	6
3.3 Fokusområder for å bedre spesialisthelsetjenester for eldre	7
Fokusområde 1: Mestring	7
Fokusområde 2: Forebyggende og helsefremmende tiltak	8
Fokusområde 3: Helsetjenestetilbudet for eldre i sykehus	9
Fokusområde 4: Utdanning og rekruttering av personell	12
Fokusområde 5: Forskning	14
Fokusområde 6: Finansieringsordningene	15
4. Ansvar og oppfølging	15
4.1 Oppgaver for RHF	15
4.1 Oppgaver for Helsedirektoratet	16

1. Innledning

Det er et mål at alderdommen skal være preget av trygghet og mulighet for å leve et mest mulig normalt liv. I alderdommen øker imidlertid sjansene betydelig for en rekke sykdommer og funksjonstap. Det er derfor av avgjørende betydning for trygghet og livskvalitet at eldre får gode helsetjenester når de trenger det. Livskvalitet handler ikke bare om helse, men også om å være hovedaktør i eget liv, ha en sosial forankring og muligheter for endring. Det er mulig å opprettholde velbefinnende og oppleve livskvalitet til tross for redusert helse og funksjonsevne. Mestringsperspektivet er derfor et viktig element i denne strategien.

Primærhelsetjenesten vil være den viktigste støtten for å mestre sykdom og gi omsorg og behandling til mennesker i alderdommen. Det er en ønsket utvikling at både utredning, behandling, rehabilitering og omsorg skal kunne ytes så nær pasientens hjem som råd. Mange eldre vil ha behov for tjenester og bistand fra mange, og kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten må sammen utgjøre et behandlingsnettverk rundt enkeltbrukeren. I dette dokumentet ligger fokus på spesialisthelsetjenesten, og dokumentets formål er å bidra til en bedre koordinering av eksisterende ressurser og en helhetlig tenkning innen spesialisthelsetjenester for eldre.

Med Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008-2012 vil regjeringen møte de fremtidige utfordringene på en helhetlig måte. Strategien er forankret i Nasjonal helseplan (2007-2010) og er regjeringens svar på Soria Moria-erklæringen, som sier at *"regjeringen vil utarbeide en handlingsplan for styrking av tilbudet for eldre i sykehus."* Strategidokumentet er basert på Sosial- og helsedirektoratets rapport *Respekt og kvalitet. Styrking av spesialisthelsetjenester for eldre* (november 2007)

Strategien inneholder nasjonale målsettinger for mestrings, forebygging, tilbud i sykehus og samhandling med kommunen, rekruttering av personell, forskning og finansiering. Dokumentet legger til grunn et systematisert arbeid for å forene de ressurser og den kunnskap som finnes om eldres behov for spesialisthelsetjenester, slik at syke eldre kan få en kvalitativt god behandling i spesialisthelsetjenesten når de trenger det. Strategien foreslår i tillegg mulige tiltak for å nå de nasjonale målsettingene.

De regionale helseforetakene er allerede i gang med å utarbeide og implementere sine planer. Strategien skal være en impuls for det videre arbeidet i de regionale helseforetakene, og det forutsettes at de regionale helseforetakene i det videre arbeidet foretar den nødvendige tilpasning til den nasjonale strategien. Strategien legger opp til en bedre koordinering av eksisterende ressurser og en helhetstenking i arbeidet med å utvikle kvalitativt gode spesialisthelsetjenester for eldre. I dette arbeidet er samspillet med kommunehelsetjenesten et viktig element. Den store nye helsereformen; samhandlingsreformen, vil legge til rette for bedre koordinerte tjenester, som er særlig viktig for eldre med sammensatte sykdomstilstander.

Det er godt dokumentert at behovet for somatiske spesialisthelsetjenester varierer med alder. Bruken av sykehustjenester er høyere blant eldre enn yngre, og de eldste har i tillegg gjerne mer kompliserte lidelser og sykdommer, behov for andre typer behandling og liggetid. Fordelingen av midler til de regionale helseforetakene tar derfor hensyn til alderssammensetningen i de ulike regionene, jf. også St. meld. nr 5 (2003-2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten.

Det legges til grunn at strategien iverksettes fra 2008, og at den utøvende virksomhet skjer innenfor de rammer Stortinget har trukket opp. Strategien skal følges opp innenfor de etablerte styringssystemer overfor tjenesten, med oppdrag til de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Fokusområder og arbeidsmåter skisseres, og strategien gir således en utdypning av styringsbudskap. Rapportering skal skje i de ordinære rapporteringssystemer fra Helsedirektoratet, i årlig melding fra de regionale helseforetakene, samt i Nasjonal helseplan overfor Stortinget. Det legges opp til at oppfølging skal skje innenfor de regionale helseforetakenes ordinære økonomiske rammer.

