



MARSELISBORG
CONSULTING

Pulje til praksisnært kompetenceløft til nedbringelse af antipsykotisk medicin til mennesker med demens

ERFARINGSOPSAMLING
JANUAR 2024



Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:

Marselisborg Consulting

Center for Udvikling,
Kompetence og Viden
www.marselisborg.org

For information, kontakt:

Director & Partner

Dorit Wahl-Brink
21 73 37 35
dwb@marselisborg.org

Eftertryk med tydelig
kildeangivelse er tilladt



Indhold

1	Indledning	3
1.1	Baggrund for puljen	3
1.2	Erfaringsopsamlingens formål	3
2	Resume	4
3	Viden, kompetencer og handlemuligheder	8
3.1	Viden om socialpædagogiske metoder	8
3.2	Viden om demens, antipsykotisk medicin og neuropædagogik	11
3.3	Fra viden til handlemuligheder	12
3.4	Psykologisk tryghed som en vigtig forudsætning	13
3.5	Faglig stolthed, trivsel og arbejdsglæde som afledt gevinst	14
3.6	Barrierer i arbejdet med viden, kompetencer og handlemuligheder	14
4	Arbejdsgange og mødesystematik	16
4.1	Arbejdsgange og systematik som en vigtig brik for forandring	16
4.2	Afprøvning og tilpasning af arbejdsgange	17
4.3	Medicingennemgang som anledning til revurdering af borgernes medicin	19
4.4	Ny arbejdsgange med afsæt i eksisterende praksis	20
4.5	Mere uformel faglig refleksion som afledt gevinst	20
4.6	Barrierer i arbejdet med arbejdsgange og mødesystematikker	21
5	Tværgående samarbejde	22
5.1	Samarbejde mellem demenskonsulenter og ældrepleje	22
5.2	Samarbejde mellem praktiserende læger og ældrepleje	23
5.3	Samarbejde med regionale specialer	25
5.4	Barrierer i arbejdet med tværgående samarbejde	27
6	Ledelsesfokus, implementering og fastholdelse	29
6.1	Nærværende ledelse i praksis	29
6.2	Engagement og ejerskab gennem inddragelse	30
6.3	Nøglepersoner og mødeledelse	31
6.4	Barriere for ledelsesfokus, implementering og fastholdelse	33
7	Metode	35
8	Oversigt over projekter	38
9	Kildehenvisninger	40



1 Indledning

1.1 Baggrund for puljen

Med den nationale demenshandlingsplan blev der i 2016 sat tre klare mål: Frem mod 2025 skal Danmark have 98 demensvenlige kommuner, flere mennesker med demens skal udredes, og forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens skal nedbringesⁱ. Til trods herfor får ca. 19-20% af mennesker med demens fortsat antipsykotisk medicinⁱⁱ.

Mennesker med en demenssygdom er ramt på deres kognitive funktioner. Det betyder, at de oftest vil udtrykke deres tristhed, eller mangel på samme, gennem deres adfærd. Som plejepersonale kan adfærden virke uforståelig, og det kan være medvirkende til, at der gives antipsykotisk medicin. Den antipsykotiske medicin dæmper adfærden og dermed også borgerens mulighed for at kommunikere. Når der gives antipsykotisk medicin, finder man dermed ikke ud af årsagen til adfærden. Det bliver sværere at finde og tilrettelægge den rette pleje, omsorg og behandling, der kan være med til at skabe tristhed og velbefindende hos borgeren.

Samtidigt ses markante bivirkninger ved og begrænset effekt af antipsykotisk medicin. Bivirkninger omfatter bl.a. uro og agitation (bevægetrang), hukommelsesbesvær, konfusion, svimmelhed, rysten og træthed. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen, at non-farmakologiske, og herunder socialpædagogiske, metoder anvendes som førstevalget i indsatsenⁱⁱⁱ.

Det er en kompleks opgave at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens. Opgaven kræver stor faglig indsigt og godt tværfagligt samarbejde. Arbejdet består dels i at forebygge, at antipsykotisk medicin anvendes unødigt, og dels i at seponere den medicin, der allerede gives^{iv}.

For at understøtte målet om at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin, blev der i december 2021 afsat 23,6 mio. kr. med "Puljen til praksisnært kompetenceløft til nedbringelse af antipsykotisk medicin til mennesker med demens". 15 projekter fik midler fra puljen^v.

1.2 Erfaringsopsamlingens formål

Med støtte fra puljen har de 15 puljeprojekter afprøvet forskellige tiltag. Det har givet projekterne erfaring og viden om, hvordan man i praksis kan lykkes med at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin.

Denne erfaringsopsamling har til formål at opsamle og formidle projekternes erfaringer og læringer. Målet er, at andre aktører, der i deres daglige praksis er i kontakt med mennesker med demens, kan lade sig inspirere til, hvordan man kan arbejde med at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin.

I erfaringsopsamlingen beskrives de erfaringer, der går på tværs af projekterne i fire temaer. Sidst i rapporten findes desuden en kort oversigt over de 15 puljeprojekter. Puljeprojekterne, deres erfaringer, læringer og resultater beskrives enkeltvist i tilhørende rapport "Cases: Læringer og resultater fra projekterne".



2 Resume

Med ”Pulje til praksisnært kompetenceløft til nedbringelse af antipsykotisk medicin til mennesker med demens” har 15 puljeprojekter fået midler til at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens gennem praksisnær kompetenceudvikling. Projekterne har fået en række erfaringer med at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin. Disse erfaringer er samlet i denne erfaringsopsamling.

Forbruget af antipsykotisk medicin kan nedbringes – og det giver trivsel for både borgere og medarbejdere

Erfaringer fra de 15 projekter har vist, at med en målrettet, faglig og praksisnær indsats er det muligt at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin. Nedbringelsen af forbruget er både sket ved forebyggelse af behovet for antipsykotisk medicin og ved seponering af eksisterende medicin. Særligt har projekterne haft fokus på at reducere brugen af antipsykotisk medicin gennem non-farmakologiske tiltag, og flere projekter fortæller, at netop det har bidraget til, at de i langt mindre grad end tidligere har opstartet borgere i antipsykotisk medicin.

Borgere med demens kommunikerer gennem adfærd, der ofte kræver en stærk sundheds- og socialpædagogisk faglighed at læse, forstå og handle på. Erfaringer fra projekterne er, at denne faglighed er nødvendig i arbejdet med borgernes trivsel og herunder især for, at non-farmakologiske tiltag bliver det relevante førstevalg, inden der anvendes antipsykotisk medicin, og dermed for nedbringelse af antipsykotisk medicin.

Samtidigt er det på tværs af projekterne blevet tydeligt, at arbejdet med borgernes trivsel virker særdeles meningsfuldt og motiverende for medarbejderne. Motivationen er især kommet ved, at medarbejdere, ledere og samarbejdspartnere har oplevet, at de ved hjælp af non-farmakologiske tiltag kan gøre en stor forskel for borgers trivsel. Derimod viser erfaringerne, at selve det at nedbringe den antipsykotiske medicin spiller en mindre rolle i motivationen for medarbejderne. Med andre ord har flere projekter erfaret, at de med en målrettet indsats kan sikre trivsel hos både borgere og medarbejdere - i et dobbelt perspektiv.

De overordnede erfaringer er således gode. I det følgende beskrives fire virksomme elementer, som på tværs af projekterne har vist sig at være væsentlige for at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin.

1. virksomme element: Styrket viden om og faglig praksis og flere handlemuligheder

Projekterne har alle fokuseret på praksisnær kompetenceudvikling. De har særligt fokuseret på at styrke medarbejdernes viden og forståelse for forskellige non-farmakologiske tiltag. Projekterne har arbejdet med en bred vifte af alternative handlemuligheder, herunder især socialpædagogiske metoder samt viden om demens, antipsykotisk medicin og neuropædagogik. Samtidigt har de fokuseret på styrke medarbejdernes kompetencer til at anvende denne viden i mødet med borgeren.

I forbindelse med den praksisnære kompetenceudvikling har en række projekter fokuseret på at være tydelige på, hvilken konkret praksis, de ønsker at ændre. Nogle har fx fokuseret på udvidet triage med fokus på både helbred og trivsel. Andre har fokuseret på anvendelse af specifikke non-farmakologiske metoder som fx sansestimuli. Særligt projekter, der har haft et handlingsorienteret og konkret fokus kombineret med et målrettet arbejde med praksisnære læringssituationer som fx borgercases, situeret læring, supervision mm., er lykket godt med at oversætte viden til konkrete handlemuligheder.



På tværs af projekterne er det tydeligt, at der især er taget godt imod de socialpædagogiske metoder, der er blevet oplevet som tilgængelige og praksisnære bud på handlemuligheder. Fx opleves Tom Kitwoods blomst som et tilgængeligt redskab til at forstå hele borgerens adfærd og behov.

Derudover viser erfaringerne, at især projekter, hvor der sideløbende med den nye praksis har været et fokus på psykologisk tryghed, har vist sig succesfulde i at få skabt gode faglige refleksioner som grundlag for at anvende non-farmakologiske tiltag. Dette er særligt nødvendigt i det komplekse arbejde med kognitivt udfordrede borgere, da netop dette stiller store krav til medarbejdernes kompetencer, overskud og evner til at samarbejde.

2. virksomme element: Systematikker, der understøtter den ønskede faglige praksis

Stort set alle projekterne har fokuseret på at ændre eller udvikle arbejdsgange og mødesystematikker. Fx har flere projekter arbejdet med at udvide triagemøder til at have et (endnu) større fokus på trivsel, ligesom flere har arbejdet med at sætte medicingennemgange i system.

Flere især assistenter, sygeplejersker, læger og andre med ansvar for borgers medicin har oplevet, at medicingennemgang blev en kærkommen anledning til at "rydde op" i borgernes medicin, og man oplevede mange steder, at medicingennemgang udgjorde en direkte årsag til, at brugen af antipsykotisk medicin blev nedbragt.

Erfaringen er, at systematikkerne har vist sig som en vigtig løftestang for de faglige dagsordener og den refleksionspraksis, der er ønsket. Fx har flere arbejdet med systematikker for forbedrelse af møder, medicingennemgang, mødedagsordenen eller systematikker for at få rette fagligheder til at deltage. Her er erfaringen, at det især har været virkningsfuldt, når de har kunne se, at systematikkerne har hjulpet til at få de rette faglige refleksioner om borgers trivsel og mulige non-farmakologiske tiltag. Derimod, hvis systematikkerne har manglet, har det vist sig sværere at fastholde den faglige refleksion og sparring. Systematikkerne er således en stærk medvirkende faktor til at lykkes med at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin.

Særligt har det vist sig virksomt, når systematikkerne har bygget videre på eksisterende praksis. Fx har nogle projekter udvidet dagsorden for allerede kendte triagemøder, andre har styrket forberedelsen af eksisterende tværfaglige møder og andre har givet en mere udtalt rolle til fx demenskonsulenter på møderne. Dette skaber genkendelighed hos medarbejderne, der med små overskuelige forandringer opnår et stort udnytte. Dette indebærer også, at et konsistent ledelsesmæssigt fokus på at formidle behov for og mening med de nye arbejdsgange har vist sig som en virkningsfuld metode til at sætte fokus på en ønsket praksis.

3. virksomme element: Samarbejde og vidensdeling

Flere projekter har fokuseret på at systematisere samarbejde på tværs af sektorer, fagligheder eller vagtlag for at kunne trække på relevant viden og kompetencer. Flere projekter erfarer, at værdien af det tværgående samarbejde især findes i borgerspecifikke drøftelser, hvor viden let kan oversættes til konkrete praksisændringer. Dette gælder uanset om det er den lokale læge, farmaceuten, demenskonsulenten eller andre særlige kompetencer, der er hentet ind. Medarbejdere fra de projekter, der har arbejdet med dette, beskriver, at for dem har det været særligt gavnligt at opleve, at de har kunne koble ny viden og nye perspektiver til konkrete borgere.

Særligt virksomt for udbyttet har det været, når projekterne har fokuseret på at få faste systematikker for samarbejdet ved fx samarbejdsaftaler eller faste mødefora, og at der på baggrund af et tillidsfuldt samarbejde og psykologisk tryghed er blevet opbygget en stærk relation, så man fx trygt også kan løfte bekymringer om andre borgere.



Endelig er det relevant, at flere projekter har arbejdet med, at aktørerne også skal sikres ejerskab for samarbejdets form. Fx har nogle projekter arbejdet med fælles udformning af samarbejdsaftaler mellem ældrepleje og læger. Dette har vist sig at bidrage til gensidig praksisforståelse, forventningsafstemning og meningsfuldhed i samarbejdet.

4. virksomme element: Nærværende og insisterende ledelse, der fastholder fokus

På tværs af projekternes ses, at en nærværende og insisterende ledelse, der formår at holde fokus trods andre, skiftende dagsordener, er afgørende. Flere projekter har bevidst arbejdet med at sikre ejerskab fra både medarbejdere og ledere som et led i at sikre gode rammer for, at ledelsen kan arbejde tæt på og være med til at fastholde fokus på den ønskede praksis.

Særligt relevant er det, at flere projekter med gode resultater har benyttet sig af distribueret ledelse i forskellige former. Fx har flere udpeget nøglepersoner, der bl.a. har til formål at række ud med faglig sparring omkring non-farmakologiske tiltag, ligesom flere har udpeget og uddannet mødeledere til gennemførelse af beboerkonferencer. Fælles for disse tiltag er, at de er virkningsfulde, når de tager udgangspunkt i en fælles forståelse for roller, opgaver, ressourcer mm. Derudover er det også afgørende, at ledelsen fortsat er insisterende og holder fast. Konkret beskriver flere ledere, hvordan de med bevidste implementeringsstrategier både har fokus på at opstarte projekterne og tydeliggøre mening, og på at fastholde fokus og støtte nøglepersoner m.fl. i de opgaver, de varetager.

Udover distribueret ledelse som en vej til at sikre nærvær, så har flere ledere også arbejdet med synlighed i projektaktiviteter. I den forbindelse er der særdeles gode erfaringer med, at lederne er til stede ved kompetenceudvikling, opfølgning og ved faglige drøftelser. På den måde kan lederne være med til både at sikre systematikker og understøtte den psykologiske tryghed, men også tydeliggøre vigtigheden af arbejdet med at nedbringe antipsykotisk medicin.

