

Temaeftermiddag

Sundhedsfaglige råd for geriatri
26. oktober 2017

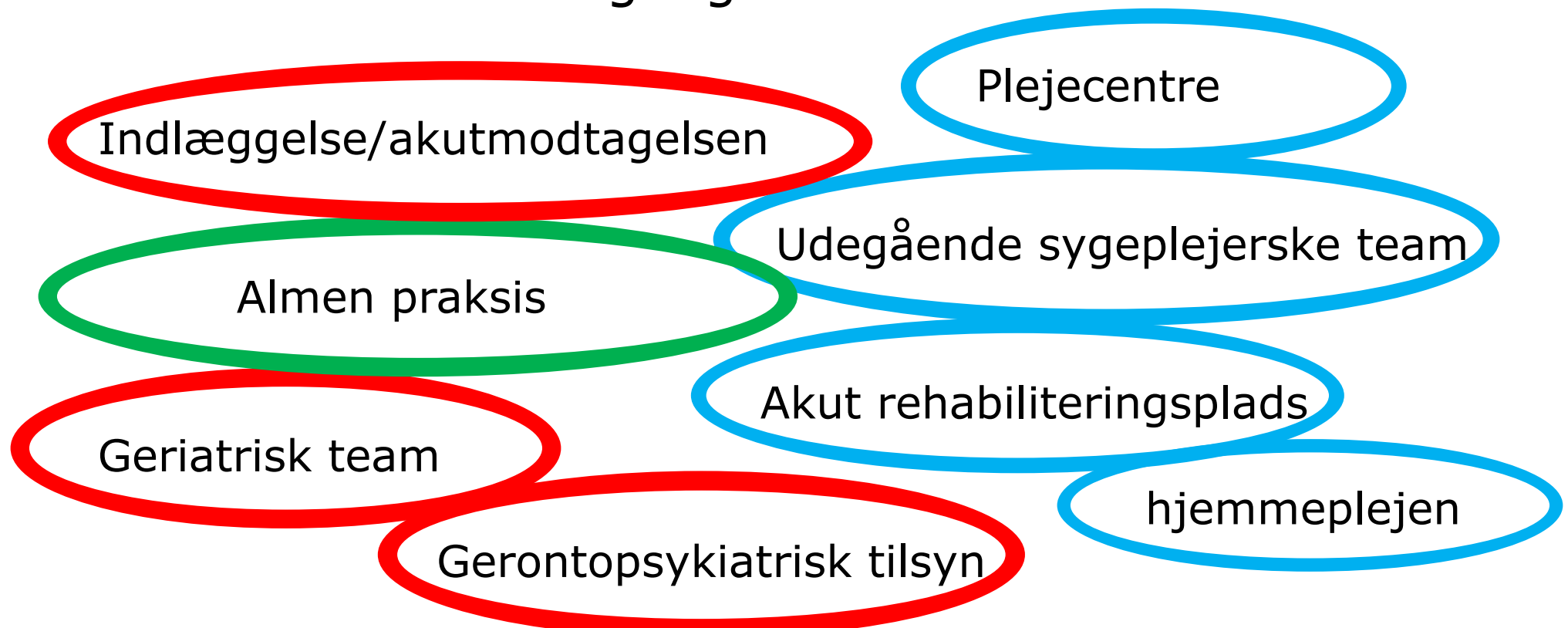
“Akut geriatri i sektorovergangen”



Hvad er akut geriatri

- Pneumoni UVI fald
- Apoplexi, ami
- Forværring i demens, uro, delir
- Faldende funktionsniveau, væggtab
- Terminale forløb

Hvad er sektorovergange ?



