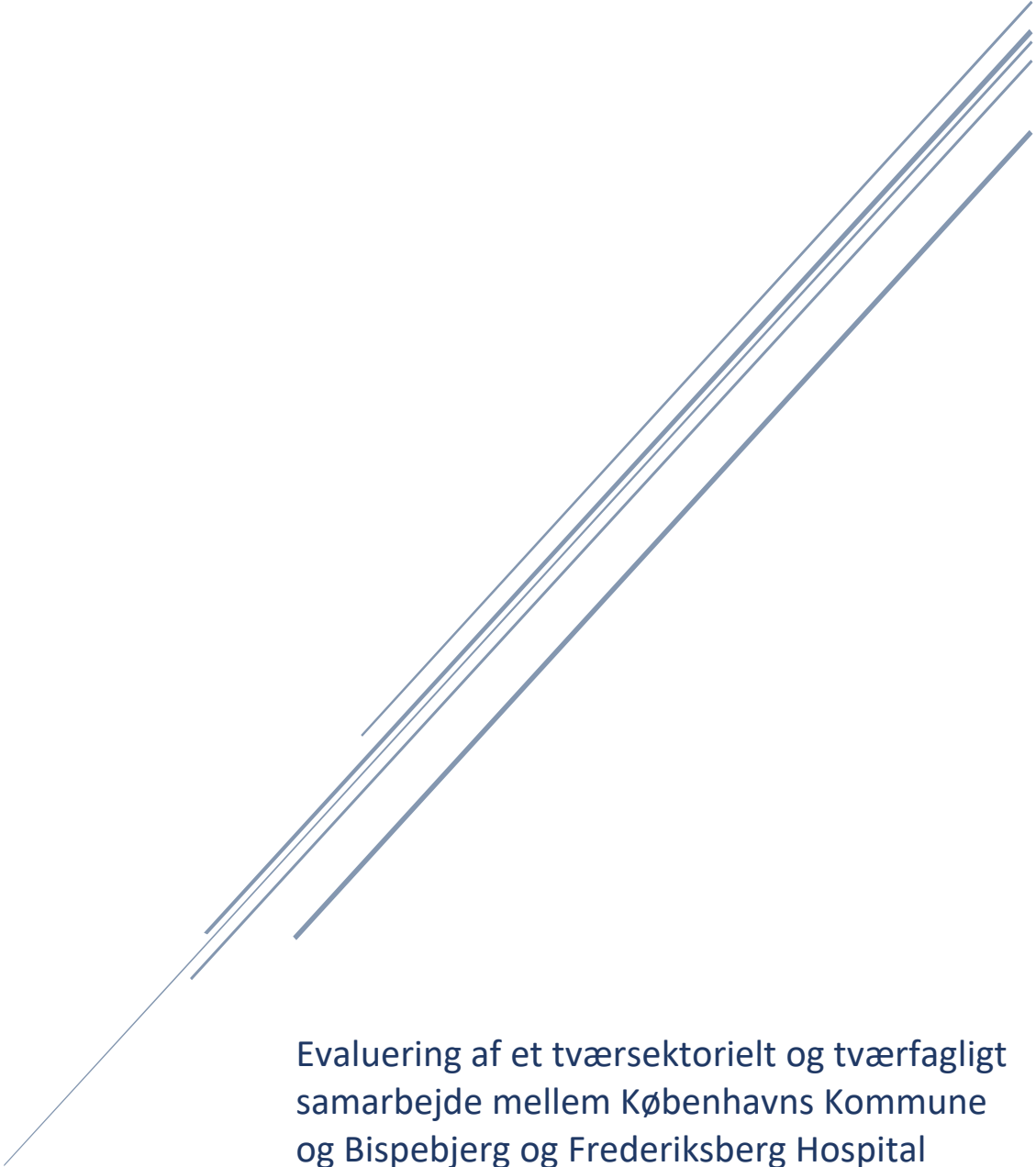


SEKTORINTEGRERET GERIATRI OG PALLIATION

Balancerer skrøbelige og svækkede borgere på grænsen
mellem hospital og primær sundhedssektor



Evalueret af et tværsektorielt og tværfagligt
samarbejde mellem Københavns Kommune
og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Udgivere

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

Københavns Kommune
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen
Afdeling for det nære sundhedsvæsen
Borups Allé 41, 7. etage
2200 København N

Forfatter

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

Tak for bidrag til

Charlotte Demant, Chefkonsulent, cand.scient.soc., Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen, Sundheds- og
Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Linda Rask Westergaard Nielsen, Sundhedsfaglig chefkonsulent, sygeplejerske, kandidat i pædagogik,
Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune

Spørgsmål til rapporten kan rettes til:

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

Charlotte Demant, Chefkonsulent, Afdeling for det Nære Sundhedsvæsen, Sundheds- og
Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune, ZU16@kk.dk

ISBN (elektronisk): 978-87-975832-0-3

Forord

De seneste to år har Københavns Kommune og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital haft et tæt samarbejde, hvor hospitalets Geriatiske og Palliative Afdeling har det lægelige behandlingsansvar døgnet rundt for alle borgere, som får et midlertidigt døgnophold på kommunens Akutplejeenhed og Afdeling for Lindring. Samarbejdet indebærer, at hospitalets læger er til stede på de to afdelinger og samarbejder med det kommunale personale om borgernes pleje og behandling. Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har et tilsvarende samarbejde med Frederiksberg Døgnrehabilitering.

Der er os bekendt ingen andre steder i landet, hvor man er gået så langt i at integrere samarbejdet om kommunale midlertidige døgnophold på tværs af sektorer. Nu er samarbejdet på Akutplejeenhed København og Afdeling for Lindring blevet evalueret, og vi er stolte af, at vi har fundet frem til en løsning, som har stor effekt i forhold til at skabe bedre og mere sammenhængende forløb for borgerne.

Det er en åbenlys gevinst ved samarbejdet, at det understøtter lighed i sundhed ved at sikre, at der ikke er tvivl om det lægelige behandlingsansvar under borgernes ophold. Borgere, der kommer hjemmefra, og borgere der er udskrevet fra hospital – uanset hvilket hospital – stilles i samme situation i forhold til at modtage lægebehandling under deres kommunale, midlertidige ophold.

Evalueringen viser, at samarbejdet mellem det kommunale personale og de tilknyttede hospitalslæger er præget af tillid, anerkendelse, respekt og fælles forståelse for problemstillingerne. Samarbejdet har skabt øget faglig tryghed og mere tid til borgernære opgaver i personalegruppen.

Evalueringen viser også, at når kommunalt personale og hospitalslæger arbejder tæt sammen om skrøbelige og multisyge borgere med komplekse, sundhedsmæssige problemstillinger, er det muligt at balancere borgerne på grænsen mellem hospital og primær sektor på et styrket fagligt kompetent niveau. Det understøttes af det faktum, at samarbejdet har reduceret antallet af indlæggelser med 36%. Faldet er næsten udelukkende drevet af en nedgang i antallet af genindlæggelser. Det er et banebrydende resultat, der indikerer, at vi i fællesskab har skabt en bæredygtig løsning på et problem, som sundhedsvæsenet har utrolig svært ved at løse.

Under de nye Sundhedsråd er det derfor nytænkende og sektorintegrerede løsninger som denne, der bør komme i spil til gavn for både borgerne og det samlede sundhedsvæsen.

November 2024



Sine Mutanu Jungersted

Centerchef, Sundhed og Rehabilitering

Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Københavns Kommune



Kirsten Wisborg

Lægefaglig vicedirektør

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Indholdsfortegnelse

Resumé	5
Introduktion.....	8
Akutplejeenhed København (APE)	8
Kort beskrivelse og incitament for etablering af samarbejde	8
Model for sektorintegreret samarbejde.....	9
Afdeling for Lindring (AFL)	10
Kort beskrivelse og incitament for etablering af samarbejde	10
Model for sektorintegreret samarbejde.....	11
Sektorintegration.....	12
Referenceramme og læsevejledning.....	13
Videnskabsteoretisk ståsted.....	13
Læsevejledning	14
Metode og materiale.....	15
Feltarbejde.....	15
Journalauditering.....	16
Interview.....	17
Plejepersonale	17
Borger	17
Analyse	18
Scenen sættes.....	18
Ophold på Vigerslevhus og kontinuitet i sektorovergangene	19
Rammer og struktur for samarbejde.....	22
Etablering af kontakt til en læge	22
Tværfaglighed	26
Supervision og sparring	28
Opgaver og problemstillinger	30
Behandlingsplaner	35
Borgerinddragelse	36
Behandlingsniveau.....	36
På speciallægens initiativ.....	37
Problemstillinger aften, nat og weekend	38
Forebyggelse.....	40
Intern kontinuitet	42

Omsorgsoplevelsen	44
Borgerens omsorgsoplevelse.....	44
Sygeplejerskens omsorgsoplevelse	46
Lægens omsorgsoplevelse	47
Integration	48
Konklusion	50
Referenceliste	51
Forkortelser, akronymer og forklaringer	52

Resumé

Akutplejeenhed København (APE) er en kommunal akutfunktion med 30 døgnpladser, hvor borgere med ustabile, komplekse forløb og høj risiko for komplikationer tilbydes et midlertidigt døgnophold med mulighed for hyppig sygeplejefaglig observation, pleje og behandling gennem hele døgnnet.

Afdeling for Lindring (AFL) er en kommunal palliativ enhed med 15 døgnpladser, hvor borgere med livstruende somatisk sygdom af malign eller non-malign art ledsaget af komplekse palliative problemstillinger og behov for særlig lindrende sygepleje gennem hele døgnnet tilbydes et midlertidigt lindrende ophold.

De alment praktiserende læger har almindeligvis behandlingsansvaret for borgere, som får et midlertidigt døgnophold i kommunalt regi, men strukturen for samarbejdet giver udfordringer. For at sikre borgerne relevante behandlingsplaner, rettidig behandling og bedre understøttelse af plejepersonalets arbejde ved lægefaglige problemstillinger har Københavns Kommune og Geriatrisk og Palliativ Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, indgået et samarbejde, der knytter speciallæger til afdelingerne APE og AFL. Vi har kaldt det *Sektorintegreret Geriatri og Palliation* for at understrege, hvordan samarbejdet er mere fuldstændigt end tidligere tværsektorielt samarbejde.

Empirien til evalueringen er samlet gennem observationelt feltarbejde, interview med plejepersonale og borgere samt auditering af hospitalsjournaler. Materialet er analyseret med fænomenologisk tilgang og besvarer spørgsmålet om, hvordan de faglige relationer i det sektorintegrerede samarbejde fungerer, samt hvordan det påvirker behandling, pleje og omsorg.

Københavns Kommunes incitament til at indgå i det sektorintegrerede samarbejde var, at samarbejdet med almen praksis var strukturelt udfordret. Da der er tale om multisyge og skrøbelige borgere med flere parallelle behandlingsforløb, oplevede plejepersonalet særligt uoverensstemmelse mellem deres behov for hjælp og sparring og praktiserende lægers forståelse for situationen samt muligheder/rammer for at tage stilling til borgernes tilstand og påtage sig ansvar for behandlingen. De lægesamarbejder, der var etableret, var begrænset til at gælde få borgere eller akutte problemstillinger. Det efterlod flertallet af borgere med begrænset lægefaglig assistance til forebyggelse, længeresigtede behandlingsplaner eller opfølgning på iværksat behandling.

Forud for det integrerede sektorsamarbejde brugte plejepersonalet dagligt tid på at etablere kontakt til almen praksis eller 1813. Der var både udfordringer med ventetid i telefonkø og ferielukkede praksisser, som genererede ekstra opkald. Plejepersonalet forsøgte på bedst mulig vis at udnytte ventetiden, men oplevede det som svært at være nærværende i relationen til borgeren, samtidig med at de skulle være parate til at tage en telefonsamtale, når de kom frem i kø. Korrespondancemeddelelser blev oplevet som svære at benytte, da behovet for hjælp kunne have ændret sig i tiden mellem afsendelse og modtagelse af svar. Det var således vanskeligt at sikre patienterne gode behandlings- og plejeforløb under deres ophold.

Med det sektorintegrerede samarbejde er der etableret struktureret og kontinuerlig lægefaglig tilstedeværelse i afdelingerne, og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital har behandlingsansvaret for alle borgere på de to afdelinger hele døgnnet under hele deres ophold. På APE er geriater til stede i dagtid på hverdage. Geriater udarbejder en lægelig behandlingsplan ved borgernes ankomst, deltager i tavlemøder og stuegang, er selv opsøgende og kan kontaktes ad hoc ved behov. På AFL er speciallæge til stede i dagtid to dage ugentligt, der er struktureret stuegang på disse to dage og mulighed for telefonisk kontakt til speciallæge i palliation på andre hverdage. Aften, nat og weekend kan personalet kontakte geriatrisk for- og bagvagt på Bispebjerg Hospital ved behov for lægefaglig sparring og hjælp.

Empirien viser, at 77% af borgerne kommer i afdelingerne direkte fra hospitalsophold, mens de resterende borgere kommer hjemmefra eller fra et andet midlertidigt døgnophold. Empirien viser desuden, at hver 8'ende borger er set af geriater under hospitalsopholdet eller tilknyttet Palliativ Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og at der i disse forløb således er potentiale for styrket kontinuitet over sektorgrænsen. Variationen i medicinske problemstillinger er betydelig, og heraf er der behov for bred kompetenceprofil hos plejepersonalet. Desuden er der fokus på at udnytte speciallægenes tilknytning til hospitalet, når der er behov for sparring fra andre specialer eller undersøgelser, der kræver særligt medicinsk udstyr.

Plejepersonalet oplever, at der er en fælles forståelse af rammerne for samarbejdet og de problemstillinger borgerne har i afdelingerne. Den faglige integration mellem plejepersonalet og speciallægerne er udtalt, og de tværfaglige relationer fremstår gensidigt anerkendende, tillids- og respektfulde. Empirien viser desuden, at der er udtalt supervision og gensidig sparring, som fører til oplevet øget kompetenceniveau hos plejepersonalet med mulighed for, at de påtager sig flere og mere komplekse opgaver.

Antallet af opgaver, som speciallægerne involveres i, er anseelige, og der er ingen antydning i empirien af varetagelse af unødvendige eller overflødige opgaver. Blandt de mest prævalente problemstillinger ses behov for medicinordinationer og -justeringer, spørgsmål om væske og ernæring, obstipation og diarre, samt smerter. Der ses både simple, men også komplekse problemstillinger. På APE arbejdes der meget med motivation hos borgerne, som en helt central faktor for hvilken behandling, der kan tilbydes. På AFL fylder samtalerne om det åndelige, eksistentielle og livskvalitet. Generelt på begge afdelinger ses udtalt borgerinddragelse i behandlingsplaner og behandlingsniveau.

På AFL ses en forskellighed i opgaver, der bringes op på stuegang og på dage med telefonkontakt. På trods af, at der ydes sparring over telefonen, oplever plejepersonalet, at de udskyder særligt de svære samtaler med borgerne til dage med stuegang. Det medfører, at stuegangen opleves presset på tid, og at borgerne venter. Der er dog samtidig en erkendelse af, at det altid er muligt at få ordinationer og sparring, når behovet opstår.

I vagttid kontaktes Geriatrik for- og bagvagt i gennemsnit lidt under 1 gang i hvert borgerforløb. Generelt ses behov for mange medicinordinationer eller -justeringer, men der er også udtalt grad af sparring og vejledning, samt planer for handlinger i den umiddelbare fremtid, indtil speciallægen igen møder ind.

Et datatræk har vist et fald fra 25 til 16 indlæggelser pr. 100 ophold på APE efter etablering af det sektorintegrerede samarbejde.¹ Der er flere eksempler i empirien på potentielt forebyggende handlinger, som delvist forklarer det observerede fald i indlæggelser fra APE. Særligt lægens mulighed for at følge borgere tæt og kontinuerligt tillægges stor betydning. Det antages desuden, at den udtalte borgerinddragelse i behandlingsplaner og afgrænsning af behandlingsniveau også har en forebyggende effekt. Men også en styrket intern kontinuitet formodes at bidrage til forebyggelse af indlæggelser – en faktor der dog udfordres grundet adskilt dokumentation i henholdsvis regionale og kommunale journalsystemer. På APE er denne problemstilling tydeligere i kraft af, at geriater oftere selv initierer indsatser hos borgerne uden forudgående henvendelse fra plejepersonalet.

Ingen borgere giver udtryk for, at de foretrækker behandling af egen praktiserende læge under ophold frem for speciallægerne. Generelt giver borgerne udtryk for, at de alligevel ikke kender deres praktiserende læge særligt godt, og at der under opholdet opbygges et godt gensidigt kendskab mellem dem og alle de

¹ Idet AFL's målgruppe af terminalt syge borgere i forvejen kun indlægges i meget få tilfælde, har det sektorintegrerede samarbejde på AFL ikke samme betydning for antallet af indlæggelser som ses på APE.

sundhedsprofessionelle i afdelingerne. Desuden vægter borgerne oplevelsen af faglighed og kompetencer som vigtigere for trygheden og tilliden end tidligere kendskab. Herudover værdsættes det højt, at sygeplejerskerne har mulighed for sparring.

Plejepersonalet giver udtryk for, at det sektorintegrerede samarbejde giver dem større faglig glæde gennem bedre mulighed for at yde god sygepleje. For speciallægerne ligger arbejdsglæden og omsorgsoplevelsen i visheden om at kunne afstemme borgers ønsker og behov med de muligheder, der er for bedre behandling og lindring.

Det konkluderes, at geriater og speciallæge i palliation iværksætter behandlinger, korrigerer og følger op hvis nødvendigt. De lægefaglige problemstillinger sættes ind i en større kontekst, der tænkes forebyggelse og lægges langsigtede planer. Det tværfaglige samarbejde er tillidsfuldt, anerkendende og respektfuldt og funderet i en fælles forståelse for opgavernes karakter. Der ses et fald i antallet af indlæggelser, og generelt fremstår behandling, pleje og omsorg meningsgivende for alle og relateret til borgernes liv og ønsker for livskvalitet.

Introduktion

Når borgere har ophold på et midlertidigt kommunalt døgnophold, er det almindeligvis almen praktiserende læge, der har behandlingsansvar, og som plejepersonalet samarbejder med ved lægefaglige problemstillinger. Strukturelt giver det nogle udfordringer for den tværfaglige beslutning om behandling og pleje, der træffes på et grundlag af meget spinkelt samarbejde. En konsekvens kan være utilstrækkelige eller manglende behandlingsplaner, som igen kan munde ud i gentagne uhensigtsmæssige indlæggelser af skrøbelige ældre borgere.

Københavns Kommunes Akutplejeenhed (APE) og Afdeling for Lindring (AFL) varetager midlertidige døgnophold til særligt sårbare og ældre borgere, som er karakteriseret ved at have helbredsrelaterede problemstillinger af en sådan kompleksitet, at de ikke kan håndteres i hjemmet eller hensigtsmæssigt på hospital – *”for syge til at være hjemme, men for raske til indlæggelse.” (Feltnote APE)*. I takt med effektivisering og optimering af forløb på hospitalerne er kompleksiteten af problemstillingerne på de kommunale døgnpladser steget. Sideløbende har der de senere år været større og større fokus på vigtigheden af at prioritere omsorgen for det hele menneske og hermed betragte kontakter til sundhedsvæsenet som samlede forløb på tværs af klassisk etablerede sektorgrænser. Der har på afdelingerne således været et voksende behov for at optimere adgangen til lægefaglige kompetencer i hverdagen og forbedre samarbejdet med hospitalet.

Nedenfor beskrives de to afdelingers målgrupper, behov for lægesamarbejde samt den tidligere model for samarbejde. Til sidst beskrives den model for sektorintegreret samarbejde, som Københavns Kommune og Bispebjerg-Frederiksberg Hospital opstartede den 1. november 2022, og som er omdrejningspunktet for denne evalueringsrapport.

Akutplejeenhed København (APE)

Kort beskrivelse og incitament for etablering af samarbejde

Akutplejeenhed København (APE) er en kommunal akutfunktion med 30 døgnpladser, hvor borgere i målgruppen tilbydes et midlertidigt døgnophold. Målgruppen er borgere over 18 år, som har flere kroniske sygdomstilstande og er i en ustabil tilstand, der gør deres sygdomsforløb komplekst og uforudsigeligt, og hvor der ofte tilstøder komplikationer. Borgerne har behov for hyppig sygeplejefaglig observation, pleje og behandling gennem hele døgnet samt kontinuerlig lægefaglig stillingtagen til justering af indsatser og behandlingsplan. Ca. 75% af borgerne kommer direkte fra et hospitalsophold, mens ca. 25% kommer hjemmefra.

I perioden fra 2010 frem til det nye lægesamarbejde trådte i kraft i 2022 havde Københavns Kommune en §2 aftale med Praksisudvalget i Region Hovedstaden om ansættelse af praktiserende læger på APE. Som følge af §2 aftalen var der ansat lægefaglige konsulenter fra almen praksis på to hverdage ugentligt, begge dage i 2½ time, med henblik på konsulentfunktion og levering af sygesikringsydelser. Fra 2019 blev antallet af dage udvidet, så der i alt var lægetilstedeværelse på APE 7,5 timer ugentligt fordelt på tre hverdage. Opgaven blev varetaget af to praktiserende læger.

