

SELVSTENDIGHET, VERDIGHET OG TRYGGHET - EN HELSEPOLITIKK FOR MORGENDAGENS ELDRE



NORSK
SYKEPLEIER-
FORBUND

INNHOOLD

Forord	3
NSFs mål for helse- og omsorgstjenester til eldre	4
Utfordringer for fremtidens helse- og omsorgstjenester til eldre	5
Ulike eldre – ulike behov	6
Friske, men utsatte eldre.....	7
Eldre med helsesvikt	8
Eldre i livets siste fase.....	9
En helsepolitikk for morgendagens eldre	10
Brukermedvirkning og organisering på eldres premisser.....	10
Dimensjonering og kvalitet i helse- og omsorgstilbud til eldre.....	12
Faglig forsvarlighet og ledelse	12
Forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende tjenester	12
Helse og omsorgstilbud ved omfattende helsesvikt.....	14
Verdighet i livets slutfase	15
Koordinerte og samordnede tjenester	17
Kompetent personell	18
Forskning og utvikling.....	21

FORORD

Det norske helsevesenet skal de neste årene gjennom en betydelig omstilling for å møte et økende antall eldre som trenger helsehjelp. Allerede nå rapporteres det om dårlig kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene på grunn av mangel på kvalifisert personell.

Antall eldre over 67 år vil fordobles fram til 2050, mens antall personer over 80 år øker fra 200.000 i 2007 til over 500.000 i 2050¹. Mange holder seg friske lenge, men det blir også svært mange flere eldre som vil trenge helse- og omsorgstjenester.

Vi i Norsk sykepleierforbund skal være en aktiv pådriver for å sikre gode helse- og omsorgstjenester for eldre.

Ny teknologi og nye behandlingsmetoder øker behovet for kompetanse til å følge opp behandling og håndtere avansert teknologisk utstyr. Dette stiller nye krav til utøverne i tjenestene. Befolkningen har også andre forventninger til tjenestene når de vet at det finnes kunnskap som kan gi dem en bedre og mer verdig alderdom.

I dette heftet synliggjør Norsk Sykepleierforbund utfordringene vi står overfor. Vi kommer med forslag til hvordan vi kan møte utfordringene med de grep og virkemidler vi mener er nødvendig. Vi ønsker at eldre og deres familier skal få nødvendig støtte i sykdom og alderdom til å opprettholde sine funksjoner lengst mulig.

Vi synliggjør ulike eldres behov og hvordan målene om en tilgjengelig, brukerstyrt, kunnskapsbasert, tilstrekkelig, omsorgsfull og sikker helse- og omsorgstjeneste for eldre og deres pårørende kan nås.

Vi ser på behovet for økt antall helsepersonell og hvordan spesielt sykepleiernes basis- og spesialistkompetanse best kan utnyttes for å sikre god kvalitet og trygg helsehjelp for eldre.



Rammer for god faglig ledelse diskuteres sammen med ulike modeller for samling av tjenester for å bedre oversikt og tilgjengelighet for eldre pasienter og deres pårørende. Behovet for mer kunnskap og implementering av forskningsresultater i praksis diskuteres avslutningsvis.

Tiltakene vi foreslår i dette heftet vil sikre eldre en god og individuelt tilpasset helsetjeneste og en verdig død.

Vi vet mye om hvordan fremtidens helseutfordringer for eldre kommer til å bli. Vi kan forberede oss. Det krever at vi starter forberedelsene nå.

Eli Gunhild By
Eli Gunhild By
Forbundsleder

1. SBB, www.ssb.no



NSFS MÅL FOR HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL ELDRE

Sykepleiere både leder og utfører helse- og omsorgstjenester til friske og syke eldre. Sykepleiere har derfor et omfattende ansvar for at Eldres helse- og omsorgsbehov blir ivarettatt.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har medansvar for å levere premisser for en helsepolitikk for morgendagens eldre som sikrer helhetlige helsetjenester med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet.

Utgangspunktet for arbeidet er mål nedfelt i NSF's prinsipp-program (2012-2015). Blant disse er å:

- påvirke samfunnsforholdene til beste for befolkningens helse
- påvirke utviklingen av helsetjenesten slik at den til enhver tid er rettet mot å fremme helse, forebygge sykdom og bidra til å løse befolkningens helseproblemer
- påvirke helsetjenestetilbudet slik at det tilfredsstillende befolkningens krav og behov når det gjelder både kvalitet og tilgjengelighet

I tillegg skal sykepleiere sikre:

- Høy etisk og faglig standard på tjenestene
- At pasientens situasjon og behov for sykepleie skal være grunnlag for bemanning og kompetansesammensetning
- At helsetilbudet er koordinert gjennom tverrfaglig samarbeid

og samhandling mellom nivåer og sektorer

- At tjenester organiseres og ledes på en effektiv og forsvarlig måte. Det må være samsvar mellom utdanning, kompetanse og ansvar
- At det utvikles ny kunnskap og nye tjenester for å bedre sykepleietilbudet til befolkningen

Sykepleiernes samfunnsoppdrag

Mange eldre er aktive, klarer seg selv, utnytter ny teknologi og tar ansvar for egen helse. Det er positivt. I samfunnsdebatten rundt et økende antall eldre, snakker vi ofte om aktiv aldring, om å ta ansvar for egen helse og klare seg selv. For eldre med omfattende funksjonssvikt kan dette kanskje være den aller vanskeligste oppgaven. Mange av dem er så svekket at de ikke greier å ta ansvar for egen helse og eget liv eller uttrykke behov for og organisere sine egne tjenester. Det er viktig at disse ikke faller utenfor!

Sykepleie og helsehjelp til eldre skal tilpasses den enkeltes behov og funksjonsnivå. Sykepleiernes samfunnsoppdrag er å hjelpe den enkelte gjennom å forebygge sykdom, fremme helse, rehabilitere, støtte, behandle, lindre og gi omsorg ved livets slutt. Skal vi møte eldrebefolkningens behov må vi legge vekt på brukermedvirkning, tverrfaglighet, ledelse, organisering, kompetanse og tilstrekkelig bemanning.

UTFORDRINGER FOR FREMTIDENS HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL ELDERE

Den største trusselen mot fremtidens helse- og omsorgstjenester for eldre, er at vi starter forberedelsene med å dimensjonere opp tjenestene for sent.

Erna Solberg sa på UNIO-konferansen i desember 2014 at mange er redde for å bli gamle i Norge. Vi hører stadig om eldre som ikke får det de trenger i helse og omsorgstjenesten, brudd på menneskerettigheter og unødvendig bruk av tvang. Det er avdekket avvik i to av tre tilsyn som er foretatt av helse- og omsorgstjenester for eldre. Avvikene omfatter blant annet mangelfulle rutiner ved medikamenthåndtering, for lang natt-faste, manglende journalføring, bruk av tvang uten hjemmel og manglende kommunikasjon mellom ulike instanser.

Samtidig er det viktig å fremheve at det hver eneste dag gis svært mye gode helse- og omsorgstjenester!

Å kunne tilby eldre helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet handler ikke bare om ressurser. Det handler i høy grad om hvordan vi organiserer tjenestene og bruker den kompetansen vi har på riktig måte på rett sted – ute i kommunene. Vi må hjelpe eldre til å utsette den hjelpeløsheten de er redde for. Når den inntreffer, må vi være der og bistå på en god og verdig måte.

Begrepet eldreomsorg brukes mye både av politikere, i mediene og av oss som jobber med dette til daglig. Det er imidlertid ingen tjenester som er spesielt forbeholdt eldre i Norge i dag.

Hjemmesykepleie og andre helse- og omsorgstjenester i hjemmet er behovsprøvde og universelle tjenester som tilbys til brukere i alle aldre. Stadig flere yngre benytter tjenester som før stort sett bare ble tildelt eldre. De senere årene har det derfor blitt vanskeligere for eldre å få tjenester enn det var for bare noen år tilbake. For eksempel utgjør eldre over 80 år nå langt under halvparten av tjenestemottakerne i hjemmesykepleien.

Eldreomsorg er altså ikke en egen gruppe tjenester som kan skilles ut fra andre tjenester, hverken i de kommunale helsetjenestene eller i spesialisthelsetjenesten. Det er bedre å snakke om helse- og omsorgstjenester til eldre.

I spesialisthelsetjenesten er det eldre pasienter i de fleste avdelinger og enheter. Noen sykehus har geriatriiske avdelinger, men mange har det ikke. Eldre som er innlagt i sykehus har i gjennomsnitt flere døgnopphold og flere liggedager enn yngre.

Den generelle utviklingen i spesialisthelsetjenesten med økt aktivitet, kortere liggetid og en dreining i retning av dag- og poliklinisk behandling, er betydelig forsterket av Samhandlingsreformen. Dette er en særskilt utfordring for eldre, hvor hyppige bytter av behandlingssted i seg selv er krevende. Målsettingene for Samhandlingsreformen var mer helhetlige og koordinerte pasientforløp. Mange eldre med sammensatte lidelser opplever helsetjenestene som fragmenterte og lite samhandlende. Oppstykkete forløp er ikke bra for eldre pasienter.

Øyeblikkelig-hjelp-innleggelser sto for 81 % av alle innleggelser i sykehus for dem over 80 år i 2013. Eldre som legges inn akutt, har ofte mange sykdommer samtidig (multisykdom), og bruker mange ulike medikamenter.

