

Sektorintegreret Geriatri – sammen ser vi mere.

Evaluering af et tværsektorielt samarbejde mellem Frederiksberg Kommunes Døgnerhabilitering og Geriatrisk og Palliativ Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Udgivere

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Geriatrisk og Palliativ Afdeling
Ebba Lundsvej 44
Indgang 64, stuen
2400 København NV

Frederiksberg Kommune
Social, Sundhed og Arbejdsmarkedsområdet
Frederiksberg Rådhus
Smallegade 1
2000 Frederiksberg

Forfatter

Anette Ekmann, forsker, sygeplejerske, Cand.scient.san.publ., PhD, Geriatrisk og Palliativ Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Tak for bidrag til

Frederiksberg Kommune, som har hjulpet med korrekturlæsning, forord og at beskrive tidligere ordninger.

Spørgsmål til rapporten kan rettes til:

Eckart Pressel, cheflæge
Geriatrisk og Palliativ Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Eckart.pressel@regionh.dk

Lene Holst Merrild, forstander
Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering, leme01@frederiksberg.dk

ISBN (elektronisk): 978-87-975832-1-0

Forord

Denne rapport er resultatet af en grundig evaluering af det sektorintegrerede samarbejde mellem Frederiksberg Kommunes Døgntilrettelæggelse og Geriatrik og Palliativ Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Et samarbejde, der har udviklet sig over mere end et årti og som i dag fremstår som et af de mest integrerede og velfungerende eksempler på tværsektoriel koordinering i det danske sundhedsvæsen.

Frederiksberg Kommune har som en af de første kommuner prioriteret og investeret i en model, hvor lægefaglig tilstedeværelse er sikret på samtlige midlertidige pladser – uanset borgerens opholdstype. Det er særegent - og det er en ordning, der har skabt tryghed, faglig sparring og mere sammenhængende borgerforløb.

Evalueringen viser, at samarbejdet ikke blot har styrket den kliniske kvalitet og effektivitet, men også har bidraget til faglig læring, øget kompetence og en oplevelse af meningsfuldhed blandt både plejepersonale og læger. Samtidig peger rapporten på udviklingspotentialer, særligt i forhold til kommunikationsformer og kontinuitet. Det tager vi med os i det videre samarbejde.

Vi håber, at rapporten kan inspirere andre kommuner og hospitaler til at tænke nyt om sektorovergange og samarbejdsformer – og til at se værdien i at mødes om fælles mål og opgaver med borgerens behov i centrum.

Under de kommende sundhedsråd er det netop løsninger som denne, der bør komme i spil til gavn for borgerne for det samlede sundhedsvæsen.

Tak til alle, der har bidraget med observationer, refleksioner og erfaringer.

November 2025

Nicolai Kjems

Sundheds- og omsorgschef

Frederiksberg Kommune

Kirsten Wisborg

Lægefaglig vicedirektør

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Indholdsfortegnelse

1	Resumé	6
2	Introduktion.....	7
2.1	Sektorintegration	7
2.2	Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering.....	8
2.3	Referenceramme og læsevejledning	11
2.3.1	Videnskabsteoretisk ståsted	11
2.3.2	Læsevejledning	11
3	Metode og materiale.....	13
3.1	Feltarbejde	13
3.2	Interview	14
3.2.1	Plejepersonale	14
3.2.2	Geriatrer	14
3.2.3	Plejehjem	14
3.2.4	Borger	14
3.2.5	Almen praktiserende læge / plejehjemslæge.....	15
4	Analyse	16
4.1	Den umiddelbare fortælling om samarbejdet	16
4.2	Opgavens præmis.....	18
4.3	Kommunikationens præmis	20
4.4	Forventningens præmis	21
4.5	Facetter af sammenspil.....	23
4.5.1	Opgave og forventning	23
4.5.2	Opgave og kommunikation.....	25
4.5.3	Kommunikation og forventning.....	27
4.6	Relationen	28
4.7	Læring.....	30
4.8	Borgernes omsorgsoplevelsen	31
4.9	Geriatrisk gennemgang	32
4.9.1	Vision – bedre overgange	32
4.9.2	Det tværfaglige samarbejde i udfærdigelsen af gennemgangen	34
4.9.3	Stillingtagen til behandlingsniveau	35
4.9.4	Flere modtagere af den geriatriske gennemgang	35

5	Konklusion	37
6	Referenceliste.....	38
7.	Bilag 1 Flowchart for kontakt til lægen.....	39
	Bilag 2: Forkortelser, akronymer og forklaringer	40

1 Resumé

Denne rapport evaluerer samarbejdet mellem Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering og Geriatrisk og Palliativ Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Modellen, kaldet *Sektorintegreret Geriatri*, skal skabe sammenhængende forløb for ældre borgere i overgang mellem hospital, kommune og almen praksis. Evalueringen beskriver erfaringer, gevinster og udfordringer samt giver inspiration til styrkelse af tværsektorielle samarbejder i det nære sundhedsvæsen.

Baggrunden er en demografisk udvikling med flere ældre, længere levetid og komplekse sygdomsbilleder. Sundhedsvæsenets specialisering og sektoropdeling øger risikoen for fragmentering. Sundhedsaftalen 2024-2027 understreger behovet for et nært sundhedsvæsen, hvor borgerens behov er styrende, og aktørerne arbejder helhedsorienteret.

Ordningen: FKD har 85 pladser til borgere med midlertidigt behov for genoptræning, palliativ pleje eller aflastning. Tidligere var en læge tilknyttet i dagtid, men ordningen var sårbar ved fravær. Nu har geriatrik afdeling behandlingsansvaret døgnet rundt. I dagtimerne er en geriater og en yngre læge fysisk til stede, mens vagthavende geriater dækker telefonisk uden for dette tidsrum. Rotationsplaner sikrer kontinuitet og fastholder lægernes tilknytning til hospitalets faglige miljø.

Metode: Evalueringen bygger på observationer og interviews med plejepersonale, læger, ledere, borgere og samarbejdspartnere. Analysen har en fænomenologisk tilgang for at indfange oplevelser af samarbejdet.

Resultater: Tre temaer er centrale – opgaven, kommunikationen og forventningen. Plejepersonalet identificerer behov for lægefaglig vurdering, hvorefter geriateren træffer beslutning. De fleste henvendelser handler om medicin og symptomer hos skrøbelige borgere. Plejepersonalet oplever ordningen som en uundværlig støtte, der giver tryghed og kvalitet, mens lægerne ser sig selv som konsulenter.

Kommunikationen foregår primært skriftligt via korrespondancemeddelelser, hvilket skærper fagligheden, men kan være langsom og mangelfuld. Mundtlig dialog anvendes i akutte eller komplekse situationer og skaber større klarhed.

Forventningerne handler om samarbejdsvilje og respekt. Tillid giver bedre arbejdsgange og arbejdsglæde, mens afviste henvendelser eller uklare ordinationer skaber frustration.

Gevinster: Plejepersonalet oplever øget faglig sparring, kompetenceudvikling og bedre dokumentation. Borgerne udtrykker tryghed og tilfredshed med lægedækningen. Geriatrik gennemgang ved flytning til plejebolig vurderes som nyttig, men kræver mere systematisk implementering.

Udfordringer: Kontinuiteten er begrænset pga. lægerotation, og relationerne er præget af distance. For skelle i faglig vurdering og skriftlig kommunikation kan skabe misforståelser.

Konklusion: Sektorintegreret geriatri styrker tryghed, faglighed og effektivitet, men samarbejdet er endnu ikke fuldt integreret. Det er afhængigt af kontinuitet, kommunikation og relationer. For at realisere potentialet bør der sikres mere stabil lægedækning, så de samme læger følger borgerne over længere tid. Kompetenceudvikling blandt plejepersonalet skal udbredes systematisk, og mundtlig dialog bør prioriteres i komplekse situationer for at skabe fælles forståelse. Derudover er der behov for fælles behandlingsplaner og en mere struktureret overgang til plejebolig, så viden om borgeren indgår i en helhedsorienteret indsats. Erfaringerne fra Frederiksberg viser, at modellen rummer betydeligt potentiale og kan inspirere til lignende samarbejder andre steder i landet, hvor behovet for sammenhæng og tryghed er voksende.

2 Introduktion

Den demografiske udvikling med stigende middellevetid, flere ældre og forandrede sygdomsbilleder med større kronisk belastning har medført et vedvarende behov for, at sundhedsvæsenet har fokus på borgernes samlede forløb. Sundhedsvæsenet er i dag kendetegnet ved at være delt mellem sektorer. Sundhedsvæsenets tre hovedaktører hospital, kommuner og praktiserende læger har hver deres opgave og ansvar i borgernes pleje og behandlingsforløb. Hidtil har forløbstilgangen hovedsageligt omhandlet kommunikation mellem parterne og overdragelse af ansvar afhængigt af borgerens behandlingsbehov.

Med nyere viden og erfaring har fokus for udviklingen af den forløbsorienterede tilgang ændret sig fra et fokus på kommunikation og samordning i sektorovergangene til mere reel sammenhæng og samarbejde i hele sundhedsvæsenet. I sundhedsaftalen 2024-2027 for Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis (1), står der;

Omstillingen til det nære sundhedsvæsen og sammenhængende sundhedsvæsen er i fuld gang. Kommunerne, almen praksis og regionen arbejder i dag mindre siloopdelt og med et mere helhedsorienteret syn på borgernes behov og deres vej gennem sundhedsvæsenet. (1)

Der er flere eksempler på tværsektorielle samarbejder og aftaler, som er evalueret til at være mere sammenhængende og forløbsorienteret end tidligere samarbejder, f.eks. intravenøs behandling i kommunalt regi, aftale om udvidet behandlingsansvar 96 timer efter hospitalsindlæggelse og samarbejde om lægedækning på botilbud (1,2). Fællesnævneren i samarbejdsmodellerne er, at sundhedsvæsenets indsatser organiseres og tilrettelægges med afsæt i borgernes behov og tilbydes der, hvor borgerne opholder sig, og i mindre grad borgerne, der skal indrette og flytte sig efter, hvad der strukturelt og organisatorisk giver mening for det traditionelle sektoropdelte sundhedsvæsen. Sundhedsvæsenet udvikler sig i en forløbsorienteret retning, hvor skel mellem sektorer bliver mindre definerende for både opgaveplacering og -løsning.

Aftale om Sundhedsreform 2024 sætter yderligere fokus og fart på udbygning og styrkelse af det nære sundhedsvæsen gennem bl.a. flere nære sundhedstilbud af høj kvalitet til behandling af sygdomme, som ikke kræver hospitalsindlæggelse. Særligt den vedvarende specialisering af hospitalsvæsenet og effektivisering af den sekundære sundhedssektor har fremkaldt et behov for, at ressourcer og kompetencer i primærsektoren styrkes. En velfungerende og kompetent primærsektor er essentiel for, at behandlinger, der initieres i den sekundære sektor, kan videreføres og følges op, der hvor borgeren opholder sig. En veludviklet primær sundhedssektor er også essentiel for, at primærsektor selvstændigt kan løse de opgaver, der ikke kræver hospitalernes specialiseringsgrad (2).

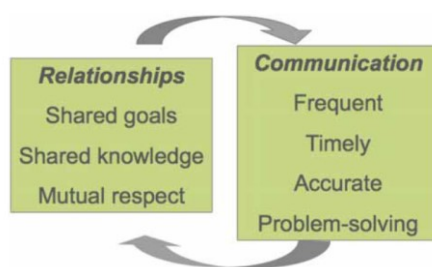
Det mangeårige samarbejde mellem Frederiksberg Kommunes Døgner rehabilitering (FKD) og Geriatrik og Palliativ Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er et væsentligt bidrag til udviklingen af det nære sundhedsvæsen. På FKD har der i en længere årrække været arbejdet med at styrke lægebetjeningen – de seneste år i form af et samarbejde med Geriatrik og Palliativ Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Hensigten med denne evaluering er at give en fyldestgørende beskrivelse af samarbejdet og at få kortlagt samarbejdets styrker og udviklingspotentialer, så andre hospitaler og kommuner kan lade sig inspirere af den viden og de erfaringer, der er opbygget.

2.1 Sektorintegration

Samarbejdet mellem Frederiksberg Kommunes Døgner rehabilitering og Geriatrik Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er blevet kaldt "Sektorintegreret Geriatri", da der har været et behov for at understrege, at samarbejdet over sektorgrænsen er væsentligt tættere og mere fælles forankret end tidligere.

