

# Metoder og arbejdsgange til tidlig opsporing af sundhedsproblemer hos mennesker med demens

Erfaringsopsamling fra projektet Sikker sundhed for borgere med demens fra maj 2023 – april 2024



Udgivet af:

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

c/o Frederiksberg Hospital

Vej 8, indgang 1, 1 sal

Nordre Fasanvej 57

2000 Frederiksberg

Projektet er udført i samarbejde med Nationalt Videnscenter for Demens. Projektet er gennemført i regi af Fremfærd Sundhed og Ældre ved KL og FOA.

Layout: Maria Lillesø Jepsen

Forsidefoto: Inge Ulriksen

September, 2024

~~Fremfærd~~  
**PS!**

## Indholdsfortegnelse

<b>1. Indhold</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Resumé</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Indledning</b> .....	<b>4</b>
Baggrund .....	4
Formål .....	4
Om projektet .....	4
Samarbejde mellem Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Nationalt Videnscenter for demens .....	5
Organisering .....	7
<b>4. Metode</b> .....	<b>7</b>
Forbedringsmodellen .....	7
Kommunikation om projektet .....	8
Intern kommunikation .....	8
Ekstern kommunikation .....	9
<b>5. Resultater</b> .....	<b>9</b>
Generelle erfaringer .....	9
Sikre tidlig opsporing gennem anvendelse af metoden .....	10
Ændret kultur .....	16
Etårig projektperiode .....	17
<b>6. Litteraturliste</b> .....	<b>18</b>
<b>7. Bilag</b> .....	<b>20</b>

## Resumé

**Projektet Sikker sundhed for borgere med demens løb fra maj 2023 til maj 2024. Projektet er gennemført i regi af Fremfærd Sundhed og Ældre i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Nationalt Videnscenter for Demens.**

Formålet med projektet var at styrke personalets kompetencer i at skabe sikre arbejdsgange, der sikrer forebyggelse af sygdom hos borgere med demens, og at styrke personalets demensfaglige kompetencer samt at give personalet et styrket fundament for at arbejde med borgere med demens.

Det er sket gennem at styrke viden om anvendelse af metoder i Forbedringsmodellen og anvendelse af metoder til tidlig opsporing af sundhedsproblemer hos borgere med demens.

I projektet indgik ni enheder, der var repræsenteret ved fem kommuner.

Projektet er gennemført i et tæt samarbejde mellem Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS!) og Nationalt Videnscenter for Demens (NVD). Kombinationen af faglig viden fra NVD kombineret med viden om og anvendelse af forbedringsmetoder fra PS! er en meget stærk kombination til at skabe forbedringer og motivation til at fastholde forbedringer.

Projektet har vist, at der kan opnås signifikante resultater, når man anvender denne kombination af faglig viden og viden om anvendelse af forbedringsmetoder.

Eksempler på resultater er:

- Reduktion af fald hos en borger fra 13 fald på 37 dage til 4 fald på 33 dage. Resultatet er gennemført gennem en systematisk indsats fra leder og personale.
- Integrering af dagligt tavlemøde med gennemgang af alle borgere med identifikation af smerter hos alle borgere og afledte handlinger. Derudover er tavlemødet en integration af anvendelse af metoder, vist ved daglig brug af patientsikkerhedskalender og de igangværende afprøvninger. Enheden har opnået en systematik ved triagering og har en plan for kompetenceudvikling og for intern spredning af den opnåede systematik til alle vagtlag.
- Reduktion af urinvejsinfektioner fra 12 i en periode over 6 måneder før projektstart til en reduktion med 75 % i de første fem måneder af projektet. Efter en fokuseret indsats på denne somatiske lidelse har enheden opnået en fokuseret og systematisk indsats for opsporing af ændringer i adfærd hos alle beboerne ved triageringsmøder. Principper for afvikling af triageringsmøderne indebærer vurdering af hver enkelt borger og personalets ansvar og behov for kompetencer er beskrevet.
- De generelle resultater viser en solid anvendelse af metoder, både demensfaglige og forbedringskompetencer, med variation blandt enhederne.
- I enhederne er der set en ændret kultur, der er båret af læring og erfaringer om, hvilke ændringer der kan opnås til gavn for borgerne.

Projektet har vist, at der kan opnås betydelige resultater på et år.

## Indledning

### Baggrund

Det er veldokumenteret, at der hos borgere med demens er udfordringer i forhold til at sikre, at der sker rettidig identifikation af somatiske symptomer. Borgere med demens har ofte svært ved at give udtryk for egne behov, som fx at give udtryk for smerter, men reagerer derimod med ændret adfærd.

En forsinket reaktion på ændret adfærd kan have omfattende konsekvenser for borgeren - især i form af indlæggelse på hospital, som kan være en stor belastning for personer med demens, da fraværet af kendte rammer og rutiner kan skabe utryghed og uro.

Der ligger en stor opgave hos personalet og ledere i at identificere den ændrede adfærd og bagefter finde frem til, hvad der kan være årsag til den ændrede adfærd. Den lokale ledelse har også en stor opgave i at skabe sikre systemer, der understøtter personalets observationer og de relevante afledte tiltag.

Projektet "Sikker sundhed for borgere med demens" har fokuseret på at styrke personalets kompetencer i at arbejde målrettet med arbejdsgange og redskaber til at forbedre sundheden og patientsikkerheden for borgere med demens.

Borgere med demens eller demenslignende symptomer bor i eget hjem, på plejecentre sammen med borgere uden demens og på demsenheder. Målgruppen for projektet er de kommunale enheder som plejecentre, rehabiliteringscentre og hjemmeplejeenheder.

### Formål

Det er projektets formål, at:

- styrke personalets kompetencer i at skabe sikre arbejdsgange og pålidelige processer, der sikrer forebyggelse af sygdom hos borgere med demens
- styrke personalets demensfaglige kompetencer og give personalet et styrket fundament for at arbejde med borgere med demens.

### Om projektet

Projektet er finansieret af midler fra Fremfærd Sundhed og Ældre. Fremfærd ved KL og FOA har i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed sat fokus på opgaven. Formålet med projektet var at skabe sikre arbejdsgange i forebyggelsen af sygdom hos borgere med demens - og at styrke personalets demensfaglige kompetencer i forhold til det fysiske helbred hos borgere med demens.

Projektet har været 1-årigt med en projektperiode fra maj 2023 til maj 2024. 10 kommunale enheder har deltaget i projektet - enhederne kunne være fra plejecentre eller hjemmeplejen.

9 enheder fra 5 kommuner har deltaget i projektet:

- Holstebro, to plejecentre
- Helsingør, et plejecenter
- Roskilde, et plejecenter
- Slagelse, et plejecenter og en hjemmeplejeenhed. Sidstnævnte stoppede midt i perioden på grund af omfattende organisatoriske ændringer
- Næstved, et plejecenter med fire enheder.