Barrierer for ændring af praksis

Selve det at ændre praksis er vanskeligt, især i en travl hverdag. Det kræver fokus og overskud at ændre vaner og rutiner som fx at bringe ny viden i spil. Flere projekter har søgt at imødegå dette med et stærkt, praksisnært fokus, men alligevel peger samtlige projekter på, at dette har haft en betydning på den ene eller anden vis.

I de 15 projekter er der også indhøstet erfaringer med barrierer for at ændre praksis, som har vanskeliggjort nedbringelsen af antipsykotisk medicin. På tværs ses især følgende barrierer for at opnå den ønskede forandring:

- › At sikre, at det faglige fokus er konkret, praksisnært og let tilgængeligt, og at ny viden præsenteres på en måde, hvor det opleves som relevant og ikke for teoretisk tungt.
- › At fastholde fokus på at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin i en travl driftspræget hverdag, hvor også fx besparelsesrunder eller omstruktureringer har taget fagligt og mentalt fokus fra medarbejder og ledere.
- › At fastholde fremdrift, opnået vidensniveau og ny praksis ved medarbejderudskiftning eller skifte hos nøglepersoner og ledere.
- › At sikre den nødvendige psykologiske tryghed i samarbejdet på tværs af sektorer, fagligheder og vagtlag.
- › At sikre rette incitamenter til tværgående samarbejde, så engagement fra fx læger, demenskonsulenter eller udekørende teams også sikres finansielt.
- › At skabe klarhed over roller og forventninger, så fx rollen som nøgleperson og mødefacilitator er tydeligt defineret.

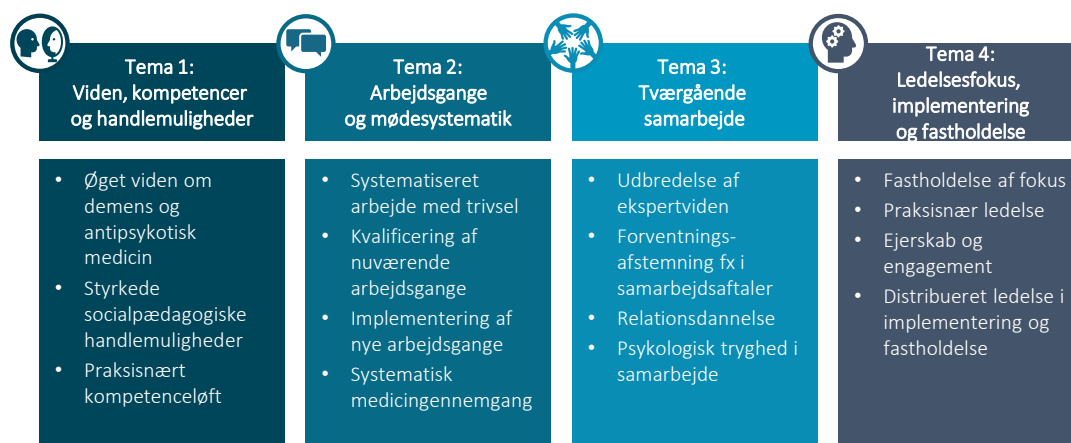
- › At fastholde ejerskab i formål, processer og aktiviteter. Dette har vist sig særligt betydende i det tværgående samarbejde, hvor samarbejdet forudsætter engagement og ressourcer fra flere parter.
- › At fokusere arbejdet ved at udvælge få, tilgængelige handlemuligheder frem for en bred og kompleks vifte af handlemuligheder, og at ændre eller skærpe fokus undervejs ved behov.

Erfaringer er samlet til inspiration

Som beskrevet viser erfaringerne, at det er muligt at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin, men at dette kræver et systematisk fokus på at bringe fagligheden i spil i arbejdet med trivsel og adfærd hos borgere med demens.

Denne erfaringsopsamling har samlet erfaringerne med, hvordan dette kan gøres. Erfaringerne falder i fire temaer, der er illustreret i figuren nedenfor og uddybet i de nedenstående kapitler.

Figur 1: Erfaringsopsamlingens fire tværgående temaer



Som grundlag for rapporten er et omfattende arbejde i 15 regionale og kommunale projekter, der alle er blevet støttet af puljen ”Puljen til praksisnært kompetenceløft til nedbringelse af antipsykotisk medicin til mennesker med demens”. Projekterne beskrives enkeltvist i rapporten ”Cases: Læring og resultater fra projekterne”.



3 Viden, kompetencer og handlemuligheder

Én måde hvorpå projekterne har arbejdet med nedbringelse af antipsykotisk medicin er gennem vidensløft, styrkelse af handlemuligheder og kompetenceudvikling. I dette kapitel belyses, hvordan de 15 puljeprojekter har arbejdet med netop det. Først beskrives projekternes erfaringer med at styrke medarbejdernes viden om emner såsom socialpædagogiske metoder, demens, antipsykotisk medicin og neuropædagogik. Samtidigt beskrives medarbejdernes kompetencer og dermed evner til at anvende den viden i mødet med borgerne. Dernæst beskrives, hvordan viden er omsat til konkrete handlemuligheder som førstevalget inden anvendelse af antipsykotisk medicin. Efterfølgende beskrives betydningen af psykologisk tryghed og de afledte effekter ved at arbejde med viden, kompetencer og handlemuligheder. Sidst beskrives de barrierer, projekterne har erfaret i forbindelse hermed.

3.1 Viden om socialpædagogiske metoder

En fællesnævner for projekterne er, at **de har arbejdet med en bred vifte af non-farmakologiske og herunder især socialpædagogiske metoder** i forsøget på at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin. Formålet hermed har været at styrke medarbejderne i at anvende socialpædagogiske og andre non-farmakologiske metoder frem for antipsykotisk medicin.

Socialpædagogiske metoder dækker over forskellige former for tilgange, redskaber, teorier og aktiviteter, der har sit udspring i den socialpædagogiske faglighed. Metoderne har det til fælles, at de søger at forstå og arbejde med borgerens adfærdsmæssige og psykiske symptomer uden brug af fx antipsykotisk medicin. Socialpædagogiske metoder udgør en gren af de non-farmakologiske tilgange, der kan anvendes i omsorg og pleje af borgere med demens^{vi}.

De 15 puljeprojekter har særligt arbejdet med forskellige socialpædagogiske metoder. Nogle har fokuseret på tilgangen personcentreret omsorg. Andre har fokuseret på forskellige sansestimulerende tilgange fx med brug af kugledyner som redskab.

Den generelle erfaring er, at **socialpædagogiske metoder i mange tilfælde "falder medarbejderne naturligt", og nærmest ikke bemærkes som andet end god faglig praksis**. Erfaringen er, at metoderne medtænkes i mange aspekter af daglig praksis – og dermed også i arbejdet med at nedbringe antipsykotisk medicin.

Personcentreret omsorg

Flere projekter har arbejdet med at styrke den personcentrerede omsorg bl.a. gennem implementering af beboerkonferencer, jf. kapitel 4 om arbejdsgange og mødesystematikker. Her har **den socialpædagogiske metode bl.a. kommet til udtryk ved anvendelse af Tom Kitwoods blomst**, der beskriver de fem psykologiske behov: Kærlighed, trøst, identitet, tilknytning og meningsfuldhed, som mennesker med demens ofte har brug for hjælp til at få opfyldt.

En af udfordringerne med personcentreret omsorg er at se, forstå og tilpasse sin egen adfærd til borgerens nuværende tilstand. Flere projekter har i den forbindelse haft stor glæde af at arbejde med Marte Meo-metoden som en måde at spejle og lære af egen adfærd.

Eksempel: Reducerende og forebyggende udbytte ved brug af Marte Meo-metoden

I Greve Kommune har man arbejdet med at gøre ubevidst praksis bevidst ved brug af Marte Meo-metoden. **Konkret har man filmet udvalgte medarbejderes interaktion med borgere.** Herefter har man klippet den filmede session sammen til undervisningsmateriale, som er blevet anvendt til undervisning af øvrige medarbejderne. Undervisningen har fokuseret på de positive elementer af medarbejdernes interaktion, og på den måde er **ubevidst men god faglig praksis blevet bragt frem i lyset og har tjent som inspiration** for øvrigt personale.

Anvendelse af metoden har medført at brugen af antipsykotisk medicin er blevet reduceret for de borgere, der tidligere fik det. Samtidig har arbejdet med socialpædagogiske metoder haft en **forebyggende virkning**, idet ingen beboere på det pågældende plejehjem begyndte at tage antipsykotisk medicin i løbet af projektperioden.

Erfaringer peger bl.a. på, at ny viden om socialpædagogiske metoder **styrker det fælles faglige sprog og den fælles refleksionspraksis**. Det oplevede man fx i Aarhus Kommune, hvor man på det specialiserede demensplejehjem Skovvang har undervist medarbejderne i tilgangen personcentreret omsorg. Udbyttet af undervisningen har været, at personalet ikke alene har et fælles fagligt sprog for borgerens somatiske tilstand men også for deres mentale trivsel. En medarbejder udtaler således:

"Undervisningen gav os et fælles sprog for de bløde værdier. Og det betyder, at vi bedre kan sætte ord på, hvilke behov vi ser hos den enkelte beboer, og dermed kan vi bedre diskutere, hvilke indsatser vi skal prøve af."

Det fælles sprog kunne fx tage afsæt i samtaler om borgerens behov for trøst, inklusion, tilknytning eller lignende ud fra terminologien i Tom Kitwoords blomst. Det kunne fx udspille sig således:



Sansestimulerende metoder

I andre projekter har man anvendt forskellige former for **sansestimulerende tilgange og redskaber, der fokuserer på borgerens fem sanser**. Her har man fx arbejdet med afskærmning, dybe tryk (BBAUM), tyngdedyner, fysisk aktivitet, lys eller lyd.



Eksempel: Sansestimulation som teori og praksis

På plejehjemmet Christianshave i Solrød Kommune har man **løftet medarbejdernes kompetencer med afsæt i metoden sansestimulation**. På Christianshave anvendte medarbejderne allerede inden projektet sansestimulation som metode. Men med projektet fik medarbejderne **mere teori bag metoden**. Samtidigt blev **det mere tydeligt, hvordan man kan arbejde med sansestimulation i praksis**, og hvilken effekt det kan have på borgernes adfærd og trivsel. Det skete ved at:

- › Medarbejdere fik undervisning i bl.a. sansestimulation
- › Terapeuter udarbejdede sanseprofiler for alle borgere på skærmede afsnit, og lagde en forenklet version af sanseprofilen på forsiden af CURA, så medarbejderne hurtigt kunne få overblik over den enkelte borgers sanseprofil
- › Det blev noteret på triagetavler, hvilke beboere der havde en sanseprofil liggende, så medarbejderne løbende blev mindet om sansestimulation som tilgang

Erfaringerne med denne tilgang var gode. Oplevelsen var, at **den teoretiske undervisning gav en bedre forståelse for beboernes adfærd** og for, hvordan de kunne anvende de metoder, som de allerede anvendte, endnu bedre. Samtidigt erfarede man, at den forenkledte version af sanseprofilerne lettede adgangen til brugbare informationer om borgernes behov.

De generelle erfaringer med sansestimulerende metoder er for flere projekters vedkomne positive. Bl.a. beskrives, at man har haft **stor gevinst af at nedbringe mængden af larm og forstyrrelser i spisesituationer, at bruge BBAUM tryk til at mindske uro eller at anvende kugledyner**. Nogle projekter beskriver dog, at teorien bag sansestimulation til tider har været svær at omsætte til konkrete handlinger.

Tidlig opsporing som grundlag for non-farmakologisk indsats

Flere projekter har også arbejdet med **observationer, tidlig opsporing og screening af borgere**. Formålet har været at få viden om den enkelte borgers psykiske tilstand, få mulighed for tidligt at handle herpå og dermed for at forebygge brugen af antipsykotisk medicin. Et eksempel er Fanø Kommune, der har arbejdet med tidlig opsporing via daglig triagering.

Eksempel: Tidlig opsporing gennem daglig triagering

I Fanø Kommune har man indført daglige triagemøder. På møderne drøftes både somatiske, sociale og psykiske forhold. Konkret drøftes bl.a. situationer med udadreagerende adfærd eller ændringer i humør. Dette gøres ud fra en fast systematik, der således virker som parametre, der sikrer opsporing. Dermed danner møderne grundlag for, at tidlige tegn på mistrivsel eller kognitiv svækkelse opdages og handles på.

Erfaringen med triagemøderne er, at de har stor betydning for, at medarbejdernes observationer deles og drøftes. På den baggrund bliver det muligt at drøfte grundlag for **tidlige indsatser, og forebygge opstart af antipsykotisk medicin**. Konkret kan møderne fx udmunde i en triageplan, hvor det beskrives hvilke non-farmakologiske, og herunder socialpædagogiske, metoder, der skal afprøves. De kan også udmunde i et notat i Cura, hvor observationer om borgerens adfærd el.lign. noteres.

Et opmærksomhedspunkt i kommunen er at skabe opbakning til triageringen blandt medarbejderne, der i nogle tilfælde oplever triageringen som en svær opgave.

Erfaringerne med observation, tidlig opsporing og screening er gode. Erfaringen er, at det **bidrager til tidlig opmærksomhed på borgerens tilstand og behov**. Dog viser den tværgående erfaring også, at personalet skal have de nødvendige kompetencer til at imødekomme borgerens



behov for, at observationer, screening og tidlig opsporing effektivt forebygger brugen af antipsykotisk medicin.

3.2 Viden om demens, antipsykotisk medicin og neuropædagogik

I flere projekter har man desuden fokuseret på at øge medarbejdernes **viden om demens, forskellige former for antipsykotisk medicin og om medicinens potentielle bivirkninger**. Erfaringen er, at viden om demens og om antipsykotisk medicins virkning og bivirkninger er afgørende for forståelsen for den adfærd, borgere med demens kan udvise. Fx er det vigtigt at vide, at uforståelig adfærd kan være en bivirkning ved antipsykotisk medicin snarere end et symptom på sygdommen. Fra flere projekter beskrives det, at **den nye viden flere steder havde stor indvirkning på** det involverede personale, som i højere grad forstod beboernes adfærd. Blandt andet fortæller en medarbejder at:

”Jeg oplevede, at den nye viden blev en slags ’aha’ oplevelse for både mig og det øvrige personale. Vi havde ikke meget kendskab til antipsykotisk medicin til mennesker med demens før undervisningen – det er jo virkelig kompliceret. Ofte blev det klart for os, at en borgers uforklarlige adfærd netop var en bivirkning af medicinen.”

