



Forløpsgruppe Sykehjemsbeboeren

Juni 2009

FORLØPSGRUPPE SYKEHJEMSBEBOEREN- RAPPORT FRA ARBEIDSGRUPPEN JUNI 2009

Innhold

1. Innledning	2
2. Metodisk tilnærming og definisjoner	4
3. Pasientforløp – Beskrivelse av brudd i tjenestene	4
4. Bruddenes årsaker og forslag til tiltak	5
4.1. Tverrfaglig kompetanse og økt grunnbemanning.....	5
4.2. Styrking av kommunal sektor; primær- og sekundærforebygging	7
4.3. Holdninger, verdier og hverdagskultur - pedagogiske virkemidler	8
4.4. Systemer for informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring	9
4.5. Lovregulering og samarbeidsavtaler	9
4.6. Økonomiske virkemidler	11
5. Oppsummering	13
6. Vedlegg: Tre brukerhistorier	14

1. Innledning

Regjeringen vil før sommeren legge fram en egen stortingsmelding om Samhandlingsreformen. I arbeidet med reformen er det fokus på at mange pasienter og brukere har behov for koordinerte tjenester, fra ulike deler av helse- og omsorgstjenesten, og andre sentrale velferdstjenester. Det har nedfelt seg en erkjennelse om at vi i dag ikke har gode nok systemer som understøtter helheten i pasient- og brukerforløpene.

I oppfølgingen av reformen vil det stå sentralt å arbeide med systemtiltak som skal støtte gode og helhetlige forløp. Som en forberedelse til dette arbeidet er det nedsatt 13 arbeidsgrupper som skal fokusere på pasient- og brukerforløp. Vår gruppe har arbeidet med ”sykehjemsbeboeren”.

Basert på tre ulike pasienthistorier/pasientforløp har gruppen identifisert ulike bruddsituasjoner, diskutert årsakene til at disse oppstår og synliggjort mulige tiltak for å sikre gode og sammenhengende pasientforløp og sikre en vridning av ressursinnsatsen i retning av mer forebyggende tiltak. Resultatene fra gruppearbeidet viser et mangfold av problemstillinger, bruddsituasjoner og mulige områder for forbedring. På bakgrunn av gruppens brede erfaringsgrunnlag og dybdekunnskap har vi skissert fem hovedområder for det videre arbeidet med å skape gode pasientforløp for ”sykehjemsbeboeren”. De seks hovedtemaene er:

- 1) Tverrfaglig kompetanse og økt grunnbemanning
- 2) Styrking av kommunal sektor; primær- og sekundærførebygging
- 3) Holdninger, verdier og hverdagskultur - pedagogiske virkemidler
- 4) Systemer for informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring
- 5) Lovregulering og samarbeidsavtaler
- 6) Økonomiske virkemidler

Arbeidet med forløp er av innledende karakter og vil bli fulgt opp i arbeidet med Samhandlingsreformen. Det er fra departementet understreket at pasient- og brukerorganisasjonene skal gis en sentral plass i gruppen. I tillegg deltar ansattes organisasjoner, virksomheter og kommuner også i gruppen. Gruppen har hatt følgende deltakere:

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Norsk	Bente Bakke
Thyreoideaforbund	Hans Olav Tungesvik
Statens Seniorråd	Torkel Bache
Norsk Pensjonistforbund	Magnar Sortåsløkken
Kontaktutvalget for brukere i spesialisthelsetjenesten	Kristin Berling
Landsforeningen for pårørende innen psykiatri	Kari- Ann Baarlid
Nasjonalforeningen for folkehelsen	Berit Holm
Demensforbundet	Jan Monsbakken
Norske kvinners sanitetsforening	Janka Damslorå/Dordi Nygård
Fagforbundet	Anna Særnmø
Norsk Sykepleierforbund	Tonje Mellin Olsen/Johanne Alhaug
Kliniske Ernæringsfysiologers Forening	Sidsel Bjørneby
Norsk Ergoterapeutforbund	Øyvind Jørgensen
Kirkens Bymisjon	Tone Nymo
Norsk Helse- og Sosiallederlag	Bjørn Larsen
Kommunenes sentralforbund	Endre Beversmark
Fylkeslegekontoret Sør Trøndelag	Ingvild M. Svendsen
Helsedirektoratet Avd. omsorg og tannhelse	Kristin Løkke
Helse- og omsorgsdepartementet (leder)	Andreas Børnick
Helse- og omsorgsdepartementet (sekretær)	

I det følgende gis det kort rede for arbeidets metodiske tilnærming og definisjoner og avgrensning av arbeidet, deretter presenteres seks hovedmål med strategier og konkrete tiltak for å sikre det gode pasientforløpet. I rapporten vedlegges tre pasientforløpshistorier.

2. Metodisk tilnærming og definisjoner

Mandatet for arbeidsgruppen har vært å drøfte og gi innspill til hva som er typiske ”bruddsituasjoner”, hva som er gode forbedringstiltak og hva som er gode forløp for ”sykehjemsbeboeren”. Videre skulle gruppen gi innspill til hvordan arbeidet i Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet bør legges opp for å utvikle systemer som understøtter gode pasientforløp for denne brukergruppen.

Departementet har lagt vekt på at arbeidet i gruppene skal begrenses både hva det gjelder tid og arbeidsmengde. Det er av denne grunn avholdt tre møter. For å strukturere arbeidet ble det laget en spørsmålsliste som har dannet grunnlaget for diskusjonene. Arbeidsgruppen ble delt i tre grupper som utarbeidet hver sine pasientforløp. Forløpene ble presentert og diskutert i plenum. Konklusjonene av gruppens innspill til mål og systemiske tiltak presenteres i denne rapporten.

Rapporten dekker noen problemstillinger som forløpsgruppene har prioritert for den utvalgte brukergruppen. Dette arbeidets målsetting har ikke vært å gjøre en totalgjennomgang av helse- og omsorgstjenesten, men konsentrere innsatsen om å utarbeide forslag til systematisk tiltak for å sikre bedre og mer helhetlige pasientforløp.

Når det skjer svikt i samhandlingen mellom tjenestenivåene kan dette defineres som brudd i behandlingsskjeden. Disse bruddene kan ha ulik karakter. Vanligst er kanskje brudd i informasjonsflyten mellom tjenesteyterne. Dette gjelder mellom forvaltningsnivåene sykehus og kommune, men og innen kommunen mellom fastlege og pleie- og omsorgstjenestene og internt i sykehusene. Likeledes kan en ha brudd i tidslinjen, for eksempel at rehabiliteringstjenester en pasient skulle hatt etter et operativt inngrep eller en skade ikke kan ytes før det er gått lang tid.

Med sykehjemsbeboer mener vi mennesker som bor i sykehjem, uavhengig av diagnose og alder. Gruppen har i hovedsak konsentrert seg om langtidsbeboere i sykehjem.

3. Pasientforløp – Beskrivelse av brudd i tjenestene

Rapporten presenterer tre historier for å illustrere livshistorien og pasientforløpet til mennesker som mottar omsorgstjenester, med hovedvekt på sykehjemsbeboeren.