1.1 Syke eldre - en nasjonal utfordring

Levealderen i Norge øker. Årsaken er først og fremst at færre dør av hjerteinfarkt og andre hjerte-karsykdommer før 60-70 års alder enn det som var tilfellet i 1950 og 1960 årene. Siden 1950 har levealderen økt med nesten 10 år. Ei nyfødt jente kan nå regne med å leve til hun er vel 82 år gammel og en nyfødt gutt til han er 78 år. Vi forventer at levealderen vil fortsette å øke. Beregninger viser at kvinner som blir født i 2060 kan forvente å leve til de blir mellom 87 og 93 år, og menn til de blir mellom 83 og 88 år

Befolkningsframskrivninger viser at Norge på landsbasis står overfor en kraftig og langvarig økning i antall eldre over 67 år i perioden 2007 -2050. Fram til 2015 skjer økningen blant de yngste eldre (67-69 år), mens det etter 2015 skjer en økning i aldersgruppen over 70 år. Etter 2025 vil veksten komme i de eldste aldersgruppene med økning i antall eldre over 80 år og blant disse en viss økning i andelen 90 år og over. Antall eldre med fremmedkulturell bakgrunn forventes å øke.

Det finnes om lag 65 000 personer med demens i Norge, 70 prosent har demens på bakgrunn av Alzheimers sykdom. Fordi antall eldre over 75 år, og spesielt de eldste over 80 år, vil stige i antall de neste tiårene, kan man regne med at antall personer med demens i Norge vil dobles til 130 000 innen en periode på 30-40 år.

De alderspsykiatriske lidelsene har nær sammenheng med somatisk sykdom og/eller ulike aldringsfenomener. Depresjon og angst dominerer. Depresjon forekommer hos 12-15 prosent av eldre over 65 år, det vil si at vel 100 000 eldre i Norge til enhver tid har en depresjon, de fleste moderat til lett, med 2-4 prosent i alvorlig grad. Omfanget av angst er mindre dokumentert. Det vises til nærmere beskrivelse av sykdomsmønsteret blant eldre i Sosial- og helsedirektoratets rapport *Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre (IS-1498)*.

Antallet eldre pasienter øker innen alle tjenestenivåer og i de aller fleste spesialavdelinger i helsetjenesten. Bruken av somatiske spesialisthelsetjenester har økt betydelig for hele perioden 2001-2005, men økningen har vært sterkere blant eldre over 75 år enn for gruppen under 75 år sett under ett. Utviklingen gjelder for dagbehandling og døgnopphold, mens eldres andel av polikliniske konsultasjoner har vært uendret. Det er flere årsaker til økningen i eldres bruk av sykehustjenester. Flere eldre er ved god helse, samtidig som den teknologiske og medisinske utviklingen har ført til mer skånsomme behandlingsmetoder. Dette gjør at flere eldre kan nyttiggjøre seg avansert medisinsk behandling.

De fleste eldre regner sin helse som god eller meget god. Levekårsundersøkelsene fra Statistisk sentralbyrå (2005) viser at blant kvinner og menn i alderen 65-74 år regner rundt 70

prosent sin helse som god eller meget god. To av tre 75 åringer regner sin helse som god. Disse tallene har steget de siste 20 årene. Det å bli gammel er med andre ord ikke ensbetydende med å bli syk og hjelpetrengende. Men i alderdommen øker sjansene betraktelig for en rekke sykdommer og funksjonstap. Og eldre mennesker som blir syke, har krav på samme type behandling som andre pasienter. Behandlingskjedene skal være de samme for eldre som for yngre mennesker. I tillegg vil mange eldre ha behov for spesiell oppfølging i geriatrik avdeling og/eller av personale med geriatrik kompetanse for å få optimal diagnostikk og behandling.

Eldre mennesker er en ressurs for samfunnet, og det offentlige har et ansvar for å legge til rette for at eldre får like muligheter til å skaffe seg gode levekår. En viktig forutsetning for dette er en god helsetjeneste.

1.2 Hovedformål, målgruppe og varighet

Hovedformålet med strategien er å møte de fremtidige utfordringene når det gjelder spesialisthelsetjenester for eldre på en helhetlig måte, gjennom forslag til tiltak for å bedre kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom avdelinger og nivåer i tjenesten. Med dette som utgangspunkt inneholder strategien nasjonale mål/fokusområder og forslag til arbeidsmåter for å nå disse målene.

Veksten i antall eldre vil kreve en betydelig utvikling av tjenestetilbudet. Den største behovsveksten kommer imidlertid først om 15-20 år, og regjeringen ser det derfor som viktig å utnytte perioden fram mot 2020 til å berede grunnen for en utvikling av tjenestetilbudet for å møte de framtidige behov for spesialisthelsetjenester.