I forbindelse med øget viden om demens og antipsykotisk medicin har flere projekter også arbejdet med at styrke medarbejdernes **viden om neuropædagogik**. Et eksempel på dette er Hvidovre Kommune.

Eksempel: Mere viden om demens og antipsykotisk medicin

På plejehjemmet Krogstenshave i Hvidovre Kommune har man gode erfaringer med at **styrke medarbejdernes viden om demens, antipsykotisk medicin og eventuelle bivirkninger**. Konkret har samtlige 85 medarbejdere på plejehjemmet modtaget et indledende e-læringsmodul efterfulgt af to undervisningsmoduler. Undervisningen blev foretaget af Nationalt Videnscenter for Demens og handlede om:

- › Demens og sygdommens indvirkning på hjerne, adfærd og følelsesliv
- › Antipsykotisk medicin, dets virkning og dets bivirkninger
- › Konkrete tilgange til at forbedre trivsel blandt borgere med demens, og herunder forskellige neuropædagogiske metoder

Undervisningen genopfriskede medarbejdernes eksisterende viden og tilførte ny viden. Samtidigt omfattede undervisningen praktiske opgaver mellem undervisningsgangene, hvilket styrkede medarbejdernes praksisnære kompetencer.

Oplevelsen er, at den nye viden sammen med nye arbejdsgange, herunder triagemøder, har medvirket til **mere velfungerende indsatser overfor de enkelte borgere**. En medarbejder beskriver udbyttet således:

”Vi har fået en meget bedre forståelse for, hvad der sker i hjernen, når man bliver dement. Nu forstår vi, at vi er nødt til at skabe nye motorveje, fordi de gamle ikke virker mere. Vi skal altså gøre noget andet end vi plejer.”

Den generelle erfaring er, at **viden om demens, antipsykotisk medicin og neuropædagogik spiller godt sammen**. Oplevelsen er, at viden om emnerne til sammen øger forståelsen for uforståelig adfærd.

3.3 Fra viden til handlemuligheder

For at ny viden om fx socialpædagogiske metoder, demens, antipsykotisk medicin og neuropædagogik resulterer i nedbringelse af antipsykotisk medicin, skal den omsættes til praksisnære kompetencer og handlemuligheder. Den generelle erfaring er, at **praksisnære kompetencer er afgørende for, at medarbejdere oplever at have konkrete handlemuligheder**, når de møder borgere med uforståelig adfærd. Oplevelsen er, at et praksisnært kompetenceløft kan give en bredere vifte af redskaber til håndtering af uforståelig adfærd. På samme måde er oplevelsen, at kompetencer til at anvende socialpædagogiske metoder kan lede til, at antipsykotiskmedicin alene anvendes i tilfælde, hvor det er nødvendigt.

Omsætning af viden til praksis, har mange af projekterne arbejdet på ved at bringe den nye viden i spil i konkrete praksisnære situationer. Konkret har projekterne fx anvendt situeret læring eller borgercases i undervisning af medarbejdere. I mange projekter har man i grove træk fulgt tre trin:

- › Undervisning
- › Afprøvning af nye metoder praksis
- › Anvendelse af nye handlemuligheder i daglig praksis



Samtidigt har projekterne anvendt ny viden på forskellige vis. Bredt set har de arbejdet på at:

- › Genopfriske velkendte tilgange og redskaber
- › Gøre ubevidst praksis bevidst ved at give teoretisk viden om praksis
- › Øge den daglige refleksion over praksis

Den overordnede erfaring viser, at **kombinationen af ny eller genopfrisket viden og praksisnær undervisning bidrager til, at den enkelte medarbejder oplever at have flere handlemuligheder i mødet med borgerne.**

Et eksempel på en god praksisnær oversættelse er Fanø Kommune, hvor man har arbejdet med situeret læring og praksisnær supervision.

Eksempel: Praksisnær supervision som mulighed for at afprøve ny viden

Fanø Kommune har gennem en række **læringsmoduler og efterfølgende situeret læring** arbejdet for at øge kvaliteten af det daglige omsorgsarbejde. Konkret er medarbejderne blevet undervist i triagering, tidlig opsporing af mistrivsel, antipsykotisk medicin, demens, ændret adfærd og relationsskabende kommunikation. Sideløbende har en demenskoordinator og demenssygeplejerske givet personalet praksisnær supervision ud fra mottoet *"learning while doing."*



På den måde har medarbejderne ikke alene fået tilført nye handlemuligheder i plejen af de enkelte borgere. De har også, med det samme, **kunne se og mærke, hvilken effekt den nye viden har haft på borgerens trivsel**. Det har bidraget til, at undervisningen er blevet opfattet som meningsfuld og relevant for daglig praksis.

Som eksemplet her viser, har praksisnære undervisningselementer stor betydning for, om den nye viden opleves som relevant for hverdagens udfordringer. Nogle projekter har oplevet, at viden i undervisningsforløb er blevet for **teoretisk tung eller vanskelig at omsætte til praksis**. Konkret har man fx oplevet, at viden om sansestimulation og neuropædagogik kan være vanskelig at bruge til konkrete handlinger. Her har man særligt erfaret, at reelle kompetenceløft bedst skabes når teoretisk og praksisnær undervisning kombineres.

Et andet eksempel er Rudersdal Kommune, hvor man har øvet sig på forskellige socialpædagogiske metoder i praksis. Det har højnet den faglige refleksionspraksis i hverdagen og givet personalet flere handlemuligheder.

Eksempel: Faglig sparring i udarbejdelsen af handleplaner

I Rudersdal Kommune har en lokal demenskoordinator fungeret som faglig sparringspartner i plejen. Her har hun sparret med plejepersonalet om konkrete borgere, deres adfærd og om relevante socialpædagogiske redskaber. Det har **styrket medarbejderne i at reflektere over og anvende deres viden i praksis**. En demenskoordinator beskriver det således:

”Tidligere kunne man eksempelvis se, at personalet kom til at gå imod borgere, når de kom udadreagerede ud i fællesrummet. I dag ser jeg, at de handler helt anderledes og med roligt toneleje får fortalt borgeren, at de trækker sig og går tilbage, for at give borgeren den plads, som vedkommende har brug for.”

Den generelle erfaring er, at praksisnær læring leder til flere muligheder i mødet med borgere med demens og i håndteringen af uforståelige adfærd. Af nye handlemuligheder nævner projekterne blandt andet følgende:

- › Berolige eller stimulere borgere med sansestimulation
- › Afværge udadreagerende adfærd ved andre meningsfulde aktiviteter
- › Rumme borgers følelser i stedet for at dulme via antipsykotisk medicin

3.4 Psykologisk tryghed som en vigtig forudsætning

Når ny viden skal lede til kompetenceløft, som skal lede videre til anvendelse af socialpædagogiske metoder i praksis, viser det sig også på tværs af **projekterne vigtigt at understøtte den psykologiske tryghed** medarbejderne imellem. Det har man arbejdet med i Aabenraa Kommune, hvilket uddybes i eksempelboksen nedenfor.

Eksempel: Psykologisk tryghed under beboerkonferencer

I Aabenraa Kommune har man haft fokus på at sikre psykologisk **tryghed til at dele viden og observationer på minibeboerkonferencer**. Konkret har man italesat, hvor man kan få svar på sine spørgsmål, og arbejdet med at styrke medarbejderne i deres viden. Samtidig har kommunen haft fokus på at klæde mødefacilitatorer på til at stille åbne spørgsmål, der kalder på bidrag og refleksioner fra forskellige faggrupper. En medarbejder udtaler således:

”Psykologisk tryghed kræver, at vi taler med hinanden på en helt anden måde. At vi er oprigtigt nysgerrige på hinandens bidrag. Det synes jeg, vi er blevet bedre til.”



Trods et løbende arbejde med at sikre psykologisk tryghed peger erfaringen fra kommunen dog på, at det stadig kan opleves som svært at stille spørgsmål på tværs af vagttag eller faggrupper. I forlængelse af det fortæller samme medarbejder derfor også, at psykologisk tryghed fortsat vil være et fokus i kommunen.

Erfaringer viser, at arbejdet med at sikre psykologisk tryghed har stor betydning for, at medarbejderne har mod på at bringe ny viden i spil fx til møder eller ved at afprøve nye tilgange. Dette er således særligt relevant i det komplekse arbejde med mennesker med demens. Den psykologiske tryghed har også stor betydning for, at medarbejderne tør italesætte vanskelige situationer med borgere og oplevelser af afmagt. Oplevelsen er desuden, at det er afgørende for, at medarbejderne taler om deres eventuelle bekymringer for, hvad der sker, når en borgers antipsykotiske medicin nedtrappes eller seponeres. En medarbejder beskriver denne bekymring således:

”Jeg kan godt tænke en del over, hvad der sker når vi så seponerer medicinen. Men det er ikke altid så nemt lige at sige højt, for jeg ved jo også godt, at medicinen ikke altid er den gode løsning.”

Der hvor den psykologiske tryghed har været i fokus, peger erfaringerne positivt på, at medarbejderne i højere grad **tør at bringe deres observationer i spil i faglige refleksioner**. Erfaringerne peger også på, at medarbejderne i højere grad har lyst til at løsrive sig fra ”plejer”, og at de har fået modet til at afprøve nye måder at imødekomme og pleje mennesker med demens. Samtidigt peger erfaringer på, at medarbejderne her i højere grad stiller spørgsmål ved både ordinationer og seponeringer af antipsykotisk medicin. Det peger stort set alle projekterne på som værende afgørende for forandring af praksis.

3.5 Faglig stolthed, trivsel og arbejdsglæde som afledt gevinst

En erfaring, der går igen i projekterne, er, at arbejdet med viden, kompetencer og handlemuligheder bidrager positivt til medarbejdernes **arbejdsglæde, trivsel og faglige stolthed**. Flere projekter beretter, at medarbejderne oplever at have mere handlefrihed, fordi de har flere handlemuligheder i mødet med den enkelte borger. Det er en afledt gevinst, der er flere er blevet anset som en mulig løftestang i et fag, der ellers er udfordret af rekrutterings- og fastholdelsesproblematikker.

Særligt i de tilfælde, hvor de flere handlemuligheder og den større handlefrihed giver anledning til en reduktion i forbruget af antipsykotisk medicin, oplever medarbejderne en højere faglig stolthed. Konkret er oplevelsen, at et giver en faglig stolthed og glæde nu at kunne tage Hr. Hansen med i haven til en meningsfuld aktivitet snarere end at berolige hans adfærd med antipsykotisk medicin. Hermed fortæller flere projekter om en oplevelse af at **sikre trivsel i dobbelt perspektiv**.

3.6 Barrierer i arbejdet med viden, kompetencer og handlemuligheder

Langt hen ad vejen, er det lykkedes for mange projekter at nedbringe mængden af antipsykotisk medicin ved at tilføre viden, styrke kompetencer og sikre en bredere vifte af handlemuligheder. Men erfaringerne peger også på, at der er en række potentielle barrierer, som kan udfordre arbejdet hermed.

Erfaringen er bl.a., at det kan være vanskeligt for medarbejderne at få ny viden ”ind under huden” på en måde, hvor teoretisk viden omsættes til praksis. Det erfarede man bl.a. i Aarhus Kommune, hvor man oplevede et behov for, at undervisningsaktiviteter blev tilrettelagt med



medarbejdernes faglige baggrund i tankerne. Samtidigt er erfaringen, at det kan være **vanskeligt at ændre vaner og eksisterende tankegange**, og at medarbejderne – særligt i en travl hverdag – skal fastholdes i at anvende de tilegnede kompetencer.

Derudover er erfaringen, at det kan være **svært at gøre kompleks information om medicin tilgængeligt for frontlinjepersonale**. Det er særligt en udfordring de steder, hvor der ses stor udskiftning af personale. En medarbejder beskriver det således:

”Det skal være håndgribeligt for os. Det er svært at gribe bolden og tage ansvar, hvis det bliver for tørt og teoretisk.”

Erfaringer viser desuden, at det kan også være vanskeligt at bryde med vaner og rutiner, og det kan være udfordrende at tage nye tilegnede kompetencer i brug på tværs af forskellige borgere.

En anden erfaring er, at det er særdeles vigtigt at have **en klar strategi for transfer** af ny viden og nye kompetencer – både fra medarbejder til medarbejder og fra borger til borger. Det har man fx arbejdet med gennem en nærværende faglig ledelse, hvilket uddybes i kapitel 6 om ledelsesfokus, implementering og fastholdelse.

Væsentligste erfaringer om viden, kompetencer og handlemuligheder

Hvad har projekterne lært?	Og hvordan har de arbejdet med det?
Nedbringelse af antipsykotisk medicin kræver viden om demens, antipsykotisk medicin og om bivirkninger.	Projekterne har fx genopfrisket eller tilføjet ny viden gennem undervisning fx i form af e-læring eller med inddragelse af videnspersoner.
Socialpædagogiske metoder er afgørende i det daglige arbejde med at sikre trivsel hos borgere og samtidigt nedbringe brugen af antipsykotisk medicin.	Projekterne har undervist i og indført arbejds gange relateret til specifikke socialpædagogiske metoder
Viden omsættes til nye handlingsmuligheder, når det anvendes i praksisnære læringssituationer.	Kompetenceløft kan fx skabes gennem situationeret læring, praksisnær sparring og supervision eller ved afprøvning af nye tilgange mellem undervisningsmoduler.
Det er vigtigt at understøtte den psykologiske tryghed, hvis videns- og kompetenceløft skal føre til reel anvendelse af nye handlemuligheder.	Psykologisk tryghed kan fx understøttes ved kontinuerligt at italesætte de afprøvede tiltag eller ved at skabe bevidsthed om, hvem man kan stille spørgsmål til

4 Arbejdsgange og mødesystematik

For at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin har flere projekter arbejdet med systematisering af arbejdsgange og mødesystematikker, der sætter fokus på borgernes trivsel og forbrug af antipsykotisk medicin. Det udfoldes i dette kapitel. Først beskrives, hvorfor projekterne har fokuseret på netop dette. Dernæst beskrives projekternes erfaringer med at tilføje nye eller tilpasse eksisterende arbejdsgange og mødesystematikker. Derefter beskrives erfaringen med at implementere tiltag med afsæt i eksisterende praksis. Sidst beskrives afledte gevinster og barrierer i forbindelse med arbejdet med arbejdsgange og mødesystematikker.