Ordet integrere kommer af det latinske "integrare" som betyder *at gøre hel* og er afledt af "integer" som betyder *fuldstændig*. Det danske sundhedsvæsen er, som andre sundhedsvæsener, bygget op af forbundne komponenter, som har hver deres ansvarsområder og forventes at udføre hver deres delopgave. I takt med at sundhedsvæsenet er blevet mere specialiseret og komplekst, er komponenternes interne organisering ikke længere hensigtsmæssig og der er en tendens til at hver afdeling løser egen opgave uden blik for helheden(2,3). Ifølge teorien om relationel koordinering, handler integration om at skabe organisationer, der fremmer relationelle strukturer, hvor gensidig respekt, fælles mål og viden understøtter koordinering af arbejdet gennem rettidig, hyppig, nøjagtig og målrettet problemslørende kommunikation (4).

Figur 1, Relationel koordinering som afbilledet af Gittel et al. i *Interprofessional collaborative practice and relational coordination: Improving healthcare through relationships*.



I begrebet "integration" ligger der således en forståelse af noget mere fuldstændigt og helt, end når vi alene taler om at "samarbejde". I et perspective paper fra 2016, samler Nick Goodwin viden om forståelser for og betragtninger på integreret omsorg (integrated care) (5). Han konkluderer, at

At its simplest, integrated care is an approach to overcome care fragmentations, especially where this is leading to an adverse impact on peoples care experiences and care outcomes (5)

"Sektorintegreret Geriatri" handler således om at etablere en tilgang (approach), der samler trådene og lapper hullerne i den fragmenterede omsorg, vi antager, findes i det eksisterende sundhedsvæsen. I sin yderste konsekvens er integration opnået, når to enheder bliver til én, har fælles mål og løser en fælles defineret problemstilling med større tilfredshed for alle involverede og med afsæt i borgerens behov.

2.2 Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering

FKD har, på tidspunktet for evalueringen, 85 døgnrehabiliteringspladser fordelt på tre afdelinger med hver deres faglige profil.

Pladserne på FKD anvendes til borgere med behov for genoptræning efter hospitalsophold, vurdering med henblik på fremtidig bolig behov eller træningspotentiale, aflastning, omsorg forud for indflytning i plejehjem eller palliativ pleje.

Uanset hvilken type af plads, borgeren er tildelt, modtager borgere på FKD en række individuelle indsatser. Omfanget af indsatser vil være afhængigt af borgerens behov og udfordringer.

Alle afdelinger arbejder tværfagligt, og der er ansat sygeplejersker, sosu-assistenter, fysioterapeuter og ergoterapeuter til pleje-, omsorgs-, vurderings- og træningsopgaver. Som det fremgår af denne rapport, har personalet på FKD årelang erfaring med, at lægefaglige kompetencer også er til stede i afdelingerne og indgår i det tværfaglige samarbejde. Da personalegruppen på FKD er stabil, har mange medarbejdere således

ingen eller kun sparsom erfaring med et klassisk samarbejde med borgernes alment praktiserende læger, som almindelig vis finder sted på de midlertidige pladser i mange kommuner.

Behandlingsansvar og forskellige modeller for lægebetjening

Når borgere har ophold på et midlertidigt kommunalt døgntilbud, er det almindeligvis borgerens egen alment praktiserende læge, der har ansvaret for borgerens behandling, og som personalet samarbejder med ved lægefaglige problemstillinger. Erfaringen er, at borgere, der har ophold på FKD, over en årrække er blevet mere og mere syge og svækkede og har komplekse helbredsmæssige problemstillinger. Det har udfordret det almindelige behandlingsansvar, blandt andet fordi rammerne for kommunikation på tværs af sektorer kun i begrænset omfang har kunnet imødekomme behovet for at håndtere og kommunikere om borgere med komplekse problemstillinger. Det har medført, at tværfaglige beslutninger om behandling og pleje ofte er blevet truffet på et spinkelt grundlag af fælles viden.

For at imødekomme udfordringerne med det almindelige lægelige behandlingsansvar begyndte Frederiksberg Kommune allerede i 2013 at arbejde med en styrket lægebetjening på de midlertidige pladser. Lægebetjeningen er udviklet over tid, og der har været afprøvet forskellige løsninger for at styrke de lægefaglige kompetencer på FKD.

Den første ordning (2013-2017) var en kommunal ansættelse af en læge på FKD. I denne ordning havde lægen ikke adgang til at ordinere behandling og føre journal, men opgaven var alene at sparre og vejlede personalet på FKD, mens det egentlige behandlingsansvar lå hos borgerens egen læge. Der opstod derfor en del koordination mellem den kommunale læge på FKD og borgerens egen læge, som ofte havde forskelligt syn på borgerens behandling. Erfaringen herfra var, at borgerne ofte havde så komplekse helbredsmæssige problemstillinger, at hverken den kommunale læge eller borgerens egen praktiserende læge havde redskaberne til at håndtere borgerens situation eller til at skabe den nødvendige sammenhæng til hospitalsindlæggelsen, som ofte er gået forud for borgerens ophold på FKD.

Model for sektorintegreret samarbejde

I 2017 blev der udarbejdet en samarbejdsaftale mellem Frederiksberg Kommune og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Geriatrik og Palliativ afdeling (afd. GP). Aftalen indeholdt finansiering til en regional ansættelse af en speciallæge i almen medicin ved afd. GP, som havde sit daglige arbejdsvirke på FKD.

Med den regionale speciallæge i almen medicin på FKD var forudsætningerne bedre for at kunne knytte bånd mellem borgerens behandling på hospitalet og efterfølgende ophold på FKD. Erfaringen var dog, at speciallægen i almen medicin blev en hybrid mellem at være en del af samarbejdet med de praktiserende læger på Frederiksberg og kollega med hospitalets ansatte læger, og i praksis ikke fik et nært kollegialt tilhørsforhold til hverken de praktiserende læger eller til hospitalet.

Erfaringerne fra disse modeller for lægebetjening har ledt frem til den sektorintegrerede geriatriske speciallægebetjeningsmodel, der evalueres i denne rapport.

Siden 2019 har en speciallæge i geriatri fra Geriatrik og Palliativ Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital varetaget behandlingsansvaret for alle borgere på FKD hele døgnet. Behandlingsansvaret varetages ved, at speciallægen er til stede på FKD alle hverdage i tidsrummet kl. 8.00-15.00, samt i perioder en yngre læge i en KBU- eller introduktionsstilling. Lægetilstedeværelsen på FKD varetages i en rotationsordning mellem et mindre team af fire-fem læger. Det forsøges at lægge vagtskemaer så samme speciallæge er i fremmøde flere dage i træk. Dette for at understøtte kontinuitet i borgerforløbene, men rotationen giver

samtidig speciallægen tilknytning til hospitalet med mulighed for et arbejdsmiljø med bredere faglig udvikling og kollegial sparring.

Formålet med det sektorintegrerede samarbejde og ændringen af den organisatoriske struktur, er at skabe bedre tværfagligt samarbejde omkring behandling og pleje for borgere med ophold på FKD og mere sammenhængende forløb i overgangene fra hospital til FKD og fra FKD til plejehjem.

Ledelsen på FKD og i afd. GP afholder månedlige samarbejds møder, og en styregruppe afholder 2-3 årlige møder, hvor der følges op på samarbejdsaftalens mål.

De geriatriske speciallæger har et kontor til rådighed, som er centralt placeret i forhold til de tre afdelinger på FKD og tæt på både borgerne og personalet.

I det tidsrum, hvor der ikke er en speciallæge til stede på FKD – aften og nat (kl. 15.00-8.00) samt weekender og helligdage (hele døgnet), varetages behandlingsansvaret ved, at personalet på FKD kontakter vagthavende geriater på Geriatrisk og Palliativ Afdeling telefonisk, når de skønner, der er behov for lægefaglig vurdering.

I Frederiksberg Kommune er alle borgere, der har ophold på FKD, omfattet af lægebetjeningsordningen.

Generelt samarbejdes ud fra fire arbejdsgange afhængigt af behov og observationer (bilag 1).

- 1) Modtagelse af patient
- 2) Ikke akutte ændringer i borgernes tilstand
- 3) Akutte ændringer i borgernes tilstand
- 4) Borgere der skønnes døende.

Speciallægen gennemgår alle nyankomne borgeres journaler og medicinlister for geriatriske problemstillinger, fejl i medicinlister eller manglende recepter. Speciallægen tilkaldes til behovsstuegang af personalet, når det vurderes, at der er behov for lægefaglige kompetence til at løse en given problemstilling.

Ud over samarbejdet omkring borgere med genoptrænings-, vurderings-, aflastnings- og palliativt ophold på FKD, foretager en læge ansat på Geriatrisk og Palliativ Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital geriatrisk gennemgang for borgere, der har ophold på en omsorgsplads, mens de afventer en ledig plejehjem. Overgangen fra eget hjem/omsorgsplads til plejehjem er ikke en sektorovergang, men en overgang fra ét sundhedstilbud til ét andet med tilsvarende udfordringer for rettidig og relevant kommunikation og samarbejde mellem FKD, plejehjem og almen praksis. Ud over gennemgang af medicin, komorbiditeter, funktionsniveau og lukning af unødige ambulante forløb er formålet med den geriatriske gennemgang er at få borgernes ønsker for behandlingsloft og livskvalitet tydeliggjort, så fremtidige behandlingsplaner og handlinger ved akut forværring kan tilrettelægges herefter. Hensigten er, at gennemgangen kan anvendes i samarbejdet mellem FKD, plejehjem og borgeren forud for indflytning i plejehjem samt opfølgning ved almen praktiserende læge efter indflytning.

Der foretages fire gennemgange om ugen, svarende til én dags arbejde. Forud for gennemgangen skal personalet måle vitale parameter og sørge for, at der tages blodprøver tids nok til, at prøvesvarene foreligger til den aftalte gennemgang.

Samarbejdet berører ikke etablerede kommunale og regionale it-dokumentations systemer. Dokumentationen foretages af de respektive faggrupper i henholdsvis CURA og Sundhedsplatformen, mens den

tværfaglige kommunikation i samarbejdet mellem personalet og speciallægerne på FKD foregår mundtligt og skriftligt via korrespondancemeddelelser – afhængigt af behov.

2.3 Referenceramme og læsevejledning

2.3.1 Videnskabsteoretisk ståsted

Denne rapport er en kvalitativ formidling af resultater fra evalueringen, hvis formål har været at afdække både synlige og mindre umiddelbart synlige facetter af de daglige arbejdsrutiner, som sektorsamarbejdet medfører. Ønsket med evalueringen er ikke kun at beskrive det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde, men også at forstå, hvordan det opleves af, og hvad det gør ved de professioner, der arbejder i det, eller de mennesker, der behandles og plejes i det.

Det er et bevidst valg, at evalueringen ikke beskæftiger sig med problemstillinger vedrørende datadeling og it-systemer. De kendte udfordringer med tværsektoriel datadeling består og er ikke løst med det sektorintegrerede samarbejde, der evalueres. Evalueringen afdækker således muligheden for samarbejde indenfor de eksisterende muligheder for datadeling og it-løsninger.

Evalueringen begrænser sig til faglige relationer og opgaver i den del af sundhedsvæsenet, der fysisk findes indenfor rammerne af midlertidige døgnophold i FKD beliggende på det tidligere Frederiksberg Hospital på Nordre Fasanvej. Dertil kommer en evaluering af, hvordan den geriatriske gennemgang anvendes i overgangen mellem FKD og kommunens kommunalt- og privatejede plejecentre.

Epistemologisk er den fænomenologiske tilgang valgt til analyse af data, da den beskæftiger sig med den menneskelige erfaring af den livsverden, som vi har sanselige erfaringer med. Formålet er at gengive og forstå borgers og sundhedsprofessionelles oplevelser og erfaringer med det sundhedsvæsen (livsverden), der er skabt på afdelingerne på FKD.

Som formidler af borgeres og sundhedsprofessionelles erfaringer og oplevelser er det værd at bemærke, at evaluator har en klinisk baggrund i sygepleje, samt indgående kendskab til organisering af sundhedsvæsenet. Jeg kan således være biased i forståelsen af sundhedsprofessionelles erfaringer, da det, jeg ser og hører, tolkes ud fra mine egne erfaringer. Men samtidig styrker det undersøgelsen, da jeg forstår kulturen, sproget og konteksten og derved kan rette opmærksomhed mod relationer i mødet mellem professioner og konsekvenser for opgavevaretagelsen. I rapporten bruger jeg ordet ”jeg”, når det er mig som evaluator, der direkte reflekterer over eller kommenterer mine egne observationer.

Analytisk og formidlingsmæssigt har jeg opmærksomhed på en fornemmelse, jeg fik gentagne gange under observation og interview – at plejepersonale var lettere at få til at tale om uhensigtsmæssigheder frem for fordele, samtidig med at de på direkte forespørgsel var glade for ordningen og ikke kunne forestille sig hverdagen uden.

2.3.2 Læsevejledning

Først beskrives kort, hvordan empirien (det materiale der ligger til grund for evalueringen) er indsamlet og analyseret. Nogle få refleksioner omkring min egen rolle og tilstedeværelse i afdelingerne præsenteres.

