



# Evaluering af Sundhedsstyrelsens implementerings- og læringsforløb til forebyggelse af voldsomme episoder i ældreplejen i Danmark

Iben Karlsen, Sofie Østergaard Jaspers, Sandra  
Nielsen, Mathilde Munk Andersen og Birgit Aust



# **Evaluering af Sundhedsstyrelsens implementerings- og læringsforløb til forebyggelse af voldsomme episoder i ældreplejen i Danmark**

**Iben Karlsen  
Sofie Østergaard Jaspers  
Sandra Nielsen  
Mathilde Munk Andersen  
Birgit Aust**

## **NFA-rapport**

Titel	Evaluering af Sundhedsstyrelsens indsat til forebyggelse af voldsomme episoder i ældreplejen i Danmark
Forfattere	Iben Karlsen, Sofie Østergaard Jaspers, Sandra Nielsen, Mathilde Munk Andersen og Birgit Aust
Udgiver(e)	Sundhedsstyrelsen og Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA)
Udgivet	Januar 2024
Finansiell støtte	Udført for Sundhedsstyrelsen af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA)
ISBN	978-87-7904-419-7
Internetudgave	sst.dk

### **Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø**

Lersø Parkallé 105  
2100 København Ø  
Tlf.: 39165200  
Fax: 39165201  
e-post: [nfa@nfa.dk](mailto:nfa@nfa.dk)  
Hjemmeside: [nfa.dk](http://nfa.dk)

# Indholdsfortegnelse

<b>Sammenfatning</b> .....	<b>4</b>
<b>Indledning</b> .....	<b>9</b>
Baggrund for at igangsætte 'implementerings- og læringsforløbe i ældreplejen ....	9
<b>1. Metode</b> .....	<b>13</b>
Evalueringsdesign .....	13
Den brede evaluering .....	13
Den dybdegående evaluering .....	14
Analysetilgang .....	19
<b>2. Resultater</b> .....	<b>20</b>
Resultaterne af den brede evaluering – spørgeskemadata .....	20
Resultater fra den dybdegående evaluering .....	33
Komparativ tematisk analyse for plejeenhederne .....	39
Et tværgående blik på forudsætninger, mekanismer og udfald .....	56
Programteorien 2. version – opsamling på resultat afsnit .....	59
Design af indsatsen .....	62
Muligheder og begrænsninger med de valgte metoder .....	64
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>67</b>
<b>Bilagsoversigt</b> .....	<b>68</b>
Bilag 1. Informationspjece .....	70
Bilag 2. Spørgeskema til implementeringsgruppen .....	82
Bilag 3. Spørgeskema til holddeltagerne .....	85
Bilag 4. Oversigt over dataindsamling .....	87
Bilag 5. Besvarelser for holddeltagerne .....	89
Bilag 6. Besvarelser fra implementeringsgruppen .....	95
Bilag 7. Beskrivelse af scoring af den komparative analyse af plejeenhederne .....	99

# Sammenfatning

Som led i Sundhedsstyrelsens handlingsplan til at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder i ældreplejen, har Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) evalueret den landsdækkende intervention, der består af et implementerings- og læringsforløb, som tilbydes til alle landets kommuner. Interventionen er – og bliver fortsat – rullet bredt ud i perioden fra august 2021-2024. Formålet med implementerings- og læringsforløbene er at give alle landets kommuner et fælles fagligt ståsted til at implementere og forankre Sundhedsstyrelsens anbefalinger til at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder i ældreplejen.

Evalueringen er dermed udført som en midtvejsevaluering, der har til formål at kvalificere de efterfølgende forløb. Evalueringen baserer sig på 32 forløb i 26 kommuner, der har fundet sted i henholdsvis efteråret 2021, foråret 2022 og efteråret 2022. Tre forløb fra efteråret 2021 er desuden undersøgt med mere dybdegående casestudier.

## Evalueringsens to dele

Evalueringen består af to dele med to forskellige formål: En "bred" og en "dybdegående" del. Den brede del af evalueringen er baseret på spørgeskemadata fra én eftermåling på sidste dag i forløbet blandt holddeltagerne på de 32 implementerings- og læringsforløb i perioden, samt én eftermåling blandt deltagerne i de tilhørende tværgående kommunale implementeringsgrupper. Formålet med denne del af evalueringen er at danne et billede af, om deltagerne, umiddelbart efter implementerings- og læringsforløbet, oplever at have fået det ud af forløbet, der var tiltænkt. Der er en høj svarprocent blandt holddeltagerne på 77%, hvilket svarer til 1.030 besvarelser. Blandt implementeringsgruppen er svarprocenten en del lavere, på 31%, svarende til 48 besvarelser (besvarelserne kommer fra deltagere i 17 ud af de 26 kommuner), hvilket blandt andet skyldes, at dette spørgeskema er udsendt efter de konkrete forløbsaktiviteter var afsluttet.

Den dybdegående del af evalueringen er baseret på observationer og interviewdata fra fem plejeenheder i tre repræsentativt og tilfældigt udvalgte kommuner, der i efteråret 2022 har modtaget forløbet for første gang. Formålet med den dybdegående del er at undersøge, hvordan og under hvilke forudsætninger forløbene virker godt i forhold til at skabe den ønskede forandring i praksis. Det var planlagt at medtage en hjemmepleje blandt casene, men dette var ikke muligt på grund af ressourcemangel og omstruktureringer blandt de deltagende hjemmeplejer i alle tre deltagende kommuner. I de fem cases er der indsamlet data både før, under og 4-6 måneder efter forløbene, både blandt deltagere og – efter forløbet – også blandt medarbejdere, der ikke selv har deltaget.

## Generelt mønster

Både den brede og den dybdegående del af evalueringen viser, at deltagerne er meget tilfredse med implementerings- og læringsforløbet, og de finder det relevant, motiverende og brugbart.

I den brede del af evalueringen er det generelle mønster blandt svarene fra holddeltagerne, når man ser på tværs af alle de 17 stillede spørgsmål, at der på kort sigt (på sidste dag for forløbet) er opnået de ønskede mål for forløbene. Mellem 83% og 91% oplever enten delvist, i høj grad eller i meget høj grad at have fået viden og værktøjer til forebyggelse og håndtering af voldsomme episoder. Ligeledes rapporterer langt størstedelen af respondenterne (op mod 85%) ved sidste undervisningsgang enten delvist, i høj eller i meget høj grad at have rykket deres praksis på baggrund af forløbene.

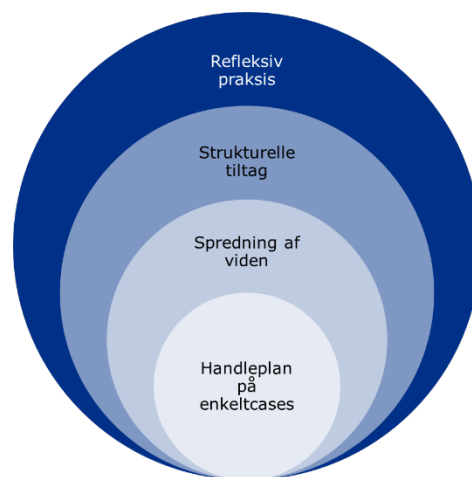
Dette mønster understøttes af data fra den dybdegående evaluering, hvor både ledere og medarbejdere fremhæver:

- Det er et relevant emne, der håndteres.
- Forløbet er godt, pædagogisk bygget op og formidlet, samt tilpasset til forskellige faglige niveauer.
- Deltagerne har enten fået forankret og aktiveret viden de havde i forvejen, og/eller de har fået nye værktøjer og refleksioner over egen praksis.
- Deltagerne har været glade for at sidde sammen med de andre plejeenheder, og de har fået meget ud af at høre om de andres udfordringer og løsninger.
- Lederne i alle fem cases har fundet, at det var godt at sidde med sammen med deres egne medarbejdere og have god tid til at lytte til deres perspektiver for derigennem at styrke deres interne samarbejde.

## 4 typer udfald

Resultaterne af den dybdegående evaluering viser derudover, at der i de tre casekommuner kan identificeres fire typer udfald af forløbet:

1. Plejeenheden har arbejdet med et tiltag, der omhandler forebyggelse af voldsomme episoder målrettet en enkelt borger.
2. Spredning af viden fra forløbet til andre medarbejdere i plejeenheden.
3. Strukturelle tiltag, der understøtter arbejdet med forebyggelse af voldsomme episoder. Dette er for eksempel i form af faste mødefora, hvor der bliver arbejdet med forebyggelse af voldsomme episoder eller gennem nye måder at organisere arbejdet på.
4. Refleksiv praksis blandt personalet på plejeenheden, hvor man i højere grad forholder sig refleksivt til faglig tilgang og på den måde mere løbende og varigt kan forebygge.



Udfaldene kan sættes i en cirkel med 1 inderst, og jo længere man bevæger sig ud i cirklerne, jo mere varigt forventes forebyggelsen at være, og jo flere borgere og

medarbejdere berører den. Ovennævnte udfald er afdækket gennem evalueringen og viser noget om, hvor langt enhederne er kommet og kan komme undervejs i forløbet.

Det er i den forbindelse forskergruppens vurdering, at det er forventeligt og acceptabelt, at det ikke er alle enhederne, som har rykket sig lige langt og for eksempel har opnået en øget reflektiv praksis gennem forløbene. Det realistiske udfald og mål for den enkelte plejeenhed vil afhænge af forudgående faktorer såsom eksisterende praksis og eksterne og interne forudsætninger i øvrigt. Disse faktorer vil blive uddybet i det følgende.

## **Forudsætninger**

Evalueringen viser, at de følgende kompetencer og forudsætninger henholdsvis øger eller reducerer enhedernes mulighed for at skabe forventeligt varige forebyggende tiltag i forhold til voldsomme episoder.

De bedste forudsætninger for i plejeenhederne at skabe varige tiltag, der bidrager til forebyggelse og håndtering, er en kombination af:

- en høj grad af implementeringskompetence (i form af et trygt læringsmiljø, faciliteringskompetencer hos ledere eller nøglepersoner, velfungerende faglig struktur og arbejdsmiljø-struktur samt systematik i arbejdet),
- stabilitet i personalegruppen og i deltagergruppen,
- samt en mellem-grad af forekomst af voldsomme hændelser, som sikrer oplevelsen af aktualitet, men ikke overbelaster afdelingen.

Ud over disse forudsætninger har det også betydning, om mindst to ud af de tre følgende virkningsmekanismer i indsatsen aktiveres:

1. Tæt kobling af teori og metoder til praksis,
2. etablering af fælles fagligt ståsted (fælles faglig viden, metoder og sprog, der understøtter en faglig funderet praksis) og
3. et forstærket dobbeltperspektiv på medarbejder- og borgertrivsel.

Det antages i udgangspunktet, at en større grad af understøttelse fra kommunen ville kunne skabe bedre betingelser for mere varige forebyggende og håndterende tiltag i plejeenhederne. For eksempel ved at kommunen kan understøtte mulighederne for at arbejde med handleplanerne i praksis i plejeenhederne. Det er imidlertid ikke muligt, ud fra den indsamlede data, at be- eller afkræfte dette, da ingen af implementeringsgrupperne i de tre undersøgte case-kommuner lykkedes med at lave egne tværgående handleplaner, understøtte nye lokale handleplaner på de deltagende plejeenheder eller vise synlig prioritering af vigtigheden af at forebygge voldsomme episoder på de afholdte workshops.



## Potentialer

Implikationerne af den udførte evaluering i forhold til de fremadrettede forløb vil først og fremmest være at fastholde forløbenes høje kvalitet i indhold og didaktik, som evalueringen indikerer er afgørende for aktiveringen af en tæt kobling til praksis, samt et fællesfagligt ståsted blandt deltagerne. Der ses derudover et potentiale i at justere indholdet af forløbene, så de i større grad understøtter en etablering af dobbeltperspektiv og hjælper deltagerne til at sprede viden hjemme i plejeenhederne, hvor forudsætningerne for at overlevere og modtage ny viden tit kan være vanskelige.

På baggrund af antagelserne i den indledende programteori for forløbene og data fra interviews med implementeringsgruppemedlemmer, vurderer forskergruppen endvidere, at der er potentiale for at få mere ud af implementeringsgruppens arbejde. Dette kunne for eksempel ske ved at vælge en kommunetovholder, for eksempel med en arbejdsmiljø- eller demensfaglig profil, der kunne give styrkede forudsætninger for at drive implementeringsgruppens arbejde, samt ved at se på hvorvidt, der skal gives anbefalinger til ressourceforbruget i forhold til denne rolle.

## Opsamling

Samlet set viser begge dele af evalueringen, at implementerings- og læringsforløbene er implementeret efter hensigten (Sundhedsstyrelsen, 2020). Designet af indsatsen har overvejende skabt stor tilfredshed blandt deltagerne med undtagelse af train-the-trainer-tilgangen, hvor det i praksis var svært for deltagere at videreformidle deres nye viden til kolleger, der ikke selv havde deltaget.

Forudsætningerne hos plejeenhederne viste sig også at være afgørende for deres udbytte af forløbene. Af de fem cases er der én, der opnår det mest omfattende udfaldsmål. Dette kan sammenkædes med gunstige forudsætninger i plejeenheden (stabilitet for eksempel i form af lavt sygefravær i personale- og deltagergruppen, moderat grad af voldsomme episoder, høj grad af implementeringskompetence) samt aktivering af mindst to mekanismer. De resterende fire cases havde varierende grader af mindre gunstige forudsætninger i plejeenheden, hvilket omvendt kan kædes sammen med mindre omfattende ændringer i praksis. En meget velfungerende kommunal implementeringsgruppe ville eventuelt kunne korrigere for disse ugunstige forudsætninger for praksisændringer på plejeenhedsniveau, men det er ikke muligt at dokumentere dette ud fra den indsamlede data.

## Anbefalinger

I kommende runder af implementerings- og læringsforløbene foreslås det, på baggrund af herværende midtvejsevaluering, at lave følgende tilpasninger:

- Understøtte deltagerne endnu mere i at videreformidle den tilegnede viden til deres kolleger.

- Styrke implementeringsgruppens rolle i indsatsen og lade dem være mere synlige i deres prioritering af forebyggelsen af voldsomme episoder på de to workshops i implementerings- og læringsforløbet, så deltagerne tydeligt oplever opbakning.
- Styrke arbejdsmiljøside (medarbejdertrivsel) af dobbeltperspektivet, for eksempel gennem handleplaner med et arbejdsmiljøfokus.
- Motivere og understøtte de arbejdspladser, der er modne til at bevæge sig længere ud i udfaldscirklerne i deres arbejde, med at opnå en reflektiv praksis.

# Indledning

## Baggrund for at igangsætte 'implementerings- og læringsforløbe i ældreplejen

### Beskrivelse af indsatsen

Sundhedsstyrelsens implementerings- og læringsforløb er et tilbud til alle kommuner i perioden 2021–2024. Implementerings- og læringsforløbene er udviklet på baggrund af [Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger og inspiration til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen](#) (Sundhedsstyrelsen, 2020). Anbefalingerne og inspirationsmaterialet fra Sundhedsstyrelsen har til formål at styrke arbejdet med at skabe større trivsel for borgere med demens og dermed bidrage til at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder i ældreplejen.

Formålet med implementerings- og læringsforløbene er at give alle landets kommuner et fælles fagligt ståsted til at implementere og forankre Sundhedsstyrelsens anbefalinger og inspiration til at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder i ældreplejen. Forløbene er et af initiativerne i [Handlingsplan til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen](#) (Sundhedsstyrelsen, 2019). Tre eksterne leverandører forestår faciliteringen af forløbene i kommunerne.

Et forløb består af fem undervisningsdage af seks timers varighed, som afvikles i løbet af to-fire måneder. Et undervisningshold består af en gruppe på 25 personer, der som udgangspunkt består af fem personer fra fem forskellige enheder i kommunen. Som udgangspunkt deltager hver enhed med følgende fem personer: Leder, tillidsrepræsentant (TR), arbejdsmiljørepræsentant (AMR), demensfaglig nøgleperson, for eksempel demenskoordinator eller en driftsmedarbejder med særlig demensfaglig viden, og anden person med særlig faglig viden eller funktion ift. forløbet.

Afhængigt af kommunens størrelse kan kommunen gennemføre flere forløb med undervisningshold på 25 personer (se bilag 1).

Implementerings- og læringsforløbene inddrager undervisningsholdets erfaringer fra praksis i forhold til at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder. Før opstart af et forløb, tilpasses undervisningen kommunens organisatoriske forhold og rammer i ældreplejen, således at kommunen får de bedste forudsætninger for systematisk at anvende og implementere anbefalingerne. I forløbet veksles der mellem undervisning, gruppeøvelser og fælles refleksion. Undervisningen bygger på en kombination af teorier, værktøjer og praktiske metoder. Mellem hver mødegang er der tid til fordybelse og afprøvning af metoder i egen praksis. Dette har til formål at gøre undervisningen relevant i forhold til praksis og de udfordringer og dilemmaer, der kan opstå i ældreplejen.

For hver kommune etableres der desuden én implementeringsgruppe, hvis rolle er at understøtte implementering og forankring af den tillærte viden og metoder på tværs i kommunen. Implementeringsgruppen deltager i henholdsvis et opstartsmøde inden forløbene, et statusmøde halvvejs i forløbene og et opfølgingsmøde tre måneder efter forløbenes afslutning. Derudover deltager repræsentanter fra implementeringsgruppen i to af de fem undervisningsdage, der har form af workshops. Implementeringsgruppen understøtter fremtidig forankring og forandringskabelse, således at der aktivt arbejdes med den tillærte viden og metoder, også efter at forløbet afsluttes.

## **Programteori for indsatserne**

Som baggrund for evalueringen af implementerings- og læringsforløbene udviklede forfatterne af denne rapport (herefter forskergruppen) i samarbejde med Sundhedsstyrelsen en programteori for den forventede virkning af implementerings- og læringsforløbene.

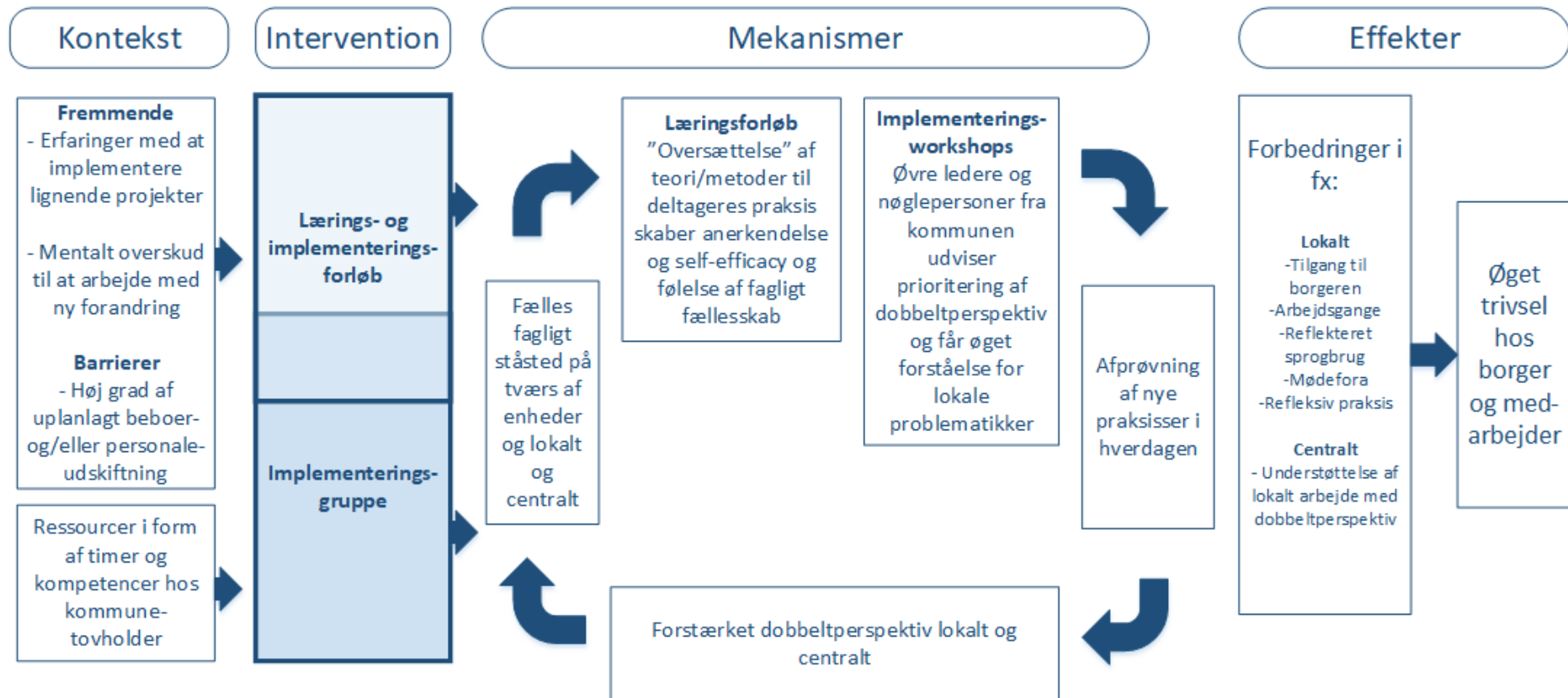
En programteori er en kortlægning af de forventninger, man har til, hvordan og hvorfor en given indsats virker. Formålet med at starte med en programteori er, at

- kvalificere indsatsen ved at tydeliggøre antagelserne om hvorfor indsatsen bør virke.
- sikre en systematisk dataindsamling, som kan påvise hvilke antagelser, sammenhænge og resultater, der holder i praksis.

Når man anvender en programteori, sikrer man således, at de resultater, der fremkommer, ikke er tilfældige, men faktisk afdækker, hvorvidt en række indledende antagelser om anvendeligheden af en indsats er korrekte.

Arbejdet med programteorien i dette projekt tager udgangspunkt i en særlig forståelse af indsatser. Her antager man, at indsatser kan have forskellige virkninger, men kun under bestemte forudsætninger. Tilgangen kaldes *realistisk evaluering*, og den underliggende forståelse af verden kaldes *kritisk realisme* (Buch-Hansen, 2005; Pawson & Tilley, 1997). Med denne tilgang antager man altså ikke, at for eksempel et læringsforløb altid vil have de ønskede virkninger (i form af eksempelvis ændringer i praksis) på alle plejeenheder, hvis bare forløbet afvikles som planlagt. Man antager derimod, at forløbet vil være virksomt under bestemte forudsætninger, som kan aktivere centrale virkningsmekanismer i forløbet. En mekanisme er et virksomt element i en indsats, og den kan være synlig eller usynlig i form af for eksempel afprøvning af nye praksisser eller ændringer i perspektiv hos plejepersonalet, som eksemplerne i figur 1 viser.

Forskergruppen har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen udviklet en første version af programteorien for implementerings- og læringsforløbene, som danner grundlag for evalueringen. Programteorien ses i figur 1. Programteorien kan anses for det bedste bud på, hvordan forløbene i teorien virker, forud for dataindsamlingen.



**Figur1.** Programteori for implementerings- og læringsforløbet.

Programteorien beskriver de samlede antagelser om, hvordan forudsætninger i konteksten har indflydelse på selve implementerings- og læringsforløbene, og hvordan deltagelse i implementerings- og læringsforløbene vil aktivere nogle mekanismer, som vil føre til ændret praksis i plejeenhederne (de nærliggende effekter). På længere sigt antages det, at den ændrede praksis på plejeenhederne også vil føre til færre voldsomme episoder og øget trivsel hos borgere og medarbejdere.

Det antages, at forhold i konteksten, som for eksempel høj grad af personaleudskiftning eller højt sygefravær, kan have indflydelse på læringsforløbene. Det skyldes, at indsatsen bygger på en tilgang, hvor deltageren fra en plejeenhed skal bringe viden fra implementerings- og læringsforløbene tilbage til plejeenheden og sprede viden her. Stopper forløbsdeltagerne med at arbejde på plejeenheden, vil denne "viden overførsel" blive udfordret. Høj grad af beboerudskiftning kræver derudover flere personaleressourcer, skaber diskontinuitet i plejearbejdet og kan udfordre overskuddet til at afprøve nye tiltag. Omvendt vil eksisterende gode erfaringer med implementering af lignende projekter og et mentalt overskud til at gå i gang med nye projekter sandsynligvis fremme implementeringen.

Det antages også, at forhold omkring allokerede ressourcer i kommunen til at varetage tovholderrollen, og til at arbejde med udvikling i forhold til demens, primær forebyggelse og tværgående tiltag i forhold til arbejdsmiljøarbejdet, kan påvirke implementeringsforløbene. Det skyldes, at implementerings-gruppens evne til at understøtte det lokale arbejde med retningslinjerne vil afhænge af, hvor godt det eksisterende centrale demensarbejde og arbejdsmiljøarbejde er organiseret.

Det antages ligeledes, at deltagelse på forløbene vil aktivere en række mekanismer på både de enkelte plejeenheder og hos implementerings-gruppen. Herunder et løbende forstærket dobbeltperspektiv og fælles faglig forståelse lokalt og centralt, afprøvning af ændringer i praksis, samt en oversættelse af metoder til praksis og herigennem en øget tro på egne forandringsevner.

Endelig antages det, at implementeringsgruppen vil udvise prioritering af dobbeltperspektivet på workshop 1 og 2 og få et større indblik i de lokale problematikker på plejeenhederne. Dette vil dels forstærke mekanismerne for de enkelte plejeenheder, og derudover forventer vi, at en effekt i implementeringsgruppen vil være, at de ændrer deres praksis i forhold til, hvordan de understøtter det forebyggende arbejde på de enkelte enheder. Dette kunne evt. være gennem en ændring i kommunens politikker eller registreringssystemer for vold og trusler.

Den udviklede programteori til denne evaluering vil danne grundlag for dataindsamlingen, således at hver antagelse i programteorien undersøges systematisk. På baggrund af denne empiriske afprøvning udarbejdes en opdateret programteori om, hvordan implementerings- og læringsforløbene virker. Dette er med henblik på at kvalificere yderligere udrulning af retningslinjerne for forebyggelse, håndtering og læring af voldsomme episoder samt implementeringen af lignende fremtidige retningslinjer.

# 1. Metode

## Evalueringsdesign

Evalueringen er baseret på fire forskellige datakilder.

I den brede evaluering udgør følgende data grundlaget:

1. En spørgeskemaundersøgelse blandt holddeltagerne på implementerings- og læringsforløbene.
2. En spørgeskemaundersøgelse blandt implementeringsgrupperne.