Samarbejdet om borgeren i plejebolig - en sektorovergang



Anita Mink

Speciallæge i Almen Medicin

Praktiserende læge på Frederiksberg 1999

PLO-Frederiksberg formand 2011-2017

Frederiksberg samarbejdsprojekt 2013-2017

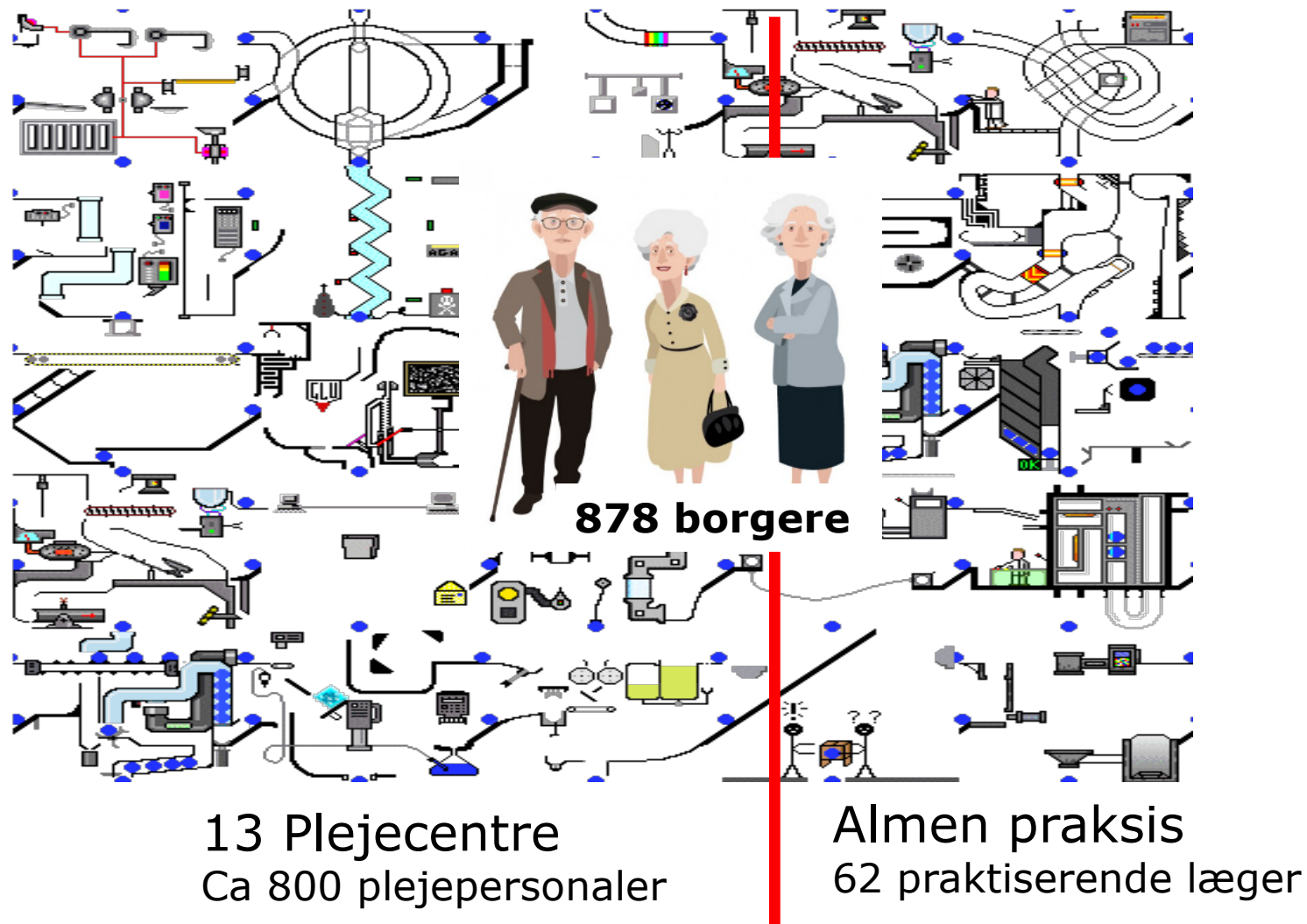
Borgere i Plejebolig

- Skrøbelige borgere i gennemsnit 84 år
- Funktionsbegrænsede med plejebenhov
- Flere sygdomme, herunder 50-80% demens
- Gennemsnitlig 10 forskellige medicinske præparater
- Lever 2,5 år efter indflytning
- Indlægges 2 gange årligt, 85% akutte
- Heraf skønnes at 45% kan undgås ved anden indsats

Stor risiko for UTH som følge af borgerens cognitive deficit, kompleks medicinering og mange sektorovergange

Det tværsektorielle "samarbejde" hos borgeren i plejebolig

Komplicerede samarbejdsrelationer
Forskellige organisationer
Hver sin ledelse



Tværgående ledelsesopgaver:

Frederiksberg kommunes sundhedschef Torben Laurén og formand for PLO Frederiksberg, Anita Mink.

