



Til Oslo Universitetssykehus HF

Høringsuttalelse til forslag til utviklingsplan «I dag, i morgen og i fremtiden.»

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en frivillig, humanitær organisasjon med 30 000 medlemmer og 500 helselag og demensforeninger over hele landet. Vi arbeider med to store folkehelseutfordringer: forebygging av, og forskning på hjerte- og karsykdommer og demens. Nasjonalforeningen for folkehelsen er også interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende. Det finnes omtrent 77 000 personer med demens i Norge i dag. Dersom forekomsten av demens holder seg på dagens nivå vil antallet personer med demens være fordoblet til om lag 135 000 i 2040.

Nasjonalforeningen for folkehelsen har delt sin høring i to deler; først et nytt innspill om utvikling av demensvennlige sykehus, og så enkeltforslag og presisering til noen kapitler.

Del 1: Demensvennlig sykehus.

Nasjonalforeningen for folkehelsen har tatt initiativ til å utvikle demensvennlige sykehus som en del av vår demensvennlig samfunnsstrategi. Vi har startet et initiativ i samarbeid med flere sykehus som vi vil videreutvikle. Vi ønsker at arbeidet med demensvennlig sykehus bør forankres både hos overordnet ledelse, på avdelingsledernivå og blant ansatte på hvert enkelt sykehus.

Et sykehus som er demensvennlig har konkret fokus på tre dimensjoner:

1. Kunnskap og åpenhet om demens (handlingskompetanse)

Alle ansatte (helsearbeidere og øvrige ansatte) i sykehus må kunne gjenkjenne personer med kognitive svikt/demens/delirium og handle på hensiktsmessig måte overfor pasienten.

2. Organisering og pasientforløp (prosess)

Pasientens forløp på sykehuset uavhengig av årsak til sykehusoppholdet må være best mulig tilpasset personen med kognitiv svikt/demens delirium. Dette vil omfatte både behandlingsmetoder, organisering, samhandling innen og mellom avdelinger, sikre rutiner for behandlingsregimer, korrekt legemiddelbruk, trygg utskrivning og samhandling med kommunehelsetjenesten m.m. («pathway for dementia»).



3. Fysiske omgivelser (Struktur)

Universell utforming av fysiske omgivelser som tar hensyn til mennesker med kognitiv svikt/demens/delirium, som for eksempel veifinning, skiltbruk, informasjon, tilgjengelighet, farge, kontraster, forutsigbarhet, teknologiske løsninger. Dette kan også omfatte tilstedeværelse av hjelpsomme mennesker (f. eks sykehusverter) som oppholder seg i sykehusmiljøet uavhengig av om det er helsepersonell eller andre typer ansatte.

Del 2: Enkeltinnspill til deler av utkastet

Eldrehelse (side 49 i utkastet til utviklingsplan)

«Langt flere eldre kommer til å trenge helsehjelp. De har ofte flere sykdommer samtidig, men har dessverre ofte lav prioritet. Egentlig bør kompleksiteten appellere til faglig nysgjerrighet og gi grunnlag for en egen spesialitet. Eldre pasienter trenger god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og her er utveksling av kunnskap og informasjon særlig viktig. Kreft blant eldre vil øke enormt, og representerer en stor utfordring her.»

Nasjonalforeningen for folkehelsen vil til denne teksten kommentere følgende:

Lik helsetjeneste til alle er en menneskerettighet

Geriatrici er en egen spesialitet. Ved å øke faste stillinger til spesialister i geriatrici vil kompetansen kunne ivaretas bedre. Implementere geriatricisk kompetanse i alle deler av pasientforløpet der det er nødvendig fra akuttmottak til utskrivning.

I tillegg vil mange flere personer med kreft ha kognitiv svikt og demens og økt kompetanse på sammensatte medisinske utfordringer vil være helt nødvendig.

Vi ber om at disse elementene tas inn i teksten under Eldrehelse.