Historiene som ble utarbeidet viser flere alvorlige brudd knyttet til følgende hovedkategorier:

Brudd i informasjonsflyt

- Brudd i informasjons- og kommunikasjonsoverføring i overgangen mellom sykehjem og sykehus.
- Brudd i kommunikasjonen mellom faggrupper på sykehjemmet
- Manglende opplysninger fra fastlegen
- Lite informasjon til pårørende
- Lite systematisk behandling på sykehuset – kun ”delbehandling”

Tidsbrudd

- Brudd i rehabiliteringstilbud og medisinsk oppfølging i sykehjem
- Ventetid på fast plass i sykehjemmet
- Unødig sykehusinnleggelse
- Lange transporter i ambulanse
- Sykehuset lar gamle og forvirrede personer vente i timesvis i akuttmottak

Brudd i ressurstilførselen

- Manglende behovsanalyse
- Mangelfull utredning
- Mangelfull opptrening i rehabiliteringsinstitusjon
- Avslag på demensutredning
- Seponering av medikament grunnet dårlig økonomi
- Mangel på aktivitetstilbud
- Dårlig dekning av tverrfaglig personell både i sykehjem og sykehus
- Manglende ernæringsmessig oppfølging (næringstett mat, næringsdrikker, sondeernæring, intravenøs ernæring)
- For lite og ustabil legedekning

4. Bruddenes årsaker og forslag til tiltak

Gruppen har tegnet tre pasientforløp som synliggjør mange ulike brudd med komplekse og sammensatte årsakssammenhenger. Mange av bruddene kan forhindres gjennom et mangfold av virkemidler, både av juridisk, økonomisk, organisatorisk, kompetansemessig og pedagogisk art. I det følgende synliggjøres noen av bruddene, deres årsaker og aktuelle mål, strategier og tiltak under hver av de seks hovedoverskriftene.

4.1. Tverrfaglig kompetanse og økt grunnbemanning

De fleste bruddene gruppen tegnet omhandlet manglende samhandlingskompetanse og for lav grunnbemanning i de kommunale tjenestene. Mange sykehjem ser ut til å ha for mange ufaglærte og for lav bemanning. Gruppen fremholdt videre at sykehjemmene har for lav kompetanse blant annet på

legetjeneste, sykepleiefaglige oppgaver, fysioterapi- og ergoterapitjenester, klinisk ernæring og aktiv og helhetlig omsorg.

Målsettingen er at den enkelte skal få et tjenestetilbud der ulike sosiale forhold, personlige behov og livshistorier, diagnoser og aktivitetsbehov og funksjonsevne blir sett i sammenheng og som søker å sikre den gode dagen for den enkelte bruker. Derfor er det også viktig å ha kompetanse på kultur, aktiviteter og musikk i alle sykehjem.

Den overordnede strategien bør på denne bakgrunn være å sikre en bredere og mer helhetlig og tverrfaglig kompetanse og økt grunnbemanning i landets sykehjem. For å få til dette må en tilstrebe større faglig bredde i helse- og omsorgstjenestene, med større vekt på forebygging, rehabilitering og medisinsk oppfølging, kultur og aktiviteter.

I operasjonaliseringen av den langsiktige strategien ble følgende strukturelle, organisatoriske og innholdsmessige tiltak foreslått:

- Sikre en organisering av tjenesten som ivaretar koordinerende oppgaver knyttet til oppfølging den enkelte brukers behov for hjelp og tiltak på tvers av avdelinger, etater og forvaltningsgrense.
- Etablere tverrfaglige team innenfor ulike områder og bygge ut ambulant virksomhet.
- Sikre økt grunnbemanning og færre deltidsstillinger i sykehjem.
- Utvikle tiltak for kompetanseheving, blant annet for voksne og andre uten formell kompetanse og videreutvikle desentraliserte studier, feks gjennom en videreutvikling av Kompetanseløftet 2015.
- Utvikle pedagogiske tiltak for å sikre økt status og økt rekruttering til helse- og sosialfaglige utdanninger.
- Utvikle felles mål for de ulike tjenestenivåene som sikrer er mer tverrfaglig tilnærming.
- Både i sykehus og kommuner må yrkesgrupper med kompetanse på forebygging, habilitering og rehabilitering få større plass: leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer, vernepleiere, sosionomer, sykepleiere, helsefagarbeidere, spesialpedagoger, farmasøyter, logopedier mv.
- Sikre økt kunnskap om eldre/ geriatri/ demens/ alderspsykiatri og rehabiliteringskompetanse i alle utdanninger og spesialiteter.
- Sikre økte lederkompetanse og økt ledertetthet i de kommunale omsorgstjenestene.
- Legedekningen i sykehjem må økes gjennom å etablere faste leger i sykehjem og følge opp tiltakene i rapporten om "Lokal normering av legedekningen i sykehjem" fra Hdir.

- Utvikle bakvaktsordninger for legetjenesten i sykehjem.
- Ansette flere allmennmedisinere/geriatere både i sykehus og kommuner.
- Sykehjemsmedisin bør bli en obligatorisk del av flere spesialistutdanninger.
- Bedre det klinisk ernæringsfaglige tilbudet til eldre på alle nivåer i helsetjenesten. I Sverige har statlige tilskuddsmidler ført til at det i dag er ca 115 dietister som jobber i primærhelsetjenesten med fagområdet "eldre og ernæring".
- Øke tilskuddsmidler til omsorgsforskning.

Gruppen mener at flere av tiltakene ovenfor krever bruk av juridiske og økonomiske virkemidler. Dette vil omtales nærmere under kap. 4.5 og 4.6.

4.2. Styrking av kommunal sektor; primær- og sekundærforebygging

Gruppen mener at flere av bruddene som fremkommer i forløpshistoriene er knyttet til overganger mellom nivåene og i flere tilfeller en unødvendig bruk av sykehustjenester. Gruppen mener at helse og omsorgstjenesten har sterkt fokus på behandling av sykdom og senkomplikasjoner, og for lite på fremming av helse og forebygging av helseproblemer. Som en konsekvens av dette skjer behandlingen i spesialisthelsetjenesten når de kroniske sykdommene har kommet langt, i stedet for at disse forebygges og begrenses gjennom primærforebygging og tidlig intervensjon.

Målet er at alle brukere skal motta tjenester på beste og mest effektive tjenestenivå. Videre bør en sentral målsetting være å søke å forhindre og/eller redusere unødvendige (re)- innleggelser i sykehus og forebygge utvikling av sykdom, samt øke den enkeltes mestring av sykdom og funksjonssvikt.

For å sikre måloppnåelse må den overordnede strategien være å bygge opp og bygge ut oppgaver i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og styrke både primær- og sekundærforebyggende aktivitet. Det er både behov for et større mangfold av kommunale oppgaver og et økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon.