Kommunehelsetjenesten får et økt pasienttrykk. Utviklingen gjør også at sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene utfører stadig mer kompleks medisinsk behandling og oppfølging av eldre. Det har vært en særlig sterk vekst i antall tidsbegrensede opphold i sykehjem og liknende kommunale institusjoner for utredning og behandling.

Alle norske kommuner skal innen 2016 ha opprettet egne døgnenheter for mottak av pasienter som opplever forverring av allerede diagnostiserte og avklarte tilstander. Det er positivt. Det er samtidig viktig at disse plassene ikke skal brukes til

Mange er redde for å bli gamle i Norge. De er redde for å bli hjelpeløse og helt avhengige av andre mennesker.

Statsminister Erna Solberg, Unio-konferansen, 9. desember 2014

eldre med udiagnostiserte lidelser, men at disse pasientene kommer raskt til sykehus.

Hjemmesykepleien har også hatt en betydelig vekst i antall mottakere – som krever mer avansert behandling. Eksempler på slik behandling er respiratorbehandling, hjemmedialyse, blodprøvetaking, intravenøs antibiotikabehandling og oppfølging av kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.

I tillegg er det generell mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere de kommunale helse- og omsorgstjenestene, hvor ca. 25 % av de ansatte mangler formell helsefaglig utdanning. Nyutdannede sykepleiere søker seg i for liten grad til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. De oppgir mangel på faglig miljø som viktigste årsak.

Det tverrfaglige samarbeidet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er svakt, både på grunn av organisering og fordi deler av tjenesten er statlig finansiert.

Tilstrekkelig og riktig bemanning. I Stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg» sies det at pårørende og frivillige i fremtiden må gjøre mer av arbeidet som vil kreves når eldrebefolkningen øker. Pårørende utfører i dag ca. 100.000 årsverk i helse- og omsorgstjenesten i kommunene, de ansatte utfører 120.000 årsverk.

Mye av pårørendearbeidet utføres av kvinner. Økt innsats fra pårørende må derfor vurderes i et likestillingsperspektiv og hva det vil si for kvinners deltakelse i arbeidslivet. Vi har høy sysselsettingsgrad i Norge og pårørende har derfor mindre tid til sine eldre, selv om mange gjør en stor innsats.

Flere studier har vist at det allerede i dag er marginal bemanning og kompetanse i mange kommuner. Dette er bekymringsfullt. Hvis vi skal klare å løse fremtidens utfordringer og skaffe tilstrekkelig mange med nok kompetanse til kommunene, må vi starte nå. Det finnes mye kunnskap om hvordan vi kan løse disse utfordringene. Medisinsk behandling gir langt flere mulighet til å opprettholde funksjon til tross for sykdom. Tekniske fremskritt har gjort det mulig å motta avansert behandling hjemme, eller i omsorgsboliger. Sykepleiekunnskap om hvordan man gjør riktig og god vurdering av de eldres helse- og omsorgsbehov utvikles kontinuerlig. Sykepleiere har også utviklet kunnskap om tiltak som kan forebygge helseutfordringer eldre er spesielt utsatt for som fall, trykksår, feil medikamentbruk, underernæring, depresjoner/angst, lindring av ubehag og smerter ved kroniske lidelser og ved livets slutt.

Vi må være oppmerksom på risikoen for **økt sosial ulikhet i helse**. Forskjeller i utdanningsnivå, økonomi, etnisitet og

kjønn gjør store utslag i helse og levealder. Eldre har derfor svært ulike ressurser å møte alderdommen med.

En studie utført av NOVA² har vist at både den hjelpetrengheds- og den/de pårørendes kjønn har betydning for hvor mye hjelp man blir vurdert å ha behov for. Eldre pasienter som hadde døtre fikk tildelt mindre hjelp enn de som hadde sønner til å hjelpe seg.

Utviklingen innen **migrasjons- og minoritets-helse** vil påvirke behovet for og utformingen av helse- og omsorgstjenester til eldre. Innvandrere har generelt dårligere selvrapportert helse enn den øvrige befolkningen. I en levekårsundersøkelse blant innvandrere gjennomført av SSB i 2005-2006 karakteriserer 67 prosent egen helsetilstand som god, mot 87 prosent i befolkningen som helhet. Eldre innvandrere har noen særskilte utfordringer knyttet til bruk av helse- og omsorgstjenester, både i forhold til språk og kulturelt betingende behov. Det mangler likevel et tydelig faktagrunnlag for å si om innvandre-res bruk av spesialisthelsetjenester og helse- og omsorgstjenester skiller seg fra resten av Norges befolkning.

ULIKE ELDERE - ULIKE BEHOV

Gruppen «eldre» favner vidt og består av en stor gruppe individer med svært ulike behov. Vi har derfor funnet det hensiktsmessig å gruppere de eldre etter noen karakteristika for å se nærmere på de ulike utfordringene og tjenestebehovene som oppstår avhengig av den enkeltes helse og behov for helsehjelp.

Gruppene er henholdsvis *Friske, men utsatte eldre, Eldre med helsesvikt og Eldre i livets siste fase*.

Disse gruppene er ikke nødvendigvis avgrenset i forhold til hverken hverandre eller til friskhet, sykdom eller funksjonssvikt. Man kan tilhøre en eller flere av gruppene samtidig og man kan være i bevegelse mellom de ulike gruppene. Gruppene danner likevel utgangspunkt for å beskrive hvilke behov for sykepleie/helse- og omsorgstjenester som kan oppstå.

Felles for alle er betydningen av helhetlig og helsefremmende tjenestetilbud. Uavhengig av helsetilstand og alder er det helt avgjørende at man ser hele mennesket med både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov i sammenheng. Alle tjenestetilbud må bygge på den enkeltes ressurser og mestringsevne for å nå målet om mest mulig selvstendighet. Dette er både et sentralt kjennetegn på kvalitet i helsehjelpen, et grunnleggende mål for all sykepleie og en vesentlig faktor for å forebygge unødig forverring av helsetilstanden.

2. Thea Berge, Henning Øien og Niklas Jakobsson: Formell og uformell omsorg. Nova notat 3/14.

FRISKE, MEN UTSATTE ELDRE

De fleste forblir friske og selvstendige til langt inn i alderdommen. De er en ressurs i både egne og andres liv som bidrar i vesentlig grad til verdiskapingen i samfunnet også etter pensjonsalder – både innenfor familien, i frivillige organisasjoner og i lokalmiljøet.

Den biologiske aldersprosessen er kjennetegnet ved en gradvis reduksjon av organreservene til en halvering ved 70 års alder. Denne reduksjonen fører ikke til sykdom, men til økt sårbarhet for ulike påkjenninger.

Den mentale aldersprosessen ytrer seg ved langsommere tempo og ved en viss glemsomhet. Et viktig trekk er svekket selvbilde, noe som også øker sårbarheten.

Den sosiale aldersprosessen starter omkring pensjonsalderen og er kjennetegnet ved at kontaktnettet reduseres. I alvorlige tilfeller fører dette til isolasjon og ensomhet, og det øker selvfølgelig sårbarheten.

Aldersprosessen kan påvirkes, men ikke stoppes. En livsstil med sunn kost, daglig mosjon, røykfrihet, lite alkohol, kognitive stimuli, et aktivt sosialt liv og fysisk og psykisk nærhet med andre virker positivt. Fravær av disse faktorene vil slå mest ut i eldre år.

Eldre er utsatt for tap av ben- og muskelmasse. Dette gir økt forekomst av muskel- og skjelettlidelser. Eldre er spesielt utsatt for fall. Årlig får om lag 10 000 personer over 65 år hofteleddsbrudd etter fall. Kvinner er spesielt utsatt. Hofteleddsbrudd gir plager og forringer livskvaliteten. I tillegg kan det gi alvorlige konsekvenser som langvarig funksjonsnedsettelse, komplikasjoner og død.

Rekruttering av helsepersonell til kommunene

Statistisk sentralbyrå anslår at det i 2025 vil mangle ca. 5.000 sykepleierårsverk og ca. 25.000 helsefagarbeiderårsverk i Norge. Mange av disse årsverkene skal utføres i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Allerede dag mangler ca 25 % av de som jobber i disse tjenestene formell, helsefaglig utdanning. Denne andelen må antas å øke i årene fremover hvis man ikke øker utdannings- og rekrutteringstakten for disse to yrkene betraktelig.

(<http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/arbeidsmarkedet-for-helse-og-sosialpersonell-fram-mot-aar-2035>)

Liv, 88: «Plutselig lå jeg der og skjønte at NÅ var det skjedd med meg!» Liv levde et aktivt liv frem til sommeren for to år siden. Hun bodde alene i en leilighet der hun ønsket å bo resten av livet. Da hun en dag var ute på handletur, mistet hun balansen og falt. Hun vet at hun ble lagt inn på det lokale sykehuset og operert for hoftebrudd, men husker ingenting av den første uken på sykehuset.

Kommunen hun bor i, har en spesialisert rehabiliteringsenhet på et av sykehjemmene. Hun ble sendt dit og fikk omfattende rehabilitering. Hun trente seg opp til å gå. I tillegg brukte hun tid på treningskjøkkenet for å være sikker på at hun ville klare å lage seg mat hjemme.

