

**Fremtiden er multisyg-og ældre**  
**Årsmøde DSKS**  
**9.1.2026**

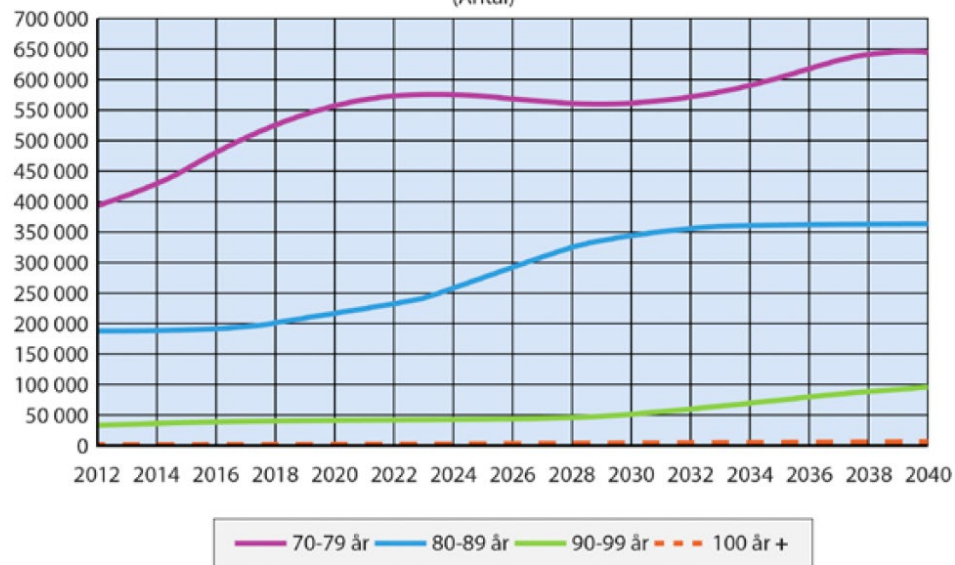
**Cheflæge Eckart Pressel**  
**Geriatrisk og Palliativ afdeling**  
**Bispebjerg-Frederiksberg Hospital**

# Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

33% lider af >2 kroniske sygdomme (>75 år: 63%)  
Social og geografisk ulighed, køn, alder  
Stor ressursetræk



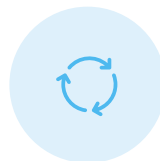
Befolkningsfremskrivning 2010 for hele landet  
efter alder og tid.  
(Antal)



# Sundhedsvæsenets organisering er under pres



Patienter har i stigende grad komplekse behov?



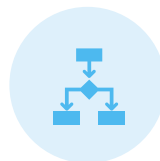
Brug for flere fagligheder omkring den enkelte boger



Brug for at samarbejde på tværs af sektorer



Brug for mere agil organisering ( (udfordrer fast organisering)



Brug for at arbejde på tværs i ledelsen



Flere krav vedr. styring (fx ny lovgivning, nye standarder, ny regional x)



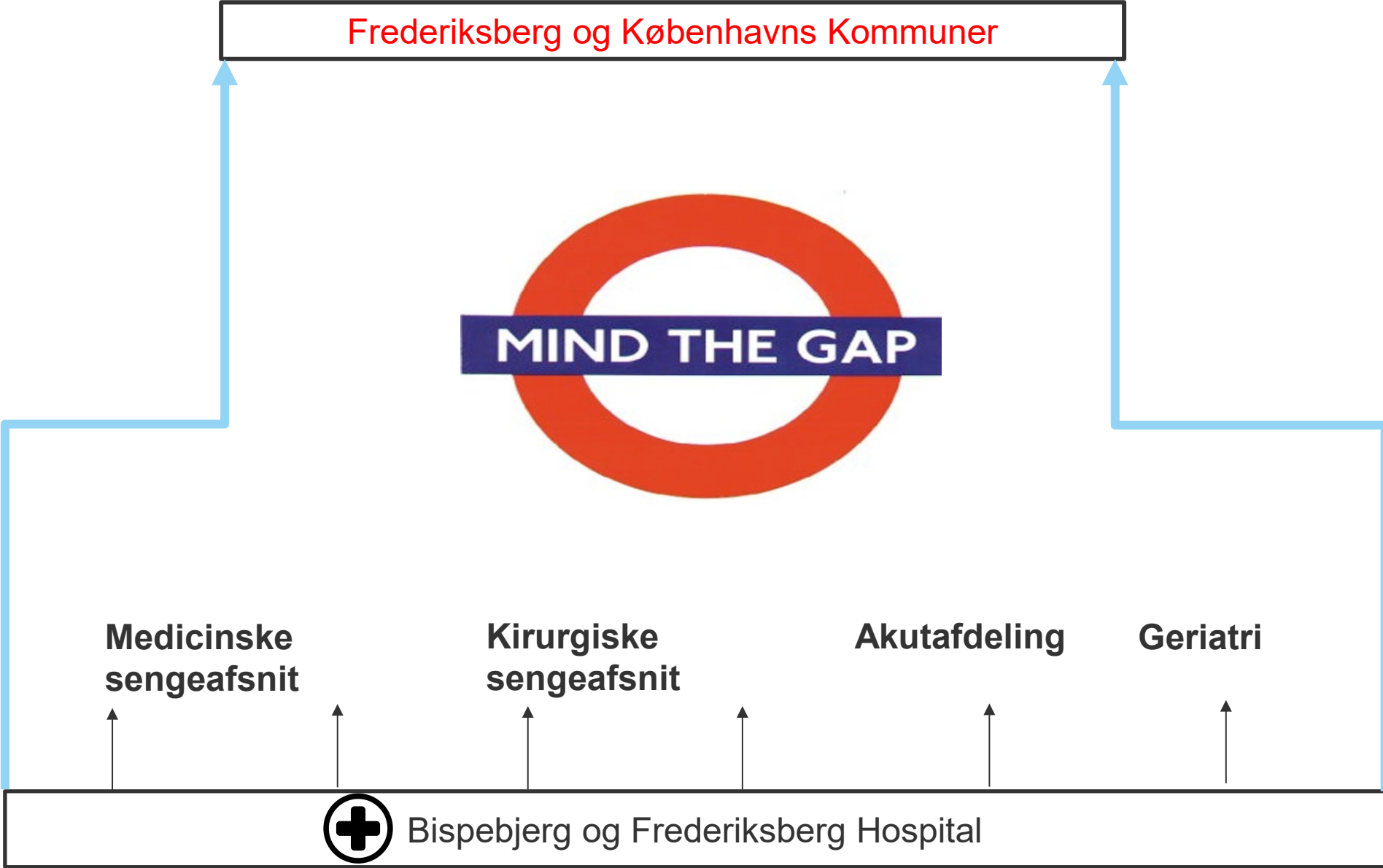
Pres for mere bruger- og pårørendeinvolvering/-medbestemmelse



# Den komplekse patient er ikke “den andens opgave”, men fælles opgave\*

- ...rette tilbud
- ...rette patient
- ...rette tidspunkt
- ...rette sted
- ...med andre ord: Systemerne skal fremover i højere grad tilpasses patienternes behov og ikke omvendt...





Frederiksberg og Københavns Kommuner

**Midlertidige ophold**

Frederiksberg 90 rehabiliteringspladser  
Vigerslevvej KK 30 akutpladser og 15 palliative  
Behandlingsansvar BFH Geriatri under ophold  
Speciallægerotation fra hospitalet  
stuegang og telefonrådgivning 24/24 og 7/7

