

## **Arbejdsliv og - læring på geriatrisk afdeling.**

Dette dokument er et forsøg på at beskrive hvordan man som uddannelsessøgende læge kan træne og anvende de 7 roller på en geriatrisk afdeling. Det er skrevet til geriatrisk afdeling i Roskilde, men store dele af det kan sikkert bruges også på andre afdelinger.

Indledning.....	3
Introduktionsprogram.....	3
Vejleder og vejledersamtaler .....	4
Specialet.....	5
Afdelingens organisation. ....	5
Arbejdsopgaver. ....	6
Stuegang. ....	6
Stuegangssamtaler.....	7
Planlægningskonference.....	7
Modtagelse af nye patienter.....	8
Udskrivning.....	8
Tilsyn.....	9
Vagt.....	9
Daghospital.....	10
Konferencer.....	10
Læringsmuligheder.....	11
Medicinsk ekspert.....	11
Leder/administrator.....	11
Kommunikator .....	12
Samarbejder .....	12
Sundhedsfremmer .....	12
Akademiker .....	13
Professionel.....	13
Den individuelle uddannelsesplan.....	13
Feedback og evaluering.....	14
Appendiks.....	14
Feedback regler .....	14
Fremlæggelse ved konference .....	16
Modtagelse af ny patient .....	17
Udskrivningsnotat .....	18
Det gode geriatriske tilsyn.....	19
Eksempel på individuel uddannelsesplan for introduktionslæger .....	22

## Indledning

Dette lille hæfte er ikke en samling instrukser. Instrukser findes elektronisk. Her vil vi gerne give dig som uddannelsessøgende læge en kort introduktion til det geriatriske speciale, til afdelingens organisation og til dine arbejdsopgaver og læringsmuligheder på geriatrisk afdeling i Roskilde.

## Introduktionsprogram

De første dage gennemgår du et introduktionsprogram som består dels af en fælles introduktion til sygehuset og dels af introduktion til geriatrisk afdeling. Introduktionen foregår glidende således at du i løbet af de første 4 dage gradvis introduceres til alle de opgaver du kommer til at varetage.

### 1. dag

Deltagelse i fællesintroduktion for nyansat personale ved RAS

### 2. dag

Deltagelse i morgenkonference kl. 8.30. Samtale med vejleder omkring den praktiske gennemførelse af introduktionsprogrammet. Resten af dagen "kobles" du til en af kollegaerne, sædvanligvis tutor/vejleder. Du deltager i morgengruppemøde og bliver rundvist i afdeling og daghospital. Herefter går du med kollegaen på stuegang. Efter middagskonferencen evt. deltagelse i planmøde og efterfølgende diskussion af forløb og truffne beslutninger. Om eftermiddagen gennemgang af afdelingens behandlings- og undersøgelsesfaciliteter (undersøgelsesstue, skabe m. drop og kateterbakker, medicinrum, hjertestopvogn). Kl. ca. 15 afrunding m. vejleder. Der fastsættes tidspunkt for introduktionssamtale (inden for 14 dage).

### 3. dag

Morgenkonference. Du knyttes igen til en kollega og deltager i morgenmøde på det afsnit du bliver tilknyttet. Du instrueres i procedure ved modtagelse af nye patienter og du får lejlighed til at modtage og lægge plan for en ny patient. Alternativt deltager du i kollegaens stuegang. Epikriser dikteres altid dagen før patienten udskrives.

### 4.dag

Morgenkonference. Selvstændig stuegang i eget afsnit. Eventuel modtagelse af ny patient. Om eftermiddagen introduktion omkring praktiske vagtforhold samt de hyppigst forekommende kliniske problemstillinger ved akut tilkald. På dette tidspunkt er det hensigtsmæssigt, at du selv gør status og vurderer om der er områder, hvor du endnu mangler information.

### 5.dag

Du arbejder nu selvstændigt i eget afsnit. Problemer eller spørgsmål tages med til middagskonference eller drøftes med vejleder/kollega. Én af de kommende dage vil du som regel af din første vagt. Overlægerne har ikke formel bagvagtfunction, men én af dem kan sædvanligvis kontaktes. Du er altid velkommen til at ringe, også omkring praktiske spørgsmål.

I løbet af de første 1-2 uger skal du have en introduktionssamtale med en række personer. Nedenfor finder du et skema med disse personer og datoer for aftale om introduktion.

Person	Tidspunkt for introduktionssamtale
Uddannelsesansvarlig Overlæge Ellen Holm	
Afdelingssygeplejerske Lonnie	
Sekretær	
Fysioterapeut	

## Vejleder og vejledersamtaler

Alle uddannelsessøgende læger tildeles en vejleder og der afholdes samtaler med henblik på planlægning og opfølgning af uddannelsen. En stor del af indholdet i vejledersamtalen er ens for alle nye læger på afdelingen og vi gør derfor nu et forsøg med gruppevejledning.

Uddannelsesansvarlig overlæge Ellen Holm er derfor hovedvejleder for alle afdelingens uddannelsessøgende læger og vejledningssamtalerne foregår som udgangspunkt i et fælles forum med alle de uddannelsessøgende læger.

Forud for første vejledersamtale, forventes at de uddannelsessøgende har læst deres uddannelsesprogram og gjort sig overvejelser om deres individuelle uddannelsesplan. Se eventuelt eksempel på individuel uddannelsesplan sidst i dette dokument.

Ved behov er der naturligvis også mulighed for løbende at aftale individuelle samtaler.

Den praktiske daglige supervision og kompetenceevaluering varetages af alle afdelingens seniore læger.

## **Specialet.**

Geriatri er et af de 9 intern medicinske specialer.

Et kerneområde for geriatrien er diagnostik og behandling af akut sygdom hos svækkede gamle. Den geriatriske tilgang til denne patientgruppe er kendetegnet ved

- At geriateren foretager en helhedsvurdering frem for blot at fokusere på det symptom, som udløste indlæggelsen. Når man har mange kroniske sygdomme, kan det være lidt tilfældigt, hvad der "vælter læsset". Det er formentlig derfor, den geriatriske metode med helhedsvurderingen som omdrejningspunkt, har vist sig effektiv i flere videnskabelige undersøgelser.
- At der lægges vægt på at afsløre/forhindre bivirkninger og komplikationer til behandling og undersøgelse. Ingen anden patientgruppe er så udsat for utilsigtede hændelser som den geriatriske gruppe. Dette er naturligt, da disse patienter er skrøbelige, og ofte medicineres og undersøges af forskellige læger fra flere specialer samtidigt.
- At der foretages en tværfaglig funktionsvurdering og vurdering af tilgrundliggende sygdom som årsag til eventuelle funktionstab. I den geriatriske patientgruppe er det i mange undersøgelser vist, at funktionsniveau har større prognostisk betydning end medicinske diagnoser.
- Tidlig mobilisering for at undgå og forebygge yderligere funktionstab.
- Tværfaglig indsats. Den medicinske helhedsvurdering og den tværfaglige funktionsvurdering udmunder i en multifaktoriel intervention. Tværfaglighed er derfor en vigtig krumtap i den geriatriske metode.
- Tværsektorielt samarbejde. Skrøbelige patienter har et specielt behov for velplanlagte forløb omkring indlæggelse og udskrivelse. Geriatriske teams, daghospitalet og ambulatorier samarbejder med praktiserende læger, hjemmepleje og kommunale institutioner og bygger bro mellem sektorerne.