I analysedelen præsenteres data og tilhørende refleksioner. Først gives en kort beskrivelse af personalets og speciallægens umiddelbare oplevelse af samarbejdet. Herefter følger tre afsnit der uddyber de gennemgående temaer - opgaven, kommunikation og forventning samt et afsnit om deres indbyrdes samspil. De næste tre afsnit går i dybden med refleksioner omkring relationen, den læring samarbejdet afstedkommer og borgernes oplevelse af lægernes tilstedeværelse. Sidst præsenteres et afsnit med refleksion og oplevelser vedrørende udarbejdelsen og brugen af den geriatriske gennemgang.

I rapporten benyttes fagbetegnelsen plejepersonale, personale eller plejen synonymt. De dækker over de individer (sygeplejersker og sosu-assistenten), der er ansat i afdelingerne til at varetage sygepleje og omsorg. Fagbetegnelsen geriater dækker over speciallæge i geriatri fra Geriatrik og Palliativ Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. I citater fra interviews med personalet benævnes geriateren oftest som læge eller lægen.

For at underbygge mine refleksioner og betragtninger på de tværfaglige relationer og konsekvenser af sektorsamarbejdet er analysen suppleret med feltnoter fra observationerne og journalaudit samt citater fra interviews med borgere og sundhedsprofessionelle. Der er gengivet mange og ofte forholdsvis lange stykker med intention om at give et større indblik i hverdagen og præsentere emnerne i den kontekst, de naturligt optræder i. Alle citerede feltnoter og citater er anonymiserede.

Fagord og -termer vil blive forklaret i teksten, hvor det giver mening, samt i oversigten "Forkortelser, akronymer og forklaringer" (bilag 2).

3 Metode og materiale

Empiri til evalueringen er samlet ved feltarbejde og interview med borgere og plejepersonale.

Formålet med at anvende metodetriangulering er dels at sikre en fyldestgørende og tilbundsående afdækning af fordele og ulemper ved samarbejdet, men dels også at få bekræftet fund på tværs af de anvendte metoder.

3.1 Feltarbejde

Empirien fra feltarbejdet er indsamlet ved fysisk tilstedeværelse og observation på afdelingerne på FGD i oktober 2024. Arbejdsgange og -relationer er observeret ved at være "fluen på væggen" i følgeskab med personalet og geriater.

Der har været følgeskab i 7 vagter (se skema for detaljer nedenfor), og undervejs er observationer, samtaler, indtryk, egne refleksioner, spontane kommentarer, citater og refleksioner fra personalet og geriater samt uformelle samtaler mellem personalet og observatør noteret. De håndskrevne noter er renskrevet umiddelbart efter følgeskabets afslutning. Det har afstedkommet 35 siders empirisk materiale, der er kodet og tematiseret. I rapporten præsenteres observationer i *kursiv skrift* med angivelse af "Feltnote og henholdsvis pleje/læge".

Plejepersonale	5 vagter - dagvagt - behovs-stuegang
Geriatricer	2 vagter - dagvagt - behovs-stuegang - geriatriisk gennemgang

Jeg valgte på forhånd ikke at gå med personalet ind på borgernes stuer. Relationen mellem personale og borger er ikke fokus for evalueringen. Af etiske grunde vurderede jeg det unødvendigt at træde ind i borgernes sfærer og forstyrre det rum for omsorg, der skabes på stuerne.

Jeg havde intention om at være forsker, observatør og fuldstændig uden betydning for varetagelse af de daglige opgaver, jeg skulle observere. Jeg valgte ikke at have uniform på, dels for at sende signal til borgere og pårørende om, at jeg ikke kunne spørges om hjælp, men også for nemmere at kunne distancere mig fra afdelingernes liv.

Grænsen blev dog sværere og sværere at holde, jo længere tid jeg var i afdelingerne. Det blev tydeligt at personalet med tiden blev trykke ved min tilstedeværelse. Personalet opsøgte mig uden forudgående opfordring og fortalte om situationer, jeg ikke havde overværet, men som personalet vurderede var interessante for mig. Personalets tryk ved min tilstedeværelse betyder, at jeg kan formode at deres ageren i hverdagen var så tæt på, hvad den ville have været, hvis jeg ikke havde været til stede.

Jeg står lidt på gangen, mens de [plejepersonalet] er hos borgere. Får tilbagemelding fra et plejepersonale om at de til morgen, inden jeg mødte ind, har snakket om at jeg var fin at have med på observation i går – ikke så farlig som frygtet og en god oplevelse for

dem. Så det havde ikke været så svært at finde nogen, der havde lyst til at have mig med i dag. Senere fortæller et plejepersonale en historie om en meget dårlig korrespondance-meddelelse, hun havde skrevet i går og hvordan hun tænker det må have været frustrerende for lægen at modtage den. Jeg tænker, at hvis hun ikke var tryk ved min tilstedeværelse, så havde jeg ikke fået den historie.

(Feltnote, pleje)

Jeg antager derfor, at observationer, refleksioner og samtaler er et udtryk for den reelle virkelighed og ikke iscenesat til ære for mig og evalueringen.

3.2 Interview

3.2.1 Plejepersonale

Der er gennemført i alt ni interview med plejepersonale ud fra en semistruktureret interviewguide – tre på hver afdeling. Formålet var at få personalets oplevelser af og betragtninger på samarbejdet. Alle informanter er udvalgt af afdelingernes ledelse blandt det personale, der var på vagt den dag interviewene blev afviklet. Der er spurgt ind til personalets overordnede oplevelse af samarbejdet og mere uddybende til fordele og ulemper ved at have læger i afdelingerne.

Informanterne blev forud for interviewet informeret om formål, lydoptagelse, planer for sletning af lydfil og anonymisering. Interviewene er foretaget på FKD i uforstyrrede lokaler på de tre afdelinger i november 2024. Alle lydfiler er slettet umiddelbart efter transskribering, der er uden angivelse af navne, når sådanne blev nævnt, af hensyn til anonymisering.

Interviewene varede mellem 14-24 minutter og er transskriberet, kodet og analyseret. I rapporten præsenteres data som citat fra "interview og pleje".

3.2.2 Geriater

Der er gennemført to interview med geriater. Begge interview er foretaget på FKD, og formålet var at få geriaternes oplevelser og betragtninger på samarbejdet.

Interviewene er ikke optaget, da de er opstået spontant som længere samtaler under feltarbejdet. Der er spurgt ind til geriaternes syn på samarbejdet generelt, fordele og ulemper ved kommunikationsformerne, samt den oplevede grad af integration med personalet på FKD.

Samtaler med geriater er renskrevet ud fra håndskrevne noter og hukommelse umiddelbart efter de er gennemført. I rapporten præsenteres data som citat fra "interview læge".

3.2.3 Plejehjem

Der er gennemført interview med ledere og ledende medarbejdere på tre plejecentre – to kommunale og ét privat.

Samtalerne er ikke optaget, men der er taget noter undervejs og et mere uddybende 'referat' er nedskrevet umiddelbart efter samtalen. Der er spurgt ind til brugbarheden af den geriatriske gennemgang og barrierer for systematisk implementering.

I rapporten præsenteres data som citat fra "interview plejehjem"

3.2.4 Borger

Der er gennemført tre interview med borgere – ét på hver afdeling. Formålet var at få borgernes tanker om tilstedeværelsen af læger, og om det opleves som en barriere, at det ikke er egen praktiserende læge.

Alle borgere blev udvalgt af de koordinerende sygeplejersker efter grundig overvejelse og samtale med borgers primære sygeplejerske om borgers kognitive formåen, og om interviewet ville være for stor belastning. Forud for interview blev borgerne inviteret til deltagelse af den koordinerende sygeplejerske eller primær-sygeplejersken, og tidspunkt for interview blev planlagt efter borgers ønsker og andre gøremål. Alle borgere blev umiddelbart forud for interviewet igen informeret om formål og fik mulighed for at fravælge optagelse af samtalen, hvilket ingen gjorde.

Alle lydfiler er slettet umiddelbart efter transskribering og er uden navneangivelser. Den almene snak fik plads hos særligt én borger, der gav indtryk af, at hun hyggede sig og benyttede muligheden for at fortælle om oplevelser med sundhedsvæsenet også udenfor FKD. Interviewene er kodet og analyseret. De var planlagt til at være maksimalt 10 minutter, men varede fra 10-20 minutter.

I rapporten præsenteres data som citat fra "interview borger".

3.2.5 Almen praktiserende læge / plejehjemslæge

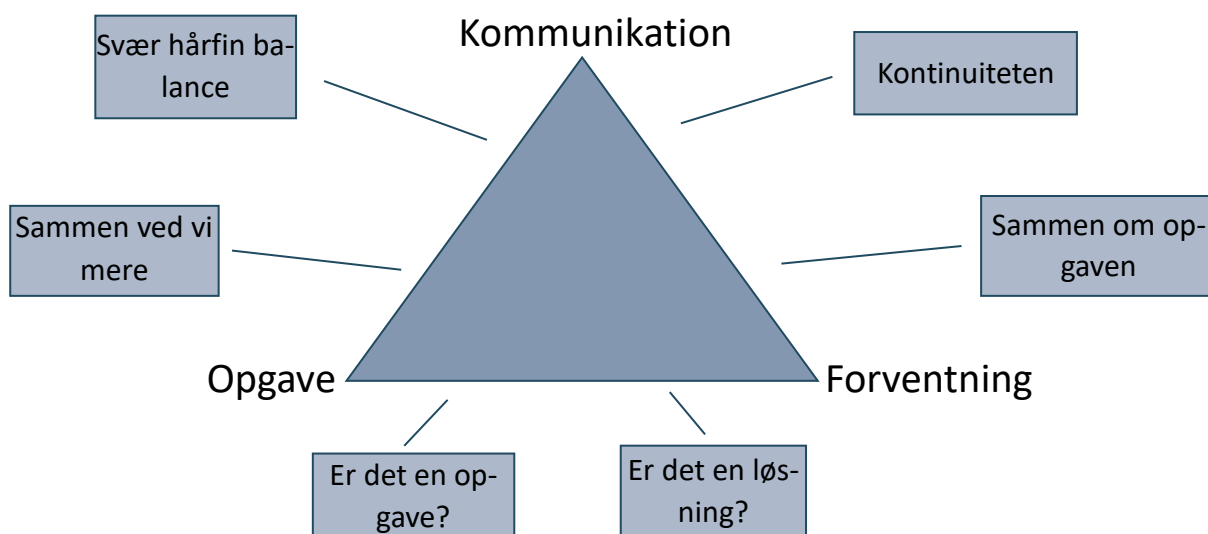
Der har været kontakt med to plejehjemslæger. Samtalerne er foregået henholdsvis via telefon eller skriftligt via mail. Centrale sætninger og betragtninger er nedskrevet umiddelbart efter samtalen.

Der er spurgt ind til anvendeligheden af den geriatriske gennemgang og barrierer for anvendelse. I rapporten præsenteres data som citat fra "plejehjemslæge"

4 Analyse

På tværs af observationer og interview fremkommer tre overordnede temaer – opgaven, kommunikation og forventning, som hver især har deres egen præmis i samarbejdet, men som i samspil viser andre facetter og detaljer for samarbejdspartners omsorgsoplevelse. Samspillet mellem temaer er illustreret i Figur 2 .

Figur 2, Grafisk fremstilling af overordnede temaer og underordnede facetter for samarbejdet på FKD



I de følgende afsnit beskrives personalets umiddelbare oplevelse af samarbejdet og de tre temaer med tilhørende facetter. Efterfølgende afdækkes relationen, læring og borgernes omsorgsoplevelse som selvstændige fokuspunkter. Sidst gennemgås betragtninger omkring borgernes overgang til plejehjem og værdien af den geriatriske gennemgang, som begge er særlige og ikke sammenlignelige med samarbejdet omkring borgere med andre behov.

4.1 Den umiddelbare fortælling om samarbejdet

I: Hvordan ville det se ud hvis I ikke havde geriaterne i huset?

P: Så har vi jo mulighed for at kontakte for- og bagvagt på hospitalet.

I: Men hvis I ikke har geriater i huset, så er der ikke noget samarbejde med hospitalet og så har I heller ikke for- og bagvagten. Så ville det nok være borgers egen læge I skulle kontakte og 1813.

[længere pause]

P: Hvad mener du?

I: Du ser helt forskrækket ud!

P: Jamen, det kan man da ikke!

