

Statens helsetilsyn

Evaluering av

Nasjonalt
geriatriprogram

Sluttrapport

Statens helsetilsyn

Evaluering av

Nasjonalt geriatriprogram

Sluttrapport

Agenda UTREDNING & UTVIKLING AS
Malmskrivervn 35 • Postboks 542 • 1302 Sandvika
Tlf 67 57 57 00 • Fax 67 57 57 01
Ref: 1406-c.ek

Agenda **UTREDNING & UTVIKLING AS**

Postboks 542 • 1301 Sandvika • Tlf 67 57 57 00 • Fax 67 57 57 01

Oppdragsgiver: Statens helsetilsyn

Rapportnr.: 1406-c.ek

Rapportens tittel: Evaluering av Nasjonalt geriatriprogram

Spesifikasjon:

Tidsfrist: Desember 1999

iflg

Ansvarlig: Eli Kvåle

Kvalitetssikring: Otto Hauglin

Verifisert:

(dato) (sign)

Forord

Agenda Utredning & Utvikling AS har fått i oppdrag av Statens helsetilsyn å evaluere Nasjonalt geriatriprogram. Evalueringen har omfattet både prosess- og resultatevaluering. Dette er den tredje og siste rapporten i evalueringen av geriatriprogrammet.

Den første evalueringsrapporten omhandlet perioden fra oppstart i 1994 og fram til utgangen av 1995. Rapporten ga en vurdering av de strategier og prosesser som ble tatt i bruk for å nå programmets målsettinger.

Den andre evalueringsrapporten rettet fokus på den fylkesvise satsingen i programmet. Rapporten omhandlet fylkenes egne vurderinger av måloppnåelse pr april 1998, og en vurdering av nasjonale og lokale strategier for å oppnå programmets mål.

Denne sluttrapporten gir en samlet vurdering av programmets satsingsområder og resultater. Evalueringen omfatter programmet som helhet og ikke enkeltprosjektene under programmet. Enkeltprosjektene har blitt egnevaluert innenfor programmets egne rammer.

Som en del av sluttevalueringen har vi brukt to konsensusgrupper som uavhengig av hverandre har vurdert programmets mål, strategi og resultatoppnåelse. Konsensusgruppens vurderinger blir presentert separat.

Sandvika, 15. desember 1999

Agenda Utredning & Utvikling AS

INNHOOLD

1	INNLEDNING	7
	1.1 Mandat og målsetting	7
	1.2 Evalueringstemaer	7
	1.3 Datagrunnlaget	8
	1.4 Konsensusgrupper	8
2	PROGRAMMETS MÅL	10
	2.1 Programmets definerte mål	10
	2.2 Vurdering	12
3	PROGRAMMETS STRATEGIER	14
	3.1 Programmets strategier	14
	3.2 Vurdering	15
4	INFORMASJON OG SYNLIGGJØRING	17
	4.1 Nasjonalt formidlingscenter i geriatri	17
	4.2 Informasjon om geriatriprogrammet i startfasen	18
	4.3 Informasjon og kontakt med fylkeskommunene	19
	4.4 Fokusmøte	19
	4.5 Støtte til film	19
	4.6 Kontakt med fagmiljøene	20
	4.7 Informasjonsstrategi	20
	4.8 Deltagelse i Nasjonal komité for FN's internasjonale eldreår	20
	4.9 Konferanse "Herfra til 2030"	21
	4.10 Kontakt med media	21
	4.11 Profilering og kulturelle virkemidler	22
	4.12 Publisering	22
	4.13 Vurdering av programmets satsing på informasjon og synliggjøring	23
5	ORGANISERING OG ØKONOMISTYRING	25

5.1	Prosjektbemanning	25
5.2	Styringsgruppe	25
5.3	Referansegruppe	26
5.4	Økonomistyring	26
5.5	Vurdering	27
6	PROGRAMMETS MÅLOPPNÅELSE	30
6.1	Hovedmål 1: Personell	30
6.2	Hovedmål 2: Kunnskaper	36
6.3	Hovedmål 3: Struktur	44
7	EN SAMLET VURDERING AV HELE PROGRAMMET	50
8	VIDEREFØRING OG UTFORDRINGER	51
8.1	Videreføring i fylkene	51
8.2	Statlig videreføring	53
8.3	Utfordringer ved videre satsing	53

1 INNLEDNING

I 1994 bevilget Stortinget 10 millioner kr til styrking av fagfeltet geriatri. Vedtaket omfattet årlige bevilgninger i en fem års periode innenfor en ramme på 50 mill kroner. I 1997 ble det besluttet at programperioden skulle forlenges fram til utgangen av 1999. Sosial- og helsedepartementet har det overordnede ansvaret for programmet og har delegert gjennomføringen av programmet til Statens helsetilsyn.

1.1 Mandat og målsetting

I Sosialkomiteens uttalelse i budsjettinnstillingen (Innst S nr 11, 1993-94) er siktemål for programmet beskrevet slik:

"Å styrke den tverrfaglige kompetansen og utarbeide gode modeller for samarbeid mellom sykehus og kommunenes helse- og omsorgstjeneste er viktig"

Sosial- og helsedepartementet har utarbeidet mandat og retningslinjer for programmet, hvor det er angitt følgende:

"Nasjonalt geriatriprogram er etablert for å bidra til utvikling og styrking av fagområdet geriatri. Programmet skal konsentreres om det medisinske innholdet i helsetjenestetilbudet til de eldste eldre - eller for geriatriske pasienter som kjennetegnes av langtkommet aldring, har flere kroniske lidelser og som har problemer med å klare seg."

Departementet har satt følgende mål for programmet:

Stimulere til utbygging av geriatriske tilbud i alle fylker
Styrke tverrfaglig kompetanse innen geriatri
Videreutvikle samarbeidsmodeller mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten

1.2 Evalueringstemaer

I denne sluttrapporten rettes evalueringen inn mot følgende temaer:

Programmets mål

Programmets strategi
Informasjon og synliggjøring
Organisering og økonomistyring
Programmets måloppnåelse
Videre satsing på geriatri

1.3 Datagrunnlaget

Evalueringen bygger på følgende datakilder:

Skriftlige dokumenter, dvs diverse prosjektdokumenter/oversikter utarbeidet av programledelsen, handlingsplaner/årsrapporter, referater fra styringsgruppemøter/referansegruppemøter, informasjonsmateriell fra Nasjonalt geriatriprogram og fra Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, fagartikler, prosjektrapporter fra fylkene, rapporter fra konferanser/ seminarer, mv.

Intervjuer med prosjektleder/prosjektmedarbeider, medlemmer av styringsgruppen, telefonintervjuer med leder av referansegruppen og leder av Nasjonalt formidlingssenter

1.4 Konsensusgrupper

Som et ledd i den oppsummerende evalueringen av programmet har vi benyttet to såkalte konsensusgrupper for å foreta en samlet vurdering. Konsensusgruppene har hatt som oppgave å avgi skjønnsmessige vurderinger, ikke som individuelle frittstående uttalelser, men i en konsensussøkende prosess hvor vurderingene utvikles gjennom en systematisk ledet og oppsummert diskusjon.

Deltagerne har fått tilsendt materiale om programmet på forhånd sammen med de temaer eller nøkkelspørsmål som skulle fokuseres i gruppens arbeid. Gruppene møttes til en dags arbeid for å utvikle felles vurderinger. De to gruppene møttes på hver sin dag og arbeidet uavhengig av hverandre. Gruppene ble ledet av evaluator og evaluator har oppsummert konklusjonene fra konsensussamlingene i notater som har blitt godkjent av deltagerne.

Konsensusgruppene har hatt følgende sammensetning:

Konsensusgruppe 1:

Overlege Kirsten Damgaard, Geriatrisk avd.B, Amtsygehustet i Glostrup, Danmark

Overlege i geriatri Odd Roe Skogen, Sentralsykehuset i Møre og Romsdal, Ålesund

Leder i eldrerådet Rolf Wiig, Tønsberg

Leder i helse- og sosialutvalget Roar Aas, Ålesund

Fylkeslege Arne-Birger Knapskog, Telemark

I tillegg skulle en representant fra kommunelegetjenesten delta i denne gruppen, men han møtte ikke opp til samlingen.

Konsensusgruppe 2:

Avd.direktør Lennart Johansson, Sosialstyrelsen, Sverige

Overlege i geriatri Renate Pettersen, Aker sykehus

Prosjektleder Mari Lærum, Nasjonalt formidlingssenter i geriatri

Seniorforsker Harald Buhaug, Sintef Unimed NIS
Helstjenesteforskning, Trondheim

Leder i komite for kultur og helse, Toril Selsvold Nygård, Bergen

Fylkesmann Mona Røkke, Vestfold

2 PROGRAMMETS MÅL

I dette kapittelet gir vi en oversikt over de målene som ble angitt for programmet og konsensusgruppens vurderinger av målbeskrivelsene.

2.1 Programmets definerte mål

I henhold til departementets retningslinjer og mål, har Nasjonalt geriatriprogram angitt følgende hovedmål og delmål for programperioden (jfr prosjektplanen 28.02.95/revidert 12.12.95) :

Hovedmål 1: Personell

Bedre rekruttering av geriatrisk nøkkelpersonell i hele landet
Geriatrisk spesialisthelsetjeneste i alle landets fylker

Delmål 1.1: Rekruttering

Å ha sikret rekruttering av geriatrisk nøkkelpersonell i alle deler av landet og spesielt i de fylker som mangler geriatrisk spesialisthelsetjeneste

Hovedmål 2: Kunnskaper

Styrket tverrfaglig kompetanse innen geriatri i alle deler av landet
Mer helsepersonell med spesialutdanning i geriatri i landets fylker og kommuner

Delmål 2.1: Eksterne søkere

Å ha støttet spesialisering i geriatri for helsepersonell tverrfaglig som ledd i en samlet plan for å styrke geriatri i fylker og kommuner

Delmål 2.2: Fagets anseelse

Å ha iverksatt minst ett tiltak hvert år i prosjektperioden som kan bidra til økt anseelse for fagfeltet geriatri og som kan føre til varig bedring av rekrutteringen til fagfeltet.

Delmål 2.3: Styrket tverrfaglig kompetanse

Ha sikret utvalgte personalgrupper som arbeider innen geriatri et styrket videre- og etterutdanningstilbud.

Delmål 2.4: Geriatrisk nettverk

Ha bygget opp et nasjonalt nettverk av geriatriske miljøer som støttes av programmet

Delmål 2.5: Økt kunnskap generelt

Ha styrket kunnskapsgrunnlaget i geriatri generelt

Hovedmål 3: Struktur

Realistiske planer for organisering av geriatrisk spesialisthelsetjeneste i alle helseregioner

Gode samarbeidsmodeller for geriatrisk spesialist- og kommunehelsetjeneste

Delmål 3.1: Kartlegging av geriatrisk service i sykehus

Å ha kartlagt hvordan geriatriske pasienter tas hånd om i norske sykehus

Delmål 3.2: Realistiske geriatriplaner

Å ha utarbeidet en plan for geriatri som del av de regionale helseplaner

Delmål 3.3: Spredning av geriatriske samarbeidsmodeller

Å ha vurdert nytten av og spredd erfaringene fra ulike lokale geriatriske samarbeidsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten

Delmål 3.4: Nye modeller

Å ha etablert minst ett nytt modellforsøk innen geriatri i samarbeid mellom 1. og 2.linjetjenesten i programperioden.

Mål 4: Informasjon og evaluering

Informasjon om programmet vil øke interessen for geriatri

Evaluering er nødvendig for å evaluere nytten av programmet.

Delmål 4.1: Informasjon

Å synliggjøre programmet i almenheten og i fagmiljøer for å styrke interessen for gamle menneskers helseforhold generelt og fagområdet geriatri spesielt.

Delmål 4.2: Evaluering

Evalueringen skal gjennomføres i forhold til departementets helsepolitiske forutsetninger og helsetilsynets faglige styring. Den skal omfatte administrative og faglige sider. Både programmet som helhet og enkeltprosjektene skal evalueres. Både struktur, prosess og resultater skal evalueres. Det trengs ekstern hjelp til deler av evalueringen.

De enkelte delmålene er nærmere beskrevet i prosjektplanen med angivelse av konkrete tiltak, aktiviteter og tidsfrister.

2.2 Vurdering

Konsensusgruppene ble bedt om å gi en vurdering av programmets hovedmål, slik de er beskrevet i prosjektplan og handlingsprogram. Gruppene ga følgende vurderinger:

Konsensusgruppe 1:

Gruppen var enig i målene slik de er beskrevet i plandokumentene. I vurderingen av målformuleringene ble det stilt følgende spørsmål: Var det riktig å profilere så sterkt på spesialistkompetanse? Burde man heller ha satset på kompetanseutvikling blant allmennlegene og de som jobber med gamle i kommunene – kunne vi fått en annen effekt da? Gruppen var enig i at det var nødvendig å foreta et valg.

Konsensusgruppe 2:

Gruppen bemerket at målene som er angitt er relativt avgrensede. Gruppen var imidlertid enig i at det har vært nødvendig å avgrense til noen konsentrerte mål. Målene må dessuten være slik at de kan måles og at de kan være oppnåelige. Gruppen savnet en problemanalyse som grunnlag for valg av målene. Det ble stilt spørsmål ved om man burde fokusert mer på holdninger i programmet. Det ble også reist spørsmål om man i større grad burde fokusert på kommunehelsetjenesten.