Gruppen mener følgende tiltak er sentrale i en primær- og sekundærforebyggende strategi:

- Bygge opp helsehus i kommunal sektor, som skal være et lavterskeltilbud der befolkningen kan få tverrfaglig basert behandling, informasjon, veiledningen og/ eller undervisning, kanskje knyttet til sykehjemmet.
- Utvikle helsefremmede og forebyggende arbeid for eksempel gjennom oppsøkende virksomhet, for å forhindre sykdomsutvikling og forhindre og/eller utsette innleggelser.

- Bygge ut hjemmetjenestene og bygge ut det helhetlige tjenestetilbudet til hjemmeboende, da dette ofte både er det beste for den enkelte bruker og samfunnsøkonomisk lønnsomt.
- Utvikle lærings- og mestringssentra i kommunal regi.
- Kommunene må bygge ut rehabiliteringstilbud og palliative tilbud i (inter)kommunal sammenheng.
- Lovfeste eldresentra og pårørendeskoler.
- Viktig å sikre ressursutnyttelse av allerede etablerte private tilbud.
- Undervisningssykehjemmenes bør gis mer ansvar for å utvikle kompetanse og kunnskap innen forebyggende arbeid.

4.3. Holdninger, verdier og hverdagskultur - pedagogiske virkemidler

Gruppen mener at utvikling av felles forståelse og gjensidig respekt er viktige for å sikre et varig og godt samarbeid mellom tjenestenivåene. Å legge arbeid i kulturbygging, utvikling av felles forståelse og respekt for hverandres ståsted framheves som viktig for å forhindre brudd både mht. informasjons- og kunnskapsoverføring og ulike tidsbrudd. Å skape forståelse for hverandres rammebetingelser, arbeidsmåter, oppgaver og kultur krever tid, respekt og tålmodighet, og det forutsetter at alle parter har en grunnleggende respekt for den andre partens situasjon. Utvikling av gode holdninger og respektfulle samarbeidskultur omhandler også forholdet til brukere og pårørende.

Målet er å sikre likeverdighet mellom samhandlende parter, både mellom ulike tjenestenivåer, internt i de ulike nivåene og i relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Det betyr at partene må respektere hverandres roller, verdier og kompetanse.

Den overordnede strategien vil være å sikre en gjensidig rolle-, fag- og kulturforståelse og vektlegge holdningsskapende arbeid gjennom ulike konkrete tiltak, herunder:

- Sikre en mer systematisk og strukturert dialog med brukerorganisasjonene i alle deler av helse- og omsorgstjenesten
- Brukere og deres pårørende må bli sett på som en ressurs og som "kunnskapseier" til egen situasjon og livshistorie. Utvikle kompetanse og organisatoriske systemer som sikrer den enkelte brukers autonomi og egenmestring.
- I all helsefaglig utdanning må det legges vekt på behovet for likeverdighet og respekt overfor pasienter, pårørende og andre helsearbeidere, både innad i egen institusjon og på tvers av forvaltningsnivåene.
- Utvikle gjensidige hospiteringsordninger mellom forvaltningsnivåene.

- Utvikle samarbeidsavtaler som innebærer tett dialog mellom foretaket og de kommunale helse- og omsorgstjenesten, der partene møtes regelmessig og samarbeidet kontinuerlig drøftes og utvikles.
- Kommunen må ha faglig tyngde nok til å kommunisere og sette krav til sykehusene, og det må skapes en arena der kommunalt nivå og foretakene er likeverdige partnere. En styrket kommunepart med en viss befolkningsmasse (evt. via interkommunalt samarbeid) kan være en av forutsetningene for å få dette til.

4.4. Systemer for informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring

Flere av de bruddsituasjonene som ble avdekket i gruppearbeidene tydeliggjør i stor grad at tjenestene har manglende systemer for kunnskaps- og informasjonsutveksling. Det er innenfor dagens helse- og omsorgssektor ingen helhetlige kommunikasjonssystemer som sikrer en rask og sikker overføring av informasjon, blant annet om pasientenes legemidler, epikriser m.m. Kontinuitetsavbrudd kan føre til at helse- og sosialpersonell kan miste oversikten, noe som kan medføre uheldige konsekvenser for pasienten ved at viktig informasjon kan gå tapt og ansvaret tilsynelatende pulveriseres.

Målet er at aktuelle tjenesteytere til en hver tid har god, relevant og nødvendig informasjon og kunnskap om den enkelte bruker. Det bør på denne bakgrunn utvikles helhetlige systemer for informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring ved alle overganger i pasientforløpet.

Gruppen mener det er behov for å utvikle kompatible journalsystem mellom de ulike tjenestenivåer. Det er viktig å understreke at hensynet til personvernet må ivaretas, og at det kun skal være innsyn i nødvendige og relevante opplysninger for å kunne ivareta sitt ansvar og sin oppgave. Det bør videre utarbeides klare systemer og rutiner for når og hvordan informasjon og kunnskap skal overføres, for eksempel gjennom å utvikle standardiserte behandlingsforløp.

Andre konkrete innspill til tiltak er:

- Bygge opp og styrke kompetansen om elektronisk informasjonsutveksling i kommunen. Det bør sikres egne opplæringsmidler til dette formålet.
- Gjensidige hospiteringsordninger, som kan befestes for eksempel gjennom oppdragsdokumentet til RHFene.

4.5. Lovregulering og samarbeidsavtaler

Forløpsgruppen mener at flere av bruddene som ble avdekket bunner i uklarheter i tolkningen av lovverket og/eller manglende juridiske forpliktelser blant annet knyttet til partenes oppgave- og ansvarsfordeling. Bruddsituasjoner med hensyn til manglende kommunikasjons- og kunnskapsoverføring både mellom

tjenestenivåene og internt i de ulike nivåene kan handle om juridiske gråsoner med uklare ansvarsforhold. Gruppen mener også at flere av bruddene skyldes manglende adekvat kompetanse, da spesielt i de kommunale tjenestene, og at dette blant annet kan løses gjennom bruk av juridiske virkemidler.

Gruppen framholdt både økt vekt på lovregulering og samarbeidsavtaler for å sikre bedre helhetlige og sammenhengende tjenester. Det ble påpekt et behov for å benytte juridiske virkemidler for å tydeliggjøre tjenestenes ansvars- og oppgavefordeling og utvikle felles rutiner og systemer som forplikter de samarbeidende partene til gjensidig kunnskaps- og informasjonsutveksling. Samtidig ble det framholdt at det innenfor dagens juridiske system eksisterer en rekke lovverk som regulerer tjenestenes rutiner, herunder internkontrollforskriften og kvalitetsforskriften m.m. Et eksempel er de nye "Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring" som forankrer sine anbefalinger i plikten til forsvarlighet i helsepersonelloven og i tjenestelovgivningen. Disse retningslinjene påpeker at et helhetlig ansvar inkluderer "å gi adekvate medisinske, behandlingsmessige og ernæringsmessige tiltak, samt ansvar for å gi pasienten god omsorg". Utfordringene er kanskje vel så store knyttet til å sikre overholdelse av lovverket, og at tiltak av organisatorisk- og kompetansemessig art, herunder styrke ledelseskompetanse og øke ledertettheten, er sentrale i denne sammenheng. Vi viser for øvrig til tiltak under punkt 3.2. på dette området.

