

Rådgivningsfunktion i forhold til ældresygdomme

- Model og anbefalinger godkendt i Sundhedsstyrelsen 16. august 2018

8. januar 2019 (præcisering foretaget i afsnit 5.2)



**Model for rådgivning i forhold til
ældresygdomme**

1. Indledning



Sundhedsaftalen 2015-2018 bygger på en vision om ”mere sundhed i det nære på borgerens præmisser”. At reducere behovet for akutte indlæggelser (herunder forebyggelige indlæggelser og genindlæggelser) er et af de fælles sundhedspolitiske mål i sundhedsaftalen 2015-18. Målet knytter sig også til de nationale mål for sundhedsvæsenet om bedre sammenhængende patientforløb samt styrket indsats for kronikere og ældre. I den forbindelse er blandt andet udgående og rådgivende funktioner fra hospitalerne et centralt udviklingsområde.

Hvis en borger fx har behov for udredning og behandling af en hospitalslæge, men er for svækket til at være indlagt på et hospital, kan udgående funktioner fra hospitalerne i nogle tilfælde være en løsning. De udgående funktioner kan være med til at forebygge, at borgeren bliver så syg, at det er nødvendigt at indlægge, men kan også følge op på en indlæggelse, og dermed reducere risikoen for genindlæggelse. Andre gange kan den kommunale sygepleje eller borgerens egen læge have brug for at rådføre sig med hospitalet for at give borgeren den rette behandling i nærmiljøet og dermed evt. forebygge en indlæggelse eller en genindlæggelse.

Både i sundhedsaftalen og den nationale handlingsplan ”Styrket indsats for den ældre medicinske patient” peges der derfor på, at der er behov for at videreudvikle udgående og rådgivende funktioner fra hospitalerne.

Sundhedskoordinationsudvalget godkendte 9. oktober 2017 en række principper for udgående og rådgivende funktioner. Med afsæt i principperne har Sundhedsstyregruppen nedsat en midlertidig, tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal udarbejde forslag til en minimumsmodel for rådgivning i ældresygdomme (geriatri) fra hospitaler til kommuner og almen praksis. Der er nu udarbejdet et forslag, der beskriver hvilke elementer, der kan indgå i en rådgivningsfunktion.

Arbejdsgruppens tilgang

Tilgangen har været at beskrive en model, der bidrager til

- at de geriatriske kompetencer, der allerede er tilstede, bringes i spil, så de kommer borgerne til gavn
- at vi på hospitaler, i almen praksis og kommuner hjælper hinanden til at løse opgaver i det nære og i borgerens hjem
- at vi på hospitaler, i almen praksis og kommunerne stiller os til rådighed for hinanden

2. Hvilken forskel skal rådgivningen gøre?



Den demografiske udvikling betyder, at vi kan forvente, at der kommer flere borgere med geriatriske problemstillinger. Det betyder et øget behov for at forebygge, at ældre borgere bliver geriatriske patienter, og et øget behov for at kunne tilbyde den rette behandling til borgere med geriatriske problemstillinger. Styrket rådgivning fra hospitaler til almen praksis og kommuner er et element i at understøtte dette.

En styrket rådgivningsfunktion på hospitalerne skal bidrage til:

At skrøbelige, ældre borgere

- Så vidt muligt kan opretholde deres almindelige hverdagsliv og funktionsniveau. Det sker blandt andet ved at forebygge indlæggelser, reducere indlæggelsestid og forhindre unødige genindlæggelser
- Undgår at blive geriatriske patienter.

At hospitaler, praktiserende læger og kommuner

- Får et fælles sprog om, hvad en geriatrisk patient er
- Udvikler kompetencer og viden i kommuner og almen praksis om geriatriske problemstillinger
- Bruger kompetencer fleksibelt på tværs til gavn for den enkelte borger og det samlede forbrug af ressourcer.