Evaluator:

I vår første evalueringsrapport ga vi en vurdering av styringsdokumentene for geriatriprogrammet. I rapporten pekte vi på at vårt hovedinntrykk er at det er utarbeidet gode styringsdokumenter for programmet. Dokumentene tyder på at det har vært et grundig forarbeid for programmet både mht gjennomtenkning av målsettinger og strategier. Sammenlignet med tilsvarende programmer, er programdokumentasjonen svært god mht mengde og framstillingsform.

Noen av svakhetene ved dokumentene er manglende konsistens i begrepsbruken og nivåproblemer mht målbeskrivelsene. Dokumentene er ikke klare og gjennomgående mht hva som skal være hovedmål, delmål og arbeidsmål. Målbeskrivelsene omfatter også en sammenblanding av mål og virkemidler. I prosjektplanen er evaluering angitt som et hovedmål. Ut fra vår vurdering er evaluering kun et hjelpemiddel i programmet. I programmet er også informasjon angitt som et hovedmål. Det kan diskuteres om dette bør være et eget hovedmål, eller om det hører naturlig hjemme som delmål under de tre hovedmålene.

3 PROGRAMMETS STRATEGIER

3.1 Programmets strategier

Prosjektplanen (28.02.95/revidert 12.12.95) beskriver hvilke hovedstrategier som er valgt for å oppnå programmets mål.

Programmet skal gjennomføres som *en styrt plan* utarbeidet av prosjektledelsen. Dette betyr at det legges opp til en samlet nasjonal strategi for hvordan de bevilgede midlene skal benyttes. Det betyr også at innsatsen skal konsentreres om de viktigste oppgavene og ikke spres på mange små tiltak.

Programmet skal bygge på lokale myndigheters planer for det geriatriske helsetilbudet. Programmet forutsetter dessuten at *de lokale myndigheter* bidrar med delfinansiering av programmets prosjekter, og at de *sikrer videreføring etter avslutning av programmet*. De lokale aktuelle instanser skal med andre ord ansvarliggjøres i gjennomføringen av programmet.

Programmet skal *bringe de geriatriske fagmiljøer sammen* på fylkes-, regions- eller landsplan under møter, konferanser mv. for å bidra til en felles forståelse av geriatriens innhold og oppgaver. Det skal opprettes et *Faglig formidlingssenter* under programmet for å bistå i nettverksarbeidet.

Programmet skal arbeide innad i fagmiljøene med å *øke interessen for geriatri* og benytte fagpressen til å *markedsføre programmet* og resultatene.

Programmet forutsetter at nasjonal utbygging av geriatrisk helsetjeneste vil styrke interessen for geriatri. Styrking av det faglige innholdet i geriatrien vil bedre rekrutteringen.

Det legges opp til en *formativ evaluering* som omfatter prosess og resultater. Dette betyr at programmet ønsker å ta hensyn til det evalueringen viser underveis i programmet.

3.2 Vurdering

Konsensusgruppene har gitt følgende vurdering av programmets strategi:

Konsensusgruppe 1:

Gruppen var *enig i den strategien som er valgt*. De strategiske valgene for programmet er beskrevet i kap.9 i prosjektplanen. Denne beskrivelsen inneholder bl a følgende forutsetning: ”Styrking av det faglige innholdet i geriatrien vil bedre rekrutteringen” (s 19 i prosjektplanen). I vurderingene fra gruppen ble det stilt spørsmål ved denne forutsetningens riktighet. Det ble vist til at det ikke bare handler om å styrke det faglige innholdet for å bedre rekrutteringen. Problemene er mer sammensatte og handler om den generelle utviklingen innen medisinen der dagen er preget av korte kontakter med pasientene hvor man raskt avklarer behandling, og så er det over til neste pasient. Denne situasjonen er en særlig utfordring for geriatrien.

Gruppen så det som positivt at det er satset så mye på evaluering av programmet, og mente det var viktig også med underveisevaluering.

Konsensusgruppe 2:

Gruppen var *enig i den valgte strategien*. Gruppen så det som positivt at man har valgt et styrt prosjekt, at innsatsen har vært konsentrert og at prosjektledelsen har tatt styringen selv. Gruppen reiste spørsmål om man kunne tenkt seg at pengene ble fordelt i henhold til andre typer vilkår, f eks ved å stille krav om samfinansiering mellom fylker/ kommuner.

Evaluator:

Vi slutter oss til konsensusgruppene vurderinger om at programmet har valgt en riktig strategi. Vi vil imidlertid trekke fram noen av de utfordringene denne strategien har medført.

Geriatriprogrammet har vært basert på en styrt satsing med utgangspunkt i forpliktende planer for geriatri i fylkene. Fylkene står overfor en situasjon der de mottar en rekke krav og føringer (handlingsplaner) fra staten på ulike satsingsområder. Hensikten med slike handlingsplaner er ofte å få styrket tjenestetilbudene og etablert eventuelle nye tilbud. Når handlingsplanperioden er over, er det slutt på de øremerkede tilskuddene.

Fylkene må da sørge for at den videre driften av de nyetablerte tilbudene blir finansiert innenfor de tilgjengelige økonomiske rammene. Politikere og administrasjon er gjerne motvillige til å forplikte seg til å satse på nye tjenestetilbud, så lenge de ikke får sikkerhet for økte bevilgninger fra staten. Geriatriprogrammet har møtt på slike problemer i noen fylker der man ikke ønsker å forplikte seg på videreføring etter programperiodens slutt.

Strategien i geriatriprogrammet har vært basert på at programledelsen skulle både drive rådgivning, motivere og inspirere til innsats i fylkene – og samtidig stille krav til egenfinansiering og forpliktelse til videreføring.

Ikke alle fylkene har likt at geriatriprogrammet og Statens helsetilsyn har ”blandet” seg i fylkenes virksomhet. Noen steder har det dessuten vært interne stridigheter mellom sykehus/fylkeskommune og mellom ulike enheter i sykehusene. Slike forhold har også stor betydning for hvilke resultater som kan oppnås i henhold til målene i programmet. De rapportene som fylkene har produsert tar i liten grad opp dette temaet. Det ser ut til at man vegrer seg noe mot ”innsyn” i de lokale samarbeidsforholdene.

4 INFORMASJON OG SYNLIGGJØRING

Nasjonalt geriatriprogram har på ulike måter satset aktivt på informasjon og tiltak som kan bidra til å synliggjøre geriatrien. I det følgende gir vi en kortfattet beskrivelse av de viktigste tiltakene som programmet har gjennomført.

4.1 Nasjonalt formidlingscenter i geriatri

Nasjonalt geriatriprogram besluttet i 1995 å opprette et faglig formidlingscenter i geriatri. Nasjonalt formidlingscenter i geriatri ble etablert i februar 1996 og organisert som en seksjon i Stiftelsen Universitetsforskning i Bergen (Unifob). Senteret ble lokalisert til Diakonissehjemmets sykehus, Haraldsplass og til Institutt for samfunnsmedisinske fag, geriatrisk seksjon, Universitetet i Bergen.

Nasjonalt formidlingscenter i geriatri er blitt evaluert av "Seniorgruppen for pedagogisk rådgivning ANS" ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.

Nasjonalt formidlingscenter i geriatri har som hovedoppgave å virkeliggjøre hovedmålene for geriatriprogrammet og derved bidra til å synliggjøre programmet. Senteret skal bidra til virkeliggjøring av målene ved å:

- Betjene prosjekter innenfor Nasjonalt geriatriprogram med litteraturstøtte og annen relevant informasjon.

- Medvirke til faglig og praktisk tilrettelegging av konferanser og kurs arrangert av geriatriprogrammet.

- Bidra ved utforming av utgivelse av rapporter fra prosjektene.

- Bistå ved utarbeidelse (formidling) av undervisningsmaterieell til bruk i tverrfaglig kompetanseoppbygging.

Målgruppen er i første rekke fagmiljøer og fagpersoner som arbeider med eldre, dvs helsepersonell ved sykehus/spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og fagprofesjoner som underviser og/eller arbeider med fagutvikling og forskning innen geriatri og eldreomsorg.

Nasjonalt formidlingscenter i geriatri har etablert følgende tjenester som bidrar til å støtte opp under geriatriprogrammet:

Etablert litteraturliste og har adgang til nasjonale og internasjonale databaser for tverrfaglig geriatrisk litteratur. Det er laget kjernelitteraturlister ordnet etter temaer som er mye etterspurt. Noen av listene er lagt ut på internett med linker til abstracts.

Etablert databank og registre for tiltak/undersøkelser/prosjekter/hovedoppgaver og adresser til miljøer og personer som arbeider i feltet innen spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Markedsføring av geriatriprogrammet gjennom nyhets- og informasjonsbladet Geronius. Dette distribueres i 10 000 eksemplarer annenhver måned (dvs. 6 ganger i året) til 8000 adressater.

Hjemmesider på internett med kontinuerlig oppdatering av informasjon om konferanser, statistikk, ny litteratur, nye nummer av Geronius, tidsskrifter med mer.

Kontakt med fylkesprosjekter med informasjon og bistand ved rapportproduksjon, bistand til konferanser/seminarer i regi av geriatriprogrammet på nasjonalt nivå, i helseregioner og i fylker.

Samarbeid med andre fagmiljøer bl a Nasjonalt kompetanse-senter for aldersdemens. Sentrene har hverandres logoer på hjemmesidene og driver gjensidig markedsføring av hverandre.

Fra 1997 til 1999 har antallet henvendelser til Nasjonalt formidlings-senter i geriatri blitt firedoblet. Henvendelsene omfatter spørsmål om litteratur, kunnskap om geriatri og eldreomsorg, ønske om kontakt med geriatriske miljøer og kunnskaper om metoder, dokumentasjon av prosjekter og undersøkelser. Om lag en tredjedel av henvendelsene kommer fra kommunehelsetjenesten, en tredjedel fra sykehus/spesialisthelsetjenesten og en tredjedel fra universitet og høyskoler.

4.2 Informasjon om geriatriprogrammet i startfasen

Da programmet startet opp i 1994 ble det sendt en kunngjøring til pressen (60 aviser) om programmet. I kunngjøringen ble det informert om at Nasjonalt geriatriprogram ønsket kontakt med folk som hadde idéer som kunne være av interesse for programmet. Det ble også kunngjort mulighet for å søke om tilskudd for prosjekter eller til enkeltpersoner. I tiden etterpå fikk prosjektledelsen ca 150 henvendelser både fra enkeltpersoner og institusjoner. Programledelsen fulgte opp de idéene som var interessante enten ved å sende ut søknadsskjema eller ved å be om mer informasjon.

4.3 Informasjon og kontakt med fylkeskommunene

Fra tidlig i 1995 tok programledelsen kontakt med aktuelle fylkeshelsesjefer og ga informasjon om programmets satsingsområder og strategi. I den videre oppfølgingen av fylkene ble det lagt opp til at fylkene selv skulle invitere til oppstartmøter med representanter fra ulike instanser og miljøer i fylket, og hvor prosjektledelsen skulle delta og bistå med råd og veiledning (denne strategien er nærmere beskrevet i første evalueringsrapport). Prosjektledelsen har deltatt på oppstart- og oppfølgingsmøter i 13 fylker og har bl a møtt styringsgruppa i 9 av fylkene. I tillegg har prosjektledelsen også hatt møter med helse- og sosialutvalget i to fylker.

4.4 Fokusmøte

Høsten 1996 inviterte prosjektledelsen til et møte hvor det ble satt fokus på at befolkningen har negative forestillinger om alderdommen og at fagfolkene nedprioriterer arbeidet med gamle mennesker. Det ble sendt ut invitasjon til ressurspersoner som jobber innen media, film, reklame og interesseorganisasjoner. Møtet ble avholdt med 12 personer inklusiv prosjektledelse og representanter fra Statens helsetilsyn.

Møtedeltakerne ble invitert til å gi kreative innspill til: Hvordan skape positive forestillinger om alderdommen, som også viser spennvidden på en sannferdig måte? Hvilke tiltak kan bidra til å øke helsepersonellets ønske om å jobbe med gamle mennesker?

Møtet resulterte i flere idéer som prosjektledelsen tok med seg i det videre arbeidet med programmet. Blant annet ble det lansert en idé om å lage en film. Prosjektledelsen arbeidet videre sammen med en representant for Norsk Filminstitutt for å følge opp denne idéen, da de fikk kontakt med Speranza Film AS. De valgte derfor ikke å gå videre med idéen om selv å lage en egen film.

4.5 Støtte til film

Nasjonalt geriatriprogram har gitt støtte til filmen ”Dei mjuke hendene” med Margareth Olin som regissør og Thomas Robsam som produsent ved Speranza Film AS. Filmen er en dokumentarfilm fra sykehjem og har hatt høye seertall ved norske kinoer i 1998/99. Dette samarbeidet har bidratt til å synliggjøre situasjonen til de eldre og til at geriatrien har blitt tatt opp som tema mange steder rundt omkring i landet.