Den praktiserende læge ankom til APE, efter lægens praksis var lukket, nogle gange efter kl. 16, hvor dagpersonalet på APE ofte var gået hjem, hvilket vanskeliggjorde involvering af lægen i det daglige samarbejde omkring borgerne.

Med borgernes komplekse problemstillinger kunne den lægefaglige opgave ikke løses optimalt på 5 eller 7 timer om ugen. I den afsatte tid kunne lægen ikke nå at danne sig et tilstrækkeligt overblik til at vurdere eller prioritere, hvilke opgaver der var lægefagligt mest påtrængende. Det var derfor APE-personalet, der

beslattede, hvilke borgere den ansatte læge skulle tilse. Det foregik ved, at personalet i de tidsrum, hvor der ikke var en læge til stede, udfyldte en liste over borgere, som havde problemstillinger, der krævede en læge. Ved ankomsten modtog lægen borgerlisten fra personalet og udførte opgaverne i den rækkefølge, de var anført på listen. Listen bar præg af, at personalet bad lægen hjælpe med strukturelle lægeopgaver, eksempelvis at udstede recepter, ordinere medicin til borgere med diffuse smerter og udfylde dødsattester. Der blev kun efterspurgt få kliniske vurderinger af borgeres tilstand. Lægens tilstedeværelse gjorde således, at personalet sparede tid på nogle administrative opgaver. Men lægens arbejde kom kun i mindre grad borgerne direkte til gavn.

Personalet havde talrige kontakter til borgernes egne læger og hospitalslæger, uden at de ansatte læger var involveret, selvom de i princippet havde behandlingsansvaret for borgerne under deres ophold. Det skyldtes, at de ansatte læger, kun var til rådighed i den tid, de var til stede på APE, og desuden at der ikke på APE var etableret en arbejdsgang, hvor lægeopgaven var indtænkt som en aktiv del af borgernes forløb.

På stuegang med almen praktiserende læge på APE. I forlængelse af vurdering af akut dårlig borger henvender lægen sig spontant til mig; "CRP-apparatet forebygger nogle indlæggelser – det er jeg sikker på. Kan jeg være sikker på, at infektionen er på lavt niveau, så tør jeg godt beholde borger her og selv behandle. Jeg behøver ikke indlægge for at få vished. Men nogle gange, så tør jeg ikke, da det kræver tættere opfølgning. Vi kan godt gøre det om torsdagen og så følge op om fredagen [når der er stuegang to dage i træk], men ellers ikke. Det bliver bedre fremover med den nye ordning [hvor der er lægetilstedeværelse på alle hverdage] – det kan godt forebygge nogle indlæggelser."
(Feltnote APE)

Model for sektorintegreret samarbejde

Den 1. november 2022 indgik Københavns Kommune og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH) et fast samarbejde, der betyder, at Geriatriisk Afdeling på BFH varetager behandlingsansvaret for alle borgere på APE hele døgnet under hele deres ophold. Behandlingsansvaret varetages ved, at der er en speciallæge i geriatri fra Geriatriisk Afdeling til stede på APE alle hverdage i tidsrummet kl. 8.00-15.30.

Lægetilstedeværelsen på APE varetages i en rotationsordning mellem et mindre team af tre-fire geriater, der hver er i afdelingen én til to uger ad gangen. Dette for at sikre både mulighed for kontinuitet i borgerforløbene og fortsat tilknytning til og sparring på hospitalet.

I det tidsrum, hvor der ikke er en geriater til stede på APE – aften og nat (kl. 15.30-8.00) samt weekender og helligdage (hele døgnet) varetages behandlingsansvaret ved, at personalet på APE kontakter vagthavende geriater på Geriatriisk Afdeling telefonisk, når en borger har behov for lægefaglig stillingtagen. På hverdage foretager geriater alle ligsyn på APE. I weekender foretages ligsyn af 1813.

Alle borgere får udarbejdet en behandlingsplan ved ankomst, og borgers praktiserende læge orienteres om, at behandlingsansvaret overtages under borgers ophold. Geriater deltager i afdelingens daglige tavlemøder, tilser alle borgere og har et tæt samarbejde med personalet om hver enkelt borgers problemstillinger og de indsatser, der sættes i værk hos den enkelte borger.

Københavns Kommune ønskede med det nyt lægesamarbejde at øge lægetilstedeværelsen og styrke de lægefaglige kompetencer på APE gennem tilknytning af både dyb og bred lægefaglig viden, idet hver enkelt APE-borgers diagnose er kompleks, og der er stor variation i diagnoserne. Den øgede lægetilstedeværelse skulle tillige sikre øget lægetilgængelighed, fælles refleksion med personalet, der passer komplekst syge

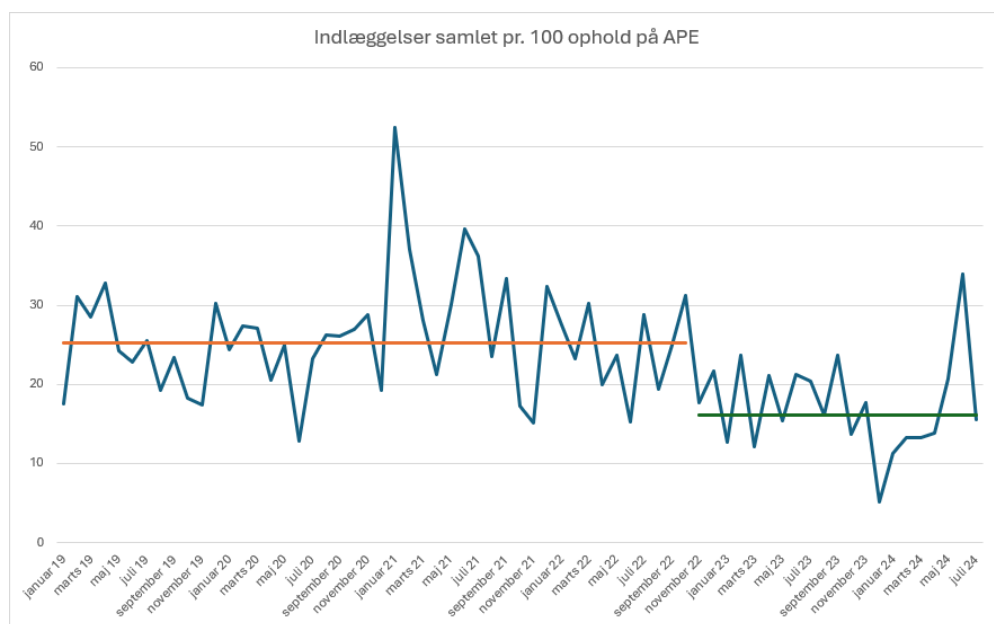
borgere, og give borgerne mulighed for systematisk lægefaglig gennemgang ved ankomst og løbende lægefaglig opfølgning under hele forløbet.

Den kontinuerte lægetilstedeværelse giver forventning om etablering af en fælles kultur, hvor geriateren indtænkes og tænker sig selv som medansvarlig for borgerforløbet, samt at geriateren oplever sig i stand til at tage behandlingsansvaret for borgerne på APE. Dette sker både i kraft af et øget kendskab til og overblik over borgernes helbредstilstand og i kraft en ændret indstilling og mod til at tage ansvar for behandlingen af andre lægers patienter.

Forventningen var desuden, at det ville sikre et yderligere og helt relevant kvalitetsløft i behandlingen af borgerne på APE, at den behandlingsansvarlige geriater herudover har let adgang til borgers journal i Sundhedsplatformen og qua sin hospitalsansættelse har adgang til konsultation med andre hospitals- og speciallæger. Det betyder, at borgerne kan få hospitalsbehandling uden at blive indlagt, fx en undersøgelse i et ambulatorium eller på et daghospital.

Den daglige lægetilstedeværelse forventedes desuden at sikre proaktivitet i lægefaglige sammenhænge, herunder tidlig opsporing og rettidig behandling af borgerne på APE.

Et datatræk fra København Kommune har vist et fald fra 25 til 16 indlæggelser pr. 100 ophold fra APE efter sektorsamarbejdets implementering. Det indikerer, at samarbejdet mellem læge og plejepersonale har den forventede effekt for borgerforløbene på APE.



Note: Figuren omfatter alle indlæggelser fra APE i perioden 1. januar 2019 til 31. juli 2024, dvs. inkl. både nyindlæggelser og genindlæggelser inden for 30 dage.

Afdeling for Lindring (AFL)

Kort beskrivelse og incitament for etablering af samarbejde

Afdeling for Lindring (AFL) er en kommunal palliativ enhed med 15 døgnpladser, hvor borgere i målgruppen tilbydes et midlertidigt lindrende ophold. Målgruppen er borgere over 18 år med alle former for livstruende somatisk sygdom af malign eller non-malign art ledsaget af komplekse palliative problemstillinger og behov

for særlig lindrende sygepleje gennem hele døgnnet. Ofte er der mange problematikker, der griber ind i hinanden, hvilket øger kompleksiteten. Ca. 60% af borgerne kommer direkte fra et hospitalsophold, mens mindre end hver tredje ankommer fra eget hjem. Ca. 10% ankommer fra en anden type kommunalt midlertidigt døgnophold.

I en årrække har det udgående palliative team fra Palliativ Afdeling P20 på BFH aflagt ugentlige besøg hos borgere med behov for specialiseret palliation, hvor Palliativ Afdeling allerede varetog det lægelige behandlingsansvar, og som samtidig fik ophold på AFL. Det var anslået omkring en tredjedel af borgerne på AFL, der var tilknyttet Palliativ Afdeling.

Samarbejdet mellem AFL og Palliativ Afdeling inkluderede fast besøg på AFL 3 timer en hverdag ugentligt. Hver anden uge blev besøget foretaget af en læge og hver anden uge af en sygeplejerske. Dagen forinden var det aftalt, at AFL sendte Palliativ Afdeling en oversigt over de borgere, der havde behov for tilsyn under besøget. Ved behov for lægefaglig kontakt mellem de planlagte besøg kunne Palliativ Afdeling kontaktes telefonisk. Da der kunne være behov for mange opkald, var aftalen, at AFL skulle forsøge at samle alle henvendelser, der ikke var akutte, i et samlet dagligt opkald.

For de øvrige borgere blev behandlingsansvaret varetaget af almen praksis. Det betød, at personalet på AFL kontaktede borgernes praktiserende læge ved behov for opfølgning på borgernes behandling, herunder ændringer og justeringer i borgernes medicin. Kontakten foregik via en korrespondancemeddelelse (med høj prioritet) eller per telefon, hvis detastede.

Personalet på AFL oplevede, at de praktiserende læger typisk ikke så sig i stand til at følge op på en behandling, og at de generelt var tilbageholdende og utrygge ift. at lave de medicinordinationer, der er nødvendige for at lindre borgerne i den sidste tid, særligt ift. smertestillende og beroligende medicin, herunder pumper. Dette gjorde sig også gældende for læger på 1813. Det skyldtes bl.a. at lægerne ikke havde (tæt) kendskab til borgers tilstand, ikke havde tilset borger (og kun sjældent kom på sygebesøg), ikke kunne se behov/indikation for tryghedsordinationer samt ikke kendte AFL og dermed heller ikke kendte eller havde tillid til plejepersonalets kompetencer. Personalet oplevede sig derfor ikke altid i stand til at lindre borgerne, fordi der ikke var ordineret den nødvendige medicinske behandling.

Københavns Kommune ønskede at styrke samarbejdet med Palliativ Afdeling og udvide det til at omfatte alle borgere med ophold på AFL for at sikre, at alle fik samme, kompetente lægefaglige behandling under deres ophold.

Model for sektorintegreret samarbejde

Den 1. november 2022 indgik Københavns Kommune og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH) et fast samarbejde, der betyder, at Palliativ Afdeling på BFH varetager behandlingsansvaret for alle borgere på AFL hele døgnnet under hele deres ophold. Behandlingsansvaret varetages fra borgernes ankomst, hvis de er udskrevet fra Palliativ Afdeling på BFH eller AHH. For borgere, der ankommer til AFL fra enten øvrige hospitalsafdelinger, hjemmefra eller en anden midlertidig plads, træder Palliativ Afdelings behandlingsansvar i kraft, når borgeren er set første gang af en speciallæge fra afdelingen. I tiden forinden kan borgere ved behov tilses af geriater fra APE i dagtid på hverdage. Behandlingsansvaret for borgere, der er ankommet til AFL fra en anden midlertidig plads, varetages dog af praktiserende læge, indtil de er tilset første gang af speciallægen fra Palliativ Afdeling.

Behandlingsansvaret varetages ved, at der er en speciallæge fra Palliativ Afdeling er til stede på AFL tirsdage i tidsrummet kl. 8.00-15.30 og fredage i tidsrummet kl. 8.00-15.00. På de tre øvrige hverdage i tidsrummet kl. 13-14 kan AFL kontakte lægen på Palliativ Afdeling telefonisk og afklare ikke-akutte

spørgsmål, hvor der er behov for lægelig stillingtagen inden næste gang, speciallægen er til stede på AFL. Ved akut opstået forværring kan speciallægen på Palliativt Afdeling kontaktes på hverdage i tidsrummet 8.00-15.30. Lægetilstedeværelsen på AFL varetages i en rotationsordning mellem et mindre team af speciallæger, så der sikres fortsat tilknytning til og sparring på hospitalet.

Hvis speciallægen på Palliativ Afdeling ved telefonkontakt vurderer, at en borger på AFL har behov for lægetilsyn, kontaktes geriater på APE, som tilser borgeren i samarbejde med det relevante personale. Geriater tager herefter kontakt til speciallægen på Palliativ Afdeling, og sammen lægger de en plan, hvorefter speciallægen på Palliativ Afdeling ordinerer eventuelle behandlingstiltag og dokumenterer i SP. Geriater orienterer personalet på AFL om den plan, der er lagt. På hverdage foretager geriater alle ligsyn på AFL. I weekender foretages ligsyn af 1813.

I vagttid (hverdage kl. 15.30-8.00) samt weekender og helligdage (hele døgnet) varetages behandlingsansvaret ved, at personalet på AFL kontakter vagthavende geriater på Geriatrisk Afdeling telefonisk, når en borger har behov for lægefaglig stillingtagen.

Med udgangspunkt i en lægevurdering og symptomer (PRO Palliation) udarbejder speciallægen en behandlingsplan ved borgernes ankomst, og orienterer borgers praktiserende læge om, at behandlingsansvaret overtages under borgers ophold. Speciallægen tilser alle borgere og har et tæt samarbejde med personalet om hver enkelt borgers palliative problemstillinger og de indsatser, der sættes i værk hos den enkelte borger.

Lægetilstedeværelsen skal sikre proaktivitet i lægefaglige sammenhænge, herunder tidlig behovsopsporing samt rettidig og optimal lindrende behandling af borgerne på AFL. Speciallægerne deltager i samtaler med borger og pårørende om sygdom, prognose og behandlingsniveau med henblik på at skabe klarhed og tryghed for borgerne og deres pårørende.

Sektorintegration

Med baggrund i den ændrede demografiske sammensætning af befolkningen med stigende middellevetid, flere ældre og forandrede sygdomsbilleder med større kronisk belastning har der været og er et vedvarende behov for at ændre sundhedsvæsenet fra akut orienteret til mere forløbsorienteret. Seneste politiske udspil er Sundhedsstrukturkommissionens rapport fra juni 2024, hvis anbefalinger skal bidrage til yderligere omstilling af sundhedsvæsenet mod en markant styrket primærsektor(1).

Den forløbsorienterede tilgang har i flere år været styrende for sundhedsvæsenets udvikling, og retorisk er man gået fra at tale om kommunikation i sektorovergangene til et mere reelt samarbejdende sundhedsvæsen. I sundhedsaftalen 2024-2027 for Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis (2), 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. Intravenøs behandling i kommunalt regi, Aftale om udvidet behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling og samarbejde om lægedækning på botilbud er eksempler på, hvordan vi med tværsektorielle aftaler og samarbejde er i fuld gang med at skabe bedre og mere sammenhængende behandlingsforløb for vores borgere. (2)

Der er således en tendens til, at sundhedsvæsenet udvikles i en retning, hvor skel mellem sektorer bliver mindre definerende for opgaveplacering og -løsning. Det tværsektorielle samarbejde, der evalueres i denne rapport, er netop anderledes ift. opgaveplacering, når man sammenligner med andre tidligere tværsektorielle samarbejdsmodeller. Modellen for samarbejdet står på et fundament af reelt samarbejde mellem sektorerne og nedbrydelse af silotænkning frem for kommunikation og overdragelse. Resultaterne fra evalueringen kan bidrage med værdifuld viden om muligheder og begrænsninger for fremtidig organisering af det danske sundhedsvæsen.

Retorisk er der behov for en understregning af, at samarbejdet mellem Københavns Kommune og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital er anderledes end tidligere. I begrebet "integration" ligger der en forståelse af noget mere fuldstændigt og helt end opdelt og splittet.

I et perspective paper fra 2016, samler Nick Goodwin viden om forståelser for og betragtninger på integreret omsorg (integrated care) (3). 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 (3)

Det 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 denne sammenhæng, helt specifikt den del af sundhedssystemet, der skal tage sig af ældre svækkede borgere med pleje- og behandlingsbehov, der balancerer på grænsen mellem, hvad der kan og skal håndteres på henholdsvis hospital og i kommunen. Hvis tilgangen reelt skaber helhed i omsorgen, målt som gode omsorgsoplevelser for patienter, pårørende og sundhedspersonale, og hvis der samtidig kan måles andre positive sundhedseffekter, kan vi konkludere, at tilgangen har eller er integreret omsorg og dermed er mere hel og fuldstændig end tidligere.

Referenceramme og læsevejledning

Videnskabsteoretisk ståsted

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

Evalueringen begrænser sig til faglige relationer og opgaver i den del af sundhedsvæsenet, der fysisk findes indenfor rammerne af to typer midlertidige døgnophold i Københavns Kommune – henholdsvis Akutplejeenheden (APE) og Afdeling for Lindring (AFL), begge beliggende på Vigerslevhus i Valby.

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. Til selve beskrivelsen og opgørelsen af de opgaver, speciallægerne varetager suppleres med en positivistisk tilgang.

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 og en forudindtaget holdning til, at sektorintegration er ønskværdigt, men generelt ikke

eksisterende. Jeg kan således være biased i forståelsen af sundhedsprofessionelles erfaringer, da det jeg ser og hører, tolkes ud fra mine egen 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 observationer.

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, hvor borgerne kommer fra, og en refleksion over konsekvensen af sektorsamarbejdet for den tværsektorielle kontinuitet. Herefter følger et afsnit om rammer og struktur for samarbejdet, herunder refleksioner om tværfaglighed, supervision og sparring. Næste afsnit går i dybden med de opgaver og problemstillinger, der varetages i de to afdelinger, og følges af et afsnit med refleksioner omkring den forebyggende effekt af sektorsamarbejdet. Sidst præsenteres et afsnit om borgernes og de sundhedsfagliges omsorgsoplevelse og en refleksion omkring graden af integration af speciallægerne i afdelingerne.

I rapporten benyttes fagbetegnelsen plejepersonale, personale eller sygeplejerske synonymt. De dækker over de individer, der er ansat i afdelingerne til at varetage sygepleje og omsorg. På APE er det sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, mens det på AFL er sygeplejersker. Speciallæge i palliation og speciallæge benyttes synonymt for speciallæge i palliation fra Palliativ Afdeling P20, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, mens fagbetegnelsen geriater dækker over speciallæge i geriatri fra Geriatrik Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. I citater fra interview med plejepersonale benævnes begge speciallæger 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, vignetter (fiktiv case) fra observationerne og journalaudit samt citater fra interview 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, vignetter og citater er anonymiserede.

Fagord og -termer vil blive forklaret i teksten, hvor det giver mening, samt i oversigten ”Forkortelser, akronymer og forklaringer” side 52.

Metode og materiale

Empiri til evalueringen er samlet ved feltarbejde, journalauditeringer og interview med borgere og plejepersonale. Der er ikke foretaget særskilte interview med speciallægerne, da der under observationsperioderne har været tilstrækkelig mulighed for at stille uddybende spørgsmål til erfaringer, oplevelser og tanker. Det har ikke været muligt at få tilsagn fra pårørende til interview.

I afdelingerne er der tillige ansat fysioterapeuter, ergoterapeuter, socialrådgivere, farmakonomer og tilknyttet en præst. Den faglige relation mellem disse faggrupper og speciallægerne indgår ikke i denne evakuering. Dette til trods for at geriater har tilkendegivet at disse faggrupper er væsentlige og nødvendige for den gode tværfaglige opgaveløsning.

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.

