



Afdækning af eksisterende viden, metoder og praksis ift. at forebygge, håndtere og lære af udadreagerende adfærd i ældreplejen i et arbejdsmiljøperspektiv

AFDÆKNING AF EKSISTERENDE VIDEN, METODER OG PRAKSIS IFT. AT FOREBYGGE, HÅNDBERE OG LÆRE AF UDADREAGERENDE ADFÆRD I ÆLDREPLEJEN I ET ARBEJDSMILJØPERSPEKTIV

**Rapporten er udarbejdet af det Nationale Forskningscenter for
Arbejds miljø for Sundhedsstyrelsen**

**Iben L. Karlsen
Jesper Kristiansen
Sofie Ø. Jaspers
Lene Rasmussen
Line L. Laursen
Sofie K. Hammelsvang
Elizabeth Bengtsen
Henriette Bjørn Nielsen
Birgit Aust**

Rekvireret rapport

Titel	Afdækning af eksisterende viden, metoder og praksis ift. at forebygge, håndtere og lære af udadreagerende adfærd i ældreplejen i et arbejdsmiljøperspektiv
Forfattere	Iben L. Karlsen, Jesper Kristiansen, Sofie Ø. Jaspers, Lene Rasmussen, Line L. Laursen, Sofie K. Hammelsvang, Elizabeth Bengtsen, Henriette Bjørn Nielsen og Birgit Aust
Udgiver	Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA)
Udgivet	2020
Finansiell støtte	Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København S.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø

Lersø Parkallé 105
2100 København Ø
Tlf.: 39165200
Fax: 39165201
e-post: nfa@nfa.dk
Hjemmeside: nfa.dk

FORORD

Denne rapport er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen i forbindelse med udmøntningen af 'Handlingsplan til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen' (Sundhedsstyrelsen 2019). Rapporten er en afdækning af eksisterende viden, metoder og praksis ift. at forebygge, håndtere og lære af udadreagerende adfærd i ældreplejen.

I rapporten indgår en litteraturgennemgang af eksisterende viden og virksomme metoder til at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder ved udadreagerende adfærd samt en belysning af erfaringer og *best-practice*, der afdækkes i 5-6 praksiseksempler fra plejecentre/hjemmepleje/midlertidigt ophold på ældreområdet, der har haft succes med at implementere og anvende systematiske metoder til at forebygge og nedbringe voldsomme episoder ved udadreagerende adfærd.

Det var en opgave, vi tog på os med stor interesse, idet vi som arbejdsmiljøforskere ønsker at bidrage til at afdække viden og erfaringer, der kan være med til at løse en problemstilling, som har betydning både for valg af sundhedsfaglig tilgang, men også for de indsatser rettet mod det arbejdsmiljø, som mere end 100.000 medarbejdere skal trives i og yde den bedst mulige indsats inden for.

I denne rapport præsenterer vi dels resultaterne af en litteraturgennemgang om, hvilke metoder der virker, når det handler om sundhedsfaglig tilgang og arbejdsmiljø, dels udvalgte pointer og *best-practice* fra eksperter, fagfolk og praktikere, der arbejder med udadreagerende borgere (primært ældre borgere med demens). Rapporten går i dybden med, hvordan det gode arbejdsmiljø og organiseringen omkring dette kan være en forudsætning for den gode sundhedsfaglige pleje og omvendt, samt hvordan dette samspil måske kan udvikles endnu mere ved at arbejde integreret med nogle af de organisatoriske, sundhedsfaglige og arbejdsmiljømæssige elementer, der tegner sig på området.

Tak til de mange mennesker, vi har mødt i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten. Det har været lærerigt gennem samtaler, interviews og rundvisninger at få en dybere viden om jeres arbejdsområde.

Vi håber, at rapporten og resultaterne vil være et nyttigt afsæt i det videre arbejde med udmøntningen af Sundhedsstyrelsens 'Handlingsplan til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen'.

Rigtig god læselyst.

SAMMENFATNING

Formålet med herværende rapport er tredelt: For det første at gennemføre en afdækning af eksisterende viden, metoder og praksisser i forhold til at forebygge, håndtere og lære af udadreagerende adfærd i ældreplejen. For det andet i dialog med praksis og fageksperter at identificere, hvilke metoder og virkemidler, der anvendes i diverse best cases, samt hvilke udfordringer der er på området både i forhold til at implementere og sprede de gode virkemidler på området, men også i forhold til at sætte fokus på plejeopgaven såvel som på medarbejdernes arbejdsvilkår. For det tredje at sammenfatte de relevante tematikker fra best cases og fageksperter og pege på, hvad man skal være opmærksom på i forhold til en fremtidig håndtering af udadreagerende adfærd, der både respekterer det sundhedsfaglige fundament og alvoren af at sikre et godt arbejdsmiljø og medarbejdernes trivsel, når de går på arbejde.

Rapporten er blevet udarbejdet henover efteråret 2019 med henblik på at indgå som en del af vidensgrundlaget i det videre arbejde i Sundhedsstyrelsen omkring en styrkelse af det demensfaglige arbejdsområde.

I projektet, der ligger til grund for denne rapport, er der gennemført et kort intenst forløb med vidensindsamlinger fra henholdsvis den internationale og nationale litteratur og fra eksperter og best-cases i ældreplejen. Resultaterne fra disse vidensindsamlinger udgør del 1 og del 2 i rapporten. I løbet af dataindsamlingen stod det klart, at arbejdsmiljøområdet, som i høj grad kan bidrage med relevante perspektiver, kun i begrænset grad indgik i den viden, som blev opsamlet fra kilderne. Det blev derfor besluttet at supplere rapporten med endnu en videnskilde bestående af den generelle arbejdsmiljøfaglige viden primært om arbejdsrelateret voldsforebyggelse og håndtering og læring fra episoder med vold på arbejdspladsen. En præsentation af dette indgår i del 3 i rapporten. Derudover indeholder rapporten en sammenstilling af al den viden, der er indsamlet og behandlet i projektet samt en række forslag til, hvordan denne viden kan bringes i spil i forhold til det konkrete fagområde.

Resultater

Litteraturstudiet, som udgør del 1 af rapporten, er lavet ud fra Scoping-review tilgangen. Sigtet har været tværfagligt, og der er lavet søgeprofiler, der dækker: demensområdet, socialområdet, ældreområdet og arbejdsmiljøområdet. Der blev identificeret og gennemgået i alt 60 videnskabelige artikler, herunder 19 oversigtsartikler og 41 enkeltstudier. Dertil blev identificeret 12 dokumenter i den såkaldte 'grå' litteratur, som havde potentiel relevans for emnet for rapporten.

Den fundne litteratur har primært fokus på plejen af borgerne, og kun i mindre grad på arbejdsmiljøet. Når arbejdsmiljøet italesættes i artiklerne, så er det for at fremhæve, at plejepersonalets trivsel er af afgørende betydning for, at de kan levere en god pleje (dvs. fokus på kerneopgaven).

I litteraturstudiet blev desuden fundet, at ingen af artiklerne havde opmærksomhed på andre forebyggelsesaspekter end den primære forebyggelse, dvs. reduktion af udadreagerende adfærd. Desuden var det primære forebyggelsesperspektiv begrænset til reduktion af risikofaktoren, og inkluderede ikke andre primære forebyggelsestiltag, som anbefales i forhold til at beskytte medarbejderne mod risikoen for at blive udsat for udadreagerende adfærd, fx risikoanalyse, tilpasning af arbejdsopgaverne på baggrund af risikoanalysen mv. Der var dermed ingen af studierne, der afprøvede en 'integreret tilgang', om fx håndteringen af og læringen fra episoder med udadreagerende adfærd.

Den anden del af vidensindsamlingen, som udgør rapportens del 2, består af indsamling af viden fra to videnskilder, nemlig henholdsvis ekspertinterviewene og udvalgte best-cases i ældreplejen. Ekspertinterviewene er foretaget med otte faglige og praktiske eksperter inden for områderne: Demens/demensbehandling, arbejdsmiljø, forebyggelse af udadreagerende adfærd, den faglige og praktiske organisering af plejen, implementering af indsatser i plejesektoren. Derudover er der udvalgt seks best-cases i ældreplejen inden for områderne plejecentre, hjemmeplejen og midlertidige ophold i ældreplejen. Datamaterialet består af en rundvisning på hver case og 20 semistrukturerede interviews med ledere, arbejdsmiljørepræsentanter og faglige ressourcepersoner. Det er et bevidst valg, at man har været i dialog med såkaldt best-cases. Det betyder alt andet lige, at denne gruppe af enheder har overkommet nogle udfordringer og barrierer, der sagtens stadig kan være kendetegnende i andre enheder på området. Men for det første bidrager litteraturen og eksperterne til nuanceringen, og for det andet er det vurderingen, at viden fra best-cases kan kvalificere tilgangene og forslagene til ændringer generelt på området.

Hvor litteraturstudiet fandt, at forskningen primært havde et plejefokus og manglede en integreret tilgang til pleje og arbejdsmiljø, viser gennemgangen af resultaterne fra erfaringsopsamlingen fra best-cases og ekspertinterviews, at der i praksis ofte er en mere integreret tilgang til forebyggelse, håndtering og læring. Fra best-case og praksiserfaringer peges der netop på vigtigheden af at sammentænke en 'god plejetilgang' med forebyggelse af udadreagerende adfærd. Der peges på en lang række metoder og tiltag, som erfaringsmæssigt virker godt i forhold til at håndtere udfordringerne med borgere, der udviser udadreagerende adfærd. Der tilkendegives også, at der er ting, der mangler, fx peges der særligt på behov for mere viden om demens og betydning af relationsarbejde (herunder tid til dette).

Af mere organisatoriske tiltag peges der på betydningen af det interne samarbejde i personalegruppen (herunder kommunikation og overlap), ledere der støtter medarbejderne i den konkrete håndtering af episoder, og at de sætter en faglig retning for plejearbejdet. I forhold til læring peges der på, at det er vigtigt at blive bedre til at lære af de registrerede hændelser.

Den tredje del af vidensopsamlingen er en sammenfatning af anerkendt viden vedrørende den arbejdsmiljøfaglige tilgang i forhold til forebyggelse af, og håndtering og læring fra episoder med arbejdsrelateret vold og trusler. Her redegøres for vigtigheden af, at det systematiske forebyggelsesarbejde i forhold til vold og trusler på arbejdspladsen indeholder indsatser rettet både mod primær forebyggelse, dvs. nedbringelse af risikoen for, at medarbejderne bliver udsat for voldsomme episoder, og sekundær forebyggelse, som både rummer akut håndtering af krisesituationer og den langsigtede opfølgning på, og læring fra situationer med vold og trusler mod medarbejderne. Det sidste trin er vigtigt for, at erfaringerne fra tidligere episoder kan udmøntes i effektiv forebyggelse, som tilgodeser både medarbejderne og borgerne.

Tværgående opsamling

I rapportens afsluttende del er viden, erfaringer og metoder fra de fire videnskilder (litteraturen, eksperter, best-cases og arbejdsmiljøfaglig viden) opsamlet og vurderet i et tværgående perspektiv. For mange emners vedkommende er der et sammenfald mellem forskellige videnskilder. Det gælder især for viden fra eksperter, best-cases og arbejdsmiljøfaglig viden om voldsforebyggelse og håndtering. Den overordnede anbefaling er, at varetagelsen af et godt arbejdsmiljø i form af beskyttelse af medarbejderne mod udadreagerende adfærd og sikring af god pleje af borgerne, hvor der blandt andet er fokus på forebyggelse af udadreagerende adfærd, ses som en *integreret opgave*, hvor fremskridt på det ene område også skaber forbedringer på det andet. Denne erkendelse genfindes både i den videnskabelige litteratur og i praksiserfaringer på området.

På basis af den tværgående opsamling af viden, erfaringer og metoder fra forskellige kilder er der blevet formuleret en række forslag til fokuspunkter for indsatser, som vil kunne styrke forebyggelsen af, og håndtering og læring fra udadreagerende adfærd. Det er rapportens grundlæggende konklusion, at disse kan bidrage til at opfylde ovennævnte ønske om at styrke sammenhængen mellem opgaven med at yde god pleje til borgeren og opgaven med at sikre et godt og sikkert arbejdsmiljø for medarbejderne, og det kan føre til, at de negative konsekvenser af udadreagerende adfærd rettet mod plejepersonalet reduceres samtidig med, at mulighederne for, at medarbejderne kan levere pleje af højeste kvalitet, styrkes.

INDHOLD

Forord.....	iii
Sammenfatning.....	iv
Indhold.....	vii
1 Introduktion.....	9
1.1 Baggrund.....	9
1.1.1 Status på viden om emnet og formål med undersøgelsen.....	9
1.1.2 Udadreagerende adfærd: Hvordan betegnes problematikken og hvad er betydningen af dette?.....	12
1.2 Rapportens opbygning.....	15
2 Del 1: Litteraturstudie.....	17
2.1 Resume af resultaterne for litteraturgennemgangen.....	17
2.2 Metode.....	17
2.2.1 Den videnskabelige litteratur.....	17
2.2.2 Den 'grå' litteratur.....	18
2.3 Mulige virkningsmekanismer af interventioner.....	19
2.4 Samlet konklusion på litteraturgennemgangen.....	25
2.4.1 Oversigt over litteratur efter plejetilgang.....	27
2.4.2 Opsamling på litteraturen efter plejetilgang.....	35
3 Del 2: Afdækning af praksiserfaringer og best practice.....	36
3.1 Ekspertinterviews.....	36
3.1.1 Studiedesign og metode.....	36
3.1.2 Resultater.....	37
3.1.3 Sammenfatning.....	53
3.2 Best-case.....	55
3.2.1 Studiedesign og metode.....	56
3.2.2 Best-case eksempler fra midlertidige ophold.....	59
3.2.3 Best-case eksempler fra plejecentre.....	67
3.2.4 Best-case eksempler fra hjemmeplejen.....	83
3.2.5 Tværgående opsamling for best-case.....	98
4 Del 3: Voldsforebyggelse i et arbejdsmiljøperspektiv.....	102
4.1 Ansattes arbejdsmiljø og borgernes trivsel må tænkes sammen.....	102
4.2 Forebyggelse set fra et arbejdsmiljøperspektiv.....	104
4.3 Hvordan forebygger man vold på en arbejdsplads?.....	104
4.3.1 Primær voldsforebyggelse.....	105
4.3.2 Sekundær voldsforebyggelse.....	108
5 Tværgående opsamling på viden, metoder og praksiserfaringer.....	111
5.1 Tværgående opsamling vedrørende forebyggelse af udadreagerende adfærd.....	112
5.1.1 Forebyggelse på ledelsesniveau.....	114
5.1.2 Forebyggelse på organisatorisk niveau.....	114
5.1.3 Forebyggelse på gruppeniveau.....	116
5.1.4 Forebyggelse på individniveau.....	116
5.1.5 Forebyggelse med kombinerede tilgange.....	116

5.2	Tværgående opsamling vedrørende håndtering og læring fra udadreagerende adfærd	116
5.2.1	Ledelsen	118
5.2.2	Organisation	118
5.2.3	Gruppen og Individet	119
5.2.4	Kombinerede indsatser	119
5.3	Tværgående opsamling vedrørende implementering	119
5.3.1	Barrierer på det organisatoriske niveau	121
5.3.2	Faglige barrierer	122
5.3.3	Kulturelle barrierer	122
5.4	Forslag baseret på vidensopsamlingen	123
5.4.1	Forslag til forebyggelsesindsatser	124
5.4.2	Forslag vedrørende håndtering og læring	125
5.5	Afsluttende bemærkninger til alle tværgående opsamlinger	125
6	Konklusion	127
7	Litteraturliste	128
	Bilag 1: Litteraturstudie	139
	Bilag 1A: Søgeprofiler	139
	Bilag 1B: Screeningsproces (beslutningstræ)	169
	Bilag 1C: Metode anvendt til litteraturstudiet	171
	Bilag 1D: Litteraturgennemgang	175
	Bilag 1E: Grå litteratur oversigt	215
	Bilag 2: Ekspertinterview oversigt	219
	Bilag 3: Interview- og noteguide fra best-cases	221

1 INTRODUKTION

1.1 Baggrund

1.1.1 Status på viden om emnet og formål med undersøgelsen

På baggrund af internationale befolkningsundersøgelser anslås det, at ca. 82.000 ældre (65+ årige) i Danmark har demens. Hvert år registreres ca. 8.000 nye tilfælde af demens i de nationale registre. Forekomsten af demens øges markant med alderen. Fra ca. 1-2 % i aldersgruppen 60-64 år til 24-45 % i aldersgruppen 90+ år (Nationalt Videnscenter for Demens, 2019a).

Adfærdsændringer som aggressivitet, uro og uhæmmet opførsel forekommer hyppigt blandt borgere med demens i takt med, at sygdommen udvikler sig (Nationalt Videnscenter for Demens, 2017).

Udadreagerende adfærd i ældreplejen er et emne, som kræver særlig opmærksomhed. I forhold til mange andre sektorer er der således i dag i ældreplejen en særlig høj forekomst af voldsomme episoder, såsom vold og trusler om vold¹, som følge af borgere, der udviser udadreagerende adfærd. Tal fra undersøgelsen Arbejdsmiljø og Helbred (2012-2018) viser, at det er i branchen 'døgngleje og hjemmepleje', at den største andel af medarbejderne, som har været udsat for fysisk vold og for trusler om vold, er. Og dette har været tilfældet i alle de 6 år, hvor undersøgelsen er gennemført. I den sidste undersøgelse fra 2018 svarede ca. 30 % af medarbejderne, at de har været udsat for vold inden for de sidste 12 måneder, og ca. 33 % har været udsat for trusler om vold. Dette er langt højere end gennemsnittet for arbejdstagerne, som ligger på hhv. 5,8 % (vold) og 8,4 % (trusler om vold) (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2019a).

International og national forskning viser, at vold og trusler om vold kan have negative konsekvenser for medarbejderne. Forskning i dette område er næsten altid forbundet med en vis usikkerhed, da der tit mangler informationer om alle aspekter, der indgår i en situation med vold. På trods af dette er der moderat til god forskningsmæssig evidens for, at arbejdsrelateret vold er forbundet med en øget risiko for psykiske lidelser, inklusiv, men ikke begrænset til PTSD (Andersen et al., 2019; Pihl-Thingvad et al., 2019; Rudkjøbing, 2019). Arbejdsrelateret vold er derudover måske også forbundet med en øget risiko for somatiske lidelser. En ny stor undersøgelse, som er baseret på data fra både Danmark, Sverige og Finland, viser, at rapportering af vold på arbejde er forbundet med en øget risiko for både diabetes (Xu et al., 2018a) og hjertekarsygdom (Xu et al., 2018b). Med hensyn til risikoen for langtidssygefravær har både

¹ 'Vold og trusler' er en arbejdsmiljøbetegnelse, der dækker over en bred vifte af forhold såsom overfald, slag, skub, kast med genstande, niv, bid, krads eller spyt. Det dækker også psykisk vold såsom verbale og nonverbale trusler (<https://amid.dk/emner/psykisk-arbejdsmiljoe/vold-og-trusler/viden-om-vold-og-trusler/hvad-er-vold/>)

danske (Clausen et al., 2012) og norske studier (Aagestad et al., 2014) vist, at rapporteringen af vold på arbejdet er forbundet med en øget risiko for langtidssygefravær. Derudover kan oplevelsen af vold og trusler om vold på arbejde føre til negativ indvirkning på medarbejdernes arbejdsmarkedstilknytning (Biering et al., 2018).

På ældreplejeområdet er det derudover vigtigt at være opmærksom på, at voldsomme episoder ikke kun går ud over plejepersonalet, men at de også kan føre til øget utryghed hos de øvrige borgere i det pågældende plejetilbud. Derudover kan borgeren, der udviser udadreagerende adfærd føle sig isoleret og undgået af de andre borgere. Endvidere kan de pårørende blive påvirkede og føle skyld, skam eller afmagt (Sundhedsstyrelsen, 2019a).

Af flere årsager er det således vigtigt dels at blive klogere på områdets dynamikker, dels at blive bedre til at håndtere og forebygge den negative adfærd både af hensyn til borgeren, der udviser udadreagerende adfærd, dennes medborgere, de pårørende og for de medarbejdere, der berøres.

Formålet med herværende rapport er i tråd med ovenstående tredelt: For det første at gennemføre en afdækning af eksisterende viden, metoder og praksisser i forhold til at forebygge, håndtere og lære af udadreagerende adfærd i ældreplejen. For det andet i dialog med praksis og fageksperter at identificere, hvilke metoder og virkemidler, der anvendes i diverse best-cases, samt hvilke udfordringer der er på området både i forhold til at implementere og sprede de gode virkemidler på området, men også i forhold til at sætte fokus på plejeopgaven såvel som på medarbejdernes arbejdsvilkår. For det tredje at sammenfatte de relevante tematikker fra best-cases og fageksperter og pege på, hvad man skal være opmærksom på i forhold til en fremtidig håndtering af udadreagerende adfærd, der både respekterer det sundhedsfaglige fundament og alvoren af at sikre et godt arbejdsmiljø og medarbejdernes trivsel, når de går på arbejde.

Forebyggelsen og håndteringen af voldsomme episoder i ældreplejen er en kompliceret opgave, hvor der skal tages hensyn til både borgerens rettigheder og trivsel såvel som medarbejdernes arbejdsmiljø og helbred. Løsningen af denne opgave stiller mange og forskellige krav på flere organisatoriske niveauer, når det handler om forebyggelse og håndtering af episoderne, dels i forhold til rammer for og organisering af tilbuddene, dels i forhold til ledelsens og medarbejdergruppens viden og kompetencer og dels i forhold til den sundhedsfagligt optimale pleje af den pågældende borger.

På den baggrund er det positivt, at tal fra undersøgelsen Virksomhedernes Arbejdsmiljøindsats (VAI) viser, at der i ældreplejen generelt er engagement og vilje til at arbejde med disse udfordringer. Således scorer branchen "Døgninstitutioner og hjemmepleje" højest af alle brancher på prioritering af forebyggelse af arbejdsmiljøproblemer (score 3,6 af 4) og på at forebygge og

håndtere vold og trusler om vold (også en score på 3,6 af 4) (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2018).

Derudover er der i de sidste år afprøvet en række indsatser på sundhedsområdet, som har haft til formål at forebygge og mindske forekomsten af udadreagerende adfærd (Sundhedsstyrelsen, 2019a). På trods af mange gode erfaringer og effekter på de arbejdspladser, hvor indsatserne blev gennemført, er det dog indtil videre ikke lykkedes at nedbringe antallet af medarbejdere, som oplever vold og trusler om vold på arbejde.

I Sundhedsstyrelsens Handlingsplan henvises der til en række aspekter, som formodes at stå i vejen for, at "kurven kan knækkes". Der henvises til, at de eksisterende indsatser oftest har afsæt i enten arbejdsmiljøområdet eller demensområdet og, at der mangler en mere målrettet og sammenhængende indsats, som i højere grad end i dag forener borger- og medarbejderperspektivet med virksomme metoder og tilgange på både arbejdsmiljø- og demensområdet.

Denne antagelse bekræftes af en tidligere undersøgelse fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, som samlede op på den internationale viden om organisationsrettede interventioner, der har til formål at forbedre det psykosociale arbejdsmiljø (Aust, 2017a). Undersøgelsen blev gennemført som et såkaldt "overview-review", hvor man søgte efter oversigtsartikler, som havde samlet op på enkelte interventionsstudier. Gennem den systematiske søgning, der blev gennemført på daværende tidspunkt (2015), blev 31 oversigtsartikler identificeret, og to af dem beskæftigede sig med sammenhængen mellem ændringer i plejetilgangen i demensplejen og effekterne af dette på medarbejdernes arbejdsmiljø.

I litteraturgennemgangen i nærværende projekt, hvor der konkret er søgt efter studier, som undersøger en sammenhæng mellem plejetilgang og medarbejdernes arbejdsmiljø, blev de to samme oversigtsartikler identificeret, hvilket dels tyder på, at litteratursøgningen har været velegnet til formålet, dels og mere overraskende, at der ikke findes flere oversigtsartikler, som ser på sammenhænge mellem plejetilgang og medarbejdernes arbejdsmiljø. Dvs. der synes at være et forskningsområde, som indtil videre ikke er særligt udviklet.

Hvorfor der ikke findes flere indsatser, som fokuserer på både plejetilgang (borgernes trivsel) og arbejdsmiljø (medarbejdernes trivsel) er dog mere uklart. Et aspekt, som muligvis står i vejen for mere sammenhængende indsatser, er, at det kan være svært at kombinere en demensfaglig tilgang, som bygger på at forstå, hvorfor borgere med demens kan udvise udadreagerende adfærd med arbejdsmiljøperspektivet, som kræver, at medarbejderne ikke bliver udsat for vold og trusler om vold. Denne spænding kan føre til, at medarbejderne muligvis føler sig fanget i et dilemma, hvor de oplever, at de er nødt til at vælge mellem at sørge for borgerne eller passe på sig selv. Fordi

dilemmaet opleves som uløseligt, kan det føre til, at man som medarbejder accepterer vold og trusler om vold som en del af arbejdsvilkårene og plejeopgaven, og man derfor negligerer arbejdsmiljøperspektivet, selvom der altså er viden om, at udsættelsen for vold og trusler kan medføre diverse negative helbredsudfald. Selvom det ikke vides, hvor tungt denne forklaring vejer, så er det antagelsen her, at en af årsagerne til, at der ikke i højere grad synes at være arbejdet med et dobbeltfokus på plejetilgang og arbejdsmiljø er, at der opleves at være et dilemma mellem at tilgodese begge perspektiver ligeligt og hensigtsmæssigt. Dette kan i høj grad stå i vejen for mere sammenhængende indsatser.

Derudover kan en forklaring på den manglende litteratur og viden om sammenhængende indsatser også være forårsaget af, at forskningen i sig selv har en tendens til at være monofaglig og ikke tværfaglig. Dvs. demensforskning vil typisk have fokus på borgeren med demens og hvad der skal til for, at borgernes helbred og trivsel kan forbedres, mens arbejdsmiljøforskning vil fokusere på, hvad der kan forbedres i arbejdsmiljøet, som kan bidrage til medarbejdernes helbred og trivsel. Forskningsprojekter, som undersøger begge aspekter samtidig, kræver, at forskere med forskellige baggrunde finder sammen og udvikler indsatser, som undersøger borgernes og medarbejdernes helbred og trivsel. Og traditionen for dét er indtil videre ikke særlig udviklet.

Et yderligere aspekt kan være, at arbejdspladser med mindre gode forudsætninger for at gennemføre indsatser har svært med at implementere disse indsatser. Dvs. at det ikke er nok at have identificeret en indsats, der synes at virke; organisationerne og de tilhørende arbejdspladser er også nødt til at være i stand til at implementere dem, hvilket fører tilbage til, at forebyggelse og andre indsatser giver opgaver, det er kompliceret at løse både på det organisatoriske niveau og i forhold til de konkrete medarbejders og leders faglige kompetencer, og i forhold til den plejetilgang, som man rent kulturelt har tillagt sig på den enkelte arbejdsplads.

Fra studier af arbejdspladsinterventioner vides det, at implementeringen af planlagte indsatser meget ofte forstyrres af kontekstuelle forhold og andre udfordringer, og interventionerne derfor ikke får den virkning, som var tiltænkt (Aust, 2017a). En omfattende evaluering af indsatserne har derfor ikke kun brug for at undersøge effekterne af de enkelte indsatser, den er også nødt til at undersøge de forhold på flere niveauer, som hhv. fremmer og hæmmer implementeringen af indsatser.

1.1.2 Udadreagerende adfærd: Hvordan betegnes problematikken og hvad er betydningen af dette?

1.1.2.1 Resumé af væsentlige pointer

Hvordan man ser på og omtaler den udadreagerende adfærd, som borgere med demens kan udvise, kan have betydning både for den konkrete tilgang, der anvendes ved problematikken og

for det arbejdsmiljø, medarbejderen, der arbejder med borgere med demens, som kan udvise udadreagerende adfærd, skal agere i.

Sprogbruget kan ikke alene skabe rammerne og styre indsatsens retning, men når der via sprogbruget peges på, at udadreagerende adfærd starter med en potentiel konflikt, så giver det en bedre mulighed for at holde fokus på forebyggelse. Ligeledes når man i sin retorik viser respekt for, at det at blive mødt med vold og trusler - uanset afsenderen og vedkommendes intention - kan føles meget ubehageligt for den enkelte medarbejder, så kan der skabes et bedre psykosocialt arbejdsmiljø for den enkelte medarbejder, hvor vedkommende opleves at blive taget alvorligt og understøttet.

1.1.2.2 Hvordan betegnes problematikken?

Den betegnelse, man vælger at bruge til at beskrive et område eller en problematik, er ikke neutral. Den er en del af den anvendte problemforståelse (Jöhncke, 2004), som måske knytter sig til en særlig faglighed, en retsterminologi eller lignende. Betegnelsen er med til at definere, hvad der er problemet, hvor ansvaret ligger, graden af alvorlighed, og som oftest peger betegnelsen også mod en særlig type løsning af problemet.

I denne undersøgelse interviewes en række fagfolk. De har alle en holdning til betegnelsen af det emne, denne rapport afdækker. Disse holdninger ridses op i det følgende, da det altså er antagelsen af anvendelsen af begreber omkring temaet, der er en del af problemforståelsen og håndteringen.

1.1.2.3 Fokus bør ligge på samarbejdet og fagligheden

På et plejecenter, hvor man arbejder meget aktivt med den demensfaglige tilgang til borgerne, betegnes problematikken omkring borgere, der reagerer på en måde, så det kan skade dem selv, andre borgere eller plejepersonalet som "ukontrollabel adfærd". Med denne betegnelse lægges der vægt på det ikke-intenderede i handlingen, at borgeren med demens, grundet sin sygdom, har en adfærd, som vedkommende ikke altid kan kontrollere, og som det dermed er plejepersonalets opgave at hjælpe til med at få under kontrol. Gennem betegnelsen "ukontrollabel adfærd" forskydes ansvaret fra borgeren selv over mod plejepersonalet, som gennem faglige tilgange kan være med til at afhjælpe eller løse problematikken. Begrebet sætter fagligheden i fokus og sikrer, at borgeren ikke bliver set som én med en særlig (fx voldelig) adfærd.

I tråd hermed er der mange af de aktører, der har bidraget med deres viden til denne rapport, som understreger, at det netop er vigtigt at have fokus på *samarbejdet* mellem borgerne og plejepersonalet, og at det er i dette sammenspil, at både problematikken og løsningen skal findes. Her understreges det, at der ikke er "en skyldig" part. Det er hverken borgerens eller plejepersonalets "skyld", at de konfliktfyldte hændelser opstår, men løsningen ligger i at se på

samspillet og analysere sig frem til, hvad der sker, og hvordan det kan forbedres – typisk ved at bygge på det, der allerede fungerer i relationen. Ud fra denne forståelse kan begrebet "udadreagerende adfærd" ses som et problematisk begreb, der får fokus væk fra samspillet, og i stedet henviser til, at borgeren "opfører sig forkert" eller måske endda er "farlig".

1.1.2.4 Behov for at brede begrebet ud og få fokus på forebyggelse

På en del af de plejecentre, hjemmeplejeenheder og dagcentre, som der er blevet besøgt i forbindelse med udarbejdelsen af denne rapport, sås det, at man havde en bredere definition af udadreagerende adfærd. Her er udadreagerende adfærd vold og trusler om vold, men det er også bredere, eksempelvis at slå ud, være aggressiv i sin omgang med andre, være verbalt udadreagerende (råber, siger grimme ting mv.). Blandt borgere med kognitive skader, er der en gruppe, som er skadet på frontallapperne, som plejepersonalet oplever er meget direkte i deres adfærd, i forhold til det, de ser og det, de siger. Eksempelvis, "at man da er en tyk dame" eller "at man er dum" osv. Denne adfærd er en del af sygdomsbilledet, men den er samtidig en del af det arbejdsmiljø, som de ansatte skal agere og trives i. En aggressiv eller meget direkte og nogle gange ubehagelig omgangsform, er altså en del af plejearbejdet for flere af det plejepersonale, som er interviewet til rapporten. Når det fremkommer, bliver det kategoriseret som udadreagerende adfærd, og beskrevet som noget, man løbende arbejder med at håndtere.

I tråd med det ovenstående, anvender en plejeenhed betegnelsen "konfliktfyldt adfærd" angiveligt for at få et bredere fokus. Her er argumentet, at for plejepersonalet er det vigtigt ikke blot at se på selve den truende eller voldsomme adfærd, men hele den adfærd, der kan være konfliktoptrappende og give problemer i plejen. Det kan for eksempel være det, at en borger er meget "dør-søgende" (altså gerne vil ud, selvom dette ikke er hensigtsmæssigt), bliver ved med at gå ind til andre borgere, der ikke ønsker besøg eller lignende. Denne adfærd er ikke direkte udadreagerende, men den rummer et konfliktpotentiale. Ved at brede definitionen ud til "konfliktfyldt adfærd", oplever den pågældende arbejdsplads at skabe et fokus, der er mere rammende for den problematik, som plejepersonalet står i til dagligt. Denne anvendelse af terminologien forskyder temaet over mod noget, der kan håndteres med forebyggelse, hvor man, ved at være opmærksom på og håndtere den "konfliktfyldte adfærd", kan forebygge, at det eskalerer.

Ud fra samme fokus på forebyggelse, har man i nogle af plejeenhederne ikke kun fokus på udadreagerende adfærd, når man arbejder med screenings- eller risikovurderingsværktøjer. Her registreres "usædvanlig adfærd" for den enkelte borger. Dette fokus på "usædvanlig adfærd" giver plejepersonalet mulighed for at opdage tidlige tegn på, at der er en ændring eller forværring i den enkelte borgers tilstand. I et screenings- og forebyggelsesperspektiv forekommer udadreagerende på et stadium i situationen, hvor det er for sent at sætte forebyggende ind, mens "usædvanlig adfærd" forekommer tidligere end udadreagerende adfærd og kan, hvis den

opfanges, bidrage til, at personalet kan være på forkant og agere forebyggende, inden der sker noget negativt.

1.1.2.5 Voldsbetegnelsen beskytter personalet

Modsat ovenstående understreger eksperter, der har et særligt fokus på arbejdsmiljø og voldsforebyggelse, at det er vigtigt at holde fast i, at det *er* vold, der er tale om. Det at betegne fænomenet som "vold og trusler" mod personalet, er en måde at tage problematikken alvorligt på. Frem for at lægge vægt på, at det er en ikke-intenderet handling fra en borger, så fremhæves det her som vigtigt blandt andet via sprogbruget at vise, at det *er* vold mod personalet, og at det er afgørende at tage dette seriøst bl.a. for at undgå dobbelt viktimering, som består i, at en medarbejder først oplever en voldshandling og derefter sekundært oplever, at andre ikke tager det seriøst eller respekterer det som et potentielt traume. Ved at betegne hændelserne korrekt og uafhængigt af konteksten som "vold og trusler", gives der en anden platform for at holde fokus på det som et vigtigt arbejdsmiljøområde, der skal forebygges på arbejdspladsen, og hvor konsekvenserne bliver taget alvorligt på arbejdspladsen. Dette gælder fx også i forhold til evt. anmeldelser og arbejdsskadeserstatninger.

I denne rapport betegnes problematikken som "udadreagerende adfærd" med afsæt i det politiske opdrag, der ligger bag Sundhedsstyrelsens arbejde med at udmønte handlingsplanen, og dermed også den opgavebeskrivelse, der ligger til grund for denne rapport. Men det har været centralt at sætte fokus på de forskellige betegnelser, der bruges inden for området, og de holdninger, der er til dem, dels fordi de kan noget forskelligt i forskellige fora, fx i forhold til at sikre skadeserstatning, understrege fagligheden, forebyggelse mv., og dels fordi anvendelsen af begreber har en betydning for opfattelsen af problematikken og dermed håndteringen, tilgangen og problemløsningen i ældreplejen.

1.2 Rapportens opbygning

Rapporten er opdelt i tre hoveddele: Del 1 præsenterer resultaterne af et litteraturstudie af, hvad der virker i forhold til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen. Del 2 samler op på praksiserfaringer om forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd i ældreplejen samt peger på barrierer, der kan give udfordringer i forhold til implementering og spredning af gode virkemidler. Dette afdækkes gennem ekspertinterviews og best-case besøg i forskellige områder inden for ældreplejen. Del 3 giver en ramme for at diskutere vigtigheden af, at plejepersonalets arbejdsmiljø og borgerens trivsel tænkes sammen for at forebygge vold og utilsigtede hændelser på arbejdspladsen, og at dette kræver handling fra alle niveauer i en organisation. Derefter præsenteres en opsamling på tværs af alle fire videnskilder omkring identificerede virkemidler og forudsætninger for virkemidlerne. Opsamlingen er struktureret efter temaerne forebyggelse, håndtering og læring. Ydermere indgår det i opsamlingen, hvilket niveau det præsenterede virkemiddel fungerer eller skal håndteres/implementeres på. Niveauer kommer

fra LOGIK-modellen (Ledelse, Organisation, Gruppe, Individ, Kombineret tilgang), som er anvendt med henblik på at give et mere nuanceret billede af, hvor og hvem, der skal inddrages, såfremt der skal sættes yderligere fokus på forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd.

På baggrund af opsamlingskemaerne sammenfattes det, hvad der konkret foreslås at fokusere på i forbindelse med at øge fokus på voldsforebyggelse på arbejdspladserne samt give bedre rammer for implementering og spredning af tiltag, der synes at have en effekt enten i forskningen i praksis eller samlet set.

Tabel 1: Oversigt over rapportens videnskilder og opdeling.

Litteraturstudie	Ekspertinterviews	Best practice Case-studier	Arbejds miljøperspektiv
Del 1	Del 2		Del 3
Hvilke tilgange/indsatser fremhæves positivt eller kommenteres særligt fra de fire videnskilder?			
Samlet: Er der tilgange/indsatser som bliver vurderet positivt eller kommenteret i mere end én kilde? Hvilket evidensniveau har disse resultater?			
Forslag (Hvordan vurderes overførbarhed?)			

2 DEL 1: LITTERATURSTUDIE

2.1 Resume af resultaterne for litteraturgennemgangen

Formålet med litteraturstudiet er at afdække eksisterende viden og metoder til at forebygge, håndtere og lære fra episoder med udadreagerende adfærd. I litteratursøgningen har der været anlagt et tværfagligt sigte. Der er søgt i både den videnskabelige litteratur og i den såkaldte 'grå' litteratur (dvs. rapporter, retningslinjer osv., som ikke er publiceret i videnskabelige tidsskrifter). Et centralt kriterium for litteraturstudiet har endvidere været, at det skulle have et særligt fokus på viden og metoder, som understøtter både borgerens og plejepersonalets trivsel.

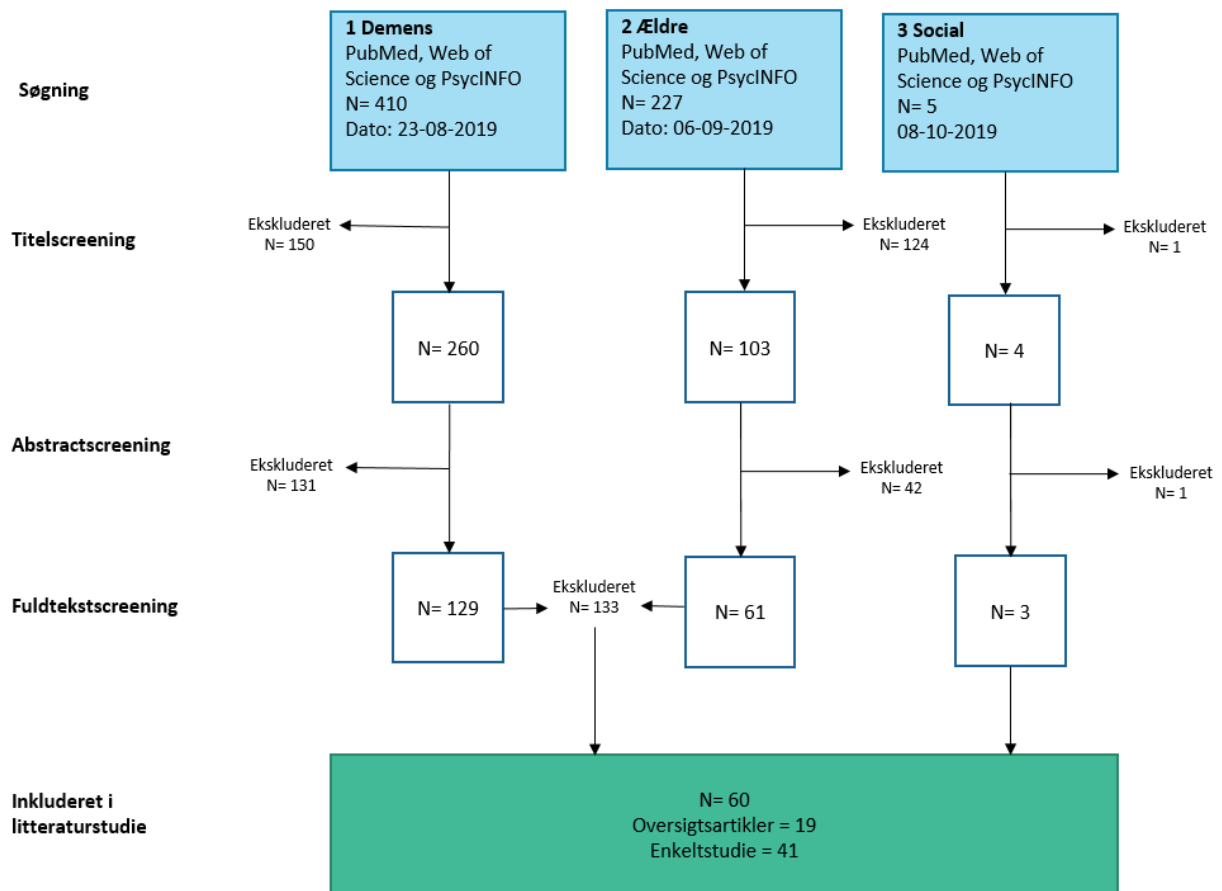
2.2 Metode

Her gives en kort beskrivelse af principperne for litteratursøgningerne. For en mere detaljeret beskrivelse af søgestrategien henvises til bilag 1C.

2.2.1 Den videnskabelige litteratur

Den videnskabelige del af litteraturstudiet er gennemført ud fra generelle principper for et scoping review. Det er blevet tilstræbt gennem søgeprofilerne at tilgå artikler fra demensområdet, socialområdet, ældreområdet og arbejdsmiljøområdet. Områderne blev afsøgt ved at kombinere relevante søgeord for målgruppe (fx 'elderly'), kontekst (fx 'nursing homes'), udfald (fx 'work-related stress'), intervention (fx 'trial') og behandling (fx 'person-centered care'). Søgeordene blev kombineret og tilpasset til søgeprofiler for demensområdet, socialområdet og ældreområdet. Arbejdsmiljørelevante søgeord var inkluderet i alle søgeprofiler (fx som udfald og intervention), og det blev på den baggrund og ud fra resultaterne af indledende søgninger vurderet, at det ikke var meningsfuldt at lave en særlig 'arbejdsmiljø søgeprofil'.

Søgeprofilerne blev anvendt i tre forskellige databaser, PubMed, Web of Science og PsychINFO. Der blev identificeret i alt 642 artikler. Artiklerne blev derefter screenet på titel-, abstract- og fuldtekstniveau for at eliminere artikler, som ikke var relevante. Dette resulterede i 60 artikler fordelt på 19 oversigtsartikler og 41 enkeltstudier. Figuren herunder illustrerer søge- og screeningsprocessen. De 60 artikler blev gennemgået, og de væsentligste karakteristika for hver artikel (formål, setting, de væsentligste fund, kvalitet, osv.) blev ekstraheret og resumeret i 'udtræksskemaer'.



Figur 1: Illustration af søge- og screeningsprocessen for litteratursøgningen.

2.2.2 Den 'grå' litteratur

Der er søgt specifikt efter pdf-udgivelser ud fra søgeord som 'demens', 'udadreagerende', 'forebyggelse', 'retningslinje' og 'personale' samt forskellige synonymer for disse søgeord på dansk, norsk og svensk med henblik på at identificere danske, norske og svenske retningslinjer og anbefalinger til, hvordan man forebygger og håndterer vold og udadreagerende adfærd rettet mod personale på ældreområdet.

Der blev søgt i de skandinaviske biblioteksdata-baser Bibsys (Norge), Libris (Sverige) og danbib.dk (Danmark) samt litteratur-søgemaskinen Google Scholar. Samme søgestreng er sat ind i søgemaskinen Google, hvor de første 100 referencer er gennemgået for hver søgning.

Efter screening af de fundne dokumenter på titelniveau blev inkluderet 55 referencer fra de forskellige Google-søgninger og 3 referencer fra bibliotekssøgningerne. Disse referencer blev derefter gennemgået og vurderet i forhold til relevans. Efter frasortering af referencer med indhold, som ikke var relevant, var der 12 referencer tilbage.

Gennemgangen af den 'grå' litteratur viste, at langt hovedparten af udgivelserne giver retningslinjer og metoder til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd blandt borgere ud fra et plejeperspektiv. Kun få af udgivelser gav yderligere information i forhold til den videnskabelige litteratur og information fra case-studiet og ekspertinterviews i forhold til at belyse virksomme metoder til at forebygge, håndtere vold og udadreagerende adfærd rettet mod plejepersonalet ud fra et arbejdsmiljøperspektiv. Af den grund er den 'grå' litteratur ikke blevet udsat for samme dybtgående analyse som den videnskabelige litteratur. En oversigt over udgivelserne samt en kort beskrivelse af deres indhold er vist i bilag 1E.

En detaljeret gennemgang af den fundne videnskabelige litteratur findes i bilag 1D. I de følgende afsnit resumeres hovedfundene fra litteraturgennemgangen. Gennemgangen indledes med en kort beskrivelse, hvordan interventioner som forebygger udadreagerende adfærd i ældreplejen, kan påvirke plejepersonalets trivsel, dvs. mulige virkningsmekanismer.

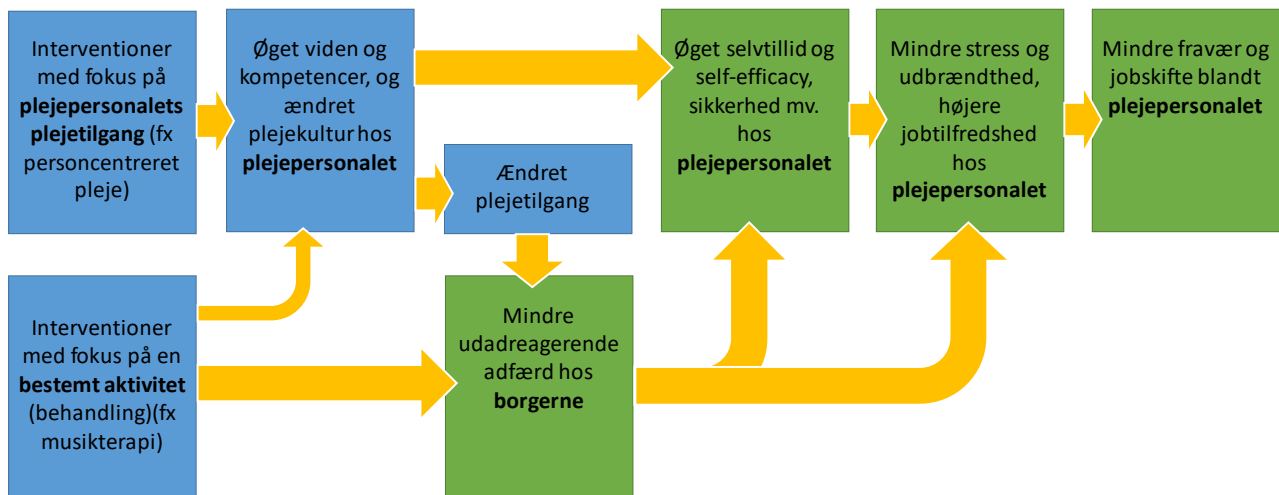
2.3 Mulige virkningsmekanismer af interventioner

Baseret på litteraturgennemgangen blev det klart, at de interventioner, som har været afprøvet i litteraturen for at forebygge udadreagerende adfærd i ældreplejen, kan inddeles i to grupper: Den første gruppe består af interventioner, som er rettet mod plejepersonalet, og har til hensigt at ændre plejepersonalets plejetilgang, hvilket som regel involverer en form for træning eller uddannelse, ændringer i organiseringen af plejen, ændringer i plejekulturen, osv. Den anden gruppe bestod af interventioner, som bestod af aktiviteter, behandling eller terapier, som gives til borgeren. Denne type interventioner kan involvere plejepersonalet direkte, fx i organiseringen og afholdelsen af en aktivitet, men mange gange leveres indsatsen af en terapeut eller andet specialiseret personale, og ikke af de personer, der står for den sædvanlige pleje.

Denne opdeling af interventionerne er meningsfuld, når det drejer sig om at vurdere virkningerne af interventionen på plejepersonalet. De mulige mekanismer, der fører fra en intervention i en af de to grupper, til virkninger på plejepersonalet, er skitseret i nedenstående figur.

I den øverste halvdel er vist de formodede virkninger af en intervention, der har fokus på plejepersonalets plejetilgang. Via øget viden og kompetencer, og ændringer i personalet holdning og tankegange vedrørende demens, skabes en ændret plejetilgang, som fører til mindre udadreagerende adfærd. Mindre udadreagerende adfærd antages at lede til øget sikkerhed, mindre stress osv. hos plejepersonalet. Men dertil kan interventionen have mere direkte effekt på plejepersonalet: Øget viden og kompetencer og ændret plejekultur kan i sig selv føre til direkte positive effekter hos plejepersonalet, fx øget selvtillid, *self-efficacy* og sikkerhed (Spector et al., 2016b). Dermed giver interventioner, som har plejepersonalets plejetilgang som interventionsfokus, teoretisk to veje til at styrke plejepersonalets trivsel.

I den nederste del af figuren er illustreret virkningen af en intervention bestående af en aktivitet eller behandling, som er rettet mod borgeren, og som antages at reducere udadreagerende adfærd. Mindre udadreagerende adfærd kan føre til øget sikkerhed, mindre stress osv. hos plejepersonalet på samme måde, som nævnt herover.



Figur 2: Mulige virkningsmekanismer for interventioner med fokus på henholdsvis plejepersonalets plejetilgang og bestemte aktiviteter.

2.3.1.1 Antal studier og fokus for interventionerne

Der er i alt gennemgået 19 oversigtsartikler og 41 enkeltstudier, som dækker interventioner med fokus på 7 forskellige plejetilgange, aktiviteter eller behandlinger, hvor et af formålene har været at reducere udadreagerende adfærd. Baseret på gennemgangen blev det fundet hensigtsmæssigt at gruppere artiklerne efter den plejetilgang, aktivitet eller terapi/behandling, som har været fokuspunktet for interventionen:

- Personcentreret pleje
- Uddannelse og træning af personalet
- Case-specifik håndtering
- Stimulering af sanser
- Underholdende aktiviteter
- Brug af dyr og robotdyr
- Kombinerede interventioner (medicinske og ikke-medicinske).

Fordelingen af antallet af oversigtsartikler og enkeltstudier på disse 7 grupper er vist i tabellen herunder (tabel 2). I tabellen er også angivet antallet af artikler, som har udfaldsmål på plejepersonalet (første tal i parentes) og antallet af artikler, som vurderer implementeringen af interventionen (andet tal i parentes).

Tabel 2: Tabel over fordelingen af oversigtsartikler og enkeltstudier inkl. antallet af artikler med udfaldsmål på plejepersonalet og antallet af artikler, som vurderer implementeringen af interventionen.

	Antal oversigtsartikler (antal med udfaldsmål målt på plejepersonalet/antal med information om implementering)	Antal enkeltstudier (antal med udfaldsmål målt på plejepersonalet/antal med information om implementering)
Personcentreret pleje	5 (2/1)	3 (2/1)
Uddannelse og træning af personalet	3 (2/0)	18 (12/11)
Case-specifik håndtering	3 (1/2)	1 (0/0)
Stimulering af sanser	3 (0/1)	5 (2/1)
Underholdende aktiviteter	0 (0/0)	6 (1/2)
Brug af dyr og robotdyr	3 (0/0)	6 (1/0)
Kombinerede interventioner	2 (0/0)	2 (1/0)
I alt	19 (5/4)	41 (19/15)

2.3.1.2 Ramme (setting)

Langt den største del af oversigtsartiklerne og enkeltstudierne har udelukkende haft borgere med demens som målgruppe. Hovedparten af oversigtsartiklerne og enkeltstudierne inkluderede studier, som foregik på plejehjem eller plejeboliger. Nogle få oversigtsartikler havde fokus på studier, hvor borgernes eget hjem var rammen for plejen (dvs. hjemmepleje) (Reilly et al., 2015; You et al., 2012). Enkelte oversigtsartikler og enkeltstudier inkluderede også studier, som foregik andre steder, fx på dagcentre, hospitalsafdelinger eller specialcentre for borgere med demens (Billington et al., 2013; Brodaty et al., 2014; Pieper et al., 2013; Strom et al., 2016).

2.3.1.3 Udfaldsmål

Alle oversigtsartikler og enkeltstudier indeholdt udfaldsmål, som var relateret til udadreagerende adfærd udvist af borgere, idet dette var et søgekriterium. Fem af oversigtsartiklerne og 19 af enkeltstudierne havde udfaldsmål relateret til plejepersonalets trivsel og arbejdsmiljø (se tabel 2). De oversigtsartikler, som inkluderede udfaldsmål på plejepersonalet, var oversigtsartikler om interventionerne med fokus på personcentreret pleje, uddannelse og træning af personalet og case-specifik håndtering, dvs. den første gruppe af interventioner nævnt herover (tabel 2). De oversigtsartikler, som *ikke* inkluderede udfaldsmål på plejepersonalet, drejede sig om interventioner, der består af aktiviteter eller behandlinger rettet til borgeren, og som dermed ikke direkte har til formål at ændre plejepersonalets plejetilgang, dvs. den anden gruppe af interventioner nævnt herover. Der er endvidere en mindre gruppe interventioner, som ikke klart falder i en af de ovennævnte grupper: Interventioner med *kombinationer af forskellige tilgange*. Ingen af de to oversigtsartikler i denne gruppe inkluderede udfaldsmål på plejepersonalet. Samme billede aftegner sig for enkeltstudierne, selvom nogle få enkeltstudier med fokus på aktiviteter eller behandlinger, også måler effekter på plejepersonalet.

Vedrørende implementering viser gennemgangen, at henholdsvis 4 oversigtsartikler og 15 enkeltstudier havde information om implementeringen og informationen. Men kun i få studier lå der en systematisk dataindsamling til grund for vurderingen af implementeringen. Samlet set er derfor kun få studier, der belyser faktorer af betydning for implementeringen af interventionen. Ovennævnte opdeling af interventionerne i interventioner med fokus på at ændre plejepersonalets plejetilgang og interventioner med fokus på at give aktiviteter eller behandlinger til borgeren (samt kombinerede interventioner) vil også blive brugt i det følgende.

2.3.1.4 Effekter på borgerne

Da der er tale om meget forskellige interventioner, giver det ikke meget mening at give en samlet vurdering af effekten på borgerne.

Hvis man, som ovenfor, opdeler interventionerne i dem, som er særligt rettet til plejepersonalet med henblik på at ændre plejetilgangen, og i dem som består af en aktivitet eller behandling, så tegner der sig følgende billede:

Interventioner, som er rettet til plejepersonalet med henblik på at ændre plejetilgangen, inkluderer som nævnt personcentreret pleje, uddannelse og træning af personalet og case-specifik håndtering. Her konkluderer forfatterne af oversigtsartiklerne gennemgående, at der ikke ses klare effekter af interventionen, hverken positive eller negative, på borgernes udadreagerende adfærd eller neuropsykiatriske symptomer. Metodiske problemer i enkeltstudierne (små studier, heterogene settings, ingen kontrolgruppe, manglende blinding, osv.) er et forbehold, som går igen i næsten alle oversigtsartiklerne, og som forfatterne bruger som argument for, hvorfor det er svært at drage entydige konklusioner. Langtidsholdbarheden af effekterne er desuden ikke blevet undersøgt (Oyebode & Parveen, 2019).

Interventioner, som består af en aktivitet eller behandling, inkluderer stimulering af sanser med fx aroma, musik, lys og massage, samt multistimuli-terapier, underholdende aktiviteter, og interaktion med dyr (inklusive robotdyr). Her er forfatterne til oversigtsartiklerne gennemgående mere positive i deres vurdering af effekterne på borgerne, hvilket yderligere understøttes af en række oversigtsartikler, som har haft bredt fokus på forskellige interventioner, hvor de fleste tilhører gruppen af aktiviteter og behandling (Conn & Seitz, 2010; de Oliveira et al., 2015; Travers et al., 2016). Aktiviteterne og behandlingerne i interventionerne har bestået af bl.a. musik og aroma, aktiviteter med klovne, højtlesning og lytning til radioprogram, og interaktion med dyr (inklusive robotdyr). Som det gøres opmærksom på flere steder, så kan det ikke udelukkes, at den positive effekt af aktiviteter af den nævnte type skyldes den ledsagende sociale interaktion, som dels kan virke stimulerende og dels imødekomme et udækket behov hos borgeren med demens (Low et al., 2014; Olsen et al., 2016; Oyebode & Parveen, 2019). De ovennævnte metodiske problemstillinger gælder også for oversigtsartiklerne i denne gruppe.

Med hensyn til interventioner med kombinationer af forskellige tilgange, så dækker denne beskrivelse over hhv. integrerede multifaglige tilgange til borgere på plejehjem, der kan udvise udadreagerende adfærd og forskellige farmakologiske og ikke-farmakologiske tilgange med fokus på smerter og udadreagerende adfærd. Der er fundet én oversigtsartikel for hver af disse to tilgange. Begge konkluderer, at der er tegn på positive effekter på udadreagerende adfærd, men forfatterne tager forbehold pga. det få antal enkeltstudier og metodiske begrænsninger ved flere af enkeltstudierne.

2.3.1.5 Virkninger på plejepersonalet

Udadreagerende adfærd rettet mod plejepersonalet kan føre til forskellige negative konsekvenser for det plejepersonale, som det går ud over. Det kan fx være følelser af utilstrækkelighed, kontroltab, usikkerhed, frygt for beskyldninger fra pårørende, kolleger eller ledere, hvilket kan føre til bekymringer for, om man kan beholde sit job, resignation, stress og udbrændthed (Isaksson et al., 2009; Scott et al., 2011). Antagelsen er derfor, at interventioner, som reducerer risikoen for, at borgerne udviser udadreagerende adfærd, kan have en gavnlig effekt på plejepersonalets arbejdsmiljø og dermed trivsel. Set ud fra et arbejdsmiljøperspektiv er der tale om *primære* forebyggende interventioner, dvs. interventioner som har til hensigt at fjerne eller reducere en risikofaktor (her: plejepersonalets eksponering for udadreagerende adfærd) i arbejdsmiljøet.

2.3.1.6 Virkninger af interventioner med fokus på plejepersonalets plejetilgang

Den model, som er beskrevet herover og illustreret i ovenstående figur 2, vil i det følgende blive brugt til at strukturere gennemgangen af resultaterne fra litteraturen vedrørende interventionernes virkning på plejepersonalet. I dette afsnit gennemgås interventioner, som har plejepersonalets plejetilgang som fokus. I det næste afsnit gennemgås interventioner, som har aktiviteter og behandlinger til borgeren som fokus.

Interventioner, som har plejepersonalets plejetilgang som fokus, omfatter som ovenfor nævnt, interventioner rettet mod at skabe øget personcentreret pleje, uddannelse og træning af personalet, samt case-specifik håndtering. Fem af de 11 oversigtsartikler med dette interventionsfokus evaluerer også virkninger på plejepersonalet, og det samme gør 14 af de 21 enkeltstudier. De fleste af studierne har udfaldsmål på plejepersonalet, som relaterer sig til stress, udbrændthed og jobtilfredshed.

Gennemgående vurderede forfatterne til oversigtsartiklerne, at resultaterne var ret blandede mht. virkninger på plejepersonalet af interventionerne. Det er derfor ikke muligt med sikkerhed at konkludere, at interventionerne med fokus på plejepersonalets plejetilgang fører til mindre stress og udbrændthed, og højere jobtilfredshed, selvom enkelte forfattere konkluderer, at der synes at være en positiv tendens, der støtter en sådan sammenhæng, fx (Barbosa et al., 2015b).

Der kan være flere mulige årsager til, at der ikke ses nogen effekt: For det første kan det være, at ændringen i plejetilgangen ikke ændrer ved risikoen for at blive udsat for udadreagerende adfærd, dvs. risikofaktoren for at blive stresset og udbændthed bliver ikke fjernet eller reduceret som tiltænkt. Denne mulighed virker sandsynlig i en del tilfælde, idet oversigtsartiklerne med denne type interventioner, som nævnt tidligere, ikke finder nogen klar effekt på udadreagerende adfærd. En af årsagerne til, at interventionerne ikke har den formodede effekt på borgeren kan være, at interventionen ikke er blevet ordentlig implementeret. Dette diskuteres senere. For det andet kan årsagen til, at interventionerne ikke har virkninger på plejepersonalets stress og udbændthed være, at stress, udbændthed og jobtilfredshed er *distale* virkninger. Dette betyder bl.a., at de afhænger af mange andre faktorer end dem, som ændres af interventionen. Mere *proximale* virkninger er fx øget viden og forståelse for demens, ændret plejekultur, og øget følelse af sikkerhed og *self-efficacy*, dvs. tiltro til at være i stand til at håndtere udfordrende situationer i plejearbejdet. Kun få af oversigtsartiklerne beskæftiger sig med dette aspekt, og konklusionen er, at der ikke med sikkerhed kan siges at være en positiv effekt, bl.a. pga. studiernes heterogenitet og lave kvalitet (Reuther et al., 2012).

2.3.1.7 Virkninger af interventioner med fokus på aktiviteter og behandlinger

Denne type interventioner inkluderer, som nævnt tidligere, stimulering af sanserne, underholdende aktiviteter, og interaktioner med dyr eller robotdyr. Blandt de 8 oversigtsartikler og 14 enkeltstudier, som er blevet gennemgået, blev virkningerne af interventionen på plejepersonalet undersøgt i 4 af enkeltstudierne, men ikke i nogen af oversigtsartiklerne (se tabel 2). I tre af enkeltstudierne blev der fundet positive effekter på plejepersonalet: Oplevelse af mindre stress, øget motivation, energi og jobtilfredshed blandt plejepersonalet i en intervention bestående af musikkoncerter (Shibazaki & Marshall, 2017), bedre humør og bedre kommunikation med borgere i en intervention med musikterapi (Hsu et al., 2015), og mindre stress i en intervention med dyreassisteret terapi (Tournier et al., 2017).

På baggrund af det lave antal enkeltstudier og det faktum, at der ikke er lavet en systematisk opsamling og evaluering af virkningerne i et oversigtsarbejde, er det ikke muligt med sikkerhed at konkludere, hvorvidt interventioner, som har fokus på at reducere udadreagerende adfærd hos borgerne gennem aktiviteter eller behandlinger, har en positiv virkning på plejepersonalets trivsel.

2.3.1.8 Kombinerede interventioner

Ingen af oversigtsartiklerne, og kun ét af de to enkeltstudier i litteraturgennemgangen af denne type interventioner, vurderede interventionens virkninger på plejepersonalet. I dette studie blev der fundet en positiv effekt på stress (dvs. et fald) hos plejepersonalet, når borgerne modtog

individuel systematisk behandling mod smerter. Da der kun er tale om et enkelt studie, skal man være forsigtig med at lave generelle konklusioner på basis heraf.

2.3.1.9 Implementering

Kun 4 af de 19 oversigtsartikler adresserer implementeringen af interventionerne, mens det gøres i 15 ud af de 19 enkeltstudier (se tabel 2). Oversigtsartiklerne går ikke i dybden med implementeringsudfordringerne, idet de har et andet fokus (udfaldsmål på borgerne eller plejepersonalet). Der er blevet gennemgået to enkeltstudier, som gav uddybende information om barrierer og fremmende faktorer i forhold til at gennemføre interventioner med personcentreret pleje (Chenoweth et al., 2015; Cohen-Mansfield et al., 2012a). Cohen-Mansfield et al. (2012) opdelt barrierer i ydre barrierer (fx manglende ressourcer til en indsats, manglende samarbejdsvilje fra familien, osv.) og borgerrelaterede barrierer (vanskeligheder ved at kommunikere, uvillighed, utilgængelighed i forhold til en aktivitet, osv.). Chenoweth et al. (2015) identificerede forskellige faktorer, som var vigtige i forhold til at etablere en personcentreret plejetilgang: Ledelsestilgang og -opbakning, etableringen af en god plejekultur med fokus på personcentreret pleje, positiv respons og feedback fra borgere og pårørende (fremmende faktor), kritik fra pårørende (hæmmende faktor), og uddannelse og støtte til personalet på stedet.

2.3.1.10 Kvaliteten af studierne

Størstedelen af oversigtsartiklerne anvender kvalitetskriterier til at vurdere den metodiske kvalitet af studierne, som indgår i oversigtsarbejdet. I tre artikler, hvor to var overviews (reviews af reviews) (Conn & Seitz, 2010; Oyeboode & Parveen, 2019), og den ene et review (de Oliveira et al., 2015), blev ikke anvendt kvalitetskriterier.

Kvaliteten af studierne i oversigtsartiklerne varierer en del, idet den afhænger af, hvad det er for en intervention der afprøves (hvis det er en ny eller sjælden behandling, så er der kun få studier, og kvaliteten er som regel ikke høj), og hvornår studierne er udført (fokus på god metodisk kvalitet er øget, så ældre studier er oftere af dårligere kvalitet end nye studier). I en del af oversigtsartiklerne nævnes, at anvendelsen af visse af kriterierne i de meget standardiserede instrumenter til vurdering af den metodiske kvalitet af studier kan være problematiske i denne kontekst (fx (Bird et al., 2016)). Dette gælder f.eks. kriteriet om blinding af målgruppen (borgerne) og deltagerne (f.eks. personalet eller forskere, som udfører interventionen), hvilket som regel er meget svært at opnå, når det drejer sig om psykosociale interventioner. Et andet problem er bortfald i målgruppen (borgerne), hvilket er et særligt problem i denne type forskning pga. målgruppens alder og skrøbelighed.

2.4 Samlet konklusion på litteraturgennemgangen

Interventioner, der har til formål at reducere udadreagerende adfærd rettet mod personalet, udgør primær forebyggelse af stress og udbrændthed blandt plejepersonalet. Det er derfor vigtigt at få

afklaret, hvilke interventioner, der har en indvirkning på borgere, der udviser udadreagerende adfærd, og dernæst få afklaret i hvilket omfang, de også har den forventede virkning på plejepersonalet.

I de oversigtsartikler, som gennemgår interventioner med fokus på at ændre plejepersonalets plejetilgang (personcentreret pleje, uddannelse og træning, case-specifik tilgang), konkluderes det, at der ikke er klare tegn på positive effekter på udadreagerende adfærd. Med hensyn til virkninger på plejepersonalet, er der ingen klare tegn på, at interventionerne påvirker plejepersonalets trivsel (stress, udbrændthed, jobtilfredshed).

I de oversigtsartikler, som gennemgår interventioner, hvor borgeren tilbydes aktiviteter eller en behandling, er konklusionerne gennemgående mere positive med hensyn til effekten på udadreagerende adfærd. Der er ingen oversigtsartikler og kun få enkeltstudier med denne type interventioner, hvor man har målt påvirkningen af plejepersonalet. Flertallet af enkeltstudierne peger i den rigtige retning (reduktion af stress, udbrændthed, øget jobtilfredshed), men det er nødvendigt med flere studier for at kunne sige med sikkerhed, om tilbud af aktiviteter eller behandling til borgeren, hvorved udadreagerende adfærd reduceres, har en positiv virkning på plejepersonalets trivsel (stress, udbrændthed, jobtilfredshed).

I gruppen af artikler med kombinerede interventioner med enten integrerede multifaglige tilgange til at forebygge udadreagerende adfærd eller farmakologiske og ikke-farmakologiske tilgange med fokus på smerter og udadreagerende adfærd (en oversigtsartikel om hver) finder forfatterne positive effekter på udadreagerende adfærd. Men ingen af de to oversigtsartikler adresserer virkninger på plejepersonalet, og af den grund, er det ikke muligt at sige, om denne type interventioner forbedrer trivslen hos personalet.

Endelig skal det bemærkes, at der kun er blevet fundet to oversigtsartikler, hvor hovedformålet har været at belyse interventionernes virkninger på plejepersonalet (Barbosa et al., 2015b; Spector et al., 2016b). I Barbosa et al. (2015) er motivationen for at undersøge denne vinkel, at en personcentreret plejetilgang pga. sin relationelle natur må antages at have en effekt ikke kun på borgeren, men også på plejeren. Dette er – stadig ifølge Barbosa et al. (2015) – et understuderet emne, som det er vigtigt at vide mere om, fordi det er velkendt, at stress, udbrændthed og utilfredshed blandt plejepersonalet kan medføre dårligere pleje. I oversigtsartiklen af Spector et al. (2016) (om uddannelse og træning af plejepersonalet) er motivationen for studiet, at pleje af borgere med demens ofte er følelsesmæssigt og nogle gange også fysisk belastende arbejde, og at det er vigtigt, at plejepersonalet er tilstrækkeligt uddannet og trænet til denne opgave. I deres konklusion fastslår forfatterne, at plejepersonalets og borgernes trivsel er uadskillelige, og for at sikre en god pleje i fremtiden, må plejepersonalet være klædt på til denne opgave. Det må konkluderes, at begge oversigtsartikler er klart opmærksomme på, hvilken betydning det

psykosociale arbejdsmiljø (dvs. at blive udsat for udadreagerende adfærd fra borgere med demens) har for løsningen af *kerneopgaven* (levering af god pleje). Det skal dog også bemærkes, at forebyggelsen af udadreagerende adfærd i artiklerne diskuteres ret isoleret fra andre forebyggelsesindsatser. Her tænkes især på vigtigheden af sekundær forebyggelse af udadreagerende adfærd, dvs. den måde, som situationer med udadreagerende adfærd, der er gået ud over personalet, håndteres.

2.4.1 Oversigt over litteratur efter plejetilgang

2.4.1.1 Personcentrerede (persontilpassede) tilgange

I Sundhedsstyrelsens nationale retningslinjer for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos borgere med demens (Sundhedsstyrelsen, 2019b) beskrives personcentreret omsorg og behandling overordnet som "en socialpsykologisk, holistisk tilgang og forståelsesramme, som kan danne ramme for organisering og implementering af omsorgs- og behandlingsmetoder til personer med demens". Personcentrerede tilgange i forebyggelsen og håndteringen af udadreagerende adfærd tager dermed udgangspunkt i borgeren og dennes forståelse af, og samspil med, omverdenen.

I litteratursøgningen er blevet fundet fem oversigtsartikler (Abraha et al., 2017; Barbosa et al., 2017; Barbosa et al., 2015b; Mohler et al., 2018; Testad et al., 2014) med tilsammen 64 enkeltstudier, som undersøger udbredelsen eller evidensen for effekten af en eller flere tilgange, som er karakteriseret ved, at der tages hensyn til borgerens individuelle behov, ønsker og muligheder (kapacitet). Derudover er der identificeret yderligere tre enkeltstudier med fokus på en sådan persontilpasset plejetilgang (Chenoweth et al., 2015; Dichter et al., 2017; Hayajneh & Shehadeh, 2014), som enten er udkommet efter disse oversigtsartikler, eller som undersøger andre problematikker, typisk implementering af interventionen eller virkninger på plejepersonalet, end dem, som oversigtsartiklerne fokuserer på.

I den kliniske retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens (Sundhedsstyrelsen, 2019b)(Sundhedsstyrelsen, 2019) konkluderes, at evidensen for effekt på BPSD ikke er særlig stærk. Denne konklusion understøttes af den litteratur, der er gennemgået i denne rapport. Blandt de studier, som er gennemgået, har enkeltstudiet (Chenoweth et al., 2015), som har anvendt kvalitative metoder, fx interviews af pårørende og plejepersonale, en mere entydig positiv vurdering af effekten af personcentreret plejetilgang på udadreagerende adfærd blandt borgere, end de enkeltstudier og oversigtsartikler, som har anvendt kvantitative metoder til vurdering af effekten.

Med hensyn til virkninger på plejepersonalet af indførelsen af personcentrerede tilgange, må der på basis af de to reviews og et enkeltstudie om emnet konkluderes, at der samlet set ikke er

evidens for hverken positive eller negative virkninger på plejepersonalets udbrændthed, stress eller jobtilfredshed.

I forhold til implementering af personcentreret plejetilgange er der vigtig information at hente i et par enkeltstudier. Her vurderes det, at især det ovennævnte studie af (Chenoweth et al., 2015) giver relevant og vigtig information. Især synes mange barrierer og fremmede faktorer at udspringe i følgende fire temaer: Ledelsens støtte og opbakning, plejepersonalets holdninger til tilgangen, uddannelse og træning, samt involvering af de pårørende. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på de udfordringer, som opstår inden for disse temaer, når man indfører personcentreret plejetilgange.

2.4.1.2 Tilgange med uddannelse og træning af personalet

I Sundhedsstyrelsens retningslinjer om forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, behandles anbefalingen om, hvorvidt pårørende til hjemmeboende borgere med demens bør tilbydes psykoedukation for at forebygge BPSD (Sundhedsstyrelsen, 2019b), men uddannelse og træning af personalet, som fx psykoedukation, indgår ikke som en del af retningslinjerne. Det uddannelses- og træningsindhold, der indgår i de gennemgåede studier fundet om dette emne, har det overordnede formål at udvikle plejepersonalets plejekompetencer, så de kan yde bedre pleje til borgerne med henblik på at reducere udadreagerende adfærd.