Fælles identifikation af opgaven:

Svage ældre borgere, kompleks sygdomsproblematik, behov for sygeplejefaglig hjælp i hverdagen og for regelmæssig lægetilsyn.

Fælles forståelse af udfordringens kompleksitet:

Udfordringer tilstede i begge organisationer.
Enkeltstående tiltag kan ikke løse problemerne.

Der var brug for en kulturændring

Hvor løsningen findes i fællesskab på tværs af organisationerne.
I et samarbejde med ledelserne og dem der oplever problemerne i hverdagen.

Frederiksberg samarbejdsprojekt:

Økonomi

KEU/KAP-H, Tværsektorielle forskningsenhed og kommunalt

1. Fokusgruppe interviews

Læger, plejepersonale samt ledere for plejecentrene.

- Fordomme stortrivedes – mange frustrationer.
- Modstridende opfattelser af det eksisterende samarbejde mellem almen praksis og plejecentrene.

2. Data over Lægelige ydelser

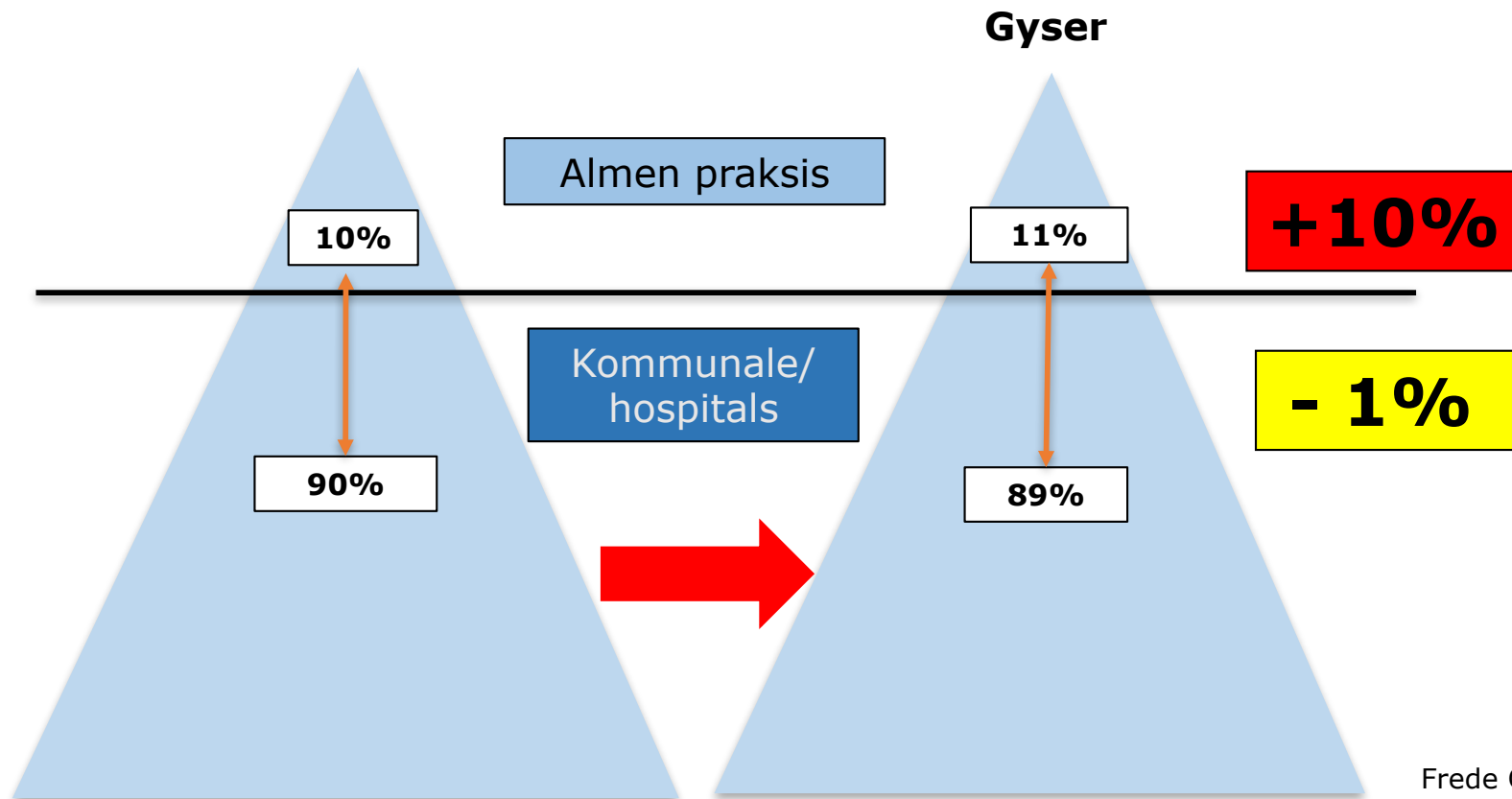
- Få forebyggende tiltag
- De fleste kontakter ad hoc – ved behov
- mange elektroniske henvendelser