Medicinske  
sengeafsnit

**Kirurgiske  
sengeafsnit**

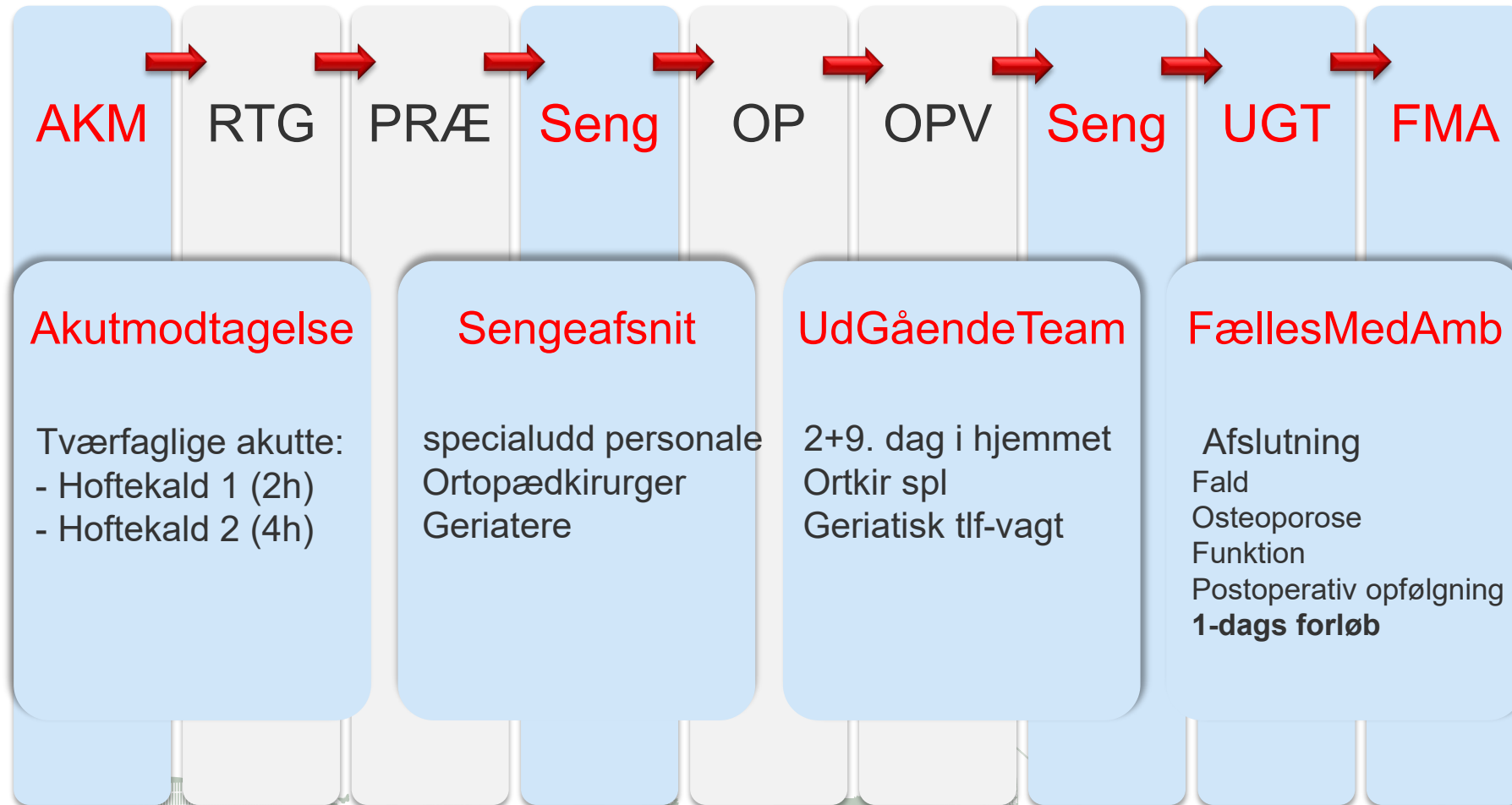
Akutfdeling

Geriatri



Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

## (Hofte)fraktur – ortogeriatrisk model BFH 2007->2025



## Indikator 11a: Mortalitet, 30 dage

Indikator 11a: Andelen af patienter der er opereret for hoftenært lårbensbrud, der dør indenfor 30 dage efter operationsdato

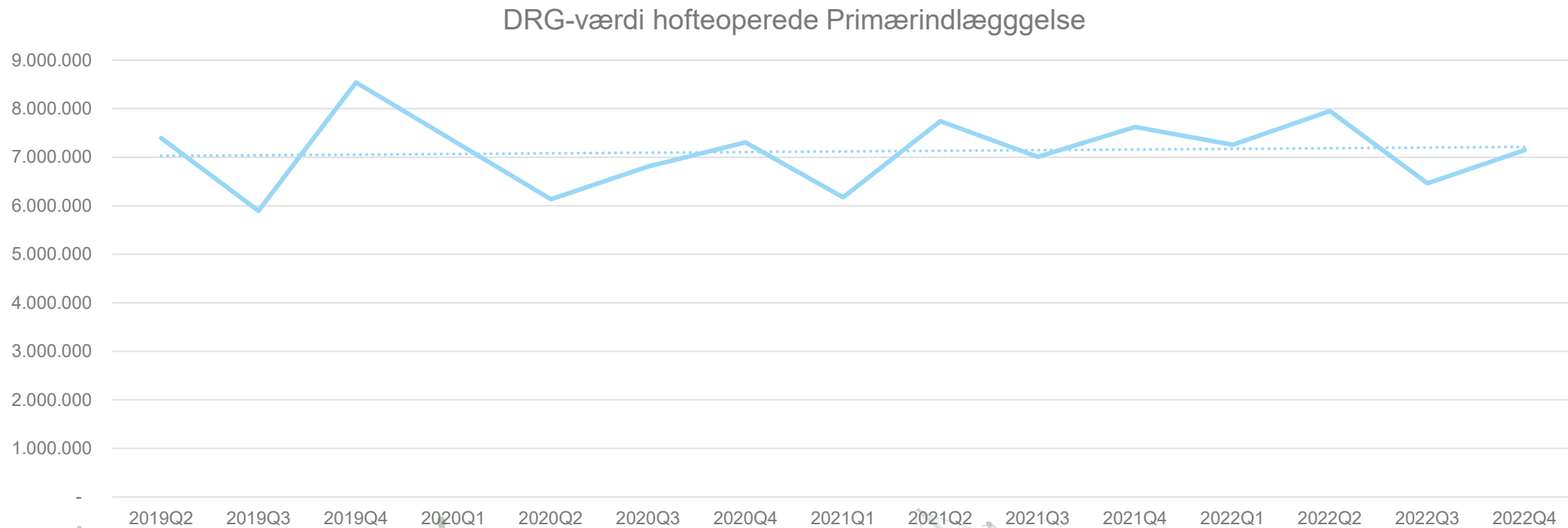
	Udviklingsmål	Tæller/ opfyldt	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				01.12.2023 - 30.11.2024	95% CI	2022/23	2021/22	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	761 / 7.441	0 (0)	10,2	(9,5-10,9)	820 / 7.538	10,9	11,4
<b>Hovedstaden</b>	Nej	224 / 2.110	0 (0)	10,6	(9,3-12,0)	241 / 2.087	11,5	11,5
<b>Sjælland</b>	Nej	118 / 1.195	0 (0)	9,9	(8,2-11,7)	119 / 1.228	9,7	9,9
<b>Syddanmark</b>	Nej	174 / 1.735	0 (0)	10,0	(8,7-11,5)	204 / 1.751	11,7	12,6
<b>Midtjylland</b>	Nej	156 / 1.565	0 (0)	10,0	(8,5-11,6)	168 / 1.627	10,3	10,7
<b>Nordjylland</b>	Nej	89 / 836	0 (0)	10,6	(8,6-12,9)	88 / 845	10,4	12,1
<b>Hovedstaden</b>	Nej	224 / 2.110	0 (0)	10,6	(9,3-12,0)	241 / 2.087	11,5	11,5
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	62 / 488	0 (0)	12,7	(9,9-16,0)	62 / 490	12,7	11,7
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	35 / 423	0 (0)	8,3	(5,8-11,3)	33 / 385	8,6	8,9
Bornholms Hospital	Nej	8 / 72	0 (0)	11,1	(4,9-20,7)	11 / 99	11,1	6,0
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	59 / 586	0 (0)	10,1	(7,8-12,8)	70 / 581	12,0	12,7
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	58 / 525	0 (0)	11,0	(8,5-14,0)	63 / 499	12,6	11,9
Rigshospitalet	Nej	##	0 (0)	12,5	(1,6-38,3)	##	6,1	28,6
<b>Sjælland</b>	Nej	118 / 1.195	0 (0)	9,9	(8,2-11,7)	119 / 1.228	9,7	9,9

# Indikator 3: Tidlig mobilisering

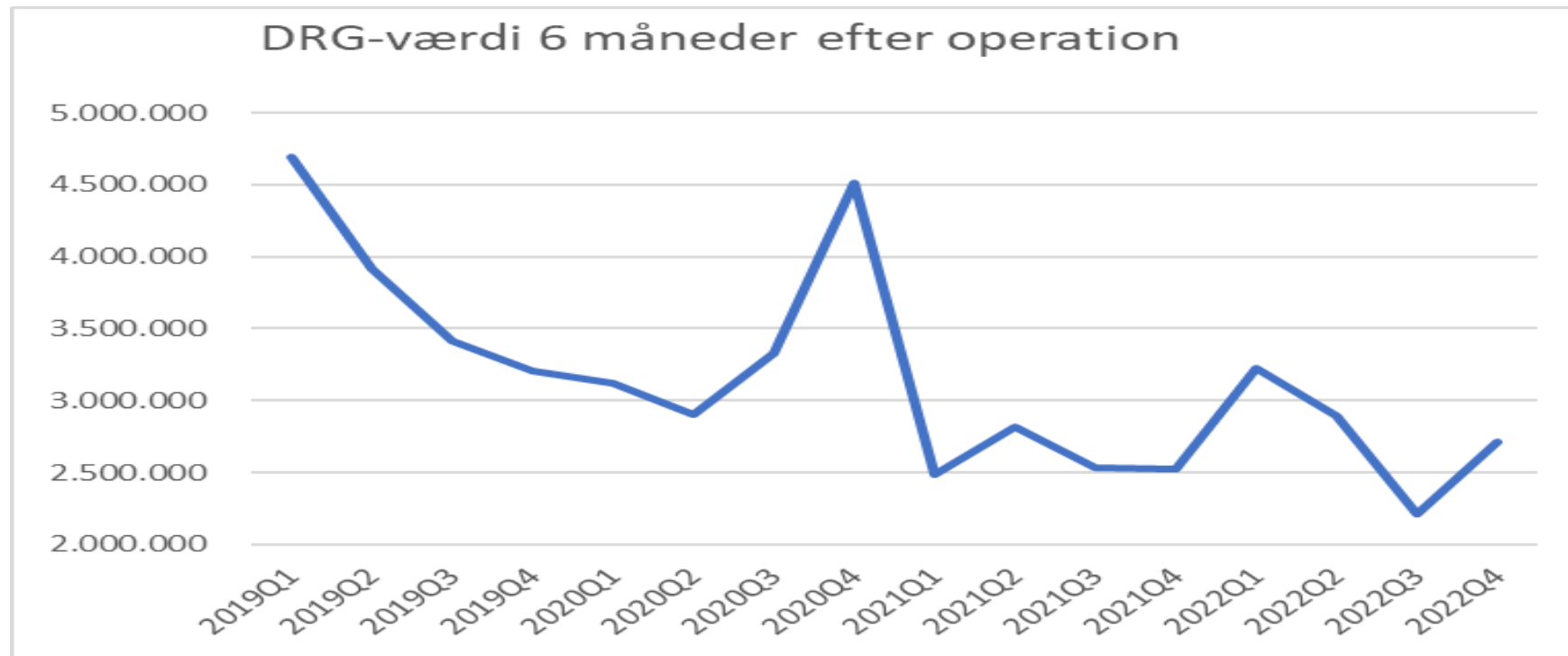
**Indikator 3: Andelen af patienter, der mobiliseres (Cumulated Ambulation Score (CAS 1-6)) inden for 24 timer efter operationens start**