I litteratursøgningen blev der fundet tre relevante oversigtsartikler (Bird et al., 2016; Elliott et al., 2012; Spector et al., 2016b) med i alt 69 studier, der fokuserer på interventioner med uddannelse og træning af personalet. Formålet med interventionerne er at forbedre plejen, bl.a. gennem udvikling af praksis, kompetenceløft og styrket relation mellem personalet og borgerne. Der blev endvidere fundet 18 enkeltstudier om emnet (Alnes et al., 2011a, b; Barbosa et al., 2015a; Barbosa et al., 2016; Fukuda et al., 2018; Galik et al., 2015; Jeon et al., 2015; Karel et al., 2016; Karlin et al., 2014; Low et al., 2015; Lykkeslet et al., 2016; Pieper et al., 2016; Sprangers et al., 2015; Swain & Gale, 2014; Testad et al., 2010; van Duinen-van den et al., 2019; Zwijsen et al., 2015; Zwijsen et al., 2014).

De tre oversigtsartikler og 18 enkeltstudier har behandlet interventioner med meget forskelligt uddannelsesindhold. Overordnet set kan interventionerne deles op i fem grupper: interventioner omhandlende interaktion og kommunikation med borgerne, interventioner med bredere uddannelse, interventioner med psykoedukation, interventioner med adfærdshåndtering og interventioner med ledelsesudvikling.

Der er fundet blandede effekter. Interventioner rettet mod personalets interaktion og kommunikation med borgerne, har generelt god effekt på udfaldsmål på borgerne, der i nogle studier udviser mindre udadreagerende adfærd og generelt oplever mere trivsel og modtager bedre pleje. Personalet oplever at kunne skabe flere positive interaktioner, når der i interaktionen og kommunikationen tages udgangspunkt i borgerens funktion og behov, og hvor der er fokus på

kropssprog og talemåde. Interventionerne styrker endvidere plejepersonalets tiltro til egne plejekompetencer og flere studier finder en reduktion i personalets stressniveau og forbedret jobtilfredshed. Der bliver i et par studier også perspektiveret til den tætte forbindelse mellem personalets og borgernes trivsel.

Nogle af studierne konkluderer, at uddannelse i fx demens og adfærdshåndtering i sig selv ikke er nok til at forbedre plejepersonalets jobtilfredshed, undgå udbrændthed og forhindre arbejdsrelateret stress. Det bliver bl.a. påpeget, at der i uddannelsen også skal være et støttende element, fx konkrete værktøjer til at håndtere ens eget stress, strategier til at undgå udmattelse osv., for at en uddannelsesintervention skal være effektiv. Det er derfor essentielt at gå dybere end blot at give plejepersonalet mere viden og derfor bør der i disse interventioner også fokuseres på at udvide følelsesmæssige kompetencer hos plejepersonalet.

Der viser sig derfor en tendens til, at uddannelsesinterventioner, hvor plejepersonalet modtager undervisning i konkrete strategier og værktøjer til enten at håndtere udadreagerende adfærd eller til at regulere egne følelser, er mere effektive til at reducere situationer med udadreagerende adfærd og andre neuropsykiatriske symptomer. Det er også disse interventioner, hvor der oftest ses en større positiv effekt på plejepersonalets jobtilfredshed, udbrændthed og arbejdsrelaterede stress.

Kun et enkelt studie undersøger effekten af ledelsesudvikling og finder ud af, at interventionen bidrager til, at personalet oplever bedre ledelsesmæssig støtte. At der kun er fundet et enkelt relevant studie om ledelsesudvikling er bemærkelsesværdigt, da man kan forestille sig, at ledelsens kompetencer, ledelsesstil og støtte spiller en stor rolle i forebyggelsen og håndteringen af udadreagerende adfærd og dermed også i at fremme plejepersonalets arbejdsmiljø. Ledelsens opbakning og kompetencer bliver i nogle af enkeltstudierne også nævnt som en vigtig faktor for en vellykket implementering af nye tiltag, hvorfor det ledelsesmæssige aspekt bør være et fokuspunkt for fremtidig forskning i interventioner mod udadreagerende adfærd i ældreplejen.

Ifølge flere af studierne skal der dog tages højde for, at implementeringen af interventioner kan hæmmes og fremmes af adskillige organisatoriske faktorer og derfor vil det være forskelligt, hvilke interventioner, der har den største virkning, alt efter hvilke lokale kontekster (struktur, kultur, medarbejdernes viden og kompetencer, ledelsens opbakning m.v.), de implementeres i.

2.4.1.3 Tilgange baseret på case specifikhåndtering

I denne del gennemgås oversigtsartikler og enkeltstudier med fokus på interventioner, der som centralt element har en case specifik tilgang til plejen af borgere. Tilgangen ligger tæt op af den personcentrede omsorg, som også beskrives i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens (Sundhedsstyrelsen, 2019b). Den adskiller sig imidlertid ved, at den ikke nødvendigvis

har det værdigrundlag, som der ligger i personcentreret omsorg, men den er mere organisatorisk i natur. Dog er omdrejningspunktet stadig en holistisk plejetilgang af den enkelte borger.

I litteratursøgningen blev der fundet tre oversigtartikler (Reilly et al., 2015; Reuther et al., 2012; You et al., 2012) med tilsammen 33 unikke enkeltstudier, der alle indeholder en intervention bestående af en case specifik håndtering af plejearbejdet. Oversigtsartiklerne af Reilly et al. 2015 og You et al. 2012 indeholder to af de samme studier. Derudover blev der fundet et enkeltstudie, som ikke er inkluderet i de nævnte oversigtartikler (Koekkoek et al., 2016).

Interventionerne i den gennemgæede litteratur dækker over case management, case konferencer samt et psykiatrisk konsultationsteam. Evidensen af interventioner med en case specifik tilgang til plejen af borgere med demens er ikke entydig, men dog ses en svag positiv tendens til, at psykiatriske symptomer og problematisk adfærd kan reduceres. Der mangler dog flere studier af god kvalitet for at kunne konkludere mere klart på effekten for borgerens adfærd. Kun en oversigtsartikel og et enkeltstudie behandlede virkningen af interventionerne for plejepersonalet. Heller ikke her var evidensen klar, men ligeledes ses en svag positiv effekt for forskellige udfaldsmål for plejepersonalet, hvorfor der også her bør fremvises mere evidens inden for denne gruppe før, der kan konkluderes noget om effekten for det vurderede arbejdsmiljø. To af oversigtsartiklerne finder en reduktion i den oplevede plejeburde for plejeren i hjemmet, som vi antager må være en pårørende til borgeren. Det er imidlertid usikkert, om resultater kan overføres til hjemmeplejepersonale.

Desuden mangler der i høj grad studier, der vurderer og kommenterer på implementeringsaspektet af interventioner med case specifikke plejetilgange. Således finder vi kun to oversigtsartikler med dette fokus i gennemgangen af litteraturen om de case specifikke plejetilgange. Her nævnes vigtigheden af korrekt introduktion af interventionen, så plejetilgangen implementeres på den tilsigtede måde. Desuden er det vigtigt med god forberedelse samt støtte under implementeringsfasen.

2.4.1.4 Tilgange baseret på stimulering af sanser

I denne del gennemgås oversigtsartikler og enkeltstudier med fokus på interventioner, der som centralt element har stimulering af en eller flere sanser gennem lyde, lys, lugte, berøring osv. I Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer (Sundhedsstyrelsen, 2019b) er musikterapi blevet evalueret. Musikterapi kan anses for en 'sansen terapi' gennem auditive stimuli (lyd), som kan hjælpe borgere med demens til at udtrykke og regulere følelser, hvor deres verbale sprog kommer til kort. Det samme gælder potentielt for terapier, der stimulerer andre sanser. Imidlertid kan sådanne terapier også virke gennem andre mekanismer. Fx kan musik, såvel som andre terapier, være et omdrejningspunkt for relationer og interaktioner med fx medborgere, terapeuter og personale, og derigennem imødekomme vigtige psykosociale behov (Sundhedsstyrelsen, 2019b).

I litteratursøgningen er der blevet fundet tre oversigtsartikler (Fung et al., 2012; McFeeters et al., 2016; Strom et al., 2016) med tilsammen 80 enkeltstudier med interventioner bestående af terapier eller aktiviteter baseret på sansestimulering. Derudover er der identificeret yderligere fem enkeltstudier, som ikke er inkluderet i de nævnte oversigtsartikler (Figueiro et al., 2014; Hsu et al., 2015; Sanchez et al., 2016; Shibazaki & Marshall, 2017; Watson et al., 2019).

I den kliniske retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens (Sundhedsstyrelsen, 2019b) konkluderes, at der er evidens for en positiv effekt af musikterapi på BPSD. Dog blev kvaliteten af evidensen samlet set vurderet som meget lav. Det blev desuden vurderet, at der ikke er evidens for en klinisk relevant effekt på udadreagerende adfærd. Disse konklusioner ændres ikke af den oversigtsartikel (Strom et al., 2016) og det enkeltstudie (Hsu et al., 2015) der er gennemgået, idet de er udgivet før den kliniske retningslinje, og derfor må formodes at indgå i evidensgrundlaget i retningslinjen.

De to oversigtsartikler om hhv. aromaterapi (Fung et al., 2012) og massage (McFeeters et al., 2016) konkluderer begge, at interventionerne kan have en effekt på BPSD eller udadreagerende adfærd blandt borgerne. Begge studier nævner enkeltstudiernes metodologiske svagheder og varierende udfald som begrænsninger i forhold til styrken af evidensen. I oversigtsartiklen af Strøm et al. (Strom et al., 2016), som gennemgår adskillige former for sansestimulerende terapier, inklusive aromaterapi og massage, konkluderes, at det ikke er muligt at uddrage noget om effekten af andre terapier end musikterapi, fordi udfaldet varierer mellem forskellige studier. Samlet set må der derfor på basis af de ovennævnte oversigtsartikler konkluderes, at der er begrænset evidens for effekten af terapier som aromaterapi og massage på borgernes BPSD eller udadreagerende adfærd.

Med hensyn til virkninger på plejepersonalet af terapier med fokus på stimulering af sanserne, så er der ingen studier, der har undersøgt virkningerne på plejepersonalets udbrændthed eller stress. Imidlertid er der nogle få enkeltstudier, hvor man har undersøgt personalets oplevelse af effekten på deres pleje, og på motivation og jobtilfredshed. I disse studier er der rapporteret om positive effekter.

Implementeringsaspektet er ligeledes meget lidt undersøgt. I den eneste oversigtsartikel, hvor dette spørgsmål blev adresseret, nævnes at massageterapi kan indføres med relativt lave omkostninger, og at personalets deltagelse og motivation var afgørende for borgernes udbytte af terapien.

2.4.1.5 Tilgange baseret på underholdende aktiviteter

I denne del gennemgås studier med fokus på interventioner, der som centralt element har en underholdende aktivitet for borgeren. De underholdende aktiviteter dækker over humorterapi med ældreklovne, et radioprogram samt en litteraturbaseret intervention. Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer behandler ikke interventioner om underholdende aktiviteter i forbindelse

med forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske problemer hos personer med demens (Sundhedsstyrelsen, 2019b). Dog skal det bemærkes, at interventioner med ældreklovne, som behandles i dette afsnit, benytter sang, musikinstrumenter og dans i deres sessioner, hvilket kan være overlappende med sundhedsstyrelsens fund vedrørende musikterapi.

I litteratursøgningen blev der ikke fundet nogen oversigtsartikler, hvorfor der i dette afsnit kun gennemgås enkeltstudier. Der er inkluderet seks enkeltstudier (Billington et al., 2013; Brodaty et al., 2014; Kontos et al., 2016; Low et al., 2013; Low et al., 2014; Travers & Bartlett, 2010) i litteraturgennemgangen.

De seks enkelte studier som blev behandlet i dette afsnit har forskellige tilgange til håndtering af borgere med demens, men alle studier forsøger via humor, socialt samvær og positive erindringer at undersøge, om det er en effektiv tilgang til at afhjælpe BPSD symptomer, trivsel og livsglæde hos borgere med demens.

Overordnet ser det ud til, at interventioner med ældreklovne og "LaughterBosses" på plejehjem, kan have en positiv indvirkning på depression, agitation, aggression samt øvrige BPSD symptomer hos borgere med demens. Studierne konkluderer dog, at det forbedrede humør og fald i agitation hos borgerne kan skyldes den øgede sociale interaktion og fokus på borgernes behov i projektperioden. Dvs. det er ikke helt klar, hvad der er årsag til de positive effekter. Studiet fra Low et al. indikerer dog, at engagementet i humorterapi har en betydning for resultaterne, således at højere engagement medvirker til mere positive resultater hos borgeren.

Studiet betragter desuden årsagerne til de positive effekter, og vurderer, at det både kan være humorindsatsen i sig selv, kombinationen af humorterapi og social interaktion eller den øgede sociale interaktion og fokus på borgernes behov i sig selv, der fører til positive effekter for borgerne. Studiet om ældreklovne, som ikke havde "LaughterBosses" tilknyttet fandt også positive resultater og styrker dermed antagelsen om, at også korte humor-indsatser kan føre til positive forandringer hos borgere med demens. Tilgangen ser dermed indtil videre lovende ud, men kræver at blive bekræftet af flere studier.

Fælles højtlesning og lytning til et gammelt radioprogram ser ud til at have en positiv betydning for borgere med demens. Radioprogrammet ser ud til at have en positiv indflydelse på adfærd og trivsel, mens fælles højtlesning ser ud til at have en betydning for borgernes BPSD symptomer, samt deres livskvalitet og trivsel. Resultaterne for begge typer indsatser bygger dog kun på et enkelt studie hver og kan dermed kun være et første tegn på indsatser som muligvis kan føre til positive resultater. For begge indsatser er der derfor brug for flere studier af bedre metodisk kvalitet.

Blandt de seks studier som blev gennemgået omkring denne tilgang, er der kun et enkelt studie, der beskæftiger sig med virkninger på plejepersonalet. Her blev der fundet, at humorterapi ikke kan påvises at have en afledt betydning for plejepersonalets omsorgsbyrde. Resultaterne indikerer dog, at personalets rutiner blev mindre påvirket af borgernes aktiviteter, som fx gentagende adfærd.

Der er to studier, som beskæftiger sig med implementering af indsatsen. Her blev der fundet, at god ledelse i forbindelse med implementering af nye interventioner er associeret med bedre udfaldsmål hos borgerne. Særligt viser resultaterne, at engagement hos ledelse og personalet bidrager til forandringer i depression og livskvalitet hos borgere med demens. Derudover vurderer en anden artikel, at det er vigtigt, at interventionen bliver forankret på de enkelte plejehjem, så de kan blive en naturlig del af den daglige praksis og ikke kun under de korte sessioner.

2.4.1.6 Anvendelse af dyr og robotdyr mv.

I denne del gennemgås oversigtsartikler og enkeltstudier, som har fokus på interventioner, hvor borgere med demens interagerer med dyr eller robotdyr. Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer behandler ikke interventioner om dyre-assisteret terapi eller anvendelse af robotdyr i forbindelse med forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske problemer hos borgere med demens.

I litteratursøgningen blev der fundet tre oversigtsartikler (Hu et al., 2018; Leng et al., 2019; Strom et al., 2016) med tilsammen 20 enkeltstudier, som undersøger om en intervention med brug af hunde (Hu et al., 2018; Strom et al., 2016) eller robotdyr (Leng et al., 2019; Strom et al., 2016), har effekt på adfærdsmæssige og psykologiske symptomer (BPSD) hos personer med en demensdiagnose. Der er to former for interaktion med dyr. Den ene form er en social interaktion mellem hund, hundeejer og borgerne med demens i enten gruppe- eller enkeltpersonssessioner (Hu et al., 2018; Strom et al., 2016), mens den anden form for intervention handler om at borgerne får lov til at interagere med et robotdyr, fx sælen PARO eller en kat (Leng et al., 2019; Strom et al., 2016). I litteratursøgningen blev der endvidere fundet seks enkeltstudier om anvendelse af dyr og robotdyr i interventioner hos borgere med en demensdiagnose, som bor på plejehjem (Demange et al., 2018; Friedmann et al., 2015; Joranson et al., 2015; Majic et al., 2013; Olsen et al., 2016; Tournier et al., 2017).

De tre oversigtsartikler finder, at der er en umiddelbar positiv effekt hos borgere med demens, når de interagerer med hunde eller robotdyr. To af de tre oversigtsartikler finder, at interventioner med kæledyrsrobotter har en positiv effekt på BPSD symptomer blandt personer med demens. Den tredje oversigtsartikel finder også, at dyre-assisteret terapi har en signifikant forbedring i livskvalitet, mens interventioner med robotdyr fører til et fald i agitation samt øget fornøjelse og interesse.

Der blev identificeret et enkelt studie, som undersøgte effekterne på plejepersonalet. Studiet, som blev gennemført på et enkelt plejehjem, fandt, at dyre-assisteret terapi har en positiv indvirkning på de neuropsykiatriske symptomer hos borgere med demens og derved en positiv indvirkning på stress hos plejepersonalet. Der er dog brug for flere studier som bekræfter dette fund inden man kan være mere sikre på denne sammenhæng.

2.4.1.7 Tilgange, der kombinerer flere interventioner

I denne del gennemgås oversigtsartikler og enkeltstudier, som evaluerer effekten af indsatser, som består af en kombination af flere tilgange. Det kan være en kombination af psykosociale interventioner og antipsykotisk medicin eller en kombination af forskellige psykosociale interventioner. I Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinje behandler psykosociale interventioner og farmakologiske interventioner hver for sig (Sundhedsstyrelsen, 2019b), så perspektivet med at kombinere disse, er nyt.

Der er fundet hhv. to oversigtsartikler (Collet et al., 2010; Pieper et al., 2013) og to enkeltstudier (Rajkumar et al., 2016; Aasmul et al., 2016), der alle beskæftiger sig med at kombinere forskellige interventioner.

Der bliver i de inkluderede studier hovedsageligt målt på udfald på plejehjemsbeboere, herunder smerte og udadreagerende adfærd, mens et enkelt studie måler på plejepersonalets oplevelse af stress. Interventioner med en integreret, multidisciplinær tilgang, som kombinerer medicinsk, psykiatrisk og almindelige pleje, kan have positive effekter på borgerne ift. udadreagerende adfærd. Ift. til smerte, bliver der fundet positive effekter på udadreagerende adfærd, hvis smertebehandlingen er individuelt tilpasset, hvis behandlingen foregår i kombination med en psykosocial intervention (som fx adfærdsterapi, musik, zoneterapi, motion og social interaktion) eller hvis behandlingen består af en kombination af flere forskellige psykosociale tilgange. Kun et enkelt studie måler på udfald for personalet, hvor der bliver fundet et signifikant fald i oplevelsen af stress blandt plejepersonalet i en intervention, hvor der er fokus på individuel smertebehandling. Dette kan indikere, at der er en indirekte forbindelse mellem individuel smertebehandling og reduceret oplevelse af stress blandt plejepersonalet, da det kan medføre en reduktion i adfærdsproblemer.

Dog udviser forfatterne bag de forskellige studier flere metodiske begrænsninger, bl.a. størrelsen på studierne og manglende kontrolgrupper i nogle af studierne til at understøtte resultaterne. De få antal af studier og de metodiske begrænsninger medvirker derfor til, at resultaterne bør læses med forsigtighed, da evidensen for effekterne er begrænsede.

2.4.2 Opsamling på litteraturen efter plejetilgang

Nedestående tabel præsenterer en oversigt over virkningerne for henholdsvis borgerne og medarbejderne ud fra interventionernes fokus.

Tabel 3: Samlet oversigt over virkningerne for henholdsvis borgerne og medarbejderne ud fra interventionernes fokus.

	Virkninger på borgerne	Virkninger på medarbejderne
Interventioner med fokus på plejepersonalets plejetilgang	Der er ikke fundet klare effekter, hverken positive eller negative, på udadreagerende adfærd eller neuropsykiatriske symptomer blandt borgerne.	Der er primært målt på stress, udbrændthed og jobtilfredshed. Der er fundet blandede resultater og derfor ingen klare tegn på, at interventionerne påvirker personalets trivsel.
Interventioner med fokus på aktiviteter og behandlinger	Der er fundet positive effekter på udadreagerende adfærd eller neuropsykiatriske symptomer) og trivsel (fx livskvalitet) hos borgerne.	Få enkeltstudier har fundet positive effekter, herunder oplevelse af mindre stress, øget motivation, energi og jobtilfredshed, bedre humør og bedre kommunikation med borgerne.
Kombinerede interventioner	Der er fundet tegn på positive effekter på udadreagerende adfærd.	Kun ét enkeltstudie målte udfald på personalet. Der blev fundet en positiv effekt på plejepersonalets stress.

3 DEL 2: AFDÆKNING AF PRAKSISERFARINGER OG BEST PRACTICE

I denne del af rapporten præsenteres viden fra både faglige og praksisorienterede eksperter og best-cases inden for hjemmeplejen, midlertidige tilbud og plejecentre.

Denne viden er mere praksisnær og supplerer dermed den nyeste viden fra forskningen, som blev præsenteret i den foregående del af rapporten. Eksperterne har ud over deres specifikke viden på et område typisk også en type viden, der gør, at de kan se mønstre og tendenser på området. Best-casene bidrager med en situeret og kontekstspecifik viden om gode løsninger og konkrete udfordringer i det daglige plejearbejde. Samlet giver denne del af rapporten en praksisnær viden fra en udelukkende dansk kontekst, som er central i forståelsen af, hvilke muligheder og udfordringer, der er i arbejdet med at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen.

3.1 Ekspertinterviews

I denne rapport er der inkluderet forskellige typer af viden med henblik på at kunne give så detaljeret et billede af problematikken vedrørende læring og håndtering af udadreagerende adfærd i ældreplejen som muligt. Denne del af rapporten bygger på udsagn fra faglige og praktiske eksperter inden for områderne: Demens/demensbehandling, arbejdsmiljø, forebyggelse af udadreagerende adfærd, den faglige og praktiske organisering af plejen, implementering af indsatser i plejesektoren. Ekspertviden er inkluderet i afdækningen, fordi eksperter ud over deres særlige specialiserede viden også ofte har en viden, der går på tværs af et felt eller område, som gør dem i stand til at se mønstre og tendenser, der sjældent eller endnu ikke er beskrevet i litteraturen.

3.1.1 Studiedesign og metode

Det har været ambitionen at inkludere både praksisorienterede eksperter og faglige eksperter i denne del af kortlægningen. I rekrutteringen har der været lagt vægt på at finde eksperter, som kunne belyse forskellige områder af problematikken vedr. håndtering og læring af udadreagerende adfærd i ældreplejen. Eksperternes viden supplerer således hinanden ved, at nogle fx ved meget om demens og behandling, nogle ved meget om forebyggelse af udadreagerende adfærd, nogle ved meget om implementering mv., hvorved eksperterne tilsammen kan være med til at give et detaljeret billede af problematikken og pege på mulige tilgange til håndtering og forebyggelse.

Denne del af rapporten bygger på udsagn fra otte eksperter (se bilag 2 for en oversigt over eksperterne). Eksperterne er udvalgt af forskere fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) med sparring fra Sundhedsstyrelsen. Dertil har Nationalt Videnscenter for Demens været behjælpelige med at finde relevante eksperter. Interviewene blev afholdt løbende over en måned, efterhånden som eksperterne blev rekrutteret. Der blev desuden anvendt en såkaldt snowball metode, hvor eksperterne blev bedt om at pege på andre relevante eksperter til kortlægningen, hvilket resulterede i, at yderligere to eksperter blev tilføjet til den oprindelige liste på seks personer.

Ekspertinterviewene blev alle afholdt som telefoninterviews af ca. 1 times varighed. Interviewene blev udført efter den samme semistrukturerede interviewguide (se bilag 3). Alle interviews er optaget med henblik på at kunne vende tilbage til specifikke udsagn, og der er taget noter til interviewet, som er renskrevet i en noteskabelon, der følger strukturen for interviewguiden. Materialet er efterfølgende kodet i det kvalitative datahåndteringsprogram Nvivo11. Interviewene er kodet, så alle eksperternes svar på hvert spørgsmål er lagt sammen. Herefter er svarene på hver spørgsmål analyseret og kodet i specifikke tematikker i en 'bottom-up' proces. Fremstillingen er inddelt i fire overordnede afsnit: 1) Årsagsforståelse af udadreagerende adfærd, 2) virksomme metoder til forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd, 3) opmærksomhedspunkter for implementering af virksomme metoder, og 4) fremtidige udfordringer og bud på løsninger. I sammenskrivningen fremhæves det ikke, hvilken ekspert en given udtalelse kommer fra. Udtalelserne gengives på et generaliseret niveau, fx "eksperter peger på...". Det fremgår alene, om det er en eller flere eksperter, der har peget på et område. Det er imidlertid vigtigt at holde sig for øje, at det ikke nødvendigvis er mindre relevant, fordi der blot er en enkelt ekspert, der peger på et emne, da det meget vel kan være et område, vedkommende har en særviden om.

3.1.2 Resultater

3.1.2.1 Årsagsforståelse af udadreagerende adfærd

I alle interviewene indgik spørgsmålet: "Hvorfor mener du, at udadreagerende adfærd opstår?". Dette spørgsmål er centralt, fordi måden at forstå problematikken på har stor betydning for løsningstilgangen. I interviewene var spørgsmålet derfor vigtigt for at kunne forstå interviewpersonens position og perspektiver, når vedkommende efterfølgende talte om, hvad der virker, og hvilke udfordringer der er på området. Følgende gennemgang er således ikke nødvendigvis en udtømmende liste over årsager, men det er vurderingen, at den repræsenterer de overordnede emner, eksperterne tilsammen peger på under interviewene.

Alle de eksperter, der er blevet interviewet, fremhæver, at ældre borgere og borgere med demens ikke i udgangspunktet er udadreagerende, men at der er nogle forhold og omstændigheder, der kan udløse udadreagerende adfærd, og disse forhold kan man derfor arbejde med i forebyggelsen af den udadreagerende adfærd. I interviewene var årsagerne til udadreagerende adfærd og hvad

man bør gøre for at forhindre det og håndtere det, således ofte flettet sammen i ét samlet blik på en problematik. For overblikket og strukturens skyld er der i denne fremstilling valgt at opdele det, så der først præsenteres en forståelse af problemet og derefter de virkemidler, der peges på.

3.1.2.2 Samspillet mellem borgere og personale

3.1.2.2.1 For lidt opmærksomhed på relationerne og samspillet

Ekspertene peger på vigtigheden af at se problematikken vedr. udadreagerende adfærd fra begge sider: Borgerens og medarbejderens. Der peges på, at den udadreagerende adfærd typisk opstår som et mismatch mellem borgeren og de omgivelser, der er. Man kan let komme til at fokusere på borgeren, påpeger eksperterne, men det er noget i omgivelserne, der giver den adfærd, som borgeren reagerer på. Derfor bør man ifølge mange af eksperterne se på *relationerne* og på *samspillet*. Der skal hverken være fokus udelukkende på borgeren eller udelukkende på medarbejderne. Man skal væk fra at se det som et skyldsspørgsmål og henimod at se på samspillet.

En ekspert opridses kort de to sider af problematikken ved at forklare, at på den ene side er der borgeren, og her handler det meget om borgerens tilstand og udfordringer, måske er man som borger ikke enig i, hvad der skal ske, man kan ikke leve op til kravene, der er for stort pres, som borgeren reagerer på, osv. På den anden side, forklarer eksperten, er der de ansattes, som ofte har travlt til først at kunne opbygge en ordentlig relation til borgeren. Eksperten forklarer, at man skal nå at udføre mange praktiske ting i plejen, og der er man måske fokuseret på at gøre de praktiske ting, og man får derfor ikke lige afstemt ens planer med borgeren eller får mærket efter, hvor borgeren er henne.

Eksperten forklarer videre, at det derudover også kan handle om udfordringer med kommunikation. Det er måske ikke alle medarbejdere, der taler sproget helt perfekt, eller borgeren har måske svært ved at høre. Det er et meget komplekst område, og der er mange årsager til, at den udadreagerende adfærd opstår. Det skyldes et sammenspil af mange faktorer og forhold, og det er derfor centralt at få kigget på det her sammenspil.

3.1.2.3 Personalet

3.1.2.3.1 Mangel på faglig viden

I forlængelse af ovenstående er det også vigtigt, at personalet har en stor faglig viden. En medvirkende eller udløsende faktor for, at udadreagerende adfærd opstår, kan være, når personalet ikke har den fornødne faglige viden om, hvad det vil sige at have demens, hvordan det udvikler sig gennem stadierne af let, moderat og svær demens, og hvordan pleje derfor skal tilpasses de forskellige faser i sygdomsudviklingen. Der peges på, at mangel på faglig viden om demens kan føre til følgende situationer:

- Personalet forsøger efter bedste evne og med gode intentioner at gøre de ting, som de gør med andre borgere, som ikke har demens, fx at inddrage borgerne med demens ved at

spørge dem, om de vil det ene eller det andet. Men afhængig af den kognitive svækkelse kan borgeren med demens muligvis ikke længere overskue disse valg, forventninger eller krav.

- Ved udadreagerende adfærd tillægger personalet borgerne med demens intentioner, som de ikke er i stand til at have (pga. manglende kognitive evner kan de fx ikke være udspekulerede eller planlægge 'numre'). Personalet henviser tit til det personlige domæne: Retfærdighed (det her vil vi ikke finde os i, alle skal kunne være her), og fralægger sig derved også ansvaret for at ændre på borgerens adfærd.
- Der kan være enkelte episoder, hvor en borger med demens fx har taget noget, der ikke tilhørte vedkommende, slået ud efter nogen eller er stukket af. En fare er, at disse situationer kan blive til narrativer om borgeren med demens, der bliver fortalt og genfortalt af personalet, og som kommer til at skabe angst og danne udgangspunkt for, hvordan plejepersonalet tolker de efterfølgende handlinger hos borgeren med demens.

3.1.2.4 Borgerne

3.1.2.4.1 Ubalance mellem færdigheder og krav

Ifølge en række af eksperterne opstår udadreagerende adfærd, fordi borgeren ikke kan honorere de krav, der stilles. Altså når der er en uoverensstemmelse mellem borgerens meget forskellige sammensætninger af mentale færdigheder (fx sprogforståelse og overblik), og de eksplicite såvel som implicite krav, der er fra omgivelserne. Det kan fx være, når personalet dækker op til frokost og lægger kniv og gaffel på bordet, selvom borgeren med demens ikke længere er i stand til at bruge bestikket i spisesituationen. I det tilfælde kan personalet fjerne et krav, som det kan være svært for borgeren med demens at honorere ved fx at vælge mad, som det er socialt acceptabelt at spise med fingrene.

De fleste eksperter pointerer, at mennesker i udgangspunktet er fredelige, og kun når de ikke kan finde ud af at reagere på andre måder – bliver magtesløse, bliver de udadreagerende. Der peges på, at den udadreagerende adfærd i denne sammenhæng ofte forekommer i forbindelse med personlig pleje eller spisesituationer, typisk fordi man vil noget med borgeren med demens, som vedkommende ikke forstår. Den udadreagerende adfærd kan også opstå i forbindelse med korrektion af adfærd, fx hvis borgeren med demens er gået et sted hen han/hun helst ikke skal, har taget noget han/hun ikke må eller lignende. Disse typer af situationer kan blive konfliktfyldte, hvis borgeren med demens ikke føler sig tryk eller ikke forstår, hvad der foregår.

Tilsvarende udfordringer forekommer, når den ældre borger eller borgeren med demens stadig er i eget hjem, og han/hun måske ikke kan overkomme kravene eller de rammer, der er i hjemmet. Borgeren med demens går måske ud, men kan ikke længere finde hjem, eller vedkommende går i gang med at slå græs, men kan ikke længere betjene græsslåmaskinen. Eksperterne peger på, at

som pårørende kan det være svært, fordi de hele tiden er nødt til at være "over" vedkommende, så de ikke kommer til skade eller der sker andre u hensigtsmæssige ting.

3.1.2.4.2 For meget eller for lidt stimuli

Den udadreagerende adfærd kan også opstå som en ubalance i aktivitetsniveau/stimuli, idet borgeren med demens enten kan være understimuleret eller blive overstimuleret. Da personer med demens ofte har nedsat koncentrationsevne, kan de blive stresset af for mange lyde og stimuli. Modsat kan udadreagerende adfærd også opstå, fordi en person keder sig eller mangler meningsfulde aktiviteter i hverdagen. Det bliver fremhævet af eksperterne, at det er vigtigt, at vedkommende har mulighed for at være en del af noget, og indgå i noget, der for den enkelte udgør meningsfulde aktiviteter.

3.1.2.4.3 Mislykket kommunikation

Udadreagerende adfærd opstår typisk også, når borgeren ikke forstår, hvad der foregår, eller når der er for mange indtryk eller krav, som ikke giver mening for vedkommende. Det kan være et udtryk for frustrationer, hvis borgeren fx føler sig misforstået eller ikke føler sig "set". Måske mangler borgeren evne til at udtrykke sig klart pga. kognitive funktionsnedsættelser. Det er vigtigt, at man som personale *viser* (fremfor blot at sige), hvad man vil, og ikke taler i lange sætninger. Det er også vigtigt, at personalet bruger deres faglighed til at forstå borgeren, og at de hjælper med at afkode, hvad det egentlig er, borgeren vil eller har brug for.

3.1.2.4.4 Fysiske sygdomme som belaster

Endeligt er det et vigtigt opmærksomhedspunkt, at uventet aggression eller anden udadreagerende adfærd kan opstå pga. en fysisk sygdom, som skal undersøges, så borgeren kan behandles for denne. Borgere med demens har ofte nedsat kommunikationsevne, hvilket kan gøre det svært at give udtryk for en smerte eller et ubehag de har. Her er det vigtigt, at det faglige personale, der kender til symptomerne, eller kan se/mærke en ændret adfærd hos borgeren, kan identificere og derved afhjælpe/behandle smerten eller ubehaget.

3.1.2.5 Virksomme metoder for forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd

3.1.2.5.1 Faglig tilgang

3.1.2.5.1.1 At skifte fra "effektiv tænkning" til "relationstænkning"

En udfordring kan være at få skiftet mentaliteten fra 'effektiv tænkning' til 'relationstænkning'. Mange medarbejdere i plejen vil have fokus på at få ordnet de praktiske gøremål og "husarbejdet" hurtigst muligt, så det bliver gjort og fx ikke ligger til ens kolleger i den kommende vagt. Men det er ikke altid et godt fokus for borgerne med demens, og det er ikke nødvendigvis mere effektivt; for når borgere med demens ikke aktiveres, begynder de måske "at lave rav i den" for sig selv eller

de andre. Derfor er det vigtigt, hvordan man går til opgaven, og hvad der prioriteres i hvilken rækkefølge.

3.1.2.5.2 Medarbejdernes fælles fagligt fokus er afgørende

Alle eksperterne fremhæver vigtigheden af, at plejepersonalet har et fagligt fokus og en faglig viden om, hvordan borgere med demens reagerer, så man kan håndtere dette på bedste vis. At have et fagligt fokus er med til at sikre, at ansvaret for at forebygge den udadreagerende adfærd bliver flyttet over mod personalet, så problematikken og løsningen kommer til at handle om en god faglig tilgang i stedet for måske at handle om borgere, "der skaber konflikt". Et fagligt fokus giver mulighed for at diskutere, hvad plejepersonalet kan gøre, med udgangspunkt i viden om demens. Derudover peges der på, at det er vigtigt, at man i personalegruppen har en fælles tilgang, dvs. at man er enige om, hvordan der skal reageres i de forskellige situationer.

3.1.2.5.3 Videns- og erfaringsdeling i personalegruppen

Flere eksperter peger også på vigtigheden af videns- og erfaringsdeling i personalegruppen. Tager man vigtigheden af det alvorligt, betyder det, at man skal indrette arbejdet sådan, at man har mulighed for faktisk at dele viden, understreger en ekspert og siger, "at i dag er der ikke mange muligheder for at snakke med en kollega", og vedkommende forklarer, at man nogle steder simpelthen har skåret det overlap i vagtplanerne væk, der gør, at medarbejderne kan nå at tale med hinanden. Eksperten peger på, at det handler om at gøre opgaven mere til en teamopgave og opbygge en kultur for, at vi deler det, der er svært med hinanden, og der er man nødt til at have mulighed for at kunne tale med hinanden.

3.1.2.5.4 Konkrete metoder

Inden for det faglige område nævner eksperterne en række konkrete værktøjer og metoder, som de mener er gode i forhold til forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd i ældreplejen. De er nævnt nedenfor:

- **Person-centered care**

Mange af eksperterne henviser til Tom Kitwood, der har dannet skole med tilgangen om 'person-centered care', hvor det er det enkelte menneske, der er i centrum for plejen, og som det derfor er vigtigt at have et godt kendskab til. Der henvises i den sammenhæng til vigtigheden af at have tid med borgeren, så man kan lære vedkommende at kende og betydningen af, at det er fast personale, der er omkring vedkommende og betydningen af god kontakt til pårørende, som kan give relevant viden om borgeren videre til personalet.

- **Dementia Care Mapping (DCM)**

'Dementia care mapping' er et vurderingsredskab udviklet af Tom Kitwood ud fra principperne om 'personlig pleje'. Metoden fokuserer på omsorgsrelationen mellem

personen med demens og personalet, og den bygger på en systematisk observation og registrering af samspillet (Nationalt Videnscenter for Demens, 2019b). Tilgangen beskrives af en ekspert som en god og lettilgængelig metode til at observere personen med demens og plejepersonalet og se, hvad deres behov/kompetencer er. Metoden beskrives blandt andet som god, fordi den giver en faglig tilgang, som personalet kan give hinanden feedback på.

- **Marte Meo**

Marte Meo betyder 'ved egen kraft' og er udviklet af hollænderen Maria Aarts. Metoden har været kendt i Danmark siden 1994 og bruges bredt på social- og børneområdet. Marte Meo er en videobaseret metode, hvor små sekvenser af dagligdags situationer optages med henblik på at se på samspillet mellem borger og medarbejder. Videooptagelserne analyseres med henblik på at få øje på borgerens ressourcer og det, der allerede fungerer godt i samspillet mellem borgeren og medarbejderen (Marte Meo Foreningen i Danmark). Metoden beskrives af eksperterne som god, fordi den også giver en faglig ramme for feedback blandt personalet. Men det understreges, at tilgangen er mere omfattende end mange andre konkrete metoder, idet det tager to år at uddanne sig i metoden. Derfor vil det som regel kun vil være en enkelt medarbejder på en arbejdsplads, der kan bruge metoden, hvilket gør den svær at implementere.

- **Low Arousal**

'Low Arousal' benævnes på dansk blandt andet som 'Rogivende Pædagogik' og 'Ikke konfronterende Pædagogik'. Det er en tilgang, der handler om at give medarbejderne kompetencer til at støtte borgeren i at ændre en udfordrende adfærd ved at undgå konfronterende situationer og ved at søge at opnå mindre grad af modstand hos borgeren. Tilgangen består i, at når medarbejderne ændrer deres adfærd over for borgeren, vil borgerne også ændre adfærd, hvorved man kan forebygge, at konflikter opstår (Socialstyrelsen). Metoden nævnes af en ekspert som én af flere tilgange, man kan arbejde med, men uden at der ligger den samme evidens bag tilgangen som fx ved Marte Meo tilgangen.

- **Årsagsanalyser**

Der findes forskellige måder at gennemføre årsagsanalyser af forløb, som man har brug for at gennemgå. Særligt fremhæves triagering, hvor borgerne inddeles i grøn, gul og rød alt efter deres adfærd. Personalet kigger typisk på, om der kan ligge en fysisk årsag til grund for en evt. ændret adfærd, fx blærebetændelse, bivirkninger fra noget nyt medicin eller lignende, der gør, at borgeren har det dårligt. Gennem årsagsanalyserne kan man også finde ud af, om borgeren fx har smerter, manglende ernæring eller lignende, der har forårsaget adfærden, og der er triagering, som en konkret måde at lave årsagsanalyser på, et rigtig

godt redskab, påpeger eksperter. Da mange borgere med demens også har mange andre sygdomme og lidelser, kan der ofte være noget andet fysisk galt, hvorfor årsagsanalyserne er vigtige. Årsagsanalyser kan være med til at sikre en systematik i det faglige arbejde.

- **Beboerkonferencer**

Beboerkonferencer er et forum, hvor personalet drøfter den enkelte borger, dennes tilstand og hvilke handleplaner, der evt. skal igangsættes. Beboerkonferencerne nævnes af nogle af eksperterne som en god måde systematisk at få fokus på fagligheden. Beboerkonferencer kan afholdes på forskellige måder fx ved, at personalet forud for konferencen har triageret borgerne efter en rød, gul og grøninddeling i forhold til en eventuel ændret adfærd. Borgere, der er vurderet til at være "røde" og "gule", kan derefter tages op på beboerkonferencen, hvor man drøfter vedkommendes situation, hører personalets overvejelser og laver specifikke handlingsplaner i forhold til borgeren. Beboerkonferencerne fremhæves som gode, fordi de giver en systematik og en struktur med tid til refleksion, hvilket er rigtigt godt, fordi det er med til at give et fagligt løft. Derudover peges der også på, at redskabet med at have handleplaner i sig selv er godt, da det giver et fokus på den enkelte borger og løbende kan tilpasses til borgerens aktuelle funktionsniveau.

- **Nænsom nødværge**

Nænsom nødværge er en tilgang, der tager udgangspunkt i, at man skal tale "reptilhjernens sprog" for at forebygge konflikter samt nedtrappe dem. Reptilhjernen er den del af hjernen, som reagerer ud fra instinkt og for at sikre overlevelse. Nænsom nødværge handler blandt andet om at sørge for, at den anden oplever at have kontrol over sit territorium. Fx er det vigtigt, når man nærmer sig en person, der potentielt kan udvise udadreagerende adfærd, at man viser, at man ikke er "en fjende" og fx ikke blokerer en "flugtvej". Det handler om at bruge så få kræfter som muligt og nærme sig borgeren med en afslappet muskulatur, fordi man derved bliver opfattet som mindre farlig. Det kan også handle om måden, man nærmer sig på, eller at man sørger for at være i øjenhøjde eller under øjenhøjde med vedkommende, så det signalerer ligeværd eller underdanighed (From, 2018). Tilgangen nævnes som én af flere faglige tilgange og som relevant viden at have for plejepersonalet i forhold til deres egen adfærd i plejen.

3.1.2.5.5 *Meningsfulde aktiviteter*

Flere af eksperterne fremhæver også vigtigheden af at have meningsfulde aktiviteter og betydningen af at foretage sig noget sammen med andre mennesker, så borgeren ikke keder sig. En ekspert peger på, at en god måde i praksis at skabe mere tid til relationsarbejde og undgå kedsomhed hos borgeren med demens, er ved at inddrage borgeren i det daglige arbejde. Fx har man nogle steder arrangeret plejen sådan, at personalet ikke kan få udleveret toiletartikler, hvis

ikke de har borgeren med hen til en "sæbeforretning" på plejecentret, som en medarbejder betjener. På den måde kan man kombinere reminiscensterapi og almindeligt relationsarbejde. Desuden peges der på betydningen af de små og nære ting i plejen som at have tid til at holde i hånden, *small-talk* mens der gøres rent, pege på billeder og tale om dem med borgeren osv. Det fremhæves som vigtigt at få plads til den slags aktiviteter i plejen.

3.1.2.6 Ledelsen

3.1.2.6.1.1 Ledelsen skal sikre den nødvendige faglige tilgang

Alle eksperterne peger på betydningen af lederen på det pågældende plejecenter, dagtilbud eller i hjemmeplejen, og de er enige om, at lederens rolle er afgørende for at sikre den nødvendige faglige tilgang, at sætte en faglig retning for plejen, og at skabe den fornødne tid og rummet til faglig refleksion.

Lederen har en central rolle i at understøtte medarbejderes arbejde og skabe ledelsesmæssig opbakning på tværs i huset i forhold til fx det konkrete demensfaglige arbejde. Derfor betyder kvaliteten af ledelse utroligt meget. Lederen rekrutteres ofte fra plejeområdet og opkvalificeres. Derfor er det vigtigt, at den opkvalificering, der sker, er god og bidrager til at klæde lederen på til det komplekse område, som det her faktisk er, hvilket understreges af mange af eksperterne. Der peges på, at lederen ikke nødvendigvis behøver at være den, der har den største demensfaglige viden, men at det i hvert fald er vigtigt, at lederen har en fagperson, som han/hun kan trække på. Det kan fx være, at man i problemfyldte situationer måske også kan trække den anden vej og sige: "her skal vi også passe på, at den borger ikke går hen og bliver isoleret, det er ikke den retning, vi vil have her på stedet", eksemplificerer en ekspert.

3.1.2.6.1.2 Refleksiv praksis

I den faglige ledelse er det vigtigt, at der er det, som nogle af eksperterne beskriver som en "refleksiv praksis", hvor man giver plads til at få en undersøgende faglighed frem. Det kan være ved løbende at se på, hvad der kan gøres anderledes i plejen generelt eller i konkrete situationer med bestemte borgere.

En ekspert peger på, at hvis man som leder ikke arbejder aktivt med en fælles faglig tilgang, så bliver "fagligheden" defineret andre steder fra. Så bliver det personlige holdninger til, fx om "må han godt gå der", eller om han skal være nede på stuen, der kommer til at styre praksissen og plejearbejdet. Tilgangen skal bygge på faglighed og ikke holdninger i personalegruppen, påpeger eksperthen. For at kunne oparbejde og vedligeholde en høj faglighed er det vigtigt, at lederen sætter tid og rum af til at arbejde med det refleksive. Det er også vigtigt, at lederen kan sætte en faglig retning; at lederen ved, hvilken vej han/hun vil, og at vedkommende er tydelig omkring det.

3.1.2.6.1.3 At sørge for ressourcer og tværfaglig samarbejde

At have ledelsesopbakning til den faglige tilgang, forklarer en ekspert, kan fx også handle om at sørge for, at der er ressourcer til at lære borgeren at kende, fx i hjemmeplejen. Det kan også være ved at sikre et godt tværfagligt samarbejde, fx mellem dem, der er udekørende og dem, der planlægger ruterne. Det kan fx bidrage til, at man måske kun har fire nye borgere i stedet for ti nye på en rute, så der faktisk er mulighed for at arbejde med relationen til borgerne. På den måde kan lederen på mange måder støtte op om det faglige arbejde i dagligdagen og i organiseringen af arbejdet.

3.1.2.6.1.4 At tage medarbejdernes oplevelser alvorligt og selv være rollemodel

Der peges også på, at det er vigtigt, at lederen kan sætte sig ind i medarbejdernes situation, fx hvis der er særlige problemer i aftenvagten, så må man gerne som leder møde ind i aftenvagten og se, hvad der sker, så man tager medarbejdernes oplevelser alvorligt.

En ekspert peger også på, at det er særlig vigtigt at være faglig stærk som leder i et felt, hvor de fleste lærer af at se adfærden hos en rollemodel (mesterlære), og derfor er det vigtigt, at lederen kan omsætte fagligheden til praksis og lære den fra sig. Der skal i plejeområderne være fokus på kerneopgaven, så alle beslutninger om alt fra arbejdsorganisering til indretning kan støtte op om kerneopgaven og en god plejetilgang, og at det er tydeligt, hvad man skal navigere efter.

Der peges også på, at fagligheden skal være noget, man arbejder med sammen som medarbejdere og ledere. Det skal ikke være sådan *ad hoc* ("når der opstår noget, så ser vi på det"). Der skal være en systematisk tilgang, og der har særligt lederen en rolle i at indføre og fastholde denne systematik.

3.1.2.6.1.5 At sætte tidligt ind med forebyggende indsatser

En ekspert peger på vigtigheden af, at lederne langt tidligere understøtter, at der sættes ind med forebyggende indsatser i forløb med udadreagerende adfærd. Når en situation først er gået i hårdknude eller har stået på meget længe, og man kommer ud for at hjælpe, så er det svært at løse situationen, fordi den allerede har kørt så længe. Der skal man arbejde med forebyggelse langt tidligere, understreger en ekspert.

3.1.2.7 Samarbejde

3.1.2.7.1 Samarbejdet er centralt

Et andet vigtigt aspekt, som flere eksperter peger på, handler om at gøre plejeopgaven til en teamopgave og opbygge en kultur for, at man deler det, der er svært med hinanden i personalegruppen og med ens leder. Her fremhæves igen en fælles faglighed som en vej til at give personalegruppen en tryghed til at kunne dele de svære ting og have et fælles sprog for at tale om det. Der peges derfor også på vigtigheden af, at man har en arbejdsgruppe, hvor der er en høj grad af

psykologisk sikkerhed (Edmondson, 1999) og social kapital (Borg & Andersen, 2017), da dette kan være med til at mindske, at man bliver (psykisk) overbelastet af arbejdet.

Der peges også på vigtigheden af at have en fælles definition af, hvad udadreagerende adfærd er, og at tale om det. En ekspert nævner, at der kan man måske godt i en personalegruppe have gået og troet, at "det var bare mig, der ikke kunne finde ud af det", og så er det lige en 'aha-oplevelse' at have det her forum, hvor man taler sammen og opdager "nå, det er ikke bare mig." En ekspert pointerer desuden, at problemer med udadreagerende adfærd ligesom stress, "rammer den enkelte, men skal løses i fællesskab".

3.1.2.7.2 Samarbejdet med pårørende

Under henvisning til 'person centered care' peger en ekspert på, at det i den personcentrerede pleje er vigtigt, at man ved noget om borgerens liv, at man kender borgerens livsforløb og kan tilrettelægge hverdagen, så den passer til den enkelte. I denne sammenhæng spiller de pårørende en vigtig rolle, og eksperten mener, at man rigtig mange steder er gode til at trække på de pårørendes viden og inddrage dem og at det er med til at forbedre plejearbejdet.

Selvom mange af eksperterne fremhæver, at samarbejdet med de pårørende generelt går godt, så er samarbejdet et vigtigt opmærksomhedspunkt, mener en ekspert. Plejepersonalet forsøger hele tiden at skabe en balance mellem omsorgsplikten og selvbestemmelsesretten, og der kan der godt opstå nogle udfordringer eller konflikter mellem plejepersonalet og de pårørende. De pårørende har måske svært ved at forstå, hvorfor borgeren fx ikke er kommet i bad, fordi de ikke kender den bagvedliggende grund. Det kan fx være, at borgeren ikke har ønsket at komme i bad og at plejepersonalet ikke har villet skabe en konflikt ud af det. Men det kan være svært for den pårørende at indse/forstå, og man bliver måske også bekymret for, om ens mor, far, mand eller kone, bliver plejet ordentligt. Så samarbejdet med de pårørende kan også skabe udfordringer, selvom det som oftest er godt. Der handler det for personalet ligeså meget om at lære at tænke bag om adfærden. Er der tale om en bekymret datter/søn/ægtefælle, bør man som personale tænke over, hvad man kan gøre for at støtte den pårørende i situationen, forklarer eksperten.

Andre eksperter nævner også vigtigheden af tilbud til de pårørende. Det er vigtigt at være opmærksom på, at det tit er rigtig svært for de pårørende. Eksperten peger på, at det kan være rigtig hårdt at være pårørende, fx hvis borgeren ikke kan være alene i hjemmet, og der egentlig er brug for tilbud og støtte til borgeren. Der er brug for støtte til både håndteringen og til at bearbejde den sorg, de pårørende står i. Så ligesom der er behov for gode og meningsfulde aktiviteter for borgeren, er det også vigtigt for de pårørende. De pårørende vil ofte stå i en meget svær situation, måske være i sorg, hvis en tæt på dem har fået demenssymptomer eller en lignende diagnose. Her er det vigtigt at kunne tilbyde aktiviteter, hvor man får hjælp til at håndtere det og får mulighed for at tale med andre i en lignende situation.

3.1.2.7.3 Demenskoordinatorer

Flere eksperter peger på, at de tværgående demenskoordinatorer, som er blevet ansat i mange af kommunerne, er en god ting. De har en større kompetence på området og en større viden, der gør, at de kan se sammenhænge, som det almindelige plejepersonale måske ikke kan se. Det kunne eksempelvis være, at borgeren ikke kan kommunikere, at han eller hun har smerter, og der har demenskoordinatoren den merviden, der skal til, så de kan se, at der er noget andet på spil end det, der umiddelbart virker som problemet.

3.1.2.7.4 Tværfaglige løsninger

I tråd med det ovenstående nævnes også betydningen af at finde tværfaglige løsninger. En række eksperter peger på, at forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd er et meget komplekst emne, der ikke er nogen let løsning på. Derfor handler det også om gode tværfaglige løsninger, fx både at kigge på kost, ernæring, pædagogik, musikterapi mv.

En ekspert pointerer i denne forbindelse, at det derfor er særligt vigtigt, at det interne arbejde i kollegagruppen fungerer. Det hjælper rigtig meget på et svært arbejdsmiljø, at man kan samarbejde om det, fremhæver en ekspert. Modsat kan en problematik internt i personalegruppen, fx i forhold til en konkret borger eller en faglig tilgang, fylde rigtig meget og tage fokus fra kerneopgaven.

3.1.2.8 Organisatoriske rammer

3.1.2.8.1 Indretning

Et element, som nogle af eksperterne peger på som vigtigt, er indretningen. Her er det både den fysiske og æstetiske måde, man har bygget og indrettet fx et plejecenter på, men det er også den organisering af plejen, som muliggøres gennem indretningen, der nævnes som vigtig.

Fx fortæller en af eksperterne, at det kan være beroligende for borgere med demens, at der er mulighed for at afskærme dem, fx en særlig mindre enhed på et stort plejecenter.

Der peges også på, at det betyder noget, at der er forskellige typer af overflader, man kan røre ved i indretningen. Dette kan være med til at give en simpel sansestimulering. Det betyder også noget, at der er mulighed for at høre musik et sted eller at der er billeder med store tydelige motiver af personer eller objekter, der betyder noget og evt. stadigvæk kan huskes af den enkelte.

Nogle af eksperterne henviser til de muligheder, der er for, at man gennem indretningen kan "aflede" borgeren med demens og derved undgår potentielle konfliktsituationer. Man kunne fx sætte folie for vinduer og spejle, hvis borgeren med demens ikke længere kan genkende sit eget spejlbillede. At man åbner miljøet ud mod en lukket gårdhave, hvor borgeren med demens ikke kan blive væk, eller "nudge" på den måde, at alle døre og udgange, som borgeren med svær

demens helst ikke skal gå ud af ikke er meget synlige, fx ved at male døre og dørkarme til køkkenet eller skyllerummet hvide, så det går i ét med væggene. Det kan også være, at man ikke har en hovedindgang, hvor døren står åben eller åbner automatisk, men til gengæld maler døre til stue eller døren ud til en skærmet have i farver, så man let finder de områder, hvor man uproblematisk kan gå hen. Flere eksperter pointerer, at det er centralt i det hele taget at tænke over at indrette omgivelserne, så borgerne med demens hjælpes til primært at være i omgivelser, som de kan overskue.

3.1.2.8.2 Arbejdsmiljøområdet

På arbejdsmiljøområdet peges der på den faglige tilgang som vigtig for en god håndtering, fordi meget af forebyggelsen ligger i, at man har de fornødne faglige kvalifikationer og at man har redskaber til at håndtere egne følelsesmæssige reaktioner. Men der peges også på mere klassiske arbejdsmiljøtilgange, såsom vigtigheden af at have en systematisk tilgang til forebyggelse i organisationen, betydning af overlevering mellem vagtlag, introduktion af nye medarbejdere og vikarer/elever.

Det fremhæves af en ekspert, at det er helt centralt at lave det rette match mellem den udadreagerende adfærd og den konkrete forebyggelse, så man fx ikke får eskaleret forebyggelsestiltagene, hvis det er en mindre ting, eller omvendt måske ikke får taget hånd om en alvorlig sag med de rette forebyggende tiltag. Det handler om balancen mellem, hvad der er sket og hvilke tiltag, der bliver igangsat/iværksat.

Der er imidlertid ikke enighed blandt eksperterne om brug af risikohåndteringsværktøjer. En ekspert påpeger, at det er vigtigt at bruge risikovurderingsværktøjer systematisk og at det er vigtigt, at man systematisk håndterer det, hvis en borger flytter sig på en score for høj risiko for udadreagerende adfærd. En anden ekspert fraråder derimod brug af risikohåndteringsværktøjer, fordi det også kan være med til at understøtte narrativer om, at borgeren er farlig forud for interaktionen med vedkommende, hvilket eksperten mener er et dårligt udgangspunkt for handling, og gør det mindre tydeligt, at ansvaret for at skabe ændringer ligger hos plejepersonalet.

3.1.2.9 Opmærksomhedspunkter for implementering af virksomme metoder

I det nedenstående fremhæver eksperter forskellige forhold i ældreplejen som er vigtige at have for øje i forhold til implementeringer samt hvilke barrierer, der kan være for implementeringen. Disse beskrives i det følgende. De er inddelt i organisatoriske, faglige og kulturelle barrierer. Drøftelsen af barrierer tages op igen i sidste del af rapporten, som afsluttes med en sammenfatning af konkrete forslag til fokusområder i forbindelse med at øge fokus på voldsforebyggelse på arbejdspladserne samt give bedre rammer for implementering og spredning af tiltag

3.1.2.9.1 Organisatoriske barrierer

3.1.2.9.1.1 Tid nok

En ekspert peger på, at tidsplanlægning, som den fx anvendes i hjemmeplejen som et organisatorisk princip, betyder, at det bliver sværere at håndtere afvigelser, fx hvis en borger reagerer anderledes end forventet. Det er måske den afvigelse der gør, at hele programmet vælter, forklarer eksperten.

Der peges på, at dét at have tid nok er vigtigt i forhold til forebyggelse af udadreagerende adfærd, fordi det tager lang tid at opbygge relationer, og hvis man har travlt eller arbejder efter et tidsskema, kan det være en udfordring for det faglige arbejde, man har mulighed for at lave, og det kan være med til at skabe nogle udfordringer.

3.1.2.9.2 Faglige barrierer

3.1.2.9.2.1 Ufaglært personale

Flere eksperter nævner, at ældreplejen er et område, der kræver meget viden og kendskab til borgerne for at kunne håndtere udfordringerne. Derfor kan det også være et problem med de mange ufaglærte, der er i branchen. Der er eksempelvis mange unge mennesker, der måske er i hjemmeplejen/på plejecentre i deres studietid el.lign., men det er vigtigt, at den rigtige viden er til stede, og derfor er det faglærte personale vigtigt. En ekspert peger derfor også på, at en af hovedudfordringerne i forhold til implementering af faglige tilgange til forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd i ældreplejen, er stor udskiftning og ufaglært personale. For det har betydning for alle, når der møder en medarbejder på arbejde, man ikke kender – for hvor meget kan den nye eller ufaglærte medarbejder regne med at blive støttet af kollegaerne, og hvor meget kan den erfarne medarbejder, der skal arbejde sammen med de nye, regne med at blive støttet og hjulpet, hvis der opstår noget?

3.1.2.9.3 Udfordringer med at få fagligheden i spil

En ekspert peger på, at der nogle steder er en mangel på faglighed og på faglig ledelse på fx plejecentrene. Det kan betyde, at selv steder, hvor der er personale, der har en faglig viden om demens, så kommer den viden ikke nødvendigvis i spil, fordi stærke gruppedynamikker trækker en anden vej. Eksperten nævner, at der mange steder er stærke uformelle ledere, der sætter normen for, hvordan man bør udføre plejearbejdet, og fordi medarbejderne generelt har et behov for at høre til og være en del af fællesskabet, kan det betyde, at man ignorerer den viden, man ellers har om demens og følger de normer, der giver adgang til det sociale fællesskab. Derfor er det også rigtig godt, mener eksperten, at man inden for de seneste år har forsøgt at gøre noget ved det, ved at have ressourcepersoner for fx demensviden på plejecentre. Men det løser ikke nødvendigvis den problematik, hvor man kan ligge under for nogle gruppedynamikker på en konkret arbejdsplads. Her fremhæves vigtigheden af, at ledelsesmandatet er tæt knyttet til personalet med en stor faglig viden, så de kan være med til at understøtte den faglige tilgang.

Eksperten mener, at der er mange ledere, som ikke er fagligt klædt på til at kunne sætte en retning i og for plejearbejdet og at de kommer til kort, når der står en stærk medarbejdergruppe med nogle uformelle ledere (og måske pårørende), der siger: "det her vil vi ikke finde os i". Ofte bliver en løsning så at sige: "lad os snakke om det", men det, der måske i virkeligheden er behov for, er, at de bringer en faglighed ind og foreslår løsninger på problematikkerne med udadreagerende adfærd. De mangler simpelthen en faglig ballast til at kunne reflektere over egen praksis og foreslå løsninger.

En ekspert peger på, at det er vigtigt at have en god kultur på en arbejdsplads med respekt for hinanden og hvor man taler pænt til hinanden, fordi det smitter af på borgerne i ældreplejen, ligesom det modsatte er tilfældet, hvor man ikke har en positiv arbejdspladskultur.

3.1.2.9.4 Kulturelle barrierer

3.1.2.9.4.1 Medicineringskultur

En ekspert peger på, at der kan være en tendens til et overforbrug af beroligende medicin for at behandle borgere med demens, der udviser udadreagerende adfærd. Problemet med denne type overmedicinering er, at antipsykotisk medicin muligvis øger antallet af alvorlige bivirkninger og mortalitet (Sundhedsstyrelsen, 2019b). Eksperten henviser til rapporten fra Sundhedsstyrelsen fra 2019 om "Brug af hyppigt anvendte lægemidler ved demens", hvor der opfordres til, at patientcentreret tilgang så vidt muligt skal anvendes frem for medicin. I selve rapporten gøres der opmærksom på, at et af de tre nationale mål på demensområdet er, at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt personer med demens med 50 % frem mod år 2025 ved en forbedret pleje- og behandlingsindsats (Sundheds- og ældreministeriet, 2017). Eksperten fremhæver, at anvendelsen af antipsykotiske medicin skal overvejes grundig, og kun skal komme i betragtning efter at andre løsninger har vist sig ikke at føre til en forbedring af den udadreagerende adfærd. Derudover kan der være en lille gruppe borgere med demens, som udviser umotiveret udadreagerende adfærd, hvor man ikke kan finde et mønster, og dermed ikke kan forebygge det. Her kan det give mening at give medicin, men ellers anbefaler eksperten, at der skal arbejdes med en mere socialpædagogisk tilgang. Eksperten gør opmærksom på, at der er store regionale og kommunale forskelle i brug af antipsykotisk medicin, og at disse forskelle giver anledning til at blive mere enige om, i hvilke tilfælde de skal gives. Eksperten antager, at forbruget i mange tilfælde kan mindskes ved inddragelse af en mere personcentreret plejetilgang.

3.1.2.10 Fremtidige udfordringer og bud på løsninger

Ekspertene blev også spurgt om, hvordan de ser de fremtidige udfordringer på området. I det følgende er eksperternes bud på dette samlet i overordnede tematikker. Afsnittet afrundes med konkrete forslag fra eksperterne.

3.1.2.10.1 Udfordringer i forbindelse med den demografiske udvikling

Ekspertene peger stort set alle sammen på, at der bliver flere og flere ældre borgere i Danmark i de kommende år, og at den forventede levealder stiger. Det betyder, at der fremover vil komme flere, der har demensproblematikker, og flere som forventes at have flere og mere komplekse helbredsproblematikker.

Hvis man bibeholder det samme antal pladser på plejecentrene som hidtil, betyder det, at en større andel af de ældre borgere, der vil blive indskrevet på plejecentre, vil være dårligere, end det er tilfældet i dag, hvor det ofte er mellem 60-80 procent, der har demenslignende symptomer.

Tilsvarende vil der også komme flere borgere, som er dårligt fungerende og med dårligt helbred, som vil være længere i eget hjem. Tilpasningen til og håndteringen af disse forhold er de helt store udfordringer for ældreområdet i fremtiden, mener eksperterne.

Det bliver desuden fremhævet, at en generel udfordring på området er, at målgruppen hele tiden ændrer sig, idet der kommer nye typer sygdomme, som giver demens, og gruppen af ældre borgere vokser. Der er altså behov for løbende tilpasninger og justeringer på ældreområdet, så man følger med denne udvikling.

3.1.2.10.2 Alenearbejde

Der peges også specifikt på alenearbejde som en potentiel udfordring, hvor det er vigtigt at sætte ind med en tidlig indsats. Eksperten forklarer, at der er meget alenearbejde i hjemmeplejen, og der kan det være sårbart at skulle ud til en borger, hvor der er en problematik med udadreagerende adfærd. Nogle gange skal man være to til at klare nogle opgaver i plejen, men det er måske ikke sikkert, at man kan være to, eller har forudset, at man skal være to, det kan godt være sårbart at stå i den situation som personale, og derfor er det vigtigt så vidt muligt at foregribe udviklingen i omfanget af personer med demens med gode arbejds- og håndteringsredskaber, sådan at man fx har et system til at vurdere, om det er mest hensigtsmæssigt at sende mere end én medarbejder ud til en konkret borger, der kan udvise udadreagerende adfærd.

3.1.2.10.3 Store krav til personalet

En ekspert peger også på, at der i dag er store krav til personalet. Der er mini-hospitaler i dag ude på plejecentrene, pointerer eksperten og nævner, at plejepersonalet løser nogle opgaver i dag, som førhen ville have udløst en indlæggelse af borgeren. Derfor er det vigtigt, at personalet føler sig ordentlig klædt på, og at der faktisk er tid til at løfte opgaverne, mener eksperten.

3.1.2.10.4 Uddannelse

Dét, som de fleste eksperter peger på for at kunne imødekomme de nuværende og fremtidige udfordringer, er at se på uddannelserne. Her menes der både SOSU-hjælperuddannelsen, SOSU-assistentuddannelsen og den uddannelse, ledere på ældreområdet får. Der skal stilles

spørgsmålstegn ved: "Er der nok viden om demens? Og får man overordnet de kompetencer, der er brug for ude i plejen?", mener en ekspert. Størstedelen af eksperterne peger specifikt på, at det er vigtigt, at der generelt sker et løft på uddannelserne i form af en styrkelse af den socialfaglige tilgang og ved, at man på uddannelsen lærer mere konkret om demens.

3.1.2.10.5 Højne fagligheden på arbejdspladserne

I tråd med ovenstående punkt peges der også på vigtigheden af kurser, som kan være med til at løfte fagligheden hos det personale, som allerede arbejder i ældreplejen, og vigtigheden af at højne den eksisterende faglighed i dagligdagen på arbejdspladserne. Eksperterne peger fx på at det er vigtigt, at der løbende er faglige drøftelser blandt personalet og på vigtigheden af at sætte tid og rum af til den faglige refleksion.

En anden ekspert mener, at det er vigtigt, at man begynder at tænke læring anderledes, når man skal arbejde med at øge fagligheden. Der kan ofte være en tendens til at tænke, at bare man giver nogen et kursus, så er alt godt. Men hvad så når man kommer tilbage på arbejdspladsen? Hvordan er det så, man bruger det, man har lært? I stedet, mener eksperten, bør man tænke i en aktionslæringstilgang, hvor man er ude på arbejdspladserne og også inkluderer lederen. På den måde kommer læringen også til at handle om organisering, og på den måde ved alle, at når en bestemt situation opstår, så har vi den model, som alle kender. Det er vigtigt, at man med læring faktisk får hjulpet medarbejderne med praksis, med organiseringen og med, hvordan de får brugt den viden, de har fået.

3.1.2.10.6 Anerkendelse af fagligheden

En ekspert peger på, at det er centralt, at plejen bliver anerkendt som en særlig faglighed. Eksperten forklarer, at det kan være en udfordring, at "person-centeret pleje" (personcentreret pleje) er blevet et udvandet begreb. Det er noget alle siger de gør ude på plejecentrene, men det kan være svært at udøve god pleje i praksis. Eksperten påpeger, at det er vanskeligt at arbejde professionelt med plejetilgangen, hvis alle mener, at de i forvejen gør det, men reelt måske ikke har den fornødne faglighed.

3.1.2.10.7 Samarbejde med parterne

En ekspert peger på, at der tidligere har været gode erfaringer med at invitere parterne (kommuner, regioner, FOA mfl.) til workshops, hvor man sammen udviklede gode fremtidige løsninger, som alle kunne bakke op om. Eksperten foreslår en sådan fremtidsworkshop, hvor parterne sammen kan komme frem til gode løsninger i forhold til de forestående problematikker på ældreområdet.

3.1.2.10.8 Samarbejde mellem plejehjemmene og psykiatri

En ekspert påpeger, at samarbejdet mellem hjemmeplejen og psykiatrien er organiseret meget forskelligt i forskellige regioner i forhold til hvem, der har det overordnede behandlingsansvar.

Når borgere med demens udviser udadreagerende adfærd, er det tit gerontopsykiatrien, som tager sig af dem. Generelt, påpeger eksperterne, er der dog en mangel på psykiatere i Danmark, og det har også ført til, at det er svært at rekruttere psykiaterne til gerontopsykiatrien. Eksperten fortæller, at for 10-15 år siden var gerontopsykiatrien meget stærkere i Danmark, også med en stærk forskningstradition, men nu går mange af disse psykiatere på pension.

3.1.2.10.9 Sagsgangene i kommunen

En ekspert nævner, at man kan arbejde mere med sagsgangene i det kommunale. Der peges på, at det er godt, hvis man i god tid kommer ind omkring familien, fx hvis man allerede tidligt i fx et demensforløb kan få en snak med borgeren om, hvor vedkommende kunne tænke sig at bo, når tiden kommer til at flytte. Det ville også være en hjælp, mener eksperterne, hvis der var en større tydelighed omkring det, når man skal søge om fx en plejebolig, hjælp i hjemmet, aflastning eller kommunalt. Man er jo tit i en krisesituation som pårørende, hvis ens ægtefælle/forælder osv. er blevet så dårlig, at de må flytte på et plejecenter og der kan man gøre meget for at støtte op omkring den pårørende ved at lette og overskueliggøre de her processer.

3.1.2.10.10 Fokus på arkitekturen

Det er centralt at bygge plejeboliger, som understøtter den faglige tilgang og demensplejen.

3.1.2.10.11 Behov for anvendt forskning

Et par af eksperterne fremhæver, at der er behov for mere forskning inden for det psykosociale og socialfaglige område, så man kan vise, at det virker. Altså at der er belæg for effekten af nogle af de socialfaglige tilgange, som vinder meget frem i øjeblikket. Det fremhæves, at det er praksisrettet forskning, der er behov for, hvor man afprøver tilgange i den specifikke kontekst. Der efterspørges også forskning i, hvilke aktiviteter, der er gode for borgere med demens, så det er muligt at bygge på dette i ældreplejen.

3.1.3 Sammenfatning

Hvorfor opstår udadreagerende adfærd: Eksperterne er enige om, at der er komplekse årsager til at udadreagerende adfærd opstår. I årsagsforståelsen understreger de fleste eksperter, at det er vigtigt at se på samspillet mellem borgeren og personalet samt de omgivelser borgeren er i. Eksperterne peger på, at udadreagerende adfærd kan opstå som resultat af krav som borgeren ikke kan honorere, pga. over- eller understimulering, kommunikationsudfordringer mellem borgeren og personalet eller fysiske forhold som smerter eller øvrige sygdomme.

Virksomme metoder: Der er også stor enighed blandt eksperterne om, at det faglige fokus er afgørende for forebyggelsen og håndteringen af den udadreagerende adfærd. Der henvises til betydning af en fælles tilgang blandt personalet, og at lederen har en høj faglig viden og kan sætte en retning for det faglige arbejde. Derudover peges der på, at det er vigtigt at have et godt

samarbejde med de pårørende og trække på deres viden om borgeren i plejearbejdet. Det fremhæves, at borgeren kan indgå i aktiviteter, der er meningsfulde for den enkelte. Eksperterne understreger også arkitekturens og indretningens rolle i forhold til at skabe gode plejemiljøer, og som redskaber til at "nudge" borgeren mod sikre og overskuelige opholdsområder. Ifølge en ekspert burde medicinering kun spille en mindre rolle i forebyggelse af udadreagerende adfærd, mens der burde være meget mere fokus på socialfaglige løsninger. En række eksperter peger på vigtigheden af et godt tværfagligt samarbejde som forudsætning for, at man tænker hele vejen rundt om en evt. problematik. Det fremhæves desuden at sætte tidligt ind i forhold til konkrete problematikker med udadreagerende adfærd, så en situation ikke går i hårdknude.

Implementering: Her peges der på organisatoriske barrierer i form af tidsrammen, der kan være en udfordring i forhold til relationsarbejdet, og hvis der pludselig opstår en situation, som det tager tid at håndtere. Der peges også på faglige barrierer idet der ikke alle steder er den fornødne viden til stede i personalegruppen, herunder fordi der måske bruges ufaglærte vikarer. Der peges også på, at stærke holdninger til plejetilgangen i personalegruppen kan være en udfordring i forhold til at stå fast på fagligheden i hverdagen. Endelig peges der på kulturelle barrierer, hvor en holdning til medicin som løsningen på udadreagerende adfærd, kan komme til at stå i vejen for andre typer tilgange, og det understreges, at det er centralt i første omgang at afprøve andre løsninger end medicin.

Fremtidige udfordringer: Alle eksperterne peger på, at der fremover bliver flere ældre borgere som forventes at have flere sygdomsproblematikker både mens de er i eget hjem og på plejecentrene. Mange eksperter understreger, at det er centralt at ressourcerne følger med, når gruppen af ældre borgere vokser og problematikkerne bliver mere komplekse, og at medarbejdere og ledere bliver fagligt klædt på til de kommende udfordringer. På arbejdsmiljøområdet peges der specifikt på alenearbejde i hjemmeplejen som et område, hvor det er centralt at sætte ind med forebyggende tiltag. I forhold til plejecentre fremhæver eksperterne, at arkitekturen og indretningen i fremtiden i højere grad skal understøtte det faglige arbejde. Desuden fremhæves det, at det i stigende grad er vigtigt at have klare sagsgange i kommunerne og gode tværsektorielle samarbejder. På baggrund af den centrale betydning af det faglige arbejde i håndteringen og forebyggelsen af udadreagerende adfærd, henviser eksperterne til, at der er brug for at opkvalificere uddannelserne på ældreområdet og sikre, at ikke kun plejepersonalet men også lederne har de relevante kompetencer.