Den dybdegående evaluering er en kombineret kvalitativ effekt- & implementeringsevaluering baseret på:

3. Observationer undervisning og workshops
4. Interviewdata fra før og efter deltagelse i forløbet.

## Den brede evaluering

Formålet med den brede del af evalueringen er at danne et billede af, hvorvidt deltagerne, umiddelbart efter implementerings- og læringsforløbet, oplever at have fået det tiltænkte ud af forløbet. I forbindelse med hvert implementerings- og læringsforløb, der afvikles i løbet af et halvt år, har kursusleverandøren udsendt elektroniske spørgeskemaer til deltagerne. Et spørgeskema var målrettet implementeringsgruppen (se bilag 2), og et andet spørgeskema var målrettet holddeltagere (se bilag 3).

Spørgeskemaerne er udsendt i hele interventionsperioden fra 2021-2024. Til evalueringen er der udvalgt de første tre runder af spørgeskemabesvarelserne, nemlig dem fra efteråret 2021, foråret 2022 og efteråret 2022, hvor 26 kommuner i alt har deltaget. I disse runder indgår også de tre case-kommuner, som danner grundlag for den dybdegående del af evalueringen. Spørgeskemabesvarelserne giver en bred viden om den læring og de erfaringer, der er kommet ud af implementerings- og læringsforløbene.

## Dataindsamlingen

De tre leverandører har indsamlet spørgeskemadata, og NFA har bearbejdet og analyseret data.

Implementeringsgruppen har besvaret deres spørgeskema elektronisk efter endt forløb. Svarprocenten for implementeringsgruppen er på 31%. Holddeltagerne har typisk fået adgang til spørgeskemaet gennem en QR-kode på sidste workshopdag, hvor der har været afsat tid til at besvare det. Holddeltagerne har typisk besvaret spørgeskemaet på deres smartphone. Besvarelserne, som denne del af undersøgelsen bygger på, er altså fra

de holddeltagere, som deltog på den sidste undervisningsgang, og som har valgt at udfylde spørgeskemaet. Svarprocenten for holddeltagerne er på 77%.

## **Analysetilgang**

Der er fortrinsvist lavet deskriptive analyser af spørgeskemadataene. Det vil sige, at det i analysen præsenteres, hvordan svarpersoner fra de to spørgeskemaundersøgelser har svaret på de enkelte spørgsmål.

## **Den dybdegående evaluering**

Den dybdegående evaluering er designet som en realistisk evaluering.

Der tages i den dybdegående evaluering afsæt i de tre kommune-cases, der hver består af en implementeringsgruppe (med centrale aktører fra kommunes ældreområde) og, så vidt det er muligt, to plejeenheder. I denne del af evalueringen undersøges det hvorfor og under hvilke omstændigheder, der ses ændringer i den forebyggende praksis på plejeenhederne, som kan bidrage til nedgang i voldsomme episoder samt til forbedret trivsel hos borgere og medarbejdere.

Fokus for den dybdegående evaluering er at undersøge sammenhængen mellem kontekst, mekanismer og virkninger. Målet er at indsamle empiriske data for at kvalificere den teoretisk generede programteori om, hvordan og under hvilke omstændigheder interventionen virker. På baggrund af denne programteori vil man, når den er afprøvet empirisk, kunne kvalificere yderligere udrulning af retningslinjerne for forebyggelse, håndtering og læring af voldsomme episoder samt implementeringen af lignende fremtidige retningslinjer.

Den dybdegående evaluering har dermed haft til formål at skabe viden om, *hvordan og under hvilke omstændigheder* interventionen virker.

Herudfra kan man danne et billede af:

- Hvordan *konteksten* (plejeenhedernes forudsætninger) påvirker mulighederne for ændring af praksis på de enkelte enheder.
- Hvilke *mekanismer*, der understøtter ændring af praksis på de enkelte enheder.
- Hvilke nærliggende virkninger implementerings- og læringsforløbene har i de udvalgte cases.

## **Rekruttering og udvælgelse af cases**

Dataindsamlingen er udført i tre udvalgte case-kommuner. En case består af to udvalgte plejeenheder, som har deltaget i implementerings- og læringsforløb i efteråret 2022, og som kommer fra samme kommune. Derudover består hver case af en tilhørende implementeringsgruppe, som har deltaget på samme workshop. For at sikre variation og repræsentativitet, er casene udvalgt på baggrund af en række på forhånd fastsatte



kriterier, som er udviklet i tæt dialog med Sundhedsstyrelsen i foråret 2022, for at sikre variation og repræsentativitet.

### **Udvælgelseskriterier for de deltagende kommuner:**

1. Geografi – størst mulig spredning i forhold til hvilke regioner, der er repræsenteret, for at sikre repræsentativitet.
2. Kommunestørrelse – der er valgt henholdsvis en lille, en mellem og en stor kommune. Dog med undtagelse af Københavns Kommune, der vurderes at være for atypisk en case i forhold til resten af landets kommuner og derfor er udeladt.
3. Leverandør – såfremt det er muligt, skal alle tre leverandører være repræsenteret. Hvis det ikke kan lade sig gøre, skal der som minimum være to leverandører repræsenteret i de udvalgte kommuner.

Forud for udvælgelsen modtog forskergruppen en liste over kommuner, der skulle igangsætte forløb i efteråret 2022. Kommuner, der allerede havde gennemført et forløb, for eksempel i foråret 2022, blev frasorteret. Baggrunden var, at den gennemgående implementeringsgruppe i så fald allerede ville have været igennem et forløb med øvrige plejeenheder fra kommunen, og de derfor sandsynligvis havde igangsat tiltag på denne baggrund.

Herefter blev kommunerne inddelt i størrelse efter antal borgere over 65 år i kommunen. Kommunerne blev inddelt i følgende tre kategorier:

- Stor: 500.000-200.000
- Mellem: 150.000-50.000
- Lille: 50.000<

De store kommuner blev tilbudt fem eller flere forløb, de mellem kommuner blev tilbudt tre til fire forløb, og de små kommuner blev tilbudt et enkelt til to forløb, med plads til 25 deltagere på hver. Kommuner med få forløb havde dog mulighed for at ansøge om flere forløb, såfremt der var kapacitet til dette.

Den store kommune blev identificeret først, ved at forskergruppen trak lod blandt de store kommuner, der deltog i efteråret 2022. Herefter blev øvrige kommuner i samme region frasorteret og ligeledes kommuner, der var tildelt samme leverandør, frasorteret. Dette efterlod én kommune i mellemkategorien. Herefter blev kommuner fra samme region og med samme leverandør som mellemkommunen frasorteret. Dette efterlod tre små kommuner. Der blev trukket lod mellem disse.

Ud fra denne tilgang var det muligt at udvælge tre kommuner, der alle passede på de forud beskrevne udvælgelseskriterier.

Udvælgelseskriterier for de deltagende plejeenheder:

For hver kommune blev to plejeenheder udvalgt. Den ønskede fordeling af plejeenheder var som beskrevet nedenfor:

- Kommune 1: To offentlige plejecentre, der havde deltaget på samme læringsforløb.  
Kommune 2: Ét offentligt plejecenter og én hjemmepleje, der havde deltaget på samme læringsforløb.  
Kommune 3: Ét offentligt plejecenter og ét selvejende plejecenter, der havde deltaget på samme læringsforløb.

Rekruttering af plejeenheder blev gennemført af NFA. Sundhedsstyrelsen har ikke kendskab til mulige cases med henblik på at kunne garantere mest mulig anonymitet for deltagerne. Der har i dataindsamlingen været fokus på at belaste kommuner og plejeenheder mindst muligt blandt andet ved at samle interviews på én dag og bruge digitale løsninger og data, der i forvejen blev genereret til indsatsen.

Der blev i første omgang rekrutteret seks plejeenheder efter de fastsatte kriterier. Da dataindsamlingen skulle påbegyndes, gik den rekrutterede hjemmeplejeenhed imidlertid ud af evalueringen på grund af manglende ressourcer. Det var ikke muligt at rekruttere en hjemmeplejeenhed fra en af de øvrige case-kommuner på grund af omstrukturering og lederskifte i perioden. Det var heller ikke muligt at finde en ekstra plejeenhed (et offentligt plejecenter) i den oprindelige case-kommune. Det endelige datagrundlag består derfor af fem plejeenheder fordelt over tre kommuner: Fire offentlige plejecentre og et selvejende plejecenter.

## **Datagrundlaget**

Al dataindsamling er struktureret omkring den opstillede programteori, så der for hver af de tre cases systematisk er indsamlet data på alle elementer i programteorien.

I tabel 1 vises de planlagte dataindsamlingsaktiviteter for én case (en kommune med to plejeenheder) i kronologisk rækkefølge. I bilag 4 ses en mere detaljeret oversigt med tidsforbrug og dataindsamlingsmetode.

**Tabel 1.** Planlagte dataindsamlingsaktiviteter pr. kommune-case.

<b>Dataindsamlings-aktivitet</b>	<b>Dataindsamlings-form</b>	<b>Formål</b>
Opstartsmøde med lederen på hver af de to udvalgte plejeenheder	Feltnoter (online)	At give indsigt i, hvor organisationen er forud for forløbet, bl.a. plejeenhedens eksisterende aktiviteter ift. forebyggelse af voldsomme episoder, deres grad af motivation for deltagelse og hvad de forventer at få ud af forløbet.
Implementeringsworkshop dag 2	Fysisk deltagerobservation og feltnoter	At få indblik i planer for tiltag, samt hvordan implementeringsgruppen udviser prioritering og opbakning.
Interview med en repræsentant for implementeringsgruppen	Semistruktureret interview (online)	At afdække de kommunale forudsætninger, opfattelse af det fællesfaglige ståsted, prioritering af området samt planlagte/gennemførte ændringer i understøttende praksis.
Interview med leverandøren	Semistruktureret interview (online)	At få indsigt i metoder og viden om, hvordan case-kommunen har arbejdet under forløbet.
Rundvisning* på hver af de to udvalgte plejeenheder	Feltnoter	At give central kontekstuel baggrund for forståelsen af plejeenheden og deres arbejde og udfordringer.
Gruppeinterview* med 2-3 medarbejdere på hver af de to udvalgte plejeenheder, der ikke deltog i forløbet	Semistruktureret interview	At få indsigt i, hvor meget viden der er overført fra læringsforløb til andre medarbejdere, undersøgelse af ændringer i praksis (hvilke, hvor omfattende, kvaliteten/tegn på virkninger af dem).
Interview* med lederen på hver af de to udvalgte plejeenheder	Semistruktureret interview	At få indsigt i, hvor meget viden der er overført fra læringsforløb til andre medarbejdere, undersøgelse af ændringer i praksis (hvilke, hvor omfattende, kvaliteten/tegn på virkninger af dem).
Interview* med en demensfaglig medarbejder	Semistruktureret interview	At få indsigt i deres rolle i overførslen af viden og udfordringer i at drive forandringsprocesser.

\*Udføres på samme dag ved et heldagsbesøg på hver af de to udvalgte plejeenheder.

## Dataindsamling

Data blev indsamlet i perioden fra august 2022 til juni 2023.

Samlet bestod den dybdegående evaluering af 26 interviews (ca. 1 times varighed) fordelt over de tre kommuner:

- Fem digitale opstartsmøder – ét med lederen på hver plejeenhed.

- Fire efterinterviews med en deltagende leder på en plejeenhed samt et efterinterview med forstander og viceforstander på en plejeenhed, hvor den deltagende leder var stoppet.
- Fem efterinterviews med en medarbejder, der har deltaget i forløbet.
- Fem fokusgruppe-interviews med 2-3 medarbejdere, der ikke har deltaget i forløbet.
- Tre interview – ét med hver af de tre leverandører til implementerings- og læringsforløbet.
- Tre interviews – ét hver med en repræsentant fra hver af de tre kommuners implementeringsgruppe.

Hertil kommer fem rundvisninger – én på hver plejeenhed, samt en observationsdag på workshop 2, på hver af de tre cases og deltagelse i en undervisningsgang.

Den samlede oversigt over, hvornår data er indsamlet, findes i bilag 4.

Ud over denne dataindsamling, er der inddraget viden fra dokumenter, som er blevet brugt i forbindelse med gennemførelse af implementerings- og læringsforløbene i de tre kommuner. Dette inkluderer dokumenter (billeder af plancher osv.), som leverandørerne har brugt til at orientere implementeringsgruppen om implementerings- og læringsforløbene, samt ”praksisoversigter” fra de tre case-kommuner med mere overordnede informationer om disse kommuner (for eksempel i forhold til andre/tidligere aktiviteter, forebyggelse af voldsomme episoder og voldspolitikker).

## **Observationsnoter**

Observationerne er udført som deltagerobservation, hvor forskerne har deltaget i workshop 2 (dag 5). Formålet har været at observere diskussioner og gruppearbejde om konkrete implementeringserfaringer og -planer. Der er taget noter undervejs, som er struktureret med afsæt i programteorien. Observationerne har desuden dannet udgangspunkt for at kunne spørge mere detaljeret ind til planlagte tiltag og implementering i efterfølgende interviews.

## **Interviews**

Interviewene er udført som semistrukturerede interviews. Interviewguides er udviklet i tæt samarbejde med Sundhedsstyrelsen og med afsæt i programteorien og de særlige fokusområder, der er ønsket afdækket. Der er for eksempel konkret spurgt ind til bl.a. de kommunale forudsætninger (i interviewet med repræsentanter fra implementeringsgruppen), forudsætninger på plejeenheden, læringen fra forløbet, brugen af denne læring i dagligdagen, det fællesfaglige ståsted og de oplevede virkninger på medarbejdere og borgere (i interviews med repræsentanter fra de enkelte plejeenheder). Alle interview er optaget og transskriberet ordret. Alle plejeenheder og informanter er anonyme i denne rapport og for Sundhedsstyrelsen.

## Analysetilgang

Alt datamaterialet er blevet samlet og behandlet i det kvalitative analyseprogram Nvivo12.

Der er først udført en tematisk analyse informeret af programteorien og de på baggrund heraf udviklede interviewguides. Den tematiske analyse fokuserer på de i programteorien identificerede forudsætninger, mekanismer i indsatsen samt forventede ændringer på plejeenhederne på baggrund af implementerings- og læringsforløbene. Ændringer og oplevede virkninger beskrevet i interviews er kategoriseret med henblik på at identificere tværgående typer ændringer, som forløbene har afstedkommet. Derefter er der udført en komparativ analyse, hvor det er undersøgt, i hvilke cases man oplevede positive ændringer, for eksempel i form af ændringer i praksis i forhold til forebyggelse af voldsomme episoder. For hver case er det kodet, hvilke forudsætninger, der var til stede, samt hvilke mekanismer, der blev aktiveret. Disse sammenholdes med cases med ingen eller små ændringer i praksis, og det undersøges, hvilke forudsætninger, der var til stede, og i hvilken udstrækning (hvis overhovedet), mekanismer blev aktiveret.

Denne analyse kan give læring om, under hvilke forhold implementerings- og læringsforløbene kan skabe de ønskede ændringer i praksis. Tabel 2 illustrerer, hvordan sammenligningen mellem cases kan se ud. Den tematiske analyse fører derved til resultater på to niveauer:

- Et mere overordnet niveau, hvor der kan identificeres mønstre på tværs af cases, som kan bruges til at sige noget om forskellige parametres indvirkning på den oplevede effekt.
- Et mere detaljeret niveau, som giver viden om, på hvilken måde disse parametre har haft betydning.

## 2. Resultater

I denne del præsenteres resultaterne fra både den 'brede' og den dybdegående del af denne midtvejsevaluering.

Den brede del af evalueringen er baseret på spørgeskemabesvarelser fra holddeltagere og implementeringsgrupper. Til denne del af evalueringen er der udvalgt de første tre runder af spørgeskemabesvarelserne, nemlig dem fra efteråret 2021, foråret 2022 og efteråret 2022. I denne periode var der 32 forløb fordelt over 26 kommuner.

Herefter præsenteres den dybdegående evaluering, som er baseret på kvalitativ data fra fem plejeenheder fra tre udvalgte kommuner, en lille, mellem og stor kommune, som har deltaget i implementerings- og læringsforløbene. Data er fra august 2022 forud for, at deltagerne påbegynder forløbet, samt 4-6 måneder efter endt forløb i sommeren 2023. I det følgende præsenteres først den brede del af evalueringen.

### **Resultaterne af den brede evaluering – spørgeskemadata**

Spørgeskemabesvarelserne giver en bred viden om deltagerens oplevede viden og læring.

Holddeltagerne har svaret på spørgeskemaet på workshop to, og det er altså kun deltagerne på denne workshop, der har haft mulighed for at svare. For den første runde i efteråret 2021 er spørgeskemaet sendt ud efter workshoppen. For de to andre runder i foråret 2022 og efteråret 2023 er spørgeskemaet udfyldt på workshoppen. Implementeringsgruppen har modtaget spørgeskemaet målrettet til dem på mail.

#### **Svarprocent**

Svarprocenten er beregnet ved at dividere det højeste antal deltagere, der har været registreret i løbet af de fem undervisningsgange/workshops, holdt op imod antallet af besvarede spørgeskemaer. Der er 1.030 besvarelser i de tre udvalgte runder. For holddeltagerne er svarprocenten 77%. For implementeringsgruppedeltagerne er svarprocenten 31% svarende til 48 besvarelser (ud af 156 mulige implementeringsdeltagere). Der er besvarelser fra 17 kommuner ud af de i alt 26 kommuner, der deltog de tre runder (i foråret 2021 og 2022 og efteråret 2022).

#### **Spørgeskemaresultater**

I det følgende præsenteres opgørelserne over, hvordan svarpersoner fra de to spørgeskemaundersøgelser har svaret på de enkelte spørgsmål. Først præsenteres resultaterne fra holddeltagerne og derefter resultaterne fra implementeringsgrupperne. Besvarelser, der i

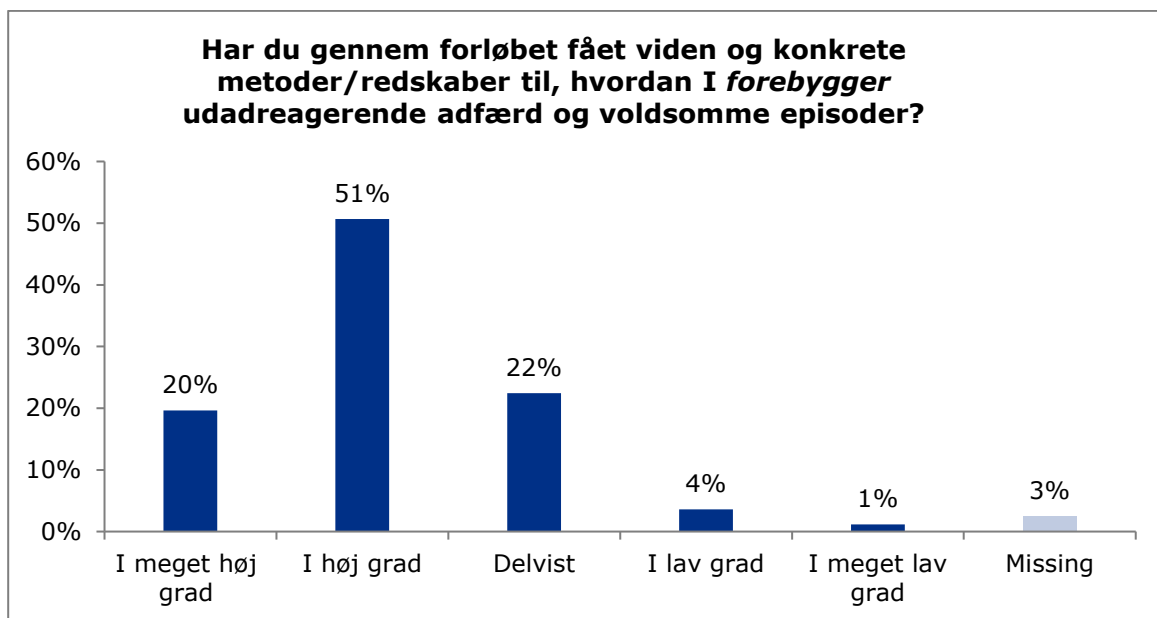
særlig grad belyser dele af programteorien, præsenteres i selve rapporten. Den fulde oversigt over besvarelser er vedlagt som bilag (bilag 5). Vi har valgt at præsentere de besvarelser, som siger noget om den justerede programteori (version 2). Dette er gjort for at muliggøre en samlet fortolkning af data på tværs af den brede og den dybdegående evaluering.

For hvert spørgsmål præsenteres spørgsmålet og svarfordelingen i procent fordelt på de fem svarmuligheder: I meget høj grad, i høj grad, ved ikke, i lav grad, i meget lav grad. For hvert spørgsmål præsenteres en søjle med missing, som angiver, hvor mange der har besvaret hele spørgeskemaet, men ikke netop dette spørgsmål. Det er altså hver gang svarfordelingen i procent, der præsenteres ud fra de 1.030 besvarelser, der i alt er af spørgeskemaet.

## Fik deltagerne større viden om feltet?

Indledende vises de besvarelser, der handler om de helt nære mål for forløbene, nemlig om deltagerne oplever at have fået redskaber og metoder til at forebygge og håndtere voldsomme episoder.

Som det fremgår af figur 2, oplever langt størstedelen (71%) i høj eller meget høj grad at have fået værktøjer til forebyggelse. 22% angiver delvist at have fået værktøjer til forebyggelse, og kun 5% har i lav eller meget lav grad fået værktøjer til forebyggelse.

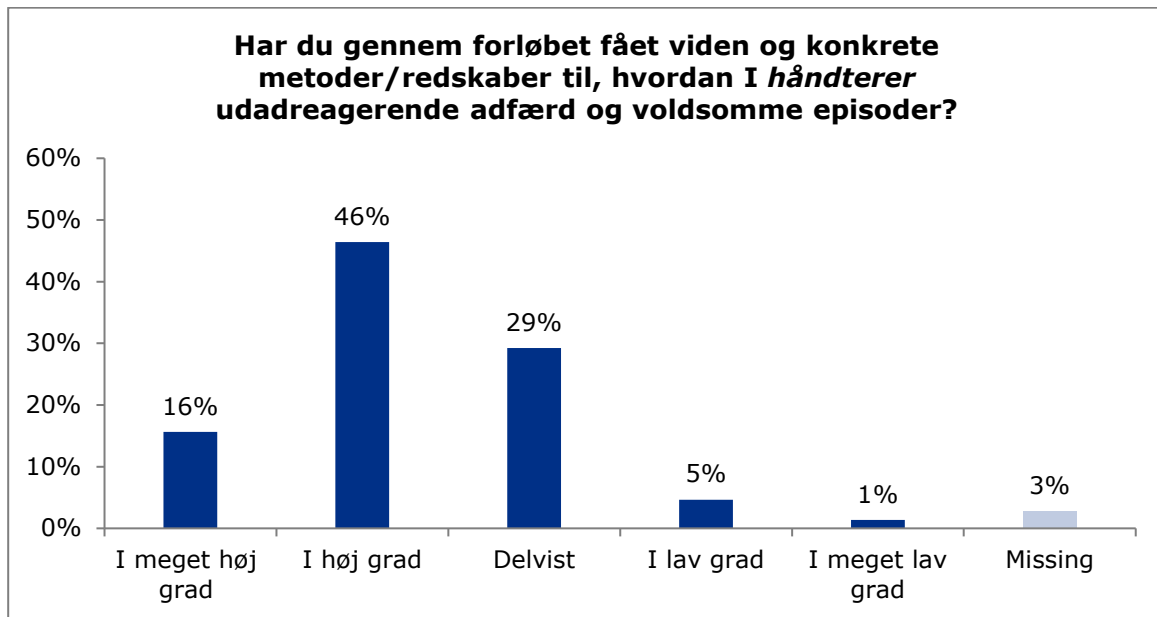


**Figur 2.** Graf over svarfordelingen for spørgsmål 7a<sup>1</sup>.

Ser man på spørgsmålet om, hvorvidt deltagerne har fået værktøjer til *håndtering* af udadreagerende adfærd (figur 3), ses et lignende billede. Også her oplever størstedelen (62%) i høj eller meget høj grad at have fået værktøjer til håndtering. 29% angiver delvist

<sup>1</sup> Se alle besvarelserne i bilag 5

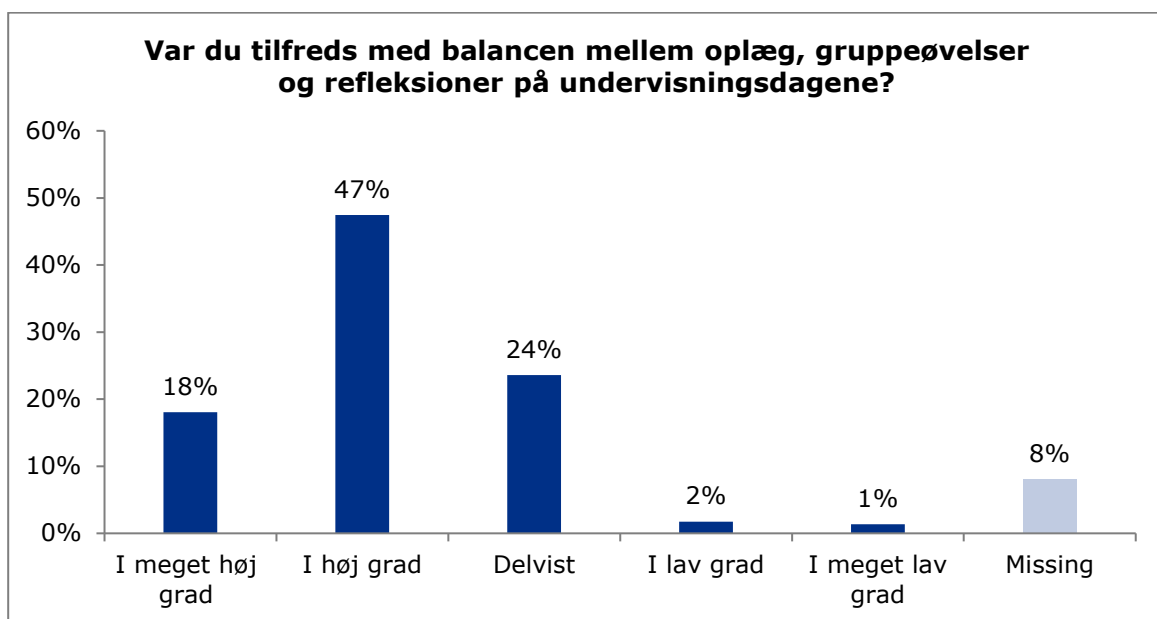
at have fået værktøjer til håndtering, og kun 6% har i lav eller meget lav grad fået værktøjer til håndtering.