4.6 Kontakt med fagmiljøene

I 1995 tok prosjektledelsen initiativ til et samarbeid med Den norske lægeforening for å arrangere en internasjonal geriatrikonferanse i forbindelse med eldredagen. Det ble arrangert en matiné i Oslo konserthus, og Dagsrevyen hadde reportasje fra arrangementet.

Prosjektledelsen har bidratt med å synliggjøre geriatrien i forbindelse med Nordisk gerontologikongress i Danmark i 1995 og i Norge i 1998, og arrangert fire nasjonale fagkonferanser. Prosjektledelsen har også tatt ulike initiativ om faglige spørsmål knyttet til utviklingen av geriatriet.

Prosjektleder har deltatt som norsk representant i noen WHO-møter og konferanser vedrørende eldre og helse, og har også lagt fram norske erfaringer på møte i København i regi av Sundhetsministeriet.

Seks fagmiljøer ved universitetene har fått tilbud om støtte på kr. 400 000 (til hvert miljø) for å styrke innsatsen innen geriatriforskningen. (Resultatene fra denne satsingen er nærmere beskrevet i avsnitt 6.2.14)

I fylkene og på nasjonalt plan har prosjektledelsen vært opptatt av å synliggjøre geriatrien gjennom deltagelse på ulike seminarer/konferanser og ved å bidra med informasjon og foredrag om geriatrien.

4.7 Informasjonsstrategi

Prosjektledelsen har tatt opp spørsmålet om informasjonsstrategi innad i Statens helsetilsyn og på møter i referansegruppen. Et av forslagene var at programmet skulle knytte til seg ekstern informasjonsmedarbeider som kunne bistå prosjektledelsen ved behov. Denne idéen ble ikke realisert.

Prosjektledelsen har også tatt initiativ til møte med Sosial- og helsedepartementet hvor spørsmålet om informasjonstrategi ble diskutert. Prosjektledelsen valgte deretter å engasjere et informasjonsbyrå til å bistå programmet. I 1998 fikk Geelmuyden.Kiese AS i oppdrag å utarbeide en Informasjonsstrategi for Nasjonalt geriatriprogram. Samme firma har også bistått i profileringen av helse og eldre høsten 1999.

4.8 Deltagelse i Nasjonal komité for FN's internasjonale eldreår

Prosjektleder for geriatriprogrammet har vært deltager i Nasjonal komité for FN's internasjonale eldreår 1999. Komitéen ble ledet av sosialministeren og prosjektleder har i den forbindelse hatt møte med

Sosialkomiteen. I arbeidet i Nasjonal komité for FN's internasjonale eldreår lanserte prosjektleder en idé om å lage en hovedmarkering på eldredagen den 1 oktober 1999. Dette medførte at prosjektleder fikk i oppdrag av komitéen å lede arbeidet med å lage et slikt hovedarrangement. Arrangementet ble avholdt i Oslo Rådhus. Prosjektleder tok initiativ til og la ned betydelig innsats for å etablere et samarbeid med NRK fjernsynet for fjernsynsoverføring av arrangementet. Dronning og Statsminister var tilstede på arrangementet.

I forbindelse med dette arrangementet valgte prosjektledelsen å sette i gang tiltak for å øke seeroppslutningen omkring TV-programmet. Det ble satset på betalt annonsering i forkant av programmet i dagspressen. I den forbindelse valgte prosjektledelsen å engasjere et byrå til å evaluere effekten av dette tiltaket. Evalueringen viste at 2-300 000 seere hadde sett programmet, og forhåndsannonseringen hadde bidratt til å tredoble seeroppslutningen.

4.9 Konferanse "Herfra til 2030"

En uke etter eldredagen, dvs 7 oktober 1999, arrangerte Nasjonalt geriatriprogram og Nasjonalt formidlingssenter i geriatri en konferanse "Herfra til 2030". Personer med bakgrunn i kultursektoren, forskningen, helse- og sosialsektoren, media, ukepresse, brukere, boligsektoren, departementer, fylker/kommuner, interesseorganisasjoner m fl var invitert. Konferansen satte søkelyset på hva som vil skje i framtida og hvordan de eldre kommer til å få det om ca 20-30 år. På konferansen ble data fra prosjektet "Scenario 2030" presentert. Innleiderne på konferansen hadde bakgrunn fra media, universitet, organisasjonsliv, næringsliv og offentlig sektor. Arrangementet fikk nyhetsoppslag i TV, radio og riksaviser (se nærmere om dette i 4.10).

4.10 Kontakt med media

Prosjektledelsen har i løpet av programperioden tatt kontakt med media i ulike sammenhenger for å synliggjøre geriatrien. Det har vist seg å være vanskelig å få "innpass" i rikspresen. Prosjektleder har deltatt i TV- og radioprogram, og kontakten med media har resultert i noe helsestoff om eldre.

Prosjektledelsens kontakt med media har ført til en del mediaomtale i forbindelse med ulike arrangementer: Ved markeringen av eldredagen i 1995 ble det laget reportasje i Dagsrevyen. NRK fjernsynet laget opptak av arrangementet om eldredagen 1999 og sendte dette to dager senere med rask reprise. Programmet skal også sendes i reprise til jul.

Konferansen "Herfra til 2030" førte til mye mediaomtale: Reportasjer i Vårt Land, Dagbladet og Nationen, innslag i fjernsynet (NRK og TV2) og i radio (P1 og P2). I tillegg kommer det en artikkel i Norsk Ukeblad.

I forbindelse med geriatrisatsingen i fylkene har det vært arrangert pressekonferanser enkelte steder og lokalpressen har omtalt geriatriprosjektene.

4.11 Profilerings og kulturelle virkemidler

For å synliggjøre programmet og skape identifikasjon hos de ulike aktørene har prosjektledelsen satset på ulike former for profilering. Det er laget en logo som er brukt på brevark, plakater og i alle sammenhenger hvor programmet er presentert. Samme logo er også brukt i informasjonsbladet Geronius. Profileringsen omfatter ulike effekter som teskjorter, gensere, blyanter og vesker.

Geriatrifagets lave rangering i fagfolks status og den negative holdning til alderdommen generelt har vært bakgrunnen for at prosjektledelsen har satset på ulike kulturelle virkemidler for å skape mer entusiasme i geriatrien. Blant virkemidlene er:

- Samarbeid med kjente kunstnere under matine i Oslo konserthus under eldredagen 1995

- Samarbeidsavtale med to musikere som er benyttet ved en rekke møter og konferanser

- Bruk av musikk og bilder i formidling under konferanser

- Utgivelse av Jule-CD i samarbeid med musikere. Denne er sendt til alle sykehjem og til sykehusenes indremedisinske avdelinger.

- Bruk av kunstnere og mediafolk som innslag ved konferanser.

- Samarbeid med kjente kunstnere om festforestilling i Oslo Rådhus under eldredagen i 1999.

4.12 Publisering

Det har ikke lyktes programmet å få fagmiljøene til å produsere mange artikler til fagtidsskriftene. Prosjektleder har sammen med en annen geriater publisert resultatene fra en nasjonal fagkonferanse (Røros) i Tidsskrift for den norske lægeforening.

To av rapportene fra fagprosjektene er ferdige, mens de resterende forventes å være ferdige i løpet av år 2000.

Det er laget egne rapporter fra prosjektene i alle fylkene. Nasjonalt formidlingssenter i geriatri arbeider med å produsere ulike temahefter på bakgrunn av disse rapportene fra fylkene.

4.13 Vurdering av programmets satsing på informasjon og synliggjøring

En av konsensusgruppene ble bedt om å gi en vurdering av programmets satsing på informasjon. Den andre gruppen brukte mer tid på vurdering av måloppnåelse og fikk derfor ikke tid til å gi en vurdering av informasjon.

Konsensusgruppe 1:

Gruppen mente at det meste var gjennomført av det som var angitt i plandokumentet.

Gruppen var noe usikker på om programmet hadde nådd fram i allmennheten, bl a ble det vist til at det har vært lite informasjon om programmet i avisene/media. Gruppen pekte imidlertid på at det skal svært mye til å slå igjennom i den store informasjonsmassen i samfunnet. Gruppen var imponert over at det er produsert mye materiell og mente det var riktig å satse på Geronius. Informasjonen til fagmiljøene i starten av programmet var riktig i henhold til den valgte strategien. Filmen "Dei mjuke hendene" har vært et viktig bidrag til å nå allmennheten.

Evaluator:

Prosjektledelsen har satset på mange ulike tiltak for å informere om geriatri og synliggjøre geriatriprogrammet. Informasjonen til allmenheten ser ut til å ha vært mest vellykket i den siste perioden av programmet, særlig i forbindelse med markeringen av eldredagen i 1999 og konferansen "Herfra til 2030".

Selve begrepet "geriatri" ser ut til å være lite kjent i samfunnet, og dette kan være en medvirkende årsak til at det er vanskelig å nå ut med programmets budskap. Geelmuyden.Kiese AS har i sin strategiplan foreslått å bruke begrepet "Sykeomsorg for eldre". Prosjektledelsen har imidlertid valgt å ikke bruke dette begrepet.

Produksjonen av rapporter har kommet i sluttfasen av programmet og en del rapporter blir først ferdigstilt i år 2000. Det blir derfor en viktig oppgave å videreformidle prosjekresultatene til helsemyndigheter, fagmiljøer, utdanningsinstitusjoner og helsearbeidere i sykehus og

kommuner. Nasjonalt formidlingscenter har planlagt å påta seg denne oppgaven. Dette kan bidra til å sette fokus på og synliggjøre geriatrien også etter at programperioden er avsluttet.

5 ORGANISERING OG ØKONOMI-STYRING

Programmet har organisatorisk vært lagt til Avdeling for spesialisthelsetjenester i Statens helsetilsyn.

I fylkene har de lokale prosjektene vært organisert med styringsgrupper, prosjektgruppe/arbeidsgrupper og prosjektleder.

5.1 Prosjektbemanning

Prosjektleder har i hele programperioden hatt 80% stilling. Fra oppstarten og fram til august 1995 var prosjektmedarbeider i 50% stilling. Deretter ble prosjektmedarbeiderstillingen utvidet til 80% stilling og fra november 1996 har prosjektmedarbeider hatt hel stilling.

Høsten 1994 besluttet styringsgruppen at det skulle brukes 0,2 stilling til kontorstøtte av en ramme på 1,5 stilling som var avsatt til prosjektledelse. Dette fikk imidlertid ikke tilslutning fra kontorsjefen, og det ble besluttet at prosjektledelsen skulle benytte den ordinære sekretærtjenesten i avdelingen. Denne løsningen er i henhold til Helsetilsynets prinsipper for forvaltning av tilskuddskapitler.

5.2 Styringsgruppe

Da programmet startet opp i 1994 ble det etablert en styringsgruppe bestående av representanter fra Sosial- og helsedepartementet og fra Avdeling for spesialisthelsetjeneste og Avdeling for kommunehelsetjeneste i Statens helsetilsyn. I januar 1995 besluttet departementet som et generelt prinsipp at de ikke skulle være representert i slike styringsgrupper.

Fra våren 1995 har styringsgruppen bestått av avdelingsdirektør og kontorsjef/fagsjef i Avdeling for spesialisthelsetjeneste, dvs lagt til linjeledelsen i avdelingen.

Styringsgruppen har stort sett hatt en times møter inntil én gang i måneden, og to-tre ganger har styringsgruppen hatt lengre møter der de har diskutert mer omfattende problemstillinger. Styringsgruppen har tatt nødvendige overordnede beslutninger underveis, fattet vedtak om bevilgninger, og vært en viktig støttespiller for prosjektledelsen.

5.3 Referansegruppe

En bredt sammensatt referansegruppe ble etablert ved oppstarten av programmet. I de to første årene av programperioden ble referansegruppen trukket aktivt inn i diskusjoner om strategi og veivalg. Deretter ble gruppens rolle og oppgaver diskutert i referansegruppens eget møte, og det ble besluttet at gruppen skulle fungere mer som formidler og ”døråpner” og bidra til å synliggjøre geriatrien. De fleste møtene ble lagt ut til fylkene og koblet til lokale arrangementer.

I de siste årene av programperioden har prosjektledelsen ikke benyttet referansegruppen. Dette har imidlertid ikke skjedd på bakgrunn av en beslutning om å legge ned referansegruppen. Da viktige veivalg var tatt og arbeidet med gjennomføringen ble det viktigste, så ikke prosjektledelsen behovet for en slik gruppe lenger. Prosjektledelsen har derfor ikke innkalt til møter i siste perioden av programmet.

Referansegruppen vil bli invitert til avsluttende møter om geriatriprogrammet i helseregionene våren 2000 med statsrådene tilstede. Våren 2000 vil også to representanter fra referansegruppen bli invitert til Helsetilsynets erfaringskonferanse om tilskuddsprogrammer.

5.4 Økonomistyring

Da programmet startet opp i 1994 forelå det et vedtak om en årlig bevilgning på 10 mill. kroner til utgangen av 1998. Den styrte strategien for programmet var basert på at det skulle etableres geriatriske spesialisthelsetilbud i fylker som manglet dette, og fylkene skulle sikre en videreføring av tilbudene etter programperioden. Konsekvensen av denne strategien var at midlene som skulle brukes i programsatsingen ikke kunne fordeles med det samme årlige beløpet, slik som det politiske vedtaket hadde lagt opp til.

