



Meld. St. 15 Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre (2017-2018)

Legeforeningen mener det er positivt at regjeringen legger frem melding til Stortinget om en kvalitetsreform for eldre. Det meste av livet leves utenfor helse- og omsorgstjenesten. Vi lever stadig lengre, og det blir flere eldre i befolkningen. Eldres helse er bedre enn før, og aldri før har det vært så mange kompetente og ressurssterke mennesker i pensjonsalder. Stortingsmeldingen vier derfor mest plass til forhold som ikke direkte berører helsetjenesten. Samtidig vil den demografiske utviklingen føre til økt forekomst av helseplager og sykdom, og økt behov for helse- og omsorgstjenester. Våre skriftlige innspill fokuserer derfor på de to kapitlene som direkte berører helsetjenesten, kap.7 om Helsehjelp og kap.8 om Sammenheng. Vi savner klarere føringer for hvordan helsetjenester til eldre skal organiseres og rammen for innholdet i tjenestene.

Legeforeningen vil fremheve følgende 7 innspill:

1. Styrk det forebyggende arbeidet

Sunne levevaner og god livskvalitet i alderdommen fremmer helsen, forebygger sykdom og gjør oss selvhjulpne lengre. Gjennom økt satsing på målrettet forebyggende arbeid som vi vet har effekt kan vi utsette behovet for helse- og omsorgstjenester. Meldingens fokus på aktivitet, mat og måltider er positivt. Systematisk kartlegging, og oppsøkende virksomhet er i utgangspunktet bra, men faren for sykeliggjøring og overbehandling må unngås. Verktøy som utvikles og helsepersonell må ta hensyn til dette. Betydningen av tidlig intervensjon, oppfølging av kronikere, rekonvalesens og rehabilitering burde for øvrig vært bedre vektlagt og utdypet i meldingen.

- Eldre har også helsegevinst av fysisk aktivitet, et sunt og næringsrikt kosthold, røykeslutt og begrenset alkoholtiltak, og bør motiveres til dette
- Kommunene vil være tjent med å legge forholdene godt til rette for varierte treningsmuligheter tilpasset eldre med ulikt funksjonsnivå
- Kommunene bør i sine planer ha økt oppmerksomhet på underernæring og dehydrering blant eldre som mottar helse- og omsorgstjenester

2. Bedre hjelp til eldre som kan bo hjemme

Det er et overordnet politisk mål om at alle skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. De fleste eldre ønsker også det, så lenge de får den hjelpen de trenger. De kommunale helse- og omsorgstjenestene må styrkes på kapasitet og kompetanse. Slik kan også unødvendige sykehusinnleggelses unngås, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.

- Samhandlingen mellom hjemmetjenestene og fastlegene må fremdeles forbedres, gjennom faste kontaktpunkter, gode systemer for elektronisk meldingssystem, og styrking av kommuneoverlegens rolle som ansvarlig for utvikling og vedlikehold av nødvendige systemer og rutiner
- Personfokuserete tjenester tilpasset den enkelte støttes. Det er samtidig en utfordring at vi får stadig flere sjekklister, utrednings- og behandlingsanbefalinger som er lite individrettet, spesielt ikke til dem med sammensatte, komplekse helse- og funksjonsutfordringer
- Legeforeningen imøteser evaluering av primærhelseteamenes effekt for bl.a. bedre oppfølging med hjemmebesøk til kronikere og andre med risiko for stort helse- og omsorgstjenestebehov

3. Prioritere legetjenester til beboere i sykehjem og omsorgsboliger

Beboere i sykehjem og omsorgsboliger med "sykehjemslignende drift" har i snitt 5-6 aktive diagnoser med behov for oppfølging og behandling. Om lag 80 prosent har mental svikt, og demenssykdommer, depresjon og polyfarmasi er svært utbredt. Mange sykehjemsleger opplever seg hensatt i en vanskelig situasjon med mange pasienter på for liten tid. I omsorgsboligene ivaretas det medisinske ansvaret av den enkeltes fastlege og det er ikke tilgang på lege med systemansvar.