Tabel 4. er en skematisk oversigt over de centrale pointer i sammenfatningen

Årsagsforståelse	<ul style="list-style-type: none"> - Sammenspil mellem borger og personale - Honorering af krav - Over- eller understimulering - Kommunikationsudfordringer mellem borger og personale - Fysiske forhold som smerter eller øvrige sygdomme
Virkemidler	<ul style="list-style-type: none"> - Fælles faglig tilgang blandt personalet - Leder med høj faglig viden, som kan sætte retning for det faglige arbejde - Et godt samarbejde med pårørende og trække på deres viden om borgeren - Meningsfulde aktiviteter - Arkitektur og indretning - Nudging - Socialfaglige løsninger frem for medicinering - Et godt tværfagligt samarbejde - Tidlig indsats
Barrierer for implementering	<ul style="list-style-type: none"> - Tid - Faglige barrierer (fx brugen af ufaglært personale) - Eksisterende holdninger blandt personalet - Kulturelle barrierer (fx ift. medicin som løsning på udadreagerende adfærd)
Fremtidige udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> - Flere ældre borgere, flere sygdomsproblematikker - Alenearbejde - Arkitekturen og indretningen skal i større grad understøtte det faglige arbejde - At have klare sagsgange i kommunerne - At have gode tværsektorielle samarbejder (fx plejehjem og psykiatri) - Brug for at opkvalificere uddannelserne på ældreområdet, så både plejepersonalet og lederne har de relevante kompetencer

3.2 Best-case

I denne del af rapporten er der inkluderet viden om, hvad der virker i forhold til forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd på danske plejecentre, midlertidige ophold og i hjemmeplejen. Det har været ønsket at indsamle viden fra best-cases, for at få indsigt i, hvad der allerede fungerer godt i praksis i ældreplejen, og i forhold til at kunne videregive viden om eventuelle udfordringer, som det er relevant at tage højde for i forhold til arbejdet med at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd.

3.2.1 Studiedesign og metode

3.2.1.1 Rekruttering af cases

Der findes ikke en egentlig standard for, hvad der kan siges at være en "best-case" inden for de tre ældreplejeområder; plejecentre, midlertidige ophold og hjemmeplejen. De cases, der indgår i denne rapport, er i stedet udvalgt fra en bruttoliste af 12 arbejdspladser inden for ældreplejeområdet, som er udarbejdet på baggrund af ekspertinterviews samt Sundhedsstyrelsens egne anbefalinger. Vi har således ikke defineret, hvad "best practice" omfatter i ældreplejen, og det bygger ikke på evidensbaserede praksiserfaringer. I stedet har vi ladet eksperter på området udvælge arbejdspladser, som de opfatter som værende gode cases at lære fra. Forskningsgruppen fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø har udarbejdet en prioriteret liste af inklusionskriterier, som fremgår af boksen nedenfor, og denne blev anvendt under selve rekrutteringsprocessen.

Prioriteret liste af inklusionskriterier for best-cases:

- A) Introduktion af særlig tilgang/metode eller målrettet arbejde med borgere, der udviser udadreagerende adfærd
- B) Maksimal variation i organiseringsformer inden for ældrepleje, og vi søger derfor at inkludere cases inden for; midlertidige ophold, hjemmepleje og plejecentre (mindst et med særligt fokus på borgere med demens)
- C) Vi udvælger efter størst mulig variation i introducerede metoder i casene
- D) Vi inkluderer så vidt muligt arbejdspladser, der har gennemgået *en udvikling* i trivsel blandt både medarbejdere og borgere. Dette vurderes af en eller flere eksperter på området, og ikke kun af institutionen selv

Rekrutteringen foregik således, at vi startede med at udvælge to arbejdspladser inden for henholdsvis hjemmepleje, midlertidige ophold og plejecentre med udgangspunkt i prioriteringslisten. Plejecentre var overrepræsenteret på listen over best-cases. Hvis nogle takkede nej til at indgå i kortlægningen, udvalgte vi på ny en arbejdsplads inden for de givne plejeområde. Der er blevet sendt en rekrutteringsmail til den pågældende kommune, hvor plejeenheden ligger, samt en mail til lederen af den specifikke plejeenhed, der indeholdt en beskrivelse af projektet og kortlægningen. Kun en enkelt arbejdsplads takkede nej til at være med i kortlægning, resten af de adspurgte takkede ja. Vi stoppede rekrutteringen, da vi havde de på forhånd aftalte cases. Det er således vigtigt at understrege at kortlægningen ikke repræsenterer et udtømmende datamateriale over, hvad god praksis er for forebyggelse, håndtering og læring af udadreagerende adfærd i ældreplejen, men giver indblik i viden fra udvalgte gode cases.

Tabel 5: Oversigt over case-besøg.

Plejeområde	Antal cases	Karakteristika	Case-besøg
Hjemmepleje	2	En lille kommune	Case-besøg 1
		En mellemstor kommune	Case-besøg 2
Midlertidige ophold	5	Rehabilitering i en hjemmepleje	Case-besøg 2
		Gæsteboliger (særligt rettet mod demens)	Case-besøg 3
		Dagcenter (særlig rettet mod demens)	Case-besøg 3
		Dagcentre med blandede tilbud	Case-besøg 4 og 5
Plejecentre	4	Særligt rettet mod demens	Case-besøg 3
		Blandede tilbud	Case-besøg 4, 5 og 6

3.2.1.2 Dataindsamling og metode

Kortlægningen bygger på rundvisning på hvert af de seks cases samt interview med ledere, arbejdsmiljørepræsentanter, og faglige ressourcepersoner (fx demensvejledere ol.).

Interviews og observationer er udført over seks dage af tre medarbejdere fra forskningsgruppen, der besøgte de udvalgte cases parvis. De seks cases var geografisk spredt over hele landet, og vi har således besøgt to cases i Jylland, en case på Fyn og tre cases på Sjælland.

Metodisk har vi lagt op til, at interviewet med lederen og arbejdsmiljørepræsentanten blev afholdt som et fokusgruppeinterview af to timers varighed, mens interviewet med den faglige ressourceperson blev afholdt som et individuelt interview af en times varighed, dette blev fulgt så vidt det var muligt ude på arbejdspladserne. Formålet var i fokusgruppeinterviewet med leder og arbejdsmiljørepræsentant at få viden om organiseringen, arbejdsmiljøforhold og læring og håndtering af hændelser på arbejdspladsen, mens formålet med den faglige ressourceperson var at få en indsigt i den mere plejefaglige forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd.

Vi har i alt interviewet 20 personer, herunder 10 ledere, 3 arbejdsmiljørepræsentanter og 7 ressourcepersoner. Der er udført 9 enkeltinterviews og 4 fokusgruppeinterviews. For hver case med undtagelse af en hjemmepleje, hvor interviews blev udført på et kommunalt kontor, er der

desuden udført feltobservationer, idet besøgene begyndte med en rundvisning. Dette var for at få indsigt i plejetilgangen på stedet, arbejdsmiljøforhold og den specifikke kontekst netop på den pågældende arbejdsplads, hvilket var et godt udgangspunkt for de efterfølgende interviews. Rundvisningen havde typisk en varighed af en time.

Tabel 6: Oversigt over dataindsamlingen for de seks best-cases.

Case 1	Kommunal hjemmepleje i mindre kommune Fokusgruppeinterview: en leder af hjemmeplejen, en leder af sygeplejen, en leder af SOSU-vikarkorpset, en ressourceperson (demenskonsulent) Interview: en kommunal sundheds- og omsorgschef
Case 2	Kommunal hjemmepleje i større kommune med særligt psykiatrisk team tilknyttet samt forsøgsordning med demensteam Feltobservation: rundvisning Fokusgruppeinterview: to distriktsledere, en arbejdsmiljørepræsentant Fokusgruppeinterview: to ressourcepersoner fra psykiatrisk team
Case 3	Pleje- og aktivitetscenter særligt for borgere med demens samt midlertidigt ophold Feltobservation: rundvisning Interview: en leder Interview: en arbejdsmiljørepræsentant Interview: en ressourceperson
Case 4	Plejecenter med dag- og træningscenter Feltobservation: rundvisning Interview: en leder af plejecenter Interview: en ressourceperson (demensvejleder)
Case 5	Plejecenter med særligt skærmet afsnit for borgere med svær demens Feltobservation: rundvisning Fokusgruppeinterview: en leder af plejecenter og en arbejdsmiljørepræsentant/ressourceperson (underviser i Nænsom Nødværge) Interview: en ressourceperson (demensvejleder og Marte Meo terapeut)
Case 6	Pleje- og dagcenter Feltobservation: rundvisning Interview: en dagcenterleder/souschef Interview: en ressourceperson (demensvejleder)

Alle 20 interviews havde en semistruktureret tilgang, hvor vi tog afsæt i en interviewguide, der fokuserede på den praksisnære forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd i plejearbejdet. Interviewene blev tilpasset de enkelte personer og deres specifikke erfaringer. Der blev taget feltnoter og interviewnoter under besøgene og alle samtaler er blevet optaget på bånd, så det var muligt at vende tilbage til specifikke beskrivelser og udsagn.

Med afsæt i datamaterialet er der for hvert området identificeret centrale temaer for forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd, som enten er meget fremtrædende i den pågældende plejeenhed eller som går på tværs af et område. Materialet er præsenteret som overordnede teamtikker med konkret case-specifikke eksempler til at underbygge eller illustrere det pågældende område.

Hvert område introduceres med et kort resumé, beskriver casene og oplevelsen af udadreagerende adfærd i det pågældende område. Herefter gennemgås de konkrete teamtikker, der er centrale for området. Hvert afsnit afsluttes med en opsamling. Først præsenteres hjemmeplejen, derefter midlertidige ophold og endelig plejecentrene. Der laves afslutningsvist en tværgående opsamling for de tre områder.

3.2.2 Best-case eksempler fra midlertidige ophold

3.2.2.1 Resumé af væsentlige pointer

De midlertidige ophold er en paraplybetegnelse for en række forskellige ophold, der ofte er organiseret forskelligt efter det kommunale tilhørsforhold. Det midlertidige ophold er en foranstaltning, der ofte skal dække flere borgere med forskellige behov og i forskellige faser, og det vil desuden ofte være organiseret efter, hvad der er rammer til i øvrigt i den enkelte kommune. Der er således nogle steder, hvor der er specifikke tilbud for borgere med demens, mens der andre steder er tilbud, som rummer en langt bredere vifte af borgere med behov for et tilbud.

I de midlertidige tilbud, der indgår i denne rapport, beskrives udadreagerende adfærd ikke som noget, der er et konkret og permanent overordnet fokus på. Det beskrives som en tilbagevendende problematik afhængigt af, hvilke konkrete borgere, der er i tilbuddet på et givent tidspunkt. Den gennemgående plejetilgang, der beskrives, består i at skabe trygge rammer for borgerne samt sikre, at der er det bedst mulig match mellem deres behov og de tilbud, de får. Borgere, der udviser udadreagerende adfærd synes ikke at være specielt i fokus fx i forhold til arbejdsmiljøindsatsen eller i forhold til et forebyggende perspektiv. Dette er ikke et arbejdsmiljøproblem i sig selv, så længe omfanget af problematikken er meget småt, og så længe den generelle plejetilgang også virker i forhold til den udadreagerende adfærd. Men såfremt problematikken bliver mere markant, og der kommer flere borgere også i de midlertidige tilbud med denne adfærd, så vurderes det at være hensigtsmæssigt, at der er et stærkere arbejdsmiljømæssigt specifikt fokus på problematikken.

Der peges generelt på, at det er vigtigt for medarbejderen at kunne skabe en relation med borgeren, og at det derfor fx er godt, hvis det midlertidige tilbud arbejder tæt sammen med kommunens øvrige tilbud, således at medarbejderne lærer borgerne at kende over en længere periode end der er mulighed for alene i det midlertidige tilbud.

3.2.2.2 Midlertidige ophold

”Midlertidige ophold” er en paraplybetegnelse for en række forskellige tilbud i ældreplejen.

Generelt kan man sige, at det gælder for det midlertidige tilbud, at der er en forventning om, at tilbuddet enten fx via en rehabiliteringsindsats skal gøre den pågældende klar til at komme tilbage til, hvor vedkommende kom fra (fx et plejetilbud eller eget hjem). Eller at tilbuddet er en station på vejen frem til et andet tilbud, hvor det midlertidige tilbud så enten anvendes til at afdække viden med henblik på visitering eller simpelthen anvendes midlertidigt, til der er plads i det ønskede mere permanente tilbud.

Der er i forbindelse med best-case kortlægningen foretaget besøg i fire enheder med midlertidige tilbud, hvor der er gennemført interview med ledere og plejepersonale. Der er konkret udvalgt midlertidige tilbud i en hjemmepleje, som også varetager et rehabiliteringstilbud i kommunen, et besøg på et særligt demensplejecenter, der både har gæsteboliger og et dagcenter, samt yderligere to plejecentre, som også har et tilknyttet dagcenter med rehabiliteringstilbud.

I gennemgangen af kendetegn og problematikker ved midlertidige tilbud lægges der i det nedenstående primært fokus på dagcentre lokaliseret på plejecentre samt interviews med medarbejdere og ledere herfra, da det er i disse tilbud, der primært er indhentet data omkring kendetegn og problematikker.

3.2.2.3 Oplevelse af problematikken vedr. udadreagerende adfærd

De midlertidige ophold, der beskrives her, er del af et fast tilbud (fx hjemmepleje eller plejecentre). På ingen af de besøgte steder fremhæves udadreagerende adfærd som en problematik, der er særlig for netop den midlertidige del af tilbud. Udadreagerende adfærd beskrives generelt som en problematik, der i perioder fylder pga. en særlig borger, men ikke som en særlig problematik for området generelt. I dagcentrene fremhæves særligt, at det er matchet mellem borgere og aktiviteter, som det er vigtigt at have fokus på i det forebyggende arbejde, samt den særlige borgergrupper, der kommer på dagcentret, fordi det er de pårørendes behov at få aflastning i hjemmet, og borgeren måske ikke selv har efterspurgt/ønsket tilbuddet. Dette vil blive udfoldet yderligere i det følgende.

3.2.2.4 Beskrivelse af de midlertidige ophold

Dagcentre kan oprettes af kommuner, foreninger eller forskellige institutioner. Til brug for afdækningen er besøgt et pleje- og dagcenter drevet af Danske Diakonhjem samt tre kommunale pleje- og dagcentre.

Formålet med tilbuddene på et dagcenter er at øge og bevare borgerens muligheder for at klare sig selv fx ved at forebygge, at funktionsevnen forringes eller forebygge social isolation (Ældresagen). De fleste dagcentre er åbne for alle pensionister, men i mange kommuner skal man visiteres til en plads. Nogle dagcentre henvender sig til en særlig målgruppe eksempelvis hørehæmmede, psykisk syge eller andre særligt definerede grupper, hvortil der kræves visitation.

Af de dagcentre, der er besøgt her, er det ene opdelt i to enheder, hvoraf den ene enhed er særligt målrettet borgere med demens. Her er der plads til seks borgere, og formålet er aflastning af pårørende i dagtimerne.

Det andet pleje- og dagcenter har en mere blandet målgruppe. Dog er der ved besøget flest borgere, som kommer i dagcentret, fordi de har brug for at få mere social kontakt, og eksempelvis være en del af et socialt fællesskab mens de spiser. Dette dagcenter er én samlet enhed og skal således rumme mange forskellige borgere, der er visiteret af en lang række forskellige årsager såsom behov for fysisk træning, behov for genoptræning, behov for mere social kontakt samt aflastning af pårørende i hjemmet. Dette betyder, at målgruppen er meget sammensat, og at nogle af borgerne betragtede tiden på dagcentret som en hjælp og en hyggelig aktivitet, de kan se frem til i ugens løb, mens andre er der, fordi det er de pårørendes behov at få hjælp og aflastning.

Det tredje dagcenter har særligt fokus på demens, og alle de visiterede borgere har en demenssygdom. Der kommer omkring 30 borgere mandag - torsdag og omkring 60 borgere på fredage. Ud over dagcentret er der "gæsteboliger" på stedet til borgere med demens, der fx kommer tilbage fra et hospitalsophold og har brug for pleje, men forventes at skulle tilbage til eget hjem efterfølgende. Det hænder dog også, at borgerne i gæsteboligerne ender med at flytte ind på det tilknyttede plejecenter, da det vurderes, at de ikke er i stand til at bo alene længere.

Det sidste midlertidige tilbud er et rehabiliteringstilbud, som er lagt ind under hjemmeplejen. Her kommer en meget blandet borgergruppe, der kan være visiteret af en række meget forskellige årsager, men som man har vurderet har brug for noget ekstra, der gør, at man ikke foretager rehabiliteringen i borgerens eget hjem.

3.2.2.5 Dagcentre

3.2.2.5.1 Sammensætning af borgere og tilbud

Det er en central og faglig opgave på dagcentrene at sammensætte de visiterede borgere og matche dem med dagcentrenes tilbud på en god og meningsfuld måde, så det passer til borgernes forskellige behov og funktionsevne. Dette kommer særligt til udtryk på det besøgte dagcenter, der har en bred vifte af visiterede borgere. Her fortæller stedets demensvejleder om det omhyggelige planlægningsarbejde, der er forbundet med ikke blot at matche visitationstyper og

dagcentertilbud, men også at matche borgerne med hinanden. Demensvejlederen oplyser, at hun så vidt muligt tager udgangspunkt i borgernes livshistorier, når hun sammensætter borgergrupper og aktivitetstilbud. Nogle gange sker det, at hun oplever, at borgeren kommer på dagcenteret, og vedkommendes visitationstype ikke passer til borgerens behov eller funktionsevne, og så må hun tilbage til visitationen i kommunen og få dem til at ændre det visiterede tilbud. Desuden rummer dagcenteret også en del borgere, der er visiteret på grund af sociale årsager eller på grund af aflastning af pårørende, der fx plejer en dement ægtefælle. Personalet på dagcenteret fortæller, at denne gruppe af borgere kan være svære at håndtere, da ikke alle kommer på dagcenteret af egen fri vilje, og de skal stadig kunne rummes i resten af borgergruppen, selvom de har meget forskellige behov, og ikke nødvendigvis er det rigtige match for hinanden i samme aktivitet i det pågældende tidsrum. Planlægningsarbejdet bliver således en meget faglig og central opgave for, at dagcenteret fungerer godt og uden konflikter. Men det er vigtigt at være omstillingsparat, fortæller demensvejlederen på dette dagcenter, da man bliver nødt til også at tage højde for dagsformen for borgergruppen, der kan variere meget fra dag til dag og uge til uge, og således må nogle aktiviteter ændres på dagen. Ydermere vil dagcentre, der er lokaliseret på et plejecenter, også skulle tage højde for de borgere, der bor på stedet, som frit kan benytte sig af dagens aktivitetstilbud. Eksempelvis havde der en formiddag pludselig været 35 personer nede til en aktivitet med dans, hvor de egentlig havde regnet med, at der kun kom det lille antal, som faktisk var visiteret. Det var jo dejligt, fortæller medarbejderen, der planlægger aktiviteterne på dagcenteret, men siger også, at det selvfølgelig også kræver, at man er klar til at omstille sig og lave om i de aktiviteter, man har planlagt. En løbende fleksibilitet i dagsprogrammet og aktiviteterne fremhæves som nødvendig for at kunne møde borgerne, der hvor de er den pågældende dag.

Også på det dagcenter, hvor der kun kommer borgere med demens, er der behov for at sammensætte borgerne i mindre grupper. Dette er både for at kunne lave mere målrettede aktiviteter specifikt til gruppen og deres funktionsniveau, og for at kunne dele borgerne op i mindre enheder, for at skabe mere ro for den enkelte. På det pågældende dagcenter kan man fx invitere nogle grupper ind i mindre lokaler, hvis der er behov for yderligere at skærme nogle, for hvem de mange stimuli, som kan komme når en større gruppe af mennesker er sammen, bliver for meget.

3.2.2.5.2 Meningsfulde aktiviteter

I forhold til at forebygge udadreagerende adfærd, forklarer en demensvejleder, at det stort set altid opstår af en af de tre grunde: Enten for meget aktivitet, som bevirker, at borgeren bliver overstimuleret, for lidt aktivitet, der gør, at borgeren er understimuleret, eller kommunikationsvanskeligheder. Demensvejlederen forklarer, at det handler om at finde den rette balance mellem aktiviteterne. Det gør ikke noget, at man er fyldt meget op efter en dag, så længe det ikke sker hver dag, for så bliver det for meget, siger demensvejlederen. Men hvis det har været en god aktivitet, også selvom der har været meget stimuli, så sidder den gode stemning i kroppen,

og så skal man selvfølgelig lave mindre dagen efter, men bare der er fokus på balancen i det, så fungerer det, forklarer hun. At lave aktiviteter, der giver den rette stimuli er altså central i forebyggelsen af udadreagerende adfærd.

I forlængelse af opgaven med at matche borgere og aktiviteter, er en central opgave, der får meget fokus i dagcentrene at lave meningsfulde aktiviteter for de borgere, der kommer på dagcentrene. Der ligger et vigtigt fagligt arbejde i at sammensætte og afholde aktiviteterne og løbende kunne tilpasse dem til borgernes behov og udfordringer. Disse tilpasninger er der ikke kun behov for set over en længere periode, men også typisk fra gang til gang eller i løbet af dagen, hvis personalet oplever, at borgerne ikke har energien til aktiviteten, siger lederen af et af dagcentrene.

Meget af samtalen med medarbejdere og de særlige faglige ressourcerpersoner (såsom demensvejledere, Marte Meo uddannet personale m.fl.), som der er talt med i forbindelse med afdækningen, centrerer sig omkring spørgsmålet: "Hvad er en god aktivitet?" Svaret er, at det er meget individuelt, hvad der er en god aktivitet for den enkelte borger, og afkodning af, hvad der er behov for, er noget af det centrale faglige arbejde på dette område. En aktivitet behøver slet ikke at være en stor ting, forklarer en demensvejleder. Hvis det er borgere med svær demens, kan det være noget så simpelt som at samle nogle sten og lægge dem på et bord, man sidder fælles rundt om, og så triller den ene borger måske en sten over til en af de andre, som triller den tilbage, og så læner de måske hovederne ind mod hinanden, og de er sammen om det. Eller det kan være at sidde og holde i hånd, hvis det er det, der er brug for. Det behøver heller ikke at være meget forskellige aktiviteter, der tilbydes fra gang til gang. Genkendeligheden og repetitionen kan være lige så godt, eksempelvis er banko og gudstjenester gode tilbagevendende aktiviteter, som altid er meget velbesøgt, fortæller lederen på et andet pleje- og dagcenter. At sammensætte en god aktivitet handler om, hvad den enkelte person eller den konkrete gruppe af borgere kan og kan rumme den pågældende dag. Ofte kan en aktivitet også blot være, at borgerne er til stede og sidder sammen ved et bord, mens nogle blomster bliver plantet om i gårdspladsen eller lignende uden de nødvendigvis deltager aktivt selv, de er blot en del af aktiviteten ved at sidde med og føle sig inkluderet i fællesskabet. Det behøver ikke være store ting, der sker, bare det giver borgerne noget, fortæller demensvejlederen fra det blandede tilbud. I andre tilfælde, hvis borgeren måske godt kan rumme en større aktivitet, så kan der sættes nogle andre typer ting i gang. Det kunne eksempelvis være at bage æbler over bål i den lukkede gårdhave eller vise gamle film, som det gøres på et af pleje- og dagcentrene, der har deres egen lille biograf med rigtige biografssæder og popkornmaskine, hvor borgeren får mange forskellige sansestimuli på én gang i aktiviteten. Dagcentrene arbejder derudover alle med forskellige objekter i deres aktiviteter. Det er fx en særlig tung dukke, der føles som at have et rigtigt barn på skødet, og en schæferhund lavet af stof og med noget tyngde i, som personalet kan lægge en varmepude i, så det føles som at have en rigtig hund liggende på skødet eller ved fødderne. Flere steder inviterer personalet borgerne ind i en reminiscensstue. Et af stederne bruger de "robot-sælen", et sted har de en levende kat, der bor på

pleje- og dagcentret, og et andet sted er der fisk i et stort akvarium, der er med til at skabe ro, og som bruges som aktivitet, hvor man kan gå rundt og kigge på fiskene. Tilbuddene på dagcentrene dækker således over en meget bred palette af forskellige former for aktiviteter, og på to af de dagcentre, som blev besøgt, er der en ansat, som har særligt ansvar for sammensætningen og planlægningen af aktiviteterne, hvilket bliver fremhævet som vigtigt både generelt og for det forebyggende arbejde med udadreagerende adfærd.

3.2.2.5.3 Behov for ro

I forlængelse af ovenstående forklarer lederen på et af dagcentrene, at det jo er dejligt, at de har sådan et stort sted, hvor der kommer så mange. Det betyder, at der er mange, som kommer med ideer og der er mange til at skabe liv. Men det kan også være en udfordring, siger hun, fordi det kan blive for meget for nogle af borgerne, at der er mange mennesker omkring dem. Derfor er det netop vigtigt at have de mindre rum, hvor man kan sætte sig ind med mindre grupper og derved afskærme nogle af borgerne.

På det dagcenter, hvor den ene enhed er særligt målrettet borgere med demens, er der indrettet et område med ligge/hvilestole, hvor borgerne kan hvile sig eller sove, hvis de har behov for det under besøget i dagcentret.

Disse tiltag er med til at sikre, at det ikke bliver for meget eller for overvældende for borgerne at komme i dagcentret, hvilket bliver fremhævet som vigtigt i forhold til at forebygge udadreagerende adfærd.

På et andet dagcenter er der ligeledes mulighed at trække sig med en enkelt borger eller en mindre gruppe til side i nogle fløje af plejecenteret, hvor der er indrettet stuer med mulighed for afskærmning. For meget stimuli for særligt borgere med demens kan udløse den udadreagerende adfærd, fortæller demensvejlederen på stedet, og så er det godt, at man kan trække sig til et roligere sted, så det ikke eskalerer. Det er imidlertid ikke altid, at der er tid/ressourcer til, at man kan trække sig med en borger og lave en-til-en stimulering.

3.2.2.6 Døgnophold/gæsteboliger

På det særlige demenstilbud er der ud over dagcentret også 15 gæsteboliger, som er beregnet til midlertidige ophold, fx i forbindelse med forebyggelse af en indlæggelse eller efter et hospitalsophold. Gæsteboligerne kan fx bruges, hvis en borger har et sår som krævede mere pleje, end man kan håndtere i hjemmet med hjemmeplejebesøg, eller i forbindelse med, at en borger i en periode fx efter en operation er særlig plejekrævende, men forventes at komme tilbage til eget hjem, efter at have boet i en kortere periode i gæsteboligen. I gæsteboligerne har man arbejdet med at gøre indretningen hyggelig og undgå lange hospitalslignende gange, for at få borgerne til at føle sig mere hjemme på trods af det midlertidige i opholdet. Udadreagerende adfærd beskrives ikke

som en særlig problematik for denne enhed, men som en problematik, der ligesom på plejecentret opstår i perioder og er knyttet til bestemte borgere.

3.2.2.7 Rehabiliteringstilbud under hjemmeplejen

Det sidste midlertidige tilbud er et rehabiliteringstilbud, som er lagt ind under hjemmeplejen efter at kommunens rehabilitering er blevet nedlagt. Her er der seks ugers forløb med såkaldte HTSH-team (Hjælp Til SelvHjælp), fx efter udskrivelse fra hospitalet. I forbindelse med opholdet laves der en rehabiliteringsplan med inddragelse af hjemmeplejen, særligt hjemmeplejens ergo- og fysioterapeuter. Ud fra en række kriterier vurderes det, hvem der kan komme på rehabiliteringshjemmet og hvem, der skal rehabiliteres i eget hjem.

Der beskrives ikke specifikke udfordringer i forbindelse med udadreagerende adfærd på dette tilbud. Derimod fremhæves det som en fordel, at man kender forløbet, når borgeren kommer tilbage til hjemmet og evt. overgår til hjemmeplejen. Tilsvarende er det også borgere, som ofte er kendt i hjemmeplejen i forvejen, som kommer på rehabiliteringsopholdet, hvorved den særlige problematik, der ellers kan knytte sig til det midlertidige ophold – særligt manglende personkendskab og relation – er mindre.

3.2.2.8 Synergi mellem faste tilbud og midlertidige ophold

Det plejepersonale, der er talt med, fremhæver alle, at relationsarbejde og kendskab til borgeren er afgørende i plejen generelt og i forhold til at forebygge udadreagerende adfærd. Derfor synes der også at være en oplagt problematik i, at der netop er tale om midlertidige ophold. En medarbejder fortæller dog, at det, at det er midlertidige ophold, ikke nødvendigvis er det samme som, at de ikke kender borgerne. Nogle kommer og bor i en gæstebolig ad flere gange efter gentagne hospitalsindlæggelser, og mange af de borgere, der i første omgang kommer i de midlertidige tilbud enten i gæsteboligerne eller på dagcentrene, bliver ofte med tiden til faste beboere på det tilknyttede plejecenter, eller de bliver senere kendte borgere i hjemmeplejen, efter at man har haft dem i et rehabiliteringsforløb. På den måde er de midlertidige ophold også nogle gange steder, hvor det første relationsarbejde skabes, som der kan bygges videre på i senere permanente tilbud. De steder, der er besøgt, har det midlertidige ophold ligget i forbindelse med faste tilbud, fx plejecentre eller hjemmeplejen, eller der har været overlap mellem personalet i det midlertidige tilbud og det faste tilbud, hvorved man har kunne drage fordel af kendskabet og relationen senere i borgerens forløb.

En demensvejleder på et pleje- og dagcenter fortæller således, at hun som fast medarbejder i dagcenteret, fungerer som ressourceperson, når en borger fra dagcenteret flytter ind på plejecenteret. Hun er hos borgeren det første døgn, og hun er tilknyttet borgeren det første stykke tid. På den måde udnyttes det relationsarbejde, der allerede er lavet, i den tid borgeren er kommet

i dagcenteret. De oplever på dette plejecenter, at det bliver en mindre omvæltning for borgeren, som kan være med til at forebygge konflikter.

3.2.2.9 Opsamling af problematikken vedrørende udadreagerende adfærd i de midlertidige tilbud

Som beskrevet opleves der både i forbindelse med gæsteboligerne og det rehabiliterende ophold i kommunen ikke at være en særlig problematik omkring udadreagerende adfærd. Problematikken beskrives i hjemmeplejen som mere central i forhold til nogle af de andre særlige borgergrupper som hjemmeplejen besøger, fx borgere med demens eller psykisk syge borgere. I gæsteboligerne beskrives problematikken, ligesom i resten af plejecentret, som meget afhængig af, hvilke borgere, der er i tilbuddet på det pågældende tidspunkt, og udadreagerende adfærd fremhæves ikke som en særlig problematik i gæsteboligheden. I dagcentrene fremhæves særligt de borgere, som ikke selv har ønsket at komme i dagcentret, men er der for at aflaste en pårørende i hjemmet, som en særlig gruppe, der kan være udfordringer omkring. Ellers beskrives det forebyggende arbejde i forhold til udadreagerende adfærd her primært som et behov for at kunne tilbyde den rette type aktivitet til den enkelte borger og skabe rolige rammer omkring denne.

Da ledere og plejepersonalet i den øvrige del af ældreplejen, som der er talt med i forbindelse med best-case kortlægningen, alle fremhæver, at relationsarbejde og kendskabet til borgeren er afgørende i forhold til at forebygge udadreagerende adfærd, er det oplagt, at der kan være en problematik i det, at der netop er tale om et midlertidigt ophold. Derfor er det positivt, at mange af de borgere, der i første omgang kommer i de midlertidige tilbud enten i gæsteboligerne eller på dagcentrene med tiden ofte bliver til faste beboere på det tilknyttede plejecenter, eller bliver en kendt borger i hjemmeplejen, efter at man i en tidligere periode har haft dem i et rehabiliteringsforløb. På den måde er de midlertidige ophold også nogle gange steder, hvor det første relationsarbejde skabes, som der kan bygges videre på i senere faste tilbud.

Der er i dette projekt ikke besøgt midlertidige tilbud, som ikke på en eller anden måde indgår i et samarbejde med andre tilbud i den konkrete kommune, og det vurderes, at der er nogle klare synergier og fordele ved at kunne skabe relationer mellem plejepersonalet og de enkelte borgere i det midlertidige tilbud, som man kan bygge videre på i den fremadrettede kontakt med borgeren. Der er heller ikke i denne undersøgelse fundet midlertidige tilbud, hvor man har et generelt overordnet fokus specifikt på forebyggelse af udadreagerende adfærd. Dette er ikke et arbejdsmiljøproblem i sig selv, så længe omfanget af problematikken er meget lille, og så længe den generelle plejetilgang med etablering af ro og relationer også virker i forhold til den udadreagerende adfærd. Men såfremt problematikken bliver mere markant, og der kommer flere borgere også i de midlertidige tilbud med denne adfærd, så vurderes det at være hensigtsmæssigt, at der er et stærkere arbejdsmiljømæssigt specifikt fokus på problematikken.

Det kunne være relevant at udfolde analysen af midlertidige tilbud yderligere ved at se på data omkring medarbejder-, patient- og pårørendetilfredshed, hvilket der ikke har været rammer for i denne kortlægning.

3.2.3 Best-case eksempler fra plejecentre

I det følgende beskrives de forskellige cases, der er besøgt i forbindelse med kortlægningen og derefter skitseres problematikken vedrørende udadreagerende adfærd, som den blev beskrevet på plejecentrene. Herefter beskrives plejecentrenes tilgange til forebyggelse ved at fremhæve tværgående teamtikker illustreret med konkrete eksempler undervejs. Efterfølgende beskrives håndteringen af udadreagerende adfærd både ved at gå mere i dybden med konkret case-materiale og ved at trække overordnede teamtikker frem.

3.2.3.1 Resumé af de væsentligste pointer

Der vurderes at være flere ældre borgere på plejecentrene i dag end tidligere, som har en demensdiagnose, og det vurderes at være denne gruppe, hvor udadreagerende adfærd primært forekommer.

Blandt de interviewede er problematikken med udadreagerende adfærd velkendt og vurderes at være relevant at få drøftet generelt.

En vigtig konklusion er, at det, der er godt for arbejdsmiljøet i forhold til forebyggelse af negative hændelser og sikring af et mere trygt arbejdsmiljø for medarbejderne samtidigt giver et bedre sundhedsfagligt resultat i plejen af den borger, der ellers måske ville udvise udadreagerende adfærd. Ligeledes gælder det omvendt, at den gode sundhedsfaglige pleje øger mulighederne for, at borgerne ikke udviser udadreagerende adfærd, som på dette område i sundhedssektoren i relationen mellem medarbejder og borgere med demens er en af de primære negative arbejdsmiljøfaktorer.

Der arbejdes i alle de besøgte plejecentre med indretning på en måde, som både tilgodeser et sundhedsfagligt behov for at kunne give borgeren incitament for bestemte handlemåder som en del af behandlingen samt et organisatorisk behov for at kunne begrænse udadreagerende adfærd hos borgeren og dermed sikre medarbejderne et mere trygt og dermed positivt arbejdsmiljø. Der peges på plejecentrene på, at det er vigtigt at skabe nogle velkendte hjemlige rammer og aktiviteter for borgerne indenfor såvel som udenfor, da det kan bidrage positivt sundhedsfagligt ved at vedligeholde nogle kompetencer og skabe en genkendelighed i et verdensbillede, der er ved at forvitte. Samtidigt med, at det er godt for både borgere og medarbejdere at have fælles positive oplevelser, da det blandt andet bidrager til øget ro, tryghed og positive stimuli for borgeren samtidigt med, at det bidrager til at opretholde et roligt og positivt arbejdsmiljø for medarbejderen.

Der peges på, at det er hensigtsmæssigt at sikre et fagligt grundniveau hos hele personalet, og at dét, at man har flere års erfaring, ikke betyder, at man ikke kan have gavn af specifikke fagkurser både i forhold til at give den gode sundhedsfaglige pleje, men også i forhold til at sikre et bedre arbejdsmiljø ved at lære om de dynamikker, der kan starte hhv. demontere potentielle konfliktsituationer.

Som i flere af de andre cases beskrives det også på plejecentrene, hvor der er den største koncentration af medarbejdere, der arbejder med borgere med demens, som kan udvise udadreagerende adfærd, at der kan være en stærk kulturel barriere mod at bede om hjælp og faglig sparring og, at denne bedst brydes, hvis man som medarbejder bliver mødt med en anerkendende tilgang, hvor der ikke tages udgangspunkt i fejl og mangler, men derimod i de ting, der er gået godt. Ligeledes fremgår det, såfremt der gives rum for at fortælle til kollegaer og leder, hvilke ting, der er gået skidt (den tavse viden), så bidrager dette til medarbejdertrivsel og videre vurderes det at reducere sygefravær på baggrund af dårligt psykosocialt arbejdsmiljø.

Ledelsen spiller ligeledes en stor rolle i forhold til kultur og trivsel for medarbejderne, og der peges på, at den meget synlige leder, som også har en faglig forankring kan have en stærk positiv effekt.

Der arbejdes meget med at inddrage frivillige ressourcer i arbejdet, og det ses som både positivt i forhold til plejen og i forhold til at skabe ressourcer, men at der samtidig er behov for et fokus på, at de frivillige ikke skaber konflikter.

Der peges på, at der kan være situationer, hvor det er en stor fordel at kunne trække på eksterne ressourcer i særlige krisesituationer lidt svarende til fx at have et tværgående ekspertteam, der kan indkaldes ved behov.

Der gives i kapitlet et enkelt eksempel på, hvordan der er lavet en intern praksis for at sikre registrering og anmeldelse af vold og trusler mod medarbejdere. Konklusionen er, at det er relevant at registrere, og der lægges vægt på, at dette signalerer, at sagen tages alvorligt. Der reflekteres dog ikke over, at der skal registreres med henblik på systematisk opsamling og læring i forhold til kommende hændelser, hvilket er en af de metoder, der vurderes som afgørende vigtig, når man taler om voldsforebyggelse i et arbejdsmiljøperspektiv.

Det generelle billede er, at det at sikre et godt arbejdsmiljø langt hen ad vejen understøtter den plejetilgang, der har mest succes i forhold til borgere med demens, som udviser udadreagerende adfærd. Men der peges i kapitlet på en enkelt direkte konflikt mellem arbejdsmiljøhensyn og en oplevelse af sundhedsfaglig stolthed. Hvor man som medarbejder føler, at man må trække sig fra

en potentielt truende eller negativ situation af hensyn til sig selv, mens man rent fagligt føler, at man burde kunne håndtere situationen og at det varmere rigtigt at blive i den af hensyn til borgerens ve og vel.

3.2.3.2 Indledning

3.2.3.2.1 De fire plejecentre

Som en del af denne kortlægning blev fire plejecentre besøgt: et som udelukkende er et plejecenter, og tre som er pleje- og dagcentre. Et af de tre pleje-dagcentre er særligt målrettet borgere med demens. Plejecentrene ligger alle i forskellige danske kommuner, og de er udvalgt, så der er geografisk spredning (se under kriterier for udvælgelse).

Ud over det plejecenter, som er specifikt målrettet borgere med demens, beskriver lederne på de øvrige plejecentre, at det er mellem 60-80 % af deres borgere, der har en demenssygdom, og at størstedelen af borgerne har demenslignende symptomer. Derfor understreges det af alle de interviewede, at viden om demens er vigtigt både i forhold til plejen generelt og specifikt i forhold til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd. De interviewede ledere og medarbejdere peger ydermere på, at der er sket et skift i de år, de har arbejdet i ældreplejen henimod, at borgerne på plejecentrene er blevet mere syge, både i forhold til demenssygdomme og andre sygdomme, og ofte er de også kortere tid på plejecentrene, inden de går bort, end hvad der var tilfældet tidligere. Det er dog meget forskelligt, hvor lang tid borgerne bor på plejecentrene. Det kan spænde fra blot at være et par dage til helt op til 12 år, som det var tilfældet med en borger på et af plejecentrene. I gennemsnit peger lederne dog på, at det er mellem et halvt til to år, at borgerne typisk bor på et plejecenter.

3.2.3.3 Problematikken vedrørende udadreagerende adfærd

Problematikken omkring udadreagerende adfærd er til stede på alle de plejecentre, der er besøgt, og den bliver set som en relevant og vedkommende problematik for både ledere og medarbejdere. På alle plejecentrene har man da også erfaringer med udadreagerende adfærd. Det er imidlertid svært for medarbejdere og ledere at sætte tal på den generelle frekvens af tilfælde med udadreagerende adfærd. Det beskrives som en problematik, der typisk er knyttet til specifikke borgere og ofte til borgere med demenssygdomme. Den udadreagerende adfærd opstår typisk i forbindelse med en ny borger, der flytter ind på plejecentret, eller en ændring (forværring) i et sygdomsforløb hos en kendt borger, og problematikken beskrives ofte som aftagende, når der er fundet nye løsninger og tilpasninger i forhold til borgerens ændrede situation. En leder beskriver dog, at det opleves som om problematikken vedrørende udadreagerende adfærd generelt er blevet hyppigere, end den har været tidligere, hvilket kan hænge sammen med, at en øget andel af borgerne har en demensdiagnose.

Den udadreagerende adfærd beskrives som dækkende en bred vifte af hændelser såsom at blive slået, skubbet og spyttet på, til borgere der skriger eller er verbalt udadreagerende. Der berettes

om forholdsvis voldsomme hændelser, hvor personalet både må tage til lægen og/eller bliver sygemeldt efter en hændelse.

3.2.3.4 Overordnede teamtikker i forbindelse med voldsforebyggelse

Alle de interviewede medarbejdere og ledere fremhæver, at forebyggelse af udadreagerende adfærd hænger uadskilleligt sammen med den gode plejetilgang. De følgende punkter, der fremhæves i forbindelse med forebyggelse af udadreagerende adfærd, er således alle nogle, der også er relevante i plejen generelt. Det fører til den vigtige konklusion, at det, der er godt for arbejdsmiljøet i forhold til forebyggelse af negative hændelser og sikring af et mere trygt arbejdsmiljø for medarbejderne samtidigt giver et bedre sundhedsfagligt resultat i plejen af den borger, der ellers måske ville udvise udadreagerende adfærd. Temaet omkring en god plejetilgang særskilt er generelt godt dækket ind i både rapporter, vejledninger og undervisningsmateriale på området, hvorfor der i denne rapport fokuseres på de mest fremtrædende temaer, som kan håndteres i et organisatorisk og arbejdsmiljømæssigt såvel som et sundhedsfagligt perspektiv. Dette gælder fx indretning og opbygningen af plejecentret, som både afspejler en sundhedsfaglige tilgang på stedet fx i forbindelse med sansemotorik, men som også har et arbejdsmiljømæssigt aspekt fx i forbindelse med god oversigt over rummene, der bidrager til medarbejderens tryghed og et organisatorisk aspekt fx fleksibel indretning, der muliggør en bred lokale anvendelse eller modsat en specifik indretning, der er designet til en helt bestemt målgruppe osv. Til trods for at der i de fire cases er mange overlap i tilgange og perspektiver udmønter det sig i praksis i forskellige løsninger. I det følgende fremhæves derfor særligt den overordnede tematik illustreret med case-eksempler.

3.2.3.5 Opbygningen af plejecentret

3.2.3.5.1 Arkitekturen

Det er tydeligt, når man besøger de forskellige plejecentre, at arkitekturen betyder meget i forhold til at understøtte den plejetilgang, som ledere og medarbejdere ønsker på stedet. I samtalerne med ledere og medarbejdere henvises der ofte til, *"da vi flyttede ind i de nye bygninger, blev der mulighed for..."*, eller der skelnes mellem, hvad der kan lade sig gøre *"i den gamle og den nye del af bygningen"*. Der er en faglig stolthed at spore under rundvisningen i de velfungerende og særligt designede enheder, som på forskellig vis kan understøtte det gode plejearbejde. Ligeledes fortælles der med entusiasme om nye ideer man har til at søge om penge til at omdanne den lange hospitalslignede gang til en gammel bygade, så borgere der "vandrere" oplever at være på tur i et bymiljø. Omvendt fortælles der med ærgrelse om vinduer eller glasgange, der giver genskin og forvirrer en borger med demens, eller om indretningen med lange og ensartede gange, hvor borgeren ikke kan finde "ud" eller "hjem", fordi alt ligner hinanden. På alle de besøgte plejecentre tænkes arkitekturen som en vigtig medspiller i plejen, og kan i nogle tilfælde også opleves som en besværlig modspiller, som det er vigtigt at tage højde for i de daglige aktiviteter for at undgå frustrerede og utrygge borgere.

3.2.3.5.2 *Den "rette" bolig*

Da arkitekturen spiller en så stor rolle i dagligdagen, er det vigtigt, hvilke borgere, der bor hvor, i huset. Borgerne bliver visiteret til en plejebolig, når der er en ledig, så den nyeste tilkomne borger flytter ind i den bolig, der står ledig. Dette kan nogle gange give udfordringer i forhold til et organisatorisk og plejefagligt ønske om at samle en bestemt borgergruppe, fx borgere med svær demens i en særlig enhed eller i et bestemt område i huset, som måske er bedre egnet til de udfordringer, borgerne kan have i forhold til at finde rundt eller lignende. På et plejecenter fremhæver de i den forbindelse, at det er vigtigt at have et tæt samarbejde med visitationen i forhold til at sikre, at matchet mellem borgeren og boligen er bedst muligt. Flere af lederne peger på betydningen af at gøre borgeren og de pårørende opmærksomme på, hvad det er for en type bolig, der er ledig og tydeliggøre, hvilke rammer, der er netop det sted, særligt hvis det fx er en borger med demens. Det kan være små ting, som afgør, om det kommer til at fungere godt, forklarer en leder, fx om man går fra lejligheden direkte ud i den fælles opholdsstue, eller om man bor lidt længere nede af en gang, hvilket måske betyder, at man har svært ved at finde over til fællesstuen. Der kan en borger godt nå at blive rigtig frustreret inden vedkommende finder vej, eller at det er svært at finde hjem igen for den sags skyld, forklarer en leder, mens der bliver vist rundt på plejecentret.

3.2.3.5.3 *Skærmede enheder*

Skærmede enheder for borgere med svær demens beskrives som vigtige i forhold til forebyggelse af udadreagerende adfærd, da overstimulering er en risikofaktor, og skærmede enheder kan bidrage til at skabe den fornødne ro. På et plejecenter, hvor de ikke har en særlig enhed for borgere med svær demens, fortæller personalet, at dette også er godt for de øvrige borgere, for hvem det kan føles utrygt at bo tæt på borgere, der pludselig pga. progression i sygdommen, kan udvise udadreagerende adfærd. På et af plejecentrene er der mindre opholdsstuer, som det er muligt at bruge fleksibelt og inddrage til fx at skærme en borger, hvis der er behov for det.

På et andet plejecenter, som har en skærmet enhed for borgere med svær demens, er plejecentret bygget sådan op, at alle lejlighedsdøre vender ud mod en fælles opholdstue og køkken. I personalegruppen sørger man for, at der altid er en medarbejder i det fælles opholdsrum, så borgeren altid kommer ud i trygge omgivelser og bliver mødt af personalet. Dette fremhæves på stedet som centralt for at skabe den fornødne tryghed for borgere med demens.

3.2.3.5.4 *'Nudging' i indretningen*

Der er ingen låste døre på plejecentrene. Det, at borgerne går steder hen, som er u hensigtsmæssige for dem, kan imidlertid være årsager til mange konflikter. Plejepersonalet fortæller, at de tidligere har brugt rigtig meget tid på at gå med en borger, som var opsat på at ville hjem. Derfor er man på plejecentrene rigtig glade for "indretning, der giver et bestemt handleincitament (nudging)", fx leder borgene væk fra yderdøre og lignende. Alle de plejecentre, der er besøgt, fortæller om

forskellige måder, hvorpå de har brugt nudging i indretningen – altså arbejdet med at påvirke i stedet for at begrænse borgernes valg gennem adfærdsdesign. Det handler om at kunne aflede, så borgerne kommer fra tanken om eksempelvis at ville ud, hvis det er en borger med svær demens, og det ikke er hensigtsmæssigt, at vedkommende går afsted, fortæller en leder.

Konkrete eksempler på, hvordan nudging er brugt i indretningen, er at fjerne fokus fra fx døre ved at male malerier henover døren og gangarealet, så døren står mindre tydeligt frem, ved at opklæbe folie, der får døren til at ligne en del af en bogreol og lignende, eller indrette, så man automatisk ledes ud mod lukkede gårdmiljøer eller søger mod opholdsrum og andre fællesarealer. På hvert af de besøgte plejecentre bliver det gjort forskelligt, men med samme bagvedliggende tanke om at aflede borgerens opmærksomhed fra steder, der er u hensigtsmæssige for vedkommende.

En leder forklarer, at før de havde de forskellige tiltag i forhold til indretningen, brugte de nogle gange mange ressourcer på at overtale borgere til at komme med tilbage til plejecentret/boligen/opholdsrummet. Det var situationer, som godt kunne blive konfliktfyldte, fordi borgeren måske havde fået en tanke om, at han/hun ville hjem og bare gik afsted.

Indretningen tilgodeser således både et behov for at kunne give borgeren incitament for bestemte handlemåder som en del af behandlingen samt et behov for at kunne begrænse udadreagerende adfærd og dermed sikre medarbejderne et mere trygt og dermed positivt arbejdsmiljø.

3.2.3.5.5 *Faciliteter og aktiviteter på plejecentret*

Plejecentrene er typisk indrettet på måder, der bidrager til, at borgerne stadig kan varetage simple hverdagsting, der er meningsfulde for dem, fx hente post og lignende. Der er mange konkrete eksempler på, hvordan plejecentrene arbejder med at skabe "det gode hverdagsliv", fx havde de et par af stederne indrettet en butik, så borgerne kan købe nyt tøj eller chokolade. Der er mulighed for at komme til frisør, få en fodbehandling eller en skønhedsbehandling m.v. For mandelige borgere var der også et værksted fyldt med værktøj, hvor man kunne arbejde. At kunne udføre sløjdarbejde blev af en medarbejder fremhævet som en god og ro-givende aktivitet, da det er noget, flere af de mandlige borgere har gjort i deres liv, og det at bruge hænderne kan være meningsfuldt for dem samtidig med, at lugten af træ og olie er velkendt og derfor kan skabe tryghed hos dem. Medarbejderen fortæller, at meget af plejearbejdet godt kan blive meget "roligt" på den måde, at det er noget med at få et tæppe omkring sig, drikke en kop kaffe og sidde stille. På et af plejecentrene påpeger lederen, at aktiviteter som fx koncerter og lignende er gode *både* for borgerne og for medarbejderne og at det giver begge grupper noget, når man er sammen om den slags oplevelser.

3.2.3.5.6 *Indretning af fællesrum og hjemlighed*

På mange af plejecentrene arbejder man med at gøre indretningen hjemlig. På et af plejecentrene er borgerne fx med til at indrette opholdsstuerne, så de får den, som de kan lide den. En demensvejleder fortæller, at der dog nogle gange kan være behov for at fjerne nogle af

nipstingene, hvis der er borgere med demens, fordi de fx har svært ved duge med meget mønster m.v., så plejepersonalet prøver at holde nogle af tingene mere neutrale, for at gøre "hjemmemiljøet" mere enkelt for denne borgergruppe og undgå for meget stimuli.

Som en del af at skabe den hjemlige følelse har et af plejecentrene valgt at have decentrale køkkener, så der bliver lavet mad ude i de forskellige bo-enheder af fast køkkenpersonale. Dette er gjort, fordi man synes, at det er vigtigt, at madduftene fylder rummet, og at de er med til at give stemning og sansestimulering. Personalet fortæller, at borgerne også synes, at det er hyggeligt, at man kan få en snak om den mad, der bliver lavet. Derved kan madlavningen udgøre en del af de aktiviteter og den stimuli, som borgerne gerne rent sundhedsfagligt skal have (se afsnit om aktiviteter). En ulempe er dog, at det kan larme fra køkkenet ud i det åbne køkken-alrum, og derved kan det potentielt skabe for meget stimuli for nogle af de borgere, der har svært ved at håndtere dette.

Hvor man på nogle plejecentre fremhæver det hjemlige og det, at borgerne selv kan være med til at bestemme, hvad de vil have af ting og møbler i fællesstuerne, på gangene mv, er det et andet sted vigtigt at arbejde med det visuelle og det æstetiske, så der ikke er fem forskellige stole eller møbler, som slet ikke passer sammen. Der vil man gerne have, at det også bliver pænt at se på, så man har lyst til at være der, eksempelvis ved brug af farver, som skaber ro og harmoni i rummene og ved at bruge kunst og æstetiske løsninger i indretningen. Der indrettes ikke efter en bestemt tidsepoke, da der er en forholdsvis stor aldersspredning på borgerne, men med pæne ting og farver, så alle har lyst til at være der. På dette plejecenter fremhæves det, at indretningen også skal være i udvikling og kontinuerligt tilpasses ændrede behov. Eksempelvis har der været indrettet et "herreværelse" med lædersofaer, reoler og lignende, som viste sig ikke blev brugt, da de mandlige borgere, som rummet var tiltænkt, i stedet foretrækker at være i værkstedet, hvor radioen spiller, og der lugter af frisk træ og olie, og hvor der er mulighed for at lave diverse praktiske ting. Da "herreværelset" havde stået uberørt i noget tid, blev det derfor i stedet indrettet til musikterapium, som nu bruges fast og har en stimulerende og beroligende virkning på de borgere, der kommer der.

3.2.3.5.7 *Borgernes boliger*

På plejecentrene fremhæves også indretningen af borgerens bolig som noget, der kan være centralt fx i forhold til at forebygge udadreagerende adfærd. Borgerne bestemmer selvfølgelig selv, med hjælp fra pårørende, hvordan de vil indrette deres bolig. Men lederen, der viser rundt på et af plejecentrene, fortæller, at det typisk er godt at indrette boligen med genkendelige møbler fra borgernes eget hjem, da det kan skabe forvirring og utryghed, hvis det er nye møbler. Derudover er det i forhold til borgere med demens godt, hvis der ikke er for mange nipsting og billeder, man skal forholde sig til. Særligt billeder af familiemedlemmer, som sent i sygdomsforløbet blot kan opleves som "fremmede" mennesker bør fjernes, da det skaber utryghed, at der er billeder af folk, man har glemt. Tilsvarende fjernes spejle også ofte fra boliger, hvor der bor borgere med demens,

hvis de ikke længere kan kende sig selv og måske bliver forskrækkede eller utrygge over den "anden person i rummet".

3.2.3.5.8 Udemiljøet

På flere af de plejecentre, der er besøgt, lægges der vægt på et inspirerende udemiljø, hvor borgerne kan gå ture eller sidde i solen. Det kan fx ske ved etablering af haver med en masse blomster, et orangeri, små søer, høns eller kaniner. Andre steder er der udsigt over skov og marker eller vandet. På et af plejecentrene bliver det nævnt, at det at have en sø så tæt på et sted, hvor der bor borgere med demens, kan lyde farligt, men at det samtidig er enormt stimulerende for dem, både at kigge ud på søen og lytte til det rislende vand fra åen, der løber forbi. På et andet plejecenter har de arbejdet særligt meget med deres udemiljø og inkorporeret flere genstande i det store udeområde, som fx en campingvogn, der kan fremkalde en genkendelig og god følelse hos borgere med demens, fordi de bliver mindet om ferier og gode stunder tidligere i deres liv. På flere af plejecentrene fremhæver medarbejdere og ledere også, at borgerne ikke skal føle, at de "er spærret inde", så derfor er udearealerne oftest åbne, selvom der tages forbehold med hegn ud mod en vej, togbane eller lignende. Men det er vigtigt, forklarer en leder, at give borgeren en følelse af at kunne bevæge sig frit. Gennem forskellige former for nudging har man også her arbejdet med at lade arealer være åbne og i stedet lede borgerne mod mere sikre og afgrænsede områder. Fx er der et sted lavet mange stier rundt i haven, så borgerne får oplevelsen af at gå en tur, men uden at kunne fare vild. Der er også indrettet med trappetrin steder, hvor det er mindre hensigtsmæssigt, at borgerne kommer hen. Det er ikke, fordi de ikke må gå op ad trappen, fortæller en medarbejder, men når borgere, som måske er dårligt gående, ser trappen, går de automatisk en anden vej. På den måde er der arbejdet med at påvirke adfærden uden at begrænse den på samme måde som i den indendørs indretning.

At have et hønseskur er også en af de ting, der i udemiljøet bliver fremhævet som positivt for borgerne med demens, især for de borgere, der tidligere selv har haft høns. At tage sig af hønsene kan også virke som en genkendelig og meningsfuld aktivitet for borgerne. På et af plejecentrene er et tidligere skur desuden blevet forvandlet til en iskiosk, så borgerne og pårørende kan købe is om sommeren. Udemiljøet beskrives som havende en stor betydning for plejetilgangen på de forskellige plejecentre, da det er med til at skabe meningsfulde aktiviteter for borgerne og stimulere dem på forskellig vis, og derved bidrage til den balance mellem ro og aktivitet, der fremhæves som vigtigt i forebyggelse af udadreagerende adfærd.

3.2.3.6 Faglig tilgang – personcentreret pleje

Indlejret i alle de ovenstående punkter er den faglige tilgang på plejecentret og de heraf affødte positive effekter af en bevidst plejetilgang på medarbejdernes arbejdsmiljø. På alle de besøgte plejecentre, arbejder man med udgangspunkt i personcentreret pleje. Borgerne skal føle, at der stadig er brug for ham/hende, og livet skal give mening, selvom man har demens, siger en demensvejleder. Den faglige tilgang kommer til udtryk i alt fra konkrete aktiviteter ned til det

konkrete ordvalg i kontakten med borgerne. En leder fortæller, hvordan der i fx formuleringen "jeg vil gerne *invitere* dig med ud på en tur..." kan ligge meget anerkendelse og en mulighed for at vise, at man værdsætter borgeren. Det er rigtig vigtigt, at der er nærvær, og at man som personale viser, at "jeg vil dig gerne", i stedet for at trække sig, siger hun.

Overordnet handler det om at give borgerne selvværd og tage udgangspunkt i personens hverdag og om at være opmærksom på egen adfærd, sprog og magt, fx at være opmærksom på din positionering som plejepersonale - sætter du dig på hug, så du kommer i øjenhøjde, eller står du og kigger ned på en borger? Den gode pleje og forebyggelse af udadreagerende adfærd ligger i alt det praktiske i hverdagen, understreger en leder.

Derudover handler det om at være opmærksom på at skabe meningsfuld beskæftigelse for borgeren, finde opgaver til vedkommende efter interesse, evner og kognitive funktion og undgå, at borgerne oplever nederlag (fx bliver irettesat for at huske forkert eller lignende).

I det konkrete plejearbejde kan en forebyggende tilgang være at vide, hvad der gør borgeren glad, og hvad vedkommende nyder, der skaber en god relation. En leder understreger, at det er vigtigt, at den gode relation er til stede. Hvis man ikke får skabt relationen, så kan man heller ikke gå videre med fx at stille krav og undgå, at der opstår konflikt, fortæller hun.

3.2.3.7 Uddannelse og læring

3.2.3.7.1 Uddannelse i demens og håndtering af udadreagerende adfærd

Som nævnt indledningsvis er en stor del af borgerne på plejecentrene borgere med demens, og det fremhæves som vigtigt, at personalegruppen har en stor viden om demens og demensproblematikker.

På et plejecenter tilbyder kommunen kurserne "Demens 1, 2 og 3". "Demens 1 og 2" tilbydes til alle, der arbejder i ældreplejen, også rengørings- og køkkenpersonale. "Demens 3" er for dem, der særligt arbejder med borgere med demens. Det er dog meget forskelligt, hvad der er af tilbud i de enkelte kommuner.

Lederen på det pågældende plejecenter fortæller, at de ud over disse kurser selv har udviklet et kursus, som de kalder "demens i praksis". Alle medarbejdere skal på kurset i tre dage. Lederen fortæller, at de i starten var bekymret for, at det var for banalt, fordi mange medarbejdere har været på stedet i mange år, og også er uddannet i demens 1, 2, og 3 og måske er nøgledemenspersoner. Men det, de kunne se på kurset, var, at det er de helt små ting i praksis, der betyder noget. Det handler om at blive bevidst om, hvad er det for en kæmpe magt man har som personale og være bevidst om ens egen adfærd; hvad er det for nogle ord man bruger, hvordan positionerer man sig osv. Arbejdsmiljørepræsentanten fortæller supplerende, at de sideløbende med kurset havde et kursusforløb om udadreagerende adfærd, hvor de oplevede, at de to ting passede rigtig godt sammen. De lærte at se det fra borgerens perspektiv, og de lærte, hvad det er, der kan trigge den udadreagerende adfærd, og hvad man som personale kan gøre, for at det ikke sker igen. Arbejdsmiljørepræsentanten fortæller, at hun oplever, at de generelt er blevet bedre til at

aflæse situationen. Fx hvad sker der, når borgeren reagerer, er det så mig, der har gjort noget, eller er det fx noget i rummet, som trigger.

3.2.3.8 Viden via faglige ressourcepersoner

Ovenstående handlede om at give hele personalet mere viden. Derudover har alle plejecentrene også ressourcepersoner i huset, som det øvrige personale kan trække på i forhold til bl.a. at forebygge eller håndtere udadreagerende adfærd.

Disse ressourcepersoner (fx demensvejledere eller Marte Meo terapeuter) bliver de fleste steder fremhævet netop som en stor ressource, der er værdsat i huset. Nogle steder fortæller disse ressourcepersoner dog, at det ikke altid er tilfældet, at det almindelige personale kan lide at gå til dem med en problematik. Det fortælles, at det kræver en tilvænning for personalet at lære at bruge ressourcepersonerne, og at man skal arbejde med at finde en form, der gør, at personalegruppen efterspørger deres viden.

En Marte Meo-terapeut fortæller, at det er vigtigt, at det bliver en god oplevelse af få lavet et Marte Meo-forløb. Hun fortæller, at når en medarbejder kommer til hende, fordi der er en problematik i forhold til en borger, så behøver medarbejderen ikke at få at vide, at det ikke fungerer som udgangspunkt. Der er det vigtig at arbejde meget med en anerkendende tilgang og fokusere på det, der fungerer, frem for det, der ikke fungerer. Marte Meo-terapeuten fortæller, at når personalet har været igennem et forløb og oplever, at der kommer fokus på det, de gør godt, så er de mere tilbøjelige til at komme igen efterfølgende. Men det svære er at overtale dem til det i første omgang, siger terapeuten.

Ovenstående tyder på, at tilgangen med at have særlige ressourcepersoner, som personalet kan trække på, nogle steder kan opleves som udfordrende for personalet, der kan være bange for at komme til at føle sig utilstrækkelige fagligt eller have begået fejl. For Marte Meo-terapeuten er det derfor vigtigt at gå ind i situationen med en undersøgende og anerkendende tilgang til problemet, og gå ind i det for at lære noget og løse det sammen og der er det også vigtigt at anerkende, at det *er svært*, understreger hun.

3.2.3.9 Konkrete metoder til forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd

3.2.3.9.1 Beboerkonferencer

På to af de besøgte plejecentre fremhæves beboerkonferencer som en specifik tilgang til at forebygge eller håndtere udadreagerende adfærd. En leder fortæller, at der under beboerkonferencerne tages udgangspunkt i den enkelte borger og vedkommendes livshistorie. Det er vigtigt, at det, der tales om, er så konkret som muligt, dvs. meget detaljeret, så kollegaerne kan komme med gode råd, og der kan udarbejdes en handleplan. Denne handleplan skal være meget specifik og gå langt ned i detaljerne. Det kan fx være noget så simpelt som altid at huske at sige

”godmorgen” til en bestemt borger, da vedkommende ellers reagerer voldsomt under morgenrutinen. Beboerkonferencen afholdes altid efter en fast struktur, og ifølge lederen findes der ikke en ”light-udgave”. En medarbejder fortæller, hvad der er observeret, imens de andre lytter. Det er ikke tilladt at afbryde, hvilket beskrives som værende vanskeligt for medarbejderne at forstå i starten, men efterhånden er det lykkedes. Herefter kan kollegaerne komme med gode råd, og i samarbejde udarbejder man den omtalte handleplan. Beboerkonferencerne afholdes det pågældende sted en gang om måneden, men der afholdes også akutte konferencer, hvis det vurderes nødvendigt. Alle medarbejderne deltager i beboerkonferencerne, selv dem der har fri, da det er vigtigt, at alle medarbejderne ved, hvad der er aftalt, så de har samme udgangspunkt i forhold til den borger, der drøftes på konferencen. Lederen på plejecentret fortæller dog, at hvis disse beboerkonferencer skal være frugtbare, så skal medarbejderne turde snakke om det, der er svært og dele deres udfordringer. Samtidig fremhæver lederen vigtigheden af at udøve ledelse ”tæt på” og støtte den medarbejder, der møder udfordringer med en bestemt borger. Lederen mener, at disse beboerkonferencer har stor betydning for personalets trivsel. Det er nemlig på disse konferencer, at den tavse viden kommer frem, og hvor der er mulighed for at udvise omsorg for hinanden. På baggrund af dette, har det pågældende plejecenter, ifølge lederen, ingen sygemeldinger, som skyldes udfordringer eller episoder med borgere, der kan udvise udadreagerende adfærd.

3.2.3.10 Samarbejdet i personalegruppen og ledelsens betydning

Både i forebyggelse og håndteringen af udadreagerende adfærd fremhæves, på tværs af plejecentrene, vigtigheden af et godt samarbejde internt i personalegruppen. Det er vigtigt at turde være åben og sige, når noget er svært. Derudover bliver vidensdeling flere steder fremhævet som vigtigt både internt i personalegruppen og når der kommer vikarer. På et af plejecentrene har de som udgangspunkt ikke overlap i vagterne, så for at sikre videreformidling af vigtig information, har man en lyserød mappe stående på et kontor i hver enkelt bo-enhed. Mappen står samme sted i hver enhed, så samtlige medarbejdere kan finde den og har mulighed for at slå op i den, for at få den nødvendige information.

Derudover fremhæves det, at det fungerer godt at have faste afløsere, fordi det betyder, at det er sjældent, at der kommer helt ukendte medarbejdere ind til borgerne, hvilket er centralt i forhold til relationsarbejdets betydning for forebyggelse af udadreagerende adfærd.

I forlængelse af ovenstående om samarbejdet og kommunikation i personalegruppen beskriver de fleste af de interviewede medarbejdere også betydningen af at trække på husassistenter og køkkenpersonale, som de ser som vigtige ressourcepersoner i plejen. Disse faggrupper er også sammen med borgerne dagligt, og de kan være meget behjælpelige i plejen og har ofte god sparring med personalegruppen, hvis der er en konfliktsituation og problemer vedr. en borger.

Det fremhæves også som en styrke, at personalet har deltaget i de samme kurser og derved har samme viden og samme ståsted, fx i forhold til en konfliktsituation og at man derved "kan løfte i flok".

Det fremhæves desuden som en central pointe på et af plejecentrene, at det gode samarbejde, de gode relationer og det gode arbejdsmiljø smitter af på borgerne. Derfor er det vigtigt at finde "stjernestunderne" og have fokus på "hvad gik godt i dag?" Tilsvarende er det vigtigt ikke at sende den negative energi videre til personalet på næste vagt og undlade kommentarer som: "Ham her er godt nok tung i dag, sikke en masse problemer, der har været med ham". På plejecenteret arbejder man desuden aktivt med en anderkende tilgang som et værktøj internt blandt personalet, til at holde fokus på det gode, der bliver gjort ("hvor var det bare godt det du gjorde der") og arbejde videre med det positive også i de situationer, hvor det kan være svært. Endelig fremhæves det (i tråd med ovenstående) også som vigtigt at have nærværende og synlig ledelse, selv i travle perioder. Det beskrives som værende vigtigt, at ledelsen viser vejen fagligt og går foran med gode eksempler.

3.2.3.11 Inddrage eksterne ressourcepersoner

På et af plejecentrene fremstår de som særlig progressive i forhold til at tiltrække og bruge eksterne ressourcer, og få dem til at bidrage konstruktivt til plejen på stedet. Det er noget, man arbejder aktivt med på stedet, og allerede tidligt i bygge- og indretningsfasen har man inviteret lokalsamfundet ind, for at de lokale borgere kunne se, hvad der foregik på stedet. Projektlederen fortæller, at det var ekstremt velbesøgt og at man benyttede lejligheden til at rekruttere frivillige. På det pågældende plejecenter er der en stærk oplevelse af, at lokalsamfundet støtter op om stedet. Fx bliver der doneret frisørstole, genbrugsting til den lille butik, som er drevet af frivillige og lokale kunstnere byder ind på kunstopgaver og lignende. Tilgangen på stedet er i det hele taget, at det er vigtigt at søge fonde, så man har midler til at igangsætte aktiviteter, og der er fokus på at trække alle de ressourcepersoner ind, som kan være relevante for stedet. Således trækker man fx på VISO til at få konkret hjælp vedrørende særlige borgerproblematikker. Man har forskningssamarbejder, der gør, at man har adgang til viden om beroligende tilgange i indretning mv. Inddragelse af de eksterne parter kan hjælpe i konkrete situationer med udadreagerende adfærd, fx gennem VISO-forløb, men de eksterne parter er også centrale i forhold til at skabe spændende og varierede aktiviteter for borgerne (se afsnit om aktiviteter i det ovenstående og i afsnittet om midlertidige ophold).

På det pågældende plejecenter, ligesom alle de øvrige steder vi besøgte, arbejdes der med at inddrage frivillige ressourcer i arbejdet, hvilket ses som positivt i forhold til plejen, hvor man får mulighed for at tilbyde flere typer aktiviteter. Det fremhæves imidlertid, at det er vigtigt samtidig at have fokus på, at de frivillige klædes på til at kunne håndtere situationer med borgere, der udviser udadreagerende adfærd.

3.2.3.12 Håndtering og læring af udadreagerende adfærd

Det beskrives som centralt, at ledelsen tager problematikken vedr. udadreagerende adfærd alvorligt, og går ind i den konkrete løsning og håndtering af en given problematik. En leder fortæller eksempelvis, at de i en situation, hvor en borger udviste meget udadreagerende adfærd, i første omgang overvejede om plejecentret var det rigtige tilbud til vedkommende, men da det blev klart, at det var der borgeren skulle være, bl.a. fordi han allerede havde boet på stedet en årrække, blev tilgangen: "...at hvis vi ikke kan rumme denne type borgere, så må vi jo udvikle nogle kompetencer, der gør, at vi kan." Hermed gik ledelsen aktivt ind i håndteringen, og det blev set som en organisatorisk opgave at sikre, at personalet havde de nødvendige kompetencer til at håndtere den konkrete situation. Det beskrives i den pågældende situation som vigtigt at håndtere problematikken som både et plejefagligt problem og et arbejdsmiljøproblem. En leder beskriver at: "... i vores arbejde med at finde ud af, hvordan vi kan hjælpe [borgeren], prøvede vi jo også at finde ud af, hvordan vi kan hjælpe personalet. Og det blev en blanding af at udvikle nogle kompetencer og tænke i nogle sikkerhedsting. Ex havde vi en stige stående ude foran altanen sådan, at hvis man blev trængt op i en krog, så kunne man i hvert fald komme den vej ud." Der peges altså både bredt på kompetencer, der i den pågældende situation var at træne personalet i nænsom nødværge og at sikre personalet med beskyttende udstyr og etablere en nødudgang.

På tværs af cases peges der ofte på et behov for specifikke faglige værktøjer som alle medarbejderne får, så man både har den konkrete viden, men også kan føle sig tryk i forhold til, at man har redskaber til at håndtere situationen, og at der er en fælles tilgang.

I håndteringen bliver der, ligesom i forebyggelsen, peget på vigtigheden af at have en åben dialog om, at man som medarbejder fx føler sig utryk eller er bange. Ligesom det er vigtigt at have en undersøgende tilgang til fagligheden og kunne tale om dét, der er svært. Det gælder både internt i personalegruppen og i forhold til faglige ressourcepersoner.

Det beskrives også i nogle cases som centralt at sammensætte det rigtige team af medarbejdere til at håndtere gentagne og voldsomme situationer med en bestemt borger, sådan at teamet kender hinanden og den pågældende borger, og de aftalte procedurer. Derudover fremhæves det som vigtigt, at der er tid til at tale sammen efter en episode, inden man skal videre med plejearbejdet. I forbindelse med konkrete situationer som bliver meget voldsomme beskrives det desuden, hvordan det er centralt at inddrage de pårørende til en borger, der udviser udadreagerende adfærd, samt at informere pårørende til de øvrige borgere på stedet om situationen (i et omfang, der ikke bryder tavshedspligten) og evt. give dem mulighed for at flytte bolig, hvis de oplever det som utrykt eller der er risiko for at den udadreagerende adfærd kan komme til at berøre de øvrige borgere, på den måde bør der også være et større organisatorisk beredskab, som i alvorligere tilfælde går udover den konkrete situation mellem borgeren og personalet.

3.2.3.12.1 *Brug af VISO og andre ressourcepersoner*

På alle fire plejecentre er der gode erfaringer med at invitere VISO ind og få hjælp til en konkret problematik. Selvom man får hjælp til en konkret situation, oplever personalet også at kunne bruge tilgængene i andre sammenhænge, og der bliver ofte i interviewene refereret til noget, en medarbejder har fået fokus på efter et VISO besøg. Det fremhæves, i forbindelse med VISO besøgene, som vigtigt at kunne tale åbent om det, der er svært og turde afprøve forskellige tilgange.

Ligesom VISO kan være en hjælp, når der er udfordringer med udadreagerende adfærd beskrives det også som en hjælp med fx demensvejledere, der allerede er i huset og som man kan trække på. Personalet kan både bruge disse faglige ressourcepersoner til sparring, men de kan også være en konkret hjælp i forhold til at kunne gå ind og overtage en borger i en periode, fordi de har nogle andre faglige redskaber at trække på.

3.2.3.12.2 *Registrering af hændelser*

En anden central del af håndteringen af udadreagerende adfærd er registreringen af hændelserne. Hvis man har en person som slår, skubber, spytter eller hvad det kan være, så skal der udfyldes et registreringsskema, fortæller en arbejdsmiljørepræsentant på et af plejecentrene. Det er en klar aftale, vi har, siger hun. Derefter skal den pågældende medarbejder aflevere skemaet til en fra MED-udvalgt. Man skal altid give en fra MED-udvalget skemaet i hånden, så vedkommende kan læse det med det samme, siger arbejdsmiljørepræsentanten og fortæller, at de altid snakker med vedkommende, der har udfyldt skemaet, for at finde ud af om der er noget, der kan/skal gøres her og nu.