Hun innså at hun ikke lenger ville kunne bo i leiligheten sin uten å bli isolert på vinterstid, og flyttet derfor til en serviceleilighet i hjemkommunen. Der får hun hjelp av hjemmesykepleien til å ta på kompresjonsstrømper hver dag, men prøver å klare alt annet selv. I denne boligen ligger alt til rette for at hun kan klare seg selv, samtidig som hun kan ringe på hjelp ved behov, noe som passer henne helt utmerket.

Folk i Norge lever lenger enn før, og mange har et aktivt og innholdsrikt liv i høy alder. Samtidig har mange eldre utfordringer med å mestre dagliglivet. Sykdom og funksjonssvikt, tap av livsledsager, tap av venner, opplevelse av isolasjon og redusert selvstendighet i hverdagen påvirker livskvaliteten. Likevel har mange eldre store muligheter til å klare seg selv når de får tilrettelagt hjelp.



ELDRE MED HELSESVIKT

Alvorlige helseplager og funksjonstap kommer særlig etter 80-85 år og da forekommer ofte flere sykdommer og helseplager samtidig. Aldersforandringer alene gir sjelden funksjonssvikt før 85-90 års alder. Ved økende alder øker likevel risikoen for å bli rammet av sykdom og svekket funksjonsevne. Aldersforandringer gjør altså at eldre er mer utsatt for sykdom, og at sykdom eller skade kan gi mer alvorlige og langvarige konsekvenser. Eldre er mer utsatt for ulike sykdommer som hjertesvikt, slag, kreft og kognitiv svikt/ulike demenssykdommer. De eldste og sykeste kjennetegnes av å ha reduserte ressurser og en økt fysisk og psykisk sårbarhet som kompliserer rehabilitering etter sykdom.

Det er de ikke-smittsomme sykdommene som i størst grad forårsaker tapt funksjon, dårlig helse og tapte leveår hos nordmenn. Hjerte-karsykdommer, kreft, diabetes og KOLS gir store utslag. Disse sykdommene og tilstandene øker i takt med at flere blir eldre.

Eldre med funksjonssvikt er svært utsatt for skader og sykdom, slik som fallskader og infeksjoner. I tillegg kan til dels enkle og «uskyldige» hendelser få alvorligere konsekvenser hos eldre enn hos yngre.

Sykdom hos eldre innebærer derfor økt risiko for at evnen til å klare seg selv blir redusert.

Med flere eldre øker forekomsten av aldersrelaterte psykiske lidelser. Depresjon hos eldre utgjør et betydelig helseproblem og er knyttet til svekket fysisk helse, redusert kognitiv funksjon og sosial isolasjon. Mange bærer også med seg psykiske helseproblemer som har oppstått tidligere i livet.

Eldre drikker mer alkohol enn tidligere. Det settes ofte likhetstegn mellom tilgang på alkohol og livskvalitet for eldre. Bildet er imidlertid mer sammensatt. Eldre tåler alkohol dårligere enn yngre og alkoholforbruk gir til dels store helseproblemer som alvorlig sykdom og skade, for eksempel fall. I tillegg begynner første generasjon av rusavhengige av illegale rusmidler å bli gamle.

Mange eldre har stort potensiale til å komme seg også etter alvorlig sykdom. Eksempelvis gir rehabilitering etter hjerne-slag hos eldre gode resultater. Enkle tiltak som opprettholder muskelmasse gir økt funksjon og reduserer faren for fall. Til tross for rehabilitering får noen eldre etter hvert store funksjonstap. Dette er en stor overgang og det mange eldre gruer seg aller mest til.

Berit, 94: «Da jeg skjønnte at de ville satse på meg, tenkte jeg at da skulle jeg jammen bidra med mitt for at det skulle bli vellykket!»

Berit var enke og bodde for seg selv og var frisk og sprek helt til hun ble rammet av slag som 92-åring. Hun fikk akuttbehandling i sykehus og ble deretter sendt til en spesialisert sykehjemsavdeling hvor hun gjennomgikk et individuelt tilpasset, spesialisert rehabiliteringsopplegg og opplevde stor fremgang. Ved hjelp av et dedikert tverrfaglig rehabiliteringsteam kunne hun flytte tilbake til hjemmet bare to måneder etter at hun hadde hatt slag. Hun bor fortsatt i hjemmet hun har bodd i siden 1970-tallet. Hun trener målrettet og regelmessig for å kunne gå, og klarer seg fint med hjemmehjelp en gang i uken.

De aller fleste eldre ønsker å klare seg selv og bo i eget hjem. Når man opplever alvorlig helse- og funksjonssvikt med store hjelpebehov, kan det være riktig å flytte til en institusjon med heldøgns pleie og omsorg.

Else, 94 er enke og bor på sykehjem. Hun fikk et stort hjerneslag for ni år siden, og har etter det vært avhengig av hjelp til det aller meste. Hun sier: Nå må jeg ha hjelp til absolutt alt. Jeg må løftes ut av sengen, vaskes og mates. Jeg har måttet venne meg til det, men jeg klager ikke. Her er det mange flinke damer og noen få karer som jobber. De er så snille, de som hjelper meg – og de spør meg alltid hvordan jeg vil ha det når de stiller meg og hva jeg vil ha å spise.

Else forteller at dagene blir lange noen ganger, og at det ikke er mange hun kan snakke med på sykehjemmet der hun bor. Hun liker å sitte i stolen sin og se utover jordene ved sykehjemmet mens hun tenker mye på alt det morsomme og spennende hun opplevde da hun vokste opp på landet med mor og far og mange søsken.

Om livet sitt sier hun: Når livet nå har blitt slik det har blitt, kunne jeg ikke hatt det bedre. Livet blir litt som man tenker om det sjøl, uansett.



Demens er en fellesbenedelse for flere sykdommer og skader som rammer hjernen, og som oftest opptrer i høy alder og fører til en kognitiv svikt.

Demens kan medføre både hukommelsessvikt, språkvansker, endret personlighet, endret adferd, vansker med å orientere seg og problemer med å utføre daglige gjøremål.

Over 70 000 nordmenn er rammet av ulike demenssykdommer. Når antallet flere eldre i befolkningen øker, vil også forekomsten av eldre med demens øke. Demens finnes hos 15-20 prosent av alle over 75 år.

ELDRE I LIVETS SISTE FASE.

Ca. 40 % av alle nordmenn dør i sykehjem og ca. 37 % dør i sykehus. Selv om vi alle vet at vi skal dø er det mange tanker rundt når, hvordan det kommer til å skje og om det vil være forbundet med ubehag og smerter. Mange er opptatt av verdighet og å ikke oppleve en lang periode med hjelpeløshet før døden inntreffer.

De fleste er også opptatt av de som blir igjen etter dem. Den

døende eldre har kanskje allerede mistet mange de er glad i både av venner og slektninger, mens noen har fortsatt ektefeller eller barn som er avhengig av deres omsorg. Livssituasjon har betydning for hvordan den eldre møter døden.

Eldre ønsker å avslutte livet på en god måte. Mange ønsker ikke å legge byrde på familien ved at de må rydde opp etter dem og planlegge sammen med familien ting som gravsted og fordeling av arven.

Mange er redde for smerter i livets slutfase og at dødsprosessen skal bli lang, og ønsker en verdig livsavslutning. Stadig flere oppretter derfor et livstestamente som sier at det ikke skal settes inn ekstraordinære midler for å holde dem i live hvis uhelbredelig sykdom eller ulykke umuliggjør bevisst livsopplevelse, eller hvis et fortsatt liv vil være forbundet med store smerter eller vedvarende svekkelse og hjelpeløshet.

Veileder for begrensning av livsforlengende tiltak:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/Publikasjoner/IS-2091.pdf>



EN HELSEPOLITIKK FOR MORGENDAGENS ELDRE

Det er tverrpolitisk enighet i Norge om at vi skal ha en helse- og omsorgstjeneste som ligger i front både medisinsk, teknologisk og sykepleiefaglig. NSF mener at helsetjenester er og bør være et offentlig ansvar. Tjenestene må derfor være underlagt politisk styring og kontroll som klargjør både målsettinger, prioriteringer, ressurstildeling og tilgjengelighet. Hele befolkningen – også de eldre – må sikres et likeverdig tilbud, der pasientrettigheter og pasientsikkerhet står i fokus.

Norsk Sykepleierforbund mener at et konstant og bevisst fokus på menneskerettigheter, pasientsikkerhet og pasientrettigheter, yrkesetikk og riktig og tilstrekkelig kompetanse og forsvarlig bemanning er det som må til for å øke kvaliteten på tjenestene og sikre forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp for alle.

Muligheter til å bo lenger hjemme, være tryggere og mer selvhjulpne er viktig for eldre. Dette medfører at forebygging og reduksjon i sykdomsutvikling og funksjonssvikt er viktig. Reduksjon av smerter og ubehag, og en større grad av valgfrihet, er også helt vesentlig.

BRUKERMEDVIRKNING OG ORGANISERING PÅ ELDRES PREMISER

Sykepleiere har omfattende kunnskap om eldre pasienters ønsker og behov. De har kompetanse til og ansvar for å vur-

dere eldre pasienters funksjonssvikt, følge opp behandling og forebygge forverring i helsetilstanden..