4.1 Arbejdsgange og systematik som en vigtig brik for forandring

Erfaringer på tværs af de 15 puljep projekter peger på, at systematik i arbejdsgange og møder, der sætter fokus på borgernes trivsel og forbrug af antipsykotisk medicin, kan være med til at **fastholde et ønsket fagligt fokus** på en ny faglig tilgang eller metodik. Fx kan det bidrage til, at relevante dagsordener anvendes, eller at der arbejdes med, hvordan drøftelserne giver den ønskede refleksion eller faglige videndeling. Det kan også bidrage til, at rette fagfolk inddrages fx til at vurdere en borgers forbrug af antipsykotisk medicin. Systematikkerne har således betydning for mulighederne for at forankre den nye faglighed om nedbringelse af antipsykotisk medicin.

Konkret har det systematiske arbejde med borgernes trivsel og brug af antipsykotiske medicin fx bestået af **faste rammer for**:

- › Deling af observationer om borgernes adfærd og trivsel som et punkt på triagemøder, der ellers som udgangspunkt ville have et somatisk fokus
- › Udarbejdelse eller revurdering af trivselsorienterede handleplaner under beboerkonferencer
- › Dokumentation af observationer
- › Kontakt til praktiserende læge el.lign.
- › Kontinuerlig gennemgang af borgernes medicin og behov herfor

Uden systematik er erfaringen, at arbejdet med borgernes trivsel hurtigt nedprioriteres i en travl hverdag, hvor somatiske forhold fylder, hvor nye tiltag ofte sættes ”i søen” og hvor praktiske opgaver let kommer til at fylde. En sygeplejerske og faglig tovholder beskriver det således:

”Jeg tænker det lidt som et stort blommetræ, hvor der hele tiden falder blommer ned i hovedet på medarbejderne. Så skal de fokusere på det, så det, så det... Man glemmer hurtigt, for der kommer hele tiden noget nyt at fokusere på”

Den tværgående erfaring fra projekterne er, at faste arbejdsgange og mødesystematikker sikrer, at **fokus på borgernes sociale og psykiske tilstand fastholdes**, og at der **arbejdes kontinuert med det på samme vis som det somatiske aspekt**. Konkret er det fx sikret ved at indføre vurdering af borgernes følelsesmæssige behov på lige fod med vurderingen af tryksår, risiko for urinvejsinfektion el.lign. på daglige triagemøder.

I udformningen af arbejdsgange og faste møderammer er der erfaringer med at afprøve og tilpasse arbejdsgange, hvor nye faglige spørgsmål som fx trivsel og kognitive funktioner er blevet



indarbejdet i eksisterende praksis. Der er også erfaringer med systematikker i forhold til medicingennemgang. Dette uddybes i de følgende afsnit.

4.2 Afprøvning og tilpasning af arbejdsgange

Flere projekter fortæller, at arbejdsgange og mødesystematikker inden projektet især rettede fokus mod det fysiske aspekt af pleje og omsorg. Derfor har man i flere projekter indført **helt nye arbejdsgange og mødesystematikker** med det formål at sætte borgernes sociale og psykiske trivsel på dagsordenen. Det har medvirket til at **rammesætte, hvordan og hvornår** medarbejderne arbejder med borgernes trivsel fx ved at anvise konkrete tidspunkter for arbejdet. Samtidigt har det sendt et signal til medarbejderne om, at borgernes sociale og psykiske trivsel skal medtænkes i det daglige omsorgsarbejde.

Eksempel: Indførsel af minibeboerkonferencer

I Aabenraa Kommune har man gode erfaringer med at indføre nye mødesystematikker i form af **minibeboerkonferencer** på kommunens plejehjem. På minibeboerkonferencerne diskuteres en plejehjemssygeplejerske og relevant plejepersonale bl.a. beboersens antipsykotiske medicin, mentale trivsel, adfærd og behov. Samtidigt drøfter de neuropædagogiske redskaber, der kan anvendes i stedet for medicin. Konferencerne afholdes så vidt muligt i overgangen mellem dag- og aftenvagte, hvilket understøtter samarbejde på tværs af vagttag.

Minibeboerkonferencerne tager udgangspunkt i en 4-trins model og er inspireret af bl.a. Trivselskaret, Isbjerget og Tom Kitwoods blomst. På konferencerne gennemgås:

- 1) Observationer
- 2) Analyse og hypoteser
- 3) Handlinger
- 4) Evaluering

Konferencerne ligner traditionelle beboerkonferencer, men varer blot 40-60 minutter. Derudover besvare de deltagende medarbejdere en række spørgsmål omhandlende bl.a. den pågældende beboers kognitive tilstand og trivsel som forberedelse til konferencen. Konkret skal medarbejderne fx besvare spørgsmålet: **"Hvor i trivselskaret vurderer du X [borgerens navn]?"**

Erfaringen med de nye minibeboerkonferencer er, at de giver medarbejderne **et rum for viden deling, faglig sparring** og for kritisk refleksion over borgerens adfærd og medicin. En medarbejder beskrev det således:

"Konferencerne giver os mulighed for at tale om emner, som vi ellers ikke ville have talt om. De gør, at vi sætter os ned og virkelig tænker over, hvordan vi tænker, borgeren har det. Og så gør de, at vi får diskuteret, hvad vi kan gøre for at få mere trivsel."

I andre projekter har man allerede haft arbejdsgange, som man har ønsket at forbedre og udbygge. Her har man derfor **revurderet og tilpasset eksisterende arbejdsgange og mødesystematikker** ved enten at ændre i eksisterende "skabelon" fx dagsordenen for et fast møde eller ved at tilføje nye elementer dertil. Et eksempel herpå er Solrød Kommune.



Eksempel: PDSA'er skaber struktur i beboergennemgang

På et plejecenter i Solrød Kommune havde man stor succes med at tilføje nye arbejdsgange til eksisterende mødesystematikker. På plejecenterets afdelinger afholdt man allerede inden projektet ugentlige beboergennemgange. Men som en del af projektet indførte man **systematisk anvendelse af PDSA'er** under beboergennemgange ved at tilføje evaluering af tidligere tiltag og udarbejdelse af nye tiltag til dagsordenen.

Formålet var at sikre klarhed om, hvilke tiltag der skal afprøves og om, hvad der virker eller ikke virker. Helt konkret har de afsluttet beboergennemgange med at oplyste de foreslåede løsningsforslag og valgt det, som de troede mest på. Herefter har de planlagt (plan), hvad der skulle ske – drøftet konkrete ændringer eller planer herfor. Det har betydet, at når de har afprøvet de planlagte tiltag i praksis (do), kan de i fællesskab på næste møde drøfte tiltagets virkning (study) og aftale næste skridt (act).

Den systematiske **anvendelse af PDSA'er** bidrog til, at tiltag systematisk blev iværksat og evalueret. Samtidig bidrog det til, at medarbejderne i højere grad fik mod på selv at tage initiativ til at afprøve små og store tiltag. En medarbejder beskrev den systematiske anvendelse af PDSA'er således:

"PDSA'erne er gode, fordi de hjælper os til at prøve nye tilgange. Og så viser de os, hvad der fungerer, og hvad der ikke fungerer for den enkelte borger."

Et andet eksempel på udvikling og forbedring af eksisterende arbejdsgange har handlet om, hvordan man har styrket forberedelsessystematikkerne forud for afholdelse af BPSD-konferencer.

Eksempel: Forberedelse forud for BPSD-konferencer

I Københavns Kommune har man gode erfaringer med at **tilføje både medicingennemgang og systematisk forberedelse forud for eksisterende BPSD-konferencer**. Medicingennemgang blev gennemført af en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent på borgerens plejehjem, og omfattede bl.a. en gennemgang af borgerens diagnose og nuværende medicinske behandling. Til den systematiske forberedelse tjekker borgerens kontaktperson eller en anden mødeansvarlig op på relevante informationer såsom seneste observationer, TOBS, sanseprofil el.lign. forud for konferencen. Disse to systematikker har bidraget til et større og **mere systematisk fokus på medicinforbrug** på konferencerne. Samtidigt har det sikret, at alle relevante informationer bliver bragt i spil og at konferencerne primært drejer sig om det, der var mest relevant. Systematikken øgede også effektiviteten under konferencerne, hvilket var særligt relevant, når mange medarbejdere deltog. En medarbejder beskrev det således:

"Vores konferencer er blevet strammet op. Der er kommet mere systematik på, og der er ikke så meget snak om alt muligt, der ikke lige er relevant."

Den generelle erfaring er, at denne tilgang skaber **genkendelighed** hos medarbejderne, der med **små overskuelige forandringer opnår stort udbytte**. En plejehjemsleder beskriver det således:

"Medarbejderne oplever en faglig stolthed, når de kan genkende deres arbejdsgange i den nye model – det giver noget ejerskab. Det motiverer dem, og det gør, at de ikke skal ændre på alle deres rutiner."



Dette underbygger således erfaringen om, at implementering og forankring lykkes særligt godt for dem som har **bygget videre på eksisterende praksis** ved at anvende genkendelige mødesystematikker eller socialpædagogiske metoder som afsæt for nye tiltag.

4.3 Medicingennemgang som anledning til revurdering af borgernes medicin

I flere projekter udgjorde **systematiske og tværfaglige medicingennemgange** et kerneelement i projektet. Her blev borgernes medicin gennemgået for en vurdering af, om borgeren fik unødvendig medicin og om, der kunne nedtrappes eller seponeres. Gennemgangen blev foretaget af en sygeplejerske, borgerens egen læge, en farmaceut, en psykiater eller i tværfagligt samarbejde mellem disse. Medicingennemgangen har foregået fx ved indflytning eller i faste intervaller. I nogle tilfælde var medicingennemgang rettet mod den enkelte borgers samlede medicinforbrug, mens det i andre tilfælde var rettet mod borgerens antipsykotiske medicin.

De tværgående erfaringer med medicingennemgang var generelt gode. Medicingennemgang blev oplevet som en **kærkommen anledning til at "rydde op" i borgernes medicin**, og man oplevede mange steder, at medicingennemgang udgjorde en direkte årsag til, at brugen af antipsykotisk medicin blev nedbragt. Et eksempel på et projekt, der indførte medicingennemgang som en del af projektet er Hillerød Kommune.

Eksempel: Tværfaglig medicingennemgang

I Hillerød Kommune indførte man som en del af projektet **tværfaglige medicingennemgange** på kommunens plejehjem. Her gennemgik et tværfagligt team bestående af en klinisk farmaceut, en gerontopsykiater, en speciallæge i almen medicin borgerens medicin og en borger-specifik netværksgruppe borgerens medicin. Efterfølgende blev overvejelserne fra medicingennemgang diskuteret på møder på de enkelte plejehjem.

Erfaringen var, at denne tilgang bidrog til, at **borgere fik seponeret medicin, der ikke længere var relevant eller som ikke gavnede borgernes trivsel**. Samtidigt blev det tværfaglige aspekt i medicingennemgangen oplevet særligt positivt fordi. Oplevelsen var, at det sikrede, at **både lægefaglige og plejefaglige perspektiver blev medtænkt** i de endelige beslutninger om medicinforbrug, plejefaglig plan eller lignende. Dermed bar arbejdet med den enkelte borger i højere grad præg af et helhedsorienteret syn på pleje og behandling. En medarbejder beskrev det således:

"Man stirrer sig lidt blind på borgernes behov. Så det har været godt at få nye øjne på. Og så hjælper det virkelig, at vi har forskellige greb at ty til."

Den generelle oplevelse var, at alene det at give opmærksomhed på borgerens medicin, i høj grad har bidraget til **større opmærksomhed på øvrig, ofte unødigt, medicin**. Fx så man en større opmærksomhed på stærk smertestillende medicin, antidepressiv medicin og lign. En projektleder beskrev denne erfaring således:

"Efter vi har indført medicingennemgang, har vi ikke kun reduceret brugen af antipsykotisk medicin. Vi har også reduceret brugen af antidepressiv medicin, og vi har ikke set en u hensigtsmæssig stigning i brugen af andre præparater."

Konkret oplevede man, at det øgede fokus på borgerens medicin. Samtidigt bidrog det til, at medarbejderne oplevede det som **mere legitimt at sætte spørgsmålstegn ved borgernes generelle medicinforbrug** og derfor tog initiativ til at "rydde op" i gammel eller unødvendig medicin.



4.4 Ny arbejdsgange med afsæt i eksisterende praksis

Erfaringer på tværs af projekterne peger bredt set på, at særlig vellykket implementering og fastholdelse findes ved de projekter, hvor nye tiltag er blevet **forankret i eksisterende praksis eller koblet til øvrige tiltag**. Erfaringen er, at projekternes tiltag på den måde var **genkendelige og overskuelige** for de enkelte medarbejdere, som med enkle tiltag kunne opnå betydningsfulde forandringer. Konkret oplevede man, at medarbejderne var mere engagerede og mere trygge, når nye tiltag tog udgangspunkt i eksisterende arbejdsgange. En medarbejder beskrev det således.

”Der var stor motivation for at arbejde mere struktureret med sansestimuli, for vi brugte det allerede. Vi kendte det og vidste, hvordan vi skulle bruge det.”

Samtidigt oplevede man, at anvendelse af eksisterende metoder bidrog til, at medarbejderne følte sig **anerkendt og værdsat i deres faglighed og i deres eksisterende praksis**. Erfaringen var, at netop det at ledelsen eller en projektleder ”ude fra” brugte medarbejdernes eksisterende tilgange i forsøget på at skabe forandringer, blev opfattet som et ”skulderklap” og som en forståelse for deres daglige arbejde.

Derudover er erfaringen, at implementering af tiltag, der har afsæt i eksisterende arbejdsgange, er **mindre tidskrævende, skaber mindre modstand blandt personalet** og i højere grad sikrer, at de **nye tiltag stemmer overens med eksisterende kulturer og værdier**. Omvendt oplevede man i nogle projekter, at tiltag der tog afsæt i eksisterende praksis og ikke tydeligt formidle behovet for det nye, hurtigt blev glemt eller nedprioriteret, fordi man ”havde sine rutiner” eller, fordi medarbejderne ikke oplevede et behov for forandringer.