## **Afdelingens organisation.**

Sengeafdelingen L80 har 32 senge. Organisatorisk er afdelingen delt i A-gangen og B-gangen med hver 16 senge. A og B gang er yderligere underopdelt i A1, A2, B1 og B2. Som læge er man tilknyttet A- eller B-gangen. Der er almindelig stuegang i hver af undergrupperne 2 gange ugentligt og de øvrige dage er der behovsstuegang. Der er tværfaglig konference i hver af undergrupperne 1 gang ugentligt. 2 gange ugentligt er der "tavlemøde" – en slags forstuegang, hvor de patienter, der skal gås stuegang på lige løbes igennem, se senere. Onsdag er "stuegangsfri" dag. Onsdag kan bruges til samtaler, til studier, til at sætte sig særligt ind i komplicerede sygehistorier, til vejledningssamtaler osv.

Geriatrisk Daghospital er bemanded med 2 sygeplejersker, en fysioterapeut og en læge. Daghospitalet modtager dels patienter henviste fra praktiserende læger til udredning for kompleks medicinsk sygdom dels patienter, som har været indlagt på andre sygehusafdelinger eller på L80 og hvor der er behov for opfølgning eller yderligere udredning.

Geriatrisk team består af en læge, en sygeplejerske, en fysioterapeut, en ergoterapeut og en sekretær. To af teamets medlemmer er ansatte i Roskilde kommune (sygeplejersken og ergoterapeuten). Teamet betjener kun patienter, som er bosiddende i Roskilde kommune. Teamet tilser dagligt nyindlagte Roskilde borgere > 65 år og vurderer, om de har behov for geriatrisk intervention i form af rådgivning, overflytning til L80, opfølgning i geriatrisk daghospital eller opfølgning ved geriatrisk team. Praktiserende læger kan henvise patienter (Roskilde borgere) til geriatrisk team som derefter tager på hjemmebesøg hos patienten. Geriatrisk team kan også efter en udskrivelse lave opfølgende hjemmebesøg. Det er kun patienter, som er så skrøbelige, at det vil være svært for dem at komme på sygehuset, som følges op af teamet. Andre patienter henvises til opfølgning i geriatrisk daghospital.

Geriatri i Køge. Køge Sygehus har ikke nogen selvstændig geriatrisk afdeling. Der findes 8 geriatriske senge (lånesenge i medicinsk afdeling) som passes af læger ansat ved geriatrisk afdeling i Roskilde.

## **Arbejdsopgaver.**

### ***Stuegang.***

Som uddannelsessøgende læge er du fast tilknyttet enten A eller B gangen. En stuegang starter kl 09.00 med enten tavlemøde eller tværfaglig konference. Hvad enten det er tavlemøde eller tværfaglig konference gennemgås på mødet de 8 patienter, som den dag har stuegang.

Det er vigtigt, at du er forberedt til stuegangen. Ellers er det meget svært at nå det hele. Ideelt set kender du dine patienter, og ved hvortil I er kommet i udredningsfasen. Det er svært at få de relevante informationer og beslutninger ved de tværfaglige konferencer/tavlemøder, hvis du som læge ikke er velforberedt. Det er typisk lægen der styrer konferencen/mødet, sikrer at alle bliver hørt og sørger for at tiden bliver overholdt. Lægen er også konferencens "referent" og dikterer konferencens beslutninger for hver enkelt patient.

- Tavlemøde varer fra 09.00-09.15. Tavlemødet foregår stående for at markere at der er tale om en kort udveksling af informationer.
- Tværfaglig konference varer fra 09.00-09.30. For hver patient gør hver af faggrupperne kort rede for, hvor langt man er kommet: fysioterapeuten fortæller, hvordan det går med mobilisering, sygeplejersken fortæller om plejehov og lægen fortæller ganske kort, hvor man er hvad angår den medicinske udredning. Når tiden er knap, er det især vigtigt at få fysioterapeutens melding - sygeplejerske og læge går sammen stuegang bagefter og har mulighed for at udveksle informationer undervejs. Ved den tværfaglige konference dikterer lægen efter hver patient. Diktatet indledes med "Tværfaglig konference" - der skal altid være et notat fra

den tværfaglige konference. Hvis der ikke er ændringer i forhold til det seneste tværfaglige notat, er det i orden blot at diktere "intet nyt". Ved den tværfaglige konference skal det altid overvejes, hvornår der skal lægges udskrivelsesplan. For nærmere beskrivelse af tværfaglig konference, se venligst elektronisk instruks i sitecore.

Når tavlemøde/tværfaglig konference er færdig, er der ca. 30 minutter afsat til de akutte behov, der kan være i forhold til de 8 patienter, som ikke har stuegang.

Senest kl. 10.00 starter selve rundgangen til patienterne. Du skal have stuegangsvogn med bærbar pc med dig rundt, så du undervejs har alle informationer om medicin og prøver ved behov. Rundgangen skal være færdig kl. 12.00, så du kan nå i kantinen og til lægekonsference kl. 12.30. Du har altså 2 timer til at se de 8 patienter. Ofte er der undervejs én stuegangssamtale som typisk varer 15-20 minutter.

Det er vigtigt, at stuegangen er færdig om formiddagen. Eftermiddagen har du brug for til samtaler, udskrivningsplanlægning og epikriser og nogen gange også for, at du kan forberede dig på næste dags stuegang.

Og hvad skal stuegangen så indeholde? Når du starter rundgangen har du allerede en række oplysninger fra fysioterapeut og fra plejepersonale, du har set på evt. nye prøvesvar og overvejet hvilke konsekvenser, der skal tages af alle disse oplysninger. Det du mangler, er at få patientens vurdering og at formidle din professionelle vurdering og eventuelle konsekvenser til patienten. Og derefter med inddragelse af patientens problemer og vurderinger at justere den plan, der er lagt ved den tværfaglige konference.