Den enkeltes behov for sykepleie/helsehjelp må *alltid* avgjøre hva den eldre mottar av hjelp/tjenester. Lovverket gir alle rett til å få forsvarlige og omsorgsfulle tjenester når de trenger det – enten det er i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten. Retten til forsvarlige og omsorgsfulle helse- og omsorgstjenester gjelder uavhengig av om en bor i eget hjem, omsorgsbolig eller sykehjem. Det er den enkeltes individuelle behov som skal bestemme tjenestetilbudets innhold og omfang. En svensk studie viser at sannsynligheten for å flytte til bolig med heldøgns omsorg er mer enn dobbelt så høy for eldre som bor hjemme i sin ordinære bolig, enn for eldre som bor i boliger med tilrettelagt servicetilbud.

For å få til et individuelt tilpasset og behovsstyrt helsetilbud, må tjenestetilbudene være varierte, faglig forsvarlige, individuelt tilpasset, omsorgsfulle, integrerte og koordinerte. Eldre kan trenge ekstra informasjon om sine rettigheter og hjelp til å koordinere tjenestene.

Eldre med omfattende funksjonssvikt er spesielt utsatt. De har behov for helse- og omsorgstjenester som er samordnet og bredt nok anlagt til å dekke alle behov.

For å kunne yte behovsstyrt og individuelt tilpasset helsehjelp er det helt vesentlig å ha sykepleiere og spesialsykepleiere som kan vurdere risikofaktorer og forstå sårbarheten som følger av å være gammel. Det må være både tid og rom til å samle nødvendige data – til å observere, snakke med og undersøke pasienter. Det må også være tid og rom til å innhente informasjon fra andre og til å sette i verk tilpassede tiltak og observere, dokumentere og evaluere effekten av disse.

Utvikling og bruk av velferdsteknologi/eHelse kan gi bedre, mer tilgjengelige og effektive helsetjenester, samtidig som eldre og pårørende i større grad føler trygghet og uavhengighet. Eksempler er GPS, fallsensorer og utstyr for automatisk måling av blodtrykk, blodsukker og andre markører som de eldre kan ha hjemme. Skal dette gi trygghet må kvalifisert personale være tilgjengelig når alarmer utløses. Eldre må selv være med på beslutningene om bruk av velferdsteknologi.

Eldre med psykiske lidelser og rusproblemer oppsøker ikke tjenestetilbudene i samme grad som andre eldre. De har likevel samme rett til forebygging, utredning, behandling og oppfølging som den øvrige befolkningen. Det er en nasjonal oppgave å sikre trygge og tilgjengelige helsetjenester til denne gruppen.

Det er også viktig å fremme god helse og likeverdige helsetjenester til eldre med innvandrerbakgrunn. Etter hvert som det blir stadig flere eldre med innvandrerbakgrunn, må helse- og omsorgstjenestene favne dette kulturelle mangfoldet i tjenestene. Helsepersonell må sørge for at all informasjon, alle råd og all helsehjelp til eldre med innvandrerbakgrunn tar nødvendig hensyn til både kulturelle og språklige forskjeller og utfordringer.

NSF MENER:

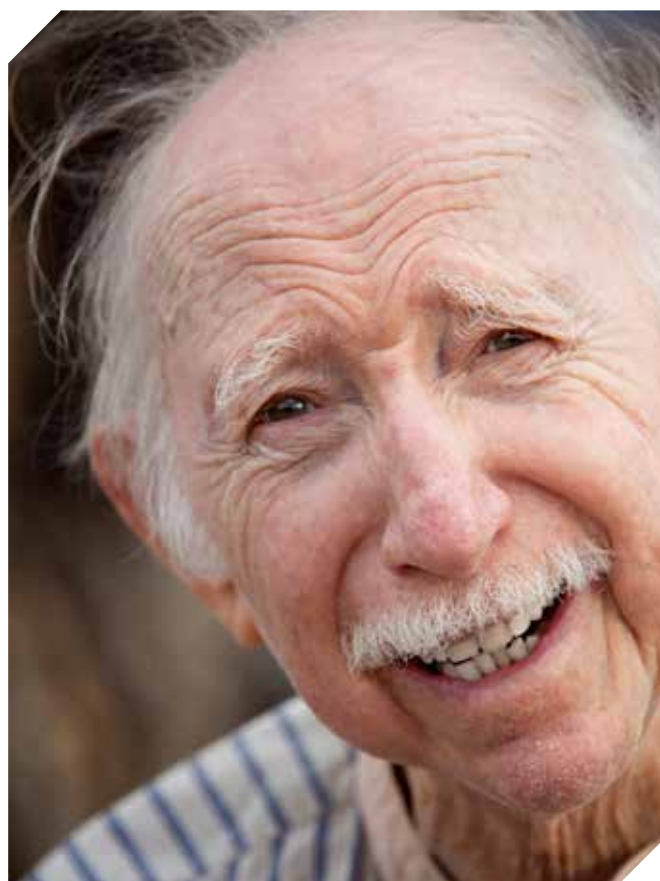
- Sykepleiekompetanse må tas i bruk for å gi pasienten de tjenestene de har behov for
- Brukere må gjøres i stand til å ta valg og selv bestemme, og deres synspunkter må etterspørres i alle deler av helsetjenesten og brukes til forbedringsarbeid
- Eldre skal ha et helse- og omsorgstilbud i henhold til behov – og egne ønsker skal tillegges vekt
- Velferdsteknologi kan være gode hjelpemidler når de gis i sammenheng med andre tjenester
- Eldre med utfordringer i forhold til psykisk helse og/eller rus må få like rettigheter til helse- og omsorgstjenester som andre
- Pårørende må inkluderes sammen med pasientene når tjenester skal utformes
- Kompetanse i minoritetshelse må styrkes for å bidra til likeverdige helsetjenester

I prosjektet Trygge Spor har personer med demens brukt GPS over en periode fra noen uker opp til ett år. Resultatene viser at lokaliseringsteknologien bidrar til økt trygghet, frihet og livskvalitet - både for demente og de pårørende.

<http://www.ks.no/tema/Helse-og-velferd/Velferdsteknologi/Eksempler/Trygge-spor/>

Stiftelsen «Livsglede for eldre» ble stiftet i 2006 og har som mål at alle eldre skal ha en god og meningsfull hverdag. Stiftelsen har også skapt og forvalter sertifiseringsordningen for «Livsglede sykehjem». Sosial aktivisering, respekt og styrking av den enkeltes integritet ved hjelp av fokus på kultur, aktivitet, trivsel og åndelige/eksistensielle behov er fokus for denne satsningen. Konseptet er støttet av Helse- og Omsorgsdepartementet og har som mål at alle landets sykehjem skal få mulighet til å inngå i et sertifiseringsløp innen 2020.

<https://www.livsgledeforeldre.no>



DIMENSJONERING OG KVALITET I HELSE- OG OMSORGSTILBUD TIL ELDRER

FAGLIG FORSVARLIGHET OG LEDELSE

Det er et lederansvar å gi gode helsetjenester. Kommunene har ansvar for at innbyggerne får forsvarlige og omsorgsfulle tjenester når behovet oppstår.

De fleste lederne på det pasientnære nivået i helsetjenestene har sykepleie som fagbakgrunn. De har både fag-, personell- og økonomiansvar og må derfor sikres kompetanse, nettverk, støttepersonell og systemer for å kunne ivareta dette ansvaret.

Sykepleieledere har ansvaret for at tjenestene til enhver tid er faglig forsvarlige. En studie blant 1600 sykepleieledere våren 2014 viste at sykepleieledere i kommunene har vanskelige vilkår for reelt å kunne utøve ledelse. 40 % svarte at de har opplevd store dilemma i skvisen mellom tid til pasientene, kontinuitet og rett kompetanse for å gi faglig forsvarlig sykepleie og omsorg på den ene siden, og budsjett og regnskapsoppfølging på den andre siden³.

Sykepleieledere i kommunesektoren må få bedre vilkår for reelt å kunne utøve ledelse. De fleste ledere har ansvaret for alt for mange ansatte i avdelinger med døgnkontinuerlig drift. Riktig bemanning og kompetansesammensetning er helt nødvendig for å kunne gi kvalitativt gode tjenester og kunne utvikle tjenestene videre. En mer helhetlig tenkning for sykepleietjenesten finnes er for eksempel Magnet/Pathway i USA. Denne modellen inneholder rammeverk og akkrediterings-systemer med kvalitetstandards for ledelse, organisering, sykepleiepraksis, fagutvikling/forskning og bruk av kvalitetsindikatorer. Tilsvarende modeller og kvalitetsindikatorer vil være viktig for utviklingen av gode helse- og omsorgstjenester i Norge⁴.

Det er en økende tendens til at prioriteringen av ressurser og tildeling av kommunale tjenester overlates til et bestillerkontor som er adskilt fra enhetene som utfører tjenestene. Når tjenestene skal tildeles og prioriteres av andre enn dem som møter brukerne til daglig, kan det oppstå usikkerhet om hvem som har ansvar for å sørge for et forsvarlig helsetilbud og hvordan ressursene skal prioriteres. Det profesjonelle skjønnet får mindre plass.