3. Udvikling af en samarbejdsmodel

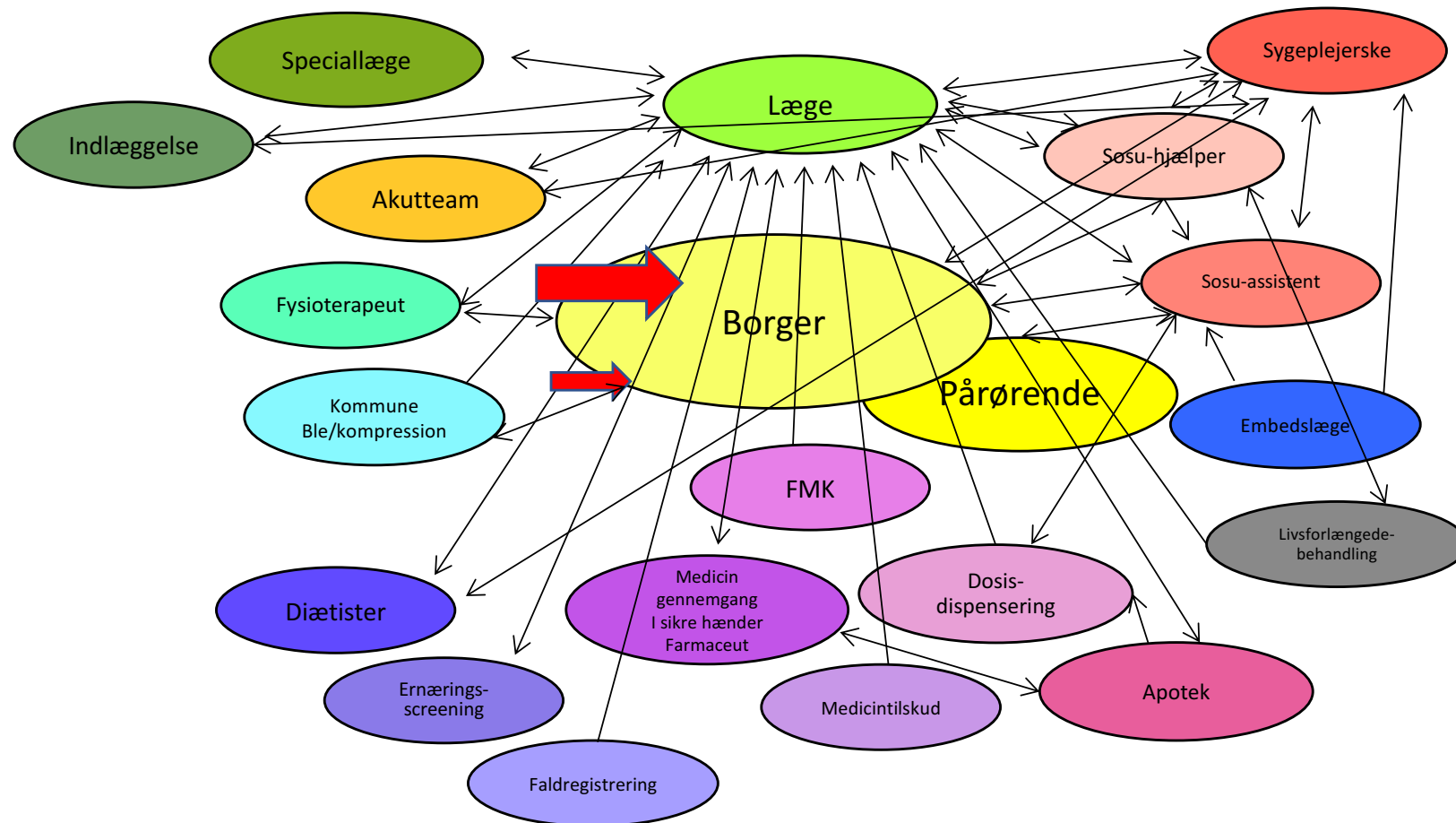
Udfordringen for personalet på plejecentrene