Hun fortæller imidlertid, at der også er plads til forbedringer både i forhold til, at medarbejderne får registeret og at de afleverer det direkte til en fra MED-udvalget. Hun forklarer, at medarbejdere fx kan finde på ikke at registrere, fordi de tænker, at der alligevel ikke sker noget med anmeldelsen. Arbejdsmiljørepræsentanten gør imidlertid meget ud af ofte at minde om, at man skal registrere: "Vi skal væk fra 'sådan er det bare' og 'der bliver alligevel ikke gjort noget ved det'", siger hun.

Kommer der en anmeldelse, sker der en hurtig opfølgning og der kan udarbejdes en handleplan på baggrund af anmeldelsen. Arbejdsmiljørepræsentanten fortæller, at der på det pågældende sted er en kultur, hvor det er OK at sige fra. Lederen er også god til at kontakte berørte medarbejdere. En medarbejder på et af plejecentrene fortæller om selv at være blevet slået. Det skete lige pludselig, fortæller hun. Jeg forstår stadig ikke, hvordan borgeren kunne ramme mig, når hun stod på den måde som hun gjorde, siger hun og fortæller, at hun efterfølgende var sygemeldt. Hun fortæller, hvordan hun blev helt overrumplet og vred. Hun fortæller, at hun siger til borgeren: "Du skal ikke slå mig, jeg kommer her for at hjælpe dig". Men så går der et par dage, og

så bliver jeg ked af det, fortæller medarbejderen. Hun fortæller, at hun gik og tænkte over det – du bliver slået i dit arbejde – ”det var virkelig ikke særlig sjovt, siger hun. Min leder sagde, at jeg skulle tale med en arbejdsmiljøkonsulent, de kan bruge på det pågældende plejecenter. Det gjorde jeg tre gange, siger medarbejderen og fortæller, at i den periode, hvor jeg var ude ved arbejdsmiljøkonsulenten, var hun ikke på afdelingen. Derefter kom hun langsomt tilbage til afdelingen igen.

Ud over den konkrete oplevelse med at være blevet slået fortæller medarbejderen om det overraskende i, at det skete for hende som ellers opfatter sig som én, der er god til at være opmærksom på andres behov. Oplevelsen påvirkede hendes faglige tiltro til at kunne håndtere borgerne, og medarbejderen beskriver, at noget af arbejdet hos arbejdsmiljøkonsulenten gik ud på at fjerne følelsen af skyld over, at det skete og indse, at hun ikke kunne have gjort andet, end hun gjorde i den konkrete situation.

Medarbejderen fortæller, at supervisorsforløbet hjalp. Derudover var det rart at opleve, at det blev taget godt imod, at man sagde fra. Hun fortæller. ”...for jeg måtte jo sige om morgenen, at jeg ikke kunne gå derover. Og så måtte de andre jo gøre det – og det gjorde de så.” Efter hændelsen blev der lavet en handleplan, hvor den berørte medarbejder blev flyttet fra afdelingen og derefter kom tilbage til afdelingen bare ikke hos den specifikke borger. Medarbejderen fortæller, at hun synes, hun er kommet over det, hvilket hun tænker er et tegn på, at det er blevet tacklet på den rigtige måde.

3.2.3.13 Vurdering af om det er nødvendigt?

En af de tilgange, som demensvejlederen nævner, er at vurdere nødvendigheden af en given handling, hvis en borger fx modsætter sig personlig pleje. Her bør medarbejderen vurdere, om det fx er nødvendigt, at en bestemt borger kommer i bad lige i dag eller om det kan vente. Samtidig bør medarbejderen tænke over, om det i virkeligheden er borgeren eller medarbejderen, der har et behov for, at borgeren kommer i bad. Hvis ikke det er nødvendigt, kan man undgå en konflikt ved at udsætte badet til et tidspunkt, der passer borgeren bedre. Demensvejlederen nævner endvidere, at afledning er den mest optimale løsning, så borgeren kommer til at tænke på noget andet. Når der er tale om voldsom udadreagerende adfærd, er nogle af de episoder, medarbejderne fortæller om, også nogle, hvor personalet må trække sig, for at passe på sig selv. Hvis borgerne udviser udadreagerende adfærd, og måske egentlig kunne have behov for pleje, men ikke er i nogle former for akut situation, så kan det være bedre at trække sig, fortæller nogle af de interviewede medarbejdere, og så komme tilbage senere. Man de lader dog samtidigt forstå, at det at trække sig, kan opleves som svært, hvis man oplever, at det er modstridende med ens forståelse af, hvad god pleje bør være.

3.2.3.14 Sammenfatning

3.2.3.14.1 Forebyggelse af udadreagerende adfærd

I de ovenstående tværgående tematikker, fremgår det, at forebyggelse af udadreagerende adfærd ikke ses som en problematik, der begrænser sig til særlige områder af plejen, men at dét, der kan trigge en borger og derved også bliver centralt i forebyggelse af udadreagerende adfærd, ses i alle grene af plejearbejdet fra den generelle indretning og helt ned til de ord, man bruger over for borgerne. Der peges gennemgående på stimuli (generelt i hverdagen og i forhold til konkrete aktiviteter), og den rette mængde af den, som centralt for at forebygge udadreagerende adfærd. Derfor handler meget af det beskrevne forebyggelsesarbejde om de miljøer, som borgerne er i, og det man gør, for at skabe en god hverdag for borgeren. Til dette arbejde fremhæves brugen af eksterne ressourcepersoner og frivillige, der kan understøtte ekstra aktiviteter. Der peges imidlertid også på, at det er vigtigt at klæde alle, der er omkring borgerne (herunder frivillige, køkkenpersonale, afløsere mfl.) på til at kunne håndtere den udadreagerende adfærd. I forhold til mere specifikke arbejdsmiljøtilgange peges der på vigtigheden af gode kollegiale relationer, som er udgangspunkt for at kunne hjælpe hinanden i forhold til borgere, der udviser udadreagerende adfærd, i forhold til at turde "sige fra" og at have en åben dialog om det, hvis der er noget som er svært. Det understreges, at det er vigtigt med stabilitet og opbakning i personalegruppen og at have støttende ledere, der både sætter en faglig retning og går til medarbejderne og støtter dem, hvis de har været udsat for en hændelse.

I forhold til brug af de faglige tilgange fremhæver mange af de interviewede behov for mere – og praksisnær – viden, særligt om demens. Det fremhæves, at det giver noget ekstra at hele personalet har deltaget i det samme kursus og kender en given tilgang, så man kan løfte i flok. Der peges også på, at det kan være svært at få personalet til at bruge de faglige ressourcepersoner, da det kan være forbundet med bekymring for at have begået fejl eller egen mangelfulde faglige kompetencer at skulle bede om hjælp. Derfor fremhæves det som vigtigt at arbejde aktivt med at skabe et åbent rum for at tale om det, der er svært.

3.2.3.14.2 Håndtering og læring af udadreagerende adfærd

I håndteringen af udadreagerende adfærd er det ligeledes vigtigt at kunne tale åbent med kollegaer om udfordringer med en borger og evt. om bekymring/frygt for at skulle ind til en borger. Det fremhæves som vigtigt, at problematikken omkring udadreagerende adfærd og personalets evt. bekymringer bliver taget alvorligt af kollegaer og ledere. Når der har været en hændelse, beskrives det som vigtigt at kunne tale hændelsen igennem med kollegaer, inden man skal tilbage til plejearbejdet.

I tilfælde, hvor medarbejdere har været involveret i en hændelse, fremhæves supervision som positivt. Der peges på, at det kan være godt for en tid at blive flyttet væk fra afdelingen eller den

pågældende borger. I forbindelse med en hændelse fremhæves det særligt som positivt at opleve, at det er acceptabelt at "sige fra" og at ens kollegaer bakker én op ved at overtage opgaven. Overordnet peges der i håndteringen af udadreagerende adfærd på vigtigheden af at registrere hændelserne og at lære af registreringerne. At få personalet til at registrere hændelser fremhæves som noget man, selv i best-cases, skal arbejde aktivt med for at sikre, at det gøres som en fast procedure.

3.2.4 Best-case eksempler fra hjemmeplejen

3.2.4.1 Resumé af de væsentligste pointer

Der kan ikke i herværende rapport tages højde for alle typer af hjemmeplejetilbud, da hjemmeplejen er organisatorisk hjemmehørende i den enkelte kommune, som inden for rammerne af lovgivningen har frihed til at organisere, som de finder det mest hensigtsmæssigt i forhold til kommunens samlede portefølje af tilbud.

Der peges på vigtigheden af at forstå bevæggrundene for den negative udadreagerende adfærd og at forebygge denne og at medarbejderne har mulighed for at sparre omkring deres oplevelser og problematikkerne både af hensyn til at være forberedt, når de besøger en konkret borger og af hensyn til det psykosociale arbejdsmiljø, som den enkelte medarbejder har.

I hjemmeplejen går den enkelte medarbejder på besøg i andre menneskers private hjem, hvilket kræver et eksplicit arbejdsmiljøfokus på, hvordan man agerer i eventuelle konfliktsituationer, så man både får dem løst og kan "blive inviteret" ind i det rum igen, som for den ene er et hjem og for den anden en arbejdsplads. Det er samtidig gennemgående, at det vurderes afgørende i forhold til en god forebyggelse, at der kan etableres en relation mellem medarbejder og borger. Også i forhold til det faste personale lægges der vægt på mulighederne for overlap og overlevering mellem vagter som et vigtigt fokus.

Ud over stabilitet i plejen peges også på vigtigheden af, at der er medarbejdere med de korrekte faglige kompetencer i forhold til de konkrete problemstillinger, der skal være nogen, som er uddannet/efteruddannet i metode og inden for området med demenspleje. Der skal desuden rekrutteres medarbejdere med "den rette profil".

I hjemmeplejen er der fokus på at skabe sikkerhed og tryghed for medarbejderen ved fx at sende to medarbejdere ud i særlige situationer, have fokus på overlevering, have alarmsystemer og vagttelefon samt uformelle samarbejdsaftaler på ruterne. Der er i mindre grad fokus på forebyggelse specifikt, udover at skabe mest mulige stabile rammer.

Det er et vigtigt arbejdsmiljøværktøj at skabe rammer for åben dialog om både gode og dårlige oplevelser. Dette er der et stærkt fokus på blandt de adspurgte, mens der i varierende grad er skabt formelle rammer for og legitimitet omkring en sådan dialog.

Der peges på ledelse som en afgørende funktion, og ledelsen skal både have en faglig såvel som administrativ kompetence, ligesom ledelsen skal sikre, at der sættes fokus på arbejdsmiljøproblematikker som fx krænkende adfærd og inddragelse. Ligeledes peges på, at det er afgørende vigtigt med synenergi mellem de forskellige organisatoriske setups internt i kommunen (og i relation til Regionen), således at en borger samt informationen kan følges "over grænserne".

3.2.4.2 Om hjemmeplejen

Da kommunerne selv bestemmer organiseringen af hjemmeplejen, er de enkelte hjemmeplejeenheder også forholdsvis forskellige. Således afhænger organiseringen af kommunens størrelse, det geografiske område hjemmeplejen skal dække samt de rammer og aftaler, der i øvrigt er i den pågældende kommune. Det er centralt at fremhæve, at der kan være nogle rammer og forudsætninger ét sted, som ikke er tilstede i andre hjemmeplejeenheder, eller som ikke nødvendigvis lader sig overføre. Det er også centralt at påpege, at denne afdækning blot inkluderer viden fra to specifikke kommuner ud af de i alt 98 kommuner, der er i Danmark. Skal man vide, hvad der virker i forhold til forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd *på tværs af kommuner*, er der behov for et større vidensgrundlag, der også kan tage højde for de forskellige organiseringsprincipper, som der er i de enkelte kommuner, og som ofte er med til at afgøre det specifikke fokus og plejetilgangen i det enkelte tilbud (har man fx tilbud, der alene er rettet mod borgere med demens? Eller har man organiseret sig med tilbud, der indeholder en bred vifte af borgere med forskellige behov?).

I det følgende gengives en række af de forhold som medarbejdere og ledere i de to kommunale hjemmeplejeenheder fremhæver som positive i deres arbejde, samt hvilke konkrete udfordringer, de støder på i det daglige arbejde.

Det beskrevne materiale bygger på besøg i to kommunale hjemmeplejeenheder i en henholdsvis lille og mellemstor kommune, placeret i to forskellige dele af landet.

3.2.4.3 Oplevelse af problematikken vedrørende udadreagerende adfærd

Udadreagerende adfærd kan både være fysisk og verbal. Der er kun få episoder med fysisk vold i de to hjemmeplejeenheder, der er besøgt. Medarbejderne beskriver, at den verbale udadreagerende adfærd kan være et udtryk for utryghed hos borgeren eller de pårørende. Der henvises fx til nogle episoder med verbalt udadreagerende adfærd hos frustrerede pårørende. I hjemmeplejeenhederne er der en stor forståelse for det pres og den sorg, de pårørende kan opleve,

ligesom man har forståelse for, hvis borgeren udviser udadreagerende adfærd. I sådanne tilfælde har man fokus på at se ud over den konkrete adfærd og have blik for, at det er i demenssygdommen, at årsagen skal findes.

I en af hjemmeplejeenhederne forklarer lederen, at det imidlertid ikke er antallet af episoder med udadreagerende adfærd, der betyder noget, men hvordan disse episoder håndteres. Er man bedre til at håndtere episoderne, fylder de heller ikke nær så meget, da de ikke udvikler sig, og personalet har en ro til at håndtere dem. Der lægges meget vægt på vigtigheden af kollegial sparing i forhold til at dele viden om borgerne og være godt klædt på til besøgene.

3.2.4.4 Organisering af hjemmeplejen

Den konkrete organisering betyder meget for, hvilke rammer og muligheder, der er i den specifikke hjemmepleje. Da organiseringen, som nævnt, er forskellig fra kommune til kommune, gennemgås organiseringen af de to besøgte hjemmeplejeenheder indledningsvist:

I den ene hjemmepleje i den lille kommune er der ansat både SOSU-hjælper og SOSU-assistent, og der bruges kun faste vikarer fra et internt vikarkorps. I den pågældende kommune er hjemmeplejen tværfagligt organiseret og har lokalefællesskab med sygeplejen og et demensteam i nogle store fælles kontorbygninger tæt på byen. Her er den administrative og den faglige ledelse lagt sammen og har ét samlet budget, der muliggør, at man i perioder flytter midler til særlige områder og kan prioritere specifikke faglige tiltag. Organisationen er kendetegnet ved et simpelt organisationsdiagram med en øverste leder og få områdeledere, at det opleves, som om der er en flad organisationsstruktur, at alle kender hinanden, og at det er nemt at trække på faglige ressourcepersoner og ledere i det daglige arbejde. I denne hjemmepleje arbejdes der særligt med Marte Meo, personcentreret pleje, og dertil er der et demensteam med særlig viden om det demensfaglige område.

I den anden hjemmepleje i den mellemstore kommune, er der ansat både SOSU-hjælper og SOSU-assistent, og der bruges så vidt muligt faste vikarer. De har til huse i et stort gammelt hus centralt i byen, hvor de har kunnet samle det meste af hjemmeplejen og sygeplejen under samme tag, dog er der enheder, som har til huse andre steder i kommunen. I huset, som er hovedmatriklen, er der frokoststuer, hvor hvert team mødes til morgenmøder og frokost og lign. Da varetagelsen af opgaver hos borgere, der er kendt med en psykisk diagnose, i denne kommune er lagt ud til hjemmeplejen, har man efter afprøvning af andre modeller valgt at oprette et psykiatriteam, som kun varetager besøg hos de borgere, der har en psykisk diagnose med behov for hjemmepleje. Da kommunen er relativ stor, er der geografisk opdelt teams. I hjemmeplejen arbejdes der struktureret med triagering (hvor borgere risikovurderes og markeres rød, gul eller grøn) i alle vagtlag. Der er på forsøgsbasis oprettet et demensteam, hvor en demenskoordinator eksempelvis kan stå for den tætte kontakt med pårørende og give den relevante viden videre til plejepersonalet.

Organiseringen af hjemmeplejen er på én gang et vilkår for medarbejdere og et udgangspunkt for mange af de ting, der fungerer henholdsvis godt og dårligt. På baggrund af de to cases er det ikke muligt at sige noget generelt generisk om, hvad der kendetegner en "god" organisering af hjemmeplejen, men det fremhæves her, hvad der i de to konkrete hjemmeplejeenheder vurderes at fungere godt og som kunne være inspiration for andre.

3.2.4.5 Respekten for borgeren og det private hjem

Flere medarbejdere fremhæver, at et vigtigt område i hjemmeplejen er respekten for den enkelte borger og for borgerens hjem.

En medarbejder, der arbejder i det særlige psykiatriteam fortæller om at være taknemmelig for at blive inviteret ind i de pågældende menneskers hjem. Hun forklarer: "Hos nogle, der har det så dårligt, som vi nogle gange ser, så er det en stor ting, at de har den tillid til mig, at de inviterer mig indenfor.

Hjemmeplejearbejdet finder sted i et særligt krydsfelt, hvor plejearbejdet udføres i borgerens private hjem. En medarbejder, som også er arbejdsmiljørepræsentant i den mellemstore kommune, fortæller, at det er vigtigt at være bevidst om, at det ikke bare er en almindelig arbejdsplads, hvor du kommer og udfører et stykke arbejde. Det er *et hjem*, og man skal derfor "inviteres indenfor" – og det er her, at relationen til borgeren er vigtig.

Medarbejderen fortæller, at folk er så gæstfrie og sætter ting frem, og har lavet kaffe til en, selvom de kun lige kan holde sig stående, det er så rørende, og det skal man som plejer have respekt for. Respekten for borgeren og borgerens hjem beskrives fx i kontrast til episoder med vikarer eller nyansatte, der måske tidligere har været på et plejecenter, hvor man selv låser døren op, og går ind til borgeren, hvilket det faste hjemmeplejepersonale oplever som helt forkert og også lidt krænkende for borgeren. De siger: "Det er et hjem, du bliver inviteret ind i og derfor er respekten vigtig."

En medarbejder fra psykiatriteamet understreger i denne sammenhæng også, at borgerens værdighed er vigtig. Et eksempel på, hvordan man kan respektere og værne om borgerens værdighed kan for eksempel være, at man selv i opkørte situationer, sørger for "at komme ud af døren på en god måde", sådan at borgeren ved, at selvom det har været en opkørt situation, så kommer plejepersonalet altid igen. Borgeren bliver ikke ladt i stikken, der kommer altid nogen.

3.2.4.6 Relationsarbejde: Kendt personale og kendte borgere

Kendskabet og relationen til borgeren bliver i alle interviewene fremhævet som centralt både i plejearbejdet generelt og i forhold til forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd.

Vigtigheden af kendt personale og kendte borgere fremhæves af begge hjemmeplejeenheder. Hjemmeplejen i den ene kommune bruger fx ikke eksterne timelønnede vikarer, men har deres eget interne vikarkorps, som de trækker på ved sygdom, netop for at sikre, at der er en kontinuitet i relationen og et kendskab til borgeren, når de kommer ud, selvom det er en vikar. Denne kommunes hjemmepleje fokuserer desuden på generelt at skabe et godt arbejdsmiljø, som er med til at sikre et lavt niveau af sygefravær, som ligeledes skaber en positiv spiral af stabilitet blandt personalet. Stabiliteten og det kendte personale fremhæves som afgørende for arbejdet med at forebygge udadreagerende adfærd.

I den anden kommune, hvor man har et demens- og psykiatriteam, arbejder man ud fra en tanke om, at det generelt, men særligt i de to specialteams, er vigtigt, at der er en fast kerne af medarbejdere, som borgerne kender og er trygge ved. Det fremhæves særligt som afgørende hos borgere med svær psykisk sygdom. En medarbejder forklarer fx, at det med de psykisk syge borgere og borgere med demens, oftere er vigtigere at få skabt en relation til borgeren, end det er at komme i mål med de konkrete plejeopgaver, fordi det er relationen, det hele skal bygge på. En af hjemmeplejeenhederne fortæller også om deres klippekortsordning, hvor borgerne ud over den konkrete pakke, de er visiteret til, optjener "klip" af et bestemt tidsinterval, som de kan bruge på en prioriteret opgave. En medarbejder fortæller, at borgeren typisk vælger ekstra støvsugning eller andre praktiske opgaver, men medarbejderen fortæller, at hun tit gør noget ud af at gøre borgerne opmærksomme på, at klippene også kan bruges på noget socialt. Fx fortæller hun, at en af de psykisk syge borgere over noget tid havde sparet klip sammen og fik hjælp til at gå ud at købe en ny sofa, og en anden borger ønskede at spise aftensmad med hjemmeplejeren, da hun ikke havde spist sammen med nogen, siden hendes mand døde.

3.2.4.7 Arbejdets organisering

Ligesom hjemmeplejeenhederne organisatorisk er opbygget forskelligt, er arbejdet også organiseret forholdsvist forskelligt i de to enheder. Der er dog også sammenfald: Begge steder begynder man med fælles morgenmøder, inden man kører ud til borgerne, og begge steder mødes man med sin enhed og spiser frokost sammen. Tilsvarende mødes nattevagten, inden de kører ud på ruterne, og der lægges vægt på vigtigheden af både de formelle og uformelle møder i afdelingerne.

I den ene hjemmepleje arbejder de systematisk med triagering, der er en særlig type risikovurdering, hvor man vurderer borgerne og inddeler dem i kategorierne: Rød, gul og grøn. Borgerne vurderes både i forhold til somatiske problematikker, ændringer i medicin og i forhold til udadreagerende adfærd. Kategorien rød, som er den kategori af borgere, man skal være særlig opmærksom på, gives fx ved nylig udskrivning fra hospital, ny medicin, efter et fald, udadreagerende adfærd og lignende. I den hjemmeplejeenhed, hvor man arbejder særligt med dette, er der triageringsmøder alle hverdage i den almindelige hjemmepleje, og hver dag i det

særlige psykiatriteam. Medarbejderne får at vide, om en borger er triageret henholdsvis rød, gul eller grøn inden et besøg.

Derudover arbejdes der med døgnrytme planer for borgerne, som fungerer som arbejdsredskab og løbendes tages op til revidering.

I forhold til arbejdets organisering peges der generelt på, at klare og ensartede arbejdsgange er vigtige. Fx, at det bliver kommunikeret tydeligt ud, at "sådan kontakter du demensteamet", så det er nemt at bruge i hverdagen. Ud over den faste struktur med morgenmøder o.lign. ser dagene typisk meget forskellige ud for medarbejderne fra vagt til vagt, og det er fx forskelligt, hvor mange borgere man har pr. kørsel, og hvori opgaverne i hjemmet består.

I den ene kommune har man valgt at have visitationspakker. Det betyder, at borgerne bliver visiteret til en bestemt pakke, som har forskelligt indhold, og hvor der er fastsat en særlig tidsramme til opgaverne. I fokusgruppeinterviewet med medarbejdere og ledere i denne hjemmepleje diskuteres de to visitationsformer; "pakker" og "ydelser". Fordelen, mener de, ved de mere uspecificerede pakker, som de har i den mellemstore kommune, er, at de er fleksible, dvs. at medarbejderen kan bestemme ydelser inden for pakkerammen. Det betyder imidlertid også, at "nye medarbejdere" kan have svært ved at vurdere, hvilke ydelser, der skal prioriteres. Med nye medarbejdere menes der i denne sammenhæng ikke kun nyuddannede og elever, men også bare medarbejdere, der er nye i det pågældende hjem. En medarbejder fortæller, at der fx kan stå "pleje", og at det reelt kan dække over alt muligt fra personlig pleje til blot at komme og give støttestrømper på, og at det kan være svært at vide, hvad det er, man skal, hvis man ikke kender borgeren på forhånd. Hun mener, at det ville være en hjælp i deres arbejde, hvis det klart fremgik, hvori opgaven bestod, sådan som det fx er tilfældet med den visitationsform, der kaldes "ydelser". "Ydelserne" har den fordel, at det gennem beskrivelsen af den konkrete ydelse, man er visiteret til, er defineret, hvad arbejdet i hjemme konkret består i. Det betyder, at det er overskueligt og forudsigeligt, og at der ikke opstår uoverensstemmelser i forhold til borgerens forventninger til besøget. Ulempen er, at man ikke kan prioritere opgaver ud fra borgerens ønsker og behov på dagen.

Selvom medarbejderne gerne ville have en større klarhed i forhold til opgaven, er fleksibiliteten imidlertid også vigtig, understreger en medarbejder, fordi det er heri, at det gode hjemmeplejearbejde ligger: At man er klar til at kunne omstille sig. Hun uddyber ved at sige: "Det kan være, at du kommer ud med en liste af plejearbejder, som du som hjemmeplejer skal lave, men så er det måske ikke lige det, som borgeren har brug for den dag. Der er det vigtigt at kende og kunne aflæse borgeren, og så tilpasse det til det, vedkommende har brug for eller kan rumme den dag. Der dur det ikke bare at gå i gang med listen, så er det, konflikterne kan opstå", forklarer hun.

Af dette afsnit fremgår det, at organiseringen både på det organisatoriske plan og i forhold til plejepersonalets opgaver er meget forskellige. På trods af disse store forskelle peger begge hjemmeplejeenheder på vigtigheden af den interne kommunikation. Når man varetager arbejdet individuelt, som det er tilfældet i hjemmeplejen, bliver faste møder og tid til vidensdeling, når man mødes så meget desto vigtigere.

Medarbejderne peger generelt på, at den meget specifikt afsatte og typisk meget begrænsede tid (fx 10 minutter i pakke 1, hvor man fx skal give støttestrømper på), kan være en stor udfordring i forhold til at skabe en god kontakt til borgeren, som er afgørende for samarbejdet og forebyggelsen af udadreagerende adfærd (se afsnittet nedenfor).

3.2.4.7.1 Demensteam

Begge hjemmeplejeenheder har særlige demensteams, hvis opgave er at kommunikere med pårørende og sætte plejepersonalet ind i det, de har brug for at vide i forhold til den pågældende borger. Den lille kommunes hjemmepleje har et fast demensteam, mens den mellemstore kommune har det som et projektforløb, som de håber at kunne forlænge, da de oplever, at de i projektperioden med det udekørende demensteam har opkvalificeret demenshåndteringen i hjemmeplejen. Det fremhæves som særlig vigtigt, at der med teamet er fagligt uddannet personale, fx er der en demensvejleder og en med uddannelse inden for Marte Meo tilgangen i teamet. Hjemmeplejeenheden, der har demensteamet i prøveperioden, oplever, at teamet har en vigtig funktion i forhold til at skabe den gode relation med borgeren og til dennes pårørende, og at "det giver noget", at det er fast personale, der kommer ud til borgeren med demens og er i dialog med de pårørende, der fx kan være meget mærket af, at deres tætte slægtning har fået en forværring i demenssygdommen. Derudover opleves det også rart for det almindelige plejepersonale, at der er en fast person, som kan videregive den relevante information i forhold til hjemmeplejebesøgene uden at de nødvendigvis selv skal følge udviklingen i et demensforløb tæt.

3.2.4.7.2 Psykiatriteam

I den mellemstore kommune er plejen af psykisk syge borgere i eget hjem lagt ud til hjemmeplejen. Her har man afprøvet forskellige modeller og fundet, at det var svært for det almindelige plejepersonale at håndtere denne borgergruppe. Derfor oprettede man "psykiatriteamet", som en særlig enhed, der tager sig af denne borgergruppe. Det er et mindre team med en kerne af faste medarbejdere, hvilket er særlig vigtigt i forhold til målgruppen (se afsnittet relationsarbejde). Her rekrutterer man medarbejdere specifikt til teamet, så medarbejderne er indforståede med opgavetyperne og borgergruppen på forhånd, og man sikrer, at man ansætter medarbejdere, der er særligt interesseret i det arbejde, og som evt. har en særlig erfaring fra psykiatriområdet.

I psykiatriteamet er der særlige udfordringer med borgere, der kan udvise udadreagerende adfærd og det er derfor også vigtigt, at medarbejdere "kan være i det", fx når porcelæn smadres

eller lignende., og ikke føler sig truet eller bliver bange, forklarer to medarbejdere fra teamet. Da der kan være særlige, udfordrende arbejdsvilkår i teamet, kræver det, at medarbejderne har en interesse for at arbejde med den pågældende borgergruppe. Det er også vigtigt, at der ikke skabes en fortælling om, at en borger fx er farlig, da relationen mellem medarbejder og borger er essentiel for, at medarbejderen bliver lukket ind i borgerens hjem og kan yde pleje.

Der bliver dog også taget en række skærpede forholdsregler i netop den enhed på grund af de særlige udfordringer. Fx er man altid to medarbejdere afsted første gang en borger er blevet visiteret til hjemmeplejeenheden, man er altid to, hvis borgeren har udvist udadreagerende adfærd ved sidste besøg, man bærer alarm, og der risikovurderes (ved triagering) hver dag.

Er der optræk til konflikt, er det vigtigt, at man trækker sig i tide, forklarer en medarbejder fra teamet. Det bliver dog også understreget, at det er vigtigt, at "man skal værdigt ud, for vi skal jo også ind igen", som en medarbejder, der arbejder i teamet, forklarer. Nogle gange møder man også en lukket dør, når man kommer, siger hun, og den skal man respektere, men borgeren skal vide, at vi kommer igen. En medarbejder fra psykiatriteamet fortæller, at mange i psykiatrien har oplevet store svigt igennem livet, og at det derfor er vigtigt at vise dem, at hjemmeplejen altid kommer igen og ikke svigter dem. "På den måde er det jo også et arbejdsvilkår, får vi fortalt, at uanset, hvor svært det sidste besøg var, så skal de udadreagerende borgere fortsat have hjemmepleje. "Vi kommer altid tilbage", siger en medarbejder. Dette mener medarbejderen også er særligt vigtigt set i lyset af, at der typisk ikke er så mange pårørende til denne borgergruppe, da "mange pårørende har givet slip". Den tætte kontakt til borgeren og kontinuiteten i at komme i de samme menneskers hjem gennem mange år betyder samtidig også, at medarbejderne oplever deres arbejde som meget meningsfuldt, når borgerne nogle gange faktisk rykker sig, og får det bedre.

3.2.4.7.3 Ruterne

I tråd med ovenstående om betydningen af relationen mellem borgeren og medarbejderen, fremhæves organiseringen af ruterne i hjemmeplejen derfor også som et centralt logistisk, men også fagligt vigtigt område, fordi det er i planlægningen af ruterne, at arbejdet reelt organiseres og kontinuiteten i hvem, der kommer i hjemmene kan skabes.

Begge hjemmeplejeenheder, fremhæver den omfattende logistik, der er ved at planlægge ruterne. En områdeleder i den lille kommune forklarer, at det er vigtigt, at man har mulighed for at mødes med planlæggerne, der i den pågældende kommune sidder et andet sted end det øvrige plejepersonale for netop at sprede en forståelse for det store arbejde, der ligger i at planlægge ruterne. Hun siger, at man i plejen måske nogle gange kan tænke, "ej, men hvorfor har de ikke planlagt det lidt bedre eller taget højde for det her". Men hun forklarer også, at når man faktisk har set det store arbejde, det er, så har man også en bedre forståelse for det puslespil, det er at få det

hele til at gå op. Hun understreger, at denne mulighed for at få en forståelse for hinandens arbejde er rigtig vigtig for at kunne skabe et godt samarbejde internt i hjemmeplejen.

I begge plejeenheder forklares der om vigtigheden af at organisere arbejdet, så dem med mest erfaring kommer ud til de mest krævende borgere. Det kan fx være, at man flytter vikarer og timelønnede til de "nemme" borgere i planlægningen af ruterne. Det kan imidlertid være svært at få det hele til at gå op, fordi der er mange hensyn at tage højde for, men også fordi borgernes situation ændrer sig og nogle gange forværres på kort tid.

I et interview i den anden hjemmeplejeenhed fortæller en medarbejder om, hvordan kollegaerne også hjælper hinanden ude på ruterne. I interviewet spørges der til, om man kan sige til sin leder eller sine kollegaer, hvis der er en borger, som man synes, det er svært at komme ind til.

Medarbejderen forklarer, at det er der stor åbenhed for, at man kan sige og understreger, at det netop er vigtigt, at man "kan sige fra". Det er imidlertid ikke altid, at ruteplanlæggerne med kort varsel kan nå at tage højde for, at en borger kan udvise udadreagerende adfærd og efterkomme et evt. ønske om at være to til besøget. Hun forklarer, at man i sådanne tilfælde altid kan finde ud af at være to til besøget ved at ringe til en kollega og "finde ud af at mødes". Hun fortæller, at det godt kan være, at det ikke kan lade sig gøre på papiret, men at det altid kan lade sig gøre i virkeligheden, hvor man kan trække på en kollega, hvis man føler sig utryk, indtil opnormeringen formelt kan indarbejdes i ruteplanen.

3.2.4.7.4 Alnearbejde og tryghed

Der peges på, at udfordringer med udadreagerende adfærd, og et evt. behov for at være flere medarbejdere hos en borger, er noget man i første omgang kan organisere sig ud af, når man bliver opmærksom på problematikken, da der typisk i forvejen er en række borgere, der kræver to medarbejders tilstedeværelse pga. tunge forflytninger o.lign. I praksis arbejder begge hjemmeplejeenheder desuden med at skabe en kultur, hvor man ikke oplever at føle sig alene. Begge hjemmeplejeenheder har en række regler og foranstaltninger, der skal modvirke, at den enkelte medarbejder kommer til at føle sig utryk i arbejdet.

Udadreagerende adfærd anses begge steder som uacceptabelt, men når det forekommer, respekteres medarbejdernes forskellige grænser, og det understreges, at det er vigtigt at tage højde for, at mennesker har forskellige grænser ift. udadreagerende adfærd. Holdningen i begge hjemmeplejeenheder er, at hvis en medarbejder føler sig utryk eller krænket, skal der handles på det.

Begge steder fremhæves det også, at det er vigtigt, at man taler sammen og siger, hvad der er svært og beder om hjælp, hvis der er behov for det. På en af arbejdspladserne understreges det, at det er vigtigt, at medarbejdere ved, at selvom de er alene ude ved borgeren, er de aldrig alene om at håndtere den svære situation. Den skal håndteres i fællesskab, understreges det begge steder.

I et fokusgruppeinterview med fire områdeledere og en arbejdsmiljørepræsentant i hjemmeplejen i en lille kommune, bliver det fortalt, at ledere, kollegaer og fagpersoner altid er behjælpelige med at finde løsninger på en problematik med en borger, der udviser udadreagerende adfærd. På den måde oplever de at have skabt en kultur med stor tryghed. Det kan arbejdsmiljørepræsentanten nikke genkendende til og fortæller, at hun aldrig føler sig alene i sit arbejde. Det fremhæves, at man som medarbejder slapper mere af, fordi man ved, at der altid er hjælp at få. En af de konkrete ting, der støtter op om denne oplevelse, er en regel om, at en medarbejder, der har været udsat for noget ubehageligt i arbejdet, fx udadreagerende adfærd fra en borger, ikke må tage hjem efter episoden, men skal tage omkring afdelingen og tale med nogen om det. Dette er vigtigt for at få det bearbejdet og afsluttet, så man ikke tager det med sig hjem eller oplever en øget utryghed på næste vagt.

En leder for natholdet i den mellemstore kommunes hjemmepleje, forklarer, at selvom hun som leder arbejder i dagtimerne, så har hun altid sin vagtefon liggende på natbordet, fordi hendes medarbejdere skal have den tryghed at vide, at de altid kan komme i kontakt med hende, hvis der er behov for det, mens de er på nattevagt. I forbindelse med ovenstående fremhæver lederen, at nattevagterne samt medarbejdere, der kommer hos bestemte borgergrupper eller i bestemte områder i byen, fx med høj kriminalitet, hvor man kan være særligt udsat eller føle sig utryg, skal bære alarm.

I begge kommuners hjemmepleje bliver der altså arbejdet aktivt med at modvirke problematikken omkring alenearbejde gennem en åben dialog og konkrete tryghedsskabende tiltag. Alenearbejde er en problematik, der er særlig fremtræden i hjemmeplejepersonalets arbejde, og som det er centralt at være særlig opmærksom på i forhold til problematikken vedr. udadreagerende adfærd i ældreplejen.

3.2.4.7.5 Godt samarbejde og kommunikation

I begge hjemmeplejeenheder fremhæves godt samarbejde og god kommunikation som vigtigt i håndteringen af udadreagerende adfærd. Et væsentligt element i den lille kommunes hjemmepleje er dialog i hverdagen, der skaber rum til at få talt om udfordrende borgere.

En af de vigtigste rammer for godt samarbejde, mener de medarbejdere og ledere, som deltager i samtalerne fra begge de to hjemmeplejeenheder, er dét at have et fysisk sted, hvor man mødes og sparrer med hinanden. De mener, at det er ideelt, at hjemmeplejen har til huse på én fælles matrikel. Det at være på den samme matrikel er også med til at understøtte den tværfaglige organisering, der fremhæves som en styrke i forebyggelsen og håndteringen af udadreagerende adfærd, da sygeplejen, hjemmeplejen og demensteamet er placeret under samme tag, og der derfor

altid er en relevant ressourceperson til rådighed. Medarbejderne i hjemmeplejen kan derfor hurtigt få hjælp og faglig sparring, hvis behovet opstår.

En leder i hjemmeplejen i den lille kommune mener, at det er meget vigtigt at mødes og spise frokost sammen. Det er dér, man kan få en konkret viden om en borger, som man måske ikke har været ude hos i noget tid, sparre med hinanden og udveksle tips til tilgange, forklarer hun. Det understreges, at særligt de uformelle møder er vigtige, i forhold til at tale om det plejefaglige og arbejdet ude hos borgerne. Som supplerende pointe til dette nævner en områdeleder i samme kommune, at indretningen af det sted, man mødes i hjemmeplejen, har betydning for skabelsen af dialogen. Lederen fremhæver fx, at deres barborde indbyder til samtaler og at de på den måde gennem indretningen forsøger at fremme dialogen. Samtidig sørges der for, at der er afsat tid til, at medarbejderne mødes hver morgen for at tale om den forestående vagt, hvilket understøtter og fremmer den åbne og dialogbaserede kultur, man ønsker. Disse daglige møder bidrager til, at medarbejderne er informerede om, hvilke borgere, der er udfordringer omkring, og det er samtidig en mulighed for at aflaste kollegaer, fx ved at aftale, at man i en periode overtager en borger, som en kollega ikke har overskud til at besøge, måske fordi noget i relationen er svær. Foruden de daglige møder, er der i hjemmeplejeenheden en fast drøftelse af "tunge" borgere én gang om måneden, hvor der udarbejdes en handleplan til håndtering af den pågældende borger. Denne handleplan evalueres løbende, så der hurtigt kan justeres i den, hvis de planlagte handlinger ikke virker. For at sikre videreformidling af alt relevant information, er vagterne også organiseret sådan, at en leder har en times overlap med det næste vagthold, hvor lederen kan fortælle om, hvad der er sket. Der er således et setup døgnet rundt, også i weekenderne og på helligdage, der sikrer denne videreformidling. Arbejdsmiljørepræsentanten i den lille kommunes hjemmepleje forklarer, at denne ordning er god. Der er en del medarbejdere i den pågældende hjemmepleje, for hvem det skriftlige kan være svært, og så er det godt at supplere med et mundtligt format, siger hun.

Det at mødes og tale sammen fremhæver arbejdsmiljørepræsentanten i den mellemstore kommune også som afgørende og siger: "Dokumentationen er vigtig, men der er flere nuancer i det sagte ord". Derfor fremhæver hun, ligesom der blev gjort i den anden hjemmeplejeenhed, hvor vigtige de uformelle møder internt i personalegruppen er (under frokosten, i kaffestuen, i omklædningsrummet), hvor man kan sparre med sine kolleger om en borger.

I den mellemstore kommunes hjemmepleje er der ikke overlap mellem vagtlagene, selvom kommunikation også her bliver fremhævet som noget af det mest centrale i forebyggelsen af udadreagerende adfærd. I stedet sker videns-udvekslingen primært uformelt, i omklædningsrum, og ved at man taler sammen, når man kommer lidt før en vagt, eller bliver lidt længere efter endt vagt.

Men det er ikke nødvendigvis let at tale om det, der er svært. I den lille kommunes hjemmepleje fortæller de, at det kræver en kultur, hvor det er velset, at man taler om dét, der er svært, og at man kan spørge om hjælp uden at blive mødt af nedladende kommentarer. At skabe en god og åben dialog på arbejdspladsen beskrives som en proces, hvor man gradvist bliver bedre til at dele dét, der er svært. Det kræver en indsats at skabe et godt miljø for dialog og faglige sparring. En medarbejder med en uddannelse inden for Marte Meo-tilgangen i den lille kommunes hjemmepleje fortæller, at hun fx bruger sin placering ved frokosten strategisk til at komme til at tale med nogle forskellige medarbejdergrupper, så de kommer til at kende hende, hendes arbejde og "tør" gå til hende, hvis der er behov for sparring vedrørende en borger. Når kontakten først er skabt, oplever hun, at medarbejderne har lettere ved at komme til hende med en problematik.

I den anden hjemmeplejeenhed fortæller en medarbejder med lidt ærgrelse i stemmen om, at det nogle gange kan være svært at få kollegaerne med på at "tale fagligt under frokosten". Hun vil gerne kunne bruge den korte tid medarbejderne trods alt har sammen til at vende en situation, en borger eller en problematik over frokosten, men oplever, at det kan være svært at komme igennem med det, fordi kollegaerne også gerne vil tale om andet end arbejde i pausen. Der peges dog på, at det, at man generelt kender hinanden godt, gør det lettere at trække på hinanden, spørge om hjælp og sige til (eller fra), hvis man oplever, at noget er svært.

3.2.4.7.6 Lederens rolle

I begge hjemmeplejeenheder bliver der peget på, at lederen er central i forebyggelsen og håndteringen af udadreagerende adfærd. I den ene hjemmepleje bliver der lagt vægt på vigtigheden af synlige og opsøgende ledere, der tør spørge ind til medarbejdernes udfordringer og give faglig sparring. Ved at spørge ind til medarbejderne, er lederne med til at skabe mere åbenhed, hvor medarbejderne føler, at hvis lederen kommer til dem, så kan de også komme til lederen. I praksis kan dette fx ske ved, at lederen sætter sig hos medarbejderne i frokostpausen og stiller spørgsmål.

Begge hjemmeplejeenheder fremhæver vigtigheden af, at lederen er tæt på personalet både fysisk ved at lederen har sit kontor tæt på, og i form af, at der er en oplevelse af, at "vi står her sammen". Denne følelse kan fx komme af, at der organisatorisk er en flad struktur, så man oplever lettere at kunne gå til sin leder.

Derudover skal lederen være en rollemodel ved at gå foran med gode eksempler, og det understreges, at høj faglig ledelse er afgørende for forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd. I den ene hjemmeplejeenhed fremhæves det fx som en konkret opgave for lederen at gøre medarbejderne opmærksomme på, at der eksisterer en handleplan for krænkende adfærd, og derigennem være med til at støtte op om medarbejderen og tage problematikken alvorligt.

Derudover peges der på vigtigheden af, at lederen selv er god til at arbejde tværfagligt og på tværs af organisationen. Dét at lederen arbejder på tværs i huset bevirker, at det tværfaglige arbejde også bliver bedre på medarbejderniveauet, så de får lettere ved at gå til hinanden, og det bliver nemmere at koordinere områder.

I hjemmeplejeenheden i den lille kommune beskriver Sundheds- og Omsorgschefen, hvordan det på det mere strategiske niveau opleves som en stor fordel at stå i spidsen for både den faglige og administrative ledelse, som er en nyere sammenlægning i den pågældende kommune, fordi det i praksis betyder, at der er en stor frihed til at igangsætte løsningsorienterede tiltag. Ved at samle hele området hos en leder bliver det muligt at fordele og prioritere ressourcer (økonomisk og personalemæssigt) efter, hvad der er behov for at sætte fokus på, fx investere i uddannelse, og i en periode allokere ressourcer til at løfte fagligheden i personalegruppen, for på sigt at få nogle bedre borgerforløb og fx blive bedre til at løse problematikker omkring udadreagerende adfærd og lignende.

3.2.4.8 Fokus på viden

Begge hjemmeplejeenheder understreger, at den rette faglige viden er vigtig i forhold til plejearbejdet generelt, og specifikt i forhold til håndteringen af udadreagerende adfærd.

I den ene hjemmeplejeenhed har man brugt puljemidler til at give alle medarbejdere i kommunens ældrepleje mere viden om demens. Man kan ikke have viden nok, understreger lederen.

I den anden hjemmeplejeenhed har man gennem afprøvning af forskellige tilgange fået en erfaring med, at man fx til psykiatriteamet skal ansætte medarbejdere specielt til det område, så man får nogle, der både har en interesse i at arbejde med området og har viden og erfaring med borgergruppen. Derudover har man afprøvet at ansætte andre faggrupper, fx socialpædagoger, for på den måde at få flere faglige vinkler ind i hjemmeplejen.

At have veduddannede medarbejdere inden for forskellige områder betyder, at der bliver flere kompetencer at trække på, så man både kan forebygge og løse rigtig mange problematikker og udfordringer selv i enhederne.

3.2.4.8.1 Forberede studerende til arbejdet i hjemmeplejen

I snakken om viden og uddannelse peger nogle af medarbejderne i den ene hjemmeplejeenhed på, at man også kunne gøre mere for at klæde de studerende på til arbejdet i hjemmeplejen. En medarbejder mener, at der er behov for at få flere praksiserfaringer netop fra hjemmeplejen ind i uddannelserne, så de studerende ved mere om, hvad der faktisk foregår i hjemmeplejen, og er klædt godt på til dette arbejde, der på nogle områder adskiller sig meget fra arbejdet på plejecentrene.

En medarbejder, der arbejder i psykiatriteamet i den mellemstore kommune, peger på, at det også er vigtigt at få succeshistorierne ind i uddannelserne, fx fra psykiatriområdet, så de studerende

ikke på forhånd er bange. Det kan nemlig være ødelæggende, forklarer hun, både for medarbejderen selv, og den relation man har ringere mulighed for at opbygge, hvis man er bange på forhånd.

Der henvises derudover til vigtigheden af et godt oplæringsforløb ude på arbejdspladsen med føl-ordninger (hvor man i en periode går sammen med en erfaren kollega), og vigtigheden af at have kollegaer at spare med som elev eller nyuddannet, hvor man ellers hurtigt kan opleve at stå alene.

3.2.4.9 Gode sektorovergange

En medarbejder, der arbejder i psykiatriteamet i den ene hjemmeplejeenhed påpeger, at det er rigtigt godt, når der er et godt samarbejde mellem sektorerne. Når samarbejdet er godt, er det både en fordel for borgeren, og det gør arbejdet lettere for medarbejderne i både regionen og kommunen. Hun har selv erfaring med at have et rigtigt godt samarbejde med en specifik region, da en borger, som var tilknyttet psykiatriteamet skulle på hospitalet. Der kunne de lave en fælles ledsagerordning, så hun kunne tage med borgeren på hospitalet. Dét, at hun kendte borgeren så godt, og havde mulighed for at være til stede under alle besøgene på hospitalet gjorde, at den konkrete borger med angst kunne modtage og gennemføre hospitalsbesøgene og behandlingen. I tilfælde som dette, hvor den pågældende borger ikke havde pårørende, var det særlig godt, at ordningen var mulig og også fungerede godt i praksis, både for medarbejdere og de ansatte på hospitalet.

Et andet godt eksempel på en vellykket overgang er en borger, der skal flytte hjemmeplejedistrikt, hvor man vurderer, at borgeren vil kunne reagere negativt på flytningen og de mange nye ansigter i hjemmeplejen. Derfor laver man en ordning, hvor man i en overgangsfase flytter det kendte hjemmeplejepersonale med, indtil borgeren har lært det nye distrikts personale at kende. Begge hjemmeplejeenheder mener, at de generelt er gode til at samarbejde om en borger, når vedkommende flytter fra et regi til et andet, skal på hospitalet eller lignende og understreger, at dette er vigtigt.

3.2.4.10 Sammenfatning

I det ovenstående fremgår det at: Respekten for den enkeltes hjem, relationsarbejde og arbejdsorganisering, der dækker: særlige faglige enheder, planlægning af ruterne, alenearbejde og skabelse af tryghed og lederens rolle sammen med fokus på viden og gode sektorovergange, er centrale temaer i hjemmeplejen i forhold til forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd. Derudover er samarbejde og kommunikation et tværgående tema som samles op afslutningsvist.

Respekten for den enkelte borger og det private hjem: Særligt for arbejdet i hjemmeplejen er, at det er et privat hjem, der er medarbejderens arbejdsplads. Det er et hjem, hvor man skal inviteres indenfor, og derfor er relationen mellem borger og medarbejder afgørende. Som medarbejder i

hjemmeplejen kan man godt møde en lukket dør. I praksis betyder det, at man ikke kan udføre dit arbejde, hvis relationen ikke fungerer. Men uanset, hvor konfliktfyldt det bliver, skal man altid tilbage til hjemmet igen, derfor er det også vigtigt, at man kommer ud af døren "på en god måde" selv i opkørte situationer.

Relationsarbejdet er vigtigt i forhold til både forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd. Relationsarbejdet er noget, der udvikles over tid, derfor er det vigtigt at have den fornødne tid til også at kunne opbygge og vedligeholde relationen, og derfor er der også en særlig problematik omkring nyuddannede, vikarer og medarbejdere, der ikke plejer at komme i et specifikt hjem. For at imødekomme problematikken arbejdes der særligt med fastholdelse af medarbejderne og godt arbejdsmiljø, der skal bidrage til at nedbringe sygefravær og faste vikarer samt fast personale til særlige områder.

I **organiseringen af arbejdet** fremhæves de særlige faglige enheder psykiatriteamet og demensteam som rigtige gode løsninger til den konkrete borgergruppe. Det er her, der er mange udfordringer med udadreagerende adfærd, og derfor er det centralt at have et særligt team, der er klædt godt på fagligt, og som består af en fast kerne af medarbejdere.

I hjemmeplejen er vagtplansorganiseringen herunder planlægningen af **ruterne** også et rigtig vigtigt område, hvor kontinuiteten i, hvem der kommer i hjemmene kan skabes. Gennem ruteplanlægningen kan man også sikre, at det er erfarent personale, der besøger de borgere, hvor der oftere opstår konflikter. Der peges på, at det er vigtigt, at ruterne formelt set bliver organiseret så godt som muligt, med alle de forskellige hensyn, der skal tages, og at man uformelt har mulighed for at lave tilpasninger ved at trække på en kollega, hvis man føler sig utryk i en konkret situation.

I begge kommuner bliver der arbejdet aktivt med at modvirke problematikken omkring **alenearbejde og tryghed** gennem en åben dialog og konkrete tryghedsskabende tiltag. Alenearbejde er en særlig problematik, som er unik for hjemmeplejepersonalets arbejde, og som det er centralt at være særlig opmærksom på i forhold til problematikken vedr. udadreagerende adfærd.

Kommunikation og samarbejde beskrives som særligt vigtig i forebyggelsen af udadreagerende adfærd, fordi dét at kunne mødes og sparre om borgerne og sikre hjælp og støtte og fx en anden tilgang til en situation, der måske er gået i hårdknude. I begge hjemmeplejeenheder mener man, at en fælles matrikel, hvor hjemmeplejen har til huse gør kommunikationen lettere og øger samarbejdet. Der henvises både til vigtigheden af formelle møder og god overlevering, og til vigtigheden af tid til den uformelle snak med lederen og kollegaerne. Det fremhæves, at der skal arbejdes aktivt med at skabe en god dialog i hjemmeplejen, og at det er afgørende, at man kender

hinanden internt i personalegruppen og på tværs af hjemmeplejen, for at den relevante faglige viden kommer i spil.

Lederens rolle fremhæves også som vigtig i forebyggelsen af udadreagerende adfærd.

Forebyggende skal lederen være en rollemodel og gå foran med en god faglig tilgang til plejen.

I forhold til håndteringen efter en hændelse fremhæves det, at lederen har en central rolle i forhold til at støtte personalet, tage problematikken alvorligt og evt. yde hjælp i forhold til at indrapportere mv.

Fokus på viden. Det bliver understreget, at man ikke kan vide nok om det faglige område. Derfor ses det generelt som vigtigt at klæde hele personalet fagligt på, og specifikt inden for de særlige områder psykiatri og demens, er det vigtigt med de rette faglige kompetencer og personale, der vil området. Det bliver påpeget som relevant at forberede de studerende på det specifikke arbejde i hjemmeplejen inden de kommer ud i arbejdet samt at fortælle flere gode historier fra praksis også fra psykiatriområdet, så elever ikke er bange på forhånd, når de kommer ind i arbejdet.

Gode sektorovergange fremhæves som vigtig i forebyggelse af udadreagerende adfærd, da et velfungerende og en særlig tilpasset løsning til en borger med særlige udfordringer, kan være afgørende for at fx et hospitalsforløb eller overflytning til en ny hjemmeplejeenhed kommer til at fungerer godt.

3.2.5 Tværgående opsamling for best-case

I det foregående har vi gennemgået centrale tematikker for forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd i hhv. hjemmeplejen, midlertidige ophold og på plejecentre.

Gennemgangen har været struktureret efter: udfordringer med udadreagerende adfærd, forebyggelse af udadreagerende adfærd, håndtering af udadreagerende adfærd, samt læring omkring håndteringen af udadreagerende adfærd.

Nedenfor gennemgås med udgangspunkt i samme struktur, de tematikker, der er genfundet på tværs af typerne af tilbud

3.2.5.1 Udfordringer med udadreagerende adfærd

På tværs af de tre typer tilbud beskrives problematikken vedrørende udadreagerende adfærd som størst i forbindelse med bestemte borgergrupper, særligt psykisk syge borgere og borgere med demens. I kortlægningen er det på plejecentrene, at problematikken vedrørende udadreagerende adfærd opleves som størst, hvilket kan ses i sammenhæng med, at det også er her, flest af de mest syge borgere kan forventes at være visiteret hen.

Generelt fremhæves kendskabet til borgeren og erfaring med diagnosen demens som værende vigtigt for at kunne give en god pleje og undgå negative oplevelser. I de besøgte midlertidige ophold fremhæves problematikken med udadreagerende adfærd ikke som en særlig problematik, det var ellers forventet, da man i de midlertidige tilbud netop antages at have mindst kontinuerligt kendskab til de borgere, der anvender tilbuddet. Oplevelsen med udadreagerende adfærd beskrives i stedet for i de midlertidige tilbud som periodisk og noget, der primært håndteres, når en borger, der udviser udadreagerende adfærd er i tilbuddet. Dog fremgår det samtidigt af kortlægningen af de midlertidige tilbud, at borgerne reelt ofte er kendt af personalet i forvejen, fordi de er gengangere i det samlede organisatoriske setup i kommunen/regionen. Dette kendskab ses som en fordel, fordi det medvirker til, at plejepersonalet og borgeren har en relation, hvilket der alle steder lægges positiv vægt på. Den forventede sammenhæng mellem karakteren af tilbuddet som midlertidigt og det manglende personkendskab blev altså bekræftet af de interviewede som værende uhensigtsmæssig, men dette blev ikke afspejlet i praksis, fordi der samlet i organisationen ofte var kendskab til borgeren.

3.2.5.2 Forebyggelse af udadreagerende adfærd

Alle de steder, der er besøgt, fremhæver forebyggelse af udadreagerende adfærd som sammenflettet med en god plejetilgang. De temaer, der går på tværs for alle casene, er vigtigheden af personcentreret pleje og betydningen af relationsarbejde. I forbindelse med dette fremhæves – og efterspørges – mere viden/flere kompetencer omkring demens eller specifikke metoder/tilgange til håndtering af borgere, der udviser udadreagerende adfærd.

Af mere organisatoriske tiltag peges der alle steder på vigtigheden af kommunikation mellem de ansatte og det at kende hinanden godt også i personalegruppen. I hjemmeplejen er det særligt, fordi man er alene ude hos en borger og man derfor har behov for sparring eller at få overleveret relevant viden om en borger. På plejacentrene er det særligt i forbindelse med de forskellige vagtskift, at der er behov for overlevering. Alle de pågældende steder ses behovet for kommunikation desuden også særligt i relation til vikarer og afløsere. Der er et modsætningsforhold i, at alle fremhæver vigtigheden af intern kommunikation og (mundtlig) overlevering, mens kun få af de besøgte arbejdspladser organisatorisk har et system, der understøtter dette behov, fx formelle overlap mellem vagter. I stedet foregår meget af denne kommunikation uformelt og uforpligtende.

Ud over betydningen af selve kommunikationen fremhæves det også som centralt for at kunne forebygge og håndtere udadreagerende adfærd, at man kan tale åbent sammen i kollegagrupper, om dét, der er svært, og at man kan bede om hjælp. Alle steder peger også på betydningen af at have gode ledere, der både sætter en faglig retning, tager problematikken vedrørende udadreagerende adfærd alvorligt og som er opsøgende og støttende i forhold til konkrete hændelser.

Af områdespecifikke forebyggende tilgange peges der i plejecentrene særligt på de rammer, borgerne befinder sig i, altså arkitekturen, måden plejecentret er bygget på, indretningen og udemiljøet. Gennem disse rammer bliver det muligt at skabe tryghed for borgerne og sikre en god balance i stimuli i hverdagen, hvorved udadreagerende adfærd kan mindskes. Der peges også på betydningen af at tilpasse indretningen til borgergruppen, fx fjerne bestemte genstande i boligen og opholdsrum, for at reducere risikoen for overstimulering for borgere med svær demens. Desuden peges der på, at man gennem indretning kan påvirke borgernes adfærd uden at begrænse dem, og derved kan man undgå konfliktsituationer. På plejecentrene peges der desuden på betydningen af øvrige ressourcepersoner, såsom det faste køkken- og rengøringspersonale, og frivillige, der alle kan bidrage konstruktivt til plejen, men som det også er vigtigt at klæde på i forhold til at kunne håndtere udadreagerende adfærd.

På de midlertidige ophold, såsom dagcentre, peges der på, at det er særligt centralt at lave et godt match borgerne imellem og mellem borgere og aktivitet, så man kan tilgodese de nogle gange meget differentierede behov og sikre meningsfulde aktiviteter og den rette mængde stimuli til de forskellige borgergrupper, der kommer i tilbuddet. Der fremhæves særligt behov for at kunne trække sig tilbage til mere skærmede områder og/eller få ro og hvile under opholdet.

I hjemmeplejen fremhæves arbejdets organisering, herunder planlægningen af ruterne, som særligt relevant, da det er her, man kan sikre kontinuiteten i, hvem der kommer i de respektive borgers hjem, og hvis der er behov for at være to til et besøg. Desuden påpeges det, at den korte tid, man har til besøget og plejeopgaven kan være en udfordring for at kunne skabe og vedligeholde relationen til borgeren, som vurderes at være nødvendig både i plejen generelt og specifikt i forhold til forebyggelse af udadreagerende adfærd.

Derudover fremhæves særligt det forhold, at der er tale om alene-arbejde i hjemmeplejen, og der peges på tiltag såsom at bære alarm om natten ved besøg i bestemte bydele og hos bestemte borgergrupper, som værende centrale for at skabe tryghed for medarbejderne. Derudover fremhæves en regel om, at man skal tale med nogen om en evt. hændelse, inden man tager hjem efter en vagt, hvor man har oplevet udadreagerende adfærd fra en borger, og at ledere gør meget for at være tilgængelige og opsøgende i forhold til medarbejdere, der har været ude for noget i arbejdet. Endelig peges der på gode sektorovergange, som særligt relevante i hjemmeplejen i forhold til at forebygge udadreagerende adfærd. Her består forebyggelsen i, at man følger borgeren på tværs af sektorerne, så det handler altså også her om, at man forebygger ved at etablere en relation og et kendskab til den konkrete borger.

3.2.5.3 Håndtering af udadreagerende adfærd

Alle steder ses udadreagerende adfærd som en vigtig problematik, der bliver taget alvorligt og prioriteret i organisationen og af ledelsen. Dette er et vigtigt afsæt i forhold til at arbejde med problematikken og for at undgå, at medarbejderne bliver "dobbelte ofre" (dobbelviktimering), først ved at blive udsat for en voldsom episode, og dernæst at opleve at blive ignoreret eller ikke blive taget alvorligt.

Når der har været en hændelse, beskrives det som vigtigt at kunne tale hændelsen igennem med kollegaer, inden man skal tilbage til plejearbejdet.

Det beskrives også på tværs af cases som vigtigt, at der det pågældende sted er en åben dialog om det, der er svært, at man kan bede om hjælp eller sige fra i situationer, hvor man føler sig utryk. At have en arbejdsplads, hvor en åben dialog er fremherskende, beskrives dog som noget, man kontinuerligt skal arbejde med at understøtte, og det beskrives, at særlige faglige ressourcepersoner og specifikt ledelsen har en vigtig rolle i at skabe denne kultur på arbejdspladsen.

Der peges på, at det i nogle tilfælde med udadreagerende adfærd kan opleves som værende et modsætningsforhold mellem det, som plejepersonalet oplever som "at yde god pleje", og det at passe på sig selv i arbejdet, fx at det kan være svært at skulle trække sig fra situationer, hvor personalet synes, at borgeren burde få pleje (fx komme i bad), men hvor borgeren ikke ønsker det, og udviser udadreagerende adfærd.

I tilfælde, hvor medarbejdere har været involveret i en hændelse, fremhæves supervision som positivt. Der peges på, at det kan være godt for en tid at blive flyttet væk fra afdelingen eller den pågældende borger, der har udvist udadreagerende adfærd. I forbindelse med en hændelse, fremhæves det særligt som positivt at opleve, at det er acceptabelt at "sige fra" og at ens kollegaer bakker én op ved at overtage opgaven.

3.2.5.4 Læring af udadreagerende adfærd

Alle de besøgte cases registrerer hændelser, som er centrale for både håndtering og læring i forhold til fremtidig forebyggelse. Dog fremhæves det flere steder, at registrering er noget, de kan blive bedre til ude i de enkelte plejeenheder. Selvom der opfordres til registrering, beskrives det, at der kan være en tvivl om, hvorvidt det "løser" noget. Dette kunne tyde på, at man kan blive bedre til at bruge registreringerne til proaktiv forebyggelse (fx lave analyse af indsamlede cases for at se mønstre i tid, episoder, kontekst ol.). Er en systematisk tilgang allerede etableret, er det vigtigt at kommunikere til medarbejderne, hvordan registreringerne bruges, da det viser, at deres arbejdsmiljø tages alvorligt, og det kan give incitament til at fortsætte med at registrere.

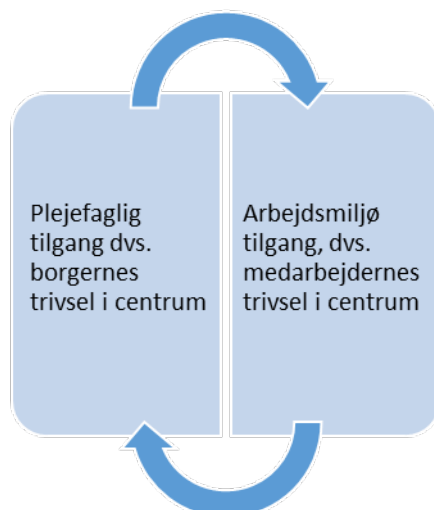
4 DEL 3: VOLDSFOREBYGGELSE I ET ARBEJDSMILJØPERSPEKTIV

4.1 Ansattes arbejdsmiljø og borgernes trivsel må tænkes sammen

I rapportens indledning begrundes, hvorfor forebyggelsen og håndteringen af voldsomme episoder i ældreplejen er en kompliceret opgave, hvor der skal tages hensyn til både borgerens rettigheder og trivsel såvel som medarbejdernes arbejdsmiljø og helbred. Der blev ligeledes nævnt, at det ser ud som om, at der mangler en mere sammenhængende strategi. Dvs. at de eksisterende indsatser, som har til formål at forebygge udadreagerende adfærd fra borgere med demens, oftest har afsæt i enten arbejdsmiljøområdet eller demensområdet, men ikke i en sammenhængende indsats, som forener både borger- og medarbejderperspektivet med virksomme og målrettede metoder og tilgange. Resultaterne fra litteraturgennemgangen bekræfter denne observation, idet der ikke blev fundet studier, som i dybden undersøger samspillet mellem en demensfaglig tilgang og en tilgang, som har fokus på arbejdsmiljøaspekter. Der blev kun fundet en mindre andel studier, som har undersøgt, hvilke indsatser, der gavner borgerne og samtidigt har positive effekter på medarbejdernes velbefindende og arbejdsmiljø. Når der ses på de indhentede kvalitative data fra ekspertinterviews og best-cases tegner der sig dog et billede af, at der i praksis udfoldes et mere integreret perspektiv, dvs. i praksis er der en større opmærksomhed på, at borgernes trivsel og medarbejdernes trivsel hænger sammen, og at begge sider har brug for løbende opmærksomhed.

I baggrundsafsnittet blev gennemgået forskellige forhold, som muligvis står i vejen for opmærksomhed på mere sammenhængende indsatser, som forener borger- og medarbejderperspektivet. Heriblandt er, at forskningen i sig selv har en tendens til at være monofaglig og ikke tværfaglig. Men der findes gode grunde til, hvorfor det netop forskningsmæssigt giver mening at undersøge indsatser, som bygger på begge perspektiver.

Som vist i litteraturgennemgangen findes der enkelte studier, som undersøger, om anvendelsen af en bestemt plejetilgang påvirker plejemedarbejdernes arbejdsmiljø og trivsel, fx jobtilfredshed eller stress. Disse studier bygger på den grundlæggende antagelse, at en reduktion af udadreagerende adfærd, vil have positive virkninger på medarbejdernes arbejdsmiljø. Det antages desuden, at der også er den omvendte sammenhæng, dvs. at medarbejdernes positive arbejdsmiljø er en central forudsætning for at levere pleje af god kvalitet, hvilket bidrager til bedre trivsel blandt borgerne og til forebyggelsen af udadreagerende adfærd (se figur 3).



Figur 3: Illustration af den dobbeltvirkende sammenhæng mellem pleje og arbejdsmiljø.

4.1.1.1 Centrale mekanismer

Sammenhæng mellem arbejdsmiljø og borgernes trivsel kan tænkes at virke gennem en række mekanismer. Den mest direkte mekanisme er, at et arbejdsmiljø, hvor risikoen for at blive udsat for udadreagerende adfærd er meget lille, antages at bidrage til mindre stress, højere arbejdstilfredshed, bedre fastholdelse i jobbet og i længden færre helbredsproblemer blandt medarbejderne. Dette giver bedre forudsætninger for at opbygge gode relationer mellem borgeren og den person, som står for plejen, en generel styrkelse af plejekvaliteten, samt bedre muligheder for at opbygge en fælles forståelse i medarbejdergruppen i forhold til en fælles tilgang til voldsforebyggelse. Men sammenhæng kan også virke gennem andre arbejdsmiljøaspekter. For eksempel kan en bedre balance mellem krav og ressourcer bidrage til mindre risiko for udadreagerende adfærd, fordi medarbejderne har mere overskud til at have fuld opmærksomhed på borgernes behov. Et andet arbejdsmiljøaspekt, som kan tænkes at have en positiv virkning i forhold til udadreagerende adfærd, er det sociale klima. Et socialt klima på arbejdspladsen, som er præget af støtte og tillid, hvor der også kan henvises til udfordringer, som er svære at klare, vil være med til at understøtte varetagelsen af en god plejeindsats. En åben kommunikation om udfordringerne i plejeopgaverne kan bidrage til, at problemerne bliver italesat, så processen om at finde tilpassende løsningsmulighederne kan igangsættes.

Et forskningsstudie foretaget af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø blandt medarbejderne i ældreplejen fandt, at de hyppigste grunde til, at medarbejderne valgte at opgive deres arbejde, var deres psykosociale arbejdsmiljø, som fx dårlige relationer mellem medarbejderne og lederne, høje krav i arbejdet samt høje følelsesmæssige krav, og manglende indflydelse, men også utilfredshed over at opleve ikke at have mulighed for at anvende den faglige viden (Clausen et al., 2014). Dvs. det kan antages, at et bedre psykosocialt arbejdsmiljø vil bidrage til bedre fastholdelse, som igen kan bidrage til mindre risiko for udadreagerende adfærd gennem de mekanismer, som er beskrevet herover.

Medarbejdernes arbejdsmiljø og borgernes trivsel antages dermed at have indflydelse på hinanden, og en samtidig opmærksomhed på begge aspekter antages derfor at være til fordel for medarbejderne såvel som for borgerne.

Selvom man betragter de ansattes arbejdsmiljø og borgernes trivsel som to sider af samme sag, mangler der indtil videre en fælles ramme, som i højere grad end i dag forener borgerens og medarbejderens perspektiv og situation. I det følgende peges på viden om forebyggelse af udadreagerende adfærd med afsæt i et arbejdsmiljøperspektiv. Det følgende bygger på viden, der er bredt anerkendt som grundlæggende vigtig viden i forhold til at forebygge, håndtere og lære af arbejdsrelateret vold og trusler, men er ikke specifikt undersøgt i forhold til ældreplejen, hvorfor det er et stærkt supplement til litteraturstudiet, som har fremsøgt den mere specifikke litteratur omkring området (del 1).

4.2 Forebyggelse set fra et arbejdsmiljøperspektiv

Ud fra et medarbejderperspektiv er det vigtigt, at medarbejderne ikke udsættes for vold og trusler på arbejdet. Dette kræver blandt andet, at der aktivt arbejdes med voldsforebyggende indsatser, inklusiv en løbende registrering af voldsepisoder, som udgangspunkt for afdækning af viden og organisatoriske tilpasninger, som tager højde for de identificerede risici. Ud fra et borgerperspektiv er det vigtigt, at borgeren føler sig tryk og forstået, og at medarbejderne har viden om, hvordan demenssygdom og adfærdændringer hænger sammen og kan føre til udadreagerende adfærd. Denne forståelse, som er nødvendig for at udøve kompetent pleje for borgerne med demens, kan dog stå i vejen for, at medarbejderne og lederne er opmærksomme på at sikre deres eget arbejdsmiljø (se afsnittet om håndtering af udadreagerende adfærd på plejecentre), hvor udgangspunktet er, at medarbejderne ikke skal udsættes for vold fra borgerne. Modsat kan et meget stærkt fokus på medarbejdernes tryghed og arbejdsmiljø føre til stigmatisering af borgeren, der udviser udadreagerende adfærd som en "risikofaktor", dvs. en voldelig og dermed farlig person. Det er derfor vigtigt at tydeliggøre over for medarbejderne, lederne, borgerne og deres pårørende, hvordan begge perspektiver godt kan tænkes sammen til fordel for alle.

Men det er også vigtigt at være opmærksom på, at voldsforebyggelse i ældreplejen er mere end blot plejetilgange, som gavner borgerne og medarbejderne. En effektiv forebyggelse af vold på arbejdet kræver en mere omfattende og integreret tilgang på alle niveauer i organisationen, dvs. fra den enkelte medarbejder, medarbejdergruppen, ledelsen og organisationen mere overordnet (IGLO²). I det følgende afsnit vil det derfor blive beskrevet, hvad der grundlæggende anbefales i forbindelse med voldsforebyggelse på arbejdspladserne.

4.3 Hvordan forebygger man vold på en arbejdsplads?

International forskning (Campbell et al., 2014; Runyan et al., 2000; Wassell, 2009; Wharton & Ford, 2014) og vejledninger (State of Victoria, 2018; Workers Compensation Board of British Columbia, 2018) peger på, at der på arbejdspladser, hvor risikoen for vold er høj er brug for en løbende og systematisk forebyggelse.

² IGLO: Forbøgstavene i: Individ, Gruppe, Ledelse, Organisation. Som nogle steder anvendes i sin udvidede form LOGIK: Ledelse, Organisation, Gruppe, Individ, Kombineret indsats.

Helt overordnet kan voldsforebyggelse deles ind i primære, sekundære og tertiære forebyggelsesaktiviteter.

- Med primær voldsforebyggelse menes der alle aktiviteter, som prøver at forebygge at vold opstår. Disse aktiviteter omfatter derfor mange forskellige indsatser, som hver især og i fællesskab kan bidrage til, at risikoen for vold og udadreagerende adfærd bliver så lille som muligt.
- Sekundær forebyggelse omfatter de aktiviteter, som bidrager til, at en oplevet voldsepisode ikke fører til mere alvorlige konsekvenser som fx posttraumatiske stressreaktioner. Disse aktiviteter har dermed især opmærksomhed på hurtig og kompetent krisehjælp, samt opfølgning i de efterfølgende dage.
- Tertiær forebyggelse beskæftiger sig med at sørge for, at medarbejderne, som har været udsat for vold og er blevet langtidssygemeldt på grund af det, får behandlinger, som forhindrer, at deres helbredsproblemer bliver kroniske og at de har gode muligheder for at vende tilbage til arbejde.

I det følgende beskrives vigtige aspekter ift. primær og sekundær voldsforebyggelse, mens den tertiære forebyggelse ligger uden for rapportens fokus.

4.3.1 Primær voldsforebyggelse

Til en systematisk primær voldsforebyggelse anbefales det især at fokusere på følgende tre aspekter (Arbejdstilsynet, 2011):

1. En grundig og løbende risikoanalyse:
Hvornår er der en særlig høj risiko for vold og hvad er baggrunden for det?
2. En tilpasning af arbejdsopgaver og indretning på baggrund af risikoanalysen:
Er indretning af arbejdspladsen og arbejdsopgaverne planlagt på en måde, som mindsker risikoen for vold?
3. Medarbejdernes kompetencer og rammer:
Har medarbejderne de nødvendige kompetencer og rammer i deres arbejdsmiljø, så de bedst muligt kan håndtere disse risici?