**Figur 3.** Graf over svarfordelingen for spørgsmål 7b.

Slutteligt er der spurgt til deltagerens tilfredshed med undervisningsformen (figur 4).

Her svarer størstedelen (65%) i høj eller meget høj grad, at der var en god balance mellem oplæg, gruppeøvelser og refleksioner på undervisningsdagene. 24% angiver, at der delvist var en god balance, mens kun 3% angiver, at der i lav eller meget lav grad var en god balance mellem undervisningsformerne.



**Figur 4.** Graf over svarfordelingen for spørgsmål 16.



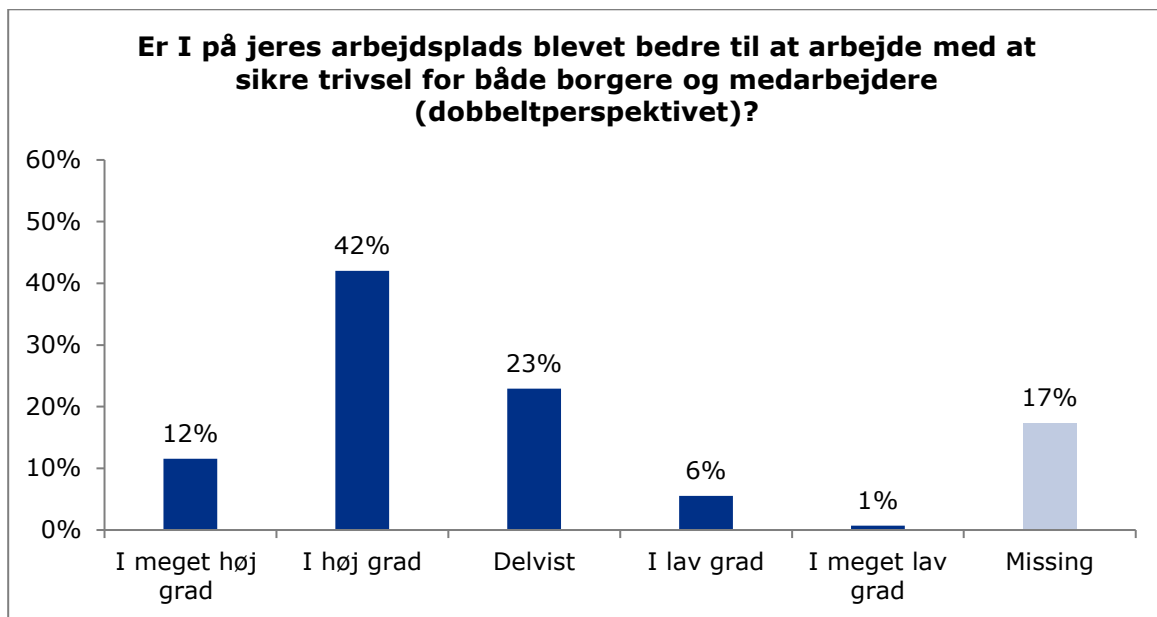
Overordnet set tyder disse svarfordelinger på, at deltagerne i vid udstrækning oplever at have fået det helt nære udbytte af forløbene. Dette kan således tolkes som et udtryk for, at implementerings- og læringsforløbene er implementeret efter hensigten, idet deltagerne ved endt forløb oplever at have modtaget det, der var tilsigtet med indsatsen. Om forløbene så afstedkommer de forventede ændringer i intention og handling, dykker vi ned i med de kommende spørgsmål og den dybdegående evaluering, der følger plejecentre op til seks måneder efter endt forløb.

## **Mekanismer – blev de antagne mekanismer aktiveret i forløbet?**

I spørgeskemaet er der spurgt ind til to af de centrale mekanismer i programteorien, nemlig aktivering af dobbeltperspektivet (hvor man både ser på arbejdsmiljøet for medarbejderne og på borgernes trivsel, og hvordan disse to er forbundet, så øget medarbejdertrivsel forventeligt vil føre til øget borgertrivsel og omvendt) og koblingen til deltagernes praksis.

### **Dobbeltperspektiv**

Det antages, at dobbeltperspektivet er en central mekanisme for at opnå de ønskede virkninger af forløbene. Ved dobbeltperspektiv forstås, at der er en tæt sammenhæng mellem medarbejdernes og borgernes trivsel. Dette skyldes, at medarbejdertrivsel er en forudsætning for godt fagligt arbejde, der antages at skabe bedre borgertrivsel. Samtidig antages, borgertrivsel vil skabe et bedre arbejdsmiljø med færre voldsomme episoder og for eksempel følelsesmæssige krav for medarbejderne. Som det fremgår af figur 5 angiver cirka halvdelen (52%) i høj eller meget høj grad, at de på deres arbejdsplads er blevet bedre til at arbejde med at sikre trivsel for både borgere og medarbejdere. 23% angiver, at de delvist er blevet bedre til at arbejde med dobbeltperspektivet, mens 7% oplever i lav eller meget lav grad at være blevet bedre til at arbejde med dobbeltperspektivet. Det er bemærkelsesværdigt, at 17% ikke har svaret på dette spørgsmål. Det kan være et udtryk for, at de ikke har forstået spørgsmålet, eller at de ikke ved, om deres praksis har ændret sig, og man kunne derfor meningsfuldt kategorisere dem sammen med "i lav grad" og "i meget lav grad" kategorierne.



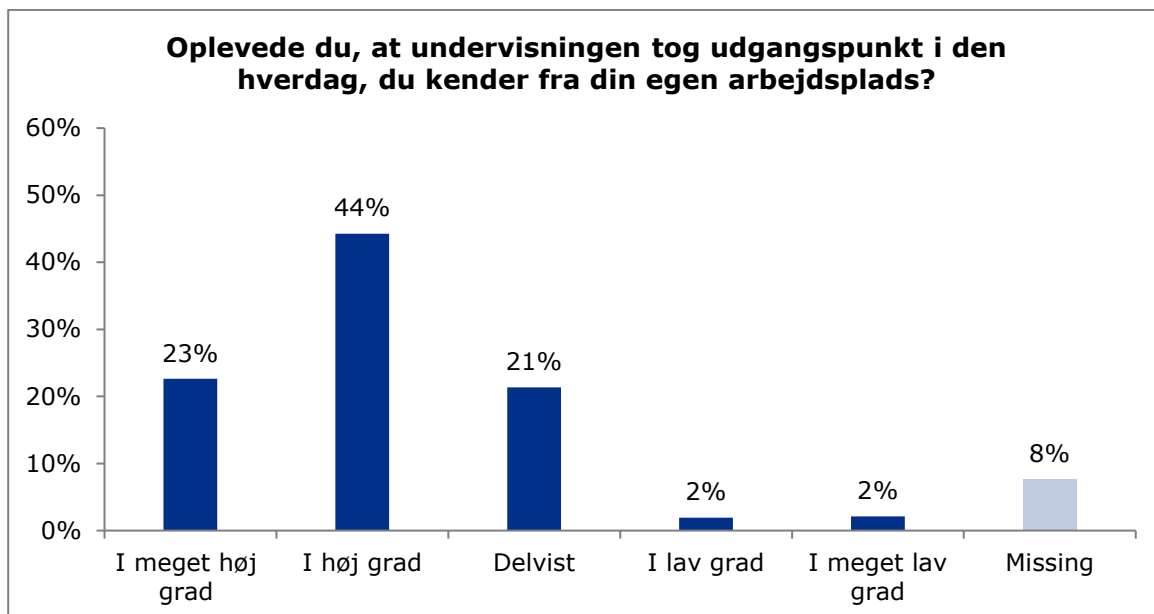
**Figur 5.** Graf over svarfordelingen for spørgsmål 9.

Disse tal tyder på, at mekanismen omkring et forstærket dobbeltperspektiv for omkring halvdelen af respondenterne aktiveres, mens den for den anden halvdel kun delvist eller slet ikke aktiveres på tværs af forløbene.

### **Kobling til praksis**

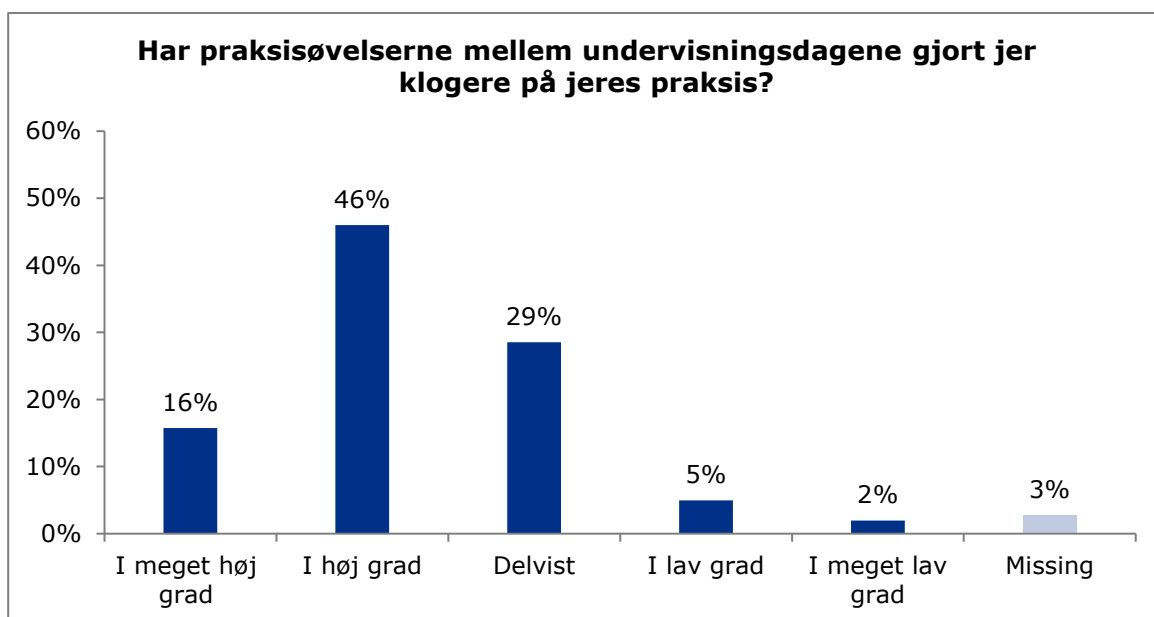
Den anden mekanisme, der er undersøgt, er koblingen af modeller og teorier til deltageres praksis. Dette spørges der ind til med tre spørgsmål i spørgeskemaet.

Det første spørgsmål, som præsenteres i figur 6, handler om, hvorvidt deltagerne oplever, at undervisningen tager udgangspunkt i deres konkrete hverdag. Her rapporterer over halvdelen (67%), at de i høj eller meget høj grad oplever, at undervisningen tager udgangspunkt i deres hverdag. 21% oplever, at undervisningen delvist har taget udgangspunkt i deres hverdag, mens kun 4% oplever, at undervisningen i lav eller meget lav grad har taget udgangspunkt i deres hverdag.

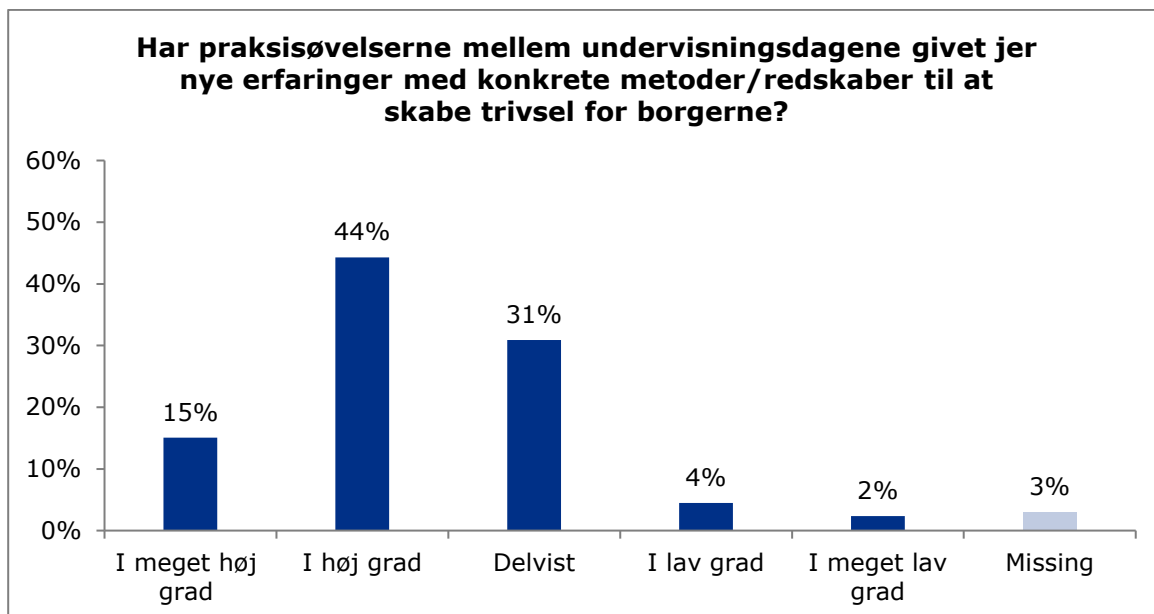


**Figur 6.** Graf over svarfordelingen for spørgsmål 17.

De næste to spørgsmål handler om de praksisøvelser, som deltagerne er blevet bedt om at arbejde med mellem de forskellige sessioner. Her ser svarfordelingen for de to grafer 7 og 8 relativt ens ud. I den ene spørges der til, om de er blevet klogere på egen praksis på baggrund af praksisøvelserne, og i den anden spørges til, om øvelserne har skabt nye erfaringer med metoder og modeller fra forløbene. Henholdsvis 62% og 59% svarer, at de i høj eller meget høj grad har fået enten viden eller erfaringer ud af praksisøvelserne. Henholdsvis 29% og 31% oplever delvist at have fået viden eller erfaringer ud af praksisøvelserne, mens henholdsvis 7% og 6% oplever i lave eller meget lav grad at have fået noget ud af praksisøvelserne.



**Figur 7.** Graf over svarfordelingen for spørgsmål 10.



**Figur 8.** Graf over svarfordelingen for spørgsmål 11.

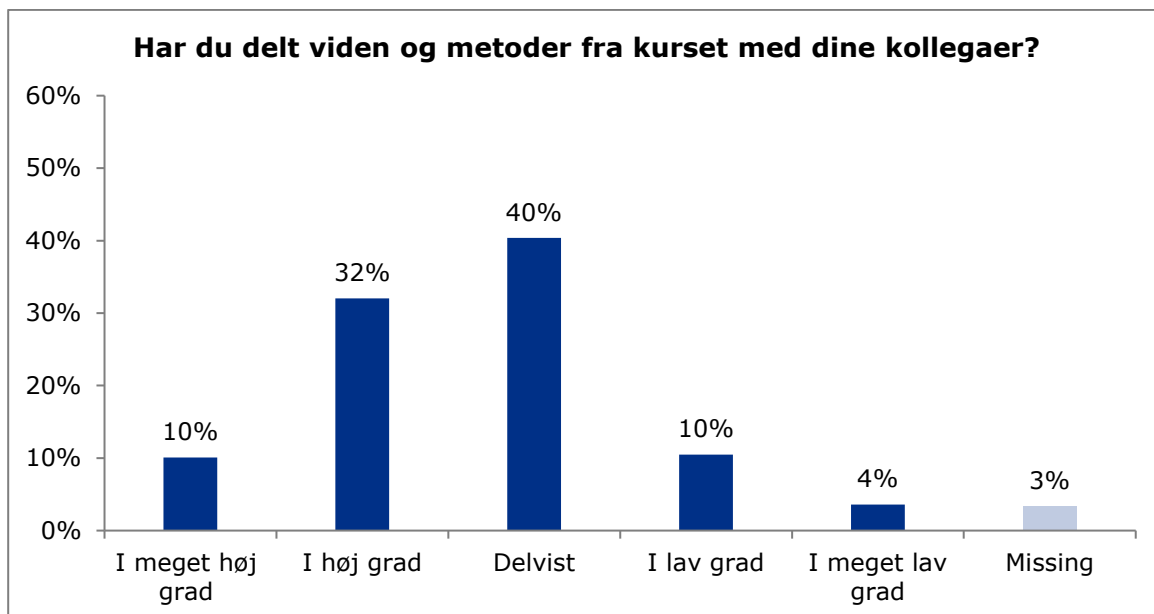
Samlet set tyder disse tal på, at langt størstedelen af deltagere enten i høj grad eller delvist har fået aktiveret den mekanisme, der handler om at knytte teorien an til praksis.

### **Oplevelsen af virkningerne umiddelbart efter forløbet**

I spørgeskemaundersøgelsen spørges der ligeledes ind til en række udfald for forløbene. Udfaldene er inddelt efter samme struktur som for den dybdegående undersøgelse, som præsenteres i næste afsnit. Der er spurgt ind til følgende udfald i spørgeskemaet: Spredning af viden til kolleger, øget refleksiv praksis samt strukturelle ændringer på plejeenheden.

#### **Spredning**

I figur 9 præsenteres svarfordelingen for spørgsmålet omkring spredning af viden og metoder til kolleger i plejeenheden, som ikke har deltaget på forløbene. 42% rapporterer, at de i høj grad eller meget høj grad har videregivet viden og metoder til deres kolleger hjemme i plejeenheden. 40% angiver, at de delvist har videregivet viden og metoder til deres kolleger, mens 14% i lav eller meget lav grad har gjort det.

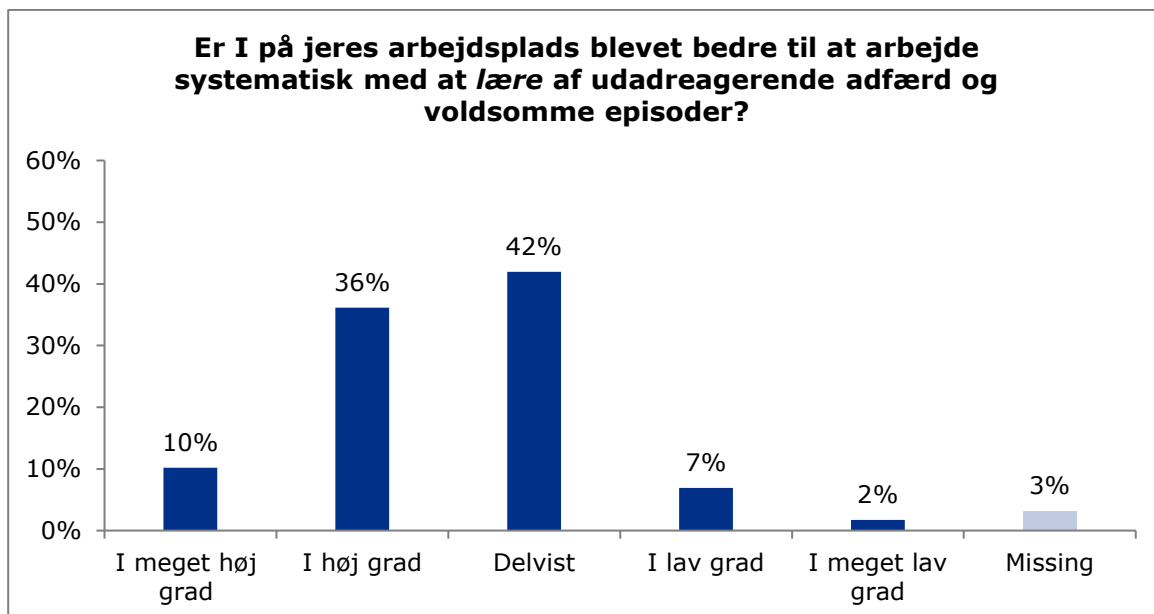


**Figur 9.** Graf over svarfordelingen for spørgsmål 12.

Tallene her peger på, at det kan være en udfordring at videregive indsigter fra forløbene. Lidt under halvdelen lykkes ifølge dem selv med at sprede viden undervejs i forløbet, mens 40% selv oplever delvist at lykkes med det. Som det bliver tydeligt i den dybdegående evaluering, kan der være flere benspænd i praksis for at sprede viden og metoder til resten af plejeenheden.

### **Refleksiv praksis**

Det andet udfald, der behandles i spørgeskemaet, handler om en refleksiv og systematisk praksis. Flere af de modeller, der præsenteres på forløbet, skal understøtte dette for eksempel de faglige værktøjer på feltet: PDSA-cirklen (er en forbedringsmodel, hvor man planlægger og gennemgår faserne: Plan, do, study og act) og borgerkonferencer (der er en systematisk og praksisnær metode til at skabe trivsel hos borgere og styrke den faglige refleksion hos medarbejderne, ved at medarbejderne på tværs af vagtlag og faggrupper analyserer en borgers adfærd eller en konkret situation, der kan opleves svær at håndtere i hverdagen). Her rapporterer 46%, at de i høj eller meget høj grad er blevet bedre til systematisk at arbejde med at lære af episoder med udadreagerende adfærd. 42% angiver, at de delvist er blevet bedre til at arbejde systematisk med læring, mens 9% angiver, at de i lav eller meget lav grad er blevet bedre til dette.

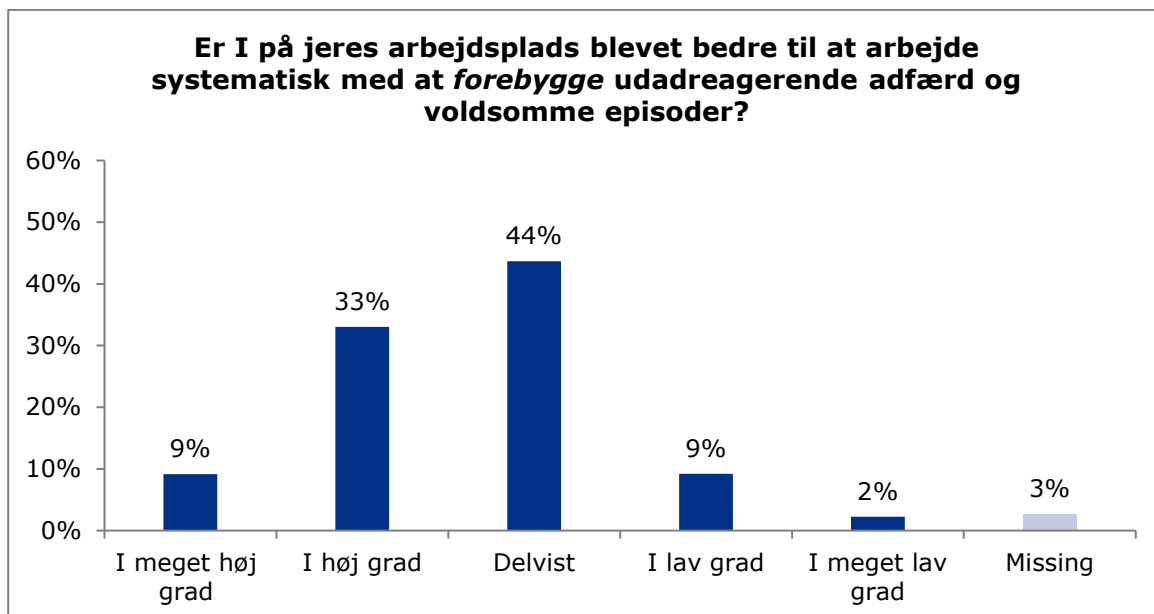


**Figur 10.** Graf over svarfordelingen for spørgsmål 8c.

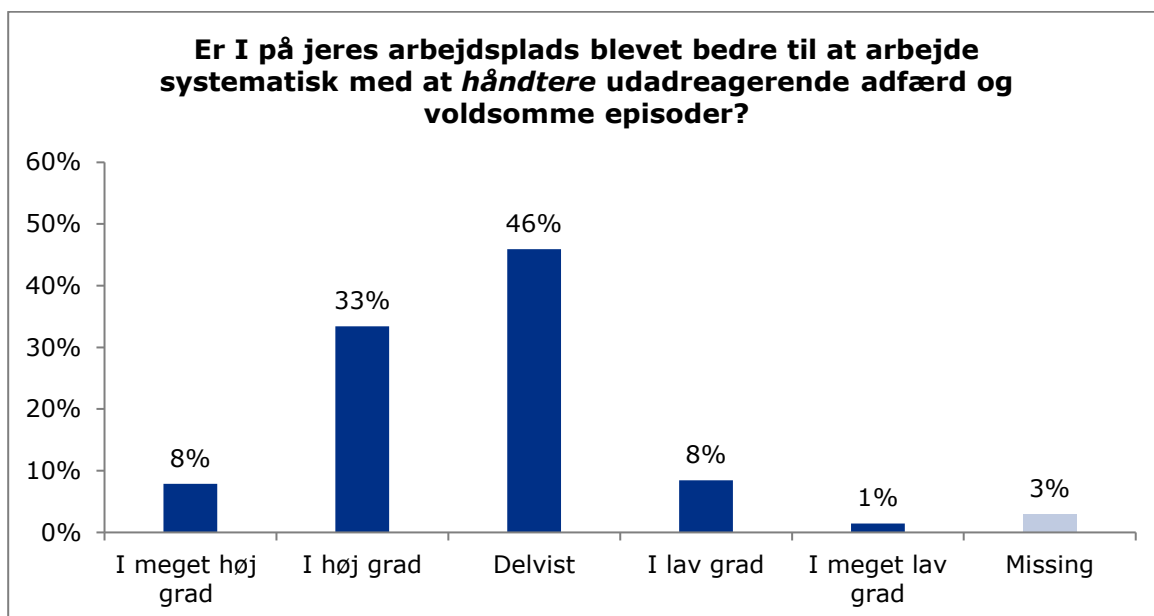
### **Strukturelle ændringer**

Det sidste undersøgte udfald i spørgeskemaet er, om der er igangsat strukturelle ændringer, således at man i højere grad har en systematik i det forebyggende og håndterende arbejde.

Her ser svarfordelingen for de to grafer 11 og 12 relativt ens ud. I den ene spørges der til, om de er blevet bedre til at arbejde systematisk med forebyggelse, og i den anden spørges til, om de er blevet bedre til at arbejde systematisk med håndtering. Henholdsvis 42% og 41% svarer, at de i høj eller meget høj grad er blevet mere systematiske i deres forebyggelse og håndtering hjemme på plejeenheden. Henholdsvis 44% og 46% oplever delvist at være blevet mere systematiske i deres forebyggelse og håndtering, mens henholdsvis 11% og 9% oplever i lav eller meget lav grad at være blevet mere systematiske i deres forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd og voldsomme episoder.