Projektet er registreret i Region Hovedstadens fortegnelse over forskningsprojekter (PACTIUS) under journalnummer P-2023-315.

Feltarbejde

Empirien fra feltarbejdet er indsamlet ved fysisk tilstedeværelse og observation på afdelingerne i to adskilte tidsperioder - henholdsvis umiddelbart forud for implementering af det nye sektorsamarbejde og 6-12 måneder efter. Arbejdsgange og -relationer er observeret ved at være "fluen på væggen" i følgeskab med plejepersonalet, geriater og speciallæger i palliation.

Der har været følgeskab i 23 vagter (se skema for detaljer nedenfor), og undervejs er observationer, samtaler, indtryk, egne refleksioner, spontane kommentarer og refleksioner fra personalet samt uformelle samtaler mellem personalet og observatør noteret. De håndskrevne noter er renskrevet umiddelbart efter følgeskabets afslutning. Det har afstedkommet 127 siders empirisk materiale, der er kodet og tematiseret. I rapporten præsenteres observationer i *kursiv skrift* med angivelse af "Feltnote og afdeling".

	<i>Før nyt sektorsamarbejde</i>	<i>Efter nyt sektorsamarbejde</i>
Akutplejeenheden	5 vagter - primært dagvagt - stuegang - plejepersonale - farmakonom og fysioterapeut	7 vagter - dagvagt - plejepersonale - geriater
Afdeling for Lindring	5 vagter - primært dagvagt - stuegang - plejepersonale - fysioterapeut	6 vagter - dagvagt - plejepersonale - speciallæge i palliation

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. Der har dog været pårørende, der har lagt mærke til min tilstedeværelse, og i de tilfælde har jeg selv eller personalet forklaret min funktion. Ophold på gangen, mens personalet arbejdede på stuerne, gav desuden mulighed for at få et

andet blik på det organiserede kaos, der hersker på en afdeling, hvor mange opgaver løses samtidig i et komplekst samspil.

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, og at jeg blev inddraget trods mit forsøg på det modsatte. I en travl hverdag havde jeg til tider også overvejelser om, hvorvidt jeg på en eller anden måde kunne være til gavn i afdelingen. Det var således helt op til mig selv at skelne mellem de situationer, hvor det var etisk og fagligt forsvarligt og indenfor rammerne af dataindsamlingen at hjælpe, og hvor det ikke var. Personalet fandt hurtigt ud af, at jeg ofte havde viden om, hvor deres kollegaer var, eller hvor ting var blevet lagt. Enkelte gange hjalp jeg også med at hente linned og andet i depotet til personale, der stod på stuerne i isolationskitler. Andre gange gik forespørgslerne lige til kanten af, hvad der var forsvarligt og andre gange igen "forbi forsvarligt".

Speciallæge er på stuegang hos borger på stuen. Mens jeg står på gangen, kommer en sygeplejerske forbi og spørger, om lægen når at tage imod den nye borger. Jeg lover at sige videre, at borger er ankommet. Jeg reflekterer over en situation fra tidligere på dagen, hvor speciallægen var optaget, og en sygeplejerske derfor spørger mig, om jeg kender dosis for den ordination af smertestillende, speciallægen lige har foretaget. Egen refleksion; "Det er svært udelukkende at være observatør – det er tæt på umuligt ikke at blive inddraget. Det er vel fint nok, når jeg bliver spurgt, om jeg ved, hvor længe læge er her – på kant når jeg bliver spurgt, om læge når at tage sig af specifikke opgaver – men at spørge, om jeg ved, hvilken dosis et smertepaster skal have, er langt forbi ok."

(Feltnote AFL)

Men personalets tryghed ved min tilstedeværelse betød også, 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 antager derfor, at observationer, refleksioner og samtaler er et udtryk for den reelle virkelighed og ikke iscenesat til ære for mig og evalueringen.

Journalauditering

Data fra journalaudit skal identificere og kvantificere de behandlinger, der iværksættes af geriater og speciallæge i palliation på henholdsvis Akutplejeenheden og Afdeling for Lindring.

Til journalauditeringen er hentet data fra 61 hospitalsjournaler i Sundhedsplatformen – 30 forløb på APE og 31 forløb på AFL. Forløbene er udvalgt tilfældigt som borgere med lavest fødselsdato (tættest på 1.januar), der har haft ophold i afdelingerne i månederne november 2023 – januar 2024. Der er auditeret lige mange forløb fra de to afdelinger, trods forskellig antal pladser for at kunne sidestille kvantificeringen i den grafiske fremstilling.

Data dækker en periode efter opstart af samarbejdet og giver bl.a. oplysninger om, hvor borgerne kommer fra, hvor mange kontakter speciallægerne har, hvor mange kontakter der er til geriatrisk vagt, hvilke problemstillinger der adresseres, antal henvendelser i Akutmodtagelsen og antal indlæggelser, samt årsag og samarbejde med hospitalet. Desuden er der hentet mere kvalitative data ift. handlinger på identificerede problemstillinger. Disse data supplerer observationerne fra feltarbejdet med lægefaglige

kliniske betragtninger, overvejelser og beslutninger. I rapporten præsenteres de kvalitative data som "Vignette fra journalaudit og afdeling".

Tilladelse til indhentning af journaldata uden patienternes samtykke er givet af Direktionen på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital under WorkZone nr. 24011160.

Interview

Plejepersonale

Der er gennemført i alt 7 interview med plejepersonale ud fra en semistruktureret interviewguide – 4 på APE og 3 på Afdeling for Linding. Formålet var at få plejepersonalets oplevelser af og betragtninger på samarbejdet. Alle informanter er udvalgt af afdelingernes ledelser efter et kriterie om, at vedkommende skulle have arbejdet i afdelingen både før og efter indførelse af det sektorintegrerede samarbejde. Der er spurgt ind til, hvordan personalet husker samarbejdet med alment praktiserende læger, og hvad de oplever af 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 Københavns Kommunes faciliteter på Vigerslevvej i maj og juni 2024. Alle lydfiler er slettet umiddelbart efter transskribering, der er uden pause-angivelser, "øh", "uhmmm" og lignende, og uden angivelse af navne, når sådanne blev nævnt, af hensyn til anonymisering. Af samme årsag er en enkelt patienthistorie, der blev brugt til underbyggelse af et udsagn, blevet slettet uden transskribering, da forløbet var så særligt, at der var betydelig risiko for, at borgeren kunne blive genkendt.

Interviewene varede mellem 15-28 minutter og er transskriberet, kodet og analyseret. I rapporten præsenteres data som "citater fra interview og afdeling".

Borger

Der er gennemført 4 interview med borgere – 3 på APE og 1 på Afdeling for Linding. Én enkelt borger på Afdeling for Linding takkede nej ved forespørgsel om deltagelse. 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, der er uden pauseangivelser, "øh", "uhmmm" og lignende, samt navneangivelser og lange passager med almen snak. Den almene snak fik plads hos særligt 2 borgere, der gav indtryk af, at de hyggede sig og benyttede muligheden for at fortælle om oplevelser med sundhedsvæsenet også udenfor Vigerslevhus. Interviewene er kodet og analyseret. De var planlagt til at være maksimalt 10 minutter, men varede fra 6 minutter til lidt over én time.

I rapporten præsenteres data som "citater fra interview borger og afdeling".

Analyse

Scenen sættes

Vigerslevhus er en rød murstensbygning i 3 etager beliggende i yderkanten af Valby, næsten helt ude ved starten af Holbækmotorvejen. I høj stueplan finder man Akutplejeenheden. Den lange gang bliver delt i tre af henholdsvis opholdsstuen og et arkitektonisk sideforskudt knæk i bygningen. Det gør, at gangen ikke umiddelbart virker så lang, som den faktisk er. Den ene ende er åben til den ene side med kig ned til alm. stueplan – den anden er mere lukket og mørk med små lamper over alle døre. Der er en sart lys grøn farve på væggene, lyse trægelændere på hver side, små højtsiddende hylder med lidt grønne plastikplanter og billeder i dæmpede farver af dyr og blomster. Sygeplejekontoret ligger midt på gangen. Det er stort og opdelt i tre mindre sektioner. Den koordinerende sygeplejerske har sit skrivebord bag nogle reoler, der fungerer som afskærmning og skaber et lille rum i rummet. Langs den ene væg står to computere og i den anden side står et langt højbord. Dette bord har multifunktion. Det er her, den faglige snak foregår – samtaler om borgerne, dokumentation på tablet, telefonopringninger, modtagelse af opkald, stuegang, tavlemøde, men også frokost, social hygge, pause og kollegialt samvær.

På 1.sal finder man Afdeling for Lindring, der lægger beslag på halvdelen af etagen. På midten ad gangen er der et "knæk", der deler gangen i to sideforskudte halvdele. Væggene er hvide, men endevæggene er i en mørk gråblå farve, der giver tydelig afslutning og gør, at gangen ikke føles så lang. På væggene hænger meget store billeder af kendte danske vartegn – Holger Danske under Kronborg, Storebæltsbroen o.lign. I midten ved knækket er en opholdsstue med akvarie, elektrisk pejs, sækkestole, polstrede bænke og en lænestol. Ved siden af opholdsstuen ligger et større køkken, som borgere og pårørende kan benytte. Ved gangens "knæk" findes sygeplejekontoret. Her er 5 skriveborde med computere. Den koordinerende sygeplejerske sidder i det ene hjørne længst inde i lokalet – det giver overblik og front mod døren, så borgere og pårørende kan mødes hensigtsmæssigt, når de henvender sig. Væggene er dækket af hylder med faglitteratur, borgermapper og andre mapper med procedurebeskrivelser, vagtplaner og instrukser ved mors og opfølgningssamtale med pårørende. Der findes personale-dueslag fyldt med et miks af papirer og andet, samt en tavle med information om musikterapi. Der står æsker med chokolade, vanddunke, bamser (med hjertelyd og bevægelse), elektriske lys m.m. I midten af lokalet står et rullebord med kopper, glas, kaffe, the og vand. Kontoret fremstår ved første øjekast lidt rodet, men giver også indtryk af initiativrighed.

Alle borgere på begge afdelinger har enestue med eget toilet. Stuerne er rummelige med store vinduer og godt lys. Der er skabsplads til ejendele, et lille bord og to gode stole. På AFL er der desuden en fold-ud-seng i et af højskabene til pårørende, der har behov for at overnatte på stuen. (Feltnote)

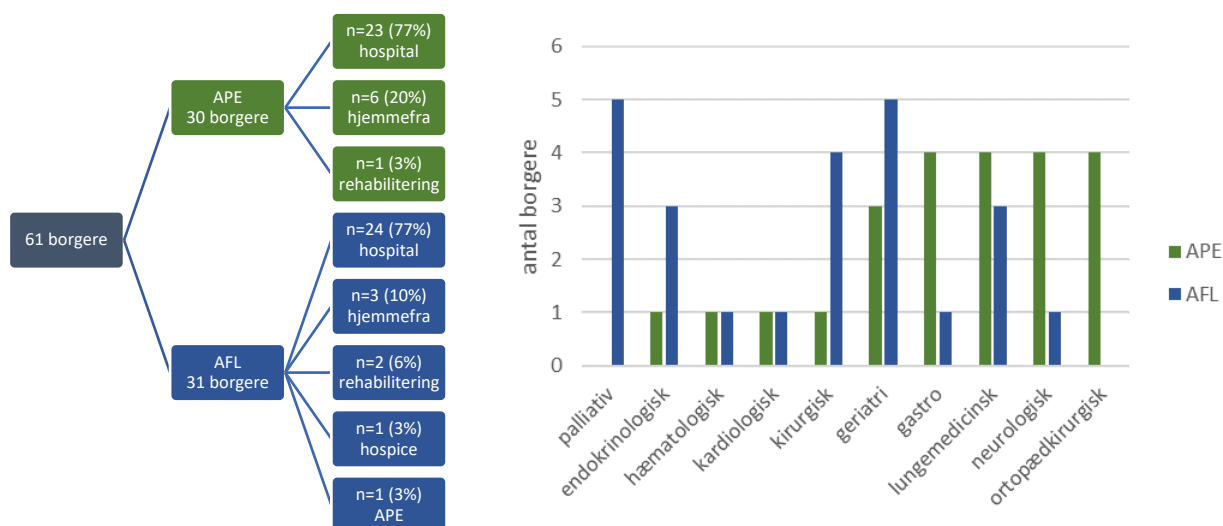
Ophold på Vigerslevhus og kontinuitet i sektorovergangene

Data fra journalaudit viser, at langt de fleste (77%) borgere kommer fra en hospitalsindlæggelse (Figur 1). For 66% af borgerne gælder, at de kommer fra Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, mens 19% kommer fra Amager og Hvidovre Hospital.

Data antyder, at der umiddelbart kommer en anelse flere borgere hjemmefra til APE end til AFL, hvor borgerne i større udstrækning kommer fra andre typer midlertidige kommunale døgnophold (Figur 1). En enkelt borger overflyttes fra APE til AFL og afspejler den praksis, som i en introduktion til afdelingerne blev præsenteret for mig som *"et samarbejde, vi har mellem afdelingerne"*.

På APE kommer de borgere, der er udtaget til journalaudit, primært fra geriatrisk, gastroenterologisk, lungemedicinsk, neurologisk eller ortopædkirurgisk speciale. På AFL kommer borgerne i journalauditeringen primært fra palliative, endokrinologiske, kirurgiske, geriatriske og lungemedicinske specialafdelinger (Figur 1). Det brede spænd af specialafdelinger antyder, at der er behov for en bred kompetenceprofil hos plejepersonalet.

Figur 1, Ankommer fra, samt hospitalsspeciale fordelt på afdeling



Kontinuitet i behandling over sektorgrænsen er altid et opmærksomhedspunkt og en vedvarende udfordring i et sektoropdelt sundhedsvæsen.

Geriatr; "Jeg har en oplevelse af, at der tages mange beslutninger i sundhedsvæsenet, som ikke følges til ende, eller så tages de ude af kontekst ift. andre sundhedstiltag eller livsomstændigheder. For eksempel har vi lige nu en borger, der har CVK, hvor man [hospital] ikke vil lægge en PEG sonde, fordi hun har sekret på lungerne. Hvad er så formålet med CVK'et? Vi holder hende i live til hvad? Hun har lige afsluttet en behandling for pneumoni, så selvfølgelig har hun sekret". Geriater fortsætter; "og så er der borgeren, som ingen snakker med – hvad vil hun? Behandling med CVK og sonde betyder, at man skal have en vilje til rehabilitering, men hvis man ikke vælger selv at gøre en indsats, hvor står vi så?" (Feltnote APE)

Kontinuitet handler om andet end at få videregivet information. Det handler også om koordination og afstemning af indsatser, samt at få det relateret til de aktuelle livsomstændigheder og borgerens ønsker for fremtiden. Kontinuitet handler om ikke at få startet behandling, der er isoleret fra alt andet, og som kun giver mening i nuet, men om behandling, som har et større formål, og som følges til dørs.

Data viser, at 10% af de borgere der er udtaget til auditering på APE er udredt og behandlet af geriater på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital forud for ankomst, enten på geriatrisk afdeling eller ortopædkirurgisk afdeling. Tilsvarende er 17% af de borgere der er udtaget til auditering på AFL enten kommet direkte fra Palliativ Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital eller hjemmefra med allerede etableret tilknytning til Palliativ Afdelingens udgående team. På tværs af afdelingerne betyder det, at cirka hver 8'ende borger er set og behandlet af geriater eller speciallæge i palliation tidligere i deres forløb og således har potentiale for særlig kontinuitet over sektorgrænsen, ud over den kontinuitet det skaber, at lægerne kan tilgå sundhedsplatformen.

En nyankommen borger er kommet efter indlæggelse og operation for hoftefraktur. Geriater kender borger fra hospitalsindlæggelsen og udskrev selv borger for nogle dage siden. Geriater orienterer personalet om et kompliceret postoperativt forløb og planen for medicinsk fokus de næste uger i afdelingen. Fysioterapeuten på APE supplerer med plan for genoptræning. (Feltnote APE)

~

En borger får behandling mod sure opstød, men vil gerne have behandling stoppet, da problemet ikke længere er til stede. Speciallæge angiver, at man flere gang tidligere (kendt fra forløb på P20) har forsøgt at seponere behandling, og hver gang har borger fået tilbagefald af gener. Borger forelægges indsigten og invilliger i, at behandling fastholdes. (Vignette fra journalaudit AFL)

Ved etablering af sektorsamarbejdet er der fra Københavns Kommunes side desuden en forventning om, at der qua speciallægenes hospitalstilknytning skabes bedre forløb og mere kontinuitet ifm. undersøgelser og ambulatoriebesøg på hospitalerne. Auditeringen viser, at én af to henvendelser til Akutmodtagelser (Figur 8 side 41) blandt borgere på APE foregår på Ældremodtagelsen (ÆMO), Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Der er tydelig kommunikation i journalnotaterne både fra geriater til kollegaer i ÆMO og omvendt med ønsker til udredning og opfølgning på undersøgelser. Med forbehold for et begrænset datagrundlag, vidner det om, at der eksisterer et tæt samarbejde mellem geriater på henholdsvis APE og hospitalet. Det antages, at den tætte faglige relation har skabt kontinuitet i det enkelte forløb.

Det tætte samarbejde bekræftes i feltobservationerne, hvor der er flere eksempler på at speciallægerne på APE og AFL kontakter ambulatorielæger, når det er relevant for den fortløbende behandling.

Geriater ringer til reumatologisk hotline vedr. en borger med akut anfald af urinsyreigt. Borger har tid i ambulatoriet og der spørges til, om denne kan fremrykkes. Sammen med reumatologisk bagvagt lægges en behandlingsplan for de næste 14 dage, frem til borger skal ses i ambulatoriet. (Feltnote APE)

Der er således betydelig indikation i empirien på, at der er kontinuitet i de forløb, hvor speciallægerne tager initiativ og er ansvarlige. Ved forespørgsel, argumenterer geriater for, at kontinuitet forudsætter, at

speciallægen værdsætter og engagerer sig i koordineringsarbejde, tværfagligt samarbejde med plejepersonalet i afdelingerne, samt kommunikation med borgere og pårørende. Desuden er det afgørende, at speciallægen er i afdelingen flere dage i træk, har adgang til hospitalsjournalen, samt kendskab og tilknytning til lokalsygehuset. Sidstnævnte styrker muligheden for opfølgning på problemstillinger. Det understreges af, at lægerne giver udtryk for at samarbejdet med andre hospitaler end Bispebjerg og Frederiksberg er vanskeligere, men dog muligt.

”Lægen skal have funktion på lokalsygehuset noget af tiden, i vores tilfælde Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og gerne Amager Hvidovre Hospital på sigt, da det øger muligheden for at få patienten indlagt eller fulgt op under rette omstændigheder og rette sted. Tydelige behandlingsteams som i psykiatrien eller ofte på Rigshospitalet hjælper også ift. koordinering/konferering” (citater fra geriater, feltnot APE)

På trods af speciallægens fokus på og arbejde med at etablere rammer for kontinuerlig pleje og behandling, er der i empirien eksempler på brudte forløb, når borgerne er i kontakt med andre dele af sundhedsvæsenet.

På APE har geriater sammen med borger og datter taget beslutning om, at borger ikke skal indlægges mere, og der er lagt en plan for lindring. Borger er på daghospital ifm. med dårligt fungerende dræn. Her konstateres akut nyrepåvirkning, efter at drænet ikke har fungeret et par dage, og borger indlægges - der forsøges behandling, men efter et par dage, hvor borger ikke responderer på behandling, udskrives borger igen til APE til lindrende behandling. De notater, der er fra geriater, om at borger ikke skal indlæggelse, læses umiddelbart ikke. Det skal bemærkes, at geriater 3 dage forud for indlæggelse desuden har aftalt med borger og datter, at der ikke længere skal tages rutinemæssige blodprøver, da borger er vurderet palliativ, og at man derfor ikke iværksætter behandling på eventuelle afvigende prøvesvar. (Vignette fra journalaudit APE)

En sygeplejerske reflekterer over, at trods det nye sektorsamarbejde vil kontinuitet over sektorgrænsen stadig være noget, man skal forholde sig til og navigere i – og måske findes der i hendes refleksion en mulig forklaring på, at borger i ovenstående citat indlægges trods aftale med geriater om det modsatte.

”Det kan godt være, de praktiserende læger er ude af billedet, men der kan jo stadigvæk være et behandlerteam på hospitalet – der kan være onkologer ind over. Og som sygeplejerske skal man altså lige holde tungen lige i munden der. Fordi, hvem stoler patienten mest på, eller hvem har de deres lid til?” (citater fra interview AFL)

En anden mulig forklaring kan være, at borgerne og pårørende i disse svære situationer måske har tendens til at følge anbefaling fra den læge, der giver håb for bedring. Empirien kan understøtte denne antagelse, da det ses, at særligt pårørende ofte skal mindes om, at der er truffet beslutning om at stoppe sygdomsrettet behandling og overgå til palliativ og terminal pleje.