Målgruppen for strategien er beslutningstakere og utøvere som på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå har politisk, styrerelatert, administrativt eller praktisk ansvar for spesialisthelsetjenester for eldre. Gjennomføringen forutsettes å basere seg på en oppgavefordeling mellom aktørene som er tilpasset deres rolle og ansvarsområde.

Strategien omfatter også andre forhold enn selve tjenesteutviklingen. Dette gjelder særlig utdanning, forskning og kompetanseutvikling. Strategiens tidsramme er 2008-2012. For en del av målsettingene og strategiene i planen vil det være behov for et lengre tidsperspektiv. I det videre arbeidet med utvikling av helsetjenesten er det viktig med forskning og utvikling også på omsorgsområdet.

2. Bakgrunn

Sentrale mål i denne strategien er forankret i Soria-Moria erklæringen og annet relevant arbeid fra helsemyndighetenes side, herunder Nasjonal helseplan 2007-2010 og St. meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening (Omsorgsplan 2015).

Følgende generelle helsepolitiske mål er lagt til grunn for arbeidet:

- Det skal arbeides for å redusere sosial ulikhet i helse gjennom forebygging

- Helsetjenestene som tilbys skal være likeverdige, det vil si at tilgang ikke skal være knyttet opp mot økonomi, kjønn, etnisitet og bosted
- Kapasiteten i tjenestene skal være tilpasset befolkningens behov
- Det skal legges til rette for bedre samhandling mellom fagområder og forvaltningsområder

Strategien har spesielt fokus på eldre over 75 år med sammensatte helseproblemer, men omfatter også eldre med mer avgrensede problemstillinger. 75 år er ingen absolutt aldersgrense når et behov for helsetjeneste oppstår. Det legges til grunn i denne strategien at yngre pasienter med likeartede behov også omfattes av tilbudene som etableres i gjennomføringen av strategiplanen.

Hovedlinjene i strategien er å legge til rette for god samhandling og hensiktsmessig organisering, tjenester av god kvalitet, god kompetanse i alle ledd, tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgjengelighet.

Sosial- og helsedirektoratet har utarbeidet en rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre: ”Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre” (IS-1498). Dette arbeidet er brukt som et underlag for den nasjonale strategien om helsetjenester for eldre, og det vises til denne for utdypende resonnementer og beskrivelse av problemforståelse, kunnskapsoppsummeringer og arbeidsmåter.

3. Nasjonale oppmerksomhetsområder og arbeidsmåter

Hovedformålet med den nasjonale strategien er å møte de fremtidige utfordringene når det gjelder spesialisthelsetjenester for eldre på en helhetlig måte. Med dette som utgangspunkt inneholder strategien målsettinger/fokusområder, områder der det bør rettes særlig oppmerksomhet, forslag til arbeidsmåter og pågående arbeid av betydning for innholdet i strategien - fordelt på de seks hovedinnsatsområdene mestring, forebyggende og helsefremmende tiltak, tjenestetilbudet i sykehus og samhandling med kommunene, rekruttering av personell, forskning og finansiering.

3.1 Hovedmål for spesialisthelsetjenester for eldre

- Styrke de eldre pasientenes evne til mestring av egen sykdom og funksjonssvikt
- Møte de eldre med respekt og holdninger som understøtter deres verdighet og selvfølelse
- Sørge for rask og god diagnostisering, behandling, omsorg og rehabilitering
- Tjenestene utformes med pasientenes medvirkning og tilpasses den enkeltes behov

3.2 Spesialisthelsetjenestens oppgaver

Spesialisthelsetjenesten skal sørge for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med alvorlige akutte og kroniske fysiske og psykiske sykdommer eller helseplager, og skal løse oppgaver som krever kompetanse og ressurser ut over det som kommunehelsetjenesten har til rådighet. Spesialisthelsetjenesten skal gi veiledning til pasienter og ivareta en lovbestemt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten, samt drive undervisning og

forskning. Spesialisthelsetjenestens tilbud omfatter både det somatiske, det psykiatriske og det rusrelaterte fagfeltet.