**Figur 11.** Graf over svarfordelingen for spørgsmål 8a.



**Figur 12.** Graf over svarfordelingen for spørgsmål 8b.

## Opsummering af spørgeskemaresultater fra holddeltagerne

Det generelle mønster på tværs af spørgsmålene er, at langt størstedelen af deltagerne oplever delvist, i høj grad eller meget høj grad at have fået noget ud af kurset. Mønsteret i svarene understøtter i vid udstrækning programteorien. I første omgang fordi det umiddelbare mål for undervisningen med at skabe større viden og give værktøjer til deltagerne synes at lykkes med mellem 83% og 91% på tværs af de tre spørgsmål, som oplever enten delvist, i høj grad eller meget høj grad at have fået viden og værktøjer til forebyggelse og håndtering af udadreagerende adfærd. Lidt færre (mellem 75% og 90%) oplever, at de centrale mekanismer (dobbeltperspektiv og kobling til praksis) delvist

eller i høj eller meget høj grad er blevet aktiveret på baggrund af forløbet. Som antaget i programteorien forplanter dette sig også i respondenternes vurdering af, om de ønskede udfald er nået. Langt størstedelen af deltagerne (op mod 85%) oplever enten delvist, i høj eller meget høj grad at have rykket deres praksis på baggrund af forløbene ved sidste undervisningsgang. En mindre del (omkring 10%) af respondenterne oplever kun i lav eller meget lav grad at have ændret deres praksis.

Besvarelsene i spørgeskemaerne tyder samlet set på, at der på kort sigt (på sidste dag for forløbet) ifølge deltagerne egen vurdering i vid udstrækning er opnået de ønskede virkninger af forløbet.

## **Implementeringsgruppens spørgeskemabesvarelser**

I det følgende gennemgås svarfordelingen for implementeringsgruppe-deltagerne.

For denne gruppe er svarprocenten 31%. De 31% kommer fra implementeringsgrupper i 17 ud af 26 kommuner, der deltog i de tre runder i foråret 2021, foråret 2022 og efteråret 2022. Svarprocenten er udregnet ved at dividere de 48 besvarelser med estimeret 156 mulige implementerings-deltagere fordelt på de 26 deltagende kommuner (i gennemsnit seks medlemmer pr. kommune).

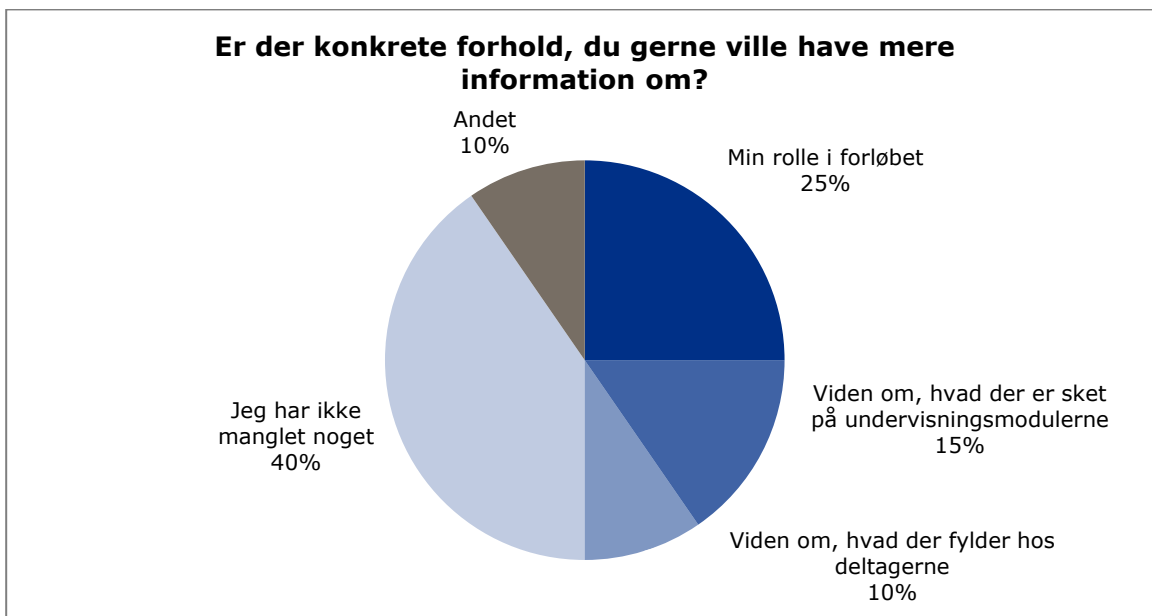
Deltagerne, der har svaret, er overvejende: Ældrechef eller personer fra et tilsvarende ledelsesniveau (20%), repræsentanter for driftlederområdet (15%) og den kommunale kontaktperson, der har været i hver kommune for implementerings- og læringsforløbet (20%). De øvrige svarpersoner fordeler sig på følgende stillingstyper: Leder af plejeenhed, repræsentant for arbejdsmiljøområdet, repræsentant for demensfaglig nøgleperson/konsulent, repræsentant for tillidsmandsområdet, repræsentant for forvaltningen (i alt 45%). Af disse 48 respondenter har henholdsvis 73% deltaget i workshop 1 og 69% i workshop 2.

På grund af de få besvarelser i denne del af datamaterialet er resultaterne præsenteret i lagkagediagrammer, hvor svarfordelingen for alle svarkategorier med over 10% gengives, mens de resterende besvarelser under 10% slås sammen i en fælles "andet"-kategori, for at sikre svarpersonernes fortsatte anonymitet. Det beskrives ved hvert diagram, hvad "andet" dækker over, da dette varierer efter, hvor der er få besvarelser. Der er udvalgt de tre spørgsmål, som knytter sig til hovedelementer af programteorien. De øvrige besvarelser kan ses i bilag 6.

Det første valgte spørgsmål omhandler, hvad implementerings-gruppedeltagerne har savnet mere information om fra leverandørerne. Besvarelsene bidrager til at afdække, hvilke dele af implementerings-gruppens opgaveløsning, der har fungeret godt, og hvilke dele deltagerne har oplevet behov for yderligere understøttelse i forhold til. Som det fremgår af figur 13, har 44% ikke manglet noget viden, hvilket ses som et udtryk for, at de har vidst, hvad de skulle. 27% har manglet viden om deres rolle i forløbet, og hhv. 10% og 17% har manglet viden om, hvad der fylder hos deltagerne, og hvad der er fore-

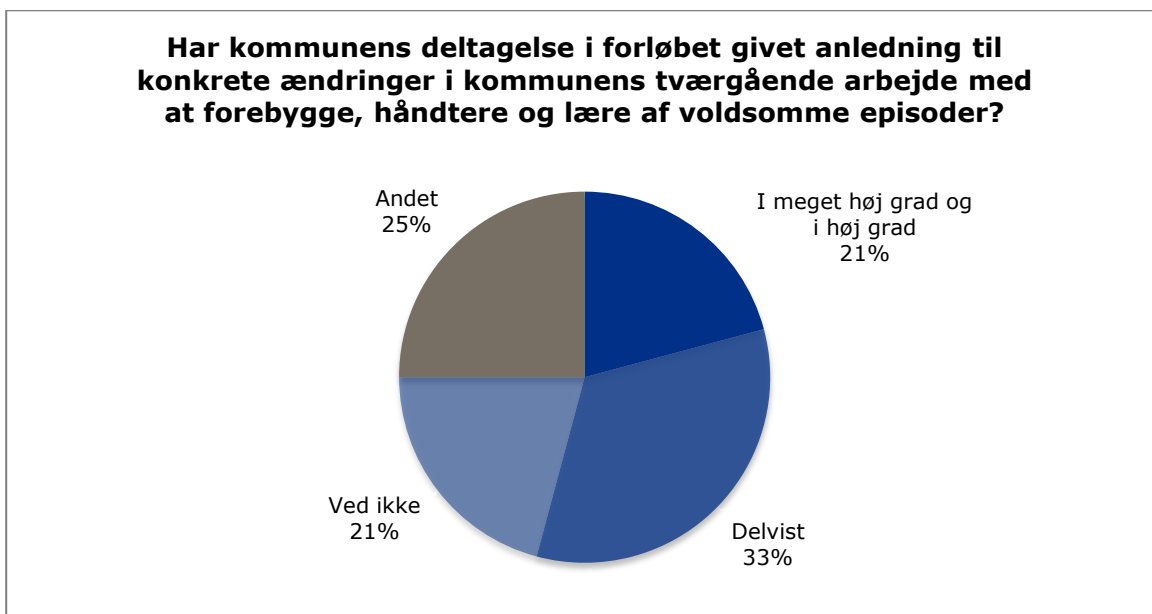


gået på modulerne mellem workshops. I programteorien er det en mekanisme, at implementeringsgruppen gennem deltagelsen bl.a. skal få øget indblik i plejeenhedernes praksis og udvise tydelig prioritering. Både den oplevede manglende viden om rolle og plejeenhedernes arbejde kan tolkes som, at denne mekanisme ikke er blevet aktiveret for lidt over halvdelen af respondenterne.



**Figur 13.** Svarfordeling for spørgsmål 6. Andet omfatter svarkategorierne: "baggrundsviden om forløbet" og "andet (fritekst)".

Det næste valgte spørgsmål omhandler, i hvor høj grad forløbet har givet anledning til tværgående ændringer i kommunens forebyggende og håndterende arbejde.



**Figur 14.** Svarfordeling for spørgsmål 8. Andet omfatter svarkategorierne: "i lav grad", "i meget lav grad", og "missing".

Figur 14 viser, at 21% i høj grad har igangsat tværgående handlinger, 33% delvist, mens en større gruppe på hhv. 25% og 21% enten ikke har svaret eller ikke ved, om der er igangsat tværgående handlinger. I betragtning af, at størstedelen af dem, der har besvaret spørgeskemaet, sidder i en tværgående stilling forankret i kommunen og ikke ude på plejeenhederne, kan dette tolkes som, at 40% af respondenterne enten ikke har igangsat handlinger, eller de ikke er blevet involveret tilstrækkeligt i igangsatte handlinger. Dette tyder på, at der er stor spredning i udfaldet "igangsættelse af tværgående handlinger" blandt respondenterne og, at det er meget forskelligt på tværs af implementeringsgrupper, hvor langt de er kommet med denne del af indsatsen.

Det sidste valgte spørgsmål omhandler implementeringsgruppe-deltagernes motivation for at fortsætte arbejdet med at understøtte medarbejderne i arbejdet med at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder. Som det fremgår af figur 15 svarer størstedelen af respondenterne, at de i meget høj grad (44%) og i høj grad (29%) er motiveret for dette. Kategorien 'andet' består her af 27% og dækker over besvarelserne delvist, i lav grad, i meget lav grad og ikke besvaret. 23% af de 27% har ikke besvaret spørgsmålet. Samlet oplever 73% altså at være motiverede for at understøtte arbejdet med voldsomme episoder i plejeenhederne.



**Figur 15.** Svarfordeling for spørgsmål 11. Andet omfatter svarkategorierne: "delvist", "i lav grad", "i meget lav grad", og "missing".

### **Opsummering af spørgeskemaresultater fra implementeringsgruppedeltagerne**

Implementeringsgruppedeltagerne er altså overvejende (73%) motiveret for at understøtte det lokale arbejde ude på plejeenheder med at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder.

Lidt under halvdelen af respondenterne har derudover oplevet, at de har vidst, hvad deres rolle var, mens 27% har manglet viden om deres rolle i forløbet, og hhv. 10% og 17% har manglet viden om, hvad der fylder hos deltagerne, og hvad der er foregået på modulerne mellem workshops. Mens implementeringsgruppedeltagerne altså overordnet har været motiveret for det understøttende arbejde, så kunne mere end halvdelen have ønsket sig mere viden af relevans for deres funktion som implementeringsgruppemedlemmer.

Et centralt udfald for implementeringsgruppen var at få øget indsigt i den lokale praksis og udfordringer i plejeenheden, hvilket 10% ikke oplever at have fået. Et andet centralt udfaldsmål var igangsættelse af tværgående tiltag. Det er gået meget forskelligt med dette mål. 19% angiver at have arbejdet med det i høj grad, 33% delvist og en gruppe på 19% og 21% har enten ikke svaret, eller ved ikke, om der er igangsat tværgående handlinger.

Besvarelserne tyder på, at denne del af indsatsen ikke har været fuldt implementeret. Derudover skal det medregnes, at kun ca. en tredjedel har svaret ud af en i forvejen ret lille gruppe på 48 personer fra 17 mulige implementeringsgrupper, og at det antages, at det i højere grad er dem, der har været mere aktive og tættere på indsatsen (i form af at være tovholder eller have et ledende ansvar), der har svaret. Det kan altså antages, at de besvarelser, der ses her, er mere positive, end det ville have været tilfældet, hvis flere havde svaret.

I den næste del af resultatafsnittet afdækkes det mere dybdegående, hvordan holddeltagere og implementeringsgruppemedlemmer har oplevet indsatsen. Gennem en komparativ analyse undersøges det, hvordan det gik med implementeringen af indsatsen, samt hvorvidt og under hvilke omstændigheder, det lykkes at skabe ændringer i praksis.

## **Resultater fra den dybdegående evaluering**

I det følgende præsenteres resultaterne fra den dybdegående evaluering af fem plejeenheder (plejehjem), som har deltaget i implementerings- og læringsforløbet fra tre forskellige kommuner. Først gennemgås faktorer, som var vigtige for udfaldene på kommuneniveau og derefter på plejeenheds-niveau. Resultatafsnittene følger strukturen fra programteorien og er tilsvarende inddelt i kontekstforhold (forudsætninger), mekanismer og udfald.

I første version af programteorien, som er præsenteret i indledningen i Figur 1: *Programteori for implementerings- og læringsforløbene*, er der medtaget flere faktorer end i dette resultatafsnit, og enkelte faktorer er præciseret. Dette skyldes, at programteorien gennem dataindsamlingen justeres og kvalificeres ud fra den information, deltagerne giver. I slutningen af resultatafsnittet præsenteres den opdaterede version af programteorien, som den ser ud *efter* dataindsamlingen og analysearbejdet.

For hver faktor, der gennemgås i resultatafsnittet, for eksempel udfaldet "refleksiv praksis" i plejeenhederne, beskrives tematikken, hvordan det er gået med dette på tværs

af de fem plejeenheder, og der fremhæves konkrete forhold, som har betydning for dette element, understøttet af citater fra medarbejdere, ledere og implementeringsgruppe-medlemmer. Herefter uddrages en tværgående læring og vurderingerne præsenteres i en tabel, der giver et overblik over alle fem plejeenheders forløb.

## **Komparativ analyse af kommunerne**

Kommunerne er tænkt ind i implementerings- og læringsforløbet som en aktiv og understøttende ressource i forløbet. Som det fremgår af den samlede programteori, version 1, antages det, at der er særlige forudsætninger, der har betydning for, hvordan det går med kommunernes involvering, og særlige mekanismer, der kan aktiveres i implementerings-gruppen og resultere i de ønskede udfald. Det antages i programteorien version 1, at implementeringsgruppens arbejde vil lede til udfaldene "understøttelse af de enkelte plejeenheder" og "spredning af viden mellem enhederne". I det følgende ser vi på, hvordan det er gået med dette på tværs af de tre kommuner, der er udvalgt, så der er en henholdsvis lille, mellem og stor kommune. De tre udvalgte kommuner deltager alle i implementerings- og læringsforløbet for første gang i efteråret 2022, hvor de indgår i evalueringen.

## **Forudsætninger hos kommunen for deltagelse i forløbet**

To centrale forudsætninger for kommunernes deltagelse vurderes, nemlig prioritering af demens- og arbejdsmiljøområdet samt ressourcer hos kommunetovholder.

### Prioritering af demens- og arbejdsmiljøområdet

Dette angiver kommunens motivation, inden de går i gang med forløbet, og det angives, hvis der i kommunen er en særlig prioritering af demens og arbejdsmiljø på ældreområdet.

For to af kommunerne er demensområdet en særlig prioritet, allerede inden forløbet igangsættes, og deltagelse i implementerings- og læringsforløbet passer her ind i det eksisterende kommunale fokus. For den tredje kommune ses forløbet mere som en hjælp til opkvalificering af medarbejder-kompetencer på området, og demens har ikke en særlig strategisk prioritering. Hermed ikke sagt, at der ikke arbejdes kvalificeret med dette ude i enhederne i den pågældende kommune, men det er ikke udpeget til at være en strategisk prioritet på kommunalt niveau.

### Ressourcer hos kommunetovholder

Med ressourcer hos kommunens tovholder, der er tilknyttet implementerings- og læringsforløbet, forstås både faglige kompetencer inden for demensområdet og arbejdsmiljøfaglige kompetencer samt tidsmæssige ressourcer. Det vil sige, at vedkommende, der sidder med opgaven, ikke har alt for mange øvrige opgaveområder, og at vedkommende derfor har tidsmæssige ressourcer at dedikere til dette forløb og understøttelse af de deltagende enheder. Alle tre tovholdere er dedikerede og hjælpsomme i forhold til den konkrete planlægning og afvikling af evalueringen. To af kommunerne har derudover en tovholder med særlige demensfaglige ressourcer. I alle de tre kommuner er der

dog en række konkurrerende opgaver, der fylder for tovholderen, og som i praksis gør, at de ikke oplever, at der er tilstrækkeligt med ressourcer til at drive eventuelt tværgående tiltag for implementeringsgruppen og følge op på og understøtte plejeenhedernes igangsatte tiltag fra forløbet.

## **Mekanismer**

Aktiveringen af mekanismerne ses som forhold, der skal være tilstede for, at de udvalgte mål vil kunne opnås. Aktiveres mekanismerne ikke, er det ikke sandsynligt, at de ønskede virkninger vil forekomme eller blot vil ses i lav grad.

### Synlig prioritering og indblik i lokale problematikker

Tankerne bag indsatsen var, at deltagerne i implementeringsgruppen gennem arbejdet i implementeringsgruppen og deltagelse i workshops viste de øvrige deltagere, at området var prioriteret og vigtigt at arbejde med, samt at man på kommunalt niveau fik indblik i de lokale problematikker, der var ude på enhederne, således at de bedre kunne understøtte deres igangsatte lokale tiltag.

Konkret er dette blevet vurderet i de tre udvalgte casekommuner ud fra, om ældrechefen eller anden øvre ledelse har været med på workshops og har udvist synlig prioritering og fremhævet vigtigheden af området. Manglende ledelsesdeltagelse på forløbet vil føre til, at mekanismen om indblik i lokale problematikker ikke aktiveres.

Der har blot været en enkelt ældrechef til stede på ét af de tre forløb, og dette var blot i en kortere periode af én workshop. Der har ikke været udvist synlig prioritet af området (for eksempel gennem eksplicit italesættelse af vigtigheden af området) fra kommunal side under de forløb, der er udvalgt i evalueringen baseret på observationer på undervisnings- og workshopdagene og deltagerens oplevelse af deltagelsen. Derved er denne mekanisme ikke blevet aktiveret.

### Styrket dobbeltperspektiv og styrket fælles fagligt ståsted

Disse to mekanismer handler om, hvorvidt man fra kommunal side har arbejdet med at understøtte vigtigheden af dobbeltperspektivet eller arbejdet særligt med at styrke det fælles faglige ståsted. Der har i to ud af tre undersøgte kommuner været begrænset ledelsesdeltagelse, og implementeringsgruppen har i ingen af de tre udvalgte kommuner arbejdet med egne, tværgående tiltag på baggrund af implementerings- og læringsforløbet. Selv i den kommune, hvor implementeringsgruppen har været bedst til at mødes, fortæller et implementeringsgruppemedlem, at der ikke er etableret en fælles-faglig forståelse på baggrund af kurset, og at der derfor helt fra starten har været uenighed om, hvorvidt det var vigtigt at prioritere at bruge ressourcer på:

*... nogle ledere kan godt have svært ved at se, hvorfor de skal afgive ressourcer til noget, som de siger er common sense. Men det er ikke common sense det her. Ellers havde vi jo ikke de her episoder. Meget af voldsforebyggelsen foregår jo før besøget, altså hele forberedelsen, hvordan du klæder dig på,*

*hvordan du sætter dig ind i borgers baggrund, så du ved, hvordan du skal agere derude, og ikke lave fejltagelser, der provokerer borgeren.*

Mekanismen om fælles fagligt ståsted overordnet i kommunen er, som det antydes her, derfor ikke blevet aktiveret. Den anden mekanisme, der handler om aktivering af et dobbeltperspektiv på borger- og medarbejdertrivsel i implementeringsgruppen, er efter alt at dømme heller ikke blevet aktiveret, da flere ledere ikke deltager i workshops, hvor viden om dobbeltperspektivet gives. Derudover udarbejder implementeringsgruppen heller ikke tværgående tiltag, der ellers kunne have handlet om tværgående at understøtte dobbeltperspektivet.

## **Opnåede kommuneren de ønskede virkninger?**

Der er to ønskede virkninger for kommunerne (se programteori): Understøttelse af det lokale arbejde og spredning af viden mellem enheder.

### Bedre understøttelse af lokalt arbejde med forebyggelse af voldsomme episoder

Der har ikke i de tre implementeringsgrupper, som er udvalgt til at deltage i den dybdegående del af evalueringen, været ressourcer til at understøtte eller følge op på konkrete tiltag ude i enhederne. Da der heller ikke er lavet et konkret tværgående tiltag i kommunen, er der ikke sket nogen ændring i forhold at opnå bedre understøttelse af det lokale arbejde med at forebygge og håndtere voldsomme episoder.

### Spredning af viden mellem plejeenheder

Der er ikke arbejdet specifikt fra kommunal side med at sprede viden eller værktøjer mellem plejeenhederne i kommunen. På undervisningsforløbene deles der dog erfaringer med gode værktøjer og løsninger plejeenhederne imellem, som kunne have været taget op og brugt til at udvikle et tværgående tiltag. Et eksempel på et værktøj, der deles imellem deltagerne i undervisningen, er et specifikt brugervenligt registreringskema for voldsomme episoder.

På et mere decentralt niveau mellem plejeenhederne er der altså blevet delt viden, og workshops har bidraget til at sprede viden, erfaringer og gode løsninger mellem enhederne. Alle deltagerne udtrykker, at de har fået meget ud af at deltage sammen med de andre plejeenheder også på tværs af plejetyper som plejehjem og hjemmepleje.

### Opsamling på de ønskede virkninger for implementeringsgruppens arbejde

På tværs af de tre kommuner er de tre mekanismer ikke blevet aktiveret, hvilket forventes at ville påvirke udfaldenes spredning og understøttelse. Det er til dels også det, man kan se i data. Alle kommunerne lykkes kun i lav grad med at skabe bedre understøttelse af det lokale arbejde med at forebygge voldsomme episoder. Dette forekom typisk, fordi kommunetovholder ikke oplevede at have ressourcer til for eksempel at følge op på enhedernes arbejde med indholdet i praksis efter forløbet eller udarbejde tværgående tiltag, der kunne understøtte enhedernes lokale arbejde.

Dette udfald lykkes i mellem grad, på trods af at implementeringsgruppernes understøttelse ikke fungerede optimalt, fordi spredningen blev understøttet ved, at enhederne deltog sammen i implementerings- og læringsforløbet og herigennem lærte af hinanden.

Case-kommuner	Forudsætninger hos kommunen		Interventions-mekanismer			Udfald	
	Prioritering af demens og arbejdsmiljø	Ressourcer hos kommunetov-holder	Synlig prioritering og indblik i lokale problematikker	Styrket dobbelt-perspektiv	Styrket fælles fagligt ståsted	Bedre understøttelse af lokalt arbejde med udad-reagerende adfærd	Spredning af viden mellem pleje-enheder
Case-kommune 1	Mellem grad	Lav grad	Lav grad	Lav grad	Lav grad	Lav grad	Mellem grad
Case-kommune 2	Høj grad	Mellem grad	Lav grad	Lav grad	Lav grad	Lav grad	Mellem grad
Case-kommune 3	Høj grad	Mellem grad	Lav grad	Lav grad	Lav grad	Lav grad	Mellem grad

**Figur 16.** Komparativ analyse af kommunerne.



## **Komparativ tematisk analyse for plejeenhederne**

### **Plejeenhedernes forudsætninger for deltagelse i forløbet**

Plejeenhedernes forudsætninger inden og under forløbet forventes at betyde en del i forhold til at have overskud til forløbet og motivation for deltagelse. Og det antages derudover, at det vil have betydning for udfaldene, hvordan det ser ud på plejeenheden forud for, under og efter implementerings- og læringsforløbet.

Konkret har forskergruppen operationaliseret forudsætningerne i de følgende faktorer: 'Understøttelse fra kommunen', 'oplevelse af aktualitet – forekomst af voldsomme episoder', 'stabilitet i personalegruppen', 'stabilitet i deltagergruppen' og 'implementeringskompetence'. Disse gennemgås nedenfor.

Beskrivelserne af forudsætningerne er baseret på ledere og medarbejderes egne udsagn og deres oplevelse af, hvordan forholdene er på deres enhed fra før- og efterinterviews.

#### **Understøttelse af kommunen**

Den første forudsætning, som forventeligt kan have en betydning for forløbet, er graden af understøttelse fra implementeringsgruppen i kommunen. Denne forudsætning er opsummeret i ovenstående gennemgang af kommunens rolle i forløbet. Opsummeringen bygger på kombinationen af prioritering af demensområdet i kommunen, og i hvilken grad implementeringsgruppen er lykkes med det understøttende arbejde. Ingen af implementeringsgrupperne arbejdede med tværgående tiltag til at understøtte det lokale forebyggende arbejde på plejeenhederne, mens to af kommunerne havde et særligt demensfokus, som skabte synergi med implementerings- og læringsforløbet. Samlet betyder dette, at en deltager-kommune scorer i lav grad i forhold til den kommuneunderstøttende praksis, mens to kommuner scorer i mellem grad.

#### **Oplevelse af aktualitet - voldsomme hændelse**

Det er relevant for evalueringen af forløbet kort at skitsere de voldsomme episoder, som deltagerne kan opleve i plejeenhederne.

I praksis oplever medarbejderne, at de voldsomme episoder ofte er knyttet til konkrete borgere, der får en forværring i deres tilstand. Episoderne opleves derfor typisk i en periode i forbindelse med en eller flere konkrete borgere. Det er altså forskelligt plejeenhederne imellem og også internt på det enkelte plejehjem, hvor meget de voldsomme hændelser fylder både i omfang og kompleksitet i en given periode.