Stigende levealder og multisygdom

- Antallet af borgere i alderen 70–79 år forventes at stige med 32 % fra 2016 til 2036
- Antallet af borgere, der er 80+ år forventes at være fordoblet i 2036
- Den stigende levealder forventes at øge forekomsten af multisygdom med 21 % fra 2014 til 2024
- 40 % af borgerne i den midtjyske region er i 2017 multisyge

Kilder: Hvordan har du det? 2017, Defactum 2018 og Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen, KORA 2017

3. Hvad er en geriatrisk patient og rådgivning?



Den geriatriske patient

Karakteristika:

- En ældre patient; ingen fast aldersgrænse dog oftest +80 år
- Komplexitet, herunder
 - Multimorbiditet, flere kroniske sygdomme og ofte også ny akut sygdom
 - Polyfarmaci
 - Funktionstab fysisk og/eller kognitivt
 - Ofte sociale problemer
 - Skrøbelighed/frailty; svært ved at stå imod ny sygdom pga. manglende reservekapacitet og robusthed.

(Fra "Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i Intern Medicin: Geriatri" 2013, Sundhedsstyrelsen)

Geriatrisk rådgivning

Geriatrisk rådgivning er en mulighed for praktiserende læger og den kommunale sygepleje for at få vejledning i at håndtere den geriatriske patient i nærmiljøet. Rådgivning kan være pr. telefon, telemedicinsk eller skriftligt eller evt. tilsyn af patienten for second opinion. Overtages lægeansvaret af geriateren, er det ikke længere rådgivning.

Til praktiserende læger kan rådgivning være om geriatriske patienter typisk indenfor nedenstående problemstillinger:

- Multimorbiditet
- Polyfarmaci
- Akut infektion
- Ikke akut kardiovaskulær sygdom
- Anæmi uden akut blødning
- Demente med akut sygdom
- Delir
- Fald/svimmelhed
- Smerter
- Funktionstab
- Vægttab
- Patienter tilknyttet geriatriske teams/ambulatorier - shared care

4. Hvad er geriatri?



Specialet geriatri beskæftiger sig med sygdomme hos ældre mennesker, både akutte og kroniske sygdomme, men også med de funktionsmæssige konsekvenser af sygdomme og aldersforandringer. Det geriatriske speciale arbejder tværfagligt på hospitalerne og har et nært samarbejde med praktiserende læger og den kommunale sektor, specielt hjemmeplejen. Specialet kan ikke defineres på baggrund af enkelte afgrænsede sygdomsgrupper. Specialet beskæftiger sig med hele det intern medicinske område og med områder inden for en række andre specialer. De vigtigste samarbejdende specialer er de øvrige intern medicinske specialer, gerontopsykiatri, neurologi og ortopædkirurgi.

Arbejdet med geriatriske patienter kræver indsats fra flere fagområder og foregår derfor i et tværfagligt miljø. Geriatrisk rehabilitering omfatter den samlede behandlingsproces, der sigter imod at genoprette fysisk og psykisk formåen og sikre social tilpasning med størst mulig uafhængighed. Dette nødvendiggør bidrag fra læger, plejepersonale, fysioterapeuter, ergoterapeuter og eventuelt diætist og socialrådgiver.

Geriatrisk behandling tilstræbes at være evidensbaseret. Vigtige effektparametre er forbedret funktionsniveau, mindre afhængighed, færre genindlæggelser, færre plejehjemsanbringelser og reduceret mortalitet. Størstedelen af de geriatriske patienter kan udskrives til en selvstændig tilværelse efter endt behandling.

Specialet geriatri

Læs mere om geriatri som speciale:

[www.sst.dk/da/uddannelse/speci
allaeger/maalbeskrivelser/intern-
medicinske-specialer](http://www.sst.dk/da/uddannelse/speci
allaeger/maalbeskrivelser/intern-
medicinske-specialer)



5. Forslag til udviklingsmodel



Principper

Modellen bygger på de fælles principper for udgående og rådgivende funktioner:

- Et tilbud målrettet borgere med særlige behov
- Vi skal bruge det rette specialiseringsniveau
- Vi skal være tilgængelige for borgerne på nye måder ved at bruge ny teknologi
- Vi har fokus på geografisk dækning
- Vi udvikler i et tæt samarbejde mellem hospitaler, kommuner og praksissektor
- Vi udvikler hinandens – og borgerens – kompetencer
- Udgående funktioner skal bygge på eller generere evidensbaseret viden.