3.3 Fokusområder for å bedre spesialisthelsetjenester for eldre

Med utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens mål og utfordringer, politiske føringer og den nasjonale kvalitetsstrategien, legger rapporten til grunn seks særskilte innsatsområder innenfor spesialisthelsetjenester for eldre:

- Brukerens mestring av egen sykdom og funksjonssvikt
- Forebyggende og helsefremmende tiltak i forbindelse med sykehusopphold
- Et godt tjenestetilbud i sykehus og bedre samhandling med kommunene
- Rekruttering av nøkkelpersonell
- Økt tverrfaglig kompetanse og styrket forskning om eldres helse og tjenestetilbud
- Gjennomgå finansieringsordningene for å sikre at disse understøtter god klinisk praksis

Fokusområde 1:

Styrking av eldres mestring av egen sykdom og funksjonssvikt

Det er knyttet stor usikkerhet til hvordan sykkelighet og helsetilstand vil utvikle seg når levealderen øker. Økt levealder kan føre til utvidet sykkelighet, der antall år med sykdom og funksjonstap øker. Utsatt sykkelighet er en alternativ utvikling av helsetilstanden og funksjonsevnen, som sier at folk holder seg friske lenger når levealderen øker, og at tiden med sykdom og funksjonstap blir omtrent den samme som før. Økt levetid vil da slå ut i flere friske år. Et tredje alternativ kan kalles sammentrengt sykkelighet, der det antas at folk holder seg friske lenger også i den siste perioden av livet, selv ved forlenget levealder (St. meld. nr. 25 (2005-2006) Omsorgsplan 2015).

De største somatiske sykdomsgruppene for personer over 67 år omfatter hjerte- og karlidelser, kreft, demens og hjerneslag. Viktige tilstander er også diabetes og kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS), infeksjoner, hoftebrudd, slitasjegikt (artrose), benskjørhet (osteoporose) og urinlekkasje. Ofte forekommer flere tilstander samtidig. Av særlig betydning er akutt funksjonssvikt som kan oppstå som følge av en rekke sykdomstilstander.

Morgendagens eldre vil ha andre behov og problemer enn dagens tjenestemottakere, men også andre ressurser til å mestre dem. Framtidas eldre vil ha både høyere utdanning, være mer ressurssterke og ha bedre helse enn dagens eldre. I større grad enn dagens eldre vil de også være vant til, og vil forvente å kunne bestemme over egen tilværelse.

Særlig oppmerksomhet:

Redusere avhengighet, fremme mestring og livskvalitet og et mest mulig selvstendig og verdifullt liv til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne.

Arbeidsmåter:

Spesialisthelsetjenesten kan arbeide for å nå dette målet gjennom å:

- Integrere rehabiliteringstenkning fra første døgnet ved all behandling av eldre i sykehus
- Samarbeide med kommunenes helse- og omsorgstjenester om tiltak som fremmer egenmestring
- Bruke individuell plan som verktøy ved rehabiliterings-, opplærings- og veiledningstiltak for å sikre samspillet mellom de ulike aktørene og styrke brukermidvirkningen
- Etablere tilbud om opplæring og veiledning for eldre pasienter og deres pårørende ved alle sykehus og Distriktpsikiatriske sentra
- Evaluere opplæringstiltak som iverksettes og utvikle virksomme tilbud
- Gi praktisk og teoretisk opplæring til pasient og pårørende om tilpasset ernæring, og ha et lett tilgjengelig og kvalifisert veiledningstilbud på området
- Samarbeide med pasientorganisasjoner

Pågående arbeid:

- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011, herunder styrking av arbeidet med individuell plan
- Arbeidet med nasjonale retningslinjer for forebygging, behandling og rehabilitering ved hjerneslag
- Lærings- og mestringssentrene krav om å ta i bruk metoder og arbeidsformer som stimulerer til økt selvstendighet hos brukerne

Fokusområde 2

Styrking av forebyggende og helsefremmende tiltak hos eldre

Spesialisthelsetjenesten vil kunne gi viktige bidrag i det grupperettede primærforebyggende arbeidet blant annet gjennom epidemiologiske studier, i tillegg til individrettet forebyggende arbeid under den enkelte pasients sykehusopphold eller kontakt med spesialisthelsetjenesten. I St. meld. nr 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*, ønsker regjeringen å styrke forebyggingsinnsatsen i helseforetakene. Ernæring er et fagområde som er av vesentlig betydning både i forebygging, behandling og rehabilitering, og bør tillegges økt vekt både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten.

For geriatrike pasienter er det viktig å ta tak i forhold som knytter seg til hjemmesituasjonen gjennom et nært samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forhold rundt tilrettelegging av hjemmesituasjonen er et av de viktigste forebyggingstiltakene som kan iverksettes.