	Udviklingsmål	Tæller/	Uoplyst	Aktuelle år	
	≥ 90%	Tæller/ opfyldt nævner	antal (%)	01.12.2023 - 30.11.2024 Andel	95% CI
<b>Danmark</b>	Nej	4.967 / 7.131	0 (0)	69,7	(68,6-70,7)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	866 / 2.067	0 (0)	41,9	(39,8-44,1)
<b>Sjælland</b>	Nej	728 / 1.135	0 (0)	64,1	(61,3-66,9)
<b>Syddanmark</b>	Nej	1.319 / 1.646	0 (0)	80,1	(78,1-82,0)
<b>Midtjylland</b>	Nej	1.306 / 1.482	0 (0)	88,1	(86,4-89,7)
<b>Nordjylland</b>	Ja	748 / 801	0 (0)	93,4	(91,4-95,0)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	866 / 2.067	0 (0)	41,9	(39,8-44,1)
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	20 / 486	0 (0)	4,1	(2,5-6,3)
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	373 / 423	0 (0)	88,2	(84,7-91,1)
Bornholms Hospital	Nej	25 / 72	0 (0)	34,7	(23,9-46,9)
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	67 / 581	0 (0)	11,5	(9,0-14,4)
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	381 / 489	0 (0)	77,9	(74,0-81,5)
Rigshospitalet	Nej	0 / 16	0 (0)	0,0	(0,0-20,6)
<b>Sjælland</b>	Nej	728 / 1.135	0 (0)	64,1	(61,3-66,9)

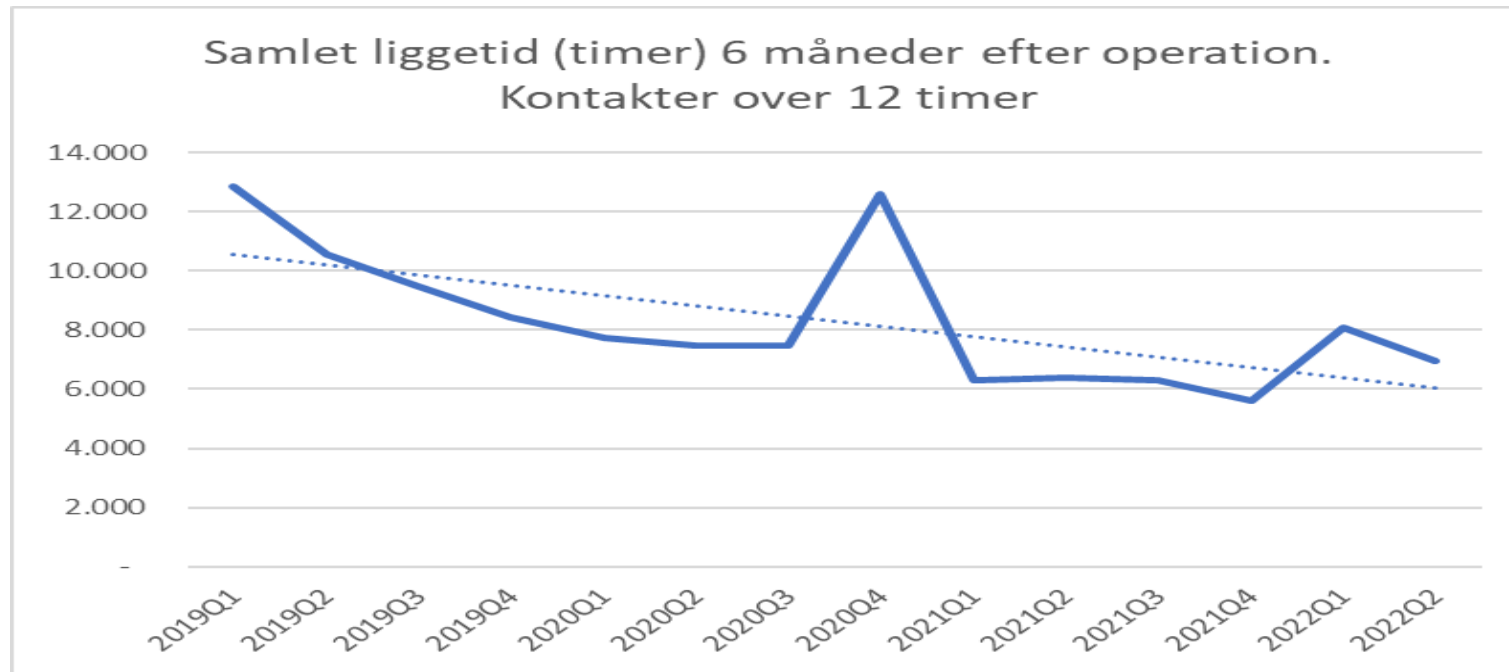
# Stabil aktivitet af hofteopererede, når der kigges på selve indlæggelsen, hvor operationen finder sted



# Betydeligt fald i DRG-værdi over tid i en periode på 6 måneder efter operationen (DRG-værdi af primær indlæggelse ikke med).



# Løbende fald i indlæggestimer på genindlagte efter hofteoperation (Q4 2020 havde enkelte meget dyre covid-19 indlæggelser)



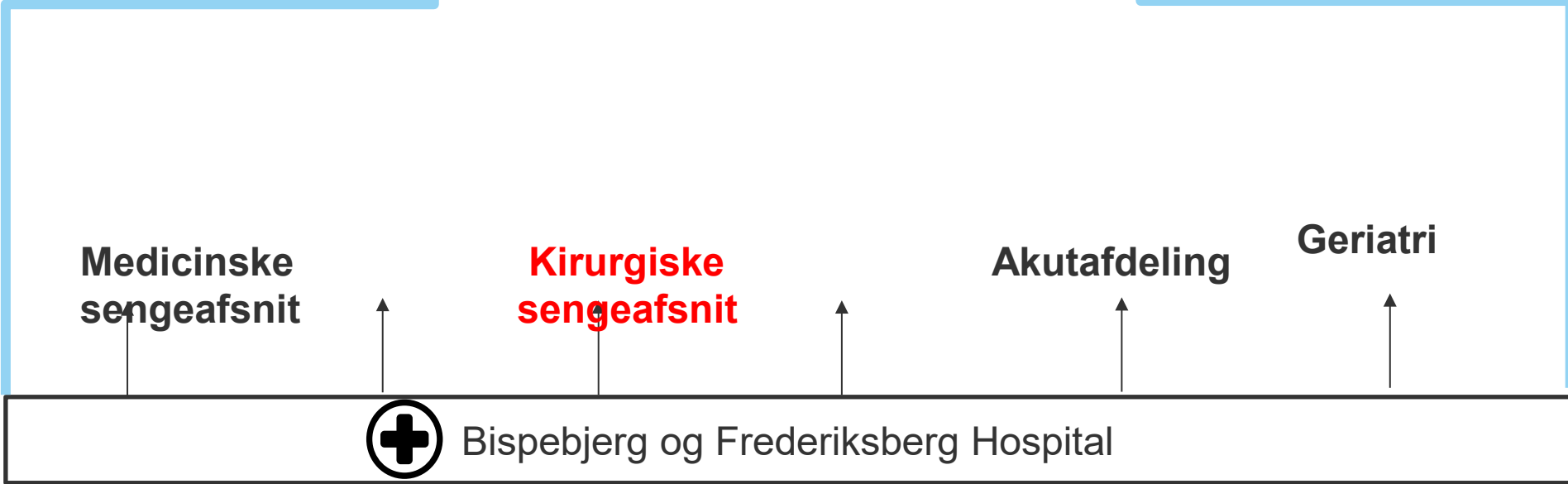


**Frederiksberg og Københavns Kommuner**

Eget hjem

Plejehjem

**Midlertidige ophold**  
Frederiksberg 90 rehabiliteringspladser  
Vigerslevvej KK 30 akutpladser og 15 palliative  
Behandlingsansvar BFH Geriatri under ophold  
Speciallægerotation fra hospitalet  
stuegang og telefonrådgivning 24/24 og 7/7



Medicinske  
sengeafsnit

**Kirurgiske  
sengeafsnit**

Akutfdeling

Geriatri



Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Frederiksberg og Københavns Kommuner



Eget hjem

Plejehjem

Akutteams/Praktiserende læge

Midlertidige ophold  
Frederiksberg 90 rehabiliteringspladser  
Vigerslevvej KK 30 akutpladser og 15 palliative  
Behandlingsansvar BFH Geriatri under ophold  
Speciallægerotation fra hospitalet  
stuegang og telefonrådgivning 24/24 og 7/7