(Udpluk fra interview; I=interviewer, p=plejepersonale)

Samtalen illustrerer den gennemgående holdning hos personalet, at samarbejdet med lægerne er en uvurderlig hjælp og støtte i hverdagen og noget alle, på trods af de udfordringer, de også beskriver, ikke kan forestille sig at arbejde uden. Der er flere plejepersonaler, som vedkommende, der er citeret ovenfor, der kun har arbejdet på FKD og derfor ikke kender til en hverdag, hvor de lægefagligt understøttes af almen praksis og lægevagten. Andre har historier fra tidligere arbejdspladser og fremstiller hverdagen og plejen på FKD generelt positivt påvirket af samarbejdet, også ud over de specifikke samarbejdssituationer.

"De andre steder jeg har arbejdet, ringede man til almen praktiserende læger og alle sad i telefonkø mellem kl.8-9 og var ikke hos borgerne. Som studerende, vikar eller ufaglært var vi overladt til at få alle borgere op, mens alle andre sad på kontoret og sagde de ikke kunne hjælpe. Det var fuldstændig uacceptabelt for både arbejdsglæden og spild af udgifter til lønkroner til personale som var meget lidt producerende. Her har alle borgerkontakt fra starten af vagten og dagen starter meget bedre."

(Feltnote, plejen)

Når personalet bliver bedt om at beskrive samarbejdet, er det mere de specifikke samarbejdssituationer, der fremhæves, fremfor selve lægebetjeningsordningen, og det fortrukne ord er "godt". For personalet er det særligt vigtigt, at de oplever sig inddraget og lyttet til.

"Altså godt er jo sådan et plat ord, men jeg syntes virkelig vi har et godt samarbejde. Jeg syntes jeg bliver lyttet til. Hvis jeg foreslår noget, så kan de [lægerne] sige "Jamen, det er en god ide, det gør vi", eller med vores palliative forløb så kan de også nogle gange – altså det er jo ikke fordi de ikke ved noget om det – så kan de godt finde på at spørge om hvad jeg har brug for til weekenden. Jeg syntes, samarbejdet er godt, men især det der med at de tager os meget med, fordi vi kender borgeren som vi gør. Så jeg syntes faktisk de er enormt lyttende og handler efter det."

(Interview, plejen)

Et andet aspekt af 'godt samarbejde' er effektiviteten, som er kendetegnet ved muligheden for, at der kan og bliver reageret hurtigt og effektivt på henvendelser, når der er defineret et behov.

"Altså når vi skriver korrespondancer til dem [lægerne], er der en forventning om at de skal svare indenfor 48 timer. Selvfølgelig kommer det an på hvor mange henvendelser de får, men som oftest får vi svar om eftermiddagen. Altså væsentlig hurtigere – det er sådan jeg oplever det."

(Feltnote, plejen)

Tryghed rapporteres også som en del af et 'godt samarbejde'. På kontoret overhører jeg en samtale om, at der ringes til geriater om borger, der har lavt blodtryk. Sosu-assistenten syntes, det er meget lavt og vælger at ringe til geriater frem for at skrive korrespondance.

"Henvendt til lægen siger hun: "Jeg vil gerne handle nu, da borger også er svimmel." Problemet løses over telefonen. Der ændres lidt i den plan der allerede er lagt hvor furix var reduceret – nu seponeres det helt. Læge udtrykker, at han ikke er bekymret og det smitter af på sosu-assistenten, der tydelig er tryk i planen."

(Feltnote, plejen)

Et sidste aspekt af godt samarbejde, som personalet fremhæver, er oplevelsen af faglig udveksling og sparring.

”Det kan være sygeplejemæssigt, hvis man har brug for at få en bekræftelse på de tiltag man selv tænker, der skal sættes i gang. Så skriver jeg det jeg har observeret, det jeg har tænkt at gøre og spørger om det er rigtigt og hvad de [lægerne] tænker. Så det er både en bekræftelse og en sparring ind i om det man gør, er rigtigt. Og så er det selvfølgelig deres vurdering, deres faglighed – de er jo enormt dygtige, men de har også større muligheder for at se ting i deres journalsystemer [Sundhedsplatformen]. Hvis jeg for eksempel observerer noget, så kan de fortælle mig, at det er fordi borgeren er kendt med det og det eller det – så er der en faglig sparring på det. Det er i hvert fald det jeg har haft gavn af.

(Interview, plejen)

Spørger man lægerne, beskriver de samarbejdet som godt og tilfredsstillende indenfor de rammer, der er til rådighed. Samarbejde er kendetegnet ved tillid til, at alle kender deres del af opgaven og bidrager, hvor det er forventet.

”Vi har et godt samarbejde, men vi er ikke én enhed. Jeg bidrager med hjælp og trækker mig igen når opgaven er lægefagligt løst. Og det er fint. Vi [lægerne] må have blind tillid til at plejepersonalet observerer og handler på deres observationer. Vi er ikke opsøgende, det er der ikke ressourcer til.”

(Interview, læge)

Den umiddelbare fortælling og oplevelse af den sektorintegrerede lægebetjeningsordning er positiv og det tværfaglige samarbejde om borgerne er en naturlig del af arbejdet på FKD. Den nærmere analyse, som følger i de næste afsnit, viser at der både er tydelige fordele ved samarbejdet, men også plads til at gøre ordningen og samarbejdet endnu bedre.

4.2 Opgavens præmis

Samarbejdet mellem læger og personalet på FKD handler om både planlagte og løbende ikke-planlagte opgaver.

Præmissen for de løbende, konkrete opgaver er, at de identificeres af personalet og løses af lægen. Dertil kommer opgaver, der identificeres af lægen ved gennemgang af journaler og medicinlister.

Det er personalet på FKD, der har deres daglige gang hos borgerne, som vurderer, hvornår der kan være behov for en lægelig vurdering af borgeren.

”Vi har behovsstuegang. Når jeg [plejen] vurderer, at der er brug for en læge, så skriver jeg en korrespondance eller ringer, afhængigt af hvor akut det er.”

(Feltnote, plejen)

"Der er rigtig mange patienter og forløb, som jeg er inde over. Jeg er nødt til at lægge dem fra mig og gå videre til det næste. Så er der selvfølgelig enkelte forløb, som f.eks. det i dag hvor borger med KOL er dyspnø og vi forsøger at undgå indlæggelse, hvor jeg af mig selv tjekker op på status."

(Feltnote, læge)

De lægefaglige opgaver, der løses, er således identificeret af personalet som problemstillinger, hvor der er behov for lægefaglige kompetencer, enten til den løsning personalet allerede har tænkt eller til udredning. Med få undtagelser (som angivet i citat ovenfor) bidrager lægen med sin faglige kompetencer til meget specifikke og begrænsede problemstillinger og trækker sig fra borgerforløbet igen.

"Jeg ordinerer og lægger en plan for opfølgning – hvis sådan og sådan så skriv/ring igen. Så er det ude af mit hoved indtil jeg hører noget igen – hvis jeg hører noget igen. Så er det plejepersonalets ansvar at følge op og sørge for at den plan, der er lagt, følges og at der observeres som foreskrevet."

(Interview, læge)

De problemstillinger, der kommer henvendelser på, spænder bredt, men rigtig meget handler om medicinjusteringer eller administrationsveje (se bilag 2 side 39 for liste over de problemstillinger, der registreres i dagene for observation). Ligesom personalet kan vælge at henvende sig skriftligt eller mundtligt (se nedenfor i kapitel 4.3), så kan lægen vælge at løse problemstillingen ved at skrive til personalet eller tilse borgeren og lave journalnotat.

"Der er rigtig mange henvendelser om medicin, der skal ordineres eller ændres og så er der rigtig mange henvendelser om hævede ben som de [plejepersonalet] gerne vil have at vi ser. Jeg sender de yngre læger ud til mere end jeg selv ville gå til. Det er der noget læring i. De hævede ben kan have mange årsager og kan sagtens være vanligt, men det kan også være relevant at vi ser på det. De [borgerne] kan have glemt støttestrømperne hjemme. Men vi går for at se om der er forskel på benene eller tilkommet staseeksem. Eller selvfølgelig hvis der er skæve værdier så går vi ud og kigger på det. Andre dage kan der være meget relevant at gå til og så ser jeg lige så mange borger, som jeg vil se til en stuegang på hospitalet."

(Feltnote, læge)

Dagens liste af henvendelser viser bl.a., at en borger har haft gulgrøn tynd afføring de sidste to dage, men ellers er der behov for medicinordinationer, en problemstilling med dobbeltordination, smerter, henvisning til psykiatrien, uro og behov for mere oxapax, hørenedsættelse/prop, iv-væske, hovedpine og svamp. Dagens liste er udgangspunktet for de opgaver, der løses på dagens behovsstuegang.

En opgave, som løses systematisk uafhængigt af personalets vurdering af behov, er gennemgang af alle journaler og medicinlister.

"Vi ser også alle nye borgers journaler igennem. Vi ser dem [borgerne] ikke systematisk fysisk, men kigger i alle journaler og kigger medicin igennem. Her kan vi blive opmærksom på reelle geriatrike problemstillinger, som vi selv tager op. Ofte er det også de borgere, der ender med at blive indstillet til plejehjem og derfor får de ofte foretaget en reel geriatrik gennemgang"

(Feltnote, læge)

I forhold til gennemgang af medicinlisten siger et plejepersonale:

”Den anden dag gjorde lægen mig opmærksom på at der var flere præparater som borger fik udleveret fra hæmatologisk og nefrologisk afdelinger. Det var dejligt at vide, for så ringer jeg bare og fik det udleveret derfra.”

(Feltnote, plejen)

Det lægefaglige arbejde på FKD er overvejende reaktivt og opgavebaseret, initieret af plejepersonalets vurdering af behov. Lægens bidrag er typisk afgrænset til specifikke kliniske problemstillinger, mens systematisk journal- og medicingennemgang udgør en selvstændig, proaktiv indsats.

4.3 Kommunikationens præmis

Kommunikationens præmis er, at både den første henvendelse og de efterfølgende svar og modsvar kan være skriftlige eller mundtlige. Alt skriftlig kommunikation foregår via korrespondancemeddelelser udenom de respektive journalsystemer, CURA (kommune) og Sundhedsplatformen (region). En skriftlig henvendelse kan afføde et skriftligt svar, men kan tillige afføde et tilsyn og mundtligt svar fra lægen. Af hensyn til dokumentationen vil et mundtligt svar oftest efterfølges af en skriftlig opfølgning.

Jeg vil helst at ordinationer ikke er mundtlige, for så ved jeg at jeg har det på skrift og så er det ikke mig der hænger på den. Med hvis der er - for eksempel i går så skrev jeg til læge om en seponering af væskeskema til en borger med væskerestriktion som drak hvad han måtte. Senere opdager jeg at der også er ordineret daglig vægt som heller ikke er aktuelt mere og da lægen alligevel er forbi kontoret, spørger jeg om hun vil seponere den også. Lægen siger at der allerede er svaret på korrespondancen om væskerestriktion og om jeg ikke bare kan skrive at det kan seponeres uden en korrespondance. Det accepterede jeg. For mig var det en mindre vigtig ordination.

(Feltnote, plejen)

Kommunikationen initieres af personalet, der har identificeret en problemstilling, der kræver lægefaglig kompetence. Den skriftlige form er den mest anvendte i både den første henvendelse og de efterfølgende svar.

Et plejepersonale siger om den skriftlige kommunikation:

”Den skriftlige kommunikation skærper fagligheden. Jeg tvinges til at organisere en besked – få det hele med i den rigtige rækkefølge. Sætte mig mål og være tydelig på behov”

(Feltnote, plejen)

Andre giver udtryk for, at den skriftlige kommunikation er effektiv og i langt de fleste tilfælde tilstrækkelig.

”Jeg syntes at langt det meste kan klares med den skriftlige kommunikation. Det er jo ikke sådan at det gør det sværere at løse opgaven end hvis vi snakker sammen. Hvis det er noget, ikke akut så kan der måske godt gå nogle timer før de [lægerne] svarer på

vores henvendelse. Men, jeg syntes hvis det er noget akut, så syntes jeg de er ret hurtige til at handle faktisk, også selvom vi kun skriver sammen.

(Interview, plejen)

En læge tilføjer, at:

"Den skriftlige kommunikation har den fordel at den ikke forstyrrer. Men den kan være mangelfuld og svær at handle på.

(Interview, læge)

Effektiviteten i den skriftlige kommunikation er en forudsætning for, at samarbejdet fungerer og henvendelserne fra personalet til geriaterne opleves som rettidige og nøjagtige (4).

Den mundtlige kommunikation kommer i spil, når personalet vurderer opgaven som kompleks, eller hvis behovet er akut.

En borger er blevet dårlig og efter sparring i plejegruppen går en sygeplejerske på lægekantoret efter en læge. Henvendt til mig siger hun: "Den her situation fremstår meget akut – mere end blot at ringe."

(Feltnote, plejen)

Et plejepersonale får i et interview beskrevet, hvordan det at have muligheden for at handle hurtigt efter en mundtlig samtale, er betydningsfuld og effektivitet.