Ifølge Lov om Folketrygd har beboere på sykehjem ikke rett til hjelpemidler fra NAV Hjelpemiddelsentralen (Staten). Kommunen har lite midler til og kompetanse om nytteverdien av hjelpemidler for beboere og personale. Det betyr at hjelpemidler i alt for liten grad brukes til å støtte opp om beboernes selvstendighet, funksjon, hukommelse og aktivitet, og derved blir mer pleietrengende.

På bakgrunn av denne problembeskrivelsen er ett av de overordnede målene å sikre en tydelig oppgave- og ansvarsfordeling mellom tjenestenivåene som understøtter et helhetlig pasientforløp.

De langsiktige strategiene må være å benytte juridiske virkemidler for å tydeliggjøre tjenestenes ansvars- og oppgavefordeling og utvikle felles systemer og juridiske rammeverk som forplikter de samarbeidende partene til kunnskaps- og informasjonsutveksling.

For å sikre gjensidig kompetanseoverføring ble det foreslått å utvikle en gjensidig hospiteringsordning mellom nivåene, eventuelt gjennom lovfesting eller ved bruk av andre virkemidler, herunder økonomiske. Flere tok til orde for å utvikle bemanningsnormer innenfor de fleste yrkesgrupper for å sikre tverrfaglig kompetanse i tjenestene. Det ble også framholdt at det er et behov for et sterkere

påbud i bruk av individuell plan med plikt til å utpeke en koordinator som har ansvar for å følge opp den enkelte pasients behov for hjelp og tiltak på tvers av avdelinger, etater og forvaltningsgrense.

Det var imidlertid også tro på å gå videre på avtaleveien, og bygge ut samarbeidsavtaler som er bedre tilpasset lokale forhold og ressurser. Slike avtaler må imidlertid bygge på større grad av likeverdighet mellom kommuner og spesialisthelsetjenester som forhandlingsparter, og forutsetter at staten er tilbakeholden med ensidige straffereaksjoner (jf ordningen med bøtlegging av kommuner som ikke tar i mot utskrivningsklare pasienter). En del av oppgavene som gruppen mener bør bygges opp i kommunal sektor (jfr. punkt 3.2), bør sikres gjennom interkommunale løsninger. Dersom kommunene skal oppnå likeverdighet og skaffe seg forhandlingsmakt i møte med staten og helseforetakene, vil dette også forutsette et tettere kommunesamarbeid. Gruppen mener det både bør utvikles juridiske og økonomiske virkemidler for å sikre interkommunale tilbud. Samtidig ble verdien av små enheter og avdelinger framholdt, og at det er viktig å utvikle organisatoriske løsninger som både sikrer robusthet og små, oversiktlige driftsenheter.

Tiltakene konkretiseres i følgende punkter:

- Utvikle felles rutiner og systemer som forplikter de samarbeidende partene til gjensidig kunnskaps- og informasjonsutveksling.
- Fastsette bemanningsnormer innenfor de fleste yrkesgrupper for å sikre tverrfaglig kompetanse i tjenestene (etter mal av lokal normering av legetjenesten i sykehjem).
- Tydeligere forpliktelse til bruk av individuell plan (jfr IS- 1672).
- Utarbeide et lovverk som gir de hjelpetrequende rett til å få dekket grunnleggende behov uavhengig av hvor i landet de bor.
- Samordne kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.
- Sikre større og mer faglige robuste enheter gjennom å lovfeste interkommunale løsninger.

4.6. Økonomiske virkemidler

Flere av bruddene gruppen har identifisert omhandler mangler, for eksempel av bemanningsmessig og kompetansemessig art. Manglende økonomi hindrer kommunene å bedre kvaliteten og kapasiteten i sykehjemmene. Det er et misforhold mellom de krav som Stortinget fastsetter i lovene og det kommunene klarer å gjennomføre med tilført økonomi. Dagens finansieringssystem skaper store problemer når det blir store utgifter til opplegg rundt dårlige pasienter. Ulik finansiering av medikamentbruken for pasienter på fast plass i sykehjem (kommunen), og for de som bor hjemme eller bor i omsorgsboliger (NAV), kan skape uheldige situasjoner.

For å sikre økt tverrfaglig kompetanse vil det kreve økte økonomiske ressurser til kommunal sektor. For å sikre en endring av oppgavefordelingen mellom tjenestenivåene, oppbygging av oppgaver i kommunene og en vridning i retning av mer forebyggende tiltak, understreket gruppen også at det er nødvendig med økt ressurstilførsel til kommunal sektor, samt en overføring av midler mellom nivåene. Gruppen har både tro på generelle rammeoverføringer, men også øremerkede midler knyttet til ulike satsingsområder, for eksempel til forebyggende aktivitet, rehabiliteringstiltak, koordinerende funksjon, hospiteringsordninger m.m.

Målsettingen er å bedre både kapasiteten og kompetansen i sykehjemmene og sikre en oppbygging av både forebyggende, rehabiliterende og behandlende oppgaver i kommunal sektor.

Den overordnede strategien er å utvikle og iverksette økonomiske virkemidler som kan bidra til å understøtte samhandling og sikre en vridning av oppgaver i retning av tidlig intervensjon og tiltak på beste og mest effektive omsorgsnivå.

Det er flere konkrete tiltak knyttet til denne strategien. Ett av forslagene er å sikre like ordninger for egenandeler på ulike nivå. Alle de ulike egenandelsordningene i helse- og sosialtjenesten bør gjennomgås, slik at de blir like for alle enten de er i sykehus, sykehjem eller mottar tjenestetilbudet sitt i omsorgsbolig eller eget hjem.

Andre konkretet tiltak er som følger:

- Styrke kommuneøkonomien slik at kommunene gis mulighet til å bedre kvaliteten og kapasiteten i eldreomsorgen.
- Gjennomgå inntektssystemet for å sikre en mer rettferdig fordeling av midlene.
- Sikre at eventuelle nye kommunale oppgaver følges av økte ressurser og/ eller en vridning av ressursinnsatsen mellom nivåene.
- Gjennomgang av finansieringsordningene slik at eldre og personer med kroniske sykdommer og psykiske lidelser ikke utestenges når de har behov for innleggelse på sykehus.
- Utvikle DRG- satsene for oppgaver knyttet til utadrettet og ambulant virksomhet. Satsene må omfatte alle yrkesgrupper i det tverrfaglige teamet.
- Øremerkede midler til viktige satsingsområder, herunder forebyggende tiltak, rehabiliteringstiltak, koordinerende funksjon, hospiteringsordninger, it- kompetanse m.m.