Medicinske  
sengeafsnit

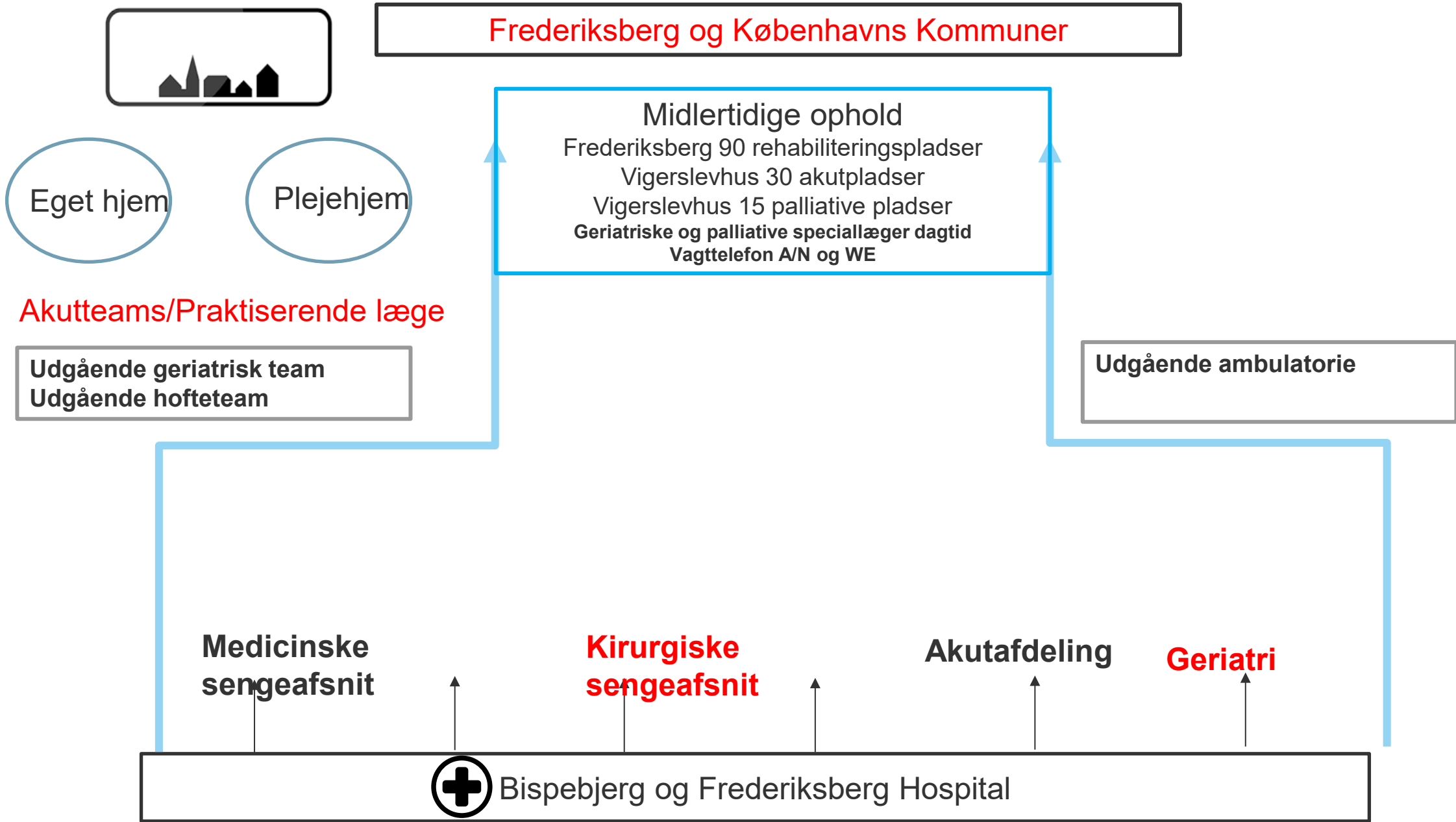
Kirurgiske  
sengeafsnit

Akutfdeling

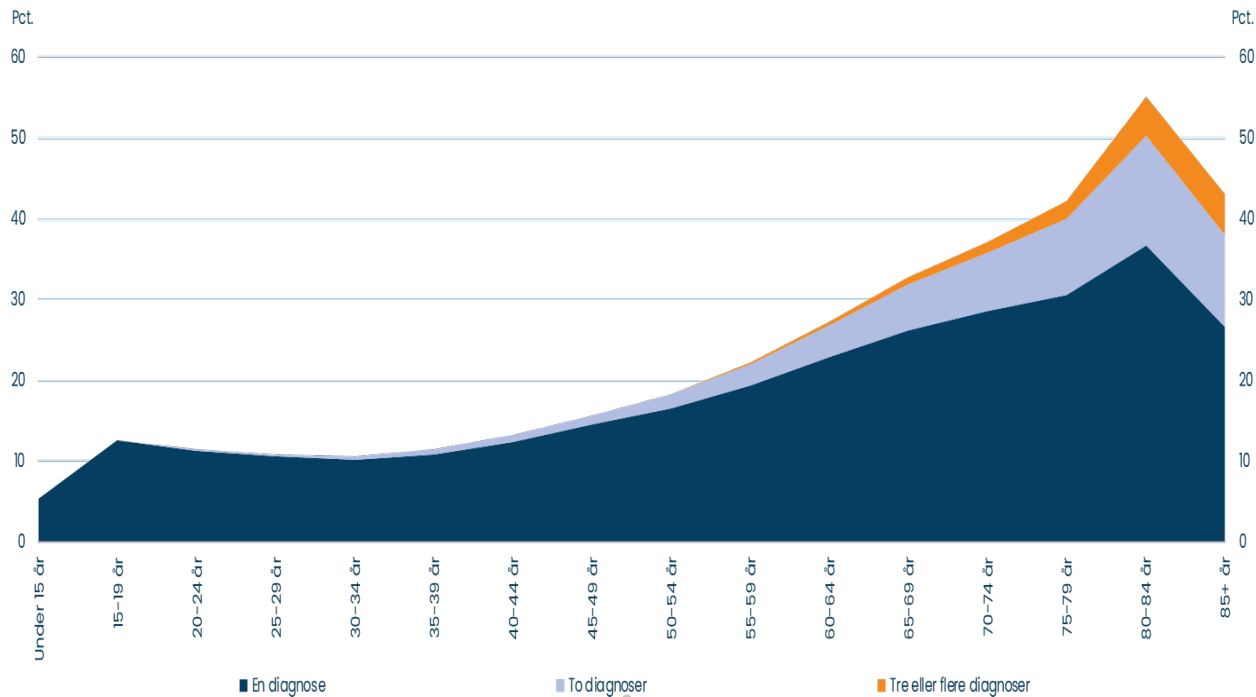
Geriatri



Bispebjerg og Frederiksberg Hospital



# Fælles medicinsk ambulatorium



- **Multisygdom betyder**

- lavere livskvalitet
- reduceret fysisk formåen
- højere forekomst af psykisk sygdom
- øget mortalitet
- større forbrug af sundhedsydelse

- For mange specialister, for få generalister
- Kun lidt evidens vdr hensigtsmæssig organisering

## Multisygdomspatienter samles under et tag i fælles ambulansstruktur

- Multidisciplinær indsats på tværs af hospitalet og hospitalerne
- Bryde `silotænkning` på tværs af sygehusafdelinger og på tværs af sektorer: praktiserende læge, kommune og hospital.
- De tre `F-er`: Forebyggelse, fysisk træning<sup>(1)</sup> og forskning
- Patienten i centrum: Patientens ønske/ behov på tværs af sygdomme, anvendelse af teknologi ( virtuelle kons) og social prescribing.

## Fælles medicinsk ambulatorium (FMA): 4 spor

- Multisygdoms ambulatorium
- Polyfarmaci ambulatorium
- Dyspnø ambulatorium
- Fælles ortogeriatrisk ambulatorium



Patienten henvises



Koordinerende sygepl kontakter  
pt :  
samtykke/forventningsafstemning  
Pårørende deltagelse



Indledende  
Sygeplejerske  
kons



Kommunal  
kontakt

- Fys vurd/plan
- Opfølgende sygeplejerske kons
- Paraklinik
- MDT speciallæger



Indledende  
læge kons:  
Videre udredning/  
Behandling



FMA team :  
Forløbskoordinering  
"onsdagsmøder"



Subakut  
lægekons



Afsluttes  
egen læge m. konkret  
plan ift multisygdom, evt  
videre specialeamb



ad hoc kontakt  
egen læge

1 mdr- 1år

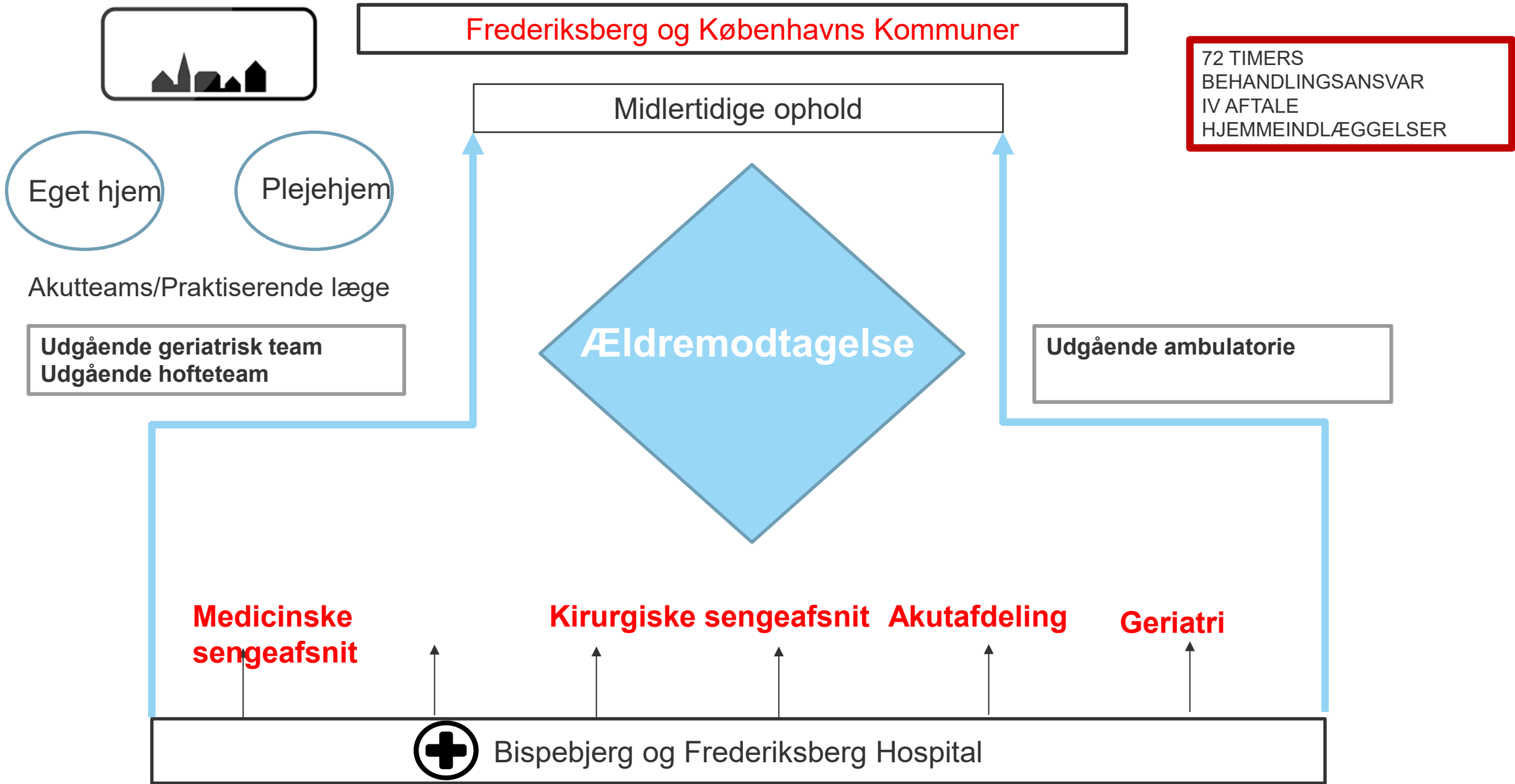
Kontakt specialamb  
( hvis meningsfuldt)