Særlig oppmerksomhet:

- Redusere forekomsten av uheldige hendelser og komplikasjoner knyttet til sykehusopphold
- Hindre videreutvikling av pasientenes helse- og funksjonssvikt
- Bidra til grupperettet forebyggende arbeid blant eldre i samfunnet

Arbeidsmåter:

Spesialisthelsetjenesten kan arbeide for å nå disse målene gjennom:

- Systematiske sekundærforbyggende tiltak knyttet til den enkelte sykdom
- Helhetlig vurdering av den enkelte pasient, identifisering av risikofaktorer som feilaktig legemiddelbruk, ernæringssvikt, fare for forverret munn- og tannhelse, syns- og hørselssvikt med mer, og iverksetting av forebyggende tiltak
- Systematisk arbeid for å redusere risikofaktorer for komplikasjoner og tilstander påført under institusjonsopphold
- Systematisk oppbygging av kunnskap og epidemiologiske data som kan stilles til rådighet for kommunehelsetjenesten og andre aktører
- Folkehelsearbeid i samarbeid med kommunehelsetjenesten, for eksempel befolkningsrettet forebyggende arbeid knyttet til livsstilssykdommer
- Tilrettelegging av fysisk aktivitet som er tilpasset den enkelte pasients behandlings- eller rehabiliteringsopplegg for å opprettholde funksjonsevne og selvhjulpenhet
- Bruk av nettverket for helsefremmende sykehus i arbeidet med å styrke og utvikle sykehusenes innsats og ansvar innenfor folkehelsearbeidet

Pågående arbeid:

- Departementenes handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011 "Oppskrift for et sunnere kosthold"
- Departementenes handlingsplan for økt fysisk aktivitet 2005-2009 – "Sammen for fysisk aktivitet"
- Det arbeides med ny forskrift om legemiddelhåndtering i virksomheter som yter helsehjelp (vil oppheve forskrift av 18.12.2001 nr. 1576)
- Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av osteoporose og osteoporotiske brudd (IS-1322, Helsedirektoratet)
- Oppfølging av St. meld. nr. 35 (2006-2007) – "Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester"

Fokusområde 3:

Utvikle helsetjenestetilbudet for eldre i sykehus, herunder gode samhandlingstiltak med kommunene

Nærhet og lokalkunnskap er sentrale verdier i helsetjenesten for eldre, og i størst mulig grad bør tjenestene ytes nær der pasientene bor. For syke eldre tilsier dette at tilbud om spesialisthelsetjeneste forankres i lokalsykehusene innen somatisk helsetjeneste og i DPSene innen psykisk helsevern. Eldre pasienter skal ha den samme adgang til mer spesialiserte helsetjenester som andre når det er behov og indikasjon for det. For mange eldre kan dette bety overføring til sentraliserte enheter for alderspsykiatri, geriatri eller andre fagavdelinger for mer spesialisert utredning og behandling.

Pasienter med demens skal få tilrettelagte tjenester i kommunenes helse- og omsorgsapparat. Den somatiske spesialisthelsetjenesten har oppgaver knyttet til utredning, diagnostikk, funksjonsvurdering og behandling av eldre med demens. Utredning kan helt eller delvis skje i kommunehelsetjenesten, men spesialisthelsetjenesten har en viktig oppgave i å gi opplæring og veiledning til førstelinjetjenesten, for eksempel i bruk av diagnostisk verktøy. Den somatiske spesialisthelsetjenesten har spesielle oppgaver knyttet til diagnostisering av tidlig

demens, for eksempel ved hukommelsesklinikker, og spesialistvurderinger i forbindelse med medikamentell demensbehandling, vurdering av samtykkekompetanse og lignende.

Behandling, rehabilitering og pasientopplæring i spesialisthelsetjenesten må dimensjoneres og planlegges i nært samarbeid med kommunene i nedslagsfeltet.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må sammen sørge for at de aktuelle behandlingsskjedene fungerer gjennom tilgjengelighet og fagkompetanse og gjennom etablering av gjensidig forpliktende nettverk mellom aktører og nivåer.

Spesialisthelsetjenesten gir viktige bidrag i en helhetlig tjeneste, også i ulike samhandlingstiltak med den kommunale helsetjenesten. Det er dokumentert at oppfølging av utskrivningsklare pasienter ved intermediærenheter, der spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeider, gir bedre overlevelse og færre reinnleggelser, sammenlignet med tilsvarende tilbud ved sykehus. I distriktene kan pasienter få et tilsvarende tilbud ved sengeposter ved distriktsmedisinske sentra, sykestuer og sykestueplasser ved sykehjem. Pasienter kan også motta spesialisthelsetjenester der de bor, enten i sitt hjem eller ved institusjoner gjennom at spesialisthelsetjenestens personell deltar i behandlingen gjennom ambulante team.

Eldre med psykiske lidelser er en naturlig målgruppe for de 75 distriktpsykiatriske sentrene (DPS) som er bygget opp og som skal ivareta det alminnelige psykiske helsevernet.

Sykehusene skal ha mer spissede funksjoner. De regionale helseforetakene er i oppdragsdokumentet både for 2007 og 2008 bedt om å iverksette tiltak for å oppgradere DPSene faglig og bemanningsmessig, slik at de settes i stand til å utføre sine oppgaver.