Voldsomme episoder er ifølge alle de deltagende plejeenheder relevant at arbejde med og forebygge. Alle de deltagende plejeenhederne oplever eller har på et tidspunkt oplevet, at der har været en eller flere voldsomme episoder hos dem. Det er dog forskelligt, hvor meget det fylder i den periode, hvor de har deltaget i implementerings- og læringsforløbet, og i det halve år, der er gået fra sidste workshop, og frem til forskergruppen taler med dem i efterinterviewene.

Forskergruppen har scoret plejeenhederne i forhold til, om de ud fra egne udsagn oplever en henholdsvis lav, mellem eller høj grad af voldsomme episoder umiddelbart inden forløbsdeltagelsen og ved opfølgningen minimum seks måneder senere. Dette er gjort, fordi det er sandsynligt, at aktualiteten vil motivere til i særlig grad at sprede og arbejde strukturelt med den viden, som deltagerne fik på forløbet.

Tre ud af de fem enheder oplever af og til voldsomme episoder, som fylder i dagligdagen, enten på en konkret afdeling eller i hele plejeenheden. Dette er kategoriseret som en *mellem grad* af voldsomme hændelser. En plejeenhed oplever i høj grad voldsomme episoder, altså at det har fyldt rigtig meget og over en lang periode. På en enkelt enhed oplever de ikke voldsomme episoder i særlig høj grad i den periode, som forløbet har varet, og frem til, at forskergruppen interviewer dem.

Dette kan afstedkomme en mindre grad af motivation for med det samme at få sat de nye tilgange og modeller i spil i hverdagen. Det forklarer en leder, der har deltaget i forløbet, og som kommer fra den enhed, der oplever en lav grad af voldsomme episoder:

*I: Nu havde I så prioriteret at tage nogle [medarbejdere] med, som ikke havde så meget berøring med demens, gav det dem et løft i forhold til den sidste gruppe [medarbejder der er på det særlige demensfaglige afsnit], der kendte det mere?*

*R: Ja, det synes jeg. De fik noget, de kan hive op af rygsækken, når de står i de situationer. Det eneste er, at de ikke står i det hele til hverdag, så kommer det jo lidt i glemmebogen. Men de ved jo så, hvor de kan finde det f.eks. i bogen [Sundhedsstyrelsens anbefalinger til at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder i ældreplejen red.], eller vi kan snakke om det, hvis der er et eller andet.*

*I: Hvor tit er der sådan en episode? Er det en gang om året, eller hvor ofte står personalet med det?*

*R: Det er jo sjældent, heldigvis. Det er sjældent, vi har nogle, der er sådan.*

På den ene side er det altså forventeligt, at deltagerne i større grad vil tage den viden og de redskaber til sig, som de har lært, og at de vil arbejde med at sprede denne viden i deres organisation, hvis problematikken er aktuel og opleves som relevant både for dem, der har deltaget på forløbet og for deres kolleger. Omvendt forstyrrer mange voldsomme episoder også driften, hvis medarbejdere for eksempel sygemeldes, og episoderne forventes derfor at have betydning for overskuddet til for eksempel at implementere mere omfattende strukturelle tiltag.

### **Stabilitet i personalegruppen**

En anden forudsætning, der forventes at have betydning for, hvordan det går med de ønskede virkningerne, er graden af stabilitet i personalegruppen. Dette skyldes, at stabilitet i personalegruppen er en nøglefaktor i forhold til at kunne få dagligdagen til at

fungere, hvilket er en forudsætning for, at der kan bygges nye tiltag på det eksisterende arbejde.

Stabilitet i personalegruppen handler konkret om graden af sygefravær, mængden af ubesatte stillinger i organisationen og udskiftning af nøglepersoner for eksempel ledere.

På tværs af de fem deltagende plejeenheder er der en forholdsvis lav stabilitet i personalegruppen. Forskergruppen vurderer, at tre plejeenheder har lav grad af stabilitet, hvilket vil sige, at interviewpersonerne alle vurderer, at de har udfordringer med højt sygefravær, udskiftning af nøglemedarbejdere som for eksempel ledere og generelt mange ubesatte stillinger i deres organisation. To enheder scorer "i mellem grad", hvilket baseres på, at interviewpersonerne mener, at der i deres plejeenhed er *nogle* udfordringer med sygefraværet og udskiftninger i personalegruppen.

Lederen på et plejehjem beskriver, hvordan de har haft problemer med sygefravær, mens de har været i gang med forløbet, og i det halve år, der er gået efterfølgende, frem til at forskergruppen interviewer hende. I det konkrete tilfælde opleves de manglende personaleressourcer som noget, der står i vejen for implementeringen af deres planlagte tiltag. Sygefraværet, beskriver hun, skyldes både private forhold hos medarbejderne og svære forløb med voldsomme episoder. Hun beskriver det som en ond spiral, hvor medarbejdere sygemeldes, hvorpå hun må bruge ekstra ressourcer på at få de langtidssygemeldte tilbage og ikke kan fokusere på de tilbageværende medarbejdere:

*Leder: Det er tit en ond spiral. Når det så først er der [sygefraværet], er det svært at få det vendt igen. Og økonomien er presset i mange kommuner nu, så man kører lige på grænsen af, hvad der er godt og billigt i forhold til normering. Du overnormerer ikke. Hvis der er nogle dage – i dag er faktisk meget god – hvor man kan køre lige lidt over det, der egentlig er nødvendigt, så er der luft til, at man kan have tid til lidt ekstra. Hvis man kører for lang tid, hvor det er presset, gør det, at det er svært at arbejde med sådan noget. Og når du har så mange ufaglærte...*

Denne leder ender med at sige op og skal stoppe lige efter det afsluttende interview. Vi ved fra eksisterende arbejdsmiljøforskning, at stor ustabilitet for eksempel i form af højt sygefravær og ledelsesudskiftning har betydning for implementeringen af nye tiltag (Sofie Østergaard Jaspers et al., 2022). Derfor betyder dette element meget, og som lederen siger, har det forventeligt indflydelse på, hvor langt man kommer med implementeringen af indsatsen og derved også de ønskede virkninger af den.

### **Stabilitet i deltagergruppen**

En tredje vigtig forudsætning er stabilitet inden for deltagergruppen. Altså at de udvalgte forløbsdeltagere (typisk fem pr. plejeenhed) har kunnet deltage i hele forløbet og dermed har fået den viden og de kompetencer, som det var planlagt, at de skulle have. Derudover er det vigtigt, hvorvidt disse forløbsdeltagere stadig er i organisationen ved efterinterviewet, altså minimum fire måneder efter implementerings- og læringsforløbet.

Begge disse forhold handler om, hvorvidt den planlagte "dosis" af forløbet er kommet ind i organisationen og fortsat er tilstede.

Vi har scoret de deltagende plejeenheder ud fra, om alle fem deltagere fortsat er i organisationen ved opfølgningen et halvt år efter (høj grad), om en eller flere af deltagerne har forladt organisationen (mellem grad) eller er for eksempel langtidssygemeldt, og endeligt hvorvidt lederen stadig er i organisationen (lav grad af stabilitet). Dette fordi lederen forventes at have en særlig rolle i forhold til at videreformidle og implementere viden og tilgange fra forløbet.

Det er ret forskelligt, hvor stor stabiliteten er i deltagergruppe på tværs af de fem plejeenheder ved opfølgningen. To plejeenheder har en høj grad af stabilitet, to har en mellem grad, og en har en lav grad af stabilitet. I sidstnævnte tilfælde er lederen, som har deltaget i forløbet, ikke længere i organisationen, hvilket forventeligt har stor betydning for, hvor langt den plejeenhed kan komme med spredning af viden og strukturelle tiltag i organisationen.

### **Implementeringskompetence**

Den sidste forudsætning, der er inddraget i analysen, kan kaldes "implementeringskompetence". Det er et begreb, der dækker over, hvordan organisationerne generelt arbejder med at implementere indsatser, og hvilke kompetencer og ressourcer de har til dette. Det er konkret operationaliseret ved en vurdering af, om følgende forhold er tilstede: Et trygt læringsmiljø, faciliteringskompetencer hos ledere eller nøglepersoner, velfungerende faglig struktur og arbejdsmiljø struktur samt systematik i arbejdet.

Et "trykt læringsmiljø" handler om, hvordan det for eksempel bliver oplevet at komme med ny viden, som indebærer, at ens kolleger skal ændre adfærd, og hvor let det opleves at kunne dele usikkerhed eller svære oplevelser med kolleger og få sparring på dette. Faciliteringskompetence handler om, hvorvidt der er nogen i organisationen, som kan facilitere et møde, der har til formål at skabe vidensdeling i organisationen, og som kan få medarbejdere til at byde deltagende ind med egen refleksioner.

Implementeringskompetencen handler også om, hvorvidt der i organisationen er en velfungerende struktur for faglig udveksling (for eksempel faste beboermøder/konferencer) og for arbejdsmiljødrøftelser (for eksempel faste, velfungerende TRIO-møder), og at der generelt er en systematik i den faglige tilgang i organisationen (for eksempel løbende forbedringer, tilpasninger og evaluering) samt i arbejdsmiljøarbejdet, i form af løbende registreringer og opfølgninger.

Er disse ting tilstede i en organisation, er der bygget en god grundstruktur, der vil gøre det lettere at implementere ikke bare dette, men forskellige typer tiltag (Clausen et al., 2023). Er disse forhold ikke tilstede, eller er de tilstede i mindre grad, vil der ikke være de samme elementer at bygge den nye viden ind i. Det betyder, at det er forventeligt, at organisationen i stedet for implementeringen af det konkrete tiltag vil skulle bruge tid og ressourcer på at arbejde med disse mere grundlæggende organisatoriske elementer.

På tværs af de fem plejeenheder vurderer forskergruppen, at tre har en mellem grad af arbejdsmiljøkompetence, én har en særlig høj grad og én har en lav grad.

En medarbejder forklarer, hvorfor det kan være svært at arbejde med det nye i en dagligdag, hvor strukturen er udfordret:

*Interviewer: Og det er, fordi [leder] har for meget at se til, at det bare er svært?*

*Deltagende medarbejder: Jeg tror, det er mangel på struktur. Deltagende medarbejder: Jeg tror, det er mangel på struktur. Det er jo sådan, det går. Og så har hun været alene. Der kommer ikke rigtig handling bag det, der bliver snakket om. Og det er mange år efterhånden. Så det sejler rundt omkring, alle steder i alle kroge, og folk drysset fra, bliver sygemeldt, fordi der ikke er... Så det er rigtig svært. Lige nu er det et spørgsmål om overlevelse. Og skruen i vandet.*

Det kræver altså et vist organisatorisk overskud at tage viden og nye tilgange til sig og få dem implementeret. I nogle forløb italesættes dette med mantraet "struktur før kultur" med henvisning til, at man må skabe nogle varige strukturer i arbejdet, før man kan forvente en kulturændring. Strukturen kan påvirkes gennem forløbet, som det vil blive illustreret i gennemgangen af virkningerne af indsatsen, men det vil også have betydning, hvilket "udgangspunkt" i forhold til implementeringskompetence og struktur for både det faglige arbejde og arbejdsmiljøarbejdet enhederne har.

Samlet er de fire forudsætninger: Oplevelse af aktualitet – voldsomme episoder, stabilitet i personalegruppen, stabilitet i deltagergruppen og implementeringskompetenceforhold, der forventeligt vil have meget stor betydning for udbyttet af implementerings- og læringsforløbet.

Det er forhold, som indsatsen implementeres ind i, men som ligger udenfor, hvad der i det aktuelle set-up er muligt at påvirke gennem indsatsen. Ikke desto mindre har det stor betydning for udfaldet, fordi det vil være afgørende for, om enhederne kan "aktivere" de ressourcer i form af viden og værktøjer, som forløbene tilbyder.

## **Implementeringsmekanismer**

Som beskrevet under programteorien (figur 1) er mekanismer en række forhold, som implementerings- og læringsforløbet gerne skulle aktivere under de rette forudsætninger. Aktiveres disse mekanismer, er det antagelsen, at det vil "udløse" de ønskede udfald for forløbet så som spredning af viden til plejeenhederne.

De udvalgte mekanismer er: "Kobling til praksis", "dobbeltperspektivet" og "fælles fagligt ståsted". I det følgende udfoldes de tre mekanismer med afsæt i feltnoter fra workshop 2, interview med de tre leverandører og særligt på baggrund af interviews med leder og medarbejdere, der har deltaget på implementerings- og læringsforløbet.

## **Kobling til praksis**

Koblingen til praksis handler om, i hvor høj grad deltagerne på baggrund af forløbet oplever at kunne koble teori, begreber og metoder til egen praksis. Dette er en central forudsætning for at kunne anvende den nye viden, man har fået, til lave ændringer i hverdagen, og det er derfor en vigtig mekanisme.

På tværs af de fem plejeenheder ser denne mekanisme ud til at være blevet aktiveret. Tre ud af de fem enheder vurderes "i høj grad" til at være lykkedes med at koble viden, begreber og tilgange til praksis, og to enheder er lykkedes med det i "mellem grad".

Deltagerne oplevede generelt, at leverandørerne var gode til at understøtte koblingen til praksis, der var mange øvelser, konkrete eksempler og inddragelse af deltagernes egne erfaringer. En medarbejder beskriver her, hvordan det har været en øjenåbner for hende, at noget hun gjorde usystematisk før, nemlig at få indblik i borgernes livshistorier, kunne være en faglig tilgang til at forstå og forebygge voldsomme hændelser:

*Medarbejder: Men det er jo værd at tage med, at det havde man jo ikke lige sådan tænkt over. Altså livshistorien, det jeg ligesom tænkte, det var sådan til mig selv, det er jo meget rart at vide, hvem Hanna<sup>2</sup> hun er, hvad hun har lavet og sådan noget, men jeg havde ikke tænkt over, at ud fra den, kan man måske også finde nogle redskaber til, hvorfor hun er, og reagerer, som hun reagerer.*

Her bliver det tydeligt, at det at koble værktøjerne som for eksempel aktiv brug af livshistorier til en eksisterende praksis kan bidrage til at gøre deltagerne bevidst om og skærpe den faglige praksis, der allerede delvist er til stede i plejeenhederne. Ved at få et fagligt sprog for disse praksisser, bliver det muligt at systematisere dem, sprede dem og give dem forrang frem for ikke fagligt begrundede praksisser.

## **Dobbeltperspektiv**

Dobbeltperspektivet refererer til, hvorvidt deltagerne oplever at have fået større forståelser for, at når borgerne trives, får medarbejderne et bedre arbejdsmiljø i form af for eksempel færre voldsomme episoder og omvendt. Og når medarbejderne trives, har de bedre overskud til at udvikle deres faglighed, hvilket smitter positivt af på borgertrivslen. Desuden refererer dobbeltperspektivet her til, hvorvidt medarbejderne også oplever at være blevet klædt på til at arbejde med både medarbejder- og borgertrivsel i praksis.

Her ser vi på tværs af enhederne, at borgertrivslen har fyldt rigtigt meget, og at enhederne også forud for forløbene har arbejdet med dette i praksis. Medarbejdertrivslen og fokus på medarbejdernes sikkerhed har været en central tematik på tværs af de tre leverandørers forløb, og det er også ifølge deltagerne selv en viden, de har taget med sig fra forløbene. I praksis viste det sig dog, at der var en skævvægtning i dobbeltperspektivet, der gjorde, at alle de deltagende enheder udelukkende arbejdede med borgertrivslen, mens medarbejdertrivslen ikke fik samme fokus i de igangsatte lokale tiltag i plejeenhederne.

---

<sup>2</sup> Alle navne og stednavne er pseudonymer i rapporten.

Når forskergruppen har vurderet, om der har været fokus på dobbeltperspektivet, er det derfor vurderet på, om deltagerne *også* har arbejdet med medarbejdertrivslen.

Det har fire ud af de fem enheder blot gjort i "lav grad", mens den sidste har gjort det i "mellem grad". Der er heller ikke, i de fem enheder, lavet tiltag i forhold til arbejdsmiljøaspekter og medarbejdertrivslen. De fleste, vi taler med, nævner ikke medarbejdertrivslen eller siger som medarbejderne her:

*Interviewer: Hvad med i forhold til arbejdsmiljøet? Med nogle arbejdsmiljøtiltag, har I oplevet, at der er sket noget dér siden sommerferien [ca. et år siden]? Hvad der er anderledes på jeres arbejdsmiljø, AMR et eller andet?*

*Medarbejder: Nej. Vi har været "max" pressede, og er "max" pressede, så nej, det synes jeg ikke.*

Det ser altså ud til, at deltagerne på dette område har fået viden og redskaber vedrørende egen trivsel, men at de ikke er begyndt at arbejde med at integrere dette i deres dagligdag og i det praktiske arbejde, hvor de ville kunne få glæde af, at de to elementer – borgertrivsel og medarbejdertrivsel – kunne spille sammen og forstærke hinanden gensidigt (Karlsen et al., 2023).

### **Fælles fagligt ståsted**

Fælles fagligt ståsted handler om, hvorvidt implementerings- og læringsforløbet har givet deltagerne fælles viden og metoder, som de kan arbejde med i deres plejeenhed. Det centrale her er et fagligt udgangspunkt og sprog, som er fælles for forløbsdeltagerne, så tilgangen i arbejdet bliver de nye faglige referencepunkter, der understøtter deltagerne i at komme over mod en mere fagligt funderet praksis. Det antages, at et fælles fagligt udgangspunkt er en mekanisme, der er nødvendig for at opnå de ønskede virkninger, for eksempel en mere reflektiv plejepraksis (læs mere under virkninger af implementerings- og læringsforløbet).

Forskergruppen har scoret de deltagende enheder på baggrund af interviewpersonernes egen vurdering af, om de i højere grad har fået et fælles fagligt udgangspunkt samt ved at se på deres beskrivelser af for eksempel at have arbejdet med specifikke modeller eller tilgange i praksis.

"Lav grad" af fælles fagligt ståsted refererer til, at deltagerne ikke oplever, at der er sket noget på dette område, "mellem grad" henviser til, at deltagerne fra implementerings- og læringsforløbet oplever en forbedring på området, og "høj grad" henviser til, at der er flere også uden for kredsen af de fem deltagere, der oplever tegn på at have fået en øget fælles faglig forståelse.

Det ser ret forskelligt ud med aktiveringen af denne mekanisme på tværs af de enheder, der indgår i evalueringen. To af de fem plejeenheder oplever ikke, at der er sket noget i

forhold til at skabe et øget fælles fagligt ståsted (lav grad). To af de fem enheder oplever, at der er kommet en øget fælles faglig forståelse mellem de deltagere, der var afsted på implementerings- og læringsforløbet (mellem grad). Og en enkelt ud af de fem enheder oplever i "høj grad", at det fælles faglige ståsted er blevet øget – ikke kun mellem deltagerne, men også uden for deltagergruppen.

Når vi ser på aktiveringen af denne mekanisme er der ikke nogen sammenhæng med indholdet på implementerings- og læringsforløbet. Et leverandørforløb (fra en specifik leverandør) resulterer eksempelvis i en henholdsvis "mellem" og "lav" grad af aktivering af mekanismen, og et andet leverandørforløb resulterer i en henholdsvis "lav grad" og "høj grad" af aktivering af denne mekanisme. Det ser altså ud til, at der er nogle forudsætninger hos plejeenheden, der har afgørende betydning for aktiveringen af mekanismen, som betyder, at deltagere fra det samme hold enten kan lykkes med at skabe en "høj grad" eller en "lav grad" af fælles fagligt ståsted.

En medarbejder fortæller om betydningen af at have et fælles fagligt ståsted gennem følgende eksempel:

*"Ja, vi har fået et fællesskab og et fælles spor omkring det her og har sat nogle ting i gang i forhold til det her og er hinandens støtte i det her. Og jeg synes bare, det er mega fedt. At man ved, at der er nogen dér, man kan trække på. Det synes jeg, er mega fedt. Og også, at der er nogen, der er i samme båd som mig, og som siger - "Sara, det der børsterapi, bare kom med det." - fordi de har været på den del af kurset, og de siger, "man har ikke noget at miste". Du kan afprøve det, og virker det ikke, så virker det ikke, og så er det bare sådan, det er. Hvor man kan godt møde en vis skepsis andre steder [i plejeenheden] om, at "hvad er nu det for noget, og skal vi nu det, og skal vi nu bruge tid på det, og virker det nu". - Alt det der. Fordi de måske ikke kender til redskaberne eller kender til, hvorfor vi prøver at gøre det her for borgernes velbehag.*

Eksemplet viser meget fint, hvordan medarbejderen, der har deltaget i forløbet, oplever, at det er rart at have fået et fællesskab og en fælles "værktøjskasse" med nogle tilgange, som hun kan afprøve, eller som de to kolleger kan minde hinanden om i en konkret situation. Når begge har indsigt i tilgangene og ikke skal bruge ressourcer på at overbevise om, hvad en metode evt. kan, bliver det mere ligetil at afprøve den, og det giver oplevelsen af, at man kan støtte hinanden i den faglige tilgang. Citatet viser også, hvad det ville betyde, hvis man kunne brede viden ud til flere kolleger på plejeenheden og undgå den beskrevne skepsis.

## **Virkninger af implementerings- og læringsforløbet**

I det følgende gennemgås de fire udfald: Konkrete tiltag på enkeltborgerniveau, spredning af viden, strukturelle ændringer og reflektiv praksis.

### **Tiltag i forhold til en enkelt borger**



Dette handler om, hvorvidt deltagerne har udarbejdet og afprøvet et konkret tiltag for en specifik borger med henblik på at forebygge eller håndtere voldsomme episoder. Det er typisk en konkret tilgang, plejepersonalet ønsker at afprøve i forhold til en enkelt beboer, hvor der tidligere har været udfordringer med voldsomme episoder. Disse tiltag er meget specifikke og involverer typisk kun de medarbejdere, der er omkring den pågældende beboer.

Tiltag i forhold til en enkelt borger er det, som har været mest udbredt, og som det er gået bedst med på tværs af de fem deltagende enheder. Fire ud af fem plejeenheder har i "høj grad" lykkedes med dette mål. Den sidste enhed er dog lykkes med det i "lav grad", hvilket er en del af en gennemgående tendens for netop denne enhed, som der vil blive redegjort for i sammenhæng nedenfor, når der kigges på, hvordan de forskellige faktorer hænger sammen på tværs.

Dét, at så mange enheder lykkes med at lave tiltag på enkeltborgerniveau, viser, at de er kommet et godt stykke i forhold til formålet med forløbet. Deltagerne demonstrerer, at de forstår og kan bruge de specifikke teorier, værktøjer eller modeller. De kan omsætte dem til den konkrete praksis i dagligdagen og udvikle en løsning tilpasset en konkret case.

Der er en lang række fine eksempler på tiltag på enkeltborgerniveau i det kvalitative materiale. En af dem er en medarbejder, der forklarer, at de har arbejdet med en PDSA-cirkel (plan, do, study, act-modellen) med at lave en besøgsplan på en konkret beboer. De har udviklet en detaljeret plan for, hvad der er godt at gøre, når man går ind til vedkommende. Medarbejdere forklarer:

*"Vi har en borger, hvor der har været udfordringer. Folk kan blive meget sure. Og der har vi været meget skarpe, også i vores besøgsplan. Så man skriver, hvordan man går ind til ham. Selvfølgelig hvis folk læser den besøgsplan og gør de der ting, så går det meget nemmere. Der var en afløser, der ikke havde været inde hos dem før, som fulgte den der besøgsplan, og hun kunne godt klare opgaven. Så er der andre, der ikke har læst besøgsplanen og er gået helt galt."*

Medarbejderen forklarer, hvordan det konkrete tiltag med at lave en detaljeret besøgsplan på den specifikke beboer var en konkret hjælp i den daglige arbejdsløsning også for afløserne, der ikke kendte beboeren.

Tiltagene på enkeltborgerniveau forbliver dog på dette specifikke niveau, dvs. de spredes ikke til andre lignende situationer og holder dermed op med at være aktuel, når episoden eller forholdene ændrer sig rundt om den konkrete situation. For eksempel kunne man have arbejdet med en systematik omkring udarbejdelsen af besøgsplaner i det nævnte eksempel i citatet og på den måde have fået en mere varig virkning af tiltaget.

## **Spredning af viden**

Spredning af viden handler om, i hvor vid udstrækning deltagerne arbejder med at sprede den viden og de redskaber, de har fået på implementerings- og læringsforløbet til deres øvrige kolleger i plejeenheden. Dette vurderes konkret ud fra, hvorvidt deltagerne laver planer om at sprede viden fra forløbet og fører dem ud i livet.

Spredning af viden i plejeenheden har generelt været svært for deltagerne, og sammen med "strukturelle ændringer" er det det udfald, som plejeenhederne samlet set har scoret dårligst på.

To enheder lykkes kun med dette i "lav grad" og tre enheder lykkes med det i "mellem grad". De to udfald – spredning af viden og strukturelle ændringer - er naturligt nok også forbundet, da strukturelle ændringer som regel vil forudsætte, at der er en viden eller nye tilgange, som bliver spredt i enheden.

Når man ser nærmere på spredningen af viden, betyder det også noget, i hvilken grad deltagerne fra implementerings- og læringsforløbet fortsat er i organisationen på det tidspunkt, forskergruppen taler med dem. En af de enheder, der kun er lykket med dette i "lav grad", er eksempelvis en enhed, hvor lederen, der deltog, ikke længere er i organisationen. I designet af implementerings- og læringsforløbet har lederen en central rolle, som bærer af viden fra forløbet til den daglige praksis, og det er derfor forventeligt ud fra designet og programteorien, at dette er svært uden en leder. Det understreger vigtigheden af lederopbakning og lederstøtte, og at dette ser ud til at være et vigtigt element i at kunne sprede viden fra forløbet.

Men selv der, hvor der er en større stabilitet i deltagergruppen, har det været svært at arbejde med spredningen i plejeenheden. En medarbejder, der har deltaget forklarer:

*Medarbejder: I virkeligheden, os fem, der sidder der, for at kunne få nogle til at arbejde videre med det i huset her, har vi i virkeligheden en formidlingsopgave – vil man melde sig til noget, hvis man ved, at man også skal hjem og formidle til et stort hus? Det er problematisk, det kan være svært.*

*Interviewer: Hvad er det ved det, der er svært? Altså det er, fordi det er noget helt andet at modtage viden ift. selv at skulle [formidle det]...*

*Medarbejder og deltager: Fuldstændig. Vi får i princippet 37 timers undervisning. Og så gå hjem, altså ligesom, hvordan plukker vi essensen ud af alle de guldgruber, de har sagt? Og alt det gruppearbejde, vi har haft? Formidlingen i det hele taget er vanskelig og skræmmende for mange. (...)*

*Ja. Så hvis man sagde til folk, "når I kommer hjem, så skal I undervise de andre," så vil der være mange, der tænkte, "jamen, det kan jeg ikke".*

Medarbejderen peger på udfordringen ved train-the-trainer designet, som i hendes øjne stiller store krav både til, hvordan de får sammenfattet deres viden fra forløbet – altså hvad er det af de 37 timers undervisning, de skal tage med videre – samt deres egen evne til at kunne videregive den viden. Medarbejderne mener, at det at være tydelig

omkring, at det er sådan, forløbet er tænkt, vil gøre, at folk ikke vil have lyst til at melde sig til sådan et kursus, fordi det er for svært at stå med formidlingen efterfølgende (denne pointe behandles også senere i afsnittet "Design af indsatsen – anbefalinger og ønsker fra deltagerne").