Borger er ikke ved bevidsthed og kan derfor ikke indtage væske. Pårørende efterspørger subkutan væskebehandling. Af tidligere journalnotat fremgår det, at speciallæge i palliation, i samråd med borger og pårørende, har besluttet ikke at iværksætte væskebehandling. Vagthavende vælger at følge denne plan og orienterer de pårørende om beslutningen. (Vignette fra journalaudit AFL)

I forbindelse med en journalauditering kan forløb fremstå afbrudte og med mangel på kontinuitet, men der er stadig mulighed for, at det gav mening for borgeren eller pårørende i situationen. For dem oplevedes forløbet således ikke nødvendigvis som afbrudt.

Rammer og struktur for samarbejde

Københavns Kommunes egen beskrivelse af problemstillinger ved det tidligere lægesamarbejde og incitament for etablering af et styrket sektorintegreret samarbejde (se Kort beskrivelse og incitament for etablering af samarbejde side 8 og 10), stemmer overens med fund i empirien², som dog tilføjer yderligere forståelse og ny indsigt.

Etablering af kontakt til en læge

Forud for etablering af sektorsamarbejdet ses, at begge afdelinger anvendte både telefon og korrespondancemeddelelser til at få kontakt til alment praktiserende læger. For begge kontaktformer var der tidsmæssige udfordringer, men af forskellig karakter.

Den første tidsmæssige udfordring, personalet stod overfor, var, at telefonkontakten skulle etableres indenfor foruddefinerede tidsrum. Tidsrum, som var fastsat af almen praksis, og ikke tilrettelagt efter arbejdsrytmen på afdelingerne.

”Det tog længere tid at handle på de ting, der var. For hvor heldig kunne man lige være at få fat på deres [borgernes] egen læge – det var ikke altid, man var så heldig. Der var bestemte tidspunkter, man skulle ringe til dem.” (citater fra interview APE)

For det andet gik personalet til opgaven med en forventning om, at de skulle bruge tid på at vente i telefonkø. Det affødte med personalets egne ord, at opgaven med lægekontakt blev udskudt, og nogle gange udskudt for langt.

”Man brugte rigtig meget tid på at sidde i kø til lægen. Det var sådan, at man nogle gange ventede lidt [med at ringe], og så pludselig var klokken for mange, og så kom man måske ikke igennem. Så måtte man ringe til en anden læge, fordi de var gået hjem – ej, det var altså bare umuligt.” (citater fra interview APE)

Observationen var, at telefonkø langt fra forekom ved alle telefonkontakter, men at de kunne være af betydelig længde, når de forekom.

*Et vaccinationshold er i huset, og en skrøbelig borger under 65 år ønsker pneumokok-vaccine. Pga. lav alder skal der en lægelig ordination til, før vaccinen kan gives i afdelingen. Sygeplejerske bruger forgæves 45 minutter i telefonkø til almen praktiserende læge, og ender med at benytte akutnummeret - borger får sin vaccination.
(Feltnote APE)*

Når der var ventetid, brugte sygeplejerskerne ofte tiden på at få sparring hos kollega, dokumentere i CURA [Københavns Kommunes dokumentationssystem] eller andre kontoropgaver, der var udskudt til mere passende tidspunkter. Ventetiden var således sjældent reel spildtid. Flere plejepersonaler beskriver det dog som svært at være rigtigt nærværende i de opgaver, der blev varetaget, mens man ventede.

² Dataindsamlinger er foretaget med en forforståelse af, at det var tidskrævende at få telefonkontakt til almen praktiserende læger, men uden andet kendskab til beskrivelsen.

”Jeg husker det som at sidde i kø, prøve at lave nogle opgaver – fru Jensen på toilettet – og en telefon i øret. Det var vildt – virkelig dumt. Det der med at være klar [til samtalen], men samtidig være i gang og være til stede et andet sted.” (citater fra interview APE)

Der er således antydninger i empirien af, at plejepersonalets nærvær i relationen til borgeren eller fokus på opgaveløsning blev forstyrret af opgaven med telefonkontakt. Det er nærliggende at formode, at det påvirkede kvaliteten og arbejdsbelastningen negativt (4–6).

En tredje tidsrøvende problemstilling ved telefonkontakterne var lukkede telefoner eller ferielukkede praksisser. Opkaldet til den lukkede praksis tog i sig selv ikke lang tid, da personalet hurtigt fik vished via en telefonsvarer, men det nødvendiggjorde et nyt opkald. Denne problemstilling genkalder næsten alle personaler sig i interviewene som udfordrende.

En borger er død, og der er behov for en læge til ligsyn. En sygeplejerske ringer til almen praksis – som holder ferielukket. Der ringes til vikarierende læge – som har lukket for telefonen. Der ringes på akutnummer – som ringer optaget. Sygeplejersken prøver igen efter 5 minutter og kommer i kontakt med lægen efter få minutter i telefonkø. (Feltnote AFL)

Den tidsmæssige udfordring med korrespondancemeddelelserne er betinget af strukturmæssige aftaler i et sektoropdelt sundhedsvæsen – aftaler der netop har til formål at løse kommunikationsudfordringer. Ifølge de regionale samarbejdsaftaler har almen praksis tre dage til at reagere på korrespondancemeddelelserne (7). Der er dog gentagne eksempler på, at personalet må følge op med telefonisk henvendelse, efter tidsfristen var overskredet.

Vi er til statusmøde i Afdeling for Lindring. Plejegruppen har en længere snak om en korrespondance med egen læge om medicinordinationer. Det har været nødvendigt at ringe tre dage efter, korrespondancen er sendt for at følge op. Nu er der igen lignende problemer med samme læge, og fokus i plejegruppen på at få ringet, inden telefonerne lukker for weekenden. (Feltnote AFL)

Der blev altså brugt en del ressourcer på at holde øje med svar på de afsendte korrespondancer og beslutning ift. opfølgning og behov, som kunne ændre sig i ventetiden. En ordination, der kom efter tre dage, kunne være ubrugelig, hvis problemstillingen havde udviklet sig i en retning, hvor ordinationen ikke længere matchede – og processen kunne starte forfra.

Med modellen for sektorintegration er geriater på APE fysisk til stede i dagtiden på hverdage, mens der er speciallæger i fremmøde to gange om ugen på AFL. Ugens tre andre hverdage kan speciallægen træffes på telefon. Kun borgere, der ankommer til AFL fra en anden midlertidig plads, henvises til almen praksis ved lægefaglige problemstillinger i tidsrummet indtil speciallægens næste fremmøde (se Model for sektorintegreret samarbejde side 11). De almen praktiserende læger er således næsten fuldt erstattet med de regionalansatte speciallæger i geriatri og palliation. Det har i stor udstrækning overflødiggjort kontakt mellem personalet på de kommunale afdelinger og almen praksis.

Det er uvist i hvilken udstrækning plejepersonalet på AFL benytter alment praktiserende læger i tidsrummet, mellem borger ankommer fra eget hjem og modtages af speciallæge, men ud fra empirien må det formodes at være yderst begrænset. Der findes ingen antydninger af brug af almen praksis i de gennemlæste journalnotater, og det observeres ikke under feltarbejde. En sygeplejerske siger i et interview;

”Vi bruger dem [almen praksis] faktisk ikke. Der bliver bare sendt besked om, at borger er her. Der er ingen kontakt, og det er faktisk rart.” (citater fra interview AFL).

Generelt er kontakt til en læge nu noget, man bare gør, og strukturen for kontakt er i langt større grad tænkt ind i afdelingens arbejdsgang og behov.

For begge afdelinger gælder, at der er etableret lægekontorer i den ene ende af afdelingen. Her har speciallægerne deres computere med adgang til Sundhedsplatformen og mulighed for at tale fortroligt bag lukkede døre.

På APE er der kontinuerlig mulighed for at kontakte geriater. Den reelle stuegang afvikles hen over dagen, når det giver mening, og kommer i stand på flere måder. For det første vil der være problemstillinger fra tavlemødet (se side 30), som kræver samtale med borger, pårørende og/eller personale. For det andet tager geriater selv initiativ - følger op på egne iværksatte behandlinger, kontakter ambulatorier og koordinerer med anden behandling.

”Om morgenen er der nok at lave – jeg samler op og starter med at få overblik. Fra morgenstunden spørger jeg også personalet, om der er borgere, der har det dårligt. I dag har jeg allerede været inde og snakke med to borgere. Eftermiddagene er mere varierende i opgavemængde og tyngde – nogle gange er her rigtig travlt, og andre gange MEGET stille”. (citater fra geriater, feltnote APE)

Når der ikke er stuegang eller tavlemøde, er der ”fri adgang” til hjælp og sparring på lægefaglige problemstillinger ved drop-in, hvilket benyttes i stor udstrækning.

Sygeplejerske søger sparring ift. valg af smertestillende hos en kollega. ”Skal vi skifte til subkutan nu, eller hvad er bedst? Hvis vi skifter, så skal vi vel skifte for good?”. Sygeplejersken får ikke helt den sparring, hun søger, og siger henvendt til mig; ”Kom, vi går ned og ser, om lægen er på kontoret”. Vi finder geriateren på kontoret. Sygeplejersken får sparring på spørgsmålene, og der lægges en smerteplan, der rækker ind i den forestående weekend. (Feltnote APE)

På AFL er der anderledes struktureret mulighed for at kontakte speciallægen. De dage, der er stuegang, møder speciallæge i palliation ind i afdelingen kl.8. Sygeplejerskerne har senest dagen før meldt problemstillinger ind til stuegang og prioriteret den rækkefølge, stuegangen skal afvikles efter.

”Vi har travlt – vi har megatravlt, når de [speciallægerne] er her. Vi skal vurdere, hvilke borgere, der kan få stuegang. Sådan er det hver gang – vi må prioritere, hvor mange vi kan nå. Det er virkelig komplekse borgere, vi har her, så det [stuegangen] er koncentreret. Der er ingen hyggesnak på nogen måde. Vi er sindssygt professionelle på den måde, vi arbejder med det – vi har et højt fagligt niveau og er systematiske. Det hele er skemalagt, ikk’. Lægerne kommer, og vi ved, og de ved, hvilken rækkefølge og hvornår. Vi ved, om der er gennemgang, og vi ved, hvem der er vurderet allerede – vi ved, om der er pårørende, der skal med, om der er nogle EORTC-skemaer³, eller der ikke er.” (citater fra interview AFL)

³ Skema til borgeres vurdering af egne palliative behov (PRO Palliation). Understøtter speciallægens udarbejdelse af behandlingsplan

Som udgangspunkt er der to modeller for stuegang. Den ene, hvor borger tilses på stuen, består af forstuegang, hvor speciallæge og sygeplejerske afklarer rammer og emner. Herefter selve stuegangen hos borger med samtale og eventuelle undersøgelser, og sidst en opfølgende samtale mellem speciallæge og sygeplejerske på lægekantoret, hvor der konkluderes og fordeles ansvar for opgaver. Den anden form – kontorstuegang – benyttes, når det ikke tilfører ekstra værdi eller viden at tilse borger på stuen. Her består stuegangen af en samtale mellem speciallæge og sygeplejerske på lægekantoret.

Speciallæge: "Skal vi gå ind og snakke med ham?". Sygeplejerske: "Det tror jeg ikke, han får noget ud af". Det besluttet at afvikle stuegangen som kontorstuegang. Der snakkes om administrationsvej - omlægges til subkutan, hvilket er nemmere at administrere, hvis borger er urolig. (Feltnote AFL)

Der er umiddelbart ikke forskel i kompleksiteten på de problemstillinger, der løses på henholdsvis stuegang og kontorstuegang. Valget træffes først og fremmest ud fra om borger, pårørende, sygeplejerske eller speciallæge får yderligere værdi ved et fysisk møde. Værdi kan være viden i form af information, som kan give tryghed hos borger eller pårørende, men kan også være borgerønsker eller observationer, som benyttes af speciallæge til at træffe beslutninger om behandling.

Telefonstuegangen ligger fast i tidsrummet mellem kl. 13-14 på hverdage, hvor speciallægen ikke møder fysisk ind i afdelingen, og er en mulighed for at få sparring og hjælp til akut opståede problemstillinger. Plejepersonalet ringer, når de oplever, at ordinationerne ikke matcher det symptombillede, de observerer, og de vurderer, at handling ikke kan vente til næste stuegang.

"Det er ok at ringe og få den medicin – det fungerer faktisk fint. Der er ikke brug for at de [lægerne] er her altid." (citater fra interview AFL)

Feltobservationerne viser dog, at der også på AFL findes en smule ad hoc kontakt til speciallægen, men dog i noget mere begrænset omfang end på APE. For det første observeres det, at sygeplejerskerne benytter sig af muligheden for at ringe akut udenfor den fastlagte telefonstuegang. For det andet tages der også spontant kontakt til lægen, når lægen er i afdelingen.

Lægen har ringet efter næste sygeplejerske til stuegang – mens vi venter, kigger en anden sygeplejerske ind på lægekantoret. Hun har spørgsmål om ordineret antibiotisk behandling, der umiddelbart virker dobbelt. Lægen giver forklaring på, at det ene formentlig er forebyggende langtidsbehandling og den anden til en akut infektion. "Jeg ordinerede det selv den anden dag, men jeg tjekker lige op på det". (Feltnote AFL)

I feltnoterne fra AFL findes en frustration over ventetiden mellem dage med stuegang, som ikke genfindes i interviewene.

Sygeplejersken reflekterer; "Der er altså et vakuum mellem ankomst og gennemgang. En borger kom i går (onsdag) efter en meget mangelfuld udskrivelse. Og så er der først gennemgang i morgen (fredag). Borger og pårørende har en masse spørgsmål ift. medicin og andet. To dage er lang tid, når man har det sådan og er der i sit liv [slutningen]. Det skaber et enormt pres på os og opleves, som om vi er meget alene. Og når lægen så endelig kommer i morgen, så er der et enormt pres på dem for at få styr på det hele meget hurtigt." (Feltnote AFL)

Det antydes, at sygeplejerskerne oplever dage med og uden speciallægetilstedeværelse væsentligt forskellige. De erkender og angiver, at der altid er mulighed for at få hjælp til medicinændringer, ordinationer og lignende, men at der er andre opgaver, som er sværere at varetage tilfredsstillende.

Tværfaglighed

Et godt tværprofessionelt samarbejde står på et fundament af en fælles forståelse af den problemstilling der skal løses, fælles mål og gensidig respekt (8). I den indsamlede empiri genfindes den manglende forståelse for opgaven hos almen praksis, som er beskrevet i Kort beskrivelse og incitament for etablering af samarbejde, side 8 og 10. Men der ses tillige udfordringer med respekt og tillid, samt hvordan det er markant anderledes efter etablering af sektorsamarbejdet.

"Det var afhængigt fra lægehus til lægehus, hvem der havde lært os at kende. Der var et rigtig stort arbejde i at oparbejde relationer. I takt med at de lærte os at kende, var det nemmere for dem at ordinere noget af den medicin vi har brug for i vores afdeling. Nogle var modvillige og forstod ikke rigtig det der med palliation. Men det var stadig vores ord og et kæmpe ansvar – de kunne ikke vejlede i det. Så vi brugte enormt meget energi på den del." (citater fra interview AFL)

Den fælles forståelse understøttes i udtalt grad af det fysiske møde mellem faggrupperne. Flere plejepersonaler omtaler det som uhørt svært at kommunikere noget komplekst over telefonen.

"Når lægerne ikke selv kan se patienten på samme måde, som vi ser det. Det der med at de [borgerne] er så komplekse, og nogle gange havde jeg bare brug for andre øjne, hvis man kan sige det på den måde. Der er svært at kommunikere det, jeg ser, over telefonen – det er jo superkomplekst. Der er brug for, at lægen ser det med egne øjne. Det er jo ikke bare en urinvejsinfektion, der er så meget andet på spil hos de her borgere, og vi ser mere når vi ser sammen." (citater fra interview APE)

Med sektorsamarbejdet er rammerne, de fælles mål, samt den gensidige respekt og tillid anderledes tydelig. Ingen – hverken sygeplejerske, geriatrer eller speciallæge i palliation har en forforståelse af, at de kan varetage opgaven alene, og anerkendelsen er fra alle meget eksplicit. På spørgsmålet om hvilke tre ord sygeplejerskerne vil beskrive det tværfaglige samarbejdet med, nævner flere tillid.

"Tillid, vil jeg sige – meget stor tillid. For de [speciallægerne] stoler på, når vi kommer og fortæller noget om borgeren. Og så er de handlekraftige. Det ved jeg godt, man lidt forventer og tager for givet fra en læge, men der er jo bare ikke altid det, man oplever. Og så sætter de borgeren i centrum. De drager ingen konklusioner hen over hovedet på borgeren – de går ligesom ind og lader borgeren fortælle sin historie." (citater fra interview APE)

~

"Altså, jeg synes, det [samarbejdet] er tæt. Og så vil jeg nok sige, at der også er god tillid til vores faglighed, ikk'. Ja, det er der. Så er der kanonhøj faglighed hos lægerne også, og der er også den der tværfaglighed – der er ikke sådan nogen modstand. De [speciallægerne] forstår jo baggrunden helt anderledes [end almen praksis]. De [speciallægerne] har deres del, og vi har vores del, og sammen går det op i en højere enhed." (citater fra interview AFL)

Begge citater vidner om, at plejepersonalet oplever, at speciallægerne samarbejder, at opgaven løses i fællesskab og ud fra samme perspektiv. I begge citater er der ligeledes reference til erfaringer, og at et tværfagligt samarbejde ikke kan tages for givet.

Fra speciallægernes side udtrykkes anerkendelsen af plejepersonalet meget eksplicit.

"Her [Afdeling for Lindring] er det meget nemt at have faglige refleksioner omkring borgerne med sygeplejerskerne. De er dygtige og har nogle meget skarpe observationer og en åben sparring og refleksion." (Feltnote citat speciallæge AFL)

På APE anerkender geriater personalets kompetencer ved at kommentere på, at de lægger nogle rigtig gode planer for borgerne, men at de "bare" har brug for lidt lægefaglig tilstedeværelse for at få dem omsat til faktisk handling.

Geriater; "Jeg elsker at være her [APE]. Det er fantastisk tilfredsstillende at have kontinuitet i forløbene – og så er der også kontinuitet i plejen. Hvis det kun var mig, så kunne det være lige meget. Personalet lægger nogle rigtig gode planer, men de har jo af og til brug for en læge til at sparre med, til ordinationer eller endelige beslutninger. Det er jo ikke kun borgere, der kommer fra hospitalet, som vi ser – de kommer også hjemmefra og har ligget lige på grænsen til en indlæggelse. Dem får vi også sammen lagt et samlet forløb for og får skabt et fælles tværfagligt overblik." (Feltnote APE)

Ud over den meget eksplicitte anerkendelse af plejepersonalet, så har speciallægerne i geriatri og palliation en udtalt forventning om, at anerkendelsen er gensidig – at sygeplejerskerne har respekt og forståelse for det lægelige arbejde.

"Sygeplejerskerne må godt have en forståelse for, at selv de ukomplicerede forløb kræver en lægeopmærksomhed ved udskrivelse. Sygeplejerskerne har stor viden og kendskab til overdragelse af plejeopgaver til hjemmeplejen, men det er jo lige så vigtigt at få overdraget ansvaret for det lægefaglige – skrevet epikrise og opdateret medicinlisten. Det skulle jo nødig være en hæmsko for det videre forløb, at han har været her forbi." (Feltnote AFL)

Det gensidigt respektfulde og anerkendende møde mellem sygeplejerskerne og speciallægerne i geriatri og palliation danner et godt fundament for god behandling, pleje og omsorg. Men det anerkendende samarbejde er ikke noget, der bare er – det skal konstant vedligeholdes og bekræftes. Respekt og anerkendelse er noget, man gør sig fortjent til ved at bidrage på et fagligt højt kompetent niveau – og det er gensidigt gældende for begge faggrupper.

Før sektorsamarbejdet viste feltarbejdet nogle sygeplejersker, der givet de strukturelle rammer for sparring og vidensdeling var meget selvstændige. Særligt på AFL påtog sygeplejerskerne sig et stort ansvar for behandlingen;

En sygeplejerske siger om det kommende sektorsamarbejde; "Jeg glæder mig til, at lægerne kommer. Det bliver dejligt, der kommer nogen, der kan tage den endelige beslutning. Vi har det med at stille diagnosen – en slags minilæger. Vi mangler en læge, der har det sidste ord." (Feltnote AFL)

En anden sygeplejerske får suppleret betragtningen i et interview;

"Du har ret i, at vi tidligere selvstændigt tog behandlingsbeslutninger og kæmpede med almen praksis om at få de ordinationer, vi ønskede, men det var et vilkår. Fordi, ellers kunne vi stå i stampe hele tiden, hvis der ikke var nogen der sagde, at nu tager vi en beslutning. Og der var beslutninger, vi tog før, som vi nu er fælles om at tage. Eller måske lige venter med at tage. Det handler ikke om som sygeplejerske at bakke ud af beslutningen, men måske en rimelighed i, at der er en læge med ind over. Det er som om rollen passer bedre til det at være sygeplejerske. Jeg kender mulighederne for, hvad man kan gøre, og dem sætter jeg i spil på samme måde, som jeg gjorde tidligere." (citater fra interview AFL)

Der er i empirien en bekymring ift. lægeressourcerne til stuegang på AFL. Under feltarbejdet (efter opstart af samarbejdet) var det ventetiden mellem dage med stuegang, der fyldte meget, og kontrasten mellem dage med sparring og dage uden. Den er lidt til stede i citatet ovenfor, hvor det antydes, at der er beslutninger, der venter. I interviewene er det dog tydeligere mængden af opgaver til stuegang, der bekymrer. Det er tidligere beskrevet, hvordan stuegang på AFL er struktureret og effektiviseret (se Rammer og struktur for samarbejde side 24), men sygeplejerskerne udtrykker bekymring for, om det er for presset.