Realiseringen av strategien medførte mindre bruk av midler de første årene. Styringsgruppen, hvor SHD var representert ut 1994, tok raskt beslutning om å forsøke å sikre overførbarhet av bevilgningen. Denne løsningen ble vedtatt av Stortinget. I 1995 ble det ved en inkurie i SHD ikke søkt om overføring av midlene, og ubrukte midler ble inndratt til statskassen.

Den opprinnelig valgte strategien hadde trolig medført at de samlede midlene ikke ville blitt brukt i løpet av en fem års periode. I den første evalueringsrapporten ga vi derfor en anbefaling om å få til en forlengelse av programperioden. I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet 1997 vedtok Stortinget å forlenge programperioden til ut 1999 og inndratte midler fra 1995 skulle tilbakeføres til geriatriprogrammet i

1999. Høsten 1997 ble 2 mill kroner av programmets bevilgning omdisponert av Stortinget til oppstart av Handlingsplan for eldreomsorgen. Pengene ble senere tilbakeført til geriatriprogrammet.

I 1999 har departementet omdisponert midler slik at den samlede bevilgningen til geriatriprogrammet er redusert fra 50 mill kroner til 48 mill kroner.

For prosjektledelsen har ubrukte midler i perioden 1994-96 medført en stadig trussel om varige budsjettreduksjoner. Strategivalget som innebar at fylkeskommunene skulle forplikte seg, har ført til at Statens helsetilsyn gjentatte ganger har måttet påpeke overfor departementet at bevilgningene måtte være overførbare. Sen avstemming av statsregnskapet, og usikkerhet om overføring av ubrukte midler fra foregående år, gjorde budsjettforutsetningene usikre.

I perioden 1994-98 var det ikke tilgjengelig elektronisk regnskapssystem for tilskuddskapitlene i Statens helsetilsyn. Alle regnskapene for programmet måtte føres manuelt av kontormedarbeider i avdelingen. Dette gjorde det vanskelig å få til gode regnskapsoversikter.

I 1998 ble regnskapssystemet Agresso innført i Helsetilsynet og det ble en betydelig forbedring av regnskapsføring og -rapportering. Kravene til periodisering var imidlertid lite tilpasset geriatriprogrammet, og utbetalingstakten var ikke helt i samsvar med at underliggende prosjekter skal ha innsendt reviorsattestert regnskap før utbetaling kan skje.

Ved innføring av det nye regnskapssystemet ble kontoplanen endret, og dette medførte at det ikke lot seg gjøre å videreføre kontoplanen fra programmets første periode. Regnskapet for de to siste årene kan derfor ikke fordeles i henhold til den opprinnelige kontoplanen.

For hele programperioden ble det budsjettert med 20,2 mill kroner til oppbygging av spesialisthelsetjeneste i fylkene. Resultatet viser et forbruk på vel 18,3 mill kroner til dette satsingsområdet. Mindreforbruket skyldes først og fremst mangel på lege i noen fylker. Ca 10 mill kroner er brukt til kompetansehevede prosjekter og tiltak, og ca 2 mill kroner til samarbeidstiltak.

5.5 Vurdering

Konsensusgruppe 1:

Gruppen stilte spørsmål ved om den sentrale prosjektledelsen var stor nok i forhold til den arbeidsmengden som programmet krevde.

Gruppen mente det var viktig at programmet var forankret i Statens helsetilsyn og hadde en faglig sterk referansegruppe som kunne gi programmet autoritet. Det ble imidlertid stilt spørsmål ved om forankringen i helsetilsynet fungerte godt i kontakten med fagmiljøene ute.

Det ble også stilt spørsmål om man burde delegert mer til fylkeslegene og brukt disse som en pådriver overfor fylkeskommunen. F eks kunne man fra sentralt hold stilt krav om at fylkeslegen skulle være medlem i styringsgruppen i fylket.

Gruppen mente at den økonomiske fordelingen som er foretatt er riktig utfra de målene og den profilen som er valgt for programmet.

Konsensusgruppe 2:

Gruppen stilte spørsmål ved om prosjektledelsen var stor nok til et så omfattende program. Gruppen var imponert over hva prosjektledelsen hadde utrettet med så begrensede ressurser. Det ble framhevet som positivt at prosjektledelsen hadde vært så mye ute i fylkene.

Det ble stilt spørsmål ved om forankringen i Statens helsetilsyn var riktig, bl a fordi Helsetilsynets organisasjon ikke er godt nok tilrettelagt mht å gi denne typen prosjekter nok tilgang på støttefunksjoner, handlingsrommet kan bli mindre og fylkene uttrykker ofte en misnøye over at staten "blander seg" for mye. Samtidig ble det pekt på at det er viktig at staten bruker sitt apparat ute, dvs fylkesmannen og fylkeslegen. Gruppen hadde merket seg problemet med at prosjektledere ute ofte ikke har tilstrekkelig prosjektlederkompetanse.

Gruppen var i hovedsak enig i den økonomiske fordelingen sett utfra programmets mål og prioriteringer.

Det ble imidlertid stilt spørsmål ved om man burde gitt mer midler som forsterkningsstøtte til miljøer der man allerede har geriatri, men hvor situasjonen er "skjør" og det er kort vei fra å ha til å ikke ha geriatriisk tilbud. Gruppen stilte også spørsmål ved om man burde brukt mer penger på gode modellforsøk angående samarbeid med primærkommunen, og vist dette fram som eksempel for andre. Gruppen var enig i at det var nødvendig å overføre midler fra år til år i programmet.

Evaluator:

I likhet med konsensusgruppene mener vi at det kan se ut til å være for få sentrale ressurser til prosjektledelse i forhold til en programsatsing på ca 50 mill kroner og en styrt strategi. Denne typen programmer innebærer en betydelig innsats mht administrative funksjoner, bl a rapportering og oppfølging av svært mange enkeltprosjekter. Samtidig er det viktig at den sentrale prosjektledelsen reiser ut og er i dialog med de ulike aktørene og

er tilgjengelig for de som trenger råd og veiledning. Vi tror derfor det ville vært hensiktsmessig at den sentrale programledelsen også hadde hatt egen kontorstøtte utover den ordinære sekretærtjenesten i Helsetilsynet.

At styringsgruppen ble lagt til linjeledelsen i avdelingen ser ut til å ha fungert godt. Styringsgruppen har kunnet behandle saker med korte "frister", tatt avgjørelser raskt, gitt konstruktive innspill til prosjektledelsen og vært ryddig og effektiv.

Referansegruppen har hatt en viktig rolle i den første fasen av programmet. I denne fasen bidro gruppen aktivt med råd knyttet til veivalg og strategi. Referansegruppen har imidlertid ikke hatt noen funksjon i den siste programperioden, og gruppen har heller ikke blitt innkalt til møter.

Ut fra vår vurdering burde prosjektledelsen ved oppstarten av programmet ha fokusert mer på hvilken rolle og arbeidsform denne gruppen skulle ha i programperioden. Særlig burde det vært klarlagt bedre hva det innebærer å være i en referansegruppe til forskjell fra en styringsgruppe. Vi har inntrykk av at denne rolledelingen ikke har vært helt tydelig for de ulike aktørene i programmet.

Det burde også vært diskutert nærmere hvilke rådgivningsbehov som ville være viktige for prosjektledelsen i oppstartfasen, gjennomføringsfasen og slutfasen av programmet. Trolig er behovet for slik rådgivning størst i oppstartsfasen. Samtidig kan en referansegruppe også være en nyttig bidragsyter i avslutningsfasen med innspill til hvordan man skal satse videre og sikre oppfølging. Dersom prosjektledelsens rådgivningsbehov hadde vært avklart tidlig i programperioden, ville man ha unngått en situasjon hvor referansegruppen "forsvant" ut av programmet underveis i programperioden.

Når det gjelde økonomistyringen av programmet, ser det ut til at prosjektledelsen har måttet "kjempe" for å få overført ubrukte midler fra år til år og beholde den samlede økonomiske rammen. Den styrte strategien har hatt som konsekvens at ressursbehovene var lave i starten, deretter økte behovene i noen år, for så å avta i slutfasen.

Dersom man skal satse på denne typen strategier i framtidige programmer, bør det enten settes av årlige rammer som er mer i tråd med programmets "syklus", eller så bør det etableres rutiner som lettere kan sikre overføring av ubrukte midler. Det bør også legges opp til muligheter for å forlenge programperioden innenfor samme ramme, dersom dette kan bidra til å bedre resultatene.

6 PROGRAMMETS MÅLOPPNÅELSE

I det følgende gir vi en kortfattet presentasjon av hva som er oppnådd av resultater for hvert av de tre hovedmålene og vurderinger av måloppnåelsen.

6.1 Hovedmål 1: Personell

Programmet har hatt som siktemål å styrke fagfeltet geriatri i alle deler av landet. En viktig del av satsingen handler om å *få etablert geriatriske team i fylkeskommunal spesialisthelsetjeneste*.

Rekruttering av lege har vært den store bøygen. Dette henger sammen med den generelle spesialistmangelen som også rammer geriatri. Sosiolog Dag Album har gjennomført studier som viser at geriatrien blir rangert lavest blant de medisinske spesialiteter.

Prosjektledelsen har tatt flere initiativ overfor Den norske lægeforening bl a med to seminarer, Utvalg for legestillinger og stillingsstruktur/senere endret til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording, i spørsmålet om innholdet i spesialiteten geriatri. Prosjektledelsen har argumentert for å utvide basis for spesialistutdanningen for *geriatri til ikke bare å være en del av indremedisin, men også omfatte allmennmedisin*. Legeforeningen er imidlertid splittet i denne saken. Statens helsetilsyn anbefaler nå i 1999 at geriatri omgjøres til en hovedspesialitet.

Ved oppstarten av geriatriprogrammet var situasjonen følgende:

Følgende 7 fylker hadde ikke spesialisthelsetjeneste i geriatri: Oppland, Hedmark, Buskerud, Telemark, Sogn og Fjordane, Nordland og Finnmark. Disse fylkene ble derfor valgt som satsingsfylker i programmet.

De fire universitetsfylkene hadde en godt utbygget geriatri.

De resterende 8 fylkene hadde utbygget geriatri tilbudet i ulik grad.

I tillegg til satsingsfylkene har geriatriprogrammet valgt å også gi støtte til andre fylker for å videreutvikle geriatri tilbudet og bidra til at eksisterende tilbud ble opprettholdt.

6.1.1 Måloppnåelse i fylker uten geriatri

Geriatriprogrammet har hatt som målsetting å etablere geriatrisk spesialisthelsetjeneste/geriatriske team i disse fylkene. Ved avslutningen av programmet er situasjonen følgende mht etablering av geriatriske team:

Oppland:

Ved Gjøvik Fylkessykehus er det *etablert geriatrisk team med lege, sykepleier og fysioterapeut*. Legen har vært under geriatrisk utdanning med veiledning fra Ullevål sykehus. Det er lyst ut stillinger som ergoterapeut og sekretær til teamet. Det er etablert halvakt poliklinikk og opprettet 2 utredningssenger i 1998 og planlagt 2 senger til i 1999. Ved medisinsk avdeling Lillehammer Fylkessykehus skal det etableres spesialisthelsetjeneste i geriatri. Overlegestilling blir omdisponert til overlege i geriatri. Ingen er tilsatt ennå, det arbeides med rekruttering. Det er lagt inn i budsjettet en stilling for spesialsykepleier.

Hedmark:

Ved Sentralsjukehuset i Hedmark er det *etablert geriatrisk team med allmennpraktiserende lege* (som tar sikte på å tilegne seg geriatrisk kompetanse), *to spesialsykepleiere, fysioterapeut og legesekretær*. Områdegeriatri er etablert fra mai 1998, og geriatrisk poliklinikk er etablert fra januar 1999.

Buskerud:

Prosjektet fikk en *forsinket oppstart*. Ved Buskerud Sentralsykehus har de satt i gang et prosjekt med *spesialsykepleier og geriater*. Geriater i prosjektet har vært tilsatt i 20% stilling, men øker til hel stilling i år 2000. Det er utarbeidet en plan for geriatri ved en medisinsk sengepost.

Telemark:

Ved Telemark Sentralsykehus, Porsgrunn har det vært *poliklinisk virksomhet og noe områdegeriatri i prosjektperioden*. *Lege og sykepleier* har vært lønnet av prosjektmidler for *spesialisering innen geriatri*. Det tverrfaglige teamet har også omfattet, *sosionom og ergoterapeut*. Det er utredet ulike modeller for etablering av geriatrisk post. Høsten 1999 er det opprettet en post for geriatrisk rehabilitering som erstatter en dagpost i Porsgrunn.

Sogn og Fjordane:

Det har *ikke vært startet opp geriatrisk team* pga manglende rekruttering av lege. I prosjektperioden har spesialsykepleiere i geriatri arbeidet med kompetanseoppbygging, prosedyrer og bidratt i forhold til geriatriske problemstillinger i indremedisinsk avdeling. For Sentralsjukehuset i Sogn

og Fjordane er det et mål å etablere poliklinikk, områdegeriatri og geriatrike senger når sykehuset får lege. Det er rekruttert en assistentlege som om fire år vil være ferdig spesialist.

