



SUNDHEDSSTYRELSEN

Bedre rammer for socialt udsatte ældre på plejehjem

Sundhed for alle ♥ + ●

Bedre rammer for socialt udsatte ældre på plejehjem

© Sundhedsstyrelsen, 2025.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-677-7

Versionsdato: 15.08.2024
Foto: Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
August 2025

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	4
2. Læsevejledning	5
3. Ældre i socialt udsatte positioner	6

DEL 1

4. Opsamling på erfaringer og råd fra praksis til praksis	10
5. Fem centrale temaer	13
TEMA 1: Indretning og rammer	13
TEMA 2: Fællesskaber og aktiviteter	17
TEMA 3: Værdigrundlag og hverdagsliv	19
TEMA 4: Kompetencer, faglighed og relationer	23
TEMA 5: Ledelse og organisation	27

DEL 2

6. Faglige metoder, redskaber og refleksion	29
6.1. Tilgange, redskaber og metoder anvendt på ældreområdet	29
6.2. Tilgange, redskaber og metoder anvendt på socialområdet	34
6.3. Refleksionsspørgsmål til faglig udvikling	36
6.4. PDSA til forbedringsarbejde	37
7. Datagrundlaget for afdækningen	39
7.1. Desk research	39
7.2. Besøg og interview på plejehjem	39
Litteraturliste	40

1. Introduktion

Flere undersøgelser peger på, at ældre, der er i en socialt udsat position, har markant højere sygelighed og dødelighed end resten af den danske befolkning. Det skyldes typisk en kombination af faktorer som nedsat mental og fysisk sundhed, lav trivsel, ensomhed, dårlige boligforhold og – i nogle tilfælde – hjemløshed¹.

Selvom borgere i socialt udsatte positioner lever længere end tidligere, lever de ofte med omfattende og komplekse sociale og helbreds-mæssige problematikker, som nødvendiggør en intensiv og specialiseret indsats².

En kortlægning af de særlige behov blandt ældre i socialt udsatte positioner viser, at mange i denne gruppe oplever en fremskreden og tidlig aldring som følge af belastende livsvilkår gennem livet. Derfor kan nogle have behov for støtte, pleje, behandling eller botilbud allerede fra 50-årsalderen. Derudover har de ofte brug for tværfaglige indsatser på tværs af social- og sundhedsområdet, som kan imødekomme kompleksiteten i borgernes behov³.

Disse ældre kan have svært ved at finde sig til rette i de eksisterende plejehjemstilbud, da plejehjemmene ofte ikke har kompetencerne eller rammerne til at kunne understøtte borgernes behov og håndtere deres komplekse sociale og sundhedsmæssige behov⁴. Der er derfor behov for at udvikle målrettede og differentierede løsninger, der kan sikre bedre rammer for disse borgere.

Regeringen og støttepartier har med aftalen om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2025-2028 afsat 22,1 mio. til "ansøgningspulje til bedre rammer for socialt udsatte ældre på plejehjem".

Puljen afsætter midler til en forsøgsordning med særlige plejehjemspladser målrettet ældre i socialt udsatte positioner og kan søges af kommuner og/eller private aktører (herunder selvejende institutioner). Formålet med puljen er at støtte projekter, der sikrer bedre rammer på plejehjem gennem særlige plejehjemspladser til målgruppen.

For at understøtte den kommende ansøgningspulje har Sundhedsstyrelsen, i samarbejde med Social- og Boligstyrelsen, gennemført en vidensafdækning med fokus på, hvad denne borgergruppes særlige behov betyder for rammer, kompetencer m.m. på de særlige plejehjemspladser. Erfaringerne fra vidensafdækningen har resulteret i indeværende rapport, der skal bidrage med inspiration og faglig viden til kommuner og andre aktører, der ønsker at udvikle og afprøve nye løsninger på området. Afdækningen beskriver målgruppen og dens behov og identificerer en række centrale tematikker for (videre)udvikling af praksis. Derudover bliver der i materialet præsenteret udvalgte ideer til at arbejde med borgernes perspektiv og selvbestemmelse. Disse tager primært udgangspunkt i metoder fra Videncenter for ældrepleje og bidrag fra Social- og Boligstyrelsen.

¹ Rambøll (2020): Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov.

² Benjaminsen (2024): Hjemløshed i Danmark 2024: National kortlægning.

³ Rambøll (2020): Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov.

⁴ Benjaminsen & Lauritzen (2021): Udsatte ældre borgere i hjemløshed: En kvalitativ undersøgelse af kompleksitet i udsathed samt muligheder og udfordringer i indsatserne.

2. Læsevejledning

Denne vidensafdækning bygger på kvalitative interviews med ledere og medarbejdere fra en række plejehjem, der arbejder med ældre i socialt udsatte positioner. Formålet er at identificere centrale erfaringer, udfordringer og indsigter i arbejdet, med henblik på at inspirere kommende initiativer og understøtte kvaliteten i indsatserne.

I rapporten benyttes betegnelsen ældre i socialt udsatte positioner for at understrege, at udsathed ikke kun handler om individuelle forhold, men ofte er resultatet af komplekse sociale, helbreds- og strukturelle vilkår, der påvirker borgerens livssituation og behov for støtte. Rapporten indledes med en karakteristik af målgruppen.

Del 1 i vidensafdækningen tager udgangspunkt i konkrete praksiserfaringer og perspektiver fra ledere og medarbejdere og suppleres med eksisterende faglige materialer og rapporter, hvor det er relevant. Den er bygget op omkring fem tematiske dimensioner, der er identificeret gennem analysen af interviewene og afspejler de centrale tematikker, som praksis peger på som særligt betydningsfulde:

- TEMA 1: Indretning og rammer
- TEMA 2: Fællesskaber og aktiviteter
- TEMA 3: Værdigrundlag og hverdagsliv
- TEMA 4: Kompetencer, faglighed og relationer
- TEMA 5: Ledelse og organisering

Del 2 samler relevante faglige tilgange, metoder og refleksionsværktøjer fra både ældreområdet og socialområdet. Her præsenteres redskaber, som kan understøtte den faglige udvikling og det løbende forbedringsarbejde i praksis. Endelig afrundes rapporten med en beskrivelse af datagrundlaget for vidensafdækningen.

Vidensafdækningen er tænkt som et praksisnært og anvendelsesorienteret materiale. Den kan både læses i sin helhed eller bruges som opslagsværk, alt efter behov. De konkrete erfaringer og refleksionsspørgsmål i Del 1 og 2 kan tjene som afsæt for faglige drøftelser og inspiration til videre udvikling af tilbud til borgergruppen.

3. Ældre i socialt udsatte positioner

Ældre borgere i en social udsat position er en heterogen gruppe, der ofte lever med komplekse og sammensatte psykiske, sociale og sundhedsmæssige problemstillinger.

Disse forhold kan have stået på i mange år og bidraget til en livssituation præget af lav trivsel, marginalisering og begrænset adgang til stabile netværk og sundhedstilbud. Målgruppen af ældre i socialt udsatte positioner har en markant højere dødelighed og sygelighed sammenlignet med resten af den danske befolkning. De har derfor et øget behov for støtte og behandling, og de kan have behov for behandling, som den øvrige ældregruppe sjældent har – eksempelvis misbrugsbehandling⁵.

Mange borgere i en socialt udsat position oplever en tidlig aldring, og de har ofte plejehov allerede fra 50-årsalderen – et resultat af mange års fysisk og psykisk belastning, dårlige boligforhold, ustabil livsførelse og manglende adgang til behandling. Rambølls kortlægning af særlige behov blandt ældre i en udsat position peger således på en lang række behov for pleje, omsorg, støtte og behandling hos målgruppen. Herunder kan der være tale om behov for sygepleje, personlig pleje, praktisk hjælp, støtte til at indgå i sociale relationer og netværk, håndtering af økonomi, hjælp til bolig, følgeskab og støtte til at navigere i det sociale system og i sundhedsvæsenet⁶.



⁵ Rambøll (2020): Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov.

⁶ Ibid.

En undersøgelse af målgruppens møde med sundhedsvæsenet viser desuden, at borgere i socialt udsatte positioner ofte har flere samtidige fysiske og psykiske helbredsproblemer, og at borgernes helbredstilstand ofte bærer præg af et vanskeligt liv fx med langvarigt alkoholmisbrug eller i hjemløshed. Undersøgelsen peger på mange forskellige somatiske sygdomme blandt borgerne – eksempelvis KOL, tuberkulose, HIV, kræft, leversygdom, hjertesygdom, nervesygdom, betændelse i bugspytkirtel, mavesår, væske i bughulen, muskelskeletlidelser, rosen, bensår og fixeskader m.m. Eksempler på psykiske lidelser blandt borgerne er PTSD, angst, depression, ADHD, psykoser og skizofrene sindslidelser⁷.

Derudover peger samme undersøgelse på, at det ofte kan være vanskeligt for borgerne at opsøge sundhedsvæsenet og at møde til behandling. Borgerne kan have vanskeligt ved at forstå sundhedsinformationen i kontakten med sundhedsvæsenet eller have svært ved at handle på informationen. Borgerne har desuden ofte vanskeligt ved at navigere i sundhedsvæsenet og kan mangle de sociale kompetencer til at aflæse kulturen i sundhedsvæsenet og indgå i et konstruktivt samarbejde med sundhedspersonalet. Som resultat heraf, kan borgerne gå med ubehandlet sygdom over længere tid, og de lider derfor ofte af både kroniske lidelser, psykiske problemer og en dårlig ernæringstilstand på samme tid⁸.

En undersøgelse af traumebevidste tilgange i indsatser til målgruppen viser desuden, at der er en høj forekomst af traumer blandt borgere, der lever i socialt udsatte positioner. Traumatiske oplevelser kan gøre det vanskeligere for borgerne at indgå i en tryk samarbejdsrelation med fagprofessionelle eller i andre sociale relationer med det til følge, at deres situation forværres, og at indsatsen ikke får den ønskede virkning⁹.

Det komplekse udfordringsbillede og de mange fysiske, psykiske og sociale behov for støtte og behandling nødvendiggør en helhedsorienteret, tværfaglig og koordinerende tilgang til behandling og støtte til målgruppen. Det er desuden nødvendigt med grundlæggende viden og forståelse for målgruppen og dens behov samt de rette faglige kompetencer til at imødegå borgernes særlige behov¹⁰. Den tidligere nævnte undersøgelse af målgruppens møde med sundhedsvæsenet viser fx, at manglende viden og kompetencer hos sundhedspersonalet samt utilstrækkelige organisatoriske rammer (fx mangel på tid) kan udfordre samarbejdet og skabe en situation, der føles utryk for borgeren, og som borgeren kan have vanskeligt ved at håndtere med risiko for udadreagerende adfærd. De sundhedsprofessionelle i undersøgelsen understreger vigtigheden af, at der er tid og rammer til at kunne prioritere omsorgs- og relationsarbejdet i mødet med borgerne, da det er afgørende for at opnå en god kontakt med borgeren og for at kunne samarbejde med borgeren om sundhedsmæssige udfordringer¹¹.

⁷ Pedersen (2018): Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet.

⁸ Ibid.

⁹ Berger, Frøslev-Thomsen & Fynbo (2022): Viden om traumebevidste tilgange i indsatser til socialt udsatte – En vidensafdækning og skitse af en prototype.

¹⁰ Rambøll (2020): Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov.

¹¹ Pedersen (2018): Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet.

På grund af det komplekse udfordringsbillede for målgruppen er der også behov for særlige botilbud, der kan imødegå borgernes støttebehov¹². Erfaringer fra hjemløshedsområdet peger eksempelvis på, at ældre borgere, der har levet mange år i hjemløshed, og som ofte har både psykiske vanskeligheder og et samtidigt misbrug, kan have vanskeligt ved at trives og indgå i relationer med de øvrige borgere på somatiske plejehjem, hvis plejehjemmene ikke har de nødvendige kompetencer og rammer. Der er derfor behov for specialiserede tilbud som fx alternative plejehjem¹³.

Samlet set peger kompleksiteten i målgruppens støtte- og behandlingsbehov på fleksible og specialiserede tilbud samt kompetente fagpersoner, der kan navigere i både social- og sundhedsfaglige problemstillinger.