5. Oppsummering

Den gode dagen og det helhetlige og sammenhengende pasientforløpet er målet for arbeidet med våre forløpsanalyser. Dersom gruppens forslag til virkemiddelbruk og konkrete tiltak blir fulgt opp, mener vi det kan bidra til å skape bedre livskvalitet for den enkelte sykehjemsbeboer og deres pårørende, og muligens resultere i et ønsket forløpet der sykehjemmet har tilstrekkelige ressurser, tverrfaglig kompetanse og gode rutiner til å skape "Den gode dagen" for hver enkelt sykehjemsbeboer. Målet er at den enkelte skal få rett hjelp, til rette tid, på rett nivå og oppleve livskvalitet, trygghet og mening i hverdagen, til tross for alvorlig sykdom og funksjonssvikt. Et ideelt forløp kan illustreres slik:

Innspill fra casegruppene



6. Vedlegg: Tre brukerhistorier

Case 1: Kvinne 84 år med demens og sammensatte lidelser, herunder depresjon og angst.

Kvinnen har bodd i Oslo hele sitt liv. Sønnene bor henholdsvis i Tromsø og Bergen. Kvinnen er desorientert, men hun trives ikke og har en forestilling om at hun må hjem. Hun vandrer stadig i korridorene med vesken sin under armen og er forvirret når det gjelder tidspunkt på døgnet. Nattevakten finner sengen hennes tom kl. 02.00 og leter etter henne uten å finne henne noe sted inne. Det blir tilkalt hjelp fra politiet. Kl. 05.30 finner de henne liggende i et lite skogholt bak sykehjemmet. Hun er sterkt nedkjølt, men bevisst og klager over at hun har slått seg og har vondt. Hun skriker når de prøver å få henne på bena. Det blir ringt etter ambulanse for å få henne til sykehus slik at det kan tas røntgen i tilfelle brudd.

Ingen fra sykehjemmet hadde anledning til å følge med pasienten i ambulansen. Det fulgte med en liste over pasientens medisiner, deriblant antidepressiva, blodtrykksmedisin, smertestillende og sovemedisin. Det fulgte ikke med pleieplan med opplysninger om pasientens spesielle situasjon med demens, angst og uro, hørselsproblemer, osv. Pasienten hadde ikke på seg høreapparatene da hun ble funnet, og de ble heller ikke sendt med til sykehuset.

Pasienten er oppskrubbet og har flere blåmerker på venstre side etter fallet. Det har gått spesielt ut over albuen og hoften, men på sykehuset finner de ikke brudd. Hun blir derfor sendt tilbake til sykehjemmet samme dag. Epikrisen blir sendt til sykehjemmet. Fastlegen hennes får ikke epikrisen oversendt.

Sønnene blir varslet om at hun har falt og slått seg og sendt til sykehus for røntgen, men at det ikke ble funnet brudd og at alt nå er i orden. Sønnen i Bergen sier han skal til Oslo om en uke og vil besøke henne da. Når sønnen kommer, finner han moren i sengen. Hun var ganske sprek til bens da hun ble lagt inn på sykehjemmet men har ikke klart å gå siden fallet.

Hun er avmagret, og har ikke på seg høreapparatene sine. Han må skrike for at hun skal høre. Personalet sier at det ikke er mulig å la henne bruke apparatene fordi hun nekter å få hjelp til å bruke dem, og når hun prøver å sette dem inn selv, piper de og er til sjenanse for andre. Hun kjenner ikke sønnen igjen, men klamrer seg til ham og sier hun har vondt og peker på hoften.

Det viser seg at fysioterapeuten på sykehjemmet har reagert og bedt sykehjemslegen om at det blir tatt nytt røntgenbilde. Legen har avvist dette og sagt hun bare har slått seg og at hun nok kommer på bena igjen. Sønnen tar kontakt med hennes tidligere fastlege og viser til hva fysioterapeuten har sagt. Fastlegen tar kontakt med sykehjemmet og ber om at det blir tatt nye røntgenbilder. Det ender med at pasienten på nytt blir sendt til sykehuset, hvor en ny røntgenlege oppdager at det er et innebilt lårhalsbrudd.

Pasienten blir operert dagen etter, 10 dager etter fallet. Sønnen ble ikke informert om at moren hadde kommet seg ut fra sykehjemmet om natten, at politiet var inne i bildet og at hun ikke ble fulgt av noen fra sykehjemmet i ambulansen. Sønnen må reise tilbake til Bergen etter at moren er operert. Han har bedt om at hun må få et rehabiliteringstilbud og at hun må få hjelp til høreapparatene slik at det kan bli mulig å kommunisere med henne.

På sykehuset er pasienten veldig forvirret og urolig, og hun blir sendt tilbake til sykehjemmet etter en uke med beskjed om at hun må følges opp av fysioterapeut og ergoterapeut.

Sykehjemmet har fått beskjed om å følge opp for å forhindre at lignende skjer, men har ikke angitt spesielle tiltak. Siden sykehjemmet ikke har ergoterapeut eller klinisk ernæringsfysiolog, og fysioterapeut bare halv stilling, er det vanskelig å tenke seg oppfølgingen av disse momentene, som er avgjørende for å forhindre gjentatte uhell:

- Utrede hennes behov for deltakelse og aktivitet i den daglige situasjon på sykehjemmet, bl a i form av hjelpemidler for hukommelsesstøtte, kommunikasjon og trygghet
- Fysioterapi i form av å samarbeide med pleierne om hvordan hun kan trene når hun utfører de daglige gjøremålene

- Utrede hva som kan gjøres for å dempe hennes uro og behov for å gå ut (ikke medisiner, men hun må få hjelp til å bruke høreapparatene, og behovet for andre hjelpemidler må vurderes).
- Utrede hvilke varslingsanordninger som kan bidra til å finne henne raskt om hun skulle gå ut på egen hånd og gå seg bort eller falle
- Lage en individuell ernæringsplan (samarbeid mellom klinisk ernæringsfysiolog, ergoterapeut og pårørende) for å bedre ernæringsstatus. Det har betydning både for fysisk styrke, overskudd i hverdagen og for psyken (underernæring kan i seg selv gi depresjon).

Bruddsituasjoner Case 1 - Sykehjemsbeboeren

- 1) Noen fra sykehjemmet burde fulgt med pasienten i ambulansen, og sykehuset burde fått pasientens pleieplan.
- 2) Sykehuset burde sendt epikrise både til sykehjemmet og fastlegen.
- 3) På sykehjemmet har det foregått et brudd i kommunikasjonen mellom faggrupper. Sykehjemslegen har avvist reaksjonen fra fysioterapeuten.
- 4) Sønnen har bedt om et rehabiliteringstilbud, men sykehuset sender pasienten rett tilbake til sykehjemmet. Det blir gitt beskjed om oppfølging av fysioterapeut og ergoterapeut, men bemanningssituasjonen gjør at dette er urealistisk.

12

Case 2: Mann 75 år med lungesykdom, hjerte- og nyresvikt, nedsatt gangfunksjon, hofteskade og demens

Pasienten har jobbet som servitør; i mange år vært storrøyker og hatt et høyt alkoholkonsum. Uførepensjon ved 60 års alder grunnet lungesykdom (KOLS). Året etter påvist hjerte- og nyresvikt, og en nevrologisk lidelse (polyneuropathi) med nedsatt gangfunksjon; fikk rullator. Ektefellen døde da pasienten var 70 år. Siden hatt behov for hjemmetjenester. I 72 års alder komplisert hoftebrudd etter fall. Flere operasjoner med dårlig resultat og lite utbytte av opptrening på rekreasjonshjem. Siden økende smerter i bena og dårligere gangfunksjon; avhengig av rullestol. Stort medikamentforbruk, 13 ulike medikamenter i døgnet. Nesten aldri ute av boligen. Behov for hjemmesykepleie.