Forløbsplan ( læge kons)  
Svar undersøgelser/  
samlet vurdering/  
årsagsforklaring

## Udfordring: Manglende evidens

- 
- *Submitted artikel: A pilot study of af model for integrated care of people with multimorbidity ( PORT- model): Resultat: 3 og 6 mdr efter afslutning FMA : nedsat behandlingsbyrde og øget selvvurderet helbred ( MTBQ)*
- *Igangværende udarbejdelse af protokol : Title : Integrated care in multimorbidity , open label randomized controlled trial .*





# Børnemodtagelse? Psykiatrisk modtagelse? Ældre modtagelse!

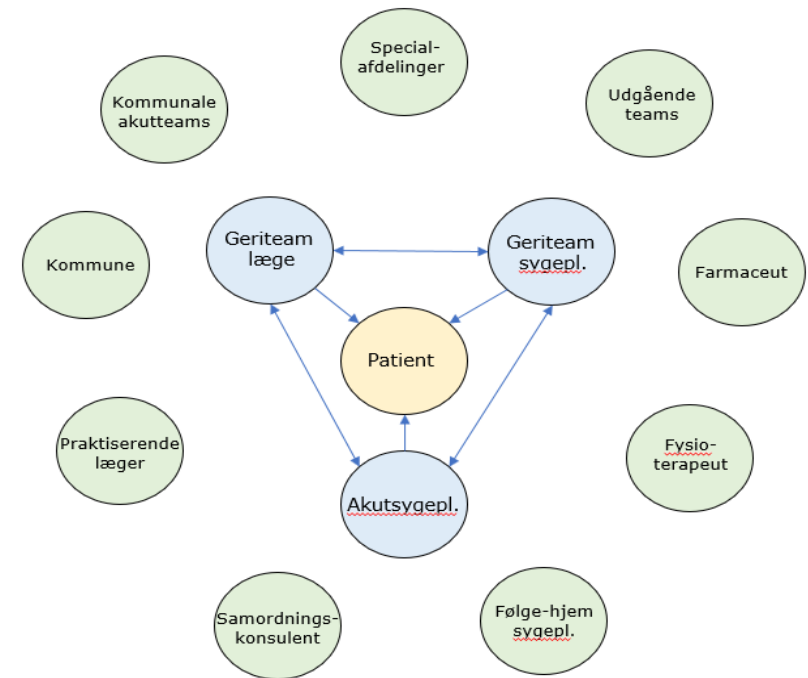
- **Ældres udfordringer i nuværende akutsystem**

- Mangel af Plads, privatsfære
- Dårlige lys- og lydforhold, indretning, gangarealer
- Travlhed, skiftende personaler

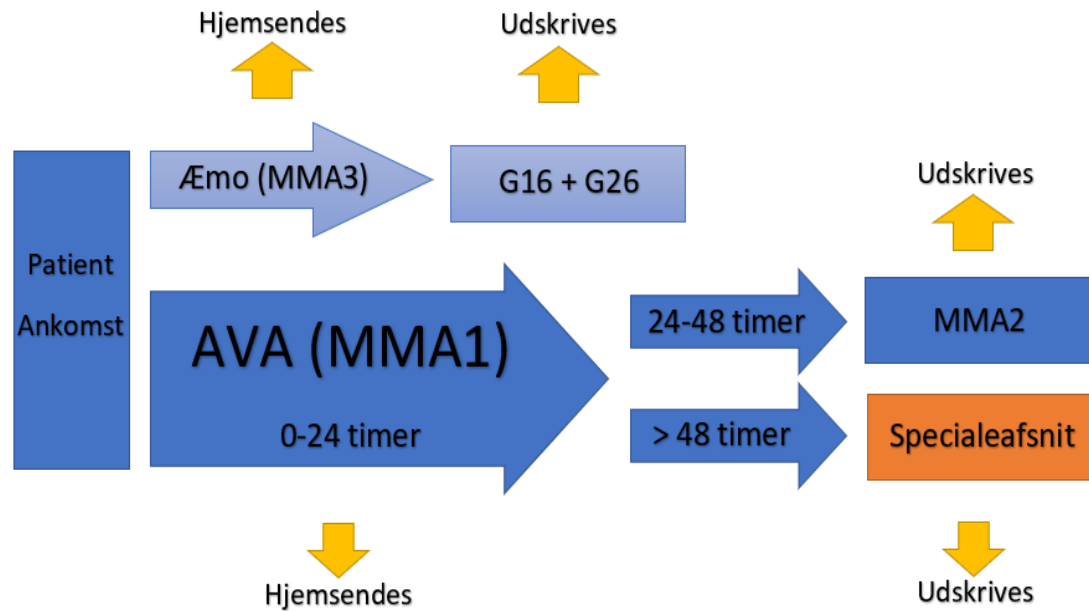
- **Ældres behov i den akutte sygdomsfase**

- Ift fysiologi og fysik
- Upræcise oplysninger: behov for eksterne informationsgivere
- Uspecifikke symptomer og atypisk symptompræsentation
- Specifikke behov ift Polyfarmaci, multisygdom, funktionstab
- Behov ift inddragelse og beslutninger omkring eget forløb

- **-> høj risiko for uskarp visitation (=fare for forlænget forløb) samt over-og underdiagnosticering og -behandling**



# Modtagelse af akutte medicinske patienter på BFH gennem Ældremodtagelsen



- 14 deldøgnspladser i særskilt akutafsnit kl 8-20
- Målrettet modtagelse af specialiseret tværfagligt geriatrisk team (læge, spl, fys)
- Comprehensive geriatric assessment i akutfasen

# Hvem kommer i Ældremodtagelsen?

	Results
<b>Age, mean (min-max)</b>	80.7 (66-101)
<b>Female, %</b>	59.0
<b>Pharmaceuticals, mean (min-max)</b>	8.1 (0-19)
<b>Polypharmacy (≥5), %</b>	81.1
<b>Charlson Comorbidity Index, mean (min-max)</b>	6.2 (2-17)
<b>Severe comorbidity (≥5), %</b>	74.0
<b>Clinical Frailty Scale, mean (min-max)</b>	4.5 (1-8)
<b>Frail by Clinical Frailty Scale (≥5), %</b>	43.3
<b>Admitted to hospital within preceding year, %</b>	55,1
<b>Admission(s) within preceding year, mean (min-max)*</b>	2.3 (1-10)
<b>Discharge from G-ED to, %</b>	
<b>Home, %</b>	63.8
<b>Medical Referral ward, %</b>	11.8
<b>Geriatric Ward, %</b>	21.3
<b>Other medical wards, %</b>	3.1

\*N=70







## Masterclass 5

### Hvordan støtter vi de sårbare ældre i det tværsektorielle samarbejde?

- *Lene Holst Merrild, leder af Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering*
- *Pia Kannegaard, ledende overlæge, Geriatrisk og Palliativ afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg*





# Sektorintegreret Geriatri

## – Samarbejde og klar til Sundhedsreformen

**Geriatrisk og Palliativ afdeling Bispebjerg-Frederiksberg Hospital & Frederiksberg Kommune  
Døgnrehabilitering (FKD).**

- Hvordan er lægesamarbejdet opstået - baggrund
- Historikken omkring lægesamarbejdet
- Hvordan er lægesamarbejdet bygget op mellem Geriatrisk og Palliativ afdeling og Frederiksberg Kommune?
- Erfaringer fra Praksis
- Delestillinger (TUK-sygeplejersker) mellem Geriatrisk og Palliativ afdeling og FKD





# Hvorfor skal geriatrien blandes ind i det?

- **Patientgruppen har ændret sig og ændrer sig**
  - Skrøbelighed, komorbiditet og medicineringsudfordringer
  - Udskrives tidligere og tidligere i mere eller mindre ustabil tilstand
- **Kommunerne skal løse en mere og mere kompleks opgave**
  - Hverken de praktiserende læger eller hospitalerne tager behandlingsansvaret: Reelt ingen læger
  - 20% af personalet på MTO er sygeplejersker, resten er SSA eller anden faggrupper
  - Stor variation fra kommune til kommune

Kilde : Implement





## Udviklingen

- 2007: Opdeling i kommunal og regional sundhedsvæsen
- Regionen varetager akutbehandlingen: Reduktion i sengepladser og liggetid (3 dage)
- Kommunerne varetager genoptræningsdelen: Opbygning af sengepladser og lang liggetid (4 uger) med egne ledelsesstrukturer og dokumentationssystemer
- 4100 medicinske sengepladser vs 3800 kommunale sengepladser
- Kommunerne kan med rette være "stolte" af det, der er opbygget og opnået
- Regionerne ser nok de midlertidige pladser mere som "forlænget arm af sygehusvæsenet"?