Læs mere om principperne:

http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/moedefora/sundhedsstyregruppen/310118/punkt_6_bilag_1_illustration_faelles_principper_udgaaende_funktioner_261017..pdf


Arbejdsgruppen har haft til opgave primært at afdække behovene for en regional minimumsmodel for geriatrisk rådgivning fra hospitaler til almen praksis og kommuner, og sekundært at komme med forslag til, hvordan en geriatrisk rådgivningsfunktion kan tilrettelægges.

I arbejdet er det blevet tydeligt, at udgangspunkt og muligheder for at give geriatrisk rådgivning er forskelligt fra hospital til hospital. Nogle hospitaler har en lang tradition for geriatrisk behandling og rådgivning, mens disse funktioner og den geriatriske kapacitet først er under opbygning på andre hospitaler. Der er derfor udarbejdet et forslag til en fælles model for rådgivning, der indeholder en del om telefonrådgivning (med frist for implementering 31.12.2018) og en udviklingsdel for en række øvrige elementer i geriatrisk rådgivning.

Udviklingsdelen skal ses som en fælles fremtidsplan, som den enkelte klynge kan spejle sig i, og som sætter en fælles ramme for fortsat udvikling af rådgivningsfunktionen. Elementer i udviklingsdelen er kompetenceudvikling og –vedligehold, subakutte vurderinger og rådgivning i forbindelse med udgående funktioner. Hvilke elementer, der udover telefonrådgivning - er relevante og mulige at videreudvikle for den enkelte klynge, samt hvor hurtigt elementerne kan implementeres, vil variere.

Fundamentet for modellen er et fælles fokus og prioritering af at involvere borgere og pårørende, forebyggelse i hjemmet og brug af ny teknologi.

5.1 Fælles model for rådgivning i ældresygdomme



Telefonrådgivning
til almen praksis
og kommuner
(implementeret
31.12.2018)

Kompetence-
udvikling og -
vedligehold

Subakutte
vurderinger

Rådgivning i
forbindelse med
udgående
funktion

Geriatrisk vurdering i akutmodtagelserne og problemorienterede og patientvenlige epikriser

På borgerens præmisser

- Involvere borgere og pårørende. Forebyggelse i hjemmet og brug af ny teknologi.

5.2 Telefonrådgivning og kompetenceudvikling



To af elementerne i modellen er adgang til telefonisk rådgivning i dagtid og fælles kompetenceudvikling og vedligehold. Telefonrådgivning skal være implementeret senest 31.12.2018 i alle klynger.

Telefonisk rådgivning i dagtid (implementeret 31.12.2018)

Almen praksis

Praktiserende læger kan altid ringe og rådføre sig med en speciallæge og dermed også en geriater. Ordningen gælder allerede, men der er behov for mere synlighed og information om ordningen.

For at få det optimale ud af rådgivningen, opfordres den praktiserende læge til at indsamle relevante oplysninger forud for rådgivningen – fx FMK-opdatering og sociale oplysninger.

Kommunale sygeplejersker og terapeuter

Den praktiserende læge vil i de fleste tilfælde fortsat være den primære indgang til rådgivning. Generelle problemstillinger tages således op med borgerens egen læge.

Ved specifikke problemstillinger i forhold til geriatri for patienter i et geriatrisk forløb kan rådgivning gives af geriatrisk sygeplejerske/terapeut på hospitalet.

Ved rådgivning skal der altid være et cpr. nr. og et samtykke. Det giver også mulighed for at dokumentere rådgivningen.

Kompetenceudvikling og -vedligehold

I klyngerne foregår der i forskelligt omfang kompetenceudvikling i forhold til geriatri rettet mod almen praksis og kommuner. Det bidrager til et fælles sprog og tilgang til borgere med geriatriske problemstillinger. Dette fælles grundlag styrker også udbyttet af eventuel telefonrådgivning.