Karakteristik af målgruppen i denne videns- og inspirationsafdækning

Medarbejdere på plejehjem, som har bidraget til nærværende afdækning har givet indsigt i, hvad der kendetegner målgruppen i deres daglige praksis. Der er variationer i målgruppen på de forskellige plejehjem, men der tegner sig også klare fællestræk.

Mange af beboerne adskiller sig fra den klassiske plejehjemsbeboer – både i alder, livshistorie samt behov for støtte og behandling. Det er ofte en borgergruppe, som er relativt ung i forhold til den gængse borger på plejehjem, og som lever med komplekse problemstillinger såsom psykiske lidelser, misbrug (både aktuelt og historisk) og sociale udfordringer.

En del har begrænset eller ingen kontakt til pårørende, hvilket betyder, at personalet i høj grad bliver deres primære relationer og støttepersoner. På tværs af plejehjemmene beskrives borgerne som en målgruppe, der har behov for omsorg og pleje samt individuel og fleksibel støtte og behandling.



¹² Benjaminsen (2024): Hjemløshed i Danmark 2024: National kortlægning., Rambøll (2020): Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov.

¹³ Benjaminsen (2024): Hjemløshed i Danmark 2024: National kortlægning.

Del 1

4. Opsamling på erfaringer og råd fra praksis til praksis

Dette afsnit samler tværgående erfaringer og indsigter fra de interviewede ledere og medarbejdere på plejehjem og formidler råd fra praksis til praksis, som præsenteres mere uddybet i afsnit 5. Nedenstående tabel giver et overblik over centrale erfaringer der går igen på tværs af praksis, og som vurderes væsentlige i udviklingen af plejehjemstilbud for borgergruppen.

TEMA 1: Indretning og rammer

Tilpas rammer til borgergruppens behov	• Skab mulighed for afskærmede boligløsninger • Sørg for let adgang til uderum for borgere
Skab tryghed og forebyg konflikter	• Indret efter low arousal-principper med dæmpet lys, beroligende farver og sansestimuli • Overvej at skabe mindre boliggrupper
Gør plads til fællesskaber og spontane møder	• Skab indbydende fællesarealer • Placer kaffeautomater, aviser og siddepladser ved naturlige mødesteder
Understøt brug af faciliteter med personalets hjælp	• Personalet har en central rolle i at understøtte og facilitere, at de fysiske rammer og indretningen bliver anvendt aktivt og meningsfuldt i hverdagen • Overvej alternativ anvendelse af faciliteter, der ikke tages i brug

TEMA 2: Fællesskaber og aktiviteter

Understøt meningsfulde fællesskaber	• Skab små, overskuelige fællesskaber med udgangspunkt i beboernes interesser og behov • Giv plads til forskellighed – det er ikke alle, der ønsker stort fællesskab
Skab mulighed for spontan kontakt	• Understøt borgernes relationer på tværs af plejehjemmet
Tilpas aktiviteter til målgruppen	• Tilbyd fleksible og uformelle aktiviteter, der passer til forskellige energiniveauer og motivation • Brug kreative og sanselige aktiviteter, som skaber ro, nærvær og struktur

TEMA 3: Værdigrundlag og hverdagsliv

Skab en fælles forståelse blandt medarbejderne	• Skab rum for refleksion over etiske dilemmaer i hverdagen (fx ifm. selvbestemmelse, hygiejne og rusmidler) • Understøt en kultur, hvor værdier og dilemmaer drøftes åbent i personalegruppen
Indfør strategier for skadesreduktion ved misbrug	• Udarbejd konkrete tilgange til skadesreducerende indsats, der imødekommer borgernes behov • Støt medarbejdere i at håndtere etiske dilemmaer omkring rusmidler og forbrug gennem dialog og refleksion • Integrer skadesreduktion som en naturlig del af den daglige praksis
Skab tryghed gennem genkendelighed	• Skab forudsigelighed i hverdagen med tydelig struktur og kendte rutiner • Sørg for mest mulig kontinuitet i personalegruppen for at styrke tillid og relationer
Gør værdier til konkrete handlinger	• Omsæt værdigrundlaget i handlinger og individuelle aftaler, som giver mening for borgeren • Brug pædagogiske metoder og tydelig faglig refleksion som afsæt for samarbejde med borgeren • Støt medarbejdere i at sætte egne standarder og værdier til side, når borgerens ønsker går imod faglige anbefalinger, og i stedet møde borgeren med respekt og støtte

TEMA 4: Kompetencer, faglighed og relationer

Brug tværfaglighed aktivt	• Skab faste mødefora for faglig sparring på tværs af faggrupper • Udnyt forskellige fagligheder til at forstå og støtte komplekse borgerforløb
Tilfør social- og pædagogfaglige kompetencer	• Supplér plejepersonale med pædagogiske kompetencer i hverdagen • Tilpas teamsammensætningen, så der er relevant viden om målgruppen
Gør plads til faglig refleksion	• Skab forudsigelighed i hverdagen med tydelig struktur og kendte rutiner • Sørg for mest mulig kontinuitet i personalegruppen for at styrke tillid og relationer
Styrk fælles faglighed og sprog	• Tænk kompetenceudvikling som noget fælles for hele teamet på tværs af faggrupper • Skab en fælles fortælling om, hvorfor både sundheds- og socialfaglige kompetencer er centrale
Tag ansvar for relationen	• Klæd medarbejdere på til at aflæse og forstå bagvedliggende behov bag borgerens adfærd • Sæt fokus på, hvordan medarbejderens egen adfærd påvirker relationen, fx gennem refleksion og fælles læring

TEMA 5: Ledelse og organisering

Synlig og faglig ledelse	• Vær til stede i hverdagen og deltag aktivt i håndtering af dilemmaer og konflikter • Støt medarbejderne i svære situationer og signalér, at de ikke står alene • Skab en fælles faglig forståelse på tværs af faggrupper
Understøt fælles faglig refleksion	• Samarbejd med foreninger og erhverv med kendskab til målgruppen om inkluderende aktiviteter for borgerne • Brug personalets kendskab til borgerne når I sammensætter grupper på tværs
Styrk psykologisk tryghed og arbejdsmiljø	• Skab en kultur hvor det er trygt at dele erfaringer, også når det er svært • Giv plads til tvivl og faglige drøftelser af håndtering af konflikter • Sørg for tydelige rammer og rutiner for komplekse situationer (fx rygning, rusmidler, udadreagerende adfærd)
Priorité det relationelle arbejde	• Understøt alle medarbejdere i at arbejde relationelt med borgeren • Understøt samtidig at, alle medarbejdere har fokus på at sparre med hinanden, når det bliver svært

5. Fem centrale temaer

I denne del præsenteres centrale erfaringer fra praksis, som kan inspirere og understøtte arbejdet med socialt udsatte ældre på plejehjem. De er inddelt i fem overordnede temaer, der hver for sig belyser centrale aspekter af praksis og faglighed.

TEMA 1: Indretning og rammer

Man ser sjældent et plejehjem, hvor bygningerne specifikt er tegnet for at imødekomme de behov, som borgere i udsatte positioner måtte have, selv om enkelte på nuværende tidspunkt i 2025 er på tegnebrættet. Derfor gælder det for de plejehjem, der har bidraget med erfaringer i denne afdækning, at man har tilpasset nogle givne rammer til målgruppens behov. Nogle steder har man bygget annekser, terrasser eller yderligere boliger, for at imødekomme specifikke ønsker om fx privatliv.

På ét plejehjem har man bygget syv mindre træhuse uden for hovedbygningen (på en afstand af ca. 100-200 m). Træhusene danner en halvcirkel og er skærmet af en græsdækket vold i midten, så man ikke kan se ind i hinandens boliger. Husene, såkaldt "skæve boliger", er tryghedsfremmende, da borgerne får privatliv, men stadig kan få støtte af personalet og benytte sig af faciliteterne i hovedbygningen. Ledelsen på plejehjemmet gør sig dog grundige overvejelser om, hvilke borgere der vil

kunne profitere af disse boliger. Nogle borgere har stærkt behov for at kunne bo afskærmet og få ro og privatliv med lidt afstand fra andre borgere, hvilket imødekommes her. Samtidig er erfaringen, at der, for nogle borgere, kan være et behov for en vis grad af opsyn med henblik på at forebygge, at et område ikke udvikler sig til et salgssted for pushere. Derfor har plejehjemmet en opmærksomhed på, at borgerne i de skæve boliger skal kunne håndtere den mindre grad af opsyn.

Ud over hvad plejehjemmene specifikt måtte have tilbygget, er der ikke i de overordnede fysiske rammer bemærkelsesværdige forskelle mellem de plejehjem, hvor hovedparten eller alle borgere er i en socialt udsat position (fx alternative plejehjem), og somatiske plejehjem, hvor der ikke er oprettet særlige pladser eller forhold. Boliger, køkkener, aktivitetsrum og evt. gymnastikrum er genkendelige faciliteter alle steder. Når det så er sagt, så er der grundige overvejelser om indretning, som bygger på erfaringer med målgruppen og enkelte steder også baseret på borgerinddragelse.



I det følgende er der en række eksempler, som kan give inspiration til plejehjem, der vil styrke de fysiske rammer for i højere grad at kunne inkludere målgruppen.

Indretning som redskab til tryghed, ro og konfliktforebyggelse

Flere plejehjem har indrettet deres fysiske rammer med udgangspunkt i borgernes særlige behov – både for at skabe tryghed og ro og for at forebygge konflikter. Med inspiration fra low arousal-tilgange har nogle steder reduceret sansemæssig stimulation for at imødekomme borgere, som kan reagere utrygt på visse indtryk. På ét plejehjem har en ergoterapeut i samarbejde med personalet og borgerne kortlagt individuelle triggere og indrettet omgivelserne derefter. Det har resulteret i valg af afdæmpet belysning, beroligende vægfarver og tilstedeværelse af husdyr som akvariefisk og skildpadder, som borgerne kan interagere med. Derudover anvendes sansestimulerende hjælpemidler som gyngestole og tyngdeveste aktivt for at skabe ro i hverdagen.

Andre plejehjem har haft fokus på at forebygge potentielt konfliktfyldte situationer – særligt i forbindelse med medicindispensering og adgang til person-

lige ejendele. Ét sted udleveres medicin fx via en lukket luge, én borger ad gangen, og der er bevidst ikke placeret siddepladser i området, så borgerne ikke samles og udveksler informationer om deres medicin. Dette har ifølge personalet reduceret misforståelser og konflikter. Andre steder opbevares alkohol og tobak i aflåste rum, som kun medarbejdere har adgang til, og som rummer de mængder, der individuelt er aftalt med den enkelte borger.

Endelig har nogle plejehjem valgt at indrette boligerne, så konfliktskabende fællessituationer undgås. Et eksempel er etableringen af private vaskesøjler i hver bolig, da fælles vaskeri tidligere har medført konflikter. Derudover har borgerne adgang til egne pengeskabe, hvilket mindsker risikoen for uenigheder om ejendele og penge.

Erfaringen fra plejehjemmene er, at det for nogle borgere (især borgere i tidligere hjemløshed) kan være et reelt problem at skulle opholde sig bag lukkede døre efter mange år på gaden, og de bruger lang tid på at vænne sig til at sove og opholde sig inden døre. Altaner eller terrasser er derfor vigtige, særligt for borgere med erfaring fra hjemløshed, da de har behov for adgang til at kunne opholde sig ude ved behov. Erfaringen fra pleje-



hjemmene er, at borgerne derfor ofte har dørene ind til lejlighederne åbne. Når de har åbne døre mod gange eller andre fælles arealer, samtidig med at de har et højt forbrug af tobak, kan røglugten sprede sig ud af boligen og ind i andre boliger. Et plejehjem installerer derfor ekstra ventilation og røgsugning flere steder.

Flere plejehjem har installeret forskellige former for afskærmning. På et plejehjem, hvor der både er somatiske afdelinger og en specialiseret afdeling for borgere med alvorlig psykisk lidelse (fx skizofreni), er denne afdeling adskilt fra de øvrige afdelinger. Afskærmning har som oftest til formål at understøtte et trygt miljø og for at undgå situationer, der kan eskalere til konflikter. Nogle steder er boligerne opdelt i mindre grupper (3-4 boliger), hvor dørene kan lukkes mellem grupperne, hvilket giver mulighed for at mindske støjgener.

Lige som det kan være vigtigt at afskærme nogle borgere, anbefaler et plejehjem, at man sørger for udgangsmuligheder, så borgerne hurtigt kan forlade et rum, hvis der er behov for at træde ud af en konflikt.