"Den mundtlige kommunikation er jo hurtigere – det er væsentlig hurtigere. Og jeg kan forholde mig til den mundtlige samtale jeg har med lægen og handle på baggrund af den, lang tid før der ligger noget på skrift.

(Interview, plejen)

Andre beskriver hvordan den mundtlige kommunikation er god, når den skriftlige kommunikation ikke er tilstrækkelig.

"Den mundtlige kommunikation er god til at få afklaret misforståelser og komme frem til fælles forståelser"

(Feltnote, plejen)

Kommunikationen mellem geriater og plejepersonale kan være både skriftlig og mundtlig. Citaterne ovenfor afspejler, at det er situationen, der afgør, hvad der fungerer bedst. Kommunikationens præmis er således bundet op på forventninger til opgaver og løsninger fra både plejepersonale og læger (se kapitel 4.5.3), og personalets kompetencer til at anvende de organisatoriske rammer for kommunikation, der er etableret (se kapitel 4.5.2)

4.4 Forventningens præmis

Forventningens præmis handler om aktørernes forventninger til modpartens engagement i relationen - imødekommenhed, samarbejdsvilje og tillid.

Alle tre dimensioner genfindes i Gittel et al. som faglige færdigheder med relevans for produktive relationer (4). I empirien tillægges dimensionerne et personligt træk, og bliver grundlag for, om man bryder sig om samarbejdspartneren som menneske, og heraf om relationen opleves som god. Når der her snakkes om faglighed, er det relateret til medicinsk viden, kompetencer og færdigheder.

"Heldigvis var det søde søde [navn] der var på vagt, så jeg var glad og det gik nemt. Jeg har da klart mine favoritter og selvom de alle sammen er dygtige, syntes jeg relationsarbejdet er meget vigtigt for arbejdsgangen på en eller anden måde."

(Feltnote, plejen)

Imødekommenhed og samarbejdsvilje omtales som vigtigt, og der er flere eksempler på læger og sygeplejersker, der giver udtryk for, hvordan de selv forsøger at være imødekommende overfor modparten og give udtryk for samarbejdsvilje.

"Jeg prøver at lære personalet [plejen] at kende og at afkode deres beskeder. Der er nogen som kan få alt til at lyde som meget akut og andre hvor man reagerer når de skriver akut, for det gør de kun når det virkelig er det."

(Interview, læge)

"Vi bruger altid lige lidt tid på at finde ud af hvem af lægerne, der er i huset i dag. De vil nemlig gerne have det lidt forskelligt"

(Feltnote, plejen)

Det er således en erfaring hos både plejepersonale og læger, at personlige egenskaber som imødekommenhed og samarbejdsvilje fremmer en god relation, som igen opleves at have betydning for arbejdsgang og opgaveløsning.

"Det er frustrerende og ærgerligt når man ikke føler sig set og hørt. Den kontakt jeg havde med lægen, var ikke behagelig. Jeg kan godt forstå, at der er begrænsede behandlingsmuligheder i borgerens situation, men der var jo ikke lagt en plan - kun det notat fra skadestuen fra i går, hvor de vurderer at de ikke kan gøre mere, så jeg ringede. Jeg syntes situationen var en anden og vi er jo trænet til at handle indtil andet er aftalt. Det oplevedes som om lægen syntes jeg spildte hans tid. Jeg følte mig afvist af en læge der ikke gad at jeg ringede og jeg følte mig ikke i stand til at gøre mit arbejde."

(Interview, plejen)

Tillid til, at samarbejdspartneren har lyst til at indgå i relationen, er vigtig, men helt essentielt er det at kunne stole på, at modparten er villig til at løse opgave som henholdsvis plejensvaret og behandlingsansvaret foreskriver.

"Det drejer sig om at forlige sig med, at det er plejepersonalet der observerer og giver besked hvis de er bekymret eller ser noget, der skal handles på. Jeg har blind tillid til at

plejepersonalet rapporterer alle vigtige oplysninger. Hvis de skriver om UVI symptomer, men ikke nævner f.eks. blodig urin, så går jeg ud fra at der ikke hæmaturi.”

(Feltnote, læge)

”På et tidspunkt havde vi en læge, der havde en meget stor nej-hat på – hvis man overhoved kunne så ventede man til næste dag og håbede det var en anden læge, der var på arbejde. Jeg havde ikke tillid til, at den læge kom ud i afdelingen eller på anden måde imødekom mine behov for hjælp”

(Feltnote, plejen)

Accepten af formen på, hvordan samarbejdet er organiseret sammen med erkendelse af opgavens relevans og egen rolle i løsningen, er en forudsætning for etablering af den tværfaglige relation og den relationelle koordinering.

”Vi læger skal øve os i at være positive når nogen ringer og have den indgangsvinkel at de ringer fordi de har vurderet at have behov for en læge. Det er jo positivt at de reagerer på det behov. De kan jo ikke gøre for - de ved det jo ikke – at de forstyrrer noget uhensigtsmæssigt. Man skal som læge kunne lide de opgaver der er her, lide den kategori af patienter der sygdomsmæssigt ligger lige mellem hospital og almen praksis.

(Interview, læge)

Aktørernes forventninger til modpartens imødekommenhed, samarbejdsvilje og tillid har afgørende betydning for etableringen og kvaliteten af den tværfaglige relation. Disse egenskaber fremstår i praksis som både faglige og personlige træk, der påvirker oplevelsen af samarbejdet og den relationelle koordinering. Empirien peger på, at tillid til modpartens vilje og evne til at løse opgaven er central, og at relationens kvalitet har direkte konsekvenser for arbejdsgange og opgaveløsning. Forventningens præmis udgør således et fundament for produktive relationer i det tværfaglige samarbejde.

4.5 Facetter af sammenspil

4.5.1 Opgave og forventning

I samspillet mellem opgavens præmis (at den konkrete opgave, der samarbejdes omkring, identificeres af personalet og løses af læge) og forventningen til hvordan samarbejdspartneren går ind i relationen, findes spørgsmålene om hvilke opgaver, der skal løses i samarbejdet og ikke mindst hvilke løsninger, der er mulige.

”Lægerne er blevet bedre til at sige fra, så de faktisk har bedre tid til de opgaver der er relevante. Men det er en konstant afvejning om hvad der er relevant og jeg vil helt sikkert komme til at spørge om ting fordi jeg kan være i tvivl om det er noget der kan udvikle sig til noget mere akut eller noget der hænger sammen med noget vi allerede tager os af. Men lægerne er blevet bedre til at sige fra. Og det er fint”

(Interview, plejen)

Når samarbejdspartnerne ikke er enige om hvilke opgaver, der skal løses og hvordan, udfordrer det oplevelsen af det fællesskab i samarbejdet. I empirien ses det udfordrede samarbejde som refleksioner over

unødige henvendelser. Grundet opgavens præmis med, at henvendelser kommer fra personalet til geriater, er det lægerne, der har oplevelsen af unødvendige henvendelser. En del af de oplevede unødige henvendelser drejer sig om opgaver, som geriaterne mener, bør ligge i almen praksis.

"Hvis det ikke er akut og der efterfølgende vil være et længere forløb med opfølgning, så overlader vi det ofte til egen læge at beslutte hvad de vil. Eller det kan være noget egen læge har opstartet og som skal følges fremadrettet, så vil vi ikke ændre på det."

(Feltnote, læge)

Det kan medføre, at plejen oplever at blive afvist på en opgave, de selv finder relevant.

Fysioterapeuten har foretaget faldudredning på borger og fundet hende kognitivt svækket. Henvender sig til plejen for kontakt til geriater og henvisning til demensudredning. Plejen henvendt til fysioterapeuten; "Jeg er enig. Der var geriatrisk gennemgang i går hvor det blev taget op. Man besluttede at udskyde og overlade det til egen læge at henvise."

(Feltnote, plejen)

Andre gange oplever lægerne, at de unødige henvendelser er relateret til plejens faglighed og kompetencer.

"Vi får ofte henvendelser som er unødvendige. I går var det lidt rødme i en hudfold. Hvad havde de forestillet sig jeg skulle gøre ved det? Forsøg først med luft og tørring og hvis det ikke hjælper, så skriv."

(Feltnote, læge)

En sidste kategori af oplevede unødige henvendelser er relateret til lægernes manglende kendskab til de rammer, plejen er underlagt.

"Jeg har brug for en ordination hvor der står helt specifikt at jeg f.eks. skal blærescannet ved toiletbesøg og SIKe ved 400 ml urin i blæren. Ellers må jeg ikke SIKe. Sådan er reglerne og arbejdsgangen. Selvom vi kan læse at borger er blevet SIKet på hospitalet i går, så skal jeg have fat i en læge eller bagvagt hvis jeg mistænker retention og der ikke er lagt en specifik plan."

(Feltnote, pleje)

Konsekvensen af de oplevede unødige henvendelser og afvisning af opgaver afføder 'synsninger' om samarbejdspartneren. Det skaber afstand mellem de to faggrupper, der indgår i samarbejdet. Typisk bunder det i et manglende kendskab til rationaler, refleksioner og rammer for handling og beslutninger.

"Indtil vi får afkodet hvad der er habituel, så er alt akut i vores [plejen] optik. Jeg kan godt reagere på dyspnø, men så kommer lægen og siger at det er borger kendt med, for det kan de se i Sundhedsplatformen, og ikke noget vi skal handle på. Jeg mangler viden og alene af den grund vil jeg kontakte læge unødigt"

(Feltnote, pleje)

Mens lægerne oplever uhensigtsmæssige henvendelser, oplever plejen uventede eller uønskede løsninger fra lægerne på fremsatte problemstillinger.

"De [lægerne] kender jo ikke patienterne så godt som vi gør. Så de er ikke altid enige i hvad der er god behandling og pleje"

(Interview, plejen)

En særlig uønsket og uforståelig løsning er de ordinationer, der følger med handlingsplaner om observation eller opfølgning på en behandling.

"Og så er der mængden af lægeordineret observationer – blærescanninger og vitalparameter flere dage i træk. Borgerne er generelt blevet dårligere så måske er det vigtigt og rigtig, men omfanget af målinger er vi ikke vant til. Det stjæler meget tid fra omsorgen og vi [plejen] syntes det er alt for meget."

(Feltnote, plejen)

Når rationalet for lægens løsning er uklar eller uforståelig, består problemstillingen og behovet for en oplevet mere brugbar løsning.

"De [lægerne] kan heldigvis noget forskelligt, så det er også en fordel at de er flere læger, der kommer på skift. De har hver deres interesser og specialviden. Så hvis man ikke rigtig får den hjælp man syntes, der er behov for, så spørger igen i morgen når der er en anden læge på vagt. Og nogen gang så kan man godt få den henvisning man efterspørger eller få afsluttet rækken af 3xdaglig TOBS-målinger"

(Feltnote, plejen)

Samspillet mellem personale og geriater afspejler en kompleks dynamik, hvor forskellige faglige perspektiver og organisatoriske rammer præger forståelsen af opgavens relevans og løsning. Forskellige syn på hvilke henvendelser der anses som nødvendige, og hvilke løsninger der opleves som brugbare, kan udfordre samarbejdet og skabe faglige spændinger. Disse forskelle synes ofte at udspringe af begrænset indsigt i hinandens arbejdsvilkår, beslutningsgrundlag og faglige rationaler. En styrket gensidig forståelse og tydeligere kommunikation om opgavens karakter og kontekst kan bidrage til et mere konstruktivt og tillidsfuldt samarbejde.

4.5.2 Opgave og kommunikation

Samspillet mellem opgave og kommunikationen handler om, at opgaven ikke altid bliver synlig og åbenbar, når kommunikationen primært er skriftlig. Samspillet mellem opgave og kommunikation handler også om, at der er tillid til, at alle kliniske observationer er observeret, erkendt og kommunikeret.

"Sammen ser vi mere, vi ved det bare ikke før vi mødes og det gør vi kun hvis plejen vurderer, at der er et specifikt behov"

(Feltnote, plejen)

Der er en erkendelse fra alle samarbejdspartnere om, at det ikke alene er plejens vurdering af opgavens kompleksitet, der betinger kommunikationsformen (om det skal være skriftligt eller mundtligt), men også kvaliteten af kommunikationen, der betinger opgavens endelige form og løsning.

To læger snakker om hvordan de kunne have håndteret en uventet forværring i en borgers situation bedre. "Vi handler på de informationer vi har her lige og nu, og med geriatriske patienter så er symptomerne ofte atypiske – det gør det ikke lettere. Sådan er det på hospitalet og sådan er det her på FKD. Men her handler vi på information fra plejepersonalet uden nødvendigvis at se borgeren selv. Hvis det er forkert, så hører vi helt sikkert fra dem igen."