"Nogle gange, ikke altid, men nogle gange, så føler jeg, at så kommer vi til at gøre det for hurtigt. Fordi altså, vi kan ikke nå det – hele samtalen inde ved borgeren. Så det kommer nogle gange til at gå ud over borgeren, fordi det er præmissen, der eksisterer. Fordi vi har for travlt – vi har for mange ting på programmet. Det er ikke de medicinske ordinationer, det skorter på som sådan – dem kan man også nemt tage over telefonen. Men med den udskiftning [af borgere] vi har, og de gennemgange der så kommer, så er det samtalen inde hos borgeren, der kan blive forkortet eller forhastet. Jeg har været med til, at vi startede med at stå op, hvor jeg så måtte sige, at vi blev nødt til at sætte os ned, så borgeren kunne følge med." (citater fra interview AFL)

Supervision og sparring

Supervision og sparring er en integreret del af alle tværfaglige møder mellem speciallægerne og plejepersonalet. Sparringen er tydeligst fra læge til sygeplejerske, men går begge veje.

Der sparreres med geriater efter tavlemødet. En borger får ilttilskud, men tager konstant iltbrillen af. Personalet oplever, at de bruger mange ressourcer på at give iltbrillen på hele tiden, men lige lidt hjælper det. Resultatet er, at borger ikke får det ordinerede ilttilskud trods stor indsats. Geriater reflekterer over at det iltniveau, der måles, nok allerede afspejler borgers afbrudte brug af iltbrillen. Geriater beslutter, at der skal måles saturation uden ilttilskud, og at resultatet kan guide den endelige beslutning, om borger fortsat skal have ilttilskud. (Feltnote APE)

Citatet er et eksempel på, hvordan personalet kommer til lægen med en problemstilling, og hvordan personalets viden bruges til at guide både pleje og behandlingsplan. For det første kendte lægen ikke til problemstillingen, hvis personalet ikke rapporterede den. For det andet lægges en, for sygeplejerskerne, meningsgivende plan, der imødekommer det oplevede problem.

Sparringen på AFL er lige så tydelig.

En borger har auto-seponeret sit nefrostomikateter, og man har i ambulatoriet besluttet, at man ikke vil genanlægge nyt. Han er ustabil og urolig, men sygeplejersken giver udtryk for, at det ikke virker som delir, men mere som en smerteproblematik. Samme observationer er noteret i journalen tidligere, og der tages en tværfaglig snak om, at smertestillende skal være førstevalg frem for antipsykotisk beroligende behandling. Speciallæge spørger sygeplejerske, om hun har en ide til, hvordan dette kommunikeres ud til personalegruppen, så behandlingen kontinuerligt ensrettes. Sygeplejerske, "Hvis vi lægger smertestillende ind fast kl. 22 om aftenen. Det kunne sende et signal til plejegruppen om, at det er førstevalg. Og hvis du skriver et notat, så kan jeg henvise til det." Speciallæge, "Det gør jeg" [smiler]. Desuden vejleder speciallæge ift. temperaturmåling; "Hvis han bliver varm og klamsvedende, så må I gerne måle en temperatur – det kan være indikation på, at vi er nødt til at genanlægge kateter. Men kun hvis han bliver varm – I skal ikke måle det fast." (Feltnote AFL)

Den vedvarende sparring giver sygeplejerskerne et videns- og kompetenceløft. En sygeplejerske kontakter geriater med bekymring for en borger, der har været meget sovende hele formiddagen. Geriater efterspørger værdier. Sygeplejerske kigger på mig og sukker højlydt over sig selv; *"Mon jeg snart får det lært – gå aldrig til læge uden først at måle værdier."* (Feltnote APE). En anden sygeplejerske angiver, at hun var meget tæt på at søge nyt arbejde for at få faglige udfordringer, men at det nye sektorsamarbejde til fulde har givet hende mulighed for faglig udvikling.

Med den øgede kompetence er sygeplejerskerne i stand til at tage sig af flere og mere komplekse problemstillinger. Det er stadig i stor udstrækning sygeplejerskerne, der identificerer og rapporterer problemstillingerne, men med øget viden opdages mere. Og med lægernes tilstedeværelse er det også muligt at handle på problemstillingerne, uden at borger indlægges. Det er lidt som en opadgående spiral, hvor den øgede kompetence giver blik for tidligere skjulte problemstillinger, som igen giver anledning til supervision, som igen giver øget kompetence og blik for yderligere problemstillinger, osv.

"Man bliver stærkere, man bliver bedre – observerer mere – nej, jeg vil ikke sige observerer mere, men der er altid noget, man ikke ved noget om, og hvor lægerne ligesom giver den gode forklaring på hvorfor. Vi får jo alle typer borgere. Vi er gode til at observere vores sygepleje, men lægerne sætter ord på nogle ting. "Husk nu lige, at han har den og den sygdom, som gør sådan og sådan" – nå ok, det havde man jo ikke lige tænkt over, vel!" (citater fra interview APE)

En anden sygeplejerske på APE udtrykker det samme.

"Jeg synes, man bliver stærkere i sin faglighed. Man lærer noget nyt hver gang, vi får en borger ind – jeg opdager, at det jo godt kan være den samme diagnose, men forskellig behandling alligevel. Jeg synes bare, man er mere reflekterende - det er ikke, fordi vi ikke var reflekterende før, men det er bare det der med, at man kan sætte nogle svar på de ting, man ser. Altså, at man ved, hvorfor vedkommende har det, som de har det – hvorfor vi handler, som vi gør." (citater fra interview APE)

En sygeplejerske på AFL siger;

"Det er jo primært mig, der leverer informationerne om, hvad der skal tages op til stuegang, og hvad problematikken kan være. Og der kan være masser af gange, hvor lydhørheden går på, at de anerkender, at jeg er i tvivl. Så diskuterer vi tvivlen og det, jeg

er usikker på, om jeg ser – de hjælper mig og kigger eventuelt med." (citater fra interview AFL)

Der er altså flere stærke indikationer på, at tilstedeværelse af speciallæger helt overordnet har højnet viden, refleksion og med det kvaliteten af behandling, pleje og omsorg.

Opgaver og problemstillinger

Indholdet i de opgaver, speciallægerne involveres i, afspejles forskelligt i auditeringen og observation.

Som beskrevet i Model for sektorintegreret samarbejde side 9 deltager geriater i tavlemødet på APE. Tavlemøderne afholdes dagligt, varer ½ time og er struktureret som en kort gennemgang af hver borger (1 minut pr. borger) med fokus på status og plan. En af de første gange, jeg observerede et tavlemøde før sektorsamarbejdet, fremstod det forhastet, opremsende og uden konsekvens for det videre arbejde. Det var lidt, som om tiden var det vigtigste, og at målet med at blive færdig på ½ time var mere styrende end udbyttet af mødet.

Efter implementering af sektorsamarbejdet er der kommet mere indhold i tavlemøderne. Der er mere fokus på hvilke problemstillinger, der er lige nu, hvordan de løses, så man bedst kommer fra nuværende status til det mål, der er sat for opholdet. Både under observation og i interview reflekterer personalet over, at de stadig kan blive bedre til at gøre indholdet mere relevant for pleje og behandling;

"Vi behøver jo ikke remse alle diagnoserne op – det gavner ikke nogen, og så skal vi være opmærksomme på ikke at afbryde hinanden." (Feltnote APE).

Langt fra alle problemstillinger er lægefaglige, og geriater bidrager med viden, sparring og refleksion, når det er relevant.

Tavlemøde starter præcist, selvom der mangler et par personaler og fysioterapeuter – de kommer snigende ind i løbet af de første minutter. Et par borgere skal udskrives i løbet af de næste dage – der snakkes praktisk om transport og kommunikation til hjemmeplejen uden geriaters involvering.

En borger har mange medicinske problemstillinger, og geriater efterspørger aftale med sygeplejersken om stuegang. Sygeplejerske; "Vi kan godt gå derind i morgen." Geriater; "Vi kan også gøre det i dag!"

Hos en borger henvender sygeplejersken sig direkte til geriater, "Borger har fast laksantia, men har vandtynde afføringer, kan vi skrue lidt ned?" Geriater spørger til, hvor meget borger får og ordinerer ny dosis under tavlemødet.

En borger har i noget tid fået lagt kompressionsforbinding, og sygeplejerske spørger, om de skal fortsætte. Geriater vil gerne se borger, og de aftaler at gå stuegang efter tavlemødet.

En sygeplejerske har tidligere på morgenen observeret lav saturation hos en borger og henvendt sig til geriater, der har tilset borger og opstartet behandling for pneumoni. Sygeplejerske orienterer kollegaer om borgers tilstand og den iværksatte behandling. Geriater lader sygeplejersken fortælle, men nikker til bekræftelse og tilføjer; "Ja, der er lagt recept ud, og det kan bestilles hjem."

En anden nyankommen borger er vurderet til at have kort restlevetid. Geriater har ordineret kærlig pleje, men sygeplejerske angiver, at pårørende lige er kommet og slet ikke er realistisk omkring situationen. Geriater; "Så er det jo godt, han er kommet her hos os, hvor vi kan snakke med pårørende. Jeg går ind til hende bagefter." Alle smiler og nikker. (Feltnote APE)

Tavlemødet er et tværfagligt forum, hvor alle bidrager med viden. Nogle lægefaglige problemstillinger løses på møderne, for eksempel receptudskrivelser. Andre lægefaglige problemstillinger nævnes, men snakken udsættes til umiddelbart efter tavlemødet, da det kræver lidt mere tid til uddybende tværfaglig refleksion eller klinisk undersøgelse hos borger på stuen.

Der er ikke skarp opdeling mellem de lægefaglige problemstillinger, der tages op på henholdsvis tavlemøde, stuegang og drop-in. Noget, der er startet som stuegang den ene dag, kan følges op på tavlemøde den næste, mens et umiddelbart mindre problem fra et drop-in møde kan vise sig at have mere kompleks karakter og derfor kræve en større indsats og opfølgning over flere dage.

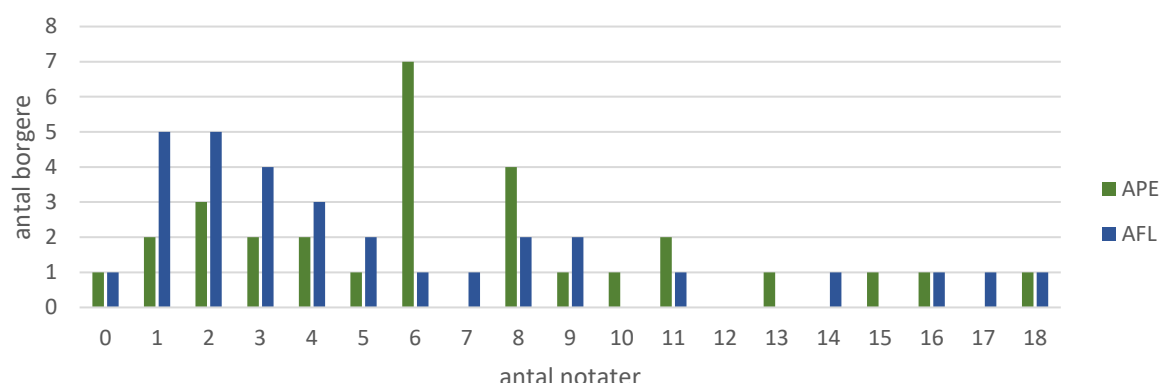
Stuegangen og kontorstuegang på AFL er i udtalt grad tværfaglig. Speciallægen læser op på borger og problemstillingen forud for stuegang og ringer efter sygeplejersken, når forberedelsen er afsluttet. Med meget få undtagelser er besøg på stuen hos borger med deltagelse af både speciallæge i palliation og sygeplejerske.

En psykisk ustabil borger har meget svingende samarbejdsvilje. Sygeplejersken beskriver uro og angst og er meget frustreret over ikke at kunne lindre tilstrækkeligt, når borger ikke tillader, at personalet kommer i nærheden af ham. For eksempel i dag hvor personalet ikke får lov at skifte et smerteplaster. Det forsøges at snakke med borger på stuen, men borger forlader rummet. Medicinlisten gennemgås i fællesskab, for at prioritere den vigtigste medicin til dage, hvor borger ikke vil tage det hele. Speciallæge: "De der opiumdråber. Dem behøver I ikke kæmpe med." Sygeplejerske; "Det er faktisk dem, der er lettest – dem vi oftest har succes med. Dem tror han tydeligvis mest selv på." Speciallæge; "Ja, ok [smiler]. I skal være meget pragmatiske i denne situation – I skal glæde jer over de dage, hvor det lykkes, og håbe på bedre dage, når det ikke gør. Er det ok? Har du behov for, at vi snakker mere?" Sygeplejerske; "nej, det er fint – tak for i dag" Speciallæge; "Jeg er her igen fredag, men I ringer bare." Jeg reflekterer over, at jeg ser en meget frustreret sygeplejerske, der oplever, at hun ikke yder god sygepleje, men at hun møder en meget omsorgsfuld, anerkendende og støttende speciallæge, der prøver at overbevise hende om, at det modsatte er tilfældet. (Feltnote AFL)

Fra journalauditeringen på APE er der i alt 204 notater og 24 vagtnotater fordelt på de 30 borgere, der er udtaget til auditering. Det svarer til i gennemsnit henholdsvis 6,8 og 0,8 notater og vagtnotater pr. borger. Hver 5. borger har mere end 10 notater, mens der for 1/3 er 6-8 notater (Figur 2).

På AFL er der i alt 137 notater, 35 telefonstuegangsnotater og 22 vagtnotater fordelt på 31 borgere, udtaget til auditering. I gennemsnit 5,5 notater (stuegang + telefonstuegang) og 0,7 vagtnotater pr. borger. For hver 6. borger er der over 10 notater, mens der for lidt over halvdelen er 1-4 notater (Figur 2).

Figur 2, Antal dagstidsnotater fordelt på afdeling (N=61 auditerede borgerforløb)



Antallet af notater og dermed antallet af gange en speciallæge involveres i borgernes forløb, er anselig. Ingen af de gennemlæste notater har karakter af at være unødvendige, hvilket antyder, at der tidligere har været et uopfyldt behov for mere lægefaglig tilstedeværelse og kontinuerligt lægefagligt tilsyn og justering af behandlingsplaner.

Nogle få borgere tilses ikke af speciallæge trods forudgående aftale om, at alle borgere skal have udarbejdet en behandlingsplan (Figur 2). Det skyldes i alle tilfælde, at borgernes ophold er meget korte og falder i tidsrum, hvor speciallægerne ikke er fysisk til stede i afdelingerne. På APE ankommer en borger fx fredag eftermiddag og indlægges akut tidlig mandag morgen, og på AFL ankommer en borger tirsdag eftermiddag og dør torsdag.

Journalauditeringen viser meget stor variation i de lægefaglige problemstillinger, der håndteres. For at skabe et overblik er problemstillingerne grupperet i overordnede kategorier. For eksempel indeholder kategorien 'mave/tarm' problemstillinger relateret til obstipation og diarre, mens kategorien 'nyre og urinveje' vedrører urinvejskateter, urinretention og urinvejsinfektioner.

Grupperingerne og den skematiske opgørelse forsimples det lægefaglige arbejde. For det første fremgår det ikke af opgørelserne i Figur 3-4, når en problemstilling følges op over tid for mulig yderligere håndtering. En problemstilling kan således være beskrevet i ét enkelt notat eller flere, men tælles uanset hvad kun én gang i opgørelserne. For det andet viser opgørelserne ikke, hvor mange af problemstillingerne den enkelte borger frembyder samtidigt.

Når der suppleres med empiri fra interview, kommer variationen mere til udtryk, og det ses, at der løses både simple og komplekse opgaver.

"Der er "det gør vi bare"-opgaver – simple ting, som før blev oplevet som besværlige og store, fordi du skulle ringe [til almen praktiserende læge] og forklare, for eksempel obstipation. Nu løber du bare lige ned og "må jeg godt give 4 breve movikol". Det kunne tidligere godt blive til sådan en opgave, som lige kom til at ligge til senere." (citater fra interview APE)

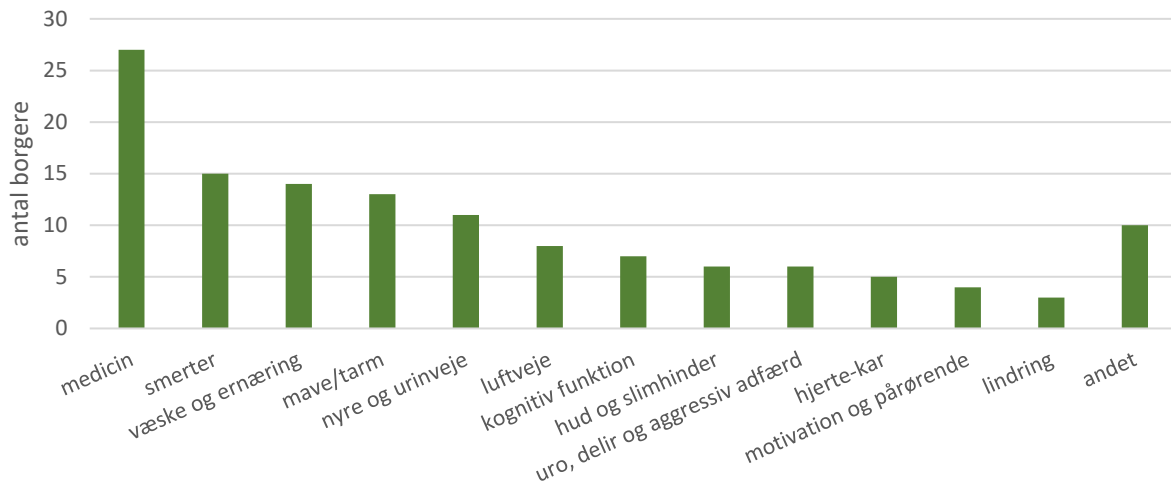
~

"Fordi, det er jo ikke kun sådan nogle småting, der bliver taget op – det er jo ikke bare afføringsmiddel, og vi så sidder og snakker om det. Det er jo smerteplaner og vurderinger og justeringer. Og så samtalerne med borgerne, der hvor vi går ind og lukker

døren og giver os tid til, at borgeren skal have lov til at kunne følge med i beslutningerne.” (citater fra interview AFL)

Problemstillinger vedrørende medicinordinationer og -justeringer, væske- og ernæring, obstipation og diarre, samt smerter er blandt de fem mest prævalente problemstillinger på begge afdelinger (Figur 3-4).

Figur 3, Emner for lægefaglige opgaver på APE (N=30 auditerede borgerforløb)



På APE handler motivation (Figur 3) om, at borgerne nødvendigvis må tage ansvar for egen rehabilitering og yde en indsats, hvis behandling, træning og pleje skal øge funktionsniveauet. For nogle borgere er det nødvendigt at eksplicitere dette, og borgers engagement kan være altafgørende for, om en behandling kan tilbydes.

"Ud fra min samtale i dag samt samtlige plejepersonalers samt terapeuters observationer er patienten ikke i en tilstand, hvor hun kognitivt kan medvirke til træning, hverken af synkefunktion eller af funktion i øvrigt. Desuden er fysisk træning ikke mulig grundet insufficient ernæring" (citater fra journalnotat APE)

Manglende motivation hos borgerne er en problemstilling som ses tydeligere på APE end på AFL. Problemstillingen er ifølge journalauditeringen ikke særlig prævalent, men det er en kompleks problemstilling, der strækker sig over tid og tager mange ressourcer. Den fylder meget i plejepersonalets og geriaternes bevidsthed og træder også tydeligt frem i observationer.