Det anbefales, at der laves et fælles koncept for kompetenceudvikling og vedligeholdelse af kompetencer, der kan anvendes tværfagligt på tværs af klyngerne. Konceptet bør tage afsæt i beskrivelsen af den geriatriske patient, de eksisterende erfaringer, kompetencebeskrivelse fra ny specialsygeplejeuddannelse samt efteruddannelses tilbud til læger (se bilag).

Målgruppen er:

- Kommunalt sundhedspersonale
- Fasttilknyttede læger på plejecentre
- Kvalitetsklynger for praktiserende læger

5.3 Subakut vurdering og udgående funktion



To yderligere elementer er adgang til subakutte vurderinger for geriatriske patienter og rådgivning i forbindelse med udgående funktioner.

Subakutte vurderinger

Nogle patienter kan i dag henvises til en subakut vurdering på et hospital. Tider til subakutte vurderinger gives senest næstfølgende hverdag efter henvendelsen, og er et alternativ til en indlæggelse. Denne ordning kan med fordel udvides til også at omfatte subakutte tider og vurderinger af skrøbelige ældre ved en geriater.

Den subakutte vurdering kan anvendes, når telefonrådgivning ikke er tilstrækkelig, idet der er behov for, at geriateren ser patienten, før den rette behandling kan sættes i gang i borgerens nærmiljø. Det er også en måde at se flere patienter på og samlet bruge ressourcerne på en effektiv måde.

Rådgivning i forbindelse med en udgående funktion

Nogle borgere har behov for at blive tilset af en geriater i eget hjem. Det kan ske via en udgående funktion, der både kan være en telemedicinsk funktion fra en hospitalsafdeling og/eller en fysisk udgående funktion, hvor specialister fra hospitalet behandler i borgerens hjem. Som en del af den udgående funktion rådgiver hospitalets personale borgeren, pårørende, egen læge og kommunalt personale i borgerens hjem. Målgruppen for udgående funktioner er borgere, der har behov for specialiseret udredning og behandling, men hvor et miljøskifte vil udgøre en sikkerhedsrisiko for borgeren.

Geriatrisk vurdering i akutmodtagelserne

Grundlaget for rådgivningen er den geriatriske behandling, der foregår på hospitalerne. Herunder at der også er geriatriske kompetencer tilknyttet akutmodtagelserne. Det muliggør, at skrøbelige ældre får en geriatrisk vurdering og visiteres til det rette tilbud på hospitalet eller hjemme. I forbindelse med vurdering og behandling gives allerede rådgivning til almen praksis og kommuner fx via problemorienterede og patientvenlige epikriser og sygeplejerskerapporter.

6. Monitorering

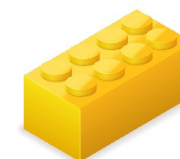


Som beskrevet i afsnittet ”2. Hvilken forskel skal rådgivningen gøre?” er der opstillet en række overordnede mål for udvikling og rådgivningsfunktionerne på det geriatriske område.

Målene går både på forbedringer for borgerne samt samarbejds-mæssige og organisatoriske forbedringer (fælles sprog, styrke viden og kompetencer samt fleksibel brug af kompetencer på tværs).

I det videre arbejde med at udmønte udviklingsmodellen for geriatrisk rådgivning i den enkelte klynge foreslås det, at klyngerne skal monitorere resultaterne af den geriatriske rådgivning til almen praksis og kommuner. Det kan ske ved audit og/eller monitorering på udvalgte kvantitative mål, som klyngen fastsætter.

