

OMRÅDEGERIATRI ved DMS Midt-Troms hvordan jobber vi, og hva oppnår vi i Nord?

Adri Vermeer
Spesialist i almenmedisin
Overlege Områdegeriatrisk tjeneste fra -93

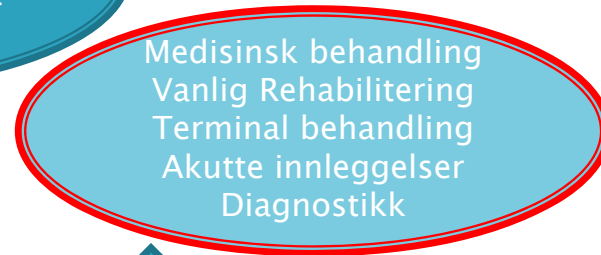
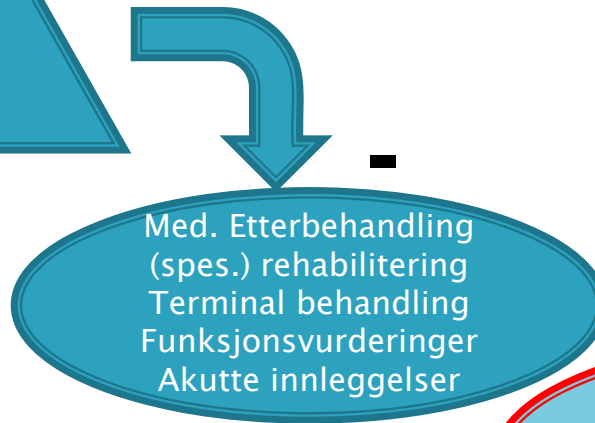
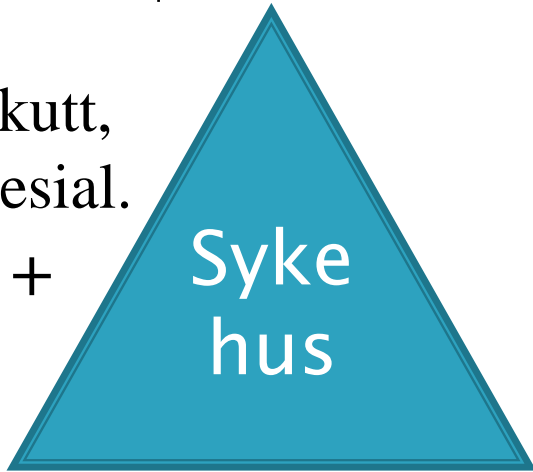


Generelle vurderinger

Beskrive Områdegeriatri Midt-Troms

Drøfting, utfordringer

Akutt,
Spesial.
+



+
Pleie

Syke
hus



Med. Etterbehandling
(spes.) rehabilitering
Terminal behandling
Funksjonsvurderinger
Akutte innleggelser

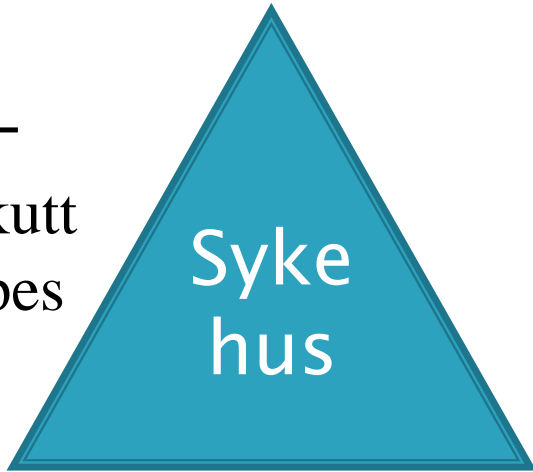
Medisinsk behandling
Vanlig rehabilitering
Terminal behandling
Akutte innleggelser
Diagnostikk