Én af udfordringerne manglende standardisering på tværs



Udfordringen i almen praksis kommunikativt overload



Fælles udfordring

Koks i de "opsøgende" besøg

Besøg der planlægges – Højst én gang årligt
Generel helbredsmæssig gennemgang



Hvorfor fandt de ikke sted ?
Hvad skulle personalet have forberedt ?
Hvor var beboeren ?
Pårørende ?

Styrket samarbejde mellem det sygeplejefaglige personale på plejecentrene og de praktiserende læger



**bedre patient-/beboerbehandling
og større patientsikkerhed**

Næste skridt

Vi valgte at tage 'lods' ombord:

Ledelseskonsulent



Sam-skabelses proces:

3 workshops over 6 mdr.

Workshops:

20 deltagere

- organisationernes "ledere",
- personale og ledere af plejecentre samt
- praktiserende læger.

Kriterier for fælles løsninger

- Fagligt velbegrundede
- Afhjælpe konkrete problemstillinger
- Respektere lovgivningen
- Respektere overordnede strukturer
- Etisk forsvarlige
- Realistiske, lavt ressourceforbrug
- Praktisk anvendelige



Mellem workshops:

Ledelsen udfordre i egne rækker

- Styregruppe: afklaring af muligheder med politiske baglande, beslutning om mulige tiltag.
- Følgegruppe, udvalg og projektleder arbejder med sortering af forslag, præciseringer etc.
- Stor tidsmæssig investering.



Samarbejdsmodel

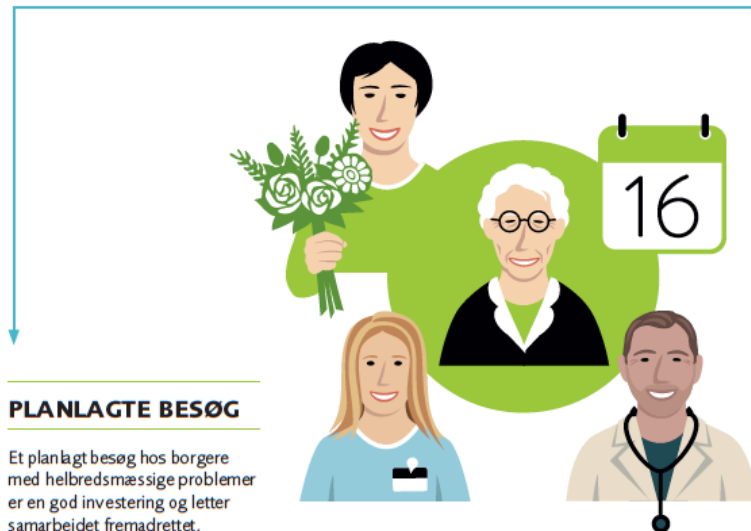
1



INDFLYTNING

En statusattest fra læge til plejepersonale med relevante sundhedsfaglige oplysninger om beboeren giver et godt afsæt for det videre samarbejde.