4.3.1.1 Grundig og løbende risikoanalyse

Jo mere præcist det kan indkredses i hvilke situationer der forekommer udadreagerende adfærd og dermed vold, desto bedre er arbejdspladsen rustet til at sætte målrettet ind og forebygge. Derfor er det vigtigt, at arbejdspladsen har et system, hvor det systematisk bliver registreret, i hvilke situationer, de enkelte borgere udviser udadreagerende adfærd. Det kan fx være i kravsituationerne eller i situationer med for mange eller for lidt stimuli. Men det kan også være pga. fysisk eller psykisk mistrivsel, der stammer fra smerter, forvirringstilstande eller fra ubehandlede somatiske sygdomme, infektioner eller lignende (Nationalt Videnscenter for Demens, 2017). Det kan også være borgere, som tidligere har vist tegn på udadreagerende adfærd. Andre opmærksomhedspunkter kan være ny medicin eller ændringer i omgivelserne. Derudover kan det

være relevant at registrere, om udadreagerende adfærd opstår i situationer, hvor plejepersonalet har særlig travlt (fx på en dag med mange sygdommeldinger eller en dag med særlige opgaver). Registrering af disse situationer giver mulighed for at finde mønstre i borgernes adfærd i bestemte situationer eller at være opmærksom på bestemte perioder i arbejdsdagen, og det åbner vejen for, at disse situationer kan tilpasses og håndteres på en mere hensigtsmæssig måde.

Ud over registreringer er det også vigtigt, at medarbejderne orienterer hinanden, hvis de er blevet opmærksom på, at en borger udviser adfærd, som måske kan udvikle sig til mere udadreagerende adfærd i løbet af dagen. Disse informationer er især vigtige at give videre til medarbejderne ved vagtskifte.

Derudover er det vigtigt at inddrage viden om risici, som kan øge risikoen for vold. Det kan være viden om borgerne, som muligvis har svært ved at vænne sig til bestemte ændringer i omgivelserne. Endelig er det også brug for at være særlig opmærksom på medarbejdere, som endnu ikke har mange års erfaring eller ikke har haft mulighed for at opbygge en relation til borgerne (fx nyansatte, elever og vikarer) eller medarbejdere, som arbejder alene, og som derfor har særlig brug for rammer, som de kan trække på, når de pludselig har brug for hjælp.

4.3.1.2 Tilpasning af arbejdsopgaver og indretning på baggrund af risikovurdering

På baggrund af bedre kendskab til årsager eller situationer, som kan bidrage til, at borgere udviser udadreagerende adfærd, kan arbejdet planlægges mere hensigtsmæssig. Det kan være, at opgaverne muligvis skal gennemføres på en anden måde, i en anden rækkefølge eller under andre rammer, fx mere afskærmet eller på et andet tidspunkt. Det kan også være, at der er brug for medarbejdere med særlige kompetencer og erfaringer med bestemte opgaver eller, at medarbejdere, som mangler erfaringer, får en grundig forberedelse eller kan få hurtig hjælp af en kollega. Grundtanken er systematisk at inddrage risikovurdering i arbejdsplanlægningen og dermed mindske risikoen for udadreagerende adfærd i de situationer, hvor man har erfaret, at der er øget risiko for, at de opstår. Det afgørende er her, at organisationen og arbejdspladserne støtter op om vidensudveksling om risikovurderinger og er indstillet på at gennemføre tilpasninger i arbejdets tilrettelæggelse.

4.3.1.3 Medarbejdernes kompetencer og arbejdsmiljøressourcer

Helt overordnet anbefales der typisk at undervise medarbejderne i konflikthåndtering og deeskalationsteknikker og at arbejdspladsens indretning understøtter en sikrere arbejdsplads for medarbejderne (Wassell, 2009). I forhold til forebyggelse af udadreagerende adfærd blandt borgere med demens lægges der særligt vægt på kompetencer ift. viden om demens og hvordan det kan føre til en ændring i adfærd (Spector et al., 2016a). Men medarbejderne har også brug for viden om, hvordan de selv gennem deres adfærd kan bidrage til, at borgerne føler sig trygge og forstået (Barba et al., 2014). Det er også vigtigt, at medarbejderne ved, hvordan de skal reagere, hvis de oplever, at en borger udviser udadreagerende adfærd (Workers Compensation Board of British Columbia, 2018). Her anbefales det bl.a. at bevare roen, prøve at vende borgernes fokus hen på noget andet, skabe ro i omgivelsen og muligvis anvende en afslappende aktivitet som fx musik eller massage.

Ud over viden har medarbejderne dog også brug for det nødvendige overskud til at møde borgere med særlige behov eller forudsætninger på en hensigtsmæssig måde, og her er et godt psykosocialt arbejdsmiljø med god dialog og godt samarbejde en vigtig forudsætning. Arbejdstilsynet henviser i denne forbindelse bl.a. til, at medarbejderne ikke skal være udsat for arbejdsvilkår, der fører til langvarig arbejdsrelateret stress. Dvs. at der er en passende arbejdsmængde i forhold til opgavernes sværhedsgrad og medarbejdernes viden og færdigheder. "Langvarig arbejdsrelateret stress mindsker medarbejdernes evne til at leve sig ind i borgeres situation og øger dermed risikoen for konflikter. Derudover er det vigtigt, at medarbejderne har gode muligheder for at tale om belastende borgerkontakter, fx i form af supervision og at medarbejderne har indflydelse på planlægningen af eget arbejde" (Arbejdstilsynet, 2011). En tidligere rapport fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø bekræfter denne sammenhæng mellem forekomsten af vold og aspekter i arbejdsmiljøet. Rapporten fandt, at medarbejdere i ældreplejen har en let forøget hyppighed af vold og trusler i arbejdet, hvis de oplever høje emotionelle krav i arbejdet, en lav grad af involvering på arbejdspladsen, lav ledelseskvalitet og store rollekonflikter (Høgh et al., 2007).

4.3.1.4 Samarbejde og organisering

I den primære voldsforebyggelse bliver samarbejdet med kollegaerne fremhævet som en central pointe. Det går også igen flere steder i det kvalitative materiale i herværende rapport. Det er vigtigt, at man på en arbejdsplads har en diskussion om, hvordan den enkelte medarbejder opfatter og definerer vold og trusler om vold. Her er det vigtigt, at man på den ene side respekterer, at der kan være forskellige grænser og opfattelser, men også, at man på arbejdspladsen er enige om, at medarbejderne skal beskyttes for episoder som de opfatter som vold eller trusler om vold. Målet er, at man i fællesskab kan finde løsninger, og at man etablerer en kultur, hvor man åbent kan tale om, at det kan være svært at "komme til kort" over for en borger, eller at man kan opleve at blive skræmt eller bange, uden at disse indrømmelser bliver brugt imod en.

Samarbejdet handler om, hvordan man sammen kan løse den fælles faglige opgave og opnå fælles mål. Dertil kommer samarbejdet med pårørende til borgere med demens, kommunen, sygehuse og praktiserende læger, der også spiller centrale roller i udarbejdelsen af et optimalt forløb for den enkelte borger. I forlængelse heraf har medarbejderne brug for kollegial og ledelsesmæssig støtte og opbakning, hvis vedkommende oplever at stå i situationer med udadreagerende adfærd.

4.3.1.5 Organisationens og ledelsens rolle i voldsforebyggelsen

Der er en række organisatoriske indsatser, som er nødvendige for en systematisk voldsforebyggelse på arbejdspladsen. Ledelsen, både på den enkelte arbejdsplads og i den overordnede organisation (primært kommune eller region), samt arbejdsmiljørepræsentanter, spiller en afgørende rolle i at sørge for de nødvendige forebyggelsesindsatser. Det drejer sig bl.a. om at vælge eller udvikle de passende værktøjer til registreringer af voldsepisoder, at formidle formålet med registreringer til medarbejderne og at sørge for, at registreringer bliver anvendt systematisk. Det er også ledelsen eller hele organisationen, der, på baggrund af viden fra registreringer, kan sørge for, at indretningen af arbejdspladsen og planlægning af arbejdsopgaverne kan foregå på en måde, som mindsker risikoen for vold. Endelig er det ledelsen

og hele organisationen, som kan sørge for, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer, så de bedst muligt kan håndtere disse risici.

Men lederne er også "meningsdannere" og rollemodeller, dvs. de har stor indflydelse på, hvilken faglig kultur, der dannes på en arbejdsplads. Ledelsens tilgang til forebyggelse og reaktioner på voldsepisoder kan have stor signalværdi for medarbejdere. Resultater fra et dansk studie viser, at risikoen for vold og trusler kan mindskes, hvis topledelsen prioriterer voldsforebyggelse, og hvis nærmeste leder i høj grad opfordrer til at registrere vold og trusler, samt vedkommende tager registreringer alvorligt (Gadegaard et al., 2018).

Ud over de konkrete aktiviteter til voldsforebyggelse er det derfor også en ledelsesopgave at etablere fælles organisatorisk forståelse for vigtigheden af at synliggøre, at situationer med vold og trusler er et arbejdsmiljøproblem, som skal forebygges i fællesskab. Erfaringer fra praksis peger dog også på, at der kan være en del barrierer, som kan stå i vejen for, at der kan udvikles en fælles opmærksomhed på voldsforebyggelse og en kultur, hvor det er muligt at henvise til udfordringer, som man har svært ved at klare. Det kan fx handle om, at der på arbejdspladsen mangler det sociale miljø, som gør, at man føler sig tryk ved at fortælle om dårlige situationer, man har været en del af, fx fordi man er bange for at blive hånet eller fremstå som mindre kompetent i situationen.

4.3.2 Sekundær voldsforebyggelse

I arbejdet med borgere med særligt behov, kan episoderne, hvor medarbejderne bliver udsat for vold, ikke helt forhindres. Når en medarbejder er blevet udsat for sådan en episode, er det vigtigt, at arbejdspladsen reagerer hensigtsmæssig og sørger for, at de negative oplevelser for medarbejderen og borgeren bliver så begrænsede som muligt og ikke udvikler sig til langsigtede helbredskonsekvenser (som posttraumatiske stressreaktioner) eller negative konsekvenser for arbejdspladsen (som langvarigt sygefravær eller jobskifte).

Håndtering kan inddeles i den umiddelbare håndtering, mens episoden er i gang eller lige er sket og i håndtering derefter, dvs. på samme dag og på de efterfølgende dage.

4.3.2.1 Umiddelbar håndtering af krisesituationen

I den umiddelbare krisesituation er det vigtigt, at alle ved, hvordan de skal reagere. Det anbefales derfor, at arbejdspladserne har en beredskabsplan, som beskriver, hvem der gør hvad under og lige efter en voldsepisode. Beredskabsplanen skal indeholde, hvordan medarbejderen kan få hjælp hurtigst muligt (især vigtigt for medarbejderne i hjemmeplejen) og hvad der skal ske lige umiddelbart efter, episoden har fundet sted. Medarbejderne skal ikke overlades til sig selv, men helst tilbydes psykisk førstehjælp (hvor man er til stede og lytter, uden at der spørges ind eller kommenteres) eller muligvis have professionel medicinsk eller psykologisk hjælp (Forbes et al., 2007). Andre medarbejdere skal tage sig af borgeren og undersøge, hvad vedkommende har brug for. Ud fra disse overordnede anbefalinger til håndtering af krisesituationer er det positivt, at undersøgelsen blandt de besøgte best-cases viste, at der i hjemmeplejen ofte er faste aftaler om, at de medarbejdere, som har oplevet en episode med udadreagerende adfærd i en borgers hjem direkte møder ind på kontoret for at have mulighed for at vende sagen med en leder.

4.3.2.2 Opfølgning på krisesituationen

Enten samme eller næste dag skal det afklares, om medarbejderne kan genoptage arbejde, der indebærer kontakt med borgeren, eller om der er brug for mere afstand. Der skal også fortsat være opmærksomhed på potentielle psykiske påvirkninger, som muligvis kræver opfølgning fra en læge eller en psykolog (Forbes et al., 2007). Hvis medarbejderen er meget påvirket, skal andre opfølgningssamtaler på arbejdspladsen rykkes til et senere tidspunkt for at forhindre, at der spørges for meget ind, og man dermed øger risikoen for efterfølgende stressreaktioner. Men hvis medarbejderen er klar til det, anbefales det, at der i de følgende dage gennemføres en opfølgende samtale med lederen samt en arbejdsmiljø- eller sikkerhedsrepræsentant (dvs. med TRIOen). Formålet med samtalen er at undersøge nærmere, hvad der har ført til voldsepisoden, og om episoden skal anmeldes som arbejdsulykke. For at der kan læres af episoden, skal den registreres i arbejdspladsens eget system, og det skal også undersøges, om episoden muligvis giver anledning til ændringer i arbejdspladsens tilgang til voldsforebyggelse. Opfølgningen har dermed to formål: Det første formål er at sørge for den enkelte medarbejder. Her er det vigtigt at sikre sig, at medarbejderen er kommet igennem situationen så godt som muligt, har eller får tilgang til fx psykologstøtte for at forhindre, at oplevelsen udvikler sig til mere langvarige stressreaktioner og at undersøge, om der er brug for at organisere medarbejderens arbejde på en anden måde i en periode (fx mindre kontakt til den borger, som udviser udadreagerende adfærd over for medarbejderne).

Det andet formål er, at organisationen kan lære fra voldsepisoden. Her er det vigtigt, at det undersøges, hvad der har bidraget til episoden, og om dette giver anledning til at sørge for endnu bedre forebyggelse. Derudover skal det også evalueres, om krisehjælpen i den akutte situation fungerede, som det var aftalt eller om episoden giver anledning til endnu bedre aftaler om det.

Under hele opfølgningen er det vigtigt ikke at lægge skylden på hverken borgeren eller medarbejderen. Ift. borgerne skal fokus ligge på en bedre forståelse af, hvad der muligvis har udløst den udadreagerende adfærd. Og ud fra det skal der følges op med tilpassende indsatser (som fx smertebehandling eller en anden organisering af situationer, som borgeren har svært ved at håndtere). Ift. medarbejderen skal fokus ligge på den faglige evaluering af situationen. For eksempel kan det diskuteres, om der er brug for bedre afstemning i plejetilgang, ændringer i arbejdsorganisering eller kompetenceudvikling.

Det er vigtigt at løfte disse diskussioner op på et plejefagligt niveau, som bidrager til at arbejdspladsen kan optimere voldsforebyggelsen. Hvis medarbejderne oplever, at skylden lægges hos dem, kan det føre til, at medarbejderne holder sig tilbage med at henvise til de voldsepisoder, de har oplevet. Det kan føre til, at de selv og andre bliver udsat for udadreagerende adfærd som muligvis ville kunne forhindres. I denne forbindelse tales der også om psykologisk sikkerhed (Edmondson, 1999). Psykologisk sikkerhed beskriver en oplevelse af og tro på, at man på arbejdspladsen kan fortælle, at opgaverne overstiger ens ressourcer eller at man har gjort noget forkert uden at skulle frygte negative konsekvenser. Psykologisk sikkerhed antages at være vigtigt for, at medarbejdere, der oplever vanskeligheder og føler sig sårbare, kan tale åbent om det. Psykologisk sikkerhed kan dermed tænkes som en forudsætning for, at samtalerne, som finder sted efter at en medarbejder har oplevet en voldsepisode, bliver oplevet positivt. Dvs. at de har

mulighed for at reflektere over deres egen adfærd uden at frygte kritik, men til gengæld oplever, at refleksionerne bliver brugt konstruktivt og indgår i en fælles læring til fordel for alle.

I den følgende opsamling på resultaterne fra litteraturgennemgangen, ekspertinterviewene og best-cases-erfaringer ses derfor også på, i hvilket omfang, det indtil videre er lykkedes at integrere en demensfaglig tilgang til voldsforebyggelse med voldsforebyggelse ud fra et arbejdsmiljøperspektiv.

5 TVÆRGÅENDE OPSAMLING PÅ VIDEN, METODER OG PRAKSISERFARINGER

I forbindelse med aftalen om at udarbejde herværende rapport blev der udarbejdet nedenstående skitse af et opsamlingskema:

Tabel 7: Model fra tilbuddet i hovedoverskrifter.

Evidensniveau	Indsatsniveau	
	Forebyggelse	Håndtering (og læring)
Evidens fra forskning		
Ekspertviden		
Praksisviden		

I praksis er der sket følgende udviklinger i forbindelse med arbejdet med rapporten. For det første er det valgt at integrere en fjerde videnskilde – nemlig ”arbejdsmiljøforskning primært omkring vold og trusler”. Da det undervejs i dialogen med opdragsgiver stod klart, at der var en større efterspørgsel på ny viden omkring arbejdsmiljø. For det andet er det valgt i opsamlingerne også supplerende at beskrive barrierer (hæmmere) for implementering og spredning generelt. For det tredje er der inden for overordnede videnskilder lavet nogle lidt andre snit qua ovennævnte justering af fokus og det eksisterende relevante materiale. Således er evidens fra forskning udvidet, så der også nogle gange ses på særligt relevante enkeltstudier o.lign. Det angives fortsat løbende i teksten og i temaforklaringer og opsamlinger, hvor der er tale om viden med stærk evidens (primært reviews) og hvor der er tale om mindre stærk viden (primært enkeltstudier). Ekspertviden er primært baseret på interviews med eksperter og i mindre grad på en generel kortlægning af alle guidelines, anbefalinger etc., der måtte være på området, da der var en meget begrænset litteratur, som både havde det ønskede fokus på plejetilgang og arbejdsmiljø. Praksisviden indeholder erfaringer fra praksis om metoder, projekter og tilgange til området. For det fjerde er det valgt yderligere at opdele opsamlingskemaet angående forebyggelse, håndtering og læring i, hvilket niveau det præsenterede virkemiddel fungerer på. Det er gjort ved anvendelse af LOGIK-modellen (Ledelse, Organisation, Gruppe, Individ, Kombineret indsats) (Aust, 2017b) med henblik på at give et mere nuanceret billede af, hvordan de foreslåede temaer kan indgå i evt. kommende forslag til praksis, som det fremgår af udbuddet, der skal udarbejdes efterfølgende denne rapport.

Nedenfor præsenteres således nogle skematiske opsamlinger af relevante tematikker (herunder metoder og virkemidler) baseret på viden fra fire videnskilder i tre tabeller (tabel 7, 8 og 9). I første skema sammenstilles viden, metoder og praksiserfaringer om **forebyggelse** af udadreagerende adfærd (‘primær forebyggelse’ i arbejdsmiljøterminologi). I andet skema præsenteres opsamling omkring **håndtering og læring** fra episoder med udadreagerende adfærd (‘sekundær forebyggelse’ i arbejdsmiljøterminologi). Og i det tredje skema sammenstilles viden, metoder og praksiserfaringer vedrørende udfordringer og **barrierer for implementeringen** af tiltag til at forebygge, håndtere og lære fra udadreagerende adfærd. Under skemaerne er der nogle korte uddybende tekster omkring de præsenterede tematikker.

5.1 Tværgående opsamling vedrørende forebyggelse af udadreagerende adfærd

I Tabel 7 herunder opsamles viden, metoder og praksiserfaringer vedrørende forebyggelse af udadreagerende adfærd i ældreplejen på tværs af fire videnskilder. Opsamlingen er tematiseret og fordelt på forskellige forebyggelsesniveauer (LOGIK-modellen forklaret ovenfor).

Tabel 8: Tabel over tematikker omkring viden, metoder og praksiserfaringer vedrørende forebyggelse af udadreagerende adfærd i ældreplejen

Fokus for forebyggelsesindsatsen	Tema nr.	Videnskilde			
		Videnskabelig litteratur	Ekspertviden	'Best-case' praksiserfaringer	Arbejds miljøviden om vold og trusler
Ledelsen	1)	Kombination af transformativ og transaktionel ledelsesstil giver bedre oplevelse af arbejdsmiljø blandt medarbejdere	Demensfaglig ledelse er afgørende	Demensfaglig ledelse er afgørende	Ledelsesfaglig ledelse, herunder synlig og nærværende ledelse er afgørende Arbejds miljøfaglig ledelse, som tager ansvar for forebyggelse, håndtering og læring fra episoder med udadreagerende adfærd er afgørende
Organisationen	2)	Visse aktiviteter, fx underholdning med koncert eller optræden af klovn, eller terapi/-behandling, som massage eller aromaterapi, havde overordnet en positiv effekt (dvs. dæmpning) af udadreagerende adfærd, og der var tegn på, at det også havde en positiv effekt på plejepersonalets trivsel.	Gode aktiviteter der understøtter en god pleje af borgeren	Gode aktiviteter der understøtter en god pleje af borgeren	*
	3)	*	Arbejds miljøfaglige kompetencer omkring samarbejde, vidensdeling, overlevering, vagtoverlap	Arbejds miljøfaglige kompetencer omkring samarbejde, vidensdeling, overlevering, vagtoverlap	Arbejds miljøfaglige kompetencer omkring samarbejde, vidensdeling, overlevering, vagtoverlap
	4)	*	Tværfagligt samarbejde om borgeren	Tværfagligt samarbejde om borgeren	*
	5)	*	Øget viden i forhold til den konkrete sygdom – fx demensfaglig træning og uddannelse af personalet	Øget viden i forhold til den konkrete sygdom – fx demensfaglig træning og uddannelse af personalet	*
	6)	*	Fysisk indretning og arkitektur	Fysisk indretning og arkitektur	Fysisk indretning og arkitektur

	7)	Samarbejde med eksterne ressourcepersoner, fx pårørende, frivillige.	Samarbejde med eksterne ressourcepersoner, fx pårørende, frivillige.	Samarbejde med eksterne ressourcepersoner, fx pårørende, frivillige.	*
	8)	*	Samarbejde med interne faglige, ressourcepersoner, fx demenskoordinatorer, -vejledere, -ambassadører osv.	Samarbejde med interne faglige, ressourcepersoner, fx demenskoordinatorer, -vejledere, -ambassadører	Samarbejde med interne faglige, ressourcepersoner, fx demenskoordinatorer, -vejledere, -ambassadører
	9)	*	Sikring af medarbejdernes sikkerhed og tryghed	Sikring af medarbejdernes sikkerhed og tryghed	Sikring af medarbejdernes sikkerhed og tryghed
	10)	*	Fastholdelse - Arbejde med at sikre gennemgående og kendt personale for at understøtte gode relationer til borgerne, og som grundlag for fastholdelse af viden og kompetencer	Fastholdelse - Arbejde med at sikre gennemgående og kendt personale for at understøtte gode relationer til borgerne, og som grundlag for fastholdelse af viden og kompetencer	*
	11)	*	*	Balance mellem krav og ressourcer i arbejdsmiljøet	Balance mellem krav og ressourcer i arbejdsmiljøet
	12)	*	*	Risikovurdering som fx triagering	Risikovurdering som fx triagering
	13)	*	*	Introduktion og oplæring af nye medarbejdere	Introduktion og oplæring af nye medarbejdere
Gruppen	14)	*	Kultur med rum for faglig sparring og refleksion - Skabelse af psykologisk sikkerhed	Kultur med rum for faglig sparring og refleksion - Skabelse af psykologisk sikkerhed	Kultur med rum for faglig sparring og refleksion - Skabelse af psykologisk sikkerhed
Individet	15)	Kompetencer til at håndtere stress	*	*	*
Kombinerede indsatser	16)	Interventioner, der kombinerede tilgange, fx smertebehandling og psykosociale interventioner, tydede på en positiv effekt (dvs. dæmpning) af udadreagerende adfærd. Der var ingen studier, der havde målt effekter på plejepersonalets trivsel.	Beboerkonferencer (metode til at håndtere og agere i forhold til voldsomme episoder, og forebygge, at det sker igen)	Beboerkonferencer (metode til at håndtere og agere i forhold til voldsomme episoder, og forebygge, at det sker igen)	En effektiv forebyggelse af vold på arbejdet kræver en omfattende og integreret tilgang på alle niveauer i organisationen

*=Ingen information om emnet i pågældende videnskilde.

I det følgende uddybes ovennævnte tematikker. Der gennemgås et forebyggelsesniveau ad gangen. Numrene henviser til temaernes numre i tabellen herover.

5.1.1 Forebyggelse på ledelsesniveau

Ledelse (demensfaglig, ledelsesfaglig, arbejdsmiljøfaglig) (emne nr. 1)

Ud fra et arbejdsmiljøperspektiv betragtes ledelsen som meget afgørende for forebyggelsen. Det drejer sig om helt grundlæggende ledelsesfaglige kompetencer (fx synlige og nærværende ledere). Dette bekræftedes også af interview med praktikere. Der blev imidlertid kun fundet et studie inden for ældreplejen, som specifikt har kigget på ledelsestræning og sammenhængen med medarbejderens arbejdsmiljø. Det er relevant at påpege, at der peges på lidt forskellige typer af ledelsesfaglighed på tværs af videnskilderne, og at der ude i praksis primært synes at være fokus på demensfaglig ledelse.

5.1.2 Forebyggelse på organisatorisk niveau

Alle fire videnskilder henviser til forebyggelse på det organisatoriske niveau. Det er samlet set her, der er mest viden. Det giver mening, at det primært ses som en organisatorisk opgave at løse den konkrete arbejdsopgave og håndtere arbejdsmiljøet. Det kunne således betragtes som problematisk, hvis der fx var en hel række af foreslåede tiltag med udgangspunkt i, at det enkelte individ skulle gøre noget alene eller være ansvarlig alene for pleje og arbejdsmiljø.

Aktiviteter (tema nr. 2)

Viden fra praksis peger på, at gode aktiviteter har en forebyggende virkning på udadreagerende adfærd. Dette understøttes af forskning, der har fundet gode resultater både på medarbejdernes trivsel og udadreagerende adfærd blandt borgerne. Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer(?) for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens anbefaler fx musikterapi som en behandlingsform (Sundhedsstyrelsen, 2019b).

Rammer for vidensdeling (tema nr. 3)

Ud fra et arbejdsmiljøperspektiv og praksiserfaringer er der enighed om, at det er vigtigt for forebyggelse af udadreagerende adfærd, at der skabes de organisatoriske rammer for at kunne vidensdele. De organisatoriske rammer anskues både som noget, der skal etableres administrativt, men også som noget, der skal være kulturelt acceptabelt for at kunne fungere optimalt.

Tværfagligt samarbejde internt (tema nr. 4)

Erfaringer fra praksis (både eksperter og best-cases) peger på, at tværfagligt samarbejde om borgerne er vigtigt i forhold til samlet set at kunne planlægge det bedste forløb for borgeren.

Viden om demens (tema nr. 5)

Øget viden via kompetenceudvikling af medarbejdere og ledere om konkrete sygdomme, fx demensfaglig træning fremhæves både i forskningslitteraturen, hos eksperter og fra praksiserfaringer i best-cases som vigtigt i forhold til forståelsen og dermed forebyggelsen af udadreagerende adfærd. Faglig kompetenceudvikling ses også i arbejdsmiljøforskningen som et godt redskab, men der er ikke lavet analyser konkret på dette i forhold til borgere med demens, som kan udvise udadreagerende adfærd.

Fysisk indretning (tema nr. 6)

Arbejdsmiljøviden peger på, at indretningen fx i forhold til at have overblik over rum og flugtveje er centralt i forhold til forebyggelse. Desuden nævnes det af eksperter og fra best-cases, at indretningen er vigtigt i forhold til at understøtte en god plejetilgang, fx gennem mulighed for afskærmning eller sansestimulerende rum.

Samarbejde med eksterne ressourcepersoner (tema nr. 7)

Både forskningslitteraturen, eksperter og best-cases henviser til at samarbejde med eksterne ressourcepersoner, fx pårørende og frivillige er vigtigt i forebyggelsen. Det drejer sig bl.a. om at inddrage de pårørende som kilde til viden om borgernes livshistorie. Denne viden kan bruges i plejetilgangen. I forhold til frivillige, som kan bruges til at deltage i forskellige aktiviteter med borgerne, er det dog vigtigt at klæde dem på til at kunne håndtere situationer med borgere, der udviser udadreagerende adfærd.

Samarbejde med interne faglige ressourcepersoner (tema nr. 8)

Både arbejdsmiljøviden og best-cases fremhæver vigtigheden af samarbejde med interne faglige ressourcepersoner. Det opleves at have forskellige videnspersoner at trække på for at afstemme en fælles tilgang til forebyggelse af udadreagerende adfærd.

Sikring af medarbejdernes sikkerhed og tryghed (tema nr. 9)

At arbejdspladsen sørger for at medarbejdernes arbejdsmiljø er sikkert, trygt og sundt, er et grundlæggende og vigtigt krav i arbejdsmiljølovgivningen. Hvis medarbejderne eksponeres for negative faktorer i arbejdsmiljøet fysisk eller psykosocialt er det på en række parametre relateret til negative helbredsudfald og dårlig trivsel for den enkelte medarbejder.

Fastholdelse (tema nr. 10)

Vigtigheden af at fastholde medarbejdere betragtes som en forudsætning for at forankre en fælles tilgang til voldsforebyggelse. En stabil personalegruppe er også en forudsætning for, at der kan opbygges gode relationer til borgerne, som i sig selv kan være voldsforebyggende. Dette fremhæves både ud fra arbejdsmiljøviden, eksperter og best-cases.

Balance mellem krav og ressourcer (tema nr. 11)

Ud fra arbejdsmiljøviden og best-cases peges der på, at medarbejderne har brug for en balance mellem krav og ressourcer for at sikre, at de har overskud til at tilpasse plejen til borgernes behov. Når man i arbejdsmiljøforskningen taler om balance mellem krav og ressourcer, handler det om, at den enkelte medarbejder ikke skal udsættes for større krav følelsesmæssigt og fysisk, end som vedkommende har ressourcer til at honorere, da dette på længere sigt kan medføre sundhedsudfordringer og jobutilfredshed (mentalt og fysisk). Situationen undgås blandt andet ved at sikre, at medarbejderne løbende kompetenceudvikles og at der er fokus på den enkeltes situation og muligheder. I herværende rapport er der flere eksempler på, at der peges på, at medarbejderne får nye typer af opgaver og oplever et større omfang af borgere, der udviser udadreagerende adfærd.

Risikovurdering (tema nr. 12)

Både arbejdsmiljøviden og best-cases fremhæver risikovurdering som et anvendeligt værktøj til forebyggelse, fx med henblik på at opdage tidlige tegn på udadreagerende adfærd eller forudse mulige situationer, hvor den udadreagerende adfærd kan opstå.

Introduktion af nye medarbejdere (tema nr. 13)

Både arbejdsmiljøviden og best-cases fremhæver introduktion og oplæring af nye medarbejdere som et vigtigt bidrag til forebyggelse, dvs. at der er særlig opmærksomhed på dem, som endnu ikke har meget praksiserfaring i omgangen med borgere med demens, som kan udvise udadreagerende adfærd.

5.1.3 Forebyggelse på gruppeniveau

Psykologisk sikkerhed (tema nr. 14)

Både arbejdsmiljøviden, eksperter og best-cases fremhæver vigtigheden af psykologisk sikkerhed, dvs. skabelsen af en kultur, hvor medarbejderne føler sig trygge ved at tale om udfordringer, uden at de skal frygte at blive mødt med negative reaktioner. Åbenheden er en vigtig forudsætning for, at disse medarbejdere kan støttes gennem faglig sparring eller kompetenceudvikling.

5.1.4 Forebyggelse på individniveau

Personlige kompetencer (tema nr. 15)

Der blev kun fundet et enkelt studie, der viste, at udvikling af personlige kompetencer ift. stresshåndtering havde positive virkninger på medarbejdernes oplevelse af stress og dermed skabe bedre interaktioner med borgerne.

5.1.5 Forebyggelse med kombinerede tilgange

Kombinerede tilgange (tema nr. 16)

Forskningslitteraturen, eksperter og best-cases fremhævede alle effekten af at kombinere forskellige tilgange til voldsforebyggelse. I forskningslitteraturen blev der fundet interventioner, der kombinerede tilgange, fx smertebehandling og psykosociale interventioner som fandt en positiv effekt (dvs. dæmpning) af udadreagerende adfærd. Der var ingen studier, der havde målt effekter på plejepersonalets trivsel. Eksperter og best-cases fremhævede beboerkonferencer som en god, faglig tilgang, som kombinerer bl.a. risikovurdering, tværfagligt samarbejde og kompetenceudvikling. Den tilgængelige arbejdsmiljøviden peger på, at en effektiv forebyggelse af vold på arbejdet kræver en omfattende og integreret tilgang på alle niveauer i organisationen.

5.2 Tværgående opsamling vedrørende håndtering og læring fra udadreagerende adfærd

I Tabel 9 herunder opsamles viden, metoder og praksiserfaringer vedrørende **håndtering og læring** af episoder med udadreagerende adfærd i ældreplejen på tværs af fire videnskilder. Opsamlingen er tematiseret og fordelt på forskellige forebyggelsesniveauer (LOGIK-modellen forklaret ovenfor).

Tabel 9: Tabel over tematikker angående viden, metoder og praksiserfaringer i forhold til håndtering og læring fra udadreagerende adfærd i ældreplejen. Nummereringen af temaer er fortsat fra Tabel 8.

Fokus for forebyggelsesindsatsen	Tema nr.	Videnskilde			
		Videnskabelig litteratur	Ekspertviden	'Best-case' praksiserfaringer	Arbejds miljøviden om vold og trusler
Ledelsen	17)	*	*	Opfølgning og samtale med medarbejder, som har været udsat for en voldsom episode	Opfølgning og samtale med medarbejder, som har været udsat for en voldsom episode (psykisk førstehjælp) Opfølgning på episoder i forhold til læring af episoden
Organisationen	18)	*	*	Registrering af episoder med udadreagerende adfærd	Registrering af episoder med udadreagerende adfærd
	19)	*	*	*	Beredskabsplan: Hvem gør hvad i tilfælde af episoder med vold
	20)	Marte Meo, Case-konferencer	Konkrete plejemetoder anvendes ved krisituationer, fx Marte Meo, Low Arousal, Nænsom Nødværge, beboerkonferencer	Konkrete plejemetoder anvendes ved krisituationer, fx beboerkonferencer	*
	21)	*	Statisk sikkerhed, fx alarmer, knæbeskyttere, osv.	Statisk sikkerhed, fx alarmer, knæbeskyttere, osv.	*
	22)	*	*	Opgavetilpasning eller omorganisering efter en hændelse	*
	23)	*	*	Aktivering af eksterne og interne ressourcer i krisituationer	*
Gruppen		*	*	*	*
Individet		*	*	*	*
Kombinerede indsatser	24)	*	Beboerkonferencer (metode til at håndtere og agere i forhold til voldsomme episoder, og forebygge, at det sker igen)	Beboerkonferencer (metode til at håndtere og agere i forhold til voldsomme episoder, og forebygge, at det sker igen)	En effektiv forebyggelse af vold på arbejdet kræver en omfattende og integreret tilgang på alle niveauer i organisationen

*=Ingen information om temaet i pågældende videnskilde.

I det følgende uddybes ovennævnte tematikker. Der gennemgås et forebyggelsesniveau ad gangen. Numrene henviser til temaernes numre i tabellen herover.

5.2.1 Ledelsen

Opfølgning (tema nr. 17)

Der er kun viden fra best-cases praksiserfaringer og fra arbejdsmiljøviden, som forholder sig til ledernes rolle ift. håndtering og læring fra udadreagerende adfærd i ældreplejen. Begge videnskilder henviser til, at det er vigtigt at gennemføre opfølgende samtaler med medarbejdere, som har været udsat for en voldsom episode. Formålet med disse samtaler er, at der sikres, at medarbejderne ikke udvikler langvarige helbredsproblemer pga. en voldsepisode (fx traumatisering). I den umiddelbare håndtering er det vigtigt, at medarbejderne ikke overlades til sig selv, men tilbydes fx psykisk førstehjælp eller professionel medicinsk eller psykologisk hjælp. I den efterfølgende håndtering, dvs. efter nogle dage, hvor man kan være sikker på, at medarbejderen er kommet over den umiddelbare påvirkning, er det vigtigt at gennemføre en opfølgende samtale, som har fokus på at høre mere om voldsepisoden for at opnå læring for den enkelte og for arbejdspladsen som helhed. Dvs. her skal der undersøges, hvad der muligvis kan forbedres i den fremtidige voldsforebyggelse. Derudover skal der også vurderes om den umiddelbare håndtering af voldsepisoden blev gennemført i overensstemmelse med kriseberedskabsplanen eller om episoden giver anledning til forbedringer i planen.

5.2.2 Organisation

Registrering (tema nr. 18)

Arbejdsmiljøviden peger på, at det er vigtigt at etablere en kultur, hvor man systematisk registrerer voldsepisoderne som grundlag for risikovurdering. Dette understøttes af både eksperter og best-cases. Begge videnskilder henviser til registrering af episoder med udadreagerende adfærd. Registreringer kan være vigtige ift. erstatninger i forbindelse med voldsepisoder. Men derudover skal også mindre alvorlige episoder registreres for at bidrage til den viden, som danner grundlag for læring og fremtidig risikovurdering. Mens der i ældreplejen synes at være opmærksomhed på registreringer på borgernes adfærd i forbindelse med kravsituationer samt fysisk eller psykisk mistriivsel, ser det indtil videre ikke ud som om, at der er lige så meget opmærksomhed på de mere arbejdsorganisatoriske aspekter, som også kan være med til at udløse udadreagerende adfærd. Mere omfattende registreringsværktøjer, som indeholder alle disse aspekter, vil være et skridt i retning af en bedre forening af demensperspektivet og arbejdsmiljøperspektivet.

Beredskabsplan (tema nr. 19)

Arbejdsmiljøforskningen peger på, at det i forebyggelse af voldsomme episoder er vigtigt at have en beredskabsplan. Dette peges der ikke på i de tre andre videnskilder.

Konkrete plejemetoder i krisesituationer (tema nr. 20)

I den videnskabelige litteratur peges der på Marte Meo-metoden og på case-konferencer som metoder, som kan anvendes til håndtering af udadreagerende adfærd. Også i praksis, dvs. i best-cases interviews, samt interviews med eksperterne, peges der på konkrete plejemetoder. Ud over Marte Meo og beboerkonferencer, henvises der her også til Low Arousal og Nænsom Nødværge som kan anvendes ved krisesituationer.

Statisk sikkerhed (tema nr. 21)

I best-cases interviews og interviews med eksperterne henvises der til såkaldte statistisk sikkerhedsudstyr, som fx alarmer, knæbeskyttere, osv. som bidrager til at beskytte medarbejderne, hvis de oplever borgere, der udviser udadreagerende adfærd.

Opgavetilpasning og aktivering af eksterne ressourcepersoner (tema nr. 22 og 23).

Kun i best-cases interviews blev der henvist til to andre tilgange i forbindelse med håndtering af udadreagerende adfærd. Det drejer sig om opgavetilpasning eller omorganisering efter en hændelse og om aktivering af eksterne og interne ressourcepersoner i krisesituationer.

5.2.3 Gruppen og individet

Her blev ikke fundet nogen information om virkemidler rettet konkret om håndtering og læring.

5.2.4 Kombinerede indsatser

Beboerkonferencer (tema nr. 24)

I forhold til kombinerede tilgange peges der på samme tilgang som i forbindelse med forebyggelse, hvilket er beskrevet i afsnittene ovenfor.

5.3 Tværgående opsamling vedrørende implementering

Omfattende forskning i interventioner har dokumenteret, at der findes en lang række barrierer for, at en indsats bliver succesfuldt implementeret på en arbejdsplads (Aust, 2017a). Det er derfor vigtigt at have opmærksomhed på mulige forhindringer for, at de forslag, som præsenteres i næste afsnit, kan føres ud i praksis. I Tabel 10 herunder opsamles viden og praksiserfaringer vedrørende **barrierer** for implementering af indsatser til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen på tværs af fire videnskilder. Barriererne er temaopdelt og fordelt på organisatoriske, faglige og kulturelle typer af barrierer. Der kan være et vist overlap mellem de forskellige typer.

Tabel 10: Tabel over tematikker angående udfordringer og barrierer for at implementere indsatser for at forebygge, håndtere eller lære af udadreagerende adfærd i ældreplejen.

Barrieretype	Videnskilde			
	Videnskabelig litteratur	Ekspertviden	'Best-case' praksiserfaringer	Arbejds miljøviden om vold og trusler
Organisatoriske	*	Dilemma mellem at yde pleje og passe på sig selv	Dilemma mellem at yde pleje og passe på sig selv	*
	*	Sagsgange i kommunerne skal i højere grad understøtte plejen	Sagsgange i kommunerne skal i højere grad understøtte plejen	*
	*	Alenearbejde: Problem ved manglende forebyggelse (fx triagering)	*	*
	*	Tid nok til kerneopgaven	Tid nok til kerneopgaven	*

	*	Demografisk udvikling: Der kommer til at mangle ressourcer personalemæssigt og fysisk	Demografisk udvikling: Der kommer til at mangle ressourcer personalemæssigt og fysisk	*
	*	Ændret krav i plejeopgaven stille nye krav til personalet (små minihospitaler)	Ændret krav i plejeopgaven stille nye krav til personalet (små minihospitaler)	*
	Manglende ledelsesopbakning og anerkendelse, når medarbejderne udfører god pleje i overensstemmelse med den nye tilgang	*	*	*
	Manglende tid eller ressourcer afsat til den nye plejetilgang	*	*	*
	Sprogvanskeligheder, der besværliggør formidlingen af principperne og værdierne bag nye plejetilgange.	*	*	*
Faglige	Manglende uddannelse af personalet.	Manglende faglige kompetencer blandt ledere og medarbejdere	*	*
	*	Behovet for kompetenceløft vs fokus på kerneopgaven (personalet er væk ved kurser)	*	*
	Manglende støtte og opbakning fra patienter og pårørende	*	*	*
	Manglende støtte fra faglige ressourcepersoner til hjælp til implementering	*	*	*
Kulturelle	*	Åbenhed i kollegagruppen (psykologisk sikkerhed), fx bede om hjælp, sige fra.	Åbenhed i kollegagruppen (psykologisk sikkerhed), fx bede om hjælp, sige fra.	Psykologisk sikkerhed
	*	*	*	Håndtering af forandringer fordrer, at medarbejderne inddrages og føler ejerskab
	*	Svært at få fagligheden i spil pga. kulturel modstand og frygt for eksklusion	Svært at få fagligheden i spil (bekymring for at spørge om hjælp, ikke være god nok)	*
	Socialpædagogisk vs medicinsk tilgang	En medicinsk tilgang står i vejen for	*	*

		socialpædagogisk indsats		
	Arbejdspladskultur, der ikke støtter nye plejetilgange	*	*	*
	Medarbejdernes opfattelse af og holdning til plejetilgangen	*	*	*

*=Ingen information om emnet i videnskilden.

Herunder opsamles **væsentlige barrierer** for at implementere indsatser mhp. at forebygge, håndtere og lære af episoder med udadreagerende adfærd i ældreplejen på tværs af fire videnskilder. Tabellen gennemgås opdelt efter organisatoriske, faglige og kulturelle barrierer. Nogle emner vil være delvist overlappende eller udspringe af samme problematik, og de beskrives derfor samlet, selvom de findes forskellige steder i tabellen. Ligeledes vil en del af temaerne være berørt i de ovenstående afsnit om forebyggelse og håndtering da et tiltag til forebyggelse og håndtering jo ofte vil være baseret på et ønske om at overkomme en barriere og bedre en situation eller et forløb. Derfor er der i nedenstående afsnit ikke fokuseret på at formulere forslag, da dette vil være overlappende med de allerede fremsatte forslag.

5.3.1 Barrierer på det organisatoriske niveau

Faglighed vs. arbejdsmiljø

Blandt eksperter og best-cases peges der flere gange på, at der kan være en konflikt mellem medarbejdernes ønske om at gøre deres arbejde "fagligt rigtigt" og medarbejdernes behov for at sikre eget arbejdsmiljø. Det ses fx som fagligt "rigtigt" at sørge for personlig hygiejne hos en borger, selvom det betyder, at man bliver fysisk og verbalt overfuset.

Sagsgange

Flere ekspert- og praksiserfaringer peger på, at der i nogle tilfælde mangler sammentænkning på tværs, når ansvaret for borgerens behandling eller pleje flytter over sektorielle grænser. En sådan sammentænkning er vigtig, bl.a. fordi relationsarbejdet og dermed kendskabet til borgeren er af afgørende betydning. Det sker, at borgeren flyttes fra det ene fagområde til det andet, og det kan være i modstrid med en helhedsorienteret plejetilgang. I forbindelse med forebyggelsesperspektivet peges der på betydningen af tværfagligt samarbejde.

Flere og ændrede krav

Flere eksperter peger på, at den stigende demografiske udfordring og fokus på, at mange opgaver skal løses tæt på praksis – gerne i borgerens eget hjem – øger risikoen for, at flere medarbejdere vil opleve, at der er mindre tid til kerneopgaven, og at de vil opleve situationer, hvor de føler sig truet eller angrebet, og hvor de er alene i situationen. Det stiller nye krav til forebyggelse og til arbejdets organisering, sikring af medarbejdernes sikkerhed og udarbejdelse af risikovurderinger, hvilket er temaer, der alle nævnes i forbindelse med gennemgangen af forebyggelsestemaer.

Qua det øgede omfang af opgaven og færre medarbejdere til den samlede opgaveløsning, peger en række eksperter og praktikere på, at manglende ressourcer er en barriere for løsningen af

plejeopgaven, og at der er brug for et øget kompetenceniveau, fordi medarbejderne samtidig skal løse nye opgaver.

Ledelsesopbakning til forandringen

I den videnskabelige litteratur peges der på manglende ledelsesmæssig støtte til ændringer i plejetilgangen som en vigtig barriere for implementeringen. Der gøres opmærksom på vigtigheden af anerkendelse, når medarbejderen arbejder i overensstemmelse med den nye plejetilgang, allokering af ressourcer, træning, social støtte og opmuntring. Såfremt man har fokus på at give den nødvendige opbakning og rum for ledelse samt en bred kompetenceudvikling af lederne (se forslag (1) om lederens rolle), så vurderes det at være den bedste tilgang til at løse denne udfordring.

Nye tilgange kræver ressourcer

I den videnskabelige litteratur fremhæves manglende tid og ressourcer til implementering af nye tilgange som en barriere, bl.a. fordi det er tidskrævende at uddanne og træne medarbejderne inden for nye plejetilgange. Der gøres ligeledes opmærksom på sprogvanskeligheder blandt medarbejderne, som kan gøre det svært at formidle principperne og værdierne bag en ny plejetilgang.

5.3.2 Faglige barrierer

Øget faglig kompetence

Manglende faglige kompetencer i forhold til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd hos ældre med demens hos ledere og medarbejdere ses som en barriere, hvilket understøttes af de interviewede eksperter og af den videnskabelige litteratur. Dette ses som en stærk barriere. Derudover peges der på, at en stabil personalegruppe er vigtigt i forebyggelsen af udadreagerende adfærd, men at man under opkvalificeringen ofte er nødt til at trække personalet væk fra plejearbejdet.

Faglig tilgang og pårørende

Ifølge den videnskabelige litteratur kan pårørende opleve utryghed ved nye plejetilgange, og dette kan føre til manglende støtte fra disse. Plejepersonalet kan i den forbindelse frygte at møde kritik fra de pårørende. I forbindelse med forebyggelsesperspektivet peges der på betydningen af eksternt samarbejde, herunder samarbejdet med pårørende.

5.3.3 Kulturelle barrierer

Åbenhed og betydningen af psykologisk sikkerhed

Flere eksperter og erfaringer fra best-cases peger på, at manglende åbenhed i kollegagruppen kan være en barriere for forebyggelse, håndtering og læring, hvis medarbejderne ikke tør bede om hjælp eller tør sige fra. Dette kræver høj psykologisk sikkerhed i medarbejdergruppen og i relation til nærmeste leder, hvilket også fremhæves i eksisterende viden om arbejdsmiljø.

Håndtering af forandringer

Der peges flere steder på, at det kan være en udfordring at få medarbejderne med på en ændret praksis og at en stærk medarbejdergruppe fx kan have en uformel ledelse, der står i vejen for den

formelle ledelses udviklingsmuligheder. Man ved fra arbejdsmiljøforskningen, at vellykkede organisatoriske forandringer bygger på medarbejderinddragelse, og at medarbejderne gerne skal føle et ejerskab til forandringsprocessen og kan se meningen med de foreliggende organisatoriske ændringer. Der findes en række arbejdsmiljøværktøjer, der giver bud på, hvordan man kan arbejde med sådanne forandringsprocesser, se fx temanyhedsbrev om medarbejderinddragelse fra NFA (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2019b). Og det foreslås i tråd hermed at udarbejde et overbygningsmateriale målrettet de konkrete medarbejdergrupper, som kan understøtte en proces med medarbejderinddragelse og forandring.

Kulturel modstand og faglighed

Faglige eksperter peger på, at det kan være svært at få fagligheden i spil, også selvom der evt. er faglige ressourcepersoner i plejeenheden, fordi der overvejende er en anden praksis blandt personalet. Bekymring for social eksklusion kan bevirke, at man i højere grad arbejder ud fra vanlig praksis end ud fra en ny mere faglig baseret tilgang. Fra best-cases peges der også på problematikken omkring ikke at kunne få bragt fagligheden i spil. Her henvises der til, at modstand mod at spørge om hjælp eller bekymring for at blotte sig i forhold til manglende faglig viden kan betyde, at man ikke opsøger den eksisterende faglige viden. Den videnskabelige litteratur peger på modstand i form af medarbejderes opfattelse af en ny plejetilgang. Under forebyggelse peges der på vigtigheden af at understøtte åbenhed i personalegruppen og arbejde med at øge den psykologiske sikkerhed. Se også punktet ovenfor.

Medicinering og socialpædagogiske indsatser

Eksperter og den videnskabelige litteratur peger på, at fokus på medicinering kan komme til at stå i vejen for andre socialpædagogiske indsatser. Under forebyggelse beskrives kombinerede indsatser, hvor man både kigger på fx smertebehandling og psykosociale interventioner. Der peges desuden også på rene psykosociale interventioner såsom plejetilgangen og særlige aktiviteter for borgerne.

5.4 Forslag baseret på vidensopsamlingen

I dette afsnit er der på baggrund af de fokuspunkter, der er opsamlet i skemaerne i Tabel 7-8 ovenfor, formuleret nogle korte tværgående forslag til, hvad man kan gøre for at arbejde videre med nogle af de gode tiltag, der er beskrevet i best practice og i forskning.

Der er ikke formuleret forslag til alle fokuspunkterne. Skemaerne ovenfor fungerer samlet set som en opsamling på de vigtigste af de punkter, som er afdækket i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten, og via disse punkter gives et rids af, hvordan man arbejder med plejetilgang og arbejdsmiljø i et LOGIK-perspektiv inden for området med pleje af borgere, der udviser udadreagerende adfærd. Der vil dog være en del af disse punkter, hvor man allerede arbejder hensigtsmæssigt og bredt med opgaven, og hvor der fx er udarbejdet vejledningsmateriale til arbejdet. Rapporten her fokuserer derfor alene på at give forslag de steder, hvor der synes at være temaer eller vinkler, som der kan arbejdes videre med og hvor det er hensigtsmæssigt at anlægge en integreret vinkel på plejetilgang og arbejdsmiljøtilgang.

Forslagene er nummereret. For hvert forslag henvises til hvilket tema i Tabel 7 (forebyggelse) eller Tabel 8 (håndtering og læring), som det vedrører.

5.4.1 Forslag til forebyggelsesindsatser

Herunder følger forslag til forebyggelse af udadreagerende adfærd i ældreplejen. For at se baggrunden for de enkelte forslag henvises til gennemgangen af de forskellige temaer i afsnit 5.1.

- 1) Det foreslås, at der lægges vægt på at understøtte ledernes mulighed for at fungere som rollemodel både i forhold til demensfaglig ledelse, ledelsesfaglig ledelse og arbejdsmiljøledelse med henblik på at sikre god pleje af borgerne, sikre at området er styret med fokus på kvalitet og udvikling samt at sikre varetagelse af medarbejdernes arbejdsmiljø, herunder beskyttelse af medarbejderne mod de negative konsekvenser af voldsom udadreagerende adfærd fra borgerne (tema 1, Tabel 8).
- 2) Det foreslås, at der arbejdes videre med at beskrive og anbefale udvalgte aktiviteter, som der er forskningsmæssig eller god praksisbaseret evidens for at være effektive i forhold til at forebygge udadreagerende adfærd hos borgere med demens og som bidrager positivt til medarbejdernes arbejdsmiljø, herunder sikre, at de undervejs og efterfølgende evalueres med henblik på at skabe øget evidens for effekt af tiltagene (tema 2, Tabel 8).
- 3) Det foreslås, at der sker en tydelig italesættelse af udadreagerende adfærd som et arbejdsmiljøproblem, herunder at der er en forventning dels om, at der etableres politikker og procedurer for både forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd, og dels at der gennemføres en løbende administrativ organisering af arbejdet, som tilgodeser behovet for tid og rum til *formel* videndeling – fx i forbindelse med vagtskifte (tema 3, Tabel 8).
- 4) Det foreslås, at de medarbejdere i ældreplejen, som arbejder med målgrupper, der kan udvise udadreagerende adfærd, opkvalificeres med den fornødne viden om faglige årsager til og håndtering af, at borgere med demens kan reagere voldsomt (tema 5, Tabel 8).
- 5) Det foreslås, at de frivillige og eksterne parter, som inddrages konkret i plejen af de borgere, der kan udvise udadreagerende adfærd, modtager en grundlæggende viden og træning, både i forhold til at handle korrekt over for borgerne, men også for at kunne tage vare på sig selv i negative situationer (tema 7, Tabel 8).
- 6) Det foreslås, at man kan vurdere, hvorvidt interne faglige ressourcepersoner også kan bidrage til at udvikle en faglig forebyggelse, hvor man anvender dem til qua deres viden om demens at pege på relevante forebyggelsestiltag (tema 8, Tabel 8).
- 7) Det foreslås, at der sættes specifikt fokus på – fx i løbende APV-målinger, at den enkelte medarbejder føler sig oplært og rustet til sine opgaver, således at en god balance vedligeholdes mellem de krav, som medarbejderne udsættes for og de ressourcer (fx redskaber, viden, osv.), som medarbejderen har til rådighed (tema 11, Tabel 8).

8) Det foreslås, at der arbejdes videre med at beskrive og anbefale udvalgte metoder, som kombinerer flere tilgange og fagligheder, som der er forskningsmæssig eller god praksisbaseret evidens for at være effektive i forhold til at forebygge udadreagerende adfærd hos borgere med demens og som bidrager positivt til medarbejdernes arbejdsmiljø. Det bør endvidere sikres, at de undervejs og efterfølgende evalueres med henblik på at skabe øget evidens for effekten af tiltagene (tema 16, Tabel 8).

5.4.2 Forslag vedrørende håndtering og læring

Forslagene 1-8 herover vedrørende forebyggelse af udadreagerende adfærd i ældreplejen fortsætter herunder med forslag vedrørende håndtering af og læring fra episoder med udadreagerende adfærd. For at se baggrunden for de enkelte forslag henvises til gennemgangen af de forskellige temaer i afsnit 5.2.

9) Det foreslås, at der etableres faste procedurer for, hvordan ledelsen agerer i forhold til medarbejdere, som har været udsat for udadreagerende adfærd fra en borger. Dette kan passende indgå i en beredskabsplan (se forslag 11 herunder) (tema 17, Tabel 9).

10) Det foreslås at arbejde systematisk med at etablere en kultur, hvor man registrerer tilfælde med udadreagerende voldelig adfærd med henblik på at lære fra disse, således at fremtidige episoder kan forebygges, og hvor man sikrer, at der er en forståelse blandt medarbejderne omkring, hvorfor registreringen er nødvendig som et forebyggelsestiltag. Der er derfor også et forebyggelsesaspekt i registreringsaktiviteten (tema 18, Tabel 9).

11) Det foreslås, at der udarbejdes guidelines for beredskabsplaner rettet mod udadreagerende adfærd og at disse spredes blandt plejeenhederne (tema 19, Tabel 9)

12) Jævnfør forslagene 2) og 8) foreslås, at der arbejdes videre med at beskrive og anbefale udvalgte metoder, som kombinerer flere tilgange og fagligheder, som der er forskningsmæssig eller god praksisbaseret evidens for at være effektive i forhold til at håndtere og lære fra episoder af udadreagerende adfærd hos borgere med demens, og som bidrager positivt til medarbejdernes arbejdsmiljø. Det bør endvidere sikres, at de undervejs og efterfølgende evalueres med henblik på at skabe øget evidens for effekten af tiltagene (tema 22 og tema 24, Tabel 9).

5.5 Afsluttende bemærkninger til alle tværgående opsamlinger

Som det fremgår af ovenstående gennemgang af viden, erfaringer og metoder fra forskellige videnskilder, er der for mange emners vedkommende et overlap mellem forskellige videnskilder, det gælder særligt for viden fra eksperter, best-cases og arbejdsmiljøviden om voldsforebyggelse og håndtering. Dette har mundet ud i en række forskellige forslag til gode indsatser og metoder til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd rettet mod plejepersonalet. Der er imidlertid også et par mere overordnede bemærkninger, som udspringer af videnskilderne, selvom de ikke fremgår af tabellerne, der har fokus på viden, metoder og erfaringer. Den første bemærkning er, at varetagelsen af et godt arbejdsmiljø i form af beskyttelse af medarbejderne mod udadreagerende adfærd fra borgerne og sikring af god pleje af borgerne, hvor der blandt andet er fokus på

forebyggelse af udadreagerende adfærd, bør ses som en *integreret opgave*, hvor fremskridt på det ene område også skaber forbedringer på det andet. Dette ønske er allerede udtrykt i rapportens indledning, idet det er en af bevæggrundene for at lave rapporten, og det er kun yderligere blevet forstærket af den indsamlede viden i forbindelse med udfærdigelse af rapporten. Der bør således være fokus på at øge opmærksomheden omkring at organiseringen af arbejdet både drejer sig om at give en god plejeindsats såvel som at sikre et godt arbejdsmiljø og trivsel for plejepersonalet. Den anden bemærkning er, at der synes at være et behov for, at der i forskningen sættes et større fokus på interventioner, som indeholder målinger og evaluering af både sundhedsfaglige og arbejdsmiljømæssige udfald, og som ser på samspillet mellem sundhedsfaglige og arbejdsmiljømæssige hensyn (kontekst- og procesevaluering). Forskningsprojekter med dette fokus vil i højere grad afspejle praksis, og vil potentielt kunne give ny og nyttig viden om effektiviteten af tiltag, som har fokus på både borgernes og medarbejdernes trivsel.

6 KONKLUSION

Rapporten bygger på tre hovedkilder af ny-indsamlet data: 1) Litteraturstudie om virksomme metoder til forebyggelse af udadreagerende adfærd i ældreplejen, som samtidig har fokus på borgerens og medarbejdernes trivsel. 2) Praksiserfaringer fra ekspertinterviews, og 3) praksiserfaringer fra seks udvalgte best-cases. Denne viden suppleres i rapporten med viden om arbejdsmiljø. Sidstnævnte videnskilde er ikke branchespecifik, men giver det brede arbejdsmiljøperspektiv på forebyggelse, håndtering og læring i forhold til vold og trusler på arbejdspladsen herunder udadreagerende adfærd.

Resultatet af litteraturstudiet viste, at der er meget lidt viden om tilgange, som samtidig har effekt på borgeres og medarbejders trivsel. Artiklerne havde udelukkende fokus på den primære forebyggelse, dvs. reduktion af udadreagerende adfærd, og inkluderede dermed ikke andre primære forebyggelsestiltag, som anbefales i forhold til at beskytte medarbejderne mod risikoen for at blive udsat for udadreagerende adfærd, såsom arbejde med forskellige organisatoriske tiltag og læring fra tidligere episoder.

I praksiserfaringerne, både ekspertinterviews og best-cases, sås en langt større tendens til at sammentænke den gode pleje og det gode arbejdsmiljø. Fra praksiserfaringerne er der desuden et bredere fokus på forebyggelse, hvor man ud over den primære forebyggelse også fokuserer på vigtigheden af sekundær forebyggelse, dvs. håndteringen af voldsomme episoder med udadreagerende adfærd, og opfølgning samt læring. De praksiserfaringer, som er opsamlet i disse 'best-cases', er generelt i god overensstemmelse med de anbefalinger, som gælder generelt i arbejdsmiljøforskningen i forhold til håndtering af vold og voldsom udadreagerende adfærd hos 'klienter' rettet mod ansatte på en arbejdsplads. Derudover viser erfaringer fra 'best-cases', at man på arbejdspladserne også er opmærksomme på de mere organisatoriske aspekter i primær forebyggelse, dvs. i bl.a. arbejdets organisering.

Kilderne er grundlæggende meget forskellige, mens fagforskningen har en tendens til at have fokus på at afprøve en bestemt tilgang, så har man fra praksiserfaringer et noget bredere perspektiv, da man her skal foreholde sig til hele kompleksiteten på samme tid. Modsat gælder det praksiserfaringerne, at de nogle gange er baseret på, hvordan man plejer at gøre og tager udgangspunkt i det konkrete, uden at det helt er blevet undersøgt, om det er det rigtige at gøre. På trods af forskelle i videnskildernes karakter er det bemærkelsesværdigt, at flere kilder peger på en række sammenfaldende tematikker og indsatser, og alle fire kilder peger på kombinerede indsatser. Forskning, praksis og arbejdsmiljøviden peger alle på, at kombinerede indsatser er vigtige, fx at man fokuserer samtidigt på smertebehandling og psykosociale indsatser, eller at man sætter ind samtidigt på flere organisatoriske niveauer på en gang.

Løbende i rapporten er der en række sammenfatninger, resumeer og opsamlinger, der peger på de konkrete fund og giver forslag. I forhold til denne overordnede konklusion peges der på, at selvom der findes en række relevante erfaringer og en grundlæggende viden om dynamikker i relationen mellem borger og medarbejder og på arbejdspladsen, så mangler der samlet set både i forskningen og i praksis afprøvning af tilgange, der både har fokus på den gode faglighed og arbejdsmiljøet, og som samtidig kombinerer forskellige indsatser.

7 LITTERATURLISTE

- Abraha I, Rimland JM, Lozano-Montoya I, Dell'Aquila G, Velez-Diaz-Pallares M, Trotta FM, Cruz-Jentoft AJ, Cherubini A. Simulated presence therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;(4). 10.1002/14651858.CD011882.pub2
- Alnes RE, Kirkevold M, Skovdahl K. Insights gained through Marte Meo Counselling: experiences of nurses in dementia specific care units. *International Journal of Older People Nursing* 2011a;6(2):123-132. 10.1111/j.1748-3743.2010.00229.x
- Alnes RE, Kirkevold M, Skovdahl K. Marte Meo Counselling: A promising tool to support positive interactions between residents with dementia and nurses in nursing homes. *Journal of Research in Nursing* 2011b;16(5):415-433. 10.1177/1744987111414848
- Andersen LP, Høgh A, Elklit A, Andersen JH, Biering K. Work-related threats and violence and post-traumatic symptoms in four high-risk occupations: short- and long-term symptoms. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2019;92(2):195-208. 10.1007/s00420-018-1369-5
- Arbejdstilsynet. At-vejledning D.4.3-4. København: Arbejdstilsynet: 2011.
- Aust B. Psykosociale arbejdsmiljøinterventioner-hvad virker? En systematisk gennemgang af forskning i interventioner rettet mod det psykosociale arbejdsmiljø samt en oversigt over viden om implementering af arbejdspladsinterventioner. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2017a.
- Aust B, Karlsen IL, Kristiansen J, Limborg HJ, Albertsen K, Gensby U. Analyser om mentale sundhedsudfordringer (MSU) og forebyggende initiativer for erhvervsaktive i Danmark: Arbejdsrapport. Arbejdsrapport 2.1. København: Norliv, 2017b.
- Barba B, Stump M, Fitzsimmons S. The role of therapeutic use of self in the application of nonpharmacological interventions. *Journal of Gerontological Nursing* 2014;40(8):9-12. 10.3928/00989134-20140609-02
- Barbosa A, Lord K, Blighe A, Mountain G. Dementia Care Mapping in long-term care settings: a systematic review of the evidence. *International Psychogeriatrics* 2017;29(10):1609-1618. 10.1017/S1041610217001028
- Barbosa A, Nolan M, Sousa L, Figueiredo D. Supporting direct care workers in dementia care: effects of a psychoeducational intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2015a;30(2):130-138. 10.1177/1533317514550331
- Barbosa A, Nolan M, Sousa L, Marques A, Figueiredo D. Effects of a psychoeducational intervention for direct care workers caring for people with dementia: results from a 6-month follow-up study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2016;31(2):144-155. 10.1177/1533317515603500

- Barbosa A, Sousa L, Nolan M, Figueiredo D. Effects of person-centered care approaches to dementia care on staff: a systematic review. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2015b;30(8):713-722. 10.1177/1533317513520213
- Biering K, Andersen LPS, Høgh A, Andersen JH. Do frequent exposures to threats and violence at work affect later workforce participation? *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2018;91(4):457-465. 10.1007/s00420-018-1295-6
- Billington J, Carroll J, Davis P, Healey C, Kinderman P. A literature-based intervention for older people living with dementia. *Perspectives in Public Health* 2013;133(3):165-173. 10.1177/1757913912470052
- Bird M, Anderson K, MacPherson S, Blair A. Do interventions with staff in long-term residential facilities improve quality of care or quality of life for people with dementia? A systematic review of the evidence. *International Psychogeriatrics* 2016;28(12):1937-1963. 10.1017/S1041610216001083
- Borg V, Andersen MF. Social kapital på arbejdspladsen. Rapport nr. 1. En syntese af begrebet social kapital på arbejdspladsen. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2017.
- Brody H, Low LF, Liu Z, Fletcher J, Roast J, Goodenough B, Chenoweth L. Successful ingredients in the SMILE study: resident, staff, and management factors influence the effects of humor therapy in residential aged care. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2014;22(12):1427-1437. 10.1016/j.jagp.2013.08.005
- Campbell CL, McCoy S, Burg MA, Hoffman N. Enhancing home care staff safety through reducing client aggression and violence in noninstitutional care settings: a systematic review. *Home Health Care Management & Practice* 2014;26(1):3-10.
- Chenoweth L, Jeon YH, Stein-Parbury J, Forbes I, Fleming R, Cook J, Cheah S, Fletcher S, Tinslay L. PerCEN trial participant perspectives on the implementation and outcomes of person-centered dementia care and environments. *International Psychogeriatrics* 2015;27(12):2045-2057. 10.1017/s1041610215001350
- Clausen T, Høgh A, Borg V. Acts of offensive behaviour and risk of long-term sickness absence in the Danish elder-care services: a prospective analysis of register-based outcomes. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2012;85(4):381-387. 10.1007/s00420-011-0680-1
- Clausen T, Tufte P, Borg V. Why are they leaving? Causes of actual turnover in the Danish eldercare services. *Journal of Nursing Management* 2014;22(5):583-592.
- Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, Dakheel-Ali M. What are the barriers to performing nonpharmacological interventions for behavioral symptoms in the nursing home? *Journal of the American Medical Directors Association* 2012a;13(4):400-405. 10.1016/j.jamda.2011.07.006

Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, Dakheel-Ali M, Freedman L. Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 2012b;73(9):1255-1261. 10.4088/JCP.12m07918

Collet J, de Vugt ME, Verhey FRJ, Schols JMGA. Efficacy of integrated interventions combining psychiatric care and nursing home care for nursing home residents: a review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2010;25(1):3-13.

Conn DK, Seitz DP. Advances in the treatment of psychiatric disorders in long-term care homes. *Current Opinion in Psychiatry* 2010;23(6):516-521. 10.1097/YCO.0b013e32833efe56

de Oliveira AM, Radanovic M, de Mello PCH, Buchain PC, Vizzotto ADB, Celestino DL, Stella F, Piersol CV, Forlenza OV. Nonpharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review. *Biomed Research International* 2015: 218980. 10.1155/2015/218980

Demange M, Lenoir H, Pino M, Cantegreil-Kallen I, Rigaud AS, Cristancho-Lacroix V. Improving well-being in patients with major neurodegenerative disorders: differential efficacy of brief social robot-based intervention for 3 neuropsychiatric profiles. *Clinical Interventions in Aging* 2018;13:1303-1311. 10.2147/cia.S152561

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Fakta om Virksomhedernes arbejdsmiljøindsats 2017 (VAI2017) - En spørgeskemaundersøgelse på arbejdspladser i Danmark. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2018.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Fakta om Arbejdsmiljø og Helbred 2018. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2019a.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Medarbejderinddragelse hvordan? Processen og situationen er vigtig. Temanyhedsbrev om medarbejderinddragelse. NFA, 2019b. Lokaliseret på: <http://bm.peytzmail.com/v/zobclg/hqghzu/3615442851>

Dichter MN, Trutschel D, Schwab CGG, Haastert B, Quasdorf T, Halek M. Dementia care mapping in nursing homes: Effects on caregiver attitudes, job satisfaction, and burnout. A quasi-experimental trial. *International Psychogeriatrics* 2017;29(12):1993-2006. 10.1017/S104161021700148X

Edmondson A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly* 1999;44(2):350-383.

Elliott K-EJ, Scott JL, Stirling C, Martin AJ, Robinson A. Building capacity and resilience in the dementia care workforce: a systematic review of interventions targeting worker and organizational outcomes. *International Psychogeriatrics* 2012;24(6):882-894. 10.1017/S1041610211002651

Figueiro MG, Plitnick BA, Lok A, Jones GE, Higgins P, Hornick TR, Rea MS. Tailored lighting intervention improves measures of sleep, depression, and agitation in persons with Alzheimer's disease and related dementia living in long-term care facilities. *Clinical Interventions in Aging* 2014;9:1527-1537. 10.2147/cia.S68557

From D. Low arousal. Socialstyrelsen, 2019. Lokaliseret på:

<https://vidensportal.dk/handicap/udviklingshaemning-og-udfordrende-adfaerd/indsatser/low-arousal>

Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilly GJ, Matthews L, Raphael B, Doran C, Merlin T, Newton S. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007;41(8):637-648.

Friedmann E, Galik E, Thomas SA, Hall PS, Chung SY, McCune S. Evaluation of a pet-assisted living intervention for improving functional status in assisted living residents with mild to moderate cognitive impairment: a pilot study. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias* 2015;30(3):276-289. 10.1177/1533317514545477

Fukuda K, Terada S, Hashimoto M, Ukai K, Kumagai R, Suzuki M, Nagaya M, Yoshida M, Hattori H, Murotani K, Toba K. Effectiveness of educational program using printed educational material on care burden distress among staff of residential aged care facilities without medical specialists and/or registered nurses: cluster quasi-randomization study. *Geriatrics & Gerontology International* 2018;18(3):487-494. 10.1111/ggi.13207

Fung J, Tsang HWH, Chung RCK. A systematic review of the use of aromatherapy in treatment of behavioral problems in dementia. *Geriatrics & Gerontology International* 2012;12(3):372-382. 10.1111/j.1447-0594.2012.00849.x

Gadegaard CA, Andersen LP, Høgh A. Effects of violence prevention behavior on exposure to workplace violence and threats: a follow-up study. *Journal of Interpersonal Violence* 2018;33(7):1096-1117. 10.1177/0886260515614558

Galik E, Resnick B, Lerner N, Hammersla M, Gruber-Baldini AL. Function focused care for assisted living residents with dementia. *Gerontologist* 2015;55 Suppl 1:S13-26. 10.1093/geront/gnu173

Hayajneh FA, Shehadeh A. The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer's on professional caregivers' burden: an interventional study. *International Journal of Nursing Practice* 2014;20(4):438-445. 10.1111/ijn.12251

Hsu MH, Flowerdew R, Parker M, Fachner J, Odell-Miller H. Individual music therapy for managing neuropsychiatric symptoms for people with dementia and their carers: a cluster randomised controlled feasibility study. *BMC Geriatrics* 2015;15:84. 10.1186/s12877-015-0082-4

Hu MY, Zhang P, Leng MM, Li C, Chen L. Animal-assisted intervention for individuals with cognitive impairment: a meta-analysis of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. *Psychiatry Research* 2018;260:418-427. 10.1016/j.psychres.2017.12.016

Høgh A, Ortega A, Giver H, Borg V. *Mobning af personale i ældreplejen*. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2007. (SOSU-rapport).

- Isaksson U, Graneheim UH, Åström S. Female caregivers' experiences of exposure to violence in nursing homes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2009;16(1):46-53. 10.1111/j.1365-2850.2008.01328.x
- Jeon YH, Simpson JM, Li ZC, Cunich MM, Thomas TH, Chenoweth L, Kendig HL. Cluster randomized controlled trial of an aged care specific leadership and management program to improve work environment, staff turnover, and care quality. *Journal of the American Medical Directors Association* 2015;16(7). 10.1016/j.jamda.2015.04.005
- Joranson N, Pedersen I, Rokstad AM, Ihlebaek C. Effects on symptoms of agitation and depression in persons with dementia participating in robot-assisted activity: a cluster-randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association* 2015;16(10):867-873. 10.1016/j.jamda.2015.05.002
- Jöhncke S, Svendsen M, Whyte S. 'Løsningsmodeller' - Sociale teknologier som antropologisk arbejdsfelt. I: Hastrup K (Red.) *Viden om verden - En grundbog i antropologisk analyse*. København: Rietzels Forlag, 2004. s. 385-407.
- Karel MJ, Teri L, McConnell E, Visnic S, Karlin BE. Effectiveness of expanded implementation of STAR-VA for managing dementia-related behaviors among veterans. *Gerontologist* 2016;56(1):126-134. 10.1093/geront/gnv068
- Karlin BE, Visnic S, McGee JS, Teri L. Results from the multisite implementation of STAR-VA: a multicomponent psychosocial intervention for managing challenging dementia-related behaviors of veterans. *Psychological Services* 2014;11(2):200-208. 10.1037/a0033683
- Koekkoek B, van Baarsen C, Steenbeek M. Multidisciplinary, nurse-led psychiatric consultation in nursing homes: a pilot study in clinical practice. *Perspectives in Psychiatric Care* 2016;52(3):217-223. 10.1111/ppc.12120
- Kontos P, Miller KL, Colobong R, Palma Lazgare LI, Binns M, Low LF, Surr C, Naglie G. Elder-clowning in long-term dementia care: results of a pilot study. *Journal of the American Geriatrics Society* 2016;64(2):347-353. 10.1111/jgs.13941
- Leng MM, Liu P, Zhang P, Hu MY, Zhou HY, Li GC, Yin HR, Chen L. Pet robot intervention for people with dementia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research* 2019;271:516-525. 10.1016/j.psychres.2018.12.032
- Low LF, Baker JR, Harrison F, Jeon YH, Haertsch M, Camp C, Skropeta M. The Lifestyle Engagement Activity Program (LEAP): implementing social and recreational activity into case-managed home care. *Journal of the American Medical Directors Association* 2015;16(12):1069-1076. 10.1016/j.jamda.2015.07.002
- Low LF, Brodaty H, Goodenough B, Spitzer P, Bell JP, Fleming R, Casey AN, Liu Z, Chenoweth L. The Sydney Multisite Intervention of LaughterBosses and ElderClowns (SMILE) study: cluster randomised trial of humour therapy in nursing homes. *BMJ Open* 2013;3(1). 10.1136/bmjopen-2012-002072

- Low LF, Goodenough B, Fletcher J, Xu K, Casey AN, Chenoweth L, Fleming R, Spitzer P, Bell JP, Brodaty H. The effects of humor therapy on nursing home residents measured using observational methods: the SMILE cluster randomized trial. *Journal of the American Medical Directors Association* 2014;15(8):564-569. 10.1016/j.jamda.2014.03.017
- Lykkeslet E, Gjengedal E, Skrondal T, Storjord MB. 'On one's own strength' healthcare providers' experience with introducing Marte Meo Counselling in dementia care. *International Journal of Older People Nursing* 2016;11(1):24-31. 10.1111/opn.12085
- Majic T, Gutzmann H, Heinz A, Lang UE, Rapp MA. Animal-assisted therapy and agitation and depression in nursing home residents with dementia: a matched case-control trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2013;21(11):1052-1059. 10.1016/j.jagp.2013.03.004
- Marte Meo Foreningen i Danmark. Metoden. Marte Meo Foreningen i Danmark. Lokaliseret på: <https://www.martemeo.dk/metoden/>.
- McFeeters S, Pront L, Cuthbertson L, King L. Massage, a complementary therapy effectively promoting the health and well-being of older people in residential care settings: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing* 2016;11(4):266-283. 10.1111/opn.12115
- Mohler R, Renom A, Renom H, Meyer G. Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018;(2). 10.1002/14651858.CD009812.pub2
- Nationalt Videnscenter for Demens. Dementia Care Mapping. Nationalt Videnscenter for Demens, 2019b. Lokaliseret på: <http://www.videnscenterfordemens.dk/pleje-og-behandling/pleje-og-omsorg/metoder-til-pleje-og-omsorg/personcentreret-omsorg/dementia-care-mapping/>
- Nationalt Videnscenter for Demens. Tal og statistik om demens. Nationalt Videnscenter for Demens, 2019a. Lokaliseret på: <http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/>
- Nationalt Videnscenter for Demens. Fakta-ark: Aggressivitet og uro. Nationalt Videnscenter for Demens, 2017. Lokaliseret på: <http://www.videnscenterfordemens.dk/faktaark/symptomer-ved-demens-fakta-ark/fakta-ark-aggressivitet-og-uro/>
- Olsen C, Pedersen I, Bergland A, Enders-Slegers MJ, Patil G, Ihlebaek C. Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2016;31(12):1312-1321. 10.1002/gps.4436
- Oyebode JR, Parveen S. Psychosocial interventions for people with dementia: an overview and commentary on recent developments. *Dementia-International Journal of Social Research and Practice* 2019;18(1):8-35. 10.1177/1471301216656096
- Pieper MJ, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJ, Twisk JW, Kovach CR, Achterberg WP. Effects of a stepwise multidisciplinary intervention for challenging behavior in advanced dementia: a cluster randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2016;64(2):261-269. 10.1111/jgs.13868

Pieper MJC, van Dalen-Kok AH, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJA, Husebo BS, Achterberg WP. Interventions targeting pain or behaviour in dementia: a systematic review. *Ageing Research Reviews* 2013;12(4):1042-1055. 10.1016/j.arr.2013.05.002

Pihl-Thingvad J, Andersen LL, Brandt LL, Elklit A. Vold og PTSD blandt de danske socialpædagoger. En undersøgelse af vold i arbejdet blandt socialpædagoger på voksenområdet og dets effekt på udvikling af posttraumatisk belastningsreaktion. København: Socialpædagogisk Landsforening, 2019.

Rajkumar AP, Ballard C, Dpsych JF, Corbett A, Woods B, Orrell M, Prakash R, Moniz-Cook E, Testad I. Apathy and its response to antipsychotic review and nonpharmacological interventions in people with dementia living in nursing homes: WHELD, a factorial cluster randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association* 2016;17(8):741-747. 10.1016/j.jamda.2016.04.006

Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, Hoe J, Toot S, Challis D, Orrell M. Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;1:Cd008345. 10.1002/14651858.CD008345.pub2

Reuther S, Dichter MN, Buscher I, Vollmar HC, Holle D, Bartholomeyczik S, Halek M. Case conferences as interventions dealing with the challenging behavior of people with dementia in nursing homes: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 2012;24(12):1891-1903. 10.1017/s1041610212001342

Rudkjøbing L, Bungum AB, Flachs EM, Eller NH, Borritz M, Rugulies R, Hulvej-Rod N, Aust B, Biering K, Bonde JP. Videnskabeligt referencdokument: Vold på arbejdspladsen og psykiske helbreds konsekvenser: Et systematisk review med meta-analyse. København: Københavns Stressforskningscenter, 2019.

Runyan CW, Zakocs RC, Zwerling C. Administrative and behavioral interventions for workplace violence prevention. *American Journal of Preventive Medicine* 2000;18(4):116-127. 10.1016/S0749-3797(00)00147-1.

Sanchez A, Maseda A, Marante-Moar MP, de Labra C, Lorenzo-Lopez L, Millan-Calenti JC. Comparing the effects of multisensory stimulation and individualized music sessions on elderly people with severe dementia: a randomized controlled trial. *Journal of Alzheimers Disease* 2016;52(1):303-315. 10.3233/jad-151150

Scott A, Ryan A, James I, Mitchell EA. Perceptions and implications of violence from care home residents with dementia: a review and commentary. *International Journal of Older People Nursing* 2011;6(2):110-122. 10.1111/j.1748-3743.2010.00226.x

Shibazaki K, Marshall NA. Exploring the impact of music concerts in promoting well-being in dementia care. *Ageing & Mental Health* 2017;21(5):468-476. 10.1080/13607863.2015.1114589

Spector A, Orrell M, Charlesworth G, Marston L. Factors influencing the person-carer relationship in people with anxiety and dementia. *Ageing & Mental Health* 2016a;20(10):1055-1062.

Spector A, Revolta C, Orrell M. The impact of staff training on staff outcomes in dementia care: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2016b;31(11):1172-1187. 10.1002/gps.4488

Sprangers S, Dijkstra K, Romijn-Luijten A. Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clinical Interventions in Aging* 2015;10:311-319. 10.2147/cia.S73053

State of Victoria, Department of Health and Human Services. Guide for violence and aggression training in Victorian health services. Guiding principles. Melbourne: State of Victoria, 2018. Lokaliseret på: <https://www2.health.vic.gov.au/health-workforce/worker-health-wellbeing/occupational-violence-aggression/training>

Strom BS, Ytrehus S, Grov EK. Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 2016;25(13-14):1805-1834. 10.1111/jocn.13169

Sundheds- og Ældreministeriet. Et trygt og værdigt liv med demens. National demenshandlingsplan 2025. København: Sundheds- og Ældreministeriet, 2017.

Sundhedsstyrelsen. Handlingsplan til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen. København: Sundhedsstyrelsen, 2019a.

Sundhedsstyrelsen. National Klinisk retningslinje for demens. København: Sundhedsstyrelsen, 2019b.

Swain N, Gale C. A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: a pretest-posttest study. *International Journal of Nursing Studies* 2014;51(9):1241-1245. 10.1016/j.ijnurstu.2014.01.016

Testad I, Ballard C, Brønnick K, Aarsland D. The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single-blind, randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2010;71(1):80-86. 10.4088/JCP.09m05486oli

Testad I, Corbett A, Aarsland D, Lexow KO, Fossey J, Woods B, Ballard C. The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 2014;26(7):1083-1098. 10.1017/s1041610214000131

Tournier I, Vives MF, Postal V. Animal-assisted intervention in dementia effects on neuropsychiatric symptoms and on caregivers' distress perceptions. *Swiss Journal of Psychology* 2017;76(2):51-58. 10.1024/1421-0185/a000191

Travers C, Bartlett H. An exploratory study of carers' and care staff's perspectives of Silver Memories—A unique radio program for older people. *Activities, Adaptation & Aging* 2010;34(2):135-147. 10.1080/01924781003793607

- Travers C, Brooks D, Hines S, O'Reilly M, McMaster M, He W, MacAndrew M, Fielding E, Karlsson L, Beattie E. Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 2016;14(12):163-225. 10.11124/jbisrir-2016-003230
- van Duinen-van den IJCL, Bakker C, Smalbrugge M, Zwijsen SA, Appelhof B, Teerenstra S, Zuidema SU, de Vugt ME, Verhey FRJ, Koopmans R. Effects on staff outcomes from an intervention for management of neuropsychiatric symptoms in residents of young-onset dementia care units: a cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2019;96:35-43. 10.1016/j.ijnurstu.2019.03.006
- Wassell JT. Workplace violence intervention effectiveness: a systematic literature review. *Safety Science*. 2009;47(8):1049-1055. 10.1016/j.ssci.2008.12.001
- Watson K, Hatcher D, Good A. A randomised controlled trial of Lavender (*Lavandula Angustifolia*) and Lemon Balm (*Melissa Officinalis*) essential oils for the treatment of agitated behaviour in older people with and without dementia. *Complementary Therapies in Medicine* 2019;42:366-373. 10.1016/j.ctim.2018.12.016
- Wharton TC, Ford BK. What is known about dementia care recipient violence and aggression against caregivers? *Journal of Gerontological Social Work* 2014;57(5):460-477. 10.1080/01634372.2014.882466
- Workers Compensation Board of British Columbia. *Dementia: Understanding risks and preventing violence*. British Columbia: WorkSafeBC, 2017. Lokaliseret på: <https://www.worksafebc.com/en/resources/health-safety/books-guides/dementia-understanding-risks-and-preventing-violence?lang=en>
- Xu T, Hanson LLM, Lange T, Starkopf L, Westerlund H, Madsen IE, Rugulies R, Pentti J, Stenholm S, Vahtera J, Hansen ÅM, Kivimäki M, Rod NH. Workplace bullying and violence as risk factors for type 2 diabetes: a multicohort study and meta-analysis. *Diabetologia* 2018a;61(1):75-83.
- Xu T, Magnusson Hanson LL, Lange T, Starkopf L, Westerlund H, Madsen IE, Rugulies R, Pentti J, Stenholm S, Vahtera J, Hansen ÅM, Virtanen M, Kivimäki M, Rod NH. Workplace bullying and workplace violence as risk factors for cardiovascular disease: a multi-cohort study. *European Heart Journal* 2018b;40(14):1124-1134.
- You EC, Dunt D, Doyle C, Hsueh A. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC Health Services Research* 2012;12. 10.1186/1472-6963-12-395
- Zwijsen SA, Gerritsen DL, Eefsting JA, Smalbrugge M, Hertogh CPM, Pot AM. Coming to grips with challenging behaviour: a cluster randomised controlled trial on the effects of a new care programme for challenging behaviour on burnout, job satisfaction and job demands of care staff on dementia special care units. *International Journal of Nursing Studies* 2015;52(1):68-74. 10.1016/j.ijnurstu.2014.10.003

Zwijssen SA, Smalbrugge M, Eefsting JA, Twisk JWR, Gerritsen DL, Pot AM, Hertogh C. Coming to grips with challenging behavior: a cluster randomized controlled trial on the effects of a multidisciplinary care program for challenging behavior in dementia. *Journal of the American Medical Directors Association* 2014;15(7):531.e531-531.e510. 10.1016/j.jamda.2014.04.007

Ældre Sagen. Værd at vide. Ældre Sagens håndbog med satser, regler og lovgivning. Lokaliseret 10.1.2020 på <https://www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/vaerd-at-videre/b/bolig/aeldreboliger/tilsyn>

Aagestad C, Tyssen R, Johannessen HA, Gravseth HM, Tynes T, Sterud T. Psychosocial and organizational risk factors for doctor-certified sick leave: a prospective study of female health and social workers in Norway. *BMC Public Health* 2014;14(1):1016.

Aasmul I, Husebo BS, Flo E. Staff distress improves by treating pain in nursing home patients with dementia: results from a cluster-randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management* 2016;52(6):795-805. 10.1016/j.jpainsymman.2016.07.004

BILAG 1: LITTERATURSTUDIE

Bilag 1A: Søgeprofiler

Søgeprofiler for demens-, ældre- og socialområdet i Medline/PubMed. Til alle søgninger er der anvendt filteret: English (OR Danish OR Norwegian OR Swedish) AND Year >2008

Søgning: Demensområdet

Dato: 23.08.2019

DEMENTIA

History

Search	Query	Items found
#23	Search (#8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22)	245958
#22	Search (((("Behavioral[Title/Abstract] AND Psychological Symptoms of Dementia"[Title/Abstract])) OR "BPSD"[Title/Abstract]) OR "PDD"[Title/Abstract] OR "FTD"[Title/Abstract] OR "DLB"[Title/Abstract]	9435
#21	Search (parkinson*[Title/Abstract]) AND dementia[Title/Abstract]	10035
#20	Search (((("lewy-body"[Title/Abstract] OR "lewy body"[Title/Abstract]) OR "lewy-bodies"[Title/Abstract] OR "lewy bodies"[Title/Abstract]	8773
#19	Search (frontotemporal[Title/Abstract]) AND (degradation[Title/Abstract] OR neurodegradation[Title/Abstract])	232
#18	Search ((primary[Title/Abstract]) AND progressive[Title/Abstract]) AND aphasia[Title/Abstract]	1231
#17	Search (dementia*[Title/Abstract] OR alzheimer*[Title/Abstract]	202624
#16	Search lewy body disease[MeSH Terms]	3012
#15	Search frontotemporal dementia[MeSH Terms]	2871
#14	Search frontotemporal lobar degeneration[MeSH Terms]	3917
#13	Search dementia, multi infarct[MeSH Terms]	1086
#12	Search dementia, vascular[MeSH Terms]	6410
#11	Search primary progressive nonfluent aphasia[MeSH Terms]	108

Search	Query	Items found
#10	Search aphasia, primary progressive [MeSH Terms]	755
#9	Search Alzheimer disease [MeSH Terms]	88774
#8	Search dementia [MeSH Terms]	156743

Therapies for the prevention of BPSD

History, person-related approach

Search	Query	Items found
#6	Search (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5)	2751720
#5	Search ((("Dementia Care Mapping"[Title/Abstract]) OR "DCM"[Title/Abstract]) OR "VIPS"[Title/Abstract]) OR "Marte Meo"[Title/Abstract]	7239
#4	Search ((psychosocial[Title/Abstract] OR "psycho-social"[Title/Abstract] OR holistic[Title/Abstract] OR relation*[Title/Abstract] OR integrative[Title/Abstract] OR tailor*[Title/Abstract] OR "multi-modal"[Title/Abstract] OR multimodal[Title/Abstract] OR "multi-component"[Title/Abstract] OR multicomponent[Title/Abstract] OR multidisciplinary[Title/Abstract] OR "multi-disciplinary"[Title/Abstract] OR interdisciplinary[Title/Abstract] OR "inter-disciplinary"[Title/Abstract] OR complimentary[Title/Abstract])) AND (care[Title/Abstract] OR approach[Title/Abstract] OR therap*[Title/Abstract] OR treatment*[Title/Abstract] OR intervention*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR plan*[Title/Abstract] OR rehabilitation[Title/Abstract] OR support*[Title/Abstract] OR method*[Title/Abstract] OR action*[Title/Abstract] OR management[Title/Abstract])	1286998
#3	Search ((person*[Title/Abstract] OR patient*[Title/Abstract] OR client*[Title/Abstract] OR individual*[Title/Abstract])) AND (centred[Title/Abstract] OR center*[Title/Abstract] OR orient*[Title/Abstract] OR focus*[Title/Abstract] OR based[Title/Abstract] OR tailor*[Title/Abstract])	1658114

Search	Query	Items found
<u>#2</u>	Search (((personalis*[Title/Abstract]) OR personaliz*[Title/Abstract]) OR "person-centered"[Title/Abstract]) OR "person-oriented"[Title/Abstract]) OR "person-focused"[Title/Abstract]) OR "person-based"[Title/Abstract]) OR "person-tailored"[Title/Abstract]) OR "patient-centred"[Title/Abstract]) OR "patient-centered"[Title/Abstract]) OR "patient-oriented"[Title/Abstract]) OR "patient-focused"[Title/Abstract]) OR "patient-based"[Title/Abstract]) OR "patient-tailored"[Title/Abstract]) OR "personally-centred"[Title/Abstract]) OR "personally-centered"[Title/Abstract]) OR "personally-oriented"[Title/Abstract]) OR "personally-focused"[Title/Abstract]) OR "personally-based"[Title/Abstract]) OR "personally-tailored"[Title/Abstract]) OR "client-centred"[Title/Abstract]) OR "client-centered"[Title/Abstract]) OR "client-oriented"[Title/Abstract]) OR "client-focused"[Title/Abstract]) OR "client-based"[Title/Abstract]) OR "client-tailored"[Title/Abstract]) OR "individual-centred"[Title/Abstract]) OR "individual-centered"[Title/Abstract]) OR "individual-focused"[Title/Abstract]) OR "individual-oriented"[Title/Abstract]) OR "individual-tailored"[Title/Abstract]) OR "individually-centred"[Title/Abstract]) OR "individually-centered"[Title/Abstract]) OR "individually-focused"[Title/Abstract]) OR "individually-oriented"[Title/Abstract]) OR "individually-based"[Title/Abstract]) OR "individually-tailored"[Title/Abstract]) OR "relationship-centred"[Title/Abstract]) OR "relationship-centered"[Title/Abstract]	<u>79576</u>
<u>#1</u>	Search (((patient-centered care[MeSH Terms]) OR progressive patient care[MeSH Terms]) OR holistic nursing[MeSH Terms]) OR holistic health[MeSH Terms]	<u>29544</u>

History, supervised exercise

Search	Query	Items found
<u>#11</u>	Search (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10)	<u>1112029</u>
<u>#10</u>	Search (yoga[Title/Abstract] OR "tai ji"[Title/Abstract] OR "tai chi"[Title/Abstract] OR qigong[Title/Abstract] OR "qi-	<u>6112</u>

Search	Query	Items found
	gong"[Title/Abstract])	
<u>#9</u>	Search ("warm water"[Title/Abstract]) AND (exercis*[Title/Abstract] OR train*[Title/Abstract] OR rehab*[Title/Abstract])	<u>175</u>
<u>#8</u>	Search (weight*[Title/Abstract]) AND (lift*[Title/Abstract] OR train[Title/Abstract] OR exercis*[Title/Abstract])	<u>33801</u>
<u>#7</u>	Search (play*[Title/Abstract]) AND ball[Title/Abstract]	<u>2612</u>
<u>#6</u>	Search (running[Title/Abstract] OR skiing[Title/Abstract] OR "nordic walking"[Title/Abstract] OR jog*[Title/Abstract] OR zumba[Title/Abstract] OR swim*[Title/Abstract] OR bicycl*[Title/Abstract] OR cycling[Title/Abstract] OR walk*[Title/Abstract] OR rowing[Title/Abstract] OR pacing[Title/Abstract] OR paced[Title/Abstract] OR titreted[Title/Abstract] OR soccer[Title/Abstract] OR "ball game"[Title/Abstract] OR "ball games"[Title/Abstract])	<u>322809</u>
<u>#5</u>	Search (aerobic*[Title/Abstract] OR anaerobic*[Title/Abstract] OR "movement therapy"[Title/Abstract] OR watergym*[Title/Abstract] OR "water gym"[Title/Abstract] OR "water gym"[Title/Abstract] OR "water gymnastics"[Title/Abstract] OR aquagym*[Title/Abstract] OR gym*[Title/Abstract] OR hydrotherap*[Title/Abstract] OR pilates[Title/Abstract] OR spinning)[Title/Abstract])	<u>3</u>
<u>#4</u>	Search ((muscl*[Title/Abstract] OR resistance[Title/Abstract] OR physical[Title/Abstract] OR endurance[Title/Abstract] OR strength[Title/Abstract] OR balance[Title/Abstract] OR aquatic[Title/Abstract] OR trunk[Title/Abstract])) AND (train*[Title/Abstract] OR strength*[Title/Abstract] OR fitness[Title/Abstract] OR condition[Title/Abstract] OR rehabilitation[Title/Abstract])	<u>457827</u>
<u>#3</u>	Search (physical[Title/Abstract]) AND (activit*[Title/Abstract] OR exercise[Title/Abstract])	<u>193043</u>
<u>#2</u>	Search (exercis*[Title/Abstract]) AND (instruct*[Title/Abstract] OR action[Title/Abstract] OR plan*[Title/Abstract] OR session*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR	<u>74690</u>

Search	Query	Items found
	protocol*[Title/Abstract]	
<u>#1</u>	Search ((((((((((exercise[MeSH Terms]) OR exercise therapy[MeSH Terms]) OR sports[MeSH Terms]) OR physical exertion[MeSH Terms]) OR muscle strength[MeSH Terms]) OR exercise movement techniques[MeSH Terms]) OR (physical education and training[MeSH Terms])) OR hydrotherapy[MeSH Terms]) OR weight-bearing[MeSH Terms]) OR tai ji[MeSH Terms]) OR qigong[MeSH Terms]	<u>398831</u>

History, sleep hygiene

Search	Query	Items found
<u>#10</u>	Search (#4 AND #9)	<u>48737</u>
<u>#9</u>	Search (#5 OR #6 OR #7 OR #8)	<u>1023694</u>
<u>#8</u>	Search (actigraphy[Title/Abstract] OR music[Title/Abstract])	<u>18913</u>
<u>#7</u>	Search ("bed"[Title/Abstract] OR "beds"[Title/Abstract] OR bedroom[Title/Abstract] OR bedding*[Title/Abstract] OR bedclothes[Title/Abstract] OR "warming-pan"[Title/Abstract] OR "warming-pans"[Title/Abstract] OR linen[Title/Abstract] OR bedsheet*[Title/Abstract] OR warm*[Title/Abstract] OR pillow*[Title/Abstract] OR reclining[Title/Abstract] OR reclined[Title/Abstract] OR light*[Title/Abstract])	<u>821839</u>
<u>#6</u>	Search ((sleep*[Title/Abstract] OR circadian[Title/Abstract] OR "biological clock"[Title/Abstract] OR rest[Title/Abstract] OR nap[Title/Abstract] OR bed[Title/Abstract])) AND (hygiene[Title/Abstract] OR pattern*[Title/Abstract] OR regulation[Title/Abstract] OR cycle*[Title/Abstract] OR syndrome[Title/Abstract] OR quality[Title/Abstract] OR treatment*[Title/Abstract] OR intervention*[Title/Abstract] OR plan*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR structur*[Title/Abstract] OR strateg*[Title/Abstract] OR	<u>252280</u>

Search	Query	Items found
	protocol*[Title/Abstract] OR guid*[Title/Abstract] OR advic*[Title/Abstract] OR advis*[Title/Abstract] OR support*[Title/Abstract] OR diary[Title/Abstract] OR diaries[Title/Abstract])	
<u>#5</u>	Search sleep hygiene[MeSH Terms]	<u>188</u>
<u>#4</u>	Search (#1 OR #2 OR #3)	<u>69142</u>
<u>#3</u>	Search ((sleep*[Title/Abstract] OR circadian[Title/Abstract] OR "biological clock"[Title/Abstract])) AND (disturb*[Title/Abstract] OR deprivation[Title/Abstract] OR disorder*[Title/Abstract] OR difficult*[Title/Abstract] OR dysfunction*[Title/Abstract] OR disrupt*[Title/Abstract] OR abrupt*[Title/Abstract] OR reduc*[Title/Abstract] OR latency[Title/Abstract] OR problem*[Title/Abstract] OR apnea[Title/Abstract])	<u>122629</u>
<u>#2</u>	Search (sleep*[Title/Abstract] OR insomnia*[Title/Abstract] OR dyssomnia*[Title/Abstract] OR somnambul*[Title/Abstract] OR wakeful*[Title/Abstract] OR somnolence[Title/Abstract])	<u>185500</u>
<u>#1</u>	Search (((((sleep[MeSH Terms]) OR sleep deprivation[MeSH Terms]) OR sleep latency[MeSH Terms]) OR sleep wake disorders[MeSH Terms]) OR sleep apnea syndromes[MeSH Terms]) OR wakefulness[MeSH Terms]	<u>139738</u>

History, reminiscence therapy

Search	Query	Items found
<u>#9</u>	Search (#8 AND #7) OR #1	<u>433651</u>
<u>#8</u>	Search (#2 OR #5)	<u>601723</u>
<u>#7</u>	Search (((stimulat*[Title/Abstract] OR care[Title/Abstract] OR approach[Title/Abstract] OR therap*[Title/Abstract] OR treat*[Title/Abstract] OR intervention*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR plan*[Title/Abstract] OR rehabilitation[Title/Abstract] OR method*[Title/Abstract] OR activit*[Title/Abstract] OR exercise*[Title/Abstract] OR	<u>14443861</u>

Search	Query	Items found
	training[Title/Abstract]))	
<u>#5</u>	Search (#3 OR #4)	<u>1676</u>
<u>#4</u>	Search commemorate*[Title/Abstract]	<u>512</u>
<u>#3</u>	Search ((bring*[Title/Abstract] OR brought[Title/Abstract])) AND mind[Title/Abstract]	<u>1165</u>
<u>#2</u>	Search (reminisce*[Title/Abstract] OR memory[Title/Abstract] OR memories[Title/Abstract] OR memoriz*[Title/Abstract] OR recall*[Title/Abstract] OR recognition[Title/Abstract] OR recollect*[Title/Abstract] OR rememb*[Title/Abstract] OR souvenir*[Title/Abstract] OR keepsake*[Title/Abstract])	<u>600171</u>
<u>#1</u>	Search (mental recall[MeSH Terms]) OR memory[MeSH Terms]	<u>130137</u>

History, psychoeducation therapy

Search	Query	Items found
<u>#9</u>	Search (#3 AND #8)	<u>887608</u>
<u>#8</u>	Search (#4 OR #5 OR #7)	<u>8929644</u>
<u>#7</u>	Search ((telephone[Title/Abstract] OR phone*[Title/Abstract] OR "sms"[Title/Abstract] OR video*[Title/Abstract] OR internet*[Title/Abstract] OR "internet-based"[Title/Abstract] OR "web-based"[Title/Abstract] OR "web based"[Title/Abstract] OR computer*[Title/Abstract] OR "computer-based"[Title/Abstract] OR "computer-assisted"[Title/Abstract] OR "pc"[Title/Abstract] OR "pc-based"[Title/Abstract] OR "pc-assisted"[Title/Abstract] OR smartphone*[Title/Abstract] OR ipad*[Title/Abstract] OR tablet*[Title/Abstract] OR email*[Title/Abstract] OR communicat*[Title/Abstract] OR telecommunication*[Title/Abstract])	<u>948897</u>

Search	Query	Items found
<u>#5</u>	Search ("psycho-education"[Title/Abstract] OR psychoeducat*[Title/Abstract] OR educat*[Title/Abstract] OR teach*[Title/Abstract] OR learn*[Title/Abstract] OR skill*[Title/Abstract] OR knowledg*[Title/Abstract] OR lesson*[Title/Abstract] OR instruct*[Title/Abstract] OR information[Title/Abstract] OR structur*[Title/Abstract] OR action[Title/Abstract] OR plan*[Title/Abstract] OR coping[Title/Abstract] OR session*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR strateg*[Title/Abstract] OR protocol*[Title/Abstract] OR interview*[Title/Abstract] OR councel*[Title/Abstract] OR counsel*[Title/Abstract] OR course*[Title/Abstract] OR coach*[Title/Abstract] OR guid*[Title/Abstract] OR advic*[Title/Abstract] OR advis*[Title/Abstract] OR consultat*[Title/Abstract] OR mentor*[Title/Abstract] OR support*[Title/Abstract])	<u>8437952</u>
<u>#4</u>	Search (patient education as topic[MeSH Terms]) OR health education[MeSH Terms]	<u>234877</u>
<u>#3</u>	Search (#1 OR #2)	<u>1742022</u>
<u>#2</u>	Search (caregiver*[Title/Abstract] OR "care giver"[Title/Abstract] OR "care givers"[Title/Abstract] OR carer*[Title/Abstract] OR famil*[Title/Abstract] OR couple*[Title/Abstract] OR marital[Title/Abstract] OR spouse*[Title/Abstract] OR spousal*[Title/Abstract] OR wife[Title/Abstract] OR wives[Title/Abstract] OR husband*[Title/Abstract] OR partner*[Title/Abstract] OR cohabitant*[Title/Abstract] OR "next of kin"[Title/Abstract])	<u>1568789</u>
<u>#1</u>	Search (family[MeSH Terms]) OR caregivers[MeSH Terms]	<u>326602</u>

History, music therapy

Search	Query	Items found
<u>#4</u>	Search (#1 OR #2 OR #3)	<u>145557</u>

Search	Query	Items found
#3	Search ((ear[Title/Abstract] OR auditory[Title/Abstract] OR auditive[Title/Abstract] OR sensation[Title/Abstract])) AND stimulat*[Title/Abstract]	19202
#2	Search (music*[Title/Abstract] OR melody[Title/Abstract] OR melodies[Title/Abstract] OR song*[Title/Abstract] OR singing[Title/Abstract] OR acoustic[Title/Abstract] OR guitar[Title/Abstract] OR piano[Title/Abstract] OR dance[Title/Abstract] OR dancing[Title/Abstract] OR accordion[Title/Abstract] OR "mouth organ"[Title/Abstract] OR flute[Title/Abstract])	100253
#1	Search (music therapy[MeSH Terms]) OR acoustic stimulation[MeSH Terms]	45358

Setting

History

Search	Query	Items found
#15	Search (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14)	86262
#14	Search ("homes for the aged"[Title/Abstract]) OR "home for the aged"[Title/Abstract]	865
#13	Search homes for the aged[MeSH Terms]	13391
#12	Search "residential facilities"[Title/Abstract]	721
#11	Search residential facilities[MeSH Terms]	50755
#10	Search ("nursing home"[Title/Abstract]) OR "nursing homes"[Title/Abstract]	29016
#9	Search nursing homes[MeSH Terms]	37916
#8	Search ("nurses aide"[Text Word]) OR "nurses aides"[Text Word]	470
#7	Search ("homecare worker"[Text Word]) OR "homecare workers"[Text Word]	27
#6	Search ("care aide"[Text Word]) OR "care aides"[Text Word]	292
#5	Search ("care worker"[Text Word]) OR "care workers"[Text Word]	13529
#4	Search ("eldercare worker"[Text Word]) OR "eldercare workers"[Text Word]	38

Search	Query	Items found
#3	Search ("healthcare worker"[Text Word]) OR "healthcare workers"[Text Word]	8456
#2	Search ("nursing assistant"[Text Word]) OR "nursing assistants"[Text Word]	5004
#1	Search nurses aides[MeSH Terms]	4507

Outcome

History

Search	Query	Items found
#3	Search (#1 OR #2)	152948
#2	Search (((((((("occupational stress"[Text Word]) OR "job stress"[Text Word]) OR "work-related stress"[Text Word]) OR "work related stress"[Text Word]) OR "job-related stress"[Text Word]) OR "job related stress"[Text Word]) OR "caregiver burnout"[Text Word]) OR "job satisfaction"[Text Word]) OR "job dissatisfaction"[Text Word]) OR restrain*[Text Word]) OR "well-being"[Text Word]) OR "well being"[Text Word]	146007
#1	Search (((occupational stress[MeSH Terms]) OR burnout, professional[MeSH Terms]) OR burnout, psychological[MeSH Terms]) OR compassion fatigue[MeSH Terms]) OR job satisfaction[MeSH Terms]	32848

Intervention

History

Search	Query	Items found
#4	Search (#1 OR #2 OR #3)	1858899
#3	Search "trial"[Text Word]	1136965
#2	Search "interventions"[Text Word]	415847

Search	Query	Items found
#1	Search "intervention"[Text Word]	568657

**(Dementia AND "therapies") AND intervention AND setting AND outcome AND intervention.
History**

Search	Query	Items found
#23	Search (#16 AND #17) Filters: Publication date from 2009/01/01 to 2019/12/31; English; Danish; Norwegian; Swedish	134
#22	Search (#16 AND #17) Filters: English; Danish; Norwegian; Swedish	185
#21	Search (#16 AND #17) Filters: English; Danish; Norwegian	185
#20	Search (#16 AND #17) Filters: English; Danish	185
#19	Search (#16 AND #17) Filters: English	185
#18	Search (#16 AND #17)	196
#17	Search ("intervention"[Text Word]) OR ("interventions"[Text Word]) OR ("trial"[Text Word])	1858899
#16	Search (#14 AND #15)	465
#15	Search (((((occupational stress[MeSH Terms]) OR burnout, professional[MeSH Terms]) OR burnout, psychological[MeSH Terms]) OR compassion fatigue[MeSH Terms]) OR job satisfaction[MeSH Terms]) OR (((((((("occupational stress"[Text Word]) OR "job stress"[Text Word]) OR "work-related stress"[Text Word]) OR "work related stress"[Text Word]) OR "job-related stress"[Text Word]) OR "job related stress"[Text Word]) OR "caregiver burnout"[Text Word]) OR "job satisfaction"[Text Word]) OR "job dissatisfaction"[Text Word]) OR restrain*[Text Word]) OR "well-being"[Text Word]) OR "well being"[Text Word])	152948
#14	Search (#12 AND #13)	4322
#13	Search (nurses aides[MeSH Terms]) OR ("nursing assistant"[Text Word]) OR "nursing assistants"[Text Word]) OR ("healthcare worker"[Text Word]) OR "healthcare workers"[Text Word]) OR ("eldercare worker"[Text Word]) OR "eldercare workers"[Text Word]) OR ("care worker"[Text Word]) OR "care workers"[Text Word]) OR ("care aide"[Text Word]) OR "care aides"[Text	86262

Search	Query	Items found
	Word]) OR (("homecare worker"[Text Word]) OR "homecare workers"[Text Word]) OR (("nurses aide"[Text Word]) OR "nurses aides"[Text Word]) OR (nursing homes[MeSH Terms]) OR (("nursing home"[Title/Abstract]) OR "nursing homes"[Title/Abstract]) OR (residential facilities[MeSH Terms]) OR ("residential facilities"[Title/Abstract]) OR (homes for the aged[MeSH Terms]) OR ("homes for the aged"[Title/Abstract]) OR "home for the aged"[Title/Abstract])	
<u>#12</u>	Search (#1 AND #11)	<u>84136</u>
<u>#11</u>	Search (#2 OR #3 OR #4 OR #8 OR #9 OR #10)	<u>4753373</u>
<u>#10</u>	Search ((music therapy[MeSH Terms]) OR acoustic stimulation[MeSH Terms]) OR (music*[Title/Abstract] OR melody[Title/Abstract] OR melodies[Title/Abstract] OR song*[Title/Abstract] OR singing[Title/Abstract] OR acoustic[Title/Abstract] OR guitar[Title/Abstract] OR piano[Title/Abstract] OR dance[Title/Abstract] OR dancing[Title/Abstract] OR accordion[Title/Abstract] OR "mouth organ"[Title/Abstract] OR flute[Title/Abstract]) OR (((ear[Title/Abstract] OR auditory[Title/Abstract] OR auditive[Title/Abstract] OR sensation[Title/Abstract])) AND stimulat*[Title/Abstract])	<u>145557</u>
<u>#9</u>	Search (((family[MeSH Terms]) OR caregivers[MeSH Terms]) OR (caregiver*[Title/Abstract] OR "care giver"[Title/Abstract] OR "care givers"[Title/Abstract] OR carer*[Title/Abstract] OR famil*[Title/Abstract] OR couple*[Title/Abstract] OR marital[Title/Abstract] OR spouse*[Title/Abstract] OR spousal*[Title/Abstract] OR wife[Title/Abstract] OR wives[Title/Abstract] OR husband*[Title/Abstract] OR partner*[Title/Abstract] OR cohabitant*[Title/Abstract] OR "next of kin"[Title/Abstract])) AND (((patient education as topic[MeSH Terms]) OR health education[MeSH Terms]) OR ("psycho-education"[Title/Abstract] OR psychoeducat*[Title/Abstract] OR educat*[Title/Abstract] OR teach*[Title/Abstract] OR learn*[Title/Abstract] OR skill*[Title/Abstract] OR knowledg*[Title/Abstract] OR lesson*[Title/Abstract] OR instruct*[Title/Abstract] OR information[Title/Abstract] OR structur*[Title/Abstract] OR action[Title/Abstract] OR plan*[Title/Abstract] OR coping[Title/Abstract] OR session*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR strateg*[Title/Abstract] OR protocol*[Title/Abstract] OR	<u>887778</u>

Search	Query	Items found
	<p>interview*[Title/Abstract] OR council*[Title/Abstract] OR counsel*[Title/Abstract] OR course*[Title/Abstract] OR coach*[Title/Abstract] OR guid*[Title/Abstract] OR advic*[Title/Abstract] OR advis*[Title/Abstract] OR consultat*[Title/Abstract] OR mentor*[Title/Abstract] OR support*[Title/Abstract]) OR (telephone[Title/Abstract] OR phone*[Title/Abstract] OR "sms"[Title/Abstract] OR video*[Title/Abstract] OR internet*[Title/Abstract] OR "internet-based"[Title/Abstract] OR "web- based"[Title/Abstract] OR "web based"[Title/Abstract] OR computer*[Title/Abstract] OR "computer-based"[Title/Abstract] OR "computer-assisted"[Title/Abstract] OR "pc"[Title/Abstract] OR "pc- based"[Title/Abstract] OR "pc-assisted"[Title/Abstract] OR smartphone*[Title/Abstract] OR ipad*[Title/Abstract] OR tablet*[Title/Abstract] OR email*[All Fields] OR communicat*[Title/Abstract] OR telecommunication*[Title/Abstract]))</p>	
#8	<p>Search (((reminisce*[Title/Abstract] OR memory[Title/Abstract] OR memories[Title/Abstract] OR memoriz*[Title/Abstract] OR recall*[Title/Abstract] OR recognition[Title/Abstract] OR recollect*[Title/Abstract] OR rememb*[Title/Abstract] OR souvenir*[Title/Abstract] OR keepsake*[Title/Abstract]) OR (((bring*[Title/Abstract] OR brought[Title/Abstract])) AND mind[Title/Abstract]) OR (commemorate*[Title/Abstract]))) AND (((stimulat*[Title/Abstract] OR care[Title/Abstract] OR approach[Title/Abstract] OR therap*[Title/Abstract] OR treat*[Title/Abstract] OR intervention*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR plan*[Title/Abstract] OR rehabilitation[Title/Abstract] OR method*[Title/Abstract] OR activit*[Title/Abstract] OR exercise*[Title/Abstract] OR training[Title/Abstract]))) OR ((mental recall[MeSH Terms]) OR memory[MeSH Terms])</p>	433651
#4	<p>Search ((((((sleep[MeSH Terms]) OR sleep deprivation[MeSH Terms]) OR sleep latency[MeSH Terms]) OR sleep wake disorders[MeSH Terms]) OR sleep apnea syndromes[MeSH Terms]) OR wakefulness[MeSH Terms]) AND (sleep*[Title/Abstract] OR insomnia*[Title/Abstract] OR dyssomnia*[Title/Abstract] OR somnambul*[Title/Abstract] OR wakeful*[Title/Abstract] OR somnolence[Title/Abstract]) AND (((sleep*[Title/Abstract] OR circadian[Title/Abstract] OR "biological</p>	48753

Search	Query	Items found
	<p>clock"[Title/Abstract])) AND (disturb*[Title/Abstract] OR deprivation[Title/Abstract] OR disorder*[Title/Abstract] OR difficult*[Title/Abstract] OR dysfunction*[Title/Abstract] OR disrupt*[Title/Abstract] OR abrupt*[Title/Abstract] OR reduc*[Title/Abstract] OR latency[Title/Abstract] OR problem*[Title/Abstract] OR apnea[Title/Abstract])) AND ((sleep hygiene[MeSH Terms]) OR (((sleep*[Title/Abstract] OR circadian[Title/Abstract] OR "biological clock"[Title/Abstract] OR rest[Title/Abstract] OR nap[Title/Abstract] OR bed[Title/Abstract])) AND (hygiene[Title/Abstract] OR pattern*[Title/Abstract] OR regulation[Title/Abstract] OR cycle*[Title/Abstract] OR syndrome[Title/Abstract] OR quality[Title/Abstract] OR treatment*[Title/Abstract] OR intervention*[Title/Abstract] OR plan*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR structur*[Title/Abstract] OR strateg*[Title/Abstract] OR protocol*[Title/Abstract] OR guid*[Title/Abstract] OR advic*[Title/Abstract] OR advis*[Title/Abstract] OR support*[Title/Abstract] OR diary[Title/Abstract] OR diaries[Title/Abstract])) OR ("bed"[Title/Abstract] OR "beds"[Title/Abstract] OR bedroom[Title/Abstract] OR bedding*[Title/Abstract] OR bedclothes[Title/Abstract] OR "warming-pan"[Title/Abstract] OR "warming-pans"[Title/Abstract] OR linen[Title/Abstract] OR bedsheet*[Title/Abstract] OR warm*[Title/Abstract] OR pillow*[Title/Abstract] OR reclining[Title/Abstract] OR reclined[Title/Abstract] OR light*[Title/Abstract]) OR (actigraphy[Title/Abstract] OR music[Title/Abstract]))</p>	
#3	<p>Search ((((((((((exercise[MeSH Terms]) OR exercise therapy[MeSH Terms]) OR sports[MeSH Terms]) OR physical exertion[MeSH Terms]) OR muscle strength[MeSH Terms]) OR exercise movement techniques[MeSH Terms]) OR (physical education and training[MeSH Terms])) OR hydrotherapy[MeSH Terms]) OR weight-bearing[MeSH Terms]) OR tai ji[MeSH Terms]) OR qigong[MeSH Terms]) OR ((exercis*[Title/Abstract]) AND (instruct*[Title/Abstract] OR action[Title/Abstract] OR plan*[Title/Abstract] OR session*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR protocol*[Title/Abstract])) OR ((physical[Title/Abstract]) AND (activit*[Title/Abstract] OR exercise[Title/Abstract])) OR (((muscl*[Title/Abstract] OR resistance[Title/Abstract] OR</p>	1112408

Search	Query	Items found
	<p>physical[Title/Abstract] OR endurance[Title/Abstract] OR strength[Title/Abstract] OR balance[Title/Abstract] OR aquatic[Title/Abstract] OR trunk[Title/Abstract])) AND (train*[Title/Abstract] OR strength*[Title/Abstract] OR fitness[Title/Abstract] OR condition[Title/Abstract] OR rehabilitation[Title/Abstract])) OR ((aerobic*[Title/Abstract] OR anaerobic*[Title/Abstract] OR "movement therapy"[Title/Abstract] OR watergym*[Title/Abstract] OR "water gym"[Title/Abstract] OR "water gym"[Title/Abstract] OR "water gymnastics"[Title/Abstract] OR aquagym*[Title/Abstract] OR gym*[Title/Abstract] OR hydrotherap*[Title/Abstract] OR pilates[Title/Abstract] OR spinning) AND Title/Abstract) OR (running[Title/Abstract] OR skiing[Title/Abstract] OR "nordic walking"[Title/Abstract] OR jog*[Title/Abstract] OR zumba[Title/Abstract] OR swim*[Title/Abstract] OR bicycl*[Title/Abstract] OR cycling[Title/Abstract] OR walk*[Title/Abstract] OR rowing[Title/Abstract] OR pacing[Title/Abstract] OR paced[Title/Abstract] OR titreted[Title/Abstract] OR soccer[Title/Abstract] OR "ball game"[Title/Abstract] OR "ball games"[Title/Abstract]) OR ((play*[Title/Abstract]) AND ball[Title/Abstract]) OR ((weight*[Title/Abstract]) AND (lift*[Title/Abstract] OR train[Title/Abstract] OR exercis*[Title/Abstract])) OR ("warm water"[Title/Abstract]) AND (exercis*[Title/Abstract] OR train*[Title/Abstract] OR rehab*[Title/Abstract])) OR (yoga[Title/Abstract] OR "tai ji"[Title/Abstract] OR "tai chi"[Title/Abstract] OR qigong[Title/Abstract] OR "qi-gong"[Title/Abstract])</p>	
#2	<p>Search (((patient-centered care[MeSH Terms]) OR progressive patient care[MeSH Terms]) OR holistic nursing[MeSH Terms]) OR holistic health[MeSH Terms]) OR (((((((((((((((((((((((((((((((((((((((personalis*[Title/Abstract]) OR personaliz*[Title/Abstract]) OR "person-centered"[Title/Abstract]) OR "person-oriented"[Title/Abstract]) OR "person-focused"[Title/Abstract]) OR "person-based"[Title/Abstract]) OR "person-tailored"[Title/Abstract]) OR "patient-centred"[Title/Abstract]) OR "patient-centered"[Title/Abstract]) OR "patient-oriented"[Title/Abstract]) OR "patient-focused"[Title/Abstract]) OR "patient-based"[Title/Abstract]) OR "patient-tailored"[Title/Abstract]) OR "personally-centred"[Title/Abstract]) OR "personally-</p>	2752847

Search	Query	Items found
	<p>centered"[Title/Abstract]) OR "personally-oriented"[Title/Abstract]) OR "personally-focused"[Title/Abstract]) OR "personally-based"[Title/Abstract]) OR "personally-tailored"[Title/Abstract]) OR "client-centred"[Title/Abstract]) OR "client-centered"[Title/Abstract]) OR "client-oriented"[Title/Abstract]) OR "client-focused"[Title/Abstract]) OR "client-based"[Title/Abstract]) OR "client-tailored"[Title/Abstract]) OR "individual-centred"[Title/Abstract]) OR "individual-centered"[Title/Abstract]) OR "individual-focused"[Title/Abstract]) OR "individual-oriented"[Title/Abstract]) OR "individual-tailored"[Title/Abstract]) OR "individually-centred"[Title/Abstract]) OR "individually-centered"[Title/Abstract]) OR "individually-focused"[Title/Abstract]) OR "individually-oriented"[Title/Abstract]) OR "individually-based"[Title/Abstract]) OR "individually-tailored"[Title/Abstract]) OR "relationship-centred"[Title/Abstract]) OR "relationship-centered"[Title/Abstract]) OR ((person*[Title/Abstract] OR patient*[Title/Abstract] OR client*[Title/Abstract] OR individual*[Title/Abstract])) AND (centred[Title/Abstract] OR center*[Title/Abstract] OR orient*[Title/Abstract] OR focus*[Title/Abstract] OR based[Title/Abstract] OR tailor*[Title/Abstract])) OR (((psychosocial[Title/Abstract] OR "psycho-social"[Title/Abstract] OR holistic[Title/Abstract] OR relation*[Title/Abstract] OR integrative[Title/Abstract] OR tailor*[Title/Abstract] OR "multi-modal"[Title/Abstract] OR multimodal[Title/Abstract] OR "multi-component"[Title/Abstract] OR multicomponent[Title/Abstract] OR multidisciplinary[Title/Abstract] OR "multi-disciplinary"[Title/Abstract] OR interdisciplinary[Title/Abstract] OR "inter-disciplinary"[Title/Abstract] OR complimentary[Title/Abstract])) AND (care[Title/Abstract] OR approach[Title/Abstract] OR therap*[Title/Abstract] OR treatment*[Title/Abstract] OR intervention*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR plan*[Title/Abstract] OR rehabilitation[Title/Abstract] OR support*[Title/Abstract] OR method*[Title/Abstract] OR action*[Title/Abstract] OR management[Title/Abstract])) OR (((("Dementia Care Mapping"[Title/Abstract]) OR "DCM"[Title/Abstract]) OR "VIPS"[Title/Abstract]) OR "Marte Meo"[Title/Abstract]))</p>	

Search	Query	Items found
#1	<p>Search (dementia[MeSH Terms]) OR (Alzheimer disease[MeSH Terms]) OR (aphasia, primary progressive[MeSH Terms]) OR (primary progressive nonfluent aphasia[MeSH Terms]) OR (dementia, vascular[MeSH Terms]) OR (dementia, multi infarct[MeSH Terms]) OR (frontotemporal lobar degeneration[MeSH Terms]) OR (frontotemporal dementia[MeSH Terms]) OR (lewy body disease[MeSH Terms]) OR ((dementia*[Title/Abstract]) OR alzheimer*[Title/Abstract]) OR (((primary[Title/Abstract]) AND progressive[Title/Abstract]) AND aphasia[Title/Abstract]) OR ((frontotemporal[Title/Abstract]) AND (degradation[Title/Abstract] OR neurodegradation[Title/Abstract])) OR (((("lewy-body"[Title/Abstract]) OR "lewy body"[Title/Abstract]) OR "lewy-bodies"[Title/Abstract]) OR "lewy bodies"[Title/Abstract]) OR ((parkinson*[Title/Abstract]) AND dementia[Title/Abstract]) OR (((("Behavioral[Title/Abstract] AND Psychological Symptoms of Dementia"[Title/Abstract])) OR "BPSD"[Title/Abstract]) OR "PDD"[Title/Abstract]) OR "FTD"[Title/Abstract]) OR "DLB"[Title/Abstract])</p>	<u>246128</u>

Søgning: Ældreområdet Dato: 6.9.2019

ELDERLY

History

Search	Query	Items found
#44	Search (#41 AND #38) Filters: Publication date from 2009/01/01 to 2019/12/31; English	111
#43	Search (#41 AND #38) Filters: English	169
#42	Search (#41 AND #38) ELDERLY AND SETTING AND EXTERNALISING BEHAVIOUR AND OUTCOME AND INTERVENTION	169
#41	Search (#40 AND #37) ELDERLY AND SETTING AND EXTERNALISING BEHAVIOUR AND OUTCOME	509
#40	Search (#39 AND #25) ELDERLY AND SETTING AND EXTERNALISING BEHAVIOUR	1823
#39	Search (#12 AND #13) ELDERLY AND SETTING	35209
#38	Search ("intervention"[Text Word]) OR ("interventions"[Text Word]) OR ("trial"[Text Word]) INTERVENTION	1863587
#37	Search (#35 OR #36) OUTCOME	914615
#36	Search (((((occupational stress[MeSH Terms]) OR burnout, professional[MeSH Terms]) OR burnout, psychological[MeSH Terms]) OR compassion fatigue[MeSH Terms]) OR job satisfaction[MeSH Terms]) OR (((((((("occupational stress"[Text Word]) OR "job stress"[Text Word]) OR "work-related stress"[Text Word]) OR "work related stress"[Text Word]) OR "job-related stress"[Text Word]) OR "job related stress"[Text Word]) OR "caregiver burnout"[Text Word]) OR "job satisfaction"[Text Word]) OR "job dissatisfaction"[Text Word]) OR restrain*[Text Word]) OR "well-being"[Text Word]) OR "well being"[Text Word]) STAFF	153411
#35	Search (#27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34) RESIDENTS	853173
#34	Search suicid*[Title/Abstract]	73742
#33	Search depress*[Title/Abstract]	438908

Search	Query	Items found
#32	Search "life quality" [Title/Abstract]	6332
#31	Search stress, psychological [MeSH Terms]	124469
#30	Search suicide [MeSH Terms]	60187
#29	Search depression [MeSH Terms]	205307
#28	Search quality of life [MeSH Terms]	180644
#27	Search (wellbeing [Title/Abstract] OR "well-being" [Title/Abstract])	82716
#25	Search (#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24) EXTERNALISING BEHAVIOUR	507992
#24	Search ((externalizing [Title/Abstract] OR externalising [Title/Abstract])) AND (problem* [Title/Abstract] OR behavior* [Title/Abstract] OR behaviour* [Title/Abstract])	7566
#23	Search aggressi* [Title/Abstract]	196262
#22	Search atrocities [Title/Abstract]	286
#21	Search agitation [Title/Abstract]	15419
#20	Search aggression [MeSH Terms]	36672
#19	Search threat* [Title/Abstract]	194791
#18	Search violence [MeSH Terms]	90910
#17	Search violent* [Title/Abstract]	17107
#13	Search (nurses aides [MeSH Terms]) OR ("nursing assistant"[Text Word]) OR "nursing assistants"[Text Word]) OR ("healthcare worker"[Text Word]) OR "healthcare workers"[Text Word]) OR ("eldercare worker"[Text Word]) OR "eldercare workers"[Text Word]) OR ("care worker"[Text Word]) OR "care workers"[Text Word]) OR ("care aide"[Text Word]) OR "care aides"[Text Word]) OR ("homecare worker"[Text Word]) OR "homecare workers"[Text Word]) OR ("nurses aide"[Text Word]) OR "nurses aides"[Text Word]) OR (nursing homes [MeSH Terms]) OR ("nursing home"[Title/Abstract]) OR "nursing homes"[Title/Abstract]) OR (residential facilities [MeSH Terms]) OR ("residential facilities"[Title/Abstract]) OR (homes for the aged [MeSH Terms]) OR ("homes for the aged"[Title/Abstract]) OR "home for the	86408

Search	Query	Items found
	aged"[Title/Abstract]) SETTING	
#12	Search (#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11) Filters: English ELDERLY	2885774
#11	Search "seniors"[Title/Abstract]	6511
#10	Search ageing[Title/Abstract]	37231
#9	Search "older adults"[Title/Abstract]	67012
#8	Search (aged, 80 and over[MeSH Terms])	773542
#7	Search "senior citizens"[Title/Abstract]	872
#6	Search aged[MeSH Terms]	2481081
#5	Search "elderly"[Title/Abstract]	203355
#4	Search "aged"[Title/Abstract]	478078

New search NOT old search:

History

Search	Query	Items found
#46	Search (#44) NOT #45	86
#45	Search ((((((dementia[MeSH Terms]) OR (Alzheimer disease[MeSH Terms]) OR (aphasia, primary progressive[MeSH Terms]) OR (primary progressive nonfluent aphasia[MeSH Terms]) OR (dementia, vascular[MeSH Terms]) OR (dementia, multi infarct[MeSH Terms]) OR (frontotemporal lobar degeneration[MeSH Terms]) OR (frontotemporal dementia[MeSH Terms]) OR (lewy body disease[MeSH Terms]) OR ((dementia*[Title/Abstract]) OR alzheimer*[Title/Abstract]) OR (((primary[Title/Abstract]) AND progressive[Title/Abstract]) AND aphasia[Title/Abstract]) OR ((frontotemporal[Title/Abstract]) AND (degradation[Title/Abstract] OR neurodegradation[Title/Abstract])) OR (((("lewy-body"[Title/Abstract]) OR "lewy body"[Title/Abstract]) OR "lewy-bodies"[Title/Abstract]) OR "lewy bodies"[Title/Abstract]) OR ((parkinson*[Title/Abstract]) AND dementia[Title/Abstract]) OR ((((((Behavioral[Title/Abstract] AND	198

Search	Query	Items found
	<p>Psychological Symptoms of Dementia"[Title/Abstract])) OR "BPSD"[Title/Abstract]) OR "PDD"[Title/Abstract]) OR "FTD"[Title/Abstract]) OR "DLB"[Title/Abstract])) AND (((((patient-centered care[MeSH Terms]) OR progressive patient care[MeSH Terms]) OR holistic nursing[MeSH Terms]) OR holistic health[MeSH Terms]) OR (((personalis*[Title/Abstract]) OR personaliz*[Title/Abstract]) OR "person-centered"[Title/Abstract]) OR "person-oriented"[Title/Abstract]) OR "person-focused"[Title/Abstract]) OR "person-based"[Title/Abstract]) OR "person-tailored"[Title/Abstract]) OR "patient-centred"[Title/Abstract]) OR "patient-centered"[Title/Abstract]) OR "patient-oriented"[Title/Abstract]) OR "patient-focused"[Title/Abstract]) OR "patient-based"[Title/Abstract]) OR "patient-tailored"[Title/Abstract]) OR "personally-centred"[Title/Abstract]) OR "personally-centered"[Title/Abstract]) OR "personally-oriented"[Title/Abstract]) OR "personally-focused"[Title/Abstract]) OR "personally-based"[Title/Abstract]) OR "personally-tailored"[Title/Abstract]) OR "client-centred"[Title/Abstract]) OR "client-centered"[Title/Abstract]) OR "client-oriented"[Title/Abstract]) OR "client-focused"[Title/Abstract]) OR "client-based"[Title/Abstract]) OR "client-tailored"[Title/Abstract]) OR "individual-centred"[Title/Abstract]) OR "individual-centered"[Title/Abstract]) OR "individual-focused"[Title/Abstract]) OR "individual-oriented"[Title/Abstract]) OR "individual-tailored"[Title/Abstract]) OR "individually-centred"[Title/Abstract]) OR "individually-centered"[Title/Abstract]) OR "individually-focused"[Title/Abstract]) OR "individually-oriented"[Title/Abstract]) OR "individually-based"[Title/Abstract]) OR "individually-tailored"[Title/Abstract]) OR "relationship-centred"[Title/Abstract]) OR "relationship-centered"[Title/Abstract]) OR (((person*[Title/Abstract] OR patient*[Title/Abstract] OR client*[Title/Abstract] OR individual*[Title/Abstract])) AND (centred[Title/Abstract] OR center*[Title/Abstract] OR orient*[Title/Abstract] OR focus*[Title/Abstract] OR based[Title/Abstract] OR tailor*[Title/Abstract])) OR (((psychosocial[Title/Abstract] OR "psycho-social"[Title/Abstract] OR holistic[Title/Abstract] OR relation*[Title/Abstract] OR integrative[Title/Abstract] OR tailor*[Title/Abstract] OR "multi-modal"[Title/Abstract] OR multimodal[Title/Abstract] OR "multi-component"[Title/Abstract] OR multicomponent[Title/Abstract] OR</p>	

Search	Query	Items found
	<p> multidisciplinary[Title/Abstract] OR "multi-disciplinary"[Title/Abstract] OR interdisciplinary[Title/Abstract] OR "inter-disciplinary"[Title/Abstract] OR complimentary[Title/Abstract])) AND (care[Title/Abstract] OR approach[Title/Abstract] OR therap*[Title/Abstract] OR treatment*[Title/Abstract] OR intervention*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR plan*[Title/Abstract] OR rehabilitation[Title/Abstract] OR support*[Title/Abstract] OR method*[Title/Abstract] OR action*[Title/Abstract] OR management[Title/Abstract])) OR (((("Dementia Care Mapping"[Title/Abstract] OR "DCM"[Title/Abstract] OR "VIPS"[Title/Abstract] OR "Marte Meo"[Title/Abstract])) OR (((((((((((exercise[MeSH Terms]) OR exercise therapy[MeSH Terms]) OR sports[MeSH Terms]) OR physical exertion[MeSH Terms]) OR muscle strength[MeSH Terms]) OR exercise movement techniques[MeSH Terms]) OR (physical education and training[MeSH Terms])) OR hydrotherapy[MeSH Terms]) OR weight-bearing[MeSH Terms]) OR tai ji[MeSH Terms]) OR qigong[MeSH Terms]) OR ((exercis*[Title/Abstract] AND (instruct*[Title/Abstract] OR action[Title/Abstract] OR plan*[Title/Abstract] OR session*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR protocol*[Title/Abstract])) OR ((physical[Title/Abstract] AND (activit*[Title/Abstract] OR exercise[Title/Abstract])) OR (((muscl*[Title/Abstract] OR resistance[Title/Abstract] OR physical[Title/Abstract] OR endurance[Title/Abstract] OR strength[Title/Abstract] OR balance[Title/Abstract] OR aquatic[Title/Abstract] OR trunk[Title/Abstract])) AND (train*[Title/Abstract] OR strength*[Title/Abstract] OR fitness[Title/Abstract] OR condition[Title/Abstract] OR rehabilitation[Title/Abstract])) OR ((aerobic*[Title/Abstract] OR anaerobic*[Title/Abstract] OR "movement therapy"[Title/Abstract] OR waterygym*[Title/Abstract] OR "water gym"[Title/Abstract] OR "water gym"[Title/Abstract] OR "water gymnastics"[Title/Abstract] OR aquagym*[Title/Abstract] OR gym*[Title/Abstract] OR hydrotherap*[Title/Abstract] OR pilates[Title/Abstract] OR spinning) AND Title/Abstract) OR (running[Title/Abstract] OR skiing[Title/Abstract] OR "nordic walking"[Title/Abstract] OR jog*[Title/Abstract] OR zumba[Title/Abstract] OR swim*[Title/Abstract] OR bicycl*[Title/Abstract] OR </p>	

Search	Query	Items found
	<p>cycling[Title/Abstract] OR walk*[Title/Abstract] OR rowing[Title/Abstract] OR pacing[Title/Abstract] OR paced[Title/Abstract] OR titreted[Title/Abstract] OR soccer[Title/Abstract] OR "ball game"[Title/Abstract] OR "ball games"[Title/Abstract] OR ((play*[Title/Abstract]) AND ball[Title/Abstract]) OR ((weight*[Title/Abstract]) AND (lift*[Title/Abstract] OR train[Title/Abstract] OR exercis*[Title/Abstract])) OR ("warm water"[Title/Abstract] AND (exercis*[Title/Abstract] OR train*[Title/Abstract] OR rehab*[Title/Abstract])) OR (yoga[Title/Abstract] OR "tai ji"[Title/Abstract] OR "tai chi"[Title/Abstract] OR qigong[Title/Abstract] OR "qi-gong"[Title/Abstract])) OR (((((((sleep[MeSH Terms]) OR sleep deprivation[MeSH Terms]) OR sleep latency[MeSH Terms]) OR sleep wake disorders[MeSH Terms]) OR sleep apnea syndromes[MeSH Terms]) OR wakefulness[MeSH Terms]) AND (sleep*[Title/Abstract] OR insomnia*[Title/Abstract] OR dyssomnia*[Title/Abstract] OR somnambul*[Title/Abstract] OR wakeful*[Title/Abstract] OR somnolence[Title/Abstract]) AND (((sleep*[Title/Abstract] OR circadian[Title/Abstract] OR "biological clock"[Title/Abstract])) AND (disturb*[Title/Abstract] OR deprivation[Title/Abstract] OR disorder*[Title/Abstract] OR difficult*[Title/Abstract] OR dysfunction*[Title/Abstract] OR disrupt*[Title/Abstract] OR abrupt*[Title/Abstract] OR reduc*[Title/Abstract] OR latency[Title/Abstract] OR problem*[Title/Abstract] OR apnea[Title/Abstract]))) AND ((sleep hygiene[MeSH Terms]) OR (((sleep*[Title/Abstract] OR circadian[Title/Abstract] OR "biological clock"[Title/Abstract] OR rest[Title/Abstract] OR nap[Title/Abstract] OR bed[Title/Abstract])) AND (hygiene[Title/Abstract] OR pattern*[Title/Abstract] OR regulation[Title/Abstract] OR cycle*[Title/Abstract] OR syndrome[Title/Abstract] OR quality[Title/Abstract] OR treatment*[Title/Abstract] OR intervention*[Title/Abstract] OR plan*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR structur*[Title/Abstract] OR strateg*[Title/Abstract] OR protocol*[Title/Abstract] OR guid*[Title/Abstract] OR advic*[Title/Abstract] OR advis*[Title/Abstract] OR support*[Title/Abstract] OR diary[Title/Abstract] OR diaries[Title/Abstract])) OR ("bed"[Title/Abstract] OR "beds"[Title/Abstract] OR bedroom[Title/Abstract] OR bedding*[Title/Abstract] OR bedclothes[Title/Abstract] OR "warming-</p>	

Search	Query	Items found
	<p>pan"[Title/Abstract] OR "warming-pans"[Title/Abstract] OR linen[Title/Abstract] OR bedsheet*[Title/Abstract] OR warm*[Title/Abstract] OR pillow*[Title/Abstract] OR reclining[Title/Abstract] OR reclined[Title/Abstract] OR light*[Title/Abstract] OR (actigraphy[Title/Abstract] OR music[Title/Abstract])) OR (((reminisce*[Title/Abstract] OR memory[Title/Abstract] OR memories[Title/Abstract] OR memoriz*[Title/Abstract] OR recall*[Title/Abstract] OR recognition[Title/Abstract] OR recollect*[Title/Abstract] OR rememb*[Title/Abstract] OR souvenir*[Title/Abstract] OR keepsake*[Title/Abstract]) OR (((bring*[Title/Abstract] OR brought[Title/Abstract])) AND mind[Title/Abstract]) OR (commemorate*[Title/Abstract]))) AND (((stimulat*[Title/Abstract] OR care[Title/Abstract] OR approach[Title/Abstract] OR therap*[Title/Abstract] OR treat*[Title/Abstract] OR intervention*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR plan*[Title/Abstract] OR rehabilitation[Title/Abstract] OR method*[Title/Abstract] OR activit*[Title/Abstract] OR exercise*[Title/Abstract] OR training[Title/Abstract]))) OR ((mental recall[MeSH Terms] OR memory[MeSH Terms]) OR (((family[MeSH Terms] OR caregivers[MeSH Terms] OR (caregiver*[Title/Abstract] OR "care giver"[Title/Abstract] OR "care givers"[Title/Abstract] OR carer*[Title/Abstract] OR famil*[Title/Abstract] OR couple*[Title/Abstract] OR marital[Title/Abstract] OR spouse*[Title/Abstract] OR spousal*[Title/Abstract] OR wife[Title/Abstract] OR wives[Title/Abstract] OR husband*[Title/Abstract] OR partner*[Title/Abstract] OR cohabitant*[Title/Abstract] OR "next of kin"[Title/Abstract])) AND (((patient education as topic[MeSH Terms] OR health education[MeSH Terms]) OR ("psycho-education"[Title/Abstract] OR psychoeducat*[Title/Abstract] OR educat*[Title/Abstract] OR teach*[Title/Abstract] OR learn*[Title/Abstract] OR skill*[Title/Abstract] OR knowledg*[Title/Abstract] OR lesson*[Title/Abstract] OR instruct*[Title/Abstract] OR information[Title/Abstract] OR structur*[Title/Abstract] OR action[Title/Abstract] OR plan*[Title/Abstract] OR coping[Title/Abstract] OR session*[Title/Abstract] OR program*[Title/Abstract] OR strateg*[Title/Abstract] OR protocol*[Title/Abstract] OR interview*[Title/Abstract] OR councel*[Title/Abstract] OR</p>	

Search	Query	Items found
	<p>counsel*[Title/Abstract] OR course*[Title/Abstract] OR coach*[Title/Abstract] OR guid*[Title/Abstract] OR advic*[Title/Abstract] OR advis*[Title/Abstract] OR consultat*[Title/Abstract] OR mentor*[Title/Abstract] OR support*[Title/Abstract] OR (telephone[Title/Abstract] OR phone*[Title/Abstract] OR "sms"[Title/Abstract] OR video*[Title/Abstract] OR internet*[Title/Abstract] OR "internet-based"[Title/Abstract] OR "web-based"[Title/Abstract] OR "web based"[Title/Abstract] OR computer*[Title/Abstract] OR "computer-based"[Title/Abstract] OR "computer-assisted"[Title/Abstract] OR "pc"[Title/Abstract] OR "pc-based"[Title/Abstract] OR "pc-assisted"[Title/Abstract] OR smartphone*[Title/Abstract] OR ipad*[Title/Abstract] OR tablet*[Title/Abstract] OR email*[All Fields] OR communicat*[Title/Abstract] OR telecommunication*[Title/Abstract])) OR (((music therapy[MeSH Terms] OR acoustic stimulation[MeSH Terms]) OR (music*[Title/Abstract] OR melody[Title/Abstract] OR melodies[Title/Abstract] OR song*[Title/Abstract] OR singing[Title/Abstract] OR acoustic[Title/Abstract] OR guitar[Title/Abstract] OR piano[Title/Abstract] OR dance[Title/Abstract] OR dancing[Title/Abstract] OR accordion[Title/Abstract] OR "mouth organ"[Title/Abstract] OR flute[Title/Abstract]) OR ((ear[Title/Abstract] OR auditory[Title/Abstract] OR auditive[Title/Abstract] OR sensation[Title/Abstract])) AND stimulat*[Title/Abstract])))) AND ((nurses aides[MeSH Terms] OR ("nursing assistant"[Text Word] OR "nursing assistants"[Text Word] OR ("healthcare worker"[Text Word] OR "healthcare workers"[Text Word] OR ("eldercare worker"[Text Word] OR "eldercare workers"[Text Word] OR ("care worker"[Text Word] OR "care workers"[Text Word] OR ("care aide"[Text Word] OR "care aides"[Text Word] OR ("homecare worker"[Text Word] OR "homecare workers"[Text Word] OR ("nurses aide"[Text Word] OR "nurses aides"[Text Word] OR (nursing homes[MeSH Terms] OR ("nursing home"[Title/Abstract] OR "nursing homes"[Title/Abstract] OR (residential facilities[MeSH Terms] OR ("residential facilities"[Title/Abstract] OR (homes for the aged[MeSH Terms] OR ("homes for the aged"[Title/Abstract] OR "home for the aged"[Title/Abstract])))) AND (((((occupational stress[MeSH Terms] OR burnout, professional[MeSH Terms] OR burnout, psychological[MeSH Terms] OR compassion fatigue[MeSH Terms] OR job satisfaction[MeSH Terms] OR (((((((("occupational stress"[Text Word] OR "job stress"[Text</p>	

Search	Query	Items found
	Word]) OR "work-related stress"[Text Word]) OR "work related stress"[Text Word]) OR "job-related stress"[Text Word]) OR "job related stress"[Text Word]) OR "caregiver burnout"[Text Word]) OR "job satisfaction"[Text Word]) OR "job dissatisfaction"[Text Word]) OR restrain*[Text Word]) OR "well-being"[Text Word]) OR "well being"[Text Word])) AND (("intervention"[Text Word]) OR ("interventions"[Text Word]) OR ("trial"[Text Word]))	
#44	Search (#41 AND #38) Filters: Publication date from 2009/01/01 to 2019/12/31; English	111
#43	Search (#41 AND #38) Filters: English	169
#42	Search (#41 AND #38)	169
#41	Search (#40 AND #37)	509
#40	Search (#39 AND #25)	1823
#39	Search (#12 AND #13)	35209
#38	Search ("intervention"[Text Word]) OR ("interventions"[Text Word]) OR ("trial"[Text Word])	1863587
#37	Search (#35 OR #36)	914615
#36	Search (((((occupational stress[MeSH Terms]) OR burnout, professional[MeSH Terms]) OR burnout, psychological[MeSH Terms]) OR compassion fatigue[MeSH Terms]) OR job satisfaction[MeSH Terms]) OR (((((((("occupational stress"[Text Word]) OR "job stress"[Text Word]) OR "work-related stress"[Text Word]) OR "work related stress"[Text Word]) OR "job-related stress"[Text Word]) OR "job related stress"[Text Word]) OR "caregiver burnout"[Text Word]) OR "job satisfaction"[Text Word]) OR "job dissatisfaction"[Text Word]) OR restrain*[Text Word]) OR "well-being"[Text Word]) OR "well being"[Text Word])	153411
#35	Search (#27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34)	853173
#34	Search suicid*[Title/Abstract]	73742
#33	Search depress*[Title/Abstract]	438908

Search	Query	Items found
#32	Search "life quality"[Title/Abstract]	6332
#31	Search stress, psychological[MeSH Terms]	124469
#30	Search suicide[MeSH Terms]	60187
#29	Search depression[MeSH Terms]	205307
#28	Search quality of life[MeSH Terms]	180644
#27	Search (wellbeing[Title/Abstract] OR "well-being"[Title/Abstract])	82716
#25	Search (#17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24)	507992
#24	Search ((externalizing[Title/Abstract] OR externalising[Title/Abstract])) AND (problem*[Title/Abstract] OR behavior*[Title/Abstract] OR behaviour*[Title/Abstract])	7566
#23	Search aggressi*[Title/Abstract]	196262
#22	Search atrocities[Title/Abstract]	286
#21	Search agitation[Title/Abstract]	15419
#20	Search aggression[MeSH Terms]	36672
#19	Search threat*[Title/Abstract]	194791
#18	Search violence[MeSH Terms]	90910
#17	Search violent*[Title/Abstract]	17107
#13	Search (nurses aides[MeSH Terms]) OR ("nursing assistant"[Text Word]) OR "nursing assistants"[Text Word]) OR ("healthcare worker"[Text Word]) OR "healthcare workers"[Text Word]) OR ("eldercare worker"[Text Word]) OR "eldercare workers"[Text Word]) OR ("care worker"[Text Word]) OR "care workers"[Text Word]) OR ("care aide"[Text Word]) OR "care aides"[Text Word]) OR ("homecare worker"[Text Word]) OR "homecare workers"[Text Word]) OR ("nurses aide"[Text Word]) OR "nurses aides"[Text Word]) OR (nursing homes[MeSH Terms]) OR ("nursing home"[Title/Abstract]) OR "nursing homes"[Title/Abstract]) OR (residential facilities[MeSH Terms]) OR ("residential facilities"[Title/Abstract]) OR (homes for the aged[MeSH Terms]) OR ("homes for the aged"[Title/Abstract]) OR "home for the aged"[Title/Abstract])	86408

Search	Query	Items found
<u>#12</u>	Search (#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11) Filters: English	<u>2885774</u>
<u>#11</u>	Search "seniors"[Title/Abstract] Filters: English	<u>6511</u>
<u>#10</u>	Search ageing[Title/Abstract] Filters: English	<u>37231</u>
<u>#9</u>	Search "older adults"[Title/Abstract] Filters: English	<u>67012</u>
<u>#8</u>	Search (aged, 80 and over[MeSH Terms]) Filters: English	<u>773542</u>
<u>#7</u>	Search "senior citizens"[Title/Abstract] Filters: English	<u>872</u>
<u>#6</u>	Search aged[MeSH Terms] Filters: English	<u>2481081</u>
<u>#5</u>	Search "elderly"[Title/Abstract] Filters: English	<u>203355</u>
<u>#4</u>	Search "aged"[Title/Abstract] Filters: English	<u>478078</u>

Søgning: Socialområdet med low arousal og Marte Meo

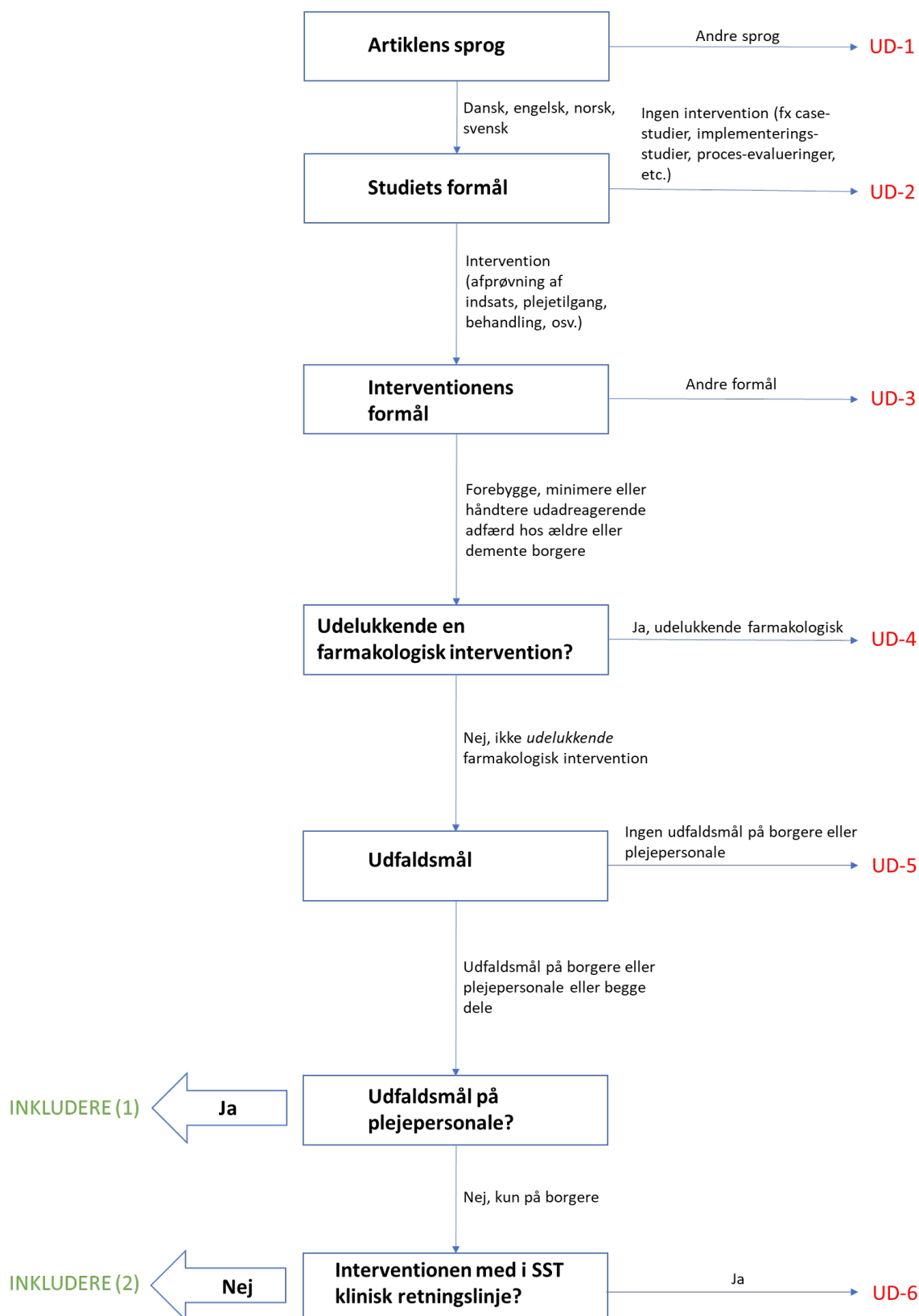
Dato: 8.10.2019

ELDERLY AND SETTING AND (low arousal OR Marte Meo)

History

Search	Query	Items found
#14	Select 2 document(s)	<u>2</u>
#13	Search ((#1 AND #11)) AND (#2 OR #12)	<u>2</u>
#12	Search "marte meo"[Text Word]	<u>15</u>
#11	Search (#3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10)	<u>3447655</u>
#10	Search "seniors"[Title/Abstract]	<u>7015</u>
#9	Search "ageing"[Title/Abstract]	<u>40619</u>
#8	Search "older adults"[Title/Abstract]	<u>68801</u>
#7	Search ("aged, 80 and over"[MeSH Terms])	<u>868030</u>
#6	Search "senior citizens"[Title/Abstract]	<u>1075</u>
#5	Search "aged"[MeSH Terms]	<u>2998848</u>
#4	Search elderly[Title/Abstract]	<u>237564</u>
#3	Search "aged"[Title/Abstract]	<u>544420</u>
#2	Search "low arousal"[Text Word]	<u>470</u>
#1	Search (nurses aides[MeSH Terms]) OR ("nursing assistant"[Text Word]) OR "nursing assistants"[Text Word]) OR ("healthcare worker"[Text Word]) OR "healthcare workers"[Text Word]) OR ("eldercare worker"[Text Word]) OR "eldercare workers"[Text Word]) OR ("care worker"[Text Word]) OR "care workers"[Text Word]) OR ("care aide"[Text Word]) OR "care aides"[Text Word]) OR ("homecare worker"[Text Word]) OR "homecare workers"[Text Word]) OR ("nurses aide"[Text Word]) OR "nurses aides"[Text Word]) OR (nursing homes[MeSH Terms]) OR ("nursing home"[Title/Abstract]) OR "nursing homes"[Title/Abstract]) OR (residential facilities[MeSH Terms]) OR ("residential facilities"[Title/Abstract]) OR (homes for the aged[MeSH Terms]) OR ("homes for the aged"[Title/Abstract]) OR "home for the aged"[Title/Abstract])	<u>86747</u>

Bilag 1B: Screeningsproces (beslutningstræ)



Figur 4: Oversigt over inklusions- og eksklusionskriterier ifm. screening af litteraturen.

Bilag 1C: Metode anvendt til litteraturstudiet

Metode

Videnskabelig litteratur

Den videnskabelige del af litteraturstudiet er gennemført ud fra generelle principper for et scoping review [Valaitis et al. 2012; Armstrong et al. 2011]. Et scoping review er en relativ ny metode til at lave oversigter over forskning, og der er forskellige tilgange til metoden. Generelt gælder det, at et scoping review er mere anvendeligt til bredt definerede forskningsspørgsmål, som det er tilfældet her, hvor der afdækkes viden om et bredt spektrum af tilgange og indsatser, som kan bidrage til at forebygge udadreagerende adfærd rettet mod plejepersonalet i ældreplejen. Et scoping review har således mulighed for at inkludere flere forskellige studiedesigns og metoder, og det giver derfor mulighed for at gennemgå flere aspekter og begreber i litteraturen.

I litteraturstudiet er der et tværfagligt fokus på de fire områder: Social-, ældre-, demens- og arbejdsmiljøområdet.

- Socialområdet: Pædagogiske og sundhedsfaglige tilgange (herunder Marte Meo og Low arousal), risikovurderingsredskaber, tilgange til relationen til borgeren, redskaber til faglig refleksion m.m.
- Ældreområdet: De samme punkter som under socialområdet, men specifikt for ældreområdet SOSU-studier, tilgange til plejearbejdet, faglig identitet, tværsektorielt samarbejde (hospital, egen læge, frivillige), gunstige og ugunstige forhold ved introduktion af forandringstiltag m.m.
- Demensområdet: Fysiske rammer, plejetilgang/konkrete terapeutiske eller andre metoder til mennesker med demens, inddragelse og betydning af pårørende.
- Arbejdsmiljøområdet: Organisatoriske og fysiske rammer, ressourcer, samarbejde om plejearbejdet, forebyggelsesmetoder, ledelseskvalitet, relationer, kultur, introduktion af nye medarbejdere, politikker og retningslinjer mv., registreringspraksisser m.m.

Litteratursøgningerne er udført af søgespecialist og bibliotekar ved Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, Elizabeth Bengtsen. Litteratursøgningen er begrænset sprogligt til engelsk, dansk, norsk og svensk, samt tidsmæssigt fra 2008-2019. Dette er for at sikre, at studierne bygger på den nuværende viden inden for bl.a. demensforskning og konflikthåndtering, der begge er områder, der har gennemgået en større udvikling de seneste år.

Den videnskabelige litteratursøgning er udført i databaserne PubMed/MEDLINE, PsycINFO samt Web of Science inden for de tre plejeområder: social-, ældre- og demensområdet for at opnå en bred søgning i den internationale forskningslitteratur. Arbejdsmiljøområdet er afdækket i søgningen under hvert af de tre plejeområder som udfaldsmål, og fremgår derfor ikke med en selvstændig søgestreng. Idet der var et stort overlap mellem søgningerne på social- og ældreområdet, blev der under socialområdet søgt specifikt på de to socialpædagogiske tilgange Marte Meo og Low arousal, som er blevet påpeget af eksperter som tilgange, der kan have en

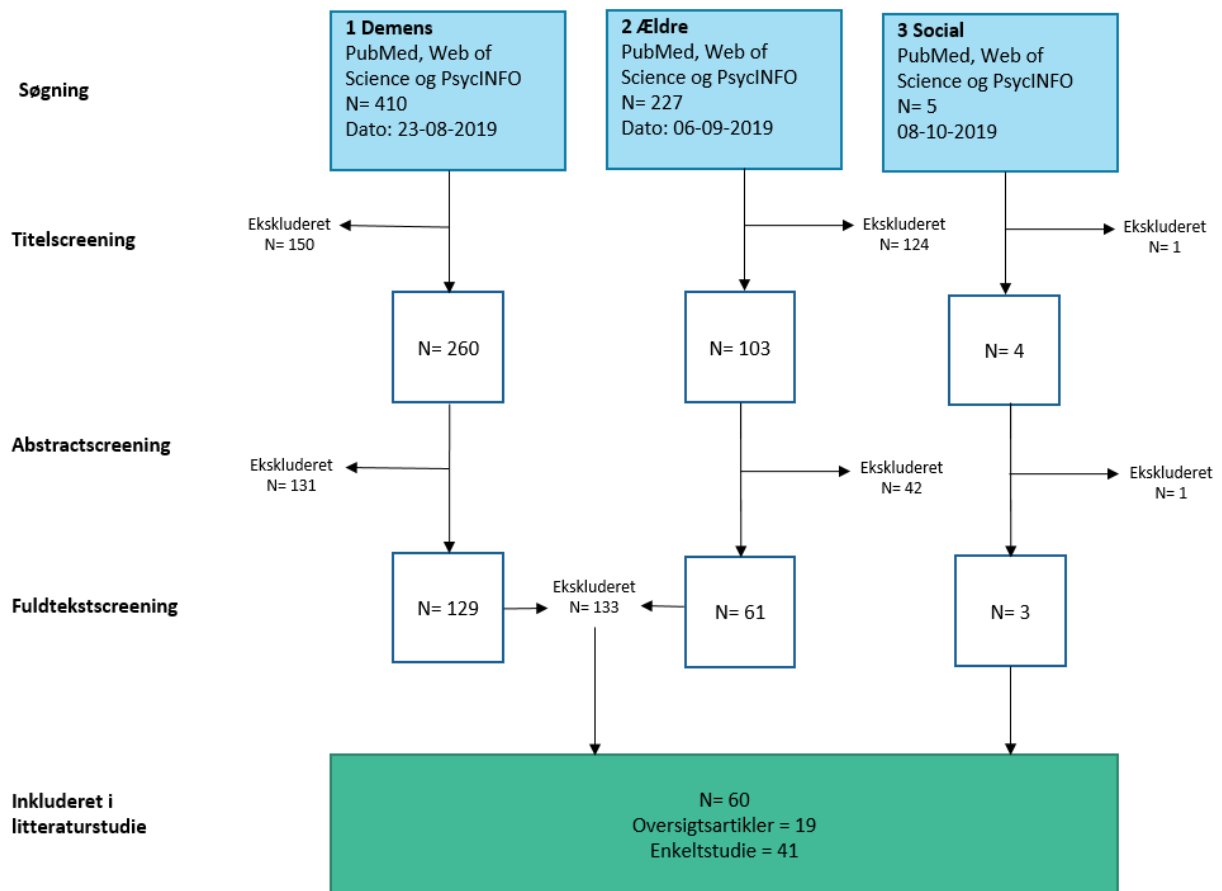
positiv effekt i arbejdet i ældreplejen. Der er anvendt en kombination af engelske søgeord inden for fokusområde, kontekst, udfaldsmål ift. arbejdsmiljø, intervention samt beskrivelse af denne.

Tabel 11: Eksempler på søgeordskombination i den videnskabelige litteratursøgning.

Fokusområde	Kontekst	Udfald	Intervention	Terapi
e.g. Marte Meo, low arousal, elderly, dementia	e.g. nursing home, elder care, home care, rehabilitation	e.g. work-related stress, wellbeing, burnout	e.g. intervention, trial	e.g. music, person-centered care, reminiscence, psychoeducation

Litteratursøgningen i de forskningsbaserede søgemaskiner gav os 642 referencer i alt for de tre søgninger for demens-, ældre- og socialområdet, der alle blev screenet på titel-, abstract- og fuldtekstniveau af fem i forskningsgruppen. Før screeningen blev en række inklusions- og eksklusionskriterier defineret i forskningsgruppen, og der blev lavet et beslutningstræ, som alle har anvendt i screeningsprocessen (se bilag 1). Desuden blev der ved hvert screeningsniveau lavet en test, hvor 10 referencer blev gennemgået i plenum i forskningsgruppen. Dette var for at sikre en ensartet udvælgelsesproces. Efter fuldtekstscreeningen indgår 60 artikler i litteraturstudiet, herunder 19 oversigtsartikler og 41 enkeltstudier. Figuren nedenfor viser en oversigt over den videnskabelig litteratursøgning og screeningsprocessen.

Fig. Flow chart over litteratursøgning- og screeningsprocessen



Indledningsvis er de 19 oversigtsartikler gennemlæst og herefter kategoriseret ud fra behandlingstilgangen eller interventionstypen. Dernæst er de 41 enkeltstudier gennemgået og krydstjekket med oversigtsartikler for at se, om nogle af enkeltstudierne indgik i disse. Såfremt at enkeltstudier, der indgik i oversigtartikler, kunne bidrage med viden, der ikke fremkom af oversigtsartiklerne, blev de medtaget enkeltvis. Viden om implementering af intervention eller udfald på personale var eksempler på viden, der kunne være udeladt eller kun medtaget i begrænset omfang i nogle af oversigtsartiklerne. Enkeltstudierne blev ligeledes kategoriseret efter behandlingstilgang.

Grå litteratur

Den grå litteratur er fundet via de skandinaviske biblioteksdata-baser Bibsys (Norge), Libris (Sverige) og danbib.dk (Danmark) samt litteratursøgemaskinen Google Scholar, hvortil der er anvendt tre søgestrengte på henholdsvis dansk, norsk og svensk. Samme søgestrengte er sat ind i søgemaskinen Google, hvor de første 100 referencer er gennemgået for hver søgning. Forskellen på de to Google-søgninger er, at Google scholar primært fokuserer på publikationer inden for den videnskabelige litteratur, som er baseret på forskningsresultater eller undersøgelser, eller som kommer fra en akademisk udgiver fx et universitet eller tidsskrifter. En almindelig Google-søgning favner mere bredt, og referencer behøver ikke være videnskabelig eller baseret på forskning. Ved

også at anvende søgestrengene i en almindelig Google-søgning sikrer vi således, at vi også finder den ikke videnskabeligt publicerede litteratur som fx guidelines og retningslinjer.

Der er søgt specifikt efter pdf-udgivelser ud fra søgeord som "demens", "vold/aggressiv/udadreagerende", "forebyggelse/håndtering", "retningslinje/vejledning/guide/anbefaling" og "personale/ansatte". Søgetermerne, som ligeledes er oversat til norsk og svensk, fremgår af nedestående tabel. Vi ønskede med denne søgekombination at fremfinde guidelines, retningslinjer og lignende inden for forebyggelse og håndtering af vold og udadreagerende adfærd rettet mod personale.

Tabel 1
2: Søgetermer i den grå litteratursøgning.

Dansk	Norsk	Svensk
demens	demens	demens
(vold OR aggressiv OR udadreagerende)	(vold OR aggressiv OR utagerende)	(aggressiv or utåtagerande)
(forebyggelse OR håndtering)	(forebygging OR håndtering)	(förebyggande OR hantering)
(retningslinje OR vejledning OR guide OR anbefaling)	(retningslinje OR bruksanvisning OR guide OR anbefaling)	(riktlinje OR instruktion OR anvisningar OR guide OR rekommendation)
(personale OR ansatte)	(personale OR personell OR ansatte)	(personal OR anställda)
filetype:pdf	filetype:pdf	filetype:pdf

Efter screening af de fundne dokumenter på titelniveau blev 55 referencer inkluderet fra de forskellige Google-søgninger og 3 referencer fra bibliotekssøgningerne. Disse referencer blev derefter gennemgået og vurderet i forhold til relevans. Efter frasortering af referencer med indhold, som ikke var relevant, var der 12 referencer tilbage.

Gennemgangen af den 'grå' litteratur viste, at langt hovedparten af udgivelserne giver retningslinjer og metoder til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd ud fra et plejeperspektiv. Kun få af udgivelserne gav yderligere information i forhold til den videnskabelige litteratur og information fra case-studiet og ekspertinterviews i forhold til at belyse virksomme metoder til at forebygge, håndtere vold og udadreagerende adfærd rettet mod plejepersonalet ud fra et arbejdsmiljøperspektiv. Af den grund er den 'grå' litteratur ikke blevet udsat for samme dybtgående analyse som den videnskabelige litteratur. En oversigt over udgivelserne samt en kort beskrivelse af deres indhold er vist i bilag 1E.

Bilag 1D: Litteraturgennemgang

Gennemgangen af hvert fokuspunkt for interventionen er struktureret på følgende måde:

Først gives en kort opsummering af interventionens overordnede karakteristika. Dernæst gives en oversigt over den litteratur, som gennemgangen er baseret på, herunder *rammerne* (plejehjem, hjemmepleje, midlertidigt ophold, osv.) og målgruppen (typisk borgere med demens), *hvilke grupper som udfaldsmålene er blevet målt på* (borgerne, plejepersonalet), og hvilke studier, som har undersøgt *implementeringen* af den undersøgte intervention. I gennemgangen af litteraturen er der taget udgangspunkt i oversigtsartikler, såfremt sådanne findes. Gennemgangen af disse er suppleret med enkeltstudier, som er blevet publiceret efter den seneste oversigtsartikel. Enkeltstudier, som er publiceret tidligere, og som dermed kan indgå i oversigtsarbejderne, vil blive gennemgået, hvis de ønskede udfaldsmål ikke er dækket af oversigtsartiklerne. Dette gælder især for udfaldsmål målt på plejepersonalet og evaluering af implementeringen af interventionerne, da mange oversigtsartikler har haft snævert fokus på effekten på borgerne.

Derefter gennemgås den fundne litteratur. Først præsenteres indholdet af de interventioner, som er beskrevet i studierne (oversigtsartikler og enkeltstudier), dernæst præsenteres studierne resultater mht. effekten på borgerne, resultaterne mht. virkninger på plejepersonalet, og studierne gennemgang af evalueringen af implementeringen af interventionen. Hvert afsnit afsluttes med en opsamling og konklusioner.

Personcentrerede (persontilpassede) tilgange

I Sundhedsstyrelsens nationale retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens (SST, 2019) beskrives personcentreret omsorg og behandling overordnet som "en socialpsykologisk, holistisk tilgang og forståelsesramme, som kan danne ramme for organisering og implementering af omsorgs- og behandlingsmetoder til personer med demens". Personcentrerede tilgange i forebyggelsen og håndteringen af udadreagerende adfærd tager dermed udgangspunkt i personen og dennes forståelse af, og samspil med, omverdenen.

Oversigt over den fundne litteratur

I litteratursøgningen blev der fundet 5 oversigtsartikler (Abraha et al., 2017; Barbosa et al., 2017; Barbosa et al., 2015b; Mohler et al., 2018; Testad et al., 2014) med tilsammen 64 enkeltstudier, som undersøger udbredelsen eller evidensen for effekten af en eller flere tilgange, som er karakteriseret ved, at der tages hensyn til borgerens individuelle behov, ønsker og muligheder (kapacitet). Derudover er der identificeret yderligere tre enkeltstudier med fokus på en sådan persontilpasset

plejetilgang (Chenoweth et al., 2015; Dichter et al., 2017; Hayajneh & Shehadeh, 2014), som enten er udkommet efter disse oversigtsartikler, eller som undersøger andre problematikker, typisk implementering af interventionen eller virkninger på plejepersonalet, end dem, som oversigtsartiklerne fokuserer på.

Ramme (*setting*): Alle 5 oversigtsartikler og to af enkeltstudierne (Chenoweth et al., 2015; Dichter et al., 2017) havde fokus på interventioner på plejehjem eller plejeboliger, og målgruppen (som skulle opnå gavn af interventionen) var borgere med demens. Det tredje enkeltstudie – fra Jordan – foregik i 'institutioner som er bestemt til pleje af mennesker med Alzheimers sygdom' (Hayajneh & Shehadeh, 2014).

Udfaldsmål: Tre af oversigtsartiklerne opgjorde tilgangens effekt i forhold til udadreagerende adfærd (Abraha et al., 2017; Mohler et al., 2018; Testad et al., 2014). En oversigtsartikel havde fokus på både effekten af tilgangen på borgernes adfærd såvel som på plejepersonalet (Barbosa et al., 2017), og en oversigtsartikel havde udelukkende fokus på effekten af tilgangen på plejepersonalet (Barbosa et al., 2015b). To af de gennemgåede enkeltstudier havde fokus på virkningerne på plejepersonalet af en persontilpasset plejetilgang (Dichter et al., 2017; Hayajneh & Shehadeh, 2014), og et af enkeltstudierne vurderede effekten på borgerne såvel som virkningen på plejepersonalet (Chenoweth et al., 2015).

Implementering: En af oversigtsartiklerne (Mohler et al., 2018) og et af enkeltstudierne (Chenoweth et al., 2015) vurderede implementeringen af interventionerne.

Indholdet af interventionerne

To af de inkluderede oversigtsartikler undersøgte effekten af en bestemt tilgang, nemlig hhv. simuleret tilstedeværelsesterapi (*simulated presence therapy*) (Abraha et al., 2017) og (*Dementia Care Mapping*) (Barbosa et al., 2017), mens de resterende tre oversigtsartikler inkluderede forskellige personcentrerede tilgange, inklusive *Dementia Care Mapping*, reminiscenstherapie, fysisk aktivitet, personligt skræddersyede aktiviteter med eller uden social interaktion, mv. De tre enkeltstudier havde fokus på hhv. *Dementia Care Mapping* (Dichter et al., 2017) og træningsforløb i personcentreret pleje (Chenoweth et al., 2015; Hayajneh & Shehadeh, 2014). Simuleret tilstedeværelsesterapi beskrives som sessioner, hvor videoer eller lydoptagelser af familiemedlemmer afspilles for personen med demens (Abraha et al., 2017). *Intervention Care Mapping* beskrives som en cyklisk proces, som indeholder (1) orientering (*briefing*), (2) observation, (3) analyse, (4) feedback, og (5) udarbejdelse af en handlingsplan (Barbosa et al., 2017). Tilgangen ligger dermed også tæt på den tilgang, som benævnes 'systematisk årsagsanalyse' i Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinje (SST, 2019). I overensstemmelse med oversigtsartiklen om *Dementia Care Mapping* (Barbosa et al., 2015b) vil den imidlertid blive inkluderet i gruppen af personcentrerede tilgange i denne rapport.

Effekten på borgerne

Da evidensen for effekten af personcentreret pleje på udadreagerende adfærd hos borgere med demens fornyligt er blevet vurderet i 'National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens' (Sundhedsstyrelsen, 2019), vil der kun blive lavet en kort opsummering af fundene i de ovenævnte oversigtsartikler.

Oversigtsartiklen om 'simuleret tilstedeværelsesterapi' inkluderede 3 enkeltstudier. Samlet set vurderede forfatterne, at kvaliteten af studierne var så lav, at det ikke var muligt at drage nogen konklusioner mht. effektiviteten af intervention i forhold til udadreagerende adfærd.

I oversigtsartiklen af Barbosa et al. (Barbosa et al., 2017) blev evidensen for effekten af *Dementia Care Mapping* gennemgået. Oversigtsartiklen inkluderede i alt 6 studier. Tre af enkeltstudierne i oversigtsartiklen havde borgernes udadreagerende adfærd som udfald (heraf er to af studierne også inkluderet i evidensgrundlaget i Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinje). Der var blandet evidens for effekten på begge udfaldsmål. I et studie af høj kvalitet blev der fundet en vedvarende signifikant forbedring i udadreagerende adfærd sammenlignet med vanlig pleje (4 måneders opfølgingsperiode), mens der i to andre studier ikke blev fundet signifikante effekter.

Oversigtsartiklen af Mohler et al. (Mohler et al., 2018) er et Cochrane-review af effekten 'personligt tilpassede aktiviteter' (*personally tailored activities. PTA*). Oversigtsartiklen inkluderede 7 randomiserede kontrollerede enkeltstudier. Der blev fundet svag evidens for, at det kan reducere forekomsten af udadreagerende adfærd blandt borgere med let eller svær demens at tilbyde dem aktiviteter. Der var imidlertid ikke evidens for, at personligt tilpassede aktivitetstilbud var mere effektive end tilbud, der ikke var tilpasset individuelle ønsker eller behov.

Oversigtsartiklen af Testad et al. (Testad et al., 2014) inkluderede i alt 40 enkeltstudier med 'persontilpassede' (*personalized*) tilgange, heraf reminiscensbehandling (6 studier), personlig musik (7 studier), personlige behagelige aktiviteter (fx dans, kunst, tage sig af dukker og kæledyr, mv.) med eller uden social interaktion (10 studier), personlig fysisk træning og aktivitet (12 studier), og personcentreret omsorgstræning og praksisudvikling til plejepersonalet (3 studier).

I fire af de seks enkeltstudier med personlig behagelig aktivitet som intervention, og som havde udadreagerende adfærd som udfaldsmål, fandt man en positiv effekt (dvs. reduktion i udadreagerende adfærd). Forfatterne konkluderer, at det at deltage i behagelige aktiviteter med eller uden social interaktion nedsætter risikoen for udadreagerende adfærd.

I litteratursøgningen blev endvidere fundet et enkeltstudie, hvor effekten af personcentreret plejetilgang på udadreagerende adfærd var et af udfaldsmålene (Chenoweth et al., 2015). Dette er ikke inkluderet i ovennævnte oversigtsartikler. Studiet var et kvalitativt studie, og effekten på udadreagerende adfærd blev vurderet på basis af interviews med plejepersonalet og på basis af

plejeplanerne. Forfatterne konkluderede, at alle kilder pegede på, at en personcentreret tilgang reducerede udadreagerende adfærd.

Virkninger på plejepersonalet

I ovennævnte oversigtsartikel om effekterne af *Dementia Care Mapping* fandt Barbosa et al. (Barbosa et al., 2017), at to af de 6 enkeltstudier inkluderet i oversigtsartiklen undersøgte virkningerne af interventionen på plejepersonalet. I begge studier faldt stress målt med GHQ12 blandt plejepersonalet i interventionsgruppen sammenlignet med plejepersonalet i sammenligningsgruppen (hhv. vanlig pleje og personcentreret pleje), og forskellen var signifikant i det ene af studierne.

Et af enkeltstudierne, som indgik i oversigtsartiklen, undersøgte desuden jobtilfredshed og fandt, at ændringen i jobtilfredshed efter 4 mdr. var lidt mere positiv blandt plejepersonalet i interventionsgruppen end blandt plejepersonalet i sammenligningsgruppen, men forskellen var ikke signifikant.

Enkeltstudiet af Dichter et al. (Dichter et al., 2017), som ikke indgår i ovennævnte oversigtsartikel, undersøgte virkningen af *Dementia Care Mapping* på plejepersonalets holdninger til patienter med demens med instrumentet *Approaches to Dementia Care Questionnaire*. Sekundære udfaldsmål var jobtilfredshed og udbrændthed, som begge blev målt med instrumentet *COPSOQ*. Udfaldsmålene blev målt blandt plejepersonalet i tre grupper af plejehjem: Tre plejehjem med under 1 års erfaring med *Dementia Care Mapping*, tre plejehjem uden erfaring med denne tilgang, og tre plejehjem, som gennemførte vanlig pleje (sammenligningsgruppe). Plejehjemmene i de to første grupper fik interventionen, som bestod af uddannelse af to plejere fra hvert plejehjem til at være 'basisbrugere' i *Dementia Care Mapping*, forberedelse af ledelsen og teamet på hele plejehjemmet, observationer og analyser udført af 'basisbrugerne' med afrapportering til personalet og ledelsen, og dernæst udarbejdelsen og implementering af handlingsplaner. Udfaldsmålene blev målt før interventionen (baseline), og 3 og 18 måneder efter interventionen. Resultaterne var ret blandede, men med en tendens til, at interventionen førte til negative resultater (mere negative holdninger til patienterne, lavere jobtilfredshed og højere grad af udbrændthed blandt plejepersonalet i den første gruppe af plejehjem med kort tids erfaring i *Dementia Care Mapping* inden interventionen). Forfatterne forklarer det med manglende overholdelse af protokollen bag interventionen. Specifikt nævnes det, at integration af handlingsplanerne i daglig praksis i mange tilfælde var mangelfuld. Grunden til dette var fx, at handlingsplanerne blev opfattet som uvigtige af plejepersonalet, eller at plejemiljøet udgjorde en forhindring for implementeringen af handlingsplanene.

Udover ovennævnte oversigtsartikler, så har Barbosa et al. skrevet en oversigtsartikel, som udelukkende fokuserer på virkningerne på plejepersonalet af personcentrerede tilgange (Barbosa et al., 2015b). De plejetilgange, som indgik i oversigtsartiklen, var stimulationsorienterede interventioner (2 enkeltstudier), emotionsorienterede studier (2 enkeltstudier), og

adfærdsorienterede studier (2 enkeltstudier). Dertil er der i litteratursøgningen blevet fundet yderligere et enkeltstudie om virkninger på plejepersonalet (Hayajneh & Shehadeh, 2014), som ikke indgår i de nævnte oversigtsartikler af Barbosa et al.

Oversigtsartiklen gennemgås først:

De to stimulationsorienterede interventioner viste blandet evidens. Effekt af plejetilgangen integreret snoezelen (multi-sensorisk tilgang) havde signifikant effekt på stress, udbændthed og jobtilfredshed (opfølgingsperiode 18 mdr.). Et andet studie, der undersøgte effekten af at fortælle historier, havde ingen effekt på stress eller udbændthed (2 uger). De to emotionsorienterede interventioner viste begge positive, ikke-signifikante, effekter på enten stress (et studie, opfølgningstid 7 mdr.), eller jobtilfredshed og subskalaer for udbændthed (et studie, opfølgningstid 12 mdr.). I dette studie var der signifikante kortidseffekter (6 mdr. opfølgning). I de to adfærdsorienterede interventioner var der ligeledes blandet evidens. Et studie viste effekt på subskala for udbændthed 18 mdr. efter interventionen, mens det andet studie viste ingen effekt på stress (3 og 6 mdr.). Forfatternes overordnede konklusioner er, at det på basis af evidensen i studierne og i betragtning af deres metodiske svagheder og heterogenitet ikke er muligt at drage klare konklusioner mht. effektiviteten af personcentrerede plejetilgange på plejepersonalets stress, udbændthed og jobtilfredshed. Ifølge forfatterne er der dog en tydelig tendens hen imod en positiv effekt.

Enkeltstudiet af Hayajneh & Shehadeh (2014) foregik på et enkelt plejehjem i Jordan og involverede kun et plejepersonale på 10, hvilket gør studiet mindre relevant. Efter et 4 ugers træningsprogram i personcentreret pleje oplevede plejepersonalet at have større accept af udfordringerne i plejen, større medfølelse med de borgere, som de plejede, og større modstandsdygtighed overfor belastninger og stress, som opstår i forbindelse med plejearbejdet.

Implementering

I den systematiske oversigtsartikel af Mohler et al. nævnt herover, gennemgik forfatterne også enkelstudiernes evalueringer af implementeringen af interventionen. Tre af de 8 enkeltstudier i oversigtsartiklen evaluerede, i hvor høj grad interventionen fulgte protokollen (*fidelity*).

Forfatterne bemærker, at på trods af, at alle aktiviteterne i enkeltstudierne var udvalgt ud fra en vurdering af borgernes nuværende eller tidligere præferencer, så var der ingen af enkeltstudierne, der rapporterede, i hvilken udstrækning borgerne var i stand til at udtrykke deres individuelle interesser eller præferencer, eller i hvilken udstrækning sådanne interesser eller præferencer blev afdækket ved hjælp af den primære plejeger eller familiemedlemmer (Mohler et al., 2018).

Kun et af enkeltstudierne (Cohen-Mansfield et al., 2012a; Cohen-Mansfield et al., 2012b) rapporterede, hvilke barrierer interventionen stødte på. Interventionen i dette studie var en

persontilpasset intervention baseret på TREA beslutningstræet. Studiet omfattede 89 borgere, der udviste udadreagerende adfærd, som modtog i alt 1553 sessioner (Cohen-Mansfield et al., 2012a). Blandt de hyppigst forekommende barrierer var kommunikationsvanskeligheder med borgeren (fx manglende responsivitet) eller borgeren var utilgængelig i forhold til den planlagte aktivitet (fx pga. familiebesøg, ser tv).

Enkeltstudiet af Chenoweth et al. (Chenoweth et al., 2015) er et kvalitativt studie af barrierer (hæmmere) og det modsatte (fremmere) i forhold til implementeringen af personcentreret plejetilgange, som ikke er inkluderet i ovennævnte oversigtsartikel af Mohler et al. Barrierer (hæmmere) og fremmere blev vurderet på basis af interviews med bl.a. pårørende, plejepersonalet og lederesamt på basis af plejeplaner og feltnoter.

Blandt de forhold, der virker som barrierer for personcenteret pleje, nævnes følgende:

- Forskelle i ledelsestilgangen, som kan føre til modstridende omsorgspraksisser, fx hvor noget af personalet bliver belønnet for at være personcentreret i deres pleje, mens 'kort-for-hovedet' og uinteresseret kommunikation med patienterne fra andre dele af personalet bliver ignoreret.
- Manglende opbakning fra ledere og plejepersonalet til den personcentrerede tilgang, fx pga. holdninger som, 'at det gør vi allerede', eller (især når det drejer sig om personcentreret fysisk indretning) 'det passer ikke til patienterne'.
- Manglende overvågning af aktiviteter, manglende tid, viden eller erfaring hos personalet, fx når aktiviteter ikke blev 'køns-indrettet' (terapi med dukker, hvilket ekskluderer de mandlige patienter) eller fritidsaktiviteter ikke tilpasses til den enkelte patients behov eller kapacitet.
- Sprogvanskeligheder, som besværliggør formidlingen af principper og værdier i den personcentrerede tilgang til dele af plejepersonalet.
- Barrierer relateret til de pårørende, bl.a. urealistiske forventninger og kritik fra familien, som oplever ændringer i plejetilgangen og frygter, at personalet overser deres fars/mors/ældre søskendes behov. Plejepersonalets bekymring for at møde sådanne beskyldninger kan få dem til at prioritere visse plejeopgaver (pleje af synlige fysiske behov) frem for de mere psykologiske plejebenhov. Endelig bliver manglende involvering af pårørende også nævnt, fx de tilfælde, hvor de pårørende sjældent kommer på besøg, og hvor det derfor er svært for personalet at få indsigt i patientens livshistorie.

Blandt de forhold, som fremmer en implementering af en personcentreret tilgang, nævnes:

- En god ledelsesopbakning til en personcentreret tilgang er vigtig, fx at lederne aktivt støtter de personer blandt personalet, som er udpeget til at facilitere indførelsen af den

- personcentrerede tilgang ved at være tilgængelig, stille træningsressourcer til rådighed, og støtte og opmuntre personalet, når de udfører personcentrede plejeadfærd.
- Etablering af en arbejdspladskultur, som har personcentreret plejetilgang som omdrejningspunkt, bliver også vurderet meget vigtig. En sådan arbejdspladskultur karakteriseres fx ved, at der er løbende uddannelse og træning for personalet i personcentreret plejeaspekter, at gode eksempler på personcentreret pleje anerkendes og roses, og at personcentreret plejetilgang italesættes positivt blandt personalet og i dialogen med de pårørende.
 - Plejepersonalet fremhæver vigtigheden af at få positiv respons og feedback fra patienterne og fra deres pårørende, idet det giver dem større tiltro til at igangsætte ændringer i retning af personcentreret pleje.
 - Både ledere og plejere fremhæver vigtigheden af uddannelse af personalet og 'on-site' støtte på plejestedet i gennemførelsen af personcentreret plejetilgang.

Opsamling

De oversigtsartikler og enkeltstudier, som er gennemgået herover, behandler en række interventioner, som falder under begrebet 'personcentreret plejetilgang'. Interventionerne omfatter således 'brede' og omfattende ændringer i hele plejetilgangen i tråd med definitionen af personcentrerede tilgange nævnt i starten af dette afsnit, såvel som mere specifikke aktiviteter (fx reminiscensterapi eller fysisk aktivitet), der tilpasses under hensyntagen til den enkelte borgers ønsker, behov og kapacitet.

I den kliniske retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens (Sundhedsstyrelsen, 2019) konkluderes, at evidensen for effekt på BPSD ikke er særlig stærk. Denne konklusion understøttes af den litteratur, som er gennemgået herover. Blandt de studier, som er gennemgået, har enkeltstudiet (Chenoweth et al., 2015), som har anvendt kvalitative metoder, fx interviews af pårørende og plejepersonale, en mere entydig positiv vurdering af effekten af personcentreret plejetilgang på udadreagerende adfærd blandt borgerne end de enkeltstudier og oversigtsartikler, som har anvendt kvantitative metoder til vurdering af effekten.

Med hensyn til virkninger på plejepersonalet af indførelsen af personcentreret tilgang må der på basis af de to reviews og et enkeltstudie gennemgået herover konkluderes, at der samlet set ikke er evidens for hverken positive eller negative virkninger på plejepersonalets udbrændthed, stress eller jobtilfredshed.

I forhold til implementering af personcentreret plejetilgange er der vigtig information at hente i et par enkeltstudier. Her vurderes det, at især det ovennævnte studie af Chenoweth et al.

(Chenoweth et al., 2015) giver relevant og vigtig information. Især synes mange barrierer og fremmede faktorer at udspringe i følgende fire temaer: Ledelsens støtte og opbakning, plejepersonalets holdninger til tilgangen, uddannelse og træning, samt involvering af de pårørende. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på de udfordringer, som opstår inden for disse temaer, når man indfører personcentreret plejetilgange

Tilgange med uddannelse og træning af personalet

I dette afsnit vil oversigtsartikler og enkeltstudier omhandlende uddannelse og træning af personalet blive gennemgået. Det uddannelses- og træningsindhold, der indgår i studierne har det overordnede formål at udvikle plejepersonalets plejekompetencer, så de kan yde bedre pleje til borgerne med henblik på at reducere udadreagerende adfærd. I Sundhedsstyrelsens retningslinjer om forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, behandles anbefalingen om, hvorvidt pårørende til hjemmeboende personer med demens bør tilbydes psykoedukation for at forebygge BPSD (Sundhedsstyrelsen, 2019b), men uddannelse og træning af personalet, som fx psykoedukation, indgår ikke som en del af retningslinjerne.

Oversigt over den fundne litteratur

I litteratursøgningen blev der fundet tre relevante oversigtsartikler (Bird et al., 2016; Elliott et al., 2012; Spector et al., 2016b) med i alt 69 studier, der fokuserer på interventioner med uddannelse og træning af personalet. Formålet med interventionerne er at forbedre plejen, bl.a. gennem udvikling af praksis, kompetenceløft og styrket relation mellem personalet og borgerne. Der blev endvidere fundet 18 enkeltstudier om emnet (Alnes et al., 2011a, b; Barbosa et al., 2015a; Barbosa et al., 2016; Fukuda et al., 2018; Galik et al., 2015; Jeon et al., 2015; Karel et al., 2016; Karlin et al., 2014; Low et al., 2015; Lykkeslet et al., 2016; Pieper et al., 2016; Sprangers et al., 2015; Swain & Gale, 2014; Testad et al., 2010; van Duinen-van den et al., 2019; Zwijsen et al., 2015; Zwijsen et al., 2014), hvoraf et enkelt (Testad et al., 2010) også indgår i oversigtsartiklen af Bird et al., hvorfor dette studies resultater ikke vil blive præsenteret individuelt.

Ramme (setting): Alle oversigtsartiklerne har fokus på interventioner på plejehjem, mens en enkelt også fokuserer på interventioner i plejeboliger (Spector et al., 2016b). Interventionerne i to af de inkluderede oversigtsartikler (Elliott et al., 2012; Spector et al., 2016b) er målrettet plejepersonalet, herunder plejepersonale i demensplejen, mens den tredje oversigtsartikel (Bird et al., 2016) er målrettet primært borgere, men til dels også plejepersonalet. I enkeltstudierne finder størstedelen af interventionerne sted på plejehjem, herunder mange med demensenheder, mens nogle få finder sted i ældreboliger eller hjemmeplejen.

Udfaldsmål: I oversigtsartiklen af Elliot et al. måles der på to udfaldsmål: personalet og organisatorisk indvirkning. Bird et al. måler på plejekvalitet og effekter på borgernes livskvalitet, mens Spector et al. udelukkende fokuserer på udfaldsmål på personalet.

Interventionerne i enkeltstudierne er primært rettet mod plejepersonalet, dog med undtagelse af et enkelt studie (Jeon et al., 2015), der kun har fokus på ledelsen. Seks enkeltstudier måler på udfaldsmål for borgerne, herunder udadreagerende adfærd, depression, angst, agitation og livskvalitet (Karel et al., 2016; Karlin et al., 2014; Low et al., 2015; Pieper et al., 2016; Testad et al., 2010; Zwijsen et al., 2014), mens ti enkeltstudier måler udfaldsmål på plejepersonalet, herunder personalets jobtilfredshed, udbrændthed, arbejdsrelateret stress og læringsudfald (Alnes et al., 2011a, b; Barbosa et al., 2015a; Barbosa et al., 2016; Fukuda et al., 2018; Jeon et al., 2015; Lykkeslet et al., 2016; Swain & Gale, 2014; van Duinen-van den et al., 2019; Zwijsen et al., 2015). To enkeltstudier måler på udfaldsmål for både borgere og personale (Galik et al., 2015; Sprangers et al., 2015).

Implementering: De tre oversigtsartikler (Bird et al., 2016; Elliott et al., 2012; Spector et al., 2016b) berører kort implementering af interventionerne, dog mest pga. metodologiske problemstillinger. Elleve enkeltstudier indeholder en dybere diskussion og refleksion over, hvilke kontekstuelle faktorer, der kan påvirke implementeringen af de enkelte interventioner.

Indhold i interventionerne

Bird et al. inkluderer 44 studier og formålet med oversigtsartiklen er at undersøge, hvilke interventioner rettet mod plejepersonalets erfaring, praksisser, trivsel og helbred, der kan sikre en bedre pleje og dermed forbedre livskvaliteten hos borgere med demens. Interventionerne omhandlede bl.a. viden om demens, undervisning i og anvendelse af personcentreret pleje i praksis, træning i kommunikation og kompetencer under personlig pleje, hvordan man kan opdage tegn på mistrivsel, individuel coaching af personalet, identificering af risikofaktorer, viden om kulturforandringer, teambuilding og træning i adfærdshåndtering (Bird et al., 2016).

Oversigtsartiklen af Elliott et al. inkluderer seks randomiserede kontrollerede studier, der alle undersøgte interventioner rettet mod plejepersonale i demensplejen. Der er tale om multikomponente interventionsstudier, der har til formål at forbedre medarbejdernes viden og kompetencer inden for pleje af personer med demens. Oversigtsartiklen inkluderer 14 interventioner i alt, hvoraf demensuddannelse og instruktionstræning er de oftest forekomne, enten som gruppe eller individuelt (Elliott et al., 2012).

I oversigtsartiklen af Spector et al. er der inkluderet 16 studier (randomiserede kontrollerede studier og quasi-eksperimentelle designs). Formålet med oversigtsartiklen består af fire komponenter: 1) at fastlægge betydningen af træning af personalet, 2) at sammenligne effekten af forskellige træningstilgange, 3) at udforske betydningen af træningsintensitet og 4) at udforske potentielle barrierer og succeser. Interventionerne omhandler bl.a. kommunikationsfokuserede tilgange, håndtering af udfordrende adfærd, personcentreret omsorg, forbedring af borgernes humør og livskvalitet og forbedring af personalets viden, samt ændring i personalets holdninger til demens (Spector et al., 2016b).

Ud af de 18 enkeltstudier fokuserer syv af dem (Karel et al., 2016; Karlin et al., 2014; Pieper et al., 2016; Testad et al., 2010; van Duinen-van den et al., 2019; Zwijsen et al., 2015; Zwijsen et al., 2014) på interventioner, der handler om at uddanne plejepersonalet i adfærdshåndtering. Karel et al. og Karlin et al. undersøgte i deres studier interventionen STAR-VA (*Staff Training in Assisted Living Residents*), der har til formål at klæde personalet på til at håndtere udfordrende adfærd hos veteraner med demens (Karel et al., 2016; Karlin et al., 2014). Pieper et al. undersøger, om implementeringen af en trinvis multikomponent intervention kaldet STA OP! er effektiv i redueringen af udfordrende adfærd og depression hos plejehjemsbeboere med svær demens. STA OP! indeholder en protokol bestående af fem trin, som bl.a. indebærer først at udføre grundlæggende pleje for at finde ud af, om borgerens grundlæggende behov (sult, tørst, toiletbesøg) er opfyldt og dernæst undersøge, om borgeren har smerter eller om det skyldes andre fysiske uopfyldte behov, behov for mere eller mindre stimulering m.v. inden man inddrager andre fagpersoner (Pieper et al., 2016). Van Duinen-van den Ijssel et al. og Zwijsen et al. undersøger effekten af interventioner, der klæder personalet på til at opdage symptomer på udfordrende adfærd, analyse af årsager og tilsvarende behandling og evaluering af behandlingen (van Duinen-van den et al., 2019; Zwijsen et al., 2015; Zwijsen et al., 2014)

To enkeltstudier (Fukuda et al., 2018; Low et al., 2015) undersøger effekten af interventioner, der fokuserer på kompetenceløft på et bredere plan, dvs. hvor formålet er at udstyre personalet med viden om fx demens og behandlingsmetoder. Fukuda et al. evaluerer effektiviteten af en intervention, hvor plejepersonalet bliver undervist i at bruge udprintede retningslinjer (*Guidelines for Initial Coping with BPSD*) i praksis med det formål at reducere stress grundet BPSD blandt plejepersonalet (Fukuda et al., 2018), og Low et al. evaluerer effekterne af et livsstil-engagement-aktivitetsprogram (LEAP), hvor plejepersonalet modtager undervisning i bl.a. personcentreret pleje, demens, reminiscens, musikterapi og humorterapi (Low et al., 2015). To enkeltstudier af samme forfattere (Barbosa et al., 2015a; Barbosa et al., 2016) undersøgte effekten af at give personalet psykoedukation (fx viden om demens, integrering af personcentreret pleje i praksis, kommunikationsstrategier) og støttende redskaber, fx strategier til at håndtere eget arbejdsrelateret stress og forhindre udbrændthed, med henblik på at reducere stress og udmattelse og fremme jobtilfredsheden (Barbosa et al., 2015a; Barbosa et al., 2016). Et enkelt studie (Jeon et al., 2015) har fokus på uddannelse af ledelsen og undersøger effekten af et lederskabsprogram (*Leadership and Management Programme*) for mellemledere i ældreplejen, som har til formål at udvikle deres lederkompetencer til at skabe positive arbejdsrelationer og støtte op om personcentreret evidensbaseret pleje og derigennem forbedre plejekvaliteten (Jeon et al., 2015).

Seks enkeltstudier (Alnes et al., 2011a, b; Galik et al., 2015; Lykkeslet et al., 2016; Sprangers et al., 2015; Swain & Gale, 2014) undersøger effekten af interventioner med fokus på plejepersonalets interaktion og kommunikation med borgere, primært borgere med demens, men også alle ældre borgere, der udviser aggressiv adfærd m.v. Alle studierne bærer præg af at være meget personcentrerede, dvs. at lære personen at kende, så ens kommunikation og interaktion med

personen bliver så personlig og tilpasset som muligt. Alnes et al. har i to studier undersøgt effekten af Marte Meo-konsultation, der bygger på principperne fra Marte Meo-metoden, hvor der anvendes videooptagelser til at reflektere og diskutere udvalgte episoder med borgere med henblik på at støtte personalet i at forbedre deres kommunikation og interaktion med personer med demens (Alnes et al., 2011a, b). Lykkeslet et al. undersøger plejepersonalets oplevelser af implementeringen af Marte Meo-terapi på et demensafsnit (Lykkeslet et al., 2016), mens Sprangers et al. og Swain & Gale undersøgte interventioner med fokus på kommunikationskompetencer (Sprangers et al., 2015; Swain & Gale, 2014). Galik et al. undersøger effekten af funktionsfokuseret pleje for personer med kognitiv svækkelse (*Function Focused Care for the Cognitively Impaired*), som er en tilgang, der bl.a. indeholder motiverende teknikker og individuelle mål for borgerne (Galik et al., 2015).

Effekten på borgerne

Bird et al. har effekten på borgerne som primært udfaldsmål. Flertallet af studier inkluderet i oversigtsartiklen, der havde udadreagerende adfærd som udfaldsmål, viser ingen effekt, mens et markant mindretal viser positive effekter, hvoraf nogle af studierne påviser vedvarende positive effekter. En meta-analyse viser endvidere, at uddannelse og supervision i lav til middel grad har betydning for redueringen af udadreagerende adfærd lige efter interventionen. Oversigtsartiklen fokuserer ikke kun på udadreagerende adfærd, men også andre borgerrelaterede udfald, såsom livskvalitet (12 studier), hvori man finder en signifikant positiv effekt i tre af studierne, humør/affekt, hvor studierne viser enten svage eller blandede effekter på borgerne og plejekvaliteten (styrket samspil mellem plejer og borger), hvor alle 13 studier udviser store og positive effekter. Ændringer bliver hovedsageligt identificeret ved interventioner med depression som primær fokus (Bird et al., 2016).

Mange af studierne undersøger ikke, om effekterne opretholdes efter interventionen, men de studier, der undersøger det, viser oftest, at resultaterne ikke bliver opretholdt. Resultaterne viser, at interventioner rettet mod et bestemt mål (fx udadreagerende adfærd eller humør) kan være mere effektive end mere generiske interventioner, såsom personcentreret pleje. Forfatterne konkluderer endvidere, at for at interventionen skal have en effekt på komplekse problemer som udadreagerende adfærd, kræver det, at personalet får mulighed for at afprøve tiltagene i interventionen i den lokale kontekst (Bird et al., 2016).

Et af enkeltstudierne i oversigtsartiklen af Elliot et al. finder en ikke-varig middel effekt i følelsesmæssig balance hos borgere med demens, men dette er kun for borgere, der ikke har brug for så meget assistance og med mild til moderat demens. Et andet studie påviser, at uddannelse i demens, træning i kommunikation og supervision bidrager til, at depression og aggressiv adfærd forbedres hos personer med demens (Elliott et al., 2012).

Otte enkeltstudier (Galik et al., 2015; Karel et al., 2016; Karlin et al., 2014; Low et al., 2015; Pieper et al., 2016; Sprangers et al., 2015; Testad et al., 2010; Zwijsen et al., 2014) undersøger, hvorvidt og hvordan interventioner indeholdende uddannelse og træning af personalet har effekt på borgerne, herunder borgernes trivsel, agitation og anden adfærd. Studiet af Galik et al. er et cluster-randomiseret studie af 96 borgere med demens og 76 plejere og måler både på borgere og personalet. Interventionen kaldes FFC-CI og er designet til at ændre filosofien bag plejen, så fokus ligger på at optimere fysiske og funktionelle aktiviteter og dermed minimere adfærdssymptomer, frem for "bare at gennemføre plejeopgaverne." I FFC-CI bliver personalet uddannet i funktionsfokuseret pleje (*Function Focused Care*), der bl.a. indebærer at tilpasse nærmiljøet til fysiske aktiviteter (fx at skabe brede gange, der er gode at gå frem og tilbage på), at engagere borgere i aktiviteter, der kan optimere borgernes funktion og hvor der sættes individuelle mål for borgeren, som aktiviteterne skal passe sammen med. Udfaldsmålene i studiet er angst og agitation og målinger fandt sted ved starten af interventionen og hhv. 3 og 6 måneder efter interventionen. Resultatet viser, at der ikke er signifikante forskelle mellem interventionsgruppen (FFC-CI) og kontrolgruppen (Galik et al., 2015). Sprangers et al. måler primært på plejepersonalet, men undersøger i deres studie af implementeringen af et træningsprogram om kommunikationsfærdigheder for plejepersonalet også, hvorvidt bedre kommunikation har en effekt på psykopatologi og agitation hos borgere med demens. Resultatet viser dog i dette tilfælde ingen signifikant effekt hos borgerne (Sprangers et al., 2015). Zwijsen et al. undersøger i et RCT-studie effekten af GRIP (et evidensbaseret og multidisciplinært plejeprogram, der uddanner personalet i at opdage, analysere, behandle og evaluere på situationer med udfordrende adfærd) på udfordrende adfærd som primært udfaldsmål og brug af medicin som sekundært udfaldsmål. Resultaterne viser, at GRIP bidrager til at mindske nogle former for udfordrende adfærd og brugen af psykoaktive stoffer, hvoraf faldet i interventionsgruppen er signifikant (Zwijsen et al., 2014).

Karel et al. og Karlin et al. finder i deres undersøgelse af interventionen STAR-VA, som handler om at uddanne personalet i adfærdshåndtering, en signifikant reduktion i frekvens og alvorlighedsgrad af adfærdsmål for agitation, samt symptomer på angst og depression (Karel et al., 2016), men konkluderer dog, at arbejdet med at reducere udfordrende adfærd er med til at forbedre trivslen for borgeren med den udfordrende adfærd. Ifølge forfatterne er fordelene ved STAR-VA, at det er en skræddersyet intervention, der passer til den enkelte, dvs. planen er udviklet og implementeret baseret på forståelsen af borgeren, hvilket kan fremme effektiviteten af interventionen. Individuelle interventioner er ifølge forfatterne bedre til at identificere og ændre udfordrende adfærd, der hænger sammen med individuelle faktorer og omstændigheder (Karlin et al., 2014). I studiet af Pieper et al., hvor personalet bliver oplært i at bruge protokollen STA OP! (som er beskrevet tidligere), viser resultaterne, at interventionen overordnet set forbedrer agitation, depression og andre neuropsykiatriske symptomer. Forfatterne konkluderer derfor, at tilpassede, trinvisse interventioner med fokus på psykosociale og fysiske behov er effektive hos

borgere med demens, og at disse effekter kan opnås uden stigende brug af psykotrope lægemidler, dog er dette resultat ikke statistisk signifikant (Pieper et al., 2016). Low et al. måler i studiet af livstil-engagement-aktivitetsprogrammet, LEAP (som inkorporerer social støtte og rekreation) på borgernes apati, dysfori og agitation som sekundært udfaldsmål. Resultatet viser signifikante fald på alle tre parametre (Low et al., 2015).

Virkninger på plejepersonalet

Både Elliot et al. og Spector et al. evaluerer udfaldsmål målt på personalet. Overordnet set konkluderer Elliot et al., at resultaterne viser blandede effekter på tværs af studierne, hvor nogle viser positive og varige effekter, mens andre ikke viser positive eller kun kortvarige effekter. Forfatterne skelner mellem interventioner med supervision (*staff support*) og interventioner uden supervision. Ift. interventioner med supervision viser to ud af tre interventioner positive, men ikke varige udfald for personalet, herunder fx det generelle stressniveau (dvs. ikke arbejdsrelateret stress), for hvilket der er middeleffekt ved første opfølgning, men som dog ikke er varig. Der bliver ikke fundet effekter af interventionerne på arbejdsrelateret stress, udbrændthed eller jobtilfredshed (Elliott et al., 2012).

I studierne med interventioner uden supervision bliver der fundet varige effekter. Det gælder fx ift. udbrændthed og personalets viden, der forbedres og opretholdes over tid. Der viser sig endvidere en negativ effekt på arbejdsrelateret stress, men effekten er ikke varig (Elliott et al., 2012).

Elliot et al. undersøger også den organisatoriske indvirkning af uddannelse og træning af personale. Her viser resultaterne varige effekter på fastholdelse af personale, når personalet deltager i instruktionstræning omkring demens og modtager supervision (Elliott et al., 2012).

Resultaterne fra oversigtsartiklen af Spector et al. indikerer, at interventioner med uddannelse og træning af personalet (hvoraf mange handler om at håndtere udadreagerende adfærd og anvende en personcentreret tilgang) er mest effektiv i at forbedre personalets viden, selvom dette ikke bliver kontinuerligt opretholdt over tid. Interventionerne har også en signifikant effekt på self-efficacy og tro på egne kompetencer (ved at forstå borgernes adfærd og være klædt på til at håndtere det), der i nogle af studierne dog ikke er signifikant. Ifølge Spector et al. hænger personalets og borgernes trivsel uløseligt sammen. Følelsen af at kunne give borgerne den rette pleje hænger tæt sammen med jobtilfredshed og derfor er det vigtigt at klæde personalet på til dette. Der bliver ikke fundet et klart forhold mellem træningsintensitet og udfald, da studier med lav træningsintensitet viser lige så effektive resultater som studier med høj træningsintensitet (Spector et al., 2016b).

Bird et al. har personalet som sekundært udfaldsmål. Her finder forfatterne blandede resultater. Studier, hvor man måler på personalets indstilling som udfald (4 studier) viser ingen (1 studie)

eller positive resultater (1 studie af metodisk svag kvalitet) eller er inkonsistent (samme studie i to publikationer). Firestudier måler personalets viden (herunder kommunikation), hvoraf to studier ingen effekt finder, mens to studier finder store positive effekter efter interventionen (med opfølgning efter hhv. 4 uger og 7 mdr.) (Bird et al., 2016).

12 enkeltstudier (Alnes et al., 2011a, b; Barbosa et al., 2015a; Barbosa et al., 2016; Fukuda et al., 2018; Galik et al., 2015; Jeon et al., 2015; Lykkeslet et al., 2016; Sprangers et al., 2015; Swain & Gale, 2014; van Duinen-van den et al., 2019; Zwijzen et al., 2015) måler på udfaldsmål for personalet. Alnes et al. (2 studier) og Lykkeslet et al. finder i deres kvalitative studier effekter af at implementere principperne fra Marte Meo på plejehjem, med det formål at skabe positive interaktioner med borgerne. Det deltagende plejepersonale giver udtryk for at have opnået ny viden omkring borgerne, som resulterer i forbedret evne til at oversætte borgerens udtryk og samtidig indså de, at borgerne ofte er mere kompetente til at håndtere forskellige plejesituationer, end de hidtil har troet. Derudover giver deltagerne udtryk for at have opnået ny viden om sig selv som plejere, herunder hvordan deres handlinger indebærer konsekvenser for interaktionen med borgeren, fx det at holde øjenkontakt, fortælle hvad der sker og vigtigheden af at give sig tid til at lade borgeren komme med respons (Alnes et al., 2011a, b; Lykkeslet et al., 2016). I det ene studie af Alnes et al. viser det sig endvidere, at Marte Meo giver deltagerne en synlig og konkret forståelse af de former for støtte, der er vigtige og brugbare i deres daglige interaktion med borgerne. De oplever, at deres adfærd (øjeblikkontakt, bevægelser, talemåde, dvs. korte og simple instruktioner) og opmærksomhed på borgeren gør en forskel for borgernes trivsel (Alnes et al., 2011a). I det andet studie af Alnes et al., som indeholder en kontrolgruppe, viser det sig endvidere, at deltagerne, der arbejder efter Marte Meo-principperne klarer sig bedre under interaktionen med borgerne, end dem, der udfører pleje som normalt. Studiet konkluderer også, at Marte Meo kan bidrage til, at de deltagende plejere får styrket selvtillid, da de får større tiltro til deres kompetencer og de kan føle den positive effekt det har på borgerne. Forfatterne mener derfor, at det kan understøtte påstanden om, at der er en forbindelse mellem personalets følelse af tilfredshed og borgernes oplevelse af trivsel (Alnes et al., 2011b). I studiet af Lykkeslet et al. giver deltagerne udtryk for at have ændret deres opfattelse af udadreagerende adfærd, som før blev anset som et angreb på personalet, men som nu bliver anset som et udtryk for borgerens manglende evner til at udtrykke sig (Lykkeslet et al., 2016).

Sprangers et al. undersøger i sit case-kontrol studie plejepersonalets evne til at kommunikere med borgere med demens, deres stressniveau og jobtilfredshed. Interventionen består af et træningsprogram, der har til hensigt at forbedre plejernes kommunikationskompetencer. Træningen fokuserer på at bruge korte instruktioner, positiv tale m.v. Hver plejer bliver observeret under interaktioner med borgerne og modtager efterfølgende feedback på deres kommunikationsform. Interventionen viser gode resultater ift. til at forbedre kvantitet og kvalitet i plejepersonalets kommunikation over tid. I interventionsgruppen finder man endvidere en reduktion i plejepersonalets stressniveau og en stigning i jobtilfredshed. Faldet i stressniveauet kan

indikere, at kommunikationstræningen giver personalet en strategi til bedre at håndtere interaktioner med borgere, der udviser udadreagerende adfærd (Sprangers et al., 2015). Swain & Gale undersøger også effekterne af implementeringen af kommunikationstræning for personalet, hvor der bliver fundet en signifikant reduktion i oplevet aggressiv adfærd umiddelbart efter og 1-2 måneder efter interventionen (Swain & Gale, 2014).

Galik et al. undersøger, som beskrevet, effekten af funktionsfokuseret pleje for kognitivt svækkede (FFC-CI). Udfaldsmål på personalet er bl.a. personalets tiltro til FFC og deres evne til at yde denne form for pleje, samt plejernes jobtilfredshed. Ved baseline viser det sig, at plejerne generelt har tiltro til fordelene ved FFC og deres evne til at yde FFC til borgerne, men de er ikke særlig oplyste om, hvad FFC er. Der var desuden fin jobtilfredshed ved baseline. Over tid bliver der målt et signifikant fald i jobtilfredshed, dog med et mindre fald i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Dog erfarer forfatterne, at muligheden for uddannelse og støttende supervision er positivt associeret med jobtilfredshed blandt plejere. At plejerne kan yde pleje af kvalitet, kan støtte udviklingen af forholdet mellem plejer og borger, hvilket også kan fremme jobtilfredsheden (Galik et al., 2015).

Barbosa et al. (2 studier) undersøger effekterne af psykoedukation på plejernes stress, udbrændthed og jobtilfredshed. Begge studier viser signifikante positive effekter på følelsesmæssig udmattelse og positive, men ikke signifikante effekter på stress og jobtilfredshed. I det ene studie (Barbosa et al., 2015a) indgår en kvalitativ del, der viser, at interventionsgruppen oplever bedre samhørighed internt i gruppen, er blevet bedre til at håndtere egne følelser og er blevet mere opmærksomme på sig selv og deres behov og helbred (*self-care awareness*), hvilket kan føre til reduktion i udbrændthed. I det andet studie understreger forfatterne vigtigheden af at udstyre plejerne med både tekniske kompetencer og værktøjer til stresshåndtering, da det kan være associeret med reduktion i udmattelse og kan forbedre interaktioner med borgerne. Resultaterne indikerer, at det er vigtigt at gå dybere end plejernes viden og kompetencer, hvorfor uddannelsesinterventioner også bør indeholde følelsesmæssige kompetencer (Barbosa et al., 2016).

En række enkeltstudier undersøger effekten af interventioner med et bredere uddannelsesindhold, herunder Fukuda et al., der i sit studie undersøger effektiviteten af at undervise plejepersonalet i at anvende retningslinjer (*Guidelines for Initial Coping with BPSD*) i udprintet form. Selve interventionen dækker over uddannelse, der skal give personalet et overblik over de fundamentale principper vedrørende BPSD og instruktion i den korrekte måde at anvende retningslinjerne i situationer med borgere, der udviser BPSD. Studiets resultater viser en signifikant reduktion i plejepersonalets stressniveau i interventionsgruppen, mens forskellen mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen også er signifikant. Forfatterne fremhæver styrken ved at anvende konkrete, udprintede retningslinjer, da det er nemt at implementere i praksis, men samtidig understreges vigtigheden af, at personalet modtager undervisning i at arbejde efter retningslinjerne. Udprintet materiale kan i sig selv have en passiv natur, hvis det blot udleveres til

personalet og dermed vil det ikke blive implementeret fyldestgørende i praksis (Fukuda et al., 2018). Van Duinen-van den Ijssel et al. og Zwijsen et al. undersøger effekterne af to interventioner, der begge handler om at uddanne plejepersonalet i at håndtere neuropsykiatriske symptomer blandt borgere med demens ud fra fire komponenter: tidlig detektion af symptomerne, analyse af årsager og tilsvarende behandling og evaluering af behandlingen. Begge studier måler på plejepersonalets udbrændthed, jobtilfredshed og jobkrav (van Duinen-van den et al., 2019; Zwijsen et al., 2015). I studiet af Van Duinen-van den Ijssel bliver der ikke observeret nogen signifikant forskel mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen på nogen af parametrene (van Duinen-van den et al., 2019), mens studiet af Zwijsen et al. finder signifikante effekter på jobtilfredshed, men ingen effekter på udbrændthed eller jobtilfredshed. Zwijsen et al. konkluderer, at tilgangen kan medvirke til at gøre plejen af personer med demens mindre udfordrende for personen, hvilket kan bidrage til fastholdelse af medarbejderne (Zwijsen et al., 2015).

I litteratursøgningen er der kun fundet et enkelt studie, der har fokus på uddannelse af ledere. Jeon et al. undersøger i deres RCT-studie effekten af et lederskabsprogram kaldet Klinisk Lederskab i Ældreplejen (*Clinical Leadership in Aged Care – CLiAC*), der har til formål at udvikle mellemlederes lederskabskompetencer til at skabe positive arbejdsrelationer og fremme anvendelsen af personcentreret pleje og derigennem forbedre plejekvaliteten. Studiets teoretiske fundament bygger på den transformativ ledelsesstil (kendetegnet ved at være proaktiv, inspirerende, motiverende og innovativ), den transaktionelle ledelsesstil (kendetegnet ved brug af belønninger og "straffe" for at sikre høj performance) og den passive ledelsesstil, også kaldet Laissez-faire (kendetegnet ved, at lederen kun reagerer, når problemerne bliver seriøse og undgår at involvere sig i at tage ansvar og endelige beslutninger). Det primære udfaldsmål er personalets vurdering af arbejdsmiljøet, plejekvaliteten, sikkerhed og udskiftning i personalegruppen. Det sekundære udfaldsmål er personalets hensigt om at forlade arbejdsgiveren eller professionen, arbejdsrelateret stress, jobtilfredshed og omkostninger af programmets implementering. Resultatet viser, at programmet har direkte effekt på det primære udfaldsmål. Seks måneder efter implementeringen har CLiAC-programmet været effektivt til at forbedre personalets oplevelse af ledelsesmæssig støtte. Sammenlignet med kontrolgruppen oplever interventionsgruppen både en mere transformativ og transaktionel ledelsesstil samtidig med, at lederne bliver oplevet som mindre passive. Ifølge forfatterne findes der meget forskning, der konkluderer, at den transformativ ledelsesstil er den mest ønskelige, men forfatterne mener også, at studiets resultater kan understøtte ideen om en mere balanceret ledelsesstil, der er både transformativ og transaktionel, kan være nødvendig for at opnå de største effekter. Ift. udskiftning i personalegruppen bliver der ikke fundet evidens for, at CLiAC-programmet er effektivt til at reducere dette, og der bliver heller ikke fundet evidens for, at det kan forbedre plejekvaliteten og personalets oplevelse af sikkerhed. Der er desuden ingen forskel mellem interventionsgruppen og kontrolgruppen ift. jobtilfredshed, stressniveau eller hensigt om at forlade arbejdsgiveren eller professionen (Jeon et al., 2015).

Implementering

I oversigtsartiklen af Elliot et al. udviser forfatterne metodologiske bekymringer ift. den mangelfulde afrapportering omkring implementering i størstedelen af de inkluderede studier (Elliott et al., 2012), mens studierne i oversigtsartiklen af Spector et al. peger på organisatoriske barrierer, der har betydning for implementeringen. Et studie af middelkvalitet måler bl.a. på disse barrierer, herunder organisatorisk opbakning, ledelse og tilsyn (*supervisory support*) (Spector et al., 2016b). I oversigtsartiklen af Bird et al. argumenteres der imod den bekymring, som er kommet til udtryk hos nogle forskere, at interventionen kan mangle ekstern validitet, når den faciliteres af personalet på stedet (fx en leder) fremfor en forsker. Her mener forfatterne, at for at en intervention skal være brugbar på længere sigt, skal interventionen kunne gives til og gennem personalet (Bird et al., 2016).

Elleve enkeltstudier reflekterer over implementeringen af de forskellige interventioner. Bl.a. nævner flere af dem, at der bør tages højde for kontekstuelle faktorer, fx plejepersonalets opfattelse af interventionen, personalets uddannelse og viden, ledelsens opbakning og kompetencer, arbejdspladskulturen, tidsmæssige ressourcer m.v., som kan være både fremmende og hæmmende for interventionernes implementering og virkning (Barbosa et al., 2016; Galik et al., 2015; Jeon et al., 2015; Karlin et al., 2014; Zwijsen et al., 2014). Dette understøttes af andre studier, der lægger vægt på vigtigheden af at skræddersy interventionerne til den lokale kontekst, bl.a. ved at inkorporere den i allerede eksisterende praksisser, fx daglige eller ugentlige møder (Pieper et al., 2016) og tilpasse interventionens indhold til forskellige kompetence- og uddannelsesniveauer (Zwijsen et al., 2015). Hertil gør Testad et al. opmærksom på de strukturelle og kulturelle forskelle, der kan være mellem plejehjem, som kan medvirke til, at effekten af interventionen varierer alt efter, hvilken kontekst, den bliver implementeret i. Dette bliver pointeret, da forskning har vist, at der fx er forskellige attituder og meninger omkring brugen af tvang blandt plejepersonale på tværs af Europa og derfor bør interventioner omhandlende uddannelse af personalet anerkende de specifikke nationale elementer, der relaterer til plejehjemsstruktur og -kultur (Testad et al., 2010).

Opsamling

De tre oversigtsartikler og 18 enkeltstudier har behandlet interventioner med meget forskelligt uddannelsesindhold. Overordnet set kan interventionerne deles op i fem grupper: interventioner omhandlede interaktion og kommunikation med borgerne, interventioner med bredere uddannelse, interventioner med psykoedukation, interventioner med adfærdshåndtering og interventioner med ledelsesudvikling.

Der er fundet blandede effekter. Interventioner rettet mod personalets interaktion og kommunikation med borgerne, har generelt god effekt på udfaldsmål på borgerne, der i nogle studier udviser mindre udadreagerende adfærd og generelt oplever mere trivsel og modtager bedre pleje. Personalet oplever at kunne skabe flere positive interaktioner, når der i interaktionen

og kommunikationen tages udgangspunkt i borgerens funktion og behov og hvor der er fokus på kropssprog og talemåde. Interventionerne styrker endvidere plejepersonalets tiltro til egne plejekompetencer og flere studier finder en reduktion i personalets stressniveau og forbedret jobtilfredshed. Der bliver i et par studier også perspektiveret til den tætte forbindelse mellem personalets og borgernes trivsel.

Nogle af studierne konkluderer, at uddannelse i fx demens og adfærdshåndtering i sig selv ikke er nok til at forbedre plejepersonalets jobtilfredshed, undgå udbrændthed og forhindre arbejdsrelateret stress. Det bliver bl.a. påpeget, at der i uddannelsen også skal være et støttende element, fx konkrete værktøjer til at håndtere ens eget stress, strategier til at undgå udmattelse osv., for at en uddannelsesintervention skal være effektiv. Det er derfor essentielt at gå dybere end blot at give plejepersonalet mere viden og derfor bør der i disse interventioner også fokuseres på at udvide følelsesmæssige kompetencer hos plejepersonalet.

Der viser sig derfor en tendens til, at uddannelsesinterventioner, hvor plejepersonalet modtager undervisning i konkrete strategier og værktøjer til enten at håndtere udadreagerende adfærd eller til at regulere egne følelser, er mere effektive til at reducere situationer med udadreagerende adfærd og andre neuropsykiatriske symptomer. Det er også i disse interventioner, hvor der oftest ses en større positiv effekt på plejepersonalets jobtilfredshed, udbrændthed og arbejdsrelaterede stress.

Kun et enkelt studie undersøger effekten af ledelsesudvikling og finder ud af, at interventionen bidrager til, at personalet oplever bedre ledelsesmæssig støtte. At der kun er fundet et enkelt relevant studie om ledelsesudvikling er bemærkelsesværdigt, da man kan forestille sig, at ledelsens kompetencer, ledelsesstil og støtte spiller en stor rolle i forebyggelsen og håndteringen af udadreagerende adfærd og dermed også i at fremme plejepersonalets arbejdsmiljø. Ledelsens opbakning og kompetencer bliver i nogle af enkeltstudierne også nævnt som en vigtig faktor for en vellykket implementering af nye tiltag, hvorfor det ledelsesmæssige aspekt bør være et fokuspunkt for fremtidig forskning i interventioner mod udadreagerende adfærd i ældreplejen.

Der skal dog tages højde for, at implementeringen af interventioner kan hæmmes og fremmes af adskillige organisatoriske faktorer og derfor vil det være forskelligt, hvilke interventioner, der har den største virkning, alt efter hvilke lokale kontekster (struktur, kultur, medarbejdernes viden og kompetencer, ledelsens opbakning mv.), de implementeres i.

Tilgange baseret på case specifik håndtering

I dette afsnit gennemgås oversigtsartikler og enkeltstudier med fokus på interventioner, der som centralt element har en case specifik tilgang til plejen af borgere. Tilgangen ligger tæt op af den personcentrede omsorg, som også beskrives i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med

demens (Sundhedsstyrelsen, 2019b). Den adskiller sig imidlertid ved, at den ikke nødvendigvis har det værdigrundlag, som der ligger i personcentreret omsorg, men den er mere organisatorisk i natur. Dog er omdrejningspunktet stadig en holistisk plejetilgang af den enkelte borger.