## ...vores patienter?

- **Gennemsnitsalder 81 år**
- **Komorbidity: Charlsons 49%>2, 15%>4**
- **Hospitalsindlæggelser i året før indskrivningen : Median 3 (37% 0-2/34% 3-5/29% >6)**
- **70% >5 lægemidler -26% >10 lægemidler**
- 70% i behandling med risikolægemiddel: høj fare for komplikationer ved fejladministration
- -> stigning i lægemiddelforbrug pga ukoordinerede ordinationer under ophold på MTO
- **Antallet af lægekontakter af personale per borger i de første to døgn: 5**
- Praktiserende læger, speciallæger, hospital, 1813: 30% af arbejdstiden
- 60% medicinering
- 40% andet

Kilde: MIDO 2024

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital





...og har dårlige odds...

- Gennemsnitlig opholdstid 25 dage
- 30 dages mortalitet 13%
- Gennemsnitlig overlevelsestid 24 måneder
- 30 dages genindlæggelser 26,2%
  
- ...20% kommer fra eget hjem, 80% fra hospitalet





## Fakta

- **Københavns Kommune 256 sengepladser**
  - 30 akutpladser
  - 15 palliative pladser
  - 210 andre pladser
  - 3 centre
  - 7% af alle pladser på landsplan, men burde være 10% ift befolkningsgrundlag: Få pladser
- **Frederiksberg Kommune 85 sengepladser**
  - Blandede pladser i 1 center





## Fakta

- Københavns Kommune 670 000
  - 70 000 >65 år
  - 15 000 >80 år
- Frederiksberg Kommune 105 000
  - 20 000 >65 år
  - 4500 >80 år
- Bispebjerg-Frederiksberg Hospital
- Amager-Hvidovre Hospital





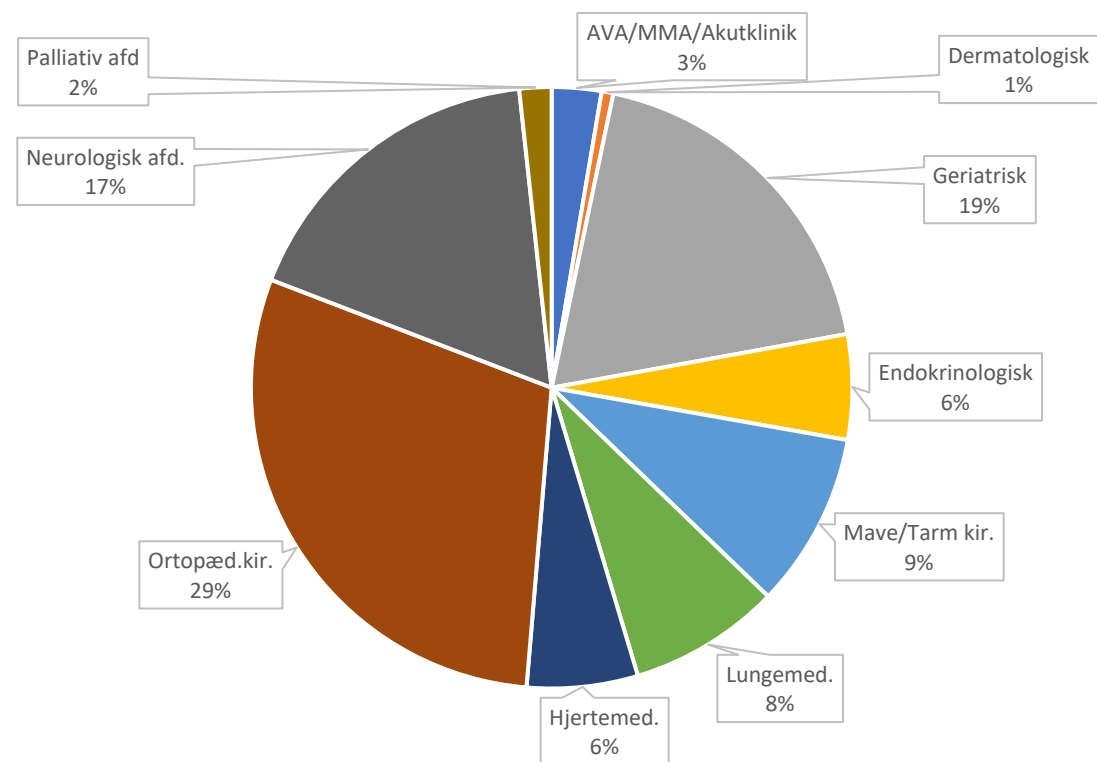
## Typer af kommunale pladser

- **Rehabiliteringspladser** - fokus funktionsevne
- **Akutpladser** - hurtig hjælp med højt omsorgs- og plejeniveau
- **Lindrende pladser** - palliative behov
- **Kort omsorgspladser** - aflastende fokus
- **Midlertidigt plejeopholdspladser** - i ventetiden på plejehjemsplads
- **Aflastningspladser for patienter med demens**





# Hvor kommer patienterne fra?



Egne data

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital





# Historikken omkring lægesamarbejde

FKD begyndte i 2013 at arbejde med en styrket lægebetjening på de midlertidige pladser, udfordringerne med det almindelige lægelige behandlingsansvar

Lægebetjeningen er udviklet over tid, og der har været afprøvet forskellige løsninger for at styrke de lægefaglige kompetencer på FKD.

Den første ordning (2013-2017) var en kommunal ansættelse af en læge på FKD.

Borgerne havde komplekse helbredsmæssige problemstillinger, at hverken den kommunale læge eller borgerens egen praktiserende læge havde redskaberne til at håndtere borgerens situation eller til at skabe den nødvendige sammenhæng til hospitalsindlæggelsen, som ofte er gået forud for borgerens ophold på FKD.





# Historikken omkring lægesamarbejde

I 2017 FKD flytter ind på Frederiksberg Hospital, hvor der blev udarbejdet en samarbejdsaftale mellem Frederiksberg Kommune og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Aftalen indeholdt finansiering til en regional ansættelse af en speciallæge i almen medicin ved afd. GP, som havde sit daglige arbejdsvirke på FKD.

Med den regionale speciallæge i almen medicin på FKD var forudsætningerne bedre for at kunne knytte bånd mellem borgerens behandling på hospitalet og efterfølgende ophold på FKD.

Speciallægen i almen medicin blev en hybrid mellem at være en del af samarbejdet med de praktiserende læger på Frederiksberg og kollega med hospitalets ansatte læger, og i praksis ikke fik et nært kollegialt tilhørsforhold til hverken de praktiserende læger eller til hospitalet.



## Historikken omkring lægesamarbejde

Siden 2019 har en speciallæge i geriatri fra Geriatrisk og Palliativ Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital varetaget behandlingsansvaret for alle borgere på FKD hele døgnet.

Behandlingsansvaret varetages ved, at speciallægen er til stede på FKD alle hverdage i tidsrummet kl. 8.00-15.00, samt i perioder en yngre læge i en KBU- eller introduktionsstilling.

I 2022 kom akut pladserne i Københavnskommune + de palliative pladser i Københavns Kommune med i samme ordning som FKD.





# Udfordringer FØR samarbejde gik i gang?

## Regionens perspektiv

Hyppige genindlæggelser  
Unødvendige/undgåelige indlæggelser  
Patienter uden behandlingsplaner  
Svær dialog med midlertidige  
døgnpladsers medarbejdere  
Problemer ved udskrivelser til  
døgnpladserne  
Usikkerhed om opfølgning  
Informationstab  
IT systemer, der ikke taler sammen  
Manglende klart ansvar  
Manglende kendskab til hinanden  
(dem og os) – rammer og formåen

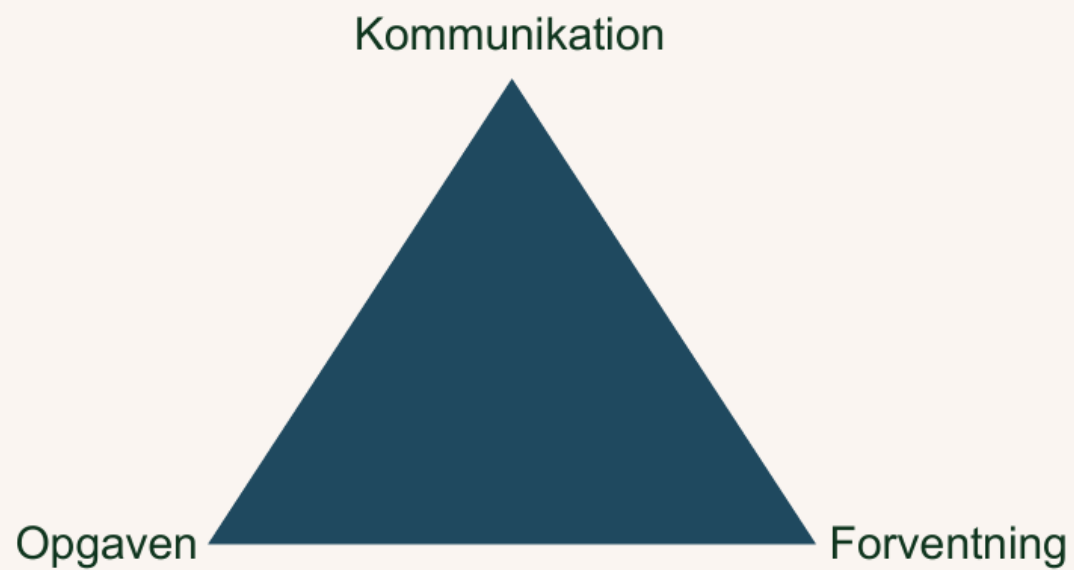
## Kommunalt perspektiv

Meget tid i tlf. kø både til borgerens egen læge og 1813  
Udskudt/forsinket behandling og måske indlæggelse  
Læger uden kendskab til seneste udvikling i patientens  
forløb eller personalet  
IT systemer, der ikke taler sammen  
Manglende kendskab til hinanden (dem og os) – ramme  
og formåen  
Informationstab  
Læger, der var ansat deltog ikke i et lægefællesskab med  
andre læger - manglende udvikling mv.