Kommentarer:

Kvalifiserte ekspertise med ferdigheter til å ivareta eldre med sammensatte medisinske helseutfordringer må styrkes i hele helsetjenesten for å oppnå OUS egne definerte mål om å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og riktige bygg og utstyr. Man bør med fordel benytte modellen om alders- og demensvennlige sykehus der kunnskap hos alt personale må styrkes for å skape gode og sømløse pasientforløp der organisering av sykehuset tar utgangspunkt i pasientens behov. Personer med demens i tidlig



fase og deres pårørende må inkluderes i OUS' Brukerutvalg for å se på muligheten for nye måter å organisere sykehuset på. Kvalitets- og pasientsikkerhetsansvar må systematisk ivaretas. Modellen om å ivareta det svakeste ledd må imøtekommes; «Det som fungerer for personer med demens vil fungere for alle».



4.8 Nevrofaget (fra side 76 og utover i høringsforslaget)

«OUS vil videreutvikle tverrfaglig Nevropoliklinikk og dagenhet samt annen dagbehandling innenfor nevrologi/ nevrokirurgi.»

Kommentar:

Mange personer med progredierende kognitiv svikt og mistanke om demensutvikling vil være i behov av tverrfaglig spesialistkompetanse. OUS har en veletablert Hukommelsesklinikk er for tiden organisert i medisinsk klinikk som bør styrkes med økt nevrologisk, psykiatrisk og geriatrisk kompetanse for å imøtekomme det økende behovet for spesialkompetanse som kan bli vanskelig å ivareta i førstelinjetjenesten.

Nevrofagets utvikling (side 77 i høringsforslaget)

«Det er helt avgjørende for hele nevrofaget at muligheter for forskning, både kliniske studier, translasjons-studier og bruker-orienterte studier, integreres i den kliniske virksomheten for å sikre et best mulig og oppdatert tilbud til pasientene».

Kommentar

Nevrofaget vil være i sterk utvikling. På lik linje med etableringen av «Comprehensive Cancer Centre (CCC)» der diagnostikk, behandling og forskning innen kreftområdet skjer i nært samarbeid mellom flere legespesialiteter, andre helseprofesjoner og forskere må det etableres en liknende ordning innen



nevrofeltet der synergi i den basale forståelsen av de ulike diagnosegruppene bør være grunnlag for økt årsakforskning, lik tilgang til deltakelse i kliniske studier og tilgang til ny behandling for den enkelte. Personer med kognitiv svikt og demens vil utgjøre den største pasientpopulasjonen innen dette feltet av nevromedisin og vil kreve tverrfaglig spesialistkompetanse; se over. Ved å invitere til bredt nasjonalt samarbeid mellom basalforsknings- og kliniske miljøer vil man i årene fram mot 2035 kunne utvikle en virksomhet som også vil hevde seg internasjonalt.

4.9 Indremedisinske sykdommer (fra side 79 i høringsforslaget)

A. Pasienter med sykdommer i flere organsystem samtidig. «Mange vil leve med flere kroniske sykdommer, og ved sykehusinnleggelse vil symptomer fra flere organsystem dominere. Dette krever godt samarbeid mellom de indremedisinske fagområdene».

Forslaget til tiltak på side 81

Geriatrici: Overvåkning av symptomer i samarbeid med hjemmetjenesten for å hindre reinnleggelser?

Kommentar:

Pasienter med symptomer fra flere organsystem samtidig vil kreve helhetlig medisinsk kompetanse som spesialister i geriatri vil kunne tilby i sykehuset og i samhandling med førstelinjetjenesten. Det krever flere faste geriatristillinger i sykehuset. Man må unngå akutt konfusjon og lære av prosjektresultater fra tidligere samhandlingsprosjekter mellom ortopedi og geriatri der økt spesialisert tverrfaglighet er en av nøklene for å unngå reinnleggelser.

Oslo 6.april 2018

Med vennlig hilsen

Lisbet Rugtvedt, generalsekretær