### ***Stuegangssamtaler***

De geriatriske patienter har ofte behov for støtte fra pårørende, både når de skal redegøre for egne symptomer og problemer, og når de skal forstå og huske vore professionelle informationer. Derfor tilbydes alle i løbet af den første uges indlæggelse en stuegangssamtale, hvortil pårørende efter patientens ønske kan inviteres. Ideelt deltager både læge og sygeplejerske i samtalen. Samtalen må vare 15-20 minutter og i dette tidsrum skal eventuelle uklare elementer i anamnesen uddybes, og pårørende og patient skal sammen informeres om vores foreløbige plan herunder forventet udskrivelsestidspunkt. Det er vigtigt, at du som læge styrer samtalen så tiden overholdes. For at kunne det, skal du være godt forberedt dvs. du skal vide hvilke punkter i anamnesen, du har brug for at få uddybet, og du skal have forholdt dig til plan for udredning, udskrivelse og eventuel opfølgning. Udover tilbuddet om stuegangssamtale i starten af indlæggelsen kan pårørende og patienter naturligvis altid bede om yderligere samtale ved behov. Hvis man forventer, at der er brug for længere tid, kan man være nødt til at planlægge det uden for stuegangstiden dvs. om eftermiddagen.

### ***Planlægningskonference***

Ved planlægningskonferencer deltager sædvanligvis ikke læger. Ved planlægningskonferencen planlægges udskrivelsen helt praktisk i samarbejde mellem afdelingens plejepersonale, den kommunale visitator og patient og

pårørende. Enkelte gange kan du blive bedt om at deltage som læge, fordi familie eller patient har spørgsmål til selve sygdomsforløb, undersøgelser osv. I sådanne tilfælde er det rationelt, at lægen starter med at aflevere denne information og derefter forlader mødet.

### **Modtagelse af nye patienter.**

Når patienter kommer hjemmefra optages naturligvis en fuld journal. Men de fleste patienter kommer fra andre afdelinger enten fra Køge eller hyppigere fra Roskilde Sygehus. Sygehuset har fælles journal, så det er ikke nødvendigt at foretage en ny journaloptagelse. Men det er vigtigt, at der allerede ved modtagelsen lægges en plan for forløbet under indlæggelsen på L80.

Planen bygger på en syntese af de informationer, man har fra foreliggende journalmateriale, prøvesvar samt fokuseret objektiv gennemgang og anamneseoptagelse (se selvstændig instruks i sitecore). I planen skal også indgå et skøn over den forventede indlæggelsesvarighed.

Planen kan med fordel beskrives punktvis relateret til de problemstillinger, der skal vurderes/behandles under indlæggelsen. Under disse punkter anføres også medicin ordinationer. Ordinationen "vanlig medicin" anvendes aldrig. I problemlisten tages for hvert enkelt præparat stilling til indikation, dosis og eventuel kontrol. Dosis anføres ikke i journalen, da den fremgår af den elektroniske medicinordination (OPUS). Dog anføres dosis i anamnesen ved nyindlagte patienter, fordi det er væsentligt at vide, hvilken dosis patienten fik derhjemme – det er jo ikke nødvendigvis den samme, som den der ordineres i OPUS

Der er for det meste sat en læge af i vagtskemaet til modtagelse af nye patienter. Ofte kommer patienterne dog først ned på L80 i løbet af formiddagen og nogen gange også først over middag. Hvis du i vagtskemaet står til modtagelse af nye patienter, er det en fordel at komme i gang så hurtigt som muligt. Du kan så snart du ved, hvilke patienter der er planlagt til at komme på L80, gå op på den afdeling, patienten kommer fra og dér gennemføre en fokuseret anamneseoptagelse og obj. undersøgelse og lave overflytningsnotatet. Det bånd, du dikterer, skal du tage med ned på L80 til sekretæren dér. Hvis der ikke er patienter på venteliste til L80, går teamet eller en tilsynsgående læge ud for at finde og visitere patienter til L80. I den situation er det fornuftigt, hvis du som journalskrivende læge følges med teamet. Så kan du, når I finder en egnet patient på en af de andre afdelinger, straks fortsætte med overflytningsnotatet.

### **Udskrivning**

At gøre klar til en udskrivelse og at skrive epikrisen skal ses som den sidste og meget vigtige kvalitetskontrol på det enkelte patientforløb. Det er vigtigt, at du holder dig orienteret om, hvornår dine patienter skal udskrives. Specielt er det vigtigt, at du altid ved, hvilke patienter, der skal udskrives næste dag. Disse patienter skal du sige farvel til dagen før og sikre dig, at de har fået svar på alle relevante spørgsmål til undersøgelser osv. Du skal gennemgå deres medicin og sikre, at der er lavet recepter på ny medicin. Vær også opmærksom på, at deres præparater derhjemme måske hedder noget andet, og at det i OPUS skal ændres til det, de er vant til derhjemme (f.eks. har de måske fået enalapril på sygehuset, men er vant til at få corodil derhjemme). Du skal overveje, om der er behov for



opfølgning i daghospital eller hos egen læge og drøfte det med patienten. Og så skal du skrive epikrisen. Selve det at diktere epikrisen er ikke så tidskrævende, når du kender patienten og har gjort udskrivelsen klar som her beskrevet – se instruks for epikriseskrivning i sitecore.

Hvis du vurderer, at der er behov for opfølgning i daghospitalet, er det vigtigt, at du laver et oplæg i journalen. Oplægget skal klart udtrykke, hvad det er, der skal kontrolleres/følges op på i daghospitalet. Hvis der er tale om kontrol af blodprøver, skal der i oplægget stå, hvilke blodprøver der skal bestilles i forbindelse med fremmøde i daghospitalet. Der skal også stå, hvor hurtigt, du mener, patienten skal indkaldes til daghospitalet f.eks. indenfor 1 uge, et par uger eller om 3 måneder.

I forbindelse med udskrivning skal du huske at tage stilling til behovet for træning. Beslutningen om, hvorvidt der er behov for almindelig genoptræning eller specialiseret genoptræning efter udskrivelsen, skulle gerne allerede foreligge fra den tværfaglige konference. Patienter som blot skal fortsætte en vanlig vedligeholdelsestræning skal ikke have genoptræningsplan. Men patienter som en periode skal have en mere intensiv genoptræning skal have en genoptræningsplan. Det er fysioterapeuten, der udarbejder genoptræningsplanen, men det er lægen, der ordinerer den i journalen, og det skal nævnes i epikrisen, hvorvidt der er planlagt genoptræning og udarbejdet genoptræningsplan.

### **Tilsyn**

Tilsyn er normalt en funktion for en af de seniøre læger. Teamtilsyn er dog en undtagelse. Teamet visiterer selvstændigt patienter til L80. Hvis du i en periode er tilknyttet teamet (det er nogen yngre læger, men ikke alle) går du derfor tilsyn sammen med teamet. Der findes en særskilt vejledning i tilsynsfunktion (findes i den gule tilsynsmappe). Som teamlæge kommer du også på hjemmebesøg hos patienter henvist fra egen læge. Arbejdet som teamlæge vil foregå under tæt supervision fra den faste teamlæge, afdelingslæge Annie Juncher.