Syke
hjem

Ressurser
Kompetanse

+
Akutt
Spes



Områdegeriatri



Ressurser
Kompetanse



+
Omsorg

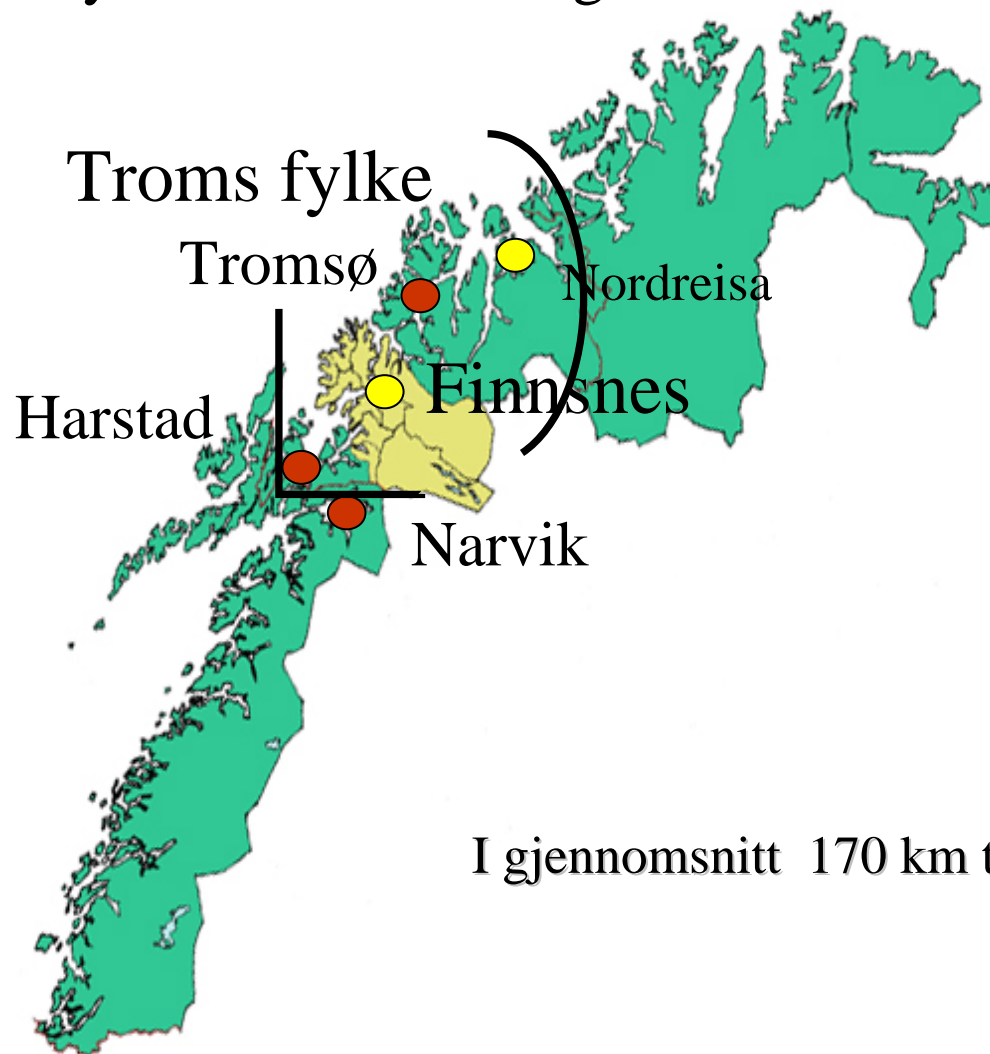
Planer i Helse-Nord

- ▶ Helse Nord rapport – 2004
 - Handlingsplan for geriatri 2004 – 2010
 - *”Helse Nord prioriterer geriatri – for gammel vil vi alltid bli...”*
- ▶ Geriater Wenche Frogn Sellæg (leder), Professor Peter F. Hjort, Geriater Sigurd Sparr e.a.
- ▶ ”Områdegeriatrisk tjeneste for Midt-Troms er et godt eksempel på organisering av spesialisthelsetjenester i geriatri utenfor sykehus, og kan stå som forbilde for opprettelse av liknende tilbud der avstandene mellom sykehusene er store”.

UNN Universitetspsykehuset Nord Norge

● sykehus

● dms



I gjennomsnitt 170 km til sykehus

Midt-Troms

(tall 01.01.06)



▶ Midt-Troms:

- Berg 996
- Torsken 1.005
- Tranøy 1.598
- Lenvik 11.051
- Sørreisa 3.322
- Målselv 6.578

▶ Indre Sør-Troms:

- Dyrøy 1.295
- Salangen 2.263
- Bardu 3.799
- Lavangen 1.035

▶ **Sum: 32.942**
innbyggere.