Indretning der fremmer spontane møder og levende fællesskaber

Erfaringen fra plejehjemmene er, at de fysiske rammer skal balancere mellem ikke at være for stille eller for urolige, forstået på den måde, at mange af borgerne gerne vil have liv og aktivitet omkring sig, samtidig med, at for meget larm og uro kan opleves som utrygt. Lige som der er fokus på at skabe fæl-

lesområder med lav stimulation, er der andre steder på plejehjemmene tænkt på at understøtte, at borgerne kommer ud af deres lejligheder og spontant møder andre borgere.

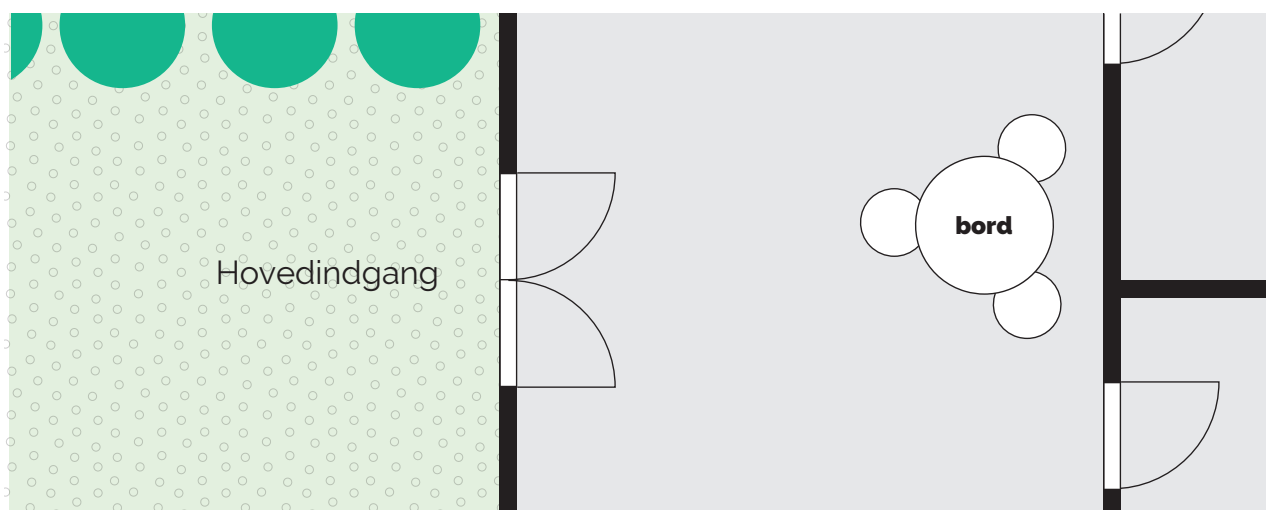
På ét plejehjem har man installeret en kaffeautomat i køkkenet, som anvendes i stedet for at sætte kaffe i kander. Tanken med kaffeautomaten er, at borgerne har en fornemmelse af eksklusivitet, når de selv har mulighed for at brygge deres egen friske kaffe – hvilket bidrager til at de kommer ud af deres boliger og får anledning til et tilfældigt møde med andre borgere.

Et andet plejehjem har placeret grupper af 2-3 stole med et bord og en avis ved steder, hvor der er naturlig trængsel, fx ved hovedindgangen. Dette gør det naturligt, at man stopper op, når man er på vej ud og ind, og falder i snak med de borgere, der sidder dér.

Et tredje plejehjem har skabt mindre mødesteder forskellige steder i huset (fx et sofaarrangement eller et bord med 4-6 stole), hvor både personale og borgere stopper op og mødes uden planlagte aktiviteter. Den slags kroge er ofte placeret steder, hvor der er noget "liv" at kigge på.

"Borgerne foretrækker at kigge på gangen eller vejen frem for haven, fordi der sker mere"

Citat fra medarbejder





Udstyr og installationer er ikke nok i sig selv

På tværs af de plejehjem, som har gjort sig erfaringer med indretning, er der generelt en oplevelse af, at indretning og udstyr i sig selv ikke nødvendigvis er nok til at skabe de gode fællesskaber eller sætte gang i aktiviteter. I stedet er der ofte behov for, at personalet støtter op herom. Personalet oplever, at borgere i udsatte positioner ofte har begrænsede personlige ressourcer og kan have vanskeligt ved at tage initiativ til fællesskab, herunder også til at tage særlige faciliteter i brug.

Et plejehjem indrettede fx en bålplads i haven for at skabe et stemningsfuldt miljø, hvor borgerne kunne mødes til oplevelser omkring bålet. Indvielsen var en succes, og der er ofte blevet talt om bålpladsen efterfølgende, men borgerne selv har ikke taget initiativ til at anvende den på egen hånd. Læringen har efterfølgende været, at bålpladsen kun bringes i brug, hvis personalet tager initiativ til at stå for at

samle borgerne omkring bålpladsen, facilitere en god stemning og sørge for at aktiviteten også bliver lukket i ro og mag.

På lignende måde er der læring om, at konditionsudstyr, bordtennis, billardrum, sansehave mv. kun sjældent bliver anvendt på borgernes eget initiativ. Det kræver for det meste, at personalet aktivt igangsætter aktiviteter omkring faciliteterne.

Nogle steder har man taget konsekvensen af manglende brug af faciliteter, og der er fundet nye anvendelsesmuligheder til dem. Eksempelvis anvender et plejehjem nu et tidligere spaområde som klinik til sårbehandling.

TEMA 2: Fællesskaber og aktiviteter

En undersøgelse om målgruppens behov peger på, at ældre i socialt udsatte positioner ofte er udfordret af ensomhed. Borgerne har ofte mistet kontakten til pårørende, og de kan mangle socialt netværk og nære omsorgsfulde relationer. Det pointeres, at det sociale netværk er vigtigt både for at undgå ensomhed og for at opnå oplevelsen af tilhørsforhold, stabilitet og social sikkerhed. For borgerne med et begrænset eller manglende netværk er de fagprofessionelle ofte med til at udfylde behovet for social omsorg og støtte¹⁴.

Erfaringen fra plejehjemmene er, at for borgere i udsatte positioner kan behovet for socialt samvær være meget forskelligt og for nogen også begrænset, men at mange af borgerne sætter pris på, at muligheden eksisterer. Borgerne deltager i den grad dagsformen er til det.

Tidspunktet for aktiviteten

Erfaringen fra plejehjemmene er, at både den personlige døgnrytme og dagsform på dagen kan have betydning for, hvornår beboerne har mentalt overskud til at indgå i fællesskaber, herunder også sociale aktiviteter én-til-én med en medarbejder. Det kan derfor være en udfordring at finde et godt tidspunkt til at arrangere aktiviteter med den enkelte borger eller på tværs af fællesskabet. Ét plejehjem har derfor prioriteret tidsrummet mellem kl. 15 og 17 til sociale aktiviteter. Her er personalets primære opgave at engagere borgerne i forskellige aktiviteter og at styrke relationen med borgerne.

Et godt kendskab til borgene hjælper personalet til at vurdere, hvornår på dagen aktiviteten typisk passer bedst. En vurdering, der bl.a. tager udgangspunkt i observationer om døgnrytme og påvirkning af medicin, rusmidler mv. på forskellige tidspunkter i døgnet.

Planlagte og spontane aktiviteter

Nogle aktiviteter er planlagt efter en fast kadence, hvilket giver borgerne en oplevelse af kontinuitet og faste rammer, som de kan profitere af. Der er faste aktiviteter med mange deltagere, men også

særlige aktiviteter målrettet borgere, som sjældent deltager i de øvrige tilbud.

Ét plejehjem har indgået en aftale med en kulturel forening om guidede læsegrupper, hvor borgerne kan lytte til højtlesning. Erfaringen er, at borgerne efterfølgende indgår i samtaler baseret på de oplevelser og minder, som læsningen bringer frem hos dem. Aktivitetsmedarbejderen, der har faciliteret opstarten af aktiviteten med foreningen, fortæller, at det især er de borgere, som tidligere har haft kultur tæt på livet, der deltager i fælleslæsningen, men at aktiviteten appellerer til en bredere gruppe, end man havde forventet.

Et andet plejehjem har indgået en aftale med en købmand, der regelmæssigt kommer med en pølsevogn. Borgerne oplever købmandsbesøgene som en hyggelig og genkendelig aktivitet, hvor man kan mødes med de andre borgere på plejehjemmet. Erfaringen er, at aktiviteten med pølsevognen både giver liv på stedet, noget at mødes om, og at det styrker de sociale relationer mellem borgerne.

Borgere i udsatte positioner er desuden ofte i stand til at komme og gå på plejehjemmet uden behov for støtte, fordi de, i modsætning til de fleste beboere på somatiske plejehjem, er forholdsvis unge og fysisk mobile. Erfaringen er derfor, at borgerne i større grad selv kan opsøge det omkringliggende lokalsamfund og finde aktiviteter ude i byen – eksempelvis er der nogle borgere, som udfører frivilligt arbejde ved sociale cafeer eller genbrugsbutikker, og der er borgere, som benytter de lokale butikker. Et enkelt plejehjem ligger også tæt på en bar, som nogle af borgerne besøger.

Mindre og uforpligtende fællesskaber

I praksis er erfaringen, at en del af borgerne sjældent kan rumme at være i fællesskaber i lang tid uden at opleve uro eller være udfordrede af at indgå i sociale relationer. Som tidligere nævnt, har mange borgere i målgruppen traumer og kan opleve det som udfordrende at indgå i sociale aktiviteter, fordi det kan trigge en traumereaktion hos borgerne.¹⁵

¹⁴ Rambøll (2020): Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov.

¹⁵ Berger, Frøsløv-Thomsen & Fynbo (2022): Viden om traumebevidste tilgange i indsatser til socialt udsatte – En vidensafdækning og skitsering af en prototype.

Derfor er aktiviteterne som regel ikke af lang varighed, ligesom den enkelte kan trække sig tilbage ved behov, uden at det går ud over fællesskabet. Fælles sociale aktiviteter varer derfor typisk maksimalt to timer ad gangen, da borgerne ofte ikke kan rumme mere end det.

På tværs af plejehjemmene erfarer man desuden, at borgerne ikke altid har interesse i at socialisere med hinanden. Nogle borgere har behov for meget lidt kontakt og trives bedst alene eller med nærmeste nabo. Derfor anvender plejehjemmene i høj grad mindre fællesskaber (af to-tre personer), hvilket kan understøttes på forskellige måder. Som tidligere nævnt, kan fx små indretningsgreb invitere beboerne til at mødes i mindre grupper.

Erfaringen fra plejehjemmene er, at medarbejderne også kan også spille en aktiv rolle ved – med deres gode kendskab til borgene – at matche én borger med en anden, så de kan have glæde af hinandens selskab. Ligesom der på plejehjem, fordelt over flere etager, kan være behov for målrettet støtte fællesskaber på tværs af etagerne, hvis borgerne ikke får sit behov for sociale relationer og fællesskab tilfredsstillet på egen etage. Som eksempel herpå fik en borger fra 3. etage på et af plejehjemmene en god relation til nogle borgere fra 2. etage via en madklub arrangeret af personalet.

Fællesskaber med eller uden alkohol

Blandt de plejehjem, der rummer borgere med højt forbrug af rusmidler, varierer det, hvilken holdning man har til fællesskaber med rus. På alle plejehjemmene kan borgerne forbruge alkohol i deres private hjem, mens det varierer, om det er tilladt på fællesarealer og til fællesarrangementer.

Ledelsen på ét plejehjem har det perspektiv, at alkohol og fællesskab for flere beboere følges hånd i hånd. Plejehjemmet italesætter, at rusmidler har været en naturlig del af det at indgå i et fællesskab for mange af borgerne, selvom disse alkoholfællesskaber ikke udelukkende har været forbundet med positive oplevelser – eksempelvis kan de for nogle borgere medvirke til tilbagefald, brud af relationer, mv. På dette plejehjem anvendes en mindre mængde af alkohol derfor som et redskab til at skabe social deltagelse og fællesskab, men også til at normalisere forholdet til alkohol. Eksempelvis afholder man på plejehjemmet fredagsbar, hvor borgerne kan få 1-2 øl, vinsmagning og ølsmagning,

hvilket er blevet kendte fællesskabstraditioner for beboerne. Dermed anerkendes beboernes historik og ønsker til livsstil, samtidig med at der skabes trygge rammer for fællesskabet.