### **Vagt**

I vagten går du aftenstuegang kl ca 16 og du ser dagens indkomne prøvesvar. Når du har vagt, skal du ved middagskonferencen notere dig, hvilke patienter der skal tilses i forbindelse med aftenstuegang. Vagt funktionen indebærer, at du ser blodprøvesvar og reagerer på evt. alarmerende svar. Hvis du ser abnorme svar, som er kendte f.eks. en Hbg på 6, som har ligget deromkring ved alle de seneste målinger, behøves du ikke foretage dig yderligere. Man må gå ud fra, at patientens kontaktlæger, som har bestilt prøverne, ser på dem ved stuegang. Hvis du er i tvivl om konsekvensen af et prøvesvar, er det godt at nævne det ved din vagts afslutning dvs. ved næste morgenkonference. Der er ikke nogen formel bagvagtsfunktion, men du er altid velkommen til at ringe til en af afdelingens overlæger. I akutte situationer, hvor du har behov for tilsyn fra andre afdelinger f.eks. kardiologisk, intensiv eller kirurgisk, tilkalder du den relevante bagvagt. Det er ret sjældent, at vi overflytter patienter til andre afdelinger – det er næsten kun, når der er behov for intensiv eller kardiell monitorering, eller hvis der er behov for kirurgisk intervention.

## **Daghospital.**

Som yngre læge kan du i perioder være knyttet til daghospitalet, i så fald under tæt supervision af overlæge Ellen Holm. I daghospitalet udredes kompleks sygdom hos geriatriske patienter. Der er nogle særlige patientgrupper, som i den forbindelse skal nævnes.

- Patienter med mistanke om demens. Demens diagnosen kan kun stilles, når man har mindst 6 måneders symptomer som hører til demens. Og for at stille diagnosen og vurdere sværhedsgraden skal patienten være i en rolig fase herunder også i rolige og vante omgivelser. Diagnosen stilles derfor sjældent under indlæggelse, hvor patienterne jo er præget af akut sygdom. Typisk henvises patienter, hvor der er mistanke om demens til vurdering i daghospitalet 3 måneder efter udskrivelse. Selve udredningsforløbet i daghospitalet er beskrevet i demenshåndbogen som ligger på sitecore.
- Patienter med faldepisoder. Mange patienter bliver indlagt på grund af fald eller falder under indlæggelsen. I de fleste tilfælde kan man allerede under indlæggelsen få sandsynliggjort, hvad der er faldårsag(er), og så er der ikke grund til videre udredning i daghospitalet. Hvis man mangler nogle undersøgelser under indlæggelsen, og derfor ikke har fået klarhed over, hvorfor en patient falder, kan man henvise til videre udredning i daghospitalet. Der foreligger en instruks for faldudredning i daghospitalet.
- Patienter med depression. Nogle patienter med depression har brug for et længere forløb i daghospitalet, hvor de tilbydes en kombination af fysisk træning, social stimulering, medicinsk behandling og regelmæssig samtale med plejepersonale og/eller læge. Denne gruppe har typisk fremmøde et par gange ugentligt i en 6-8 ugers periode. Det er en behandling vi ofte har succes med, når det ikke er lykkedes at behandle patientens depression på anden vis.
- Patienter med funktionstab. De fleste patienter, som henvises til daghospitalet til udredning for medicinsk sygdom, har et samtidigt funktionstab. De fleste patienter har brug for en vurdering ved fysioterapeut for at få en god og detaljeret beskrivelse af funktionstabet, så der kan iværksættes en målrettet træning – som oftest skal foregå i kommunalt regi.

## **Konferencer**

Morgenkonference kl. 8.30 – 8.55. Her hører vi, hvad der evt er sket i vagten og vi får et overblik over dagens opgaver. Da konferencerne på L80 starter kl. 09.00 er det vigtigt at overholde tiden.

Middagskonference kl. 12.30 – 13.00. De stuegangsgående læger fremlægger evt. problemer som konferencen skal være med til at løse og overlevere væsentlig informationer til den vagthavende. Vi snakker om hvad der rester af dagens arbejdsopgaver - er nye patienter taget imod? Er der planlagt udskrivelser og er der i så fald planlagt eftermiddagstid til epikriseskrivning? Osv.

Torsdag middagskonference. En mikrobiolog fra SST deltager i konferencen, hvorfor det er vigtigt at tænke på, om der er særlige problemstillinger vi skal drøfte med mikrobiologen.

Tirsdag er der fra kl. 14 demenskonference. Alle patienter, som er færdigudredt i hukommelsesklinikken, i daghospital eller geriatrisk tema, drøftes her, og man konkluderer vedrørende diagnose og hvilken behandling der skal tilbydes. Det er en meget lærerig konference at deltage i. Længden varierer, idet det kommer an på, hvor mange patienter der skal gennemgås. Hvis man ikke selv skal fremlægge en patient, er det helt legalt blot at deltage i en del af konferencen (det er altså ok at komme for sent og at gå tidligt).

Onsdags undervisning 14.30-15.30. Vi underviser hinanden. Alle yngre læger skal undervise minimum 2 gange i løbet af 6 måneder. Når en yngre læge underviser, giver dennes vejleder feedback (ikke nødvendigvis i forbindelse med undervisningen, men helst i umiddelbar relation hertil). Afdelingens seniore læger underviser i en række faste emner. Dette for at de yngre læger kan blive introduceret til væsentlige geriatriske problemstillinger (fald, demens, delirium, væske- og elektrolytforstyrrelser osv.).

## **Læringsmuligheder**

Via dine arbejdsopgaver er der rig lejlighed til læring. I det følgende skitseres nogle af alle disse læringsmuligheder set i relation til de 7 roller, inden for hvilke en læges kompetencer er definerede.

### ***Medicinsk ekspert***

Geriatriske patienter har typisk mange sygdomme og får meget medicin. Det kan i starten være vanskeligt at få hold på, men det giver en rig mulighed for at lære intern medicin. Du har som yngre læge på vores afdeling hurtigt et stort ansvar. Det er vigtigt, at du tager alle tvivlsspørgsmål med til konference. Samlet set besidder konferencen en stor intern medicinsk viden, så mange spørgsmål kan hurtigt afklares. Forsøg at præsentere dine spørgsmål så fokuseret du kan, se også særlig vejledning i appendiks.

### ***Leder/administrator***

Du fungerer som leder i flere sammenhænge: du skal styre morgenmøderne på L80 så alle vigtige informationer kommer frem og så tiden overholdes. Det samme gælder for samtaler med patienter og pårørende. At styre tiden uden at miste vigtige informationer er en vanskelig, men meget nødvendig opgave – og det er som alt andet, noget man bliver bedre til, når man bevidst træner denne færdighed. Start med at øve dig i at styre din egen tid. Start dagen med at skabe dig et overblik over, hvad du skal nå og prioritér din tid, så du når det, du har sat dig for. Når uforudsete opgaver vælter din plan så omprioritér. Du må gerne bede om hjælp til prioriteringen, hvis du midt på dagen kan se, at der er vigtige opgaver (f.eks. epikriser), du ikke kan nå.

Vores system med nogle dage med traditionel stuegang, nogle med behovsstuegang og onsdag som stuegangsfri dag kræver en konstant høj grad af styring, hvis det skal fungere. Når lægen er på afdelingen, er det let at for alle at bede om at få ethvert problem belyst her og nu, og man glemmer, at der er ting, der godt kan gemmes og samles sammen til næste dag, hvor der er traditionel stuegang. Hvis ikke du som læge påtager dig at styre tiden og fastholde, at noget er akut behov, og andet kan vente, skrider denne planlægning, og du kan sidde begravet i små og store stuegangsproblemer hver eneste dag. Det er ikke nogen nem opgave at være den, der prioriterer opgaverne, men det er en vigtig opgave, som du skal tage på dig og bevidst træne dig selv i. Når du bliver spurgt om noget, som måske ikke lyder som noget, der nødvendigvis skal ses på i dag, så stil spørgsmål til det. Når du f.eks. bliver bedt om ved en behovsstuegang at se på fru. Hansens hævede ben så spørg om problemet er nyt? Eller har de mon været hævede længe? Kunne vi måske se på det i morgen ved stuegangen? Eller den patient der nu de sidste 5 nætter har haft brug for pn. sovemedicin – skal hun ikke sættes på det fast? Jo det skal hun måske, men det kræver jo lidt snak med patienten, og det kan godt vente til næste traditionelle stuegang, så må hun få det som pn. medicin indtil da. Det handler naturligvis ikke om, at du er doven og ikke gider gøre det arbejde sygeplejersken beder dig om, men at arbejdsmængden er så stor, at alt skal gøres så rationelt som muligt. Derfor har vi jo netop indført systemet med de forskellige typer stuegang. Risikoen, hvis du viger uden om prioritering, er, at der er vigtige opgaver, som ikke bliver gjort f.eks. planlægning af udskrivelse og epikriseskrivning.

### ***Kommunikator***

Kommunikation med geriatriske patienter kan være en udfordring. Men for det meste bliver man overrasket over, hvor meget man egentlig kan få at vide, selv når der i inlæggelsesjournalen står ”patienten kan ikke medvirke til anamneseoptagelse”. Igen et spørgsmål om træning. Kommunikation med pårørende, hjemmepleje og andre personalegrupper er der også rig mulighed for at træne. Når du sammen med en sygeplejerske har samtale med patient og pårørende kan det være en god idé lige at bede om feedback fra sygeplejersken. Et simpelt spørgsmål som : ”Hvordan synes du den samtale gik?” kan være en god og enkel måde at få feedback på.

### ***Samarbejder***

På en geriatrisk afdeling er der så meget tværfagligt samarbejde, at det er helt umuligt ikke at få træning heri. Hvis du synes, der er vanskeligheder i samarbejdet så spørg dine samarbejdspartnere, om de har samme oplevelse og hvad I evt. sammen kan gøre ved det. Drøft det også ved behov med din vejleder eller andre kolleger. Husk at også denne rolle kan trænes.

### ***Sundhedsfremmer***

Husk altid at snakke med patienterne om, hvad de kan gøre for at få det bedre og undgå, at de bliver mere syge. I vores patientgruppe handler det ofte om fysisk træning, god ernæring, social stimulering og korrekt medicinering.

## **Akademiker**

Dine kompetencer som akademiker skal du bruge hele tiden. Du skal øve dig i at tænke og argumentere rationelt på baggrund af evidens og ikke på baggrund af løse historier eller selvoplevede cases – hermed naturligvis ikke være sagt, at du ikke skal lære af dine erfaringer. Du skal også være vejleder for medicinstuderende og træne dine pædagogiske kompetencer herunder give konstruktiv feedback (se særlig skriftlig vejledning til feedback). Du skal undervise mindst 2 gange, mens du er hos os. Der findes et kompetencekort i målbeskrivelsen for intro-uddannelse, som er godt at anvende, når du planlægger din undervisning. Du får naturligvis konstruktiv feedback på din undervisning.

Under akademiker kompetence hører også forskning. Overlæge Ellen Holm er klinisk forskningslektor og kan hjælpe dig i gang, hvis du er interesseret i at komme i gang med et forskningsprojekt. I hoveduddannelsen er det et krav, at du laver et mindre forskningsprojekt (forskningstræning), men i introduktionsuddannelsen er det ikke et krav.

## **Professionel**

At være professionel er også en af de 7 roller en læge skal mestre. Men hvad betyder det egentlig? Begrebet indeholder forskellige områder:

- Du skal være i stand til kritisk at vurdere dit eget arbejde og på den baggrund identificere egne læringsbehov. Det er en meget vigtig kompetence i så stort et fag som vores, at man hele tiden holder øje med sig selv og sørger for at uddanne sig yderligere på de felter, hvor det er nødvendigt. Og er sig bevidst om, hvornår man skal søge andres råd.
- Du skal handle etisk korrekt - overholde tavshedspligt, sørge for ordentlig information af patienter, omtale patienter og samarbejdspartnere respektfuldt osv.

## **Den individuelle uddannelsesplan.**

Man lærer mest, når man er sig bevidst, hvad og hvordan man vil lære. Det er baggrunden for, at alle læger i uddannelsesstillinger skal lave sig en individuel uddannelsesplan. Den udarbejdes af den uddannelsessøgende læge, men i et samarbejde med vejleder. Planen skal beskrive, hvilke kompetencer man vil lære sig, og hvordan man vil lære dem. Hvilke kompetencer, man som minimum skal lære, er fastlagt i uddannelsesprogrammet. Men det er ikke fastlagt, hvordan man lærer dem og præcist hvornår. Det er disse helt konkrete aftaler den individuelle uddannelsesplan skal indeholde. Det er ikke påbudt, men kan være en god idé også at føre en *læringsdagbog*. Her skriver du op, hvad du gerne vil lære. Når du har oplevelser, som passer til det du vil lære, noterer du dem i læringsdagbogen. Spørgsmål som dukker op undervejs, og som du skal huske at slå op eller drøfte med din vejleder på et senere tidspunkt, skriver du også her. En læringsdagbog skal helst være et format, man kan bære med sig f.eks. et lille hæfte, som passer til kittellommen. En læringsdagbog er som udgangspunkt et helt personligt dokument.

## **Feedback og evaluering.**

Feedback er væsentlig, når man vil lære noget. Bed dine kolleger og i nogle tilfælde også andre samarbejdspartnere give dig feedback på dit arbejde. Typisk deler du patienter med en senior læge, som har mulighed for at bedømme dit arbejde og som gerne vil give dig feedback både i relation til dine svage og til dine stærke sider. Forsøg også at opfange og anvende den feedback, du får fra patienter - selvom den sjældent eller aldrig er defineret og udtalt som feedback. Når man har informeret en patient, kan man jo f.eks. spørge, om vedkommende synes han/hun har fået god nok information, eller om der er andet, hun/han mangler svar på.