Til tavlemøde beder en sygeplejerske om stuegang hos en borger med stort plejebæhov samt medicinske og ernæringsmæssige uafklarede problemstillinger. Sygeplejerske; "Det bliver en stor opgave at få overblik og lagt en plan, men borgers motivation bliver formentlig helt afgørende for, hvordan vi kan hjælpe." (Feltnotat APE)

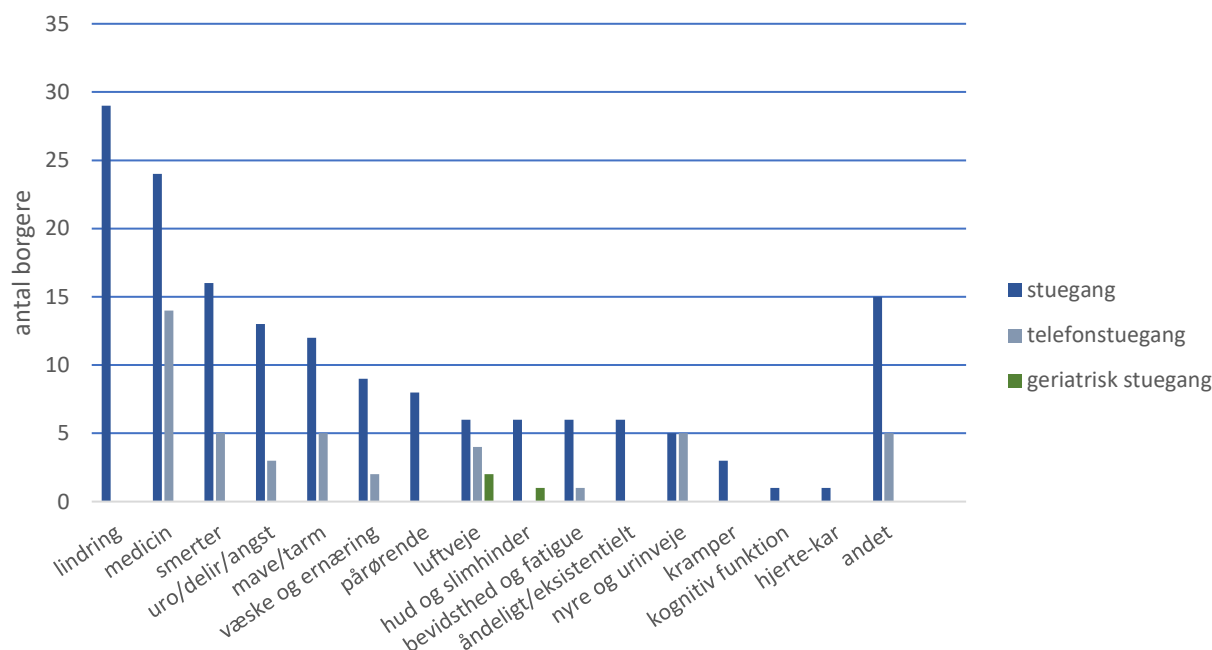
Processen med inddragelse af borger i eget helbred er i sig selv kompleks og ikke noget, der gøres med en enkel snak. Det kræver kontinuerlig formidling, opfølgning, tilpasning og indgående kendskab til behandlingsmuligheder, virkninger og bivirkninger for at kunne klæde borger på og guide til at deltage i komplekse beslutninger. Der er i auditeringen eksempler på, hvordan det gør en forskel.

Borger har gennem hele forløbet været modvillig til træning og vil meget nødig mobiliseres til stol. Geriater skriver, at borger er forsøgt motiveret, og at snak om vigtigheden tages op igen og igen, i takt med at der kommer styr på de medicinske problemstillinger. Der indgås aftaler med borger om mobilisering til stol tre gange dagligt i forbindelse med måltiderne. Det får effekt med bedring i gangfunktion, hvor borger kan tage få skridt frem for tidligere hvor mobilisering alene var med Sara Stedy⁴. (Vignette fra journalnotat APE)

Problemstillinger omkring det åndelige og eksistentielle adresseres på AFL (Figur 4), men ikke på APE. Generelt fra observationer ses, at snak og samtaler om døden og livet forekommer hos alle borgere, men når det skønnes relevant, tilbydes hjælp til at facilitere samtaler med præst eller imam.

Efter ønske fra borger er der taget kontakt til borgers egen præst, som kommer og taler med borger. (Vignette fra journalaudit AFL)

Figur 4, Emner for lægefaglige opgaver på AFL (N=31 auditerede borgerforløb)



På AFL ses, at telefonstuegangen i udtalt grad benyttes til medicinsk lindring af smerter, mave/tarm- og urinvejsproblematikker (Figur 4).

Borger har problem med hyppig vandladning og urininkontinens. Der ordineres urinstix, urindyrkning, blærescanning og opfølgning på næstkommende stuegang. (Vignette fra journalaudit AFL)

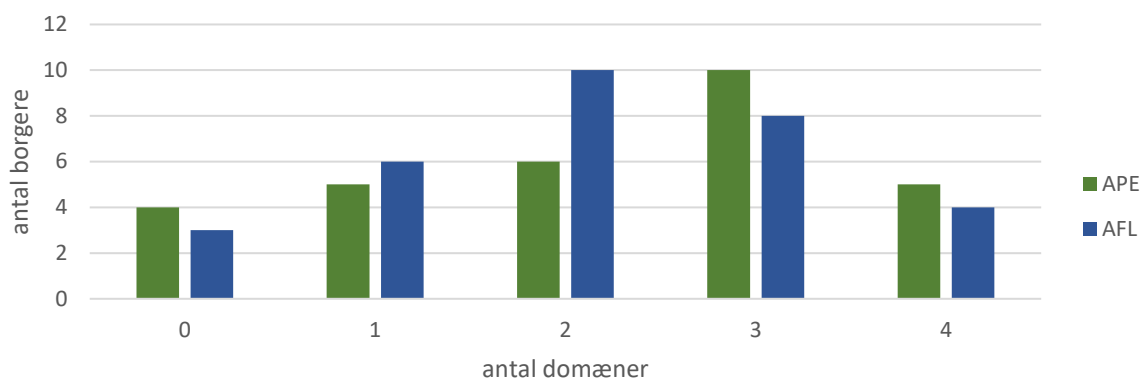
⁴ Er et fleksibelt stå- og forflytningshjælpemiddel, der kan anvendes rehabiliterende i perioder med midlertidig funktionsnedsættelse. Borger skal have standfunktion, men ikke gangfunktion. Sara Stedy er ikke egnet til træning, da borger ikke får forbedret gangfunktion. Ved brug skal man være opmærksom på ikke at fratage borger mobilitet i takt med at funktionsniveauet bedres.

De få gange (ca. 10% af forløbene), det har været nødvendigt, at geriater hjælper speciallæge i palliation (jf. redegørelse for aftale for samarbejde side 11) og tilser borgere på AFL, har det været i forbindelse med luftvejs- og sårproblemstikker (Figur 4).

Borger er akut højfebril og har påvirket respiration. Personalet mistænker pneumoni og med hjælp fra geriater ordineres AB. Senere på dagen kontaktes P20 igen, da borger er tiltagende dårlig. Overgår til lindrende behandling. Al tabletbehandling seponeres undtagen AB, som skal gives, hvis borger kan indtage det. Desuden ordineres alle præparater fra den "gamle" tryghedskasse. (Vignette fra journalaudit AFL)

Figur 5 viser de mest prævalente problemstillinger grupperet i 4 domæner – smerter⁵, ernæring/væske⁶, udskillelse⁷ og kognition/bevidsthed⁸. Figuren viser antallet af borgere, som i løbet af et ophold har problemstillinger indenfor henholdsvis 1-4 domæner. For halvdelen af borgerne på APE varetages lægefaglige opgaver indenfor 3-4 af domænerne, mens det for AFL er 40% af borgerne. Det antydes således med de foreliggende data, at borgerne på de to afdelinger har multikomplekse behandlings- og plejebehov.

Figur 5, Antal domæner fordelt på afdeling (N=61 auditerede borgerforløb)



Behandlingsplaner

De lægefaglige opgaver i afdelingerne rækker ud over det, der kan relateres til konkrete problemstillinger.

På begge afdelinger ses, at speciallægerne tilstræber at være på forkant med situationen. Der tages mange samtaler med borgerne om behandlingsniveau, og der lægges planer for behandling og mulige kommende behov hos langt de fleste borgere.

Det beskrives, at borger ikke fremstår aktivt døende, men har stor risiko for episoder med leverkoma eller blødningskatastrofer. Der er ordineret præparater til lindring, hvis det skulle ske, og det fremgår desuden, at der ikke skal gives aktiv behandling, heller ikke antibiotika i tilfælde af UVI, som der også er stor risiko for, at borger udvikler. (Vignette journalaudit AFL)

Fra interview ses, at planerne har stor værdi for plejen. De giver ro, tryghed og god sygepleje, fordi sygeplejerskerne ved, hvad der arbejdes henimod, og kender deres beføjelser i den forbindelse.

⁵ Alle behandlingskrævende smerter

⁶ Kostindtag, dysfagi, sondeernæring, væskerestriktioner, væske supplement

⁷ Urinretention, kateter-problematikker, obstipation, diarre

⁸ Uro, delir, angst, udadreagerende adfærd, sløret bevidsthed, demens

”Vi lægger sammen en plan – hvad er det, vi skal holde øje med, og hvornår vi evaluerer, ”ring hvis, at..... ikk” eller ”vi stiler mod en evaluering på stuegang den og den dato”. Altså, der ligger en plan, som vi [plejepersonalet] føler os trygge ved. Og så er det meget nemmere ud fra en plan, der er fælles med lægen, også at kunne supplere med noget ekstra pn medicin, indtil vi evaluerer. Så det er helt anderledes fagligt på et højt niveau – meget bedre”. (Citat fra interview AFL)

På APE er det ofte en plan i forbindelse med behandling og opfølgning fra lægens side, men der ses også mange Handlungsanweisungen til plejepersonalet.

Borger kommer fra en hospitalsindlæggelse, hvor der er lagt en plan for opfølgning på konstateret hypomagnesiæmi og ordineret behandling med tablet Mablet. Behandling seponeres af geriater. Ved kontrol en uge senere konstateres borger biokemisk dehydreret, og der ordineres minimum indtag af 1½ L væske dagligt med besked til personalet om at melde tilbage, hvis borger ikke kan indtage dette. Desuden reguleres kaleorid behandling. (Vignette fra journalaudit APE)

Borgerinddragelse

De lægefaglige opgaver, som personalet bringer op, handler ved første blik stadig om de samme ting som tidligere - smerter, omlægning af medicin, recepter, dyspnø, feber og betændte sår, men ved nærmere eftersyn sker det hele nu med tydeligere udgangspunkt i borgers medbestemmelse for egen behandling og pleje. På forstuegang på AFL høres gentagne gange speciallæge i palliation sige;

”Vi må gå ind og høre borger om, hvad hun tænker om det” (Feltnote AFL).

Rammen omkring al behandling handler i meget større udstrækning om, at borger kan se sig selv som en meget vigtig medspiller for egen sundhed. Det komplicerer problemstillingerne at se dem i sammenhæng og tænke borgers ønsker ind, men planerne bliver mere meningsgivende.

En borger er vurderet terminal og er på APE til kærlig pleje. Der er konstateret dysfagi [fejlsynkning], og personalet lægger op til en beslutning om, at borger ikke må spise mad af almindelig konsistens. Borger har et stort ønske om at få chokolade, men personalet vurderer, at risikoen for aspirationspneumoni er for stor. Geriater bidrager til refleksionen og sætter problemstillingen ind i en større kontekst. Argumenterer for, at det ikke er meningsgivende at forebygge en lungebetændelse hos denne terminale borger, og at målet med alt hvad der tilbydes, må være livskvalitet – og hvis chokolade giver livskvalitet, så skal borger have lov til at spise det, uagtet at det giver risiko for fejlsynkning. (Feltnote APE)

Behandlingsniveau

Før det nye sektorintegrerede samarbejde var det vanskeligt for personalet at overbevise de behandlingsansvarlige læger om, at der var behov for en lægefaglig beslutning om behandlingsniveau, som personalet kunne arbejde ud fra for at understøtte gode borgerforløb.

En borger har været indlagt flere gange, og plejepersonalet snakker på statusmøde om, hvordan de kan støtte ham i ikke at blive genindlagt hen over weekenden. Det ønsker både han og de pårørende hjælp til. Endnu en sag om behandlingsniveau. Generelt en meget kendt problemstilling i afdelingen, som betyder, at man indlægger for ofte.

Personalet føler, de kunne understøtte nogle væsentlig bedre forløb, hvis behandlingsniveauet var tydeligere. (Feltnote AFL fra før det nye sektorsamarbejde)

Beslutning om behandling træffes nu i en større kontekst og inddrager borgers ønsker. Begrebet behandlingsniveau har derfor fået en ny og efterspurgt dimension. At tage stilling til behandlingsniveau handler om mere end at takke nej til en behandling eller indlæggelse – det er også at have en plan for, hvad der så skal ske. Borger kan godt overfor personalet give udtryk for, at han ikke vil indlægges, men hvis der ikke er lagt en lægeunderstøttet alternativ plan, kan det være svært at efterkomme ønsket. Tidligere, når personalet ringede til almen praksis for hjælp og vejledning, turde lægen ofte ikke andet end at indlægge, trods borgers ønske om det modsatte.

En borger bliver akut dårlig. Sygeplejerske sparrer med kollegaer på symptomer – blodsukkeret er så højt, at det ikke kan måles, og så ser det ud som om, der er rosen i det ene ben. Borger har frabedt sig indlæggelse på intensiv afdeling og behandling ved hjertestop, men det er uklart, om han vil indlægges, udredes og behandles for den infektion, han har nu. Personalet kontakter egen læge, som indlægger borger. Sygeplejerske; "Vi står ofte i disse situationer, hvor vi er i tvivl, om borger skal indlægges.". Et par dage efter får personalet besked om, at borger er død på hospitalet, 1½ døgn efter indlæggelse. (Feltnote AFL fra før det nye sektorsamarbejde)

Det er ikke muligt at konkludere, at en lignende situation ikke vil forekomme med det nye sektorsamarbejde. Det er heller ikke muligt ud fra empirien at konkludere, at indlæggelsen ikke var meningsgivende for borger. Det er dog nærliggende at tænke, at borger måske havde foretrukket at være indlæggelsen foruden, hvis en læge havde spurgt og lagt en god plan for lindring. Med det nye sektorsamarbejde er der større sandsynlighed for, at en læge forud for den akutte situation, har drøftet ønsker til behandlingsniveau med borger, at en læge fysisk tilser borger i forbindelse med beslutning om indlæggelse, at denne læge kender til borgers ønsker, og at beslutningen dermed bliver meningsgivende for borger i situationen.

Det er ikke hver gang, det lykkes at få borger til at træffe et valg, og her er det et lægefagligt ansvar at tage en endelig beslutning. Det er også et lægefagligt ansvar at fortælle borger, når behandlingsmuligheder ikke understøtter ønsker.

En borger har tidligere besluttet ikke at ville indlægges eller udredes for årsager til blodig afføring. Personalet har i en periode arbejdet ud fra en behandlingsplan, som indebar, at borger fik sondeernæring for at hjælpe til energiindtag i en periode efter akut sygdom, indtil borger fik kræfter til selv at spise igen. Borger er tiltagende afkræftet, og tværfagligt besluttet, at geriater tager en samtale med borger ift. at få lagt en ny plan, da der ikke er den ønskede effekt af behandlingen. Borger er dog ikke i stand til eksplicit at give udtryk for ønske om at stoppe eller fortsætte sondeernæringen, men autoseponerer sonden flere gange og bliver gradvist yderligere svækket over de næste dage. Personalet oplever det som uetisk at fortsætte sondeanlæggelse uden en revurdering og beder geriater om at lægge en ny plan med udgangspunkt i den nye situation. (Feltnote APE)

På speciallægens initiativ

På trods af de strukturelle forskelligheder mellem AFL og APE, er der fællestræk, hvad angår det, som speciallægerne i geriatri og palliation tilfører stuegangen.

For det første tager de emner op, som sygeplejerskerne ikke selv bringer ind i stuegangen.

Vi er til forstuegang på lægekantoret. Sygeplejerske fortæller, at borger har været obstiperet, men nu er udtømt. Der efterspørges yderligere forbyggende behandling "så vi ikke står i samme situation igen." Sammen lægges plan for behandling. Speciallæge; "Fint, lad os høre, hvad hun siger til den plan. Og så skal vi snakke med hende om kvalmeproblematikken." Sygeplejerske; "Den kender jeg ikke til." Speciallæge; "Det står i journalen – vi må høre, hvad hun selv siger. Hun har tidligere fået primperan uden effekt, så vi må finde på noget andet, hvis det stadig er et problem." Desuden efterspørges, om der kan ryddes op i medicinlisten og seponeres præparater. Borger får blodtrykssænkende medicin og speciallæge efterspørger, at der bliver målt blodtryk, som ikke er målt siden ankomsten. Oprydningen udsættes, til ny måling foreligger ved næste stuegangsdag. (Feltnote AFL)

Speciallægen er aktivt opsøgende og afventer ikke "bare" sygeplejerskernes observationer eller fokus. De tænker selv med ud fra de oplysninger, de har fra tidligere notater.

For det andet er ovenstående og nedenstående feltnoter eksempler på, at både speciallæge i palliation og geriater sætter problemstillingerne ind i en større kontekst.

Diætist kigger ind på lægekantoret; "Det er en grøn recept til [borgers navn] – hende med de høje blodsukre. Den skal bare underskrives." Geriater; "Hvordan går det med det?". Diætist; "De svinger og er svære at styre." Geriater; "Det skal vi altså have kigget på." Recepten underskrives. (Feltnote APE)

Det observeres, at geriater er opsøgende og tager problemstillingen op ved tavlemøde samme dag. Efterfølgende lægges der, sammen med sygeplejersken, en plan for afdækning og opfølgning. Så fra at være en opgave med "bare at underskrive", tages problemstillingen op på tavlemøde, og sammen med sygeplejerskerne løftes problemstillingen ind i en større kontekst, og der lægges længeresigtede planer for håndtering og opmærksomhed.

For det tredje observeres, at der følges op på handlinger og ordinationer. Tingene gøres færdige. Det sikres, at behandlingerne er rigtige, at beslutningen medførte det ønskede udfald, og ellers korrigeres de inden konsekvenserne bliver til akutte problemstillinger, der ikke kan håndteres i afdelingerne. På tavlemøder på APE høres ofte geriater spørge ind til, hvordan det går med smerter hos borger, hvor der er opstartet smertebehandling – eller til afføring, hvor der er ordineret laksantia. Eller det observeres, at geriater på eget initiativ går på stuegang og snakker med borger.

Geriater kigger ind til borger, der er opstartet i antibiotika for et par dage siden; "Hej, jeg vil bare lige høre, hvordan du har det?" (Feltnote APE)

~

Speciallæge i palliation til sygeplejersken efter en stuegang; "Jeg vil gerne have, at vi sætter [borgers navn] på stuegang igen på fredag, så vi kan følge op på, om hun stadig er fortrolig med beslutningen." (Feltnote AFL)

Problemstillinger aften, nat og weekend

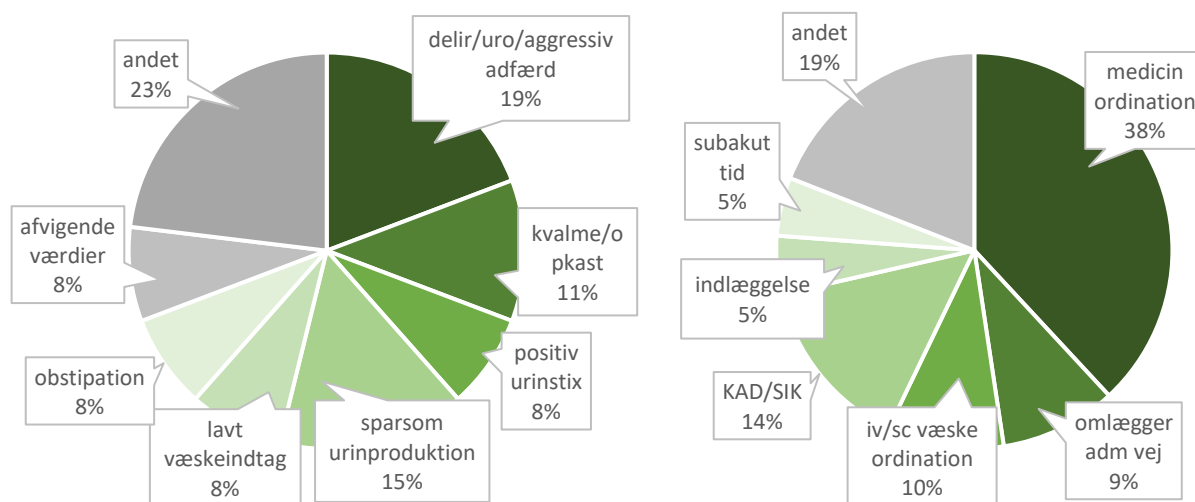
Der er henholdsvis 24 (gennemsnit=0,8 og range 0-4) og 22 (gennemsnit=0,7 og range 0-4) vagtnotater pr. borger på APE og AFL.

Fra APE er det delirium, uro og aggressiv adfærd, samt urinvejsproblematikker (positiv urinstix og sparsom urinproduktion), der præger årsagerne til henvendelse udenfor dagtid, mens det overvejende er medicinordinationer og omlægning af administrationsveje, der præger de lægefaglige handlinger, der følger henvendelserne (Figur 6).