"Formålet med alkoholaktiviteterne er fællesskab – ikke at blive fuld.

Fredagsbaren er afgrænset både tidsmæssigt og alkoholemæssigt, hvilket gør det nemmere for borgerne at forstå og afgrænse deres alkoholforbrug. Alternativt er der risiko for, at beboerne trækker sig tilbage fra fællesskabet og isolerer sig i deres egen bolig, når de har behov for at drikke."

Citat fra forstander

Ifølge forstanderen var fredagsbaren udfordrende i starten, men efter justering af alkoholemængden blev det en succes, og anvendelse af fredagsbaren har skabt nye sociale relationer mellem borgerne, som kan fortsætte uden for fredagsbarens rammer.

På et andet plejehjem har de bevæget sig fra at servere alkohol i fællesaktiviteter til ikke at servere alkohol. På dette plejehjem udviklede fællesaktiviteterne sig i en retning, hvor alkohol var det centrale element, hvilket resulterede i utrygge situationer. Derfor inkluderes forbrug af alkohol ikke længere i fællesaktiviteter. Ifølge forstanderen deltager beboerne stadig i fællesskabet, men fællesskabet bygger nu ikke på alkohol.

"Ved at skære alkohol væk sørger vi for, at alkoholen ikke er det, der skaber fællesskabet. Fællesskabet trækker stadig, og de (beboerne) kommer stadig."

Citat fra forstander

Ovennævnte eksempler viser, at der ofte er tale om en stor kompleksitet i de beslutninger, der er indlejret i formen på de aktiviteter og fællesskaber, der foregår på plejehjemmet. Der er ligeledes en oplevelse af, at mange borgere har haft et skjult alkoholmisbrug, og at det netop er vigtigt at kunne tale respektfuldt med borgeren om forbruget uden at stigmatisere og udskamme. Der er ikke én løsning, men plejehjemmene er nødt til at tage udgangspunkt i de konkrete borgere i vurderingen af, hvad der skaber gode fællesskaber.

TEMA 3: Værdigrundlag og hverdagsliv

Plejehjem der rummer borgere i socialt udsatte positioner forholder sig aktivt og kontinuerligt til deres værdigrundlag, da hverdagen bringer mange etiske dilemmaer, hvor konkrete situationer skal håndteres i overensstemmelse med deres værdisæt.

Det overordnede værdigrundlag på disse plejehjem ligner, hvad man finder på andre plejehjem, der ikke er rettet mod borgere i socialt udsatte positioner. Eksempelvis kan værdigrundlaget inkludere at se den enkelte beboer som individ, at man ser mennesket frem for at se sygdommen, og der kan være fokus på at skabe gensidig respekt og tillid imellem beboere og medarbejdere.

Der fremhæves dog igen og igen, at det er afgørende for arbejdet med målgruppen, at man tager udgangspunkt i borgerens egne italesatte behov med respekt for borgerens ønsker til livsstil. Det er derfor særligt vigtigt, at personalet ønsker at arbejde i tråd med dette og kan acceptere, at borgerne har en anden livsstil og andre standarder fx for hygiejne. Personalet skal derfor kunne lægge sine standarder og personlige værdier til side, når borgeren fx ikke ønsker at følge de sundhedsfaglige råd, men i stedet har brug for støtte på anden vis.

Værdigrundlaget på tværs af de inkluderede plejehjem afspejler således, at de overordnet set er i tråd med både den personcentrerede tilgang og recovery-orienteret rehabilitering gennem deres fokus på både at sætte borgeren i centrum og at tage udgangspunkt i borgerens egne ønsker og behov.

Husregler og hverdagens aftaler med borgeren

Værdierne kan blive omsat til mere eller mindre eksplicitte husregler. Som vi så i forrige afsnit om fællesskaber med og uden alkohol varierer plejehjemmenes husregler for anvendelse af alkohol i plejehjemmenes fællesskabsaktiviteter, men alle plejehjemmene tillader brug af alkohol i borgernes egne lejligheder. Denne skelnen mellem forbrug i egen lejlighed versus i fællesskabet, kan ses som en pragmatisk løsning, der sikrer borgernes ret til selvbestemmelse samtidig med at der på forskellig vis kan arbejdes med trykke fællesskaber, der ikke eskalerer alkoholforbruget.

På nogle af plejehjemmene er der også en fleksibel tilgang til husregler, som i høj grad tager hensyn til borgernes ret til selvbestemmelse – eksempelvis er der på ét plejehjem kun et begrænset antal husregler, men man laver i stedet aftaler med borgerne i de konkrete situationer, hvis der er risiko for fx konflikter eller at der opstår misbrugsfællesskaber. Der blev fx lavet en aftale med en borger om, at vedkommende kunne have besøg udefra af én ven ad gangen i 1-2 timer, da borgerens lejlighed tidligere var blevet centrum for lokale borgeres forbrug af både alkohol og stoffer.

Ovenstående er dog et udtryk for, at plejehjemmene konstant står i forskellige dilemmaer i krydsfeltet mellem retten til selvbestemmelse over eget liv og ønsker til livsstil på den ene side, og på den anden side at arbejde skadesreducerende og at sikre trygge og rolige forhold i borgernes hjem (på plejehjemmet).

Mange borgere i udsatte positioner har oplevet en række situationer, hvor de hverken har følt sig hørt eller forstået. Det kan med fordel prioriteres at afsætte tid til en indflytningssamtale, hvor man i en respektfuld tone taler med borgeren om den situation, de befinder sig i, og om det, de vil møde på plejehjemmet.

Skadesreducerende tilgang til misbrug

Som tidligere nævnt, har borgerne ofte et højt forbrug af rusmidler, og flere plejehjem arbejder ud fra en skadesreducerende tilgang, som handler om at støtte borgerne til at reducere skadevirkningerne af et højt forbrug af rusmidler. Støtten kan fokusere på at reducere forbruget eller på at imødekomme skadevirkningerne af forbruget på anden måde. Borgernes forbrug af rusmidler er en central del af arbejdet med målgruppen, og det nødvendiggør, at plejehjemmene er rustet til at kunne håndtere borgernes behov for støtte.

"Nogle borgere ryger hash på stedet, hvilket ville være umuligt på somatiske plejehjem – især med hensyn til pårørende".

Citat fra forstander

På et andet plejehjem udtrykker en medarbejder, at selv mindre forbrug af alkohol kan være problematisk at håndtere på et somatisk plejehjem.

Dilemmaerne, der ofte opstår, handler om spændingsfeltet mellem på den ene side sundheds- og omsorgsmæssige forpligtelser til at understøtte, at borgernes tilstand ikke forværres og at de ikke 'går i hundene', og på den anden side respekt for borgernes livshistorie og ret til selvbestemmelse. Borgere med et mangeårigt og massivt forbrug af rusmidler er ikke nødvendigvis interesserede i eller i stand til at reducere forbruget, selvom det skulle være ønskeligt set fra et sundhedsmæssigt perspektiv. Derudover har de alternative plejehjem den tilgang, at det netop er tilladt med et aktivt forbrug af rusmidler. Derfor tilgår personalet borgerne med en respekt for borgernes valg og med en nysgerighed om fx årsagen til forbruget, og taler med borgerne om, hvad der kunne motivere dem til at drikke mindre, og hvad der kan være af forskellige skadevirkninger.

Det er almindeligt på plejehjem, hvor borgere har et aktivt misbrug, at personalet hjælper borgerne i at disponere deres forbrug af alkohol ved at opbevare borgernes flasker og sikre, at borgerne har alkohol til hele måneden. Støtten til at disponere alkoholen tager udgangspunkt i, at det kan være vanskeligt for borgerne selv at administrere forbruget, hvis det hele er tilgængeligt på samme tid, og at de uden hjælp ofte løber tør for alkohol (og penge) i midten af måneden. Respondenterne beskriver, at dette ofte medfører konflikter med personalet og andre borgere, fordi borgerne oplever abstinenssymptomer. Hjælpen til at disponere alkoholen over hele måneden reducerer derfor risikoen for konflikter og mistrivsel, men det har ofte også den effekt, at borgerens forbrug samlet set bliver mindre. Borgerne får ro på, fordi de ved, at de ikke pludselig står uden alkohol i slutningen af måneden, men de kan også i større grad vente til dagen efter med mere alkohol, når de har fået dagens portion, og plejehjemmene erfarer, at det er med til at sænke forbruget.

Generelt gælder det, at man laver individuelle aftaler med hver borger om, hvor meget de vil have udleveret og hvornår. Derudover bliver der eksempelvis lavet individuelle aftaler om, hvor mange gæster borgeren må have på besøg ad gangen og hvor længe, med henblik på at undgå, at der opstår misbrugsfællesskaber i borgerens lejlighed, som kan forstærke misbruget.

Det at imødegå skadevirkningerne af et højt forbrug af rusmidler kommer derudover til udtryk på flere måder og kan have karakter af et fokus på, hvilke greb personalet ellers kan tage for at understøtte borgerens sundhed. Eksempelvis bliver der talt om, at borgerne med et højt alkoholforbrug i mange år ikke har fået alle de næringsstoffer, de har haft brug for, fordi det vigtigste for borgerne har været forbruget af alkohol. Derfor reducerer man de helbredsmaessige skadevirkninger ved at fokusere på, om borgeren får tilstrækkeligt med vitaminer og ernæring. Et mere praktisk eksempel er plejehjemmet, hvor man ønsker at undgå, at borgeren gentagne gange falder ud af sengen i påvirket tilstand. Her har man indkøbt gode liggeunderlag, så borgeren i beruset tilstand kan vælge at sove på dem i stedet, og derved ikke risikerer at komme til skade ved gentagne fald fra sengen.

Hygiejne og helbred

Som nævnt, oplever plejehjemmene, at det er afgørende for samarbejdet med målgruppen, at man tager udgangspunkt i borgerens egne italesatte behov med respekt for borgerens ønsker til livsstil, også når det betyder at skulle acceptere, at målgruppen kan have en anden livsstil og andre standarder for hygiejne. Det medfører, at personalet skal kunne lægge sine sundhedsfaglige krav og standarder til side, når borgeren ikke ønsker at følge de sundhedsfaglige råd. Det forandrer dog ikke på, at den sundhedsfaglige handlepligt skal respekteres, da det ofte kan være både alvorlige, akutte og kroniske sygdomme målgruppen lider af, hvorved dilemmaet opstår¹⁶.

"Borgerne skal selv ville samarbejdet med personalet og bidrage aktivt til dagligdagen".

Citat fra en medarbejder

Det er personalets oplevelse på et plejehjem, at "plejen af målgruppen afviger fra almindelige normer og regler" i ældreplejen. Nogle borgere går fx ikke i bad hver uge, da det ikke passer ind i borgernes oplevede behov og livsstil. Personalet må således tilpasse sig borgernes behov fremfor gængse krav til ældreplejen. Men fra et sundhedsfagligt perspektiv kan der netop være behov for støtte til

¹⁶ Pedersen (2018): Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet.



personlig hygiejne for at undgå urinvejsinfektioner, hudirritation og tryksår, eller tandhygiejne for at undgå bl.a. tandkødsbetændelse og lungebetændelse samt bevare tyggefunktion. Derudover kan en lav grad af hygiejne også gøre det vanskeligere for borgeren at deltage i fællesskabet, da de andre borgere fx kan tage afstand pga. lugtgener. Der er således også et socialfagligt perspektiv i at arbejde med borgerens motivation herfor, da det på forskellig vis kan understøtte borgerens trivsel og inklusion i fællesskabet.

Erfaringen fra plejehjemmene er, at det kan være svært for de sundhedsfaglige medarbejdere at håndtere borgernes anderledes livsstil, og medarbejdere på et plejehjem giver udtryk for, at der kan være en oplevelse af, at den gensidige respekt og det gode samarbejde mellem borgere og medarbejdere er på spil i denne slags situationer.