Pasienten hadde vansker med å komme til fastlegens kontor. Legen kjører nødig i sykebesøk og det meste av kontakten foregikk per telefon. Tidligere vært til polikliniske vurderinger i spesialisthelsetjenesten; hos indremedisiner, nevrolog, lungelege og smertespesialist. Lungelegen avsto fra videre utredning da pasienten ikke ville slutte med bruk av tobakk. Nærpersoner hadde gjennom flere år merket økende tegn til kognitiv svikt hos pasienten. Han rotet med medisiner og ”snudde om på døgnet”. Problemene ble tatt opp med fastlegen, men denne svarte at pasienten virket grei i telefonsamtaler og at nærmere vurdering ikke var nødvendig foreløpig. Ønsket demensutredning/kontakt med kommunens demensteam ble ikke effektivt, men en måned senere startet pasienten likevel med Aricept (demensmedisin).

Pasienten var tidligere en aktiv samfunnsborger, var tillitsmann på jobben. Han er opptatt av musikk og har vært med i sangkor. Bor alene i et eldre hus. Etter hoftebruddet måtte han sove på en seng som var flyttet ned i stuen i 1. etasje. Hjelpemiddelsentralen sørget for ulike tekniske hjelpemidler og det ble installert trappeheis til 2. etasje. Pasienten klarte bare å bruke den når han fikk assistanse fra andre. Han savnet opplæring i bruken av hjelpemidlene; kommunen hadde ikke ergoterapeut.

Pasienten har to døtre som bor utenbys med egne familier. De er i full jobb og kom sjelden på besøk. Pasienten har kjæreste som hjalp ham med nødvendige innkjøp (også alkohol). Kjæresten og pasientens døtre er ikke på bølgelengde og er uenig om det meste - døtrene også seg i mellom. De mente kjæresten hadde fjernet gjenstander fra huset. Døtrene presset sterkt for at pasienten skulle få plass på sykehjem og at huset skulle selges; noe pasienten motsatte seg.

Høsten 2008 fikk pasienten hjerneslag med lammelser på venstre side, mentale symptomer og talevansker. Etter diagnostisering og utredning på sykehus overført til rehabilitering på korttidsavdelingen på et av hjembyens sykehjem. Overflyttingen skjedde sent på dagen (kl 18). Pasienten var etter innkomst urolig, meget forvirret, gjorde fysisk motstand, ville ikke ta medisiner (delirium). Avdelingen hadde lite personell på kvelden og ingen tilgjengelig lege. Pasientens uro avtok gradvis, men diverse tvangsinngrep måtte likevel etableres (bruk av sengehest, binding i rullestolen, medisiner i maten). Aktiv rehabilitering kom ikke i gang da sykehjemets fysioterapistilling var ubesatt; ergoterapeut- og aktivitørstillingene (deltid) var inndratt året før. Kommunen har overført behandlingsansvaret for korttidspasienter til disses fastleger. Denne pasientens lege ville ikke besøke ham på sykehjemmet. Nødvendig legehjelp ble derfor ytet av sykehjemsleger fra andre avdelinger de dager de var til stede; legevakten ble ofte konsulert.

Pasienten var preget av hjerneblødningen, hadde pusteproblemer og behov for surstoff det meste av døgnet. Uenighet mellom personalet om pasienten fortsatt skulle få lov å røyke. En kveld noe større pustevansker enn vanlig. Ble innlagt sykehus etter tilsyn av legevaktslege, men ble sendt tilbake til sykehjemmet neste morgen. Pasienten måtte ha hjelp til alt. Pleierne mente han burde få fast sykehjemsplass. Dette ble tatt opp med kommunens inntaksteam som gjorde vedtak om fast plass for pasienten.

Det gikk det tre uker før han kunne overføres til en avdeling med faste plasser. En uke senere innkomstundersøkelse hos sykehjemslegen; grundig somatisk sjekk sammen med diverse laboratorieundersøkelser, demensutredning. Pasientens to døtre ble samtidig innkalt. Pasientens sykehistorie ble gjennomgått og videre opplegg ble drøftet. Døtrene var uenige om videre behandling, spesielt om hvor aktiv den skulle være når pasienten nærmet seg livets slutt. Manglende medisinske opplysninger ble rekvirert, bl. a. fra fastlegen. Sykehjemslegen tok kontakt med sykehusets medisinske avdeling for å drøfte videre behandling, bl.a. medisiner. Han tok også kontakt med alderspsykiatrisk avdeling som to dager senere sendte sitt ute team for å tilse pasienten. Videre samarbeid om pasienten ble avtalt. Kontakten med spesialisttjenesten førte til endring av behandlingsopplegg, reduksjon og omlegging av medikamentbruken. De dyre demensmedisinene som pasienten tidligere fikk på "blåresept" ble seponert etter påtrykk fra avdelingssykepleier som er ansvarlig for medikamentbudsjettet.

Pasienten har i dag vært på sykehjemmet i 6 måneder. Helsetilstanden er fortsatt betydelig svekket og han er sterkt hjelpeavhengig. Hans kognitive svikt har økt, men hans psykiske tilstand har bedret seg etter at medisinforbruket ble redusert med 50 prosent. Mye av tiden sitter han i rullestolen på rommet grunnet tilkobling til fast surstoffapparat. Avdelingen har bærbart surstoffapparat, men dette blir lite brukt da tilkoblingen tar tid. Det er lite personale og få som mestrer apparatet. Pasienten har savnet tilbud om aktivitet og innslag av kultur. Sykehjemmet har nå fått tilbake en stilling som aktivitør. Pasienten deltar i noen fellesaktiviteter. Han blomstrer opp når sangkoret besøker sykehjemmet og han blir kjørt ut på fellesstuen. Kjæresten kommer på besøk hver dag og har god kontakt med personalet. Døtrene besøker ham en gang i måneden. De klager over manglende informasjon fra personalet om av behandlingsopplegget. De vil motsette seg planlagt flytting av faren til en skjermet enhet.

Tvangstiltakene som ble etablert under korttidsoppholdet høsten 2008 ble fortsatt brukt etter han fikk fast plass. Personalet anså dette som nødvendig helsehjelp. De mente pasienten manglet samtykkekompetanse og det ble derfor i januar 2009 truffet vedtak om slik bruk. Helsetilsynet har nå bedt sykehjemmet vurdere om det fortsatt er behov for slik bruk.