Når du har gået stuegang med en sygeplejerske, er det godt, hvis I lige kan bruge 5 minutter på at snakke om, hvordan det gik. Var kommunikationen mellem jer og med patienterne tilfredsstillende? Holdt i tiden? Var der forstyrrelser, som kunne have været undgået? Osv.

God feedback er eksplicit, men du møder i løbet af en arbejdsdag masser af feedback, som ikke er eksplicit og alligevel brugbar – især hvis det lykkes dig, at gøre den eksplicit. Hvis du vil berolige en patient ved at give en god information, og hvis patienten så stadig efter din information ser meget urolig og tvivlende ud, er det også en slags feedback. Du kan få denne implicite feedback gjort eksplicit ved at sætte ord på, f. eks. kan du sige: " Du føler dig vist ikke rigtig overbevist af mine forklaringer ? er der noget du vil spørge om?" Eller hvis du oplever en samarbejdspartner vende det hvide ud af øjnene (også en slags feedback omend ikke af den gode slags) kan du spørge: "Sagde jeg noget forkert – du virker utilfreds?" Det er godt at lære sig at tolke den ikke udtalte feedback og godt at turde italesætte den en gang imellem. Glæd dig også over de anerkendende smil, du ofte kommer til at møde.

Når du mener, at der er en kompetence du mestrer, skal du bede en senior kollega om at evaluere den. Efter evaluering synes din kollega måske ikke helt, at du mestrer den endnu. Prøv om du kan lade være at opfatte det som et nederlag, men i stedet se det som konstruktiv feedback. Din kollega vil naturligvis hjælpe dig med forslag om, hvordan du skal blive bedre til den givne kompetence, og I laver en aftale om, hvornår I skal prøve at evaluere igen.

## **Appendiks**

### **Feedback regler**

For den der giver feedback

God feedback...

Starter altid med det positive. Vi er alle enormt gode til at se det dårlige i en situation men mindre trænede i at se det positive. Det er vigtigt at træne evnen til at se det positive. Tving dig selv til at finde det positive og nævn det først. For den uddannelsessøgende er det ligeså vigtigt at vide, hvad der i en bestemt præstation virkede godt, som det er at få at vide, hvad der skal forbedres.

Er deskriptiv frem for bedømmende (fordømmende) eksempel: "Da du skulle svare på tilhørernes spørgsmål lagde jeg mærke til, at du svarede meget hurtigt, næsten inden spørgeren havde fået tid til at blive færdig med at formulere sit spørgsmål" frem for "Du optræder respektløst overfor dine tilhørere".

Refererer til adfærd som kan ændres, ikke til personlighed. Eksempel: "Jeg lagde mærke til at du taler meget stille" frem for "du virker genert"

Skal tilbydes ikke forsøges gennemtvunget eks: "Måske kunne det hjælpe hvis du.." frem for "jeg synes du skal.."

Er specifik. Eksempel: "Din indledende disposition og den systematiske opbygning af dit indlæg betød, at det var let at følge med" frem for "Dit foredrag var super godt"

Ledsages af konstruktive forslag hvis der er tale om negativ feedback. Eksempel: "Det var svært at følge med i din præsentation, fordi du sprang lidt rundt mellem forskellige emner. Måske skulle du starte med at vise et billede, hvor du har skitseret din disposition, så man som tilhører får et overblik over stoffet".

Tilbyder en begrænset informationsmængde. Fokuser på et enkelt eller to væsentlige punkter.

Hjælper den vejledte til at vurdere sin egen præstation.

Hjælper de involverede til øget klarhed og indsigt, til at vokse og udvikle sig i et tillidsfuldt og gensidigt støttende miljø.

## For den der modtager feedback

At modtage og bruge feedback konstruktivt er som så meget andet en træningssag. De fleste mennesker reagerer umiddelbart defensivt på kritik. Vi er vant til, at kritik er farlig, føler os truede og vil instinktivt forsvare os. Men feedback er en hjælp til dig – ikke en afvisning eller nedrakning.

Feedback er udtryk for en andens oplevelse af din præstation/adfærd.

Den, der giver dig feedback, tilbyder sig som dit spejl. Brug det du ser i spejlet – også selvom du måske nogen gange mener, at det er et spejl, som forvrænger.

Indholdet af den feedback der gives, må ikke diskuteres (den er udtryk for en andens oplevelse og er som sådan indiskutabel).

Hvis du ikke forstår den feedback du får, kan du stille uddybende spørgsmål.

Hvis du er uenig i den feedback, du modtager så tænk den grundigt igennem og overvej, om der er noget om snakken. Spørg eventuelt en anden kollega, hvis vurdering du har tillid til, om at give dig feedback i en lignende situation.

Ikke alle der giver dig feedback er lige diplomatiske og pædagogiske i deres udtryksform. Men den, der bevidst giver dig feedback, anstrenger sig for at gøre

det så godt som muligt. Det kræver meget koncentration og skærpet opmærksomhed at give god feedback.

Feedback er en gave. Tag imod den som en gave. Diskuter den ikke. Pak den op, se nøje på den og overvej, om du kan bruge den til noget, inden du smider den ud/afviser den.

### ***Fremlæggelse ved konference***

Efter en stuegang er der næsten altid et eller flere spørgsmål, som skal diskuteres ved konference inden en endelig beslutning. Derudover er der ofte problemer, som det er nødvendigt at orientere om af hensyn til den vagthavende. Konferencen udnyttes bedst, når fremlæggelsen er systematisk. Nedenstående er et forslag til en sådan systematik.

#### **Introduktion**

Sæt rammen for præsentationen. Antal patienter eller problemstillinger, som vil blive præsenteret, anden information eller emner, der vil blive bragt op, art og omfang. Alt dette er vigtigt for at kunne disponere konferencens tid – vi har kun 30 minutter og måske er der flere, der har noget, der skal siges.

#### **Spørgsmål/problemstilling som skal løses ved konference**

1. Beskriv en klar problemstilling eller spørgsmål, som konferencen skal søge løsning eller svar på.
2. Giv de nødvendige oplysninger, data og fakta, som tilhørerne skal bruge til problemløsningen og spørger om tilhørerne ønsker yderligere oplysninger
3. Opsummér problemet og fakta vedrørende basis for beslutning
4. Præsenter egne løsningsforslag og inviterer til andres løsningsforslag
5. Søg konferencens konsensus vedrørende valg af strategi
6. Opsummér konferencens beslutninger og orientér om, hvorledes den vil blive ført ud i praksis (journalnotat, ting der skal gøres, hvem gør hvad m.m.)
- 7.

#### **Anden relevant information**

- Præsenter væsentlig information om patienter eller andet, som har betydning for andres arbejde f.eks. problemer, som vagtholdet kan blive kaldt til.
- Præsenter anden information af interesse for konferencen fx forløb af tidligere præsenteret problempatient, akademisk emne, organisatorisk hændelse m.m.