(Feltnote, læge)

Det er altså ikke kun kvaliteten af det skrevne,

"I går modtog jeg en borger, som viste sig at have lav temperatur. Jeg får i vagtskiftet skrevet en korrespondance, som jeg ikke er særlig stolt over:

'TOBS 3 – hvad gør vi?',

men jeg får ikke skrevet, at borger i øvrigt er velbefindende. Det må være en sur besked at få. Det er jo ikke mærkeligt at lægerne mister tilliden til eller troen på vores faglighed, når de præsenteres for sådan noget"

(Feltnote, plejen)

men også balancen mellem skriftlig og mundtlig kommunikation, der afgør hvor mange nuancer, der kommer i spil i beslutningsprocesserne – nuancer, der har betydning for den behandlingsplan, der bliver lagt for borgeren.

"Jo mere jeg går ud, jo mere forebygger jeg nye skriftlige henvendelser på den samme sag. Jeg kan godt skrive tilbage når jeg ikke får oplysninger nok i første henvendelse, men jeg går også gerne ud. Den mundtlige kommunikation får flere nuancer med end den skriftlige."

(Interview, læge)

I langt de fleste situationer gives borgeren en solid og tilstrækkelig behandling på baggrund af den skriftlige kommunikation, hvis præmis er givet i personalets kompetence til at vurdere relevant kommunikationsform samt det faglige niveau i selve ordvalget. I rapportens empiriske materiale er der en række eksempler på, at der er korresponderet skriftligt flere gange med spørgsmål og svar fra både læger og plejepersonale på samme sag. Det fremmer klarheden af problemstillingen, understøtter rette behandling og sikrer skriftlig dokumentation af borgerens tilstand og problemstillinger.

Det må samtidig formodes, at situationen, hvor lægen fejlvurderer en situation på baggrund af de skriftlige observationer, ikke er enestående. En risiko der ikke er anderledes end ved samarbejde med almen praksis, som formentlig vil se borgerne i mindre omfang end geriateren, der har sin daglige gang på FKD.

"Vi er mere end almen praksis, for vi er her jo fysisk"

(Interview, læge)

Samspillet mellem opgave og kommunikation i det kliniske samarbejde er præget af en kompleks balance mellem skriftlig og mundtlig formidling. Den skriftlige kommunikation sikrer dokumentation og kontinuitet, men kan mangle nuancer, som er afgørende for korrekt vurdering og behandling. Mundtlig kommunikation tilfører dybde og fælles forståelse, særligt i komplekse eller akutte situationer. Empirien viser, at tillid til observationer og vurderinger er central, men også sårbar over for uklar eller mangelfuld kommunikation. Valget af kommunikationsform er således ikke alene et spørgsmål om opgavens karakter, men også om relationel tillid og faglig kvalitet i formidlingen.

4.5.3 Kommunikation og forventning

Samspillet mellem kommunikation og forventning handler om, hvordan både læger og plejepersonale har ønsker til et anderledes og tættere samarbejde. Det handler dels om kontinuitet i forløbene, men også ønsker om at optimere og forbedre samarbejdet generelt set.

”Det ville være godt hvis vi var mere fælles om opgaven – snakkede og lagde fælles planer. Jeg kan skrive om en situation i korrespondancen og borger har en helt anden version når lægen går tilsyn. Så får jeg et skriftligt svar tilbage som jeg overhovedet ikke kan bruge, for det var jo ikke sådan jeg så problemstillingen. Jeg undrer mig over at man ikke spørger når der er stor differens mellem borgers historie og min henvendelse”

(Feltnote, pleje)

Der er således et ønske om flere fælles tilrettelagte behandlingsplaner, som formodes at give bedre forløb for borgerne, men samtidig en erkendelse af, at det betyder et møde og mundtlig kommunikation mellem læger og plejepersonale.

Læge er på tilsyn hos en urolig borger. Plejepersonalet mistænker nikotin-abstinenser. Læge er på stuen for at overtale borger til nikotinplaster. Under samtale med plejen og borger på stuen kommer de frem til en fælles beslutning om desuden at omlægge den på Panodil borger allerede har ordineret til fast administrationstidspunkt. Henvendt til mig siger lægen efterfølgende: ”Det var en god snak jeg havde med plejepersonalet. De havde nogle gode overvejelser og vi fik lagt en god plan.”

(Feltnote, læge)

Der ligger i det første citat en forståelse for præmissen omkring kommunikation, men samtidig et ønske om, at de rammer, der er bygget op i det tætte og tværfaglige samarbejde mellem læge og plejepersonale på FKD bliver brugt endnu bedre eller måske endda udvidet. Der er en fælles forståelse blandt sundhedsprofessionelle om, at rammerne på FKD er tilstrækkelige til gode relationer og samskabelse, og måske netop derfor er skuffelsen større, når det ikke lykkedes at udnytte det optimalt. Et andet ønske, der findes særligt fra personalet, er mere kontinuitet i fremmøde blandt lægerne, da det formodes at skabe bedre forløb

”Jeg ved faktisk ikke hvem der er på arbejde, før jeg får brug for dem [lægerne]. Og jeg ved heller ikke hvad de fortæller hinanden - hvad ved de om borgerne? Det er en ulempe fordi det varierer lidt for meget. Hvor meget skal jeg fortælle og dele om borgeren når jeg følger op på en problemstilling? Det kan være svært at skabe fremdrift”

(Interview, plejen)

Plejen har således en forventning om, at lægerne kan bidrage til kontinuiteten ved et kendskab til borgerne. Geriaterne på den anden side udtrykker, at denne forventning ikke kan opfyldes under de strukturelle organisatoriske rammer, som samarbejdet er underlagt. De oplever at ansvaret for kontinuitet og fremdrift alene er personalets opgave og ansvar.

Lægerne har et lignende ønske om kontinuitet, men ud fra en begrundelse forankret i arbejdsgange, og ikke ud fra en formodning om, at det skaber bedre eller optimeret behandling.

"Det er godt at være her i flere dag ad gangen. Der er noget med overblikket. F.eks. når man øger en borger i smertestillende – det skriver jeg jo ikke nogen steder andet end i korrespondancen til plejen. Så kommer der en henvendelse 2 dage senere om at borger stadig har ondt – eller bare at borger har ondt. Hvis det ikke var mig selv, så vil jeg selvfølgelig kunne se i FMK at der har været en ændring, men det står ikke i SP. Så man lærer at finde rundt om systemet og få den nødvendige historik. I sidste ende får borger samme behandling, men det gør det lettere at det var mig selv begge dage."

(Feltnote, læge)

Læger og personale ser således forskelligt på formålet med kontinuitet i lægebemandingen, men der er en mere generel tværfaglig enighed om, at rammerne er tilstrækkelige til opfyldelse af målet for samarbejde.

4.6 Relationen

Gittel et al. (4) beskriver relationel koordinering som teoretisk referenceramme for at forstå, hvordan tværfagligt samarbejde kan fungere med optimalt udbytte. Fælles mål, fælles viden og gensidig respekt i samspil med rettidig, nøjagtig og hyppig kommunikation er grundstenene, og når det fungerer, er der tale om tværfaglig opgaveintegration.

Der er inden for den strukturelle organisatoriske ramme talrige eksempler på tværfaglig og tværsektoriel opgaveintegration, men som beskrevet i afsnittene 4.4 og 4.5.3 er der også forventninger til samarbejdspartneren, der ikke opleves imødekommet. Kommunikationen kan være udfordret af, at det fælles mål og viden for behandling bliver utydelig.

"Samarbejdet bliver anderledes – ikke så teamagtig, når meget af observation overlades til plejepersonalet"

(Interview, læge)

Hvad Gittel et al. ikke beskriver, er værdien af den menneskelige relation – og hvad det betyder for den relationelle koordinering at føle sig som en del af samme organisation. Ud fra empirien har det betydning for skrøbeligheden af den gensidige respekt.

Direkte adspurgt føler lægerne sig som gæster på FGD.

"Jeg føler mig mere som konsulent eller gæst her. Samarbejdet er godt, men vi er ikke én enhed. Jeg spiser jo heller ikke frokost sammen med plejepersonalet eller bliver inviteret med til jule- eller sommerfest, hvis de har sådan noget."

(Interview, læge)

Personalet har samme opfattelse af afstand, og ser mere lægerne som samarbejdspartnere end kollegaer.

"På en måde er vi ikke kollegaer. De er læger og de sidder på deres kontor og vi er i afdelingen – vi er forskellige steder. Vi hilser jo på hinanden og nogle gange hvis man har tid og vi har noget kage, så spørger vi om de vil have. Der er afstand, men man er venlig. Og man ved også at hvis man har brug for hjælp, så kan man altid få det."

(Interview, plejen)

Et andet personale supplerer,

"En kollega, der tænker jeg at man skal - forstå mig ret – altså dem jeg arbejder sammen med til dagligt, dem jeg er i rum med, de er mine kollegaer. Samarbejdspartnere ser jeg som noget eksternt. På den baggrund vil jeg kalde dem [lægerne] samarbejdspartnere, for jeg har ikke så meget mundtlig dialog med dem. Der bliver en afstand på en eller anden måde - lidt distance. Det er den fornemmelse man får, når det er over korrespondancer."

(Interview, plejen)

En læge reflekterer over, at en oplevelse af meningsfyldt arbejde og opgaver kan kompensere for den skrøbelige teamdannelse og understøtte opgaveintegrationen.

Som læge skal man kunne lide rehabilitering og de her lidt anderledes opgaver der er. De [borgerne] er ikke så syge som på hospitalet, men de er bestemt heller ikke raske og ikke så raske som borger i almen praksis. Det vil sige, at man skal finde det relevant at have borger med problemstillinger, som kunne have udviklet sig til noget meget større, hvis vi ikke havde grebet ind. Kan du ikke lide målgruppen, så er det svært at være konsulent i huset her og indgå respektfuldt i de opgaver plejepersonalet henvender sig med."

(Interview, læge)

Umiddelbart er det ikke en forudsætning for relationel koordinering og skabelsen af opgaveintegration, at samarbejdspartnerne oplever at have samme organisatoriske tilhørsforhold, men relationen bliver skrøbelig, og der opstår let historier om 'de andre', som bunder i en manglende indsigt og manglende forståelse for andres vilkår og muligheder for opgaveløsning.

Samarbejdet er tæt, meningsgivende og relevant, og det opfylder de mål for opgaveløsning, der er indgået i samarbejdsaftalen mellem FKD og Geriatrik Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Med afsæt i rapportens empiriske fund er der imidlertid fortsat et udviklingspotentiale, inden sektorsamarbejdet kan betegnes som integreret i betydningen *at gøre hel og fuldstændig*.

Relationel koordinering forudsætter fælles mål, viden og gensidig respekt understøttet af effektiv kommunikation. Empirien viser, at selvom samarbejdet mellem læger og plejepersonale på FKD er meningsfuldt og opgaveintegreret, udfordres den gensidige respekt og relationen af en oplevet organisatorisk afstand. Læger og personale ser ikke hinanden som kollegaer, hvilket skaber skrøbelighed i samarbejdet og begrænser den relationelle koordinering. Den menneskelige relation og oplevelsen af organisatorisk tilhørsforhold fremstår som centrale, men ofte oversete, faktorer for et fuldt integreret sektorsamarbejde.

4.7 Læring

Med det tættere tværsektorielle og tværfaglige samarbejde giver personalet udtryk for, at de reflekterer mere og opnår øget kompetence og højere faglighed.

”Vi er blevet bedre til at skrive værdier og sådan når vi kontakter lægen. Det betød ikke så meget med vores tidligere geriater. Det er vigtigere nu – vi er blevet bedre til det. Fagligheden er blevet højere og det er godt”

(Interview, pleje)

Med den øgede faglighed blandt personalet sker der en positiv udvikling med øgede kompetencer for observation, refleksion og skriftlig kommunikation, som der gives faglig sparring på, og som igen giver øgede kompetencer til observation, refleksion og kommunikation.

”Jeg er sygeplejerske og jeg skriver oftere korrespondancer end andre. Hvis de er i tvivl, så kommer de ofte til mig og så skriver vi fra min computer. Det er jo vigtigt at få det hele med – ikke bare at urin er stix'et og den er positiv, men også hvorfor vi har stix'et og hvordan borger har det. Hvis der mangler information, så kan vi godt skrive frem og tilbage med lægen et par gange. Så jeg er ofte mellemmand mellem mine kollegaers observationer og korrespondance med lægen, men det er ok. Det er bedre at beskeden bliver bedre, for det andet er spild af tid, ikk'.”

(Interview, plejen)

Det opleves desuden, at relation er bedre og læringen større i de fysiske møder med den mundtlige kommunikation.