Litt historikk, 80 tallet

- ▶ Stor sykestue fungerte som intermediæravdeling
 - Før eller isteden for innleggelse på sykehus
 - Etterbehandling/vanlig rehabilitering etter sykehusopphold.
 - Kreftbehandling, terminal behandling
- ▶ Etter regionalt initiativ "Eldretjeneste på nye veier" ble det etablert et områdegeriatrisk tilbud i 1993
- ▶ Fylkeskommunen satset deretter på å bygge ut områdegeriatrien og spesialisert rehabilitering, og overlot det øvrige "intermediæransvaret" til kommunene.



MDMIS

Distriktsmedisinsk senter
Midt-Troms

- ▶ Fødestue
- ▶ Områdegeriatri
- ▶ Ambulansesentral
- ▶ Spesialister, gynekolog, ønh-lege
- ▶ Rtg
- ▶ Planlagt: dialyse, hud, flere spesialister, kreftbehandling.
- ▶ Interkommunal legevakt
- ▶ Interkommunal kommuneloverlege
- ▶ Interkommunalt legekontor ("Senjalegen")
- ▶ (Interkommunal Kvalitetutviklingsenhet, "Løkta")
- ▶ Sykehjem med korttidsavdeling (sykestua)
- ▶ Legekontor
- ▶ Kreftsykepleier, poliklinisk behandling

Helseforetak

Interkommunalt

Kommunalt

Områdegeriatrisk tjeneste for Midt-Troms.

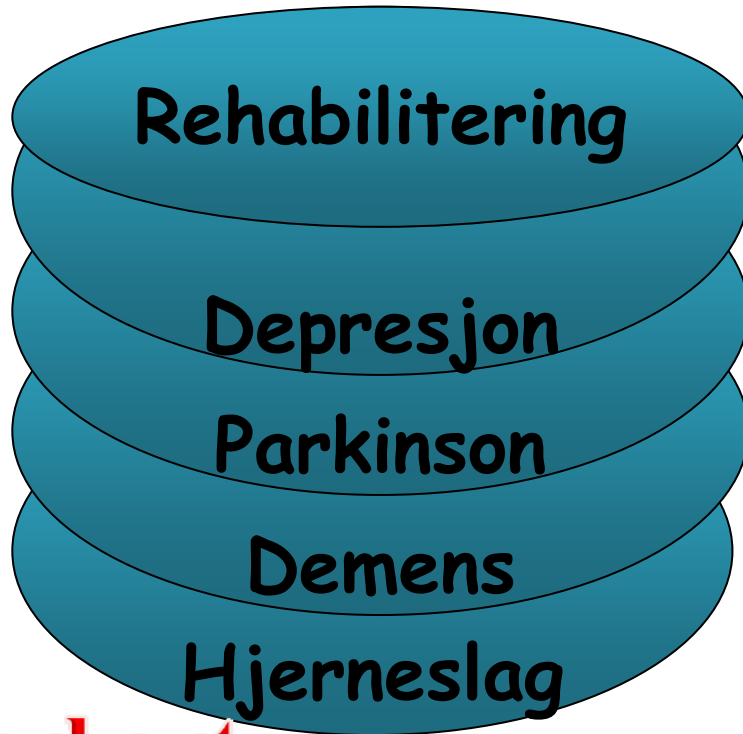
- ▶ Spesialisthelsetjeneste (UNN-HF)
- ▶ Geriatri og rehabilitering
- ▶ Desentralisert

Helseforetaket: ”bestiller-ansvar”
Kommunen: ”driftsansvar”

Områdegeriatrik tjeneste for Midt-Troms.

- ▶ Tverrfaglig sammensatt
 - 2 leger, 2 fysioterapeuter, 1,5 ergoterapeut, 0,5 logoped, pleiegruppe
- ▶ Hovedkompetanse:
 - Spesialisert (geriatrik) rehabilitering
 - Geriatri ("ikke-akutt"). Hjerneslag, demens.
- ▶ Helhetlig tilbud (pasientforløp):
 - Avdeling, poliklinikk, reisevirksomhet til kommunene
 - Pasientbehandling, veiledning, rådgivning, undervisning

Kompetansekrav



Hjernen!

- ▶ Lege
- ▶ Sykepleier
- ▶ Ergoterapeut
- ▶ Fysioterapeut
- ▶ Logoped

Fører kort

Samtykkekompetanse

Tvang

Alderspsykiatri

Etiske spørsmål

Akutt forvirring

OGT, hva gjøres?

