



TRONDHEIM KOMMUNE
Tråanten tjielte

Bedre samhandling rundt sykehjemspasienter

Elizabeth Kimbell,

sykehjemsoverlege Trondheim kommune

Fagråd legesamarbeid 240523

«En pasient – to verdener - samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger

Romøren, Pedersen, Førde (2017)

Sykehjemsleger

- Unngå innleggelse
- Begrense «plagsom» beh, overbehandling i sykehus
- Forebyggende strategier
- Press fra pårørende/ansatte
- Faglig usikkerhet vedrørende behandlingsnivå
- **Ønsker dialog**

Sykehusleger

- Unødvendige innleggelser, sykehus feil nivå
- Starter «alltid» omfattende utredning og behandling
 - Implisitte forventninger
 - Informasjonsutfordring
- Ulike oppfatninger av ansvar for behandlingsavklaring
- **Ønsker dialog**

Hvem er sykehjemspasienten?

- Botilbud: 27 helse- og velferdssentre
- Behandlingstilbud: 3 helsehus
 - rehabilitering, medisinsk observasjon og behandling i overgang mellom sykehus og hjemmet
 - korttidsplasser for hjemmeboende (avlastning mm.)
- Heterogen gruppe, men kan se like ut i en akutt sykdomssituasjon
- Innsatsnivå avhenger av pasientens skrøpelighetsnivå, basert på normaltilstand før aktuelle sykdom
- Ressursnivå i sykehjem: legetilgang, kompetanse og utredningsmuligheter



Sykehjemspasientens behov



Karakteristika

- Atypisk og diffust symptombylde
- Multifaktorielle årsakssammenhenger
- Prognose?
- Sammensatt funksjonssvikt
- Sårbarhet i overganger
 - mye og kompleks informasjon
 - miljøbytter/transport krevende

Hva betyr det for behandling?

- Medisinsk usikkerhet
- Pasientsentrert inngang
- Helhetlig tverrfaglig tilnærming
- “Gjøre seg ferdig”
- Planlegge framover

Arbeid med behandlingsavklaring i sykehjem - HPF

CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN

1	2	3	4	5	6	7	8	9
VELDIG SPREK	SPREK	KLARER SEG BRA	LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MILD SKRØPELIGHET	LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET	LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET	LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET	TERMINALT SYK
Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekste i sin aldersgruppe.	Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre sprekke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.	Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpne. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte 1/2 dagen.	Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.	Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stelle hjemmet. Inne dersom har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer	Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår

SKÅRING AV SKRØPELIGHET HOS PERSONER MED DEMENS

Graden av skrøpeligheit tilsvarer vanligvis graden av demens (CFS 5,6,7 eller 8). Vanlige symptomer ved mild demens inkluderer det å glemme detaljer rundt en nylig hendelse, selv om man husker selve hendelsen, å gjenta de samme spørsmålene/historiene og sosial tilbaketrekking.

Ved moderat demens er kortidsminnet svært svekket, selv om de virker å huske hendelser fra tidligere i livet. De kan være egenomsorg under veiledning.

Ved alvorlig demens må de ha hjelp til all egenomsorg.

Ved svært alvorlig demens er de ofte sengeliggende. Mange har mistet all språk.

Clinical Frailty Scale © 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (NO). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicine-research.ca

Translated with permission by Rostoft S. Engstad TT, Sjøbe B, Flaatten H.

Rockwood K et al. A global clinic measure of fitness and frailty in people. CMAJ 2005;173:489-49

