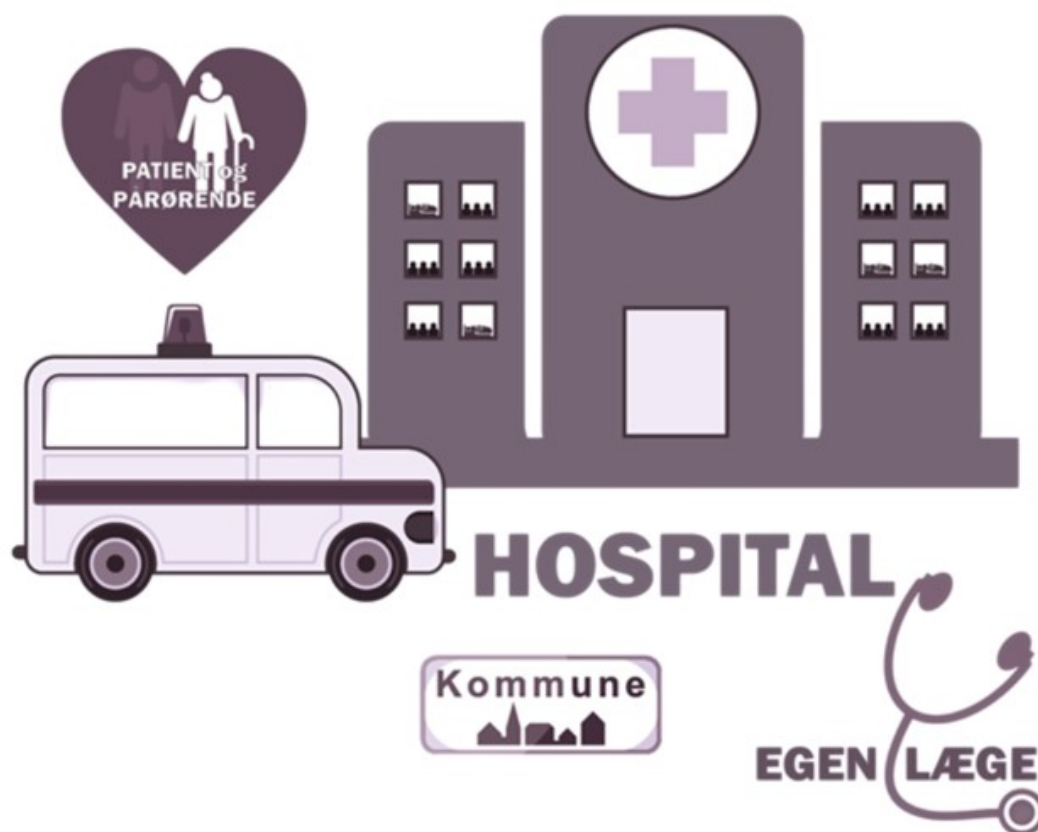




Geriatrici på kommunale pladser

Af rapportering, december 2025

Samarbejdsprojekt mellem patienter og pårørende, Aalborg Universitetshospital, Almen Praksis, Aalborg Kommune og Den Præhospital Virksomhed

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	4
	Baggrund	4
	Formål	4
	Målsætning	5
2	Beskrivelse af Geriatri på kommunale pladser	6
	Målgruppe	6
	Rammer og organisering	6
	Henvisning og visitation	6
	Forløb under opholdet	7
	Udskrivelse og opfølgning	7
	Opsummering af centrale komponenter	7
3	Metoder	9
	Design og rammesætning	9
	Kontekst	9
	Organisering	10
	Økonomi	11
	Tidsramme og struktur	11
	Indsatsområder: Udvikling og implementering	13
	Evaluerings af Geriatri på kommunale pladser	14
	Datakilder og dataindsamling	15
	Målesystem	15
	Analyse	16
	Etiske forhold	16
4	Resultater	17
	Patientkarakteristika	17
	Procesmål	19
	Funktionelle vurderinger og rehabiliteringspotentiale	21
	Liggetid og genindlæggelser	22
	Patient- og pårørendeperspektiv	22
	Praktiserende lægers vurdering	23
	Tværasektoriel læring	24
	Utilsigtede konsekvenser	25
	Samlet værdi af opholdet	25
	Uddybende kommentarer til værdien af det samlede forløb	25
	Sammenhæng mellem målsætninger, målinger og resultater	26
5	Diskussion	28
6	Konklusion og anbefalinger	30
	Anbefalinger	31
7	Perspektivering	33
	Næste skridt	33
	Perspektiv for Sundhedsklynge Midt og nationalt	33
8	Litteraturliste	35
9	Bilag	37

Geriatrici på kommunale pladser

Et tværsektorielt forbedringsprojekt i et samarbejde mellem Aalborg Universitetshospital, Aalborg kommune, Almen Praksis og den Præhospitale Virksomhed.

Periode:

Januar– maj 2025 (testfase)

Overgået til ordinær drift pr. 1. juni 2025

Udarbejdet af:

Den tværsektorielle projektledelse bestående af

- Rikke Beckermann, Aalborg Universitetshospital (r.beckermann@rn.dk)
- Charlotte Laubek¹, Aalborg Kommune & Aalborg Universitet (laub-ah@aalborg.dk & chla@ikl.aau.dk)

Bidragydere:

Medlemmer af projektgruppen på tværs af Aalborg Kommune, Aalborg Universitetshospital, Almen Praksis og Den Præhospitale Virksomhed.

Forankring:

Sundhedsstyrelsen Aalborg

Politisk Sundhedsklynge Midt – Region Nordjylland

Dato:

December 2025

¹¹ Charlotte er ansat i en postdocstilling og har qua denne funktion også bidraget med design, gennemførelse og analyse af den kvalitative del af datagrundlaget, som indgår i projektets evaluering

Forord

Denne rapport er udarbejdet som led i det tværsektorielle forbedringsarbejde under Sundhedsstyregruppen Aalborg og Politisk Sundhedsklynge Midt i Region Nordjylland. Rapporten sammenfatter de foreløbige resultater og erfaringer fra indsatsen *Geriatrici på kommunale pladser*, som i perioden januar til maj 2025 blev testet i et samarbejde mellem patienter² og pårørende, Aalborg Universitetshospital, Aalborg Kommune, Den Præhospitale Virksomhed og almen praksis.

Formålet har været at afprøve om subakutte indlæggelser i kommunalt regi med fuldt geriatrisk behandlingsansvar kan skabe mere sammenhængende, trygge og effektive forløb for ældre borgere med begyndende skrøbelighed.

Indsatsen er fra juni 2025 overgået til ordinær drift og vurderes at have potentiale til at fungere som afsæt for videre udvikling af de kommende sundheds- og omsorgspladser.

Aalborg, december 2025

På vegne af projektgruppe, følgegruppe og sponsergruppe

Den tværsektorielle projektledelse

Rikke Beckermann og Charlotte Laubek

² Rapporten anvender både betegnelserne borger og patient, afhængigt af konteksten.

1 Introduktion

Baggrund

Danmark står over for en markant stigning i antallet af ældre borgere med multisygdom og skrøbelighed (Sundhedsstyrelsen, 2023; Regionerne, 2023; Statens Institut for Folkesundhed, 2024; RKKP, 2023). Samtidig forventes der i 2030 at mangle op mod 40 000 medarbejdere i sundhedssektoren på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis (Lægeforeningen, 2023; VIVE, 2024). Kombinationen af stigende efterspørgsel og faldende kapacitet udfordrer sundhedsvæsenets og øger risikoen for, at ældre multisyge borgere ikke modtager rettidig og værdiskabende behandling.

Internationale studier dokumenterer, at hospitalsophold blandt ældre borgere ofte er forbundet med funktionstab og øget afhængighed, særligt ved gentagne eller uhensigtsmæssige indlæggelser (Buurman et al., 2011; Van Grootven et al., 2020). Tilsvarende viste tværsektorielle patientinventeringer og audits i Region Nordjylland, at op mod 40 % af patientkontakter i akutmodtagelsen ikke tilfører værdi til det samlede patientforløb og kunne have været håndteret i primærsektoren (Laubek & Beckermann, 2021, 2022).

Internationale erfaringer viser, at subakutte, geriatrik forankrede indsatser tæt på borgerens hjem kan reducere unødvendige indlæggelser og styrke patientoplevelset kvalitet (Philp et al., 2013; Basinska et al., 2022; Goethals et al., 2023). På den baggrund og initieret af Sundhedsstyrelse Aalborg blev *Geriatry på kommunale pladser* udviklet som en "tværsektoriel model" via en tværsektoriel indsats³, som bygger videre på lokale erfaringer fra Subakut Udkørende Geriatrik Ambulatorium (SUGA) (Beckermann & Laubek, 2025), men adskiller sig ved at tilbyde egentlige subakutte indlæggelser i kommunale rammer med fuldt geriatrik behandlingsansvar.

Formål

Formålet med *Geriatry på kommunale pladser* er at styrke kvaliteten og sammenhængen i behandlings- og plejeforløb for ældre, sårbare borgere ved at samle geriatrik udredning, tværfaglig pleje og tværsektorielt samarbejde i ét integreret tilbud – i kommunen.

³ *Geriatry på kommunale pladser* betegnes i afrapporteringen, som både en tværsektoriel model og en tværsektoriel indsats.

Målsætning

- Etablering af *Geriatrici på kommunale pladser* til opstart januar 2025.
- At patienter og pårørende oplever sikre, afklarede og sammenhængende behandlingsforløb, som finder sted i trygge rammer
- At minimum 70% af de patienter, der får et ophold, undgår en akut nødvendig indlæggelse indenfor 30 dage fra opholdets afslutning
- At udvikle samarbejdsstrukturer, arbejdsgange og samarbejdsaftaler, som fremmer patientsikkerhed, sammenhæng og kontinuitet i borgernes forløb.

2 **Beskrivelse af Geriatri på kommunale pladser**

Geriatri på kommunale pladser er både en indsats og en model for et tværsektorielt og tværfagligt projekt⁴ målrettet ældre og skrøbelige borgere. (Se projektbeskrivelse, bilag 1). Modellen er udviklet, testet og justeret i en fælles indsats leveret af en tværsektoriel projektgruppe i perioden 7. januar til 22. maj 2025 og er herefter overgået til drift. Modellen indeholder en række elementer, som i dynamisk samspil udgør et samlet tilbud, som alternativ til en hospitalsindlæggelse. Elementerne præsenteres i det følgende.

Målgruppe

Målgruppen for *Geriatri på kommunale pladser* er ældre subakutte skrøbelige borgere (>65 år), med funktionstab over uger eller måneder, og en klinisk vurdering fra egen læge af høj risiko for unødigt indlæggelse eller genindlæggelse på hospital.

Eksklusionskriterier omfatter patienter med akutte tilstande, der kræver hospitalsindlæggelse; patienter tilknyttet højt specialiserede hospitalsforløb med behov for fortsat tilsyn; terminale patienter; plejehjemsbeboere; samt patienter med aktivt misbrug.

Rammer og organisering

Indsatsen bestod i etablering af fem dedikerede pladser i Akuttilbud Aalborg, hvor borgerne blev indlagt med fuldt geriatriisk behandlingsansvar under opholdet og i samarbejde med geriatriisk sekretariat.

Henvisning og visitation

Et forløb indledes med henvisning fra den praktiserende læge, som identificerer patienter i målgruppen og udfylder en struktureret henvisning med oplysninger om:

- Habituel og aktuelt funktionsniveau
- Klinisk problemstilling
- Tidligere afprøvet behandling

⁴ Se bilag 1. Projektbeskrivelse

- Vurdering af behandlingsniveau

Henvisningen drøftes og visiteres derefter af en geriatrisk læge og en kommunal sygeplejefaglig koordinator. Efter visitation transporteres borgeren til en kommunal geriatrisk plads i Akuttilbud Aalborg via Den Præhospitale Virksomhed.

Forløb under opholdet

Ved ankomst modtages patienten og der gennemføres dels en geriatrisk gennemgang og en målsamtale, hvor funktionsniveau, behov og forventninger afdækkes i samarbejde med pårørende.

Under opholdet modtager patienten daglig helhedsorienteret vurdering og behandling fra et tværsektorielt team bestående af geriatrisk læge, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, diætist, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

- **Tværsektoriel stuegang** finder sted alle hverdage i dagstid, forudgået af kort tværfagligt koordineringsmøde og prioriteret ud fra patientens aktuelle tilstand.
- **Helhedsorienteret behandling og pleje** bliver ydet af et tværfagligt team med fokus på borgernes egne mål og ressourcer. Indsatserne omfatter indledende målsamtale, målrettet rehabiliterings-, trænings- og ernæringsindsatser, geriatrisk behandling, basis- og avanceret sygepleje, samt koordinering og planlægning.
- **Dokumentation** Der dokumenteres både i CURA (kommunalt omsorgssystem) og NordEPJ (regionalt journalsystem). Kommunale terapeuter har adgang til NordEPJ og kan herigennem udarbejde genoptræningsplaner (GOP).

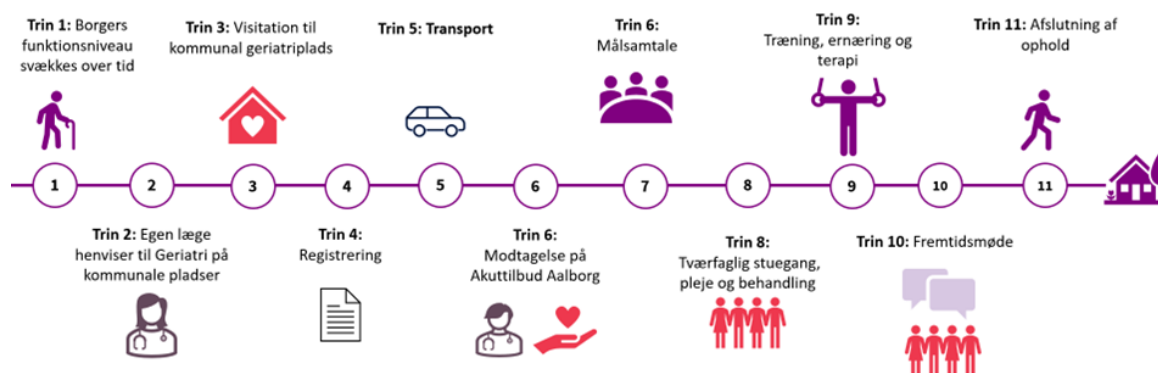
Udskrivelse og opfølgning

I løbet af opholdet bliver der afholdt et fremtidsmøde med fokus på planlægning af forløbet efter udskrivelse, herunder ernæringsindsatser, genoptræning, rehabilitering, samt personlig og praktisk hjælp i hjemmet. For patienter med kontakt til hjemmesygeplejen bliver forløbet fulgt op via den kommunale sygepleje, og ved behov også ved egen læge.

Opsummering af centrale komponenter

Figur 1 illustrerer et idealtypisk forløb, som starter når en borgers funktionsniveau svækkes over tid og egen læge identificerer vedkommende indenfor målgruppen - til forløbet afsluttes ved at borgeren kommer hjem igen. Den lineære proces afspejler elementerne i forløbet, som interagerer dynamisk i de reelle forløb.

- **Subakut ”indlæggelse” på kommunal geriatrisk plads:** Henvisning sker fra almen praksis med visitation i samarbejde mellem geriater og kommunal sygeplejefaglig koordinator.
- **Geriatrisk behandlingsansvar:** Geriateren har det fulde lægefaglige ansvar og er dagligt til stede på hverdage (kl. 8–15) suppleret af adgang til hospitalets medicinske bagvagt uden for dagtid.
- **Tværfaglig indsats:** Patienterne modtager daglig vurdering via tværfaglig stuegang og behandling ved sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og diætist ved behov, fx sygepleje, mobilisering, genoptræning, ernærings- og væsketerapi samt behandling for infektion og smertelindring.
- **Strukturerede patient- og pårørendesamtaler:** Ved indlæggelse bliver der gennemført en tværfaglig målsamtale med patient og pårørende, og før udskrivelsen et fremtidsmøde med fokus på rehabilitering, tryghed og plan for det videre forløb.
- **Dokumentation:** Bliver udført i kommunens system CURA og i hospitalets EPJ.
- **Tværfaglige koordineringsmøder:** Hver morgen bliver korte møder afholdt til planlægning og opfølgning på patienternes mål og progression.



Figur 1: Skitsering af ”Geriatri på kommunale pladser”

Til hver af de centrale elementer i Geriatri på kommunale pladser er der udviklet, justeret og implementeret en række dokumentationsskabeloner og standardiserede arbejdsgange for bl.a. visitation, stuegang, diagnostik, udskrivelse, informationsmateriale og medicinhåndtering. Disse er samlet i en fælles dokumentsamling (bilag 5).

Metoderne anvendt i udviklingsprocessen udfoldes i det følgende.

3

Metoder

Design og rammesætning

Indsatsen blev tilrettelagt som et tværsektorielt forbedringsarbejde med udgangspunkt i Institute for Healthcare Improvement (IHI)'s Model for Improvement (Langley et al., 2009). Implementeringen fulgte iterative PDSA-cykler (Plan-Do-Study-Act), hvor arbejdsgange og kliniske procedurer blev udviklet, testet og justeret i korte, systematiske læringsforløb mellem projektmøder og arbejdsseminarer.

Tilgangen blev valgt for at sikre en praksisnær, læringsorienteret og datainformeret udvikling af indsatsen, hvor forbedringer kunne ske løbende på tværs af sektorer. PDSA-metodikken gjorde det muligt at teste konkrete ændringer i mindre skala, vurdere effekten og justere arbejdsgange, før de blev implementeret.

Forbedringsarbejdet byggede på et fælles tværsektorielt læringsmiljø, hvor medarbejdere, ledere og fagpersoner fra kommune, hospital, Den Præhospitale Virksomhed, patient- og pårørenderepræsentant og almen praksis bidrog med erfaringer fra deres eget perspektiv og egne sektorer. Læring og fremdrift blev understøttet af en tværsektoriel projektledelse og hyppige feedbackloops, hvor resultater og observationer fra de enkelte testforløb blev brugt til at forme den næste afprøvning.

Projektperioden strakte sig fra august 2024 til maj 2025 og omfattede i alt seks planlagte projektmøder, to arbejdsseminarer og en afsluttende temaeftermiddag med deltagere fra alle involverede sektorer og professioner. Temaeftermiddagen markerede, at Sundhedsstyregruppen Aalborg – på baggrund af resultater fra testperioden – besluttede, at indsatsen skulle implementeres som en fast del af den tværsektorielle drift.

Kontekst

Projektets gennemførelse er tæt knyttet til særlige organisatoriske rammer i Aalborg Kommune, hvor indsatsen blev testet på 5 pladser i Akuttilbud Aalborg, der er et kommunalt tilbud organiseret under sundhedsloven med sygeplejefaglig døgnbemanding jf den nationale kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner. Det adskiller sig fra flertallet af de øvrige kommuner i Region Nordjylland, hvor der er få Akuttilbud, men i stedet midlertidige pladser forankret i serviceloven uden sygeplejefaglig døgnbemanding, systematisk observation og mulighed for at håndtere komplekse medicinske problemstillinger (VIVE, 2021; Sundhedsstyrelsen, 2022).

En veletableret samarbejdskultur var et væsentlig grundlag for indsatsen. Flere års samarbejde om fælles geriatriske forbedringsprojekter, herunder erfaringer med en dele-geriater ordning og Subakut Udkørende Geriatrisk Ambulatoriefunktion (SUGA) (Beckermann & Laubek, 2025),

havde allerede skabt et fælles sprog, tillid og organisatorisk læring, som gjorde det muligt at videreudvikle på eksisterende set up og handle koordineret via rette kanaler.

Som en del af projektet blev der desuden etableret et regionalt medicinskab, der sikrede adgang til lægeordineret medicin døgnet rundt, samt adgang til mobillaboratorium (mobillab) til blodprøver, EKG og basale parakliniske undersøgelser. Disse eksempler på strukturelle forudsætninger var afgørende for at kunne levere sikker udredning og behandling i kommunalt regi.

Ovenstående lokale forudsætninger har væsentlig betydning i vurderingen af modellens overførbarhed til andre kommuner. F.eks. vil det for kommuner uden døgnsygepleje, regionalt medicinskab eller adgang til mobillab kræve etablering af tværsektorielt samarbejde, tilpasninger og investeringer for at kunne tilbyde en tilsvarende indsats.

Organisering

Projektet var forankret i en fælles vision i Sundhedsstyregruppen Aalborg (en tværsektoriel direktørkreds), om et stærkere integreret sundhedsvæsen på tværs af hospital, kommune og almen praksis. På politisk niveau var projektet forankret i Sundhedsklynge Midt.

Organiseringen af *Geriatric på kommunale pladser* fulgte Sundhedsstyregruppens anbefalinger om strategisk ledelse, faglig koordinering og praksisnær implementering.

Ledelsesmæssig understøttelse på strategisk niveau:

En sponsorgruppe på direktørniveau sikrede ledelsesmæssig opbakning og ressourcer, mens en chefgruppe med ledende fagfolk gav strategisk sparring.

Daglig tværsektoriel projektledelse:

Den daglige projektledelse var tværsektoriel og varetaget af en repræsentant fra henholdsvis Aalborg Universitetshospital og Aalborg kommune. Projektledelsen arbejdede dels faciliterende med at skabe fælles tillid, udvikling og læring på tværs af sektorerne og med mere traditionel projektledelse herunder koordinering, forhandling og en høj grad af planlægning.

Projektgruppe – kernen i forbedringsarbejdet:

Projektgruppen bestod af 35 ledere og medarbejdere fra kommune, hospital, almen praksis og Den Præhospitale Virksomhed samt en patient-pårørenderepræsentant. Gruppen fungerede som et lærende fællesskab og arbejdede praksisnært med udvikling, test og evaluering gennem PDSA-cyklusser.

Sundhedsstyregruppen Aalborgs visioner og principper:

Sundhedsstyregruppens vision bygger på princippet om, at ressourcer skal anvendes dér, hvor de skaber størst værdi for patienten, og at tværsektorielle forbedringsprojekter understøttes og udvikles med afsæt i værdierne: Fælles mål, fælles økonomi og fælles ledelse (Bilag 2. Fælles visioner og arbejdsgrundlag for Sundhedsstyregruppe Aalborg).

Arbejdsgrundlaget for forbedringsprojekter i Sundhedsstyregruppen Aalborg bygger på følgende principper:

- inddragelse af alle relevante aktører,
- patient- og pårørendeinvolvering,
- tværsektoriel projektledelse,
- brug af data som styringsredskab og
- forståelse af forandringsprocesser som fælles læreprocesser.

Disse bærende principper bidrog til kontinuerlig læring og ejerskab på tværs af sektorerne.

Indsatsen omfattede aktører fra følgende områder:

Deltagere i projektfasen



Patienter og pårørende

- Patient og pårørende-repræsentant



Almen praksis

- 2 praktiserende læger i projektgruppen



Aalborg Kommune

- Akuttilbud Aalborg
- Myndighed
- Udskrivningsenheden
- Diætist
- Aalborg Genoptræning
- Jura
- Sygeplejen
- IT



Den Præhospitale Virksomhed

- Forsknings- og udviklingsansvarlig



Aalborg Universitetshospital

- Geriatrisk afdeling
- Akut- og traumecentret
- Radiologien
- Registreringsenheden
- Sundheds-IT
- Klinisk Biokemisk afdeling
- Klinisk Mikrobiologisk afdeling
- Sygehusapoteket
- Logistikafdelingen
- Kommunikation
- Jura

Økonomi

Aalborg Kommune og Aalborg Universitetshospital bidrog i projektfasen med hver 200.000,00 kr. Der blev søgt midler til deltagelse af 2 repræsentanter fra almen praksis via Nord-KAP.

Da projektet overgik til drift, besluttede respektive direktører fra kommune og hospital at dele udgifterne til hhv. en geriater, geriatrike sekretærressourcer samt rengøring og øgede terapeut- og sygeplejefaglige ressourcer på Akuttilbud Aalborg. Se budget i bilag 3.

Tidsramme og struktur

Projektet blev gennemført i perioden **august 2024 – december 2025** og organiseret i tre hovedfaser:

1. **Forberedelsesfase (august–december 2024):** udvikling af model, visitationskriterier og arbejdsgange i tværsektoriel projektgruppe.
2. **Testfase (januar–maj 2025):** afprøvning på fem dedikerede pladser i Akuttilbud Aalborg med løbende dataindsamling, evaluering, justering og læring.
3. **Drifts- og evalueringsfase (juni–december 2025):** videreførelse af indsatsen med fortsat monitorering, evaluering og læring.

I alt blev der afholdt seks planlagte projektmøder, to arbejdsseminarer og en afsluttende temaeftermiddag med deltagere fra alle involverede sektorer og fagprofessioner. Faserne blev struktureret som følger:

Forberedelse (august–september 2024)

- **Organisering og baseline:** Projektet blev igangsat med møde om organisatorisk forankring og opstart af målesystem.
- **Tværsektoriel audit:** Patientforløb blev retrospektivt analyseret mhp. at etablere baseline, fælles viden og forståelse, samt identificere forbedringspotentialer⁵.
- **Patientinterview:** Patienter i tværsektorielle forløb blev interviewet mhp. indsamling af viden om deres oplevelser af værdi i tværsektorielle forløb.
- **Projektbeskrivelse version 1:** Første udkast til projektbeskrivelse og plan for udvikling af indsatsen blev udarbejdet og kvalificeret tværsektorielt.

Test (oktober 2024 – april 2025)

- **Arbejdsseminar 1 – Fra idé til test (oktober):**
Et 12-timers seminar for hele projektgruppen, hvor projektets PDSA-cykler, testplan og arbejdsgange blev konkretiseret og operationaliseret.
- **Løbende dataindsamling:**
Data vedr. patientkarakteristika, ydelser og virkning af indsatser blev løbende indsamlet mhp. læring og løbende forbedringer.
- **Iterativ udvikling og PDSA-tests:**
Fra november til marts blev der gennemført fire projektmøder, hvor der blev fulgt op på fremdrift, identificeret barrierer og foretaget justeringer på baggrund af løbende data, evaluering og interviews med patienter og pårørende. Version 3 af projektbeskrivelsen blev udarbejdet med fokus på implementering.

⁵ Se bilag 4: Auditskema

- **Arbejdsseminar 2 – Fra test til implementering** (februar):
En tværsektoriel heldagsworkshop med fokus på opsamling af læring fra testfasen, justering af arbejdsgange og plan for forankring og eventuel skalering.
- **Plan for fastholdelse** (april):
Der blev udarbejdet en plan for overgang til drift og fastholdelse af indsatsens kernelementer, herunder kliniske arbejdsgange og ledelsesunderstøttelse.

Drift (maj – december 2025)

- **Løbende evaluering og afsluttende audit:**
Der blev efter overgang til drift afholdt 2 projektmøder og tværsektorielle audits på patientforløb med henblik på kvalitativ og kvantitativ vurdering af effekter og implementering, herunder analyse af forløb med genindlæggelser.
- **Afrapportering og ledelsesforankring:**
Projektet blev præsenteret for Sundhedsstyregruppen Aalborg og Politisk klynge Midt, herunder resultater, erfaringer og overvejelser ift. videre fastholdelse og udbredelse. Den ledelsesmæssige forankring blev drøftet i fora på tværs af Geriatrik afdeling på Aalborg Universitetshospital og Senior og Omsorg i Aalborg Kommune.

Indsatsområder: Udvikling og implementering

I udviklingen af *Geriatri på kommunale pladser* blev i alt syv indledende PDSA-cykler (Plan–Do–Study–Act) udviklet af projektgruppen og dannede rammen for test, evaluering og tilpasning af indsatsen. Hver cyklus havde et afgrænset fokusområde, som tilsammen dækkede de centrale elementer i indsatsen:

1. **Målgruppebeskrivelse og henvisningskriterier:** Test af en afgrænset målgruppebeskrivelse og eksplicite henvisningskriterier for at sikre, at de rette patienter blev visiteret til tilbuddet.
2. **Henvisningsprocedure:** Udvikling og afprøvning af en fælles procedure mellem almen praksis, geriatrik afdeling og Akuttilbuddet for at sikre ensartet visitation.
3. **Modtagelse på Akuttilbud Aalborg:** Tilpasning af eksisterende modtageark, så patienter visiteret til geriatrik plads fik en struktureret og tværfaglig modtagelse af høj kvalitet.
4. **Målsamtale:** Standardisering af en patientfokuseret målsamtale ved opstart af forløbet med fokus på fælles forventningsafstemning mellem fagprofessionelle, patient og pårørende.
5. **Tværasektoriel stuegang:** Udvikling af struktur for en daglig helhedsorienteret stuegang, der styrkede koordinering, kontinuitet og patientinvolvering.

6. **Fremtidsmøde:** Afprøvning af en struktureret samtale før udskrivelse, så patient og pårørende blev inddraget i beslutninger om det videre forløb baseret på behov, ønsker og motivation.
7. **Træning og terapi:** Test af en målrettet tværfaglig træningsindsats (fysio- og ergoterapi) med fokus på at vedligeholde eller forbedre funktionsevne og reducere risiko for forebyggelige indlæggelser.

Løbende evaluering og justering af indsatser

På hvert projektmøde blev PDSA'erne evalueret i mindre tværsektorielt sammensatte grupper ud fra tre faste spørgsmål:

1. Hvad går godt og er klar til implementering?
2. Hvad bør justeres, og hvordan?
3. Hvad skal eventuelt stoppes?

Denne systematik sikrede, at læring og forbedringspotentialer løbende blev omsat til konkrete ændringer i arbejdsgange, samarbejdsaftaler og instrukser. Hver PDSA havde en tovholder, som var ansvarlig for dels indsamling af procesdata, opsamling på gruppens evaluering efter hvert projektmøde, herunder kort skriftlig opsamling til projektledelsen.

Flere væsentlige justeringer blev implementeret undervejs. Herunder bl.a. præcisering af målgruppen, tydeligere struktur for tværfaglig stuegang og optimering af kommunikation med geriatriisk sekretariat. Erfaringerne viste, at disse tilpasninger styrkede kvaliteten og sammenhængen i forløbene.

Ved overgangen til ordinær drift i juni 2025 blev de definerede kerneelementer fastholdt som faste procedurer, der blev udarbejdet en dokumentsamling for samtlige arbejdsgange, procedurer og instrukser, og etableret en plan for fortsat evaluering og monitorering.

Evaluering af Geriatri på kommunale pladser

Evalueringen af Geriatri på kommunale pladser blev tilrettelagt som en virkningsevaluering, så den både kunne følge og dokumentere virkning og effekt og samtidig fungere som læringsredskab. Målesystemet blev udviklet med direkte afsæt i projektets formål og målsætninger: 1) at skabe bedre forløb for ældre sårbare patienter med færre skift, 2) at patienter og pårørende skulle opleve sikre, afklarende og sammenhængende behandlingsforløb, som finder sted i trygge rammer, 3) at reducere unødvendige (gen)indlæggelser og 4) at udvikle samarbejdsstrukturer, arbejdsgange og samarbejdsaftaler, som fremmer patientsikkerhed og kontinuitet i borgernes forløb.

Datagrundlaget kombinerede kvantitative og kvalitative metoder for at styrke validiteten og give et nuanceret billede af indsatsen. Denne metodetriangulering gjorde det muligt både at følge virkning af indsatser, måle resultater og forstå de kontekstuelle forhold og mekanismer, der skabte dem.

Datakilder og dataindsamling

Data blev indsamlet fortløbende fra flere kilder og niveauer:

- **Løbende evaluering af indsatser via PDSA-cirkler i testfasen:** PDSA-cirklerne blev anvendt struktureret i arbejde med at formulere hypoteser, beskrive forbedringsindsatser og løbende evaluere forbedringsindsatsernes virkning. Arbejdet fandt sted i mindre arbejdsgrupper centreret omkring ændringsideerne.
- **Dataindsamling i individuelle patientforløb:** En kommunal APN-sygeplejerske var tilknyttet som faglig leder for indsatsen i kommunalt regi. Hun registrerede løbende kliniske og procesrelaterede data i et fælles elektronisk Forms-skema, som var tilgængeligt for den tværsektorielle projektledelse. Ved afslutningen af hvert ophold vurderede APN, en sundhedsprofessionel tilknyttet patienten under opholdet og geriater i fællesskab, om indsatsen havde givet værdi for patienten.
- **Data på genindlæggelser:** Der blev løbende trukket data på ophold, der blev afbrudt af akut indlæggelse, samt genindlæggelser inden for 30 og 90 dage.
- **Interview med patienter og pårørende:** Der blev udført semistrukturerede interviews med patienter (n=27) og pårørende (n=23), der belyste oplevelsen af tryghed, sammenhæng og kvalitet.
- **Spørgeskemaundersøgelse/interview med praktiserende læger:** Praktiserende læger bidrog med svar på spørgeskemaer om visitation, samarbejde, udskrivesforløb og oplevelsen af tilbuddets kvalitet (n=12). Halvdelen deltog dertil i individuelle semistrukturerede interviews (n=6).
- **Tværsektorielle, tværfaglige læringsorienterede audits på forløb:** Der blev gennemført i alt fire tværsektorielle audits, hvor projektgruppen inddelt i mindre tværsektorielle auditteams vurderede genindlæggelser (klinisk nødvendige vs. forebyggelige) og drøftede kvalitet, patientsikkerhed og værdi af forløbene. Audits fungerede både som datakilde og som fælles læringsrum, hvor resultater og praksiserfaringer blev koblet for at identificere forbedringsområder, udvikle og fastholde god praksis.

Målesystem

Evalueringen omfattede tre indikatorniveauer:

1. **Procesmål** – indikatorer for evaluering af elementer i de enkelte PDSA'er, fx målsamtale <24 timer, daglig tværfaglig stuegang, afsending af epikrise på udskrivesdag.

2. **Resultatmål** – indikatorer for effekt, fx tilfredshed hos patienter, pårørende og praktiserende læger og genindlæggelser indenfor 30 og 90 dage efter ophold.
3. **Balancemål** – indikatorer for utilsigtede konsekvenser, fx akutte kontakter til geriatrisk afdeling uden for dagtid eller unødvendige indlæggelser under/efter opholdet.

Analyse

Kvantitative data blev analyseret ved deskriptiv statistik med henblik på at beskrive bl.a. patientkarakteristika, opholdslængde og genindlæggelser. Auditdata blev anvendt til at evaluere patientforløb ift. sammenhæng, kvalitet og patientsikkerhed. Hertil blev auditfund anvendt til at vurdere, om de fælles udarbejdede arbejdsgangsbeskrivelser fungerede i praksis eller skulle justeres.

Kvalitative data fra interviews blev transskriberet og kodet i NVivo og herefter analyseret tematisk med fokus på patienters og pårørendes oplevelser af tryghed, sammenhæng og inddragelse. Spørgeskemaundersøgelse i almen praksis og supplerende interviews af praktiserende læger blev ligeledes kodet i NVivo og tematisk analyseret.

Kombinationen af målinger, audits og kliniker- og brugerperspektiver gjorde det muligt både at dokumentere effekt og at tilpasse indsatsen løbende, så forbedringsarbejdet forblev tæt forankret i patienternes, pårørendes og de fagprofessionelles behov og erfaringer.

Etiske forhold

Projektet blev klassificeret som forbedringsarbejde og krævede derfor ikke formel godkendelse fra en videnskabsetisk komité i henhold til dansk lovgivning. Alle interviewede patienter og pårørende modtog skriftlig og mundtlig information om projektet, og der blev indhentet samtykke til interview. Data blev registreret og håndteret i overensstemmelse med gældende GDPR-regler og lokale databeskyttelsesprocedurer.

4 Resultater

I perioden d. 7. januar til d. 20. oktober 2025 blev i alt 80 patienter visiteret til de kommunale geriatripladser. I de foreløbige resultater indgår de første 72 forløb i den systematiske evaluering (n = 72).

I følgende afsnit gives en samlet oversigt over målinger opdelt i patientkarakteristika, procesmål, overblik over lægefaglige problemstillinger og behandlingstiltag der er arbejdet med under opholdet, liggetid og genindlæggelser, balancemål og oplevelsesmål.

Patientkarakteristika

De patienter, der blev visiteret til Geriatri på kommunale pladser, var overvejende ældre borgere i alderen 75–85 år med en let til moderat skrøbelighed målt via Clinical Frailty Scale (CFS) til 4,5 som gennemsnitsværdi. Dette svarer let skrøbelighed og begyndende afhængighed af støtte i dagligdagen.

Størstedelen opfyldte de fastsatte henvisningskriterier og blev vurderet i risiko for hospitalsindlæggelse, hvilket betyder, at de var inden for den tiltænkte målgruppe.

Audit på 20 forløb viste, at cirka halvdelen havde forudgående kontakt til den kommunale sygepleje. Jf. tabel 1 var de hyppigste henvisningsårsager funktionsfald, faldtendens og svimmelhed, dvs. problemstillinger, der ofte udgør tidlige tegn på begyndende skrøbelighed og risiko for indlæggelse.

Karakteristika (N=72)	Resultat
Alder	Flertallet var mellem 75 og 85 år
Opfyldte henvisningskriterier	63/72
Skrøbelighed (CFS)	Gennemsnitlig habituel CFS = 4,5 Flertallet 62/72 var let til moderat skrøbelige (CFS 4–6), mens en mindre gruppe (10/72) blev vurderet som svært skrøbelige (CFS 7–9). Spændvidde mellem 2 og 9.
Kendt i kommunal sygepleje	10/20

Karakteristika (N=72)	Resultat
Primære henvisningsårsager	Funktionsfald, faldtendens, nedsat ernæringstilstand og svimmelhed

Tabel 1. Patientkarakteristika

Lægefaglige problemstillinger

De patienter, der blev indlagt på de kommunale geriatrike pladser, havde multisygdom og præsenterede et bredt spektrum af lægefaglige problemstillinger. De hyppigst adresserede problemområder var medicinbivirkninger 51/72, uspecifikke symptomer som svimmelhed 36/72 og træthed 27/72, samt ernæringsproblemer og vægttab 39/72.

Mange forløb omfattede desuden håndtering af funktionsfald 42/72, problemer med udskillelser 38/72 og smerter 35/72, som ofte optrådte i kombination. En gruppe blev derudover udredt og sat i behandling for bl.a. lungebetændelse, urinvejsinfektion, hjertesygdomme, jernmangel og cancer.

En mindre del af patienterne havde problemstillinger relateret til nedsat humør 13/72, sociale udfordringer 12/72 eller kognitiv svækkelse 19/72, som i flere tilfælde blev håndteret i samarbejde med pårørende og egen læge. En andel på 44 ud af de 72 patienter var i komplekse forløb med flere samtidige årsager til funktionstab. Se tabel 2.

Samlet set var patientgruppen præget af multimorbiditet og komplekse interagerende tilstande, hvor både somatiske, funktionelle og psykiske problemstillinger indgik i vurdering og behandling. Dette understøtter relevansen af en tværfaglig, geriatrik og helhedsorienteret tilgang i kommunalt regi.

Lægefaglig problemstilling	Samlet andel (Som for én patient godt kan optræde i flere kategorier)
Fald i kognitiv funktion	19/72 (26 %)
Svimmelhed	36/72 (50 %)
Faldtendens	27/72 (38 %)
Nedsat ernæring/vægttab	39/72 (54 %)
Åndenød	21/72 (29 %)
Træthed	27/72 (38 %)
Fald i funktionsniveau	42/72 (58 %)
Medicinbivirkninger	51/72 (71 %)

Lægefaglig problemstilling	Samlet andel (Som for én patient godt kan optræde i flere kategorier)
Problemer med udskillelser	38/72 (53 %)
Smerter	35/72 (49 %)
Nedsat humør	13/72 (18 %)
Sociale problemer	12/72 (17%)
Andet	44/72 (61%)

Tabel 2. Lægefaglige problemstillinger

Procesmål

Vedr. behov for diagnostik vurderet ved indlæggelse

De diagnostiske tiltag blev overvejende gennemført i kommunalt regi. Samtlige patienter fik taget relevante blodprøver, mens EKG blev udført hos 45/72. Cirka en tredjedel af patienterne blev transporteret til hospitalet for supplerende diagnostik eller behandling, og der forekom enkelte relevante akutte kontakter til geriatrisk afdeling uden for dagtid. Billeddiagnostik og prøver til dyrkning blev anvendt i mindre omfang og primært, når der forelå specifik klinisk indikation. 3/72 blev vurderet i behov for Holter monitorering, hvilket blev varetaget på hospitalet.

Samlet set viser data, at den nødvendige diagnostik i vidt omfang kunne håndteres lokalt, og at adgangen til hospitalet blev anvendt målrettet, når det var klinisk relevant. Se tabel 3.

Procesdata for diagnostisk tiltag	Antal/andel patienter
Blodprøver	72/72 (100 %)
EKG	45/72 (62 %)
Holter monitorering	3/72 (4 %)
Billeddiagnostik	23/72 (32 %)
Prøver til dyrkning/analyse	9/72 (13 %)
Transport til diagnostik/behandling på hospital	26/72 (36 %)
Akut kontakt til geriatrisk afsnit udenfor dagtid	10/72 (14 %)

Tabel 3. Procesdata for diagnostiske tiltag

Vedr. struktureret kommunikation

86 % af patienterne (62/72) fik afholdt en målsamtale inden for det første døgn efter indlæggelsen, og der blev i 71% af forløbene (51/72) gennemført et fremtidsmøde før udskrivelse. Pårørende deltog aktivt i samtalerne i størstedelen af forløbene, og alle patienter modtog epikrise samme dag som udskrivelsen. Se tabel 4.

Procesmål for struktureret kommunikation	Antal/andel patienter
Målsamtale < 24 timer efter indlæggelse	62/72 (86%)
Fremtidsmøde før udskrivelse	51/72 (71 %)
Pårørendedeltagelse i målsamtale- og fremtidsmøde	54/72 (75 %)
Epikrise sendt samme dag som udskrivelse	72/72 (100 %)

Tabel 4. Procesmål vedr. struktureret kommunikation.

I tolv forløb, hvor pårørende ikke deltog i samtalerne, skyldtes det primært fravær af kontaktperson, patientens ønske eller akut svækkelse eller belastning hos pårørende. Erfaringerne viser, at både patientens helbredstilstand og pårørendes ressourcer har betydning for deltagelsesmulighederne.

Samlet set indikerer resultaterne, at den tværfaglige kommunikation og koordination generelt fungerede systematisk og struktureret.

Vedr. behandling under opholdet

Alle patienter modtog et struktureret, tværsektorielt og individuelt tilpasset forløb, der omfattede en geriatrisk helhedsorienteret gennemgang, sygepleje og medicinsk behandling samt koordineret samarbejde med patienter, pårørende og relevante aktører.

90% af borgerne (65/72) modtog en fysioterapeutisk vurdering og en andel heraf målrettet træning og genoptræning som en integreret del af forløbet, mens 80% (58/72) desuden modtog ernærings- og væsketerapi.

43% af patienterne fik udarbejdet en formel genoptræningsplan (GOP) ved udskrivelsen. Fraværet af genoptræningsplaner i testperioden skyldtes primært, at denne del af modellen først blev igangsat pr. 1/3 2025 grundet organisatoriske problemstillinger. Fraværet skyldes

derudover fx svækket tilstand hos patienten, afbrudt opholdet grundet en indlæggelse, eller patientens egen fravalgt af træning. Enkelte patienter havde allerede en aktiv plan eller et funktionsniveau, der ikke krævede yderligere tiltag.

Behandlingstiltag	Antal/andel patienter
Geriatrisk vurdering og behandlingsplan	72/72 (100 %)
Fysioterapeutisk vurdering	65/72 (90%)
Faldforebyggelse	60/72 (83%)
Ernærings- og væsketerapi	58/72 (81 %)
Medicingennemgang og vejledning	70/72 (97%)
Genoptræningsplan ved udskrivelse	31/72 (43 %)
Psykosocial støtte	50/72 (69%)
Støtte ved mentale udfordringer som angst, stress eller depressive symptomer.	35/72 (49%)

Tabel 5. Procesdata for behandlingstiltag under ophold

Samlet set viser data, at behandlingen under opholdet var helhedsorienteret, tværprofessionel og målrettet den enkelte patients behov.

Funktionelle vurderinger og rehabiliteringspotentiale

30-sekunders rejse-sætte-sig-test og 10-meter gangtest blev gennemført ved indlæggelse og udskrivelse blandt de patienter, der kunne deltage svarende til 51% (38/72). Disse standardiserede test er relevante for ældre patienter, da rejse-sætte-sig testen måler muskelstyrke i benene, mens 10 m gangtest vurderer gangkvalitet og hastighed – begge indikatorer for generel helbredstilstand og funktionel uafhængighed.

Overordnet viste patienterne forbedringer i begge test, ledsaget af øget fysisk og mental trivsel. Patienter med højere skrøbelighed (CFS 7–9) opnåede mindre fremgang end de lettere skrøbelige (CFS 4–6). Testene blev også anvendt til at identificere individuelle behov for yderligere indsatser, vurdere rehabiliteringspotentiale og risiko for fald eller funktionsfald. Gennemsnitlig CFS-score var 4 blandt de patienter, der kunne gennemføre testene.

Samlet peger resultaterne på, at patienterne generelt opnåede funktionelle forbedringer med variationer afhængigt af skrøbelighedsniveau.

Ud over de beskrevne områder blev der fulgt op på opholdslængde og genindlæggelser, som indikatorer for effekt og kvalitet i indsatsen.

Liggetid og genindlæggelser

Den gennemsnitlige opholdslængde var for de første 72 patienter 8 dage. Til sammenligning er den gennemsnitlige liggetid i Akuttilbud Aalborg 20 dage og 4,5 dage på geriatrisk afsnit. I 8 ud af de 72 forløb blev opholdet afbrudt pga. en akut opstået problemstilling, der krævede indlæggelse på hospitalet.

Blandt 65 patienter med opfølgingsdata på genindlæggelse indenfor henholdsvis 30 og 90 dage, blev 11% (7/65) genindlagt inden for 1–30 dage og 6 % (4/65) inden for 30–90 dage efter udskrivelse.

Alle genindlæggelser indenfor 30 dage efter opholdet vurderedes ved tværsektoriel audit som klinisk relevante. Yderligere fire genindlæggelser blev registreret inden for 31–90 dage. Disse forløb er analyseret nærmere ved audit i oktober 2025 for at vurdere, om de kunne have været forebygget. Ud af de forløb auditgruppen auditerede på, vurderes i 3 forløb, at indlæggelsen kunne være erstattet af pleje/behandling i primærsektor. Fx via væskebehandling i hjemmet, ambulant billeddiagnostik og plan, eller ambulant via egen læge.

I enkelte forløb, herunder hos en svært kronisk syg borger med sygdom i mange organer, sås gentagne (op til fem) indlæggelser i efterforløbet. Disse vurderes som forventelige og relevante i relation til sygdommens kompleksitet og progression, og ikke som udtryk for forebyggelige indlæggelser.

Målsætningen om, at mindst 70 % af patienterne skulle undgå unødvendig genindlæggelse inden for 30 dage, blev fuldt opfyldt, idet 89 % undgik genindlæggelse, og ingen indlæggelser indenfor 0-30 dage efter opholdet blev vurderet som unødvendige.

Patient- og pårørendeperspektiv

De kvalitative interviews viser samlet set, at patienterne oplevede opholdet som både værdifuldt og tryghedsskabende, og at den tværfaglige tilgang bidrog til oplevelsen af sammenhæng og afklaring i forløbene. Pårørende fremhævede især inddragelse og dialog som væsentlige elementer i kvaliteten af indsatsen. Følgende 4 temaer og citater fra patienter og pårørende fremstår særligt markante:

1. Tema: Grundighed, sammenhæng og kontinuitet

Patienter og pårørende fremhæver trygheden ved kontinuerlige og kendte ansigter, helhedsorienteret behandling og hurtig koordineret indsats.

”Jeg vil anbefale det fordi, det er ligesom om de er mere fleksible og sårn’. Fx. de kan både få fat i medicinen, ordne blodprøver, sår og det derhjemme- så det er klar til jeg skal hjem.

De har mere fokus på hele min samlede situation. De er også flinke ude på sygehuset, men det er lidt mere et samlebånd. Ja, det mener jeg ikke negativt for det er vel også deres opgave?” (Citat patient, 2025)

2. **Tema: Involvering og dialog**

Oplevelsen af at blive lyttet til og inddraget i beslutninger – både mål og forløbsplaner opleves som nyt og meningsfuldt.

”Det var nogle gode samtaler, hvor der blev lyttet meget til os som pårørende.”

”I starten tænkte jeg: Hvorfor siger den læge ikke noget? Men så gik det op for mig at både han og de andre gerne ville høre vores mening, før de tog en beslutning om, hvad der er bedst for min mand. Hver en sten blev vendt.” (Citat pårørende, 2025)

3. **Tema: Oplevet værdi og fysisk forbedring**

Både fysiske forbedringer, øget energi og større håb nævnes som følge af opholdet. Flere patienter beskriver forløbet som afgørende for, at de føler sig klar til at vende hjem og motiverede for at fortsætte rehabilitering og træning.

”Hver gang jeg er faldet, og det er 6 gange det sidste halve år, så er jeg kommet ind på hospitalet. (...) Så det vigtigste er, at jeg skal have mine evner tilbage igen.

Så jeg skal have træning, træning og træning og det fik jeg lige fra starten og det kan jeg mærke hjælper. Mine ben bliver stærkere (...)” (Citat patient, 2025)

4. **Tema: Målgruppeafgrænsning**

Der er eksempler på at nogle patientgrupper, særligt mennesker med demens eller svært svækkede, ikke oplevede at profitere af indsatsen.

Samlet set viser resultaterne, at indsatsen i høj grad opfyldte målsætningen om at skabe trygge, afklarede og sammenhængende forløb for og med udgangspunkt i patienter og pårørendes behov.

Praktiserende lægers vurdering

Praktiserende læger, som deltog i spørgeskemaundersøgelsen (12/12) vurderede visitationen som *god* eller *fremragende*, og langt de fleste (10/12) fandt, at opholdet i høj grad havde tilført værdi til patientens aktuelle situation.

Lægerne fremhævede især, at samarbejdet med den geriatriske læge og det kommunale team havde styrket koordineringen og givet hurtigere adgang til specialiseret vurdering, hvilket oplevedes som et væsentlig kvalitetsløft.

Et gennemgående tema i lægernes tilbagemeldinger var oplevelsen af bedre kommunikation og tydelig ansvarsfordeling mellem sektorerne. Flere beskrev, at de oplevede øget tryghed i

visitationen, fordi geriater og kommunal sygeplejefaglig koordinator traf beslutninger i fællesskab.

“Det giver en helt anden ro at vide, at patienten bliver set af geriateren allerede første dag, og at der er tæt kontakt, hvis tilstanden ændrer sig.” (Citat Praktiserende læge, 2025)

Samlet set vurderes målsætningen om at styrke samarbejde og kommunikation mellem almen praksis, kommune og hospital at være opfyldt, idet indsatsen oplevedes som både værdi- og tillidsskabende for patientforløbene, hvilket understøttes i følgende.

Tværsektoriel læring

Projektet har styrket det tværsektorielle samarbejde mellem Aalborg Kommune, Aalborg Universitetshospital, almen praksis og Den Præhospitale Virksomhed. Det kommer blandt andet til udtryk ved:

En fælles forståelse af målgruppen og af, hvad der skal til for at skabe sammenhængende, værdiskabende forløb for ældre skrøbelige borgere.

Et tillidsfuldt og gensidigt respektfuldt samarbejde på tværs af fag og sektorer i daglig praksis.

Udvikling og implementering af en fælles dokumentsamling med arbejdsgange, flowcharts og informationsmateriale til patienter og pårørende, sygeplejen i kommunalt regi og almen praksis.

Tværsektorielle audits, hvor konkrete forløb er blevet drøftet med udgangspunkt i data og tværfaglige refleksioner og vurderinger. De fire tværsektorielle audits bidrog til fælles vurdering af genindlæggelser og drøftelser af kvalitet og patientsikkerhed i forløbene. Audits blev anvendt som både evalueringsværktøj og læringsrum, hvor deltagere fra kommune, hospital og almen praksis analyserede konkrete patientforløb og kobledede resultater med praksiserfaringer. Under auditprocesserne blev der identificeret flere forbedringsområder, herunder behov for systematisk opfølgning efter opholdets afslutning, præcisering af målgruppe og henvisningskriterier samt styrkelse af dokumentation og kommunikation i overgangene mellem sektorerne. Deltagerne fremhævede desuden værdien af at mødes på tværs af organisationer for at opnå gensidig indsigt i hinandens arbejdsgange og perspektiver. Audits skabte herved et fælles grundlag for forståelse af både de bagvedliggende udfordringer og de mulige løsninger, som kunne understøtte mere sammenhængende og patientsikre forløb fremover. Samlet set bidrog auditforløbene til konkret læring, fælles refleksion og løbende forbedring af samarbejdet mellem sektorerne.

Erfaringer med dele-stillinger på terapeutområdet, herunder læring om 1) medarbejdernes mulighederne for adgang til både NordEPJ og Cura og potentialet for at skabe sammenhæng i borgernes forløb på baggrund heraf, 2) læring omkring barrierer og muligheder i relation til ansættelsestekniske forhold og 3) barrierer og muligheder i deleansættelser, fælles tværsektoriel skolebænk og tværgående kvalitetsmål indenfor terapeutområdet.

Utilsigtede konsekvenser

- Ingen utilsigtede hændelser registreret pr. 1. november 2025.
- Ingen klager fra patienter, pårørende eller klinikere registreret pr. 1. november 2025.

Samlet værdi af opholdet

Den afsluttende tværfaglige og tværsektorielle vurdering af opholdets værdi for patientens samlede forløb blev af en mindre lokal tværfagliggruppe tilknyttet patienten inkl. geriater og APN-sygeplejerske vurderet således i de 72 forløb:

- **Meget stor værdi:** 18 forløb (25 %)
- **Stor værdi:** 23 forløb (32 %)
- **Nogen værdi:** 24 forløb (33 %)
- **Lille værdi:** 6 forløb (8 %)
- **Ingen forløb blev vurderet til ikke at have haft værdi**

Samlet set viser vurderingerne, at 90% (64/72) af opholdene havde nogen, stor eller meget stor værdi for patientens samlede forløb, enten gennem fysisk bedring, stabilisering, afklaring og samtidig forebyggelse af unødige indlæggelse.

De efterfølgende uddybende kommentarer giver et mere nuanceret billede af, hvordan og for hvem opholdet har haft størst værdi, samt hvilke forhold, der har påvirket værdien.

Uddybende kommentarer til værdien af det samlede forløb

Gennemgang af 61 kvalitative kommentarer, afgivet i forbindelse med den tværfaglige vurdering af opholdets værdi for de i alt 72 patienter - viser, at opholdet på de kommunale geriatripladser overvejende vurderes at have haft stor faglig værdi samt værdi for patienternes samlede forløb.

En betydelig del af patienterne opnåede markant fysisk bedring, herunder stabilisering af tilstand, forbedret gangfunktion, reduceret svimmelhed og øget energi. Flere fik normaliseret blodtryk, justeret medicin, forebygget videre svækkelse eller genvundet habituel funktionsniveau. For flere patienter med komplekse symptombilleder blev der gennemført en grundig geriatriisk udredning, som førte til medicinsanering, afklaring af årsager til faldtendens, smerter, ernæringsproblemer eller kognitive forandringer.

Der ses også en tydelig psykosocial effekt, hvor flere patienter oplevede tryghed, social støtte og bedre trivsel under opholdet.

For pårørende fremhæves især værdien af afklaring, dialog og støtte i beslutninger om fremtidig pleje eller behandlingsniveau.

Hos en mindre andel af patienterne vurderes opholdet at have begrænset udbytte, typisk fordi patienten var uden for målgruppen – fx ved terminale forløb, svær demens, psykiatriske problemstillinger eller postoperative tilstande. Enkelte blev hurtigt indlæggelseskrævende, og i enkelte tilfælde blev det vurderet, at patienten bedre ville have profiteret af et midlertidigt ophold eller SUGA-forløb.

Samlet peger de uddybende kommentarer på, at indsatsen:

- I langt de fleste tilfælde har haft en betydelig stabiliserende eller forbedrende virkning på patientens fysiske og mentale tilstand.
- Har bidraget til grundig tværfaglig udredning, sammenhæng i patientens forløb og forebyggelse af unødige (gen)indlæggelser.

Samtidig tydeliggør kommentarerne behovet for fortsat præcis visitation, så pladserne målrettes borgere i subakutte forløb, men ikke terminale borgere eller borgere med primært sociale problemstillinger.

Sammenhæng mellem målsætninger, målinger og resultater

Tabel 3 opsummerer, hvordan projektets målsætninger blev operationaliseret i konkrete målinger, og hvilke resultater der blev opnået i testperioden. Den illustrerer samtidig sammenhængen mellem forbedringsmål, procesindikatorer og observerede effekter.

Målsætning	Måling	Resultat	Status / kommentar
1. Etablere fem kommunale geriatriske pladser med fuldt geriatrisk behandlingsansvar	Antal pladser etableret, lægedækning, arbejdsgange, adgang til medicinskab og mobil-lab	Fem pladser etableret januar 2025. Fuldt geriatrisk behandlingsansvar og daglig tilstedeværelse i dagtid. Standardiserede arbejdsgange implementeret.	✅ Målsætning opfyldt – i drift pr. 1. juni 2025

Målsætning	Måling	Resultat	Status / kommentar
2. Sikre trygge, sammenhængende og værdiskabende forløb for patienter og pårørende	Semistrukturerede interviews (patienter n=27, pårørende n=23), spørgeskema blandt praktiserende læger (n=12), tværfaglige vurderinger af alle forløb (n=58)	Høj tilfredshed hos patienter og pårørende. 12/12 læger vurderede visitationen som god/fremragende, 10/12 fandt opholdet værdiskabende. Tværfaglige vurderinger bekræftede oplevet sammenhæng og tryghed.	✅ Målsætning opfyldt – oplevet høj kvalitet
3. Reducere antallet af unødvendige hospitalsindlæggelser (≥70 % undgår akut indlæggelse <30 dage)	Registrering af (gen)indlæggelser <30 og <90 dage, tværsektorielle audits	7/72 patienter (11 %) genindlagt <30 dage. Alle genindlæggelser vurderet klinisk relevante. Ingen unødvendige genindlæggelser.	✅ Målsætning opfyldt – 100 % undgik unødvendig genindlæggelse indenfor 30 dage.
4. Udvikle samarbejdsstrukturer, arbejds-gange og samarbejds-aftaler, der fremmer patientsikkerhed og kontinuitet	Procesmål: målsamtale <24 timer, fremtidsmøde før udskrivelse, epikriser sendt samme dag. Dokumentation: dokumentsamling, flowcharts, audits.	62/72 (86 %) fik målsamtale <24 timer, 51/72 (71 %) fremtidsmøde før udskrivelse, 72/72 (100 %) epikrise samme dag. Fælles dokumentsamling og samarbejdsaftaler implementeret. Fire tværsektorielle audits gennemført.	✅ Målsætning opfyldt – implementeret i drift og løbende evalueret gennem audits med fokus på forankring.

Tabel 6. Sammenhængen mellem målsætninger, målinger og evalueringer samt resultater og observerede effekter

5 Diskussion

Resultaterne viser, at indsatsen Geriatri på kommunale pladser i den angivne periode har reduceret unødvendige hospitalsindlæggelser og skabt mere sammenhængende forløb for ældre med begyndende skrøbelighed. Den gennemsnitlige opholdslængde på 8 dage kombineret med en lav genindlæggelsesrate indikerer, at subakut behandling i kommunalt regi med fuldt geriatriisk behandlingsansvar kan udgøre et trygt og effektivt alternativ til hospitalsindlæggelse for den rette målgruppe. Høj tilfredshed blandt patienter, pårørende og praktiserende læger understøtter denne vurdering.

Disse resultater stemmer overens med international litteratur, der viser, at integrerede, geriatriisk funderede modeller kan reducere indlæggelser og forbedre forløbskvalitet for ældre borgere (Huskens et al., 2020; Ellis et al., 2017; Røstad et al., 2019). Samtidig bidrager projektet med ny viden om, hvordan en sådan model kan operationaliseres i dansk kommunal kontekst.

Analysen viste, at de patienter, som havde størst udbytte af opholdet, typisk var let til moderat skrøbelige, uden nylig hospitalsindlæggelse og oftest henvist subakut fra eget hjem. Denne gruppe adskiller sig markant fra de patienter, der normalt modtages i Akuttilbud Aalborg, hvor der oftere ses højere skrøbelighedsniveau og forudgående hospitalsforløb. Indsatsen synes derfor særligt gavnlig for ældre med begyndende skrøbelighed, dvs. en gruppe i risiko for funktionstab, men endnu ikke akut behandlingskrævende. Det understreger betydningen af tidlig opsporing og rettidig indsats for at bevare funktionsevne og forebygge unødvendige indlæggelser.

Projektets resultater peger på, at effekten ikke alene skyldes de kliniske aktiviteter, men også den organisatoriske model med geriatriisk behandlingsansvar i kommunalt regi, tæt samarbejde med almen praksis og systematisk anvendelse af data og audits. Den løbende dataindsamling, evaluering og tværsektorielle audits bidrog til læring på tværs og identificerede både forbedringsområder og medvirkede til både udvikling og implementering af robuste og standardiserede fælles arbejds gange.

Projektets succes vurderes tæt forbundet med Aalborg Kommunes særlige rammer. Akuttilbud Aalborg er organiseret under sundhedsloven med sygeplejefaglig døgnbemanding, adgang til geriatriisk lægefaglig sparring og mulighed for laboratoriediagnostik via mobillab, dvs. rammevilkår, som ikke findes i alle kommuner. Betydningen af sådanne strukturelle forskelle bekræftes i nationale kortlægninger (VIVE, 2021; Sundhedsstyrelsen, 2022) og bør indgå i vurderingen af modellens overførbarehed og muligheder for skalering til andre kommunale kontekster.

Erfaringerne fra Aalborg viser et potentiale for at forankre geriatrisk behandling i kommunalt regi, men peger samtidig på, at strukturelle og organisatoriske forskelle mellem kommuner har stor betydning for, hvordan en sådan model kan implementeres.

Projektets væsentlige styrke vurderes at være den tværsektorielle ledelsesforankring, det brede medarbejderengagement og fælles målsætninger (Langley et al., 2009; Øvretveit, 2014). De systematiske PDSA-cykluser og audits styrkede desuden fælles forståelse af data og bidrog til læring og opbygning af lokal evalueringskapacitet (Laubek, 2024).

Begrænsningerne er primært det korte evalueringsvindue, et relativt lille patientantal og fraværet af kontrolgruppe. Resultaterne bør derfor tolkes med forsigtighed, men udgør samtidig et solidt grundlag for videre evaluering, implementering og national videndeling

6

Konklusion og anbefalinger

Indsatsen havde til formål at: 1) etablere fem kommunale geriatrike pladser med opstart januar 2025 med fuldt geriatrik lægefagligt behandlingsansvar, 2) sikre trygge og sammenhængende forløb for patienter og pårørende, 3) reducere unødvendige akutte indlæggelser samt 4) udvikle robuste samarbejdsstrukturer og arbejdsgange, der styrker patientsikkerhed, sammenhæng og kontinuitet. Evalueringen viser, at alle målsætninger er opfyldt og i flere tilfælde overstiger fastlagte mål.

1. Pladserne er etableret og velfungerende i drift med en stærk geriatrik og tværprofessionel faglighed samt standardiserede arbejdsgange og samarbejdsstrukturer på tværs af sektorer og fagprofessioner.
2. Patienter og pårørende oplever tilbuddet som både trygt, meningsfuldt og sammenhængende, og fremhæver særligt involvering i beslutninger om forløbets mål, som værdifuld og væsentlig. Samtidig viser evalueringen, at den tværfaglige indsats med patienternes mål som sigtepunkt – herunder sygepleje, mobilisering, ernæringsindsats og medicinsk behandling – er central for at stabilisere patienterne hurtigt, vedligeholde eller forbedre deres funktionsniveau og skabe et helhedsorienteret forløb. Samlet set viser vurderingerne, at 90% af opholdene havde nogen, stor eller meget stor værdi for patientens samlede forløb, enten gennem fysisk bedring, stabilisering, afklaring og samtidig forebyggelse af unødige indlæggelse.
3. Målsætningen om, at mindst 70 % af patienterne skulle undgå unødvendig genindlæggelse inden for 30 dage, blev fuldt opfyldt, idet 89 % undgik genindlæggelse, og ingen indlæggelser indenfor 0-30 dage efter opholdet blev vurderet som unødvendige. Evalueringen viser, at subakutte indlæggelser på kommunale geriatrike pladser kan samle udredning, behandling og planlægning i ét integreret og nært tilbud, der både afhjælper akutte problemstillinger og forebygger unødvendige hospitalsindlæggelser. Dette resultat markerer en betydelig kvalitetsgevinst for en målgruppe med kendt høj risiko for akutte kontakter og et generelt ønske om færrest mulige hospitalsindlæggelser, men derudover også en samfundsmæssig gevinst i form af mere effektiv og målrettet brug af sundhedsvæsenet ressourcer.
4. Praktiserende læger vurderer visitationen som både relevant og værdiskabende og oplever, at tilbuddet styrker det tværsektorielle samarbejde og letter koordineringen i komplekse forløb. Udvikling og implementering af faste arbejdsgange, fx målsamtale inden for 24 timer, fremtidsmøde før udskrivelse og epikrise samme dag, har været bærende elementer for

at sikre sammenhæng, tydelige forventninger og trygge overgange. Samtidig har strukturelle forudsætninger været afgørende for de gode resultater, fx adgang til døgnsygepleje, medicinskab og mobillaboratorium, klar ledelsesopbakning samt en systematisk forbedringskultur på tværs af kommune, hospital og almen praksis.

Samlet set bidrager projektet med væsentlig læring om, hvordan kommunalt forankret geriatrisk behandling kan implementeres sikkert og effektivt. Evalueringen viser, at:

- **Tværasektoriel forankring er en forudsætning for succes**, herunder at både faglige og ledelsesmæssige aktører har indflydelse og et fælles mandat.
- **Arbejdet med fælles data og audits styrker kvalitetsudviklingen**, fordi udfordringer identificeres systematisk og bliver genstand for fælles læring.
- **Faglighederne komplementerer hinanden**, og modeller som denne udnytter synergien mellem kommunal nærhed, almen praksis og hospitalets specialiserede kompetencer.
- **Standardiseret patient- og pårørendeinvolvering skaber tryghed og kvalitet**, særligt i forløb for skrøbelige ældre, hvor patientsikkerhed og forventningsafstemning er afgørende.

De samlede erfaringer ligger i naturlig forlængelse af internationale anbefalinger for integreret, community-baseret ældreomsorg og viser, at modellen kan være en væsentlig brik i udviklingen af fremtidens sundheds- og omsorgspladser. Samtidig peger projektet på centrale overvejelser ved en eventuel udbredelse, herunder lokale rammer, kapacitet, kompetencer, teknologi og økonomiske prioriteringer.

Samlet set viser projektet, at kommunalt forankret geriatrisk behandling kan levere trygge, sammenhængende og effektive forløb for skrøbelige ældre, samtidig med at belastningen af hospitalsvæsenet reduceres. Indsatsen udgør et solidt fundament for den videre udvikling af nære sundhedstilbud i Danmark og kan tjene som model for kommende sundheds- og omsorgspladser.

Anbefalinger

På baggrund af evalueringen anbefaler projektledelsen:

1. **Fastholdelse og konsolidering af driften af Geristri på kommunale pladser**, med fortsat opmærksomhed på tværfaglig kompetenceudvikling, løbende læring og justering - balanceret med stabil drift.
2. **Anvendelse af erfaringerne i udviklingen af sundheds- og omsorgspladser**, hvor kommunal geriatri kan blive en kernekomponent, der reducerer pres på hospitalerne.

3. **Afdækning af forudsætninger for udbredelse til andre kommuner**, herunder organisatoriske rammer, bemanning, nødvendige kompetencer og lokale variationer i befolkningssammensætning.
4. **Videreudvikling af den tværsektorielle forbedringskultur** gennem fælles data, fælles projekter og fælles læring, så kapaciteten til at håndtere komplekse ældreforløb styrkes nationalt.

7

Perspektivering

Geriatrici på kommunale pladser udgør et konkret eksempel på, hvordan visionerne om et mere nært, integreret og sammenhængende sundhedsvæsen kan omsættes til praksis for en sårbar patientgruppe, som vi i de kommende år vil se flere af.

Erfaringerne viser, at det er muligt at flytte aktivitet fra akut til subakut og fra hospital til kommunale rammer, samtidig med at patienternes oplevelse af tryghed, kvalitet og kontinuitet styrkes. Modellen illustrerer derved, at kommunalt forankret geriatrisk behandling – når den er understøttet af klare arbejdsgange, tværsektorielt samarbejde og specialiseret faglighed – kan fungere som et reelt alternativ til hospitalskontakt for en stor del af målgruppen.

Indsatsen er samtidig et eksempel på, hvordan intentionerne i sundhedsreformen kan realiseres gennem et tillidsbaseret, tværsektorielt samarbejde, hvor medarbejdere og lokale ledere sammen udvikler, tester og implementerer bæredygtige løsninger. Projektet har ikke blot skabt et nyt tilbud, men også opbygget kapacitet og en forbedringskultur, som kan understøtte fremtidige initiativer i det nære sundhedsvæsen i Aalborg.

Næste skridt

Det videre arbejde består dels i at konsolidere og videreudvikle modellen i Aalborg, dels i at undersøge, hvordan grundidéen kan skaleres til kommuner med andre geografiske, organisatoriske og demografiske forudsætninger. Som led heri har Sundhedsklynge Midt besluttet at igangsætte et samarbejde mellem Aalborg Universitetshospital, almen praksis og Jammerbugt Kommune om at afprøve en virtuel, geriatrisk forankret model på midlertidige pladser i et område med større afstand til hospitalet.

Modellen i Jammerbugt forventes udviklet i 2026 af en tværsektoriel projektgruppe, hvor ledere og fagpersoner fra midlertidige pladser, almen praksis og geriatrisk afdeling i fællesskab definerer indhold, organisering og evalueringsmetoder. Arbejdet vil tage udgangspunkt i kendte forbedringsmetoder, fælles data og systematisk læring på tværs af sektorer.

Perspektiv for Sundhedsklynge Midt og nationalt

Ved at kombinere nærværende evaluering og erfaringerne fra Aalborg og sidenhen Jammerbugt får Sundhedsklynge Midt et stærkere beslutningsgrundlag for, hvordan geriatrisk kompetence fremover kan bringes tættere på borgeren – både i bynære områder og i kommuner med større geografiske udfordringer. Indsatsen bidrager samtidig til den langsigtede udvikling af nære sundhedstilbud og understøtter ambitionerne om et sundhedsvæsen, der i højere grad leveres dér, hvor borgerne bor og lever deres levede og fulde liv.

På nationalt niveau tilbyder denne evaluering og de fremtidige erfaringer et konkret bud på, hvordan visionerne i sundhedsreformen kan operationaliseres i praksis. Modellen illustrerer, at kommunalt forankret geriatrisk, tværfaglig og helhedsorienteret behandling – når den er understøttet af tydelige arbejdsgange, fælles data, tværsektorielt samarbejde og specialiserede kompetencer – kan aflaste hospitalerne, styrke kontinuiteten og øge kvaliteten for en patientgruppe med kendt høj kompleksitet. Erfaringerne vil desuden bidrage med viden om, hvordan både bykommuner og yderområder kan udvikle løsninger, der bringer specialiseret viden og helhedsorienterede indsatser tættere på borgeren, når indsatsen tilpasses lokale forudsætninger.

Dels behovet for fælles tværgående ledelse, klare organisatoriske rammer og opbygning af kapacitet og kompetencer på tværs af kommune, hospital og almen praksis. Men i høj grad også nødvendigheden af at involvere og samarbejde tæt med patienter og pårørende både på borgerniveau i de konkrete forløb, men også i samskabende processer med et udviklings- evaluering- og læringsperspektiv. Denne viden kan bruges i det videre nationale arbejde med at udvikle fremtidens sundheds- og omsorgspladser og sikre, at geriatrisk ekspertise bliver en integreret del af det nære sundhedsvæsen – til gavn og værdi for borgerne.

8

Litteraturliste

Basinska, K., et al. (2022). Implementation of a complex intervention to reduce hospitalisation in nursing home residents: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 22, 772. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03446-4>

Laubek, C. & Beckermann, R. M. (2021) *Patientinventering i akutmodtagelserne i Region Nordjylland. Er rette patient på rette sted på rette tidspunkt?*

Laubek, C. & Beckermann, R. M. (2022) *Patientinventering på korte indlæggelser i Akutte Modtageafsnit i Region Nordjylland: Er rette patient på rette sted på rette tidspunkt?*

Beckermann, R.M. & Laubek, C. (2025). *Sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens: Et tværsektorielt samarbejde mellem Aalborg Universitetshospital, almen praksis og Aalborg Kommune*. Aalborg: Aalborg Universitet.

Buurman, B.M., Hoogerduijn, J.G., de Haan, R.J., Abu-Hanna, A., Lagaay, A.M., Verhaar, H.J., Schuurmans, M.J. and de Rooij, S.E., 2011. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. *PLoS ONE*, 6(11), e26951. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0026951>

Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, O., Harwood, R.H., Conroy, S.P., Kircher, T., Somme, D., Saltvedt, I., Wald, H., O'Neill, D. & Gordon, A.L. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD006211. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3>

Frølich, A. & Stockmarr, A. (2022). *Multisygdom i Danmark: Beskrivelse af sygdomsclustre og social ulighed*. Slagelse: Videns- og forskningscenter for multisygdom og kronisk sygdom, Slagelse Sygehus, Region Sjælland. ISBN 978-87-973129-2-6.

Goethals, L., Anthierens, S., Van Assche, D., Degryse, J. & De Lepeleire, J. (2023). Decreasing hospitalizations through geriatric hotlines: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 23, 410. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04210-3>

Langley, G.J., Moen, R., Nolan, K.M., Nolan, T.W., Norman, C.L. & Provost, L.P. (2009). *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Laubek, C. (2024). *Opbygning af inter-organisatorisk evalueringskapacitet: Et dansk case-studie af evalueringsprocesser på mikroniveau mellem hospital, de praktiserende læger og kommune*. Aalborg University Open Publishing. <https://doi.org/10.54337/aau700609747>

Laubek, C. & Beckermann, R. (2021). *Patientinventering i akutmodtagelserne i Region Nordjylland: Er "rette patient på rette sted på rette tidspunkt"?* Aalborg: Aalborg Universitet.

Lægeforeningen (2023). *Arbejdskraftanalyse 2023: Fremskrivning af behovet for sundhedspersonale 2021–2045*. København: Lægeforeningen.

Møller, S.P., Laursen, B., Johannesen, C.K. & Schramm, S. (2019). *Multisygdom i Danmark*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. ISBN 978-87-7899-444-8

Philp, I., Mills, K.A. & Long, J.F. (2013). Reducing hospital bed use by frail older people: results from a systematic review of the literature. *International Journal of Integrated Care*, 13(4), e048. <https://doi.org/10.5334/ijic.1148>

Røstad, T., Garåsen, H., Bjugan, H. & Sletvold, O. (2019). Intermediate care in nursing home after hospital admission: a randomized controlled trial with one year follow-up. *BMC Research Notes*, 12, 444. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4477-9>

Sundhedsstyrelsen (2022). *Kommunale akutfunktioner – status og udviklingsperspektiver*. København: Sundhedsstyrelsen.

Van Grootven, B., Flamaing, J., Dierckx de Casterlé, B., Dubois, C., Fagard, K., Herregods, M.C., Hornikx, M., Laurent, M., Sermon, A., Deschodt, M. and Dierckx, R., 2020. Predicting hospitalisation-associated functional decline in older patients. *BMC Geriatrics*, 20(1), p. 210. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01510-1>

VIVE (2021). *Det kommunale akutområde: Kortlægning af midlertidige pladser, akutpladser og akutfunktioner*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

VIVE (2023). *Kommunale akutfunktioner – udvikling, organisering og samarbejde*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

WHO (2017). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Geneva: World Health Organization.

Øvretveit, J. (2014). Understanding and improving quality improvement through “implementation research”. *BMJ Quality & Safety*, 23(1), 48–55. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002781>

9

Bilag

Bilag 1: Projektbeskrivelse *Geriatrici på kommunale pladser, opdateret d. 7. februar 2025.*

Baggrund
Med den demografiske udvikling stiger antallet af ældre og multisyge, som er i risiko for hospitalsindlæggelser. I Aalborg viser patientinventeringer og tværsektorielle audits⁶, at unødige indlæggelser på Aalborg Universitetshospital medfører stor risiko for komplikationer og reduceret funktionsniveau for den enkelte borger. Specifikt for Aalborg angives i en rapport fra 2021, at for 40% (n=43) af patienternes kontakt til Akutmodtagelsen blev det vurderet, at kontakten ikke havde værdi for patientens samlede forløb og 42% af disse forløb kunne være varetaget i primær sektor – under forudsætning af bl.a. mere struktureret tværsektorielt samarbejde. En tværsektoriel indsats i Aalborg kaldet "Sub-akut Udkørende Geriatrisk Ambulatorium" (SUGA), har vist positive resultater i forhold til at undgå (gen)indlæggelser af netop ældre og multisyge borgere. Ovenstående danner grundlag for nye tanker i Sundhedsstyregruppen Aalborg om pladser i kommunalt regi, hvor regionale geriatriske læger har det lægefaglige ansvar for udredning, behandling og opfølgning i patienternes forløb. Indsatsen udvikles i et tæt samarbejde mellem Aalborg Universitetshospital, Aalborg kommune og Almen praksis.

Formål
Formålet er overordnet set at skabe bedre forløb for ældre og skrøbelige mennesker, herunder minimere risikoen for unødvendig udredning, overbehandling og efterfølgende hospitalsophold. Hertil at udvikle samarbejdsstrukturer og arbejdsgange, som fremmer patientsikkerhed og kontinuitet i borgernes forløb.

⁶ Laubek & Beckermann 2021, 2022.

Elevatortale
Geriatrici på kommunale pladser er et nyt tilbud til ældre, skrøbelige borgere i Aalborg Kommune, der har behov for pleje, men kan undgå unødvendige hospitalsindlæggelser. Projektet giver mulighed for et ophold på kommunens akutpladser i stedet for på hospital, med daglig stuegang fra en geriatricisk læge, som sikrer et helhedsorienteret forløb. Tilbuddet er et samarbejde mellem kommune, praktiserende læger og hospital, hvor patienten får adgang til et tværfagligt team – fx. ergoterapeuter, fysioterapeuter, diætist, læger og sygeplejersker – der samarbejder med patienten og dennes pårørende for at forbedre patientens livskvalitet og funktionsevne. Målet er at støtte borgeren i at bevare et meningsfuldt og aktivt hverdagsliv - så vidt muligt, samtidig med at vi forebygger unødvendige akutte indlæggelser.

Indsats
En ny indsats, Geriatrici på kommunale pladser, vil indeholde sub-akut geriatricisk helhedsorienteret udredning, behandling og opfølgning til udvalgte borgere. Geriatriciske læger vil lave daglig stuegang og have det lægefaglige behandlingsansvar under hele patientens ophold. Dette adskiller sig fra SUGA, der er en ambulant funktion, hvor geriatriciske læger kun er til stede t 2 dage ugentligt. Indsatsen omfatter yderligere, at APN-sygeplejersker og øvrige sygeplejersker i Akuttilbud Aalborg har direkte adgang til en medicinsk bagvagt i aften/nat/weekend. Praktiserende læger kan henvise udvalgte særligt sårbare borgere til disse ophold. Formålet med Geriatrici på kommunale pladser er at skabe bedre forløb for målgruppen, minimere risikoen for unødvendige udredninger, overbehandling og efterfølgende hospitalsophold, samt give de praktiserende læger og sundhedsprofessionelle i kommunen en direkte adgang til geriatriciske lægefaglige kompetencer. Akutte indlæggelser på Aalborg Universitetshospital vil fortsat være første valg, i de tilfælde hvor der er mistanke om brud, behov for kirurgiske indgreb og lignende. Indsatsen pilottestet på op til 5 pladser på Akuttilbud Aalborg med henblik på vurdering af skaleringspotentiale.

Målgruppe
Subakutte, skrøbelige patienter over 65 år med faldende funktionsniveau og faldende CFS hvor praktiserende læge har forventning om forløb med høj risiko for unødige ind-/genindlæggelse på hospital.

Eksklusionskriterier:

- Patienter med akutte tilstande der kræver akut indlæggelse på hospital.
- Patienter med forløb på en/et højspecialiseret afdeling/ambulatorium på hospital med behov for tilsyn herfra.
- Patienter i terminalt forløb/døende.
- Plejhjemsbeboere.
- Patienter med aktivt misbrug.

Mål/Gevinster

Indsatsen forventes at bidrage til mål jf. Sundhedsstyregruppen Aalborgs arbejdsgrundlag⁷ på følgende parametre:

En mere integreret tværsektoriel indsats forventes at få effekt ved, at patienten oplever:

- Sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer
- Rettidig udredning og behandling tæt på hjemmet
- Ydelser leveres af fagfolk med de rette kompetencer
- Færre forebyggelige indlæggelser

Effekterne opnås ved at det integrerede sundhedsvæsen flytter aktivitet, sådan at:

- Aktivitet flyttes fra akut til sub-akut
- Aktivitet flyttes fra vagttid til dagtid
- Aktivitet flyttes fra hospital til kommunalt tilbud understøttet af almen praksis
- Aktivitet flyttes fra parallelle forløb til integrerede forløb

De specifikke mål i relation til ovenstående defineres konkret af arbejdsgruppen⁸.

Forventede leverancer**1) Et tværsektorielt samarbejde omkring fem Kommunale Geriatripladser på Akuttilbud Aalborg.**

Muligheder for opskalering beror på:

- a) evaluering af samarbejdet og effekten af de fem pladser,
- b) intern afklaring i Aalborg kommune og

⁷ Jævnfør Sundhedsstyregruppens Aalborgs visioner for det tværsektorielle samarbejde (Sundhedsstyregruppen 2019)

⁸ Ibid.

c) samarbejdsaftaler mellem Aalborg Universitetshospital og Aalborg kommune.

2) **En afsluttende skriftlig afrapportering** målrettet Sundhedsstyregruppen Aalborg jf. evalueringsdesignet.

3) Projektnære leverancer

- Geriatrisk undervisning af plejepersonale i Akuttilbud Aalborg
- Målgruppebeskrivelse, in- og eksklusionskriterier
- Flowchart ift. henvisningsprocedure
- Henvisningsskabelon til almen praksis til formidling via Nord-KAP
- Modtageark – arbejdsgangsbeskrivelse for modtagelse af patienter på Kommunale Geriatripladser
- Arbejdsgangsbeskrivelse for tværsektoriel stuegang
- Arbejdsgangsbeskrivelse for målsamtale
- Arbejdsgangsbeskrivelse for fremtidsmøde
- Flowchart med arbejdsgangsbeskrivelse ved forværring i patientens tilstand
- Instruks for regionalt medicinskab på Kommunale Geriatripladser
- Instruks for medicinskabskoordinerende
- Rammeaftale for delegation af diagnostiske procedurer og PN-medicin
- Procedure for rekvirering af billeddiagnostik på Kommunale Geriatripladser
- Flowchart for behandling af obstipation
- Iltbehandling på Kommunale Geriatripladser
- Terapi på Kommunale Geriatripladser
- Arbejdsgangsbeskrivelse for registrering af udlagte patienter på Kommunale Geriatripladser
- Koder og numre ift. Geriatri på kommunale pladser
- Geriatri på kommunale pladser - Vejledning Hospital
- Arbejdsgangsbeskrivelse for bestilling af transport til Kommunale Geriatripladser
- Arbejdsgangsbeskrivelse ved ligsyn
- Arbejdsgang for bestilling af utensilier
- Informationsmateriale til almen praksis, patienter og pårørende og Den Præhospitale Virksomhed.
- Ophæng af medicinskab på Akuttilbud Aalborg
- Mulighed for diagnostik via blodprøver, blærescanning og mulighed for hurtig ambulant tid til billeddiagnostik
- Løbende evaluering af indsats gennem testperioden

- Flowdiagram og arbejdsgangsbeskrivelse af det fremtidige patientforløb herunder udvikling af:
 - o Kompetencer ift. geriatriske patienter – undervisning via geriatrien i kommunalt regi
 - o Dokumentationspraksis
 - o Samarbejdsaftaler med placering af behandlingsansvar
 - o Juridiske aftaler

- 4) IT-løsninger
 - IT-markør ift. at patienterne er i kommunalt regi under regionalt behandlingsansvar (EPJ/EOJ-leverance)
 - Deling af data/dokumentation på tværs
- 5) Sundhedsøkonomiske evalueringer

Organisering

Projektejere

- Sundhedsstyrelsen Aalborg

Sponsorgruppe

- Lisbeth Lagoni, Sygeplejefaglig direktør, Aalborg Universitetshospital
- Jan Nielsen, Direktør Senior og Omsorg, Aalborg Kommune
- Mette Bolvig, Formand PLO – K, Aalborg Kommune

Følgegruppe

- Mette Bolvig, Formand, PLO Aalborg Kommune
- Jan Nybo, Overlæge, Chef for det Nære Sundhedsvæsen, Aalborg Universitetshospital
- Helen Kæstel, Sygeplejefaglig chef Aalborg Kommune
- Lis Bjerregaard Riahi, Konstitueret Vicedirektør, Aalborg Universitetshospital
- Charlotte Laubek, Strategisk konsulent Aalborg Kommune
- Rikke Beckermann, Specialkonsulent Aalborg Universitetshospital

Tværasektoriel projektledelse

- Charlotte Laubek, Strategisk konsulent Aalborg Kommune
- Rikke Beckermann Specialkonsulent Aalborg Universitetshospital

Aalborg kommune

- Mette Bang, leder Akuttilbud Aalborg
- Pernille Marie Andersen, Sygeplejerske, Akuttilbud Aalborg
- Malene Bæk Jakobsen, APN-sygeplejerske, Det Nære Sundhedsvæsen i Aalborg kommune
- Birgitte Højlund Mogensén, Sygeplejerske, Akuttilbud Aalborg
- Kamilla Dahl Sigsgaard, Sygeplejerske, Akuttilbud Aalborg
- Christina Clemmensen Møller, SSA, Akuttilbud Aalborg
- Maria Molbech Jørgensen, SSA, Akuttilbud Aalborg
- Anni Martine Jensen, Sygeplejerske, Akuttilbud Aalborg
- Dorthe Juel Larsen, konstitueret leder i Udskrivningsenheden
- Bettina Hedegaard Nielsen, Ergoterapeut, AAK – Ergo- og Fysioterapien

- Lenette Skov, Visitator, AAK-Myndighed
- Lene Odgaard Andersen, Sygeplejerske, Fælles TR, Aalborg Kommune
- Kimie Tranekjær Overgaard, Diætist Aalborg Kommune
- Kasper Nielsen, Fysioterapeut, Træningsenheden Aalborg kommune/brøkansættelse på Aalborg UH
- Peter Dahl Fysioterapeut, Træningsenheden Aalborg kommune/ brøkansættelse på Aalborg UH
- Camilla Bro Stoffersen, Myndighed, Aalborg Kommune

Almen praksis

- Morten Koldsø, Praksiskonsulent KBA og alment praktiserende læge
- Jacob Klitkou, alment praktiserende læge

Aalborg Universitetshospital

- Anette Ørtoft, Pårørenderepræsentant og rådgiver indenfor patient- og pårørendeinddragelse, Aalborg UH
- Óskar Valdórsson, afdelingslæge, geriatrisk afdeling
- Liudmila Lorentzen, Ledende overlæge i geriatrisk afdeling
- Dmitri Zintchouk, Overlæge i geriatrisk afdeling
- Iben Boller Villadsen, konstitueret ledende oversygeplejerske, geriatrisk afdeling
- Pia Thomsen, geriatrisk sygeplejerske
- Louise Ahnfeldt Bøggild, sekretær i geriatrien
- Terese Tvilling Grønkjær, sekretær i geriatrien
- Rikke Skuldbøl, Chefsygeplejerske ATC
- Tilde Giehm, projektansvarlig radiograf, Aalborg Universitetshospital
- Jannie Kristine Bang Gram, Udviklings- og forskningsansvarlig, DPV
- Camilla Wesenberg Holm Andersen, Funktionsansvarlig bioanalytiker
- Anny Birkeholm, IT-koordinator, Aalborg Universitetshospital
- Lene Hejndorf, registreringskonsulent, registreringsenheden, Aalborg UH.
- Michael Flyvholm Kvols, Ledende Terapeut, Ergo- og fysioterapien, Aalborg UH

Risikoanalyse

Projektledelsen laver i samarbejde med Følgegruppen en præ-mortem analyse. Resultaterne heraf integreres i tids- og aktivitetsplanen.

Tids- og aktivitetsplan

Tidsplanen er tentativ og følger regionens overordnede bølgemodel og Sundhedsstyregruppen Aalborgs skabelon for tværsektorielle forbedringsprojekter. Projektfasen løb fra august 2024 til og med maj 2025.

Proces og metodik
Samarbejdet og processen tager udgangspunkt i forbedringsmetoden, som er en enkel og anvendelig metode til implementering af forandrings- og forbedringsprocesser. Gennem PDSA (Plan, Do, Study, Act) småskalaafprøvninger, opsamles, evalueres og justeres viden og tiltag løbende, inden ændringer og tiltag implementeres i større skala. Der lægges vægt på en høj grad af medarbejderinvolvering og medbestemmelse i alle faser af processen, samt tværsektoriel ledelsesunderstøttelse.

Budget og ressourcer
Budgetforslag er godkendt på Sundhedsstyregruppens møde d. 20. juni 2024 og følgende er ført til referat: <i>Tentativ projektbeskrivelse og budgetudkast godkendes. Det forventes at de første 200.000 kr til projektet finansieres af klyngemidler (Her er der givet kr. 165.000, -). Hvis der bliver behov for de resterende 200.000 kr., finansieres disse ligeligt mellem Senior & Omsorg og Aalborg Universitetshospital.</i>

Forskning
Der er indgået aftale om at forskningsassistance ved behov kan indhentes fra: Almen Medicin: Janus Laust Thomsen, klinisk professor ved Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet og Seniorforsker Camilla Klinisk Sygepleje AAUH: Mette Grønkjær, Professor og Forskningsleder Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital & Klinisk Institut, Aalborg Universitet. Geriatric AAUH: Stig Andersen Cheflæge, ph.d., professor ved Geriatrik afdeling, Aalborg Universitetshospital og klinisk koordinator ved lægeuddannelsen, Aalborg Universitet og Dmitri Zintchouk, Overlæge, Ph.d. Geriatrik afdeling, Aalborg Universitetshospital Aalborg Universitet: Professor Birthe Dinesen Aalborg Universitet/Aalborg Kommune: Charlotte Laubek, Post. Doc. Ph.d. Senior og Omsorg, Aalborg Kommune.

Evaluerings af projektet
Projektet evalueres både formativt og summativt og med anvendelse af kvalitative og kvantitative metoder. Evalueringsdesignet udformes i samarbejde med arbejdsgruppe og følgegruppe og godkendes i Sundhedsstyregruppen Aalborg.

Kommunikationsplan

Der udsendes løbende status på projektets fremdrift, udfordringer og resultater. Dette gøres detaljeret til Projektgruppe med Følgegruppe og cc. gruppen på cc. – efter hvert projektmøde og audit. En mindre detaljeret status sender tilsvarende til Sponsorgruppen med Følgegruppen og cc. gruppen. Der udarbejdes en afsluttende skriftlig afrapportering målrettet Sundhedsstyrelsen Aalborg jf. evalueringsdesignet efter afslutning på testperioden der løber frem til d. 22/5 – 2025.

Bilag 2: Fælles visioner og arbejdsgrundlag for Sundhedsstyrelsen Aalborg

Det integrerede sundhedsvæsen – tæt på borgeren! opdateret d. 19. maj 2022

1. Et mere integreret tværsektorielt samarbejde

Der foregår et paradigmeskifte i det danske sundhedsvæsen, hvor en langt større del af sundhedsydelserne kommer til at foregå i tæt samarbejde med borgeren i borgerens nærmiljø varetager af kommuner, almen praksis og hospital. Denne udvikling kalder på en styrkelse af den tværgående ledelse, organisering og økonomiske model for vores sundhedsvæsen, i forhold til at skabe et mere sammenhængende, omkostningseffektivt, patientsikkert og integreret system til gavn for borgeren.

Aalborg Kommune, Region Nordjylland/Aalborg Universitetshospital, Somatik og Psykiatri og Almen Praksis i Aalborg ønsker at være helt i front på udvikling, og er parate til at gribe de muligheder, som introduktion af nye økonomiske og organisatoriske rammer giver. Derfor har Aalborg kommune, Region Nordjylland/Aalborg Universitetshospital, Somatik og Psykiatri, og Almen Praksis aftalt at arbejde tæt sammen om at udfordre de eksisterende rammer, for at kunne give borgerne så optimale tilbud som muligt.

Vi har en fælles ambition om at bevæge os mod et mere integreret sundhedsvæsen med fokus på fælles drift, fælles ledelse og fælles økonomi. Patienterne skal opleve et sundhedsvæsen hvor forløbene er velkoordinerede og nøje individuelt tilpasset den enkelte. Patienterne skal således have rettidig og koordineret pleje, behandling og rehabilitering af høj kvalitet. Vi tror på, at dette vil skabe større værdi for borgeren/patienten, og på, at vi på den måde kan udnytte de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet bedre.

2. Fælles vision

Vores fælles vision er at skabe et stærkere integreret sundhedsvæsen, som arbejder smidigt på tværs af hospital, kommune og almen praksis. Opgaveløsningen skal ikke begrænses af silogrænser og økonomisk kassetænkning - vores samlede ressourcer skal netop bruges der, hvor de gør mest gavn for patienten. Vi vil give mulighed for at trække på hinandens ressourcer, viden og ekspertise.

3. Fælles forbedringsprojekter

Arbejdet med at omsætte visionen til praksis sker i en række udviklingsprojekter, der sigter mod opnåelse af patientrettede effekter, samtidigt med at LEON princippet holdes i hævd.

Fælles for projekterne er, at der fokuseres på styrkelse af det tværsektorielle samarbejde omkring det enkelte patientforløb for at sikre, at patienten behandles rettidigt, korrekt og med mindst mulig indgriben i den enkeltes liv.

En mere integreret tværsektoriel indsats forventes at få effekt ved, at patienten oplever:

- Sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer
- Rettidig udredning og behandling tæt på hjemmet
- Ydelser leveres af fagfolk med de rette kompetencer
- Færre forebyggelige indlæggelser

Effekterne opnås ved at det integrerede sundhedsvæsen flytter aktivitet, sådan at:

- Aktivitet flyttes fra akut til sub-akut
- Aktivitet flyttes fra vagttid til dagtid
- Aktivitet flyttes fra højere til lavere specialiseringsniveau
- Aktivitet flyttes fra hospital til kommunalt tilbud understøttet af almen praksis
- Aktivitet flyttes fra parallelle forløb til integrerede forløb

Alle medlemmer af Sundhedsstyregruppen har mulighed for at rejse problemstillinger som opleves som relevante, også selvom projektmålene ligger udenfor de beskrevne effekter.

4. Fælles ledelse

Til at lede "Det integrerede sundhedsvæsen – tæt på borgeren" etableres Sundhedsstyregruppe Aalborg, som har ansvaret for at løfte samarbejdet på en måde, så der udvikles integrerede løsninger tæt på borgerne og sammen med borgerne.

Sundhedsstyregruppe – Aalborg igangsætter fælles forbedringsspor, tildeler fælles ressourcer og økonomi til arbejdet, følger fremdriften og tager stilling til implementering og spredning af resultater af forbedringsarbejdet.

Organiseringen kan illustreres således:

Sundhedsstyregruppe -Aalborg mødes 4 gange årligt. Der aftales formandskab for 1 år ad gangen. Formandskabet går på skift mellem et regionalt og et kommunalt medlem.

Fra Aalborg Kommune deltager direktører og topledelse fra Senior & Omsorg, Job & Velfærd, Sundhed & Kultur samt Børn & Unge.

Fra Region Nordjylland deltager direktører og topledelse fra den regionale fælles administration, Aalborg Universitetshospital Somatik og Psykiatri.

Fra Almen Praksis deltager formand og næstformand i PLO-K.

Fælles sekretariatsbetjening

Der nedsættes et lille sekretariat, der står for de administrative opgaver i forbindelse med afviklingen af møderne i Sundhedsstyregruppen. Sekretariatet står for samarbejdet mellem Sundhedsstyregruppen og det forbedringsarbejde der foregår i sporene, samt opsamler relevante emner fra styregruppens medlemmer, som skal dagsordensættes. Den aktuelle formands administration udarbejder dagsorden og referat fra mødet i samarbejde med det øvrige sekretariat.

Tværsektoriel forbedringsenhed

I den tværsektorielle forbedringsenhed samles projektledelserne fra de igangværende udviklingsspor. Her kan synergier mellem sporene drøftes og der kan spares om metoder og tilgange i forbedringsarbejdet, samt forberedes afrapporteringer på fremdriften i udviklingssporerne til sundhedsstyregruppen.

5. Fælles model for forløb af forbedringsprojekter

Når Sundhedsstyregruppen har besluttet at igangsætte et forbedringsprojekt, følger hvert projekt helt overordnet samme proces. Forbedringsprojekter som er egnede til denne proces har ofte en uklar problemstilling, hvor løsningen ikke er givet og involverer mindst to af de tre parter repræsenteret i Sundhedsstyregruppen. Det vil således ikke være alle igangsatte projekter der følger denne proces.

Ved forbedringsprojekter identificerer styregruppen et overordnet område med udviklingspotentiale, man ønsker adresseret. Der nedsættes en projektgruppe, der definerer de konkrete mål og indsatser inden for rammen.

Indenfor hvert aftalt projekt nedsættes en projektgruppe, hvis arbejde understøttes af en delt projektledelse mellem region og kommune. Projektgruppen sammensættes med repræsentanter fra alle relevante grupper, som i deres daglige virke er tæt på målgruppen, dvs. fra kommune, region, almen praksis, patient- og pårørenderepræsentanter. Projektgruppen får til opgave at afsøge problemfeltet med relevant dataindsamling af både kvalitativ og kvantitativ karakter – alt efter det vurderede behov. Det kan være datatræk, interviews, audits, observationer af forløb.

Herefter formulerer projektgruppen de konkrete projektmål og får disse godkendt i Sundhedsstyregruppen, sammen med et bud på en økonomisk ramme. Herefter besluttet en fælles finansieringsramme for udviklingsprojektet.

Efter godkendelse af procesmål og økonomisk ramme udvælges specifikke PDSA'er som afprøves i småskala og løbende tilrettes og skaleres op, efterhånden som den ønskede effekt indtræder. Der gives løbende tilbagemelding til Sundhedsstyregruppen. Samlet set forventes denne proces at tage ca. 1. år.

Forløbet i et igangsat spor kan overordnet skitseres således:

Procestrin	Tid
Projektstart	Måned 0
	Godkendelse i Sundhedsstyregruppen
Udpegning af projektledelse fra region og kommune	Måned 1
Nedsættelse af udviklingsgruppe	Måned 2
Afsøgning af problemfelt - kvalitativt og kvantitativt	Måned 3
Fastsættelse af projektmål og fælles økonomisk-ramme	Måned 4
	Godkendelse i styregruppen
Fastlæggelse af områder til test	Måned 5
Afprøvning i småskala, justering og løbende opskalering	Måned 6-11
Løbende opfølgning på projektmål	
Afrapportering og evaluering	Måned 12
	Afrapportering til Sundhedsstyregruppe

Bilag 3: Budget for Geriatri på kommunale pladser

Driftsudgifter til Geriatri på kommunale pladser efter projektperiodens udløb pr. 31.05.2025 (inkl. sommerferielukning i juli måned)

Ydelse	Indsats	Driftsudgifter 2025 (01.06.2025 - 31.12.2025)	Driftsudgifter 2026
Rengøring	0,5 stilling Grundet øget patient flow og deraf følgende større behov for rengøring af patientsstuer mv.	110.000	220.000
Ergoterapi	0,5 stilling Patientgruppen har et faldende funktionsniveau og samtidig potentiale for at profitere af aktiv træning	140.000	280.000
Sygepleje	0,5 stilling Grundet øget patient flow og deraf større behov for sygeplejefaglig udredning og helhedsvurdering mv.	152.500	305.000
Fysioterapi	0,3 stilling Patientgruppen har et faldende funktionsniveau og samtidig potentiale for at profitere af aktiv træning	70.000	140.000
Diætist	0,15 stilling Målgruppen viser sig at profitere sig af en målrettet ernæringsindsats	35.000	70.000
Sekretær	0,5 stilling Sekretærstilling til sikring af fortsat høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen	130.000	260.000
Geriater	0,5 stilling Geriater er frem til juni 2025 fuldt finansieret af Regionale puljemidler. Fra sommeren 2025 skal 0,5 af nuværende stilling deles med øvrige nordjyske kommuner. Deraf behov for 0,5 stilling til drift af pladserne.	252.500	505.000
Forbrugsomkostninger og uforudsete udgifter	Fælles pulje til uforudsete udgifter.	50.000	100.000
Finansierungsbehov		940.000	1.880.000
Projektmidler		200.000	0
Finansierungsbehov i alt		740.000	1.880.000

Bilag 4: Auditskema: Læringsorienteret og tværsektoriel audit på patientforløb i Geriatri på kommunale pladser

I auditskemaet spørges ind til perioden før, under og efter ophold. I det følgende ses diverse spørgsmål hvortil der under audit kan svares ja eller nej og tilføjes en uddybende kommentar.

Auditspørgsmål. Patientforløb i Geriatri på kommunale pladser:

Før ophold:

1. Hvad er årsagen til at patienten visiteres til opholdet?
2. Hvad karakteriserer patientens subakutte tilstand?
3. Er patienten kendt i den kommunale sygepleje inden opholdet?
4. Er patienten kendt i hjemmeplejen inden opholdet?
5. Er der igangsat indsatser i primær sektor målrettet den **subakutte tilstand** patienten visiteres på baggrund af? Hvis ja, hvilke?
6. Er der igangsat **initiativer i primær sektor** målrettet patientens faldende funktionsniveau, indenfor det sidste år? Hvis ja, hvilke (f.eks. træning efter SEL § 86 eller 83a eller GOP efter Sundhedsloven § 140 efter en indlæggelse)
7. Har patienten været indlagt eller haft en hospitalskontakt i modtagelsen indenfor det seneste år? Hvis ja, angiv årsag

Under ophold:

1. Er patienten indenfor **målgruppen/henvisningskriterierne**? Hvis nej – hvordan afviger patienten herfra?
2. Hvilken **pleje- og behandling** er igangsat under opholdet?
3. Er der igangsat **ergo/fysioterapeutiske indsatser** under opholdet? F.eks. dysfagi-screening, holdtræning, individuel træning eller lign.
4. Er der under opholdet foretaget en **vurdering af patientens ernæringstilstand**?
5. Er der igangsat en **ernæringsindsats** målrettet patientens behov?
6. Er der under opholdet ordineret en **genoptræningsplan**?
7. Er patientens **behandlingsniveau- og behandlingsloft** dokumenteret?
8. Har patienten været transporteret til **diagnostik på hospitalet** under opholdet? F.eks. røntgen, CT, MR- scanning
9. Har patienten været transporteret til **behandling under opholdet**, til f.eks. IV-jern, IV blodtransfusion eller andet?
10. Hvis ja - kunne behandlingen have været varetaget på de geriatiske pladser – hvis omstændighederne havde været dertil? Uddyb under hvilke omstændigheder
11. Har patienten været **indlagt under opholdet**?
12. Hvis ja - Skete indlæggelsen i dag- aftenstid og eller weekendtid?
13. Er **epikrisen afsendt rettidigt til almen praksis** ved udskrivelsen?

Efter ophold

1. Har der været kontakt via **72 timers behandlingsansvar**? Hvis ja - hvad omhandler kontakten?
2. Har der været kontakt **til egen læge** efter opholdet **indenfor de 72 timer**? Hvis ja - hvad omhandler kontakten?
3. Er der lavet en **Sygeplejefaglig Udredning (SFU)** indenfor en uge efter opholdet ophør?
4. Er der lavet en **opfølgende samtale** med **visiterende koordinator efter 7 dage**?
5. Er der lavet en **opfølgende samtale med egen læge efter 14 dage**?
6. Er der **bevilliget yderligere kompenserende hjælp og/eller pleje** (SUL + SEL f.eks. bad, rengøring m.m.) efter opholdet? Hvis ja, hvilken hjælp? Hvis nej – hvorfor ikke og kunne der have været behov for kompenserende hjælp?
7. Er der igangsat **træningsindsatser efter opholdet**? Hvis ja – angiv hvilke?
 - § 84 – Genoptræningsplan ved udskrivning fra sygehus. (Regionsrådet skal tilbyde en genoptræningsplan til patienter med behov for genoptræning efter udskrivning)
 - § 140 – Kommunal vederlagsfri genoptræning. Kommunen skal tilbyde vederlagsfri genoptræning til borgere med et lægefagligt begrundet behov efter udskrivning fra sygehus.
 - § 86, stk. 1 – Genoptræning for voksne. Kommunen skal tilbyde genoptræning til personer, der har en fysisk funktionsnedsættelse pga. sygdom, som ikke er behandlet under sygehusindlæggelse
 - § 86, stk. 2 – Vedligeholdelsestræning Kommunen skal tilbyde hjælp til at vedligeholde fysiske eller psykiske færdigheder til borgere med behov
 - SEL § 83a
 - DigiRehab
 - Andre indsatser?
8. Hvor lang tid går der **fra opholdets afslutning til træningsindsatsen** igangsættes?
9. Har patienten været til **ambulante undersøgelser, behandling eller diagnostik efter opholdets afslutning** (op til 30 dage efter opholdets afslutning)? Hvis ja, angiv årsag
10. Har patienten haft **akutte kontakter til hospitalet efter opholdet afslutning** (op til 30 dage efter opholdets afslutning)? Hvis ja – angiv årsag
11. Hvis ja i spørgsmål 30 - Var **indlæggelsen** efter jeres fælles bedste faglige vurdering nødvendig? Angiv årsag og uddyb i kommentarfeltet
12. Kunne evt. **hospitalsindlæggelse efter opholdet have være erstattet af behandling/pleje i primær sektor** – efter jeres bedste faglige fælles vurdering? Hvis ja, uddyb
13. Hvilken **værdi har opholdet på kommunal geriatrisk plads bidraget med for patientens samlede forløb** - ud fra jeres fælles bedste tværfaglige og tværsektorielle vurdering?
 - Meget stor
 - Stor
 - Nogen
 - Lille

- Ingen
14. Hvilken **læring** kan uddrages af patientforløbet?
- Hvad har fungeret godt? Hvor ser I muligheder for forbedring?

Bilag 5: Dokumentsamling

Dokumentsamlingen kan rekvireres ved henvendelse til projektledelsen.