## Det handler om





## Hvilke elementer/aftaler består samarbejdet af? (Samarbejdsmodellen)

1. Koordineret lægedækning på de kommunale midlertidige døgnophold
  1. Faste hospitalslæger fra geriatrien tilstede (dagvagter i hverdage)
  2. Direkte tlf. kontakt til geriatriske vagthavende hele døgnet
2. Sygeplejefaglige delestillinger ml. kommune og hospital
3. Formaliserede samarbejdsaftaler med begge kommuner
4. Målrettet kompetenceudvikling af kommunalt personale
5. Koblet til den etablerede, formaliserede struktur hos begge parter
6. Fast styregruppe, nøglepersoner og samarbejds møder til konsolidering og udvikling

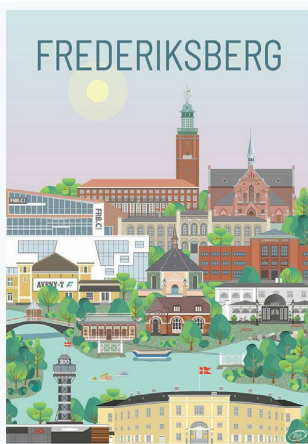




## Hvad var de vigtigste ledelsesmæssige aspekter?

1. Fælles målsætninger på tværs af sektorer
2. Ressourceprioritering til andet end opgaverne inde på hospitalet
3. Tydelig ansvarsfordeling
4. Vedholdende prioritering af tværfaglig dialog og kompetenceudvikling
5. Kontinuerlig dialog, kendskab, nysgerrighed
6. Tillid til at den anden leder kan tage beslutninger



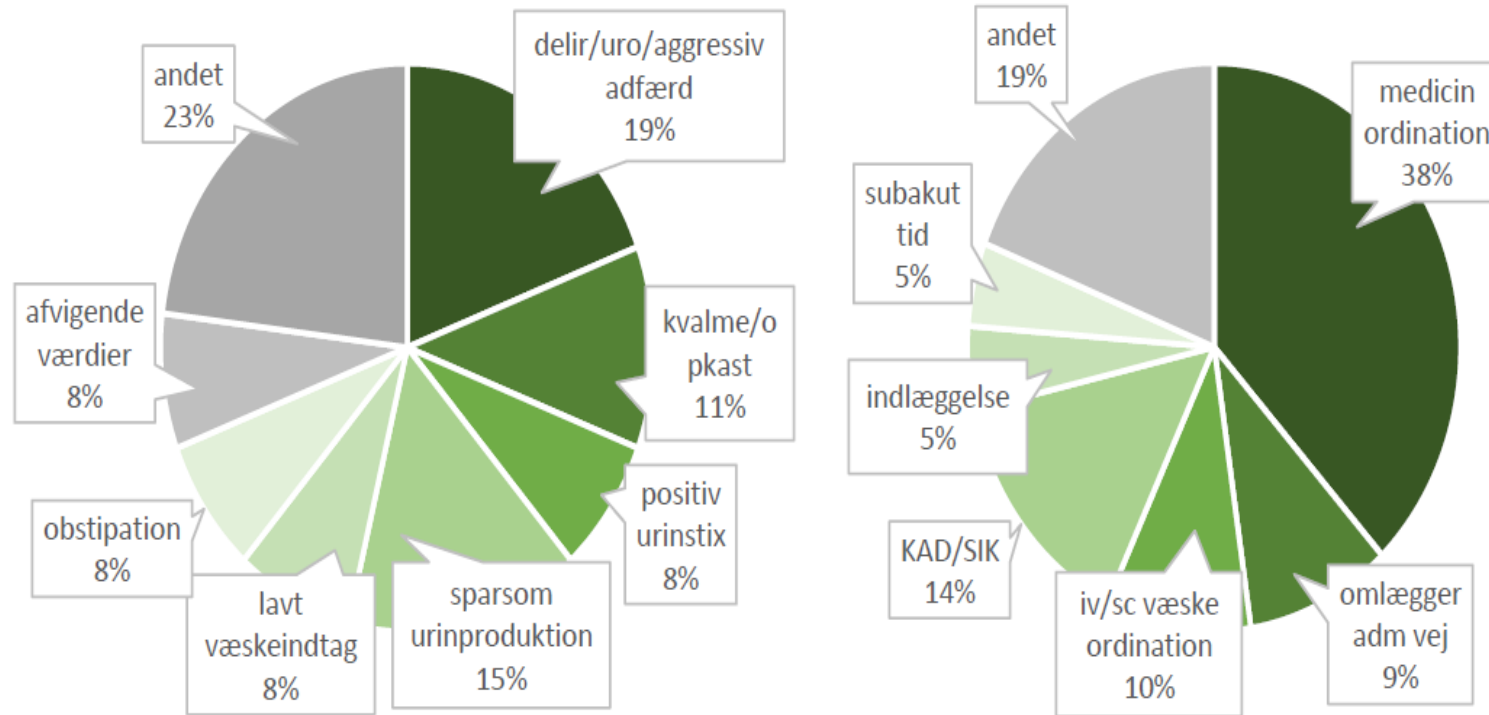


## ...I praksis blev det til

- Lægebemanding og adgang til lægeekspertise 24/7
- Kommunal finansiering: Regionale ansættelser
- Geriatrik Afdeling stiller med lægehold I rotation 1 uge ad gangen
- Lægeekspertise med kendskab på tværs binder sammen
- Geriatrik-Palliativ Afdeling har behandlingsansvar under ophold inkl 96-timers Ansvar
- Man-fre Stuegangsfunktion på udvalgte patienter (især nyudskrevne patienter)
- A/N og WE: Telefonisk kontakt til vagthavende geriater på hospitalet
- Delindsats: medicinsk gennemgang af plejehjemspatienter med ophold på FKD på "venteplads"
  - > Medicinering, behandlingsniveau, forventningsafstemning pårørende
  - > Formidling af resultater til plejehjem og plejehjemslægen



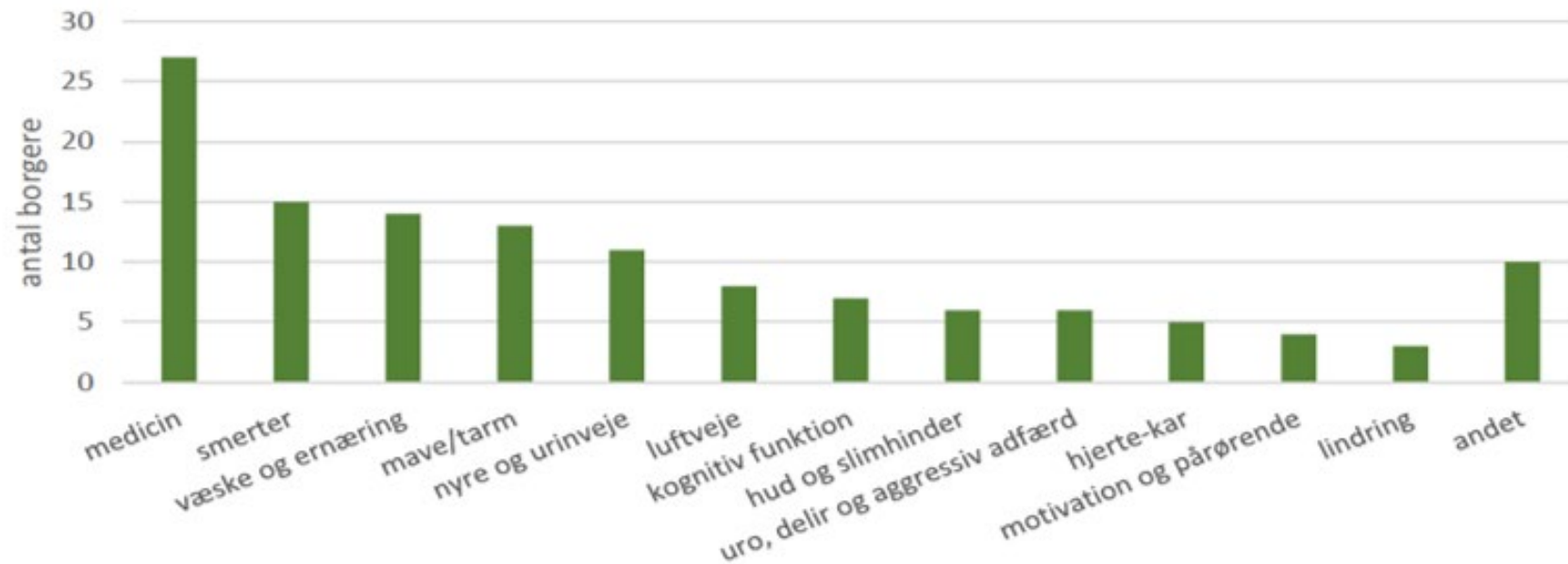
Figur 6, Vagtopkald APE - årsag og handling (N=30 auditerede borgerforløb)





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)





## Setting – Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering

85 pladser fordelt på 3 afdelinger

Borgere visiteres til 2, 4 eller 8 ugers ophold efter individuel vurdering.