”Altså relationen betyder rigtig meget for det der kommer ud af mødet – det der med at man står overfor hinanden og kan sætte nogle flere ord på. Altså hvor jeg prøver altid at begrænse mig i den skriftlige kommunikation, så syntes jeg, at jeg kan få forklaret det lidt bedre hvis jeg står overfor personen og jeg får også større forståelse for det der beslutes.

(Interview, plejen)

En læge tilføjer,

”Jeg går gerne ud og tilser borgerne når plejepersonalet efterspørger det. Det er der lidt relationsdannelse i, men også gensidig læring. Jeg får en større forståelse for plejepersonalets beslutninger, og jeg kan give forklaringer på handlingsanvisninger som er mere generelle og som ikke kommer med i det skriftlige.”

(Interview, læge)

Der er i samarbejdet grundlag for gensidig læring, men det opstår primært i møderne og den mundtlige kommunikation. Læringen i den skriftlige kommunikation begrænses af både detaljeniveauet i beskederne og arbejds gange i afdelingerne.

4.8 Borgernes omsorgsoplevelsen

Borgere bliver ved ankomsten til FKD orienteret om samarbejdet med Geriatrik og Palliativ Afdeling, og at det, hvis de samtykker, vil være lægerne fra Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, der vil tage sig af lægefaglige spørgsmål under opholdet.

"Borgerne skriver under på og er indforstået med at det er dem [lægerne] som overtager og ikke deres egen læge. Hvis de eller deres pårørende ikke underskriver er det egen læge vi skal benytte. Det er især borgere der har et virkeligt godt forhold til egen læge eller når borgere eller pårørende er trætte af at der bliver bestilt for meget medicin eller ændret på medicin som egen læge har ordineret. Jeg vil tro det er 3-4 borgere om året her på vores afdeling."

(Interview, plejen)

På trods af, at lægerne ikke kommer fast hos borgerne, så bliver det bemærket, at de har deres daglige gang i huset,

"Jeg har ikke mødt dem, men ved at de har været brugt til at få bestilt medicin til mig. Men jeg har set dem på gangen. Det er da rart at vide, at der ikke er så langt til dem hvis man bliver dårlig"

(Interview, borger)

og at deres tilstedeværelse skaber tryghed.

"Det giver jo tryghed i en eller anden forstand at der er læger i huset. Jeg ved jo godt at man ikke bare kan tilkalde dem, fordi de har jo et program. Men altså, hvis der er noget – og det har jeg haft, noget akut – så kommer de jo. Altså, det er jo betryggende at vide at man ikke skal vente flere timer på at der kommer én udefra eller man skal køres på hospitalet eller et andet sted hvor der er en læge. Altså det er ret betryggende, syntes jeg."

(Interview, borger)

En borger bemærker også, at trygheden ikke kun er i form af lægens tilstedeværelse, men at det formodes, at personalet opnår en bedre kompetence.

"Jeg tænker, at det også må være rart for plejepersonalet at have en sparringspartner. Det gør jo også mig tryk – at vide at plejepersonalet altid har en de kan spørge hvis de er i tvivl."

(Interview, borger)

Direkte adspurgt, fortæller de interviewede borgere, at det ikke har betydning, at det ikke er deres egen læge, der tilser dem, hvis der opstår behov.

"Jeg har ikke haft synderlig kontakt til min egen læge i flere år, så hun ville være på herrens mark, for hun kender mig ikke særlig godt. Og så skulle jeg fragtes til hende eller hun skulle komme her – jeg ved ikke helt hvordan man ville ordne det"

(Interview, borger)

En anden borger reflekterer over, at det bunder i en generel tiltro og tillid til fagligheden hos faggruppen.

"Det betyder ikke noget for mig, at det ikke er min egen læge. Man møder så mange når man er på hospitalet. Her [FKD] har jeg mødt to forskellige. Men de er jo læger alle sammen og forhåbentlig kan de tingene, ikk"

(Interview, borger)

Der er således meget få borgere, der foretrækker, at egen almen praktiserende læge varetager lægefaglige problemstillinger, mens de opholder sig på FKD. Langt de fleste sætter heller ikke spørgsmålstejn ved, at regionalt ansatte læger arbejder tæt sammen med plejepersonale på et kommunalt rehabiliteringstilbud. Andre undersøgelser af borgere og patienters brug og forståelse af det danske sundhedsvæsen har vist lignende resultater, hvor borgerne ikke har en nuanceret opfattelse af det strukturelt opdelte sundhedsvæsen, men mere lader sig guide gennem systemet af sundhedsprofessionelle og modtager behandling og pleje uden at forholde sig til behandlingsansvar og organisatorisk forankring (6).

4.9 Geriatrisk gennemgang

4.9.1 Vision – bedre overgange

Som en videreudvikling og overbygning til det ovenfor beskrevne sektorsamarbejde omkring lægebetjening, har FKD og Geriatrisk og Palliativ Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital indgået aftale om, at der laves en geriatrisk gennemgang af de borgere, som opholder sig på FKD, og som har fået bevilliget en bolig på et plejehjem.

Visionen for og implementeringen af denne indsats har været at skabe bedre forløb for borgerne fra FKD til plejehjem, samt bidrage til at borgere på plejehjem ikke indlægges unødigt.

Dern geriatiske gennemgang består af en medicingennemgang, en plan for behandlingsniveau samt en samtale med borgeren og evt. pårørende om livets afslutning.

Overgangen mellem FKD og plejehjem er ikke en sektorovergang, men en overgang fra et kommunalt tilbud til et andet med tilsvarende kompleksitet og udfordringer. Samtalerne med plejecentrene giver generelt den oplevelse, at der er meget lidt information om borgerne, der overdrages i overgangene i primærsektor.

"Vi kender jo ikke borgerne og skal først til at danne os en ide om hvilke udfordringer og plejebehov de har. Og da vores borgere ofte har kognitive udfordringer er vi afhængige af pårørende eller information vi kan få andet sted. Her er den geriatiske gennemgang et godt sted at danne sig et overblik."

(Interview, plejehjem)

I perioden fra juli 2024 til juni 2025 var der i alt 324 indflytninger i plejehjem i Frederiksberg Kommune, heraf havde 48% haft et forudgående ophold på FKD. 44 % af de borgere som flyttede i plejehjem på Frederiksberg i perioden, var gennemgået af en geriater umiddelbart inden.

Som udgangspunkt er personalet på plejehjemmene meget glade for den geriatiske gennemgang.

"Et fantastisk redskab"

"Vi ved godt at det ikke er det hele billede, men det er langt bedre end ikke at have den. Den skaber en opmærksomhed jeg ikke nødvendigvis ellers ville have haft. F.eks. hvis der er noget cancer suspect, så kan vi ofte også se om borger og pårørende er underrettet og hvad der ligger af planer for eventuel behandling."

(Interview, plejehjem)

Et andet plejepersonale supplerer,

"Gennemgangen bruger jeg nogle gange før borgeren flytter ind. Når der ikke er en gennemgang, forsøger vi selv at skabe et overblik, men det bliver meget mere tilfældigt og vi overser helt sikkert noget. Medicinlisten er et godt sted at starte, hvis den altså er opdateret. Og så kan vi begynde at ringe rundt til de ambulatorier, som vi kan se, har ordineret medicin og spørge om borger har et aktuelt forløb og for hvad."

(Interview, plejehjem)

Ud over anerkendelsen af gennemgangens værdi, nævnes i citatet en gennemgående tendens om, at ikke alle borgere har fået foretaget gennemgang, idet aftalen mellem FDK og geriatrisk afdeling ikke omfatter de borgere, der flytter fra eget hjem til plejehjem, svarende til godt halvdelen af indflytninger på plejehjemmene. Det betyder, at personalet ofte oplever selv at skulle indsamle viden på anden måde.

"Jo. Jeg bruger dem når de er der, men jeg ved ikke om alle gør det. De [geriatriske gennemgange] er der jo ikke hver gang, så det er svært at have en arbejdsgang, der afhænger af at den er der. "

(Interview, plejehjem)

Gennemgangen værdsættes, men som med den skriftlige kommunikation på FDK, er der udfordringer som kendetegnes ved at de relaterer sig til den skriftlige præmis og de begrænsninger, der ligger i, at afsenderen bestemmer indholdet.

"Jeg værdsætter det virkelig når den er der, men den kan være svær at finde. FDK er heldigvis begyndt at skrive hvornår den er foretaget og så kan vi finde den på datoen"

(Interview, plejehjem)

Betragtningen understøttes af en udtalelse på et andet plejehjem.

"Jeg er glad for den, men ville ønske der var lidt flere handlingsanvisninger i. F.eks. ved behandling med blodtryksmedicin eller hos en borger med KOL. Der ville det være rart med referenceværdier, så jeg ved hvornår jeg skal reagere."

(Interview, plejehjem)

Videre fortæller plejehjemspersonalet, at de er glade for gennemgangen i de tilfælde, hvor borger skifter praktiserende læge i forbindelse indflytning på plejehjem.

"Den [den geriatrisk gennemgang] er god at have i hullet til en ny læge"

(Interview, plejehjem)

Et andet plejehjem supplerer.

"Den [den geriatrisk gennemgang] er god som grundlag for en dialog med den læge der overtager, og måske særligt inden de modtager journal fra tidligere læge"

(Interview, plejehjem)

Plejhjemslægerne, som overtager beboerne, er enig i betragtningen og lægger særligt vægt på, at gennemgangen er et godt udgangspunkt og en værdsat hjælp, når den er der.

Der kan være mange og lange sygehistorier at sætte sig ind i. Jeg værdsætter meget når en kollega har gjort arbejdet for mig, men jeg bruger ikke tid på at lede efter den. Det er jo langt fra alle borgere der foreligger en gennemgang på, så hvis jeg ikke bliver gjort opmærksom på at den er der eller jeg falder over den, så leder jeg ikke efter den. Jeg ved jo ikke, om der er noget at lede efter.

(Interview, plejhjemslæge)

Der er ikke i evalueringen metodisk grundlag til endegyldigt at fastslå om den geriatriske gennemgang resulterer i forebyggede indlæggelser. Der er i udsagnene både formodninger og tvivl, men oplevelsen af succes er udtalt.

"Om det ligefrem forebygger indlæggelser, det ved jeg ikke rigtig. Men der er ikke tvivl om at det er godt for patientsikkerheden. Bare det at jeg ved at medicinlisten er gennemgået, for vi ser jo medicinkasser, der kommer hjemmefra, med alt muligt mærkeligt"

(Interview, plejehjem)

Der suppleres med lignende oplevelse fra et andet plejehjem.

"Jeg tror måske nok det kan forebygge indlæggelser. Gennemgangen giver mig jo overblik over sygdomme og historik, men også nuværende helbredsstatus. Jeg har altså en ide om habituel niveau og ved hvad jeg skal reagere ud fra"

(Interview, plejehjem)

Der er i samtalerne med plejhjemmene overvejende positive oplevelser med de geriatriske gennemgange som bidrager til tryghed i modtagelsen af borger fra FGD.

4.9.2 Det tværfaglige samarbejde i udfærdigelsen af gennemgangen

Empirien giver indtryk af en bekymring hos personalet omkring stor udskiftning i den lægegruppe, der foretager den geriatriske gennemgang, og om det påvirker samarbejdet og kvaliteten af produktet.

"Der er rigtig stor udskiftning og ofte kender vi ikke den læge der kommer. Det gør jo noget ved trygheden og giver bekymring om samarbejdet"

(Feltarbejde, plejen)

Lægen har selv en anden ubekymret betragtning på kvaliteten af produktet.

"Jeg har foretaget 100-vis af gennemgange, så det i sig selv er ikke noget problem. Jeg skal bare lige finde rundt i systemet og huset."

(Feltnote, læge)

Under feltarbejdet observeres, at personalet på FKD generelt ikke er forberedt på, at lægen henvender sig vedrørende oplysninger til den geriatriske gennemgang forud for lægens samtale med borger. Lægen oplever dog ikke, at det påvirker samarbejdet eller kvaliteten af produktet.

"Der er jo kun fire gennemgange om ugen, så der kan gå meget langt imellem det enkelte personale, oplever at blive involveret i en gennemgang. Men jeg er blevet mødt af fint samarbejde, så det er ikke problematisk"

(Feltnote, læge)

Der er således fra både personale og læge en oplevelse af at skulle løse en opgave i et samarbejde med en ukendt samarbejdspartner, men ud fra lægens vurdering samt plejehjemmene og plejehjemslægens oplevelse af gennemgangen, vurderes det ikke at påvirke kvaliteten af produktet. Men integrationen er ikke eksisterende og oplevelsen af lægen som konsulent i opgaveløsningen er tydeligere og væsentligt mere udtalt end i samarbejdet omkring lægefaglige problemstillinger hos borgere med andre ophold på FKD.