Bestiller-/utførerorganisering legger ikke godt nok til rette for at de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan reagere raskt nok på akutte behov, fordi vurderinger og tjenesteutmåling gjøres av andre enn dem som gir daglig helsehjelp til

pasientene. En slik ordning passer spesielt dårlig til eldre med omfattende funksjonssvikt.

NSF MENER:

- Sykepleieledere må ha rammebetingelser som gjør det mulig å utøve fag og ledelse i tråd med helsepolitiske mål, lover og forskrifter og profesjonsetiske retningslinjer
- Kommuner og sykehus må organisere virksomheten med tilstrekkelig antall ledere slik at personalansvaret kan ivaretas
- Der den kommunale forvaltningen er delt i en bestiller/utførermodell, må det være tid og rom for at utøvende sykepleiere alltid kan gjøre vurderinger og utføre tiltak etter pasientenes behov, uavhengig av forvaltningsvedtak
- Det må utvikles en opptrappingsplan for tjenestene basert på økning av eldrebefolkningen og behov

FOREBYGGENDE, HELSEFREMMENDE OG REHABILITERENDE TJENESTER

I møte med eldre er det viktig å tenke helsefremming. Ressursene og mestringsevnen hos den enkelte må underbygges og fremmes. For eldre med kroniske tilstander vil målet være å finne den beste strategien for å leve med sykdommen og styrke livskvaliteten.

Behovet for lavterskeltilbud i psykisk helse og rus vil øke med antall eldre. Den økte innsatsen skal gjøres der folk bor, nemlig ute i kommunene. Det er derfor viktig at man har en plan for videre utbygging og opptrapping av disse tjenestene.

Fysisk aktivitet har positiv forebyggende effekt mot mange lidelser, og det er derfor viktig at sykepleiere legger til rette for slik aktivitet. Hverdagsrehabilitering har fått stort gjennom-

«Lyst på livet» er et konsept hvor pensjonister møtes jevnlig på såkalte «Livskafèer» for å fremme egen helse og livskvalitet gjennom å påvirke vaner og mønstre i hverdagen. Ved hjelp av en enkel metode tilpasset norske forhold av Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten prøver man ut forandringer i eget liv og vurderer resultatene av disse. Konseptet er spredd til en rekke kommuner som et samarbeid mellom fagmiljøer og Pensjonistforbundet.

<http://www.kunnskapssenteret.no/mer-om-oss/lyst-p%C3%A5-livet?sessionId=7F69051484CB9FA7B-C7A4D3B9849637E>

3. Therese Andrews og Hege Gjertsen: Sykepleieledere og ledelse, NF-rapport nr. 4, 2014.

4. <http://www.nursecredentialing.org/pathway> <http://www.nursecredentialing.org/magnet.aspx>



slag i norske kommuner. Hverdagsrehabiliteringens filosofi er tidlig, intensiv og tverrfaglig innsats. Målet er å gjenopprette den enkeltes evne til å utføre daglige gjøremål selv, med fokus på hva den enkelte selv mener er viktig for å opprettholde god livskvalitet. Det må være tid og kompetanse til å ivareta og bevare pasientens ressurser i alle de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

En målrettet satsing på forebygging overfor friske eldre, og helsefremmende innsats overfor utsatte grupper, er helt avgjørende for å unngå unødig helsesvikt. NSF vil aktivt påvirke utviklingen av systematisk folkehelsearbeid med fokus på

En rekke kommuner har prosjekter hvor de gir tilbud om forebyggende hjemmebesøk av sykepleier til eldre/ personer over en gitt alder (75-80) år, der formålet er å skape trygghet for å kunne bo i eget hjem lengst mulig. Det legges vekt på sikkerhet i hjemmet, fallforebygging, brann, sosialt nettverk og kosthold, og den eldre er bestemmer innholdet i samtalen ut fra hva som er aktuelt for den enkelte. Tilbudet er frivillig og kostnadsfritt. Med disse hjemmebesøkene kan man oppnå at eldre får bedre kunnskap om egen helse og mestrer sin helsesvikt, og dermed utsette behov for helsetjenester og ved å gi informasjon om rett tilbud til rett tid.

<http://www.utviklingssenter.no/forebyggende-hjemmebesok-til-eldre.5028151-185540.html>

Fysisk aktivitet vedlikeholder muskulaturen og dermed balansen, og kan forebygge både plager og skader. Skader etter fall har store samfunnsmessige konsekvenser og koster anslagsvis ca.3 milliarder kroner årlig. Målrettet fallforebyggende arbeid vil derfor ha stor betydning både for Eldres helse og livskvalitet og samfunnsøkonomisk.

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fallforebygging-i-kommunen/Sider/default.aspx>

aldring og eldre. Det innebærer blant annet å vektlegge kilder til god helse like mye som årsaker til sykdom. NSF vil også påvirke utviklingen av gode lavterskeltilbud til eldre og satse på tidlige intervensjoner og forebygging på alle nivåer.

NSF MENER:

- For å unngå unødig helsesvikt må det satses på forebyggende innsats for friske eldre, og helsefremmende innsats i forhold til de som allerede er syke
- Det må drives systematisk folkehelsearbeid med fokus på aldring og eldre
- Det bør innføres hjemmebesøk av sykepleier til friske eldre
- Det må satses på rehabilitering av eldre og tilrettelagte boliger ved funksjonstap

HELSE OG OMSORGSTILBUD VED OMFATTENDE HELSESVIKT

Flere sykdommer samtidig med aldersforandringer gjør at sykdommer hos eldre blir vanskeligere både å diagnostisere, behandle og lindre. Sykdomsforløpene blir tilsvarende komplekse og krever betydelig mer planlegging og innsats. Et sammensatt sykdomsbilde øker også risikoen for at mindre åpenbare lidelser ikke blir diagnostisert.

En av de viktigste oppgavene knyttet til å følge opp utsatte eldre, er å kunne kjenne igjen sykdom og truende eller akutt funksjonssvikt, og iverksette tiltak. For sykepleiere er det avgjørende å kunne observere og avdekke sykdom og funksjonssvikt så raskt som mulig for å kunne sette inn sykepleie-tiltak før svikten blir verre.

Sykepleie til eldre med sammensatte behov og flere sykdommer samtidig, krever god kompetanse både til kartlegging, vurdering av risiko, igangsetting av forebyggende tiltak, gjennomføring av behandling og vurdering av bivirkninger, samt kompetanse til å gi god omsorg og pleie og styrke trivselen.

Demens er en lidelse som gir ekstra komplekse forløp. Mange sykepleiere jobber daglig med pasienter med demens. Svært mange av disse har videreutdanninger innenfor feltet eldre, psykisk helse, demens og geriatri. Det er likevel behov for langt flere med videreutdanninger/mastergrader i klinisk sykepleie i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

De ulike demenssykdommene utvikler seg gradvis, men i ulikt tempo og omfang fra person til person. Det er viktig at personer med demens får god oppfølging i et tilpasset forløp fra diagnosen blir stilt og pasienten bor hjemme, til de eventuelt får behov for skjermet enhet på sykehjem eller bokollektiv for personer med demens.

Det er få tiltak som kan forebygge demens. Forskning har vist at aktivitet, spesielt fysisk aktivitet, kan virke positivt ved at sykdomsforløpet utsettes eller forsinkes. Det kan være svært krevende å leve sammen med et familiemedlem som har fått demens. Pårørende trenger både opplæring, avlastning og veiledning og mulighet til å delta i pårørendegrupper.

Smarter har stor betydning for opplevd livskvalitet. Eldre mennesker som er rammet av sykdom og eller funksjonssvikt, har ofte langvarig smerte. Erfaringen er at mange eldre underrapporterer smerte, fordi de tror at smerte er en del av aldringsprosessen. Smertevurdering er en viktig sykepleieoppgave og bør inngå som en kvalitetsindikator i kommunehelsetjenesten.

Skottland har innført en femdelte modell for oppfølging etter demensdiagnose. Modellen skal sikre at alle som får en demensdiagnose får tilstrekkelig informasjon om sykdommen og forventet sykdomsutvikling, hvor man kan finne hjelp og støtte i nærmiljøet både for den som er rammet og for de pårørende, hvordan man best kan planlegge og organisere fremtidens behov for helsehjelp og støtte i forhold til økonomiske beslutninger. http://www.alzscot.org/campaigning/five_pillars

Oslo kommune har i sin seniormelding foreslått et liknende behandlingsforløp for alle som får en demensdiagnose. NSF mener at slike forløp må innføres nasjonalt.

Demenslinjen: <http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demens/Demenslinjen/>

Sykehjemmene tilbyr heldøgns tjenester, og sykehjemsplasser er behovsprøvd. Om lag 80 % av alle sykehjemsbeboere har kognitiv svikt i ulik grad. Tilbudet er forbeholdt de aller sykeste, med mange diagnoser og kort levetid. Dette krever sykepleiekompetanse. I dag er det ansatt for mange ufaglærte og bemanningen er for lav.

Flere har foreslått å lovfeste retten til sykehjemsplass. Lovverket gir allerede i dag rett til forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp etter individuell behovsvurdering. Det forekommer likevel at syke og sårbare mennesker likevel ikke får oppfylt sine omsorgsbehov. For få tilgjengelige sykehjemsplasser, feilaktig søknadsbehandling og/eller feilaktige prioriteringer i kommunene er vanlige årsaker til dette. Det er derfor viktig å styrke kontrollen med at kommunene oppfyller sine lovkrav. Institusjonsplasser er kostbare. Økt investeringstilskudd fra staten kan stimulere byggetakten noe, men det må henge sammen med midler til drift.