### **Strukturelle ændringer**

Udfaldet "strukturelle ændringer" handler om i hvilken grad, der er sat tværgående og strukturelle ændringer i gang på baggrund af forløbet. Det kan for eksempel være, at alle medarbejdere skal tage det online kursus "ABC demens", som er et tiltag på strukturelt niveau i en af enhederne, at der er blevet igangsat faste beboerkonferencer eller andre faste teammøder/personalemøder, hvor man har indsat faste punkter om arbejdsmiljø eller en specifik demensfaglig tilgang. Her er ændringerne nye faste procedurer, der sikrer, at der bliver drøftet forebyggende og håndterende strategier løbende, således at det bliver en blivende indsats i organisationen, der kan bruges i forhold til alle kommende borgere og pårørende og ikke blot en enkelt borger med en enkelt problematik. En medarbejder giver et eksempel på en sådan strukturel ændring og vejen hen mod at fokusere på et strukturelt tiltag:

*Medarbejder: Nu i vores gruppe, der var vi lidt uheldige, ik'. Først så lagde vi ud med: Hvad er det, vi godt vil arbejde med? Så arbejdede vi med noget. Så døde den beboer så, så nåede vi ikke så meget længere med det. Så fandt vi da en ny på en anden etage med sådan noget med pårørende.*

*Interviewer: Med pårørendesamarbejde eller?*

*Medarbejder: Ja, som var virkelig dårligt. Så kom den der pårørende ikke [til en samtale de havde aftalt]. Så måtte vi finde på noget nyt. Så endte vi ud i det der [den strukturelle indsats], for det var ligesom noget, der var et problem alle steder, så på den måde var det jo meget godt.*

Deltagerne ender med at udarbejde et tiltag om at sørge for bedre overlevering til faste afløsere, så de i højere grad er klædt på til at forebygge voldsomme episoder på baggrund af information for eksempel vedrørende en beboer, der har fået en forværring i deres demensforløb, siden afløseren var på arbejde sidst. Dette gør de ved at give de faste afløsere adgang til beboerjournalerne, hvad de ikke har haft før, fordi de krævede nogle licenser, man ikke havde indkøbt. Dette er en strukturel ændring, der løser en mere overordnet problematik, nemlig at afløsere ikke har adgang til den potentielt forebyggende information for eksempel vedrørende en beboer.

Et sådant tiltag, hvor afløsere fremover får adgang til viden i dokumentationssystemet, løfter forventeligt det forebyggende arbejde op på en niveau, der rækker ud over enkelt-case-niveauet. Dette arbejde, som er tværgående, har dermed et større forebyggende potentiale, som er blivende i organisation.

Tre ud af de fem enheder er lykkedes med dette "i lav grad", én er lykkedes med det i "mellem grad", mens én er lykkedes med det i "høj grad". Der, hvor plejeenheden er

lykkes med dette i høj grad, har der også været en høj grad af stabilitet i deltagergruppen, og enheden har i forvejen haft en høj grad af implementeringskompetence i form af et trykt læringsmiljø, gode faciliteringskompetencer og eksisterende velfungerende strukturer for pleje- og arbejdsmiljøarbejdet, som denne indsats kan knyttes sammen med eller drage nytte af (se flere detaljer i den tværgående beskrivelse af enheden nedenfor).

### **Refleksiv praksis**

At have skabt ændringer i forhold til 'refleksiv praksis' vil sige, at medarbejderne aktivt anvender teori og metoder fra implementerings- og læringsforløbet til at kvalificere de faglige valg i plejearbejdet. For at se effekter på dette udfald er der en hel kæde af forhold, der skal være på plads. Deltagerne skal være motiverede for forløbet, og de skal opleve, at det er relevant i deres arbejde. Det gjorde alle de deltagende enheder, selvom alle ikke havde et aktuelt højt niveau af voldsomme episoder. Så skal deltagerne opleve, at forløbet var godt og gav dem nogle gode redskaber, hvilket var tilfældet. Derudover skal mekanismerne "kobling til praksis" og "fælles fagligt ståsted" også være aktiveret, hvilket skete i lidt forskellige grad, som beskrevet ovenfor. Med afsæt i disse forhold og mekanismer er det muligt at komme til et udfald med øget refleksiv praksis. Dette gjorde en plejeenhed i "høj grad", mens tre gjorde det i "mellem grad" og en enkelt blot lykkedes med det i "lav grad".

En medarbejder, der har deltaget i forløbet, fortæller om skiftet over mod en mere refleksiv praksis på følgende måde:

*Det har været meget med at gå væk fra "synsninger" og kigge på den faglige base. For det er altid "synsningerne", der kommer frem. Folk glemmer, at der skal være en faglig baggrund for, at vi kan "synes" det her. Ellers er det ikke en hjælp til vores beboere. Så er det bare 30 medarbejderes mening om, hvad de synes. Og så bliver beboerne bare kasterbold fra den ene "synsning" til den anden. Så det der med at få det op af maven og få beboerne i centrum og i spil. Vi har rigtig meget fokus på blomsten. Efter jeg har fået den funktion, jeg har fået, er det blomsten, der er kommet i spil, og trivslen hos vores beboere. Men også det her med at udnytte den tid, vi har, så det ikke går op i hat og briller. Det er noget med at få nogle aktiviteter på dagsplanen, hvis vi er mere end 6 medarbejdere. Få det rammesat, for at det bliver synliggjort, for at vi kan udnytte tiden bedst muligt og hanke op i folk. At det ikke bliver en kaffeslappe-gruppe, som det nogle gange godt kan blive (...).*

Medarbejderen beskriver, hvordan hun i sin funktion af at være demensnøgleperson arbejder med personalegruppen i forhold til det, hun kalder "at komme væk fra synsninger", dvs. kollageres egne holdninger over mod en faglig vurdering. Her nævner medarbejderen at bruge 'blomsten' (Kitwood & Andersson, 1999) (plejefagligt værktøj, hvor man har fokus på forskellige elementer hos den beboer man gennemgår, se også: [Introduktionshåndbog, Faglig ledelse \(sst.dk\)](#)), som et redskab til at holde det faglige fokus. Det er også tydeligt af eksemplet, at det kræver noget arbejde at lykkes med en

refleksiv praksis, og at man her er inde og arbejde med en større kulturændring og tilgang i plejen.

En anden demensnøgleperson beskriver dette kontinuerlige arbejde på følgende måde:

*Det er noget, min leder har bakket mig op i. Så selv implementeringsdelen, og den del af nøglefunktionen, går fuldt ud hånd i hånd for mit eget vedkommende. Der er stadigvæk lang vej, men hvor jeg sådan kan høre, at det er meget svært andre steder... Selvfølgelig er det svært, for det er det, men det går faktisk langsomt fremad heroppe. Den fornemmeste opgave, man kan, er at smide refleksioner. Hele tiden. Det bruger vi meget tid på, os fire, der har været afsted.*

Medarbejderen fremhæver betydningen af at arbejde løbende med den refleksive praksis. At det er et kontinuerligt arbejde, hvor hun ser sin rolle som en, der kan komme og give sine kolleger refleksioner over forskellige situationer i plejen og på den måde træne kollegerne i altid at se flere forskellige mulige faglige tilgange til en plejesituation. Medarbejderen fremhæver også betydningen af, at hendes leder bakker hende op i dette arbejde, og at hun i kraft af sin funktion som demensnøgleperson kan arbejde med implementeringen af den viden, der kom fra forløbet, og se, hvordan de to ting understøtter hinanden og "går hånd i hånd".

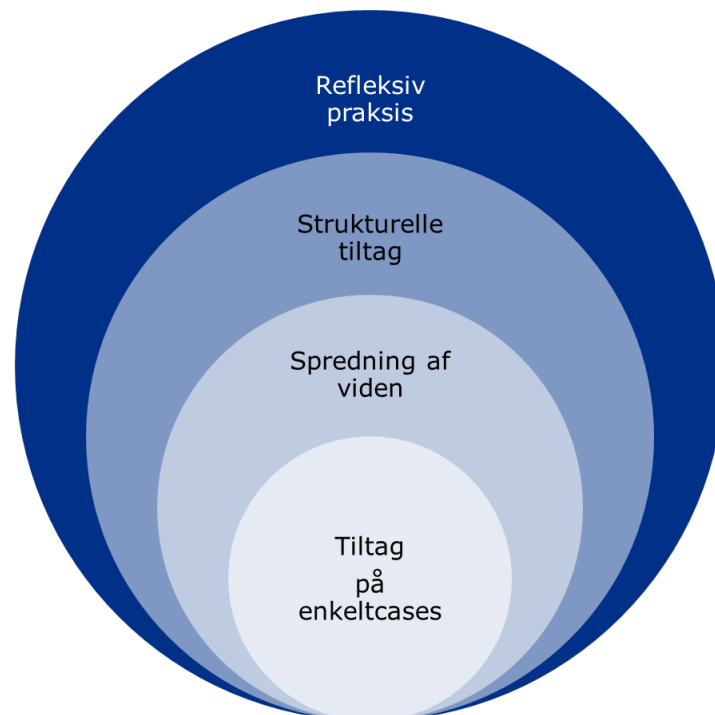
### **De samlede virkninger**

Som tidligere nævnt, er de fire valgte typer af forandringer forskellige både i forhold til, hvor bredt de rammer, og hvem de involverer. Forskergruppen betragter derfor de fire udfald som implementeringsniveauer:

- Det inderste cirkel er at lave tiltag på enkeltcase-niveau. Her er der en konkret udfordring i relation til en specifik beboer, som der laves et tiltag i forhold til. Tiltagene er afgrænsede, målrettede og konkrete i forhold til den specifikke case, og det kan typisk ikke bredes ud til andre beboere. Desuden ophører det med at være relevant, når den konkrete problematik er løst eller ikke længere er aktuel. Viden behøver ikke at blive spredt ud over den gruppe, der arbejder med det konkrete tiltag.
- Den næste cirkel, hvor man kommer lidt længere ud i forhold til, hvem man rammer, og hvor blivende forandringen kan forventes at være, er, når man lykkes med spredning af viden og at sikre sig, at viden, metoder og værktøjer bevæger sig ud over den kreds, der enten har deltaget i det konkrete læringsforløb og/eller er i kontakt med den beboer, som der er lavet et konkret tiltag i forhold til.
- Det tredje cirkel handler om, hvorvidt der er gennemført strukturelle ændringer i enheden. Altså at der er igangsat overordnede og tværgående tiltag, eller at der er skabt nye strukturer for at understøtte det faglige arbejde eller arbejdsmiljøtiltag. Sådanne tiltag vedrører alle og er blivende i organisationen, derfor vil denne type tiltag forventeligt have en større og mere blivende virkning end for eksempel tiltag på enkeltborgerniveau.

- Den yderste cirkel er 'refleksiv praksis', der henviser til, at medarbejdere og ledere har integreret teori og metoder, som de har udbredt efter forløbet, og bruger dette aktivt i deres daglige arbejde. Der er her tale om en reel kulturændring i organisationen.

Jo længere man bevæger sig udad i cirklerne (fra tiltag på enkeltborgerniveau, spredning af viden, til strukturelle ændringer og endelig refleksiv praksis) jo mere sandsynligt er det teoretisk set, at indsatsen vil have en mere vedvarende virkning. Dette er illustreret i nedenstående figur 17.



**Figur 17.** Implementeringsniveauer.

I den samlede kolonne for udfaldene, der ses af nedenstående figur 18 og 19, er det markeret, hvordan det samlet er gået med udfaldene for hver plejeenhed.

En plejeenhed lykkes kun i "lav grad" med alle fire udfald. To enheder har det samme mønster, hvor de lykkes i "høj grad" på "enkeltborgerniveau", i "mellem grad" med at sprede viden og arbejde refleksivt i plejeenheden og blot i "lav grad" lykkes med at lave strukturelle ændringer.

En enhed lykkes i "høj grad" med at lave tiltag på enkeltborgerniveau, de lykkes kun i "lav grad" med at sprede viden i enheden, men får til gengæld i "mellem grad" arbejdet både med "refleksiv praksis" og "strukturelle ændringer". Selvom denne enhed og de to forrige har samme andel af udfald, de lykkes med i høj, mellem og lav grad, så vurderer vi, at der er en større sandsynlighed for, at den case (plejehjem 2 i skemaet), der i "mellem grad" lykkes med at lave strukturelle ændringer, vil få en mere blivende effekt af indsatsen end de to enheder, der lykkes med dette i "lav grad", fordi det er dette

udfald, der bedst sikrer, at tiltagene bygges ind i organisationen og eksisterer fremadrettet.

Den sidste af de fem enheder lykkes i "høj grad" med fire ud af fem udfaldsmål: tiltag på enkeltborgerniveau, refleksiv praksis og strukturelle ændringer. Derudover lykkes de i "mellem grad" med at sprede viden i enheden. På denne baggrund er det realistisk, at denne plejeenhed vil kunne opnå blivende ændringer, og at man på sigt vil kunne forvente at se en øget trivsel og reduktion af voldsomme episoder, som var implementerings- og læringsforløbets formål.

		Kom-mune	Forudsætninger for plejeenhedens deltagelse				Interventions-mekanismer			Udfald				Udfald samlet
Case-kommuner	Pleje-enheder	Under-støt-telse	Stabilit et i person alegruppen	Stabilitet i deltager-gruppen	Oplevelse af aktualitet (voldsomme hændelse)	Impleme nterings-kompe-tence	Kobling til praksis	Dobbelt-perspektiv	Fælles fagligt ståsted	Tiltag på enkelt case	Spredning af viden	Struktu-relle ændring-er	Reflek-siv praksis	Kombination af udfald
Case-kom-mune 1	Pleje-hjem 1	Lav grad	Mellem grad	Høj grad	Mellem grad	Mellem grad	Mellem grad	Lav grad	Mellem grad	Høj grad	Mellem grad	Lav grad	Mellem grad	Tiltag på enkeltcase
	Pleje-hjem 2		Lav grad	Lav grad	Mellem grad	Mellem grad	Mellem grad	Lav grad	Lav grad	Høj grad	Lav grad	Mellem grad	Mellem grad	Tiltag på enkeltcase Mellem grad af strukturelle ændringer
Case-kom-mune 2	Pleje-hjem 3	Mellem grad	Lav grad	Mellem grad	Høj grad	Lav grad	Høj grad	Lav grad	Lav grad	Lav grad	Lav grad	Lav grad	Lav grad	Lav grad af alle udfald
	Pleje-hjem 4		Lav grad	Høj grad	Mellem grad	Høj grad	Høj grad	Lav grad	Høj grad	Høj grad	Mellem grad	Høj grad	Høj grad	Refleksiv praksis Struktur
Case-kom-mune 3	Pleje-hjem 5	Mellem grad	Mellem grad	Mellem grad	Lav grad	Mellem grad	Høj grad	Mellem grad	Mellem grad	Høj grad	Mellem grad	Lav grad	Mellem grad	Tiltag på enkeltcase

Bilag 7 indeholder en beskrivelse af hvilke forhold, der giver hvilke scorere

**Figur 18.** Komparativ analyse af plejeenhederne.



	Kommune	Forudsætninger for plejeenhedens deltagelse i forløbet				Interventions-mekanismer			Udfald
Plejeenheder	Understøttelse	Stabilitet i personalegruppen	Stabilitet i deltagergruppen	Oplevelse af aktualitet (voldsomme hændelse)	Implementeringskompetence	Kobling til praksis	Dobbeltperspektiv	Fælles fagligt ståsted	Udfald samlet
Plejeenhed 1	Lav grad	Mellem grad	Høj grad	Mellem grad	Mellem grad	Mellem grad	Lav grad	Mellem grad	Tiltag på enkeltcase
Plejeenhed 2		Lav grad	Lav grad	Mellem grad	Mellem grad	Mellem grad	Lav grad	Lav grad	Tiltag på enkeltcase Mellem grad af strukturelle ændringer
Plejeenhed 3	Mellem grad	Lav grad	Mellem grad	Høj grad	Lav grad	Høj grad	Lav grad	Lav grad	Lav grad af alle udfald
Plejeenhed 4		Lav grad	Høj grad	Mellem grad	Høj grad	Høj grad	Lav grad	Høj grad	Refleksiv praksis Struktur
Plejeenhed 5	Mellem grad	Mellem grad	Mellem grad	Lav grad	Mellem grad	Høj grad	Mellem grad	Mellem grad	Tiltag på enkeltcase

**Figur 19.** komparativ analyse for plejeenhederne – samlede udfald.

## **Et tværgående blik på forudsætninger, mekanismer og udfald**

I det nedenstående beskrives to cases. Den case som i lavest grad er lykkedes med alle fire udfaldsmål (plejehjem 3), og den som i højest grad er lykkedes med tre af de fire udfaldsmål (plejehjem 4).

Det beskrives, hvordan forudsætninger og aktivering af de udvalgte mekanismer er med til at påvirke udfaldene, mens både kommunens understøttelse af plejeenhedens lokale arbejde og leverandørerne til implementerings- og læringsforløbet er konstante, da plejehjem 3 og 4 har deltaget på det samme forløb i den samme kommune.

Dette gør, at forskellene særligt i forudsætningerne træder tydeligere frem. Det er imidlertid ikke det samme, som at leverandørerne og kommunen ikke er af betydning, da der ligger et stort potentiale i, at kommunen understøtter enhederne, så de får bedre forudsætninger for at lykkes med forløbet.

Det fremgår af de kvantitative data, at deltagerne på tværs af de tre leverandører var tilfredse med forløbet og glade for den undervisning, de modtog. Når man ser på, hvilke mekanismer der er blevet aktiveret, er det derudover tydeligt, at der er lige så stor variation i aktiveringen af mekanismerne mellem to plejeenheder, der har haft den samme leverandør, som på tværs af leverandører.

Kommunens understøttelse af de enkelte plejeenheder forventes at have en central betydning for plejeenhederne i forhold til at kunne prioritere den forebyggende indsats, sikre ressourcer og støtte op om de konkrete tiltag. Her ses imidlertid for lille varians i materialet, hvor de tre kommuner ligger på henholdsvis "lav" og "mellem" grad af understøttelse af enhederne til, at der kan siges noget om, hvilken forskel dette i praksis ville kunne gøre for implementeringen.

Herunder gennemgås henholdsvis forudsætninger for deltagelse, mekanismer og udfald i en sammenhængende beskrivelse for to plejeenheder.

### **Den plejeenhed, der i lavest grad lykkes med udfaldsmålene:**

På denne enhed er konteksten, at der lav stabilitet i personalegruppen, hvilket konkret vil sige, at de har et højt sygefravær, har stillinger, som er svære at få besat af faglært personale eller i det hele taget få besat, og at der har manglet eller været meget pressede nøglemedarbejdere. Konkret har enheden manglet en souschef, og den øverste leder har haft personaleansvar for en meget stor medarbejdergruppe, og vedkommende har netop opsagt sin stilling ved efterinterviewet.

Derudover har plejeenheden en høj forekomst af voldsomme episoder med både borgere og pårørende, hvilket kunne fungere som en motiverende faktor i forhold til at deltage i forløbet og arbejde med de forskellige tilgange og metoder.

Plejeenheden har oplevet en høj forekomst af voldsomme episoder med både borgere og pårørende, hvilket kunne være en motiverende faktor i forhold til at deltage i forløbet og arbejde med de forskellige tilgange og metoder. I en presset hverdag med de ovenstående forhold er denne faktor imidlertid også med til at trække ressourcer ud af personalegruppen og gøre, at de oplever sig nødsaget til at fokusere på driften og har mindre overskud til det udviklings- og implementeringsarbejde, som dette forløb kræver. De voldsomme episoder fører også konkret til sygemeldinger.

Enheden har en lav grad af implementeringskompetence, hvilket konkret kommer til udtryk i form af manglede faste strukturer og overskud til facilitering samt et generelt presset miljø, der påvirker læringen og overskuddet i organisationen. Fraværet af disse forudsætninger gør, at den eneste mekanisme, der aktiveres i høj grad er "koblingen til praksis", mens de to øvrige mekanismer "dobbelt perspektiv" og "fælles fagligt ståsted" blot aktiveres i lav grad.

Med dette afsæt lykkes enheden blot med alle de fire udfald i "lav grad". Ved de opfølgende interviews 4-6 måneder efter forløbet forklarer en medarbejder, der har deltaget i forløbet, følgende:

*Medarbejder: Ja, vi har nogle udfordringer. Altså lige nu fylder det jo, at lederen har sagt op. Men for mit vedkommende fylder det, at der ikke er nok tid til den sygepleje, der skal være. Og så har vi et par borgere, hvor man kan lave nedslag – nu har du lige hørt om, at vi har en meget seksualiserende borger, og det har været lidt som at slå i en dyne at få nogen til at tage ansvar for det. Jeg har kæmpet siden september sidste år, så det er snart ovre. Så det er svært at få nogen til at være med på at løse problemerne. (...) Fordi der ikke er nogen struktur. Fordi det ikke bliver planlagt. Fordi man ikke prioriterer det. (...) For vi ved jo godt, hvad der skal til. Problemet er bare, hvis ikke det sker. Og så har vi fået en borger ind, som ikke er dement, men som fylder meget plejemæssigt, og det skaber jo en masse røre, så man er nødt til at prøve at holde skruen i vandet.*

Oplevelsen er altså, at der mangler lederstyring, at der lige nu slet ikke er en ny leder til at overtage, at strukturerne ikke er på plads, og at der er forskellige udfordringer med konkrete beboere, der tager tid og ressourcer i en grad, så medarbejderen oplever ikke at have tid nok til den sygepleje, hun mener, der bør være. Samlet betyder det, at fokus bliver på at få dagligdagen til at fungere bedst muligt under disse omstændigheder, "at holde skruen i vandet", som hun udtrykker det.

### **Den plejeenhed, der lykkes med flest udfaldsmål i højest grad:**

Forudsætningerne på denne plejeenhed består tilsvarende af en lav grad af stabilitet i personalegruppen, her handler det dog primært om, at sygefraværet opleves at fylde meget og fører til en situation med knappe personaleressourcer, men det opleves ikke, at sygefraværet er relateret til voldsomme episoder. Der er samtidig stabilitet blandt nøglepersoner som ledere og en kerne af medarbejdere, der har været i organisationen i mange år. Der har været en høj grad af stabilitet i deltagergruppen, hvor alle fem tilmeldte

har deltaget i forløbet og fortsat er i organisationen. Voldsomme episoder fylder i "mellem grad" i enheden, og der er en høj grad af implementeringskompetence i form af et trygt læringsmiljø, faste strukturer i arbejdet (i form af for eksempel effektive triageringsmøder, faste personalemøder, hvor arbejdsmiljø er på som fast punkt og en velfungerende demensnøglefunktion) samt rigtig gode faciliteringskompetencer blandt leder og medarbejdere, der deltager i forløbet. Dette fører til, at de i høj grad får aktiveret mekanismerne "kobling af teori til praksis" og "fælles fagligt ståsted". Derimod kommer medarbejdertrivsel og arbejdsmiljøaspektet ikke til at fylde særligt meget, og de får derfor kun aktiveret mekanismen om "dobbeltperspektiv" i lav grad. De står imidlertid på et godt fundament af forholdsvis gunstige forudsætninger og høj grad af aktivering af to ud af tre mekanismer. Dette ses i udfaldene, hvor enheden i høj grad lykkes med tre ud af fire udfald, hvoraf to er "refleksiv praksis" og "strukturelle ændringer", som er de forhold, der forventes at kunne føre til en mere blivende ændring i enheden.

Medarbejderen, som deltager i efterinterviewet, oplever, at noget lykkes, fordi der er stor ledelsesopbakning, og at hendes arbejde som demensnøgleperson stemmer overens med det, de skal arbejde med på baggrund af forløbet, hvilket betyder, at implementeringen understøttes af et forud eksisterende fokus i organisationen og strukturelt ophæng i organisationen, som deltagerne i forløbet kan knytte de nye tiltag sammen med.

