

Fra: Skaar, Elisabeth

Sendt: tirsdag 17. april 2018 10:11

Til: Gjesdal, Clara Beate Gram <clara.beate.gram.gjesdal@helse-bergen.no>

Kopi: Sunde, Ingvild <ingvild.sunde@helse-bergen.no>

Emne: IS: Utviklingsplan 2035

Hei,

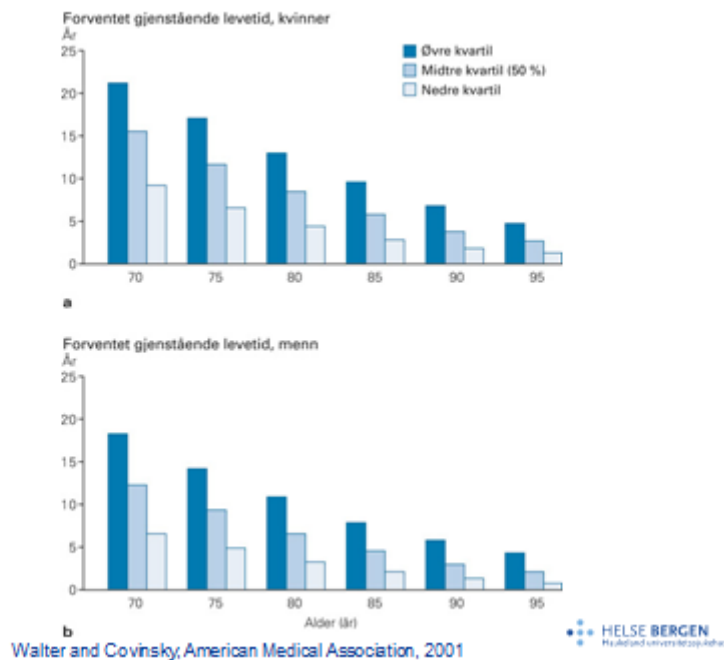
Takk for muligheten til å komme med innspill. Siden Haukeland ikke har noe geriatrisk fagmiljø blir vår stemme ikke hørt ved slike prosjekter. Alle er enig om at vi blir flere eldre i befolkningen. Geriater trengs både til de akutt innlagte gamle med sammensatte lidelser, og også for å bidra til beslutningsprosess før tilbud om elektiv høyteknologisk medisin. Jeg kommer med noen eksempler under:

Mange eldre skal ha nøyaktig samme behandling som de yngre, men akutt syke skrøpelige eldre med sammensatte lidelser trenger tverrfaglig tilnærming og geriatrisk sengepost. En Cochrane review med over 10 000 pasienter fra 2011 viser tung dokumentasjon på at en bred geriatrisk vurdering gir redusert dødelighet og redusert behov for sykehjem hos eldre, skrøpelige som blir akuttinnlagt på sykehus. De fant ikke effekt av **tilsyn** av geriater ved andre poster, det er hele den tverrfaglige tilnærmingen som virker (som ved slagpost). Det hjelper ikke å ha dette tilbudet på HDS når pasienter som sogner til Haukeland blir innlagt her. http://www.cochrane.org/CD006211/EPOC_comprehensive-geriatric-assessment-for-older-adults-admitted-to-hospital. Ortogeriatri ved hoftebrudd hos eldre er også godt dokumentert, i England får ikke sykehusene full refusjon uten at de har geriater med i teamet rundt hoftebruddspasientene. Det er lenge siden geriatrisk behandling bestod av lange opptreningsopphold, det vi snakker om her er akutt geriatri, kort liggetid, tverrfaglig samarbeid. Fokus på funksjonsnivå i tillegg til det medisinske.

Geriater bør involveres ved beslutningsprosesser før høyteknologisk/høykostnads behandling av gamle. Det er stor variasjon i forventet levetid hos gamle, en fin illustrasjon (under) viser forventet levetid hos en 80 år gammel kvinne til å være under 5 år hos de 25% som er mest skrøpelig, og over 14 år hos de 25% som er mest robuste. Dette kan få betydning for behandlingsstrategi. Hvilke gamle pasienter vil ha nytte av intensivbehandling? (Her er HUS med i et spennende forskningsprosjekt ledet av Hans Flaatten, VIP 2 studien) Hvem som skal få tilbud om kateterbasert bytte av aortaklaffen? (Dette er tema for mitt phd prosjekt) Hvem vil ha mer nytte enn risiko ved cellegift/kreftoperasjoner etc. Geriater kan bidra til at en ikke overbehandler skrøpelige eldre, men samtidig at en ikke underbehandler robuste eldre. Vurderingene er basert på validerte tester og ikke ren «eyeballing» som sikrer at dette blir rettferdig. Det er viktig å få frem pasientperspektivet, og beslutninger om behandling bør skje ved samvalg (dette er svært viktig hos gamle som har flere sykdommer, hva håper de å oppnå ved for eksempel å få en ny hjerteklaff?). Denne kompetansen trengs på Haukeland, vi kan ikke lene oss på at HDS har geriatri.

På Haukeland Universitetssykehus opplever jeg et sterkt faglig fokus hvor man gjør sitt ytterste for å gi pasientene god og kunnskapsbasert utredning og behandling. Et robust geriatrisk miljø på Haukeland vil ha ringvirkninger utover den geriatriske posten. Pasientsikkerheten vil øke om alle leger som behandler gamle har mer kunnskap om medikamentinteraksjoner, akutt funksjonsvikt, delirium og andre geriatriske problemstillinger. Det er i dag ingen systematisk internundervisning i geriatri på Haukeland.

Nasjonalt sykehusplan slår fast at alle store akuttstusykehus skal ha geriatrisk kompetanse. Det er snart en ferdig spesialist i geriatri i mottaksklinikken og jeg vet at dere har planer om å bygge geriatrisk kompetanse her. Jeg håper at ambisjonsnivået blir høyt, og at dere velger å gjøre det som er dokumentert, nemlig øremerkede senger. Videre håper jeg dere ser behovet for geriatrisk kompetanse på en del av de andre klinikkene som for eksempel ortopedi, medisin og kreft-geriatere kan bidra til et bærekraftig helsevesen.



Jeg har lagt ved en [kopi av indremedisinen fra 2016](#), dere må scrolle til siden 26-29, artikkel om skrøpeligheitsvurderinger.

Lykke til med det viktige arbeidet med å planlegge for fremtiden!

Fra: Skaar, Elisabeth
Sendt: 15. august 2018 07:54
Til: Gjesdal, Clara Beate Gram
Emne: IS: Skrøpeligheitsvurdering hos gamle

Hei,

Jeg tenker at geriatrisk kompetanse er viktig også ved et høyspesialisert sykehus som Haukeland. Vi lever lengre og grensegangen mellom overbehandling og underbehandling er vanskelig hos de eldste. Geriatere er skrøpeligheits eksperter og kan bidra til gode og etterprøvbare beslutninger om behandlingsnivå for den enkelte (bidra til skreddersydd behandling) i samråd med organspesialistene. I siste hjerteforum skriver Siri Rostoft og jeg om skrøpeligheitsvurdering og samvalg ved hjertesykdom.

Dette til orientering siden Haukeland ikke har noe geriatriisk miljø.