CFS	Sykehus?	Vurdering
8-9	Som hovedregel NEI	Pasienten er i endestadium av alvorlig skrøpeligheit/sykdom og har dårlig prognose ved nyoppstått alvorlig sykdom. Avklar med pasient, evt. pårørende, og lag palliativ plan.
6-7	KANSKJE: *Forhåndsvurdering og samtale om pasientens preferanser gjøres i stabil fase, men ofte må man i tillegg gjøre individuell vurdering ved nyoppstått sykdom *Diskuter gjerne hensiktsmessig behandlingsnivå med veileder, evt. geriatrisk bakvakt. *Konsulter akuttmedisinsk samhandlingslege i en akutsituasjon dersom innleggelse vurderes	Som støtte til vurdering, ta stilling til følgende: → Risikovurdering: hvilken belastning forventer vi (erfaringsbasert), oppleve av utredende/behandlende tiltak utenfor sykehus? <ul style="list-style-type: none"> ◆ røntgenundersøkelser ◆ syketransport ◆ fremmed miljø og helsepersonell (akuttmottak, sykehusavdeling) → Nyttevurdering: ut i fra pasientens sykdomsbilde og skrøpeligheitstilstand, hvilken medisinsk behandling på sykehus kan være indisert (kunnskapsbasert) ved vanlige akutte tilstander?
1-5	JA	Vil som hovedregel ha nytte av sykehusbehandling



“En pasient – to verdener” - hvordan skape dialog?

- Pasientsentrert og proaktiv inngang
- Økt kunnskap om hverandre på tvers av tjenestenivåer (Helsefelleskap?)
- Kvalitet i informasjonsoverføring ved overganger:
 - ◆ Grundig informasjon om pasientens normalsituasjon inn
 - ◆ Detaljnivå ut (§9 forskrift om kommunal betaling for UKP)
 - problemstilling ved innleggelse avklart
 - øvrige problemstillinger som har tilkommet avklart, evt. redegjort for hvorfor dersom ikke avklart
 - klart standpunkt til diagnose og videre plan for oppfølging
 - nåværende funksjonsnivå, endring fra før innleggelse, prognose framover vurdert
- Tenk på at det er mulig med direkte dialog!

Epic Rapportkatalog Personalisering Påminn meg Kunnskapskilder CRM/CM Signer mine besøk SlicerDicer

Danser, Line

LD

Journalgjennomgang Administrativ kontakt Forhåndssamtaler

Forhåndssamtaler

NÆRMESTE PÅRØRENDE –
Nærmeste pårør...

HLR STATUS
HLR status

FORHÅNDSAMTALER –
NOTATER

FS-notater

Behandlingsnivå...

FORHÅNDSAMTALER –
DOKUMENTER

FS-dokumenter

Selvregistrerte ø...

VURDERINGER
Åndelig/eksisten...
ECOG Performa...
ESAS
Karnofsky-skår

Line Danser
Kvinne, 32 år, 01.01.1990
NIN: <E1821367>
Språk: Norsk (muntlig), Norsk Bokmål (skrevet)
HLR: HLR minus
PAS H NUMMER: 01010000266
Nærmeste pårørende: Se informasjon
HP PID: 91880551

Søk

solasjon: Ingen

Helsefaglig team: Ingen
astlege

TRD HMD
SVANGERSKAPSO
MSORG
Svangerskapsomsor
g

Allergier (2)

NB: Risikosvangerskap,
Skjermet kontakt (BTG),
Test pasient

Forhåndssamtaler – notater

Opprett FS-notat

Behandlingsdato	Forfatter	Forfattertype	Status	Notattype
19.12.22 10:26	Tilføy noe Elizabeth Anna Kimbell, Legespesialist	Legespesialist	Signert	Behandlingsnivå

Notater

Forhåndssamtaler – notater

Opprett notat for behandlingsnivå

Behandlingsdato	Forfatter	Forfattertype	Status	Notattype
19.12.22 10:26	Tilføy noe Elizabeth Anna Kimbell, Legespesialist	Legespesialist	Signert	Behandlingsnivå

Dokumenter

Dokumenter for forhåndssamtaler

Det er ikke registrert noen dokumenter for forhåndssamtaler.

+ LEGG TIL FORORDNING + LEGG TIL DIAGNOSE (0) SKRIV UT BESØK

Når man klikker på HLR-feltet i storyboard kommer flytskjema for forhåndssamtale opp. Her dokumenteres avgjørelse om behandlingsnivå strukturert og kan tilknyttes notat.