En medarbejder fra enheden fremhæver selv særligt betydningen af et trygt læringsmiljø, ledelsesopbakning og det, at det er den gradvise indarbejdelse af den nye tilgang, der støt, men roligt påvirker kulturen:

*"Så vi skal smide refleksioner ud på hver vores måder og gøre det spændende i de refleksioner, vi smider ud, for at kollegerne "bonder" med det, eller hvad vi skal kalde det. Og der er nogle kolleger, hvor man er blevet positivt overrasket over de tilbagemeldinger, de kommer med, at der er sket noget refleksionsmæssigt. Og det tror jeg, er, fordi refleksionerne bliver smidt ud, og det ikke er en løftet pegefinger, men at vi kommer med input, kaster bolden op og siger... For eksempel har vi haft en spisestuesituation, hvor nogle beboere var kede af at sidde sammen, og så kan vi ikke sige, at det specifikt er den beboer, det handler om. Så er vi nødt til at ryste posten og kigge med faglige øjne: Hvordan kan vi støtte alle beboerne i hele huset i det her, frem for at vi kun flytter én. For det kan godt være, det er én beboer med demens, men de kan jo også godt føle, at de bare bliver flyttet. Så hvordan kan vi sådan rent fagligt flytte fokuset, så det gavner alle vores beboere? Bare en simpel ting som at få det op på et fagligt niveau. Og det har der også været ledelsesopbakning til. Det har faktisk fået dem til at sætte sig ned og kigge på, "hvordan kan vi samlet set kigge på, hvad gavner vores beboere mest muligt i spisesituationen." Og så kan vi tage til overvejelse om tre måneder, om det fortsat fungerer, eller om vi skal ændre i huset igen. Sådan nogle ting. Der sker en stille og rolig udvikling. Det ser jeg som positivt."*

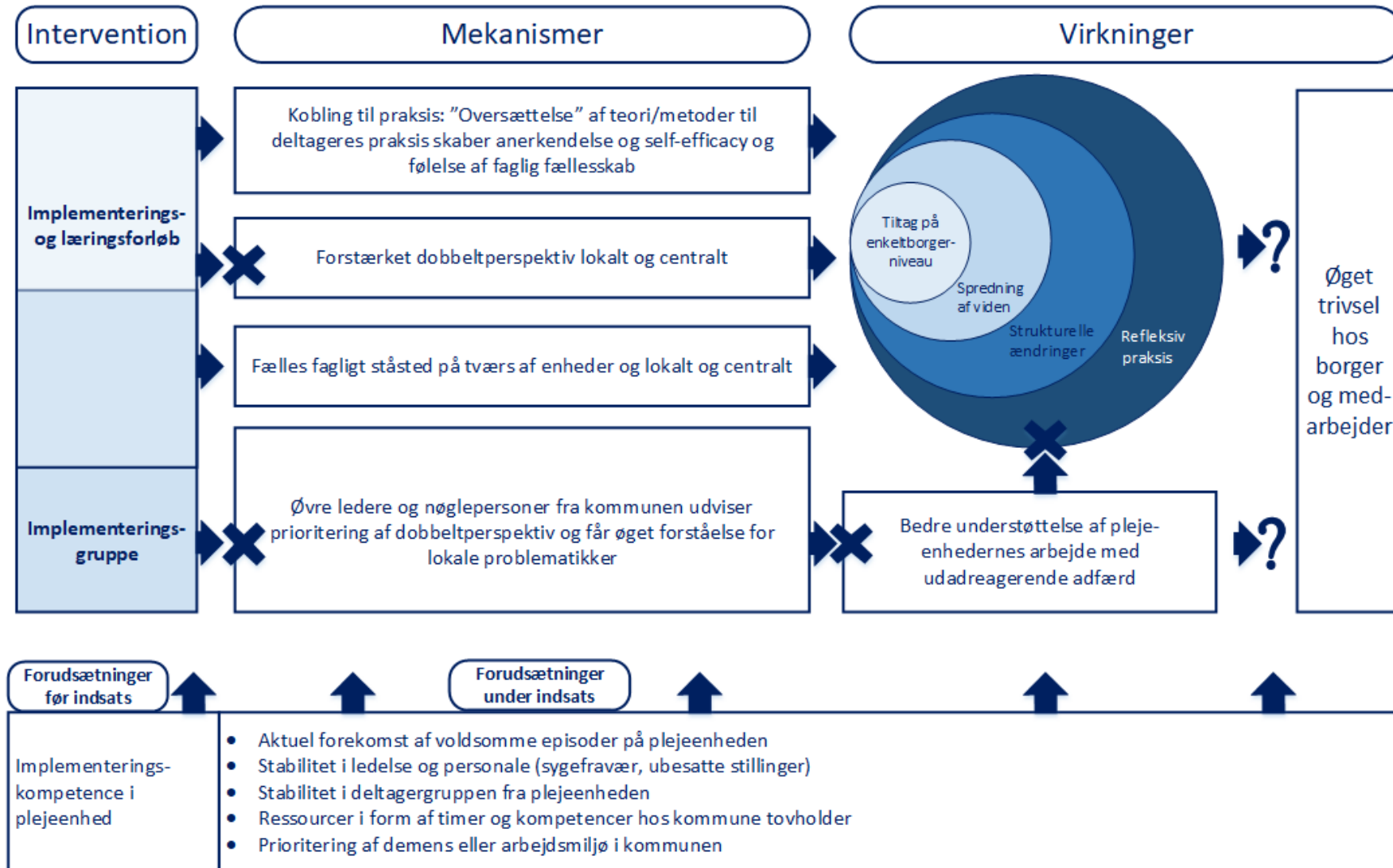
De to ovenstående cases har eksemplificeret, hvordan forudsætninger og mekanismer på forskelligvis påvirker udfaldene. Ved sammenligning af de to cases kan man se, at stabilitet i personalegruppen betyder rigtig meget – det er dog ikke alene determinerende for udfaldene, da man kan komme langt, hvis der er en central gruppe kernemedarbejdere, ledelsesopbakning, et godt læringsmiljø og eksisterende strukturer i organisationen, men er alle disse forhold kun tilstede i lav grad, vil det forventeligt være rigtig svært at få aktiveret de nødvendige mekanismer og se positive resultater i udfaldene.

Mange af deltagerne er imidlertid kommet langt med udfaldet vedrørende tiltag på enkeltborgerniveau, angiveligt fordi dette har fået stor støtte og opmærksomhed på workshops på tværs af forløb og har været en integreret del af øvelserne på implementerings- og læringsforløbet, som generelt er lykkedes i høj grad.

På baggrund af disse resultater, ser der ud til at være et potentiale for i højere grad også at kunne understøtte deltagerne i at nå de andre udfaldsmål længere ud i udfaldscirklerne såsom, hvordan de bedst spreder viden i deres organisation, og hvordan de kan indarbejde strukturelle ændringer.

## **Programteorien 2. version – opsamling på resultatafsnit**

Som en del af denne evaluering kvalificeres programteorien om, hvordan og under hvilke omstændigheder implementerings- og læringsforløbet kan være virksomt. På baggrund af data fra evalueringen er der gennemført præciseringer fra den 1. version af programteorien (figur 1) til den 2. version (figur 20, nedenfor). Som man kan se af figur 20 nedenfor, er der færre faktorer i den opdaterede programteori sammenlignet med den indledende programteori i figur 1. Disse tilpasninger er foretaget på baggrund af data fra evalueringen. Herudover er programteorien, der er teoretisk funderet - og nu empirisk præciseret - holdt op imod, hvordan det så faktisk gik med indsatsen. Den viser altså grafisk, hvorvidt mekanismer blev aktiveret og udfald opnået, sådan som det var tænkt forud for implementerings- og læringsforløbet. Pilene markerer en sammenhæng mellem forhold (for eksempel mekanismer og udfald). Krydser markerer der, hvor der var en teoretisk forventning om en sammenhæng, men som ikke kunne observeres i data fra de fem udvalgte plejeenheder og de tre kommuner.



**Figur 20.** Programteori version 2.

Som det fremgår af den komparative analyse, er der ikke blot én kombination af mekanismer og forudsætninger hos plejeenhederne, der kan være virksom. De kan spille sammen på forskellig vis i forhold til at begrænse eller understøtte de ønskede virkninger. Analyserne viser dog samlet, at plejeenheder med: En mellem grad af forekomst af voldsomme hændelser, høj grad af implementeringskompetence, stabilitet i personalegruppen og i deltagergruppen vil have nemmere ved at tage imod implementerings- og læringsforløbet og omsætte det til mere omfattende tiltag, der ligger længere ude i udfaldscirklerne, i form af for eksempel strukturelle ændringer eller øget reflektiv praksis.

Kobling til praksis, fælles fagligt ståsted og dobbeltperspektiv, er de tre forhold (mekanismer), som implementerings- og læringsforløbene ideelt skal skabe for, at der kan forventes at se de ønskede virkninger. I praksis har det været muligt for nogle af plejeenhederne at nå udfaldsmål længere ude i implementeringscirklen med blot to af disse tre mekanismer, nemlig fælles fagligt ståsted og kobling til praksis. Det ligner dog ikke, at der kan opnås udfald, som man kan forvente er mere blivende i organisationen, hvis ikke to udfald som minimum er aktiveret på forløbet.

Her er det vigtigt at understrege, at der ikke er målt direkte på borgertrivsel og medarbejdertrivsel i denne undersøgelse, og man kan derfor ikke vide, om de igangsatte tiltag vil påvirke de to ønskede slutmål ligeligt. Det er sandsynligt, at de forebyggende tiltag, der er sat i gang i de medvirkende plejeenheder, primært vil virke på borgertrivslen og kun sekundært på medarbejdertrivslen. Dette skyldes, at dobbeltperspektivet ikke fylder ligeligt i de tiltag, som plejeenhederne arbejder med mellem og efter forløbsgangene, hvorimod der er en tendens til primært at fokusere på borgertrivslen. Derfor kunne man søge gennem undervisningsmaterialet, øvelser og anbefalinger til, hvilke tiltag der igangsættes på plejeenhederne, at øge arbejdsmiljøside af dobbeltperspektivet med henblik på at sikre en mere ligelig balance i de forebyggende handlinger.

I forhold til implementeringsgruppens rolle i forløbet er det vanskeligt at konkludere noget entydigt, da den indsamlede data tyder på, at den del af implementerings- og læringsforløbet, der vedrørte implementeringsgruppen, ikke blev fuldt implementeret. Der er kun indsamlet data fra tre kommuner, men disse tyder på, at det kunne handle dels om forudsætningen hos kommunen "ressourcer hos tovholder (for eksempel tid allokering)" og dels om at få aktiveret mekanismen "synlig prioritering og indblik i lokale problematikker". Hvorvidt udfaldene blandt plejeenhederne havde været bedre, hvis implementeringsgruppen havde fungeret bedre, kan ikke vurderes, da der ikke er variation nok i de cases, der indgår.

Den bedste situation i forhold til at skabe varige forebyggende og håndterende tiltag i plejeenhederne synes at være en kombination af mellem grad af forekomst af voldsomme hændelser, som sikrer oplevelse af aktualitet, men som ikke overbelaster afdelingen, en høj grad af implementeringskompetence, stabilitet i personalegruppen og i deltagergruppen i kombination med aktivering af mindst to (ud af tre) mekanismer: Kobling til praksis, fælles fagligt ståsted og dobbeltperspektiv.

Det er teoretisk forventeligt, at en større grad af understøttelse fra kommunen ville kunne skabe bedre betingelser for mere varige forebyggende og håndterende tiltag i plejeenhederne. Det er imidlertid ikke muligt ud fra den indsamlede data, at be- eller afkræfte dette, da de tre case-kommuner lå på et ens niveau, hvor dette ikke skete.

## **Design af indsatsen**

Som en del af evalueringen afdækkes også deltagernes oplevelser med designet af indsatsen på baggrund af deres tilbagemeldinger i interviews og spørgeskema-besvarelser.

Holddeltagerne har generelt været rigtig positive over for undervisningen både på moduler og workshops. Af den brede del af evalueringen fremgår det, at deltagerne langt overvejende oplever i høj grad at have fået viden, redskaber og metoder til at forebygge og håndtere voldsomme episoder. De oplever, at der er en rigtig god vekslende mellem oplæg, øvelser og refleksioner, og de oplever, at der i høj grad bliver taget udgangspunkt i deres konkrete og genkendelige hverdag. Fra den dybdegående del af evalueringen fremgår det desuden, at fem dage (tre moduler og to workshops) blev oplevet som passende af de udvalgte cases-deltagere på den måde, at det ikke var for længe at være væk fra arbejdspladsen (set fra medarbejderperspektivet), men nok tid til, man kunne nå at tilegne sig ny viden og arbejde med det.

Det blev oplevet som positivt, at undervisningen var hele dage, og at deltagerne var fysisk væk fra deres arbejdsplads, så de kunne være fokuserede på implementerings- og læringsforløbet, og de ikke skulle nå arbejdspladsrelaterede ting før eller efter undervisningen, som kunne tage opmærksomheden fra undervisningen.

Der var stor enighed om, at det fungerede rigtig godt at sidde sammen i gruppen af de fem deltagere fra samme arbejdsplads og at have tid til at arbejde med egne cases og diskutere tilgange. Denne tilbagemelding kommer helt enslydende fra både deltagende medarbejdere og deltagende ledere.

Derudover fungerede det også i særdeleshed godt, at arbejdspladser inden for ældreområdet deltog sammen på moduler og workshops, og at de var blandet, så for eksempel plejehjem og hjemmeplejen deltog sammen. De udvalgte case-deltagere i den dybdegående del af evalueringen fortæller, at det gav dem rigtig meget at sidde sammen på tværs af enheder og høre om andre arbejdspladsers udfordringer, løsninger og konkrete igangsatte tiltag. En del har derudover ladet sig inspirere af hinanden i de konkrete tiltag, de udarbejder. Det var i programteori 1 antaget, at spredning af viden ville ske via implementeringsgruppens arbejde med tværgående tiltag, men det ligner, at det i stedet til dels er sket gennem direkte udveksling mellem plejeenhederne på modulerne.

I forhold til selve indholdet af forløbet oplevede deltagerne, at underviserne var rigtig dygtige til deres fagområde og gode til at lære fra sig. De oplevede, at der var en spændende og dynamisk vekslende mellem oplæg, drøftelser og arbejde med egen udfordringer. Dette kan genfindes i aktiveringen af mekanismen "kobling til praksis",



der viser, at deltagerne oplevede, at underviserne var rigtig gode til at koble teorier, modeller og tilgange til deltagerens praksis. Som en af deltagerne udtrykker det:

*I: Hvis der skulle have været noget, der var anderledes [på forløbet], hvad kunne du så have ønsket dig?*

*R: Jamen, det var jo, at alle havde fået det tilbud. Det er jo sådan det. Ellers synes jeg ikke, at der var noget at sætte en finger på. Jeg synes, det var en rigtig god proces. Jeg synes, det var nogle gode dage. Og jeg synes, det var rigtig godt at komme rundt. Og som sagt synes jeg bare, at det var nogle mega gode undervisere.*

Som det fremgår, har deltagerne været meget glade for forløbet. Flere ville gerne som medarbejderen i citatet nederst have kunnet sprede det ud til endnu flere kolleger. Dette både fordi undervisningen opleves som god og relevant for det praktiske arbejde, og fordi deltagerne typisk selv oplever, at det er svært at skulle tilbage til arbejdspladsen og formidle den viden, de har fået videre.

Designmæssigt er der valgt en train-the-trainer tilgang, hvor holddeltagerne (typisk fire medarbejdere og en leder) skal videreformidle den viden, de har fået til deres kolleger, som ikke selv har deltaget på forløbet. Denne del af indsatsen opleves særligt udfordrende for deltagerne. Se mere om dette i afsnittet om spredning af viden. Der er imidlertid forskellige ønsker og forslag til denne del fra deltagerne, som vil blive gennemgået i det følgende:

En fremhæver betydningen af, at underviserne i endnu højere grad hjælper med at "pakke" den viden, de skal tage med tilbage, og at de giver råd til videreformidlingen på arbejdspladsen. Flere fremhæver, at den gruppe, man sender afsted til undervisningen, skal være tilpasset antallet af kolleger, man skal tilbage og videreformidle til, så man måske er fem deltagere til en mindre arbejdsplads, men ti eller 15, hvis man arbejder på en større plejeenhed, så formidlingsopgaven ikke bliver så omfattende. Der er også en del, der nævner vigtigheden af at have ledere med - også gerne mere end én for bedre at sikre forankring efterfølgende. Andre ønsker, at underviserne kommer ud på enheden, og det er et tilbud til alle kolleger, eller at kolleger kan deltage i senere runder af implementerings- og læringsforløbet, så man gradvist får flere på arbejdspladsen, der har samme faglige udgangspunkt. Alternativt fremhæves et ønske om, at det var muligt at få en "brush up" undervisningsdag et halv til et helt år senere for at genaktivere den nye viden.

Et andet overordnet element, som det er relevant at se nærmere på her, er den understøttende funktion, der var tiltænkt implementeringsgruppen. Teoretisk er der belæg for, at et tværgående organisatorisk fokus er vigtigt for at understøtte god implementering inden for psykosociale interventioner (Andersen, Andersen, Karlsen, Jaspers, & Aust, 2021; Hasson, Villaume, von Thiele Schwarz, & Palm, 2014; Sofie Ø. Jaspers et al., 2022; Møller, Jaspers, Thomassen, & Erichsen, 2022; Nielsen, Jørgensen, & Munch-Hansen, 2008). Denne del synes imidlertid ikke at være aktiveret som tiltænkt, idet ingen af de tre

deltagende kommunecases har lavet tværgående tiltag, og ingen af de deltagere, der er interviewet, har oplevet en tydelig italesættelse af prioriteringen af området fra implementeringsgruppen, eller har kendt deres rolle som en understøttende funktion til indsatsen.

Af de kvalitative interviews fremgår det, at mandatet til implementeringsgruppens arbejde ikke altid har været forhandlet på plads, inden forløbet er igangsat. Af spørgeskemadata fremgår det også, at nogle har oplevet deres rolle som en del af implementeringsgruppen som uklar, og af de kvalitative data ses det, at implementeringsgruppearbejdet er noget, der skal balanceres tids- og ressourcemæssigt mellem en lang række andre opgaver. Der er altså en række forhold vedrørende implementeringsgruppens arbejde og rolle, som man med fordel kan arbejde med at gøre mere specifikke og afklarede i relation til den praktiske udførelse af implementerings- og læringsforløbene.

I efterinterviewene med holddeltagerne gengiver de fleste af interviewpersonerne, at implementeringsgruppens arbejde var ukendt for dem, at de ikke har mødt dem eller kender deres funktion. Der synes altså at være et potentiale for i højere grad at bruge implementeringsgruppens deltagelse i workshops til tydeligt at vise prioritering af forebyggelsesarbejdet med voldsomme episoder og give indsigt i det arbejde, implementeringsgruppen laver.

#### **Forbedringsforslag til designet af implementerings- og læringsforløbene fra evalueringen**

1. Fasthold det høje faglige og didaktiske niveau på modulerne.
2. Fasthold den udveksling der sker mellem plejeenhederne på modulerne.
3. Understøt deltagerne endnu mere i at videreformidle viden til deres kolleger.
4. Styrk implementeringsgruppens rolle i indsatsen og lad dem være mere synlige i deres prioritering af forebyggelse af voldsomme episoder på de to workshops i implementerings- og læringsforløbet, så deltagerne tydeligt oplever, at implementeringsgruppen vil understøtte deres lokale arbejde.

**Figur 21.** Forbedringsforslag til designet.

## **Muligheder og begrænsninger med de valgte metoder**

I det følgende præsenteres mulighederne og begrænsningerne ved de metoder, der er brugt i henholdsvis den brede og den dybdegående del af evalueringen. Den brede evaluering gennemgås først.

### **Muligheder og begrænsninger i den brede del af evalueringen**

Denne del af evalueringen bygger på to forskellige spørgeskemaer: et til holddeltagerne og et til implementeringsgruppen. Spørgeskemabesvareelserne giver en bred viden, dvs. vi hører mange personers holdninger til de spørgsmål, der er i spørgeskemaerne.

Holddeltagerne har svaret på kursets sidste workshopdag, hvilket giver en meget høj svarprocent, mens implementeringsgruppen har fået deres spørgeskema pr. mail. Her er svarprocenten kun 31%, hvilket blot svarer til 48 individer. Den lave svarprocent vil med stor sandsynlighed give et mere positivt billede af implementeringsgruppens arbejde, da det kræver et vist engagement at svare på spørgeskemaet. Har et implementerings-gruppedlem ikke deltaget i interventionsaktiviteter eller følt sig motiveret til at understøtte plejeenhedernes arbejde, har vedkommende med stor sandsynlighed heller ikke været motiveret for at besvare spørgeskemaet. Den lave svarprocent har dermed betydning for tolkningen af resultaterne.

Gennem spørgeskemabesvarelsen får man imidlertid et billede af, hvad holddeltagerne synes om forløbet umiddelbart efter, at de har afsluttet det. Deltagerne svarer også på, hvilke ændringer der er sket i deres plejeenhed umiddelbart efter forløbet. Deltagerne spørges blot denne ene gang, og man kan dermed ikke se en udvikling i brugen af viden og metoder fra forløbet sammenlignet med en før-måling.

Den brede evaluering har også den begrænsning, at det kun er deltagere, som har besvaret spørgeskemaet og for eksempel har besvaret spørgsmålene om, hvilke ændringer der er sket i deres egen plejeenhed. Her viser tidligere studier og de kvalitative besvarelser, at kursusdeltagerne typisk ved mest om, hvad der er sket på baggrund af kurset, mens det mindre ofte er blevet formidlet til medarbejdere, der ikke har været på forløbet. Det har med dette set-up heller ikke været muligt at undersøge udviklingen i borger og medarbejdertrivsel og koblingen til disse udfald forbliver derfor antagelser, der skal undersøges videre.

### **Muligheder og begrænsninger ved den dybdegående del af evalueringen**

Den dybdegående del af evalueringen har den fordel, at den giver en mere indgående viden om udvalgte cases og giver adgang til at forstå sammenhænge mellem forudsætninger, mekanismer og udfald på tværs af disse cases og over tid.

I denne del af evalueringen interviewes lederen forud for forløbet og 4-6 måneder efter, at forløbet er afsluttet, hvilket giver en viden om motivation for deltagelse og forudsætninger for deltagelse på de to tidspunkter. Derudover interviewes medarbejdere 4-6 måneder efter forløbet, hvilket giver indsigt i, hvordan det er gået med spredningen af viden, og hvad de konkret har arbejdet med efter forløbsafslutningen. Her er der data både fra medarbejdere, som har deltaget i forløbet, og fra en gruppe medarbejdere, der ikke har deltaget. Modsat spørgeskemabesvarelsen giver dette viden om, hvad der er blevet videreformidlet til medarbejdere, der ikke selv har deltaget, og i hvilket grad der bliver arbejdet med tilgangen i praksis i hele plejeenheden.

Brugen af den fastlagte programteori bl.a. i forhold til dataindsamlingen giver mulighed for at sammenligne cases på de samme faktorer på tværs af leverandør, kommune og plejeenhed. Dette gør det muligt at drage tværgående konklusioner.

Desværre ses der ikke en stor nok varians i forudsætningerne på tværs af de tre kommuner til, at det er muligt at vurdere, om for eksempel en stærk implementeringsgruppe eller kommunetovholder ville have kunne påvirke udfaldene – dette kan blot forventes ud fra et teoretisk perspektiv.

Der ses imidlertid en stor nok varians i mellem plejeenhedscasene til, at det er muligt at sige noget tværgående på baggrund af disse data.

Selvom der altså ses en variation blandt plejeenheder, må det alligevel forventes, at der er en vis selektion i de plejeenheder, der indgår i evalueringen. I det oprindelige design var det planlagt, at der skulle indgå seks plejeenheder, hvoraf én skulle være en hjemmeplejeenhed. På tværs af de tre deltagende kommuner var det imidlertid ikke muligt at rekruttere en sådan case pga. lederudskiftning, udfordringer med længerevarende sygdom i ledergruppen, ressourceudfordringer og omstruktureringer. Det var med andre ord ikke muligt at rekruttere de cases, der havde det sværest, da de ikke kunne overskue at deltage i evalueringen. Det er derfor forventeligt, at de cases, der indgår i evalueringen, vil være lidt bedre end gennemsnittet. Altså at forudsætningerne er lidt bedre i de inkluderede cases, at det er lettere for disse cases at aktivere mekanismerne, og at det går lidt bedre med de udvalgte udfald, end det ville gøre på tværs af alle de cases, der har deltaget på implementerings- og læringsforløbet.

Opsummerende kan det siges, at der altså er forhold i den måde, som data er indsamlet på (både de kvalitative og de kvantitative), der gør, at data angiveligt ser en lille smule pænere ud.

Når det er sagt, bygger evalueringen på forholdsvis gode data – både spørgeskemadata (hvor der er høj svarprocent og mange deltagere) og de kvalitative (hvor der er mulighed for at følge op 4-6 måneder efter forløbet og få data fra forskellige datakilder). Brugen af programteorien til at guide evalueringen har desuden sikret en systematik og konsekvens i tilgangen på tværs af tid (før, under og efter forløbet) og cases.

# Litteraturliste

- Andersen, L. P. S., Andersen, D. R., Karlsen, I. L., Jaspers, S. Ø., & Aust, B. (2021). *Integreret Voldsforebyggelse - Et interventionsstudie til forebyggelse af vold og trusler i psykiatrien og Kriminalforsorgen*. Retrieved from København:
- Buch-Hansen, H. N., Peter. (2005). *Kritisk realisme* (1 ed.). Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Clausen, T., Hagedorn-Rasmussen, P., Lund, H. L., Mathisen, J., Olsen, E. L., Hulvej Rod, N., . . . Christiansen, S. (2023). *Psykosocialt Arbejds miljø på Regionale Arbejdspladser (PARA): Viden der virker*. Retrieved from
- Hasson, H., Villaume, K., von Thiele Schwarz, U., & Palm, K. J. J. o. O. (2014). Managing implementation. *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 56(1), 58-65.
- Jaspers, S. Ø., Andersen, D. R., Karlsen, I. L., Pedersen, A. H. M., Andersen, L. P. S., Conway, P. M., . . . Dyreborg, J. (2022). Contextualizing Violence Prevention—How Contextual Aspects Influence the Implementation of a Violence Prevention Initiative in Prisons and Psychiatry. *Scandinavian Journal of Work Organizational Psychology* 7(1). doi:<https://sjwop.com/article/10.16993/sjwop.141/>
- Jaspers, S. Ø., Dalsgaard, L., Wåhlin-Jacobsen, C. D., Aust, B., Winding, T. N., Jønsson, T., & Kirkegaard, T. (2022). *Tværgående Intervention mod Stress*. Retrieved from
- Karlsen, I. L., Kristiansen, J., Jaspers, S. Ø., Rasmussen, L., Laursen, L. L., Bengtsen, E., & Aust, B. (2023). Reduction of aggressive behavior and effects on improved wellbeing of health care workers and people with dementia: A review of reviews. *Journal of Aggression Violent Behavior*, 101843.
- Kitwood, T., & Andersson, I. Y. (1999). En revurdering af demens: personen kommer i første række.
- Møller, J., Jaspers, S. Ø., Thomassen, K., & Erichsen, M. (2022). *Evaluering af Arbejdstilsynets Brancherettede Indsats - En kvalitativ analyse af, hvordan den Brancherettede Indsats påvirker det tværgående psykosociale arbejdsmiljøarbejde i Kriminalforsorgen og på skoleområdet*. Retrieved from Det Nationale Forskningscenter for Arbejds miljø:
- Nielsen, K., Jørgensen, M. M., & Munch-Hansen, M. (2008). *Teamløshed med det rette twist - inspiration til at arbejde med team, teamledelse og forandringsprocesser.:* Det Nationale Forskningscenter for Arbejds miljø.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. Great Britain: Sage Publications Ltd.
- Sundhedsstyrelsen. (2019). *Handlingsplan til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen*. Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67 2300 København S
- Sundhedsstyrelsen. (2020). *Anbefalinger og inspiration til at forebygge, håndtere og lære af voldssomme episoder og udadreagerende adfærd i ældreplejen*. Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67 2300 København S: Sundhedsstyrelsen.