1. Genoptræningsophold efter endt hospitalsophold
2. Vurderingsophold med henblik på vurdering af fremtidig bolig eller træningspotentiale
3. Akutophold med henvisning direkte fra hjemmet
4. Omsorgsplads – for borgere godkendt til plejebolig, som ikke kan vente hjemme
5. Aflastningsophold - døgnpleje i en periode hvor ægtefælle/partner har brug for aflastning
6. Palliativt- og terminalophold for borgere, der ikke kan være hjemme eller på hospice

For alle typer ophold indgår der træning/mobilisering



Tekst og billede er fra FKD's hjemmeside





## Samarbejdet



- 2 læger – én geriater og én yngre læge
  - I fremmøde kl.8-15 på hverdage til behovsstuegang
  - Personalet kan kontakte geriatrisk for- og bagvag I aften, nat og weekender i tilfælde af akut og uopsætteligt behov for lægefaglig vurdering
- 1 reservelæge
  - I fremmøde x1 ugentlig foretager geriatrisk gennemgang på borgere, der er godkendt og afventer indflytning i plejebolig
- 2 dokumentations-systemer – ét kommunalt og ét regionalt. Ingen fælles adgange udover at sygeplejersker har læse-adgang til SP





# Lægesamarbejdets positive effekter

- Meget bedre borgerforløb
- Tryghed og mere tid til borgernære opgaver i medarbejdergruppen
- Fastholdelse af personale på baggrund af høj faglighed, sparring og tryghed
- Tilfredse borgere og pårørende
- Lægelige behandlingsplaner og opfølgning med blodprøver på, om planen virker
- Informationstab undgås pga. døgndækning fra samme lægeinstans
- Overensstemmelse mellem de lægefaglige og sygeplejefaglige behandlingsplaner
- Stillingtagen til de borgere, der kommer uafklarede fra hospitalerne
- Løft af fagligheden begge veje (region-kommune) og bedre vidensdeling på tværs af sektorer om sektorernes "logikker" og arbejdsgange
- Medicingennemgang i tæt samarbejde mellem læge og farmakonom



Bispebjerg og Frederiksberg Hospital





# Geriatrisk gennemgang

Hvad er det?

- Målrettet indsats for de mest skrøbelige borgere
- Borgere, der venter (på KKD) på plejebolig
- 4/uge
- Sikre en god overgang til plejebolig
- Komorbiditet, funktionsniveau, kritisk medicingennemgang, ambulante forløb (relevant?), behandlingsniveau og fremtidig genindlæggelse
- Inddragelse af patient og pårørendes præferencer
- Kommunikation til personale på FKD og e.l.





2025

Sektorintegreret Geriatri  
– sammen ser vi mere, vi ved det  
bare ikke før vi mødes. Og det gør  
vi kun hvis plejen vurderer der er  
et behov

Evaluering af et tværsektorielt samarbejde mellem  
Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering og Geriatrik og  
Palliativ Afdeling, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

SEKTORINTEGRERET GERIATRI OG  
PALLIATION

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

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





*”Altså, hvis det havde været min gamle læge, som jeg havde i 20 år, så havde det været bedre, men som det er nu, er jeg ligeglad. Jeg kender ikke min læge, og hun kender ikke mig. 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.”*

*”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.”*

*”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.”*

*”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.”*





*(spl) "Tillid, vil jeg sige – meget stor tillid. For 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."*

*(spl) ... 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. ... 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, men som ikke er det.*

*(sygepl) "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."*

*(spl) "Speciallægerne forstår baggrunden helt anderledes end egen læge. De har deres del, og vi har vores del, og sammen går det op i en højere enhed."*

*(læge) "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."*





## Evalueringens konklusioner

- Lægefaglige tilstedeværelse har bidraget til en mere helhedsorienteret vurdering af patienterne, hvor der i højere grad fokuseres på forebyggelse og langsigtede planer
- Øget kvalitet i de palliative forløb med bedre muligheder for at tilpasse behandlingen til borgerens ønsker og behov
- Borgerne udtrykker generelt tilfredshed med deres ophold, og herunder den tætte lægefaglige opfølgning





# Giver det mening?

## Fordele

- Læger med kendskab til den nære sundhedsstruktur lokalt på stedet
- Lægerne kender samtidig hospitalsstrukturene ->**rette tilbud til rette patient!**
- Lægerne er tilknyttet et fagligt og kollegialt netværk på afdelingen
- Bedre forståelse for hinandens arbejdskultur, -rutiner og faglig niveau

## Største udfordringer

- **Systemer:** P vs Cura, korrespondancemeddelelser, medicinering/FMK...
- **Kompetenceniveauet:** Uddannelse i akutte færdigheder
- **Kultur:** Manglende viden om hinanden
- **Ledelse på tværs af sektorer:** Kollegaer eller samarbejdspartnere





# Tværasektoriel-, Udviklings- og Kompetencestilling for sygeplejersker i Geriatrisk og Palliativ Afdeling (BBH) og på Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering (FKD)





## Formål

- Hensigten med det Tværsektorielle Udviklings- og Kompetenceforløb (TUK) er at tilbyde sygeplejersker muligheden for at dygtiggøre sig ift. det tværsektorielle samarbejde, konkret i samarbejdet mellem Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering og Geriatrisk Afdeling, Bispebjerg Hospital
- Formålet med forløbet er at klæde sygeplejersken på til at varetage patientens/borgerens forløb på en kompetent måde på tværs af primær og sekundær sektor med det sigte at opnå en særlig forståelse for hele forløbet, herunder hvordan arbejdsgange påvirker indbyrdes og varetages mest hensigtsmæssigt
- Som en del af TUK-forløbet udarbejder sygeplejersken et småskala udviklingsprojekt mhp. at optimere de tværsektorielle arbejdsgange



## Opmærksomhedspunkter ved at starte dette projekt

DSR, tillidsvalgte mv.

Juridiske afdelinger – BBH og Frederiksberg Kommune.

Ledelsen de to steder.

Ansættelser i Frederiksberg Kommune – løntastning sker der.

Længerevarende sygefravær, barsel mv. – deling af udgifter ved længerevarende fravær.

Sende regninger x 4 årligt fra FGD til BBH

0 timers ansættelse på BBH, så der er adgang til alle systemer + forsikring mv.





## Fokus på det geriatriske forløb

6 mdr. i Geriatrisk afsnit	6. mdr. på FKD	6 mdr. i Geriatrisk afsnit	6. mdr. på FKD	Udviklingsforløb i 3 mdr.
----------------------------	----------------	----------------------------	----------------	---------------------------

## Fokus på det Palliative forløb

6 mdr. i Geriatrisk afsnit	6. mdr. på FKD	6 mdr. i palliativ afsnit	6 mdr. i FKD-palliativ afsnit	Udviklingsforløb i 3 mdr.
----------------------------	----------------	---------------------------	-------------------------------	---------------------------

## Fokus på det sociale forløb

6 mdr. i Geriatrisk afsnit	6. mdr. på FKD	6 mdr. ÆMO og udekørende team	6 mdr. i FKD- social afsnit	Udviklingsforløb i 3 mdr.
----------------------------	----------------	-------------------------------	-----------------------------	---------------------------





# Oversigt over TUK forløb

## Tværasektoriel-, Udviklings- og Kompetencestilling for sygeplejersker i Geriatrisk og Palliativ Afdeling og på Frederiksberg Kommunes Døgnrehabilitering

Startsdato	sep-24	okt-24	nov-24	dec-24	jan-25	feb-25	mar-25	apr-25	maj-25	jun-25	jul-25	aug-25	sep-25	okt-25	nov-25	dec-25	jan-26	feb-26	mar-26	apr-26	maj-26	jun-26	jul-26	aug-26	sep-26	okt-26	nov-26	
Spl.1	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	projekt	projekt	projekt
spl. 2	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	stoppede forløb - blev på FKD																					
Startsdato	mar-25	apr-25	maj-25	jun-25	jul-25	aug-25	sep-25	okt-25	nov-25	dec-25	jan-26	feb-26	mar-26	apr-26	maj-26	jun-26	jul-26	aug-26	sep-26	okt-26	nov-26	dec-26	jan-27	feb-27	mar-27	apr-27	maj-27	
spl. 3	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	projekt	projekt	projekt
spl. 4	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	projekt	projekt	projekt
spl. 5	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	projekt	projekt	projekt
Startsdato	mar-26	apr-26	maj-26	jun-26	jul-26	aug-26	sep-26	okt-26	nov-26	dec-26	jan-27	feb-27	mar-27	apr-27	maj-27	jun-27	jul-27	aug-27	sep-27	okt-27	nov-27	dec-27	jan-28	feb-28	mar-28	apr-28	maj-28	
spl. 6	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	projekt	projekt	projekt
spl. 7	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	BBH	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	FKD	projekt	projekt	projekt





## Kompetenceunderstøttende aktiviteter (skal tilpasses fra begge sider)

Start-up Kit	Inden opstart er der en pree-boarding samtale med specialist om: On-boarding programmet og behov for individualisering: <ul style="list-style-type: none"><li>- Gennemgang af on-boardingprogrammet</li><li>- Udlevering af Strategi for sygeplejen og opstartsmappe</li><li>- Udlevering af relevant materialer incl. "Geriatrici – grundbog til sygeplejefaget" og "Hvidbog om rehabilitering"</li></ul> Instruktioner til E-learning ABC Demens "Pleje og omsorg" og "Udfordrende adfærd"
Mentorordning	Forløbsmentor (ansvarlig for forløbet) + kliniskmentor (ansvarlig for forløbet lokalt i afsnittet)
Samtaler	Prøvetidssamtale med chefsygeplejerske og leder af FGD Overgangssamtaler mellem deltager og afdeling/oversygeplejersker mellem skrift. Overgangsskemaet skal udfyldes og medbringes.
Undervisning	Præ- og postgraduat undervisning jf. kadence i GP mhp. kontinuerlig udvikling. Øvrig relevant undervisning der skønnes relevant med afsæt i individuelle behov og kompetencer.
Efteruddannelse	"Godt på vej i sygeplejen" og "Geriatrisk efteruddannelse"
Netværk	Møde i TUK-gruppen sidste onsdag hver anden måned.