Projektet var bygget op omkring læringstræf, to virtuelle og tre fysiske, og derudover har projektet været bundet op på virtuelle statusmøder mellem hver enkelt enhed og projektlederen fra PS!.

Til hvert læringstræf præsenterede enhederne deres status for eget arbejde. Forud for hvert læringsstræf fik enhederne et temaer og fokus, som deres status skulle handle om. Formålet med, at enhederne præsenterer deres arbejde, er at skabe fælles sparring og at styrke fælles læring.

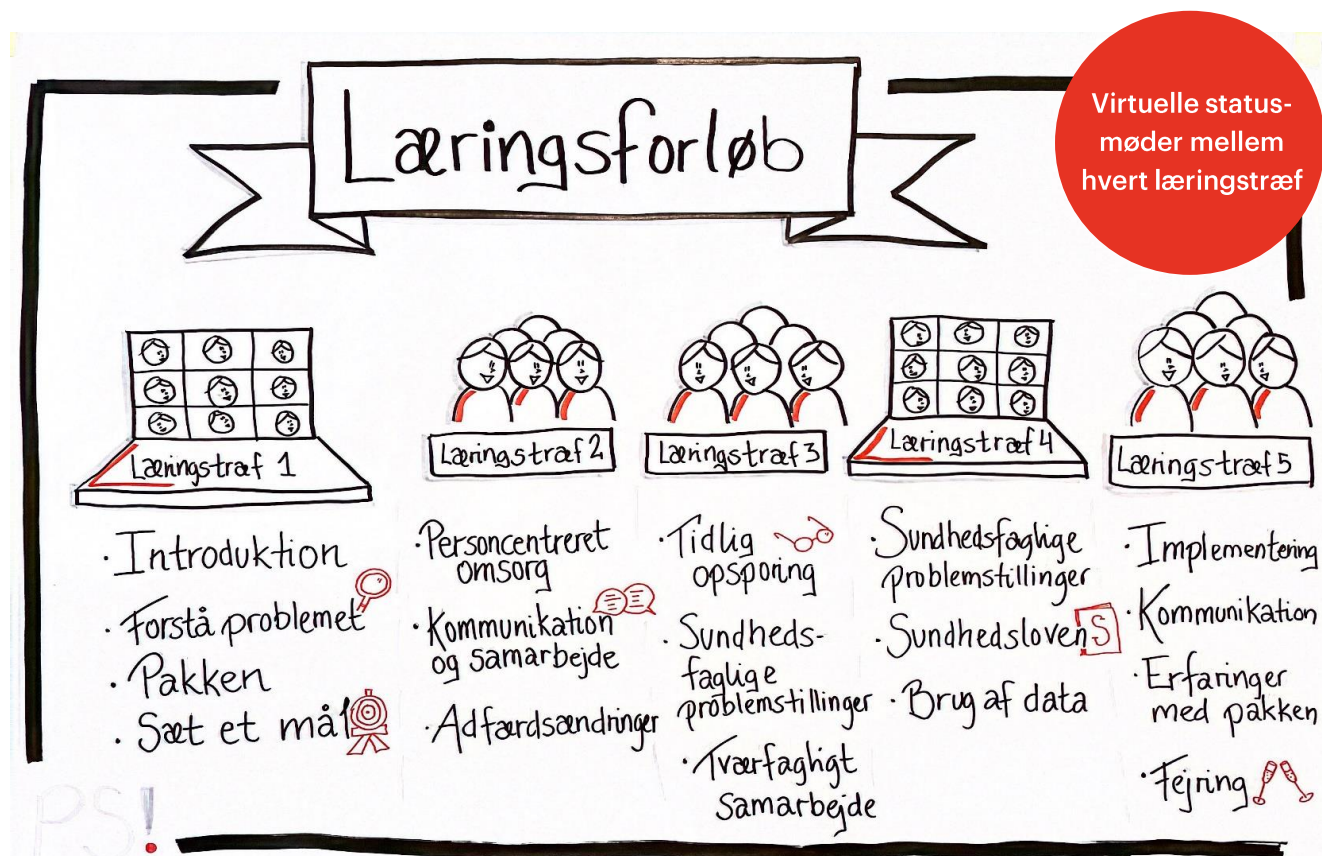


Illustration af forløbet for projektet. Emner om Forbedringsmodellen var gennemgående på alle læringstræf. På læringstræffene 2, 3 og 4 blev deltagerne præsenteret for demensfaglige emner.

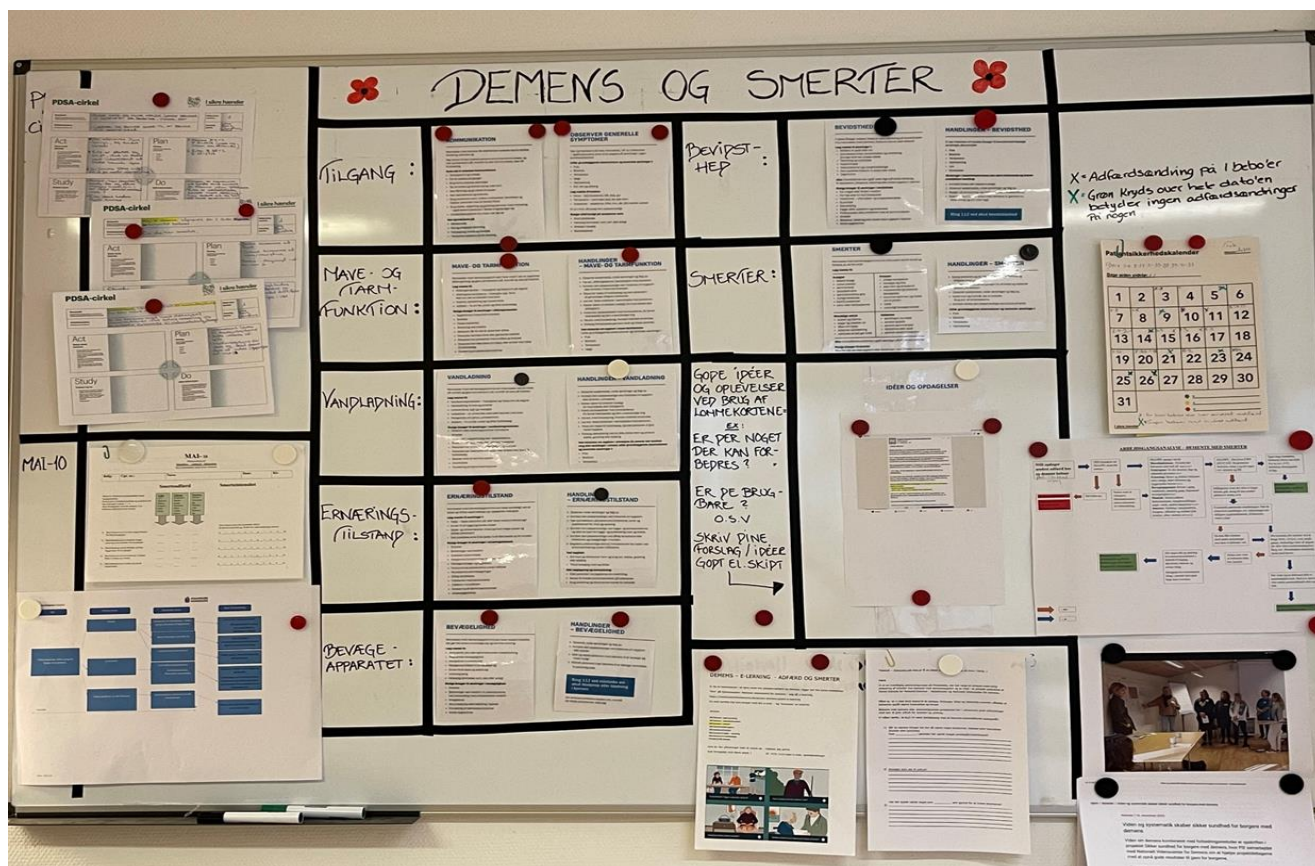
## Kombination af demensfaglighed og forbedringsfaglighed

Formålet med projektet har været todelt. Dels at skabe sikre arbejdsgange for at forebygge sygdom hos borgere med demens – og dels at styrke personalets demensfaglige kompetencer i forhold til det fysiske helbred hos borgere med demens.

Med hensyn til at styrke personalets demensfaglige kompetencer har det været radikalt og afgørende for projektet, at gennemførelsen er sket i et tæt samarbejde mellem Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS!) og Nationalt Videnscenter for Demens (NVD). PS! og NVD er eksperter inden for hver sit område.

Som det fremgår af ovenstående illustration over forløbet, indgik NVD centralt i tre af læringstræffene. Fokus har været at formidle den faglige viden om identifikation om somatiske symptomer af forskellig karakter hos borgeren med demens. Enhederne har på den baggrund arbejdet i egen praksis med de somatiske problemstillinger, der er relevante i egen praksis.

Udgangspunktet har været at identificere adfærdsændringer hos borgeren, formidle observationer og at skabe en sikker arbejdsgang for at følge adfærdsændringer og at reagere på dem på daglig basis eller i hvert vagtlag. Det sker typisk ved triageringsmøder.



Eksempel på en tavle fra Plejehjemmet Montebello i Helsingør, der integrerer det daglige triageringsmøde med gennemgang af borgerne og afledte handlinger. Samtidig integrerer tavlen anvendelse af metoderne. Patient-sikkerhedskalenderen og aktuelle afprøvninger vises på tavlen.

PS! har stærke kompetencer inden for patientsikkerhed og har stor erfaring i at omsætte viden til praksis ude på arbejdspladserne. PS! har i projektet bidraget med sine mange års erfaring med at anvende Forbedringsmodellen (se side 7).

Det er sket ved, at enhederne har fået undervisning i og viden om metoder til at skabe sikre og stabile arbejdsgange. Konkret har PS! hjulpet enhederne med at sætte lokale mål, understøtte processen i at samle relevante tidstro data, have en proces for dataindsamling og at følge og formidle egne data. PS! har også støttet enhederne i at skabe en proces for at udføre afprøvninger med PDSA-cirkler og følge læringen fra afprøvningerne.

En anden del har også været at støtte de lokale enheder og ledere i at holde en passende kadence for møder i teamet og sikre fremdrift - også når der sker ændringer i personalesammensætning eller organisatoriske ændringer. De nævnte forhold er drøftet på de virtuelle statusmøder mellem enheden og PS!, der har til formål at tale om både status og fremdrift.

## Organisering

Projektet har været organiseret med en lokal tovholder i hver enhed, der i samarbejde med en lokal leder og et team har drevet arbejdet med at skabe forbedringer for borgerne.

Teamet blev udpeget blandt frontlinjepersoner, og der blev aftalt en passende mødekadence for at kunne sikre fremdrift i indsatserne.

Den lokale leder har sikret den nødvendige og nære opbakning til indsatserne for at understøtte teamets arbejde og at sikre, at der sker størst mulig fremdrift.

## Metode

### Forbedringsmodellen

Den anvendte metode i projektet er Forbedringsmodellen, som udgøres af tre spørgsmål og PDSA-cirkler. Det er en enkel og meget anvendelig model til at accelerere forandrings- og forbedringsprocesser i praksis. PS! har mange års erfaring med at anvende Forbedringsmodellen sammen med det danske sundhedsvæsen<sup>1</sup>.

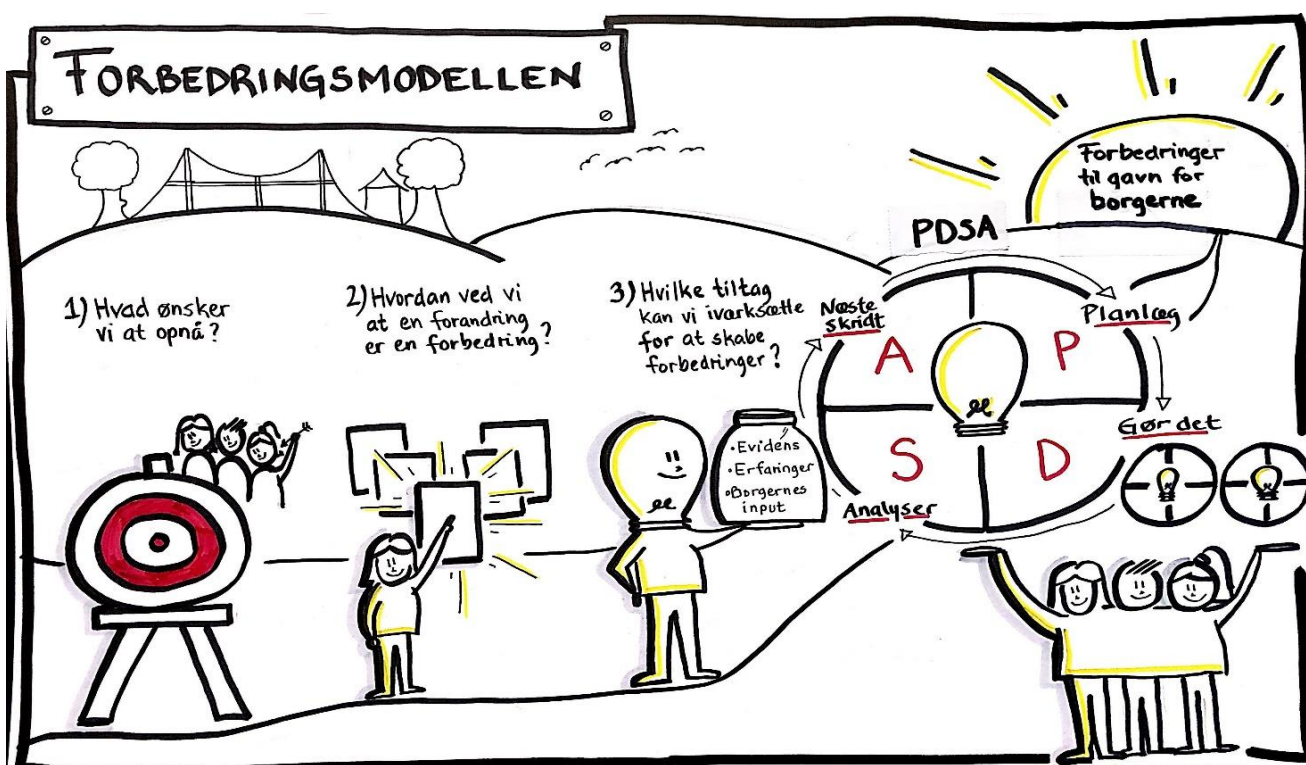


Illustration af Forbedringsmodellen.

### Afdække problemets omfang

Et trin forud for at anvende Forbedringsmodellen er at afdække, det problem man ønsker at løse, hvor man afdækker problemets omfang og hyppighed. På den måde får man en viden om problemets størrelse i stedet for en antagelse.

<sup>1</sup> Læs mere om Forbedringsmodellen på [patientsikkerhed.dk/forbedringsmodellen](http://patientsikkerhed.dk/forbedringsmodellen)



### Hvad ønsker vi at opnå?

Efter at have afdækket egen praksis har hver enhed sat et mål for indsatsen, som er svar på spørgsmål 1 i Forbedringsmodellen.

Planen for at komme i mål indsættes i et driverdiagram<sup>ii</sup>. Bilag 2 og 3 viser eksempler på driverdiagrammer fra projektet. Driverdiagrammet udarbejdes tværfagligt med kolleger og er en enkel metode til at skabe overblik over sin indsats og er et redskab til prioritering og dialog.

### Hvordan ved vi, om en forandring er en forbedring?

Svaret på spørgsmål 2 i Forbedringsmodellen er at kende egne tidstro data. Data følges typisk gennem ugentlige stikprøver eller ved anvendelse af en patientsikkerhedskalender, hvor man på daglig basis følger "antal dage siden sidste hændelse" (se eksempel i bilag 1). Anvendelse af patientsikkerhedskalender har i projektet været den hyppigste form for dataindsamling blandt enhederne.

### Hvilke tiltag kan vi iværksætte for at skabe forbedringer? (PDSA)

Spørgsmål 3 i Forbedringsmodellen giver svar gennem afprøvninger af ændringer. Med PDSA-cirklen<sup>iii</sup> afprøver vi ændringer i lille skala for at se, om de planlagte forandringer giver den ønskede forbedring. Afprøvning i lille skala vil sige, at man fx afprøver en ændring hos én borger af én medarbejder i én vagt.

Vi afprøver for at skabe læring. En væsentlig opmærksomhed er, at der også sker læring af de afprøvninger, der går anderledes end forventet.

Erfaringen fra dette og andre projekter, der udgår fra PSI!, er, at det er enkelt at anvende PDSA-cirklen, men at denne måde at arbejde på skal læres. Det er nyt at afprøve ændringer i lille skala i stedet for blot at gribe til handling.

## Kommunikation om projektet

### Intern kommunikation

Betydningen af kommunikation om den løbende læring er italesat gennem projektperioden. Det er en erfaring fra dette og andre projekter, at der går lidt tid, inden man internt finder ud af, at nogle af de erfaringer, man gør i sin praksis, er noget særligt og har betydning at dele med andre. Eksempler på intern formidling er:

- internt i egen ledergruppe
- formidling på tværs af enheder i kommune
- internt i en større enhed med henblik på intern spredning
- formidling i demensnetværk i kommune
- kvalitetsråd i kommune.

---

<sup>ii</sup> Læs mere om driverdiagrammer på [patientsikkerhed.dk/driverdiagram](http://patientsikkerhed.dk/driverdiagram)

<sup>iii</sup> Læs mere om PDSA på [patientsikkerhed.dk/pdsa](http://patientsikkerhed.dk/pdsa)



På det afsluttende læringstræf skulle alle deltagere skrive et postkort over, hvad der har gjort indtryk gennem projektet.

## Ekstern kommunikation

Kommunikation om projektet er varetaget af Viden På Tværs<sup>iv</sup> gennem deltagelse på de fysiske læringstræf. Derudover har PS! bragt en artikel<sup>v</sup>, der beskriver værdien af samarbejdet mellem NVD og PS! og de dermed styrkede erfaringer og resultater ved at forene de to fagligheder.

På den tværfaglige konference om demens, Demens Dagene 2024 af Nationalt Videnscenter for Demens, har der været følgende formidling:

Slagelse havde en poster med om indsatsen om somatisk tjekliste ved adfærdsændringer hos borgere med demens (se bilag 4).

Sevel Alderdomshjem fra Holstebro Kommune deltog i en session sammen med PS! og NVD med formidling af erfaringer fra projektperioden med fokus på ændringer i indholdet i det sene aftensmåltid med henblik på en bedre søvn for borgerne. Både proces og data indgik i præsentationen.

## Resultater

### Generelle erfaringer

En forudsætning for deltagelse i projektet var, at man lokalt havde viden om og erfaring med at anvende Forbedringsmodellen. Enhedernes erfaring og viden har vist sig forskelligt, både i forhold til

---

<sup>iv</sup> [VPT's projektside om Sikker sundhed for borgere med demens](#)

<sup>v</sup> [Artiklen "Viden og systematik skaber sikker sundhed for borgere med demens"](#)

Forbedringsmodellen og den demensfaglige viden. Undervejs i projektperioden har sparring til enhederne været tilpasset enhedernes baggrund, udvikling og fremdrift. Alle teams har skabt læring i deres processer for at nå målet.

Der er også set modstand fra kolleger i form af: "Hvad er det nu også, vi skal?". I takt med at der er sket lokal læring om, hvordan metoderne bruges, er modstanden fra kolleger blevet vendt til at se for målet med indsætterne og har givet en oplevelse af, at der er tale om enkle metoder.

## Anvendelse af metoden

De resultatet, der er opnået i projektperioden, er både sket igennem anvendelse af Forbedringsmodellen og metoder til at opspore ændret adfærd hos borgerne.

### Forstå problemet

En enhed havde fra første læringstræf et mål om at nedbringe urinvejsinfektioner. Efter at have foretaget en nøje gennemgang af urinvejsinfektioner hos alle borgere, viste det sig, at der var en enkelt urinvejsinfektion pr. måned blandt 100 borgere.

Eksemplet viser, at det er et nyttigt og afgørende arbejde at undersøge problemets omfang gennem data, da data kan hjælpe med at afklare, om en antagelse rent faktisk er et problem og også vise omfanget af problemet. Enheden valgte i stedet at arbejde med forebyggelse af fald med udgangspunkt i data.

En anden enhed havde tilsvarende som mål at arbejde med forebyggelse af urinvejsinfektioner og fandt 12 af disse på seks måneder på 18 beboere. Kendskab til problemets omfang gjorde, at enheden lagde en plan for at skabe forbedringer på området.

### Sætte et mål

Alle enheder har sat lokale mål for reduktion af skader og for tidlig identifikation af risikotilstand. Her er eksempler på mål, som enhederne har sat:

- Reduktion af urinvejsinfektioner med 75 %
  - målet blev tilpasset i projektperioden til reduktion af urinvejsinfektioner til 100 %
- Reduktion af fald fra fem fald pr. uge til et fald pr. uge (100 beboere)
- Fokuseret indsats på en systematik i triagering med formål at:
  - forebygge forebyggelige indlæggelser
  - anvende triageringsmøder som et systematisk værktøj
  - kendskab for personalet i alle vagtlag.

Det anvendte værktøj til at vise en plan for at komme i mål er driverdiagrammet. Et driverdiagram viser sammenhængen mellem målet og planen for at nå målet. Det er et dynamisk værktøj, der er genstand for prioritering og dialog med kolleger og leder om projektet. Se driverdiagram fra Holstebro og Slagelse i bilag 2 og 3.

### Brug af data

Brugen af data er integreret i forbedringsarbejdet og anvendelse af data sker ved at indsamle praksisnære og tidstro data. Processen for at indsamle data er aftalt i hvert team.

Det har været nyt for teamene at kende faktuel viden om egen praksis og efterfølgende at følge egen praksis på baggrund af data. Brugen af data har givet medarbejderne et andet sprog, da de er gået fra antagelser og tro - til viden. Det gælder både for teamets interne dialog og dialogen med kolleger.

Det har gjort indtryk på projektdeltagerne...

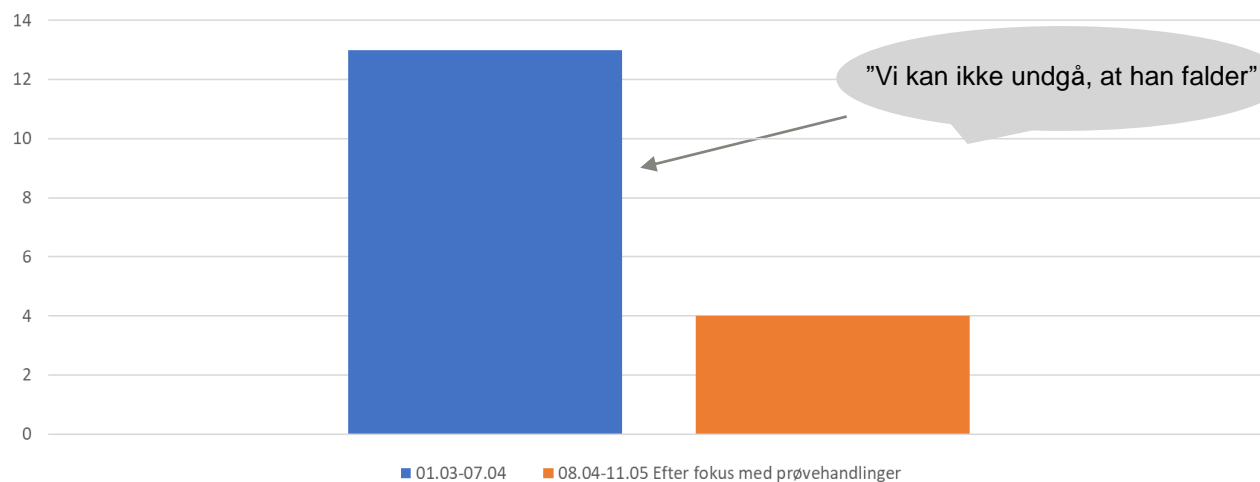
Det har været en ATA-oplevelse  
at gå fra synsninger til data.

Jeg forstod ikke i starten, hvad  
du sagde om brug af data, men  
nu giver det så meget mening.

Data gøres op i relation til det valgte mål. Hvis data viser, at der hos en enkelt borger gælder særlige omstændigheder, kan man følge data på denne borger separat. Data for de øvrige borgere følges samlet.

Et eksempel på det kan være en borger, "der altid falder". Det giver et specifikt billede at se på omstændigheder og data for denne specifikke borger - og samtidig følge data på den øvrige gruppe af borgere.

Herunder ses data for den enkelte borger før og efter prøvehandlinger:



Blå:

Periode: 1.3.2024 til 7.4.2024

i alt 37 dage: 13 fald

Orange:

Periode: 8.4.2024 til 11.5.2024

i alt 33 dage: 4 fald

Indsatser, der har ledt frem reduceret antal af fald:

- Afholdt en beboerkonference på den pågældende borger som et nyt initiativ
- Leder initierede, at der er en medarbejder i fællesarealer i alle dagvagter og aftenvagter
- Indsamlet ugentlige data på hyppighed for fald

Det har gjort indtryk på projektdeltagerne...

Brug af data har fået en helt anderledes plads i min ledelse.

Vi anvender nu data på borgerniveau – fx i form af nedsættelse af forbrug af Panodil.

### Anvendelse af PDSA (prøvehandlinger)

I begyndelsen af projektperioden har det været en udfordring for medarbejderne at anvende metoden PDSA og finde frem til, hvad der er genstand for afprøvning og at lave afprøvningerne i lille skala. Denne udfordring har generelt været et tema på de virtuelle statusmøder. Plejecenter Sevel i Holstebro Kommune oplevede, at tre af centrets 16 borgere havde en afbrudt søvn, der påvirkede borgerens egen søvn og efterfølgende dagsrytme, men påvirkede også de øvrige beboere. En af deres PDSA'er handlede om at afprøve en ændring i borgernes sene aftensmåltid for at se, om det kunne påvirke beboernes søvn. Herunder ses teksten til aftenvognen for det fælles personale i aftenvagten:

” Væk med kaffevognen  
Go´daw til godnatvognen  
Væk med kaffe og kage  
Søvnen skal ikke være en plage.  
Grød og sunde spise  
Det vil nattesøvnen prise. ”

Efter ændringen i indholdet af det sene aftensmåltid viste data, at beboerne sov i flere timer om natten uden afbrydelser. Der blev en anden ro i både aftenvagt og dagvagt, og generelt blev der plads til flere aktiviteter.

Derudover så enheden, at der hos de tre beboere var en reduktion i PN-medicin - medicin, der må tages/gives "efter behov" (risperidon og oxazepam). Plejecentret fortsætter med at bruge "godnatvognen", da data viser, at "den er kommet for at blive".

### Det har gjort indtryk på projektdeltagerne...

Afprøvnings ved  
PDSA er kommet for  
at blive.

PDSA er vores nye  
kollega.

At jeg har fået en ide-  
bank og lært nye  
værktøjer at kende  
som PDSA.

### Planer for fastholdelse og spredning

I det følgende afsnit gives eksempler på planer for fastholdelse og spredning fra nogle enheder. Alle enheder har en plan for fastholdelse.

#### Slagelse

Enheden har udviklet en somatisk tjekliste og en arbejdsgang for anvendelse af tjeklisten, se bilag 4.

Bilag 3 viser driverdiagrammet for indsatsen.

Den somatiske tjekliste er blevet digitaliseret og er implementeret hos demensafsnittets medarbejdere og alle medarbejdere på plejecentret.

Enheden har deltaget på et møde for plejecenterleder, virksomhedsledere for Slagelse Kommunes Plejecentre og Sundhedschefen i juni 2024, hvor en plan for trinvis spredning af den somatiske tjekliste er blevet udarbejdet.

Spredning til:

- nabohuset i samme plejecenter
- et demensafsnit, der har deltaget i forbedringsprogrammet I sikre hænder
- et andet demensafsnit

Herefter skal der tages stilling til, om den somatiske tjekliste skal spredes til hjemmeplejen, der dækker 11 områder.

#### Helsingør

Plejecenteret har opnået en systematik omkring triagering og har en plan for intern spredning af den opnåede systematik til alle vagtlag. Spredningen indebærer:

- En introduktion af social- og sundhedsassistenterne til arbejdsgang og ansvarsfordeling ift. kompetencer om aftenen, så de bedre kan støtte, vejlede og træffe faglige beslutninger på baggrund af observationer fra social- og sundhedshjælpere
- Udvælgelse af en ambassadør i hvert vagtlag, der har særligt fokus på triagen
- Fastholder proces i dagvagt med indsamling af data, brug af patientsikkerhedskalender.

Spredning til:

- demensnetværket
- formidling til Kvalitetsrådet i Helsingør Kommune

#### Holstebro Center Vest

Centeret har udviklet deres indsats fra en fokuseret og vellykket indsats med nedbringelse af urinvejsinfektioner hos beboerne til en fokuseret og systematisk indsats for opsporing af ændringer i adfærd hos alle beboerne ved triageringsmøder. Formålet er at højne fagligheden. Principperne for afvikling af triageringsmøderne har været:

- Den enkelte beboer får tildelt en farvekode alt efter tilstand
- Den enkelte medarbejder skal vide, hvad den enkelte beboer er triageret for – kende til adfærdsændringerne

- Ansvar hos den enkelte medarbejder for, hvilken viden som skal bringes til bordet – det kræver træning
- Hvem følger op og gør hvad under og efter triageringsmødet
- Alle tildeles samme viden, og der konfereres på tværs af vagterne.

### **Næstved, enhed N1**

Enheden har i projektperioden arbejdet med identifikation af smerter hos beboerne og har igennem det sidste halve år af projektperioden udviklet en arbejdsgang om anvendelse af MAI-10-skema, som er et skema til at opspore smerter. En særlig effekt har været, at to borgere har fået seponeret deres smertestillende, og personalet har set en ændret adfærd hos de to beboere i form af at være mere vågen og nærværende.

Effekter og plan for fastholdelse:

- Synliggjort værktøj
- Seponeret borgers smertestillende over en periode fra marts 2024 til maj 2024  
Set effekt i form af:
  - Forbedring ift. adfærdsmønster
  - Lettere indtag af de resterende færre antal piller
- Lært og videregivet brugen af MAI-10
- Plan at få anvendelse af MAI-10 som et dagligt redskab og som en del af en screenings-pakke ligesom tidlig opsporing (TOBS).

### **Næstved, enhed N2**

Enheden har ændret deres eksisterende adfærdsskema fra at indeholde oplysninger om den ændrede adfærd til også at indeholde spørgsmål til, hvad der kan ligge bag den ændrede adfærd.

Enhedens indsats er omtalt i artikel fra Viden på Tværs<sup>vi</sup>. Fra artiklen:

- I stedet for kun at tage stilling til om borgeren er agiteret, skal medarbejderne reflektere over og forholde sig til, hvad årsagen kan være
- Anvendelse af skemaet har blandt andet betydet, at dosis på antipsykotisk medicin til to borgere er blevet nedbragt.

### **Næstved, enhed N3**

Enheden havde ved projektets begyndelse to forebyggelige indlæggelser blandt beboerne. En gennemgang af baggrunden for indlæggelserne viste, at der var elementer i observation og handling på observationer, der angiveligt kunne have forebygget indlæggelser.

Enheden har haft forskellige afprøvninger til forebyggelse.

Enheden havde før projektets start ikke en systematik for afholdelse af triageringsmøder. Enheden har indført triageringsmøder i hver vagt, alle dage.

---

<sup>vi</sup> [Artikel: "Adfærdsskema øger livskvaliteten hos borgere med demens" på \*vpt.dk\*](#)



De planlagte kommende afprøvninger handler om en systematisk anvendelse af en handlingsalgoritme til anvendelse ved triageringsmøderne.

#### **Næstved, enhed N4**

Indsatsen for enheden har været at forebygge obstipation hos beboerne. Baggrunden er, at overset obstipation (forstoppelse) kan have omfattende følger i form af smerter og risiko for indlæggelse på hospital.

Ved triageringen af borgerne indgår, om der er aktuelle afvigelser i borgerens mønster for afføring, og om der skal tilføjes noget til borgerens døgnrytmeskema.



*Enheden gennemgik sine aktiviteter på det afsluttende læringstræf.*

#### **Ændret kultur**

Indsatserne i enhederne har påvirket kulturen i egen enhed. Dette viser sig forskelligt i den enkelte enhed. Herunder vist med eksempler på udsagn fra deltagerne på det afsluttende læringstræf.

### Det har gjort indtryk på projektdeltagerne...

*Vi er stolte af det,  
vi har nået på et  
år.*

*At vi har en kultur,  
der bygger på nysger-  
lighed og opbakning.*

*Jeg er stolt af det,  
som gruppen har  
nået. Vores beboere er  
heldige at have  
sådan et team.*

*Jeg er stolt af personalets  
enorme kendskab til den  
enkelte beboer. Dette  
kendskab var nøglen til  
at forebygge fald hos den  
beboer, der faldt mest.*

*At fagligheden er højnet.*

### Etårig projektperiode

Kombinationen af den unikke demensfaglige viden, som Nationalt Videnscenter for Demens besidder, og den viden, PS! har om, hvordan man skaber forbedringer, har vist sig meget effektiv.

Det særlige for projektet, til sammenligning med øvrige projekter, som PS! har gennemført, er dels, at det er gennemført i tæt samarbejde med en anden organisation, dels at projektet er etårigt, og at det er baseret på virtuelle statusmøder med enhederne. Derudover har to af fem læringstræf været virtuelle.

Det har vist sig muligt at gøre stor forskel på et år. Projektet succesfulde erfaringer kan danne model for tilsvarende projekter.

## Litteraturliste

Dansk Selskab for Patientsikkerheds hjemmeside om Forbedringsmetoder, <https://patientsikkerhed.dk/forbedringsmetoder>

Viden på Tværs' hjemmeside, <https://vpt.dk/projekt/sikker-sundhed-borgere-med-demens>



Bilag

**Bilag 1: Patientsikkerhedskalender fra Helsingør**

# Patientsikkerhedskalender

Dage siden sidste \_\_\_\_\_ : Måned/år  
 \_\_\_\_\_ *febr 2024*

<sup>B.3</sup> <del>1</del>	<del>2</del>	<del>3</del>	<del>4</del>	<del>5</del>	<del>6</del>
<sup>B.4</sup> <del>7</del>	<del>8</del>	<sup>B.56</sup> <del>9</del>	<sup>B.47</sup> <del>10</del>	<del>11</del>	<del>12</del>
<del>13</del>	<sup>B.3+8</sup> <del>14</del>	<del>15</del>	<del>16</del>	<sup>B.7</sup> <del>17</del>	<del>18</del>
<del>19</del>	<del>20</del>	<sup>B.4</sup> <del>21</del>	<del>22</del>	<sup>B.4+11</sup> <del>23</del>	<del>24</del>
<del>25</del>	<sup>B.11</sup> <del>26</del>	<del>27</del>	<del>28</del>	29	30
31					

Ved ændret adfærd:

- skriv bolig nr
- gennemgå Lommekort mhp Johns/indsats
- trækker

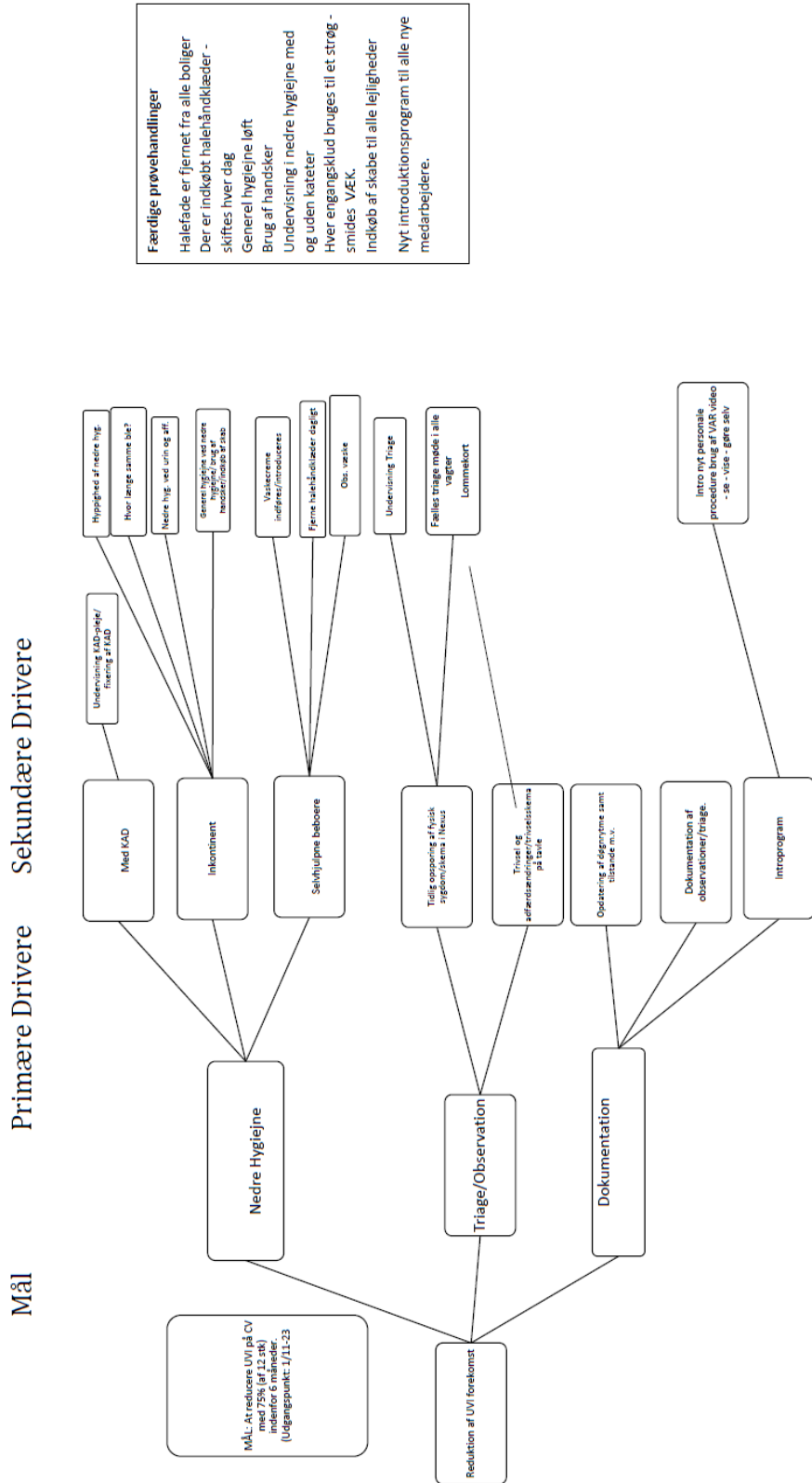
~~Fremfærd~~  
 Særlige behov



(grønt kryds ved ingen oplysning)  
 ændret adfærd.

**Bilag 2: Driverdiagram - Center Vest, Holstebro**

# Driverdiagram



**Færdige prøvehandling**  
 Hælefade er fjernet fra alle boliger  
 Der er indkøbt hælhandklæder - skiftes hver dag  
 Generel hygiejne løft  
 Brug af handsker  
 Undervisning i nedre hygiejne med og uden kateter  
 Hver engangsklud bruges til et strøg - smides VÆK.  
 Indkøb af skabe til alle lejligheder  
 Nyt introduktionsprogram til alle nye medarbejdere.

**Bilag 3: Driverdiagram - Slagelse**

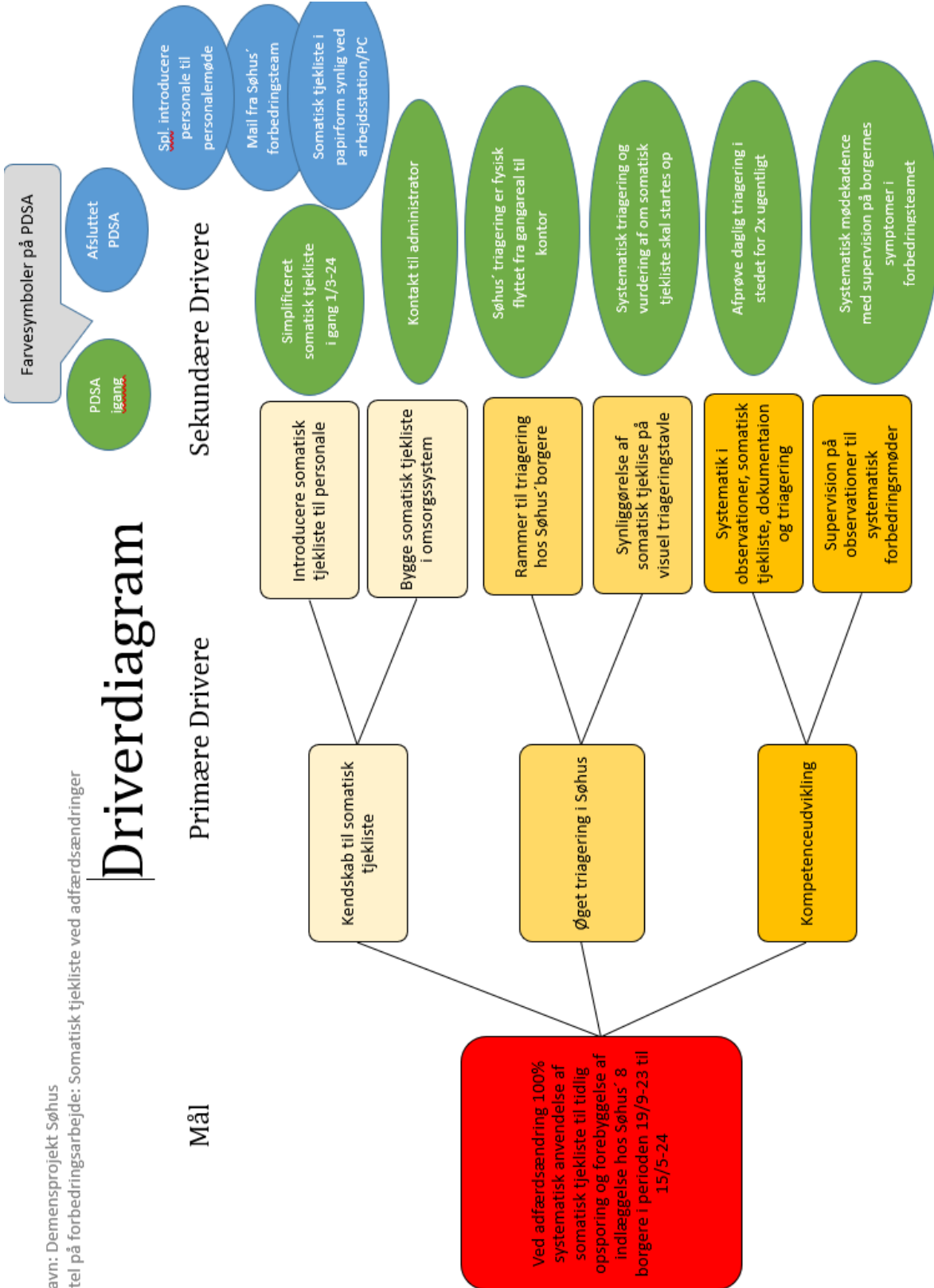
Navn: Demensprojekt Søhus  
 Titel på forberedningsarbejde: Somatisk tjekliste ved adfærdssændringer

# Driverdiagram

Mål

Primære Drivere

Sekundære Drivere



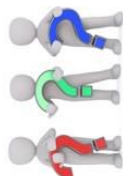
## Bilag 4: Udvikling af somatisk tjekliste - Slagelse

### Somatisk tjekliste ved adfærdsændringer :

Hvad skal der stå under spørgsmålstegnet i den somatiske tjekliste?

1. Infektion: Kontakt SSA for måling af værdier.
2. Forstoppelse: Gennemgå afføringskema og iværksæt relevante handlinger. Fx Brug af afføringsmiddel, væske, bivirkning af smertestillende medicin.
3. Væskemangel: Vurder om der skal igangsættes væskeskem Er der tegn på væskemangel? Fx tør hud.
4. Smerter: Ses tegn på smerter i sprog/kropsprog?
5. Medicin: Er der sket ændringer i medicinen? Kan der adfærden være bivirkninger af medicin.

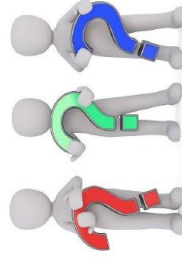
1. Er der tegn på infektion?
2. Er borgeren obstiperet?
3. Er borgeren dehydreret?
4. Har borgeren smerter?
5. Har borgeren bivirkninger/ændringer af medicin?



### Somatisk tjekliste ved adfærdsændringer

Så som: Udadreagerende adfærd, uro/rastløshed, tiltagende forvirring, apati (mere stille/indadvendt), hallucinationer, ændringer i døgnrytmen.

1. Er der tegn på infektion?
2. Er der tegn på forstoppelse?
3. Er der tegn på væskemangel?
4. Er der tegn på smerter?
5. Er der bivirkninger/ændringer af medicin?



Beskrivelse af adfærdsændringer under overskrift:

Der er forskellig former for adfærdsændringer, så som:

Udadreagerende adfærd, uro/rastløshed, tiltagende forvirring, apati, hallucinationer, ændringer i døgnrytmen.



~~Fremfærd~~

**PS!**