- ▶ **Avdeling ved DMS Midt-Troms**
 - 8 senger, mest rehabilitering, en del utredning
- ▶ **Poliklinikk ved DMS Midt-Troms**
 - 2 dager per uke. Lege og sykepleier, terapeuter ved behov.
- ▶ **Oppsøkende virksomhet**
 - 2 dager per uke fast pluss 1 dag til "halv-akutt". Ofte sykehjem. Tverrfaglig, alltid lege og sykepleier, ved behov også terapeuter.
 - Pasientundersøkelser, rådgivning, undervisning.
- ▶ **Nettverksarbeid (demens, rehabilitering)**
 - Kurs, møter, samlinger, virtuelt nettverk m.m.
 - Kompetansebygging, øke samhandlingen.
 - Organisert i "Løkta"

Områdegeriatrik tjeneste

1. **Desentralisert spesialisert geriatrik rehabilitering (++)**
2. **Oppsøkende geriatri med vektlegging av**
 - kompetanseøkning i kommunehelsetjenesten og
 - samhandling med kommunehelsetjenesten

Begrunnelser for desentralisert geriatri

- ▶ Gi befolkningen i distriktene et likeverdig tilbud
- ▶ Unngå ulemper knyttet til lang transport og opphold langt fra pårørende.
- ▶ Spare reiseutgifter.
- ▶ Gi et rehabiliteringstilbud nærmest mulig hjemmet
- ▶ Fordelene med "small is beautiful".
 - Og ulempene...

Begrunnelse for områdegeriatri

- ▶ I kommunehelsetjenesten finnes det mange geriatriske pasienter med et behov for diagnostikk og behandling
 - Som (best) kan ivaretas der pasienten er, i et samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og en oppsøkende spesialisthelsetjeneste,
 - hvor nøyaktig diagnose er avgjørende for den videre behandlingen
 - et slikt tilbud er best for pasienten,
 - og samlet sett gir den beste ressursutnyttelsen.

Utfordringer i kommunehelsetjenesten

▶ **Skrøpelige pasienter**

- Noen pasienter er for svake til å tåle reisen til, eller oppholdet på sykehuset, eller får ikke utnytte av det (risiko for delirium, sykehusinfeksjoner, å bli ”overkjørt”, over- eller underbehandling), eller man ”ser ikke behov” for et tilbud.

▶ **Pasienter med sammensatt funksjonssvikt,**

- Enkeltvurderinger fra gren-spesialister kan skape usikkerhet. Eller spesialister erkjenner at de ikke har oversikt, og tør/kan/vil ikke konkludere. Ikke nok å utelukke ting! Noen må konkludere og bestemme hva som skal gjøres.

Samarbeid oppsøkende spesialisthelsetjeneste – kommunehelsetjeneste

- ▶ Kommunehelsetjenesten bidrar med:
 - Helhetlig ansvar (-> **motivasjon til å følge opp**),
 - Detaljkunnskap om den aktuelle pasienten,
 - Kontinuitet og tverrfaglighet.
- ▶ Spesialisthelsetjenesten bidrar med:
 - Kompetanse og erfaring. Kunnskap om diagnose, behandling, prognose, rehabiliteringspotensiale.
 - Bør også bidra med tverrfaglighet og kontinuitet!
- ▶ Kompetanseoverføring skjer begge veier!

Lov om spesialisthelsetjenesten.

- ▶ § 7-4. *Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten:*
 - Helsepersonell....skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Målsetting for Områdegeriatri

- ▶ Bringe tverrfaglig kompetanse til brukerne: pasientene og kommunehelsetjenesten.
- ▶ Ivareta kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten
- ▶ Bidra til at man i fellesskap gjør en faglig god jobb for pasientene på lavest mulig omsorgsnivå (LEON-prinsippet).

Erfaringer, kompetanse 1

- ▶ Områdegeriatriens kompetanse/tilbud skal være
 - Diagnostikk og tiltak på spesialistnivå,
 - I et definert område innen geriatri og rehabilitering
 - Som gir et tilbud til de største pasientgruppene i helsetjenesten for de gamle
- ▶ Kompetansen trenger ikke være lik den på sykehus, men skal gi like bra eller bedre resultat for brukeren.