Målet er en utadrettet spesialisthelsetjeneste som bidrar til effektive behandlingsforløp fra sykehus til hjem eller sykehjem. Det er viktig å forbedre systematikken i samarbeid og kompetanseoverføring fra sykehus til primærhelsetjeneste og motsatt. En robust kommunehelsetjeneste er viktig for å lykkes.

Særlig oppmerksomhet:

- Vurdere den eldre pasientens behov for helsehjelp ut fra et helhetsperspektiv hvor livskvalitet, brukermedvirkning, samtykkekompetanse og etiske vurderinger er sentrale faktorer
- Effektive, sammenhengende og forutsigbare behandlingsforløp der nødvendige tiltak ytes på rette sted til rett tid
- Diagnostikk, behandling og tidlig rehabilitering som bidrar til rask gjenvinning av funksjonsevnen
- Omfattende legemiddelbruk (polyfarmasi) hos eldre pasienter
- Eldre pasienters behov for kontinuitet i behandlingen, herunder færre personer å forholde seg til
- Ernæringskompetanse i sykehus og i sykehusenes ambulante team
- Systematisk samhandling og kompetanseutveksling med den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Utvikling av polikliniske aktiviteter, for eksempel dagopphold og ambulant virksomhet, organisert i samarbeid med kommunehelsetjenesten, eventuelt som konsultative team
- Kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene
- God kvalitet i tjenesten gjennom systematisk kvalitetsforbedrende arbeid i tråd med den nasjonale kvalitetsstrategien
- Ta spesielle hensyn til språklige, kulturelle og eventuelt religiøse faktorer i tjenesteytingen til eldre med fremmedkulturell bakgrunn og til den samiske befolkning

Arbeidsmåter:

Spesialisthelsetjenesten kan arbeide for disse målene ved å:

- Fokusere på lokalsykehusfunksjonen som tyngdepunktet i den somatiske spesialisthelsetjenesten for eldre
- Styrke de distriktpsykiatriske sentrenes funksjon overfor eldre pasienter med psykiske lidelser
- Vurdere oppgave- og ressursfordelingen mellom DPS og alderspsykiatriske spesialavdelinger i et behandlingsskjedeperspektiv
- Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste gjennom inngåelser av avtaler, herunder utarbeide systemer og rutiner for inn- og utskrivningspraksis fra sykehus, jf. Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2007-2010)
- Definere behandlingsskjeder og pasientforløp for ulike pasientgrupper i et samarbeid mellom kommunenes helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten, blant annet for eldre akuttinnlagte med sammensatte lidelser, eldre med behov for lindrende behandling og eldre med mental svikt og demens, og forankre oppfølging i lokale avtaler
- Styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene for eksempel samarbeid om intermediære avdelinger, sykestue-senger og ambulante tjenester
- Sørge for at det normalt ikke finnes korridorpasienter
- Ha fokus på nødvendig kapasitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten

Pågående arbeid:

- Samhandlingsreformen, lansert 22. august 2008, skal legge til rette for samhandling i helsetjenesten. Denne skal gi svar på hvilke økonomiske og juridiske virkemidler som trengs for at riktig samhandling skal skje
- Følge opp Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS (2007 – 2010). I avtalen omtales helsetjenester til eldre som områder med særskilt behov for å bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene
- Utvikling av IKT til et bedre verktøy i samhandlingen i helse- og sosialtjenesten
En ny strategi for IT-utvikling i helse- og sosialsektoren er under utarbeidelse i Helsedirektoratet
- Demensplan 2015 ”Den gode dagen”
- Som en del av Demensplan 2015 er det fra 2007 iverksatt et 3-årig utredningsprogram (2007-2010) for å finne fram til gode modeller for utredning og diagnostisering av personer med demens. Tre modellforsøk omfatter
 - o Utredninger som gjøres av primærhelsetjenesten i samarbeid mellom fastlegen og omsorgstjenesten
 - o Utredning av demens som gjøres av spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunehelsetjenesten
 - o Utredning av demens som i hovedsak utføres av hukommelsesklinikk
- Ernæring i helsetjenesten (Rapport 2007 IS-1424, Helsedirektoratet)
- Retningslinjer for kosthold i helseinstitusjoner (Helsedirektoratet)
(revisjonsarbeid pågår)
- Faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernærte pasienter og pasienter i ernæringsmessig risiko (under arbeid)
- Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010
- Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009
- Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011

Fokusområde 4:

Utdanning og rekrutteringen av nøkkelpersonell i spesialisthelsetjenesten for eldre

Behovet for styrking i legetjenesten for eldre og andre med sammensatte problemer er størst i kommunene. Kompetanseløftet 2015 har et særlig fokus på omsorgstjenestene i kommunen. Også innenfor spesialisthelsetjenesten er det behov for en styrket kompetanse- og rekrutteringsstrategi med både kvalitative og kvantitative aspekter for å sikre likeverdighet i tjenestetilbudet. Rekruttering av kompetent helsepersonell vil være en utfordring framover.

