HØRINGSUTKAST

Revisjonen er begrenset til den fagspesifikke innledningen for hvert fagområde (33), innledningsavsnittet kalt «Utdypende forklaring på tilstand» under hver tilstand (i 33 veiledere), og punktlisten «Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter» under hver tilstand.

Helsedirektoratet er kjent med at deler av fagmiljøene ønsker en grundigere revisjon, men i denne revisjonen etterspør vi innspill om oppdraget som er gjengitt over.

Revisjonen omfatter som hovedregel ikke endring av aktuelle tilstander, herunder rettighetsstatus og frister for nødvendig helsehjelp. Der det allikevel er gjort slike endringer, fremgår disse i tilknytning til den aktuelle tilstanden i teksten med spørsmål om innspill.

Geriatri

Fagspesifikk innledning

Fagområdet og pasientgrupper som kan være aktuelle for nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

Fagområdet geriatri er spesialisert på utredning av eldre pasienter med sammensatte sykdomsbilder. Det omfatter utredning av kompleks kognitiv svikt, falltendens der man ikke har hatt tilfredsstillende utredning i kommunal helse- og omsorgstjeneste, samt akutt funksjonssvikt som har oppstått i løpet av de siste 4-12 ukene. Pasienter med akutt funksjonssvikt bør innlegges for øyeblikkelig hjelp.

De fleste geriatriske problemstillinger faller inn under tilstandene som er nevnt i prioriteringsveilederen. Spørsmål knyttet til kognitiv svikt dominerer.

Avgrensning av fagområdet til andre fagområder i spesialisthelsetjenesten

Geriatrisk vurdering baserer seg på tverrfaglighet og vurdering av sammensatte årsaker til funksjonssvikt. Dette gjelder både ved kognitiv svikt, psykiske problemer, bevegelsesvansker og aktiviteter i dagliglivet (ADL).

Det er lokal variasjon når det gjelder ansvarsfordeling knyttet til utredning av mistenkt kognitiv svikt. Voksenrehabilitering, nevrologiske-, alderspsykiatriske- og geriatriske avdelinger utreder alle kognitiv svikt (se tilstandsgrupper).

Yngre pasienter eller pasienter med nevrologiske grunnsykdommer utredes ofte kognitivt av nevrologer. Pasienter med kjent utviklingshemming utredes vanligvis innenfor voksenhabiliteringen. Pasienter med alvorlig atferdsforstyrrelse eller psykiske symptomer ved demens utredes som regel innenfor alderspsykiatrien.

Fall/balanseproblemer, funksjonssvikt og skrøpelighet dekker de fleste av de øvrige geriatriske problemstillingene.

Pasientgrupper som vanligvis kan gis tilstrekkelig helsehjelp i kommunen

Geriatriske problemstillinger er mangfoldige og ressurskrevende, og tverrfaglig arbeid er basis i geriatrisk virksomhet.

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å gjøre en individuell vurdering av behovet for og retten til nødvendige kommunale helse- og omsorgstjenester.

Tilstander

2.1. Komplisert kognitiv svikt (veiledende frist 12 uker)

Utdypende forklaring på tilstand

Basal utredning av mistenkt kognitiv svikt utføres i kommunal helse- og omsorgstjeneste i tråd med nasjonal faglig retningslinje om demens. Utredning av kompleks kognitiv svikt foregår i spesialisthelsetjenesten. Det viser til nasjonale faglige retningslinjer om demens.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

12 uker

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- grad av pårørendestress
- psykiatriske og nevrologiske tilleggssymptomer / APSD
- rask progresjon
- komorbiditet
- polyfarmasi
- rusproblematikk
- skrøpelighet
- dårlig fungerende nettverk

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

2.2. Falltendens og gangvansker (veiledende frist 4 uker)

Utdypende forklaring på tilstand

Årsaken til fall er sammensatt. Fall er ofte et tegn på funksjonssvikt på grunn av en rekke underliggende faktorer som for eksempel svekket styrke/balanse, underliggende sykdommer, rusmiddelbruk og annet. Helsedirektoratets Nasjonale faglige råd

Fallforebygging hos eldre - Helsedirektoratet beskriver hvordan helse- og omsorgstjenesten skal jobbe for å redusere forekomsten av fall. Der anbefales det at man vurderer fallrisiko for pasienter over 65 år. I de tilfeller hvor man ikke kommer i mål med utredning av årsaker til fall i kommunal helse- og omsorgstjeneste, kan det være aktuelt med henvisning til spesialisthelsetjenesten. Akutte fall som del av en akutt funksjonssvikt bør vurderes som øyeblikkelig hjelp.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

4 uker

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- komorbiditet både somatisk og psykiatrisk
- fallhistorie og grad av falltendens / balansesvikt
- fall assosiert med raskt økende funksjonssvikt
- synkopetendens
- arrytmier
- nevrologiske utfall
- daglig fungering
- motivasjon/innsikt
- boforhold
- polyfarmasi
- skrøpelighet

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.

2.3. Funksjonssvikt utviklet over 4-12 uker (veiledende frist 4 uker)

Utdypende forklaring på tilstand

Akutt- eller subakutt funksjonssvikt som er tilkommet i løpet av 1-4 uker må betraktes som akutt sykdom med behov for avklaring som øyeblikkelig hjelp. Funksjonssvikt som er tilkommet gradvis over 4-12 uker, kan være aktuell for henvisning til elektiv utredning i spesialisthelsetjenesten.

Veiledende rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten?

Ja

Veiledende frist for start helsehjelp

4 uker

Individuelle forhold som kan endre rettighetsstatus eller frist for start helsehjelp for enkelte pasienter

- komorbiditet
- skrøpelighet
- samtidig delirium
- vanskelig sosial situasjon
- grad av svikt i vitale funksjoner
- rask progresjon

Behandling av alvorlig underliggende sykdom gir gevinst med hensyn til overlevelse. Hvis de forblir ubehandlet vil infeksjoner, hjerteinfarkt, hjerneinfarkt og delirium ha høy dødelighet.

Begrunnelse

Gjeldende regelverk er pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd og prioriteringsforskriften §§ 1 og 2.