- Legeforeningens forslag til nasjonal legebemanningsnorm i sykehjem må innføres

4. Sikre syke eldre nødvendige spesialisthelsetjenester

Legeforeningen har støttet samhandlingsreformens tankegang om å bygge opp gode kommunale alternativer til innleggelse i sykehus. Det understrekes imidlertid at økonomiske insentiver ikke må føre til økt spill mellom kommuner og sykehus om en sårbar pasientgruppe. Selv om eldre mennesker utgjør det største pasientgrunnlaget blir de skrøpeligste og mest komplekse ofte utilstrekkelig behandlet i et fragmentert og organfokust sykehusvesen. Dette gir dårligere helsetjenester, mer lidelse og antagelig dårlig effektivitet/økonomi.

- Sykehusene må ikke bygge ned kapasiteten før kommunene har etablert alternativer som er like gode eller bedre. Det vises her til helseforetakenes pågående utviklingsplaner, og kommende helse- og sykehusplan i 2019
- Fortsatt fragmenterte tjenester både i første- og andrelinjen. Systemtenkning må ta høyde for lokale tilpasninger - Norge er et langstrakt land. Det trengs ulike løsninger i ulike kommuner og ulike sykehusområder
- De medisinske fagområdene som står for diagnostikk, behandling og oppfølging av eldre i spesialisthelsetjenesten, og samarbeidet mellom dem, må styrkes
- Fordelene ved behandling av syke og skrøpelige eldre må alltid overgå ulempene

5. Fastlegens rolle – forventningsavklaringer til og fra fastlegene

Utgangspunktet er en fastlegeordning i krise, med både rekrutteringssvikt og stor pensjonsavgang de kommende årene. Samtidig går vi inn en tid hvor kvalitet og kompetanse i primærhelsetjenesten blir enda viktigere for å møte de demografiske utfordringer og krav om at mer av helsetjenesten skal leveres utenfor sykehus. Legeforeningens dialog med og krav til helsemyndighetene må ses i sammenheng også med kommende behov for økt innsats og kvalitet for eldre. Dialogen videre må inkludere noen tydelige forventningsavklaringer både til og fra fastlegene.

- Det er behov for et bredere perspektiv på ledelse av kommunenes medisinske tilbud enn bare fastlegetjenesten

6. Kompetansebyggende tiltak for leger vil øke kvaliteten i eldres helse- og omsorgstjenester

Eldremedisin i førstelinjetjenesten er viktig i grunn-, videre- og etterutdanningen av fastleger og sykehjemsleger. Det må legges til rette for videreutvikling av kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin. Geriatri må styrkes i sykehusene, og geriatriisk forståelse må innlemmes i alle relevante spesialiteter (kirurgi, ortopedi, psykiatri mv).

- Palliativ medisin må styrkes som eget fagfelt, og kompetansen innen palliasjon må økes innen fagområder som geriatri, sykehjemsmedisin, indremedisin og allmenntilleggsmedisin
- Leger i alle spesialiteter må lære mer systematisk og reflektert om lindrende behandling og livets slutt for å bli trygge i møte med døden

7. Legg til rette for en verdig død

Vi kan forebygge og behandle på veien mot livets slutt. Redusert fysisk funksjon og egenomsorg er viktige tegn på at døden nærmer seg. En viktig oppgave for samfunnet er å bidra til at forventede dødsforløp møtes med så god omsorg og smertelindring som mulig. Kommunene må, som følge av samhandlingsreformen og demografisk utvikling, forberede seg på å ta imot flere døende eldre pasienter med stort pleie- og behandlingsbehov. Sykehjemmene egner seg godt til denne viktige oppgaven, forutsatt at de tilføres nødvendig kompetanse og ressurser.

- Døende eldre må sikres god omsorg og lindrende behandling uansett omsorgsnivå
- Forberedende samtaler mellom lege og pasient og/eller pårørende om behandlingstilstand og ønsker i forhold til døden bør være rutine i alle sykehjem
- Døende eldre må slippe å bli unødvendig flyttet på og ingen bør dø alene i institusjon