Særlig oppmerksomhet:

- Lokalsykehusene, lokalsykehusfunksjonen i de store sykehusene og de distriktpspsykiatriske sentrene har den nødvendige breddekompetanse blant legene til å kunne diagnostisere og behandle eldre pasienter som innlegges akutt, og til å kanalisere disse til det riktige ledd i behandlingsskjeden. Breddekompetanse omfatter kompetanse på aldersmedisin, alderspsykiatri og samhandling, i tillegg til den enkeltes spesialistkompetanse
- Lokalsykehusene og lokalsykehusfunksjonen i de store sykehusene har tilstrekkelig kvalifisert personale innen ulike fagområder, slik at den tverrfaglige tilnærmingen til pasienter med sammensatte problemer og pasienter som trenger rehabilitering blir mulig
- Spesialavdelinger innen geriatri og alderspsykiatri har tilstrekkelig antall spesialister til at pasienter som trenger mer spesialisert utredning og behandling kan få dette, og at det i tillegg er rom for veiledning og rådgivning i andre deler av behandlingsskjeden

Arbeidsmåter:

Spesialisthelsetjenesten kan arbeide for å nå disse målene ved:

- Opplæring i aldersspesifikke forhold for leger og andre personellgrupper, med fordypningsmulighet i geriatri og alderspsykiatri
- Å vurdere telemedisin som verktøy spesielt rettet inn mot de eldres behov
- Opplæring i geriatrisk arbeidsmetode, tverrfaglig arbeid, samhandling og helsetjenestens oppbygning, organisering og funksjon
- Å vurdere om legebemanningen i alderspsykiatriske avdelinger er tilstrekkelig, sett i forhold til andre psykiatriske avdelinger i sykehus
- Større vektlegging av det geriatriske og alderspsykiatriske fagfeltet, aldersmedisin og samhandlingskompetanse i grunnutdanning for leger og annet helsepersonell, turnustjenesten for leger og fysioterapeuter, spesialistutdanningene og i videre- og etterutdanninger
- Ta hensyn til internasjonale trender på området

Pågående arbeid:

- Innholdet i og organiseringen av legenes turnustjeneste og spesialistutdanning skal vurderes
- Oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene (RHF) for 2008, der det er stilt krav om at RHFene i sin fordeling av stillinger særskilt skal vurdere situasjonen innen blant annet indremedisin (særlig geriatri, lungesykdommer). Det vises også til oppdragsdokumentet for 2007, der det ble fordelt 10 utdanningsstillinger i geriatri til RHFene – 2 til hver region
- Avtale om konkretisering av Omsorgsplan 2015 (eldreforliket) som ble inngått mellom regjeringspartiene, KrF og Venstre i desember 2007, og som blant annet innebærer utdanning av minst 10 geriater årlig i planperioden

Fokusområde 5:

Forskning om eldres helse og tjenestetilbud

Helsetjenesten har utilstrekkelig kunnskap om hvilke organisasjonsmodeller, tjenester og tiltak som fungerer overfor ulike pasientgrupper. Kunnskaper om eldres bruk av og behov for psykiatriske helsetjenester er heller ikke godt nok kartlagt. Spesielt fokus bør settes på samhandling og på den tverrfaglige arbeidsmetoden, spesielt innenfor rehabilitering og bruk av individuell plan. Pasientenes opplevelse av helsetjenesten og brukerperspektivet er sentrale temaer.

Særlig oppmerksomhet:

- Bedre kunnskap om behov og forventninger ulike grupper eldre har til spesialisthelsetjenesten, og hvilke tjenester, kompetanse, tiltak og organisasjonsmodeller som best kan møte disse behovene
- Bedre koordinering, oversikt og formidling av resultater for forskning og utviklingsprosjekter
- Bedre kunnskap om hvilke organisasjonsmodeller, tjenester og tiltak som fungerer overfor ulike pasientgrupper, herunder samhandling mellom tjenestene

Arbeidsmåter:

Med utgangspunkt i Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006- 2011, kan spesialisthelsetjenesten arbeide for å nå disse målene ved:

- Å stimulere til økt forskning om eldre ved RHFene, universiteter og andre forskningsinstitusjoner, høyskoler og undervisningssykehjem, og sørge for dokumentasjon og formidling av forskningsresultater
- Forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til tjenester og organisatoriske modeller og tiltak
- Forsknings- og utviklingsarbeid knyttet til samhandling
- Forskning på behov og forventninger hos ulike grupper eldre
- Innovasjon i helse- og omsorgssektoren som kan bedre kvaliteten for pasienten, for eksempel hjemmebasert behandling av eldre og bruk av nye behandlingsmetoder med høy nytte for den eldre pasienten