En ensidig statlig finansieringsordning for drift av sykehjemsplasser kan også føre til at kommunene velger å bygge ned andre tiltak lenger ned i omsorgstrappen. Dette kan gi et mindre differensiert tilbud til de eldre i kommunene.

NSF MENER:

- Sykepleiere må gis mulighet til å bruke gode verktøy for å kartlegge og dokumentere risiko for funksjonssvikt, smerte og andre risikofaktorer hos eldre
- Sykepleiere må gis mulighet til å følge opp pårørende og sørge for at deres behov for informasjon og avlastning er ivarettatt



- Forløp for oppfølging etter demensdiagnose må innføres nasjonalt
- Det må være tilstrekkelig bemanning og sykepleiekompetanse til å ivareta den enkelte eldre pasients behov og ta i bruk den eldre egnere ressurs
- Alle skal få plass i sykehjem når de har behov for det
- Sykehjemmene må være bemannet med nok kvalifisert personale og gi forsvarlig, omsorgsfull og individuelt tilpasset helsehjelp.
- Tilsynsmyndighetene må sanksjonere på virksomhetsnivå ved brudd på omsorgsplikten og/eller verdighetsgarantien.
- Det skal ikke forekomme unødvendig bruk av tvang overfor eldre, og gjeldende lov og retningslinjer må alltid følges

Liverpool Care Pathway (LCP) er en tiltaksplan for omsorg til døende og deres pårørende. Planen ble utviklet for å overføre den enhetlige omsorgen som døende og deres familier blir møtt med i lindrende/ palliativ enhet, til andre deler av helsetjenesten. LCP ble utviklet i England på 1990-tallet og er i dag internasjonalt anerkjent og brukt i 22 land verda over.

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/1553113/kvalitetssikker--omsorg-til-doende>
<http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/klb/praktisk-palliasjon/Sider/liverpool-care-pathway.aspx>

VERDIGHET I LIVETS SLUTTFASE

Å få symptombehandling ved alvorlige lidelser og i livets slutfase er viktig, sammen med god omsorg og pleie. Omsorg i livets siste fase stiller store krav til personalets kunnskap og kompetanse og til organisering og samhandling for at pasienter og pårørende skal oppleve trygghet og verdighet i livets siste dager og timer.

Det skal alltid utarbeides en tiltaksplan for å ivareta døende og deres pårørende. Den må bygge på pasienten og pårørendes ønsker og behov, lindring av plagsomme symptomer, god informasjon og samhandling med pasient og pårørende gjennom hele forløpet. Planen bør også beskrive hva som skal skje om det oppstår uventede hendelser eller komplikasjoner. Det er viktig å ikke opprettholde behandling som forlenger dødsprosessen.

Hjemmetjenesten har en sentral rolle i omsorgen for hjemmeboende i livets slutfase. Støtte fra palliative team i kommunen eller nærmeste helseforetak kan være avgjørende for at en pasient kan behandles hjemme. Pårørende må forberedes på at situasjonen kan endres svært raskt.

En skal tilstrebe at pasienten kan få dø der vedkommende ønsker, og legge forholdene til rette for en verdig død. Døende pasienter skal ha noen hos seg når de er døende. I tillegg bør ikke døende pasienter flyttes.

NSF MENER:

- Det skal utarbeides en individuell tiltaksplan for ivaretagelse av døende og deres pårørende
- Palliative team skal være tilgjengelige for alle
- Det må avsettes tilstrekkelige ressurser til ivaretagelse av døende og deres pårørende i helse og omsorgstjenestene for å nå målet om verdig død





KOORDINERTE OG SAMORDNEDE TJENESTER

En stadig økende spesialisering og kortere liggetid i sykehus, og forskyving av oppgaver mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, betyr at det blir stadig mer komplekst og krevende å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til eldre. I fremtiden vil flere komme til å trenge hjelp og oppfølging både på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste og mellom fagområder som somatikk, rus/psykiatri, rehabilitering og andre spesialiteter.

Sykepleiere i hjemmetjenester og sykehjem oppgir at de får mangelfull informasjon om pasienter, og at utstyr og medisiner ikke følger med når pasienter sendes fra sykehus til hjemkommunen⁵. En av fire oppgir at dette er blitt ytterligere forverret etter innføringen av samhandlingsreformen. Dette er alvorlig for pasientsikkerheten og krevende for sykepleiere og lederne som har det faglige ansvaret.

Det er svært viktig at eldre som skrives ut av sykehus og trenger oppfølging og behandling i kommunene sikres en forsvarlig overgang fra sykehus til kommunalt tilbud. Sykeplei-

ere, leger og annet helsepersonell må samarbeide for å sikre kvalitet og effektivitet i den avanserte medisinske oppfølgingen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er derfor behov for allmennleger som er direkte tilknyttet disse tjenestene for å kunne gi sykepleiere i hjemmesykepleie og heldøgns omsorg nødvendig faglig støtte til den medisinske oppfølgingen som utøves.

Eldre som er rammet av flere ulike lidelser samtidig, kan ikke alltid nyttiggjøre seg av standardiserte forløp for enkeltsykdommer. Sykehus og kommuner må derfor samarbeide for å sikre nødvendig utredning og behandling for disse pasientene.

Alle kommunale tjenester til eldre må organiseres slik at de er integrerte, koordinerte og sammenhengende. Legevakt, ambulante team og andre fagteam knyttet til oppfølging av kronikergrupper, palliasjon, lettere og moderate psykiske lidelser og hjemmesykepleie bør være samlokalisert og koordinert. God samhandling og godt samarbeid mellom allmennlegetjenesten og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste er helt avgjørende for at hjemmeboende eldre får god helsehjelp og blir trygge.

⁵ Heidi Gautun og Astri Syse: Samhandlingsreformen. NOVA-rapport 8-13.

Eldre med omfattende og sammensatte behov har behov for bistand til koordinering av helsehjelpen de mottar. Det må derfor finnes koordinatorene, som har reell myndighet til å sørge for at alle involverte aktører i et komplekst forløp jobber sammen til pasientens beste. Koordinatorne må også ha kompetanse til å se sammenhenger mellom somatisk sykdom, psykiske helsebelastninger og uheldig bruk av rus- og legemidler.

Sykepleieres kontinuerlige ansvar for observasjon, behandling og omsorg for pasientene gir sykepleiere både den posisjon og kompetansen som kreves for å fylle rollen som koordinator og sikre at pasienter med sammensatte lidelser får den behandlingen de skal ha.

Standard dokumentasjon av sykepleiepraksis (ICNP) og beslutningsstøtte, for eksempel PPS (praktisk prosedyrestøtte) må innføres i sykepleietjenesten på alle forvaltningsnivå. En standardisert veiledende plan kan bygges opp i EPJ (elektronisk pasientjournal)-systemet slik at den fungerer som beslutnings- og prosessstøtte.

For pasientene kan standardiserte, veiledende sykepleieplaner bidra til styrket pasientsikkerhet, bedret medvirkning og mer koordinert helsehjelp. For helsepersonell vil planene kunne bidra til økt faglighet i utøvelsen av helsehjelp, mer kunnskapsbasert praksis, økt kvalitet på dokumentasjon og informasjonsutveksling og gjøre det enklere å registrere helseinformasjon.

Lokalt i den enkelte virksomhet vil bruk av standardiserte veiledende planer gjøre det lettere å overvåke og følge opp kvalitet på helsehjelpen. For ledelse og myndigheter vil bruk av standardiserte veiledende planer gi mulighet til automatisert innhenting av pålitelig helseinformasjon knyttet til nasjonale kvalitetsindikatorer og for styring av helsetjenesten. Standardiserte planer vil også gi muligheter for mer forskning og kunnskapsutvikling i helsetjenesten.

NSF MENER AT:

- Det må sikres helhetlige og koordinerte pasientforløp for eldre både innad i sykehus og kommuner og på tvers av nivåene
- Alle eldre med omfattende og sammensatte behov må få en koordinator som har reell myndighet til å sørge for at alle involverte parter i et pasientforløp jobber sammen
- Samhandlingsplikten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene må styrkes og tydeliggjøres
- Det må etableres gode tverrfaglige team både i sykehusene, i kommunene og på tvers av nivåene. Disse teamene må samhandle uten å møte strukturelle

hindringer. Kompetansen må samles rundt de eldre pasientene

- Det må etableres finansieringsordninger som muliggjør ambulante fagteam fra sykehusene og ut i kommunene
- Tilbud i sykehus, som somatikk/rus/psykiatri må samlokaliseres slik at de er lett tilgjengelige for de eldre pasientene. Kommunene må av samme årsak samle tilbud som lokal- og distriktsmedisinske sentre og ulike hjemmetjenester
- Kommunene må sørge for at personalet som møter de eldre i hjemmesykepleien har tid, myndighet og kompetanse til å gjøre kontinuerlige vurderinger og iverksette nødvendig helsehjelp etter behov, uavhengig av hvilke forvaltningsvedtak som foreligger
- Standard dokumentasjon av sykepleiepraksis (ICNP) må innføres i sykepleietjenesten på nasjonalt nivå som standardisert språk for sykepleie
- Arbeid med utvikling av standardiserte veiledende planer med integrering av ICNP må ivaretas på nasjonalt nivå og implementeres i alle EPJ (elektronisk pasientjournal)-systemer

KOMPETENT PERSONELL

Riktig kompetanse tilpasset ulike pasient- og brukergrupper er grunnleggende for å kunne gi god helsehjelp på riktig nivå. Utviklingen mot en enda mer spisset spesialisthelsetjeneste og mer avansert helsehjelp ute i kommunene, øker behovet for større og mer robuste fagmiljøer i kommunene.

Det blir et stort behov for sykepleiere med grunnleggende kompetanse på bachelornivå. Bachelorutdanningen i sykepleie gir studentene stabile og grunnleggende kunnskaper som vil fungere fleksibelt inn i de mangfoldige og komplekse situasjoner.

I tillegg trengs det et betydelig antall sykepleiere med relevante spesialutdanninger/mastergradsutdanninger i for eksempel avansert geriatrisk sykepleie, demens, kreftsykepleie, palliasjon, intensivsykepleie og innen psykisk helse og rus.

Manglende satsing på spesialsykepleiere vil true både kapasitet, kvalitet og pasientsikkerhet. Det er behov for å videreutvikle dagens utdanninger og etablere nye studier i tråd med utviklingen i helsetjenesten og endringer i pasientbehov. Nye studier vil kunne utvikle nye roller og funksjoner som kommunene vil ha behov for.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene har i dag en alt for høy andel ansatte uten relevant, formell utdanning. Dette er en trussel mot både kvalitet og kontinuitet. NSF er bekymret over at lav rekruttering og gjennomføringsfrekvens i helsefagarbeiderutdanningen gir et stort gap mellom forventet behov for helsefagarbeidere og det antallet som uteksamineres.

For å ivareta pasientsikkerheten er det avgjørende at alle som skal jobbe i kommunale helse- og omsorgstjenester har formell og dokumenterbar kompetanse. Gode profesjonsutdanninger er helt vesentlig for å få kvalitet i tjenestene.

En pasientgruppe med stadig flere multisyke eldre krever i tillegg at det blir gitt systematisk veiledning og kontinuerlig faglig oppdatering til alle som jobber i helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

NSF MENER:

- Det må stilles krav til formell kompetanse for alle som skal jobbe i helse- og omsorgstjenestene.
- Det er behov for flere med spesialisert kompetanse i sykepleie. Arbeidsgiverne må legge til rette for at ansatte får slik kompetanse
- Det må innføres en ordning tilsvarende i sykehusene for sykepleiere som vil ta mastergrad med lønnet permisjon (80 %) når arbeidsgiver har behov for denne kompetansen
- Det må legges til rette så ufaglærte i sektoren får nødvendig utdanning

I mange land med tilsvarende utfordringer som Norge, er det etablert stillinger som avansert klinisk sykepleier. Internasjonalt har denne type kompetanse vokst fram som følge av den medisinske og teknologiske utvikling, helsepolitiske reformer, den demografiske utviklingen og behovet for avanserte helsetjenester. Dette er sykepleiere med klinisk mastergrad, som kan ta et utvidet ansvar for omsorg, behandling og oppfølging av kritisk og kronisk syke mennesker. De kan også i større grad veilede, lede klinisk arbeid og initiere forskning og fagutvikling.

Forskning viser at de avanserte kliniske sykepleierne gir økt tilgang til kvalifiserte helsetjenester og er kostnadseffektive. Å etablere slike stillinger har i tillegg til å være kostnadseffektivt, vist seg å gi kortere ventetid for kronisk syke og kortere liggetid i sykehus for pasientene.

Hedmarksprosjektet er et voksenopplæringsprosjekt - fra ufaglært til helsefagarbeider – hvor 76 kandidater fikk opplæring av om lag 55 praksisveiledere. Gjennomstrømningen i Hedmarksmodellen var på over 90 %, og alle som tok fagprøven per oktober 2014 har bestått fagprøven. Fagprøvenemnda i begge fag ga tilbakemeldinger om at kvaliteten på opplæringen var god og at kandidatene viste helhetlig kompetanse ved fagprøven.



Foto: Stig M. Weston



REKRUTTERE OG BEHOLDE PERSONELL

En FAFO-rapport fra 2013⁶ viser at rekrutteringen av sykepleiere til kommunenes helse- og omsorgstjenester er allerede i dag et omfattende problem i nær sagt alle kommuner. Hvis det ikke blir iverksatt tiltak, vil problemet bare bli større etter hvert som behovet øker. Rapporten viser at kommunene taper i rekrutteringen fordi de har færre videreutdanningsmuligheter og mindre fagmiljøer enn sykehusene. Utstrakt bruk av deltidsstillinger er også en forklaring.

Dette må kommunene gjøre noe med. Ved å tilby faglig gode praksisplasser for sykepleierstudenter, kan de få vist fram de faglige utfordringene og utviklingsmulighetene som ligger i kommunene. Gode praksisplasser som gir studentene spennende utfordringer, vil hjelpe kommunene å konkurrere om dyktige medarbeidere. Kommunene må også bevisst og målrettet for å beholde verdifulle, erfarne ansatte.

Kommunens evne til å rekruttere og beholde dyktige sykepleiere og annet helsepersonell ligger i et godt arbeidsmiljø, verdsetting av kompetanse og gode tverrfaglige fagmiljøer. Kommunene må etablere aktive rekrutteringsstrategier som gjør dem attraktive som arbeidsgivere.

NSF MENER:

- Kommunen må ha en aktiv rekrutteringspolitikk bygget på oppdaterte kompetanseplaner
- Kommunene må tilby gode og faglig sterke praksisplasser til studenter og lærlinger
- Det må være obligatoriske veilednings- og mentorordninger for nyutdannede i kommunehelsetjenesten
- Kommunen må etablere systematisk veiledning av alt helsepersonell
- Kommunen må etablere utdanningsstillinger for spesialisering i sykepleie
- Kommunen må utvikle gode fag- og arbeidsmiljø med heltid som norm
- Kommunene må tilby konkurransedyktige lønns- og arbeidsvilkår for sykepleiere

BEMANNING

NOVA gjorde i 2014 en studie for NSF⁷ om planlagt og faktisk bemanning i hjemmetjenester og sykehjem. Denne studien viste at det til enhver tid en mengde sykepleiervakter som ikke dekkes opp ute i kommunene. Det tas ikke høyde for sykefravær på om lag 10 % når turnusen settes opp, og dette er hovedgrunnen til at det er store forskjeller mellom planlagt og faktisk bemanning. Ledige vakter erstattes ofte av ufaglærte, eller dekkes ikke opp i det hele tatt.

6 Heidi Gautun: Planlagt og faktisk bemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. FAFO-rapport 2012:5

7 Heidi Gautun og Kristoffer Bratt: Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem. NOVA-rapport 14/2014

Studien viste også at blant hvilke hensyn som tas når turnusen settes opp, kommer «faglige vurderinger» først på femteplass. Kommunens økonomiske rammer, tilgjengelig helsepersonell, ansattes stillingsstørrelse og hensynet til arbeidstid ble rangert høyere enn de faglige vurderingene.

Samtidig oppga fire av ti ansatte at de er helt eller delvis enige i at grunnleggende behov som ernæring, hygiene, pleie og andre omsorgsbehov ikke alltid er godt nok ivaretatt. De ansatte oppgir også at de opplever et stort tidspress i tjenestene, og at det ikke alltid er tid til å observere og iverksette nødvendige tiltak.

NSF MENER:

- Det må utvikles en nasjonal rekrutteringsstrategi for å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- Ansatte som yter tjenester til brukere må ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne yte faglig- og etisk forsvarlige tjenester
- Ansatte i tjenestene må ha tilstrekkelig med tid til å kunne observere, vurdere, veilede, bistå og iverksette nødvendige tiltak

FORSKNING OG UTVIKLING

Pasienter og samfunnet for øvrig forventer at helsetjenestene er kunnskapsbaserte. Bedre kunnskapsystemer og mer innovasjon enn vi har i dag er nødvendig for å yte kvalitetsmessig god og effektiv helsehjelp. Forskning og innovasjon må skje nært der tjenesten utøves og med medvirkning av pasienter og helsepersonell. Sykepleie er et bredt og sammensatt fag som skal gi kunnskapsbaserte tjenester til pasienter, brukere og pårørende i alle livets faser på alle nivå og områder av helse og omsorgstjenesten.

I dag er det et gap mellom kunnskap som finnes og kunnskap som anvendes. For å lukke gapet trenger helsepersonell å oppdatere seg på ny kunnskap. Vi vil derfor trenge flere sykepleiere med mastergrad i det kliniske felt som har kompetanse til å vurdere implementering av forskning og ny kunnskap, og det må utvikles et tett samarbeid mellom forsknings- og utdanningsinstitusjoner og praksisfeltet. For å styrke slike virkemidler, bør det etableres organisatoriske strukturer i form av delte stillinger mellom forsknings- og utdanningsinstitusjonene og helse- og omsorgstjenesten. For at kunnskapsutviklingen skal forankres i helse- og omsorgstjenesten, bør stillingsandelen være høyere i det kliniske felt enn i utdanningsinstitusjonene.

Volumet på forskning i de kommunale helse- og omsorgstjenester liten sammenlignet med spesialisthelsetjenesten. I dag finnes det fem sentre for omsorgsforskning og utviklings-

tre for hjemmetjenester og sykehjem i alle fylker. Disse strukturene bør styrkes og tilføres langsiktig finansiering for å styrke forskning og utvikling ytterligere. Kunnskapen som genereres via forskning skal anvendes av de som arbeider i tjenestene, og det må derfor legges til rette for en systematisk implementering av denne kunnskapen.

Gjennom forskning har vi fått kunnskap om risiko for uheldig utvikling og hendelser. Ved å ta denne kunnskapen i bruk på en systematisk måte kan blant annet risiko for fall, undernæring, og trykksår reduseres. Systematiske tiltak for å forhindre dette er i seg selv indikatorer på kvalitet i tjenestene. Utvikling og aktiv bruk av kvalitetsindikatorer kan benyttes både til kontinuerlig evaluering og forbedring av tjenestene og til videre forskning.

Det finnes per i dag en rekke kvalitetsregistre innen helsetjenesten. Kommunalt helse- og omsorgsregister (KOHR) er under etablering og et slikt register må føre til videreutvikling av de eksisterende registre, slik at det favner behovet for økt kunnskapsutvikling i tjenestene.

Innføring av ny teknologi som skal benyttes til helsehjelp og i samhandlingen mellom pasienter, pårørende og helsepersonell innebærer noen utfordringer knyttet til personvern og informasjonssikkerhet. Sykepleieforskningen må derfor også inkludere forskning på etiske problemstillinger man står overfor slik som prioritering av helsetjenester, innføring av ny teknologi og samhandling med pasienter, brukere og deres pårørende.

Vi har i dag fem regionale sentre for omsorgsforskning. Sentrene er knyttet til Høgskolene i Nord-Trøndelag, Bergen, Gjøvik og Telemark, og til universitetene i Tromsø og Agder. Sentrene er forsknings- og kompetanse-sentre som skal samle, produsere og formidle kunnskap om omsorg og omsorgsarbeid.

Det er opprettet utviklingsentre for hjemmetjenester og sykehjem i alle fylker. Disse er knyttet opp til, og samarbeider tett med, sine regionale sentre for omsorgsforskning. Svært mye forsknings- og utviklingsarbeid i helse- og omsorgstjenestene i kommunene er forankret i disse fag- og forskningsmiljøene. Miljøene har fokus på både pasientnært FOU-arbeid og fag- og tjenesteutvikling. De utgjør en stor og viktig del av forskningsinnsatsen i helsefagene og sykepleietjenesten, og har en stor produksjon av kunnskap.

<http://www.omsorgsforskning.no/publikasjoner>

Forskning har vist at organiseringen av tjenesten har betydning for kvaliteten på tjenestene, for tilgjengelighet for brukere og for arbeidsmiljøet. Forskning om rolledeling og samvirke mellom offentlige tjenester, private tilbydere og frivillig sivil innsats blir viktig, både i nasjonale studier og gjennom komparative studier i land med liknende systemer og utfordringer. Ulike land i vesten har gjort ulike veivalg og utviklet ulike modeller for velferdsytelser. Felles for alle er en bekymring for hvordan man best kan møte utfordringene som følger med en økende eldrebefolkningen og et ønske om å møte disse på best mulig vis.

For å sikre en forskningsbasert utdanning i sykepleie trengs det langt flere høgskole- og universitetsansatte med doktorgrad. Det er positivt at regjeringen i Langtidsplanen for forskning og høgere utdanning, har lagt opp til at det skal etableres 500 nye rekrutteringsstillinger frem til 2024. Likevel er ikke 500 stillinger for hele forskningsfeltet mye sett i forhold til behovet som følger av generasjonsskiftet som skjer blant forsknings- og utdanningspersonell. Antall stillinger bør doubles og ti prosent av disse bør øremerkes til sykepleiere.

NSF MENER:

- Strukturer for forskning og utvikling knyttet til helse- og omsorgstjenester til eldre må styrkes
- Kunnskapsbasert praksis knyttet til eldre må innføres på en systematisk måte. Det må utvikles og tas i bruk gode, nasjonale kvalitetsindikatorer for helsetjenester til eldre
- Det er behov for forskning på hvordan helsetjenestens utøves og organiseres, hvordan sykepleieres observasjoner og behandling av pasienter bidrar til kvalitetsforbedring for helsetjenesten og for pasientsikkerheten
- Det må utvikles planer for hvordan helsetjenesten kan utdanning og rekruttere sykepleiere med forskningskompetanse. Planen bør inneholde insentiver for å inkludere sykepleiere inn i allerede etablerte forskningsgrupper.
- Etablerte FoU-institusjoner, som de regionale sentrene for omsorgsforskning og utviklingsentrene for sykehjem og hjemmetjenester må styrkes gjennom økt finansiering
- Det bør gis insentiver for å etablere forskergrupper og forskningsprosjekter med forskere fra ulike profesjoner og institusjoner både nasjonalt og internasjonalt slik at synergieffekter kan oppnås.

Gå til www.nsf.no/fag for elektronisk utgave av heftet og liste over litteratur.

Prinsipper for gode omsorgstjenester

Helse- og omsorgsdepartementet, KS, Pensjonistforbundet, Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet, Fellesorganisasjonen (FO) og Kirkens Bymisjon har sammen utviklet åtte prinsipper for gode omsorgstjenester, som ble sendt til alle landets kommuner våren 2012. Prinsippene er ment som et verktøy i det lokale forbedringsarbeidet på den enkelte arbeidsplass. Konkretiseringer (-pilpunktene) er laget for å stimulere til å utforme konkrete mål, handlingsplaner ("Hos oss betyr det å gjøre følgende:") og evalueringskriterier ("Vi vet når vi lykkes når:").

OMSORGSTJENESTEN BYGGER PÅ ET HELHETLIG MENNESKESYN

Det oppnår vi ved å:

- ▶ Bygge opp flerfaglig kompetanse som sikrer brukerens fysiske, psykiske, åndelige og sosiale behov
- ▶ Styrke det tverrfaglige samarbeidet

OMSORGSTJENESTEN ER BASERT PÅ MEDBESTEMMELSE, RESPEKT OG VERDIGHET

Det oppnår vi ved å:

- ▶ Fremme brukernes rett til å ta selvstendige avgjørelser
- ▶ Involvere brukere i utformingen og utøvelsen av tjenestetilbudet.
- ▶ Styrke den etiske kompetansen blant ansatte i omsorgstjenesten

OMSORGSTJENESTEN ER TILPASSET BRUKERNES INDIVIDUELLE BEHOV

Det oppnår vi ved å:

- ▶ Kjenne den enkeltes interesser og bakgrunn
- ▶ Bemanne tjenestene med en kompetanse som tar utgangspunkt i brukernes situasjon og behov

OMSORGSTJENESTEN VISER RESPEKT OG OMSORG FOR PÅRØRENDE

Det oppnår vi ved å:

- ▶ Utvikle tiltak for å veilede og støtte pårørende
- ▶ Involvere pårørende gjennom et tett samarbeid

OMSORGSTJENESTEN BESTÅR AV KOMPETENTE LEDERE OG ANSATTE

Det oppnår vi ved å:

- ▶ Kontinuerlig utvikle ledere og ansattes kompetanse
- ▶ Bygge opp et robust fagmiljø med tilstrekkelig og kompetent personell, samt utvikle et inkluderende arbeidsmiljø
- ▶ Fremme kunnskapsbasert praksis, forskning og utvikling i omsorgstjenestene i kommunen i samarbeid med relevante fag- og kompetansemiljøer

OMSORGSTJENESTEN VEKTLEGGER HELSEFREMMEDE AKTIVITET OG FOREBYGGENDE TILTAK

Det oppnår vi ved å:

- ▶ Styrke kompetansen i helsefremmende, forebyggende og rehabiliterende arbeid
- ▶ Bidra til at brukerne i størst mulig grad ivaretar egen helse og livsmestring
- ▶ Legge til rette for at brukere kan oppleve meningsfulle hverdager på tross av sykdom og funksjonssvikt

OMSORGSTJENESTEN ER FLEKSIBEL, FORUTSIGBAR OG TILBYR KOORDINERTE OG HELHETLIGE TJENESTER

Det oppnår vi ved å:

- ▶ Organisere og utøve tjenesten på en effektiv og faglig forsvarlig måte
- ▶ Samarbeide aktivt med de øvrige kommunale tjenestene, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og NAV.
- ▶ Utvikle og tilby gode og helhetlige pasient-/brukerforløp.

OMSORGSTJENESTEN ER LÆRENDE, INNOVATIV OG NYSKAPENDE

Det oppnår vi ved å:

- ▶ Skape kultur for utvikling og iverksetting av nye ideer og kreative løsninger
- ▶ Arbeide systematisk med erfaringsdeling, og ta i bruk ny fagkunnskap og teknologi
- ▶ Samarbeide med frivillig sektor, og bidra til økt frivillig arbeid



ISBN: 978-82-7269-135-5