#### **Feedback**

Hvis du har lyst og mod til at få feedback, skal du umiddelbart efter din præsentation bede en eller to af dine kolleger om feedback. Der skal gives feedback på

1. Den måde, du har håndteret det fremlagte problem på som medicinsk ekspert



## 2. Din fremlæggelse.

### **Modtagelse af ny patient**

Patienter der kommer hjemmefra skal have optaget en fuld journal. Når patienter overflyttes fra andre afdelinger laver lægen en fokuseret objektiv undersøgelse samt anamnese optagelse og dikterer et overflytningsnotat. En fokuseret objektiv undersøgelse indebærer det samme, som man forstår ved "en gennemgang". Det vil sige, at man i den objektive undersøgelse går efter de symptomer og fund, der foreligger. Eksempelvis vil en patient, hvor hovedproblemet er feber af ukendt årsag, skulle gennemgås ret grundigt med lungestetoskopi, palpation af abdomen, lymfeglandler, nakke-ryg stivhed osv., mens en patient, som har rygsmærter på baggrund af konstateret sammenfald i lændecolumna, ikke behøves undersøges meget, men man skal sikre sig, at der ikke er neurologiske udfald i underekstremiteterne. På samme måde uddybes den allerede foreliggende anamnese med fokus på de problemer patienten oplever og de problemer som allerede under hospitalsopholdet er afdækket. Overflytningsnotatet skal indeholde en plan for opholdet på L80. Planen bygger på en syntese af de informationer, man har fra foreliggende journalmateriale, prøvesvar samt fokuseret objektiv gennemgang og anamneseoptagelse.

I planen skal også indgå et skøn over den forventede indlæggelsesvarighed og planen kan med fordel beskrives punktvis relateret til de problemstillinger, der skal vurderes/behandles under indlæggelsen. Ernæringstilstand er et fast punkt på problemlisten. Under disse punkter anføres også medicin ordinationer. Ordinationen "vanlig medicin" anvendes aldrig. I problemlisten tages for hvert enkelt præparat stilling til indikation, dosis og eventuel kontrol. Dosis anføres ikke i journalen da den fremgår af den elektroniske medicinordination (OPUS).

EKSEMPEL på plan opbygget som problemliste:

Der skal tages hånd om følgende problemstillinger:

Ad Hjerteinsufficiens: Der er klinisk mistanke om lungestase	cresc furix og kaleorid
Ad Hypertension: Blodtryk aktuelt velreguleret	cont norvasc
Ad Anæmi: Årsagen uafklaret når svar foreligger stillingtagen til videre udredning	rp. anæmiprøver
Ad Mobilisering: Patientens mål er, at hun selv kan komme ud af sengen og selv gå på toilettet. Det er måske ikke realistisk vurdering	rp. fys.
Ad Ernæringstilstand	

Skønnes aktuelt normal, men klager over nedsat madlyst. Vi skal være opmærksomme på fødeindtag og evt. gennemføre kostregistrering.

OSV.

Problemlisten er tænkt som et arbejdsredskab under indlæggelsen, så man kan se tilbage og se hvor langt man er nået.

I forbindelse med modtagelse af ny patient, skal patienten informeres om den lagte plan og det skal anføres i journalen, at det er gjort og i hvilket omfang patienten har forstået og samtykker.

### **Udskrivningsnotat**

Epikrisen skrives som et udskrivningsnotat dagen før patienten udskrives (i enkelte tilfælde først på dagen for udskrivning).

Dagen før en patient skal udskrives, gøres klar til udskrivelse. Dette indebærer at

- Lægen tilser patienten og afklarer eventuelle hængepartier og besvarer de spørgsmål patienten måtte have.
- Medicinen gennemgås omhyggeligt. Overvej om der er præparater, der skal skiftes om der skal sendes recepter og om der er taget stilling til eventuel behov for kontrol eller aftrapning af f.eks. smertestillende behandling.
- Diagnose sedlen (den lilla seddel) er ført ajour inkl. funktionsdiagnoser (se senere). Dette bør være gjort i indlæggelsesforløbet i forbindelse med de tværfaglige konferencer.
- Der er taget stilling til behov for opfølgning hos egen læge, i geriatrisk daghospital eller andre ambulatorier.
- Der udarbejdes et udskrivningsnotat (se senere).

### **Diagnoser.**

I geriatrien arbejdes med funktionsdiagnoser. Disse diagnoser siger noget om plejetyngde og træningsbehov og stilles ud fra Barthel score ved indlæggelsen (diagnose koder R67.0 – R67.3)

Den sygdomsdiagnose, som har fyldt mest anvendes som aktionsdiagnose. For at opfylde kriterierne for multimorbiditet m. funktionstab (har en relativ høj DRG-værdi), skal der udover aktionsdiagnose og funktionsdiagnose (R67-R67.3) være diagnoser fra minimum 2 forskellige organsystemer, svarende til koder fra 2 forskellige organrelaterede kapitler i kodebogen (Z og R diagnoser gælder i denne sammenhæng ikke), samt minimum én interventionskode. Sekretærerne koder automatisk for tværfaglig konference og terapeuterne koder for de interventioner de anvender, så lægen behøver ved epikriseskrivning ikke kode for intervention. Men det er vigtigt at lægerne koder alle relevante bidiagnoser.

## **Udskrivningsnotat.**

Dikteres dagen før udskrivelse i journalen. Notatet skal indeholde

1. Diagnoser
2. Kort resumé af indlæggelsesforløbet, gerne problemorienteret opbygning
3. Eventuelle medicinændringer under indlæggelsen og baggrunden herfor.
4. Medicin status (overføres fra OPUS af sekretæren).
5. Behov/ ikke behov for genoptræning eller fortsat vedligeholdelsestræning. Det skal anføres om der er udarbejdet genoptræningsplan.
6. Behov for kontrol/opfølgning og aftaler herom.

14.7.2009 Ellen Holm

### ***Det gode geriatriske tilsyn***

Når en afdeling rekvirerer et geriatrisk tilsyn er det ofte, fordi man ønsker patienten overflyttet til geriatrisk afdeling. Men for en geriatrer ville det være alt for uambitiøst blot at besvare dette spørgsmål. Geriateren vurderer patientens sygehistorie og diagnostik og behandling i relation hertil. I lyset af denne vurdering gives råd om videre diagnostik og behandling. I nogen tilfælde indebærer rådgivningen overflytning til geriatrisk afdeling. Et geriatrisk tilsyn skal altså indeholde langt mere end en stillingtagen til visitation. Du kan med fordel anvende nedenstående som skabelon for dit tilsyn.

Stillingtagen til visitation varetages ofte af en geriatrisk sygeplejerske efter nærmere beskrevne kriterier.

Inden du går ind til patienten.