Pågående arbeid:

- Aldersforskningssatsingen (2002-2012) i regi av Norges forskningsråd
- Forskning i helseforetakene
- Stortingsmelding om innovasjon (2007-2008)

Fokusområde 6:

Gjennomgang av finansieringsordninger for å sikre at disse er tilpasset god klinisk praksis i spesialisthelsetjenesten for eldre

Særlig oppmerksomhet:

Finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten må legges til rette for at systemet:

- Treffer hovedaktivitetene i spesialisthelsetjenestene til eldre på en slik måte at det ikke skapes uheldige prioriteringer eller fører til uegnede arbeidsformer
- Understøtter god tverrfaglig praksis i spesialisthelsetjenesten for eldre med sammensatte lidelser
- Understøtter god klinisk praksis for eldre med sammensatte lidelser og behov for:
 - tverrfaglig utredning, behandling og rehabilitering ved akutt funksjonssvikt, sykdom eller skade
 - lindrende behandling også for pasienter uten primær kreftdiagnose
 - samhandling med og veiledning til kommunenes helse- og omsorgstjeneste
 - ambulante/områdegeriatriske spesialisttilbud til kommunene

Pågående arbeid:

- Oppfølging av Helsedirektoratets rapport *"Innsatsstyrt finansiering i helsetjenesten. En vurdering og aktuelle tiltak"* (2007), blant annet ved etablering av en forsøksordning for aktivitetsbasert finansiering av sykestuer (Finnmark)
- Arbeidet med en ordning der spesialisthelsetjenesten organiseres ambulant vil integreres i planlagt ny ISF-ordning for poliklinikk som en ordning innenfor aktuelle fagområder fra 2008/2009

4. Ansvar og oppfølging

4.1 Oppgaver for RHF

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2006, 2007 og 2008 definert hvilke oppgaver de regionale helseforetakene har i forbindelse med departementets strategi for spesialisthelsetjenester for eldre. Det forutsettes i dokumentene at de regionale helseforetakene utarbeider regionale handlingsplaner for tjenesten og at den regionale planen sammenfaller med den nasjonale strategien, slik at de nasjonale målene nås når den regionale handlingsplanen blir fulgt opp. Helsedirektoratets rapport *"Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre"* (IS-1498) er i denne sammenhengen et veiledende dokument.

De regionale helseforetakene har et "sørge for- ansvar" når det gjelder å utvikle spesialisthelsetjenestene i takt med befolkningens behov. Dette innebærer også ansvar når det gjelder å dimensjonere legespesialisttjenesten i regionen og å utdanne kvalifisert personell i andre kategorier.

De regionale helseforetakene har også et ansvar for veiledning og kompetanseoverføring til kommunene, jf. spesialisthelsetjenestelovens § 6-3. Dette kan sette kommunene bedre i stand til å løse sine oppgaver og er et viktig element i en styrket samhandling mellom nivåene.

Det legges til grunn at oppfølging og rapportering skjer i de årlige styringsdokumentene og det ordinære rapporteringssystemet i årlig melding.

4.2 Oppgaver for Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har et ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelse og levekår samt følge med på utviklingen i helse- og sosialtjenestene, herunder også utviklingen i henhold til målene i strategi for spesialisthelsetjenester for eldre. På dette grunnlaget skal direktoratet gi råd og veiledning om strategier og tiltak overfor sentrale helsemyndigheter, regionale og lokale myndigheter, helseforetakene, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen.

I arbeidet med oppfølgingen av strategi for spesialisthelsetjenester for eldre har direktoratet en viktig rolle på utdanningsområdet, der direktoratet bl.a. ivaretar en rådgivende funksjon overfor departementet vedrørende utdanning og fordeling av legespesialister, herunder stillinger i geriatri.

Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utvikle indikatorer for oppfølging i forhold til de mål som er satt for spesialisthelsetjenester for eldre og vurdere nivåsetting av indikatorer og resultatmål. Arbeidet må sees i sammenheng med det pågående arbeid med utvikling av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten og med de rapporteringskrav som for øvrig hviler på spesialisthelsetjenesten.

Utgitt av: Helse- og omsorgsdepartementet

Offentlige institusjoner kan bestille flere
eksemplarer av denne publikasjonen fra:
Departementenes servicesenter
Post og distribusjon
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefaks: 22 24 27 86

Oppgi publikasjonskode: I-1137 B
Trykk: Departementenes servicesenter 11/2008
Opplag 1000