Nordland:

Geriatrisk team er etablert ved Narvik Sykehus. Teamet omfatter geriatrisk sengeenhet (6 senger), inklusiv slagpasienter, geriatrisk poliklinikk og noe områdegeriatri. Høsten 1999 har geriateren ved Narvik Sykehus fått permisjon og flyttet til Nordland Sentralsykehus hvor det er ønske om geriatri.

Finnmark:

Dette fylket har ikke hatt som mål å etablere geriatrisk spesialisthelsetjeneste pga at de ikke ser noen muligheter til å få rekruttert spesialister. Prosjektet i dette fylket har omfattet et desentralisert kompetansehevingsprogram for yrkesgrupper på alle nivåer som arbeider med eldre. Prosjektet har også hatt som mål å utvikle et kompetanse- og tjenestenettverk mellom primærkommuner og mellom ulike tjeneste/forvaltningsnivå. Kirkenes sykehus har en overlege i geriatri ved rehabiliteringsposten.

6.1.2 Måloppnåelse i fylker med noe utbygd geriatri

Geriatriprogrammet har også gitt støtte til fylker som hadde noe geriatritilbud da programmet startet opp. Situasjonen i disse fylkene er følgende:

Østfold:

Geriatritilbudet har tidligere vært sterkt i Østfold. Det er totalt 7 leger med spesialiteten geriatri i fylket, og tre av disse arbeider i geriatrisk spesialisthelsetjeneste. Tilskuddet fra Nasjonalt geriatriprogram er benyttet til å styrke geriatri i en fase med store omorganiseringer i sykehusstrukturen. Den kliniske virksomheten (26 senger) er samlet i Avd. for generell indremedisin og geriatri i Sykehuset Østfold, avd. Sarpsborg. I tillegg er poliklinikk-aktiviteten økt. Psykolog med ansvar for demensutredning er ansatt. Det er prøvet ut en tidsbegrenset satelittpoliklinikk i Rygge kommune. Det er etablert fast geriatrisk tilsyn innen alderspsykiatrien og veiledning til eldre.

Akershus:

Sentralsykehuset i Akershus har i programperioden hatt egne budsjettmidler til etablering av geriatri ved medisinsk avdeling. Prosjektleder i Østfold er engasjert som rådgiver ved SiA, og disse kostnadene er dekket med tilskudd fra Nasjonalt geriatriprogram.

Nasjonalt geriatriprogram har deltatt i flere møter med sykehusledelsen og bidratt i flere seminar ved SiA. Team er nå ansatt, men oppretting av egne geriatriiske senger er foreløpig forsinket.

Vestfold:

Helse- og Sosialutvalget støttet i 1993 planene om å etablere fylkeskommunal geriatri i Vestfold. Prosjektleder ble ansatt på statlige omstillingsmidler. Stilling som overlege i geriatri ble opprettet på fylkeskommunal hjemmel i 1997. Manglende oppslutning om planene ved Vestfold Sentralsykehus førte til at fylkeskommunen besluttet å flytte geriatri til Sandefjord sykehus. I 1997 ble den flyttet tilbake til VSS, Tønsberg. Poliklinikk ble åpnet våren 1998. Fire senger er besluttet opprettet ved medisinsk avdeling høsten 1999, men blir ikke iverksatt før våren år 2000. Team er ansatt med lege, 2 sykepleiere, fysioterapeut og ergoterapeut. Det har vært vansker med å få besatt legestillingen som har vært besatt av fem ulike leger i perioden, dels på deltid. Fra mars år 2000 blir lege tilsatt i full stilling.

Aust-Agder:

Fra tidligere er det en geriatriisk rehabiliteringspost ved Aust-Agder Sentralsjukehus, avdeling Tyholmen. Fylkeskommunen har lyktes i aktivt å bidra til å rekruttere geriater som overtar når nåværende overlege går av med pensjon. Geriatriprosjektet har utarbeidet en plan for geriatri i fylket i et nært samarbeid med alle kommunene. Det er startet poliklinikk ved sentralsykehuset og områdegeriatri mot kommunene. Sykehuset gir aktivt støtte til omorganisering av geriatri som etter planen får 6-8 utredningssenger i medisinsk avdeling i sykehusets nybygg år 2001.

Vest-Agder:

Geriatri har i flere år vært etablert med poliklinikk og 8 utredningssenger ved Vest-Agder Sentralsykehus, Kristiansand. Nasjonalt geriatriprogram har gitt tilskudd til assistentlege i geriatri for å øke utdanningskapasiteten av leger. Denne legen overtar etter hvert overlegestillingen i Aust-Agder.

Rogaland:

Geriatri har i mange år vært egen seksjon ved Sentralsjukehuset i Rogaland, Stavanger. Fylkeskommunen ønsker å intensivere driften, og med tilskudd fra Nasjonalt geriatriprogram er det utarbeidet en plan for videreutvikling av geriatri i fylket. Nasjonalt geriatriprogram har bidratt når geriatrien har vært foreslått nedbygget ved Sentralsykehuset i Rogaland. Helse- og Sosialutvalget mener nordfylket nå må prioriteres fordi geriatri står svakt ved Fylkessjukehuset i Haugesund. På legesiden er oppgaven dekket av indremedisiner uten geriatri. Geriatriisk daghospital er tidligere avviklet, og det er en begrenset geriatriisk poliklinikk. Sykehuset har i 1999 fått en overlegehjemmel i geriatri.

Møre og Romsdal:

Fylket har inntil sykehjemsreformen i 1988 hatt en vel utbygget områdegeriatri i alle fogderiene. Ved Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal og Fylkessjukehuset i Molde driver geriater hjerneslagpost, geriatriisk poliklinikk og gir tilsyn til alderspsykiatriske pasienter. I Kristiansund er geriatrien lagt ned etter at interesserte leger sluttet. Med tilskudd fra Nasjonalt geriatriprogram er assistentlege i Molde og Ålesund tilbudt spesialisering i geriatri i samarbeid med RiT. Legen fra Ålesund har bygget opp geriatri ved Fylkessjukehuset i Volda (legestillingen er nå vakant).

Nord-Trøndelag:

Ved Namdal sykehus er det drevet geriatri i mer enn fem år. Virksomheten har omfattet områdegeriatri til 16 kommuner i regionen, poliklinikk og fra 1997 utredningssenger ved medisinsk avdeling. Tilskudd fra Nasjonalt geriatriprogram er benyttet til å evaluere og planlegge videre drift av sengeenheten utover prøveperioden på to år.

6.1.3 Måloppnåelse i universitetsfylker med fullt utbygd geriatri

Geriatrprogrammet har gitt noe midler til et par av universitetsfylkene, dvs Troms og Sør-Trøndelag. (Universitetetsmiljøene har også blitt invitert til å bidra i geriatriisatsingen, dette blir omtalt senere i rapporten i avsnitt 6.2.14).

Ved programmets avslutning er *situasjonen slik i de fire universitetsfylkene:*

Oslo:

Det er fullt utbygget geriatri ved alle de fire sykehusene i Oslo. Nasjonalt geriatriprogram har ikke gitt tilskudd til spesialisthelsetjenesten i geriatri i Oslo. Programmet har i stedet stimulert til at ressursene i Oslo (bl a ved Ullevål sykehus og Aker sykehus) kan benyttes som støttefunksjon mot andre fylker i egen region.

Ettersom Helseregion Sør mangler regionsykehus i geriatri (ingen geriatri ved Rikshospitalet), har Nasjonalt geriatriprogram tatt initiativ til et møte for å vurdere om Aker sykehus midlertidig kan ha regionansvar i geriatri i regionen. Dette initiativet førte ikke fram. Det arbeides med å få et professorat i geriatri i Helseregion Sør tilknyttet f eks Rikshospitalet.

Hordaland:

Nasjonalt geriatriprogram har ikke gitt tilskudd til Hordaland. Diakonissehjemmet sykehus, Haraldsplass, har sentralsykehusfunksjon i geriatri og egen post med 15 senger. Under møte i referansegruppen for Nasjonalt geiratriprogram i Bergen i 1995 ble det tatt initiativ overfor sykehusledelsen ved Haukeland sykehus mhp muligheten for å få etablert geriatri ved sykehuset. Dette førte ikke til noe konkret resultat. Nasjonalt formidlingscenter i geriatri, som ligger ved Diakonissehjemmets sykehus, Haraldsplass, har gitt en viss støtte til drift av Hordaland geriatriske senter som vesentlig arbeider med kompetanseheving.

Sør-Trøndelag:

Geriatrisk seksjon ved medisinsk avdeling, Regionsykehuset i Trondheim, er etablert med universitetsfunksjoner i 1993. Med tilskudd fra Nasjonalt geriatriprogram er det gjennomført et samarbeid om elektiv geriatri med Midt-Gauldal kommune. Det er gitt tilskudd til RiT til arbeidet med Forum for geriatri i Midt-Norge og til utdanning av leger under spesialistutdanning i geriatri for sykehusene i Helseregion Midt-Norge.

Troms:

Regionsykehuset i Tromsø har egen seksjon i geriatri ved medisinsk avdeling. Universitetet har eget professorat i geriatri. Siden 1997 er det bevilget 6 millioner kroner pr år over Sosial- og helsedepartementets budsjett til aldersforskning, fra 01.01.2000 Senter for aldersforskning i Tromsø.

Nasjonalt geriatriprogram har vært noe involvert i planene om utbygging av Elisabethsenteret, et geriatrisk kompetansesenter for Nord-Norge, et planlagt samarbeid mellom stat, fylke og kommune. Planene er fortsatt usikre pga store investeringsbehov for å få stiftelsen operativ. Nasjonalt geriatriprogram har gitt tilskudd til lønn til assistentlege under spesialistutdanning i geriatri for å øke utdanningskapasiteten ved RiTØ.

6.1.4 Vurdering av måloppnåelse: Rekruttering

Konsensgruppene har gitt følgende vurdering av måloppnåelse:

Konsensusgruppe1:

Gruppen mener at *programmet ikke har hatt full måloppnåelse på dette området*. Samtidig framhever gruppen at dette målområdet har vært det vanskeligste i programmet. Det blir vist til at problemet med rekruttering til geriatrien var der før programmet startet opp. Gruppen viser også til den interne uenigheten i legemiljøet mht kravene til spesialistutdann-

ingen. Det blir stilt spørsmål ved om en endring av spesialitetskravene ville gjøre det lettere å rekruttere. En slik endring vil få konsekvenser både mht innholdet i geriatrien og helsetjenestestrukturen. Gruppen peker på at det er positivt at geriatriprogrammet har tatt initiativ til å ta dette spørsmålet opp, men at det ikke er geriatriprogrammets oppgave å løse problemet mht kravene til spesialistutdanningen.

Konsensusgruppe 2:

Gruppen mener det er oppnådd mye på sykepleiesiden, men det er svak måloppnåelse mht geriaterne. Samtidig peker gruppen på problemet med uenigheten innad i legemiljøet mht spesialistutdanningen, og den lave status geriatrien har. Det blir pekt på at måloppnåelsen må ses i lys av størrelsen på prosjektledelsen. Det blir stilt spørsmål ved om programmet har fått tilstrekkelig oppmerksomhet og oppfølging fra politisk hold, statsrådene i departementet.

Evaluator:

Måloppnåelsen i satsingsfylkene må sies å være ganske bra, tatt i betraktning de problemene som er knyttet til rekruttering av geriaterne. Vi vil dessuten framheve at det har vært viktig og nødvendig å gi støtte også til de fylker som hadde noe geriatri da programmet startet opp. Programmets satsing i disse fylkene ser også ut til å ha gitt gode resultater.

Geriatrien har en "skjør og utsatt posisjon" i sykehusmiljøene. Det skal derfor gjerne lite til før noe som er bygget opp, forsvinner igjen. F eks kan krav til innsparinger eller at noen leger skifter jobb være nok til at dette tilbudet forsvinner igjen. Støtte og tilskudd til eksisterende geriatrimiljøer er dessuten viktig for å utvikle "modellmiljøer" som kan inspirere og motivere andre sykehus til også å satse på geriatrien.

6.2 Hovedmål 2: Kunnskaper

Dette hovedmålet handler om å styrke den tverrfaglige kompetanse innen geriatri i alle deler av landet, og å støtte spesialistutdanningen i geriatri i landets fylker og kommuner. Målområdet handler også om å sette i gang tiltak som kan bidra til å økt anseelse for faget geriatri, styrke kunnskapsgrunnlaget og etablere geriatrisk nettverk.

Programmet har i perioden 1994-99 fått inn 176 søknader hvorav 93 er innvilget.

Nasjonalt geriatriprogram har gitt støtte til 28 fagprosjekter. Prosjektene har fått tilskudd utfra en vurdering av at siktemålene er i tråd med

geriatriprogrammets målsettinger. Geriatriprogrammet har selv tatt initiativ til å sette i gang 12 av disse prosjektene.

I det følgende gir vi en kortfattet beskrivelse av de ulike tiltakene og fagprosjektene som geriatriprogrammet har satt i gang og/eller gitt støtte til.

6.2.1 Nasjonalt formidlingscenter i geriatri

Nasjonalt geriatriprogram har opprettet et faglig formidlingscenter i geriatri. Senteret er lokalisert ved Diakonissehjemmets sykehus, Haraldsplass i Bergen. Senteret skal formidle geriatrikunnskaper til fagfolk og etablere geriatriisk nettverk. (Vi viser til en nærmere beskrivelse av senteret i avsnitt 4.1).