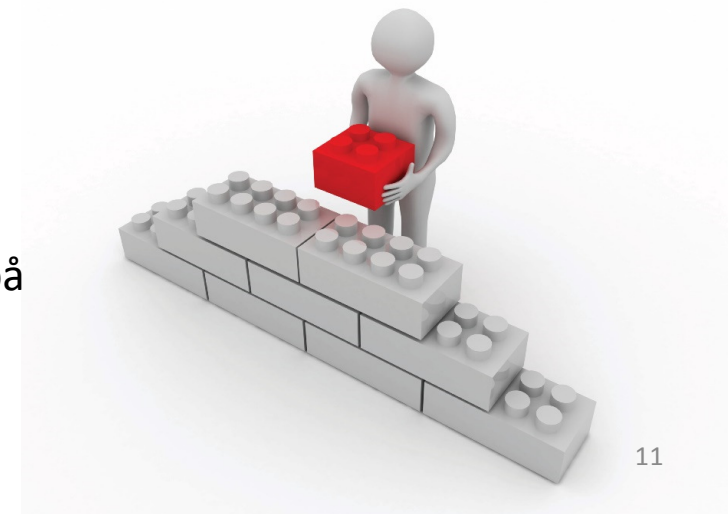
Det foreslås endvidere, at der laves en samlet opfølgning på tværs af klyngerne efter fx 1 år, hvor der følges op på brugen og implementeringen af udviklingsmodellen samt vurderinger af om rådgivningen bidrager til de ønskede samarbejds-mæssige og organisatoriske forbedringer.



7. Anbefalinger



- ✓ At de fem klynger implementerer telefonrådgivning senest 31.12.2018 og arbejder med at udmønte elementerne i udviklingsdelen ud fra lokale behov og muligheder
- ✓ At der udvikles et fælles koncept for kompetenceudvikling og vedligehold af kompetencer, der kan anvendes i alle klynger
- ✓ At der udarbejdes en kommunikationsstrategi, der skal skabe synlighed om mulighederne for rådgivning
- ✓ At klyngerne monitorerer resultaterne af geriatrisk rådgivning til almen praksis og kommuner, og at der laves en samlet opfølgning på implementering og resultater på tværs efter 1 år.



Bilag

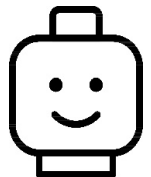
I. Deltagere i arbejdsgruppen



- Inge Pia Christensen, sygeplejefaglig direktør Aarhus Universitetshospital (regional formand)
- Lis Kaastrup, ældre- og handicapchef, Skanderborg Kommune (kommunal formand)
- Tove Kristensen, sygeplejefaglig direktør, Hospitalsenhed Midt
- Ida Götke, sygeplejefaglig direktør, Hospitalsenhed Vest
- Marianne Jensen, sygeplejefaglig direktør, Regionshospitalet Randers
- Henrik Kise, praktiserende læge og næstformand PLO-M
- Catherine Hauerslev Foss, geriater, Aarhus Universitetshospital
- Lotte Kirring, geriater, Hospitalsenhed Midt
- Seham Shahla, geriater, Regionshospitalet Randers
- Anne Birgitte Langsted, geriater, Hospitalsenhed Vest
- Ivanka Andelkovic, geriater, Regionshospitalet Hosens
- Susanne Sejr, områdechef, område Nord, Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune
- Maila Tandrup, omsorgschef, Viborg Kommune
- Peter Mikkelsen, ældrechef, Favrskov Kommune

Sekretariat

- Helene Bech Rosenbrandt, Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland
- Sine Møller Sørensen, KOSU-sekretariatet



II. Oversigt kompetenceudvikling

Til inspiration findes der allerede en række tilbud om kompetenceudvikling i forhold til det geriatriske område:

Forslag til ny specialsygeplejeuddannelse målrettet kommuner og almen praksis:

<http://www.sst.dk/da/Udgivelser/2018/~media/EDDA5E8FAA9943188BB57C7E222F93AB.ashx>

Kompetenceudvikling læger:

Den geriatriske patient (Lægeforeningen)

- Medicin i midt 2018 i Randers, Horsens, Århus og Vosborg (PLO- efteruddannelse)
- Udvikling af cases om den ældre patient til efteruddannelse (PLO)
- Undervisning i 12-mandsgrupper i almen praksis
- Den ældre patient (heldagsundervisning i Region Midtjylland) <http://www.tilmeld.dk/SEdage-snekkersten2018/den-aeldre-patient-1-dag.html>
- Kursus i Rationel Farmakoterapi <https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/~media/FF87988F29784F3A811CF554361EFD93.ashx><https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/~media/FF87988F29784F3A811CF554361EFD93.ashx><https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/~media/FF87988F29784F3A811CF554361EFD93.ashx>