Læs journalen grundigt. Den geriatriske patient er kendetegnet ved multimorbiditet. Det, der er beskrevet som årsag til den aktuelle indlæggelse, skal altid ses i sammenhæng med patientens tidligere og øvrige sygdomme og den behandling, der gives herfor. Det er derfor nødvendigt, at forstå hele sygehistorien og ikke kun den aktuelle. En grundig medicingennemgang er vigtig. Find så vidt muligt i journalen det diagnostiske grundlag for patientens diagnoser. Ikke sjældent har den geriatriske patient fået hæftet diagnoser på sig uden tilstrækkeligt diagnostisk belæg. Fx kan det være et en gammelt menneske ved indlæggelsen har været forvirret og i journalen beskrives som dement. Gør dig klart hvilke områder, der er uklare og hvad der er utilstrækkeligt belyst i det forhåndenværende journalmateriale. Måske kan du så ved din efterfølgende samtale med patienten få det bedre belyst.

Når du taler med patienten.

Præsenter dig selv og fortæl, at du kommer fra en afdeling, hvor vi er eksperter i ældre menneskers sygdomme. Selve samtalsforløbet afhænger naturligvis meget af patientens tilstand. Og af den tid, man har til rådighed til samtalen. De fleste geriatriske patienter kan give mange oplysninger, når blot de får tid til det.

For at spare tid kan du vælge at resumere overfor patienten, hvad du allerede fra journalen ved om hans/hendes sygehistorie. Giv patienten lejlighed til at tilføje og korrigerer din fremstilling ved behov. Spørg patienten, om du har forstået sygehistorien korrekt, og om der er noget hun/han vil tilføje. Stil specifikke spørgsmål for at få afklaret de punkter i anamnesen, som er uklare.

Overvej om der er en klar og god forklaring på den aktuelle tilstand, og om den behandling, der gives, er korrekt.

Overvej om evt. yderligere diagnostik og behandling med fordel kan foregå på en geriatrisk afdeling frem for anden intern medicinsk afdeling.

Forklar patienten dine overvejelser. Hvis du tilbyder overflytning til geriatrisk afdeling, skal du forsøge at opnå en fælles forståelse med patienten om, hvad der er formålet med overflytning.

Tilsynsnotatet.

Tilsynsnotatet kan med fordel bygges systematisk op efter følgende skabelon.

- Kort resume af tidligere sygehistorie og aktuelt forløb.
- Beskrivelse af habituel og aktuelt funktionsniveau og hjælpebehov.
- Beskrivelse af sociale forhold (boligform, aleneboende?, pårørende, andre støttepersoner).
- Din konklusion og rådgivning vedrørende den videre behandling. Nogen gange vil rådet indebære et tilbud om overflytning til L80, henvisning til geriatrisk daghospital eller team. Andre gange kan rådet handle om ændring i den medicinske behandling, træning eller pleje og/eller råd om inddragelse af pårørende og hjemmepleje. Hvis du tilråder overflytning skal formål og plan for opholdet på geriatrisk afdeling kort skitseres.

Tilsynsnotatet indtales på bånd. Båndet indledes med en overflytnings diagnose + diagnosekode. Båndet tager du med og giver til sekretær Hanne Jarrels.

Besked til stamafdelingen

Det er en god idé mundtligt at informere den sygeplejerske og evt. også læge, der har med patienten at gøre om, hvad du vil tilråde. Især når afdelingen har en forventning om, at en patient skal flyttes til geriatrisk afdeling, og du ikke kan imødekomme denne forventning er det vigtigt, at du formidler dine overvejelser og for så vidt der er forskellige meninger om dette, at du indgår i en respektfuld dialog.

Visitation: Hvilke patienter skal tilbydes overflytning til geriatrisk afdeling?

Visitation til geriatrisk afdeling varetages ofte af en sygeplejerske. Men i forbindelse med tilsyn er det geriatren, der tager stilling til visitationen.

Den geriatriske patient er ikke kendetegnet ved bestemte diagnoser, men netop ved at have flere sygdomme og ofte et samtidigt funktionstab eller truende funktionstab, som nødvendiggør særligt fokus på genoptræning sideløbende med diagnostik og medicinsk behandling. Forekomsten af en række skrøbelighedskriterier taler for overflytning til geriatrisk afdeling. Der er evidens for at patienter med sådanne skrøbelighedskriterier klarer sig bedre, når de indlægges på en geriatrisk afdeling frem for andet medicinsk afsnit.

*Skrøbelighedskriterier:* inkontinens, demens, delirium, langvarigt sengeleje, depression, polyfarmaci, fald, dårlig gangfunktion, dårligt syn, dårlig hørelse, sociale problemer.

Ikke alle patienter, som kendetegnes ved et eller flere skrøbelighedskriterier, skal overflyttes til L80. Der skal også være udsigt til, at problemerne kan løses i hospitalsregi, dvs. der skal være et rehabiliteringspotentiale. Såfremt dette ikke er tilfældet, skal problemerne varetages i kommunalt regi med passende pleje og vedligeholdelsestræning.

Patienter som ikke længere har behov for at være på sygehus og som opfattes som "færdigbehandlede" men hvor trænings- og plejebehov kræver fortsat indlæggelse skal ikke flyttes til geriatrisk afdeling. I sådanne tilfælde må man råde stamafdelingen til kontakt med kommunen for at arrangere den videre pleje og træning eventuelt på en aflastningsplads.

### Eksempel på individuel uddannelsesplan for introduktionslæger

Lægens navn:.....

Vejlederens navn:.....

Kompetencevurdering	Hvordan vil jeg lære kompetencen?	Hvornår vil jeg evalueres?
Åndenød *	Træne ved vagtarbejde og stuegang, læse i medicinsk kompendium om hjerteinsufficiens og lungesygdomme	
Cerebral påvirkning*	Læse om delir og differentialdiagnoser	
Akut feber*	I løbet af 1 uge vil jeg udarbejde en liste over alle de patienter jeg ser med akut feber. Slå op i lærebøger for at give et godt forslag til diagnose for hver enkelt patient.	
Brystsmerter*		
Kredsløbspåvirkning*		
Akutte smerter*		
Væske- og elektrolytforstyrrelser*	Jeg vil lægge særlig vægt på dehydrering og hyponatriæmi. Jeg vil finde én oversigtsartikel om dehydrering og én om hyponatriæmi. En af artiklerne vil jeg fremlægge ved konference.	
Den terminale patient*		
Lægge plan for ambulat kontrol**	Lave oplæg og bede om feedback fra ældre kolleger som ser de patienter jeg har udskrevet i ambulatoriet	
Stuegang***	Træne ved stuegang og ved at bede sygeplejerske om feedback	
EBM opgave	Træne ved struktureret konferencefremlæggelse af sygehistorier, øve litteratursøgning i pub med	
360 graders evaluering	Regelmæssigt bede mine samarbejdspartnere og seniore kolleger om feedback	

\* evalueres med struktureret interview på basis af 3 journaler som den uddannelsessøgende fremlægger for sin vejleder, således som det er beskrevet i målbeskrivelsen, \*\* Audit på journaler, \*\*\*Struktureret observation som beskrevet i målbeskrivelsen

Aftalt dato:..... Vejleder :..... Uddannelsessøgende læge:.....