6.2.2 Stipendordning

Programmet har gitt stipend til videreutdanning i aldring og eldreomsorg ved høgskolene. 165 søkere av i alt 210 fikk innvilget opptil kr 10 000 pr søker.

Videre har programmet med egne tilskudd bidratt til opptrapping av antall sykepleiere med videreutdanning i aldring og eldreomsorg i enkelte sykehus, bl a i Østfold, Vestfold og Sogn og Fjordane.

Det er dessuten gitt særskilt tilskudd til 5 utdanningsstillinger for lege under spesialisering i geriatri.

6.2.3 Tilskudd til høgskoler

Programmet har bidratt med tilskudd til etablering av videreutdanning i aldring og eldre ved Høgskolen i Sogn og Fjordane. Tilsvarende støtte ble gitt til Høgskolen i Agder, men her ble tilbudet avvirket etter ett kull i 1998.

6.2.4 Kompetanseheving i fylkene

Prosjektene i de enkelte fylkene har også omfattet målsettinger knyttet til kompetanseheving. I det følgende gir vi en kortfattet beskrivelse av hva som er gjort på dette området.

<i>Fylker</i>	<i>Resultat</i>
Oppland	Gjennomført 3 større kurs/konferanser
Hedmark	Gjennomført seminarer og undervisning for 1. og 2.linjetjenesten. Samarbeid med Høgskolen for å stimulere til rekruttering til videreutdanning i aldring og eldre.
Buskerud	Etablert kurskomite med representanter fra kommunene og sykehuset for utarbeiding av kompetanseutviklingsprogram. Gjennomført 3 seminardager.
Telemark	Prosjektleder har samarbeidet med Høgskolen i Telemark om kursdager og ulike former for undervisning i geriatri. Prosjektleder har vært fagansvarlig ved etablering av et fagkurs i geriatri i Bamble kommune.
Sogn og Fjordane	Gjennomført kurs for 1. og 2. linjetjenesten i prosjektperioden
Nordland	Kurs og kompetanseformidling internt i sykehuset i prosjektperioden. Forelesninger ved kurs for leger i Narvik og omegn, undervisning av omsorgstjenesten i Narvik kommune og ved Høgskolen i Narvik.
Finnmark	Initiert og gjennomført videreutdanningstilbud til hjelpepleiere og omsorgsarbeidere innen eldreomsorg og psykiatri. Støttet Kirkenes sykehus økonomisk med opplæring i rehabilitering av slagpasienter.
Østfold	Utarbeidet kursplan og gjennomført 11 kurs for ansatte i sykehus og kommunene. Utarbeidet 5-vektall studieplan for et tverrfaglig studium i slagbehandling. Plan om oppstart ved Høgskolen i 1999. Utarbeidet slagmanual.
Vestfold	Kurs og seminarekke på 5 kurs avholdt i prosjektperioden, seminarne godkjent av Legeforeningen som tellende til ulike spesialiteter. Fysioterapiforbundet godkjente også seminarne som tellende.
Rogaland	Ved Sentralsykehuset er det etablert arbeidsmetoder som innbefatter kompetanseutvikling, bl a utarbeidet sjekklister utfra gitte standarder og utredningspakker til bruk i kommunehelsetjenesten. Kursvirksomhet som en del av områdegeriatrien. Det er avholdt 3 erfaringskonferanser. Ved Fylkessjukehuset i Haugesund er det gjennomført faglige kurs i samarbeid med sykehus/kommune.
Nord-Trøndelag	Kurs og videreutdanning i geriatri for personell på geriatriisk sengepost. Utarbeidet modell sammen med Høgskolen for å tilpasse den nye rammeplanen i videreutdanning i aldring og eldreomsorg. Det er gitt støtte til fagplanarbeid ved Høgskolen i Nord-Trøndelag.

6.2.5 Fagkonferanser

I programperioden er det avholdt to nasjonale konferanser i geriatri. Den første konferansen ble avholdt på Røros (mai 1996). Resultatene fra

konferansen er presentert i artikkelen "Prosjekt geriatrisk poliklinikk." av Nygaard og Rø i Tidsskrift for norsk lægeforening 1997.

Den andre konferansen ble arrangert i Molde (oktober1997). Konferansen resulterte i en rapport "Geriatrici på god vei" som ble utgitt av Nasjonalt formidlingssenter i geriatri, Rapport nr 1/1998.

6.2.6 Geriatrisk Intranett, GerIT

Det er etablert et intranett som er et tilbud til alle landets sykehusbaserte avdelinger eller seksjoner i geriatri. Siktemålene er å:

- Sikre/høyne den faglige kvaliteten på de tjenestene som ytes av norske geriatriske enheter.
- Knytte norske geriatriske enheter tettere sammen
- Øke geriatrifagets attraktivitet og prestisje, og dermed bedre rekrutteringen

Nettverket skal blant annet brukes til felles videre- og etterutdanning, felles litteraturlister, felles prosedyrebeskrivelser og felles bruk av relevant programvare. Det er etablert en fast rutine for fjernundervisning i geriatri hver 14 dag ved hjelp av Intranett. Pr mai 1999 var det 51 autoriserte brukere av intranett. Av disse er 35 tilknyttet geriatrisk sykehusvirksomhet (fordelt på 19 ulike sykehus), 16 arbeider i primærhelsetjeneste, administrasjon, undervisning eller er i utlandet.

6.2.7 Prosjekt Telegeriatri

Prosjektet er etablert ved Telemedisinsk avdeling ved Regionsykehuset i Tromsø, og har som siktemål å bidra til tverrfaglig geriatrisk kompetanseheving og et styrket faglig geriatrisk nettverk. Ved bruk av videokonferanse med bildeoverføring av høy kvalitet, har telegeriatrien et potensiale for klinisk bruk, for eksempel til pasientsentrert kommunikasjon mellom sykehusets og primærhelsetjenestens respektive tverrfaglige team ved utskrivning av geriatriske pasienter.

Det er iverksatt undervisningsprogram tilrettelagt for personell som arbeider i eldreomsorgen i kommunene, hvor 16 kommuner deltar en gang pr måned. I tillegg er det forsøkt undervisning av pårørende til aldersdemente.

6.2.8 Opplæringsopplegg

Det er utarbeidet opplæringsopplegg, Alderspsykiatriens ABC, til ufaglærte i sykehjem, og det utarbeides et tilsvarende opplæringsopplegg, Geriatriciens ABC, til pleiepersonell i geriatri.

6.2.9 Kartlegging, studier, verktøy

Programmet har gitt støtte til følgende kartlegginger/studier:

- Oppfølging av hjerneslagpasienter ved strukturert intervju.
- RAI-prosjektet, utprøving av internasjonal metodikk i pleieplanlegging.
- Legemiddelbruk hos sykehjemspasienter.
- Legemidler og gamle, fremme rasjonell legemiddelbruk i primærhelsetjenesten i forhold til eldre pasienter.
- Hjertesvikt hos eldre, utvikle et verktøy som allmennpraktiserende leger og sykehus kan bruke i diagnostisering og behandling av hjertesviktpasienter. Vurdering av samhandlingsprosesser 1. og 2. linjetjenesten.
- Kartlegging og forbedring av oral helse hos eldre.
- Depresjon, angst og ensomhet hos kronisk syke gamle
- Norsk versjon av modell for geriatrisk utredning, trykking av Nordisk standard.
- Evaluerer av geriatrisk områdeteam i Nord-Trøndelag.
- Kvalitet i sykehjem, kartlegging av tjenestekvaliteten i sykehjemmene og omsorgsboligene i Trondheim.
- To servicemodeller for tidlig diagnostikk og intervensjon hos eldre med funksjonssvikt, finne fram til metoder for å hindre funksjonstap slik at de eldre kan bo hjemme så lenge som mulig
- Eldre – sykdom, behandling, egen mestring, kartleggingsundersøkelse.
- Gamle i sykehus – dagsprevalensundersøkelse, kartlegging av helsevariabler for gamle på 75 år og over, på sykehus.
- Dokumentasjonssystemer i geriatrisk helsetjeneste, kartlegging av eksisterende pasientrettede systemer som er i bruk
- Kartlegging av økonomiske vilkår for dem som tar videreutdanning i aldring og eldreomsorg
- ”Scenario 2030” – en utredning om sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030.

6.2.10 Videreutdanning i aldring og eldreomsorg

Prosjektledelsen har gjennomført et prosjekt hvor man har kartlagt alle kandidater med videreutdanning i aldring og eldreomsorg. Kartleggingen har omfattet kandidater fra høgskolene i landet i 1995 og 1997. Prosjektledelsen har dessuten utført en profesjonssosiologisk studie for å kartlegge hva påvirker sykepleieres valg av geriatri og hvem bruker/kan tenke seg å bruke Nasjonalt formidlingscenter i geriatri. Den profesjons-

sosiologiske analysen er publisert i Tidsskriftet Sykepleien (Rø og Hatling).

Prosjektledelsen har gitt bistand til KUF/SHD i forbindelse med ny rammeplan for utdanning og Handlingsplan for Helse- og omsorgspersonell. Prosjektledelsen har argumentert for statlige stimulerings tiltak for tverrfaglig videreutdanning i aldring og eldreomsorg, (tilsvarende psykiatri) og fått gjennomslag i forbindelse med pågående arbeid i Sosial- og helsedepartementet i 1999.

6.2.11 Innspill til arbeidet med innsatsstyrt finansiering

Nasjonalt geriatriprogram har gitt innspill om geriatri til arbeidet med innsatsstyrt finansiering av sykehus. Prosjektleder har hatt flere møter med Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF) som har utformet en rapport om geriatri og rehabilitering som eksempler på ulønnsomme pasientgrupper.

6.2.12 Bistand ved etablering av Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

I forbindelse med behandlingen av Helsemeldingen (St.meld.nr 50 1993-94) ba Stortinget Regjeringen om å ta initiativ til opprettelse av et kompetansesenter om aldersdemens. Dette skulle ses i sammenheng med Statens helstilsyns kartlegging av regionale funksjoner i voksenpsykiatri, SHDs Utviklingsprogram om aldersdemens og arbeidet med Nasjonalt geriatriprogram. Prosjektleder i geriatriprogrammet har deltatt i SHDs arbeidsgruppe om etablering av kompetansesenteret. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens ble opprettet i Oslo og Vestfold i 1997.

6.2.13 Geriatiske nettverk

Geriatriprogrammet har gitt støtte til å etablere et geriatrikkt nettverk for sosionomer for å få større fokus på arbeidet med eldre, og bidra til økt tverrfaglig rekruttering til videreutdanning i aldring og eldreomsorg.

Programmet har også gitt støtte til å etablere et nasjonalt faglig nettverk for ergoterapeuter som arbeider i geriatrien/eldreomsorgen. Videre har geriatriprogrammet støttet et nettverk av logopedar som arbeider med en nasjonal konferanse om eldre og slag. Programmet har i tillegg gitt tilskudd til ernæringsfysiologer til nettverksarbeid omkring eldre og ernæring i Helseregion Sør og Øst.

6.2.14 Invitasjon til fagmiljøer ved universitetene

Nasjonalt geriatriprogram inviterte i 1996 de medisinske og sykepleiefaglige universitetsmiljøene i geriatri til å komme med søknad om prosjekter innenfor en ramme på kr 400 000 til hvert av fagmiljøene.

Søknadene fra de fire universitetene skulle være i tråd med geriatri-programmets mål for å bli innvilget. Invitasjonen var en oppfølging av vedtak i programmets styringsgruppe (1995) om å avsette 3,5 mill kroner til forskning innen geriatri.

Denne invitasjonen ga følgende resultater:

Universitetet i Oslo:

Universitetseksjonen i geriatri, Ullevål sykehus forsøkte å rekruttere indremedisiner til å drive geriatrisk forskning. På grunn av manglende interesse ble det i stedet gitt midler til indremedisinsk forskning til nyutdannet lege med sikte på utdanning til geriater. Det ble innvilget kr 580 000 til dette.

Institutt for sykepleievitenskap søkte om midler til et prosjekt om undervisningssykehjem. Prosjektet har som mål å utarbeide forslag til en nasjonal plan for etablering av undervisningssykehjem i Norge, og å gjennomføre et pilotprosjekt for å fremskaffe erfaringer med denne modellen under norske forhold. Hensikten er å etablere sykehjem med særlig oppgave for utdanning av helsepersonell innen eldreomsorg på grunn- og videreutdanningsnivå, samt fagutvikling- og forskningsoppgaver knyttet til sykehjemsektoren spesielt og eldreomsorgen i kommunehelsetjenesten generelt.

Dette krever et forpliktende samarbeide mellom universitet, høgskole og sykehjem i Tromsø/Nord, Trondheim/Midt-Norge, Bergen/Vest og Oslo/Øst og Sør. Det er etablert styringsgrupper i de fire regionene og rekruttering av prosjektledere pågår. Prosjektet fikk først innvilget 400 000 kr. Deretter ga programmet tilleggsbevilgninger på kr 755 000, samt kr 1 700 000 til prosjektene lokalt/regionalt.