2



PLANLAGTE BESØG

Et planlagt besøg hos borgere med helbredsmæssige problemer er en god investering og letter samarbejdet fremadrettet.

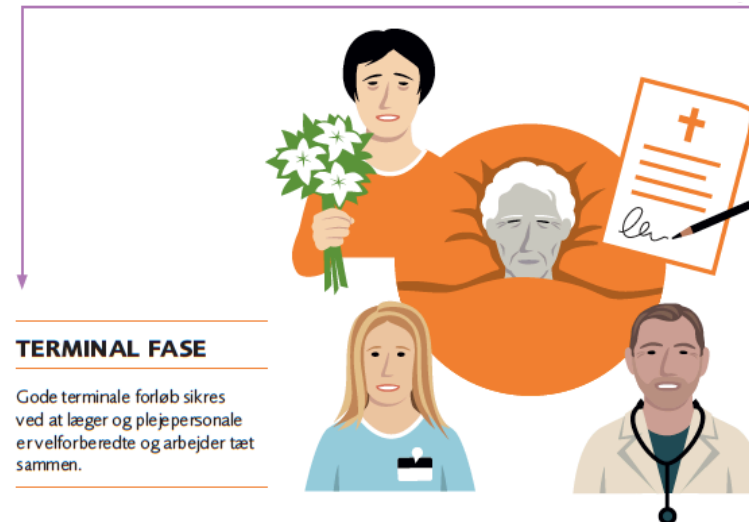
3



AKUTTE ÆNDRINGER

Klare arbejdsgange for læger, plejepersonale og UST gør det muligt at reagere proaktivt, når en borger bliver dårlig.

4



TERMINAL FASE

Gode terminale forløb sikres ved at læger og plejepersonale er velforberejdede og arbejder tæt sammen.

Opsøgende besøg

roller og ansvar

Besøg der planlægges – Højst én gang årligt

Generel helbredsmæssig gennemgang

Andre typer planlagte besøg: – variere fra kommune til kommune



Hvornår ?

Hvad skal forberedes ?

Hvem skal være til stede ?

Kulturændringer tager tid

Der behøves opfølgning i begge organisationer

Faglig relevante

Sygeplejefaglige
observationer

Patientens
forventninger

Pårørende

Forespørgsel om planlagt besøg

Min sygeplejefaglige vurdering er, at der er behov for et planlagt besøg / besøg efter udskrivelse.



Den korte begrundelse er:

Har du har mulighed for at komme på lægebesøg og i givet fald hvornår?

Personalet vil forberede dit besøg samt være tilstede, hvis beboeren ønsker det.

Seneste lægebesøg hos beboeren var den xx.xx.xxxx

Kommunikation hvordan og hvornår ?

- Elektronisk korrespondancer skal lægen besvare indenfor 3 hverdage, dvs. der kan gå op til 5 døgn
- Enkle henvendelser.
- Akutte henvendelser - altid telefonisk.
- Hvordan håndteres situationer hvor man ikke kan få kontakt med lægen ?



Hvornår – hvordan - hvem – om hvad
Korrespondance eller telefon ?

Efter Indlæggelse:

Hvor hurtigt kan man forvente opgaven løst ved ex udskrivelse ?

Hvordan kommunikerer man ved opgaveoverdragelse ?

Hvordan observeres

.....og hvad med den præhospitale enhed ?

Hvordan kontaktes lægen ?

Akut henvendelse – altid telefonisk kontakt til lægen

Alvorlige fald/traumer. Faretruende påvirket cirkulation/respiration. Akutte smerter, blødninger el. infektioner der påvirker tilstanden.

Subakut – telefonisk samme dag el. førstkommande hverdag

(NB: ændringer i tilstanden i observationsperioden)

Forværring af smertetilstand. Drøftelse af beboerens tilstand ud fra personalets observationer. Store ændringer i beboers tilstand, som ikke er akut.