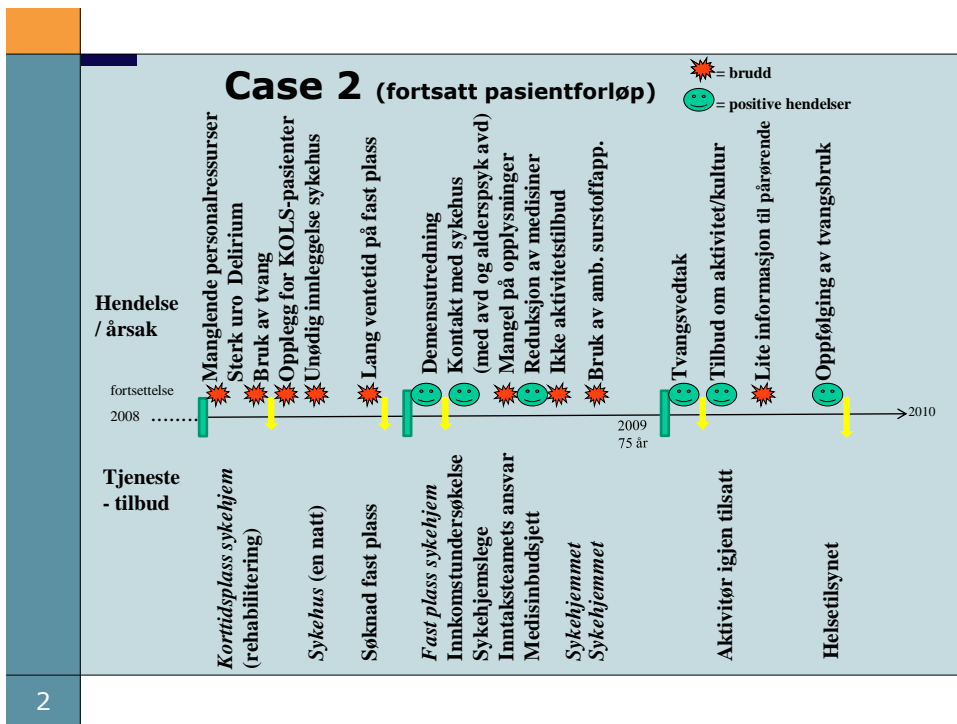
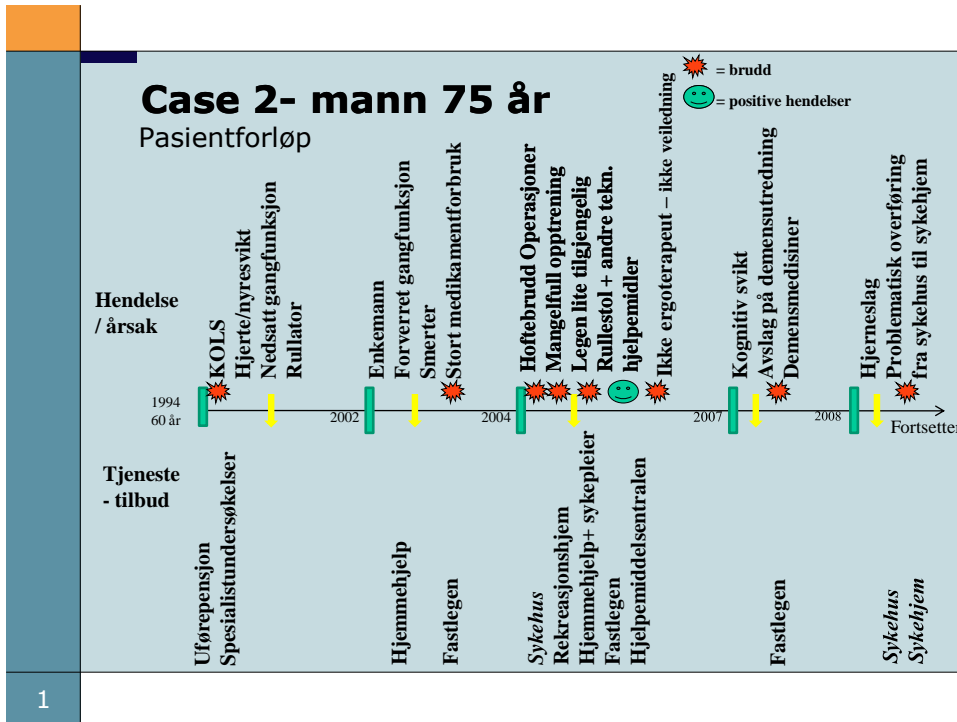
Identifisering av brudd i pasientforløpet:

(I= brudd i informasjonsflyten, M= etablert eller fravær av mønster R= brudd i ressurstilførselen, T= brudd i tidsaksen)

- Mangelfull KOLS-utredning (lungelegen) (M)
- Stort medikamentforbruk (fastlegen) (M)
- Hoftebrudd med flere operasjoner
- Mangelfull opptrening rekreasjonshjem (R)
- Lite tilgjengelig fastlege
- Avslag på demensutredning (fastlegen)
- Ikke veiledning fra ergoterapeut om bruken av tekniske hjelpemidler (R)
- Problem ved overføring sykehus/sykehjem (T+M)
- Mangel på fagpersonell i rehab.avdeling
- Bruk av tvang (I)
- Opplegg for KOLS-pasienter (røyking/bruk av surstoff) (I)
- Unødig sykehusinnleggelse (R)
- Ventetid på fast plass i sykehjemmet (R)
- Manglende opplysninger fra fastlegen ved innkomst (I)
- Seponering av medikament grunnet dårlig økonomi (R)
- Mangel på personell som mestrer tilkobling av bærbart surstoffapparat (I)
- Mangel på aktivitetstilbud (R)
- Lite informasjon til pårørende (I)

Identifisering av "gode hendelser" i pasientforløpet:

- Hjelpemiddelsentralen sørget for diverse tekniske hjelpemidler
- Grundig inntakundersøkelse hos sykehjemslegen
 - Kontakt med spesialisttjenesten
 - Reduksjon av pasientens medikamentforbruk
 - Deltakelse og drøfting med pårørende
- Tvangsvedtak fattet i samsvar med bestemmelsene i Pasientrettighetsloven, kap. 4 A.
- Noe tilbud om aktivitet/kultur
- Kjæresten fikk god informasjon fra personalet
- Helsetilsynet fulgte opp iverksatt tvangsvedtak



Case 3: Kvinne på 100 år, klar i hodet, men med generelle aldersomsvekkelse.

Sykehjemmet:

Marta har etter noen uker faller ikke helt til ro på sykehjemmet. I begynnelsen av oppholdet sørget hun over tapet av sønnen og gården. Hun holder seg for det meste for seg selv på rommet.

Hun ber om mat på rommet og det blir rapportert om at hun spiser” godt.”

Imidlertid viste det seg at hun klærne ser ut til å være for store til henne.

Legen hadde ikke tilsyn med henne fordi hun ikke stod på faste medisiner.

Sykehjemmet lot Marta være i fred men steller for henne så godt de kan.

Det jobber mange av de lokale husmødre på sykehjemmet og i helgene er det noen elever fra den videregående skolen som jobber der.

Etter to måneder ble Marta plutselig forvirret. Hun begynte å oppføre seg merkelig.

Marta roper merkelige ting og roter med tøyet sitt. Pleierne kontaktet legevakten en fredag ettermiddag og hun ble satt på et antipsykotikum for å roe seg.