Universitet i Bergen:

Institutt for Samfunnsmedisin, seksjon for geriatri søkte om midler til et prosjekt om legemiddelbruk hos sykehjemspasienter. Prosjektets mål er bedring av forskrivingsrutiner av medikamenter til eldre. Det skal gjennomføres en kartlegging hvor hver enkelt pasients medikamentbruk skal vurderes og kommenteres på bakgrunn av diagnoser.

Et ekspertpanel som består av allmennpraktiker med særinteresser i geriatri og farmakoepidemiologi, en geriater og en farmasøyt skal vurdere bruken av den enkelte pasients medikamentbruk. Erfaringene skal brukes i undervisningsøyemed. Målgruppen blir da først og fremst allmennpraktikere. Prosjektet fikk innvilget kr 400 000.

Seksjon for sykepleievitenskap sendte inn to søknader som begge ble innvilget med 200 000 kr hver. Det ene prosjektet handler om livskvalitet og opplevelse av urininkontinens. Siktemålet er å utvikle et instrument

som kan måle livskvalitet hos menn med vannlatingsproblemer og utforme beskrivelser av hvordan vannlatingsproblemer oppleves. Et utenlandsk livskvalitetsinstrument skal oversettes til norsk. En studie blant menn med vannlatingsproblemer benyttes for å evaluere behandlingseffekt.

Det andre prosjektet handler om mestringssevne og mestringsressurser hos pleieavhengige, hjemmeboende eldre over 75 år, tilknyttet kommunal helsetjeneste. Prosjektets mål er å belyse hjemmeboende pasienters egne oppfatninger av funksjonssvikt og hjelpebehov, beskrive og analysere deres egne omsorgsressurser og mestringssevne.

NTNU Trondheim:

Seksjon for geriatri, Medisinsk avdeling ved Regionsykehuset i Trondheim, har fått innvilget kr 400 000 til diverse pågående forskningsprosjekter innen geriatri.

Universitet i Tromsø:

Det ble utarbeidet en søknad fra Fagområdet medisin i Tromsø, men prosjektet var ikke i tråd med kravene fra geriatriprogrammet. Geriatriprogrammet tok derfor initiativ overfor universitetet og spurte om de kunne gjennomføre en kartlegging av kvaliteten av legetjenester i sykehjem. Universitetet påtok seg først oppgaven, men klarte ikke å få noen til å gjennomføre oppgaven.

Geriatriprogrammet valgte da å ta ansvar for dette prosjektet selv og fikk en kommunelege i Stjørdal til å gjennomføre denne kartleggingen. Pengene (kr 400 000) som skulle vært tildelt miljøet i Tromsø ble brukt til dette prosjektet.

6.2.15 Vurdering av måloppnåelse: Kunnskaper

De to konsensgruppene ga følgende vurderinger av måloppnåelse:

Konsensgruppe 1:

Gruppen mener det er vanskelig å måle effektene av dette målområdet. Samlet mente gruppen det var ganske *god måloppnåelse i henhold til de angitte målene* i plandokumentene.

Det blir vist til at programmet har oppnådd mye mht sykepleierne. Gruppen framhever også etableringen av Nasjonalt formidlingssenter, IT-satsingen og utarbeiding av opplæringsopplegg.

Konsensusgruppe 2:

Gruppen mener det er *bra måloppnåelse i henhold til tiltakene som er angitt i plandokumentet*. Måloppnåelsen er best når det gjelder

sykepleierne, mens det er svakest mht legene. Det ble reist spørsmål ved om det å satse på videreutdanning innen spesialisthelsetjenesten gir en "overrislingseffekt" til de som arbeider innen kommunehelsetjenestene. Gruppen mener det er for tidlig å si noe om effektene av dette innsatsområdet.

Evaluator:

Resultatene som er oppnådd innenfor dette målområdet er gode. Det er lagt ned en betydelig innsats for å heve kompetansen både mht utdanningstiltak, kunnskapsproduksjon og kunnskapsformidling. Geriatriprogrammet har selv tatt initiativ til å få i gang en rekke tiltak. Samtidig har prosjektledelsen vært opptatt av å se de ulike tiltakene i sammenheng for å oppnå størst mulig effekt i de fylker der man mangler spesialisthelsetjeneste i geritari. F eks har programmet bidratt med støtte til utdanning av personell, gitt støtte til høyskole og gitt prosjektstøtte i samme fylke.

Andelen prosjektsøkere som har fått avslag tyder på at prosjektledelsen har vært opptatt av å holde fast på en styrt strategi i henhold til fastlagte mål også for dette målområdet. De har unngått "fristelsen" til å bevilge penger til gode prosjektidéer som ikke er helt i tråd med programmets målsettinger.

6.3 Hovedmål 3: Struktur

Programmet har hatt som ett av sine hovedmål å videreutvikle samarbeidsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten. Etableringen av geriatriiske team ved sykehusene (hovedmål 1) har også hatt som siktemål å få i gang områdegeriatri i enkelte av disse fylkene.

Geriatriprogrammet har bidratt til en evaluering av områdegeriatrik virksomhet i Nord-Trøndelag.

Ett av programmets mål har vært å få utarbeidet en plan for geriatri som en del av de regionale helseplaner.

I det følgende gis en kortfattet beskrivelse av hva som er oppnådd i fylkene mht samarbeid mellom sykehus og kommuner. Deretter gis en oversikt over måloppnåelse mht de regionale helseplanene.

6.3.1 Samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten i fylkene

Oppland:

Sykehuset har gjennomført opplæring/veiledning med i kommuner. Det er utarbeidet forslag til utredning av pasienter med aldersdemens som kan innarbeides i kommunenes prosedyrer.

Hedmark:

Det er etablert områdegeriatri med veiledning, undervisning og pasientkonsultasjoner. Det er gjennomført en kartlegging av eldreomsorgen i alle kommunene i fylket.

Østfold:

Det er etablert et geriatrnettverk mellom sykehus og kommunene ved kontaktpersoner i sykehuset og kommunene. Det har vært arrangert 11 fagkonferanser mellom sykehus og kommunen. Det ble gjennomført en prøveordning med at geriater fra sykehuset drev poliklinisk virksomhet ved et legekantor i en kommune.

Buskerud:

Sykehuset har samarbeidet med 3 kommuner for å videreutvikle samarbeidsformene. Prosjektgruppen har besøkt 20 kommuner for gjensidig utveksling av informasjon og behov. Det er gjennomført spørreundersøkelse i 1. og 2. linjetjenesten for å kartlegge status mht kompetanse, tjenestetilbud og samarbeidsformer.

Telemark:

Det er gjennomført en spørreundersøkelse til 1. og 2. linjetjenesten mht samarbeid og kompetanseheving. Geriatrisk team har arbeidet særlig med å etablere kontakt med tre kommuner. I den ene kommunen ble det etablert kontaktperson og det ble utarbeidet retningslinjer for bedre samarbeid om pasientene. Geriatrisk team utarbeidet informasjonsskriv til primærlegene i Telemark og det er laget retningslinjer for henvisninger som inngår i prosedyreboka til legene.

Vestfold:

Det er etablert kontaktpersoner i kommunene og utarbeidet tiltak for økt samordning mellom Sandefjord sykehus og Sandefjord kommune. Det er gjennomført besøk til kommunene i lokalsykehusområdet. Først til kommuner i nærheten av Sandefjord sykehus, og senere til kommuner innen VSS sitt lokalområde.

Aust-Agder:

Det er utarbeidet en strategisk plan for geriatri hvor det legges opp til etablering av områdegeriatri som en prøveordning i ett år. Det har vært etablert arbeidsgrupper i alle kommunene.

Rogaland:

Sentralsykehuset har hatt et samarbeidsprosjekt med en utvalgt kommune angående brukere. Det er utarbeidet ulike forslag for å styrke samarbeidet. Det er etablert nettverksmøter og forbedring av meldingsrutiner for inn/utskrivning mellom 1. og 2. linjetjenesten. Ved Fylkesjukehuset i Haugesund er det etablert geriatrikontakter som bindeledd mellom geriatrisk poliklinikk og kommunene. Det er utarbeidet og utprøvd et felles søknadsskjema fra sykehus til kommunene, og laget forslag til rutiner for inn/utskrivning av pasienter.

Sogn og Fjordane:

Prosjektleder har deltatt i en arbeidsgruppe for å se på samarbeidet mellom Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane og kommunehelsetjenesten. Gruppen har utarbeidet forslag til nye skjemaer for foreløpig epikrise, sykepleierapport, innleggingskriv fra lege og søknadsskjema angående pleie- og omsorgstjenester. Det er opprettet geriatrikontakter i kommunene. Det er gjennomført kurs for 1. og 2. linjetjenesten i prosjektperioden.

Sør-Trøndelag:

Det er utprøvd en modell for ambulerende virksomhet med utgangspunkt i en kommune. Denne modellen har gitt en høynet status for eldreomsorgen i kommunen, gitt større kunnskap og informasjon.

Nordland:

Det er utprøvd noe ambulerende virksomhet i lokalområdet til Narvik sykehus, og sykehuset har bidratt med opplæring, veiledning og kurs for 1. linjetjenesten. Det er utviklet prinsipper for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset i forhold til kartlegging og utskrivning av geriatriske pasienter og rehabiliteringspasienter. Arbeidet med iverksetting av samhandlingsprinsippene og etablering av prosedyrer pågår. Kommunehelsetjenesten har meldt flere behov som forutsetter et områdegeriatrisk tilbud.

Finnmark:

Prosjektet har gitt økonomisk og planmessig støtte til en kommune for innkjøp av telemedisinsk utstyr for nettverksbygging med andre helseinstitusjoner i og utenfor fylket. Dette prøves ut som modell for andre kommune i fylket. Kartlegging viser at få pasienter fra fylket får tilbud om spesialisthelsetjeneste fra Regionsykehuset, og pleie- og omsorgstjenesten vet lite om hva som kan tilbys. Prosjektet har medvirket til å øke kontakten mellom 1. og 2. linjetjenesten, geriatrisk

avdeling ved Regionsykehuset tilbyr kommunene undervisning og det samme gjør alderspsykiatrisk avdeling.

6.3.2 Regionale helseplaner

Helseregion Øst (Oslo, Akershus, Oppland, Hedmark og Østfold):

Det er ikke utarbeidet geriatriplan på grenspesialisert nivå, men planen omtaler indremedisin generelt. Planen peker på ansvaret for samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Prosjektleder for geriatriprogrammet har vært med i indremedisinsk fagutvalg.

Helseregion Sør (Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder):

Opprinnelig var det ikke tatt med geriatri, men planen har nå en relativt fyldig omtale av geriatrien. Det foreslås et eget professorat i geriatri i regionen. Det er opprettet et eget fagråd i geriatri. Geriatriprogrammet tok initiativ til å avklare regionsykehusfunksjonen og prosjektleder har møtt i ett fagrådsmøte.

Helseregion Vest (Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane):

Planen omhandler ikke geriatri. Nasjonalt geriatriprogram har tatt initiativ overfor utredningsleder for å få i gang en plan for geriatriisk virksomhet, men dette har ikke gitt resultat.

Helseregion Midt (Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag):

Det er laget en egen plan for "Geriatri i Midt-Norge" som er behandlet og godkjent av helseregionalt utvalg. Nasjonalt geriatriprogram har i fem år gitt tilskudd til et årlig geriatri møte i regionen. Dette arbeidet videreføres fra år 2000. Professor i geriatri har vært pådriver for arbeidet.

Helseregion Nord (Nordland, Troms og Finnmark):

Det foreligger en utviklingsplan for geriatri i regionen, men denne er bare delvis realisert. Telemedisin bidrar til å styrke geriatri i denne regionen. Med tilskudd fra Nasjonalt geriatriprogram har Telemedisinsk avdeling, RiTØ, drevet kompetanseutviklingsprogram i geriatri i Troms og mot 16 kommuner i landet. Helseregional plan omfatter Områdegeriatriisk team i Lenvik og Nordreisa kommune, et samarbeid mellom fylkeskommunen og kommunen.

6.3.3 Vurdering av måloppnåelse: Struktur

Konsensusgruppene har gitt følgende vurderinger:

Konsensusgruppe 1:

Gruppen mener det er *delvis måloppnåelse* på dette området. Gruppen viser til at noen regioner mangler planer og at det burde vært sterkere fokus på fylkeskommunale helseplaner. Gruppen viser også til at den ”malen” som departementet har gitt for de regionale helseplaner ikke omfatter noe om geriatri. Dette bør tas opp med departementet. Samtidig peker gruppen på at det ofte ikke er tilstrekkelig å få geriatrien inn i planene, fordi planene ikke blir fulgt opp. Gruppen mener det er en begrenset måloppnåelse mht spredning av geriatriiske samarbeidsmodeller.

Det gjenstår mye når det gjelder spredningen ut til kommunene. Gruppen stiller spørsmål ved hvem som skal ta initiativ til spredningen. Gruppen mener det er en idé at det kan være noen som engasjerer seg for struktur i hvert fylke.

Gruppen viser til at målet om å ha etablert ett nytt modellforsøk (delmål 3.4) er oppnådd.

Konsensusgruppe 2:

Gruppen viser til at samarbeid mellom sykehus og kommuner er kommet i gang, men at *programmet gjerne skulle kommet lenger her*.

Noen fylker har oppnådd mye, men det tar tid å utvikle samarbeid. I vurderingen blir det framhevet at det som defineres som geriatriens innhold også får betydning for strukturen. Geriatri er en lokalsykehustjeneste og er en del av indremedisin. Utviklingen innen medisinen går i retning av en verdikonflikt mellom subspecialiseringens fagkultur på den ene siden og pasientenes behov på den andre. Utfordringene for geriatrien er å få legene til å jobbe med hele mennesket og ta ansvar utover det man får sikre svar på. Samarbeidet krever at man jobber på tvers av fag, avdelinger og nivåer - og dette er vanskelig.

Evaluator:

Vi sier oss enige med konsensusgruppene i at det kunne vært ønskelig med en større måloppnåelse på dette området. Samtidig vet vi at det både tar tid og er krevende å utvikle samarbeid mellom forvaltningsnivåene. I satsingsfylkene har målene vært ganske ambisiøse - man skulle etablere geriatriiske team ved sykehusene, etablere poliklinisk virksomhet og sengeenheter. Det krever mye innsats for å få etablert en ”geriatrik posisjon” innad i sykehusmiljøet. Samtidig har siktemålet vært å etablere kontakt/nye samarbeidsformer med primærhelsetjenesten og utvikle områdegeriatri.

Et team på 3-5 personer vil ha begrensede muligheter til å oppnå alt dette innenfor den ressurs- og tidsrammen som er satt for de enkelte

prosjektene. De tiltakene som er utviklet både i satsingsfylkene og de andre fylkene må ses som ett skritt på veien mot bedre samarbeidsmodeller. Hvorvidt dette samarbeidet blir videreutviklet etter programperioden vil avhenge av hvor forankret de nye tiltakene er både i 1. og 2. linjetjenesten mht politiske vedtak, økonomi og personell.

7 EN SAMLET VURDERING AV HELE PROGRAMMET

Konsensusgruppene ble invitert til å gi en vurdering av programmet som helhet utfra programmets overordnede hensikt om å styrke geriatri i alle deler av landet. Nedenfor gir vi en samlet oversikt over hovedmomentene fra begge konsensusgruppene:

Satsingen har vært meget vellykket, det er oppnådd mye, målene har vært ambisiøse

Det er forhold utenfor prosjektledelsens myndighetsområde som har vært med å bestemme resultatet

Prosjektledelsen har hatt evne til å stå fast ved de valgene som er gjort

Geriatrisatsingen er kommet godt på vei og problemene er oppfattet i fylkene

Programmet har tvunget alle fylker til å tenke på og prioritere geriatri.

Veldig mange har fått geriatriske sykepleiere

IT-nettverket har styrket geriatrien i nordisk sammenheng

Geriatrien er innarbeidet i planene, og det er tilført kompetanse på ulike nivå som vil gi ringvirkninger

Programmet har vært et forbilledelig arbeid og har vært grundig, vitenskapelig og profesjonelt gjennomført

Fra *evaluators side* slutter vi oss til de positive vurderingene fra konsensusgruppene. Vi vil samtidig understreke betydningen av prosjektledelsens rolle og innsats i programmet. Prosjektledelsen har lagt ned et imponerende arbeid i programmet. De har vært entusiastiske, gitt inspirasjon og vært pådrivere overfor fagmiljøer, helseadministrasjon og politikere på ulike nivåer. De har jobbet systematisk i henhold til den styrte strategien, samtidig som de har hatt fleksibilitet nok til å foreta endringer når dette har vært hensiktsmessig.

8 VIDEREFØRING OG UTFORDRINGER

8.1 Videreføring i fylkene

Geriatriprogrammet har hatt som strategi å ansvarliggjøre de lokale instanser med sikte på å sikre videreføring etter avslutning av programperioden.

I det følgende gir vi en oversikt over situasjonen i fylkene mht vedtak om videreføring.

<i>Fylke</i>	<i>Vedtak om videreføring</i>
Oppland	1.3 mill kroner er lagt inn i årlig langtidsbudsjett. Faste stillinger er opprettet for geriatrik team
Hedmark	Videreføring av teamet innarbeides i rullerende økonomiplan for 2000-2003
Østfold	Forslag til høring i kommunene høsten 1999, før politiske vedtak. Geriatri etablert ved Sykehuset i Østfold.
Akershus	Geriatri er under oppbygging ved SiA. Geriatri er i ordinær drift ved Bærum sykehus.
Buskerud	Styringsgruppen anbefaler videreføring av geriatrik team med bakgrunn i erfaringene og direktøren ved sentralsykehuset har satt geriatrien som førsteprioritet med bl a 2 nye stillinger for år 2000. Videreføringen er vedtatt med en legestilling og en sykepleierstilling.
Telemark	Direktøren ved Telemark sentralsykehus har besluttet etablering av sengepost innenfor sykehusets budsjett 1999.
Vestfold	Hovedutvalget for helse- og sosialsaker har vedtatt videreføring i budsjettforslaget for år 2000 med 2,5 mill kroner innen rammen til VSS, avventer behandling i fylkesting.
Aust-Agder	Geriatri i ordinær drift ved ASA, vedtatt planer om omorganisering ved nybygg år 2002.
Vest-Agder	Geriatri i ordinær drift ved VAS, planer om utbygging i vestfylket i Somatikkplanen.

Rogaland	Fylkestinget har vedtatt oppretting av geriaterstilling ved Fylkessykehuset i Haugesund, styrking av poliklinisk virksomhet, etablering av akuttgeriatri ved Sentralsykehuset i Rogaland og oppbygging av områdegeriatri i hele fylket. Arbeidet med å tilsette flere geriater påskyndes. Geriatriavdelingen ved Sentralsykehuset legges ikke ned før likeverdig tilbud foreligger.
Sogn og Fjordane	2-3 stillinger er innarbeidet i budsjettet for Sentralsykehuset i Sogn og Fjordane fra år 2000.
Møre- og Romsdal	Geriatreri i vanlig drift i Ålesund, Molde og Volda, men ikke Kristiansund.
Sør-Trøndelag	Modell for ambulerende virksomhet ble fremmet for fylkeskommunen, men ble ikke prioritert med penger. Geriatreri i vanlig drift ved RiT, NTNU, plan om utvidelser til 48 senger i RiT 2000.
Nord-Trøndelag	Geriatriske senger ved Namdal sykehus videreføres i tillegg til annen etablert drift.
Nordland	Fylkestinget har vedtatt at geriatri tilbudet ved Narvik sykehus skal videreføres og kompetanse innen geriatri skal tilføres alle sykehusene i fylket. Geriatri tilbudet planlegges bygget opp ved Nordland Sentralsykehus i henhold til sykehusets plan. Stillingshjemmel for spesialist i geriatri foreslås opprettet etter søknad fra sykehuset. Oppbygging av geriatri finansieres innenfor de enkelte sykehus sitt budsjett, evt i kombinasjon med statlige midler. Videreføringen samordnes med regional planlegging (Fylkesadministrasjonen har henvendt seg til alle sykehusene og vil fremme søknad om oppretting av geriatri ved NSS, med statlig støtte for år 2000).
Finnmark	Tiltakene kompetanse og nettverksbygging skal videreføres gjennom oppfølging av fylkesmannen som et ledd i gjennomføringen av Handlingsplan for helse- og sosialpersonell og Handlingsplan for eldreomsorg. Helse- og sosaletaten i fylkeskommunen skal følge opp tiltak som gjelder større spesialisthelsetjenestetilbud ved Regionsykehuset. Helse- og sosaletaten i fylkeskommunen skal følge opp etableringen av slagsenger ved Hammerfest og Kirkenes sykehus.

Som vi ser av situasjonsbeskrivelsen har programmet lyktes med å forankre geriatri satsingen og sikre videreføring i mange av fylkene. 14 fylker ser ut til å videreføre den satsingen som er gjort i programperioden. I Sogn og Fjordane er situasjonen noe mer usikker

pga vansker med legerekuttering, men ikke pga manglende politisk vilje eller bevilgninger.

8.2 Statlig videreføring

I St.prp.nr 1 (1999-2000) er det foreslått å videreføre satsing på geriatri med 7 mill kroner. Det vises til at flere av tiltakene som er satt i gang i programperioden krever fortsatt ekstra midler for å bli konsolidert i ordinær virksomhet. Midlene for år 2000 foreslås benyttet til følgende tiltak:

Fortsatt styrking av spesialisthelsetjenestene i utvalgte fylker.

Undervisningssykehjem som er et 4 årig prosjekt.

Nasjonalt formidlingssenter i geriatri.

Geriatrisk elektronisk nettverk i helseregionene.

Stortingsproposisjonen viser også til at forskningsbasert kunnskap er viktig for den videre utvikling av geriatri og eldreomsorg. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) har utarbeidet et forslag til nytt program for aldersforskning. Programmet er til vurdering i Norges forskningsråd.

8.3 utfordringer ved videre satsing

Konsensusgruppene har pekt på at Nasjonalt formidlingssenter i geriatri vil kunne styrke fagområdet framover. Gruppene har framhevet følgende utfordringer for den videre geriatrisatsing:

Vi trenger fortsatt ildsjeler både sentralt og lokalt (på fylkesnivå).

Utfordringene framover blir å vedlikeholde interessen for geriatrien, jobbe med samarbeidsmodeller, jobbe lokalt og endre innholdet i geriatrien

Det må legges vekt på fortsatt oppmerksomhet mot geriatrien, og styrke nettverket slik at folk ikke glemmes

Det er viktig å ta med geriatrifeltet i helsedepartementet (programmet er nå forankret i sosialdepartementet).

Det må gis tilbakemeldinger til departementet slik at de også kan lære

Det må komme midler fra departementet

Geriatrien må inn i alle helsefaglige utdanninger

Utfordringen blir å drive fram en opinion for geriatrien og pumpe inn kunnskaper i fagmiljøene

Fundamentet er der i alle fylker – utfordringen er oppfølgingen.

Fylkeslege og fylkesmann må bli stilt overfor krav om å påse vedlikehold av den satsingen som er gjort

Det bør lages felles handlingsplaner mellom lokalsykehus/ kommuner med gjennomføring over flere år

Honnørordene om samarbeid må få praktiske konsekvenser hvor man velger noen få områder til å starte med og videreutvikle samarbeidet etter hvert.

Fra *evaluators side* slutter vi oss til konsensusgruppens vurderinger. Vi vil i tillegg peke på følgende utfordringer i den videre geriatrisastingen:

En av de *største utfordringene ligger i å få utdannet flere geriater*. Vi står overfor en situasjon hvor geriatrien er lavest rangert av de ulike spesialitetene i medisin, og det er uenighet innad i legeforeningen mht innholdet i spesialistutdanningen. Skal man lykkes med å bygge ut spesialisthelsetjenesten i geriatri, er man avhengig av økt interesse og engasjement blant legene.

Etableringen av geriatriske team i sykehusene basert på *tverrfaglig virksomhet innebærer betydelige utfordringer*. Erfaringene fra programperioden tyder på at det er vanskelig å få rekruttert de ulike faggruppene som skal inngå i den tverrfaglige virksomheten. Mobiliseringen av sykepleiere ser ut til å ha vært mest vellykket.

Utvikling av tverrfaglig kompetanse handler imidlertid ikke bare om rekruttering av ulike faggrupper. Å jobbe tverrfaglig er en krevende og utfordrende prosess som utfordrer tradisjonelle faggrenser og arbeidsmåter.

Det er fortsatt *langt igjen før man har fått etablert gode samarbeidsmodeller* mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Selv om geriatriprogrammet har bidratt til å *forankre geriatrien i politiske vedtak og plandokumenter i mange fylker, så er dette likevel ikke en tilstrekkelig sikkerhet for at det blir satsset på geriatri* de kommende år. En fortsatt prioritering av geriatri vil avhenge av interesse og engasjement både blant sykehusenes fagpersonell og sykehusenes øverste ledelse. Det innsatsstyrte finansieringssystemet vil også virke inn på hvilke områder som får prioritet.

Geriatrien er ikke tatt med i departementets satsingsområder for de regionale helseplanene. Satsingsområdene er effektivisering av sykehusstrukturen, kreftbehandling og psykisk helsevern. Det kan derfor være vanskelig å få geriatrien inn i de regionale planene som mangler dette fagområdet.

Skal man kunne opprettholde tilbudene innen geriatri og få til videreutvikling innen dette fagområdet, må det finnes engasjerte pådrivere både på statlig plan, i fylkeskommunene og kommunene.

Det er derfor viktig at den kompetansen og det engasjementet som lokale og sentrale "ildsjeler" i geriatriprogrammet representerer blir brukt i den videre oppfølgingen av geriatri-satsingen.

Hva som er effektene av slike satsinger som geriatriprogrammet representerer kan ofte ikke avdekkes før det har gått noen år. Resultatvurderingene i slutfasen av en programperiode vil først og fremst kunne si noe om programmets "produkter" i henhold til angitte mål. Programmets effekter mht endringer av holdninger og interesse for geriatri, rekrutteringen til geriatri, økt kompetanse og andre øvrige varige endringer vil først kunne vises etter noen år. Det ville derfor være nyttig å foreta en ny vurdering av resultatene av geriatriprogrammet om noen år.