Det kræver dog her, at personalet tager ansvar

for at skabe den gode relation, som kan gøre, at personalet kan lykkes med at motivere borgeren, og at borgeren får lyst til at tage imod også denne type hjælp. Erfaringen fra flere plejehjem er, at personalet kan samarbejde bedre med borgerne, og herunder også få adgang til at støtte og motivere borgerne til fx at gå i bad, når personalet forstår borgernes bevæggrunde og tager udgangspunkt i en socialfaglig tilgang med fokus på at skabe den gode relation. Derfor er det vigtigt at understrege, at det relationelle arbejde, evne til perspektivskifte og at skabe et tillidsvækkende miljø er centralt for arbejdet med målgruppen.

Som tidligere nævnt, har målgruppen ofte traumer, der kan gøre det utrygt for borgerne at indgå i sociale situationer, og de har ofte en lav tillid til systemet¹⁷. I den forbindelse lyder det fra plejehjemmene selv, at der er behov for en dyb forståelse for målgruppen og forståelse for de traumer, der kan ligge til grund for den manglende lyst til at få hjælp

til hygiejne. Der kan fx være en historik med overgreb tidligere i livet. Det kræver tid og forståelse fra sundhedspersonalets side at opbygge en tillidsfuld relation, hvilket er nødvendigt for at borgerne kan profitere af behandling¹⁸. Set i lyset af dette, synes det særligt vigtigt at personalet påtager sig ansvaret for at forstå borgerens bevæggrund og at skabe en relation med tilstrækkeligt med tillid til også at kunne tage imod hjælp i så intime situationer, der er tale om, når det drejer sig om hjælp til fx personlig hygiejne.

Ro og trygge rammer

En vigtig opgave i plejehjemmenes arbejde med ældre i socialt udsatte positioner er at kunne tilbyde nogle rolige og trygge rammer. *"Plejehjemmet er et tilbud, der øger rutiner og stabilitet og mindsker tvivl og uforudsigelighed, som ellers opleves hos borgerne. De stabile rammer og de sociale relationer til primært medarbejdere, men også andre borgere, er med til at skabe tryghed og ro hos borgeren"*¹⁹.

Plejehjemmene oplever, at der er en række faktorer med betydning for, om de lykkes med at skabe rolige og trygge omgivelser, og at der er behov for at arbejde aktivt med dette. Nedenstående opmærksomheder går igen på tværs af plejehjemmene:

Når nye borgere flytter ind, er der både en opmærksomhed på, hvilken lejlighed der passer til borgerens behov, men også om borgeren er et godt match til de andre borgere i de omkringliggende lejligheder. I den grad der er ledige boliger kan plejehjemmene fx forsøge at sammensætte gruppen af borgere strategisk med henblik på at forebygge konflikter – eksempelvis kan plejehjemmet tilbyde borgeren en bolig i en rolig opgang, hvor der ikke passerer mange forbi, når borgeren er udfordret af traumereaktioner og har brug for ro og privatliv. Erfaringen fra plejehjemmene er, at dette kan bidrage til at forebygge utryghed og traumereaktioner hos borgeren, og herved også mindske risikoen for udadreagerende adfærd.

Derudover har plejehjemmene, som tidligere nævnt, en opmærksomhed på at forebygge misbrugsfællesskaber, da de kan eskalere forbruget af rusmidler og bidrage til konflikter mellem målgruppen og med personalet. Et plejehjem afholder derfor en tydelig forventningsafstemning ved indflytning, hvor borgerne informeres om plejehjemmets regler vedrørende forbrug af rusmidler, og hvor der lægges vægt på, at borgerne ikke bør dele alkohol med naboerne.

En meget forskelligartet borgersammensætning beskrives i litteraturen²⁰ og kan opleves i praksis på plejehjemmene som en udfordring for at kunne skabe trygge og stabile rammer. Nogle plejehjem har positive erfaringer med at specialisere sig i en enkelt alvorlig psykisk lidelse frem for at skulle rumme mange forskelligartede lidelser. På et plejehjem er der fx en afdeling for borgere med skizofreni. Ifølge personalet bidrager specialiseringen til borgernes trivsel, da borgerne oplever en høj grad af forståelse for hinanden og de udfordringer, de oplever i hverdagen – netop fordi de har samme psykiske lidelse. Erfaringen fra plejehjemmet er, at dette bidrager til accept af hinanden, og derfor også ro og tryghed på afdelingen. Borgerne på afdelingen deltager af og til i enkelte fælles aktiviteter på tværs af hele plejehjemmet, men til dagligt ønsker borgerne ikke meget kontakt med omverdenen.

¹⁷ Berger, Frøslev-Thomsen & Fynbo (2022): Viden om traumebevidste tilgange i indsatser til socialt udsatte – En vidensafdækning og skitsering af en prototype.

¹⁸ Pedersen (2018): Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet.

¹⁹ Rasmussen (2012): Steder at være for socialt udsatte ældre – antropologisk studie af Multihuset på Nørrebro.

²⁰ Rambøll (2020): Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov.

Tema 4: Kompetencer, faglighed og relationer

Ældre i socialt udsatte positioner har ofte komplekse livshistorier, psykiske lidelser, misbrug og manglende tillid til systemet. Det stiller særlige krav til medarbejdernes viden og kompetencer²¹.

I dette afsnit præsenteres erfaringer fra plejehjem, der arbejder med målgruppen, med fokus på den professionelle tilgang i mødet med borgeren, behovet for både social- og sundhedsfaglige kompetencer samt viden og kompetenceudvikling på tværs af faggrupper.

Analysen viser, at det ikke alene er bestemte fagligheder, men i høj grad bestemte tilgange og holdninger, der er afgørende. Tværfaglighed og relationskompetencer nævnes som helt centrale, og flere steder understreges det, at det kræver en særlig motivation "at ville borgergruppen".

Medarbejdernes tilgang i mødet med borgeren

Et gennemgående træk i interviewene er betydningen af medarbejdernes grundlæggende tilgang til arbejdet. Det at ville borgergruppen – ikke blot acceptere dem, men være oprigtigt engageret i deres liv og trivsel – opleves som en forudsætning for at kunne skabe relationer og yde kvalificeret støtte.

"Man skal kunne rumme dem. Man skal have lyst til at arbejde med dem. Og man skal ikke dømme dem."

Citat fra en medarbejder

Citatet understreger, at faglige kvalifikationer i sig selv ikke opleves som tilstrækkelige – det kræver også en personlig motivation og en grundlæggende respekt for borgerne for at kunne lykkes i arbejdet med borgergruppen.

Det relationelle arbejde er meget vigtigt og beskrives som afgørende for, at borgerne overhovedet tager imod støtte. Det inkluderer både motivation, rummelighed og evnen til at støtte borgeren i at

forstå og sætte ord på egne ønsker og behov, ligesom det bidrager til at udvikle borgerens sundhedskompetencer – eksempelvis ved at relationen muliggør samtaler, der kan øge borgerens forståelse for adfærdens sundhedsmæssige konsekvenser, og hvilke handlemuligheder borgeren har. Det relationelle arbejde tager udgangspunkt i borgerens ønsker og behov – også når disse adskiller sig markant fra samfundets eller medarbejderens egne normer.

Flere understreger, at det er vigtigt, at borgerne kan være sig selv uden at blive set skævt til. Det indebærer fx at kunne acceptere, at nogle borgeres liv indeholder alkohol, rod eller lugt, og at deres forståelse af det gode liv kan være anderledes end flertallets. Flere understreger, at borgerne hurtigt mærker, hvis en medarbejder ikke ser dem som mennesker med ligeværdighed. Det kan skade tilliden og gøre det svært at opbygge en relation.

En leder formulerer det således: "Personalet hos os er folk, der rigtig gerne vil arbejde med denne målgruppe. Det er nødvendigt, at de kan rumme borgerne."

Citat fra en leder

Citatet peger på, at det ikke er tilstrækkeligt blot at tolerere borgerne – men efter lederens mening skal medarbejderne have en oprigtig vilje til at forstå og acceptere deres livsstil, også når disse adskiller sig markant fra egne normer og værdier.

Der er også en udbredt bevidsthed om, at man som medarbejder ikke må tage udfordringer i samarbejdet med borgerne personligt. I stedet skal man forsøge at se bag om borgerens adfærd og forstå den i lyset af borgerens livshistorie, traumer og tidligere svigt.

"Hvis man bliver mødt med vrede, så handler det sjældent om én selv. Det handler om, hvad de har oplevet før – hvad de har i rygsækken."

Citat fra en medarbejder

²¹ Pedersen (2018): Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet



I praksis har det vist sig, at man som medarbejder er nødt til at kunne se bag om adfærd og ligeledes tage ansvar for sin egen adfærd og for relationen til borgeren, så samarbejdet med borgeren bliver konstruktivt, og så man kan forebygge konflikter.

Relationen mellem medarbejder og borger beskrives som afgørende for, at støtten overhovedet kan lykkes. Medarbejderne peger på, at tillid og kontakt sjældent opstår gennem formelle samtaler, men snarere udvikles i hverdagens uformelle samvær.

"Det kan være, når man drikker kaffe sammen, eller bare sidder og snakker om ingenting. Det er dér, man kommer nd under huden."

Citat fra en medarbejder

Citatet understreger, at det relationelle arbejde kræver nærvær, tålmodighed og tid til blot at være sammen med borgeren – uden nødvendigvis et mål eller en konkret opgave – andet end det helt

centrale: at udvikle relationen. Det er netop relationsdannelsen, som her er den faglige opgave.

Samtidig peger flere interviewpersoner på, at netop denne relationelle kontinuitet er under pres i mange plejehjem, der er rettet mod målgruppen. Særligt når der er høj personaleudskiftning og mange vikarer, bliver det svært at opretholde en stabil kontakt, som relationen kan bygges op omkring.

"Det tager tid at opbygge en relation. Og hvis borgeren har haft ti forskellige medarbejdere på en måned, så starter vi forfra hver gang."

Citat fra en medarbejder

Citatet fremhæver relationens skrøbelighed og afhængighed af strukturelle vilkår som stabil bemanding og kontinuitet i opgaveløsningen. Uden disse vilkår risikerer relationen at forblive overfladisk – og det kan i sidste ende svække indsatsens effekt, da borgeren hverken føler sig tryk, mødt eller forstået.

Sammensætning af socialfaglige- og sundhedsfaglige kompetencer

Mange medarbejdere fremhæver betydningen af socialfaglige kompetencer i arbejdet med socialt udsatte ældre. Det handler især om evnen til at aflæse og forstå borgernes adfærd.

"Vi skal kunne se bag om det, de siger og gør. Der er tit en grund til, at de reagerer, som de gør – og den grund skal vi finde."

Citat fra en medarbejder

Det socialfaglige blik indebærer, at man ikke blot forholder sig til det umiddelbare, men prøver at forstå, hvad der ligger bag handlingerne – ofte traumer, svigt eller oplevelser af kontroltab gennem livet.

De socialfaglige kompetencer spiller en særlig rolle i relationen til borgerne, fordi de bidrager til at skabe kontakt og samarbejde, hvor andre tilgange kan komme til kort. Flere steder beskrives det, hvordan det socialfaglige personale har en evne til at møde borgeren på en måde, der forebygger konflikter og skaber tryghed. Det bliver beskrevet som et nødvendigt supplement til det sundhedsfaglige arbejde – ikke som en erstatning, men som en forudsætning for, at sundhedsopgaverne overhovedet kan løses.

Et konkret eksempel handler om en situation, hvor en social og sundhedsassistent fortæller, at hun havde svært ved at få en borger i bad. Trods mange forsøg blev borgeren afvisende og vred. Det var først, da en pædagogisk medarbejder tog over og fandt en anden tilgang – med ro, tålmodighed og en samtale om borgerens egne præferencer – at det lykkedes at få skabt tillid og støtte borgeren til at gå i bad. Eksemplet illustrerer, hvordan socialfaglig indsigt og metode kan være afgørende for at få hul igennem og få løst opgaver, der ellers virker umulige.

De sundhedsfaglige medarbejdere, særligt social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, spiller en nøglerolle i at sikre grundlæggende pleje og sundhedsydelser til borgere, der ofte har både fysiske og psykiske helbredsproblemer. Mange borgere har imidlertid ikke pårørende, som kan støtte dem i at opsøge behandling eller følge op på sundhedsfaglige anbefalinger. Det betyder, at personalet ofte påtager sig en udvidet rolle, der rækker ud over det

sundhedsfaglige – fx ved at hjælpe borgere til at møde op til læge, tandlæge eller hospitalsaftaler.

"De har ikke nogen, der følger dem til læge. Det gør vi. Og nogle gange skal vi også overbevise dem om, at det er nødvendigt."

Citat fra en medarbejder

Citatet illustrerer, hvordan medarbejderne ikke blot yder praktisk støtte, men også indgår i en form for pædagogisk arbejde, hvor tillid og relation er afgørende for, om den sundhedsfaglige indsats overhovedet bliver mulig. At få en borger med til en nødvendig behandling kræver ofte mere end faglig viden – det kræver nærvær, motivation og forståelse for borgerens perspektiv.

Flere medarbejdere peger i forlængelse heraf på betydningen af tværfagligt samarbejde – især hvordan socialfaglige kompetencer er nødvendige for at understøtte de sundhedsfaglige opgaver.

"Det nytter ikke, at man bare kommer med sin sygeplejehat på. Man skal forstå det hele menneske – og det kræver, at vi arbejder sammen på tværs."

Citat fra en sygeplejerske

Citatet understreger, at sundhedsfaglighed alene ikke er tilstrækkeligt i arbejdet med denne målgruppe. Det er først i samspil med socialfaglig indsigt og relationel kompetence, at den nødvendige støtte kan gives på en måde, som borgeren kan tage imod.

Plejehjemmene har dog organiseret sig på forskellig vis ift. kombinationen af sundhedsfaglige og socialfaglige kompetencer. Hos nogle plejehjem er faggrupperne repræsenteret, men der er også plejehjem, hvor det sundhedsfaglige personale er kompetenceudviklet til at have både nødvendig viden om målgruppen og kompetencer til at inkludere et socialfagligt perspektiv og skabe den gode relation. Derudover var der også plejehjem, hvor det socialfaglige personale ikke kun understøttede, men også i nogen grad deltog i de sundhedsfaglige opgaver, afhængig af relationen til den enkelte borger. Der kan således være forskellige måder for

plejehjem at sammensætte personalegruppen på, så længe der sikres en tilstrækkelig grad af socialfaglige kompetencer.

Kompetenceudvikling

Et gennemgående tema i interviewene er behovet for målrettet kompetenceudvikling. Medarbejdere og ledere peger på, at arbejdet med ældre i en socialt udsat position rummer en kompleksitet, der kræver både socialfaglige, pædagogiske og psykiatriske kompetencer – viden og færdigheder, som ikke nødvendigvis dækkes af de sundheds- eller socialfaglige grunduddannelser. Det betyder, at mange medarbejdere har brug for løbende opkvalificering og støtte til at kunne håndtere de situationer og dilemmaer, der opstår i hverdagen.

Flere steder prioriteres efteruddannelse og faglig udvikling, eksempelvis gennem kurser i low arousal, konflikthåndtering, dobbeltdiagnoser med psykiske vanskeligheder og samtidigt rusmiddelforbrug samt viden om abstinenser, substitutionsbehandling og traumas betydning for adfærd. Kompetenceudviklingen handler i høj grad om at opbygge både vidensgrundlag og kompetencer til at kunne forstå borgerne og møde dem med den rette tilgang – og derved forebygge konflikt og understøtte borgernes trivsel og sundhed. Der er dog også behov for at kunne forstå borgernes reaktioner og handle hensigtsmæssigt, når konflikt ikke kan undgås – eksempelvis hvis en borger reagerer i affekt, eller når borgeren er ramt af abstinenser. Der er fokus på at forstå de psykologiske og sociale mekanismer bag borgernes adfærd, herunder hvordan tidligere

traumer og erfaringer præger deres nuværende livssituation og måde at indgå i relationer på, men også hvordan borgernes rusmiddelforbrug påvirker interaktionen med andre.

Ud over kurser og læring inddrages ofte ekstern faglig sparring i særligt komplekse sager – eksempelvis i form af psykologbistand, konsulentstøtte, sparring med kommunens socialsygeplejersker eller rådgivning fra socialrådgivere. Det opleves som en vigtig støtte i en hverdag, hvor medarbejderne ofte står i følelsesmæssigt krævende situationer.

Samtidig peger mange på, at det ikke er tilstrækkeligt med individuel kompetenceudvikling. Der er også behov for at udvikle en fælles faglighed og et fælles sprog på tværs af faggrupper, som bidrager til den fælles fortælling om, hvorfor både de sundhedsfaglige og de socialfaglige kompetencer er nødvendige og bidrager til den fælles opgaveløsning. Kvaliteten i indsatsen og det tværfaglige samarbejde styrkes, når social- og sundhedsfaglige medarbejdere arbejder ud fra en fælles forståelse af borgernes behov og de metoder, der anvendes. Det kræver dog tid og rum til fælles refleksion, fx i form af faglige møder eller supervision, samt en ledelse, der aktivt understøtter en kultur, hvor viden deles og faglige perspektiver bliver bragt i spil.

TEMA 5: Ledelse og organisering

Ledernes rolle

Ledelsen spiller en helt central rolle i arbejdet med ældre i en socialt udsat position. Både medarbejdere og ledere peger i interviewene på, at arbejdet med målgruppen forudsætter en ledelsesmæssig opbakning til en helhedsorienteret og socialfaglig tilgang. Som tidligere nævnt, skal det relationelle arbejde altid være til stede og det gælder både for sundhedsfaglige og socialfaglige medarbejdere, og her kan lederen have en opgave i at formidle nødvendigheden af det på tværs af faggrupper. Det kræver, at ledelsen kan formidle og forankre en fælles faglig forståelse på tværs af faggrupper, så både social- og sundhedsfaglige medarbejdere oplever, at deres perspektiver bliver anerkendt og koblet meningsfuldt sammen i praksis.

Målgruppen har komplekse problematikker og kan ofte reagere med, hvad der synes som uforudsigelig adfærd, og medarbejderne efterspørger derfor ledere, der har kendskab til målgruppen, og som er synlige i hverdagen og kan støtte op, når konflikter eller dilemmaer opstår. Flere medarbejdere understreger også betydningen af, at ledere har erfaring fra psykiatrien eller det specialiserede socialområde. Medarbejderne oplever, at det gør lederne rustet til at forstå den kontekst, medarbejderne arbejder i og til selv at indgå professionelt i relationelle situationer, der kræver ro og konflikt-nedtrapning. Lederne bliver herigennem oplevet som fagligt kompetente ledere, der kan agere som rollemodeller for den faglige tilgang.

Et centralt element, der også italesættes af plejehjemmene, er ledelsens ansvar for at sikre et bæredygtigt arbejdsmiljø. Deres erfaring er, at arbejdet med udsatte ældre kan stille høje krav til medarbejdernes robusthed og dømmekraft. Det kræver et vedvarende fokus på at skabe psykologisk tryghed, veldefinerede rammer for håndtering af udfordrende situationer og fælles rutiner for eksempelvis rygning, konflikter og højt forbrug af rusmidler. Ledelsen skal med andre ord aktivt skabe de organisatoriske betingelser for, at medarbejderne kan lykkes med deres opgave og samtidig trives og være trygge i deres arbejde.

Arbejdsmiljø og psykologisk tryghed

Plejehjemmene arbejder målrettet med at skabe et trygt og velfungerende arbejdsmiljø for medarbejderne, hvor både fysisk og mental trivsel prioriteres højt. Indsatserne er tilpasset de særlige udfordringer, der kan opstå i arbejdet med målgruppen – herunder håndtering af konflikter og udadreagerende adfærd.

Medarbejderne har adgang til overfaldsknapper, som kan anvendes både i utrygge situationer og ved behov for hurtig kollegial assistance. Derudover lægges der vægt på en åben kultur, hvor medarbejderne frit kan dele erfaringer og tale om udfordringer i arbejdet med borgerne. Det bidrager til et kollegialt fællesskab og muliggør løbende omrokering af opgaver, så belastningen fordeles og risikoen for udbrændthed minimeres.

Psykologisk tryghed er en vigtig forudsætning for at kunne løfte opgaven som medarbejder. Det understreges blandt personalet, at alle skal føle sig trygge ved at håndtere målgruppen – både af hensyn til egen trivsel og for at undgå, at presset samler sig hos enkelte kollegaer. En bred, kollektiv tryghed i personalegruppen forebygger frustrationer og forringet arbejdsmiljø.

Flere af plejehjemmene har erfaring med, at der kan opstå perioder, hvor borgerne har svært ved at indgå i samarbejde – eksempelvis fordi de er påvirkede af rusmidler eller i affekt. Det understreger vigtigheden af løbende fælles faglig refleksion. Derfor mødes personalet regelmæssigt for at drøfte håndtering af udfordrende situationer og dele erfaringer.

Et plejehjem havde et særligt redskab i form af "action cards" – individuelle kort, der beskriver præcist, hvordan medarbejderne kan håndtere forskellige situationer med henblik på konflikt-nedtrapning og samarbejdet med borgeren. Kortene opdateres løbende og fungerer som en praksisnær støtte for medarbejderne i det daglige arbejde.

Del 2

6. Faglige metoder, redskaber og refleksion

Dette afsnit præsenterer en række metoder og redskaber, der kan styrke forståelsen af borgernes adfærd, understøtte faglig refleksion i medarbejdergruppen og give konkrete greb til hverdagen. Redskaberne kan bruges både i det individuelle arbejde med borgeren og i den fælles tværfaglige praksis. Da målgruppen befinder sig i krydsfeltet mellem ældreområdet og socialområdet, kan metoder og tilgange fra begge områder med fordel bringes i spil. De to følgende underafsnit giver derfor et overblik over centrale metoder fra henholdsvis ældre- og socialområdet, som er særligt relevante i arbejdet med socialt udsatte borgere på plejehjem. Metoderne kan udvælges og anvendes som supplement til hinanden.

6.1. Tilgange, redskaber og metoder anvendt på ældreområdet

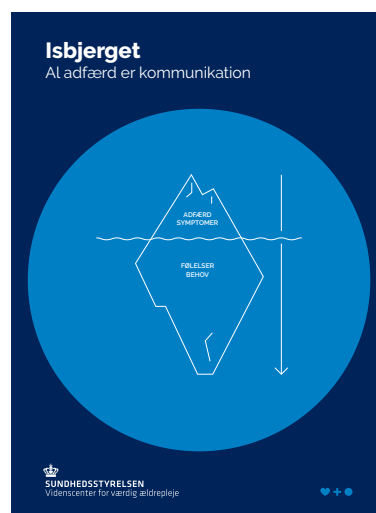
På ældreområdet findes en række tilgange og metoder, som ledere og medarbejdere på plejehjem med fordel kan inddrage i arbejdet med borgere i socialt udsatte positioner. Dette afsnit giver et overblik over udvalgte tilgange og metoder, der vurderes særligt relevante i denne kontekst.

Personcentreret tilgang

Med udgangspunkt i den personcentrerede omsorg har Sundhedsstyrelsens arbejde med og udviklet en række metoder og redskaber til at arbejde systematisk og indgående med borgerens trivsel. Et udvalg af disse præsenteres nedenfor. Metoderne og redskaberne kan understøtte jeres fokus på, hvad der opleves meningsfuldt og kan give livsglæde for den enkelte borger. Metoderne og redskaberne kan I anvende sammen med borgeren eller i den systematiske faglige refleksion og sparring om borgeren. Den viden er afgørende, når I afdækker hvilke aktiviteter eller fællesskaber, der kunne være meningsfulde for den enkelte. Derudover understøtter metoderne og redskaberne samtidig dialogen med fx plejehjemmets aktivitetsmedarbejder, tovholder fra en forening eller den enkelte frivillige mv. om at imødekomme borgerens perspektiver, ønsker og behov i de enkelte aktiviteter.

Isbjerget

Udgangspunktet er, at al adfærd er kommunikation. Oplever I en uforståelig adfærd fra en borger, er det vigtigt, at I overvejer, hvad borgeren egentlig prøver at fortælle jer. I situationer, hvor I ikke kan forstå den adfærd, I møder, kan I reflektere over, hvad der mon ligger bag. Måske mistrives borgeren? Eller hvilke behov prøver borgeren at give udtryk for? Isbjerget er et billede på, at der under borgerens adfærd er behov og følelser, som er usynlige for jer. Hvis I ikke forstår borgerens adfærd, kan I arbejde med at være nysgerrige på, hvad der kan gemme sig "under havets overflade", for måske handler borgerens adfærd ikke om det, I tror.