4.5 Mere uformel faglig refleksion som afledt gevinst

På tværs af projekterne erfarede man også, at det systematiske arbejde med borgernes trivsel og forbrug af antipsykotisk medicin, havde en positiv effekt på uformelle faglige refleksioner. Oplevelsen var, at medarbejdere i plejen i **højere grad talte om borgernes trivsel og adfærd, og om deres adfærd som en eventuel bivirkning ved antipsykotisk medicin**. De begyndte også i højere grad at drøfte borgerens øvrige medicinforbrug. Dette understøttede således, at refleksion over non-farmakologiske, og herunder socialpædagogiske, metoder såsom sansestimulation eller personcentreret omsorg, som den foretrukne tilgang og antipsykotisk medicin som ”sidste udvej”. Det blev tydeligt i faglige refleksioner hos især medarbejderne og i borgernes handleplaner. En plejehjemsleder beskriver det således:

”Vi kan høre på vores medarbejdere, at de efter de her møder, er mere bevidste om, hvilke socialpædagogiske muligheder, de har. De taler om beboernes adfærd på en anden måde – med mere forståelse.”

Derudover peger erfaringerne på, at faste arbejdsgange eller mødesystematikker har haft betydning for refleksionspraksis hos plejehjemslæger og praktiserende læger. Erfaringen var, at det bidrog til øget fokus på uhensigtsmæssigt medicinforbrug og på socialpædagogiske metoder, der kan anvendes i stedet. Gennem samarbejdet oplevede flere, at lægerne i højere grad havde **fokus på bivirkningerne ved antipsykotisk medicin**. Samtidigt oplevede projekterne, at lægerne i højere grad **fik øjnene op for og foreslog non-farmakologiske metoder** såsom kugledynner eller afskærmning.



4.6 Barrierer i arbejdet med arbejdsgange og mødesystematikker

Selvom erfaringerne med at arbejde med arbejdsgange og mødesystematikker langt de fleste steder har været gode, erfarer projekterne også en række udfordringer.

En barriere er, at hverdagen på plejehjem, sygehusafdelinger mm. **ofte er travl og meget driftspræget**. I flere projekter oplevede man, at det var vanskeligt at afsætte tid til de nye arbejdsgange eller mødetyper, og at de hurtigt blev glemt eller nedprioriteret til fordel for andre vigtige arbejdsopgaver. Konkret erfarer man, at det kunne virke lettere at holde fast i nuværende strukturer eller måske bruge mindre energi på de strukturer, der rækker ud over dagens akutte og praktiske opgaver.

En anden barriere er, at nye arbejdsgange og mødesystematikker kræver **opbakning fra de medarbejdere, der skal udføre dem**. Erfaringen var, at det var vanskeligt at skabe opbakning fra medarbejderne, hvis de ikke fandt de nye arbejdsgange meningsfulde. Samtidigt erfarer man, at det kan være vanskeligt at ændre på faste strukturer, da de ofte vil modsvares af vaner og rutiner hos medarbejdere og ledere. I den forbindelse var erfaringen, at indførelse af nye arbejdsgange og mødesystematikker kræver **tid, tilvænning og en stærk faglig ledelse**. Det har flere projekter arbejdet med ved, at ledelsen har været **konsekvent og insisterende** i nye tiltag, ligesom flere har haft glæde af udpegning af nøglepersoner eller faglige fyrtårne. Dette er uddybet i kapitel 6 om ledelsesfokus, implementering og fastholdelse.

Væsentligste erfaringer om arbejdsgange og mødesystematik

Hvad har projekterne lært?	Og hvordan har de arbejdet med det?
Faste arbejdsgange og mødesystematikker understøtter kontinuerligt arbejde med borgernes sociale og psykiske trivsel.	Projekterne har fx sat den sociale og psykiske trivsel på dagsorden på triagemøder og beboerkonferencer eller indført faste metoder til og tidspunkter for vurdering af kognitiv svækkelse.
Tiltag, der tager afsæt i eksisterende arbejdsgang eller mødesystematikker, lykkes særligt godt.	Projekterne har fx struktureret eksisterende mødetyper gennem PDSA'er eller tilføjet forberedelsessystematikker forud for møder
Medicingennemgange giver anledning til revurdering af medicinforbrug og skaber refleksion i det øvrige omsorgsarbejde.	Medicingennemgange er fx indført som gentagne vurdering i faste tidsintervaller eller som led i eksisterende BPSD-konferencer.
Et systematisk fokus på borgerens trivsel eller medicin viser sig at "smitte af" på de faglige drøftelser, der ligger udenfor møderne.	Et fokus fra ledelse og fx nøglepersoner på at fastholde drøftelserne fra møderne i den daglige praksis.
Der er stærkt behov for at fastholde fokus på nye arbejdsgange, meningen med dem og behovet for dem, hvis de nye rutiner skal indarbejdes i praksis.	Konsekvent og insisterende ledelsesfokus på de nye arbejdsgange, især i opstartsperioden.



5 Tværgående samarbejde

Tværgående samarbejde på tværs af sektorer, funktioner og faggrupper har spillet en central rolle i projekterne. I dette kapitel beskrives projekternes erfaringer med at nedbringe antipsykotisk medicin gennem styrket tværgående samarbejde. Først beskrives samarbejdet mellem demenskonsulenter og ældrepleje, og derefter mellem læger og ældrepleje. Dernæst beskrives samarbejde med regionale specialer. Afslutningsvist beskrives de barrierer og opmærksomhedspunkter projekterne erfarede i forbindelse med tværgående samarbejde.

De 15 puljeprojekter kan overordnet set opdeles i to kategorier: Projekter forankret i kommunalt regi og projekter forankret i regionalt regi. De kommunalt forankrede projekter har særligt fokuseret på at **styrke samarbejdet med praktiserende læger** eller plejehjemslæger og med videnspersoner såsom kommunale demenskonsulenter eller regionale psykiatere. De regionalt forankrede projekter har haft fokus på samarbejde på tværs af afdelinger og **ud mod den kommunale ældrepleje**.

5.1 Samarbejde mellem demenskonsulenter og ældrepleje

I den kommunale ældrepleje kan der i nogle situationer være behov for mere specialiseret ekspertviden. Denne kan ofte findes hos kommunale demenskonsulenter. Det gør sig fx gældende, hvis en borgers adfærd udfordrer medarbejderne i at udføre pleje og omsorg over for borgeren. Derfor har man i flere projekter arbejdet med at **styrke rammerne for samarbejdet mellem netop kommunale demenskonsulenter og ældreplejen**. Formålet har været at bringe viden om demens og socialpædagogiske metoder til borgere med demens til frontpersonalet og dermed lette deres **adgang til kvalificeret faglig sparring**.

Et eksempel på dette er Frederikshavn Kommune. Her har kommunen oprettet et kommunalt forankret mobilteam til at assistere kommunens plejehjem med viden og med faglig sparring ved behov.

Eksempel: Mobilteam styrker samarbejdet mellem ældrepleje og demenskoordinatorer

I Frederikshavn Kommune har man **arbejdet med rammerne for samarbejdet** mellem kommunale plejehjem og kommunale demenskoordinatorer. I kommunen har man **etableret et mobilteam** bestående af demenskoordinatorer, som giver medarbejdere på kommunens plejehjem undervisning og praksisnær supervision ved behov. Mobilteamet kører ud til det enkelte plejehjem ved behov og planlægger og gennemfører undervisning omhandlende personcentreret omsorg og observationstilgangen fra Demens Care Mapping-metoden. Herudover deltager mobilteamet i praksisnære drøftelser om konkrete borgere, når plejehjemets medarbejdere efterspørger det.

Erfaringerne med mobilteamet er gode. Særligt påpeges det, at mobilteamet har bidraget til større bevidsthed omkring betydningen af personalets adfærd ift. borgernes trivsel. Samtidig påpeges det, at mobilteamet bringer **nye perspektiver til de faglige drøftelser**. En medarbejder beskriver det således:

”Det har virkelig givet meget, når demensteamet er kommet – de har givet nye øjne på sagen, når vi er gået lidt i stå med en borger.”

Et andet eksempel på et projekt, hvor man har arbejdet med samarbejdet mellem kommunale demenskoordinatorer og ældrepleje er Rudersdal Kommune. Her har man **lettet medarbejdernes adgang til faglig sparring** ved at ansætte en ekstra demenskoordinator.



Eksempel: Lettere adgang til faglig sparring gennem ansættelse af demenskoordinator

I Rudersdal Kommune har man haft stor succes med at styrke samarbejdet mellem kommunens demenskoordinatorer og ældreplejen ved at **udvide antallet af demenskoordinatorer fra én til to**. De to demenskoordinatorer har bistået kommunens plejehjem med **faglig sparring, supervision og undervisningsforløb** alt afhængigt af det enkelte plejhjems behov og ønsker. Konkret har koordinatorerne fx afholdt undervisningsforløb om magtanvendelse, givet rådgivning om konkrete borgerforløb og deltaget i tværfaglige beboerkonferencer. I nogle tilfælde har de også haft faste besøgstider.

Erfaringerne med at ansætte en ekstra demenskoordinator er gode. Oplevelsen er, at den enkelte plejhjemsleder har **større mulighed for at sætte emner på dagsordenen** gennem undervisningsforløb, og at medarbejderne har **bedre mulighed for at få faglig sparring** ved behov. Samtidig er oplevelsen, at demenskoordinatorerne har en mere tydelig tilstedeværelse på de enkelte plejehjem. Det styrker både medarbejdernes bevidsthed om muligheden for faglig sparring og relationen mellem demenskoordinator og medarbejdere.

Projekterne har generelt set gode erfaringer med at styrke samarbejdet med kommunale demenskonsulenter. Erfaringerne viser, at konsulenterne **bidrager med nye perspektiver på dagligdagens udfordringer**, bistår med nye handlemuligheder og giver anledning til refleksion over egen praksis. Konkret oplevede man, at plejehjemspersonalet, efter faglig sparring med kommunale demenskonsulenter, udviste større forståelse for borgeres adfærd. Man oplevede også, at personalet i højere grad afprøvede nye socialpædagogiske metoder, såsom nonverbalt sprog eller greb fra den personcentrerede omsorg, i mødet med borgerne. Samtidigt var oplevelsen, at plejehjemspersonalet efter sparring med demenskonsulenter var **bedre rustede til andre lignende udfordringer**.

En anden erfaring er, at det tværgående samarbejde kan styrke relationen mellem de samarbejdende parter, og på den måde **lette adgangen til kontinuerlig faglig sparring**. Erfaringen er, at plejehjemspersonalet efter dialog med fx demenskonsulenter i højere grad vidste, hvem de skulle kontakte, og hvad de kunne bidrage med. Konkret oplevede man fx, at plejehjemspersonalet oftere kontaktede demenskonsulenter, som de tidligere havde været i dialog med.

5.2 Samarbejde mellem praktiserende læger og ældrepleje

I flere kommunalt forankrede projekter har også **samarbejde mellem plejehjem og plejehjems-læger eller praktiserende læger** været i særligt stort fokus. Det skyldes, at plejhjems-lægen eller borgerens egen læge har ansvaret for at udskrive og seponere antipsykotisk medicin og derfor udgør en vigtig brik i nedbringelsen af antipsykotisk medicin.

En generel oplevelse forud for projekterne var, at samarbejdet med lægerne var udfordret af flere forhold. Dels medfører lægernes økonomiske styring, at de ofte arbejder under stor tidsbegrænsning. Oplevelsen var, at de bidrager til, at de har travlt og derfor kun i nogen grad stiller kritiske spørgsmål til plejepersonalets observationer og handleforslag. Dels har faglighederne traditionelt haft forskelligt fokus, da lægernes fokus er på de medicinske behandlingsmuligheder, mens plejepersonalets fokus har været på potentialer i pleje og omsorg.

For at adressere disse udfordrende forhold, udviklede flere projekter samarbejdsaftaler, som satte rammerne for samarbejdet mellem den praktiserende læge og plejehjemspersonalet. Samarbejdsaftalerne beskrev fx, hvornår og hvordan plejehjemspersonalet skulle kontakte lægen, eller hvornår lægen selv skulle tage initiativ til at tilse borgeren eller gennemgå medicinforbrug.



Et eksempel på en samarbejdsaftale ses i Københavns Kommune, hvor man har udviklet en model for, hvordan læger og plejehjem i samarbejde kan fastsætte deres gensidige forventninger til hinanden i en samarbejdsaftale.

Eksempel: Lokalt forankrede samarbejdsaftaler udarbejdet af læge og plejehjem

I Københavns Kommune, hvor de fleste borgere er tilknyttet plejehjemmets egen læge, havde man succes med at udvikle **en model, der kunne danne grundlag for konkrete aftaler mellem det enkelte plejehjem og plejehjemmets faste læge**. Modellen er udformet som et dialogredskab, der danner grundlag for en **individuel og lokalt forankret aftale** mellem det enkelte plejehjem og dets læge, som i fællesskab aftaler en model for samarbejdet. Konkret kan de to parter fx aftale både faste fællesmøder, og hvornår plejhjemslægen kontaktes derudover. Erfaringen var, at samarbejdsmodellen fungerede særligt godt, fordi **rammerne for samarbejdet blev skabt i fællesskab**, hvilket sikrede, at samarbejdet passede ind i begge parter praksis. En medarbejder beskrev behovet for disse samarbejdsaftaler således:

”Der er behov for, at plejehjemmet og lægen forstår hinandens kontekst og praksis. Og for at vi er enige om, hvordan vi egentlig skal arbejde sammen.”

Den generelle erfaring med samarbejdsaftalerne var, at de styrkede samarbejdet gennem **gensidig praksisforståelse og forventningsafstemning**. Konkret oplevede man, at lægerne fik større opmærksomhed på plejepersonalets non-farmakologiske metoder såsom brug af kugledyner, afskærmning el.lign. Dermed var de bedre rustede til i samarbejde med plejepersonalet fx ved at lægge en behandlingsplan, der fx indeholdt socialpædagogiske metoder frem for antipsykotisk medicin. Omvendt fik plejepersonalets større forståelse for lægernes perspektiver på anti-psykotisk medicin. De fik også større forståelse for, hvor afhængige lægerne er af plejepersonalets observationer og for, hvorfor lægen til tider var tilbageholdende med at ordinere antipsykotisk medicin.

Samtidigt oplevede man, at samarbejdsaftalerne bidrog til, at begge parter oplevede samarbejdet som **meningsfuldt**, og at de dannede grundlag for en **fælles retning** i arbejdet med den enkelte borgers trivsel. En plejhjemsleder beskrev det således:

”Aftalerne med lægerne betyder, at der er en større forståelse af, at det her, det vil vi sammen mellem lægerne og plejehjemmene.”

Erfaringerne var særligt gode i de tilfælde, hvor **aftalen blev udarbejdet i samarbejde** mellem læger og plejehjem, da muligheden for selv at definere rammerne for samarbejdet skabte ejerskab, engagement og meningsfuldhed fra begge parter.

