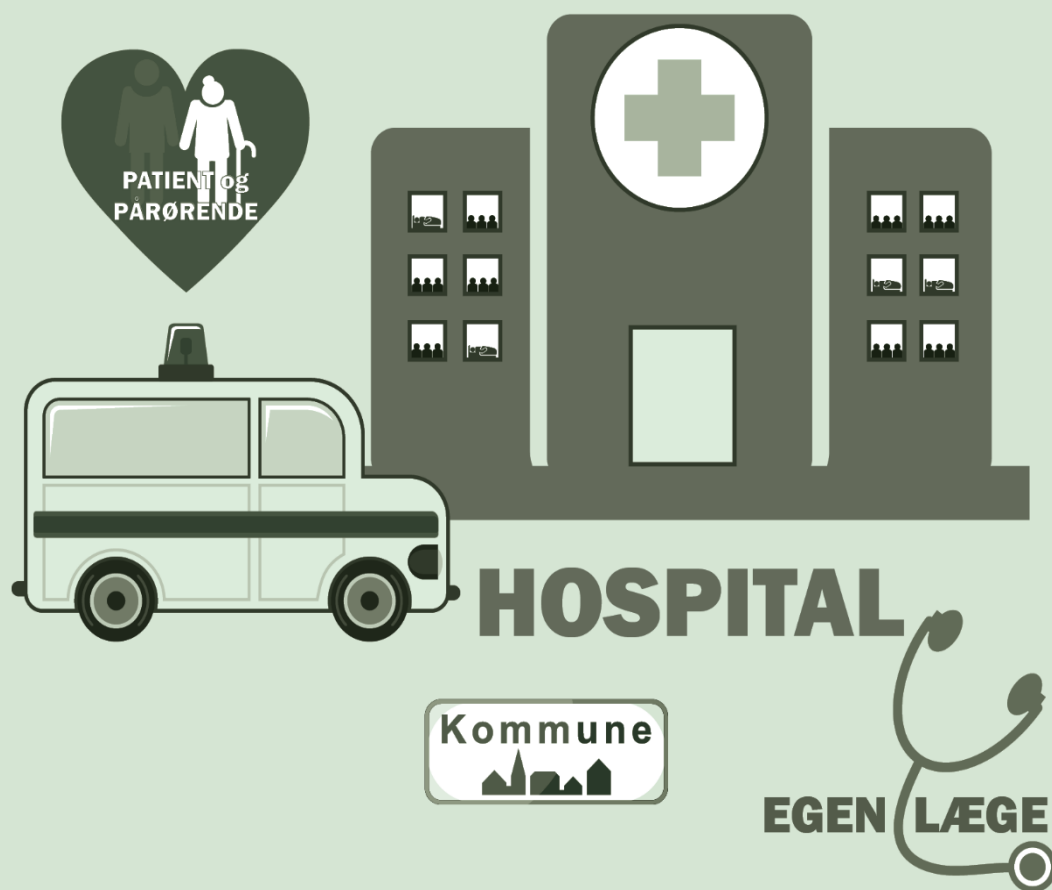


Sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens

*Et tværsektorielt samarbejde mellem Aalborg Universitetshospital, Almen praksis og Aalborg kommune
- med udbredelse til hospitalets øvrige matrikler og omkringliggende kommuner.*



Juli 2025

Denne rapport er udarbejdet af:

Rikke Beckermann, Specialkonsulent

Kvalitet og Sammenhæng Aalborg Universitetshospital Hospitalsledelse og Administration

Mobil: 30473920. Mail: r.beckermann@rn.dk

&

Charlotte Laubek, Ph.d. og Postdoc

Det Nære Sundhedsvæsen, Senior og Omsorg, Aalborg kommune. Mail: laub-aeh@aalborg.dk

Forskningsgruppen Co-Learn, Institut for Kultur og Læring. Aalborg Universitet. Mail: chla@ikl.aau.dk

Aalborg, Juli 2025.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	3
1.1 Baggrund	3
1.2 Projektmodel	4
1.3 Organisering	5
2. Projektets processer og aktiviteter	7
3. Data som afsæt for projektets fokus	9
3.1 Data om pårørendes oplevelser	9
3.2 Kvantitative baseline data om forebyggelige indlæggelser	10
3.3 Data fra tværsektorielle audits	13
3.4 Læringspointer fra afdækkende data	14
4. Projektets målgruppe og målsætninger	15
4.1 Målgruppe	15
4.2 Målsætninger	15
5. Forbedringsindsatser, test, evaluering og fund	16
5.1 Udvikling og prioritering af forbedringsindsatser	17
5.2 Struktureret samarbejde med demenssygeplejen	18
5.3 Tidlig opsporing af begyndende sygdom	19
5.4 Sub-akut udkørende geriatrik ambulatorium (SUGA)	20
5.5 Subkutan væskebehandling	22
5.6 Demensmarkør og markør for ”kognitivt svækket”	23
5.7 Virtuelle samarbejds møder	25
6. Audit som redskab til læring og evaluering	27
7. Resultater	28
8.1 Test af prøvehandling	29
8.2 Resultater fra tværsektorielle audits	30
8.3 Reduktion i andelen af forebyggelige genindlæggelser	31
8. Diskussion	36
9. Konklusion	38
10. Perspektivering	41
Litteraturliste	43

1. Introduktion

Denne rapport henvender sig til beslutningstagere, ledere og fagpersoner med interesse for det tværsektorielle samarbejde i det danske sundhedsvæsen. Den omhandler forbedringsprojektet ”Sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens”, hvis formål er at optimere forløbene for en sårbar patientgruppe – mennesker med både demens og somatisk sygdom – gennem en systematisk og tværsektoriel indsats.

Målet med projektet er at reducere forebyggelige og u hensigtsmæssige indlæggelser samt at skabe mere sammenhængende patientforløb. Rapporten præsenterer projektets resultater, erfaringer og anbefalinger til fremtidig praksis, og har til formål at inspirere og bidrage til læring.

1.1 Baggrund

Mange akutte indlæggelser, forebyggelige diagnoser og genindlæggelser blandt ældre medicinske patienter medfører tab af livskvalitet for patienterne og høj belægning i akutmodtagelser og på medicinske sengeafsnit. Mennesker med demens er særligt udsatte, og har en øget risiko for uhensigtsmæssige indlæggelser.

National forskning viser, at mennesker over 65 år med demens har 50 % højere risiko for at blive indlagt med en infektion sammenlignet med jævnaldrende uden demens. Desuden har de større sandsynlighed for genindlæggelse inden for en uge – i 95 % af tilfældene som følge af infektioner. Denne patientgruppe har også en høj risiko for funktionstab, tab af livskvalitet, infektioner og delir som følge heraf (Nationalt Videnscenter for Demens, 2021).

I 2020 udarbejdede Sundhedsstyrelsen anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens, som har været anvendt som inspiration til organisering og samarbejde på tværs af sektorgrænser (Sundhedsstyrelsen, 2020). Dog mangler der fortsat forskningsbaseret viden om, hvordan en sådan organisering bedst kan skabe værdi for patienterne.

I Aalborg har tidligere tværsektorielle forbedringsprojekter, herunder brug af tværsektorielle audits, givet ny viden og øget opmærksomhed omkring disse udfordringer. Denne indsigt førte til udviklingen af et nyt projekt: *Sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens*.

Projektets baggrund var både ny viden om lokale forbedringspotentialer og visioner defineret af en tværsektoriel direktørkreds i Sundhedsstyregruppen Aalborg. Denne gruppe – der inkluderer Aalborg Kommune, Aalborg Universitetshospital og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) – arbejder for at udvikle det tværsektorielle samarbejde med fokus på fælles mål, ledelse og økonomi baseret på eksisterende sundhedsaftaler og nytænkning.

Visionerne er konkretiseret i flere tværsektorielle projekter, herunder det aktuelle projekt.

1.2 Projektmodel

Rammen for projektet ”Sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens” er defineret af Sundhedsstyregruppen Aalborg, som har udviklet en generisk projektmodel for tværsektorielle forbedringsprojekter. Modellen integrerer Region Nordjyllands tilgang til forbedringsprojekter med IHI’s Model of Improvement (Langley et al., 2009), kendt som Forbedringsmodellen på dansk.

Som en del af projektet modtog projektgruppen undervisning i Forbedringsmodellens metodiske tilgang og fik vejledning i at anvende modellen, herunder brugen af PDSA-cirkler i det praktiske forbedringsarbejde.

Projektmodellen er kendetegnet ved følgende principper:

- **Patient- og pårørendeperspektivet:** Forbedringsarbejdet tager udgangspunkt i patienters og pårørendes behov og oplevelser.
- **Data som grundlag:** Afdækkende data anvendes til at kortlægge aktuelle og lokale forbedringspotentialer samt skabe en fælles forståelse blandt de involverede parter.
- **Tværfaglighed og samarbejde:** Den tværfaglige og tværsektorielle projektgruppe har ansvar for at definere mål og konkrete forbedringsindsatser. Gruppen består af repræsentanter fra både ledelse og medarbejderstab.
- **Småskalaforsøg og læring:** Projektgruppen arbejder efter Forbedringsmodellens principper, hvor idéer testes i småskala, data følges over tid, og læring anvendes løbende til justering og opskalering.
- **Tværsektoriel ledelsesforankring:** Projektet er forankret på ledelsesniveau gennem en sponsorgruppe på direktørniveau og en følgegruppe på strategisk ledelsesniveau.

- **Implementering og fastholdelse:** Det lokale ledelsesniveau har ansvaret for at implementere og fastholde forbedringsindsatserne.
- **Projektledeelse:** Projektet ledes, understøttes og faciliteres af en tværsektoriel projektledelse.

1.3 Organisering

Projektets organisering er illustreret i figur 1 og kendetegnes ved, at Aalborg Universitetshospital, Aalborg Kommune og almen praksis er repræsenteret på alle niveauer.

Sponsorgruppe

Den tværsektorielle Sponsorgruppe består af sygeplejefaglig direktør fra Aalborg Universitetshospital, direktør for Senior- og Omsorgsforvaltningen i Aalborg Kommune samt formanden for PLO Aalborg Kommune. Sponsorgruppens primære ansvar var at sikre strategisk ledelsesunderstøttelse og forankring af projektet.

Følgegruppe

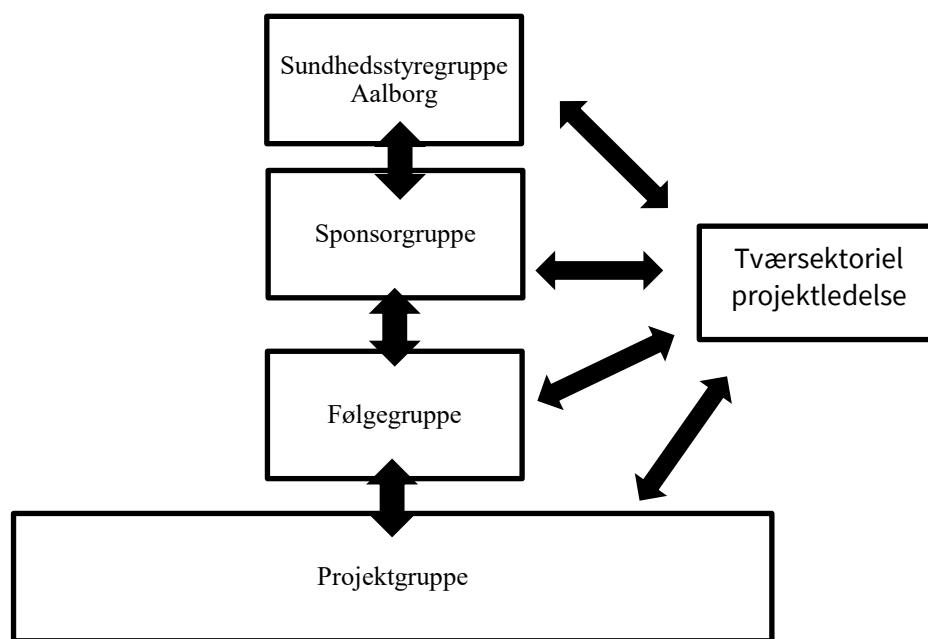
Følgegruppen inkluderer ledelsesrepræsentanter på chefniveau fra hospital og kommune samt formanden for PLO Aalborg Kommune. Følgegruppens rolle var at guide, understøtte og træffe beslutninger i forbindelse med udfordringer både internt og på tværs af sektorer.

Projektgruppe

Projektgruppen er sammensat af repræsentanter fra alle relevante aktører, der arbejder tæt på målgruppen. Dette inkluderer repræsentanter fra kommune, region, almen praksis samt patient- og pårørenderepræsentanter.

Projektledeelse

Projektet blev ledet af en tværsektoriel projektledeelse, bestående af en kommunal og en regional konsulent med stor erfaring inden for tværsektoriel projektledeelse. Projektledeelsen havde ansvar for projektets fremdrift, facilitering og styring af alle processer. Derudover sikrede projektledeelsen løbende kommunikation og feedback mellem Sponsorgruppen, Følgegruppen, Projektgruppen samt andre relevante interessenter og aktører.



Figur 1. Organisering af det tværsektorielle forbedringsprojekt. Sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens

Tabel 1 viser et overblik over projektgruppens sammensætning på tværs af faggrupper og organisatoriske enheder i sundhedsvæsenet.

Sektor	Repræsentanter fra organisatoriske enheder
	· Patient- og pårørende repræsentant
Aalborg Universitetshospital	· Akutmodtagelsen, · AMA 1 og 2, · Ortopædkirurgisk afsnit O1 · Geriatrik afsnit
Aalborg kommune	· Aneshave Midlertidige pladser · Gug Midlertidige pladser · Udskrivningsenheden · Myndighedsafdelingen · Videnscenter for demens og Aktiv med demens, herunder demenssygeplejersker · Den kommunale sygepleje, herunder specialuddannet Borgernær sygeplejerske · APN-sygeplejerske
Almen praksis	· Regional- og kommunal praksiskonsulent

Tabel 1. Projektgruppens sammensætning

I projektet deltog også en pårørende til en patient med demens. Den pårørende indgik i projektgruppen på lige fod med de øvrige medlemmer og fungerede som en ekspert med unik indsigt i sin mors forløb og egne erfaringer som pårørende til en demensramt.

Den pårørende spillede en særlig rolle i projektets indledende fase ved at bidrage til afdækningen af forbedringspotentialer. Hendes erfaringer og oplevelser blev delt gennem interviews og gav værdifuld indsigt i patient- og pårørendeperspektivet.

2. Projektets processer og aktiviteter

Projektet fulgte en generisk proces. Indledningsvist identificerede Sundhedsstyregruppen et overordnet tværsektorielt udviklingspotentiale, som skulle adresseres. I dette projekt var fokus på at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser blandt indlæggelsestruede skrøbelige ældre med demens eller demenslignende symptomer.

Efterfølgende blev der nedsat en projektgruppe, der havde til opgave at definere konkrete mål og indsatser inden for den fastlagte ramme. Projektgruppen arbejdede med udvikling og test af forbedringsindsatser gennem prøvehandlinger, der blev udført på en række projektmøder, tværsektorielle audits og to seminarer.

Oversigt over projektets møder og aktiviteter fremgår af tabel 2. Som det fremgår, blev projektet forsinket på grund af COVID-19-pandemien og sygeplejestrejken i 2021.

	Måned/år	Aktivitet	Produkt	Dato
Før-projekt	September 2020	Projektmøde 1	Organisering	23. september
	Oktober 2020	Etablering af målesystem	Baseline for resultatmål og eventuelt procesmål og balancerende mål	
		Tværasektoriel audit	Tværasektoriel læring	20. oktober
	November 2020 - juni 2021 Projektpause pga. COVID-19			
	Juni 2021	Tværasektoriel audit	Tværasektoriel læring og "genstart" af projektet	9. juni
Projekt	August 2021 – oktober 2021 Projektpause pga. sygeplejestrejken			
	August 2021	Projektmøde 2	Projektbeskrivelse version 0	29. oktober
	November 2021	Projektmøde 3	Fremdrift	11. november
	December 2021	12-12 arbejdsseminar 1: Fra idé til test	Projektbeskrivelse version 1 – herunder plan for test af PDSA'ere	2.-3. december
		Projektmøde 4	Study – Act	14. december
	Januar 2022	Tværasektoriel audit	Læring og evaluering	5. januar
		Projektmøde 5	Study – Act	18. januar
	Februar 2022	Projektmøde 6	Læring, fastholdelse og udbredelse	9. februar
	Marts 2022	Arbejdsseminar 2: Fra test til implementering	Projektbeskrivelse version 2 – herunder plan for implementering	2. marts 2022
		Projektmøde 7	Læring, fastholdelse og udbredelse	30. marts
	April 2022	Tværasektoriel audit	Læring og evaluering	20. april
Efter-projekt	April 2022	Projektmøde 8	Læring, fastholdelse og udbredelse	4. maj
	Juni 2022	Lærings- og perspektivrings-konference	Udbredelse af resultater og erfaringer gjort via projektet	15. juni

Tabel 2: Projektets tids- og aktivitetsplan fra september 2020 til juni 2022

Projektgruppen fik som en af sine første opgaver at undersøge problemfeltet ved hjælp af relevant dataindsamling af både kvalitativ og kvantitativ karakter. Dette inkluderer f.eks. datatræk, interviews, audits og observationer af forløb (Sundhedsstyrelsen Aalborg, 2019).

Det indsamlede data spiller en central rolle i projektets videre arbejde. For det første er det afgørende for at identificere projektgruppens sammensætning, definere projektets målgruppe og fastlægge det konkrete fokusområde. For det andet bidrager det til at skabe motivation og mening blandt relevante interessenter og aktører.

Da det afdækkende data har stor betydning for projektets succes, indeholder næste kapitel en kortlægning af dette data. Herefter følger en redegørelse for organiseringen af projektet og en beskrivelse af målgruppen.

3. Data som afsæt for projektets fokus

Forud for projektgruppens etablering indsamlede projektledelsen en række forskellige data for at sikre et solidt grundlag for projektet:

Kvalitative data: Interviews med pårørende gav indsigt i deres oplevelser og erfaringer med forløb for mennesker med demens.

Kvantitative data: Data om forebyggelige indlæggelser blev analyseret for at identificere mønstre og problemområder.

Kvantitative og kvalitative data fra tværsektorielle audits: To indledende, læringsorienterede audits blev gennemført med fokus på konkrete, lokale og aktuelle tværgående patientforløb. Audits bidrog til at afdække mulige forbedringspotentialer.

De indsamlede data var afgørende for at identificere, hvilke enheder der med fordel kunne inddrages i indsatsen. Derudover hjalp data med at afdække udfordringer og behov i forbindelse med forløb for mennesker med demens på tværs af sektorer.

3.1 Data om pårørendes oplevelser

Personale i kommunen hjalp med at identificere pårørende, som kunne deltage i interviews. En pårørende blev interviewet om sine oplevelser af forløb på tværs af sektorgrænser. Hendes hovedbudskaber var samstemmende med resultater fra tre tidligere interviews med pårørende til skrøbelige borgere med demens eller demenslignende symptomer:

1. Borgere med demens er skrøbelige og afhængige af medarbejdere, der kender og forstår dem.
2. Som pårørende er man afhængig af, at fagprofessionelle med høj faglighed samarbejder på tværs af sektorerne.

3. Der er behov for en tovholder, der sikrer sammenhæng i forløbene for borgere med demens.
4. Der mangler kommunikation og sammenhæng i borgernes tværsektorielle forløb.

På baggrund af interviewet blev der produceret en film med titlen

[Film 1: Demens på tværs. En pårørendes oplevelse](#)

Filmen kondenserede den pårørendes oplevelser og blev nøje klippet for at præsentere et balanceret billede af udfordringerne på tværs af sektorgrænser. Den illustrerede, hvordan komplekse og tværsektorielle problemer opleves af patienter og pårørende. Formålet med filmen var at bidrage til en fælles forståelse og skabe et fælles narrativ på tværs af sektorerne (Fischer, 1987; Auvinen, 2019).

Den pårørende blev desuden inviteret til at deltage i projektgruppen og var aktiv på størstedelen af møderne.

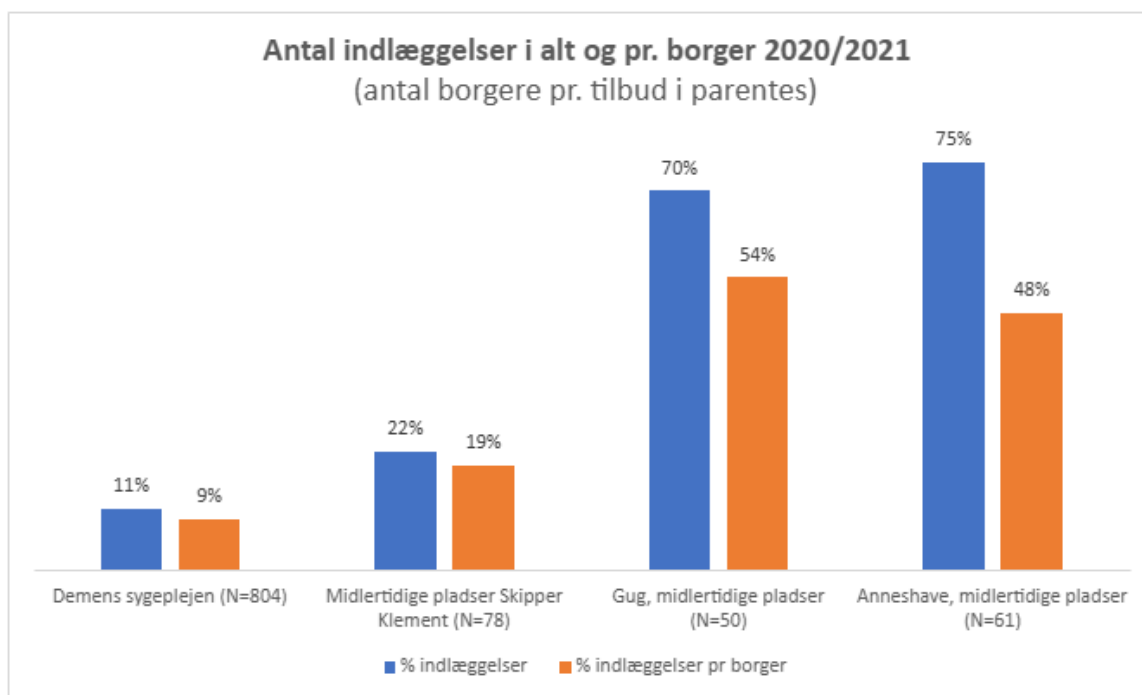
3.2 Kvantitative baseline data om forebyggelige indlæggelser

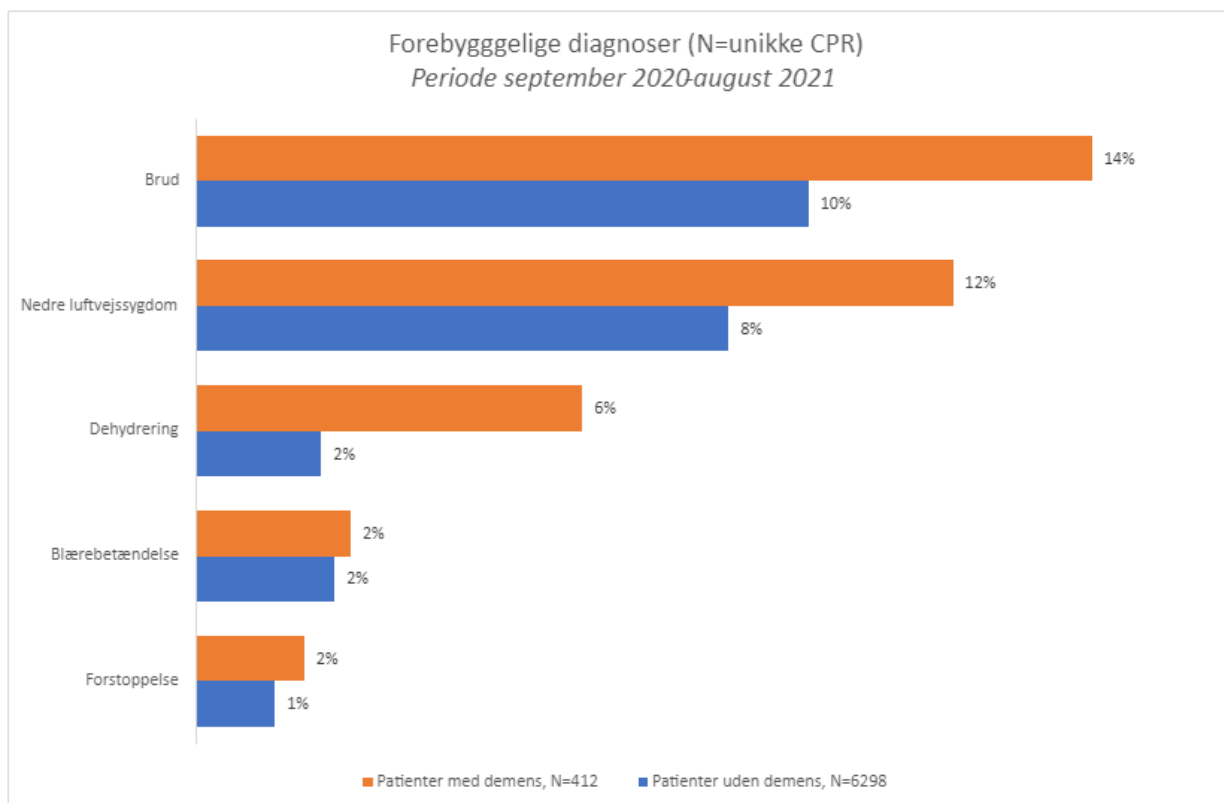
På baggrund af blandt andet projektgruppens ønsker indsamlede projektledelsen kvantitative baselinedata i samarbejde med datakonsulenter fra Region Nordjylland og Aalborg Kommune. Data blev afgrænset til følgende:

- **Periode:** september 2020 til august 2021.
- **Borgere:** Data om borgere med og uden demens, der var indlagt med forebyggelige diagnoser.
- **Indlæggelser:** Data om indlæggelser og genindlæggelser blandt borgere fra Aalborg Kommune, der var tilknyttet en midlertidig plads eller havde kontakt til en demenssygeplejerske på Aalborg Universitetshospital.

Data viste, at andelen af borgere med demens, der blev indlagt med forebyggelige diagnoser, var højere end for borgere uden demens. Særligt for diagnoserne brud, nedre luftvejssygdomme og dehydrering var der en markant forskel. Se figur 3. Disse lokale data understøtter tilsvarende nationale og internationale fund (Nationalt Videnscenter for Demens, 2021).

På baggrund af data blev kommunale enheder og hospitalsafsnit med den største volumen af patienter med demens og forebyggelige indlæggelser udvalgt til at deltage i projektet. Se figur 2 og afsnittet "*Organisering*".





Figur 3: Forebyggelige diagnoser hos patienter med og uden demens.

3.3 Data fra tværsektorielle audits

I det indledende arbejde i projektgruppen blev der gennemført to tværsektorielle audits med det formål at afdække udfordringer og identificere forbedringspotentialer i konkrete og lokale patientforløb. Data fra auditten blev brugt til at supplere og kvalificere de kvantitative data. Projektgruppen spillede en aktiv rolle i designet af auditskemaet og bidrog med evaluerings-spørgsmål, der skulle belyse patientforløb på tværs af sektorer før, under og efter indlæggelse (Laubek, 2024).

Som eksempel blev audits anvendt til at undersøge følgende aspekter:

- Udviklingen af patientens tilstand op til indlæggelse.
- Årsagen til indlæggelse.
- Hvad der skete under indlæggelsen.
- Tværsektoriel kommunikation i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse.

I det følgende præsenteres en case, der beskriver et patientforløb med gentagne uhensigtsmæssige indlæggelser identificeret via audit før projektstart. Casen illustrerer, hvordan data fra tværsektorielle audits kan levere vigtig indsigt i patientforløb på tværs af sektorer og over tid – indsigt, der normalt ikke er umiddelbart tilgængelig i sundhedsvæsenet.

Case: 77-årig kronisk syg borger med demens i eget hjem med tilknytning til hjemmesygeplejen

Uge 1: Urinvejsinfektion + dehydrering + fald

Egen læge - Hospitalsindlæggelse 1: Ses af medicinstuderende. Udskrives til eget hjem.

Vagtlæge - Hospitalsindlæggelse 2: blodprøver + væskebehandling. Udskrives til midlertidig plads

Uge 2: Konfusion, vægttab, smerter, begyndende tryksår, immobilitet

Vagtlæge - Hospitalsindlæggelse 3: Ses af reservelæge. Væskebehandling. Udskrives til midlertidig plads

Uge 3-4: Smerter, immobilitet, forstoppelse, konfusion, tryksår, dehydrering

Udskrives til midlertidig plads

Uge 5: Smerter, immobilitet, forstoppelse, konfusion, tryksår, dehydrering, hoste, ned-sat vejrtrækning, urinvejsinfektion

Egen læge - Hospitalsindlæggelse 4: Ses tilfældigt af geriater. 5 uger gammelt bækkenbrud + nyrebækken betændelse + lungebetændelse. Udskrives til midlertidig plads

Uge 6: Smerter, immobilitet, forstoppelse, konfusion, tryksår, dehydrering, hoste, nedsat vejrtrækning, urinvejsinfektion. Døende.

Vagtlæge - Hospitalsindlæggelse 5

Vagtlæge - Hospitalsindlæggelse 6

Data fra den indledende tværsektorielle audit bekræftede resultaterne fra de kvantitative data. Derudover bidrog auditten til at skabe en fælles forståelse af de konsekvenser, som et mangelfuldt samarbejde mellem sundhedsvæsenets parter kan have på konkrete patientforløb. Audit-data synliggjorde også sammenhængene mellem de forskellige parters indsatser og deres virkninger i patienternes samlede forløb.

3.4 Læringspointer fra afdækkende data

De kvantitative og kvalitative data fra interviews med pårørende, data om forebyggelige indlæggelser og tværsektorielle audits pegede på følgende tendenser:

1. **Koordinering og kommunikation:** Der er behov for bedre koordinering og kommunikation mellem sektorerne, da der ofte opstår misforståelser og manglende opfølgning i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser.
2. **Demenssygeplejerskernes rolle:** Demenssygeplejersker fungerer som vigtige ankerpersoner for patienter og pårørende, men deres støtte afbrydes ofte, når patienter indlægges på hospital eller midlertidige pladser. Der er behov for en mere kontinuerlig støtte og opfølgning fra demenssygeplejerskerne.
3. **Risici ved demens:** Patienter med demens er særligt udsatte for forebyggelige komplikationer, såsom brud, luftvejssygdomme og dehydrering.
4. **Manglende opmærksomhed på demens:** Personalet er ikke altid opmærksomme på, at en borger har demens, hvilket kan medføre manglende omsorg og støtte. Der er

behov for bedre viden og øget opmærksomhed omkring demens og de særlige behov, som følger med sygdommen.

5. **Potentiale for forbedring:** Der er et betydeligt potentiale for at forbedre forløbene for mennesker med demens gennem en mere koordineret og tværsektoriel tilgang.

De afdækkende data, herunder ovenstående læringspointer, blev anvendt som grundlag for udviklingen af konkrete forbedringsindsatser i projektet samt til at afgrænse projektets målgruppe.

4. Projektets målgruppe og målsætninger

4.1 Målgruppe

Målgruppen for projektet blev udvalgt på baggrund af afdækkende data og omfatter:

- Borgere med en demensdiagnose og samtidig somatisk sygdom, der er tilknyttet midlertidige pladser i Aalborg Kommune eller de kommunale demenssygeplejersker.
- De midlertidige pladser repræsenteres af to konkrete lokationer: Anneshave og Gug Plejehjem.

Sundhedsstyregruppen Aalborg besluttede også at inkludere borgere med kognitiv svækkelse, som potentielt kunne have en demensdiagnose, men endnu ikke er udredt eller diagnosticeret. Baggrunden for denne beslutning er, at borgere i Aalborg Kommune kan få tilknytning til en demenssygeplejerske, uanset om de har en formel diagnose eller ej. Herved kunne der også trækkes data på denne gruppe i kraft af deres tilknytning til demenssygeplejen.

4.2 Målsætninger

Strategiske målsætninger

Projektet bygger på Sundhedsstyregruppe Aalborgs strategiske visioner, som tidligere beskrevet. Visionerne hviler på en eksplicit hypotese om, at en mere integreret tværsektoriel indsats vil føre til følgende forbedringer for patienter:

- **Sammenhæng:** Patienterne oplever en sammenhængende indsats på tværs af sektorer.
- **Rettidig udredning:** Udredning og behandling sker rettidigt og tæt på hjemmet.
- **Kompetente fagfolk:** Ydelser leveres af sundhedsprofessionelle med de rette kompetencer.
- **Forebyggelse:** Færre forebyggelige indlæggelser.

Visionen er desuden, at det tværsektorielle forbedringsarbejde kan skabe bedre forløb for mennesker med demens i Aalborg på tværs af kommune, hospital og almen praksis. Derudover er det målet, at projektet bidrager med viden om, hvordan det tværsektorielle samarbejde kan styrkes for denne målgruppe.

Projektgruppens målsætninger

Med afsæt i Sundhedsstyrelsen og projektgruppens overordnede målsætninger definerede projektgruppen følgende mål for deres fælles arbejde:

- **Højrisikopatienter:** At indsatsen overordnet skal sikre, at mennesker med demens får status som *højrisikopatienter* med særlige behov for en koordineret indsats på tværs af sektorerne.
- **Forebyggelige indlæggelser:** At projektet bidrager til at reducere andelen af forebyggelige (gen)indlæggelser blandt borgere med demens og somatisk sygdom, der enten er tilknyttet Aneshave eller Gug midlertidige pladser eller har kontakt med en demenssygeplejerske tilknyttet Aalborg Kommune

Det følgende kapitel kortlægger de konkrete forbedringsindsatser, som den tværsektorielle projektgruppe prioriterede at teste gennem en række prøvehandling. Kapitlet beskriver de enkelte indsatser, herunder hvordan de blev testet og hvilke resultater, der blev opnået i projektperioden.

5. Forbedringsindsatser, test, evaluering og fund

Dette kapitel giver et overblik over projektets seks forskellige forbedringsindsatser. For at sikre gennemsigtighed beskrives for hver indsats, hvordan den konkret er blevet testet, hvem

der har været involveret, og hvilke resultater der er opnået. I kapitel 8 opsummeres delresultaterne med en vurdering af, hvorvidt de bidrager til den overordnede målsætning.

5.1 Udvikling og prioritering af forbedringsindsatser

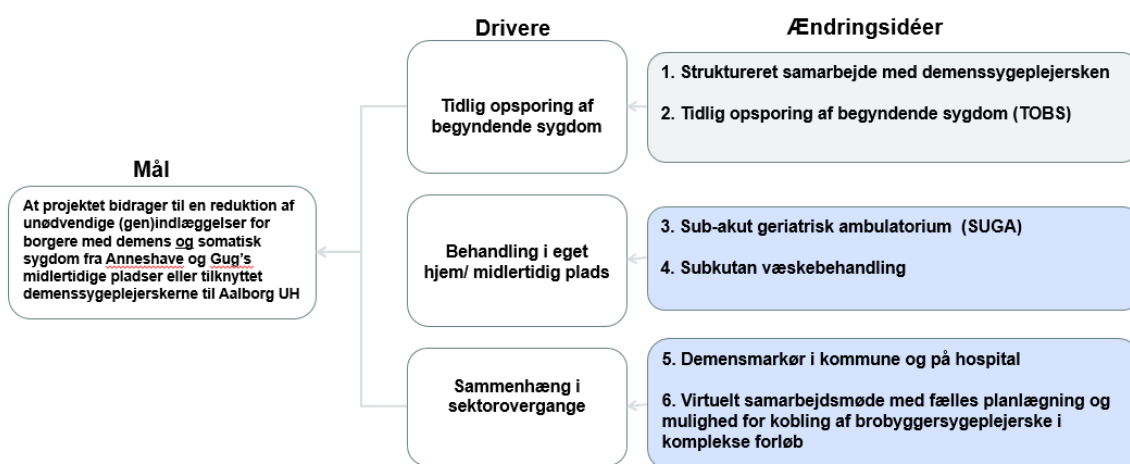
Som beskrevet i tabel 1 blev der afholdt en række indledende projektmøder samt et arbejdsseminar, hvor projektgruppen i fællesskab idégenererede og prioriterede målsætninger og forbedringsidéer.

Med udgangspunkt i de afdækkende data brainstormede projektgruppen på forbedringsidéer, der kunne imødekomme fælles udfordringer. Disse idéer blev prioriteret ved hjælp af en prioriteringsmatrice. Formålet var at vurdere, hvilke idéer der var mest realistiske at implementere, samtidig med at de kunne opnå størst effekt med mindst ressourceforbrug.

Projektgruppens idéer blev organiseret i tre hovedområder betegnet som drivere:

- Tidlig opsporing af begyndende sygdom
- Behandling i eget hjem/midlertidig plads
- Sammenhæng i sektorovergange

I figur 4 præsenteres et driverdiagram, der viser projektets overordnede målsætning og de systematiske interventioner, som er blevet udviklet og implementeret inden for de tre hovedområder.



Figur 4: Driverdiagram

For hver af forbedringsidéerne opstillede projektgruppen en arbejdshypotese. Ved hjælp af PDSA-cirkler (Plan-Do-Study-Act) blev disse hypoteser løbende planlagt, testet, evalueret og justeret. Målet var både at be- eller afkræfte de bagvedliggende hypoteser og at skabe læring om, hvorvidt indsatserne førte til forandringer, der kunne betragtes som egentlige forbedringer.

5.2 Struktureret samarbejde med demenssygeplejen

Beskrivelse af indsats

Interviews med pårørende¹ har tydeliggjort, at demenssygeplejersker i Aalborg Kommune spiller en vigtig rolle i at skabe tryghed og kontinuitet for pårørende til borgere med demens. Dog opleves der ofte et brud i kontinuiteten, når borgere med demens bliver somatisk syge, eller når et ophold på en midlertidig plads eller en hospitalsindlæggelse bliver nødvendig.

I projektperioden blev der arbejdet målrettet på at styrke samarbejdet mellem demenssygeplejersker og medarbejderne på de midlertidige pladser for at forbedre indsatsen for borgere med kognitive udfordringer og somatisk sygdom. Konkret blev et struktureret samarbejde testet gennem ugentlige møder af én times varighed mellem demenssygeplejersker og lokale medarbejdere. Denne indsats blev testet på de midlertidige pladser på Anneshave og i hjemmehjælpen.

Hypotese:

Indsatsen kan bidrage til:

- En mere koordineret indsats for borgere med demens.
- Øget kontinuitet og tryghed for pårørende.
- Forbedret viden hos medarbejderne om pleje, behandling og kommunikation med borgere med demens.

Test af prøvehandling

Det strukturerede samarbejde blev løbende evalueret i testperioden ved hjælp af en logbog. Efter hvert møde noterede deltagerne deres oplevelse af mødernes værdi. Derudover blev

¹ Interviews jf. afsnit 3.1 og interviews i tidligere tværsektorielle forbedringsprojekt "Sammen forebygger vi genindlæggelser, 2018)

kvantitative data indsamlet om deltagerkreds, mødefrekvens, varighed og andre relevante parametre.

Logbogen blev udviklet, testet og justeret af en mindre arbejdsgruppe², som havde ansvar for denne prøvehandling. Formålet var at sikre, at logbogen kunne fungere som et effektivt redskab til at dokumentere og evaluere mødernes betydning og bidrag til samarbejdet.

Resultater af test

Møderne viste generelt gode resultater og bidrog til:

- Mere koordinerede indsatser: En forbedret koordination af indsatsen for den enkelte borger.
- Læring og praksisnær viden: Øget viden og forståelse blandt medarbejderne, der var direkte relateret til borgernes behov og situationer.
- Overførbare af viden: Mulighed for at anvende konkret viden fra én borger- eller patientsituation i andre lignende situationer, hvilket styrkede medarbejdernes kompetencer i praksis.

5.3 Tidlig opsporing af begyndende sygdom

Beskrivelse af indsats

Arbejdet med tidlig opsporing sker i Aalborg Kommune i et formelt beskrevet og struktureret samarbejde mellem Social og sundhedshjælpere, Social- og sundhedsassistenter, Sygeplejersker, Demenssygeplejersker og borgerens egen læge. Der arbejdes i hele Ældre og Sundhed, Aalborg Kommune med at fastholde og sikre kvalitet i arbejdet.

I projektet er der arbejdet målrettet med gennemførsel af Social og sundhedsassistenternes ABCDE - udredning, når en borger er triageret gul eller rød. Gennem lokale audits er der sideløbende arbejdet med at skabe læring og kompetencer til at udføre ABCDE -udredninger og arbejdsgange vedr. TOBS, når relevant.

Hypotesen var, at gennemførelse af ABCDE-udredninger og TOBS ved hjemmeplejen medarbejdere kan kvalificere og målrette den generelle indsats med tidlig opsporing af sygdom hos målgruppen og herigennem bidrage til at reducere andelen af forebyggelige indlæggelser.

² En demenssygeplejerske, en kommunal sygeplejerske, en boligkoordinator, en leder fra Videnscenter for Demens i Aalborg kommune

Derudover var hypotesen af de lokale auditeringer kan bidrage med praksisnær læring og kompetencer til at udføre ABCDE- og TOBS.

Test af prøvehandling

Prøvehandlingerne blev testet via: 1) 35 lokale og læringsorienterede audits på arbejdet med ABCDE og TOBS i en hjemmepleje gruppe og 2) auditeret på hjemmeplejens arbejde med ABCDE og TOBS i alt 100 borgerforløb.

Derudover er der trukket kvantitative data på antallet af udførte ABCDE-udredninger og TOBS dokumenteret i CURA i et enkelt hjemmeplejeområde.

Resultater af test

I projektperioden ses i de kvantitative data en stigning på 20 -25 % af dokumenterede ABCDE og TOBS-målinger.

De lokale audits viser sig særligt effektive til at sprede læring, skabe mening og adfærdsændringer i form af en øget tendens til at gennemføre TOBS og ABCDE og derved følgende gældende retningslinjer i kommunen.

I de tværsektorielle audits ses ligeledes en stigning i anvendelsen af ABCDE og TOBS hos kommunens medarbejdere i forløb op til en indlæggelse. Auditeringerne viser, at den øgede systematiske anvendelse dels medvirker til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser og dels bidrager til at kvalificere nødvendige indlæggelser.

Der ses dog fortsat et forbedringspotentiale ift. at fastholde og løbende udvikle arbejdet med tidlig opsporing i hjemmeplejen. I den sammenhæng forventes integrering af TRIAGE i CURA at bidrage til struktur og systematik.

5.4 Sub-akut udkørende geriatrisk ambulatorium (SUGA)

Beskrivelse af indsats

Som beskrevet i kapitel 1, medfører hospitalsindlæggelser øget risiko for blandt andet delir og funktionstab hos patienter med demenssygdomme. Både personale og pårørende ser værdi i, at diagnostiske undersøgelser og behandling derfor, så vidt muligt foregår i primærsektor.

SUGA imødekommer dette, og omfatter et samarbejde mellem geriatrisk afdeling på Aalborg Universitetshospital og de midlertidige pladser på Anneshave, på Gug og Akuttilbud Aalborg. Indsatsen omfatter en udkørende funktion fra hospitalet til de midlertidige pladser, hvor en geriatrer varetager udredning, lægger behandlingsplan og følger op på udvalgte patienters forløb.

Den geriatriske indsats svarer til et almindeligt ambulant forløb, men da borgeren har ophold på en midlertidig kommunal plads, finder indsatsen sted i tæt samarbejde med sygeplejersker og social og sundhedsassistenter som varetager pleje, behandling og observationer. Den geriatriske ambulatoriefunktion finder sted 3 x ugentligt.

Målgruppen er afgrænset til ældre med et komplekst sygdomsbillede, polyfarmaci og/eller betydeligt funktionstab.

Test af prøvehandling

En udvalgt del af den tværsektorielle projektgruppe³ har i projektperioden løbende gennemført en systematisk evaluering af hvert SUGA patientforløb. Evalueringen er udført på 19 patienter, som alle blev vurderet at være i risiko for (gen)indlæggelse. Evalueringen blev gennemført ved afslutningen af patienternes SUGA-forløb og inkluderede følgende kriterier og parametre:

1. Reduktion af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser
2. Vurdering af funktionsevne tilstand ud fra parametrene: 1) forbedret, 2) vedligeholdt, 3) forværret
3. Vurdering af kognitive tilstand: ud fra parametrene: 1) forbedret, 2) vedligeholdt, 3) forværret
4. Vurdering af somatisk tilstand: ud fra parametrene: 1) forbedret, 2) vedligeholdt, 3) forværret
5. Vurdering af SUGA indsatsens affødte læring og kompetenceudvikling
6. Vurdering af SUGA indsatsens affødte påvirkning på samarbejdet

Evalueringerne blev udført i samarbejde med medarbejdere på Anneshave, pårørende og involverede geriater fra Aalborg Universitetshospital.

³ En geriatrisk overlæge, en geriatrisk sygeplejerske og en kommunal Advanced Practitioner Nurse (APN-sygeplejerske)

Resultater af test

Forebyggelse af indlæggelser:

I testperioden undgik 15 ud af 19 patienter hospitalsindlæggelse, hvilket bidrog til projektets målsætning.

De fire indlæggelser der forekom, skyldtes forskellige årsager såsom fald, COVID-infektion, konfusion og hjerteproblemer. Tre ud af de fire indlæggelser blev vurderet som unødvendige, men skyldtes manglende plejefaglige kompetencer og manglende lægedækning i weekend i forhold til at tage sig af de forholdsvis komplekse patienter døgnet rundt på midlertidige pladser.

Test på de 19 patienter viste yderligere resultater vedrørende patienternes funktionsniveau, kognitiv og somatisk tilstand:

- 9 ud af de 19 patienter havde en forbedret funktionsevne efter SUGA-forløbet, mens 10 var uændret.
- 13 ud af de 19 havde såvel en forbedret kognitiv som somatisk tilstand efter SUGA-forløbet, mens 6 var uændret.
- I 8 ud af 19 forløb vurderede personalet at det tværsektorielle samarbejde omkring SUGA-forløbet havde uddannelsesværdi.
- I 12 ud af 19 SUGA-forløb følte medarbejderne på de midlertidige pladser, at det var mere trygt at håndtere aktuelle faglige og patientnære problemstillinger.

5.5 Subkutan væskebehandling

Beskrivelse af indsats

Patienter med demens er i høj risiko for indlæggelse med dehydrering. Ved at give subkutan væskebehandling i primærsektor kan unødvendige indlæggelser grundet dehydrering forebygges. Gennem aftale med PLO K, Aalborg og Aalborg kommune, kan egen læge i testperioden som supplement til den primære behandling i eget hjem ordinere subkutan væskebehandling i form af saltvand i 3-5 dage til administration i borgerens eget hjem plejehjem eller på en midlertidig plads.

Test af prøvehandling

Indsatsen er testet på 3 patienter, der alle fik væskebehandling grundet dehydrering. Indsatsen er evalueret ud fra kriterier vedrørende 1) den subkutane væskebehandlings virkning på patientens kliniske tilstand, 2) de involverede fagprofessionelles vurdering af indsatsens værdi og 3) patient/pårørendes oplevelse af indsatsens værdi. Evalueringen er designet og gennemført af en udvalgt del af projektgruppen⁴.

Både medarbejdere, patienter og pårørende har bidraget med data til evalueringen.

Resultat af test

Ingen af de tre patienter, som fik subkutan væskebehandling blev indlagt i testperioden. To forløb er evalueret, som værende *Gode*. Et forløb er evalueret, som *Rigtig godt*. I dette forløb fik patienten lov at sove stille ind på Anneshave og undgik en unødvendig indlæggelse.

Der er indsamlet eksempler på gode patientforløb fra sygeplejersker i Aalborg Kommune, hvor behandling med subkutan væske har forebygget en unødvendig indlæggelse.

”Vi har haft en dame i Vadum, som fik ordineret subkutan væskebehandling i 3 dage. Behandlingen blev ordineret af egen læge på baggrund af dehydratio. Da patienten havde et stort ønske om at undgå indlæggelse, var der enighed om at forsøge behandlingen i eget hjem. Efter endt behandling – uden komplikationer i øvrigt, havde patienten rettet sig og undgik indlæggelse enten på sygehus eller Akuttilbud, som ellers ville have været alternativet.” (Sygeplejerske, Nord Land. Aalborg Kommune).

5.6 Demensmarkør og markør for ”kognitivt svækket”

Beskrivelse af indsats

Interviews af pårørende og personale har vist, at det ikke altid er tydeligt for personalet, at en borger/patient har demens, og dermed er kognitivt udfordret.

⁴ En praktiserende læge og praksiskonsulent, en kommunal sygeplejerske, en regional sygeplejerske og leder, og en kommunal sygeplejefaglig leder.

Arbejdshypotesen var, at en demensmarkør på en arbejdstavle kaldet Cetrea-tavlen på Aalborg Universitetshospital og i Aalborg kommunes omsorgssystem CURA kunne skabe opmærksomhed blandt fagprofessionelle på patientens særlige behov, herunder ift. kommunikation ved indlæggelse og udskrivelse.

På hospitalet kunne demensmarkøren sættes på tavlen af modtagende sygeplejerske, hvis patienten var diagnosticeret med demens. I kommunalt regi var det kun demenssygeplejerskerne, der kunne sætte demensmarkøren i det kommunale omsorgssystem CURA under observationen ”vigtigt” hvis patienten havde en kontakt til demenssygeplejen.

Test af prøvehandling

Markøren er i testperioden (2022) evalueret via en spørgeskemaundersøgelse af 53 sundhedsprofessionelle⁵ i Aalborg kommune og 22 personer på Aalborg Universitetshospital. Spørgeskemaundersøgelsen har fokus på anvendelse og virkning af Demensmarkøren blandt sundhedsprofessionelle.

I Aalborg Kommune er der yderligere trukket data via CURA og Ledelsesportalen på implementeringsgraden.

Resultat af test

Aalborg Universitetshospital

På hospitalet blev det oplevet som udfordrende kun at kunne give patienter diagnosticeret med demens demensmarkøren, da patienter med kognitiv svækkelse også blev vurderet at have gavn af den opmærksomhed markøren giver ift. patientens særlige behov. Derfor blev der som videreudvikling indført en ”kognitivt svækket markør” på hospitalet, som kunne gives patienter der fx var i delir eller under udredning for demens uden endnu at have diagnosen. Kognitivt svækket markøren er evalueret af 15 fagpersoner på Aalborg universitetshospital.

Eksempler på markørernes betydning iflg. adspurgt personale på hospital og i kommunen:

- *”Ekstra opmærksom på min kommunikation samt patientens kommunikation”*

⁵ 42 sygeplejersker, 6 demenssygeplejersker og 1 sygeplejefaglig leder.

- ”Jeg tager mig god tid til at forklare hvad der skal ske. Taler i roligt og langsomt tempo. Holder ekstra øje med ansigtsudtryk”
- ”Forhører mig gerne hyppigere ved plejepersonale og informerer pårørende ift. plan mm. før/efter intervention hvis de er til stede”.
- Giver et fokus på nødvendighed af god kommunikation og koordinering ved indlæggelse og udskrivelse

Aalborg Kommune

Spørgeskemaundersøgelse i testperioden: Undersøgelsen viser, at 47% kender og forstår demensmarkøren, mens 53% ikke kender den. 63% ser værdi i markøren og oplever den skaber øget opmærksomhed og bidrager til styrket samarbejdet omkring borgere med demens. Eksempel på en sygeplejerskes kommentar i undersøgelsen.

”Jeg synes det er perfekt, at der ikke blot står demens, men også skrøbelig og sårbar. Det er en gruppe af borgere, som har store udfordringer og deraf et stort behov for ekstra opmærksomhed.”

Implementeringsgrad i Aalborg Kommune:

Data fra CURA og ledelsesportalen viser, at demenssygeplejerskerne har tildelt markøren til 78% af de borgere, som de er tilknyttet. Hvorvidt dette er en fuld implementering er uvist, da markøren kun skal tildeles borgere, som er særligt sårbare. Ikke alle borgere, som demenssygeplejerskerne er tilknyttet vurderes at være særligt sårbare.

5.7 Virtuelle samarbejds møder

Beskrivelse af indsats

Evalueret af tværgående patientforløb viser, at der er behov for struktureret kommunikation i komplekse patientforløb, hvor patienterne er særligt sårbare. Hypotesen i dette forbedringsinitiativ er at fælles planer på tværs af sektorgrænser vil kunne nedsætte risikoen for en efterfølgende unødvendig genindlæggelse.

Virtuelle samarbejds møder er en indsats, hvor relevante repræsentanter fra hospital, kommune og almen praksis mødes virtuelt tidligt i et indlæggelsesforløb mhp. at koordinere patientens pleje- og behandlingsforløb. Møderne etableres, når patienten er vurderet særligt sårbar og

patientforløbet er komplekst. Vurdering af relevant deltagerkreds blev foretaget via Aalborg kommunes Udskrivningsenhed.

Test af prøvehandling

Projektgruppen har i projektperioden selv evalueret de virtuelle samarbejds møder via en spørgeskemaundersøgelse. Evalueringen er baseret på otte virtuelle samarbejds møder mellem brobyggerpsygeplejersker og Udskrivningsenheden i Aalborg. De involverede afdelinger, almen praksis og patienter/pårørende blev inddraget efter behov. Spørgeskemaundersøgelsen er baseret på seks spørgsmål, som vedrører værdien af samarbejdet, herunder for patientens forløb. Undersøgelsen er besvaret helt eller delvist af 38 personer.

Resultater af test

Resultaterne viser, at fx mødets værdi blev vurderet til 4,4 ud af 5, mens spørgsmålet om der blev lavet en god fælles plan blev vurderet til 4,9. Kommentarer fra deltagerne understøttede disse resultater, såsom "*Vi fik lagt en god plan for patienten*" og "*Fint møde, klar arbejdsfordeling efter mødet*". Møderne har efter testfasen skiftet navn til tværsektorielle samarbejds møder som kan afholdes telefonisk, fysisk eller virtuelt, tilpasset behov og antal deltagere.

Følgende er et eksempel på et forløb, hvor der er lagt en fælles plan via et virtuelt samarbejds møde:

En patient indlægges, da ægtefællen ikke kan håndtere situationen i hjemmet mere. Patienten har ingen demensdiagnose, men det er noteret at hun er under udredning for demens. Dette er ikke tilfældet. På et virtuelt samarbejds møde aftales aflastning på et demensplejehjem, hvor aflastning kan bruges som "vurderingsophold". Ved udskrivelsen afviser ægtefællen planen og tager patienten med hjem, men fortryder da hun opdager at hun er markant dårligere end hun oplevede under indlæggelsen. Han indser, at han fortsat ikke magter at passe hende selv, og planen iværksættes med forsinkelse.

Det gik godt de første 3 uger på aflastningspladsen. Herefter blev patienten igen alment påvirket, urolig og konfus. Patienten bliver set, undersøgt og vurderet og sat i behandling af geriater på aflastningspladsen og har efterfølgende fået en fast plads på et demensplejehjem. Dvs. at samme symptombillede som ved indlæggelsen nu bliver håndteret i primærsektor pga. en god fælles plan via samarbejds mødet.

Læringen var, at ægtefællen med fordel kunne have været inddraget i planlægningen, så han var forberedt ved udskrivelsen. Der er fortsat udfordringer ift. om patienterne har diagnosen eller ej. Mange er i gråzonen og har samme behov for koordinering og samarbejde selvom de ikke har en diagnose.

6. Audit som redskab til læring og evaluering

I projektets løbetid er der ud over de første to afdækkende audits afholdt yderligere 10 tværsektorielle audits med fokus på læring og evaluering af indsatserne. I alt er 100 patientforløb evalueret på disse audits.

Der er anvendt et fælles auditredskab med fokus på forløbet op til, under og efter indlæggelsesforløbet, og der er lagt stor vægt på læringsperspektivet i auditeringsprocessen. Skemaerne er udarbejdet i tæt samarbejde med projektgruppen og hver audit har haft en varighed på ca. 2 timer.

Patientforløb blev udvalgt til audit af medarbejdere fra involverede enheder i kommunalt og regionalt regi. Patientforløbene er ved hver audit gennemgået i tilfældig rækkefølge af projektgruppens deltagere, som var inddelt i mindre grupper, med repræsentanter fra alle sektorer og faggrupper.

Formålet med de tværsektorielle audits var dels at kortlægge og skabe fælles forståelse af tværsektorielle problemstillinger og forbedringspotentialer i den indledende fase af projektet. Dels at anvende auditeringerne til at evaluere projektets forbedringsindsatser under test og skabe læring om indsatsernes betydning og virkning for patienternes forløb.

I det følgende fremgår fund, lærings- og forbedringspotentialer fra en tværsektoriel audit på 8 patientforløb afholdt d. 5/10 2022, som eksempel på det læringspotentiale metoden "tværsektoriel audit" kan bidrage med (Laubek, 2024):

Forebyggelse af indlæggelser: I 2 ud af 8 tilfælde vurderes indlæggelsen at kunne have været forbygget:

1. En patient blev indlagt med lavt blodtryk og væskemangel. Auditgruppen vurderer at dette kunne have været forebygget via væsketerapi og behandling mod svamp. Egen læge havde desuden ordineret BT-måling, hvilket ikke var iværksat.
2. En patient, kendt med kronisk nyresvigt og diabetes, kunne ud fra auditgruppens vurdering have undgået en indlæggelse med sepsis, hvis der tidligere i forløbet var handlet målrettet på en urinsvejsinfektion. Op til indlæggelsen er der gennem en længere periode observeret et stort funktionstab hos patienten. Egen læge foreslog indlæggelse tidligt i forløbet, hvilket patienten afsløj. Patienten blev indlagt med en uro-sepsis, forårsaget af urinvejsinfektionen. Der var ikke rettet kontakt til sygeplejen eller demenssygeplejen i perioden, hvor patientens sygdom og tilstand var i forværring frem mod indlæggelsen.

Lærings- og forbedringspotentialer:

Tidlig opsporing og ABCDE: Der ses fortsat forbedringspotentialer i rettidig udførelse og dokumentation af både ABCDE og TOBS i både hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Grundet auditens datagrundlag er det desværre ikke muligt at se, hvorvidt indsatserne på Gug og Aneshave har medvirket til øget anvendelse af ABCDE og TOBS

Samarbejde med pårørende: Flere cases viste at samarbejdet med pårørende er vigtigt og vanskeligt. Bl.a. var der i en case ikke enighed mellem pårørende og de fagprofessionelle omkring borgerens behov for en plejebolig.

Sammenhæng i forløb efter udskrivelse: Der ses en forbedring i samarbejdet mellem de kommunale parter, sammenlignet med tidligere audits

7. Resultater

Dette kapitel samler op på delresultaterne af de seks forbedringsindsatser i forhold til om de bidrager til opfyldelse af projektets målsætning.

Målsætningen var at projektet bidrog til en reduktion af unødvendige (gen)indlæggelser for borgere med demens og somatisk sygdom fra Anneshave og Gug´s midlertidige pladser eller tilknyttet demenssygeplejerskerne i Aalborg Kommune.

Kapitlet indeholder tre afsnit:

8.1 Resultat af projektgruppens test af prøvehandlinger og forbedringsindsatser

8.2 Resultater fra tværsektorielle audits om forbedringsindsatsernes virkning

8.3 Resultater af projektets målopfyldelse via kvantitative data

8.1 Test af prøvehandlinger

Projektets forbedringsindsatser er blevet systematisk testet og evalueret via en række konkrete prøvehandlinger. De vigtigste resultater og læringspunkter fra kapitel 2 er sammenfattet her:

1. **Struktureret samarbejde med demenssygeplejen:** Evalueringerne viste at faste og strukturerede samarbejds møder mellem demenssygeplejen og plejepersonalet på midlertidige pladser bidrog til en bedre koordination og kontinuitet i patientforløbene. Dette styrkede trygheden blandt pårørende og forbedrede personalets viden og kompetencer.
2. **Tidlig opsporing af begyndende sygdom:** Indsatsen med ABCDE-udredning og TOBS har kvalificeret den tidlige opsporing i primærsektoren. Evalueringer fremhævede reduktion i forebyggelige indlæggelser, men også et behov for at integrere TRIAGE i de eksisterende systemer for at sikre mere struktureret dokumentation.
3. **Sub-akut Udkørende Geriatrik Ambulatorium (SUGA):** Indsatsen viste sig særligt effektiv i at reducere unødvendige indlæggelser. Resultaterne fra evalueringerne viste, at flertallet af patienterne undgik hospitalsindlæggelser, og at deres kognitive og fysiske tilstand blev forbedret. Derudover oplevede personalet en styrket faglighed og bedre samarbejde med geriaterne.

4. **Subkutan væskebehandling:** Evalueringen af denne indsats viste, at patienter med dehydrering kunne undgå indlæggelse ved at modtage subkutan væskebehandling i hjemmet eller på midlertidige pladser. Dette skabte både tryghed for patienterne og medvirkede i alle tre tilfælde til at reducere belastningen på hospitalsafdelingerne.
5. **Demens- og kognitivt svækkede markører:** Brugen af markører til at identificere patienter med demens eller kognitiv svækkelse har øget opmærksomheden på deres særlige behov. Personalet fremhævede, at markørerne forbedrede kommunikationen og samarbejdet både internt og på tværs af sektorer.
6. **Virtuelle samarbejds møder:** Evalueringer af disse møder viste en høj tilfredshed blandt deltagerne og dokumenterede en forbedret koordinering på tværs af sektorer. Muligheden for at lave fælles planer i realtid reducerede risikoen for genindlæggelser og sikrede mere sammenhængende patientforløb.

Delkonklusion:

De testede forbedringsindsatser har samlet set vist positive resultater, især i forhold til styrket samarbejde på tværs af sektorer og øget kompetence blandt personalet, samt reduktion af forebyggelige indlæggelser.

8.2 Resultater fra tværsektorielle audits

Det ses tydeligt gennem auditeringen, at der ved projektets start var et stort antal (gen)indlæggelser som enten kunne forebygges eller var uhensigtsmæssige. Ved de sidste audits, hvor forbedringsindsatserne var implementeret, blev indlæggelser og genindlæggelser vurderet som værende nødvendige indlæggelser.

Auditeringerne viser, at mange af projektets interventioner medvirker til skabe sammenhæng i patientforløbene, flytte interventioner fra vagt til dagtid, og til at reducere uhensigtsmæssige eller unødvendige (gen)indlæggelser.

Det er imidlertid svært gennem auditering at identificere virkningen af f.eks. Demensmarkøren og de strukturerede samarbejds møder.

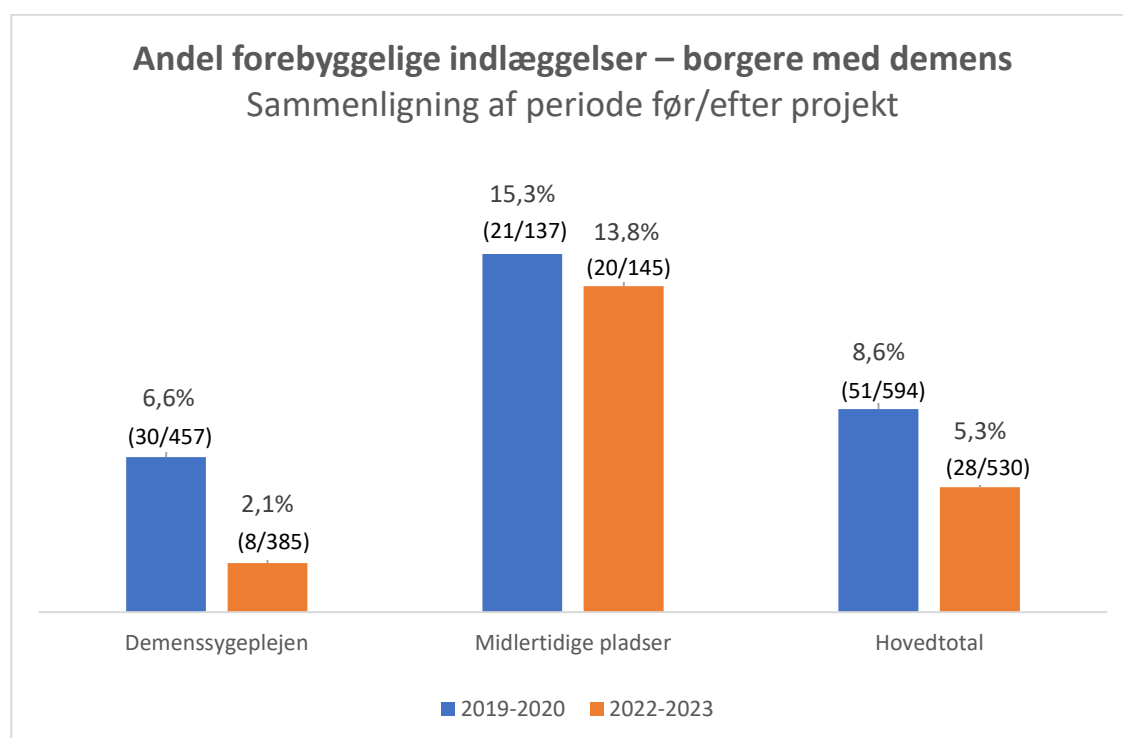
De tværsektorielle audits havde desuden den effekt, at der grundet projektgruppens involvering i design, gennemførelse og analyse af data fra de tværsektorielle audits blev opbygget fælles forståelse på tværs af faggrupper og sektorer, samt læring om virkningen af egen og fælles

indsatser. Anvendelse af auditering og læring fra auditering medvirkede til opbygning af evalueringskapacitet, hvilket kommer til udtryk ved viden, færdigheder og kompetencer til at evaluere, arbejde forbedringsorienteret herunder anvende læring til forbedringer (Laubek, 2024).

8.3 Reduktion i andelen af forebyggelige genindlæggelser

Kvantitative data fra projektperioden 2022/2023 sammenlignet med tilsvarende periode i 2019/2020 viser, at de forskellige indsatser i projektperioden samlet har bidraget til en reduktion af forebyggelige indlæggelser med 38%.

Der tages forbehold for sammenligningen, da den er baseret på et relativt begrænset antal forløb, præsenteret i søjlediagrammet. Desuden tages der forbehold for, at der i samme periode er igangsat parallelle indsatser og initiativer i både almen praksis, kommune og hospital, som kan interagere og påvirke resultaterne.



Figur 5 – Andel forebyggelige indlæggelser for borgere med demens før og efter projektet

8.4 Forbedringsindsatsernes ”liv” efter projektperioden

8.4.1 Struktureret samarbejde med demenssygeplejerskerne

Der er indgået formelle aftaler om strukturerede samarbejds møder mellem demenssygeplejerskerne om medarbejderne i både hjemmeplejen (Borgerens Faste Teams pr. 1 april 2025) og plejeboligfunktionen. Møderne gennemføres ugentligt eller hver anden uge, har en times varighed og kaldes borgerkonferencer.

Erfaringsopsamlinger viser, at der på de strukturerede samarbejds møder sker rigtig meget viden deling, refleksion og kompetenceudvikling tæt på praksis, hvilket understøtter det forebyggende arbejde. Relationen mellem demenssygeplejerskerne og medarbejderne i hjemmeplejen og plejebolig er styrket og personalet bruger demenssygeplejerske mere ad hoc udover de faste møder.

I skrivende stund forhandles om rammerne for et struktureret samarbejde mellem demenssygeplejerskerne og medarbejderne på de midlertidige- og akutte pladser i Aalborg Kommune.

8.4.2 Tidlig opsporing af begyndende sygdom

Arbejdet med tidlig opsporing, ABCDE og TOBS er pr. 2025 defineret, som indsatsområde i kvalitetsstrategien i Senior og Omsorg, Aalborg Kommune. Indsatsen følges dels via lokale læringsorienterede audits og via kvalitetsmonitoreringsstrategien i Senior og Omsorg, hvor der løbende måles på arbejdet med triagering, som nu er en integreret del af CURA.

8.4.3 SUGA

Efter projektperiodens afslutning blev SUGA i 2022 integreret i driften på tværs af Aalborg Universitetshospital og Aalborg kommune og udvidet til også at omfatte Akuttilbud Aalborg og Gug midlertidige pladser. Driften er delvist samfinansieret af Aalborg Kommunes Senior- og Omsorgsforvaltning og Aalborg Universitetshospital.

SUGA i drift er under ledelse af en tværsektoriel styregruppe og en faglig følgegruppe, nedsat på tværs af Aalborg Universitetshospital, Aalborg Kommune og PLO Aalborg Kommune. Den faglige følgegruppe er sammensat af både læger, sygeplejersker og ledere fra relevante tværsektorielle afdelinger og enheder.

Der har i perioden fra opstart af SUGA i 2022 frem til december 2024 været 275 borgere i SUGA-forløb jf. tabel 3.

	2022	2023	2024	Hovedtal
SUGA unikke forløb	18	97	160	275

Tabel 3: Antal patienter i SUGA-forløb fra 2022-2024

Evaluering af SUGA i perioden 2022 – 2024

SUGA er i perioden 2022-2024 evalueret via tværsektorielle audits og interviews.

Tværsektorielle audits

I perioden 2022 – 2024 er der gennemført læringsorienterede audits på 80 SUGA patientforløb. De tværsektorielle audits blev designet, gennemført og data analyseret af en gruppe af geriatriske overlæger, APN-sygeplejersker, kommunale sygeplejersker og social og sundhedsassistenter, samt ledere. Formålet var at følge SUGA indsatsens implementering og virkning i praksis.

Resultaterne af de tværsektorielle audits viser at de fagprofessionelle vurderer at SUGA har værdi på følgende parametre:

- **Patientsikkerhed og livskvalitet:** Vurderes at øge både patientsikkerheden og livskvaliteten for patienter gennem rettidige og relevante interventioner, herunder medicinændringer og forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser.
- **Dokumentationsforbedringer:** Dokumentation vedr. TOBS, funktionsniveau mv. er forbedret i AAK. Der ses fortsat behov for at forbedret dokumentation af bl.a. ernæring og væskestatus.
- SUGA-forløb giver forbedret tværsektoriel sammenhæng, kontinuitet og dokumentation i patientforløbene.

Individuelle interviews vedr. SUGA

I perioden september – oktober 2023 er der gennemført en række dybdegående interviews med patienter, pårørende og medarbejdere jf. tabel 3. Formålet var kortlægge de involveredes parterers oplevelse af værdien af SUGA.

INFORMANTER	PERSPEKTIV OG ROLLE
Patienter (2)	Patient i SUGA-forløb, Anneshave
Pårørende (1)	Pårørende til patient i SUGA-forløb på Anneshave
SOSU-assistent (1)	SOSU-assistent på Anneshave
Sygeplejerske (1)	Sygeplejerske på Anneshave
Geriatrer (1)	Geriatrer tilknyttet SUGA ordningen

Tabel 2. Oversigt over informanter

Interviews med pårørende og patienter viste, at SUGA bidrog til en øget oplevelse af tryghed og kontinuitet. Særligt blev det fremhævet, at en gennemgående lægefaglig ansvarstagen for patienternes samlede forløb bidrager med værdi.

”Det er rart fordi, bare det, at der bliver taget noget ansvar på den måde, så det hele ikke ligger ved mig.” (Pårørende)

Både kommunal medarbejder og geriatrer giver udtryk for at deres fælles indsats er effektiv og medvirkende til at forebygge indlæggelser. Geriateren fremhæver specifikt deres muligheder for både at udrede og handle målrettet på de geriatriiske problemstillinger de identificerer, herunder særligt behov for medicinsanering.

”Det, at man kommer som geriatrer på tilsyn forebygger ikke genindlæggelser, men det at man selv kan ændre medicin, det kan godt forebygge genindlæggelser. Så man kan allerede se, at det arbejde er meget mere fornuftigt og gavnligt.” (Geriatrer)

Den kommunale medarbejder fremhæver muligheden for hurtig behandling og kontakt med geriateren på Anneshave og på midlertidige pladser i Gug, som betydningsfuld.

SUGA er i skrivende stund under udvikling i et nyt stort tværsektorielt forbedringsprojekt ”Geriatrer på kommunale pladser”. Her testes om ophold på 5 pladser på Akuttilbud Aalborg, hvor

geriatrike læger tager det fulde behandlingsansvar og der ydes tværsektoriel og tværfaglig behandling og pleje under opholdet, kan bibringe mere sammenhæng i forløbet, færre skift og minimere uhensigtsmæssige indlæggelser for borgere i risiko for indlæggelse.

8.4.4 Subkutan væskebehandling

På baggrund af de 3 forløb og en ph.d.-afhandling om subkutan væskebehandling af geriatrike patienter (Danielsen, 2021), er der indgået en aftale med PLO-K Aalborg om at udrulle indsatsen i hele Aalborg kommune.

Aalborg Kommune arbejder med at sikre en dokumentationspraksis, så omfanget af indsatsen kan følges via data fra CURA.

8.4.5 Demensmarkør og markør til kognitivt svækkede

I Aalborg kommune er spørgeskemaundersøgelsen gentaget i januar 2025. Her er undersøgelsen udvidet til at inkludere social- og sundhedsassistenter i hjemmeplejen og plejehjem, hvor 50 sundhedsprofessionelle har besvaret.

Undersøgelsen viser, at 64% af de adspurgte kender og anvender markøren, 30 % kender den ikke, mens 6% har svaret ved ikke. De 30% er primært medarbejdere fra hjemmeplejen.

To informanter beskriver markørens betydning således:

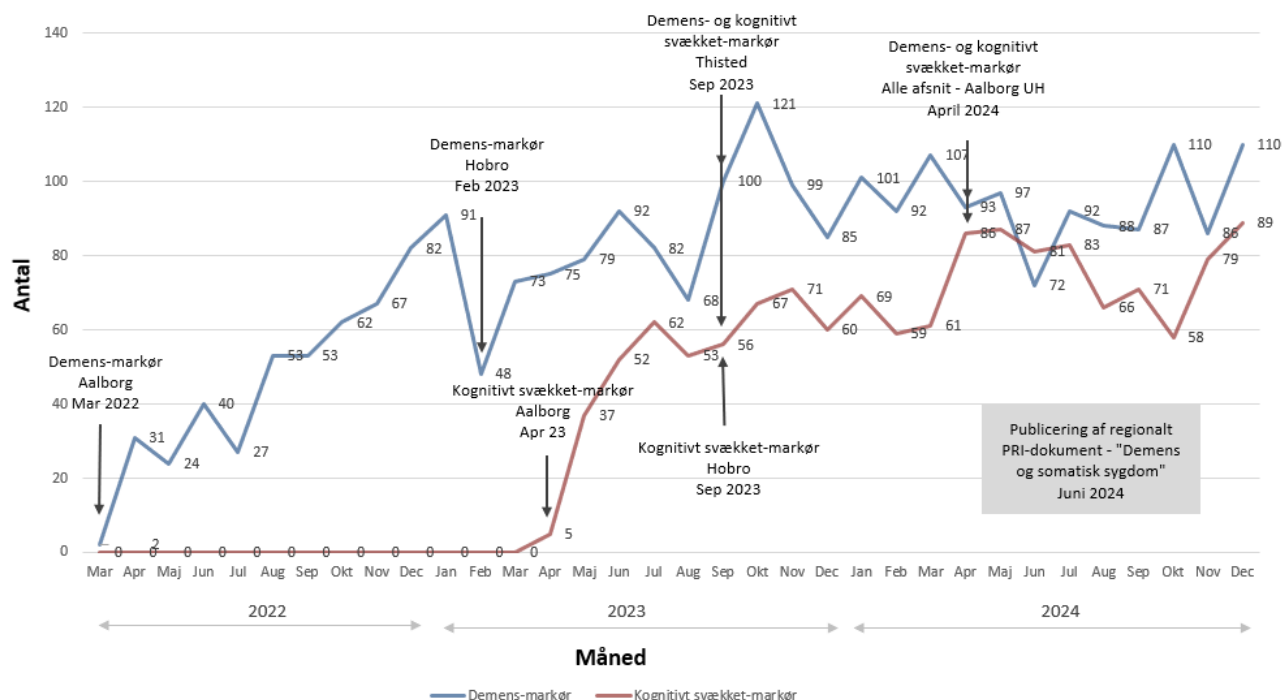
”(jeg) sørger for at kommunikere klart og tydeligt, ikke for indviklet. Overlader ikke så gerne ansvar for fx aftaler, konsultationstider mm til borger uden der er pårørende til stede”.

” Jeg er mere påpasselig med for meget unødigt information og tager en ting ad gangen i deres tempo. Jeg er opmærksom på hele tilgangen til borgeren, herunder verbal og non verbal kommunikativ tilgang”.

60% anbefaler at markøren fortsat anvendes. 8 % anbefaler det ikke, mens 30% svarer ved ikke.

I figur 6 ses udviklingen i anvendelsen af markørerne på Aalborg Universitetshospital i udbredelsesfasen efter projektfasen i Aalborg var afsluttet.

Udvikling i anvendelse af demens- og kognitivt svækket markør i perioden 1/3-2020 - 31/7-2024 på Aalborg Universitetshospital
(Implementering startede i akutte og medicinske afsnit med implementering i akut afsnit 18/4-24)



8.4.6 Virtuelle samarbejds møder

Brobyggerisyeplejerskerne på Aalborg Universitetshospital var en meget stor drivkraft og aktør i indsatsen. Da deres funktion blev nedlagt i 2024 på baggrund af en politisk beslutning, var indsatsen i dens oprindelige form ikke mulig at opretholde efter testperioden. Der gennemføres telefoniske samarbejds møder mellem Aalborg Kommunes udskrivningsenhed og relevante afdelinger på Aalborg Universitetshospital.

8. Diskussion

Projektet har vist, at et tværsektorielt samarbejde omkring et lokalt og tværsektorielt forbedringsprojekt kan føre til både styrket tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og forbedringer i forløb for mennesker med demens og somatisk sygdom.

Projektets resultater er baseret på flere forskellige interventioner, hvoraf SUGA og subkutan væskebehandling vurderes at være de mest effektive enkeltstående tiltag, i forhold til at forbedre forløbet for mennesker med demens og samtidig forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

En af projektets primære styrker var den systematiske tilgang til test, evaluering og implementering af interventioner. Brugen af tværsektorielle audits som et læringsværktøj muliggjorde løbende justeringer og forbedringer. Dette er i tråd med anbefalinger fra tidligere studier om kvalitetsforbedring i hospitalsvæsenet (Dixon-Woods et al., 2012) og er desuden dokumenteret i et ph.d.-projekt, hvori "Sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens" indgår i et casestudie af tværsektorielt forbedringsarbejde (Laubek, 2024).

Projektets multifacetterede tilgang, der inkluderede både organisatoriske ændringer (f.eks. struktureret samarbejde med demenssygeplejen) og kliniske interventioner (f.eks. subkutan væskebehandling) der samtidig fordrer både tværsektorielt og inter-organisatorisk samarbejde, adresserede kompleksiteten i at forbedre pleje for mennesker med demens og somatisk sygdom, som vurderes sårbare. Dette er i overensstemmelse med den systemiske tilgang, som anbefales af WHO i deres globale handlingsplan for demens (WHO, 2017).

En begrænsning i projektet er den relativt korte opfølgningsperiode. Langsigtede effekter og bæredygtigheden af interventionerne bør undersøges yderligere. Derudover er projektet begrænset til et lokalt tværsektorielt samarbejde mellem afgrænsede enheder i en kommune, enkelte hospitalsafdelinger og en kommunal kreds af praktiserende læger. Dette påvirker generaliserbarheden af resultaterne, som skal er kontekstbetingede.

Styrken ved projektet er imidlertid, at på grund af de grundige test og evalueringer, samt løbende feedback mellem projektgruppe, følgegruppe og styregruppe om virkningen, da er de virksomme interventioner implementeret naturligt og med stort medarbejderengagement og opbakning (Laubek, 2024).

Ved projektets afslutning har Sundhedsstyregruppen Aalborg besluttet, at der fortsat skal arbejdes videre med dybdeimplementering, og at der skal gennemføres en afsluttende tværsektoriel audit efter ½ år hvorfra resultaterne skal afrapporteres til sundhedsstyregruppen. Dette med henblik på at kunne fastholde fokus, sikre tværsektoriel læring og fastholde projekresultaterne i perioden, hvor indsatserne fortsætter i en driftsfase som "det nye normale".

Vores resultater støtter tidligere forskning, der har vist, at personer med demens har en højere risiko for hospitalsindlæggelser og komplikationer (Phelan et al., 2012). Vores interventioner,

særligt SUGA, subkutan væsketerapi og de tværsektorielle samarbejds møder, adresserer direkte dette problem og viser lovende resultater.

Brugen af demens- og kognitivt svækkede markører er en tilgang, som ikke er bredt rapporteret i litteraturen. Denne intervention adresserer en udfordring ift. underdiagnosticering og underreportering af kognitiv svækkelse i hospitalsmiljøer (Garcia, 1984 og Timmons et al., 2015).

Dette projekt understreger betydningen af at betragte personer med demens som en højrisikogruppe, der kræver særlig opmærksomhed og koordinering på tværs af sundhedssektorer. Implementeringen af lignende tværsektorielle samarbejdsmodeller i andre regioner kunne potentielt føre til betydelige forbedringer i plejen af personer med demens på nationalt plan.

Virkningen af interventionerne synes at være størst i de indsatser, som er ledelsesunderstøttet horisontalt og vertikalt og hvor medarbejderne har en høj grad af autonomi, som SUGA og subkutan væskebehandling. Forskning viser, at netop disse faktorer har afgørende betydning for indsatsernes implementeringsgrad, virkning og bæredygtighed (Laubek, 2024).

Resultaterne af dette forbedringsprojekt er yderst relevant set i lyset af nærværende sundhedsreform, hvor det tværsektorielle samarbejde omkring komplekse patientforløb er højt prioriteret.

Vi anbefaler sundhedsøkonomiske undersøgelser af indsatsernes implikationer, herunder potentielle besparelser i sundhedsvæsenet på længere sigt.

En vigtig næste skridt kunne være at udforske, hvordan teknologi og digitale løsninger kan integreres i disse tværsektorielle interventioner for at forbedre kommunikation og dataoverførsel mellem forskellige aktører i sundhedsvæsenet, samt hvordan både patienter og pårørende oplever værdien af interventionerne på kort og lang sigt.

9. Konklusion

Projekt "sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens" tager jf. afsnit 1.6.2 afsæt i sundhedsstyregruppen Aalborgs arbejdsgrundlag, hvor hypotesen er, at effekten af en mere integreret indsats vil komme til udtryk ved, at patienter 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

De fire hovedmål er i projektet blevet adresseret på følgende måder:

1. **Sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorer:** Der er via projektet implementeret flere tiltag, der har forbedret den tværsektorielle koordinering. Særligt har de virtuelle samarbejds møder og det strukturerede samarbejde med demenssygeplejen bidraget til at skabe en mere sammenhængende indsats. Indførelsen af demens- og kognitivt svækkede markører har også øget opmærksomheden på patienternes særlige behov på tværs af sektorerne.
2. **Rettidig udredning og behandling tæt på hjemmet:** Dybdeimplementering af Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom og etableringen af det Sub-akutte Udkørende Geri-atriske Ambulatorium (SUGA) har muliggjort udredning og behandling tættere på patienternes hjem. SUGA har vist sig særligt effektivt i at reducere unødvendige indlæggelser og forbedre patienternes tilstand.
3. **Ydelser leveres af fagfolk med de rette kompetencer:** Det strukturerede samarbejde med demenssygeplejen og samarbejde med en geriater har bidraget til at øge kompetenceniveauet blandt sundhedspersonalet. Dette har resulteret i en mere kvalificeret indsats i primærsektoren.
4. **Færre forebyggelige indlæggelser:** Projektet har opnået en betydelig reduktion af forebyggelige indlæggelser for målgruppen på 38% i projektperioden. Dette er et resultat som de implementerede tiltag hver har bidraget til, herunder subkutan væskebehandling, SUGA, og forbedret tidlig opsporing af begyndende sygdom.

Derudover har projektet vist styrke i sin systematiske tilgang til kvalitetsforbedring, med løbende evaluering og justering af indsatserne gennem løbende samarbejds møder og tværsektorielle audits. Dette har sikret en kontinuerlig lærings- og forbedringsproces, samt medvirket til at der er opbygget fælles sprog, forståelse og kapacitet på tværs af de involverede sektorer og organisationer.

Projektet "Sammen forbedrer vi forløb for mennesker med demens" har demonstreret betydelige forbedringer i behandlingsforløbene for mennesker med demens gennem en række målrettede interventioner, hvilket opsummerende kommer til udtryk ved:

Reduktion i forebyggelige indlæggelser:

Data viser en samlet reduktion på 38 % sammenlignet med baseline-perioden, hvilket understøtter projektets overordnede mål.

Styrket tværsektorielt samarbejde:

De virtuelle samarbejds møder, brugen af demensmarkører og det strukturerede samarbejde mellem relevante fagprofessionelle har forbedret kommunikationen og koordinationen internt og på tværs af sektorerne. Tværsektorielle audits viser, at dette har sikret mere sammenhængende patientforløb.

Kompetenceudvikling blandt sundhedspersonale:

Projektet har gennemført systematiske uddannelses- og læringsaktiviteter, der har styrket personalets evne til at identificere og håndtere komplekse problemstillinger relateret til demens. Dette har resulteret i en øget tryghed blandt medarbejdere og bedre kvalitet i patientbehandlingen.

Forbedret patient- og pårørendeoplevelse:

De pårørende har rapporteret en øget følelse af tryghed og tillid til systemet, hvilket er blevet bekræftet gennem kvalitative interviews og spørgeskemaundersøgelser

Styrket tværsektoriel forbedringskapacitet

Projektet har demonstreret, at en tværsektoriel, fælles og systematisk tilgang til forbedringsarbejde kan føre til mere sammenhængende patientforløb, rettidig behandling tættere på hjemmet, øget kompetence blandt sundhedspersonalet, og en markant reduktion i forebyggelige indlæggelser.

10. Perspektivering

Projektets resultater fremhæver flere væsentlige perspektiver for fremtidig udvikling, udbredelse, samarbejde og forskning inden for demensområdet.

Udbredelse og lokal tilpasning:

Flere af projektets indsatser – herunder brugen af demensmarkører og strukturerede tværsektorielle samarbejds møder – er allerede i gang med at blive udbredt til hospitalets øvrige matrikler og kommuner i regionen.

Der er under udbredelse af delindsatser samarbejdet om en fælles regional retningslinje kaldet ”Demens og somatisk sygdom”: [Demens og somatisk sygdom på Regionshospitalet Nordjylland og Aalborg UH \(rn.dk\)](#) Retningslinjen blev publiceret i PRI i juni 2024 og giver et samlet overblik over initiativer på hospitalet og i samarbejde med kommunerne der sikrer sammenhæng.

Lokal tilpasning spiller en afgørende rolle i implementeringen. Som Grol (2003), Damschroder (2009) og Valentijn (2013) fremhæver, kræver meningsfuld forankring aktiv inddragelse af ledelse og medarbejdere i den konkrete organisatoriske kontekst.

Et eksempel på lokal tilpasning ses i, at demenskoordinatorer fra flere kommuner har tilbudt undervisning på hospitalets personale møder. Ligeledes er der i både CURA- og Nexus-systemerne udviklet en fælles dokumentationspraksis for kognitiv status. Denne dokumentation integreres automatisk i indlæggelsesrapporten ved indlæggelse, hvilket sikrer, at hospitalet modtager relevant viden om patientens kognitive tilstand allerede ved ankomst.

Flere af de mindre matrikler som fx Aalborg Universitetshospital i Thisted og Hobro havde desuden i forvejen for vane at tale sammen i telefon om fælles planlægning i komplekse forløb. Herved var indsatsen ”tværsektorielt samarbejds møde” allerede eksisterende bare i en anden form.

Som led i den lokale tilpasning udviklede hver matrikel i samarbejde med deres omkringliggende kommuner en plakat med konkrete opmærksomhedspunkter for den sårbare ældre

patientgruppe, herunder kontaktoplysninger og koordineringsbehov. Det skabte både et fælles sprog og et konkret redskab, som understøttede et fælles ansvar for at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

Videreudvikling af specifikke indsatser:

Flere af projektets tiltag har potentiale for yderligere udvikling. F.eks. er indsatsen SUGA under udvikling til "Geriatrici på kommunale pladser". Denne version vil muliggøre daglig geriatricisk vurdering af en mindre gruppe ældre og skrøbelige borgere med ophold på Akuttilbud Aalborg. Videreudviklingen af f.eks. dette tiltag er vigtig for at afprøve mulige forbedringer af indsatsen og evt. maksimere dens effekt.

Kontinuerlig evaluering og justering:

Projektets erfaringer understreger vigtigheden af løbende evaluering og justering af forbedringsindsatser, herunder anvendelsen af medarbejderinvolverende evalueringsmetoder med fokus på læring, patienternes forløb på tværs af sektorerne og virkningen af indsatser. Denne tilgang er afgørende for at sikre ejerskab, fælles forståelse af komplekse problemstillinger og mulige løsninger, samt at de opnåede forbedringer løbende udvikles og forankres over tid (Laubek, 2024; Øvretveit, 2012; Phelan et al., 2015).

Regional og national perspektivering:

En regional udbredelse af projektets interventioner kræver en systematisk tilgang til vidensdeling og kapacitetsopbygning blandt sundhedspersonale på tværs af sektorer og organisationer. Derudover kræves både en horisontal og vertikal ledelsesunderstøttelse dvs. understøttelse fra både den strategiske topledelse til den driftsnære leder og internt og på tværs af sektorerne.

Projektet illustrerer, hvordan målrettede tværsektorielle initiativer kan skabe varige forbedringer for f.eks. mennesker med demens. Det viser samtidig, at udvikling og implementering af lignende initiativer kræver både fleksibilitet, systematik og lokalt udviklings- og implementeringsarbejde for at indsatsen kan skaleres fra et lokalt til et nationalt niveau.

Litteraturliste

Auvinen, Tommi & Sajasalo, Pasi & Sintonen, Teppo & Pekkala, Kaisa & Takala, Tuomo & Luoma-aho, Vilma. (2019). Evolution of Strategy Narration and Leadership Work in the Digital Era. Leadership. 15. 10.1177/1742715019826426.

Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. and Lowery, J.C., 2009. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Science, 4(1), p.50.

Dixon-Woods, M., McNicol, S. and Martin, G., 2012. Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. BMJ Quality & Safety, 21, pp.876-884.

Garcia CA, Tweedy JR, Blass JP. Underdiagnosis of cognitive impairment in a rehabilitation setting. J Am Geriatr Soc. 1984 May;32(5):339-42. doi: 10.1111/j.1532-5415.1984.tb02036.x. PMID: 6715758.

Grol, R. and Grimshaw, J., 2003. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362(9391), pp.1225-1230.

Knapp, M., Lemmi, V. and Romeo, R., 2013. Dementia care costs and outcomes: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(6), pp.551-561.

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

Laubek, C. 2024. Opbygning af inter-organisatorisk evalueringskapacitet. Et dansk casestudie af evalueringsprocesser på tværs af hospital, kommune og almen praksis.

Lawrence, V., Samsi, K., Murray, J., Harari, D. and Banerjee, S., 2011. Dying well with dementia: qualitative examination of end-of-life care. *The British Journal of Psychiatry*, 199(5), pp.417-422.

Phelan, E.A., Borson, S., Grothaus, L., Balch, S. and Larson, E.B., 2012. Association of incident dementia with hospitalizations. *JAMA*, 307(2), pp.165-172.

Rittel, H.W.J. and Webber, M.M., 1973. Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences*, 4(2), pp.155-169.

Sundhedsstyrelsen, 2020. Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med demens. København: Sundhedsstyrelsen.

Timmons, S., Manning, E., Barrett, A., Brady, N.M., Browne, V., O'Shea, E., Molloy, D.W., O'Regan, N.A., Trawley, S., Cahill, S., O'Sullivan, K., Woods, N., Meagher, D., Ni Chorcain, A.M. and Linehan, J.G., 2015. Dementia in older people admitted to hospital: a regional multi-hospital observational study of prevalence, associations and case recognition. *Age Ageing*, 44(6), pp.993-999.

Videnscenter for demens, 2021. Demens og infektioner er en farlig cocktail. [online] Available at: <https://videnscenterfordemens.dk/da/demens-og-infektioner-er-en-farlig-cocktail> .

Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W. and Bruijnzeels, M.A., 2013. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13, e010.

World Health Organization, 2017. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: World Health Organization.

Øvretveit, J. and Klazinga, N., 2012. Learning from large-scale quality improvement through comparisons. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(5), pp.463-469.