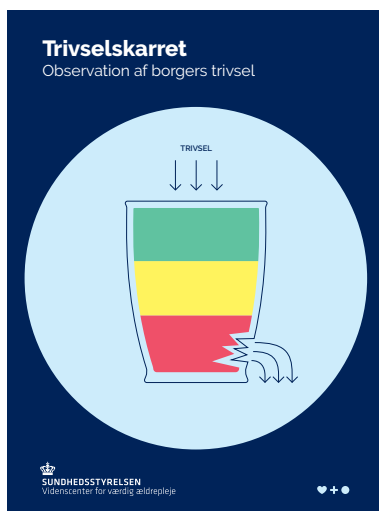
Læs mere om Isbjerget på Videnscenter for ældrepleje: **Redskabet: Isbjerget - Sundhedsstyrelsen**

Trivselskarret

Når I skal observere og reflektere over borgerens trivsel, kan I anvende redskabet Trivselskarret. Trivselskarret har samme farveinddeling som i triagering og TOBS. Forskellen er, at man med trivselskarret fokuserer den faglige drøftelse på borgerens trivsel, og I kan få et tydeligt billede på, hvorvidt borgeren trives, eller om der er behov for at "fylde mere trivsel i karret". Når I skal finde ud af, hvordan I kan fylde trivsel i borgerens trivselskar, kan I arbejde med de psykologiske behov (Blomsten), for det er ved at opfylde borgerens psykologiske behov, at I kan fylde trivsel på karret. I kan derudover benytte "Fem faktorer, der påvirker vores adfærd" til at finde frem til, om der er andet, der udfordrer borgerens trivsel.

Blomsten

Når I skal finde ud af, hvordan I kan understøtte borgerens trivsel, kan I med fordel anvende Blomsten. Blomsten er et redskab, der hjælper jer til at undersøge de fem psykologiske behov, som alle mennesker har. Hvis en borger er i mistrivsel, kan det være tegn på, at et eller flere af de psykologiske behov ikke er opfyldt. Det er svært at opfylde sine egne psykologiske behov, når man er svækket eller har en kognitiv funktionsnedsættelse fx demens. Med Blomsten som model, kan I systematisk reflektere over den enkelte borgers behov, og hvad der er meningsfuldt for den enkelte. For eksempel kan refleksionerne med afsæt i de fem psykologiske behov give jer et indblik i borgerens levede liv, og hvad borgeren har været optaget af. Men det kan også handle om de 5 faktorer, der påvirker vores adfærd. Her ser man fx om borgeren har smerter eller kognitive dysfunktioner, som man skal vide noget om. Derfor bør I også bruge følgende redskab.



Læs mere om Trivselskarret på Videnscenter for ældrepleje: **Redskabet: Trivselskarret - Sundhedsstyrelsen**



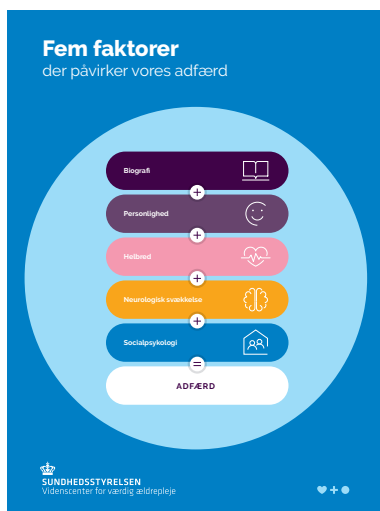
Læs mere om Blomsten på Videnscenter for ældrepleje: **Redskabet: Blomsten - Sundhedsstyrelsen**

Fem faktorer, der påvirker vores adfærd

Et menneskes adfærd er påvirket af livshistorie, personlighed, helbred, kognitive funktioner og de omgivelser, mennesket er i. Gennemgå de fem faktorer enkeltvis, med udgangspunkt i borgeren for at drøfte og forstå borgerens adfærd. Måske kan I blive klogere på borgerens behov og handlemønstre ved at høre om tidligere livserfaringer, fx svigt, tab eller uforløste drømme. Måske skyldes borgerens reaktioner smerter eller andre helbreds-mæssige forhold. Det kan også være, at borgeren har neurologiske udfordringer, som kan gøre jer klogere på borgerens adfærd? Og som kan give jer en forståelse for, hvordan I med fordel kan møde og hjælpe borgeren?

Værdighedshjulet

Værdighedshjulet er et samtaleredskab, som I kan bruge i dialogen med borgeren og komme i dybden med, hvad der er vigtigt for borgeren. Igennem samtalen gennemgår I seks temaer, og I får blandt andet mulighed for at drøfte, hvilke aktiviteter borgeren tidligere har nydt, eller hvordan borgeren har det med selskab og samvær med andre. Med baggrund i samtalen om borgerens ønsker og behov, kan I sætte faglige initiativer i gang, som øger borgerens trivsel.



Læs mere om Fem faktorer der påvirker adfærden på Videnscenter for ældrepleje:
Fem faktorer, der påvirker adfærden - Sundhedsstyrelsen



Læs mere om Værdighedshjulet på Videnscenter for ældrepleje:
Værdighedshjulet

Borgergennemgang

En borgergennemgang er en struktureret samtale og mødeform, der kan hjælpe jer til at forstå en borger bedre og åbne op for nye handlemuligheder og indsatser. På den måde kan I arbejde mere systematisk med borgerens trivsel. Borgergennemgangen er en gennemgang af fem spørgsmål, der med udgangspunkt i vores øvrige redskaber, hjælper til at give et samlet billede af borgerens trivsel.

De fem spørgsmål er følgende: Hvordan har borgeren det? Hvad ved vi om borgeren? Hvordan er det at være borgeren? Hvad har borgeren brug for? Hvad skal vi som medarbejdere gøre?



Borgergennemgang

1. Hvordan har borgeren det?
2. Hvad ved vi om borgeren?
3. Hvordan er det at være borgeren?
4. Hvad har borgeren brug for?
5. Hvad skal vi som medarbejdere gøre?

Læs mere om Borgergennemgang på Videnscenter for ældrepleje:
Borgergennemgang | Sundhedsstyrelsen

Konflikttrappen

Konflikttrappen illustrerer, hvordan du kan hjælpe til med at sikre, at en konflikt ikke optrappes, ved at du sætter dig ind i, hvorfor borgeren handler og reagerer, som han eller hun gør.

Hvordan møder du bedst en borger i affekt? Ofte kan dine handlinger i situationen utilsigtet komme til at optrappe en konflikt i stedet for at dæmpe eller løse den. Konflikttrappen er god at bringe i spil, når I vil sætte fokus på, hvordan jeres handlinger som personale kan ned- eller opjustere borgerens reaktion.



Konflikttrappen

Læs mere om Konflikttrappen på Videnscenter for ældrepleje: **Redskabet: Konflikttrappen - Sundhedsstyrelsen**

Affektudbrudsmodellen

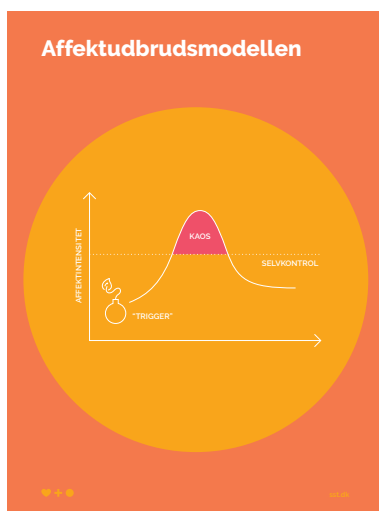
Modellen viser, hvad der sker, når et menneske kommer i affekt og mister selvkontrollen.

Affektudbrudsmodellen kan bruges til at analysere de episoder, hvor en borger mister selvkontrollen, fordi affekten bliver for høj. Ved at arbejde med modellen kan du blive klogere på, hvilke triggere der får borgerens affekt til at stige, og hvorfor konflikten eskalere. Metoden introducerer begrebet 'trigger' samt en række spørgsmål, du kan arbejde med for at være forberedt på, hvordan du skal håndtere et affektudbrud hos en borger.

Faglig ledelse

Faglig ledelse spiller en afgørende rolle, når et plejehjem ønsker at skabe en kultur, hvor medarbejdere udfører personcentreret omsorg. Den faglige ledelse må understøtte og udtrykke en klar forventning om systematisk anvendelse af personcentrerede metoder og redskaber, for at forstå borgerens adfærd og arbejde med borgerens trivsel.

Der kan være flere forskellige måder at understøtte den personcentrerede tilgang, så den bliver tydelig i jeres organisation. Det kan fx være i jeres mødeformer og dokumentation og i jeres informationsmateriale. Samtidig må den faglige ledelse understøtte, at metoder og redskaber anvendes i det daglige, når medarbejdere oplever adfærd, de ikke forstår. Den faglige ledelse har en vigtig opgave i at understøtte en kultur, hvor medarbejdere har tid til og anerkendes for struktureret at udforske borgernes psykologiske behov og understøtte borgerne til meningsfulde aktiviteter i samarbejde med civilsamfundet.



Læs mere om Affektudbrudsmodellen på Videnscenter for ældrepleje:
Redskabet: Affektudbrudsmodellen - Sundhedsstyrelsen

Læs mere om Faglig ledelse på Videnscenter for ældrepleje:

Faglig ledelse i ældreplejen | Videnscenter for ældrepleje | Sundhedsstyrelsen

6.2. Tilgange, redskaber og metoder anvendt på socialområdet

I arbejdet med borgere i socialt udsatte positioner på socialområdet kan fagpersoner med fordel trække på forskellige tilgange og metoder. Dette afsnit præsenterer kort en række af dem, som har vist sig særligt relevante i praksis.

Recovery-orienteret rehabilitering

Recovery-orienteret rehabilitering – også kaldet "Borgeren ved roret" – er en faglig tilgang, der har fokus på at styrke borgernes muligheder for at komme sig og leve et så meningsfuldt og selvstændigt liv som muligt. Målet med at arbejde med recovery-orienteret rehabilitering er at understøtte borgerens personlige recovery-proces. Det er centralt i samarbejdet, at den faglige medarbejder har fokus på, at borgeren bevarer kontrollen i eget liv. Når borgeren oplever sig mødt, set, hørt og hjulpet af medarbejderen, kan rehabiliterings-indsatsen defineres som recovery-orienteret rehabilitering.

Social- og Boligstyrelsen har formuleret otte retningsgivende principper, der tilsammen beskriver en recovery-orienteret rehabiliterende tilgang. Principperne er tæt forbundne og beskriver tilsammen en praksis, hvor den enkeltes håb, ønsker og drømme er omdrejningspunktet for den støtte, borgeren tilbydes.

Recovery-orienteret rehabilitering er en faglig tilgang, der udspringer af socialpsykiatrien, men som er relevant for det samlede specialiserede voksenområde. Alle materialer på Social.dk kan således med fordel anvendes af ledere og medarbejdere fx inden for det specialiserede voksenområde eller handicapområdet.

De tilhørende materialer er rettet mod både ledelse og medarbejdere og inkluderer bl.a. redskaber til implementering af tilgangen og til samarbejdet med borgerne.

Læs mere om Recovery-orienteret rehabilitering på Social- og Boligstyrelsens hjemmeside **Social.dk**

Traumebevidst tilgang

Social- og Boligstyrelsen har udarbejdet fire anbefalinger til, hvordan sociale indsatser kan samarbejde traumebevidst med voksne borgere. Anbefalingerne er særligt rettet mod ledere og medarbejdere, der arbejder med mennesker i socialt udsatte positioner.

Formålet med at arbejde traumebevidst er, at en borger med traumer får et godt udbytte af sin indsats og gode muligheder for at få det liv, som vedkommende drømmer om. Når borgeren oplever tryghed, kontrol og ejerskab i samarbejdet med medarbejderen, vil der opstå færre traumereaktioner, og borgeren vil få mere ud af sin indsats. Traumebevidst socialt arbejde kan også bidrage til større arbejdsglæde hos medarbejdere og ledere. Erfaringen er, at når medarbejdere og ledere er opkvalificeret i traumebevidsthed, påvirker det ikke kun den sociale indsats men også arbejdsmiljøet. Når medarbejderne oplever at være fagligt klædt på til at arbejde med borgere med traumer, kan det øge medarbejdernes arbejdsglæde og bidrage til, at de bliver bedre i stand til at passe på hinanden som kolleger.