Marta ble nå veldig svimmel og falt da hun gikk ut av senga på lørdag natt. Det så ikke ut til at hun hadde brukket noe, men hun ble enda mer urolig og forvirret etter dette fallet.

Hun klarte ikke lenger å ta til seg mat og hun måtte mates. Pleierne la da merke til at hun gjemte maten i nattbordet. De hadde begynt å legge merke til at hun var så tynn. Noen hadde snakket om at de synes det så ut som om pleide å kaste mat i wc.

Marta ble veid og hun veide 43 kilo. Man viste ikke hvor mye hun veide da hun kom inn.

2 dager senere falt hun igjen og da så det ut som om det var kunne være et brudd. Legen skulle komme dagen etter og han skrev ut rekvisisjon og hun ble sendt i ambulanse til sykehuset 3 timer unna. Det var sykdom på sykehjemmet den dagen, så de hadde ingen å sende med Martha. Men de hadde skrevet en rapport om at hun var forvirret.

1. innleggelse:

I sykebilen ble hun enda mer forvirret og ambulanspersonalet satte mer beroligende på henne.

I mottagelsen ble hun tatt i mot av sykepleier og lagt på en korridor for å vente på lege.

Heldigvis hadde de gitt henne så mye medisiner at hun sov og ikke kjente verken tørst eller sult. Det var nå blitt 20 timer siden noen hadde tilbudt henne noe å drikke.

Litt senere kom turnuskandidaten og konstaterer at hun har delir som følge av uttørring. Hun sannsynligvis hatt et stort vekttap og hun hadde lungebetennelse.

Sykehuset måtte behandle henne for lungebetennelsen og uttørringen før hun kan opereres. To dager etter operasjonen klarnet Marta opp.

Nå blir Marta hun sendt tilbake til sykehjemmet.

Sykehjemmet:

Dessverre hadde tilstanden av sengeleiet og underernæringen ført til at hun hadde fått et stygt sår på hælen.

Marta var klar og fin. Hun trivdes nå på sykehjemmet, men hun kunne ikke lenger gå på bena pga sår og hofteoperasjonen. Man hadde ikke fysioterapi på sykehjemmet i så hun kan få opptrening etter hofteoperasjonen. Personalet synes at det er greit at hun ligger mye i ro, fordi det er mye fravær og lite bemanning.

2. innleggelse:

Etter en uke begynte Marta å bli forvirret igjen. Hun gikk ut av senga og hun falt og brakk armen.

Så var det tilbake til sykehus med ambulanse. Der ble det konstatert brudd og urinveisinfeksjon som var årsaken til Martas nye forvirring.

Sykehjemmet:

Vel tilbake på sykehjemmet var Marta i fin form igjen. Men hun kunne ikke gå og nå kunne hun ikke strikke lenger heller.

Da legen var tilbake etter ferie, så han fort at det var rett det som pleierne hevdet. Benet så ut som om det måtte amputeres på grunn av det stygge såret.

3. innleggelse:

Hun ble sendt til sykehuset og der undret man seg over at hun det stygge såret hadde blitt revidert allerede da hun lå på observasjonsposten for gipsing av armbruddet

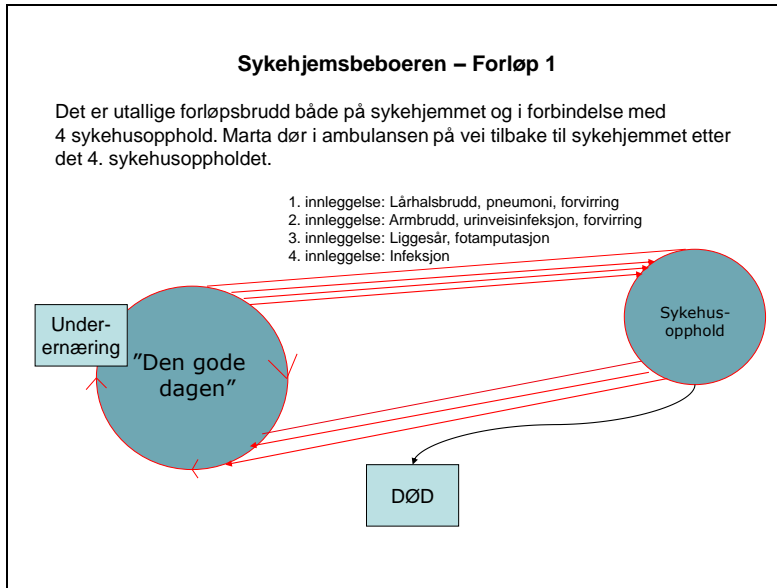
Sykehjemmet:

Nå måtte såret stelles og revideres. En del av foten ble amputert og hun ble sendt tilbake til sykehjemmet neste dag.

4. innleggelse:

Etter to dager steg feberen og Marta ble veldig dårlig. Det var helg og legevakta så ikke annen råd enn å sende henne til sykehus for behandling. Der viste det seg at hun ikke responderte godt på behandling og de returnerte henne til sykehjemmet som de mente var det beste for henne med bestilling om lindrende behandling.

Imidlertid rakk aldri Marta tilbake for å dø på sykehjemmet, fordi hun døde i ambulansen.



Eksempler på typiske brudd

Ressurser/kompetanse

- For lite og ustabil legedekning, derfor unødig/uheldig bruk av legevakt
- Sykehjemmet ser ut til å ha for mange ufaglærte og for lite bemanning
- Sykehjemmet har ikke kompetanse/ressurser til å følge opp optimal rehabilitering postoperativt
- Sykehjemmet mangler klinisk ernæringsfaglige ressurser, kompetanse og rutiner for å vurdere beboerens ernæringsmessige risiko og gi personer i ernæringsmessig risiko målrettet ernæringsbehandling (næringstett mat, næringsdrikker, sondeernæring, intravenøs ernæring)
- Individuelle ernæringsplaner følges ikke opp
- Måltider fordeles over for liten del av døgnet
- Lange transporter i ambulanse
- Gjennomgående liten kunnskap om den geriatriske pasient i alle ledd. Lavstatus!

Rutiner

- Lite reflekterte holdninger i forhold til å fremme "Den gode dagen"
- Generelt mangelfulle rutiner
- Beboeren blir ikke veid (manglende rutiner/rutiner følges ikke/mangler stol- og sengevekt)
- Vektnedgang fanges ikke opp før det har gått svært langt og er vanskelig å reversere
- For lite fokus på tannstatus (dårlig tyggefunksjon, proteser som ikke passer pga vektnedgang)
- For lite fokus på spisesituasjonen (hjelpemidler, sittestilling, miljø, medspising)
- Gir feil medisiner til delirpasienter; dette gjør skaden verre (veldig vanlig)
- Sykehuset lar gamle og forvirrede personer vente i timesvis i akuttmottak
- Sykehuset "glemmer" væskebalanse og annen grunnleggende pleie
- Lite systematisk behandling på sykehuset – kun "delbehandling"
- Lite respekt, Marta må føle seg som en pakke
- Mangelfull kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem