



August 2025

Erfaringsopsamling – afprøvning af guide til at nedbringe antipsykotisk medi- cin til mennesker med demens

Indholdsfortegnelse

Resumé.....	
1 Indledning	1
1.1 Baggrund	1
1.2 Læsevejledning.....	2
2 Afsæt for og plejeenhedernes erfaringer med afprøvningen	3
2.1 Afsæt for afprøvningen	3
2.2 Plejeenhedernes oplevelse af afprøvningsprocessen	3
2.2.1 Rammer for afprøvningen	3
2.3 Identificerede gevinster for medarbejderne	4
3 Læring fra indsatsområder.....	6
3.1 Måling og monitorering.....	7
3.1.1 Baggrund og afsæt for arbejdet med måling og monitorering	7
3.1.2 Læringspunkter – måling og monitorering.....	7
3.1.3 Erfaringer fra afprøvningen	7
3.2 Procedurer og arbejdsgange	11
3.2.1 Baggrund og afsæt for arbejdet med procedurer og arbejdsgange	11
3.2.2 Læringspunkter - procedurer og arbejdsgange.....	11
3.2.3 Erfaringer fra afprøvningen	11
3.3 Samarbejde.....	14
3.3.1 Baggrund og afsæt for arbejdet med samarbejde	14
3.3.2 Læringspunkter – samarbejde	14
3.3.3 Erfaringer fra afprøvningen	14
3.4 Kompetenceudvikling	17
3.4.1 Baggrund og afsæt for arbejdet med kompetenceudvikling.....	17
3.4.2 Læringspunkter - kompetenceudvikling	17
3.4.3 Erfaringer fra afprøvningen	17
3.5 Personcentreret omsorg	20
3.5.1 Baggrund og afsæt for arbejdet med personcentreret omsorg.....	20
3.5.2 Læringspunkter i arbejdet med personcentreret omsorg i afprøvningen	20
3.5.3 Erfaringer fra afprøvningen	20
4 Forbrug af antipsykotisk medicin	23
4.1. Datagrundlag og overordnede fund	23

4.2.	Udvikling i forbrug af antipsykotisk medicin i afprøvningsperioden	23
4.3.	Tilstedeværelse af seponeringsplan	24
4.4.	Forebyggelse af igangsættelse af behandling og brug af antipsykotisk medicin efter behov	25
5	Anbefalinger til justering af guiden	26
<i>Bilag – metode</i>		27

Resumé

Sundhedsstyrelsen inviterede i slutningen af 2023 plejeenheder og kommuner til at deltage i en afprøvning af styrelsens *Guide til nedbringelse af antipsykotisk medicin til mennesker med demens*. Ni plejeenheder fordelt på syv kommuner har i perioden marts 2024 til februar 2025 deltaget i et forløb organiseret af Sundhedsstyrelsen med afsæt i guiden og den forbedringsmodel, som indgår heri.

Denne erfaringsopsamling samler op på resultater og læring på tværs af afprøvningsforløbene på de ni plejeenheder. Erfaringsopsamlingen har til formål at bidrage med læring og inspiration såvel som at give input til Sundhedsstyrelsen til en kommende revision af guiden.

Erfaringsopsamlingen er primært baseret på kvalitative datakilder, herunder særligt interviews gennemført på alle ni plejeenheder i starten og slutningen af afprøvningsperioden. Der er desuden gennemført en lokal datamonitorering af forbruget af antipsykotisk medicin (beboere i fast behandling).

Sammenfattende bekræfter erfaringsopsamlingen, at arbejdet med at nedbringe antipsykotisk medicin for mennesker med demens er en mangefacetteret og kompleks opgave, som i praksis finder sted på tværs af og i et samarbejde mellem en række relevante aktører, herunder ledelse og medarbejdere på plejeenhederne, øvrige ansatte i kommunen, praktiserende læger og psykiatrien, pårørende m.fl.

Afprøvningen har understøttet læring og lokale forandringer, herunder indførelsen af nye konkrete praksisser, samt haft positiv indflydelse på medarbejdernes tilgang til mennesker med demens. For de fem indsatsområder i Sundhedsstyrelsens guide peger erfaringsopsamlingen særligt på følgende:

- **Måling og monitorering:** Det kan være komplekst og omfattende for en plejeenhed at danne sig et overblik over beboernes medicinforbrug bl.a. som følge af polyfarmaci og en kompleks sygdomshistorik. Gennemgang og monitorering af medicinforbruget er dog helt afgørende for at opnå indsigt i den enkeltes situation og dermed potentiale for seponering, ligesom øget viden og indsigt danner afsæt for mere fagligt kvalificerede dialoger med praktiserende læge og hospitalslæge.
- **Procedurer og arbejdsgange:** Ændringer i praksis kræver tålmodighed, vedholdenhed og systematik. For borgere med demens spiller dokumentation af adfærd en afgørende rolle som led i en systematisk afprøvning og opfølgning på ændringer i omsorgsarbejdet og tilrettelæggelse af hverdagen og trivselsfremmende aktiviteter for den enkelte. Ledelsen skal være opmærksomme på, at kulturen i personalegruppen kan være en aktiv med- eller modspiller ift. at skabe forandringer.
- **Samarbejde:** Reduktion af antipsykotisk medicin for borgere med demens finder sted i et komplekst samarbejde og samspil på tværs af en række aktører. For plejeenhederne er særligt samarbejde med den/de praktiserende læger afgørende. Der er i afprøvningen en række positive erfaringer med at understøtte lægernes beslutninger og generelt at informere og inddrage dem i konkrete indsatser.
- **Kompetenceudvikling:** Kompetenceudvikling tager afsæt i den lokale kontekst og udgangspunktet på den enkelte plejeenhed og i den enkelte kommune. Viden og kompetencer skal kontinuerligt vedligeholdes og udbygges. I praksis kan det være en udfordring at sikre et fælles fagligt afsæt i en travl hverdag med skiftende vagthold. Konkrete behandlingsværktøjer ses at have størst effekt, hvis der sker prioriteret anvendelse og med træning bredt set i personalegruppen.
- **Personcentreret omsorg:** Den personcentrerede omsorg er helt central i arbejdet med at øge forståelsen for det enkelte menneske og herigennem skabe øget trivsel blandt borgere med demens. Afprøvningen viser, at både borgere og medarbejdere oplever forbedringer i deres hverdag og øget trivsel gennem systematisk brug af metoder og redskaber til personcentreret omsorg.

Plejeenhederne er tilsammen undervejs i afprøvningsperioden lykkedes med at seponere antipsykotisk medicin for i alt 17 borgere (fast brug). I slutningen af afprøvningsperioden er der 25 pct. færre borgere – ud af de borgere, som monitoreringen har omfattet – som er i behandling med antipsykotisk medicin. Hertil kommer reduktion i forbrug af antipsykotisk medicin p.n. og forebyggelse af igangsættelse af behandling med antipsykotisk medicin. Der er ikke gennemført en monitorering på disse, men interviews på plejeenhederne understøtter, at afprøvningen også her ses at have haft en væsentlig positiv betydning. Endelig ses i afprøvningsperioden en stigning i andelen af borgere, som er i behandling med antipsykotisk medicin, hvor der foreligger en seponeringsplan.

1 Indledning

1.1 Baggrund

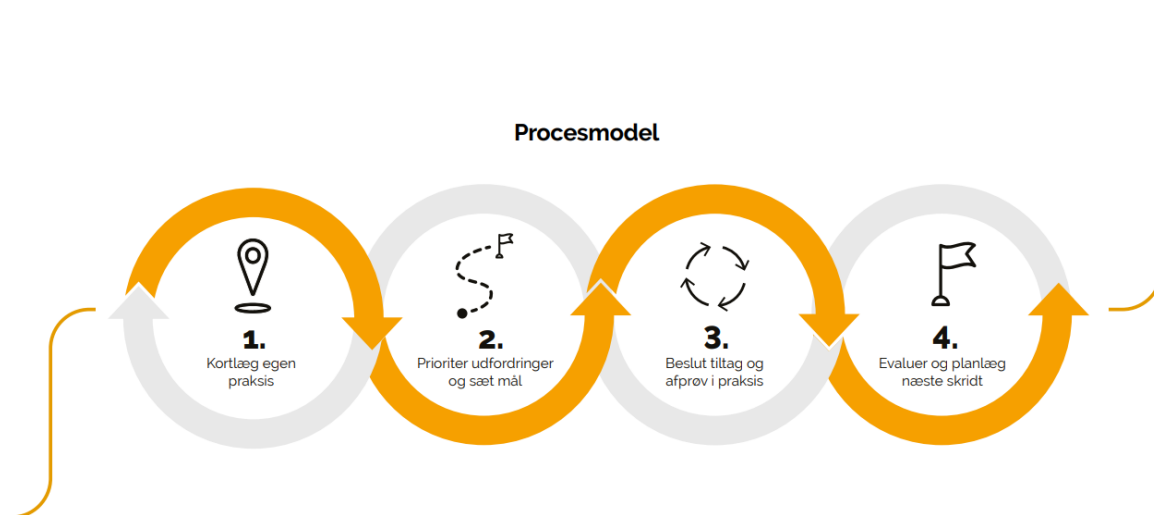
I *Den Nationale Demenshandlingsplan 2025* (2016) er der fastlagt et politisk mål om at halvere forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens gennem en forbedret pleje- og behandlingsindsats. Forbruget af antipsykotisk medicin til borgere med demens¹ har i en årrække ligget stabilt omkring 20 pct., men er de seneste år faldet og blev i 2024 opgjort til lige under 18 pct. Udviklingen går dermed i den rigtige retning.

Som et led i den samlede indsats lancerede Sundhedsstyrelsen i maj 2023 *Guide til nedbringelse af antipsykotisk medicin til mennesker med demens* (herfra: guiden).

Guiden er udviklet med det formål at inspirere og understøtte kommuner og plejeenheder i deres arbejde med at nedbringe brugen af antipsykotika til mennesker med demens. Det sker gennem omsætning af viden og anbefalinger til mere praktiske handlingsanvisninger og redskaber, illustrerende cases og henvisninger til yderligere viden og inspiration. Guiden udgør en samlet ramme for arbejdet med at nedbringe anvendelsen af antipsykotisk medicin på tværs af de forskellige involverede aktører. Den indeholder en selvevalueringsdel og en forbedringsdel og kan anvendes af både kommuner og plejeenheder. Guiden er bl.a. baseret på erfaringer fra Demensrejseholdet, viden fra forskningen og erfaringer fra en række kommuner. Guiden er blevet til med input fra en lang række aktører på ældre- og demensområdet.

Guiden indeholder en procesmodel til arbejdet med at nedbringe antipsykotisk medicin igennem fire trin:

Figur 1.1: Procesmodel fra guiden



¹ Undervejs i rapporten anvendes borger og beboer som synonymmer for de personer, der bor på plejeenhederne. Ligeledes anvendes betegnelserne medarbejdere og personale synonymt.

Formålet med denne rapport er at samle op på erfaringer fra en afprøvning med guiden som metodisk ramme for indsatser rettet mod reduktion af brugen af antipsykotisk medicin for borgere med demens. Afprøvningen har fundet sted på ni plejeenheder i syv kommuner i perioden marts 2024 til februar 2025. Mere præcist belyses følgende spørgsmål:

1. Hvilke erfaringer og læring har plejeenhederne opnået som følge af afprøvningen og arbejdet med at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin blandt borgere med demens?
2. Hvordan har forbruget af antipsykotisk medicin til borgere med demens på de deltagende plejeenheder udviklet sig gennem forløbet?
3. Hvordan kan Sundhedsstyrelsens guide videreudvikles, så den i højere grad understøtter plejeenheder og kommuner i deres arbejde med at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin blandt borgere med demens?

1.2 Læsevejledning

Erfaringsopsamlingens resultater formidles i en række tematiske kapitler, som præsenteres nedenfor.

Kapitel 2 beskriver kortfattet konteksten for enhedernes deltagelse i afprøvningen samt overordnede erfaringer herfra.

Kapitel 3 omhandler plejeenhedernes erfaringer og læring i relation til de fem centrale indsatsområder i guiden. Her beskrives afsættet, erfaringer og konkrete eksempler og læringspunkter fra afprøvningen.

I kapitel 4 beskrives de kvantitative data om medicinforbrug, som er indsamlet lokalt på enhederne i forbindelse med afprøvningen.

Endelig indeholder kapitel 5 anbefalinger til en revision og videreudvikling af guiden.

I bilag er vedlagt en beskrivelse af metode og data såvel som en beskrivelse af det forløb, som plejeenheder og kommuner har deltaget i.

2 Afsæt for og plejeenhedernes erfaringer med afprøvningen

2.1 Afsæt for afprøvningen

Mennesker med demens er en sårbar målgruppe, og i arbejdet med trivsel er det vigtigt at imødekomme både deres fysiske og psykiske behov. Grundet den kognitive funktionsnedsættelse kan det være vanskeligt for disse borgere at give udtryk for, hvordan de har det, og hvad de har brug, på anden vis end gennem deres adfærd. Det kræver derfor et højt fagligt niveau hos alle medarbejdere, som indgår i den sociale og sundhedsfaglige indsats, samt en evne til kontinuerligt at vurdere og justere de faglige indsatser.

I forhold til at bevare selvbestemmelse, integritet og værdighed er mennesker med demens stærkt afhængige af deres omgivelser. Både hvad angår hjælp til basale hverdagsaktiviteter men også hvad angår behovet for at være velstimulerede og føle sig anerkendte og værdsatte som mennesker. Det kræver ledelsesmæssigt fokus og kontinuerlige fælles faglige drøftelser og tværfaglige indsatser at fremme trivlen.

Guide til nedbringelse af antipsykotisk medicin til mennesker med demens understøtter organisationer i en systematisk og struktureret tilgang til at se på egen praksis, bl.a. ved selvevaluering, dataindsamling af medicinforbrug samt et refleksivt fagligt blik på arbejdsgange omkring borgere, som er i risiko for at blive sat i antipsykotisk medicin eller allerede er sat i behandling. Forud for iværksat behandling ses ofte episoder med agiterende eller voldsom adfærd og en personalegruppe, som har oplevet, at de ikke kunne forhindre, at situationen udviklede sig.

Det kræver fælles faglig refleksion og systematik samt samarbejde på tværs af vagtlag, med pårørende og praktiserende læge og/eller ældrepsykiatrien at opspore begyndende tegn på mistrivsel hos mennesker med demens og at identificere årsagen og sætte ind med indsatser, som kan forebygge yderligere voldsom adfærd. At forebygge og begrænse forbruget af antipsykotisk medicin kræver således en flerfaglig indsats og samarbejde på tværs af fagligheder.

Indgående viden om personen med demens – det levede liv, personlige præferencer, vaner og rutiner - er vigtige indikatorer for at lykkes med individuelt tilpasset pleje og omsorg, som sikrer og forebygger mistrivsel. Det kræver et kontinuerligt ledelsesmæssigt fokus at arbejde systematisk og struktureret med personcentreret omsorg.

Som ovenstående beskrivelse skitserer, er det en mangefacetteret og kompleks faglig opgave at arbejde med at reducere forbruget af antipsykotisk medicin for borgere med demens. De ni deltagende plejeenheder har således stået overfor en stor og krævende opgave. Fokus har været på at afprøve tiltag og opnå læring som grundlag for en videre indsats med at forebygge og reducere brugen af antipsykotisk medicin. Formålet har desuden været at medvirke til at forbedre og kvalificere Sundhedsstyrelsens guide på området.

2.2 Plejeenhedernes oplevelse af afprøvningsprocessen

De ni plejeenheder har gennem en periode på ca. et år arbejdet med guiden som metodisk ramme for indsatser rettet mod reduktion af brugen af antipsykotisk medicin for borgere med demens. Enhederne har selv identificeret udgangspunktet og de lokale udfordringer, besluttet mål og indsatser samt iværksat disse og fulgt op.

Erfaringsopsamlingen peger på en række generelle erfaringer med deltagelse i afprøvningen og arbejdet med guiden. Disse erfaringer læner sig op ad velkendte erfaringer ved forbedringsarbejde i ældresektoren.

- **Dedikerede ressourcer er afgørende:** På alle plejeenheder har ansvaret for afprøvningen været forankret i en samlet projektgruppe. På flere enheder har der dog været en formel eller uformel projektleder for indsatsen med et mere dedikeret ansvar for gennemførelsen af afprøvningen – enten en ansat centralt i kommunen (forvaltningen) eller på plejeenheden. Tilstedeværelsen af en sådan projektleder opleves at have haft en væsentlig positiv betydning for afprøvningen.
- **Stor personfølsomhed er en udfordring:** Nogle af de deltagende enheder har i betydelig grad været ramt af udskiftninger i projektgruppen som følge af ændringer i ansættelsesforhold, barsler og sygdom. Det har gjort det vanskeligt at sikre kontinuitet og fremdrift i afprøvningen.
- **Spejling i andres erfaringer er værdifuldt:** Læringsseminarer har både givet inspiration fra andre, ligesom de har udgjort en ramme for og anledning til at reflektere over egen praksis. For nogle enheder har læringsseminarerne således været med til at bekræfte, at man allerede – også forud for gennemførelsen af afprøvningen – har haft en vis modenhed på forskellige områder for eksempel systematisk indsats med personcentreret omsorg, arbejdsgange vedr. medicin m.v.
- **Aktiviteter i afprøvningsforløbet har skabt et positivt 'push':** I praksis har de deltagende enheder i afprøvningen været hjulpet på vej og fået hjælp til fremdrift af Sundhedsstyrelsen og øvrige involverede aktører. De løbende netværksseminarer og affødte deadlines for at indsende logbøger m.v. samt den løbende rådgivning fra Demensrejseholdet har i praksis skubbet projektgrupperne på vej og dermed sikret fremdrift.

Case: Eksempel på brug af procesmodellen fra trin 1 til 4 på plejeenhed

Trin 1: Kortlæg egen praksis. Enheden begyndte med en omfattende gennemgang af alle 107 beboeres journaler, hvilket afslørede et højt forbrug af både antipsykotisk medicin og beroligende medicin. Denne kortlægning blev grundlaget for en indledende selvevaluering, der identificerede muligheder for forbedring af eksisterende arbejdsgange.

Trin 2: Prioriter udfordringer og sæt mål. Plejeenheden satte som mål at reducere antipsykotisk medicin med 50 pct. og udvide fokus til at inkludere andre præparater såsom antidepressiva. Målene inkluderede også at skabe nye arbejdsgange ifm. indflytning af nye beboere med fokus på medicinforbrug.

Trin 3: Beslut tiltag og afprøv i praksis. Plejeenheden besluttede at starte med "lavt hængende frugter," dvs. de situationer, hvor en mulig seponering af medicin for en beboer blev vurderet som mest relevant at afprøve og med den højeste sandsynlighed for at lykkes. Der blev arbejdet intensivt med dialog og engagement af medarbejdere på de enkelte afsnit ift. udvælgelse af kandidater til seponering og konkrete planer herfor. I forbindelse med beboerkonferencer blev der lagt individuelle seponeringsplaner. Plejeenheden fokuserede desuden på det tværfaglige samarbejde med praktiserende læger og inddragelse af pårørende i processen.

Trin 4: Evaluer og planlæg næste skridt. Gennem afprøvningen er det lykkedes at trappe ca. 12 beboere ud af antipsykotisk medicin eller anden sederende medicin, mens flere andre har fået reduceret dosis. Fremadrettet planlægger plejeenheden at fortsætte med medicinmonitorering for alle beboere hver tredje måned og intensivering af beboerkonferencerne for at fastholde fokus. Herudover er der fokus på samarbejde med praktiserende læger om forebyggelse af antipsykotisk medicin med intention om at reducere omfanget af den medicin, som nye beboere flytter ind med.

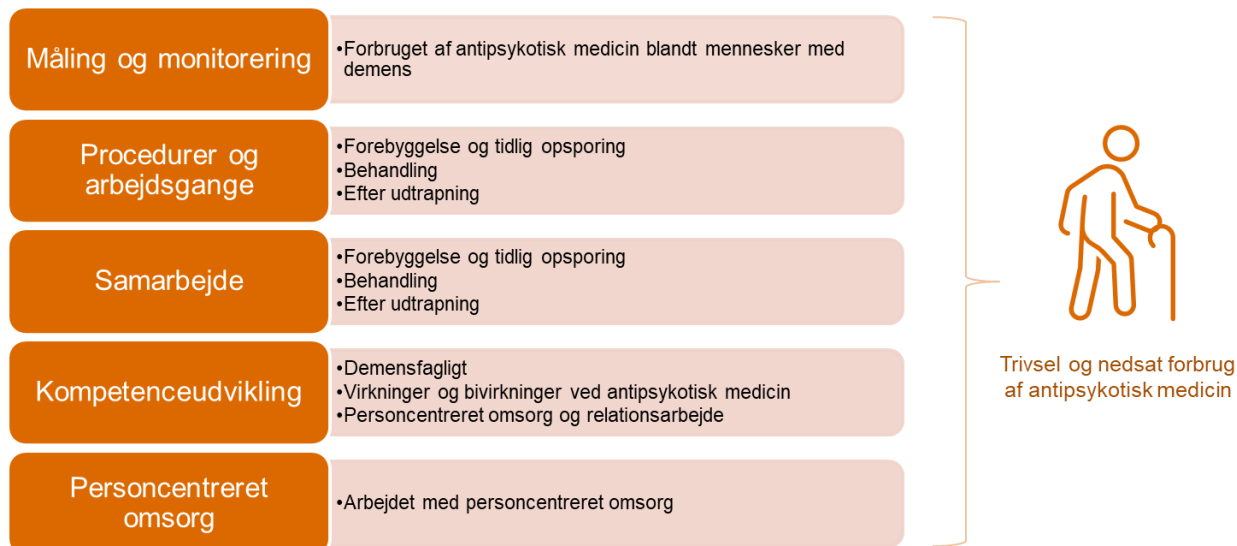
2.3 Identificerede gevinster for medarbejderne

Afprøvningens sigte er reduktion af brugen af antipsykotisk medicin samt mere generelt forbedringer i trivslen for borgere med demens på plejeenhederne. Erfaringsopsamlingen har imidlertid identificeret en række positive gevinster også for medarbejderne på plejeenhederne. Disse vedrører særligt:

- **Ændring i narrativer og kultur:** På flere enheder opleves afprøvningen at have affødt – eller skubbet til – ændringer i udbredte narrativer og kultur, jf. også kapitel 3 nedenfor. Personalet oplever at have fået en større forståelse for demens sygdom, og at beboerens adfærd er symptomer herpå frem for 'mennesket bag'. Og at "al adfærd er kommunikation". Dette tilfører øget mening til omsorgsopgaven – at det handler om at hjælpe en syg medborger og forstå, hvad det er, vedkommende forsøger at kommunikere.
- **Større redskabskasse, som understøtter relationen til borgeren:** Flere enheder har arbejdet med styrket dokumentation i form af døgnobservationsskemaer og lignende samt brug af redskaber til personcentreret omsorg, jf. kapitel 3. Det har øget medarbejdernes kompetencer og evne til at se sammenhæng mellem adfærd og bagvedliggende årsager, ligesom arbejdet med metoder for personcentreret omsorg har givet medarbejderne en større redskabskasse i det daglige omsorgsarbejde. Helt praktisk fortæller nogle medarbejdere, at de nu nemmere kan 'komme til' borgeren og dermed udføre konkrete opgaver såsom fx personlig hygiejne. Opgaven tager kortere tid og er alt andet lige mere behagelig at udføre, hvis beboeren samarbejder. Det har således medført konkrete forbedringer i hverdagen.
- **Samarbejde og fælles sprog:** På flere enheder oplever medarbejderne, at der qua arbejdet med forskellige indsatser er blevet en større fælles samtale fx på et afsnit om de enkelte beboere og hvordan, personalet bedst muligt kan tilgå beboerne og øge deres trivsel. Medarbejderne deler nogle gange helt lavpraktiske tips med hinanden fx at gå baglæns ind i et rum, at synge en bestemt sang m.v. Det handler også om, at man gennem arbejdet med metoder og redskaber til personcentreret omsorg har fået en større grad af fælles sprog på et afsnit eller enhed. Det opleves at have givet et bedre kollegialt sammenhold, ligesom det kan være mere legitimt at italesætte, hvad man synes er svært, og at række ud efter hjælp fra kollegaer.
- **Tryghed ved gennemførelse af medicin seponering:** I starten af afprøvningsperioden udtrykte flere medarbejdere bekymring for et stort og ensidigt fokus på brugen af antipsykotisk medicin - og heraf følgende seponering af medicin for beboere, som ville have svært ved at klare sig uden medicinen. Nogle medarbejdere gav også udtryk for, at man så hensynet til medarbejdernes arbejdsdag og tryghed som en legitim del af grundlaget for at ordinere og fastholde brugen af antipsykotisk medicin til beboere på plejeenheden. Det var med dette afsæt bemærkelsesværdigt, at der ved afslutning af afprøvningsperioden kun i meget begrænset omfang blev identificeret bekymringer for at gå for hurtigt frem med seponering af antipsykotisk medicin. På den plejeenhed, som mest aktivt og direkte har arbejdet med at identificere kandidater til at gennemgå seponering, blev der observeret en begrænset bekymring i personalegruppen ved afslutning af afprøvningsperioden. Denne bekymring gik dog primært på en opmærksomhed på, at seponering kræver ekstra ressourcer hos personalet og en generel bekymring for arbejdspresset.

3 Læring fra indsatsområder

Guiden indeholder fem centrale indsatsområder, som hver især – og i sammenhæng – er relevante at fokusere på som led i en indsats for at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin, jf. nedenstående figur:



De deltagende plejeenheder har selv bestemt, hvad der skulle arbejdes med i afprøvningsperioden. Det betyder også, at enhederne i varierende grad har haft fokus på de fem indsatsområder, og at de konkrete indsatser under hvert indsatsområde i praksis har haft forskellig form og indhold.

De fem indsatsområder er indbyrdes forbundet og kan derfor ikke ses fuldstændig uafhængigt af hinanden. For eksempel vil en indsats med fokus på personcentreret omsorg ofte forudsætte videreudvikling af personalets kompetencer samt ændringer i procedurer og arbejdsgange, der sikrer en systematisk tilgang til at yde personcentreret omsorg.

3.1 Måling og monitorering

3.1.1 Baggrund og afsæt for arbejdet med måling og monitorering

I *guiden* fremgår følgende overordnede pejlemærker for nedbringelse af brugen af antipsykotisk medicin til mennesker med demens - med særlig relevans i forhold til indsatsområdet "måling og monitorering":

- Monitorer forbruget af antipsykotika løbende og spørg for hver borger: hvorfor, hvor længe og er medicinen stadig aktuel?

3.1.2 Læringspunkter – måling og monitorering

Sammenfattende peger afprøvningen på en række læringspunkter vedr. måling og monitorering af forbruget af antipsykotisk medicin som afsæt for og led i en indsats for at reducere dette:

- **Et overblik over medicinforbruget på plejeenhederne er afgørende** for ledelse og projektgruppes muligheder for at forebygge og reducere forbruget af antipsykotisk medicin, hvor dette er muligt. Alternativt agerer man 'i blinde'.
- **Gennemgangen af beboernes medicinforbrug danner afsæt for en bred faglig indsigt** bl.a. indsigt i ordinationsgrundlag, sygdomsudvikling, sammenhæng mellem diagnoser, symptomer og medicinforbrug, sammenhæng mellem dosering og daglige adfærdsmønstre osv. Data rummer således mange væsentlige detaljer og indsigter, som skaber afsæt for øget forståelse og dermed relevante handlinger.
- **Øget viden og indsigt i medicinforbrug og historik skaber afsæt for mere fagligt kvalificerede dialoger med praktiserende læge og/eller hospitalslæge.**
- **Det kan være en kompleks opgave at etablere en monitorering, som er tilstrækkeligt præcis, men samtidig skaber overblik og er realistisk at gennemføre i praksis.** Der skal sikres en balance mellem detaljer, hyppighed for opdatering og opfølgning set ift. de konkrete behov og formål med monitoreringen.

3.1.3 Erfaringer fra afprøvningen

Praktisk indsamling af data og teknisk understøttelse

Alle plejeenheder har som led i afprøvningen monitoreret forbrug af antipsykotisk medicin. Konkret er der på daglig basis registreret data om præparat, dosis, om der foreligger seponeringsplan m.v. for de borgere i målgruppen for afprøvningen, som på den enkelte enhed har været i behandling med antipsykotisk medicin i løbet af afprøvningsperioden. Dette er sket med afsæt i et skema udarbejdet specifikt til brug for afprøvningen, jf. bilag med metodebeskrivelse. Nogle enheder har i tillæg hertil arbejdet med egne, supplerende overbliksark, ligesom nogle enheder har valgt at gennemføre en mere omfattende monitorering fx af brugen af anden sederende medicin.

Ansvar for indsamling af data har været forankret i projektgrupperne, typisk hos en sygeplejerske på enheden eller en ansat centralt i kommunen. Udfyldelse af dataskema opleves flere steder at være sket bagudrettet og med en vis forsinkelse gennem opslag i de relevante fagsystemer, hvilket peger på, at man på disse enheder ikke har fulgt løbende med i det samlede, overordnede medicinforbrug. Flere projektgruppemedlemmer giver udtryk for, at indsamlingen i praksis har været tung og nogle steder teknisk bøvlet. Der ses en forskel i modenhed og kompetencer til at kunne arbejde med data på tværs af de deltagende

enheder, men også – i sammenhæng hermed – en forskel i interessen for og oplevelse af vigtigheden af at have et dækkende og kontinuerligt opdateret medicin overblik. Det ses desuden, at kommunernes omsorgssystemer giver forskellige muligheder for og forskellig grad af hjælp til løbende at kunne monitorere medicinforbruget.

Enkelte enheder har, for at få et bedre overblik over medicinforbruget, udviklet og defineret deres egne supplerende skemaer for medicinforbruget, jf. caseboksen nedenfor.

Case: Skema for medicinforbrug, der skaber overblik over tid og på tværs af beboere

På en af de større plejeenheder har projektgruppen arbejdet med at udvikle og opsætte deres egne skemaer for medicinforbruget på enheden.

Ét af de udviklede skemaer er et månedsbaseret skema, hvor der på en enkelt A4-side gøres status over det samlede forbrug af antipsykotisk medicin, anden sederende medicin og antidepressiva for borgere med enten en demensdiagnose, symptomer på demens, psykiatrisk diagnose eller øvrige kognitive funktionsnedsættelser.

Konkret viser skemaet de relevante beboere fordelt på diagnoser for den enkelte måned (rækker) og typen af medicinforbrug (kolonner) fx antipsykotisk medicin, anden sederende m.v. I hver celle af skemaet fremgår for hvert afsnit på plejeenheden det relevante antal af beboere for den pågældende celle fx antallet af borgere med demens på afsnit A, som i januar 2025 har fået antipsykotisk medicin.

Skemaet giver på den måde et hurtigt og nemt tilgængeligt overblik over medicinforbruget for en given måned og som kan sammenlignes fx med måneden forinden eller måneden efter, ligesom medicinforbruget kan sammenlignes på tværs af afsnit. Skemaet/skemaerne er blevet brugt af (i første omgang) projektgruppen til at følge med i medicinforbruget og have en fælles viden herom.

Monitorering af medicinforbrug giver nødvendig viden som afsæt for relevante handlinger

Det opleves som en stor opgave at følge medicinforbruget og få taget hånd om dette, bl.a. da mange beboere får adskillige præparater, og udfordringer forbundet med polyfarmaci er derfor tydelige, jf. også generelle erfaringer på demensområdet og mere generelt i ældreplejen.

Indsamlingen af data om medicinforbruget opleves dog på alle plejeenheder at have været afgørende for gennemførelse af indsatser i afprøvningen. Monitoreringen har givet anledning til nye indsigter og en skærpet opmærksomhed på bestemte overgange eller sammenhænge mellem diagnoser og medicinering - og dermed skabt afsæt for relevante handlinger. Eksempler på sådanne indsigter er:

- Skærpet opmærksomhed på tilstedeværelse af seponeringsplan for borgere, der får antipsykotisk medicin. Flere enheder har konstateret, at langt fra alle borgere, som får antipsykotisk medicin, har en seponeringsplan. Der er i forlængelse heraf kommet fokus på at sikre, at der ved nye ordinationer altid foreligger seponeringsplaner.
- Skærpet opmærksomhed på overgange for borgerne, herunder særligt ved indflytning på plejeenheden. På flere enheder er det et opmærksomhedspunkt ikke at ændre borgerens medicinering i den første tid efter indflytning med henblik på at kunne vurdere borgeren i en mere stabil situation, som er mindre påvirket af overgangen og de nye omgivelser.
- Skærpet opmærksomhed på og nysgerrighed overfor, hvorfor borgeren i sin tid fik medicinen ordineret, og om det fortsat er relevant for borgeren at indtage denne. For eksempel har flere enheder observeret, at antidepressiva ofte kan være ordineret i en tidligere fase af en demenssygdom, men hvor borgerens situation på nuværende tidspunkt er en anden. Det er ligeledes for flere borgere konstateret, at en person har fået ordineret antipsykotisk medicin, mens borgeren boede i eget hjem, med henblik på at skabe mere ro og dermed aflaste de pårørende. Det er derfor ikke sikkert, at der er de samme udfordringer på plejeenheden, og seponering kan derfor evt. forsøges.

- Skærpet opmærksomhed på, hvordan forskellige medicintyper virker i sammenhæng med hinanden, og om man fx for nogle borgere med bestemte diagnoser og sygdomsbillede kan risikere at komme til at give én type af præparat, som afbalancerer eller udligner virkningen af en anden type af medicin.
- Skærpet fokus på dosis størrelse og tidspunkter på dagen, hvor medicinen gives. På nogle enheder har man fx haft stort fokus på betydningen af, om en dagsdosis gives på én gang eller fordelt på to tidspunkter med halv dosis. På en af plejeenhederne har man bl.a. oplevet en forbedret virkning hos en borger efter at være skiftet fra at give antipsykotisk medicin én gang i døgnet (om morgenen) til opsplitning af dosis, så denne gives på to forskellige tidspunkter af døgnet, men med samme akkumulerede døgndosis. Dette medførte større mental stabilitet og mindre træthed.

"Skemaet til monitorering 'åbnede hele organisationen op'. Vi fandt ud af, at det ofte var borgere med andre udfordringer end demens, som fik antipsykotisk medicin fx personer med hjerneskade. Derfor flyttede vores fokus fra borgere med demens til også at vedrøre andre beboere"

"Når vi dykkede ned i data, kunne vi se, at mange fik antidepressiva og havde fået ordinationen kort inden, de fik en demens diagnose. Så blev vi nysgerrige på – fik de det, fordi symptomerne har mindet meget om hinanden, og så er man aldrig blevet trappet ud af det?"

Indsigter i medicinforbrug skaber grundlag for mere kvalificerede faglige dialoger med lægerne

Flere plejeenheder har oplevet, at monitoreringen og dermed et større indblik i medicinforbruget – koblet med større systematisk viden om beboernes adfærd – har givet afsæt for mere kvalificerede dialoger med egen læge og/eller hospitalslæge. Det stærkere faglige afsæt betyder, at man i højere grad tør stille spørgsmål til lægens vurderinger og ræsonnementer og endda udfordre disse, hvis man er uenig.

På tværs af de ni plejeenheder ses forskellig praksis for, hvem der har dialog med lægen, herunder som led i besøg og konsultationer på plejeenheden såvel som i mere akutte situationer. Derfor er det også forskelligt, hvem der på de enkelte enheder har behov for indsigt i borgerens medicinforbrug.

Udbredelse af viden om medicinforbrug

Få af de deltagende enheder har haft fokus på at viderebringe indsigter i medicinforbruget til personalegruppen fx ifm. en midtvejsstatus på projektet eller på personalemøder, og erkendelsen er generelt at "vi har ikke været helt gode til at videredele data - det kunne vi sagtens have været bedre til".

Det er en udfordring at understøtte formidling af viden om medicinforbrug til medarbejderne i de rette og relevante vidensdelingsfora og på en overskuelig men også tilstrækkelig nuanceret måde, der bl.a. tager hensyn til følsomheden i små datasæt.

I flere projektgrupper italesættes, at der fra kommunens side, herunder fra politisk hold, opleves at være en betydelig interesse for kvantitative data om medicinforbrug. Det er i den sammenhæng vigtigt for plejeenhederne, at data præsenteres på en korrekt og tilstrækkeligt nuanceret måde, hvilket i praksis opleves som vanskeligt givet politikernes efterspørgsel på overskuelige og enkle fremstillinger.

Case: Systematisk medicingennemgang for alle beboere med bredt præparatfokus

På en større plejeenhed er der som led i afprøvningen sket en gennemgang af alle beboeres medicinforbrug – i praksis på over 100 beboere. Det stod forholdsvis tidligt i projektperioden klart, at det ville være omfattende at gå alle beboernes journaler og medicinforbrug igennem. Det blev derfor besluttet at udvide monitoreringen til også at inkludere bl.a. antidepressiva og demensmedicin. Dette for at undgå, at man efterfølgende skulle gå alle journaler igennem på ny – nu med fokus på andre typer af medicin. Ønsket var således også at se ordinationer for den enkelte beboere i sammenhæng.

Medicingennemgangen er i praksis foretaget af to sygeplejersker på enheden og har givet indblik i medicinforbruget for de enkelte beboere og øget forståelse for betydningen heraf, herunder også mere komplekse sammenhænge for beboere, som får flere forskellige slags medicin.

Med dette afsæt har gennemgangen givet anledning til både identificering af borgere, hvor seponering af bl.a. antipsykotisk medicin (eller anden medicin) er relevant såvel som opmærksomhed på en række arbejdsgange ifm. indflytning og ordination af ny medicin, som nu er indført på enheden.

De to sygeplejersker har fungeret som brobyggere til de enkelte afdelinger på plejeenheden ift. at udbrede viden om medicinforbrug samt som sparrings- og samarbejdspartnere ifm. konkret aftalte og iværksatte seponeringer af medicin.

Der er herudover på baggrund af afprøvningen indført nye arbejdsgange for bl.a. sygeplejerskernes indsats ved modtagelse af nye beboere, som sikrer øget opmærksomhed på beboerens medicin ved indflytning.

Enheden har besluttet, at man også efter afslutning af afprøvningen vil følge beboernes løbende medicinforbrug samt det medicinforbrug, som beboerne flytter ind med. Det sidstnævnte har bl.a. relevans ift. enhedens samarbejde med øvrige aktører, herunder ikke mindst de praktiserende læger i kommunen.

3.2 Procedurer og arbejdsgange

3.2.1 Baggrund og afsæt for arbejdet med procedurer og arbejdsgange

I *guiden* fremgår følgende overordnede pejlemærker for nedbringelse af brugen af antipsykotisk medicin til mennesker med demens - med særlig relevans i forhold til indsatsområdet "procedurer og arbejdsgange":

- Gennemfør en systematisk årsagsanalyse for at afdække fx somatiske årsager eller uopfyldte fysiske eller psykologiske behov, når der opleves adfærdsændringer hos en person med demens.
- Vurder jeres praksis. En systematisk tilgang hjælper jer med at opdage og forebygge symptomer og mistrivsel hos borgere med demens.
- Vær opmærksom på øget uro og adfærdsændringer ved overgange og indlæggelser. Vurder borgerens medicin efter indlæggelse.

3.2.2 Læringspunkter - procedurer og arbejdsgange

Erfaringerne peger på følgende læringspunkter vedr. procedurer og arbejdsgange:

- **Praksisændringer kræver tålmodighed, vedholdenhed og systematik.** Varige ændringer i processer og arbejdsgange skal udbredes og forankres i hele organisationen gennem en vedvarende, struktureret indsats. Ofte vil der være tale om at tage små, løbende skridt, så ændringer kan prøves af og herefter gradvist forankres i den daglige praksis på tværs af hele personalegruppen.
- **Systematisk og ensartet dokumentation understøtter identifikation af årsagssammenhænge og muligheder for at give den bedst mulige hjælp og omsorg til beboerne.** Dokumentation og samtalerne herom opleves at give et stort udbytte og være indsatsen værd, idet videndeling gennem dokumentation kan skabe sammenhæng i forebyggelse og tidlig opsporing samt i samarbejdet med bl.a. den praktiserende læge.
- **Processer, arbejdsgange og kultur er sammenhængende størrelser.** Det er vigtigt at italesætte hensyn ved nye arbejdsgange og processer og få skabt opbakning hertil. Det kan være nødvendigt at gøre op med en kultur, hvor det ikke længere er beboernes behov og hensyn, som er i centrum.

3.2.3 Erfaringer fra afprøvningen

Eksempler på nye arbejdsgange, som er afprøvet

Afprøvningen har taget afsæt i lokale forhold på de enkelte enheder – ofte med afsæt i selvevalueringen. På alle enheder har der været fokus på udvalgte arbejdsgange med særligt fokus på forebyggelse af antipsykotisk medicin og håndtering af urolig adfærd hos beboerne. Erfaringerne viser, at systematiske og strukturerede arbejdsgange er værdiskabende, da det fordrer til, at man løbende vender borgerens udvikling og systematisk får gjort de ting, som virker. Eksempler på konkrete indsatser vedrører blandt andet:

- *Tværfaglige beboerkonferencer:* Flere enheder har fx skruet op for antal eller hyppighed af konferencer eller udvidet den personkreds og dermed de kompetencer, som deltager i konferencerne.
- *Daglig triagering:* Dette bidrager til, at der dagligt følges op på monitorering af de beboere, der kræver øget opmærksomhed, for eksempel fordi enheden arbejder med udtrapning af antipsykotisk medicin for den pågældende beboer.
- *Struktureret seponering af antipsykotisk medicin:* En projektgruppe har i afprøvningen haft fokus på, at der i hele personalegruppen er kendskab til anbefalinger vedr. tilrettelæggelse af seponering og udarbejdelse af konkrete planer herfor. Sundhedsstyrelsens seponeringsliste har i denne sammenhæng fungeret som et tværfagligt samtaleværktøj, som der er taget afsæt i.

"Det startede vi med sidste sommer. Igen er det noget med, at vi skal være mere stringente. Ja, vi triagerer i tilstande. Før sommer triagerede vi jo ikke på samme måde. Vi har jo ikke [tidligere] triageret i tavler. Så vi fik købt tavler hjem, og så fik vi bare sat det op. Det giver bare den der, man får snakket om tingene. Og uroskemaerne skal vi jo også fortsætte med. Hele projektet har jo givet os det indblik, at vi manglede lidt struktur"

I de lokale afprøvninger har der ofte været tale om, at enhederne har sat nogle af deres eksisterende processer og arbejdsgange i system – frem for, at man har fundet på noget helt nyt. Mere struktur i indsatsene har på den måde været et gennemgående tema i hovedparten af afprøvningsne – uanset om fokus har været på triagering, beboerkonferencer, seponeringsplaner eller noget helt fjerde.

Case: Tværfaglige beboerkonferencer med faste kadencer og systematisk tilgang

En plejeenhed har som led i afprøvningen fokuseret særligt på beboerkonferencer, hvor der foretages en helhedsorienteret og systematisk gennemgang af én af plejeenhedens beboere. Personalet kan melde ind med ønsker til beboere, hvor der ønskes gennemført en beboerkonference.

Konferencen inkluderer relevant personale på plejeenheden, praksisteamet fra kommunen, der har særlig viden om demens, samt demenssygeplejerske. På konferencen drøftes hjælp til beboeren, tilgangen til beboeren, medicin og sygdomshistorik for at dykke dybere ned i beboerens tilstand og muligheder for at hjælpe denne bedst muligt. Fagpersonalet fra kommunen kan give enhedens personale gode råd, opmærksomhedspunkter og inspiration til nye praksisser.

Der kan være forskellige grunde til, at personalet vurderer, at det er relevant at indstille en beboer til en beboerkonference. På den specifikke enhed har en beboerkonference omhandlet en beboer på antipsykotisk medicin, hvor arbejdet med personcentreret omsorg drøftes, samt hvilke tiltag der kan erstatte antipsykotisk medicin. I den konkrete sag blev det bl.a. besluttet, at personalet i stedet for at lade beboeren være i fred (gå udenom beboeren) skulle forsøge at møde beboeren med hyppige hilsener og anden opmærksomhed. Det opleves at have givet beboeren en større ro.

Dokumentation af adfærd

Der findes forskellige metoder til at dokumentere og observere adfærd. En udbredt metode på de fleste af plejeenhederne i afprøvningen, er brugen af døgnobservationsskemaer, hvor man kortlægger og kategoriserer en beboers adfærd på timebasis i farver baseret på deres konkrete handlinger og oplevede trivsel. De fleste plejeenheder har allerede tidligere afprøvet døgnobservationsskemaer, men som en del af afprøvningen har der været fokus på at arbejde mere systematisk med dokumentationen samt at sikre, at skemaerne udfyldes på en nogenlunde ensartet måde på tværs af personale. Dette handler både om at sikre større ensartethed i fortolkninger, betydningen af farvekoder samt konsekvent dokumentation.

Flere af plejeenhederne beskriver, at de som følge af afprøvningen nu konsekvent benytter døgnobservationsskemaer i forbindelse med ændringer i bl.a. antipsykotisk medicin. Dette sikrer, at personalet fx kan se, at en observeret urolighed er normalt for beboeren og dermed ikke forveksles med bivirkninger/abstinenser ved medicinændringer.

Arbejdet med døgnobservationsskemaer kan opleves som omfattende og tidskrævende af personalet, også selvom skemaernes værdi anerkendes. På alle enheder har man derfor fokus på omfanget heraf. Det er derfor afgørende, at der er klare strukturer for beslutninger om at igangsætte skemaerne, opfølgning herpå samt beslutninger om at afslutte skemaet for en given beboer. På nogle enheder oplever medarbejderne, at dokumentationen i nogle tilfælde fortsætter i lang tid efter, at adfærden ses at være stabil. I disse tilfælde reduceres medarbejdernes motivation til at (fortsætte med at) udfylde skemaet.

"Men også en tydelighed i forhold til, hvad er det, man farver, og på hvilken måde er der forståelse for refleksion sammen? Uroligt, hvad betyder det? Hvordan fortolker man, analyserer man det? Hvordan finder vi fælles sprog, når vi streger noget? Fordi, sådan ser jeg slet ikke uroligt, så det kunne give et mismatch"

"Vi er bare blevet meget opmærksomme på at få oprettet en observation til det her kognitiv adfærd eller emotionel adfærd. Og få beskrevet, hvad er det, vi ser, og hvad er det så for handlinger, vi gør, som enten virker eller ikke virker. Så man bedre har en kontinuitet i det"

Kultur som mod- og medspiller

Ovenstående ændringer i arbejdsgange og procedurer er eksempler på mere formaliserede tilpasninger af plejeenhedernes praksis med afsæt i beslutninger truffet af ledelsen eller projektgruppen. Erfaringsopsamlingen viser imidlertid, at skift i opfattelser og holdninger blandt personalet – dvs. mere kulturelle ændringer – hænger tæt sammen med, og i praksis påvirker arbejdsgangene på plejeenhederne. Eksempler herpå handler bl.a. om afsøgninger af alternativer til medicin, eller hvor hurtigt personalet er tilbøjeligt til at kontakte lægen med henblik på at få ordineret antipsykotisk medicin, hvis beboeren opleves at være urolig:

- På en plejeenhed beskrives et skifte i praksis, sådan at tilgangen nu er, at det altid bør drøftes med andre i personalegruppen, om en beboer kan være kandidat til antipsykotisk medicin, inden lægen evt. kontaktes. Hensynet er at undgå anmodninger om antipsykotisk medicin baseret på "synsninger" og en meget akut her-og-nu situation, men at vurderinger underbygges fagligt i plenum med kollegaer. Den observerede adfærdsændring (kulturændring) er ikke sket med afsæt i en formel beslutning eller udmelding fra ledelsen på plejeenheden.
- På en plejeenhed opleves kulturen at have rykket sig på den måde, at personalet har et andet mindset ift. håndtering af observeret uro hos en beboer – med fokus på at påbegynde døgnobservationsskema og overveje alternativer til medicinering frem for at anmode om antipsykotisk medicin.

"Helt konkret, så er der i hvert fald en ændring i arbejdsgangen i forhold til, at hvis en medarbejder tænker, at en beboer, måske har det det dårligt nu, så kunne der før være en tendens til, at så handlede man i dag, fordi man tænkte: nej, nu skriver jeg sgu til lægen, altså nu må der ske noget, det kan ikke være rigtigt. Og det er i hvert fald en tydelig ændring, at det er helt forbudt. Det gør vi ikke (...) Så tankegangen er jo også blevet rykket blandt alt personale lige fra hjælpere, assistenter, sygeplejersker, ufaglærte"

"Da jeg startede, så kom de hele tiden - jeg startede for to og et halvt år siden - der kom personalet og sagde, han er urolig, kan vi få noget? Nej, det kan vi ikke, for vi skal lige prøve de her ting af først. Nu kommer de og siger: Skal vi prøve det her af - jeg har opstartet uroskema. Så der er kommet et helt andet fokus. Det er ikke piller mere"

Varige ændringer tager tid og kræver ekstra ressourcer i opstartsfasen

Et opmærksomhedspunkt, som nævnes både i forbindelse med interviewene samt i storyboards og logbøger, er at ændringer tager tid. Det beskrives for eksempel således: "Italesæt at startindsatsen er stor, men at det kommer til at give mening over tid" (citater fra storyboard). Som plejeenhed (ledelse og projektgruppe) skal man være tålmodig og acceptere, at det kan være tids- og ressourcekrævende at komme i gang med nye arbejdsgange og opnå konkrete resultater.

I forlængelse heraf er et andet opmærksomhedspunkt risikoen for at blive for overambitiøse med at lave ændringer og indføre nye eller justere tiltag. Læringen og anbefalingen fra flere plejeenheder er derfor at være realistiske med tempo i indsatserne og at udvise tålmodighed ift. at se konkrete resultater.

3.3 Samarbejde

3.3.1 Baggrund og afsæt for arbejdet med samarbejde

I *guiden* fremgår følgende overordnede pejlemærker for nedbringelse af brugen af antipsykotisk medicin til mennesker med demens - med særlig relevans i forhold til indsatsområdet "samarbejde":

- Skab sammenhæng i plejen og behandlingen af mennesker med demens. Afklar roller, ansvar og kommunikation mellem plejepersonale, praktiserende læge og ved behov ældrepsykiatri.
- Fokuser på det tværgående samarbejde, og inviter både interne og eksterne samarbejdspartnere med i arbejdet så tidligt som muligt.

3.3.2 Læringspunkter – samarbejde

Sammenfattende peger erfaringerne fra afprøvningen på følgende læringspunkter vedr. indsatsområdet samarbejde:

- **Et tæt og tillidsfuldt samarbejde med egen læge understøtter plejeenhederne i at reducere brugen af antipsykotisk medicin.** Det gode samarbejde handler bl.a. om en tæt dialog med gensidig respekt for hinandens fagligheder og viden. Det handler også om, at plejeenhederne leverer information til lægerne, som de kan træffe beslutninger på baggrund af fx systematisk dokumentation af adfærd.
- **Plejeenheder kan 'spille lægerne gode'** fx ved at informere dem om igangværende indsatser og fokusområder eller ved at bede lægerne om konkrete bidrag, der understøtter nye arbejdsgange.
- **Pårørende har vigtig viden og observationer om deres kære.** Når de pårørende er velinformerede om, hvad der foregår, og trykke ved personalets indsats, kan de blive stærke allierede i arbejdet med den personcentrerede omsorg og herigennem også indsatser med fokus på reduktion af antipsykotisk medicin (og anden medicin).

3.3.3 Erfaringer fra afprøvningen

I praksis agerer ledelse og medarbejdere på plejeenhederne i et komplekst samspil med en række øvrige aktører, herunder bl.a. praktiserende læge, ældrepsykiatri, pårørende og øvrige ansatte i kommunen. Det gælder særligt i overgange, bl.a. i forbindelse med en beboers indflytning på en plejeenhed eller ifm. overgang efter hospitalsindlæggelse.

Samarbejdet med de øvrige aktører fylder meget for plejeenhederne og i særlig grad ift. afprøvningens genstandsfelt, hvor det i sagens natur er en lægelig kompetence at træffe beslutninger om borgerens medicinering. De ni plejeenheder har dog i afprøvningen haft primært fokus på tiltag, som enhederne selv har 'været herre over' dvs. egne arbejdsgange, metoder m.v. Samarbejdet med øvrige aktører har været tænkt rundt om disse indsatser frem for som selvstændige indsatsområder.

Samarbejde med praktiserende læger og hospitalslæger

En central forskel blandt plejeenhederne er, om beboerne primært har en fast tilknyttet praktiserende læge (lægehus), eller om beboerne primært har forskellige læger - og i nogle tilfælde mange forskellige læger. Erfaringsopsamlingen bekræfter i denne sammenhæng den generelle erfaring på ældreområdet, jf. bl.a. guiden, at en fast tilknyttet praktiserende plejehjemslæge (lægehus) de fleste steder opleves at have positiv betydning for samarbejdet og kendskabet til beboerne på enheden.

Der ses en række fællestræk på enheder, hvor samarbejdet med de praktiserende læger opleves som overvejende positivt. Det er steder, hvor lægen, ud over at være lyttende og engageret, opleves som at have tillid til personalets observationer og faglige vurderinger. Det opleves også som afgørende, at lægerne ikke stiller krav om kun at ville tale med sygeplejersker om medicin, da det både kan være logistisk

vanskeligt at honorere, ligesom det ses at udfordre samarbejdet, hvis lægen ikke vil gå i dialog med de medarbejdere, som har (fagligt) kendskab til borgeren.

De praktiserende læger opleves generelt at have været nysgerrige på afprøvningen og optaget af at bidrage positivt hertil. Det er centralt at informere de praktiserende læger om fokus og indsatser på plejeenheden, så de kan være med til at understøtte disse bedst muligt.

"Det (afprøvningen) satte også fokus på vores organisering. I forhold til, hvordan vores farmakonomer samarbejdede med vores huslæger. Den der systematik i at kigge medicinkortene igennem. Vores huslæger, de ordinerer heller ikke bare. De vil gerne have noget pædagogisk med. Det blev vi mere opmærksomme på"

"Plekehjems-lægen, hun er enormt lydhør, nysgerrig, pligtopfyldende. (...) Vi har et rigtig godt samarbejde. Når vi spørger ind til antipsykotisk medicin, så er hun helt med. Hun giver det en periode, og så skal vi evaluere bagefter. Hun kommer hver anden uge, og hun lytter og handler på det"

Case: Proaktiv information kan fremme samarbejdet med praktiserende læge

På en plejeenhed opleves samarbejdet med nogle af beboernes praktiserende læger til tider at være udfordringen. På denne baggrund ønskede projektgruppen at være proaktive fra afprøvningsbegyndelse med henblik på at forebygge yderligere spændinger. Derfor besluttede projektgruppen at aflevere et brev til alle de ca. 30 læger, der har patienter, som er beboere på plejeenheden. I brevet beskrev de afprøvningsformål om at nedbringe antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens. Brevet blev underskrevet af leder på plejeenheden og afleveret fysisk hos alle de relevante læger/lægehuse.

Motivationen for projektgruppen var, at man ved at informere lægerne på forhånd kunne foregribe en eventuel modstand og forebygge udfordringer senere i afprøvningen. Projektgruppen var derfor forberedt på, at brevet ville kunne fremkalde en reaktion fra lægerne. Til deres overraskelse fik de ingen negativ respons, og nogle af lægerne spurgte endda positivt og nysgerrigt ind til afprøvnningen ifm. besøg på enheden.

Oplevelse af lægernes villighed til at ordinere antipsykotisk medicin

Personalet på plejeenhederne oplever, at der er forskel på, hvor villige lægerne er til at ordinere antipsykotisk medicin, samt hvor meget information og hvor mange observationer lægerne efterspørger, herunder hvilke non-farmakologiske tiltag, der er blevet afprøvet inden efterspørgslen på medicin. Oplevelsen er, at lægerne som følge af enhedens deltagelse i afprøvning er blevet mere kritiske over for at ordinere medicinen og er mindre tilbøjelige til at gøre det i situationer, hvor beboerne har urolig adfærd. Og at lægerne i højere grad og mere systematisk spørger ind til, hvilke non-farmakologiske tiltag som er afprøvet.

Case: Samarbejde med læge kan forebygge utilsigtet ordination af medicin

På en af de deltagende plejeenheder oplevede man i afprøvningsperioden, at en praktiserende læge havde ordineret antipsykotisk medicin en sen fredag eftermiddag på opfordring af en vikar, på trods af at plejeenheden har den tilgang, at beslutninger om at anmode om antipsykotisk medicin ikke skal træffes af en enkelt medarbejder uden forudgående dialog med øvrige kollegaer på enheden. For at sikre, at dette ikke ville ske igen, kontaktede plejeenheden lægen og aftalte, at lægen ikke skulle ordinere antipsykotisk medicin, medmindre plejeenheden havde forsøgt sig med andre non-farmakologiske tiltag, og beslutningen om at indstille til ordination af antipsykotisk medicin var drøftet med andre kollegaer. Dette er et eksempel på, hvordan samarbejdet mellem læge og plejeenhed i fællesskab kan sikre rammer, der forebygger utilsigtede hændelser og fremmer arbejdet med alternativer til medicin.

Samarbejde med pårørende

Beboernes pårørende er en central aktør i arbejdet med at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin. For borgere med demens vil de pårørende ofte skulle involveres i beslutninger om ændring af medicin. Hertil kommer, at de pårørende er en central aktør i det personcentrerede omsorgsarbejde. For eksempel kan de pårørende være (den eneste) kilde til beboerens livshistorie, ligesom de pårørende med deres kendskab til beboeren kan hjælpe personalet med at afkode og forstå adfærd. De pårørende er ligeledes vigtige hjælpere ifm. observation af ændringer i adfærd i forlængelse af justeringer af medicin.

Der er ikke i forbindelse med erfaringsopsamlingen foretaget interviews med pårørende, hvorfor de følgende betragtninger alene tager afsæt i perspektiver blandt de ansatte på plejeenhederne.

Ingen af de deltagende plejeenheder har som led i afprøvningen gennemført indsatser med særligt fokus på involvering af pårørende. Det løbende samarbejde med de pårørende ses dog at være en vigtig rammesættende faktor for de gennemførte indsatser, jf. bl.a. afsnit 3.5 nedenfor.

Erfaringerne viser, at knaster ift. de pårørende bl.a. kan opstå i situationer, hvor personalet oplever, at de pårørende ikke har tilstrækkelig indsigt i og forståelse for mennesker med demens og deres behov. Nogle steder oplever man således, at pårørende presser på for, at beboerne bliver aktiveret (mere), mens personalet frygter – og oplever – at beboerne bliver overstimuleret og trætte. På en plejeenhed har man i den sammenhæng som led i afprøvningen arbejdet med redskaber, der har skabt grundlag for at tage dialogen med de pårørende på en anden måde med afsæt i en større systematik, jf. case-boksen nedenfor. Også i forbindelse med erfaringer med seponering af antipsykotisk medicin har enhederne erfaret, at det er væsentligt med involvering af de pårørende bl.a. at videregive faglig viden om, hvordan seponering kan forventes at påvirke borgeren.

Case: Håndtering af pårørendes reaktion på ændring i plan for døgnrytme

Hos en af plejeenhederne blev der, som led i afprøvningen, bl.a. sat fokus på en beboer med demens, som plejeenheden opfattede som generelt træt og uoplagt og med tendens til at kunne være aggressiv. Plejeenheden begyndte at monitorere beboeren via døgnobservationsskemaer, som viste, at beboeren sov dårligt om natten. Enheden lavede derfor – med afsæt i et 'urskema' – en ny plan for beboerens hverdag, der blandt andet indebar, at beboeren ikke skulle vækkes, men have lov at sove videre om morgenen og formiddagen, hvis vedkommende ønskede det.

Beboerens ægtefælle satte spørgsmålstegn ved, at beboeren skulle sove længe, da vedkommende frygtede, at beboeren ville gå glip af aktiviteter. Desuden ville den pårørende gerne komme på besøg om formiddagen. Personalet på enheden stod dog fast på deres beslutning om at afprøve den nye model for borgerens dag med afsæt i 'urskemaet'.

Udfaldet blev, at den pårørende anerkendte, at personalet havde ret i, at hendes mand skulle have lov at sove længere, da dette medførte en beboer, som var i bedre trivsel og mere frisk i de vågne timer. Den pårørende endte med at takke personalet for at holde fast i deres vurdering af beboerens behov og flyttede selv sit daglige besøg til efter frokost.

Plejeenhederne arbejder på forskellig vis med at understøtte det gode samarbejde med pårørende fx med invitation til fælles pårørendemøder, møder med pårørende forud for og i forbindelse med indflytning på enheder m.v. Der efterspørges generelt flere tilbud til pårørende fx kurser i demens.

3.4 Kompetenceudvikling

3.4.1 Baggrund og afsæt for arbejdet med kompetenceudvikling

I *guiden* fremgår følgende overordnede pejlemærke for nedbringelse af brugen af antipsykotisk medicin til mennesker med demens - med særlig relevans i forhold til indsatsområdet "kompetenceudvikling":

- Gennemfør fælles kompetenceudvikling i demens, antipsykotika samt personcentreret omsorg. Gerne sammen med praktiserende læge.

3.4.2 Læringspunkter - kompetenceudvikling

Sammenfattende peger erfaringerne fra afprøvningen på følgende læringspunkter vedr. indsatsområdet kompetenceudvikling:

- **Kompetenceudvikling skal tilpasses de specifikke behov og det eksisterende faglige udgangspunkt og tradition på den enkelte plejeenhed.** Det er væsentligt, at medarbejderne har et fælles udgangspunkt og sprog, hvorfor der bør tilstræbes en kontinuitet i de faglige tilgange og metoder, som plejeenheden og kommunen lærer sig op ad.
- **Kontinuerlig høj faglighed er et langt sejt træk, som man aldrig bliver færdig med.** Viden og kompetencer skal vedligeholdes med fokus på både nye medarbejdere og kontinuerlig træning og vedligeholdelse af fagligheden for eksisterende medarbejdere.
- **Konkrete behandlingsværktøjer kan være særligt værdiskabende, hvis der gennemføres bred træning og prioriteret anvendelse.** Brugen af konkrete non-farmakologiske værktøjer som fx BBAUM kan give særlig værdi, hvis der prioriteres generel træning og kompetenceløft i hele personalegruppen, og værktøjet anvendes systematisk i det daglige arbejde.

3.4.3 Erfaringer fra afprøvningen

Indsatser for styrket faglighed

På de fleste enheder har der som led i afprøvningen, og i sammenhæng med den normale indsats for faglig opdatering og kompetenceudvikling, været særlig fokus på at udbrede viden om antipsykotisk medicin og personcentreret omsorg. Dette er fx sket gennem oplæg fra tilknyttet plejehjemslæge, demenssygeplejerske eller den tilknyttede konsulent fra Demensrejseholdet, jf. case-boks nedenfor. På nogle enheder er der desuden ansat farmakonomer, som har haft en særlig rolle i forhold til at formidle og udbrede viden om medicin.

Case: Fælles fagligt møde med facilitator fra Demensrejseholdet

En af plejeenhederne arrangerede som led i afprøvningen et særligt temamøde for personalegruppen med fokus på personcentreret omsorg og sammenhæng til brug af antipsykotisk medicin. Der blev fra ledelsens side lagt vægt på og prioriteret, at så mange medarbejdere som muligt kunne deltage. Den pågældende plejeenhed havde ikke før afprøvningen arbejdet med personcentreret omsorg, men har som led i afprøvningen haft et særligt fokus herpå.

Det faglige møde opleves som utroligt udbytterigt, da det bidrog med fælles faglige indsigter og et solidt udgangspunkt for plejeenhedens videre arbejde med personcentreret omsorg. Projektgruppen beskriver, at sessionen "*har sat skub i arbejdet med personcentreret omsorg på hele plejehjemmet. Det var en fremragende dag og noget, som alle tog med sig videre til alle afdelinger i huset*".

En plejeenhed beretter om indførelsen af "Faglig onsdag", hvor personalet har mulighed for at sætte emner på dagsordenen, som de er nysgerrige på eller oplever, at der er behov for at vide mere om. Plejeenheden havde også fokus på at sikre faglig inspiration til personalet før afprøvningen, men afprøvningen satte fokus på behovet for øget systematik, hvilket førte til indførelsen af "Faglig onsdag".

Projektgruppen på én af de deltagende enheder oplever, at der i løbet af afprøvningsperioden er sket et stort fagligt løft. Enhedens overskrift og fokus for 2025 er simpelthen "Faglighed". Det årlige tema omfatter, at der nu på plejeenheden er øget fokus på at tage konkrete faglige emner op, samt fysisk og online kurser i for eksempel demens, ligesom der arrangeres faglige oplæg fra eksterne og generelt fokus på at udbrede fagligheden på tværs af vagtlag.

"Vi har fokus på fagligheden i 2025, hvor alt bliver vendt og drejet, og møder vi nye udfordringer, så dykker vi ned i det og ser, hvad kan vi gøre her, hvad kan vi hjælpe med. Lige nu er alle ved at tage ABC-demens online"

Øget viden om antipsykotisk medicin blandt medarbejdere på plejeenhederne

Projektgrupperne har generelt en positiv vurdering af kurser, faglige oplæg, temamøder m.v. og beskriver disse med ord som "nyttigt", "brugbart" og "spændende". Medarbejderne på plejeenhederne har imidlertid ofte vanskeligt ved at huske eller gengive detaljer fra disse aktiviteter, hvilket understreger relevansen af et kontinuerligt fagligt fokus med gentagne aktiviteter og italesættelser af den anvendte tilgang og vidensgrundlag samt, ikke mindst, en sammenhæng til den daglige praksis.

"Projektet satte fokus på, at vi mangler systematik i huset. For eksempel det her med faglig onsdag. Jamen, der oplevede vi egentlig, at når vi underviste i noget, at de for eksempel ikke huskede noget bagefter. Så det var nødt til at være hands-on. Ja. Så det var mest lidt at skifte i metodikken"

"På fagligheden, synes jeg, vi har fået en øjenåbner, efter vi gik ind i projektet. Jeg tror nok, jeg har haft den tanke, at selvfølgelig ved folk det, men det gør folk ikke. Og det skal vi have fokus på nu, og finde nogle gode kurser, hvor alle får den samme viden og kommer med"

Medarbejderne oplever generelt på tværs af de deltagende enheder, at deres viden om antipsykotisk medicin er forøget i løbet af afprøvningsperioden, og at der er større opmærksomhed på, at medicinen som udgangspunkt ikke bør gives til borgere med demens, og at bivirkninger ved medicinen kan være alvorlige. Kilderne til den øgede viden beskrives meget bredt og af flere medarbejdere også som noget, hvor man selv har opsøgt mere viden, ligesom man oplever, at der i mediebilledet og samfundet er kommet en større forståelse for og opmærksomhed på negative konsekvenser ved brug af antipsykotisk medicin.

Interviews med medarbejdere på enhederne giver derfor indtryk af, at alene det, at der har kørt et afprøvningsprojekt på enheden, påvirker medarbejderne, og har affødt øget nysgerrighed og fokus på antipsykotisk medicin og herigennem øget viden.

Indførelse af og træning i konkrete metoder - BBAUM

På enkelte plejeenheder er der som led i afprøvningen arbejdet mere målrettet med at indføre eller udbrede nye kompetencer til hele eller en større del af personalegruppen på enheden. Dette gælder bl.a. brugen af BBAUM, som flere af de deltagende enheder allerede i nogen grad havde erfaringer med forud for afprøvningen. På en enkelt af de deltagende enheder har ledelse og projektgruppe truffet beslutning om, at kompetencer til at give BBAUM skal udbredes til hele personalegruppen, jf. case-boksen.

Afprøvningen viser, at det, for at få effekt ud af arbejdet med en konkret metode, kan være væsentligt at prioritere oplæring og brug af metoderne bredt set i personalegruppen. Der kan således konstateres væsentlige forskelle mellem den plejeenhed, som har prioriteret at udbrede kompetencer til BBAUM i hele personalegruppen, og andre plejeenheder, hvor BBAUM har status som en metode, som *kan* anvendes, men hvor ikke alle medarbejdere er blevet introduceret til og oplært i metoden. Her giver medarbejderne udtryk for, at der kan være forskellige holdninger i personalegruppen til, om BBAUM er noget, man har lyst til at give, og om man føler sig komfortabel ved metoden og bruger den i det daglige arbejde.

Case: Systematisk udbredelse af kompetencer til BBAUM

BBAUM (Beroligende Behandling til AdfærdsUdfordrede Mennesker) er en kropsorienteret behandlingsmetode, som er udviklet til at mindske adfærdsproblematikker og psykiske symptomer hos mennesker, hvis højere kognitive funktioner er påvirkede, som fx mennesker med demens.

På en plejeenhed har man som led i afprøvningen valgt at satse på BBAUM som en fælles metode til både lindring samt forebyggelse af urolig adfærd. På denne plejeenhed er hele personalegruppen blevet undervist i at anvende BBAUM, og medarbejderne har ligeledes haft mulighed for at øve teknikkerne på hinanden inden anvendelse på beboerne. Dette har givet medarbejderne større tryghed og sikkerhed i at gå ud og anvende BBAUM i det daglige relationsarbejde.

Plejeenheden beskriver, at BBAUM nu er blevet mere udbredt og i højere grad prioriteres. Dette er, i tillæg til gennemførelse af træning med medarbejdere, opnået ved, at BBAUM er blevet oprettet som en ydelse med handlingsanvisning i omsorgssystemet og derved indgår som et dagligt punkt i kalenderen for de beboere, hvor BBAUM er 'ordineret'. På morgenmødet fastlægges det hvilke beboere, der skal have BBAUM, og hvem der skal udføre BBAUM. Hvis det ikke er muligt at gennemføre det i løbet af vagten, videregives opgaven til næste vagthold. Herudover opfordres der til, at man også i det løbende relationsarbejde med beboere kan bruge BBAUM, hvis det opleves som relevant i den konkrete situation.

Plejeenheden har observeret mærkbare gavnlige effekter blandt beboerne ved prioritering af BBAUM og en mere systematisk brug heraf. BBAUM opleves at være et alternativ, som afprøves, inden eventuelle overvejelser om brug af antipsykotisk medicin, ligesom tilgangen vurderes generelt at forebygge urolig adfærd.

3.5 Personcentreret omsorg

3.5.1 Baggrund og afsæt for arbejdet med personcentreret omsorg

I *guiden* fremgår følgende overordnede pejlemærker for nedbringelse af brugen af antipsykotisk medicin til mennesker med demens - med særlig relevans i forhold til indsatsområdet "personcentreret omsorg":

- Vær nysgerrige på, hvad adfærden er udtryk for, når I oplever adfærd, I ikke forstår hos mennesker med demens. Al adfærd er kommunikation. Antipsykotika dæmper adfærdsmæssige symptomer, men fjerner ikke årsagen til adfærden.
- Anvend personcentreret omsorg til at se mennesket bag sygdommen og tilbyd pleje og omsorg, der opfylder personens fysiske og psykologiske behov som alternativ til antipsykotika.

3.5.2 Læringspunkter i arbejdet med personcentreret omsorg i afprøvningen

Sammenfattende set peger erfaringerne fra afprøvningen på følgende læringspunkter vedr. indsatsområdet personcentreret omsorg:

- **Personcentreret omsorg giver større forståelse og et bedre afsæt for at arbejde med borgere med demens.** Den personcentrerede tilgang er vejen til at forstå borgeren og dermed få indsigt i deres adfærd, og hvad de forsøger at kommunikere. Dette bevirker en større nysgerrighed omkring borgerens adfærd og mennesket bag sygdommen. Dermed er tilgangen også vejen til at kunne identificere non-farmakologiske tiltag som svar på borgerens udfordringer samt at forebygge utryghed og urolig adfærd.
- **Udbredelse af praksis for personcentreret omsorg kræver tæt involvering af alt personale, og at der afsættes tid til fælles dialog og arbejde med konkrete redskaber.** Ejerskab til indsatser og tilgang forøges, når der prioriteres fælles dialog og fælles arbejde med konkrete modeller og redskaber. Arbejdet med personcentreret omsorg øger medarbejdernes værktøjskasse i det relationelle arbejde med beboerne samt giver et større fælles ståsted og tilgang til omsorgsarbejdet i personalegruppen.
- **Hav fokus på og italesæt, at personcentreret omsorg både tager og giver ekstra tid.** Når personalet bedre formår at afkode borgeren og møde borgerens behov, bliver det også nemmere at udføre forskellige praktiske og plejemæssige opgaver. Personcentreret omsorg er derfor en langsigtet investering i bedre trivsel for både beboere og medarbejdere.

3.5.3 Erfaringer fra afprøvningen

Plejeenhederne havde fra start forholdsvis forskellige erfaringer med at arbejde med personcentreret omsorg, herunder hvad angår kendskabet til og brugen af forskellige metoder hertil. Nogle enheder havde allerede et stærkt fundament og praksis for at arbejde systematisk med personcentreret omsorg. På andre plejeenheder sås en lavere modenhed og større implicit viden i personalegruppen i forhold til, hvordan 'man gør det' i tilgangen til de enkelte beboere. Særligt på enheder, hvor man som udgangspunkt havde få (eller ingen) beboere, der fik antipsykotisk medicin, ses i afprøvningsperioden et særligt fokus på trivselsarbejdet og brugen af personcentreret omsorg.

"Vi synes faktisk, at vi er rigtig gode til at arbejde med personcentreret omsorg, og det har været en indsats her i 15-20 år. Det er slet ikke noget nyt, men mere det med at blive lidt tydeligere omkring, hvad er det så for nogle non-farmakologiske indsatser, vi vil sætte i stedet for"

"Mens jeg har været her, da arbejdede man ikke voldsomt med personcentreret omsorg. (.....). Det har der faktisk ikke været arbejdet med"

Fokus på relationsarbejde og beboernes livshistorier

Afprøvningen og brugen af metoder og værktøjer til personcentreret omsorg har varieret på tværs af plejeenhederne. Ofte handler det om at inddrage elementer fra beboernes livshistorier for at skabe en mere individualiseret omsorg, der tager højde for den enkelte beboers vaner, præferencer og behov. Indsatsen handler ligeledes om at gå mere systematisk erfaringsbaseret til, hvad der virker godt i relationsarbejdet for den enkelte borger.

Erfaringerne viser, at enhederne i praksis har anvendt forskellige modeller og metoder bl.a. Blomsten, Isbjerget og Trivselskaret.² Disse er gængse modeller i arbejdet med personcentreret omsorg, der sigter mod at afdække borgerens behov og forstå borgerens adfærd, og som i dag ses at være implementeret i store dele af ældreplejen. Derudover har nogle plejeenheder i forbindelse med afprøvningen udviklet og ibrugtaget en række mere konkrete og lokalt udviklede værktøjer, der har understøttet arbejdet med personcentreret omsorg, jf. bl.a. nedenstående case-boks.

Case: "Jobbanken" som eksempel på et værktøj til at sikre meningsfuld beskæftigelse

En plejeenhed har som led i afprøvningen udviklet og afprøvet en såkaldt "Jobbank". Jobbanken er et hæfte, hvor hver beboer på et afsnit (med 10 beboere på hvert) har en side, hvor der er anført eksempler på opgaver og beskæftigelse, som passer til den enkelte beboer. I mappen er samtidig vedlagt månedsbaserede skemaer, hvor personalet med et kryds eller streg kan markere, at en borger på en konkret dag/dato har udført mindst én af opgaverne i vedkommendes jobprofil.

I Jobbanken beskrives, hvilke typer beskæftigelse der er relevante for de enkelte beboere, baseret på deres tidligere jobs og interesser men også ud fra, hvad personalet på enheden har registreret som gode og trivselskabende aktiviteter for den pågældende. Jobbanken er udviklet for at aktivere beboerne ved at give dem mulighed for at deltage i meningsfulde aktiviteter, der passer til deres individuelle ressourcer og interesser. Eksempler på opgaver for beboerne inkluderer at fodre plejeenhedens høns, dække bord eller lægge neglelak på andre beboere. På denne måde forenes beboernes livshistorier og observerede præferencer med systematisk kognitiv aktivering.

Formålet med Jobbanken er således både at skabe et overblik over beboernes aktivitetsniveau og at fungere som et opslagsværk, hvor både fast tilknyttet personale men også afløsere kan få viden om borgeren og idéer til konkrete aktiviteter.

Plejeenheden oplever, at Jobbanken har været et værdifuldt værktøj i arbejdet med personcentreret omsorg - i bestræbelsen på at skabe meningsfuld beskæftigelse for beboerne, som øger trivslen.

Ændret narrativ om mennesker med demens

Afprøvningen viser, at arbejdet med modeller for personcentreret omsorg bidrager til at flytte medarbejdernes syn på demens. Oplevelsen er, at arbejdet med og dialogen blandt personalet omkring modellerne i relation til de enkelte borgere i sig selv er værdiskabende, idet den fremmer et andet perspektiv hos medarbejderne med fokus på det menneske, som 'gemmer sig' bag sygdommen. På flere enheder oplever man således, at arbejdet med modeller for personcentreret omsorg har ændret narrativet om beboerne. Hvor beboerne før blev set som vanskelige og som nogen, der skulle "håndteres", bliver de nu i højere grad set som mennesker, som kommunikerer gennem deres adfærd, da de har vanskeligt ved at kommunikere deres behov og blive forstået på anden vis.

² Der er tale om modeller fra Videnscenter for ældrepleje, som er udviklet på baggrund af demensfaglig teori og praksis: [Redskaber | Videnscenter for ældrepleje | Sundhedsstyrelsen](#)

"Det her projekt har jo faktisk udmundet i, at vi er begyndt at lave Blomsten sammen med personalet ... Så på den måde har vi arbejdet personcentreret. Det er personen, vi snakker om, i stedet for at snakke om hende der med demens"

"Det er så vigtigt at have og skabe den relation og prøve, altså hele tiden med den her medværdighed, at tænke ind i livshistorie. Hvad er det lige, der gør, at beboeren reagerer, som man gør, og får det til at blive en god oplevelse i vores arbejde med vores demente"

På flere plejeenheder ses et større kendskab til beboerne at have haft betydning for den individuelle tilgang. Eksempler kan være, at man synger en bestemt sang, er forsigtige med lyssætningen ved morgen-vækning eller giver beboeren lov til at kalde en medarbejder ved et bestemt navn (som ikke er medarbejderens rigtige navn) m.v. Det øgede kendskab til borgeren fremmer derfor også et bedre samarbejde mellem medarbejdere og beboere. Herudover er den mere åbne dialog om beboerne med til at fremme en større åbenhed og dialog i medarbejdergruppen om, hvad der er svært, og hvad løsningerne kan være. Dialogerne kan også gøre det mere legitimt at bede om en pause fra en bestemt beboer.

Den personcentrerede indsats er en langsigtet investering

Plejeenhederne har i deres arbejde med personcentreret omsorg også mødt udfordringer. En udfordring, som nævnes af flere plejeenheder, er at få alt personale med på at arbejde på en ny måde. Her er der observeret bekymringer og uenigheder blandt dele af personalet, som af projektgrupperne opfattes som en reaktion på et opgør med det vante og en "vi gør som vi plejer"-mentalitet. Projektgrupperne har forsøgt at imødekomme reaktioner som disse ved at sætte fokus på at forklare formålet med indsatserne og prioritere de fælles drøftelser og arbejde i personalegruppen fx på de enkelte vagthold.

Det kan være vanskeligt at finde den nødvendige tid og ressourcer til at gøre de ting, som man egentlig gerne ville. Den personcentrerede indsats er en langsigtet investering, som dog i det daglige kan udføres af andre akutte opgaver. I takt med, at personalet får større forståelse af, hvordan der kan arbejdes på en mere personcentreret måde, kan det derfor også skabe frustration, at man i praksis ikke altid har tiden hertil. Altså, at man har viden, ideer og bud på, hvordan en beboer kan hjælpes, men i praksis er nødt til at prioritere tiden nøje mellem forskellige gøremål og beboeres behov.

I forlængelse heraf kan det observeres, at de plejeenheder, hvor en mere personcentreret tilgang umiddelbart har vundet mest indpas, er karakteriseret ved, at indsatsen også medfører tidsbesparelser i dagligdagen, fordi opgaver bliver nemmere at udføre, når borgeren er i trivsel, og relationen mellem medarbejder og borger fungerer bedre. Det gælder fx personlig hygiejne, hvor man på nogle enheder har oplevet, at man for konkrete beboere har kunnet gå fra to til en medarbejder til udførelse af disse.

4 Forbrug af antipsykotisk medicin

4.1. Datagrundlag og overordnede fund

De ni plejeenheder har i løbet af afprøvningsperioden indsamlet data om forbrug af antipsykotisk medicin for (udvalgte) beboere med demens eller demenslignende symptomer. Dataindsamlingen er nærmere beskrevet i *bilag*. Det bemærkes, at der er tale om et begrænset datagrundlag med kun 37 borgere på tværs af de ni plejeenheder, som på et tidspunkt i løbet af eller i hele afprøvningsperioden er registreret som værende i behandling med antipsykotisk medicin. Data skal derfor fortolkes med forsigtighed.

Data peger på følgende overordnede konklusioner:

- Ud af de 37 borgere med demens eller demenslignende symptomer og uden anden psykiatrisk diagnose, som er registreret som værende i behandling med antipsykotisk medicin i løbet af afprøvningsperioden, er det lykkedes at seponere brugen for 17 borgere (40 pct.).
- Ved basismåling i april 2024 er 24 borgere registreret i behandling med antipsykotisk medicin, mens det tilsvarende antal i februar 2025 er 18 borgere - svarende til en reduktion på 25 pct.
- En større andel af de borgere, som er i behandling med antipsykotisk medicin i februar 2025, har en seponeringsplan (50 pct.), sammenlignet med de borgere, som var i behandling med antipsykotisk medicin i april 2024 (24 pct. med registreret seponeringsplan).

4.2. Udvikling i forbrug af antipsykotisk medicin i afprøvningsperioden

Data viser, at det i afprøvningsperioden er lykkedes at seponere brugen af antipsykotisk medicin for i alt 17 borgere ud af de 37 med et registreret behandlingsforløb. Det svarer til 40 pct. af de borgere, som indgår i monitoreringen. For yderligere tre borgere ses en reduktion i forbrug/dosis over tid, mens der for fire borgere ses en optrapning i dosis over tid. For 13 borgere ses ingen ændring i afprøvningsforløbet.

Tabel 4.1: Udvikling i antipsykotisk medicin for borgere, der indgår i monitoreringen

	Nedtrappet	Seponeret	Optrappet	Ingen ændring
Flyttet ind på plejeenheden med antipsykotika i afprøvningsperioden	1	5	1	2
Eksisterende beboere, som modtog antipsykotika ved afprøvningsstart	2 (1)	12 (3)	1 (1)	8 (2)
Opstartet i antipsykotisk medicin i løbet af afprøvningsperioden			2 (1)	3
I alt	3	17	4	13

Note: n = 37 på tværs af otte plejeenheder (én plejeenhed har ikke registreret borgere i behandling med antipsykotisk medicin indenfor den monitorerede målgruppe). Tal i parentes viser antal borgere indenfor hver gruppe, som i løbet af afprøvningsperioden er gået bort. Borgere, som er opstartet i antipsykotisk medicin i løbet af afprøvningsperioden, kan både være borgere, som boede på enheden ved afprøvningsstart, eller borgere som flyttede ind på plejeenheden i løbet af afprøvningsperioden, men hvor borgeren ikke på dette tidspunkt var i behandling med antipsykotisk medicin.

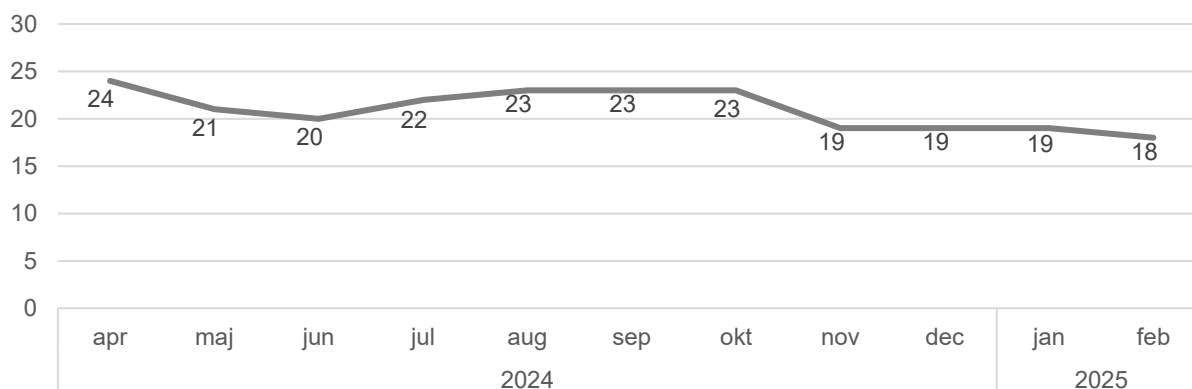
I løbet af afprøvningsperioden er otte ud af de 37 borgere gået bort, se tal i parenteser i tabel 4.1. Der er tale om meget små tal, hvorfor det er vanskeligt at drage konklusioner. Data peger dog ikke umiddelbart på nogen systematik fx at antipsykotisk medicin ordineres ifm. en terminal indsats.

Ved afprøvningsstart i april 2024 var der i alt 24 beboere, som fik antipsykotisk medicin. I februar 2025 var der 18 beboere i den gruppe af beboere, som har indgået i monitoreringen, som fik antipsykotisk medicin. Det svarer til et fald på 25 pct. for den målgruppe af beboere, som enhederne har monitoreret på.

Data viser således, at det kræver en vedvarende og målrettet indsats at fastholde antallet af beboere på en plejeenhed, der modtager antipsykotisk medicin, på et stabilt niveau – og en endnu større indsats at reducere forbruget af antipsykotisk medicin. Dette skyldes, at der løbende flytter nye beboere ind, som

allerede er i behandling med antipsykotisk medicin, ligesom det kræver en vedholdende indsats at forebygge, at eksisterende beboere sættes i behandling med antipsykotisk medicin.

Figur 4.1: Antal beboere i monitoreringen, der modtager antipsykotisk medicin pr. måned



På tværs af de 37 beboere ses ordination af seks forskellige typer af præparater, herunder to 1. generations-præparater og fire 2. generations-præparater. 1. generations-præparater er kendetegnet ved at have flere bivirkninger end de nyere 2. generations-antipsykotika.

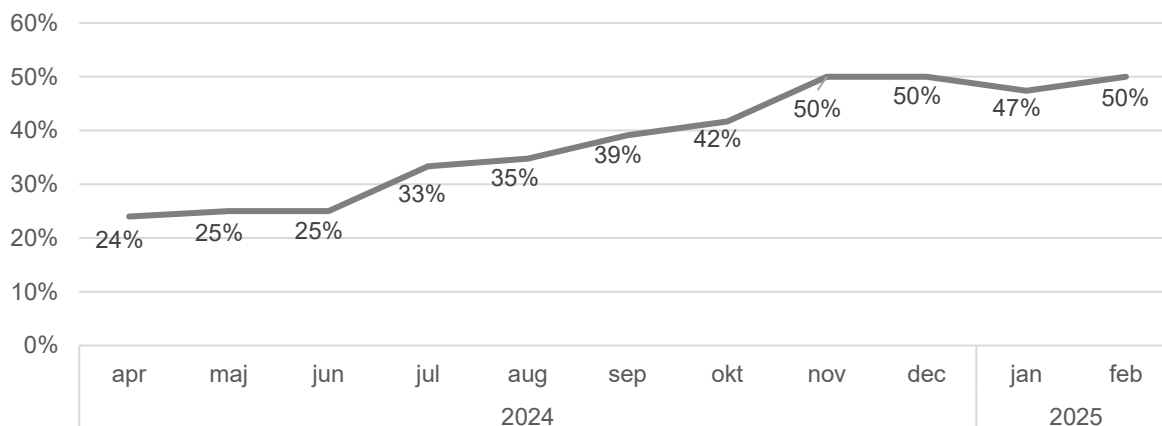
For de 37 beboere, som indgår i monitoreringen, modtager langt størsteparten (ca. 90 pct.) 2. generations-antipsykotika. Blandt de få beboere, der modtager 1. generationsantipsykotika, observeres ikke et præparatskift mod 2. generations-antipsykotika. Der er ingen beboere, som i løbet af afprøvningsperioden startes op på antipsykotisk medicin, som får ordineret 1. generations-antipsykotika.

4.3. Tilstedeværelse af seponeringsplan

Hen over afprøvningsperioden ses en stigning i andelen af beboere, som modtager antipsykotisk medicin, hvor der laves en seponeringsplan. Andelen forøges fra ca. en fjerdedel i de første måneder af afprøvningsperioden til ca. halvdelen i de sidste måneder af afprøvningsperioden.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der i forbindelse med ordination af antipsykotisk medicin altid udarbejdes en seponeringsplan, som sikrer, at behandlingen løbende revurderes, og at behandlingen med antipsykotisk medicin ikke fortsætter længere end nødvendigt. Som led i afprøvningen har flere af de deltagende plejeenheder således også haft øget opmærksomhed på tilstedeværelse af seponeringsplaner. Data understøtter denne forøgede opmærksomhed

Figur 4.2: Tilstedeværelse af seponeringsplan for borgere i behandling med antipsykotisk medicin



Note: Det bemærkes, at det ikke for alle borgere er registreret, om der foreligger en seponeringsplan. Procentsatserne tager alene afsæt i de dataark, hvor plejeenheden konkret har svaret JA eller NEJ til spørgsmålet om tilstedeværelse af seponeringsplan.

4.4. Forebyggelse af igangsættelse af behandling og brug af antipsykotisk medicin efter behov

Der er ikke med monitoreringen af forbruget af antipsykotisk medicin indsamlet data om p.n. brug og udvikling heri eller viden om, hvor ofte det lykkedes for plejeenhederne at forebygge igangsættelse af behandling med antipsykotisk medicin. Det sidstnævnte har dog indflydelse på antallet af borgere i monitoreringen, hvor der i løbet af afprøvningsperioden sker opstart af behandling med antipsykotisk medicin, jf. ovenfor.

De kvalitative interviews på enhederne understøtter en oplevelse af, at der med afprøvningen har været øget fokus på at forebygge opstart af behandling med antipsykotisk medicin, jf. også beskrivelserne i kapitel 3 ovenfor. Mange plejeenheder fortæller desuden om borgere, som har haft medicinen ordineret p.n., og hvor der over tid ses en udvikling, hvor medicinen i stadigt mindre omfang tages i brug, og hvor der til sidst træffes beslutning om at lade ordinationen ophøre. Denne reduktion i forbruget af antipsykotisk medicin kommer udover, hvad der med monitoreringen er indsamlet data på.

5 anbefalinger til justering af guiden

Som led i erfaringsindsamlingen er der indsamlet viden om, hvordan plejeenhederne har brugt selve guiden (bogen) i deres afprøvning, og hvordan projektgrupper og evt. medarbejdere vurderer guiden som redskab for plejeenheder og kommuner, som ønsker at arbejde med at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin. Med afsæt heri har PwC videregivet en række observationer til Sundhedsstyrelsen samt nedenstående anbefalinger til en kvalificering og videreudvikling af guiden.

Overordnede anbefalinger

1. Definér målgruppen/målgrupperne for guiden tydeligt og juster guiden herefter, så den i indhold og format passer til målgruppens/målgruppernes behov og udgangspunkt.
2. Overvej at opdele guiden i flere og forskellige produkter, så den passer til forskellige målgrupper. Der kan eksempelvis udarbejdes en "pixiudgave" med et reduceret og tilpasset indhold og evt. med større skrifttype og lavere lixtal. Og der kan laves et selvstændigt case-katalog ved siden af guiden.
3. Stram op på guidens opbygning og struktur, så guiden fremstår mere overskuelig og i højere grad kan bruges som opslagsværk.
4. Juster guiden, så baggrundsviden om antipsykotisk medicin fylder mindre, mens praktiske handlingsanvisninger fylder mere – dvs. tjeklister og redskaber m.v. - så der i højere grad er tale om en egentlig guide eller manual, som understøtter indsatsen på plejeenhederne.

Anbefalinger til fastholdelse af konstaterede styrker ved guiden

5. Hold fast i den personcentrerede omsorg som overordnet motivation og vej til at lykkes.
6. Guiden skal fortsat kunne favne forskellige erfaringsniveauer og udgangspunkter. Derfor er det vigtigt, at guiden (fortsat) ikke er for indforstået eller forudsætter eksisterende viden og kendskab til konkrete værktøjer m.v.

Anbefalinger vedr. tilføjelser og udbygning af guiden

7. Gør procesmodellens trin 2-4 mere instruktive, så det står mere klart, hvad næste skridt i processen er, og hvordan man kan gribe det an (som projektgruppe). Hav særligt fokus på, hvordan ledelse og projektgruppe konkret kan arbejde med at involvere og engagere personalet i indsatsen.
8. Udbyg afsnit om kvantitativ monitorering af medicinforbrug fx med (flere) cases og instruktioner. Der kan desuden udarbejdes instruktionsvideoer, som supplerer guiden. Det kan ligeledes være relevant med praktiske anvisninger til, hvordan data kan formidles til bl.a. et politisk niveau.
9. Giv eksempler på forskellige typer af mål – i tillæg til de kvantitative mål for medicinforbrug - og hvordan der kan monitoreres på disse. Hav i denne sammenhæng fokus på mål, som i det daglige arbejde er umiddelbart forståelige og motiverende for personalet.
10. Overvej at anvende QR-koder løbende i guiden, så man hurtigt sender læseren videre til relevante redskaber, rapporter m.v. eksempelvis modeller for personcentreret omsorg såsom Blomsten og Isbjerget. QR-koder kan ligeledes anvendes som genvej til printbare udgaver af centrale modeller.

Bilag – metode

Overordnet forløb og metode

De ni plejeenheder er udvalgt gennem en ansøgningsproces, hvor enheden og/eller den respektive kommune på baggrund af et puljeopslag har kunnet anmode Sundhedsstyrelsen om at deltage i afprøvningen. Alle enheder og kommuner, som har ansøgt om at deltage i afprøvningen, har fået imødekommet dette.

Afprøvningen har i praksis indebåret et forløb, hvor de deltagende enheder har fået inspiration, rådgivning og støtte til gennemførelse af konkrete aktiviteter i enhederne som led i afprøvningen. Forløbet har bl.a. indeholdt et opstartsmøde med hver enhed, en række netværksseminarer for projektgrupper fra alle enheder samt konkret støtte fra Demensrejseholdet og Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS!). De enkelte enheder har desuden haft mulighed for støtte til fx temadage/temamøder eller lignende på de enkelte enheder.