For at en arbejdsplads arbejder traumebevidst, skal alle ledere og medarbejdere:

- Være bevidste om traumers betydning for et menneskes følelser, handlinger og udfordringer
- Kunne genkende typiske tegn på traumatisering
- Kunne respondere hensigtsmæssigt i mødet med en borger eller en kollega, som har traumer
- Vide, hvad der potentielt kan udløse traumereaktioner, og kunne søge at forebygge traume-reaktioner.

De fire anbefalinger giver viden om, og inspiration til, hvordan man arbejder traumebevidst. Det gælder både i mødet mellem borgeren og fagpersonen og i andre sammenhænge, som har betydning for indsatsen. Anbefalingerne er:

1. Opbyg viden om traumer og kompetencer til at arbejde traumebevidst, så borgeren oplever at blive set, hørt og forstået.
2. Lad borgerens egne perspektiver være styrende for indsatsen, så borgeren oplever kontrol, ejerskab og mestring.
3. Opbyg tillid og tryghed sammen med borgeren, så borgeren får et roligere nervesystem og føler sig tryk ved at give udtryk for egne perspektiver og behov.
4. Tilpas de fysiske rammer, så de bidrager til borgerens oplevelse af fysisk og psykisk tryghed.

Under hver anbefaling er der forslag til hvilke tilgange, metoder og redskaber, man kan anvende i arbejdet med den konkrete anbefaling. De fire anbefalinger indeholder desuden vejledning til, hvordan anbefalingerne kan understøttes organisatorisk.

Læs mere om anbefalingerne til at arbejde traumebevidst i den sociale indsats med voksne, **Social- og Boligstyrelsen, 2023**

Motiverende Interview

Motiverende Interview (MI) er en personcentreret og guidende tilgang til at facilitere adfærdsændringer, der kan anvendes i forhold til en bred målgruppe af mennesker med psykosociale og sundhedsmæssige udfordringer.

Det grundlæggende formål med MI er at fremkalde en persons indre motivation for forandring. Metoden indeholder en række elementer, som skal være til stede i samtalen (fx åbne spørgsmål, refleksioner og bekræftelser), og behandleren skal bl.a. være accepterende og empatisk, for at metoden udføres korrekt. Samtalen indeholder fx ikke elementer som at være konfronterende, overtalende og argumenterende.

Ved brug af metoden samarbejder rådgiveren og borgeren om at identificere og bringe borgerens indre værdier og mål frem. Arbejdet med borgerens udsagn fx et ønske om, evne eller grunde til forandring er helt centralt for MI. Det er også centralt at arbejde med borgerens ambivalens i forhold til forandring.

Flere studier viser positive resultater med anvendelse af metoden, når den bl.a. målrettes voksne med psykiske vanskeligheder.

MI kan anvendes som en selvstændig metode, men anvendes typisk også som et supplement til andre behandlingsmetoder.

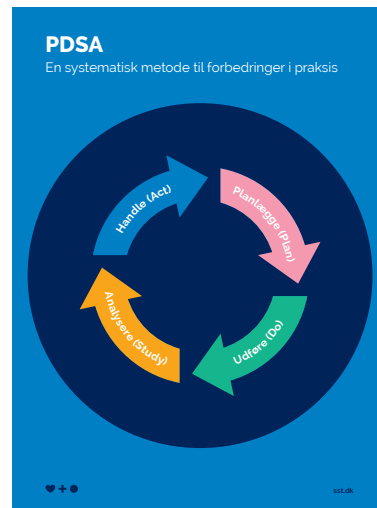
Find mere information om metoden Motiverende Interview (MI) på Social- og Boligstyrelsens hjemmeside **Social.dk**

6.3. PDSA til forbedringsarbejde

PDSA er en systematisk og struktureret måde at arbejde med forandringer og forbedringer på. Når I har gjort jer klart, hvad I ønsker at opnå, og hvilken indsats I vil teste, følger I de fire trin i PDSA. PDSA kan bruges både ved små og større forandringer. Cirklen illustrerer, at en forbedringsproces bliver ved og aldrig stopper.

PDSA-modellen består af to dele:

- **Tre spørgsmål til forberedelse**
 - Hvad ønsker vi at opnå?
 - Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?
 - Hvilke indsatser skal vi iværksætte for at skabe forbedringer?
- **Dernæst afprøvning og evaluering med PDSA-cirklen, som en metode i 4 faser.**



Læs mere om PDSA-modellen på Videnscenter for ældreplejes hjemmeside, hent den printvenlige skabelon og tag vores e-læringsmodul om modellen her:

Redskabet PDSA - Sundhedsstyrelsen

6.4. Refleksionsspørgsmål til faglig udvikling

I dette afsnit er der fem bokse med en række spørgsmål tilknyttet hvert af de fem temaer i del 1.

Spørgsmålene har til hensigt at understøtte refleksioner og overvejelser i relation til temaerne

og de overvejelser, I som plejehjem kan gøre jer i forbindelse med ansøgningsprocessen til puljen. I kan også bruge refleksionsspørgsmålene i jeres generelle overvejelser om at skabe bedre rammer for ældre i socialt udsatte positioner i det hele taget. I kan vælge de spørgsmål, der er mest brug for at drøfte – fx i en samlet ledelsesgruppe eller i faglig refleksion med medarbejderne.

TEMA 1: Indretning og rammer

- Hvordan understøtter vores fysiske rammer borgernes behov for tryghed, ro og privatliv?
- Hvordan kan vi med små greb i indretningen styrke mulighederne for spontane møder og fællesskab?
- Hvordan inddrager vi borgernes perspektiver og erfaringer i justeringer af de fysiske rammer?
- Hvordan sikrer vi, at indretning og udstyr bliver brugt aktivt – og ikke står uudnyttet hen?
- Hvilke dilemmaer oplever vi i balancen mellem afskærmning og deltagelse – og hvordan håndterer vi dem?

TEMA 2: Fællesskaber og aktiviteter

- Hvordan balancerer vi hensynet til selvbestemmelse med behovet for at beskytte sårbare borgere mod situationer, de ikke selv ønsker at indgå i?
- Hvordan inddrager vi borgernes perspektiver i planlægningen og justeringen af aktiviteter og fællesskaber?
- Hvordan rammesætter og kommunikerer vi tydeligt formål og rammer for fællesskaber og aktiviteter?
- Hvordan sikrer vi, at forskellige borgerstemmer bliver hørt – også dem, der ikke deltager aktivt, eller som har svært ved at give udtryk for deres ønsker?
- Hvilke fællesskabstraditioner og normer præger vores plejehjem – og hvordan påvirker de deltagelse, forskellighed og inklusion?

TEMA 3: Værdigrundlag og hverdagsliv

- Er vi i ledelsen og medarbejdergruppen enige om vores værdigrundlag – og hvordan det ser ud i praksis?
- Hvordan sikrer vi, at vores værdigrundlag bliver omsat til konkrete handlinger og individuelle aftaler, der giver mening for den enkelte borger?
- Hvordan arbejder vi med at skabe tillid og motivation hos borgere, der i udgangspunktet ikke ønsker hjælp til fx hygiejne eller at reducere forbruget af rusmidler?
- Hvordan kan vi indrette boliger og organisere hverdagen, så vi bedst muligt understøtter ro, tryghed og meningsfulde fællesskaber for beboere med meget forskellige behov?

TEMA 4: Kompetencer, faglighed og relationer

- Hvordan kan vores personlige tilgang og motivation være drivkraft til at styrke den professionelle relation til ældre i socialt udsatte positioner?
- På hvilke måder kan social- sundhedsfaglige – og pædagogiske kompetencer supplere hinanden i arbejdet med målgruppen?
- Hvilke udfordringer kan opstå ved høj personaleudskiftning, og hvordan kan de påvirke relationen til borgeren? Eller hvordan sikrer vi mest mulig relationel kontinuitet til borgerne?
- Hvordan kan kompetenceudvikling understøtte os som ledere og medarbejdere til at forstå og arbejde med borgernes komplekse livssituationer?

TEMA 5: Ledelse og organisering

- Hvordan kan vi i ledelsen sikre, at både social- og sundhedsfaglige, og pædagogiske medarbejdere oplever, at deres faglighed bliver anerkendt, udviklet og integreret i arbejdet med målgruppen?
- Hvordan kan vi som ledelse bedst understøtte medarbejderne i deres håndtering af komplekse situationer og etiske dilemmaer i hverdagen?
- Hvordan kan vi i ledelsen arbejde med at fremme psykologisk tryghed i vores medarbejdergruppe?
- Hvordan kan vi som ledelse fremme en åben kultur, hvor medarbejderne trygt deler erfaringer og lærer af hinandens håndtering af udfordrende situationer?

7. Datagrundlaget for afdækningen

Formålet med denne vidensafdækning er at formidle, hvordan plejehjem arbejder med at skabe bedre rammer for socialt udsatte ældre, samt hvilke erfaringer og greb der bringes i spil i praksis. Anledningen til afdækningen er en pulje, dog henvender afdækningen sig til alle, der ønsker at skabe bedre rammer for ældre i socialt udsatte positioner. Afdækningen bygger på et kvalitativt design med systematisk dataindsamling og -bearbejdning – både fra litteraturen og fra praksisfeltet.

Datagrundlaget består af to hoveddele:

- En desk research af udvalgt litteratur med relevans for arbejdet med socialt udsatte ældre på plejehjem.
- Interviews og casebesøg på otte plejehjem, hvor ledere og medarbejdere har delt erfaringer fra deres daglige arbejde.

De to datakilder uddybes nedenfor.

7.1. Desk research

Vi har foretaget en simpel desk research på materialer, der har fokus på socialt udsatte ældre med brug af søgeord såsom, "ældre", "udsathed", "plejehjem og plejecentre" m.fl.

Litteraturen er vurderet ud fra, hvad vi har kaldt "relevans for afdækningen". Der har ikke været skarpe kriterier som årstal eller videnskabelig tyngde for afgrænsning af materialer. Det betyder, at vi ved gennemlæsning af de valgte materialer har vurderet, om indholdet af materialet ville være af relevans for at understøtte ansøgere til "puljen til bedre rammer for socialt udsatte ældre på plejehjem", (aftalen om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet 2025-2028) samt kommuner og andre aktører, der ønsker at udvikle og afprøve nye løsninger på området.

Denne vidensafdækning bygger på materiale, som er identificeret på baggrund af en desk research af eksisterende litteratur på området, herunder nationale og lokale rapporter, samt evalueringer.

7.2. Besøg og interview på plejehjem

De empiriske indsigter i denne vidensafdækning er baseret på interviews og praksisbesøg på otte forskellige plejehjem. Tre af plejehjemmene blev besøgt fysisk, mens fem interviews blev gennemført virtuelt.

Interviewene blev afholdt med både ledere og medarbejdere og tog udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide. Guiden har sikret, at centrale temaer er blevet belyst systematisk på tværs af stederne. Ved de fysiske besøg fik vi desuden rundvisning, hvilket gav mulighed for at observere de fysiske rammer og dagligdagens organisering.

Erfaringer og pointer fra desk researchen har desuden informeret interviewspørgsmålene og bidraget til en kvalificeret dialog med praksisfeltet.

Alle interviews er efterfølgende analyseret tematisk med henblik på at identificere tværgående mønstre, erfaringer og praksisnære greb. Af hensyn til deltagernes anonymitet nævnes hverken navne på plejehjemmene eller interviewpersonerne i rapporten.

8. Litteraturliste

1. Rambøll Management Consulting. (2020). *Kortlægning af viden om grupper af udsatte ældre borgere med særlige behov*. Sundhedsstyrelsen.
2. Benjaminsen, L. (2024). *Hjemløshed I Danmark 2024: National kortlægning*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
3. Benjaminsen, L. & Lauritzen, H.H. (2021). *Udsatte ældre borgere I hjemløshed: En kvalitativ undersøgelse af kompleksitet i udsathed samt muligheder og udfordringer i indsatserne*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
4. Berger, N. P., Frøslev-Thomsen, J. & Fynbo, L. (2022). *Viden om traumebevidste tilgange i indsatser til socialt udsatte voksne – En vidensafdækning og skitsering af en prototype*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
5. Pedersen, P. V. (2018). *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
6. Rasmussen, J. D. (2012). *Steder at være for social udsatte ældre – antropologisk studie af Multihuset på Nørrebro*. Ensomme Gamles Værn.



Sundhed for alle ♥ + ●