I andre kommuner arbejdede man med at styrke samarbejdet mellem ældrepleje og læger gennem **systematisk dokumentationspraksis** eller **lægelig deltagelse i tværfaglige møder**. Et eksempel herpå ses i Helsingør Kommune.



Eksempel: Styrket samarbejde gennem dokumentationspraksis og tværfaglige møder

På Plejehjemmet Birkebo i Helsingør Kommune har man gode erfaringer med at styrke samarbejdet mellem plejehjemslæge og plejehjem ved at:

- › Plejehjemslægen beskrev for udvalgte medarbejdere, hvordan man kan bruge **dokumentation af observationer som kommunikation mellem plejehjemspersonale og plejehjemslæger** på et undervisningsmøde
- › Dele viden og udarbejde eller evaluere på handleplaner i samarbejde på **tværfaglige møder** mellem plejehjemspersonale og plejehjemslægen.

Erfaringen var, at undervisningsmødet **gjorde plejehjemspersonalets dokumentationspraksis skarpere**. Det styrkede lægens muligheder for løbende at vurdere og revurdere borgernes behov for antipsykotisk medicin i samarbejde med plejehjemspersonalet. Samtidigt oplevede man, at tværfaglige møder med deltagelse af plejehjemmets læge bidrog til plejehjemspersonalets forståelse for borgernes sygdomshistorie. En medarbejder beskriver det således:

"Jeg synes, jeg har fået meget mere viden om, hvem beboerne egentlig er og hvilke udfordringer de har qua deres sygdomshistorie"

5.3 Samarbejde med regionale specialer

I regionalt forankrede projekter har fokus særligt været på **udbredelse af specialiseret ekspertviden**. Her har projekterne på forskellig vis involveret regionalt forankrede videnspersoner såsom psykiatere eller psykiatriske sygeplejersker i daglig praksis og i arbejdsgange og mødesystematikker. På den måde har de sikret systematisk sparring ift. enkelte borgers trivsel og medicinforbrug.

I flere projekter har man søgt at styrke samarbejde og vidensdeling **på tværs af regionale instanser**. Her har fokus særligt været på at udnytte ekspertviden, der allerede er "i huset" til at forbedre tilgangen til borgere med demens. Et eksempel på dette er OUH Svendborg Sygehus, som har søgt at styrke samarbejdet og vidensdelingen mellem to regionale sengeafsnit.

Eksempel: Samarbejde mellem ortopædkirurgisk og geriatrisk afdeling

På ortopædkirurgisk afdeling på Svendborg Sygehus har man søgt at **styrke vidensdeling og samarbejde på tværs af to afdelinger**. På afdelingen oplevede man forud for projektet, at borgere med demens blev utrygge og urolige under indlæggelse, og at det kunne give anledning til ordinering af antipsykotisk medicin. Det forsøgte man at imødekomme ved at indføre en **arbejdsgang for tidlig opsporing af kognitiv svækkelse**, som omfattede et stærkt **samarbejde på tværs af afdelinger**.

Konkret indførte man en systematik, hvor en læge og en demenskonsulent fra geriatrisk afdeling tilser patienter på ortopædkirurgisk afdeling ved deres indlæggelse, screener dem for kognitiv svækkelse vha. BASIC-Q-scoren^{vii} og gennemser deres medicinforbrug. Før projektet foregik vurderingerne af borgerens kognitive tilstand uden systematik. Men med metoden blev screeningerne systematiseret og resulterede i et konkret tal for graden af kognitiv svækkelse. Det tydeliggjorde borgerens behov og gav medarbejderne en større for at opspore kognitiv svækkelse og forebygge brugen af antipsykotisk medicin. En medarbejder fra afdelingen beskrev det således:

"Det som vi før bedømte lidt løst, kan vi nu score med et tal. Og når vi nu screener patienterne så tidligt, kan vi også hurtigt sætte ind."



Konkret har man fx anvendt resultater fra screeningerne som grundlag for tilbud af tyngdedynner og andre sansestimulerende redskaber. På den måde anvendte man en **ny arbejds-gang til at strukturere det tværfaglige samarbejde om tidlig opsporing**.

I andre projekter har man fokuseret på **overgangen mellem regionalt og kommunalt regi**. Her har fokus været på at styrke den kommunale ældreplejes handlemuligheder ved bistå med ekspertviden til undervisningsforløb eller systematiseret faglig sparring. Samtidigt har man fokuseret på at skabe rammer, der understøtter kontinuerlig faglig sparring, og som danner grundlag for opbygning af tværfaglige relationer.

Et eksempel på dette ses i Region Nordjylland. Her har man etableret et regionalt forankret mobilteam bestående af sygeplejersker fra regionens ældrepsykiatriske afdeling, der har en udgående funktion til at understøtte ældreplejen.

Eksempel: Regionalt mobilteam styrker samarbejdet mellem psykiatri og ældrepleje

I Region Nordjylland har man haft stor succes med at **etablere et mobilteam** til at styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde om regionens borgere med demens. Konkret har man etableret en model, hvor praktiserende læger og plejehjemslæger kan henvise til et mobilteam bestående af **sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter fra ældrepsykiatriske afdeling i Region Nordjylland**. Efter henvisning kommer mobilteamet ud på borgerens plejehjem og rådgiver plejehjemspersonalet i forhold til medicinering og socialpædagogiske handlemuligheder. Dermed bringes regional "ekspertviden" over i kommunalt regi.

Erfaringen med teamet er gode. Plejehjemspersonalet oplever stor **tryghed** ved at kunne få **borgerspecifik supervision** ved behov. Samtidigt styrker mobilteamet den socialpædagogiske indsats til borgerne generelt, hvilket ses ved, at plejehjemspersonalet også anvender tiltag de har foreslået til borgere, der ikke er tilknyttet mobilteamet.

Lægerne har også gode erfaringer med mobilteamet. De oplever særligt at have flere "greb" i værktøjsskassen, når plejehjemspersonalet efterspørger hjælp til en borger. Det skyldes, at lægen kan henvise til mobilteamet ved behov. En læge beskriver det således:

"Som læge kan man godt blive presset til at give medicin. Og så kan det ikke nytte noget bare at sige nej – medarbejderne skal have alternativer at gå videre med. Og der er det rart, at jeg kan henvise til mobilteamet."

De generelle erfaringer med at bringe regional ekspertviden i spil er gode. Erfaringen er, at det højner niveauet af faglige drøftelser ved at bistå med viden og perspektiver, som ellers ikke var bragt i spil. Oplevelsen er, at dette understøtter en **helhedsorienteret indsats** fx ved, at farmaceutiske eller lægefaglige perspektiver medtænkes. En medarbejder beskrev et konkret eksempel herpå således:

"Psykiateren var guld værd. Hun fik os til at reflektere over, hvorfor vi gjorde som vi gjorde. Og hun kom med mange nye perspektiver på borgernes adfærd."

På tværs af projekterne ses, at erfaringerne er særligt gode, når ekspertviden bringes i spil i forbindelse med praksisnære eller borgerspecifikke drøftelser. Her har plejepersonalet oplevet at kunne koble ny viden og nye perspektiver til konkrete problematikker.

Derudover er erfaringen, at samarbejdet på tværs af faggrupper og sektorer får størst dybde, når parterne mødes fysisk i samme rum. Oplevelsen er, at de forskellige samarbejdende parter



ved at sidde fysisk i samme rum får bedre forståelse for hinandens faglige perspektiver, oplevelser og udfordringer med den enkelte borger. Oplevelsen er også at dette gavner den psykologiske tryghed, som blev beskrevet i kapitel 3.

5.4 Barrierer i arbejdet med tværgående samarbejde

Den generelle erfaring fra projekterne var, at samarbejde på tværs af fagligheder og sektorer kan have store positive gevinster. Det ses særligt, når samarbejdet er præget af gensidig praksis forståelse, psykologisk tryghed og afstemte forventninger mellem parterne. Alligevel erfarede projekterne en række barrierer og opmærksomhedspunkter i forbindelse med tværgående samarbejde.

Et opmærksomhedspunkt på tværs af projekterne er skabelse af psykologisk tryghed i det tværgående samarbejde. Psykologisk tryghed er afgørende for, at den enkelte medarbejder har mod på at bringe sin viden i spil, hvilket også er afgørende for et godt tværgående samarbejde. Oplevelsen er, at det her kan være endnu sværere for den enkelte medarbejder at foreslå ny tilgange eller at sætte spørgsmålstejn ved en borgers behandling.

En erfaring er, at den **psykologiske tryghed** særligt understøttes ved, at tværgående møder foregår ved fysisk fremmøde. Derfor var et fokuspunkt i mange projekter netop, at tværgående møder så vidt muligt foregik ved **fysisk fremmøde**. Oplevelsen er bl.a., at det er lettere at bringe sine observationer i spil til fysiske møder, og at de deltagende parter er mere engagerede og i højere grad forstår hinanden end ved møder, der afholdes virtuelt. En projektejer beskrev det således:

"At man sidder sammen i samme rum, betyder meget. Der bliver nedbrudt barrierer, og kommunikationen er direkte."

Erfaringen er, at dette er særligt vigtigt når forskellige fagligheder skal samarbejde. Her er oplevelsen, at det kan **reducere den barriere** der kan være, når plejepersonale indgår i drøftelser med læger og andre faglige videnspersoner. Konkret oplevede man fx at plejepersonale havde lettere ved at bringe deres observationer i spil, når de sad fysisk overfor læger, demenskonsulenter el.lign. En erfaring er dog, at det kan være vanskeligt at planlægge tværgående møder med fysisk fremmøde, i en travl driftspræget hverdag.

Et andet opmærksomhedspunkt fra projekterne er, at det tværgående samarbejde bliver udfordret, når de involverede parter ikke oplever samarbejdet som meningsfuldt, og når rammerne for samarbejdet ikke spiller sammen med øvrige arbejdsgange. Det kan fx være vanskeligt at samarbejde, hvis mødetidspunkter ikke passer ind i øvrig praksis. Derfor erfarede man, at tydeliggørelse af, at forskellige fagligheder bringer forskellige perspektiver ind i en drøftelse, har stor betydning for, at det tværgående samarbejde opleves som **meningsfuldt** og givende. En måde hvorpå projekterne havde særlig stor succes med at skabe meningsfulde samarbejdsrammer, der passede ind i øvrige arbejdsgange, var gennem samarbejdsaftaler. Særligt relevant er erfaringen med, at sikre bred involvering og dermed ejerskab for de samarbejdsaftaler, der indgås.

Et sidste opmærksomhedspunkt, der går igen på tværs af projekterne, er, at etableringen af nye samarbejdsrammer kræver **tid og tilvænning**. Erfaringen var, at faglighederne skulle lære at forstå hinandens tilgang, faglighed og sprog, og at det store udbytte af samarbejdet særligt indfandt sig efter lidt "øvelse". Konkret oplevede man fx, at de tværgående møder tog kortere tid, når de blev afholdt af personale, som allerede havde afprøvet mødeformen flere gange.



Væsentligste erfaringer om tværgående samarbejde

Hvad har projekterne lært?	Og hvordan har de arbejdet med det?
Samarbejdsaftaler mellem læger og plejehjem rammesætter gensidig forventningsafstemning og skaber ejerskab i samarbejdet.	Projekterne har fx gennem inddragende processer udarbejdet samarbejdsaftaler, som sætter rammerne for hvornår og hvordan plejehjems personale skal kontakte lægen.
Inddragelse af udefrakommende "ekspertviden" kan højne kvaliteten af omsorgsarbejdet og gennem faste strukturer eller uformel relationsdannelse lette adgangen til kontinuerlig faglig sparring.	At inkludere kommunale demenskonsulenter eller regionale psykiatriske sygeplejersker i undervisningsforløb eller faglig sparring har været en måde projekterne har integreret ekspertise på.
Det er afgørende, at rammerne for det tværgående samarbejde stemmer overens med øvrig praksis og opleves som meningsfulde.	Projekterne har fx udarbejdet mobilteams, hvor plejehjemsmedarbejdere, praktiserende læger og mobilteam alle bidrager til at sikre, at det er de rette opgaver, som havner hos mobilteamet, og de dermed både har drøftelser om konkrete borgere, men også hjælper hinanden til at finde ud af, hvornår de bedst inddrager hinanden.
Psykologisk tryghed mellem de samarbejdende parter er afgørende for, at alle perspektiver bringes i spil.	Fysisk fremmøde til tværgående møder har været en måde at understøtte den psykologiske tryghed på.



6 Ledelsesfokus, implementering og fastholdelse

Et gennemgående træk på tværs af projekterne er, at ledelse, implementering og fastholdelse har spillet en afgørende rolle i arbejdet med at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin. I dette kapitel beskrives først, hvordan projekterne har arbejdet med nærværende ledelse, engagement og ejerskab og med forskellige former for distribueret ledelse i forsøget på at skabe ledelsesfokus og understøtte implementering og fastholdelse. Dernæst beskrives projekternes erfaringer med at implementere nye tiltag med afsæt i eksisterende praksis. Sidst beskrives de barrierer projekterne har oplevet i arbejdet med ledelse, implementering og fastholdelse.

6.1 Nærværende ledelse i praksis

Helt afgørende for, at nye tiltag implementeres og fastholdes er, at ledelsen formår at **skabe og fastholde fokus på forandringerne og deres formål**. Erfaringen er, at dette lykkes særligt godt, når ledere formår at være nærværende i projektets aktiviteter, i nye arbejdsgange eller i daglig praksis.

En måde hvorpå mange projekter har erfaret at kunne skabe og fastholde fokus på nedbringelsen af antipsykotisk medicin er ved at **italesætte nye arbejdsgange, deres formål og den faglige udvikling de medbringer**. Det kan fx være, at lederen deltager på (nogle af) de møder, som aftales, eller at lederen gentagne gange minder medarbejderne om, hvorfor de nye tiltag er vigtige. Det kan også være, at lederen spørger ind til oplevelserne med de forandringer, der skabes eller at lederen tydeligt italesætter, når medarbejderne lykkes med nye arbejdsgange.

En anden måde, hvorpå nogle projekter arbejdede med nærværende ledelse, var ved **praksisnær og insisterende faglig ledelse**. Konkret foregik det bl.a. ved, at ledelsen hjalp med at omsætte teori til praksis, og fastholdt medarbejderne i nye arbejdsgange, når de var svære. Dette blev et fokuspunkt for en demenskonsulent i Hillerød Kommune, der med klar aftale med ledelsen på stedet, stod som tydelig faglig leder.