Kun ét enkelt opkald blandt de 30 auditerede borgerforløb ender med, at borger indlægges.

Borger har kvalme, kaster op, akut faldende funktionsniveau, lavt BT og let takykardi, men er afebril. Har desuden sparsom urinproduktion og obstipation. Ifølge plan, lagt af geriater i dagtid, kontaktes bagvagt, der vælger at se situationen an et par timer, men vælger så i samråd med borger at indlægge. Borger har tidligere ikke ønsket indlæggelse, men denne specifikke situation med langvarig obstipation har geriater drøftet med borger i dagtid, hvor borger har accepteret indlæggelse, hvis det ikke er muligt at forbedre situationen over de næste dage. (Vignette fra journalnotater APE)

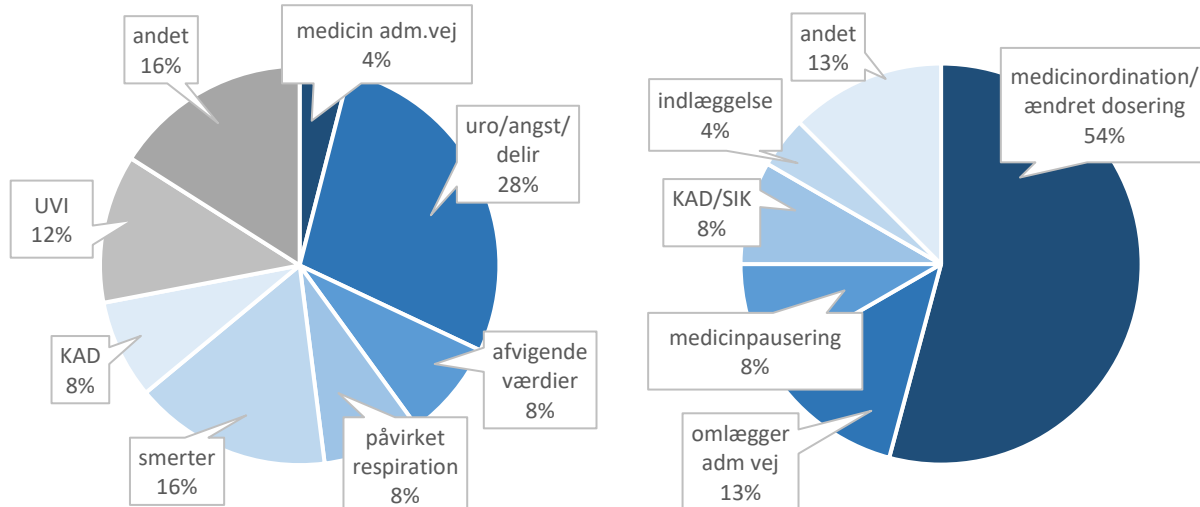
Figur 6, Vagtopkald APE - årsag og handling (N=30 auditerede borgerforløb)



Fra AFL er der overvejende henvendelser vedrørende uro, angst og delir, samt smerter, men også UVI og problemer med urinvejskateter fylder. De lægefaglige handlinger, der følger, er i stor udstrækning relateret til medicinordinationer, pausering og omlægning af administrationsvej (Figur 7).

"Og hvor P20 ikke er tilgængelig, så er der jo geriaterne på Bispebjerg som er supersøde. Vi ringer aldrig 1813 mere. Så jeg synes, vi er godt dækket ind." (citater fra interview AFL)

Figur 7, Vagtopkald AFL - årsag og handling (N=31 auditerede borgerforløb)



Ved ét enkelt opkald, hvor de kliniske symptomer giver mistanke om pneumoni, indlægges borger på Bispebjerg Hospital, Palliativ Afdeling P20 til infektionsafklaring.

Ved nærmere eftersyn er det også mere komplekse problemstillinger, plejepersonalet på både APE og AFL henvender sig med i vagterne, og de imødekommes med ordinationer, men også vejledning, sparring og planer for observation, pleje og ny kontakt i tilfælde af udeblevet effekt eller utryghed.

Borger udskrevet til lindrende behandling er nu somnolent. Det aftales, at personalet kontakter pårørende for orientering om udvikling. G-vagt kontaktes igen ved behov for lindrende medicin. For nu rolig og ikke forpint. (Vignette fra journalnotat APE)

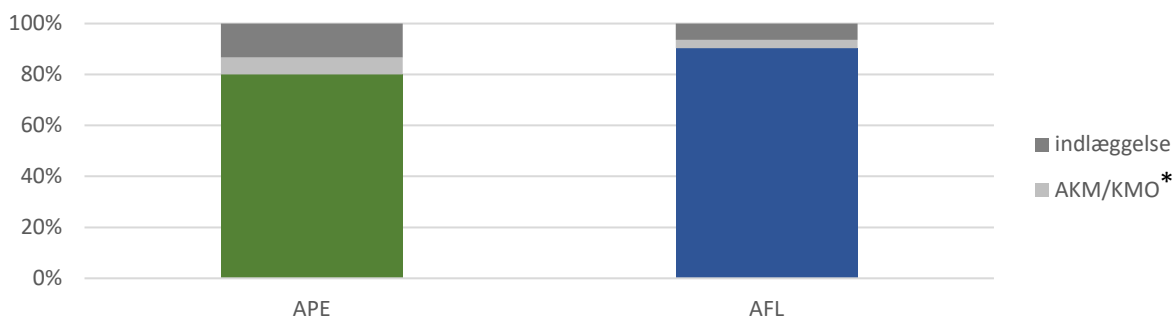
Adspurgte om samarbejdet med geriatrisk for- og bagvagt siger plejepersonale i et interview;

"Jeg synes, man klæder sig lidt på inden sådan en samtale, for man ved jo ikke helt, hvem man får i røret. Altså, sådan at man er skarp på det, man vil. De er samarbejdsvillige, og de stoler på mig. De er ikke faglige på samme måde som P20 – det skal de heller ikke være, men i situationen får jeg den hjælp, jeg har brug for. Lige så snart man siger Vigerslevhus og Palliativ Afdeling, så kører det bare. De har samme ånd som P20, og der er aldrig nogen, der har sagt, at "det må P20 tage sig af." (citater fra interview AFL)

Forebyggelse

Blandt de 30 auditerede borgerforløb på APE indlægges fire borgere (13% af forløbene), mens der i to forløb (7%) er kontakt til akutmodtagelser. For de 31 auditerede forløb på AFL er de tilsvarende tal to indlæggelser (6%) og én henvendelse til akutmodtagelsen (3%) (Figur 8).

Figur 8, Andel henvendelser til AKM/KMO og indlæggelser blandt henholdsvis N=30 (APE) og N=31 (AFL) auditerede borgerforløb



*AKM er forkortelse for Akutmodtagelse og KMO er forkortelse for Kirurgisk Modtagelse

Alle fire indlæggelser på APE har været forsøgt forebygget. Én sker efter planlagt besøg i et ambulatorie, hvor der tages blodprøver, på trods af at geriater få dage forinden har lagt plan for lindring og aftalt med borger og pårørende, at der ikke skal tages flere blodprøver, da behandling er udsigtsløs. Efter få dages indlæggelse uden respons på behandling, udskrives borger igen til APE. To indlæggelser er som følge af sårkomplikationer efter operationer, hvor der ikke ses effekt af antibiotisk behandling. Og én er en multimorbid borger med en historik af gentagne genindlæggelser, der gennem 1½ måned på APE følges meget tæt med blodprøver og regulering af behandling. Borger er tiltagende konfus og indlægges grundet meget lavt blodtryk. Begge indlæggelserne fra AFL er som del i planlagt udredning eller behandling.

Der er stor sandsynlighed for, at sektorsamarbejdet forebygger indlæggelser, da der er et markant fald i forbindelse med opstart af samarbejdet, som fortsætter gennem hele den periode, samarbejdet hidtil har været. Et fald, der ikke umiddelbart findes andre forklaringer på.

Mekanismen bag faldet er usikker, men de førmtalte behandlingsplaner, et afklaret behandlingsniveau, den opsøgende adfærd hos speciallægerne, opmærksomhed på uløste problemstillinger, opfølgningen og korrektionen af iværksat behandling, må sammen med helhedstækning, afstemning med borgers ønsker og øget kompetence hos personalet antages at medvirke til det registrerede faldende antal indlæggelser.

Det er ikke muligt med sikkerhed at pege på specifikke handlinger, der har forebygget en indlæggelse, men der ses handlinger, der potentielt har gjort netop det.

Borger har haft feber i nogle dage. Hverken UVI eller pneumoni kan udelukkes. Opstarter behandling fredag i håb om at forebygge indlæggelse. Der er lagt plan for, hvad der håndteres på APE og hvordan, samt hvornår situationen er indlæggelseskrævende. Plan afstemt med borger og pårørende. (Vignette fra journalaudit APE)

Desuden ses handlinger, som potentielt forebygger indlæggelser langt senere i borgernes forløb. Det antyder, at speciallægerne generelt tænker forebyggelse som en central og vigtig del af deres arbejde.

Borger har en historik med gentagne indlæggelser grundet tilstoppet trakeostomi. Det har været muligt for personalet på APE at forebygge tilstopning, og geriater organiserer undervisning af personale på plejehjem, hvor borger udskrives til. (Vignette journalaudit APE)

Det er nærliggende at antage, at en mekanisme til forebyggelse af indlæggelser tillige er aftalen om samarbejde mellem plejepersonale og geriatrik for- og bagvagt.

En borger har drukket sparsomt, har lavt blodtryk og positiv urinstix. Geriaterisk vagt ordinerer subkutan væskebehandling, urin til dyrkning og opstarter antibiotika behandling mod urinvejsinfektion. Personalet er trygge ved situationen, og det aftales, at vagten kan kontaktes igen, hvis situationen ændrer sig. (Vignette fra journalaudit APE)

Disse situationer er muligvis netop eksempler på den situation som den almen praktiserende læge, der før det sektorintegrerede samarbejde var ansat på APE qua en §2 aftale, forudså (citater introduktion side 9) – at det er muligt at beholde og behandle borger på afdelingen, hvis der er mulighed for følge borger tæt.

Flere personaler nævner selv forebyggelse under interviewene, og antyder, hvor betydningsfuldt det er at undgå indlæggelser for de borgere, der opholder sig i afdelingerne.

”Og der kunne man også bare ringe til vores læger og sige – for vi har jo også samarbejde med dem om aftenen – ”jeg står her med den her borger, og han har temperatur, og jeg kan se, at vores læge tidligere har skrevet, at hvis vi oplever temperaturforhøjelse, så må vi opstarte antibiotika”. Så på den måde, så har vi også kunnet handle hurtigt, at han ikke går hen og bliver rigtig dårlig. Så det der med, at man lige kan ringe og sige – ”jeg har den her borger – kan vi ikke lige bestille noget medicin hjem, og så prøver vi lige at se det an til i morgen”. Så på den måde forebygger vi indlæggelse. Og det endte faktisk med, at han blev behandlet hos os. Vi fik ligesom slået feberen ned, ikk’. Her kunne man godt forestille sig, at havde vi ventet til mandag, så skulle han ind og have iv. behandling i stedet for.” (citater fra interview APE)

Det observeres, at udredning på ÆMO benyttes i stedet for indlæggelse. Eksempelvis anmelder geriater en borger til udredning i BFH’s Ældremodtagelse til dagen efter for vedvarende høje infektionstal.

Geriatrer ringer og melder en borger til ÆMO i morgen til op-transfusion og udredning for infektion. Har fået behandling et stykke tid, men CRP er vedvarende forhøjet. Geriatrer siger henvendt til mig; ”Jeg skal have skrevet et notat, som tydeligt viser, at der er behov for begge dele” (Feltnote APE)

Ikke alle indlæggelser kan forebygges, men elementet af planlægning og tæt samarbejde med hospitalet grundet speciallægenes tilknytning til afdelingerne, giver potentiale for forberedte og rolige forløb.

På forstuegang spørger sygeplejersken, om speciallægen vil se borgers ødematøse ben, inden han kommer op og sidde. Speciallæge; ”Ja, det vil jeg gerne. Jeg har tænkt på, om han skal en tur ind forbi P20, så vi kan finde ud af, hvorfor han hæver så meget. Hvad mon der foregår i hans krop? Jeg er lidt begrænset, så længe han er her.” Der planlægges indlæggelse i den kommende uge. (Feltnote AFL)

For begge hospitalshenvendelser gælder, at der bliver skrevet notater i hospitalsjournalerne, der anvendes af modtagende læge og speciale-kollega på hospitalet. Forberedelsen er optimal, og det må formodes, at borger oplever sammenhæng, kontinuitet og medbestemmelse i forløbet.

Intern kontinuitet

En del af den forebyggende effekt må desuden formodes at medieres gennem en øget intern kontinuitet. Det er tidligere beskrevet, hvordan der er etableret en platform for øget tværsektoriel kontinuitet (se Ophold på Vigerslevhus og kontinuitet i sektorovergangene side 19), men særligt de mange behandlingsplaner understøtter, at personale i skiftende vagter og speciallæger internt på afdelingerne

arbejder efter samme mål. På AFL er det tydeligt, at plejepersonalet har stor gavn af behandlingsplanerne (se side 35), mens det på APE er særligt tydeligt, at der er kommet mere fagligt indhold i tavlemøderne, hvor retning og planer for opholdet sættes og justeres (se side 30).

Kontinuitet findes på mange planer og kan derfor også understøttes eller udfordres på mange planer. Ud over den tværsektorielle og tværfaglige kontinuitet, er der desuden det enkelte personales kontinuitet over tid med pleje af den samme borger.

"Altså, tidligere var det sådan, at du mødte ind om morgenen, og du anede ikke, om du kendte borgerne, du skulle pleje. Nu er man begyndt indenfor det sidste år, at sådan "når, nu har du været derinde i dag, skal du så ikke også derind igen i morgen?" – og ja, det vil man gerne. Man må gerne sige nej, hvis man simpelthen trænger til en pause. Det respekteres, men det giver meget mere kontinuitet." (citater fra interview APE)

Den samme oplevelse af kontinuitet udtrykkes af geriater,

På feltobservation med geriater. Henvendt til mig; "Jeg kigger lige ind til Bente". På stuen henvendt til borger; "Hej, Bente – sidder du der og kæmper med maden?" Bente; "Ja, jeg har lidt kvalme og så (borger siger noget mere om sin mad, jeg ikke kan høre)". Geriater; "Jeg går lige ud og snakker med personalet – både om maden og om din kvalme. Jeg kigger ind til dig igen i morgen. Du har fået lidt kvalmestillende nu, så det skal lige have lov at virke."

På vej til personalekontoret siger geriater, henvendt til mig; "Jeg konstaterede, at borger havde fået serveret kartofler og medister, men da jeg har fulgt borgere et par dage nu, så ved jeg, at vi er blevet enige om, at hun skal have blød/cremet kost, så det var det, vi snakkede om på stuen. Hvis jeg ikke havde fulgt borgeren i nogle dage, så havde jeg ikke opdaget det med madens konsistens – det er også sådan nogle små ting, der kommer af kontinuitet. Det kan nok være, det er en lille ting, men hvis hun ikke spiser, så påvirker det jo alt andet og bliver en større ting". (Feltnot APE)

Hos speciallæge i palliation er betragtningerne ift. at sikre kontinuitet lidt anderledes. Her er det særligt viden om borger, samt kendskab til tidligere planer og aftaler, der er fokus på, når de møder borger til stuegang.

Efter en afholdt kontorstuegang kommenterer speciallægen spontant på valget [af kontorstuegang] overfor mig: "Det her er en patient, jeg ikke kender, så jeg går ikke "bare" lige forbi og siger hej. Jeg er nødt til at læse journalen først. Hvis jeg fornemmer, at sygeplejersken vil have hjælp til observation, så går jeg selvfølgelig ind". (Feltnote/citat speciallæge AFL)

Der er med empirien tydelige indikationer på, at også den interne kontinuitet er forbedret med sektorsamarbejdet, men ovenstående citat er et eksempel på, at den tværfaglig eller tværkollegial kontinuitet ikke bare kommer med behandlingsplanen eller tavlemødet. Det kræver konstant opmærksomhed og en understøttende struktur for arbejdsgangene, bla. derfor er speciallægerne er i afdelingerne 1-2 uger i træk.

På APE er det tidligere beskrevet, hvordan der arbejdes med at forbedre afviklingen af tavlemøderne, så der kommer mere fagligt indhold (se side 30). En sygeplejerske reflekterer over, at det kræver kendskab til borgeren at bidrage med relevant indhold, men også viden om den sidste nye udvikling.

”Tit så kommer man springende ind til tavlemødet. Man har forberedt sig om morgenen til det, men ikke rigtig nået at reflektere over, hvad man egentlig har gået og lavet om formiddagen – så har du bare en smøre, du lirer af, ikk’. Og først bagefter så reflekterer du og må tage fat i lægen.” (citater fra interview APE)

Strukturen for deling af den skriftlige dokumentation, herunder behandlingsplaner, er udfordret af det sektoropdelte sundhedsvæsen og GDPR-regler for deling af patientnære data (9). Speciallægerne dokumenterer i Sundhedsplatformen, mens plejepersonalet dokumenterer i CURA. Begge faggrupper har mulighed for læseadgang i hinandens systemer, men ikke mulighed for at skrive. Alle speciallægenotater sendes derfor som korrespondancemeddelelser til kommunen og journaliseres i borgerens kommunale journal.

Speciallæge i palliation er færdig med notatet og sender kopi, ”Så blev jeg færdig med hende – bortset fra at jeg skal ringe og snakke med sønnen” Speciallæge kommenterer overfor mig på den lidt tunge, men nødvendige arbejdsgang; ”Hver gang der er et notat eller ændring – det kan være en lille justering i medicinen, så er vi nødt til at sende en korrespondance. Ellers er de [plejepersonalet] ikke opmærksomme på det. Fx tidligere i dag var der en uoverensstemmelse mellem FMK og deres medicinliste. Det var fordi, de ikke var opmærksomme på, at de skulle hente den nye opdaterede liste ind fra FMK. Dette var på trods af, at jeg havde skrevet det i en korrespondance. Det er ikke alle mine kollegaer, der helt forstår nødvendigheden af at sende korrespondancer, selv ved små justeringer. På hospitalet ville vi jo nok ikke skrive et notat, hvis vi ændrede dosis på et præparat, men her er det nødvendigt [fordi lægen og personalet ikke arbejder i samme journalsystem]. (Feltnote AFL)

Der ligger således en opgave i både at få sendt og læst korrespondancerne. Udfordringen hos plejepersonalet med at få læst korrespondancerne ses også på APE, hvor en sygeplejerske i et interview reflekterer over, at geriaterne efterspørger mere struktur og opfølgning på notaterne.

”Vi skal altså lige oppe os lidt. Ja, det skal vi – når de siger, vi skal læse de der lægekorrespondancer og sådan, så skal vi altså læse dem og handle, som der står. Det skal vi altså huske mere, end vi gør. Vi gør det jo, men det smutter også. Altså, de har jo faktisk bedt os om det, fordi de faktisk skal bruge det til noget.” (citater fra interview APE)

Der ses således stadig udfordringer med at få skabt kontinuiteten på tværs af faggrupper og dokumentationssystemer, men det tætte samarbejde har skabt mulighed for en væsentlig forbedret kommunikation og opmærksomhed på faldgruberne.

Omsorgsoplevelsen

Borgerens omsorgsoplevelse

Ingen af de borgere, der er blevet interviewet ifm. udarbejdelsen af denne rapport, har forud for interviewet tænkt nærmere over, at de er blevet mødt af en læge på en kommunal enhed. For det første skelner borgerne ikke mellem sektorerne. For dem er der ét sundhedssystem med mange enheder, der har

hver deres formål. Borgerne taler ikke om systemet med reference til organisationen, men med reference til formålet for enheden.

"Efter lang tid på hospitalet fik jeg at vide, at jeg var rask, eller altså, ikke rask, men at det var tid til genoptræning, og så kom jeg ud et andet sted. Så var jeg alligevel ikke helt rask, og så kom jeg her". (citater fra interview borger APE)

Den samlede betragtning på, at der findes ét sundhedssystem, medfører for det andet en undren, når jeg som interviewer gør opmærksom på, at lægetilstedeværelse ikke er en selvfølge, når man opholder sig på enheder udenfor hospitalet.

Interviewer: "var det en overraskelse, at der var stuegang?"

Borger: "Nej, det syntes jeg egentlig ikke. Altså når man er syg, så er der vel også læger. Og når man er tilknyttet vores sundhedssystem, så er det da nødvendigt, at der er læger." (citater fra interview fra borger AFL)

Ingen af borgerne nævner af sig selv deres egen praktiserende læge som en mulig lægefaglig ressource, og kun få har et forhold til egen læge. På forespørgsel nævner flere, at de har haft en læge engang, som havde overblik, og som kendte deres situation. Borgerne giver udtryk for, at disse læger uden tvivl ville have været gode at ringe til for behandling og sparring. Men de læger er gået pension, og borgerne har ikke efterfølgende oparbejdet samme forhold til deres nuværende læger.