Erfaringer, kompetanse 2

- ▶ Et godt resultat for brukerne er avhengig av kompetanse i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- ▶ Derfor har OGT etablert og driver nettverk for OGT og kommunehelsetjenesten:
 - ”Demensnettverk i Midt-Troms”
 - ”Rehabiliteringsnettverk i Midt-Troms”
 - Neste tiltak: ”sykehjemsnettverk”?
 - Organisert i egen interkommunal ”Kvalitetsutviklingsenhet for helse-og sosialtjenesten” (LØKTA)

Erfaringer, kompetanse 3

- ▶ Diagnostikk er en viktig oppgave. Derfor kreves
 - tilgang til elektronisk pasientjournal i spesialisthelsetjeneste (DIPS)
 - leger med høy kompetanse innenfor geriatri og almenmedisin, noe som
 - forutsetter en egen, anerkjent spesialitet? !
 - Som ikke finnes i dag...
 - Spesialitet i aldersmedisin!

Resymé

- ▶ Områdegeriatri etter "Finnsnes-modellen" er en form for helsetjeneste som styrker tilbudet til de geriatriske pasientene i kommunene.
- ▶ Modellen kan tilpasses forskjellige geografiske og organisatoriske forhold, også i forhold til todelingen spesialisthelsetjenesten/kommunehelsetjenesten.
- ▶ I Helse-Nord er områdegeriatri en del av spesialisthelsetjenesten, dette er en velfungerende (og sannsynligvis nødvendig).

Dokumentasjonsbehov?

- ▶ Avdelingen: geriatrik rehabilitering.
- ▶ Poliklinikk: ger. diagnostikk og behandling
- ▶ Utreise: ger. diagnostikk og behandling

= Desentralisert geriatri.

Grunn til å anta at det ikke er andre krav til dokumentasjon enn for samme aktivitet på sykehusene.

Oppsøkende (= områdegeriatri):

- ▶ Diagnostikk og oppfølging sammen med personalet i kommunehelsetjenesten
 - "Geriatric assessment"
 - Fører dette til resultat?
 - Fastlege/tilsynslege, sykepleier, terapeuter.
 - Andre forutsetninger for oppfølging enn på sykehus?
- ▶ Rådgivning, undervisning
 - Fører dette til endringer, bedre kvalitet?

Nettverksarbeid

- ▶ Kurs, videokonferanser, virtuelt nettverk med diskusjonsforum
- ▶ ”Gjøre hverandre god”
- ▶ Kompetanseøkning, bedre utredning og behandling i kommunehelsetjenesten, mindre henvisninger til neste nivå.
- ▶ Bedre samarbeidet
- ▶ Stimulere til nye tiltak

- ▶ Hvordan dokumentere at dette virker?

Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 14-2006

Systematisk kunnskapsoppsummering

- ▶ **Effekt av geriatriske tiltak til eldre pasienter innlagt i sykehus**
 - Geriatriske konsultasjonsteam som støtter forskjellige avdelinger rundt om i sykehuset har ingen effekt.
 - Det er et klart behov for mer forskning på området. Det er viktig å utvikle og utprøve nye organisatoriske løsninger, og komme frem til kriterier for målrettet utvelgelse av pasienter som kan ha nytte av ulike geriatriske tiltak.

På den ene siden....

- ▶ Det er et behov for forskningsprosjekter som viser effekt av områdegeriatriske tiltak
- ▶ Det bør kanskje ikke settes i gang slike tiltak hvis de ikke er en del av et forskningsprosjekt som viser at tiltaket virker?
- ▶ Men virker i forhold til hva? Og hva skal vi måle? OGT Midt Troms har begynt å jobbe med dette.

På den andre siden...

- ▶ Skal vi la være å gjøre noe, og bare se på at det er mange geriatiske pasienter i egne hjem og sykehjem
 - Som ikke har fått diagnosen de trenger for å få et godt tilbud
 - Som ikke får vurdert evt rehabiliteringspotensiale
 - Hvor gren-spesialistene "ikke har mer å tilby"
 - Som har alt for mange medisiner eller som får feil medisin
 - Som ikke får medisinen de faktisk kan ha glede av
 - Som ikke får behandling for psykiske lidelser fordi de ikke blir oppdaget eller fordi DPS-ene ikke prioriterer de gamle
 - Som får et dårlig tilbud fordi det faglige miljøet er for svak, mangler en god ideologi og kultur, og legetjenesten er en del av problemet?
 - Blir møtt med dårlige holdinger og uvitenhet, til dels av ufaglærte
 - Etc etc etc

Takk for oppmerksomheten

adri.vermeer@unn.no