Eksempel: Praksisnær faglig ledelse fastholder nye arbejdsgange

I Hillerød Kommune, i projektsamarbejdet med Bispebjerg Hospital, havde man et **stort fokus den praksisnære faglige ledelse**. En kommunal demenskonsulent, der var tilknyttet de involverede plejehjem, opdagede behovet for, at medarbejdere blev støttet i nye arbejdsgange meget praksisnært. Derfor indgik hun i dialog med de enkelte medarbejdere om konkrete arbejdsgange eller overvejelser. Det skete fx i forbindelse med seponering af borgernes antipsykotiske medicin:

"Den faglige ledelse er helt afgørende, fordi medicin er det nemme valg. Medarbejderne ændrer ikke rutiner af sig selv".

Oplevelsen var, at medarbejderne skulle mindes om, hvorfor den antipsykotiske medicin skulle seponeres og samtidigt **støttes i at vælge og afprøve alternative handlemuligheder**.

Den generelle erfaring var, at den nærværende og praksisnære ledelse lykkedes særligt godt, når **medarbejderne blev anerkendt i at afprøve nye tiltag**, og når **succesfulde situationer blev italesat**. Modsat var et opmærksomhedspunkt i den praksisnære faglige ledelse, at der blev skabt **et trygt rum for faglig sparring**, hvor den enkelte medarbejder ikke følte sig "set over



skuldrene” i deres omsorgsarbejde, og hvor der var psykologisk tryghed til at stille spørgsmål eller italesætte udfordrende situationer.

En anden måde hvorpå nogle projekter har arbejdet med nærværende ledelse er ved **ledelsesmæssig deltagelse i undervisningsforløb**. Denne tilgang havde man i Rudersdal Kommune, hvor man prioriterede, at ledere deltog aktivt i undervisningen udført af kommunale demenskoordinatorer.

Eksempel: Ledelsesmæssig deltagelse i undervisningsforløb

I Rudersdal Kommune havde man god erfaring med at lade **ledelsen deltage aktivt i undervisningsforløb** foretaget af kommunale demenskoordinatorer. Konkret oplevede man, at de undervisningsgange, hvor ledergruppen eller en lederrepræsentant lyttede med eller var med til at undervise vækkede særlig stor genklang hos medarbejderne. Erfaringen var desuden, at ledelsen også efter undervisning havde en **stor opgave i at sikre, at den ny viden blev omsat til handling i praksis**. En medarbejder beskrev det således:

”Når demenskoordinatoren skal lave undervisning, skal lederen være til stede, da det er dem der skal sørge for, at den nye viden bliver brugt efterfølgende”

En anden erfaring man fik i Rudersdal Kommune var, at ledelsen havde en stor rolle i forhold til at **sikre, at der var psykologisk tryghed** til, at medarbejderne kunne reflektere sammen fagligt, særligt når undervisningen handlede om sårbare emner som fx magtanvendelse.

Erfaringen med at lade ledelsen deltage i projektets aktiviteter var, at det **sendte et klart signal om prioritering**. Samtidigt oplevede man, at det gav ledelsen **mulighed for at fornemme medarbejdernes holdninger til nye tiltag**, hvilket hjalp dem til at støtte forandringen på vej. Omvendt kan det være vanskeligt at deltage aktivt i nye tiltag uden at medarbejderne får en oplevelse af, at de bliver set over skuldrene.

6.2 Engagement og ejerskab gennem inddragelse

Erfaringer på tværs af projekterne viser også, at et vigtigt skridt i vellykket implementering og fastholde af nye tiltag er, **at både ledere og medarbejdere er engageret i og føler ejerskab over tiltagene**. Nedbringelse af antipsykotisk medicin kræver trygge rum til faglige refleksioner. Etableringen af dette sker alene med et stærkt fokus på praksisnære forandringer, der fungerer lokalt. Derfor får det stor betydning for nedbringelsen af medicinforbruget, at man faktisk lykkes med at få både ledere og medarbejdere engageret i tiltagene. Derfor involverede flere projekter ledere og medarbejderrepræsentanter i udformningen eller i de løbende justeringer af projektet. Et eksempel på dette er projektet på Bispebjerg Hospital og i Hillerød Kommune – hvor man havde særligt stort fokus på at skabe engagement og ejerskab hos den øverste ledelse på de involverede plejehjem.

Eksempel: Ejerskab hos plejhjemsledere

I Københavns Kommune har man gode erfaringer med at skabe **engagement og ejerskab hos ledelsen** fra de deltagende plejehjem gennem samskabelse. Som en del af projektet har man derfor afholdt møder mellem projektleder og de deltagende plejhjemsforstandere hver eller hver 2. måned. Til møderne drøftede de erfaringer med projektets tiltag og muligheder for forankring og planlagde store og små justeringer. Oplevelsen var, at møderne foregik i gensidig lydhørhed, og at de gennem møderne skabte en **oplevelse af ”at være sammen” om projektets udformning**. Samtidigt var erfaringen, at involveringen gav plejhjemslederne mulighed for at lave små justeringer i tiltagene, så de passede ind i eksisterende arbejds-gange, værdier og ambitioner. Konkret kunne det fx omhandle emner på projektets



undervisningselementer eller tidsplan for projektets implementering. En plejehjemsleder beskriver det således:

”Det var vigtigt for mig, at vi fortsat arbejdede med den narrative tilgang – at vi fortsat reflekterede over borgernes livshistorie, og at vi tænkte det med, når vi vurderede deres behov for antipsykotisk medicin.”

Et andet eksempel er Aarhus Kommune, som har gode erfaringer med at skabe engagement hos medarbejderne ved at **involvere en arbejdsgruppe i projektets udformning**.

Eksempel: Engagement gennem tidlig medarbejderinvolvering

I Aarhus Kommune har man gode erfaringer med at **involvere en arbejdsgruppe i projektets udformning**. I kommunens projekt deltog to plejehjem, som hver nedsatte en arbejdsgruppe forud for projektets start. Arbejdsgruppen bestod bl.a. af medarbejdere af forskellige fagligheder, en APN-sygeplejerske, en demenskoordinator, plejehjemmets forstander, en læge og en pårørende. Arbejdsgrupperne havde til formål at bidrage til udviklingen af projektets tiltag og målsætning og til efterfølgende implementering og fastholdelse af projektets aktiviteter.

Denne tilgang bidrog til, at **medarbejderne følte sig hørt og var engagerede** i projektets tiltag. Derudover bidrog det til, at projektets tiltag harmonerede med eksisterende arbejdsgange. Konkret oplevede man fx at medarbejderne kom med gode input til projektaktiviteter og ændrede arbejdsgange, der kunne afprøves i praksis.

Tilgangen gave også ledelsen en oplevelse af løbende at have **”fingeren på pulsen” i forhold til stemningen omkring projektets initiativer**. Denne oplevelse blev af en leder beskrevet således:

”Arbejdsgruppen gav os et billede af, hvor der var modstand, og hvor vi så skulle være særligt opmærksomme.”

Den generelle erfaring med at involvere ledere og medarbejdere i projektets udformning er, at det **bidrager til meningsfuldhed og engagement** særligt i den første del af implementeringen. Dette viste sig ved, at lederen oplevede at være mere motiveret for nedbringelsen af antipsykotisk medicin. Det viste sig også ved, at medarbejdere i højere grad oplevede formålet og de implementerede tiltag som meningsfulde i deres daglige møde med borgerne. På tværs af projekterne har dette vist sig at være særdeles virkningsfuldt for netop at lykkes med at fastholde fokus på nedbringelsen af antipsykotisk medicin.

Omvendt er oplevelsen også, at det kan være vanskeligt, særligt for medarbejdere at arbejde med overgangen mellem teori og praksis. Medarbejdernes oplevelse er, at deltagelse i planlægningsaktiviteter giver mest mening, når arbejdet fokuserer på praksisnære eksempler, konkrete arbejdsgange el.lign. i stedet for teori.

6.3 Nøglepersoner og mødeledelse

I flere projekter har man arbejdet med de stadig større krav til ledelsen ved at uddelegere dele af ledelsesansvaret. I litteraturen omtales dette ofte som ”distribueret ledelse”. Hermed skal forstås, at dele af ledelsesopgaverne kan uddelegeres bevidst til andre, hvis der er tydelig forventningsafstemning om rammer, roller og ressourcer. Det kan fx være, at lederen efter introduktion ”overdrager” fastholdelsesansvaret til udvalgte nøglepersoner som fx mødeledere eller



faglige sparringspartnere, for senere igen at vende tilbage og stille sig i front i forhold til at fastholde forandringerne.

En måde hvorpå projekterne har arbejdet med dette var ved **udpegelse af nøglepersoner**, også kaldt faglige fyrtårne, ambassadører eller tovholdere. Nøglepersonerne blev udvalgt blandt medarbejdere og var fx social- og sundhedsassistenter eller sygeplejersker. Deres rolle var at "holde fanen højt" på nye tiltag ved fx at lære den ny viden fra sig eller ved løbende og ved behov at minde medarbejderne om de nye handlemuligheder. Samtidigt var de driftsnære nøglepersoner tænkt ind som et **vigtigt element i at engagere, støtte og fastholde medarbejdere i projektets tiltag på sigt**. Dermed havde de også en stor rolle i fastholdelsen af bl.a. nye arbejdsgange, en ny refleksionspraksis og anvendelse af nye handlemuligheder som fx sansestimuli. Konkret har disse nøglepersoner i drøftelsen af enkelte borgere kunne hjælpe med at oversætte viden til konkret handling. Det var bl.a. vigtigt i projekter, hvor personalet oplevede nye arbejdsgange eller ny viden som vanskelig at omsætte til velfungerende praksis. I eksempelboxen nedenfor beskrives, hvordan man i Aabenraa Kommune har arbejdet med at skabe varige forandringer gennem nøglepersoner.

Eksempel: Distribueret ledelse gennem udpegelse af nøglepersoner

I Aabenraa Kommune har man gode erfaringer med at anvende **nøglepersoner i implementerings- og forankringsprocessen**. Konkret gav man kvalitetssygeplejersker- og assistenter ansvaret for at sikre den fortsatte anvendelse af nye metoder og for at afholde nye mødetyper kaldet minibeboerkonferencer. På den måde understøttede projektet den driftsnære faglige ledelse. Det understøttede særligt forankringsprocessen i de situationer, hvor ledelsen var tydelige i deres opbakning. Det blev af en medarbejder beskrevet sådan:

"Kvalitetssygeplejerskerne er helt afgørende i forhold til fastholdelse og implementering. Men de kan ikke stå alene – de skal støttes af ledelsen."

En anden måde hvorpå projekterne arbejdede med distribueret ledelse var ved **at oplære medarbejdere i at facilitere møder** dvs. som mødefacilitatorer. Konkret oplærte man fx sygeplejersker, terapeuter eller assistenter, og på den måde sikrede man, at nye tiltag rettet mod nedbringelse af antipsykotisk medicin, forblev et fokus også i faglige møder. Et eksempel på dette ses i Vallensbæk Kommune, hvor sygeplejerske og demensambassadører blev oplært i at facilitere månedlige beboerkonferencer. Dette uddybes i eksempelboxen nedenfor.

Eksempel: Ledelse af møder

I Vallensbæk Kommune indførte man månedlige beboerkonferencer. I den forbindelse erfarede man, at et afgørende element i fastholdelsen af disse beboerkonferencer var, at **sygeplejersker og demensambassadører blev oplært og støttet i at facilitere møderne**. Konkret har man **udarbejdet en fysisk planche til beboerkonferencerne**. Plancherne har dels til formål at sikre en systematisk struktur for møderne, og dels at være et **støtteredskab til dem**, der er tænkt ind som faglig mødeleder af beboerkonferencerne. På den måde støttes nøglepersonerne i at holde fast i de nye beboerkonferencer og fremgangsmåden herunder.

Erfaringerne med dette var gode. Særligt påpegede man, at struktureret mødeledelse bidrog til, at **dagsordenen blev fulgt** og til, at samtaler om borgernes brug af antipsykotisk medicin fortsat blev bragt på bane. Samtidigt var erfaringen, at denne tilgang til distribueret ledelse bidrog til, at **drøftelser om borgernes medicin var praksisnære**.

Den generelle erfaring med distribueret af udvalgte ledelsesopgaver har været gode. Nøglepersoner og mødefacilitatorer har kunne **understøtte ledelsen i at fastholde et fagligt fokus** og



ambitionen om at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin. Samtidigt var oplevelsen, at nøglepersoner og mødefacilitatorer bidrog til, at ny viden og nye arbejdsgange blev præsenteret for de øvrige medarbejdere på en måde, hvor de blev oplevet som meningsfulde. Man oplevede også, at de bidrog til, at **nye arbejdsgange blev prioriteret i dagligdagen** både i mødet med borgerne og i faglige møder.

6.4 Barriere for ledelsesfokus, implementering og fastholdelse

Arbejdet med ledelsesfokus, fastholdelse og implementering har afgørende betydning for, i hvilken grad nye arbejdsgange ender som rutinepraksis. Som beskrevet ovenfor er nærværende ledelse, et stærkt ejerskab gennem inddragelse og bevidst distribution af udvalgte ledelsesopgaver gode greb ind i at sikre relevant ledelse i en forandringsproces omkring nedbringelse af antipsykotisk medicin. Men til trods herfor oplevede projekterne også en række barrierer i arbejdet med at skabe ledelsesfokus, at implementere og at fastholde nye tiltag.

En erfaring er, at det kan være udfordrende for ledelsen at skabe og fastholde et fokus på nye tiltag i en **travl hverdag, hvor mange opgaver skal prioriteres**. Samtidigt kan det være vanskeligt at deltage aktivt i nye tiltag uden at medarbejderne får en oplevelse af, at de bliver set over skuldrene.

En erfaring var, at det havde afgørende betydning, at nøglepersoner og mødefacilitatorer var **klædt på til opgaven**, og at **opgaven var tydeligt defineret og kravene realistiske**. Erfaringerne viser fx, at det afgørende, at nøglepersoner har kompetencer til at supervisere, og at mødefacilitatorer har mulighed for at forberede sig til de møder, de skal facilitere. Nogle projekter har dog oplevet, at dette var vanskeligt, hvilket ledte til frustration hos nøglepersoner og ledere og dermed haft negativ indvirkning på projekternes aktiviteter. Det har fx været vanskeligt for nogle nøglepersoner at agere mødeledere eller forandringsagenter, når meget andet har fyldt, og det derfor har været svært at fastholde projektfokus. I sådanne tilfælde har ledelsen måtte tage over for at sikre rette rammer, fokus, kompetencer og gennemslagskraft. I andre projekter har man arbejdet netop med dette bl.a. ved at undervise nøglepersoner i mødeledelse, og haft stor succes med denne form for distribueret ledelse.