Orientering til lægen – korrespondance meddelelse

*Korrespondancemeddelelsen besvares **inden 3 hverdage***

***(dvs op til 5 dage)**-kort, præcis og ikke indeholde flere emner.*

*Orientering om beboers tilstand, evaluere beh.,
opfordre til planlagt besøg.*

Indflytning i plejebolig = sektorovergang

Lægen informeres ikke automatisk ved indflytning

Et indflytningsbesøg findes ikke.

Personalet har brug for basale oplysninger og kendskab til behandlingsplanen.



Hvornår er der behov for særlige patientgennemgange ?
Hvad kan man forvente sig af hospital hhv. AP ved udskrivelse ?

Kommunikation - medicin

- Hvad er lægens opgave ved ordination ?
- Hvad er relevant at henvende sig om ?
- Hvem henvender man sig til ?
- Delegeret ordination



Akutte ændringer



Udegående
sygeplejerske team

Akut sygeplejefaglig vurdering ?

Blodprøver mm

Undgå indlæggelser ?

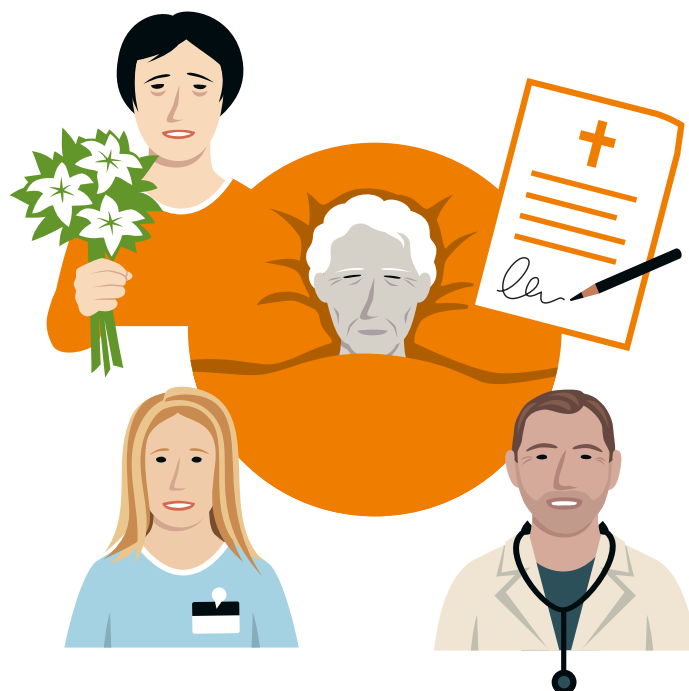
Skriftlig information ?

Lægefaglig vurdering ?

Observationsperioden

Hvad sker der når man *ser an* ?

Den døende patient



Fravalg af genoplivning
og livsforlængende
behandling

En værdig død

Faglige retningslinjer der vedrører samarbejdet,
gennemarbejdes af begge parter **sammen**.

Fælles undervisning "en værdig død"

Resultater



- En model for samarbejdet mellem personale på plejecentrene og de praktiserende læger på Frederiksberg.
- Forbedret samarbejde
- KLU møder (kommunallægelige udvalg) med bedre struktur.
- Fasttilknyttede læger på **alle** 12 plejecentre - 22 læger ansat.

Forståelse af hvor kompliceret det tværsektorielle samarbejde er:
Hvis det skal lykkes skal der være ledelse bag,
ressourcer til udviklingen og opfølgning.

Sektorovergange i geriatrien

hvad er vigtigt?

Opmærksomhed:

- *Opgaven er kompleks:
alder, multisygdom, fysisk - såvel som cognitiv funktionsbegrænsning*
- *Begrænsninger i "den anden sektor"*

Overlevering:

- Planer for behandlingsvarighed og relevante observationer
- fravalg af behandling noteres

Observation – også en personale opgave

- Hvad skal observeres ?
- Hvordan noteres og videregives det?

Opfølgning:

- Almen praksis: OBS den lægefaglig opfølgning

Styrket samarbejde →



- Klarhed over hvad man kan forvente sig af den anden part
- Mindre forvirring mellem pårørende – personale – læger
- Mere kvalitetstid til patienten
- Færre bivirkninger og indlæggelser
- En mere værdig livsafslutning

Tak for jeres opmærksomhed !