"Altså, hvis det havde været min gamle læge, som jeg havde i 20 år, så ja [havde det været bedre med den praktiserende læge], men som det er nu, er jeg ligeglad. Jeg kender ikke min læge, og hun kender ikke mig. (citater fra interview borger APE)

Kendskab går igen i flere interview som et vigtigt element, men når borgerne nævner det, er det, det gensidige kendskab mellem borger, sundhedspersonale og læger på enhederne, der fremhæves.

"Selvom jeg har min egen læge, er det ikke det samme. Min egen læge er ikke hjemme hos mig og følger mig – det gør de her. De kender mig – de ved, hvad de skal holde øje med. De kommer med det samme, når der er brug for det, og de forklarer, snakker og fortæller. Jeg har oplevet mange læger gennem tiden, og det er, som om de er tættere på her. Jeg ved, hvem de er, ligesom kender dem – måden de snakker på, og måden de er på." (citater fra interview borger APE)

Kendskab er altså vigtigt, og det antydes, at det gensidige kendskab, der opbygges under et ophold, er tættere end det kendskab, de fleste borgere har til deres nuværende praktiserende læge. Men der er flere citater, der tyder på, at kendskab er mindre væsentligt for omsorgsoplevelsen end faglighed og kompetencer.

"Jeg synes egentlig, det er lige meget [om det er min egen læge eller en fra Bispebjerg]. Altså, min egen læge kender mig selvfølgelig bedre og ved, hvad jeg har været ude for, men jeg vil sige, at det er tæt på lige meget. Altså, fordi de ved jo nogenlunde det samme sådan fagligt, ikk'." (citater fra interview borger APE)

En anden borger siger;

"Altså, jeg mærker lynhurtigt, om de har kompetencer eller ej – og hvis det er en, der er kompetent, så er jeg ligeglad, om det er en jeg kender eller ej. Så det er helt klart fagligheden, jeg går efter." (citater fra interview borger APE)

Samtidig er der en generel tendens til, at borgerne anerkender den faglige forskellighed mellem sygeplejersker og læger, og forstår, at sygeplejerskerne står stærkere med god lægefaglig støtte.

"Jeg synes, det er godt, at plejepersonalet har én [læge], de kan spørge ved tvivl. Jeg tror, det giver noget til helhedsoplevelsen. Som patient føler jeg mig da mere tryk ved, at der altid er én, sygeplejerskerne kan spørge." (citater fra interview borger APE)

En anden borger får sagt, at sygeplejerskerne opleves som de primære omsorgsgivere, og at lægernes tilstedeværelse skal understøtte den position, hvis samarbejdet skal afføde en god omsorgsoplevelse.

"Jeg er helt tryk ved sygeplejerskerne, for det er jo dem, der står med den faglige del – de ved, hvad de laver, og det er vigtigt. Lægerne skal støtte sygeplejerskerne, så de ligesom kan tørre sveden af panden." (citater fra interview borger AFL)

Der er en generel tendens i interviewene til, at borgerne ikke har tænkt så meget over lægetilstedeværelsen – de har taget den for givet. Desuden er det underordnet, om det er egen læge eller andre læger, men det er kompetencerne, til en vis grad kendskabet til borgerens situation, samt samarbejdet med de sundhedspersoner, borgerne oplever som de primære, der er det bærende og vigtige for en samlede god borgeroplevet omsorgsoplevelse.

Sygeplejerskens omsorgsoplevelse

For sygeplejersker handler omsorgsoplevelsen om at være i stand til at yde god sygepleje. Der er bred enighed i de to afdelinger om, at det tættere og mere tillidsfulde tværfaglige samarbejde med speciallægerne har gjort det nemmere at yde god sygepleje.

"Palliation drejer sig om at være foran – at være parat. De praktiserende læger har det stramt med at ordinere til situationer, som måske opstår. Det gør det svært at være foran". (Feltnotat AFL)

Ud fra empirien er god sygepleje funderet i kendskab til borgerens egne præferencer og muligheder for at afhjælpe den menneskelige lidelse. Førstnævnte er tydelig gennem sygeplejerskerne påskønnelse af, at speciallægerne har udtalt borgerinddragelse (se Borgerinddragelse side 36). Gennem inddragelse styrkes kendskabet til borgeren, og præferencerne bliver tydeligere.

Sidstnævnte viser sig gennem utallige eksempler på sygeplejerskernes faglige glæde ved at kunne arbejde bedre med både sygdomslidelse, der er direkte sammenhængende med sygdomme, behandling og pleje (eller mangel på pleje), og livslidelse, der kommer af borgerens samlede situation (10).

"Vi har mere tid til vores borgere her, end hospitalerne har, så jeg håber, der på et tidspunkt åbner flere sådanne akutte steder som her. Det vigtige er, at vi har tid til at følge borgernes forløb – det er jo lige så meget lægerne, der får et helhedsbillede. Der var fx en borger, som kom med et kæmpe decubitus, rosen og havde været immobil i mange år. Han er lige blevet udskrevet til plejehjem, efter vi passede og plejede ham. Vi sørgede for, at hans sår heledes, og så havde han meget svær gigt, som lægerne også fik mulighed for at kigge på. Han sagde selv, at han havde fået gigtmedicin igennem mange år, men var holdt op med at tage det, da han ikke længere kunne komme til kontrol på

sygehuset. Det fik lægerne startet op igen, og hans funktionsniveau blev bedre, og hans appetit blev bedre – det hele blev bare bedre. Altså, det synes jeg, er en smuk ting at kunne gøre.” (citater fra interview APE)

På AFL handler det om at være parat til at håndtere ændringer i situationer hurtigt, så roen og nærværet bevares.

”Det handler om, at de her patienter får den hjælp, de har brug for, og de samtaler, de har brug for. For de læger, vi får fra P20, er også rutinerede i de svære samtaler, ligesom vi [sygeplejersker på AFL] er. At turde sige til vores lungepatienter, ”er det kvælningen, du spekulerer over?” Så gennemgår vi sammen fuldstændig den plan, der ligger i at sedere borgeren, så de ikke oplever, at de ikke kan få luft. Så har vi sammen igennem samtalen en helt anden ro på vores patienter. Jeg tør love mine borgere noget på et helt andet plan end tidligere. For nu er der planer og ordinationer til at gøre det – det var der ikke før. Og det har borgerne brug for. Og de pårørende, der sidder ved siden af – det kan jo se voldsomt ud. Det er jo ikke nødvendigvis smukt at dø. Jamen, så er det jo vigtigt, at de pårørende i hvert fald kan se, at borgeren sover og er vel lindret. Det gør, at der er en anderledes ro og overskud til de pårørende også. Jeg kan mærke min egen ro bedre. Jeg er mere nærværende, fordi jeg ikke stresser over, at der er noget, der burde være i orden, som ikke er det.” (citater fra interview AFL)

Lægens omsorgsoplevelse

For speciallægerne drejer omsorgsoplevelsen sig om at varetage patientens behov, men også om at påtage sig rollen som den, der har ansvaret for, at borger og pårørende er informerede og oplyste om sygdom og behandlingsmuligheder.

Sygeplejerske til speciallæge under forstuegang; ”Jeg har snakket med pårørende, men det er ligesom, de ikke helt rigtig forstår konsekvenserne af, hvad jeg siger. Der er brug for mere pondus – måske fra en læge”. Speciallæge, ”Lad os gå ind og snakke med dem.” (Feltnote AFL)

For speciallægerne er det en vigtig del af omsorgen, at borgerne er informerede tilstrækkeligt om sygdommen, dens konsekvenser og de behandlingsmuligheder, der er. Udgangspunktet er, at hvis borgerne skal kunne inddrages og være med til at træffe beslutninger om fx behandlingsniveau, er de nødvendigvis nødt til at kende til problemstillingerne og mulighederne – dette også selvom problemstillingerne er mere alvorlige og mulighederne mere begrænsede, end hvad borger og pårørende ønsker. På AFL sikrer speciallægen sig, at en pårørende er orienteret om borgers uheldelige sygdom og siger henvendt til mig;

”Det nytter jo ikke noget, at de sidder der til visitationsmøde, og ingen ved, at hun er uheldeligt syg – så bliver det svært at få et godt visitationsmøde ud af det. Det giver jo ingen mening.” (Feltnote AFL)

Som beskrevet tidligere, arbejder geriater i tæt samarbejde med plejepersonalet med borgers motivation som en nødvendighed for, at behandling kan have effekt (side 33). Men der er også flere eksempler på, at speciallægerne understøtter borgernes tidligere fremsatte ønsker i situationer, hvor de ikke selv længere er i stand til at udtrykke dem.

Borger er ukontaktbar, og de pårørende spørger efter væske. Det forklares, at der er stor risiko for lungeødem. Ønsket efterkommes ikke. (Vignette fra journalaudit AFL)

En sygeplejerske siger om lægernes omsorgsrolle;

"Når de pårørende bliver ved med at sige, at vi skal lægge en sonde på deres mor, for ellers dør hun af sult, så går de [lægerne] ind og forklarer, at "din mor bliver ved med at hive sonden ud, og jeg har spurgt, om hun vil have den genanlagt, og hun siger klart nej. Det må du respektere". Så de er borgerens stemme rigtig mange gange." (citater fra interview APE)

Der ses således, at speciallægerne, i tæt samarbejde med plejepersonalet på begge afdelinger, påtager sig at afstemme behov, ønsker og muligheder for behandling, og at de anser det for deres centrale omsorgsopgave.

Integration

Der har forud for sektorsamarbejdet været et udtalt ønske om, at speciallægerne i geriatri og palliation blev en integreret del af afdelingerne. Generelt er afdelingerne åbne og imødekommende overfor de nye samarbejdspartnere og omtaler speciallægerne i geriatri og palliation som "vores læge" og "en del af os – af teamet" (fremkommer flere steder i feltnoterne). Dette på trods af, at "lægen" ikke har ét ansigt, men på APE består af tre speciallæger i geriatri og på AFL af fem speciallæger i palliation, der på skift kommer i afdelingerne en uge ad gangen. På spørgsmålet, om lægerne er på besøg, svarer en sygeplejerske;

"Nej, de bor her. De er en del af Vigerslevhus – altså, det er vores læger." (citater fra interview APE)

Integrationen i de to afdelinger har imidlertid fået forskellige udtryk. Hvor geriater bevæger sig mere rundt i afdelingen på egen hånd mellem personalet, bevæger speciallæge i palliation sig sammen med personalet næsten udelukkende til og fra stuegang.

Det kommer formentlig af strukturen for arbejdet. Geriater arbejder med mange former for "stuegang" - tavlemøde, stuegang med/uden sygeplejerske og drop-in. Det giver et behov for at gå ud i afdelingen på egen hånd. Til sammenligning kommer sygeplejerskerne til speciallæge i palliation på lægekontoret, hvorefter de sammen går på stuerne. Speciallægen går derfor sjældent alene. Hvis integration er ensbetydende med at indgå i alt det udenom kerneopgaverne, der også udgør afdelingens liv, så fremstår geriater mere integreret end speciallæge i palliation. Det er den fornemmelse, empirien efterlader. Dels på baggrund af geriaters væsentligt flere timers tilstedeværelse, mere bevægelse rundt i afdelingen og dels en mere udtalt deltagelse i afdelingens liv.

Geriatrer kigger ind på kontoret efter at have været til morgenkonference på geriatrisk afdeling via Teams. Er stadig i civilt tøj og sætter kage fra bageren på bordet, inden hun går i kælderen for at klæde om – småsnakker og griner sammen med personalet, der ønsker tillykke med fødselsdagen. Senere på dagen afsluttes tavlemødet med fødselsdagssang, som det altid gør, når et personale har fødselsdag. (Feltnote APE)

Om deltagelse i afdelingens liv er en betingelse for, at den flydende struktur for "stuegang" kan fungere, eller om det er omvendt – den flydende struktur, der giver bedre mulighed for deltagelse i afdelingens liv – er ikke muligt at konkludere her. Men speciallæge i palliation, der har en mere struktureret stuegang, forbliver i større udstrækning i de faglige relationer og indgår mindre i afdelingens liv.

"Jeg ved godt, at der er en forventning om, at vi bliver integreret i afdelingen. Jeg er glad for at komme her, og det er et aktivt valg, at jeg ikke involverer mig personligt. Jeg har kun vagten hver 5. uge og vil altid være på besøg, men kommer her nok til, at den faglige relation er ægte." (Feltnote AFL)

Som speciallægen også selv oplever det, er der i empirien ikke grundlag for at konkludere, at lægens begrænsede deltagelse i afdelingens sociale liv, påvirker de faglige relationer eller kvaliteten af den behandling og pleje, samarbejdet omhandler, negativt.

Konklusion

Det sektorintegrerede samarbejde har helt erstattet inddragelse af borgernes alment praktiserende læger. Det tværfaglige samarbejde er nu præget af tillid, anerkendelse, respekt og fælles forståelse for problemstillingerne.

Helt overordnet arbejdes der mere helhedsorienteret - borgernes ønsker og formåen inddrages i stor udstrækning i udformningen af behandlingsplaner, indsatser koordineres, og kontinuitet sikres. Særligt fremstående er det øgede fokus på afklaring af behandlingsniveau, som sikrer, at plejepersonalet har en afstemt og rettidig plan for pleje og omsorg.

Supervision, støtte og sparring fra geriater og speciallæge i palliation til plejepersonalet er omfattende. Den kan være helt konkret på en enkelt handling, men kan også være en fælles faglig refleksion relateret til meget komplekse behandlings- og plejesituationer. Sparringen har givet et kvalitetsløft i behandling og pleje på begge afdelinger.

Geriater og speciallæge i palliation er aktivt opsøgende, følger op på iværksatte behandlinger og korrigerer hvis nødvendigt. De lægefaglige problemstillinger sættes ind i en større kontekst, der tænkes forebyggelse og lægges langsigtede planer. Generelt fremstår behandling, pleje og omsorg meningsgivende og relateret til borgernes liv.

Det konkluderes, at modellen for det sektorintegrerede samarbejde fremstår mere hel og fuldstændig end tidligere tværfaglige samarbejder. Skrøbelige og svækkede borgere med komplekse sundhedsmæssige problemstillinger balanceres på grænsen mellem hospital og primær sektor på et øget fagligt kompetent niveau til gavn for både borgere og sundhedsvæsen.

Referenceliste

1. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Sundhedsstrukturkommissionens rapport. Beslutningsgrundlag for et mere lige, sammenhængende og bæredygtigt sundhedsvæsen. 2024 jun.
2. Region Hovedstaden Center for Sundhed. Sundhedsaftale 2024-2027 for Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis. 2024.
3. Goodwin N. Understanding Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*. 28. oktober 2016;16(4):6.
4. SØRENSEN EEB. Sygepleje tilbage til det basale. *Sygeplejersken / Danish Journal of Nursing*. 2017;Supplement(117):6.
5. Gibson D, Willis E, Merrick E, Redley B, Bail K. High demand, high commitment work: What residential aged care staff actually do minute by minute: A participatory action study. *Nursing Inquiry*. juli 2023;30(3):e12545.
6. Kitson AL. The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nursing research*. april 2018;67(2):99–107.
7. Region Hovedstaden. Aftaler om brug af Korrespondancemeddelelsen. 2016.
8. 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.
9. Danske Regioner. Datadeling i Sundhedsvæsenet. <https://www.regioner.dk/sundhed/datadeling/> hentet 26.juli 2024.
10. Bergbom I, Nyström L, Nåden D. Katie Erikson's caring theories. Part 2. The theory of caritative caring ethics and the theory of evidence. *Scandinavian Caring Sciences*. december 2022;36(4):1251–8.

Forkortelser, akronymer og forklaringer

Præsenteret i alfabetisk rækkefølge

Abdominal center K	Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Udreder og behandler sygdomme i mave-tarm systemet
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, blodårer
AFL	Afdeling for Lindring
AKM	Akutmodtagelsen
Antipsykotisk behandling	Medicinsk behandling af psykotiske symptomer som hallucinationer, vrangforestillinger, svær angst og uro.
APE	Akut Pleje Enhed
Aspirationspneumoni	Lungebetændelse forårsaget af væske, sekret eller fremmedlegemer i lungerne
Auto-seponering	Når borger/patient selv stopper behandling uden forudgående aftale med læge
Basal palliation	Den basale palliative indsats er målrettet mennesker med afgrænsede palliative behov inden for få problemområder
CRP	C-reaktivt protein – måles i blodprøve. Forhøjet værdi indikerer infektion
CRP-apparat	Apparat til at måle CRP på stedet – svar i løbet af få minutter
CURA	København Kommunes borger journalsystem
CVK	Et centralt venekateter (CVK) er en tynd plastslange, der gennem huden er lagt ind i en stor blodårer - en vene, som munder ud tæt ved hjertet. Anlægges hos patienter, som har behov for indgift af parenteral ernæring, kemoterapi eller vævs-toxiske lægemidler.
Decubitus	Tryksår - defineres som en lokal beskadigelse af huden og/eller underliggende væv som et resultat af tryk eller tryk i kombination med forskydning af væv
Delir / delirium	Når en person i forbindelse med fysisk sygdom eller medicinbivirkninger pludseligt bliver tiltagende desorienteret og forvirret, ændrer døgnrytme eller bliver urolig eller apatisk.
Dysfagi	Fejlsynkning – øger risikoen for væske og mad i lungerne (se aspirationspneumoni)
Dyspnø	Åndenød
Empiri	Materiale, der er blevet tilegnet via sanserne (observation)
Ernæringssonde	Sonde (hul slange) der går fra næse til mavesæk hvor der kan gives mad og drikke i flydende form.
FMK	Fælles Medicin Kort
Fraktur	Knoglebrud
Gerontopsykiatrisk team	Team (psykiater og sygeplejerske) med særlig viden om psykiske sygdomme hos ældre

Hæmoglobin	Molekyle i de røde blodlegemer, der binder ilt (det der gør blodet rødt)
Iltbrille	En lille slange med ilt der sidder foran næsen med to små "pinde" - et til hvert næsebor
KMO	Kirurgisk Modtagelse
Kompressionsforbinding	Forbinding - Anvendes som behandling og forebyggelse af væskeophobning, oftest på underbenene
Kærlig pleje	Alt aktiv behandling er stoppet. Pleje og omsorg med fokus på lindring
Laksantia	Afføringsmiddel – et middel for at fremme afføring
Ligsyn	Et ligsyn er en undersøgelse af en afdød før udstedelse af en dødsattest
Mors	Død på latin
Nefrostomi kateter	Kateter der går fra nyre ud gennem huden. Anvendes, når urinen fra nyren ikke kan komme den normale vej gennem urinlederen ned i blæren.
Obstiperet	Forstoppelse – en tilstand, hvor borger har svært ved at komme af med afføringen
PACTIUS	Elektronisk system til Region Hovedstadens fortegnelse over forskningsprojekter
Parenteral	Udenom tarmen
PEG-sonde	Ernæringssonde
Pneumokok-vaccination	Vaccination der anvendes til forebyggelse af sygdomme forårsaget af infektion med pneumokok-bakterier, herunder lungebetændelse.
Pneumoni	Lungebetændelse
Postoperativt	Efter operation
Primperan	Et kvalmestillende middel
Rosen	Også kaldet erysipelas, er en betændelse i huden, som oftest skyldes streptokok bakterier
Saturation	Iltmætning – hvor meget ilt der er i blodet (graden af hæmoglobin med ilt)
Seponere	Fjerne, tage væk
Sondeernæring	Er mad og drikke i flydende form der gives gennem sonde (slange) der går ned i mavesækken via næse, svælg, hals og spiserør.
Sundhedsplatformen /SP	Region Hovedstadens patientjournalssystem
Subkutan	Under huden
Terminal	I denne fase er det lægernes vurdering, at patienten er uafvendeligt døende
Ustabil	Uregelmæssig eller uforudsigelig
Vignette	Opstillet scenarie (fiktiv case), der gengiver observationer i meningsgivende sammenhæng
Vitale parametre	Puls, blodtryk, iltmætning, temperatur, respirationsfrekvens

Værdier	Puls, blodtryk, iltmætning, temperatur, respirationsfrekvens
WorkZone	Region Hovedstadens journaliseringssystem til administrativ sagsbehandling
Ældremodtagelsen (ÆMO)	En del af Akutmodtagelsen Bispebjerg Hospital, særligt indrettet til ældre skrøbelige borger og patienter. Her tilses ældre (>65år) akut af speciallæge i geriatri, bliver udredt og får lagt en behandlingsplan indenfor 4-6 timer.
Åben indlæggelse	Mulighed for indlæggelse uden lægevisitation
1813	Region Hovedstadens akuttelefon og kontakt til lægevagt
72-timers reglen	Udskrivende afdeling kan kontaktes 72-timer efter udskrivelse for afklarende spørgsmål der relaterer sig til indlæggelsen