En anden erfaring, der går igen på tværs af projekterne er, at implementering og forankring særligt **udfordres, når der sættes mange nye tiltag "i søen" på en gang**, og når der ikke arbejdes systematisk med at fastholde de ønskede praksisforandringer. Med denne erkendelse har man dermed lært, at omfanget af nye tiltag har stor betydning for tiltagenes implementeringssucces. I den forbindelse oplevede flere projekter, at det var meningsfuldt at arbejdet med at nedbringe antipsykotisk medicin gik "hånd i hånd" med andre projekter fx om at forebygge voldsomme episoder.

Sidst er erfaringen, at det er afgørende med en **gennemtænkt implementeringsstrategi**, som den lokale ledelse har investeret relevante overvejelser i. Her peger projekterne blandt andet på at daglige strukturer, anledninger til at være en nærværende ledelse og sikring af klare rammer og kompetencer til distribuerede opgaver som afgørende elementer i implementerings- og forankringsstrategierne. De peger også på udvælgelse af sprogbrug, ressourcer hos medarbejderne ift. nye tiltag og fremhævelse af solstrålehistorier som elementer af betydning.



Væsentligste erfaringer om ledelsesfokus, implementering og fastholdelse

Hvad har projekterne lært?	Og hvordan har de arbejdet med det?
Nærværende ledelse er afgørende for at nye tiltag kommer i fokus og prioriteres i en travl driftspræget hverdag.	Ledere har fx været synlige i projektaktiviteter og i relevante anledninger til faglige drøftelser, løbende italesat formålet med de nye tiltag eller mindet medarbejderne om, hvorfor tiltagene er vigtige.
Faglig ledelse sikrer, at medarbejdere fastholdes og støttes i nye arbejdsgange selv når det bliver svært og bidrager til at omsætte teori til praksis.	Man har indgået i dialog med medarbejdere om konkrete praksisnære udfordringer, stillet spørgsmål til tilgange og støttet afprøvning af nye tilgange.
Ejerskab hos ledere og medarbejdere understøtter motivationen for nye arbejdsgange.	Projekterne har involveret ledere og medarbejdere i styre- eller arbejdsgrupper og dermed i udformningen og løbende justeringer af projektets tiltag.
Ledelsesansvaret kan distribueres, hvis der er tydelighed over rammer, roller mm. fx til praksisnære nøglepersoner.	I projekterne har man fx oplært og støttet nøglepersoner i at facilitere møder eller i at stille refleksionsspørgsmål til kollegaer.

7 Metode

Denne rapport har haft til formål at indsamle erfaringer fra i alt 15 forskellige projekter, der har fået midler til at arbejde med at nedbringe eller forebygge forbruget af antipsykotisk medicin. Således har formålet været at indsamle viden om de virkninger og erfaringer, som er fremkommet i projekterne. Målet har været at identificere og analysere, hvilke temaer, samarbejdsformer, metoder eller tilgange, der går på tværs af projekterne. Samtidig har rapporten ønsket at belyse de barrierer, der har været for at skabe forandring i praksis. Forhåbningen har været, at rapporten videregiver erfaringer og læringer fra både succeser og udfordringer i arbejdet med at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin til mennesker med demens.

Puljeprojekterne er dels blevet analyseret som enkeltstående cases, og der er desuden foretaget en tværgående analyse for at belyse de læringer, opmærksomhedspunkter og erfaringer, der har gjort sig gældende på tværs. **Dette kapitel har til formål at beskrive den anvendte metode.** Omdrejningspunktet for dataindsamlingen har været en forståelsesramme med relevante temaer, der løbende er blevet kvalificeret og tilpasset i takt med, at erfaringerne er blevet indhøstet. Således er erfaringsopsamlingen gennemført i fem trin:

Den metodiske fremgangsmådes fem trin



Trin 1: Indledende forståelsesramme

Tidligere erfaringer fra lignende puljer med fokus på nedbringelsen af medicin, og viden om praksisændringer på ældreområdet har været afsæt for dataindsamlingen. Første skridt var derfor at lave en indledende forståelsesramme, hvis **formål var at strukturere og systematisere dataindsamlingen**. En forståelsesramme som undervejs har haft flere former og versioner, men som hele vejen igennem har været ledestjerne i jagten på relevante, tværgående erfaringer, læringer og opmærksomheder.

Trin 2: Dokumentanalyse

Næste skridt var en dybdegående dokumentanalyse af de 15 projekters ansøgninger. Dokumentanalysen foregik i lav grad deduktivt med blik for forståelsesrammens foreløbige temaer og eventuelle åbne kategorier, og i høj grad eksplorativt så nye opmærksomhedspunkter blev inddraget i den videre analyse. **Formålet var dels at sikre, at den foreløbige forståelsesramme var rammende for de temaer, der optrådte i projekternes ansøgninger, dels at skabe overblik over de enkelte projekters fokusområder.** Herudover blev der foretaget en dokumentanalyse af projekternes egne evalueringer og afrapporteringer, så dataindsamlingen stillede skarpt på det, der rent faktisk var sket i de enkelte projekter. På den måde målrettede dokumentanalysen også indsamlingen af interviewmateriale i de enkelte projekter.



Trin 3: Dataindsamling i de 15 puljeprojekter

I hvert projekt er der afviklet besøg med 3-5 interviews med relevante respondenter. Det kunne fx være projektledere, relevante ledere fra involverede plejehjem og sengeafsnit, demenskoordinatorer, nøglepersoner samt involverede medarbejdere som fx sygeplejersker og plejepersonale. **Formålet med dataindsamlingen var både at få de levede oplevelser med** i den samlede erfaringsopsamling, og at sikre, at de enkelte projekters tiltag, fremgangsmåder og læringer blev **belyst fra så mange forskellige perspektiver** som muligt. Oprindeligt var også et ønske om at belyse erfaringer fra borger- og pårørendeperspektivet. I sagens natur er emnet dog for mange borgere og pårørende et sårbart område, som kan være svært eller uønsket at tale om. Af de få kontakter til pårørende og borgere, som vi har haft, har emnet yderligere vist sig at være svært for dem at reflektere over, da de ikke har været inddraget i fx faglige refleksionsmøder og medicingennemgange. Af etiske hensyn er borger- og pårørendeperspektivet derfor fravalgt i nærværende erfaringsopsamling.

Etiske hensyn har herudover ledt til, at erfaringsopsamlingens formål i begyndelsen af hvert interview er blevet tydeliggjort. Hermed forstået at interviewerens har italesat overfor lederen, medarbejderen el.lign., at erfaringsopsamlingen ikke har til sigte at gå projekterne efter i sømmene ift. deres ansøgninger eller alene at belyse flotte resultater. Snarere har formålet været at få indsigt i samtlige erfaringer og opmærksomhedspunkter fra praksis – både de der er gået godt, og de der har været mere udfordrende. Dermed har formålet været at få skabt et **psykologisk trygt rum som afsæt for bred erfaringsudveksling**.

Trin 4: Casestudier og tværgående analyse

På baggrund af det indsamlede datamateriale er der både blevet foretaget caseanalyse af hvert enkelt projekt, og en tværgående analyse med fokus på særlige lærings- og opmærksomhedspunkter. De dybdegående caseanalyser af hvert projekt har koncentreret sig om **de enkelte projekters praktiske udformning og om tilsigtede og utilsigtede elementer** fra projektet, der i særlig grad har bidraget med erfaringer med at nedbringe antipsykotisk medicin. Disse har udmøntet sig i 15 individuelle beskrivelser af projekterne, som fremgår af tilhørende rapport "Cases: Læringer og resultater fra projekterne". Casebeskrivelserne er struktureret omkring den samlede forståelsesramme, men belyser alene de temaer fra forståelsesrammen, der har fyldt mest i de enkelte projekter. Fx har Frederikshavn Kommune i høj grad fokuseret på viden, kompetencer og handlemuligheder samt arbejdsgange og mødesystematikker, hvorfor det er disse temaer, casebeskrivelsen fremhæver. Omvendt har fx projektsamarbejdet mellem Bispebjerg Hospital og Hillerød Kommune - i høj grad fokuseret på tværgående samarbejde, hvorfor det er denne del af arbejdet, som casebeskrivelsen fremhæver.

Omvendt har den tværgående analyse koncentreret sig om at identificere **mønstre på tværs af de 15 projekter**. De identificerede mønstre har afsæt i både vigtigste læringspunkter, succeser, barrierer og øvrige erfaringer på tværs. Analysen har både taget afsæt i og ført til ændringer i den samlede forståelsesramme.

Trin 5: Afsluttende formidling

Som sidste led i processen har såvel casestudierne som den tværgående analyse udmøntet sig i **nærværende udgave af en erfaringsopsamling og tilhørende rapport "Cases: Læringer og resultater fra projekterne"**. Erfaringsopsamlingen kan både læses i "klassisk forstand" fra start til slut eller som målrettet inspiration.

Samlet vurdering



Efter udformningen af nærværende erfaringsopsamling vurderes det, at den anvendte metode har sikret **det nødvendige grundlag for at nå erfaringsopsamlingens mål**. Særligt trin 2 (dokumentanalysen) og trin 3 (dataindsamling i de 15 puljeprojekter) har bidraget til at indsamle viden, virkninger og erfaringer. I disse trin er også væsentlige succeser og udfordringer i arbejdet med at nedbringe antipsykotisk medicin blevet klare. Omvendt har særligt trin 1 (indledende forståelsesramme) og trin 4 (casestudier og tværgående analyse) bidraget til at identificere hvilke temaer, samarbejdsformer, metoder og tilgange, der går på tværs af projekterne. Med trin 5 vurderes det, at rapporten også har nået sit sidste mål, nemlig at udforme sig således, at andre kan lade sig inspirere af arbejdet med at forebygge og nedbringe antipsykotisk medicin til mennesker med demens.



8 Oversigt over projekter

De 15 puljeprojekter har afprøvet vidt forskellige tilgange og metoder til at løfte medarbejderes kompetencer og nedbringe bruget af antipsykotisk medicin til borgere med demens. Nedenfor ses en kort oversigt over de 15 puljeprojekter. En mere dybdegående beskrivelse af projekternes tilgange og erfaringer findes i tilhørende rapport "Cases: Læringer og resultater fra projekterne".

Aabenraa Kommune

Projekttitel: Reduktion af antipsykotisk medicin på plejehjem i Aabenraa Kommune

Aarhus Kommune

Projekttitel: Nedbringelse af medicinforbrug gennem kulturelt og fagligt løft af indsatsen over for borgere med demens eller demenslignende symptomer

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Projekttitel: Tværfagligt kompetenceløft inden for demens til nedbringelse af antipsykotika

Bispebjerg Hospital og Hillerød Kommune

Projekttitel: Reduktion i brug af antipsykotika hos ældre med demens – implementering af en tværsektoriel intervention i Hillerød Kommune

Fanø Kommune

Projekttitel: Kvalificeret omsorg frem for antipsykotisk medicin

Frederikshavn Kommune

Projekttitel: Med borgers trivsel i centrum

Greve Kommune

Projekttitel: Praksisnært kompetenceløft i Marte Meo metoden til at nedbringe brugen af antipsykotisk medicin

Helsingør Kommune

Projekttitel: Nye veje til nedbringelse af antipsykotisk medicin

Hvidovre Kommune

Projekttitel: Praksisnært kompetenceløft til nedbringelse af forbruget af antipsykotisk medicin hos mennesker med en demenssygdom bosiddende på plejecentre i

Københavns Kommune

Projekttitel: Bedre trivsel – mindre medicin

OUH Svendborg Sygehus

Projekttitel: Nedbringelse af antipsykotisk medicin til patienter med demens. Et medicinsk – kirurgisk samarbejde

Region Nordjylland

Projekttitel: Sammen nedbringer vi forbruget af antipsykotisk medicin

Rudersdal Kommune

Projekttitel: Praksisnært kompetenceløft på demensområdet i Rudersdal

Solrød Kommune



Projekttitel: Fælles om at styrke borgernes trivsel og forebygge brugen af antipsykotisk medicin

Vallensbæk Kommune

Projekttitel: Indføring af beboerkonference som metode til nedbringelse af antipsykotisk medicin



9 Kildehenvisninger

ⁱ Sundhedsstyrelsen (2016): Livet med demens – styrket kvalitet i indsatsen. <https://sst.dk/da/Fagperson/Sygdomme-lidelser-og-behandling/Demens/Den-nationale-demenshandlingsplan-2025>

ⁱⁱ Sundhedsdatastyrelsen (2022): Andelen af ældre borgere med demens med recept på antipsykotika er uændret. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/lægemedler/antipsykotika/antipsykotika-demente-052022.pdf?la=da>

ⁱⁱⁱ Sundhedsstyrelsen (2023): Guide til at nedbringe antipsykotisk medicin til mennesker med demens https://www.sundhedsstyrelsen.dk/-/media/Viden/Demens/Antipsykotisk-medicin/Haandbog_Guide_til_nedbringelse_af_brug_af_antipsykotisk_medicin_DIGITAL_V2.ashx

^{iv} Sundhedsstyrelsen (2023): Guide til at nedbringe antipsykotisk medicin til mennesker med demens https://www.sundhedsstyrelsen.dk/-/media/Viden/Demens/Antipsykotisk-medicin/Haandbog_Guide_til_nedbringelse_af_brug_af_antipsykotisk_medicin_DIGITAL_V2.ashx

^v Sundhedsstyrelsen (2023): Praksisnært kompetenceløft til nedbringelse af antipsykotisk medicin. <https://sst.dk/da/puljer/pulje-til-praksisnaert-kompetenceloeft-til-nedbringelse-af-antipsykotisk-medicin>

^{vi} Socialpædagogerne (2017): Hvidbog om demens og socialpædagogik. S.61-78. <https://sl.dk/om-os/udgivelser/det-specialiserede-socialomraade/hvidbog-om-demens-og-socialpaedagogik>

^{vii} Nationalt Videnscenter for Demens (2023): Brief Assessment of Impaired Cognition Questionnaire (BASIC-Q). <https://videnscenterfordemens.dk/da/brief-assessme>