4.9.3 Stillingtagen til behandlingsniveau

Stillingtagen til behandlingsniveau fylder meget i snakken hos plejepersonale på plejehjemmene, men der er ikke en entydig ensartet holdning på plejehjemmene til, om emnet skal berøres i den geriatriske gennemgang.

"Snakken om behandlingsniveau er vigtig, men ikke en der kan foretages ved geri-gennemgangen. Situationen kan ændre sig fra FKD til her [plejehjemmet] og borger kan sagtens ændre holdning til ønsket for fremtidige indlæggelser når de kommer sig endnu mere"

(Interview, plejehjem)

"Det er godt at starte snakken i geri-gennemgangen. Så har vi en ide om vi fx skal opstarte iv-antibiotika behandling. Der er mange ting borger skal forholde sig til, når de flytter ind og så er det godt, at det ikke er første gang emnet berøres. Men vi skal også tage snakken, for ønsket kan sagtens have ændret sig"

(Interview, plejehjem)

Empirien antyder, at plejehjemmenes brug af oplysninger om behandlingsniveau fra den geriatriske gennemgang varierer, formentlig fordi oplevelsen er, at det er et øjebliksbillede, som kan ændre sig, når der kommer ro omkring borgeren efter indflytning på plejehjem. Det er med de foreliggende data ikke muligt at vurdere fordele, ulemper og konsekvenser for antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser blandt borgere med uafklaret begrænset behandlingsniveau.

4.9.4 Flere modtagere af den geriatriske gennemgang

Den samme geriatriske gennemgang har flere modtagere – personale på FKD, plejepersonale på plejehjemmet, borgeren egen praktiserende læge og plejehjemslægen, som overtager behandlingen af borger efter indflytningen, hvis borger vælger at skifte læge. Alle modtagere har forskellige behov og forventninger, og det kan påvirke oplevelsen den geriatriske gennemgangs relevans og anvendelighed.

"Der står ofte ting som jeg håber allerede løst på FKD, men jeg ved det jo ikke og må efterforske."

(Interview, plejehjem)

"Der kommer nok til at sidde en praktiserende læge og tænke at det kunne være lige meget. Egentlig ville jeg nok have valgt ikke at sende den eller slet ikke have lavet den, men sådan er det når man laver systematiske one-size-fits-all-indsatser"

(Feltnote, læge)

Sammen med oplevelsen af, at ikke alle borgere får foretaget en geriatrisk gennemgang, formodes modtagernes forskelligartede behov at være en betydende forklaring på variationen af plejehjemmenes og plejehjemslægerne anvendelse af den geriatriske gennemgang.

Samlet vurderes den geriatriske gennemgang at understøtte en god overgang mellem to kommunale døgn-tilbud. På trods af varierende anvendelse, vurderer personalet på plejehjemmene og plejehjemslægen, at gennemgangen giver mulighed for at skabe bedre og mere sikre overgange fra FKD til plejehjem.

5 Konklusion

Den strukturelle organisatoriske ramme for samarbejdet er givet ved etablering af aftale om behovsstuegang for borgere på Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering (FKD). Behovsstuegang på FKD varetages af speciallæger i geriatri og ikke-speciale-uddannede læger ansat i Geriatrisk og Palliativ Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Opgavens præmis er, at den identificeres af plejen og løses af lægen. Det meste kommunikation er skriftlig via korrespondancer og opleves som effektiv og tilstrækkelig i langt de fleste tilfælde. Den mundtlige kommunikation i form af telefonopkald eller fysiske møder benyttes, når opgaven er mere kompleks eller akut. Der er gensidige forventninger til, at der etableres et tilstrækkeligt kendskab til problemstillingen gennem kommunikation præget af imødekommenhed, samarbejdsvilje og ikke mindst tillid til, at alle kan og vil varetage deres del af den fælles opgave på faglig kompetent vis.

Personalet oplever, at lægernes fysiske tilstedeværelse giver grundlag for en solid understøttet opgaveløsning med faglig udveksling og sparring. Samarbejdet beskrives som godt, tæt, effektivt og grundigt og det skaber tryk blandt borgerne.

Der opstår udfordringer i forhold til hvilke opgaver, der vurderes relevante at løse i samarbejdet, og hvilke løsninger der er relevante. Balancen mellem den skriftlige og mundtlige kommunikationsform er til debat, da der kan være ønsker fra personalet om mere fælles observation, end lægen kan honorere inden for de givne rammer, men samtidig erkendes det gavnlige og forebyggende sigte ved at imødekomme behovet for mere mundtlig kommunikation. Der er desuden vurderet, at mere mundtlig kommunikation potentielt kunne understøtte en stærkere faglige relation, teamdannelsen og opgaveintegrationen. Med en strukturel organisatorisk ramme primært baseret på skriftlig kommunikation bliver den faglige relation skrøbelig, teamoplevelsen udfordret og sektorintegrationen ikke etableret.

Der er opnået en høj grad af faglig læring og kompetenceløft hos plejepersonale, siden samarbejdet blev indledt i 2017.

Indførelsen af den geriatrike gennemgang øger kvaliteten i borgeres opstart og forløb på plejehjemmet.

Evalueringen af det tværsektorielle samarbejde mellem Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering og Geriatrisk og Palliative Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har vist, at der med begrænsede lægefaglige ressourcer kan etableres arbejdsgange, der gennem hele døgnet løser lægefaglige problemstillinger.

Evalueringen har også vist, at den tværfaglige og tværsektorielle relation har betydning for opgaveløsningen, og at de strukturelle organisatoriske rammer for samarbejde definerer muligheden for graden af integration.

6 Referenceliste

1. Region Hovedstaden C for S. Sundhedsaftale 2024-2027 for Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis. 2024.
2. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen. 2024 jun.
3. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care* [Internet]. 14. november 2002 [henvist 2. februar 2025];2(4). Tilgængelig hos: <http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.67/>
4. Gittell JH, Godfrey M, Thistlethwaite J. Interprofessional collaborative practice and relational coordination: Improving healthcare through relationships. *Journal of Interprofessional Care*. maj 2013;27(3):210–3.
5. Goodwin N. Understanding Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*. 28. oktober 2016;16(4):6.
6. Anna Aaby, Maiken Meldgaard, Helle Terkildsen Maindal. Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen. 2022.

7. Bilag 1 Flowchart for kontakt til lægen

Flowchart for kontakt til lægen

Elever og studerende tager kontakt i samarbejde med vejleder/fast personale

Modtagelse af ny borger		
Begivenhed	Hvad gør det sygeplejefaglige personale	Hvad gør lægen
Ny borger ankommer til FKD	Sender korrespondance til FKD-lægen mhp. medicingennemgang og bestilling af recepter Noterer Ny borger afdeling X stue X i emnefeltet. Hvis borger kommer på afklaringsophold noteres dette i teksten i korrespondancen inkl. en kort beskrivelse omkring årsag til afklaringsopholdet (fx gentagne fald i hjemmet) samt hvem der har styret medicinen derhjemme	Gennemgår medicinlisten Lægger recepter ud på relevant medicin, så SSA/sygeplejerske efterfølgende kan bestille medicinen direkte hos apoteket uden at det skal gå igennem lægen Besvarer korrespondancen (beskriver hvad der er gjort) så plejepersonalet ved, at de kan bestille medicin på apoteket
IGVH/ fravalg af behandling	Orienterer sig ift. om der er taget stilling til IGVH/ fravalg af behandling tidligere i borgerens forløb (fx på hospitalet) Hvis ikke, da opmærksomhed på om der bør tages stilling og sende korrespondance ved behov Opretter observationen IGVH i Cura	Vurderer behovet for lægebesøg Sender korrespondance til det sygeplejefaglige personale inden for tre hverdage og opretter evt. IGVH/fravalg af behandling i SP

Ikke-akutte ændringer		
Begivenhed	Hvad gør det sygeplejefaglige personale	Hvad gør lægen
Ikke-akutte ændringer i borgers tilstand, hvor det sygeplejefaglige personale og borgeren skønner behov for lægefaglig vurdering	Indsamler relevante sygeplejefaglige observationer og måler relevante værdier – vurder evt. situationen i samråd med kollega eller leder hvis du er i tvivl om, om det er akut eller ej. Sender korrespondance til FKD-lægen. Noterer Ikke-akutte ændringer af tilstand + 1-2 ord omkring tilstanden (fx obstipation) i emnefeltet. Stuenr. og afdeling noteres nederst i teksten i selve korrespondancen.	Vurderer behovet for lægebesøg Besvarer korrespondancen inden for tre hverdage Hvis der skal tages blodprøver, skriver lægen i korrespondancen, om prøven skal tages af FKD eller i blodprøveambulatoriet
Medicinjusteringer, fx bestilling af recept, ændringer af tidspunkt og lign.	Sender korrespondance til FKD-lægen. Noterer Medicin i emnefeltet og stuenr. og afdeling nederst i teksten i selve korrespondancen	Håndteres senest kl. 12 samme dag (ift. recepter) Lægen sender IKKE korrespondance retur.
Geriatrisk gennemgang hos borgere som søger plejebolig	Sender korrespondance til FKD-lægen. Noterer Geriatrisk gennemgang i emnefeltet og stuenr. og afdeling nederst i teksten i selve korrespondancen	Sender dato for gennemgang samt aftaler omkring blodprøvetagning og evt. særlige aftaler for værdimåling, hvis disse afviger fra det, der er beskrevet i flowchart for geriatrisk gennemgang

Akutte ændringer i borgerens tilstand		
Begivenhed	Hvad gør det sygeplejefaglige personale	Hvad gør lægen
Akut ændring i borgers tilstand Vurderes ud fra sygeplejefagligt skøn, men fx mistanke om fraktur, hjernerystelse, blod i opkast, stærke smerter som ikke kan afhjælpes med allerede ordineret PN medicin, akut påvirket almen tilstand, høj feber	Indsamler relevante observationer – måler TOBS og SAT Sender korrespondance til FKD-lægen med høj prioritet straks. Noterer Akut ændring af tilstand + 1-2 ord omkring tilstanden (fx hypotension) i emnefeltet. Stuenr. og afdeling noteres nederst i teksten i selve korrespondancen. Kontakter lægen pr. telefon Anvender ISBAR (Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse, Råd) Er evt. til stede ved lægens besøg, hvis det skønnes relevant	Tilser borger og informerer det sygeplejefaglige personale mundtligt om plan og tiltag Besvarer korrespondancen med plan og tiltag

Borger skønnes døende		
Begivenhed	Hvad gør det sygeplejefaglige personale	Hvad gør lægen
Borgers almene tilstand aftager, og det vurderes ud fra et sygeplejefagligt skøn, at borger er døende	Sender korrespondance til FKD-lægen med høj prioritet. Noterer Borger skønnes døende i emnefeltet. Stuenr. og afdeling noteres nederst i teksten i selve korrespondancen. Kontakter lægen pr. telefon, informerer om: - At der vurderes, at borgeren er døende - Om der er palliationsbehov - Om der er behov for dialog med de pårørende - Anvender ISBAR (Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse, Råd)	Tilser borger Udarbejder plan for behandlingsniveau, gennemgår medicin og starter evt. lindrende subkutan medicinering Kontakter evt. de pårørende hvis der er behov Besvarer korrespondancen med plan og tiltag

Flowchart for lægekontakt

Gældende for: Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering

Udarbejdet af: Læge Johanne Bennedsen, geriatrisk afd. BBH, afdelingssygeplejerske Mai Vallentin og udviklingssygeplejerske Lene Norsgård Dahl, version 8 – 25. august 2025

Bilag 2: Forkortelser, akronymer og forklaringer

Præsenteret i alfabetisk rækkefølge

Administrationsvej	Leveringen eller indgiften af et lægemiddel kaldes lægemiddeladministration. Lægemidler kan administreres ad flere veje alt efter om der ønskes en lokal eller systemisk virkning – mund, hud, underhud, muskel, blodåre
Aspirationspneumoni	Lungebetændelse forårsaget af væske, sekret eller fremmedlegemer i lungerne
CURA	Frederiksberg Kommunes journalsystem
Dyspnø	Åndenød
Empiri	Materiale, der er blevet tilegnet via sanserne (observation)
FMK	Fælles Medicin Kort
Obstiperet	Forstoppelse – en tilstand, hvor borger har svært ved at komme af med afføringen
Seponere	Fjerne, tage væk
Sundhedsplatformen /SP	Region Hovedstadens patientjournalsystem
Subkutan	Under huden
Terminal	I denne fase er det lægernes vurdering, at patienten er uafvendeligt døende
Vitale parametre	Puls, blodtryk, iltmætning, temperatur, respirationsfrekvens
Værdier	Puls, blodtryk, iltmætning, temperatur, respirationsfrekvens
1813	Region Hovedstadens akuttelefon og kontakt til lægevagt