Enhederne har ikke fået økonomisk bistand til at deltage i afprøvningen og har derfor selv – evt. med støtte fra kommunen – skullet stille med ressourcer, herunder både til deltagelse i de obligatoriske forløbsaktiviteter bl.a. netværksseminarer samt gennemførelse af konkrete aktiviteter i de respektive enheder.

Som led i afprøvningen har der desuden været stillet krav om indsamling af kvantitative data om medicinforbrug.

Oversigt over deltagende kommuner og plejeenheder

Periode for afprøvning	Kommune	Antal deltagende plejeenheder
1. marts 2024 – 1. marts 2025	Gladsaxe	1
	Helsingør	1
	Egedal	1
	Roskilde	1
	Svendborg	1
	Tårnby	2
	Aalborg	2

Erfaringsopsamlingen har taget afsæt i et ønske om at samle op på læring og erfaringer fra ni lokale og i praksis individuelle forløb. Det er derfor ikke vurderet som muligt eller meningsfyldt at arbejde med strukturerede kvantitative data fx spørgeskemadata. Erfaringsopsamlingen tager derfor afsæt i kvalitative datakilder, herunder primært interviews samt en række supplerende skriftlige dokumenter. For brugen af anti-psykotisk medicin er det dog fundet meningsfyldt at følge denne igennem en lokal monitorering heraf med afsæt i et fast monitoreringsskema, jf. nedenfor.

I udvælgelsen af kvalitative datakilder er der taget afsæt i et ønske om at følge enhederne undervejs i afprøvningen – fra start til slut – kombineret med praktiske muligheder for (omfang af) dataindsamling henset til ressourcer afsat hertil.

Datakilder

Erfaringsopsamlingen bygger på en række forskellige datakilder med henblik på at sikre, at de opstillede spørgsmål kan besvares så nuanceret som muligt med afsæt i både kvantitative og kvalitative data.

Den primære datakilde er gennemførelse af start- og slutinterviews med hhv. projektgruppen og medarbejdere på de enkelte enheder samt interviews med ledere af plejeenhederne og en enkelt praktiserende læge.

Herudover består datakilderne af en række skriftlige dokumenter indsamlet af Sundhedsstyrelsen som led i afprøvningen: Selvevalueringer, logbøger og storyboards. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet skabeloner herfor og stået for indsamling af dokumenterne, som er delt med PwC.

Endelig er der som led i afprøvningen indsamlet kvantitative data fra plejeenhederne om forbrug af anti-psykotisk medicin.

I nedenstående tabel ses en oversigt over, hvilke datakilder der berører de forskellige delspørgsmål i erfaringsopsamlingen.

Datakilder og besvarelse af spørgsmål i erfaringsopsamling

	1. Erfaringer og læring	2. Medicinforbrug	3. Videreudvikling af guiden
Interviews medarbejder-gruppe	X		(X)
Interviews projektgruppe	X	(X)	X
Interviews andre aktører	X		
Selvevalueringer	X		X
Logbøger	X		X
Storyboards	X		X
Faglig vurdering af afprøvningsforløb (møder med PS! og demensrejseholdet)	X		
Kvantitative data om medicinforbrug indsamlet lokalt på enheder		X	

Note: Interviews med andre aktører dækker over selvstændige interview med leder af plejeenheden ifm. startinterviews samt interview med en praktiserende læge. Parentesen rundt om interview med medarbejdergruppe dækker over, at medarbejderne kun i begrænset omfang har kendskab til guiden. Interviews med medarbejdere har dog belyst de generelle erfaringer og læringer med afprøvningen, som ligeledes indgår i vurderingen af behov og potentialer for justering af guiden.

Interviews

Der er til brug for erfaringsopsamlingen gennemført interviews af to omgange i forbindelse med hhv. opstart og afslutning på afprøvningsperioden. Ved startinterviews var fokus at afdække enhedernes (dåværende) rammer, praksis, forventninger til og planer for afprøvningen. Ved slutinterviews var fokus på at afdække generelle erfaringer og læring i afprøvningen, arbejdet med indsatsområderne samt betydning for medarbejdere på enheden.

I begge interviewrunder har ambitionen været at interviewe projektgruppen og udvalgte medarbejdere. Projektgruppen er den gruppe på de respektive plejeenheder, der har deltaget i de generelle (og af Sundhedsstyrelsen iværksatte) aktiviteter i forbindelse med afprøvningen, og som har været tovholder for afprøvningen og gennemførelsen af iværksatte indsatser. Det varierer på tværs af enhederne, hvem medlemmerne i projektgruppen er, da det har været op til den enkelte kommune/enhed at sammensætte projektgruppen. Ofte består projektgruppen af ledere og udvalgte medarbejdere på enhederne, men flere steder er der også en repræsentant fra den centrale del af kommunen (forvaltningen) i projektgruppen.

De interviewede medarbejdere har repræsenteret forskellige jobfunktioner på enhederne og har forskellige uddannelsesbaggrunde. Der er således gennemført interviews med både SOSU-assistenten og -hjælpere, sygeplejersker og ufaglærte.

Antallet af deltagende medarbejdere ved de enkelte interviews har varieret fra én til syv personer. På en enkelt af plejeenhederne har det i praksis ikke været muligt at gennemføre et selvstændigt medarbejderinterview ifm. slutinterviews.

I tillæg til interviews med projektgruppe og medarbejdere blev der ved startinterviews gennemført selvstændige interviews med lederen på alle ni plejeenheder. Herudover er der gennemført interview med en enkelt praktiserende læge tilknyttet én af plejeenhederne ifm. startinterviews.

Skriftlige kilder fra enhederne: Selvevaluering, logbøger og storyboards

Guiden indeholder bl.a. en skabelon til selvevaluering. Formålet er at få plejeenhederne til at reflektere over, hvordan de arbejder med at forebygge mistrivsel og brugen af antipsykotika blandt mennesker med demens, samt hvordan de aktivt arbejder på at reducere det eksisterende forbrug af antipsykotisk medicin. Som led i afprøvningen er alle deltagende enheder af Sundhedsstyrelsen blevet bedt om fra forløbets start at udfylde selvevalueringen.

Derudover inddrages logbøger fra plejeenhederne, som ligeledes efter opdrag fra Sundhedsstyrelsen er blevet udfyldt løbende. Endelig er der til brug for erfaringsopsamlingen stillet skriftligt materiale fra netværksseminarer til rådighed bl.a. storyboards udarbejdet/udfyldt af plejeenhederne.

Kvantitative data om medicinforbrug

Som en del af afprøvningen er der indsamlet kvantitative data på de ni plejeenheder om beboernes (faste) forbrug af antipsykotika og tilstedeværelse af seponeringsplaner. Indsamlingen er sket med afsæt i udfyldelse af et særligt monitoreringsskema, som er udviklet af PS! og Sundhedsstyrelsen til brug for den konkrete afprøvning. PwC har givet input til, om data indsamlet med skemaet ville kunne besvare formålene med erfaringsopsamlingen ift. at belyse udvikling i forbrug af antipsykotisk medicin.

Datapunkter i monitorering

Ved tilrettelæggelse af monitoreringen var der en ambition om at indsamle strukturerede data om brug af anden sederende medicin med henblik på at belyse evt. substitution ved seponering af antipsykotisk medicin. Der var ligeledes planer om at indsamle data om brug af antipsykotisk medicin p.n., dvs. hvor medicinen gives ved konkret behov men ikke som en fast ordination. Det viste sig imidlertid ikke muligt at indsamle disse data på tværs af alle ni plejeenheder.

Plejeenhederne blev i forbindelse med afprøvningen bedt om at gennemføre monitorering af medicinforbrug i perioden fra 1. marts 2024 til og med februar 2025. For de fleste plejeenheder er der imidlertid først indsamlet data og lavet basismåling i april 2024. Derfor tages afsæt i tidsperioden april 2024 til februar 2025 (11 måneder) i beskrivelse og analyse af data og udvikling i løbet af afprøvningsperioden.

Hver måned har plejeenhederne i skemaet skullet indføre data om forbrug af antipsykotisk med angivelse af konkret præparat og dosis. Data viser dermed den tidsperiode, hvor en beboer får medicinen, og angiver således også evt. ophør af ordinationen samt reduktion eller forøgelse af dosis eller ændringer i anvendte præparater. Plejeenhederne har angivet relevante kommentarer til ændringer i ordination og dosering fx hvis en borger er afgået ved døden, eller om der er tale om en beboer, som er flyttet ind på enheden med brug af antipsykotisk medicin.

Målgruppe for monitorering

Målgruppen for monitoreringen er af Sundhedsstyrelsen og PS! defineret som beboere på plejeenhederne med demensdiagnoser og evt. demenssymptomer, som ikke samtidig har en (anden) psykiatrisk diagnose. De enkelte enheder har dog i praksis selv truffet beslutning om de beboere, som – indenfor den overordnede målgruppe – skulle omfattes af den løbende monitorering. På nogle enheder er der udfyldt monitoreringsskemaer for alle beboere på plejeenheden, mens der på andre enheder er truffet beslutning om kun at monitorere forbruget for nogle beboere fx på udvalgte afsnit, som har været defineret som genstandsfelt for afprøvningen. Beslutninger om monitoreringen er truffet ud fra, hvad der har givet mening for det lokale afprøvningsprojekt. Det betyder imidlertid, at der ikke er de samme data til rådighed på tværs af enhederne, hvorfor der ikke kan drages konklusioner om fx det generelle niveau af brug af antipsykotisk medicin (procentandel) på de deltagende enheder samlet set, jf. også den nationale opgørelse af forbrug af antipsykotisk medicin for borgere med demens.

Der er med ovenstående afgrænsninger og beslutninger truffet på de enkelte enheder i alt identificeret 37 beboere inden for målgruppen fordelt på otte ud af de ni plejeenheder. På en af de ni plejeenheder er der således ikke i perioden udfyldt monitoreringsskema for en beboer i behandling med antipsykotisk medicin, og hvor denne borger ikke samtidig har en psykiatrisk diagnose. Det begrænsede antal beboere i monitoreringen betyder, at data skal fortolkes med betydelig forsigtighed.

Afgrænsninger og forbehold

En række forhold vedr. rammerne for afprøvningen og de deltagende enheder har betydning for mulighederne for at uddrage mere generel læring om brug af guiden som afsæt for indsatser målrettet reduktion af brugen af antipsykotisk medicin for borgere med demens:

- **Udvælgelse af deltagende enheder:** De ni deltagende plejeenheder i afprøvningen er ikke tilfældigt udvalgte og kan af en række årsager ikke antages at repræsentere 'typiske' plejeenheder. For nogle plejeeenheders vedkommende har kommunen truffet beslutning om deltagelse i afprøvningen. For hovedparten af plejeeenhederne er der imidlertid tale om, at enheden selv eller sammen med kommunen har truffet denne beslutning. Det kan antages, at dette forudsætter et vist overskud i hverdagen, da der skal afsættes tid og ressourcer til forløbet, ligesom enhederne via deltagelsen åbner op for at give indblik i arbejdet på enheden. Oplevelsen fra PSI og Demensrejseholdets konsulenter er således også, at de deltagende enheder – trods store forskelligheder på tværs af disse – i gennemsnit har været fagligt stærkere end en typisk plejeenhed.
- **Afprøvningsgenstandsfelt:** Afprøvningsforløbene har haft det tilfælles, at der med afsæt i guiden skulle gennemføres indsatser med henblik på at reducere forbruget af antipsykotisk medicin. Der har således været en forholdsvis løs ramme med stor frihed i forhold til valg af både fokus og metoder. Som erfaringsopsamlingen viser, har der i praksis været tale om ni meget forskellige forløb, og der er således ikke mulighed for en egentlig evaluering af enkeltstående tiltag eller belæg for at konkludere på, hvad der virker bedst. Dette har heller ikke været ambitionen med afprøvningen og erfaringsopsamlingen.
- **Kontekst for afprøvningen:** De ni deltagende enheder er i praksis meget forskellige enheder fx hvad angår størrelse, type af enhed, sammensætning af beboergruppe m.v. Enhederne stod ved afprøvningsens start ligeledes meget forskellige steder modenhedsmæssigt ift. tidligere erfaringer med og afsæt for bl.a. arbejdet med personcentreret omsorg. Dette afspejler vilkårene i ældreplejen mere generelt set, og guiden er netop udarbejdet med det formål at kunne dække den lokale variation. Konsekvensen er dog, at der i praksis er en række kontekstuelle forhold på de deltagende enheder, som har betydning for enhedernes arbejde med indsatser ifm. afprøvningsforløbet, og som gør det vanskeligere at uddrage generel læring og erfaring med arbejdet med guiden.
- **Isolering af betydning af selve afprøvningen:** Enhedernes indsatser i afprøvningsforløbet har – naturligt – i vid udstrækning stået ovenpå og bygget videre på eksisterende arbejdsgange, tidligere projekter m.v. På mange enheder har man med afprøvningen derfor ikke fundet på helt nye tiltag men har fx intensiveret omfang, hyppighed eller udbredelsen af eksisterende tiltag eller skruet op for systematikken i eksisterende indsatser fx brugen af beboerkonferencer, døgnobservationsskemaer m.v. I praksis betyder dette, at det er vanskeligt at isolere indholdet, og dermed betydningen, af selve afprøvningen fra det almindelige løbende arbejde og allerede iværksatte indsatser.
- **Vurdering af guiden:** Som en del af erfaringsopsamlingen har PwC skullet belyse guiden som afsæt for indsatser målrettet reduktion af antipsykotisk medicin til borgere med demens samt, i forlængelse heraf, potentialer for justering af guiden. Afprøvningsprojekterne på de ni enheder har imidlertid fundet sted som led i et samlet forløb planlagt og rammesat af Sundhedsstyrelsen. Vurderingen af brugen af guiden som afsæt for gennemførelse af lokale afprøvningsprojekter kan dermed ikke isoleres, og det kan være vanskeligt at vurdere i hvilken udstrækning, guiden kan stå alene.