Oversigt over den fundne litteratur

I litteratursøgningen blev der fundet 3 oversigtsartikler (Reilly et al., 2015; Reuther et al., 2012; You et al., 2012) med tilsammen 33 unikke enkeltstudier, der alle indeholder en intervention bestående af en case specifik håndtering af plejearbejdet. Oversigtsartiklerne af (Reilly et al., 2015) og (You et al., 2012) indeholder to af de samme studier. Derudover blev der fundet et enkeltstudie, som ikke er inkluderet i de nævnte oversigtsartikler (Koekkoek et al., 2016).

Ramme (*setting*): Oversigtsartiklerne af (Reilly et al., 2015) og (You et al., 2012) har udelukkende fokus på case management interventioner hos borgere, der modtager pleje i eget hjem, mens oversigtsartiklen af (Reuther et al., 2012) udelukkende inkluderer studier med interventioner, der foregår på plejehjem. Enkeltstudiet af (Koekkoek et al., 2016) finder ligeledes sted på et plejehjem.

Udfaldsmål: Alle oversigtsartikler vurderer udfaldsmål på borgeren, herunder udadreagerende eller problematisk adfærd. I oversigtsartiklen af (Reilly et al., 2015) har 7 ud af de 13 inkluderede studier et sekundært udfaldsmål om udadreagerende eller problematisk adfærd hos borgeren. I oversigtsartiklen af (You et al., 2012) har 2 studier set på psykiatiske symptomer og adfærdsproblemer hos borgeren som udfald. I oversigtsartiklen af (Reuther et al., 2012) vurderer alle 7 studier effekten af interventionen på problematisk adfærd hos borgeren, enten som primært eller sekundært udfaldsmål. I enkeltstudiet af (Koekkoek et al., 2016) ser de ligeledes på forskellige udfaldsmål for udadreagerende og problematisk adfærd hos borgeren.

Oversigtsartiklerne af (Reilly et al., 2015) og (You et al., 2012) indeholder ikke udfaldsmål for plejepersonale, men fokuserer i stedet på plejebyrden hos pårørende, der passer borgeren i hjemmet. I oversigtsartiklen af (Reuther et al., 2012) indeholder 5 af de 7 studier udfald om interventionens virkning på personalet. Vigtige udfaldsmål er her: stress, udbrændthed, holdning til plejearbejdet, jobtilfredsstillelse, kvalitet af interaktionen med borgeren samt sygeplejekompetencer. Ligeledes vurderer enkeltstudiet af (Koekkoek et al., 2016) virkningen af interventionen på plejepersonalet, herunder arbejdsrelateret stress samt oplevet plejebyrde.

Implementering: To af oversigtsartiklerne (Reilly et al., 2015; Reuther et al., 2012) kommenterede på implementering af interventionerne.

Indholdet af interventionerne

To af oversigtsartiklerne (Reilly et al., 2015; You et al., 2012) evaluerede effekten af case management for henholdsvis borgeren og deres plejere i eget hjem. Case management defineres i oversigtsartiklerne som interventioner, der finder sted i hjemmeplejen, og som primært fokuserer

på planlægning og koordinering af plejen, som opfylder de identificerede behov hos borgeren. I oversigtsartiklen af (Reilly et al., 2015) behandles kun interventioner rettet mod borgere med demens, mens dette i oversigtsartiklen af (You et al., 2012) ikke skrives eksplicit. En case manager er i studierne oftest en sygeplejerske eller en socialmedarbejder, der planlægger og monitorer en plejeløsning for en borger i hjemmet.

Den tredje oversigtsartikel (Reilly et al., 2015) omhandler studier, der har set på interventioner med case konferencer på plejehjem. Ved case konferencer afholdes møder enten i en gruppeforsamling af plejepersonalet eller møder, hvor andet fagpersonale inddrages, fx borgerens egen praktiserende læge, og diskuterer en problemstilling vedrørende borgeren, fx ny medicinering eller håndtering af udadreagerende adfærd. I nogle af studierne involverede interventionen også træning af plejepersonalet i afholdelse af case konferencer, så de på sigt selv ville kunne videreføre tilgangen.

Enkeltstudiet af (Koekkoek et al., 2016) beskriver en sygeplejeledet intervention, hvor et psykiatrisk konsultationsteam har ydet støtte og rådgivning for plejepersonalet vedrørende personsager, hvor de har oplevet problematisk adfærd fra en borger.

Fælles for alle disse tilgange er den case specifikke tilrettelæggelse af plejearbejdet omkring borgeren.

Effekterne på borgerne

Oversigtsartiklen af (Reilly et al., 2015) er et systematisk review med metaanalyse. De finder en svag positiv effekt af case management for borgerens neuropsykiatriske symptomer (herunder udadreagerende adfærd). Dog ses kun en signifikant positiv effekt ved 18 måneders follow-up. Forfatterne konkluderer på baggrund af de inkluderede studiers resultater, at der er en vis evidens for, at case management kan være gavnlige for visse udfaldsmål, herunder neuropsykiatriske symptomer, hos borgeren på bestemte tidspunkter. Men de inkluderede studier er for forskellige i deres metode og design, og der er således ikke nok evidens til at sige noget konkret om effekten af case management for udadreagerende adfærd.

I oversigtsartiklen af (You et al., 2012) så kun to af de inkluderede studier på effekten af case management for psykiatriske symptomer eller adfærdsproblemer hos borgeren, men ingen af studierne fandt nogen effekt, hverken positiv eller negativ.

Fire ud af syv studier i oversigtsartiklen af (Reuther et al., 2012) finder en reduktion i problematisk adfærd fra borgerne efter en intervention med case konferencer på plejehjem. Forfatterne konkluderer på denne baggrund, at case konferencer kan have en positiv effekt på borgerens adfærd, men at evidensen ikke er entydig, og ydermere er de inkluderede studier forskellige i design og metode, og resultater bør derfor tolkes med forsigtighed.

I enkeltstudiet af (Koekkoek et al., 2016) finder de en reduktion i antallet af neuropsykiatriske symptomer (herunder udadreagerende adfærd) og i alvorlighedsgraden af disse symptomer efter interventionen med det sygeplejeledede psykiatriske konsultationsteam. Forfatterne konkluderer på baggrund af studiets resultater, at interventionen med et psykiatrisk konsultationsteam havde en medium til stor effekt på neuropsykiatriske symptomer. Dog bør resultater tolkes med forsigtighed, idet der er tale om et enkeltstudie af relativ beskedent størrelse uden en kontrolgruppe at holde resultaterne op imod.

Virkninger på personalet

Kun to artikler beskæftigede sig med effekter på plejepersonale. I oversigtsartiklen af (Reuther et al., 2012) fandt studierne i overvejende grad en positiv effekt af case konference for plejepersonalets kompetenceindflydelse, holdning til plejearbejdet samt jobtilfredsstillelse. Lig resultaterne for effekten for borgeren skriver forfatterne, at resultater skal tolkes med forsigtighed på grund af stor heterogenitet mellem studierne. Således har forfatterne af oversigtsartiklen vurderet kvaliteten af studierne som middel med undtagelse af et RCT studie. Derfor konkluderer forfatterne også, at de ikke kan drage nogle endelige konklusioner om effekten af case konferencer for personalet. Dog mener forfatterne, at case konferencer er en god ide, idet de faciliterer analytisk og kritisk tænkning i personalegruppen, der på den måde vil kunne hjælpe personalet til bedre at håndtere vanskelige situationer med borgere med demens.

Enkeltstudiet af (Koekkoek et al., 2016) finder ligeledes en signifikant positiv effekt for plejepersonalet, idet de finder en reduktion i arbejdsrelateret stress. Forfatterne konkluderer på denne baggrund, at den strukturelle psykiatriske støtte og rådgivning udført i interventionen har potentialet til at være en effektiv intervention i ældreplejesektoren med gavnlige effekter for både borger og plejepersonalet. Som resultaterne, der gælder borgeren, bør fund vedrørende virkningen for plejepersonalet også tolkes med forsigtighed. Der bør laves flere studier, der understøtter fund, og der bør laves studier med en kontrolgruppe, førend der kan konkluderes noget endeligt om virkningen for plejepersonalet.

Implementering

Kun to af de fundne artikler kommenterer på implementeringen af interventionerne. Den ene er oversigtsartiklen af (Reilly et al., 2015). Forfatterne skriver, at det er essentielt, at case managers følger protokollen for interventionen, idet flere af studierne oplevede, at mange afveg fra protokollen, og interventionen dermed ikke blev implementeret korrekt. Derudover er det vigtigt, mener forfatterne, at interventionen anvendes til en specifik målgruppe, idet ikke alle vil opleve den samme gavnlige effekt, idet nogle borgere og pårørende simpelthen er for raske til at opleve en større positiv effekt end deres sædvanlige pleje.

Oversigtsartiklen af (Reuther et al., 2012) kommenterer også på implementering, idet forfatterne i deres konklusion skriver, at case konferencer kan være gavnlige både for borgerne og for plejepersonalet, men at tilgangen kræver god forberedelse og introduktion i personalegruppen samt støtte under implementeringsfasen.

Opsamling

De oversigtsartikler og det ene enkeltstudie, der er blevet gennemgået herover, behandler forskellige interventioner, der alle har en case specifik struktur i forhold til plejetilgangen. Interventionerne dækker over case management, case konferencer samt et psykiatrisk konsultationsteam. Interventionerne er ikke gennemgået i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje(r?) for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens (Sundhedsstyrelsen, 2019b).

Evidensen af interventioner med en case specifik tilgang til plejen af borgere eller borgere med demens er ikke entydig, men dog ses en svag positiv tendens til at psykiatriske symptomer og problematisk adfærd kan reduceres. Der mangler dog flere studier af god kvalitet for at kunne konkludere mere klart på effekten for borgerens adfærd. Kun en oversigtsartikel og et enkeltstudie behandlede virkningen af interventionerne for plejepersonalet. Heller ikke her var evidensen klar, men ligeledes ses en svag positiv effekt for forskellige udfaldsmål for plejepersonalet, hvorfor der også her bør fremvises mere evidens inden for denne gruppe før, der kan konkluderes noget om effekten for det vurderede arbejdsmiljø. To af oversigtsartiklerne finder en reduktion i den oplevede plejebyrde for plejeren i hjemmet, som vi antager må være en pårørende til borgeren. Det er imidlertid usikkert, om resultater kan overføres til hjemmeplejepersonale.

Desuden mangler der i høj grad studier, der vurderer og kommenterer på implementeringsaspektet af interventioner med case specifikke plejetilgange. Således finder vi kun to oversigtsartikler med dette fokus i gennemgangen af litteraturen om de case specifikke plejetilgange. Her nævnes vigtigheden af korrekt introduktion af interventionen, så plejetilgangen implementeres på den tilsigtede måde. Desuden er det vigtigt med god forberedelse samt støtte under implementeringsfasen.

Tilgange baseret på stimulering af sanser

I dette afsnit gennemgås oversigtsartikler og enkeltstudier med fokus på interventioner, der som centralt element har stimulering af en eller flere sanser gennem lyde, lys, lugte, berøring osv. I Sundhedsstyrelsens nationale retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens (SST, 2019) er musikterapi blevet evalueret. Musikterapi kan anses for en 'sanseneterapi' gennem auditive stimuli (lyd), som kan hjælpe personer med demens til at udtrykke og regulere følelser, hvor deres verbale sprog kommer til kort. Det samme gælder potentielt for terapier, der stimulerer andre sanser. Imidlertid kan sådanne terapier

også virke gennem andre mekanismer. Fx kan musik, såvel som andre terapier, være et omdrejningspunkt for relationer og interaktioner med fx medborgere, terapeuter og personale, og derigennem imødekomme vigtige psykosociale behov (SST, 2019).

Oversigt over den fundne litteratur

I litteratursøgningen er der blevet fundet tre oversigtsartikler (Fung et al., 2012; McFeeters et al., 2016; Strom et al., 2016) med tilsammen 80 enkeltstudier med interventioner bestående af terapier eller aktiviteter baseret på sansestimulering. Derudover er der identificeret yderligere fem enkeltstudier, som ikke er inkluderet i de nævnte oversigtsartikler (Figueiro et al., 2014; Hsu et al., 2015; Sanchez et al., 2016; Shibazaki & Marshall, 2017; Watson et al., 2019).

Ramme (*setting*): Oversigtsartiklen af (McFeeters et al., 2016) havde udelukkende fokus på plejehjem, mens Strøm et al. (Strom et al., 2016) inkluderede studier på plejehjem og 'daghospitaller' (*day hospitals*). Oversigtsartiklen af Fung et al. (Fung et al., 2012) inkluderede studier, som foregik på plejehjem, kliniske centre, psykiatriske afdelinger og dagcentre, og dertil var der fire enkeltstudier, hvor den kliniske *setting* var ukendt eller uoplyst. Interventionerne i de fem enkeltstudier foregik i plejecentre (Figueiro et al., 2014; Hsu et al., 2015; Shibazaki & Marshall, 2017), plejeboliger (*residential aged care facilities*) (Watson et al., 2019) og på et specialcenter for borgere med svær demens (Sanchez et al., 2016).

Udfaldsmål: Alle tre oversigtsartikler vurderede udfaldsmål målt på borgerne. Ingen af dem indeholdt udfaldsmål på personalet, såsom udbrændthed, stress, jobtilfredshed eller andre mål for plejebyrden. Oversigtsartiklen af McFeeters et al. (McFeeters et al., 2016) inkluderede udfaldsmål for personalets adfærd, herunder magtanvendelse og anvendelse af farmakologiske interventioner pga. uadægerende adfærd. Tre af enkeltstudierne havde kun udfaldsmål målt på borgerne (Figueiro et al., 2014; Sanchez et al., 2016; Watson et al., 2019), mens to studier rapporterede udfaldsmål målt på både borgerne og personalet (Hsu et al., 2015; Shibazaki & Marshall, 2017).

Implementering: En af oversigtsartiklerne vurderede og kommenterede implementeringen af interventionerne (McFeeters et al., 2016), og det samme gjorde et enkelt af enkeltstudierne (Hsu et al., 2015).

Indholdet af interventionerne

To af de inkluderede oversigtsartikler undersøgte effekten af en bestemt tilgang, nemlig hhv. aromaterapi (Fung et al., 2012) og massageterapi (McFeeters et al., 2016), mens oversigtsartiklen af Strøm et al. (Strom et al., 2016) evaluerede en række forskellige sansestimuleringsbaserede terapier, inklusive musikterapi, lysterapi, akupressur/refleksologi, massage, aromaterapi, samt multistimuli-terapier som *Snoezelen* og Sonasprogrammet. Oversigtsartiklen inkluderer også terapier med dukker og kæledyr. Denne behandling gennemgås andetsteds i denne rapport. Fire af

enkeltstudier afprøvede interventioner bestående af henholdsvis musik (Hsu et al., 2015; Shibasaki & Marshall, 2017), aromaterapi (Watson et al., 2019) og lysterapi (Figueiro et al., 2014). I det femte og sidste enkeltstudie blev multisensoriske terapier sammenlignet med individualiserede musiksessioner (Sanchez et al., 2016).

Effekten på borgerne

Oversigtsartiklen af Fung et al. (Fung et al., 2012) inkluderede 11 enkeltstudier med aromaterapi med i alt 405 deltagere. I ni af enkeltstudierne blev rapporteret om en eller flere signifikante positive effekter af aromaterapien på udfaldsmål for udadreagerende adfærd, kognitive funktioner eller livskvalitet. Det var kun muligt at lave en meta-analyse for effekten af udadreagerende adfærd målt med *Cohen-Mansfield Agitation Inventory*. Denne meta-analyse indeholdt kun to enkeltstudier, og viste en signifikant positiv effekt af aromaterapi. Forfatterne konkluderer, at aromaterapi må anses for en potentiel effektiv behandling i relation til BPSD, men at antallet af studier er for lavt og kvaliteten af dem for ringe til en mere endegyldig konklusion.

Oversigtsartiklen af McFeeters et al. (McFeeters et al., 2016) vurderede effekten af daglig massageterapi blandt borgere på plejehjem. Oversigtsartiklen inkluderede 14 enkeltstudier. Ængstelse og udadreagerende adfærd var temaet i 11 af enkeltstudierne. På basis af gennemgangen konkluderer forfatterne, at massage kan have en gavnlig effekt på ængstelsesrelateret adfærd hos borgere. Det skal nævnes, at målgruppen for interventionen varierede mellem de 11 enkeltstudier: borgere uden demens (3 studier), borgere med demens (6 studier) og 2 enkeltstudier med borgere med andre udfordringer (patienter ramt af hjerneblødning, borgere med nedsat kognitiv funktion).

I modsætning til de to ovennævnte oversigtsartikler, som evaluerede en specifik sanseterapeutisk tilgang, så var formålet med oversigtsarbejdet af Strøm et al. (Strom et al., 2016) bredt at give et overblik over forskellige behandlinger og deres effekt på borgere med demens. Oversigtsartiklen inkluderede 55 enkeltstudier. Flertallet af enkeltstudierne (25 enkeltstudier) undersøgte effekten af musik, heraf var 12 af studierne undersøgelser af musikterapi, ni studier undersøgte effekten af at lytte til musik mens fire andre enkeltstudier brugte musik i interventionen på anden vis (i forbindelse med bevægelse, sang, eller at spille på musikinstrumenter). De fleste af studierne rapporterede om positive effekter af musik, primært i form af reduceret udadreagerende adfærd og BPSD. Otte enkeltstudier undersøgte lysterapi, men her fandt kun et af dem en positiv effekt på udfaldsmålet. Fire enkeltstudier undersøgte effekten af aromaterapi, og her blev fundet positive effekter i tre af studierne på udfaldsmål relateret til udadreagerende adfærd. Dette fund er i overensstemmelse med den konklusion, som Fung et al. når frem til i deres oversigtsartikel, som blev gennemgået herover. Multi-stimuli-programmer som *Snoezelen* og *Sonas* var fokus for henholdsvis syv og tre enkeltstudier. Mht. *Snoezelen* blev der fundet signifikante positive effekter i tre af enkeltstudierne, men kun i to af studierne er udfaldsmålene mål, som relaterer sig til

udadreagerende adfærd. I de to studier af *Sonas*-programmet, blev der ikke fundet signifikante effekter på udadreagerende adfærd.

Forfatternes samlede konklusioner er, at terapier, som baserer sig på sansestimulering, kan være en passende tilgang til at hæve livskvaliteten for borgere med demens (Strom et al., 2016).

Forfatterne konkluderer endvidere, at bortset fra musikterapi, er det svært at drage slutninger om effekterne af andre sansebaserede terapier, fordi der var relativt få studier med de andre terapier, og fordi forskellige udfaldsmål blev anvendt. Forfatterne nævner dog, at flertallet af enkeltstudierne rapporterer om en positiv effekt på BPSD.

To enkeltstudier undersøgte effekten af musik på borgere med demens. Shibazaki & Marshall udførte et kvalitativt studie af virkningerne af (Shibazaki & Marshall, 2017) ca. en times live-koncert på plejehjem. Forskerne undersøgte 22 koncertbegivenheder, som synes at være en 'convenience sample' af koncerter sponsoreret enten af velgørende organisationer eller plejehjemmet selv. Forfatterne konkluderer, at live-musikkoncerter på plejehjem kan have en positiv effekt for borgere med demens, men at resultaterne med hensyn til udadreagerende adfærd, blandede – nogle borgere blev mere sociale, snakkende og glade under og efter koncerter, særligt hvis der blev spillet musik fra deres "unge" dage, mens andre borgere udtrykte vrede og forlod koncerten før tid. I enkeltstudiet af Hsu et al. (Hsu et al., 2015) blev der undersøgt effekten af musikterapi. Terapien bestod af 1-til-1 sessioner med den enkelte borger og en autoriseret musikterapeut. Sessionerne var af 30 min varighed, og der blev afholdt en session om ugen i fem mdr. Da det var et *feasibility* studie, var der relativt få deltagere, nemlig seks borgere i interventionsgruppen og syv borgere i sammenligningsgruppen (vanlig pleje). Trods studiets lille størrelse fandt forfatterne en signifikant effekt af interventionen, idet neuropsykiatriske symptomer i interventionsgruppen faldt, mens det steg i kontrolgruppen. Denne trend fortsatte i begge grupper efter interventionens afslutning. Endvidere rapporterede plejepersonalet om positive effekter på borgerne, især humør, emotion og sensorisk funktion, såvel som evnen til at udtrykke sig, kommunikation, hukommelse, agitation, apati og angst.

Enkeltstudiet af Figueiro et al. (Figueiro et al., 2014) undersøgte effekten af lysterapi. Fra andre sammenhænge vides, at blå-hvidt lys i dagtimerne kan stimulere døgnrytmen og modvirke depressive symptomer. I studiet blev belysningen med blå-hvidt lys øget for 14 plejehjemsbeboere i en periode på fire uger. Der var ingen sammenligningsgruppe. Ud over signifikante positive ændringer på en række udfaldsmål relateret til søvnkvalitet, fandt forfatterne også et signifikant fald i udadreagerende adfærd under interventionen, og denne reduktion varede ved til post-interventionsmålingen fire uger efter, at lysterapien var afsluttet. Forfatterne konkluderer på denne baggrund, at stimulation af døgnrytmen med blå-hvidt lys i dagtimerne kan øge søvnkvaliteten og formindske udadreagerende adfærd blandt borgere med Alzheimers sygdom og lignende demenssygdomme.

Enkeltstudiet af Watson et al. (Watson et al., 2019) sammenlignede effekten af to planteoliearomaer (lavendel og citronmelisse) på aggressiv adfærd hos ældre med eller uden demens. Forfatterne fandt ingen ændringer i aggressiv adfærd, når aromaterapi blev sammenlignet med placebo. Men post-hoc analyser tydede på, at lavendelaroma er effektiv i at reducere aggressive symptomer blandt ældre med demens end hos ældre uden demens, mens det omvendte var tilfældet for citronmelisse.

I enkeltstudiet af Sanchez et al. (Sanchez et al., 2016) blev effekten af multisensorisk stimulering (*Snoezelen*) sammenlignet med musiksessioner. Målgruppen for interventionen var patienter med svær demens på et specialiseret center for ældre med demens i Spanien. Med hensyn til udadreagerende adfærd blev der fundet signifikant forbedring i begge grupper (multisensorisk stimulering og musik), men ingen forskel mellem dem.

Virkninger på plejepersonalet

Ingen af de ovennævnte tre oversigtsartikler vurderede effekten af interventionerne på plejepersonalet. Blandt de fem enkeltstudier blev virkninger for plejepersonalet undersøgt i studiet af Hsu et al. (Hsu et al., 2015) (musikterapi) og Shibazaki & Marshall (Shibazaki & Marshall, 2017) (musikkoncerter). Forfatterne af studiet Hsu et al. indsamlede data om plejepersonalets vurdering af bl.a. virkningerne af sessionerne med musikterapi på plejehjemsbeboerne såvel som på deres egen plejetilgang. Plejepersonalet rapporterede om positive effekter på dem selv og deres arbejde, bl.a. større indsigt i borgernes baggrund (fx personlig historie, årsager til symptomer og kognitiv funktion). Derudover vurderede de at have fået bedre interaktionsteknikker, ændret humør, og bedre kommunikation med borgerne og bedre forhold til dem. Også plejepersonalet i studiet af Shibazaki & Marshall rapporterer i interviews om positive effekter på dem som følge af, at borgerne deltager i musikkoncerter: De vurderede for det første, at de var mindre stressede og var bedre i stand til at samarbejde og yde pleje, og at de oplevede øget motivation, energi og jobtilfredshed. Dernæst blev nævnt, at de har været bedre i stand til at lave præcise vurderinger af borgernes helbredstilstand, når borgerne deltager i koncertarrangementerne (Shibazaki & Marshall, 2017).

Implementering

Af de tre ovennævnte oversigtsartikler er det kun McFeeters et al. (McFeeters et al., 2016) oversigtsartikel om massage, der kommer ind på plejerspektivet. Forfatterne nævner, at massage er en relativ 'straight-forward' og non-invasiv behandling. Det kræver relativt få ressourcer og det er nemt at lære den grundlæggende massageteknik, som kan læres af både personale, pårørende og frivillige hjælpere. I et af enkeltstudierne i oversigtsartiklen var der opmærksomhed på, at personalets engagement og deltagelse i massagen var vigtig for sikre en høj kvalitet og høj tilfredshed hos borgerne med massagen.

Blandt de fem enkeltstudier er det kun i studiet af Hsu et al. af musikterapi, som til en hvis grad i interviewene af plejepersonalet kommer ind på udfordringer ved implementeringen af interventionen idet plejepersonalet fx spørges om, hvilke udfordringer man oplever i sin daglige praksis, og om erfaringerne med musikterapien har ændret den måde man arbejder på. Som nævnt herover, rapporterede plejepersonalet gennemgående kun om positive oplevelser i forbindelse med musikterapi.

Opsamling

De oversigtsartikler og enkeltstudier, som er gennemgået herover, behandler en række interventioner som har stimulering af sanser til fælles. Interventionerne omfatter terapier inden for fire af de 'normale' fem sanser, dvs. følesansen (fx i form af massage), hørelse (fx musikterapi eller komme til koncert), syn (lysterapi) og lugt (aromaterapi). Smagssansen har ikke været genstand for interventioner i de studier, som er fundet i litteratursøgningen.

I den kliniske retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens (Sundhedsstyrelsen, 2019) konkluderes, at der er evidens for en positiv effekt af musikterapi på BPSD. Dog blev kvaliteten af evidensen samlet set vurderet som meget lav. Det blev desuden vurderet, at der ikke er evidens for en klinisk relevant effekt på udadreagerende adfærd. Disse konklusioner ændres ikke af den oversigtsartikel (Strom et al., 2016) og det enkeltstudie (Hsu et al., 2015) gennemgået herover, idet de er udgivet før den kliniske retningslinje, og derfor må formodes at indgå i evidensgrundlaget i retningslinjen.

De to oversigtsartikler om hhv. aromaterapi (Fung et al., 2012) og massage (McFeeters et al., 2016) konkluderer begge, at interventionerne kan have en effekt på BPSD eller udadreagerende adfærd. Begge studier nævner enkeltstudiernes metodologiske svagheder og varierende udfald som begrænsninger i forhold til styrken af evidensen. I oversigtsartiklen af Strøm et al. (Strom et al., 2016), som gennemgår adskillige former for sansestimulerende terapier, inklusive aromaterapi og massage, konkluderes, at det ikke er muligt at uddrage noget om effekten af andre terapier end musikterapi, fordi udfaldet varierer mellem forskellige studier. Samlet set må der derfor på basis af de ovennævnte oversigtsartikler konkluderes, at der er begrænset evidens for effekten af terapier som aromaterapi og massage på BPSD eller udadreagerende adfærd.

Med hensyn til virkninger på plejepersonalet af terapier med fokus på stimulering af sanserne, så er der ingen studier, der har undersøgt virkningerne på plejepersonalets udbrændthed eller stress. Imidlertid er der nogle få enkeltstudier, hvor man har undersøgt personalets oplevelse af effekten på deres pleje, og på motivation og jobtilfredshed. I disse studier er der rapporteret om positive effekter.

Implementeringsaspektet er ligeledes meget lidt undersøgt. I den eneste oversigtsartikel, hvor dette spørgsmål blev adresseret, nævnes at massageterapi kan indføres med relativt lave

omkostninger, og at personalets deltagelse og motivation var afgørende for borgernes udbytte af terapien.

Tilgange baseret på underholdende aktiviteter

I dette afsnit gennemgås studier med fokus på interventioner, der som centralt element har en underholdende aktivitet for borgeren. De underholdende aktiviteter dækker over humorterapi med ældreklovne, et radioprogram samt en litteraturbaseret intervention. Sundhedsstyrelsens rapport, "National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens (Sundhedsstyrelsen 2019), behandler ikke interventioner om underholdende aktiviteter i forbindelse med forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske problemer hos personer med demens. Dog skal det bemærkes, at interventioner med ældreklovne, som behandles i dette afsnit, benytter sang, musikinstrumenter og dans i deres sessioner, hvilket kan være overlappende med Sundhedsstyrelsens fund vedrørende musikterapi.

Oversigt over den fundne litteratur

I litteratursøgningen blev der ikke fundet nogen oversigtsartikler, hvorfor der i dette afsnit kun gennemgås enkeltstudier. Der er inkluderet seks enkeltstudier (Billington et al., 2013; Brodaty et al., 2014; Kontos et al., 2016; Low et al., 2013; Low et al., 2014; Travers & Bartlett, 2010) i litteraturgennemgangen.

Ramme (setting): De inkluderede studier foregår på plejehjem, ældreboliger, dagcentre og i hospitalsgrupper. Det ene af de fire interventionsstudier ser alene på ældreklovne, som en humorterapeutisk tilgang på plejehjem (Kontos et al., 2016), mens de tre andre studier handler om en australsk tilgang, SMILE, der kombinerer ældreklovne med "LaughterBosses", som er lokalt forankret plejepersonale på plejehjemmet, der modtager en ekstra uddannelse i anvendelse af humor i den daglige praksis (Brodaty et al., 2014; Low et al., 2013; Low et al., 2014). Ældreklovne er professionelle kunstnere med erfaring fra sundhedsområdet, som benytter humorterapi som praksis. Klovnene har en personlig interaktion med borgerne på plejehjemmet, hvor de prøver at skræddersy deres interaktioner for at maksimere engagement, grin og nydelse. Klovnene tilpasser derfor deres besøg til borgerens baggrund, personlighed, humør samt fysiske og kognitive færdigheder (Low et al., 2013).

De øvrige to studier evaluerer effekterne af to særlige tilgange, hhv. fælles højtlesning på plejehjem, dagcentre og i hospitalsgrupper (Billington et al., 2013), som opfordrer borgerne til at lytte og diskutere, hvordan de opfatter indholdet i historien og hvad det vækker af følelser i dem, samt et radioprogram, som baserer sig på musik og radioindslag fra 1920'erne til 1950'erne, og derved vækker minder fra borgernes barndom. Lytningen til radioprogrammet foregår på plejehjem og i ældreboliger (Travers & Bartlett, 2010).

Udfaldsmål: Alle de inkluderede studier ser på, hvorvidt interventionerne har en effekt på BPSD symptomer hos borgerne, herunder særligt agitation og depression (Billington et al., 2013; Brodaty et al., 2014; Kontos et al., 2016; Low et al., 2013; Low et al., 2014; Travers & Bartlett, 2010). Kontos et al. undersøger desuden om en intervention med ældreklavn har en effekt på vurderet plejbyrde hos personalet (Kontos et al., 2016). Resultaterne fra de to studier vedrørende læsegrupper og lytning til et radiogram bygger på plejepersonalets opfattelse af interventionens betydning for borgere med demens (Billington et al., 2013; Brodaty et al., 2014; Kontos et al., 2016; Low et al., 2013; Low et al., 2014; Travers & Bartlett, 2010).

I SMILE interventionen er en del af interventionens formål at udvikle en indsats, der kan skabe en vedvarende ændring i praksis på plejehjemmene. Derudover har studiet fokus på at minimere omkostningerne på plejehjemmene (Low et al., 2013).

Implementering: To af tre artikler om SMILE interventionerne beskæftiger sig med implementering (Brodaty et al., 2014; Low et al., 2014).

Indholdet af interventionerne

Kontos et al. undersøger effekten af ældreklavn på moderat til svær BPSD symptomer og livskvalitet hos plejehjemsbeboere med demens, primært Alzheimers. Derudover undersøger studiet, om ældreklavn har en effekt på vurderet plejbyrde hos personalet (Kontos et al., 2016). Studiet indeholder to ugentlige besøg af ældreklavn af ca. 10 minutters varighed. Ældreklavnene optræder i par og anvender improvisation, humor og empati samt sang, musikinstrumenter og dans for at tilpasse tilgangen de enkelte borgere og derved øge deres engagement (Kontos et al., 2016).

De tre studier fra Australien bygger på en tilgang, hvor man kombinerer ældreklavn med "LaughterBosses" (SMILE). I SMILE studiet kommer ældreklavnene på besøg én gang om ugen i 9 – 12 uger. "LaughterBosses" er et tillæg til ældreklavn og humorterapi, som i højere grad sikrer lokal forankring, fordi det er en én-dags uddannelse til en udvalgt plejeperson på plejehjemmet, som bliver undervist i, hvordan man kan inkorporere humor i daglig praksis. "LaughterBosses" assisterer under besøgene fra ældreklavnene, og bliver opfordret til at fortsætte humor interventionen imellem og efter besøgene fra ældreklavnene. Formålet er at minimere omkostningerne forbundet med humorterapi, ved at levere en vedvarende ændring i praksis med "LaughterBosses", som allerede er fastansat på plejehjemmene. (Brodaty et al., 2014; Low et al., 2013; Low et al., 2014).

Interventionen med højtlesning, baserer sig på tidligere mental sundhedsforskning, hvor man har undersøgt gevinsterne ved litteratur og læsning. 61 borgere deltager i studiet, Get into Reading (GiR), som ønsker at undersøge, om en litteraturbaseret intervention kan have en betydning for borgere med demens (Billington et al., 2013). Formålet med studiet er at forstå, hvilken betydning

læsning har for ældre med demens i forskellige plejearenaer, at identificere personalets opfattelse af hvilken betydning deltagelse i læsegrupper har for borgere med demens, samt undersøge ændringer i demenssymptomer efter deltagelse i læsegrupper. I løbet af seks måneder skal borgerne deltage i højtæltningsgrupper, hvor der bliver læst højt fra noveller. Under højtæltningen, bliver deltagerne aktiveret via spørgsmål til karakterer, handling og associationer, der kan skabe en god diskussion (Billington et al., 2013).

Traver et al. Undersøger, hvorvidt et specialudviklet radioprogram (Silver Memories) med musik og programmer fra 1920'erne til 1950'erne har en betydning for adfærd og trivsel hos ældre personer. Radioprogrammet blev udviklet med et specifikt formål at adressere isolation, ensomhed og kedsomhed blandt ældre borgere. Radioprogrammet skal vække minder fra de ældres barndom (Travers & Bartlett, 2010).

114 borgere i ældreboliger og på plejehjem deltager i en intervention med radioprogrammet, der løber over tre måneder. Borgerne modtager en lille radio, der kan afspille radioprogrammet *Silver Memories*, som de skal lytte til i mindst én time om dagen i tre måneder. Plejepersonalet og omsorgspersonerne, som er tilknyttet de deltagende borgere fører en simpel dagbog over borgerens lytning til programmet. Resultatet af interventionen bygger på et interview med plejepersonale og omsorgspersoner, som vurderer de ældres livskvalitet, adfærd og trivsel.

Effekterne på borgerne

Ældreklavne

Studiet fra Kontos et al. om ældreklavne (to ugentlige besøg af ældreklavne af ca. 10 minutters varighed) finder en signifikant reduktion i BPSD symptomer efter 12 uger med intervention. Studiet finder særligt et signifikant fald i agitation og aggression. (Kontos et al., 2016).

I SMILE interventionen, hvor man kombinerer ældreklavne og "LaughterBosses", ser man et signifikant fald i agitationsniveauet hos borgerne. Dog ser man ikke en signifikant forbedring af depressionssymptomer. Interventionen har desuden en effekt på bivirkninger forbundet med risperidon, (antipsykotisk medicin til behandling af demens), men går ikke yderligere i dybden med dette (Low et al., 2013).

Low et al. justerer for "dosen" af engagement i humorterapi, og finder, at når borgerne oplever højere doser af engagement grundet humorterapien, vil det have en positiv forbedring af depression, adfærdsmæssige uroligheder og selvrapporteret livskvalitet (Low et al., 2013).

Brodaty et al. finder desuden, at god ledelse i forbindelse med implementering af nye interventioner er associeret med bedre udfaldsmål hos borgerne. Særligt viser resultaterne, at engagement hos ledelse og personalet bidrager til forandringer i depression og livskvalitet hos borgerne med demens (Brodaty et al., 2014).

De to studier fra Low et al. (2013 og 2014) undersøger samme population (17 plejehjem med 189 borgere), dog sammenlignes resultaterne fra Low et al. 2014 med en kontrolgruppe. I interventionsgruppen finder man, at der er en signifikant stigning i varigheden af lav positiv adfærd, aktivitets disengagement, adfærd og neutralt humør, samt et signifikant fald i varigheden af højt og lavt agitationsniveau, vrede, angst og glæde samt trist humør. Særligt agitation og glæde forbedres markant i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen (Low et al., 2014).

Forfatterne henviser til, at humorterapiens effekt på agitation hos borgerne kan skyldes "umødte" behov, fx i form af manglende selskab og meningsfuld beskæftigelse i hverdagen, hvilket er faktorer, som man ved har en betydning for urolig adfærd hos borgere med demens. Fundende fra studiet omkring øget glædesniveau understøtter denne forklaring (Low et al., 2014).

Fælles højtlesning

I studiet om fælles højtlesning med en interaktiv diskussion af handlingen findes en positiv effekt på neuropsykiatrisk adfærd hos borgerne. Studiet ser særligt på graden af symptomer på bl.a. depression, irritabilitet, apati, angst, agitation og aggression. Studiet ser eksplicit på, om der er en forskel i effekterne af fælles højtlesning afhængig af hvilken setting interventionen foregår i (plejehjem, dagcenter og hospitalsgrupper). Studiet finder et fald i borgernes symptomer fra baseline og ved hver månedlig måling (i alt seks måneder). Ved sidste måling ligger symptomerne væsentligt lavere end ved baseline (Billington et al., 2013).

Kvalitative interviews med plejepersonalet peger ligeledes på ændringer i demenssymptomernes sværhedsgrad hos de ældre borgere. Plejepersonalet peger særligt på, at deltagelse i fælleslæsning har betydning for de ældre borgeres livskvalitet og trivsel (Billington et al., 2013).

Det skal dog bemærkes, at disse resultater bygger kun på et enkelt studie uden kontrolgruppe og at studiepopulationen er forholdsvis lille. Derfor kan der kun være tale om foreløbige tegn på positive udfald, som kræver mere forskning og som bekræfter disse resultater

Lytning til radioprogram

Plejepersonalet eller omsorgspersonerne for de ældre borgere, som havde lyttet til radioprogrammet i tre måneder, fik et spørgeskema med seks spørgsmål, som de skulle besvare på vegne af den borger, som de tog hånd om. På baggrund af spørgeskemaet blev der fundet, at omsorgspersoner og plejepersonalet mener, at programmet har en positiv indflydelse på borgernes adfærd, trivsel og afslapning. Hos borgerne med demens, vurderer man desuden et fald i agitation. Det vurderes derfor, at et radiogram, der sender musik og radioprogrammer fra borgernes barndom, kan have en positiv effekt hos borgere på plejehjem (Travers & Bartlett, 2010). Også her er det vigtigt at henvise til, at resultaterne kun bygger på et enkelt studie uden kontrolgruppe og kun på en eftermåling gennem en meget kort spørgeskemaundersøgelse blandt

plejepersonale eller omsorgspersoner. Derfor kan der også her kun være tale om foreløbige tegn på positive udfald, som kræver bekræftelse af flere studier af bedre metodisk kvalitet.

Virkninger på plejepersonalet

Kun i ét af de seks studier om underholdende aktivitet for borgeren blev der undersøgt om disse indsatser også har virkninger for plejepersonale. Kontos et al. ser på, hvorvidt humorterapi hos borgere og de deraf afledte forbedringer i deres humør, har en betydning for plejepersonalets omsorgsbyrde. Resultaterne viser ikke en mærkbar forbedring i plejepersonalets omsorgsbyrde (målt ved hjælp af en modificeret omsorgspleje vurderingsskala (M-NCAS)), men forbedringen af arbejdsmæssig forstyrrelse indikerer, at personalets rutiner bliver mindre påvirket af borgernes aktiviteter, som fx gentagende adfærd (Kontos et al., 2016).

Opsamling

De seks enkelte studier, som blev behandlet i dette afsnit, har forskellige tilgange til håndtering af borgere med demens, men alle studier forsøger via humor, socialt samvær og positive erindringer at undersøge, om det er en effektiv tilgang til at afhjælpe BPSD symptomer, trivsel og livsglæde hos borgere med demens.

Overordnet ser det ud til, at interventioner med ældreklovne og "LaughterBosses" på plejehjem, kan have en positiv indvirkning på depression, agitation, aggression samt øvrige BPSD symptomer hos borgere med demens. Studierne konkluderer dog, at det forbedrede humør og fald i agitation hos borgerne kan skyldes den øgede sociale interaktion og fokus på borgernes behov i projektperioden. Dvs. det er ikke helt klart, hvad der er årsag til de positive effekter. Studiet fra Low et al. indikerer dog, at engagementet i humorterapi har en betydning for resultaterne, således at højere engagement medvirker til mere positive resultater hos borgeren.

Studiet betragter desuden årsagerne til de positive effekter, og vurderer, at det både kan være humor-indsatsen i sig selv, kombinationen af humorterapi og social interaktion eller den øgede sociale interaktion og fokus på borgernes behov i sig selv, der fører til positive effekter for borgerne. Studiet om ældreklovne, som ikke havde "LaughterBosses" tilknyttet fandt også positive resultater og styrker dermed antagelsen om, at også korte humorindsatser kan føre til positive forandringer hos borgere med demens. Tilgang ser dermed indtil videre lovende ud, men kræver at blive bekræftet af flere studier.

Fælles højtlesning og lytning til et gammelt radioprogram ser ud til at have en positiv betydning for borgere med demens. Radioprogrammet ser ud til at have en positiv indflydelse på adfærd og trivsel, mens fælles højtlesning ser ud til at have en betydning for borgernes BPSD symptomer, samt deres livskvalitet og trivsel. Resultaterne for begge typer indsatser bygger dog kun på et enkelt studie hver, og kan dermed kun være et første tegn på indsatser som muligvis kan føre til

positive resultater. For begge indsatser er der derfor brug for flere studier af bedre metodisk kvalitet.

Blandt de seks studier, som blev behandlet i dette afsnit, var der kun et enkelt studie, der beskæftiger sig med virkninger på plejepersonalet. Her blev der fundet, at humorterapi ikke kan påvises at have en afledt betydning for plejepersonalets omsorgsbyrde. Resultaterne indikerede dog, at personalets rutiner blev mindre påvirket af borgernes aktiviteter, som fx gentagende adfærd.

Der er to oversigtsartikler, som beskæftiger sig med implementering af indsatsen. Her blev der fundet, at god ledelse i forbindelse med implementering af nye interventioner er associeret med bedre udfaldsmål hos borgerne. Særligt viser resultaterne, at engagement hos ledelse og personalet bidrager til forandringer i depression og livskvalitet hos borgerne med demens. Derudover vurderer en anden oversigtsartikel, at det er vigtigt, at interventionen bliver forankret på de enkelte plejehjem, så de kan blive en naturlig del af den daglige praksis og ikke kun under de korte sessioner.

Anvendelse af dyr og robotdyr mv.

I dette afsnit gennemgås oversigtsartikler og enkeltstudier, som har fokus på interventioner, hvor personer med demens interagerer med dyr eller robotdyr. Sundhedsstyrelsens rapport "National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens" (Sundhedsstyrelsen 2019), behandler ikke interventioner om dyreassisteret terapi eller anvendelse af robotdyr i forbindelse med forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske problemer hos personer med demens.

Oversigt over den fundne litteratur

I litteratursøgningen blev der fundet tre oversigtsartikler (Hu et al., 2018; Leng et al., 2019; Strom et al., 2016) med tilsammen 20 enkeltstudier, som undersøger om en intervention med brug af hunde (Hu et al., 2018; Strom et al., 2016) eller robotdyr (Leng et al., 2019; Strom et al., 2016), har effekt på adfærdsmæssige og psykologiske symptomer (BPSD) hos personer med en demensdiagnose. Der er to former for interaktion med dyr. Den ene form er en social interaktion mellem hund, hundeejer og borgerne med demens i enten gruppe- eller enkeltpersonsessioner (Hu et al., 2018; Strom et al., 2016), mens den anden form for intervention handler om at borgerne får lov til at interagere med et robotdyr, fx sælen PARO eller en kat (Leng et al., 2019; Strom et al., 2016). I litteratursøgningen blev der endvidere fundet seks enkeltstudier om anvendelse af dyr og robotdyr i interventioner hos borgere med en demensdiagnose, som bor på plejehjem (Demange et

al., 2018; Friedmann et al., 2015; Joranson et al., 2015; Majic et al., 2013; Olsen et al., 2016; Tournier et al., 2017).

Ramme (*setting*): Alle de tre oversigtsartikler har fokus på interventioner, der foregår på plejehjem, i hjemmeplejen, plejeboliger, på daghospitaler og dagplejecentre (Hu et al., 2018; Leng et al., 2019; Strom et al., 2016). I de tre oversigtsartikler er der inkluderet studier, som blev udført i USA, Canada, Europa, Australien og Asien (Hu et al., 2018; Leng et al., 2019; Strom et al., 2016).

Udfaldsmål: Alle de inkluderede oversigtsartikler har fokus på udfaldsmål hos borgere med demens, og ser på, hvorvidt interventionen har en effekt på adfærdsmæssige og psykologiske symptomer (BPSD), herunder agitation, aggression og depression. Alle tre oversigtsartikler ser desuden på kognitiv funktion og livskvalitet som sekundært udfaldsmål (Hu et al., 2018; Leng et al., 2019; Strom et al., 2016).

Enkeltstudiet af Tournier et al. er det eneste af de ni artikler, der ser på udfaldsmål hos plejepersonalet. Studiet undersøger sammenhængen mellem dyreassisteret terapi, adfærd og BPSD symptomer hos borgere med demens samt interventionens indvirkning på stress hos plejepersonalet (Tournier et al., 2017).

Implementering: Ingen af oversigtsartiklerne eller enkeltstudierne diskuterede implementeringen af interventionerne

Indhold i interventionerne

Tre oversigtsartikler (Hu et al., 2018; Leng et al., 2019; Strom et al., 2016) undersøger effekterne af hhv. dyreassisterede interventioner og kæledyrsrobotter for personer med demens på plejehjem og i hjemmepleje. Et studie (Strom et al., 2016) ser bredt på sansestimulerende interventioner. I dette afsnit uddrages effekterne for dyreassisteret terapi og interventioner med en robotkat og legetøjskat. De øvrige effekter af sansestimulerende interventioner behandles under afsnittet: *Tilgange baseret på stimulering af sanser*. I alt er der inddraget 20 studier om anvendelse af dyr eller robotdyr i de tre oversigtsartikler. Hu et al. inddrager kun studier, der bruger hunde i deres terapi. I disse studier får personer med demens lov til enten at klappe hunden, give hunden en godbid, kaste en ting, den skal fange, gå en tur med den eller lege med den. Interventionen foregår i de fleste studier på plejehjemmet, og kun i enkelte tilfælde i hjemmepleje eller på dagcentre (Hu et al., 2018).

Strøm et al. ser mere bredt på dyreassisteret terapi og legetøjsterapi (robotkat og plys-kat) i fire studier.

En enkelt oversigtsartikel (Leng et al., 2019) ser på interventioner, der baserer sig på anvendelse af kæledyrsrobotten PARO hos personer med demens. Leng et al. inkluderer i alt 6 randomiserede

kontrollerede studier (Leng et al., 2019). Interventionerne med PARO foregik enten på plejehjem, plejeboliger eller plejedagcentre.

Effekterne på borgerne

De tre fundne oversigtsartikler om dyreassisteret terapi og robotdyr, ser alle på udfaldsmål hos borgerne. Hu et al. havde til formål at lave en meta-analyse af alle gennemførte studier til dato (10 studier inkluderet, 390 personer). Analysen viste, at dyreassisteret terapi kan være effektiv til at reducere BPSD symptomer hos patienter med en kognitiv svækkelse. Sammenlignet med kontrolgruppen, udviste de case-grupper, som modtog dyreassisteret terapi, signifikant færre BPSD symptomer, især depression og agitation. Dog var der ikke en signifikant forbedring i aktiviteter i hverdagen, livskvalitet eller kognitiv tilstand (Hu et al., 2018).

Også i oversigtsartiklen fra Leng et al. blev der gennemført en meta-analyse, hvor der blev inkluderet syv artikler (seks studier, 660 personer). Lige som Hu et al. fandt meta-analysen fra Leng et al., at interventioner med kæledyrsrobotter havde en positiv effekt på BPSD symptomer blandt personer med demens. Interventioner med robotsælen PARO medførte en signifikant forbedring af depressive symptomer, sammenlignet med kontrolgruppen. Der var dog ingen signifikant forskel i agitation og neuropsykiatriske symptomer mellem intervention- og kontrolgruppe. Metaanalysen fandt ikke en signifikant forbedring i de sekundære udfaldsmål; kognitiv funktion og livskvalitet (Leng et al., 2019).

Der er ingen overlap imellem de ovenfor nævnte studier, som blev inkluderet i de to oversigtsartikler. De to metaanalyser ser dermed tilsammen på 16 uafhængige studier af interventioner med dyr og robotter.

Oversigtsartiklen fra Strøm et al. inkluderer både studier om dyreassisteret terapi samt interventioner med robotdyr (i alt fire studier, 151 personer). Der er et enkelt af de inkluderede studier omkring dyreassisteret terapi, som finder en signifikant forbedring i livskvalitet. De øvrige studier er gengangere fra oversigtartiklerne fra Hu et al. Derudover inkluderer Strøm et al. resultaterne fra et lille studie med 9 borgere på plejehjem, som får en intervention med en robotkat og plys-kat, hvor de oplever et signifikant fald i agitation (Strøm et al., 2016).

Kun to af de inkluderede enkeltstudier indgår ikke de inkluderede oversigtsartikler (Demange et al., 2018; Tournier et al., 2017). Begge disse studier understøtter, at dyreassisteret terapi og interventioner med robotdyr kan have en positiv effekt på de neuropsykiatriske symptomer hos borgere med demens.

Olsen et al. konkluderer, at den øgede sociale interaktion mellem borgere og personale i forbindelse med projektet i sig selv kan have påvirket den positive sammenhæng mellem dyreassisteret terapi og BPSD symptomer (Olsen et al., 2016).

Virkninger på plejepersonalet

Ingen af de tre identificerede oversigtsartikler beskæftiger sig med effekterne på plejepersonalet. Blandt de enkeltstudier, som vi identificerede med vores søgning, er der kun studiet fra Tournier et al., som ser på plejepersonalets opfattelse af egen stress i forbindelse med dyreassisteret terapi (Tournier et al., 2017). Interventionen bliver gennemført på et plejehjem i Frankrig med 11 inkluderede borgere. Studiet måler på 12 adfærdsmønstre hos borgerne og ser på, hvorvidt de påvirker medarbejdernes opfattelse af stress. Studiet finder et signifikant fald i stress, når borgerne oplever mindre depression, afvigende motorisk aktivitet samt disinhibition. Derfor konkluderer studiet, at dyreassisteret terapi kan hjælpe plejepersonalet med at håndtere udfordringer forbundet med adfærdsmæssige ændringer (Tournier et al., 2017).

Implementering

Ingen af studierne (oversigtsartikler og enkeltstudier) beskæftigede sig med implementering af interventionerne.

Opsamling

De tre oversigtsartikler (i alt 20 studier) finder, at der er en umiddelbar positiv effekt hos borgere med demens, når de interagerer med hunde eller robotdyr. To af de tre oversigtsartikler finder, at interventioner med kæledyrrobotter har en positiv effekt på BPSD symptomer blandt personer med demens. Den tredje oversigtsartikel finder også, at dyreassisteret terapi har en signifikant forbedring i livskvalitet, mens interventioner med robotdyr fører til et fald i agitation samt øget fornøjelse og interesse.

Vi identificerede kun ét studie, som undersøgte effekterne på plejepersonalet. Studiet, som blev gennemført i et enkelt plejehjem, fandt, at dyreassisteret terapi har en positiv indvirkning på de neuropsykiatriske symptomer hos borgere med demens og derved en positiv indvirkning på stress hos plejepersonalet. Der er dog brug for flere studier, som bekræfter dette fund inden man kan være mere sikker på denne sammenhæng.

Tilgange, der kombinerer flere interventioner

I dette afsnit gennemgås oversigtsartikler og enkeltstudier, som evaluerer effekten af indsatser, som består af en kombination af flere tilgange. Det kan være en kombination af psykosociale interventioner og antipsykotisk medicin eller en kombination af forskellige psykosociale interventioner. I Sundhedsstyrelsens retningslinjer om forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens behandles psykosociale interventioner og farmakologiske interventioner hver for sig (Sundhedsstyrelsen, 2019b), så perspektivet med at kombinere disse, er nyt.

Oversigt over den fundne litteratur

Der er fundet hhv. to oversigtsartikler (Collet et al., 2010; Pieper et al., 2013) og to enkeltstudier (Rajkumar et al., 2016; Aasmul et al., 2016), der alle beskæftiger sig med at kombinere forskellige interventioner.

Ramme (setting): De to oversigtsartikler og de to enkeltstudier har fokus på interventioner implementeret på plejehjem, hvoraf et enkelt (Pieper et al., 2013) også inkluderer hjemmeboende borgere med demens. Interventionerne i oversigtsartiklerne og enkeltstudierne er alle rettet mod plejehjemsbeboerne.

Udfaldsmål: Oversigtsartiklen af Collet et al. måler på udadreagerende adfærd hos borgerne (Collet et al., 2010), mens oversigtsartiklen af Pieper et al. måler på smerter og adfærd blandt borgerne (Pieper et al., 2013). Enkeltstudiet af Aasmul et al. måler på personalets oplevelse af stress (Aasmul et al., 2016), mens enkeltstudiet af Rajkumar et al. måler på fremkomsten af apati hos borgere med demens (Rajkumar et al., 2016).

Implementering: Ingen af de inkluderede artikler beskæftiger sig med implementering af de forskellige interventioner.

Indhold i interventionerne

Collet et al. (Collet et al., 2010) argumenterer i oversigtsartiklen (med i alt otte enkeltstudier) for, at mange borgere på plejehjem er ramt af psykiatriske lidelser eller udviser alvorlige adfærdsproblemer. Borgerne har derfor behov for psykiatrisk pleje, der er målrettet disse udfordringer, ud over det sædvanlige plejebenhov knyttet til deres somatiske lidelser og udfordringer. Oversigtsartiklen undersøgte derfor effekten af tilgange, som integrerer psykiatrisk pleje med andre plejehjemstilgange. Deltagerne i interventionen er plejehjemsbeboere med enten somatisk sygdom eller demens. Der er i oversigtsartiklen fokus på multifaglige tilgange. Med en multifaglig tilgang menes, at interventionen involverer forskellige specialister, fx inden for (ældre)psykiatri, psykologi, sygepleje, fysioterapi, socialfaglig ekspertise, neurologi, medicin

(læger og farmakologer), osv. I enkeltstudierne i oversigtsartiklen involverer interventionerne mindst fire faggrupper.

Baggrunden for oversigtsartiklen af Pieper et al. (Pieper et al., 2013) er, at borgere med demens ofte har svært ved at give udtryk for, når de har smerter. Ubehandlede smerter er dermed en af årsagerne til aggressiv og udadreagerende adfærd blandt personer med demens. Forfatterne gennemgik derfor 16 enkeltstudier med forskellige tilgange med fokus på smerter blandt borgere med demens: 1) studier med farmakologiske interventioner mod smerter, fx antipsykotisk medicin, hvor man målte adfærd som udfaldsmål (6 enkeltstudier), 2) studier med psykosociale interventioner (fx foretrukken musik), hvor man målte smerter som udfald. Denne gruppe, som kun omfatter et enkelt studie, er mindre relevant i denne sammenhæng, hvor der er fokus på udadreagerende adfærd. 3) studier med ikke-farmakologiske indsatser (meningsfulde aktiviteter, multimodal kognitiv adfærdsterapi, zoneterapi mv.) rettet mod både smerter og adfærd (9 studier).

Enkeltstudiet af Aasmult et al. er et cluster-RCT og undersøger associationen mellem neuropsykiatriske symptomer og personalets oplevelse af stress ved begyndelsen af interventionen med henblik på at vurdere, om implementeringen af en individuel, systematisk smertebehandling også har en effekt på plejepersonalet. Interventionsgruppen modtog individuel smertebehandling i otte uger, mens kontrolgruppen modtog pleje som normalt. Enkeltstudiet af Rajkumar et al., der også er et cluster-RCT, undersøger effekten af ikke-farmakologiske interventioner (herunder motion og social interaktion) i kombination med en antipsykotisk vurdering med henblik på at undersøge, om det kan reducere apati blandt plejehjemsbeboerne.

Effekten på borgerne

Collet et al. finder i deres undersøgelse af kombinationen af psykiatrisk pleje og almindelig ældrepleje, at en omfattende, integreret, multidisciplinær tilgang, som kombinerer medicinsk, psykiatrisk og almindelige pleje, har positive effekter på borgerne. I syv ud af de otte inkluderede studier i oversigtsartiklen, bliver der fundet signifikante resultater på udadreagerende adfærd. Forfatterne påpeger dog, at oversigtsartiklen ikke kan præcisere den bedste måde at håndtere borgere, der udviser udadreagerende adfærd på og at det heller ikke giver et korrekt svar på, om multidisciplinære teams med psykiatere og psykiatrisygeplejersker er bedre, end andre sammensætninger, da den ideelle sammensætning af teamet endnu ikke er identificeret. Det er ifølge forfatterne også uklart, hvilke interventioner, der skal integreres og hvilke kontekstuelle faktorer, der kan påvirke effekten af interventionen (Collet et al., 2010).

Oversigtsartiklen af Pieper et al., som havde smerter og adfærd som udfaldsmål, og som også inkluderede farmakologiske interventioner, konkluderer, at smerteinterventioner mod adfærd og adfærdinterventioner mod smerter er effektive til at reducere smerte eller ubehag og adfærdssymptomer, såsom depression, agitation/aggression og angst hos personer med demens.

Der blev fundet evidens for, at både standardiserede og individuelle doseringer af smertemedicin kan reducere udfordrende adfærd, men at doseringer tilpasset den enkelte borger er mere effektive. Ift. interventioner bestående udelukkende af psykosociale interventioner, blev der fundet tendenser til, at også disse interventioner er effektive til at reducere adfærdsproblemer hos personer med demens. Forfatterne påpeger dog, at de inkluderede studier var relativt små, og at den generelle metodologiske kvalitet var moderat, og derfor bør resultaterne læses med forsigtighed, selvom de alle peger i samme retning. Forfatterne diskuterer endvidere, at et underliggende problem med smerter hos personer med demens er, at de er svære at opdage og derfor bør der også være interventioner rettet mod plejere, så de er klædt på til at opdage smerter, da forskning har vist, at forbedret smertevurdering alene kan forbedre håndteringen af smerter hos personer med demens (Pieper et al., 2013).

Enkeltstudiet af Rajkumar et al., som undersøger effekten af at kombinere en psykosocial intervention med antipsykotisk vurdering, kan på baggrund af resultaterne bekræfte, at der er mange plejehjemsbeboere med demens, som lider af apati. Resultaterne viser, at antipsykotisk vurdering alene kan forværre apati, mens antipsykotisk vurdering i kombination med en af de evidensbaserede ikke-farmakologiske interventioner (motion og social interaktion) har signifikante forbedringer på apati (Rajkumar et al., 2016).

Virkninger på plejepersonalet

Aasmul et al. er det eneste studie, der måler på udfald på personalet. Resultaterne viser, at individuel smertebehandling af borgere med svær demens, der udviser neuropsykiatriske symptomer, kan bidrage til at forbedre plejepersonalets oplevelse af stress. Studiet viser, at personalet særligt er negativt påvirket af borgere med agitation og borgere, der udviser manglende hæmninger. Hos plejepersonalet i interventionsgruppen blev der fundet en signifikant reduktion i oplevelse af stress relateret til bl.a. agitation og apati. Reduktionen var større hos interventionsgruppen end hos kontrolgruppen. Forfatterne mener derfor, at der er en indirekte forbindelse mellem individuel smertebehandling og reduceret oplevelse af stress blandt plejepersonalet, da det medfører en reduktion i adfærdsproblemer. Den positive effekt på plejepersonalets oplevelse af stress blev opretholdt efter interventionen og kan ifølge forfatterne indikere, at introduktionen af kliniske redskaber og træning er meget vigtigt, ikke kun for borgernes trivsel, men også for plejepersonalet (Aasmul et al., 2016).

Opsamling

De oversigtsartikler og enkeltstudier, som er gennemgået herover, behandler en række interventioner, der alle har det til fælles, at de kombinerer forskellige tilgange, fx kombination af flere psykosociale tilgange eller kombination af farmakologiske og ikke-farmakologiske tilgange.

Der bliver hovedsageligt målt på udfald på plejehjemsbeboere, herunder smerte og udadreagerende adfærd, mens et enkelt studie måler på plejepersonalets oplevelse af stress. Interventioner med en integreret, multidisciplinær tilgang, som kombinerer medicinsk, psykiatrisk og almindelige pleje, kan have positive effekter på borgerne ift. udadreagerende adfærd. Ift. til smerte, bliver der fundet positive effekter på udadreagerende adfærd, hvis smertebehandlingen er individuelt tilpasset, hvis behandlingen foregår i kombination med en psykosocial intervention (som fx adfærdsterapi, musik, zoneterapi, motion og social interaktion eller hvis behandlingen består af en kombination af flere forskellige psykosociale tilgange).

Kun ét enkelt studie måler på udfald for personalet, hvor der bliver fundet et signifikant fald i oplevelsen af stress blandt plejepersonalet i en intervention, hvor der er fokus på individuel smertebehandling. Dette kan indikere, at der er en indirekte forbindelse mellem individuel smertebehandling og reduceret oplevelse af stress blandt plejepersonalet, da det kan medføre en reduktion i adfærdsproblemer.

Dog udviser forfatterne bag de forskellige studier flere metodiske begrænsninger, bl.a. størrelsen på studierne og manglende kontrolgrupper i nogle af studierne til at understøtte resultaterne. De få antal af studier og de metodiske begrænsninger medvirker derfor til, at resultaterne bør læses med forsigtighed, da evidensen for effekterne er begrænsede.

Bilag 1E: Grå litteraturoversigt

<p>BFA Velfærd og Offentlig Administration (2014): "Styr uden om trusler og vold"</p>	<p>Guide med inspiration til ansatte i ældreplejen. Guiden fokuserer på fire områder: faglig udvikling, samarbejde, vurdering af risiko og trygge rammer. Guiden tager udgangspunkt i, at der både skal tages hensyn til borgeren og medarbejderen og argumenterer for, at forebyggelse af vold og trusler er en vigtig del af arbejdet med at skabe en tryk og rar hverdag for borgeren.</p>
<p>Videnscenter for Demens: "Årsmagasinet 2016/2017"</p>	<p>Der er bl.a. artikler om antipsykotisk medicin, demenshandlingsplanen 2025 og viden og kompetencer hos personalet. Årsmagasinet gennemgår tre af de initiativer, der indgår i demenshandleplanen: nyt fagligt redskab til tidlig opsporing, demensvenlige hospitaler og kurser til patienter og pårørende (viden om demens). Særligt for personale: side 19-22 (ABC Demens – E-learning til forskellige faggrupper)</p>
<p>Helsedirektoratet (2017): "Nasjonal faglig retningslinje om demens"</p>	<p>Norsk retningslinje om demens. Retningslinjen indeholder anbefalinger om fx personcentreret omsorg (organisatorisk og individniveau), etablering af tværfagligt team og miljørettede tiltag (fx fysisk aktivitet eller psykosociale tiltag). Retningslinjen indeholder også farmakologiske anbefalinger (fx lægemidler mod psykotiske symptomer, aggression, agitation eller depression).</p>
<p>Hoxmark et al. (2016) "Psykolog i kommunen – en medspiller"</p>	<p>Inspirationshæfte fra Norge. Hæftet indeholder en samling af eksempler på, hvordan rollen som psykolog i kommunens sundheds- og omsorgstjenester kan udformes. Der er eksempler på psykologer, der arbejder med forskellige målgrupper og arbejdsområder, kommuner der har udformet rollen på forskellige måder og forskellige aktører, der har indvirkning på, hvordan psykologers viden og arbejdsindsats bedst udnyttes i kommunerne. Særligt for personale: Kapitel 4, side 76-97 (Psykologen som lagspiller)</p>
<p>Jakobsen et al. (2016): "Psykisk helbred og velbefindende i</p>	<p>NFA-rapport. Rapporten afslutter et forskningsprojekt, som havde til formål at belyse de mekanismer, der påvirker sammenhænge mellem psykosocialt</p>

omsorgsarbejde"	arbejdsmiljø og psykisk helbred blandt omsorgsarbejdere i ældreplejen.
Kabel, Steen (2017): "Hvidbog om demens og socialpædagogik – hvordan socialpædagogikken kan styrke den tværfaglige indsats på demensområdet"	Bogen argumenterer for at inddrage socialpædagoger i arbejdet med personer med demens, da den socialpædagogiske faglighed kan bidrage til at skabe en helhedsorienteret og tværfaglig indsats i arbejdet med mennesker med demens. Der bliver taget udgangspunkt i de enkelte personers ressourcer og opbygget tætte relationer, der medvirker til, at mennesker med demens kan leve et trygt og værdigt liv med deres demenssygdom.
Kommunernes Landsforening: "De kommende års udfordringer på demensområdet"	Et notat, der giver et samlet bud på kommunernes aktuelle udfordringer på demensområdet. Handler bl.a. om udredning, diagnosticering og behandling, den faglige indsats i kommunerne, (fysisk) træning på demensområdet mv. Målgrupperne er borgere med belastende adfærd og psykiatriske symptomer ved demens (BPSD). Særligt for personalet: side 22-26 (Faglighed i pleje- og omsorgsindsatsen)
Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010): "Kortlægning af demensområdet i Danmark 2010"	Handler bl.a. om forebyggelse (ift. KRAM-faktorerne), udredning og diagnose. Derudover diskuteres der også medicinsk behandling, juridiske problemstillinger og pleje og omsorg (herunder socialfaglige metoder). Særligt for personalet: Kapitel 9, side 73-100 (Organisering og samarbejde) samt kapitel 13, side 123-131 (Uddannelse og kompetenceudvikling).
Pejtersen & Dyrvig (2014): "Forebyggelse af udadreagerende adfærd hos borgere med demens"	Evaluering af metodeudviklingsprojektet "Forebyggelse af udadreagerende adfærd hos borgere med demens" foretaget af VIVE (metoden blev brugt hos en af de besøgte best-cases med positive resultater). Kapitel 4 (det psykosociale arbejdsmiljø) og kapitel 5 (ændringer i arbejdet med udadreagerende borgere med demens) kan være relevante.
Servicestyrelsen: "Sådan kan du indrette dementes boliger – og begrænse anvendelsen af magt"	Guide til indretning af boliger for borgere med demens. Der er bl.a. også fem cases. Guiden argumenterer for, at indretningen kan skabe bedre vilkår for personalet og at det derfor har en gavnlig effekt på personalets arbejdsmiljø (se side 9).

<p>Socialstyrelsen (2015): "Guide til forebyggelse af udadreagerende adfærd hos personer med demens i plejeboliger"</p>	<p>Indeholder en guide til afholdelse af beboerkonferencer (som er en konkret metode anvendt hos en af de besøgte best-cases). Guiden består af tre dele: Beboerkonferencen, kompetenceudvikling (særlig relevant) og fokus på ledelse og organisering.</p>
<p>Sundheds- og ældreministeriet (2016): "Statusrapport på demensområdet i Danmark"</p>	<p>Rapporten afdækker også indsatser på tværs af sektorer og fagområder, herunder organisering og samarbejde, det demensvenlige samfund, hjælpemidler og teknologi, uddannelse og kompetencer (særligt relevant) og internationale erfaringer med indsatser på demensområdet.</p>

BILAG 2: EKSPERTINTERVIEW OVERSIGT

Liste over eksperter, der indgår i ekspertinterviews

1. Birgitte Bækgaard Brasch, chefkonsulent, Socialt Udviklingscenter, SUS
2. Carl Suwalski, psykolog, Arbejdstilsynet
3. Charlotte Agger, forstander Pilehuset
4. Hanne Kærsmose Friberg, uddannelseskonsulent, Nationalt Videnscenter for Demens
5. Iben Ljungmann, psykolog, tidligere konsulent i Sundheds- og omsorgsforvaltningen i Københavns kommune og souschef på et demenscenter.
6. Lars Peter Sønderbo Andersen, psykolog, ph.d., seniorforsker, Arbejdsmedicin, Hospitalsenheden Vest.
7. Marie Birk Jørgensen, specialkonsulent, Retsmedicinsk Institut, Københavns Universitet, tidligere seniorforsker ved Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
8. Peter Johannsen, overlæge, PhD, Hukommelsesklinikken, Rigshospitalet

BILAG 3: INTERVIEW- OG NOTEGUIDE FRA BEST-CASES

Interviewguide

Indledning		
5 min	<i>Præsentation af interviewere og formål med interviewet</i>	Kort om kortlægningen for Sundhedsstyrelsen (best-cases, ekspertinterview og litteratursøgning) Hvem er vi <u>Interviewet skal give:</u> 1. Indsigt i jeres forebyggelsespraksis 2. Hvad kan andre lære af jer
5 min	<i>Kort præsentation af lederen og AMR</i>	Faglig baggrund? Hvor længe har du været ansat i din nuværende stilling? Daglige opgaver?
	<i>KUN HVIS DET IKKE FREMGÅR AF RUNDVISNINGEN Faktuelle forhold om stedet (personale mv)</i>	Hvordan er I organiseret? Er det en selvejende institution? Har det en betydning for de muligheder I har for at arbejde med den udadreagerende adfærd? Hvor mange beboere? Hvilken type borgere har I (plejecenter vs dagcentret)? Hvor tunge er de? Er der nogle afdelinger særligt for borgere med demens? Hvordan håndterer I forskelle på borgeres funktionsniveau/grad af demens? Organisering af plejecenteret vs. dagcenteret? Personalesammensætning? Vikarer vs. fast personale?
5 min	<i>Indsigt i holdninger til problematikken</i>	Hvorfor tænker I at udadreagerende adfærd opstår?
5 min	<i>Jeres tilgang</i>	Hvordan arbejder I med udadreagerende adfærd? Har I implementeret en særlig tilgang? Kan I beskrive den/dem? (evt. - Er den en del af jeres værdisæt/strategi, og i så fald hvordan spiller tilgangen sammen med dette?
Om den udadreagerende adfærd		
5 min	<i>Implementering af tilgang</i>	Hvordan er I lykkedes med at implementere en fælles faglig tilgang?

		<p>Hvad tænker I har været afgørende for at I er lykkedes godt med at arbejde med forebyggelse?</p> <p>Hvordan så det ud før?</p> <p>Hvad har været særligt udfordrende undervejs? Har I noget i gerne vil give videre af læring til andre?</p> <p>Hvad har motiveret jer til at gå i gang med denne forandring/ til at arbejde aktivt med denne tilgang?</p>
5 min	<i>Definition, registrering og læring</i>	<p>Hvordan definere I vold og trusler her på arbejdspladsen?</p> <p>Hvordan er jeres registrering af hændelser?</p> <p>Bruger i dem til at lære af hændelserne?</p>
5 min	<i>En konkret situation</i>	<p>Kan I beskrive den seneste episode med udadreagerende adfærd, hvem er involveret, hvad skete der før, under, efter?</p>
5 min	<i>Strukturer for håndtering</i>	<p>Hvilke strukturer har I allerede som understøtter det forebyggende arbejde med udadreagerende adfærd? Fx faste rutiner (balancering af den enkelte behov for særlige rutiner vs. fællesskabets), faste procedurer for overlevering hvem er med, hvordan er det struktureret? Har I supervision?</p> <p>Hvordan hænger arbejdsmiljøsystemet sammen med den faglige tilgang (risikovurdering/ BPDS-vurdering og arbejdsskadeanmeldelser)</p> <p>Har I krav ift. træning, påklædning, normering</p> <p>Har I en voldspolitik?</p> <p>Hvordan er samarbejdet mellem ledelse og medarbejdere i forhold til voldsforebyggelse?</p>
5 min	<i>Accept?</i>	<p>Tror du, at man bliver nødt til at acceptere et vist niveau af udadreagerende adfærd (vold og trusler), når man arbejder med denne patientgruppe?</p> <p>Hvad må man evt. acceptere?</p> <p>Hvad betyder denne accept ift. at gøre en aktiv indsats for at forebygge disse hændelser?</p>
5 min	<i>Pårørende</i>	<p>Spille de pårørende en rolle i det forebyggende arbejde?</p> <p>Har I en særlig tilgang til at inddrage de pårørende i forebyggelsesarbejdet?</p> <p>Hvad har det af fordele og ulemper?</p>
Dagcentret		
10 Min	<i>Tilbud, fordeling af personale og tilgang</i>	<p>Hvilke tilbud er der på dagcentret?</p> <p>Hvem benytter det?</p> <p>Er der andre udfordringer med udadreagerende adfærd?</p>

		<p>Hvordan er personalet fordelt mellem dagscenteret og plejecenteret? (Fast begge steder)</p> <p>Er der fordele /ulemper ved dette?</p> <p>Bruger I en anden tilgang til dagscenteret end til plejecenteret?</p>
Afrunding		
5 min		<ul style="list-style-type: none"> - Er der noget vi endnu ikke har været omkring, som I mener er vigtigt, at vi får med?

Noteguide til rundvisning

Navnet på stedet:	Kommentar:
Til stede fra projektet:	
Dato:	
Beboerafdeling (opbygningen, selve boligen, miljøet rundt om, muligheder for tilpasninger mf.)	
Fællesareal (hvad lægges der vægt på i det fælles, hvilke område er der tilgængelig, hvordan bruges de, hvordan fungerer de i praksis)	
Fleksibilitet i fællesarealerne?	
Mulighed for at inddrage borgerne i dagsaktiviteter?	
Udeareal	
Dagscenteret	
Teamstruktur (hvor flydende er teamet?)	
Hvad betyder det arkitektoniske for arbejdet? (positivt)	
Hvad betyder det arkitektoniske for arbejdet? (udfordringer)	
Har I nogle særlige teknologier/værktøjer i bruger (faldsystemer/låsesystemer ol.)	
Oplevelse af stedet miljø/kultur	
Andet at bemærke	