# **Bilagsoversigt**

**Bilag 1. Informationspjece**

**Bilag 2. Spørgeskema til Implementeringsgruppen**

**Bilag 3. Spørgeskema til holddeltagerne**

**Bilag 4. Oversigt over dataindsamling**

**Bilag 5. Besvarelser fra holddeltagere**

**Bilag 6. Besvarelser fra implementeringsgruppe**

**Bilag 7. Beskrivelse af scoring af den komparative analyse af plejeenhederne**

**Bilag 1. Informationspjece**

## Om implementerings- og læringsforløb

I denne pjece informerer vi om Sundhedsstyrelsens implementerings- og læringsforløb, der er et tilbud til alle kommuner i perioden 2021–2024.

Implementerings- og læringsforløbene er udviklet på baggrund af Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger<sup>1</sup>. De har til formål at styrke arbejdet med at skabe større trivsel for borgere med demens og dermed kunne forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder i ældreplejen. Et forløb består af fem undervisningsdage af 6 timers varighed, som afvikles i løbet af to-fire måneder.

Informationspjece indeholder information om:

<b>Om implementerings- og læringsforløb</b> .....	<b>1</b>
Formål .....	1
Tilmelding.....	2
Datoer .....	2
Leverandører .....	2
Evaluering.....	3
Forplejning.....	3
Lokaler mv.....	3
Pris .....	3
Deltagere.....	3
Implementeringsgruppe .....	4
Program .....	5
Undervisningsform.....	9
Antal forløb pr. kommune.....	10
Kontakt .....	12

### Formål

Formålet med Implementerings- og læringsforløbene er at give alle landets kommuner et fælles fagligt ståsted til at implementere og forankre Sundhedsstyrelsens [Anbefalinger og inspiration til at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder og udadreagerende adfærd i ældreplejen](#). Forløbene er et af initiativerne i [Handlingsplan til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen](#).

---

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen 2020: Anbefalinger og Inspiration til at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder og udadreagerende adfærd i ældreplejen.



En demenssygdom kan påvirke mennesker, så de kommunikerer deres mistroivsel gennem en udadreagerende adfærd. Her er det vigtigt at have forståelse for borgerens situation og adfærd - og arbejde fagligt med at øge borgerens trivsel. Ligesom det er vigtigt at sikre det gode arbejdsmiljø for medarbejderne.

At forebygge udadreagerende adfærd og voldsomme episoder i ældeplejen er til gavn for både borgere og medarbejdere, men det er en kompleks faglig opgave, der kræver særlige kompetencer og viden. Gennem implementerings- og læringsforløbene får deltagerne viden om området og metoder til at skabe forandring i praksis herunder sikre, at både borgere og medarbejdere oplever større, bedre og mere trivsel i hverdagen i ældreplejen. Med et afsæt i denne viden styrkes kommunens arbejde med at forebygge voldsomme episoder og reducere vold og trusler om vold i ældreplejen.

## Tilmelding

Tilmelding sker på vegne af hele kommunen. Derfor forventer vi, at kommunen også kontakter og koordinerer med private leverandører, selvejende institutioner mv. i kommunen før tilmelding. For at vi ved, hvordan forløbene skal fordeles mellem kommunerne i løbet af perioden, beder vi om tilmelding via nedenstående links. Ved tilmelding har kommunen mulighed for at anføre, hvornår man ønsker at gennemføre implementerings- og læringsforløbene. Hver kommune får et halvår til at afvikle forløbene.

De første forløb afvikles til efteråret 2021, og her vil der være en særlig mulighed for at være de første til at gennemføre forløbene. Sundhedsstyrelsen vil følge disse første forløb tæt, og de deltagende kommuner får en særlig rolle i forhold til at påvirke og evaluere afviklingen af forløbene. Der vil efterfølgende blive afviklet forløb i hvert halvår i løbet af perioden 2022–2024.

**[Tilmeld jer forløb i efteråret 2021](#)** - deadline for tilmelding til årets forløb er **den 15. juni 2021**.

**[Tilmeld jer forløb i perioden 2022-24](#)** - deadline for alle disse forløb er **den 1. september 2021**.

Efter hver tilmeldingsfrist vil Sundhedsstyrelsen melde ud, hvornår de enkelte kommuner kan gennemføre forløb. Tildeling sker efter 'først-til-mølle'-princippet og tager hensyn til, at de førstkommende forløb besættes først. Sundhedsstyrelsen imødekommer så vidt muligt de ønskede prioriteter.

## Datoer

Kommunen gennemfører som udgangspunkt alle sine forløb inden for samme halvår i løbet af 2021-2024. De konkrete datoer for at gennemføre forløb aftales mellem kommunen og den leverandør, som skal facilitere forløbet.

## Leverandører

Sundhedsstyrelsen har indgået aftale med tre eksterne leverandører, som forestår faciliteringen af forløbene i kommunerne. Leverandørerne er University College Lillebælt (UCL), PS!mprove og Type2Dialog. Sundhedsstyrelsen beslutter, hvilken leverandør der skal gennemføre forløb i den enkelte kommune. Leverandørerne er ansvarlige for den nærmere planlægning og at gennemføre forløbene.

## Evaluering

Der vil blive foretaget en mindre evaluering af alle forløb på den sidste dag. Derudover vil der blive gennemført en større evaluering blandt en mindre del af kommunerne. De involverede kommuner vil få besked herom.

## Forplejning

Kommunen skal selv sørge for forplejning i forbindelse med forløbet, men udgifterne vil blive dækket med et fast beløb af Sundhedsstyrelsen.

## Lokaler mv.

Kommunen forventes selv at stille lokaler til rådighed for gennemførelse af forløbene. Kommunen skal desuden sørge for, at der er projektor, whiteboard, flipover osv. til rådighed for undervisningen.

Grundet COVID-19 kan dele af undervisningen foregå online. I dette tilfælde skal kommunen sikre faciliteterne for online undervisning.

## Pris

Det er gratis at deltage i forløbene.

## Deltagere

Implementerings- og læringsforløbet er målrettet ledere og medarbejdere på ældreområdet, herunder kommunale, selvejende og private plejehjem, hjemmepleje og midlertidige døgnophold, såsom genoptræning, akutte enheder, rehabilitering mv.

Deltagerne på undervisningsholdene udvælges af kommunen i dialog med leverandøren, der står for undervisningen i kommunen. Her tages der højde for lokale behov, ønsker og forventninger til forløbet.

Et undervisningshold består af 25 personer, der som udgangspunkt består af fem personer fra fem forskellige enheder.

Som udgangspunkt deltager hver enhed med følgende fem personer:

- Leder
- Tillidsrepræsentant
- Arbejdsmiljørepræsentant
- Demensfaglig nøgleperson, fx demenskoordinator eller en driftsmedarbejder med særlig demensfaglig viden
- Anden person med særlig faglig viden eller funktion ift. forløbet.

Afhængigt af kommunens størrelse kan kommunen gennemføre flere forløb med hver deres undervisningshold på 25 personer. Læs mere under 'Antal forløb pr. kommune'.

## Implementeringsgruppe

For hver kommune etableres der én implementeringsgruppe – uanset antallet af forløb i kommunen. Implementeringsgruppens rolle er at understøtte implementering og forankring af den tillærte viden og metoder på tværs i kommunen. Implementeringsgruppen understøtter fremtidig forankring og forandringskabelse, således at der aktivt arbejdes med den tillærte viden og metoder også efter, at forløbet afsluttes. Deltagerne i implementeringsgruppen udvælges af kommunen i dialog med leverandøren.

Som udgangspunkt består implementeringsgruppen af:

- Ældrechef eller tilsvarende
- Kommunal kontaktperson med ansvar for kontakt til leverandør
- Repræsentant fra Arbejds miljøområdet
- Repræsentant for demensfaglige nøglepersoner.

Derudover kan gruppen suppleres af:

- Repræsentant fra tillidsmandsområdet
- Repræsentant fra forvaltningen
- Repræsentant for medarbejderne
- Repræsentant fra driftslederområdet
- Repræsentant for selvejende og/eller private driftsenheder

Implementeringsgruppen deltager i:

- Opstartsmøde inden forløbene
- Statusmøde halvejs i forløbene
- Opfølgingsmøde tre måneder efter forløb.

Derudover deltager repræsentanter fra implementeringsgruppen i de to workshops (se program).

Der kan godt være personer i implementeringsgruppen, der også indgår i forløbet som almindelige deltagere på et undervisningshold.

For at tilpasse forløbene til den enkelte kommune skal leverandørerne indledningsvis lave en mindre gennemgang og analyse af kommunens praksis. Her skal bl.a. kommunens og enhedernes politikker, procedurer og retningslinjer med relevans for området indgå.

Det kan eksempelvis være arbejdsmiljøtiltag eller demenspolitikker. Disse indsamles og udleveres af kommunen. Det gøres med det formål at analysere kommunens praksis i dialog med leverandøren og drøfte, hvor der kan være behov for at styrke kommunens arbejde. Det vil samtidig give leverandøren viden om kommunens praksis og historik, som kan forberede leverandøren til afvikling og kvalificering af det konkrete forløb.

Gennemgangen skal munde ud i en kort opsamling, der deles med kommunen.

## Program

Dag 1	
Undervisningsmodul 1	
Indhold	Deltagere
<b>Velkomst og opstart:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Introduktion til undervisning, undervisere og praktisk information</li></ul> <b>Introduktion til baggrund for forløbet:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Introduktion til Sundhedsstyrelsens nationale handlingsplan<sup>2</sup></li><li>• Introduktion til Sundhedsstyrelsens anbefalinger<sup>3</sup></li><li>• Introduktion til dobbeltperspektivet</li></ul>	Undervisningshold
<b>Viden om forebyggelse i et dobbeltperspektiv:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Grundlæggende viden om anbefalinger til forebyggelse af voldsomme episoder i ældreplejen</li><li>• Introduktion til og viden om metoder til forebyggelse</li></ul>	Undervisningshold
<b>Refleksion over egen praksis ift. forebyggelse af voldsomme episoder:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Deltagerne reflekterer over egne tilgange til og retningslinjer for forebyggelse herunder:</li><li>• Hvordan arbejder vi med forebyggelse?</li><li>• Hvilken systematik har vi?</li><li>• Hvilke metoder anvender vi?</li><li>• Hvilke forbedringspunkter ser vi?</li></ul>	Undervisningshold
<b>Introduktion til praksisøvelser:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Deltagerne forberedes med relevante metoder og øvelser til brug i praksis.</li></ul>	Undervisningshold
<b>Udføre praksisøvelser i egen praksis:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Undervisningsholdet undersøger, hvilke udfordringer og systematikker der er i egen praksis relateret til forebyggelse af voldsomme episoder.</li><li>• Deltagerne reflekterer over egen praksis og afprøver selvvalgt praksisøvelse.</li></ul>	Undervisningshold i samarbejde med øvrige kollegaer fra egen organisation

<sup>2</sup> Sundhedsstyrelsen, 2019. Handlingsplan til at forebygge og håndtere udadreagerende adfærd i ældreplejen.

<sup>3</sup> Sundhedsstyrelsen, 2020. Anbefalinger og inspiration til at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder og udadreagerende adfærd i ældreplejen.

<b>Dag 2</b>	
<b>Undervisningsmodul 2</b>	
<b>Indhold</b>	<b>Deltagere</b>
<p><b>Opsamling på erfaringer fra praksisøvelser:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltagerne byder ind med oplevelser, overvejelser og refleksioner</li> <li>• Eventuelle spørgsmål, udfordringer eller lign. diskuteres</li> </ul>	Undervisningshold
<p><b>Viden om håndtering og læring:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundlæggende viden om anbefalinger til håndtering og læring af voldsomme episoder i ældreplejen</li> <li>• Introduktion til viden om og metoder til håndtering og læring</li> </ul>	Undervisningshold
<p><b>Refleksion over egen praksis ift. håndtering og læring af voldsomme episoder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltagerne reflekterer over egne strategier og retningslinjer for håndtering og læring herunder:</li> <li>• Hvordan arbejder vi med håndtering og læring?</li> <li>• Hvilken systematik har vi?</li> <li>• Hvilke metoder anvender vi?</li> <li>• Hvilke forbedringspunkter ser vi?</li> </ul>	Undervisningshold
<p><b>Introduktion til praksisøvelser:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltagerne klædes på ift. relevante metoder og øvelser til anvendelse i praksis.</li> </ul>	Undervisningshold
<p><b>Udføre praksisøvelser:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Undervisningsholdet undersøger hvilke udfordringer og systematikker, der er i egen praksis relateret til håndtering og læring af voldsomme episoder.</li> <li>• Deltagerne reflekterer over egen praksis og afprøver selvvalgt praksisøvelse.</li> </ul>	Undervisningshold i samarbejde med øvrige kollegaer fra egen organisation

<b>Dag 3</b>	
<b>Workshop 1</b>	
<b>Indhold</b>	<b>Deltagere</b>
<p><b>Opsamling på erfaringer fra praksisøvelser:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltagerne byder ind med oplevelser, overvejelser og refleksioner</li> <li>• Eventuelle spørgsmål, udfordringer eller lign. diskuteres</li> </ul>	Undervisningshold og repræsentanter fra implementeringsgruppe
<p><b>Introduktion til unge/nyansatte som særlig målgruppe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundlæggende viden om unge/nyansatte som en særlig sårbar målgruppe ifm. forebyggelse, håndtering og læring af voldsomme episoder i ældreplejen.</li> <li>• Viden om tryghed og trivsel i ældreplejen med særlig fokus på unge/nyansatte i ældreplejen</li> </ul>	Undervisningshold og repræsentanter fra implementeringsgruppe
<p><b>Videndeling og refleksion over udviklingsmål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Videndeling på tværs</li> <li>• Identificering af fælles udfordringer på tværs</li> <li>• Identificering af implementerings- og udviklingsmål</li> <li>• Eventuelt identificering af lokale delmål</li> </ul>	Undervisningshold og repræsentanter fra implementeringsgruppe
<p><b>Introduktion til praksisøvelser:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltagerne klædes på ift. relevante refleksioner og metoder til implementering i praksis. Der drøftes eksempelvis:</li> <li>• Hvordan implementerer vi brugbar viden i vores praksis?</li> <li>• Hvad skal der til for at det lykkes?</li> <li>• Hvilke kompetencer kan vi anvende?</li> <li>• Hvilken kompetenceudvikling er der behov for?</li> <li>• Hvilken form for opfølgning er nødvendig?</li> </ul>	Undervisningshold med understøttelse og bidrag fra implementeringsgruppe
<p><b>Udføre praksisøvelser:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Undervisningsholdet undersøger hvilke udfordringer og systematikker, der er i egen praksis relateret til unge/nyansatte samt udviklingsmål fra workshop 1.</li> <li>• Deltagerne reflekterer over egen praksis og afprøver selvvalgt praksisøvelse.</li> </ul>	Øvelser i egen praksis i samarbejde med øvrige kollegaer i egen organisation

<b>Dag 4</b>	
<b>Undervisningsmodul 3</b>	
<b>Indhold</b>	<b>Deltagere</b>
<p><b>Opsamling på erfaringer fra praksisøvelser:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltagerne byder ind med oplevelser, overvejelser og refleksioner</li> <li>• Eventuelle spørgsmål, udfordringer eller lign. diskuteres</li> </ul>	Undervisningshold
<p><b>Praksisnær viden og metoder i relation til forebyggelse, håndtering og læring:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppeøvelse med udgangspunkt i praksisnære cases</li> <li>• Gruppeøvelser med fokus på metoder, værktøjer og praksisnær viden ift. udfordringer og fælles udviklingsmål identificeret ved workshop 1</li> </ul>	Undervisningshold
<p><b>Refleksion og metoder til implementering i praksis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refleksion over viden og metoder i relation til egen praksis</li> <li>• Fælles refleksion over, hvordan metodiske greb og praksisnær viden implementeres i egen praksis ift. udfordringer og fælles udviklingsmål identificeret ved workshop 1</li> </ul>	Undervisningshold
<p><b>Introduktion til praksisøvelser:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppearbejde med tæt sparring og særlig fokus på forberedelse af afsluttende praksisøvelse</li> <li>• Deltagerne klædes på ift. relevante metoder og øvelser til anvendelse i praksis. Eksempelvis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan implementerer vi brugbar viden i vores praksis?</li> <li>• Hvad skal der til for at det lykkes?</li> <li>• Hvilke kompetencer kan vi anvende?</li> <li>• Hvilken kompetenceudvikling er der behov for?</li> <li>• Hvilken form for opfølgning er nødvendig?</li> </ul> </li> </ul>	Undervisningshold
<p><b>Udføre praksisøvelser:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Undervisningsholdet gennemfører selvvalgte praksisøvelser på baggrund af udviklingsmål fra workshop 1 og refleksioner fra undervisningsmodul 3.</li> </ul>	Øvelser i egen praksis i samarbejde med øvrige kollegaer i egen organisation

<b>Dag 5</b>	
<b>Workshop 2</b>	
<b>Indhold</b>	<b>Deltagere</b>
<p><b>Opsamling på erfaringer fra praksisøvelser:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltagerne byder ind med oplevelser, overvejelser og refleksioner</li> <li>• Eventuelle spørgsmål, udfordringer eller lign. diskuteres</li> </ul>	Undervisningshold og Implementeringsgruppe
<p><b>Opsamling på ny viden gennem forløbet og udvikling undervejs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opsamling på viden om anbefalingerne</li> <li>• Opsamling på viden om dobbeltperspektivet</li> <li>• Opsamling på udfordringer og udviklingsmål</li> </ul>	Undervisningshold og Implementeringsgruppe
<p><b>Opsamling med særligt fokus på erfaringer fra praksis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opsamling på praksisøvelser med særligt fokus på dobbeltperspektivet. Der reflekteres bl.a. over: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad tager vi med os videre fra øvelserne i praksis?</li> <li>• Hvordan kan vores erfaringer anvendes fremadrettet?</li> <li>• Hvordan sikres borgernes trivsel?</li> <li>• Hvordan sikres det gode arbejdsmiljø for medarbejderne?</li> </ul> </li> </ul>	Undervisningshold og implementeringsgruppe
<p><b>Forankring og fælles retning:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Drøftelse af udfordringer og særlige fokuspunkter ift. at sikre ejerskab og forankring fremadrettet</li> <li>• Drøftelse af udfordringer og særlige fokuspunkter ift. at sikre fælles, faglig udvikling på tværs af kommunen.</li> <li>• Aftaler for det videre arbejde med de tillærte metoder</li> <li>• Hvordan vil vi arbejde systematisk og metodisk med forebyggelse, håndtering og læring fremover?</li> </ul>	Undervisningshold og Implementeringsgruppe

## Undervisningsform

Undervisningen i implementerings- og læringsforløbene vil aktivt inddrage undervisningsholdets erfaringer fra praksis og systematik i at forebygge, håndtere og lære af udadreagerende adfærd. Før opstart af forløb, tilpasses undervisningen kommunens organisatoriske forhold og rammer i ældreplejen<sup>4</sup>, således at kommunen får de bedste forudsætninger for systematisk at anvende og implementere anbefalingerne.

I forløbet veksles der mellem undervisning, gruppeøvelser og fælles refleksion. Undervisningen bygger på en kombination af teorier, værktøjer og praktiske metoder.

<sup>4</sup> Leverandøren indsamler i samarbejde med implementeringsgruppen kommunens retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder i ældreplejen.



Mellem hver mødegang er der tid til fordybelse og afprøvning af metoder i egen praksis. Dette har til formål at gøre undervisningen relevant ift. praksis og de udfordringer og dilemmaer, der kan opstå i ældreplejen.

Som det fremgår af foranstående program, består undervisningen af tre undervisningsmoduler og to workshops af 6 timers varighed. Mellem modulerne og workshopsene er der mellemliggende øvelser i egen praksis.

## Antal forløb pr. kommune

Antallet af forløb i den enkelte kommune afgøres af en fordelingsnøgle bestemt af antallet af borgere over 65 år i kommunen. Hvert forløb i kommunen gennemføres med et undervisningshold på 25 deltagere. Læs mere under 'Deltagere'.

Af nedenstående tabel fremgår antallet af tilbudte forløb til den enkelte kommune:

Kommunestørrelse (Antal borgere over 65 år)	Kommuner	Antal kommuner	Antal undervisnings- forløb pr. kommune
0 – 5000	Dragør Fanø Glostrup Ishøj Langeland Læsø Samsø Solrød Vallensbæk Ærø	10	1
5000 – 10.000	Albertslund Allerød Assens Billund Brøndby Brønderslev Egedal Favrskov Faxe Fredensborg Furesø Halsnæs Hedensted Herlev Hillerød Hvidovre Høje-Taastrup Hørsholm Ikast-Brande Jammerbugt Kerteminde Lejre Lemvig Mariagerfjord	40	2

	Middelfart Morsø Norddjurs Nordfyns Nyborg Odder Rebild Ringsted Rødovre Sorø Stevns Struer Tønder Tårnby Vejen Vesthimmerlands		
10.000 – 15.000	Aabenraa Ballerup Bornholm Faaborg-Midtfyn Fredericia Frederikssund Gladsaxe Greve Gribskov Haderslev Holstebro Kalundborg Køge Lolland Lyngby-Taarbæk Odsherred Ringkøbing-Skjern Rudersdal Skanderborg Skive Svendborg Syddjurs Thisted Varde Vordingborg	25	3
15.000 – 20.000	Frederiksberg Frederikshavn Gentofte Guldborgsund Helsingør Herning Hjørring Holbæk Horsens Kolding	15	4

	Næstved Roskilde Slagelse Silkeborg Sønderborg		
20.000 – 25.000	Esbjerg Randers Vejle Viborg	4	5
25.000 – 30.000		0	6
30.000 – 35.000		0	7
35.000 – 40.000	Aalborg Odense	2	8
40.000 – 45.000		0	9
45.000 – 50.000		0	10
50.000 – 55.000	Aarhus	1	11
55.000 – 60.000		0	12
60.000 – 65.000		0	13
65.000 – 70.000	København	1	14
<b>I alt</b>		98	286

Workshops afholdes på tværs af kommunen. Antal workshops afhænger af antallet af forløb i kommunen.

Fordelingen af workshops fremgår af nedenstående tabel:

Antal forløb pr. kommune	Antal workshop 1 pr. kommune	Antal workshop 2 pr. kommune
1 – 3	1	1
4 – 6	2	2
7 – 9	3	3
10 – 12	4	4
13 – 15	5	5

## Kontakt

Spørgsmål kan rettes til Ældre og demens, Sundhedsstyrelsen – pr. mail: [aed@sst.dk](mailto:aed@sst.dk).

## Bilag 2. Spørgeskema til implementeringsgruppen



SUNDHEDSSTYRELSEN

Dato 04-05-2022

MDAH

Spørgeskema til implementeringsgruppen

### Baggrundsviden:

1. *I hvilken kommune arbejder du?* (Dropdown med kommuner)

2. *Hvad er din primære rolle i implementeringsgruppen?* Dropdown med følgende kategorier:

- Ældrechef eller tilsvarende
- Kommunal kontaktperson
- Repræsentant for arbejdsmiljøområdet
- Repræsentant for demensfaglige nøglepersoner
- Repræsentant for tillidsmandsområdet
- Repræsentant for forvaltningen
- Repræsentant for medarbejderne
- Repræsentant for driftslederområdet
- Repræsentant for private og/eller selvejende driftsenheder
- Andet [fritekstfelt]
- Ønsker ikke at oplyse

3. *Hvilke undervisningsdage og/eller moduler har du deltaget i?* Kryds af [mulighed for at vælge flere kategorier]:

- Modul 1  Modul 2  Workshop 1  Modul 3  Workshop 2  Ingen

## **Planlægning og samarbejde:**

4. *Hvordan har samarbejdet med leverandøren af forløbet fungeret?*

Meget godt  Godt  Nogenlunde  Mindre godt  Dårligt  Jeg har ikke samarbejdet med leverandøren

5. *Oplever du, at du har fået tilstrækkelig information forud for din deltagelse i workshopsene?*

I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad  Jeg har ikke deltaget i workshops

6. *Er der konkrete forhold, du gerne ville have mere information om? [Mulighed for at vælge flere kategorier]*

- Min rolle i forløbet
- Baggrundsviden om forløbet
- Viden om, hvad der er sket på undervisningsmodulerne
- Viden om, hvad der fylder hos deltagerne
- Andet \_\_\_\_\_[fritekstfelt]
- Jeg har ikke manglet noget

## **Implementering og prioritering:**

7. *Oplever du, at dobbeltperspektivet på trivsel og tryghed for både borgere og medarbejdere i ældreplejen bliver prioriteret højere i kommunen som følge af forløbet?*

I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad  Ved ikke

8. *Har kommunens deltagelse i forløbet givet anledning til konkrete ændringer i kommunens tværgående arbejde med at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder? (for eksempel ændringer i dokumentationspraksis, kommunale politikker på området, omorganisering, faglig sparring eller øvrigt).*

I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad  Ved ikke

9. Oplever du, at implementeringsgruppen har en betydning for implementering og fremtidig forankring af arbejdet med forebyggelse, håndtering og læring af voldsomme episoder i ældreplejen i kommunen?

I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad

10. På hvilken måde? / Hvorfor ikke? \_\_\_\_\_ [fritekstfelt]

**Motivation:**

11. Føler du dig motiveret til at fortsætte arbejdet med at understøtte medarbejderne i at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder i kommunen?

I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad

12. Har du forslag til forbedringer til implementerings- og læringsforløbet, eller andet vi skal være opmærksomme på fremover?

\_\_\_\_\_ [fritekstfelt]

## Bilag 3. Spørgeskema til holddeltagerne

### Om dig

1. *I hvilken kommune arbejder du?*  
Drop-down-menu med kommuner
2. *I hvilken enhed arbejder du?*  
Drop-down-menu med enheder
3. *Hvilken uddannelse har du?*  
 Social- og sundhedshjælper  Social- og sundhedsassistent  Sygeplejerske   
Ergoterapeut  Pædagog  Andet: \_\_\_\_\_
4. *Hvilket forløb/hold har du deltaget på?*  
Drop-down-menu med forløbsnumre 1-14
5. *Hvilke undervisningsdage har du deltaget i?*  
 Modul 1  Modul 2  Workshop 1  Modul 3  Workshop 2
6. *Hvilke undervisningsdage har din nærmeste leder deltaget i?*  
 Modul 1  Modul 2  Workshop 1  Modul 3  Workshop 2  Ingen

### Om udbyttet

7. *Har du gennem forløbet fået viden og konkrete metoder/redskaber til, hvordan I...*
  - a) *forebygger udadreagerende adfærd og voldsomme episoder?*  
 I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad
  - b) *håndterer udadreagerende adfærd og voldsomme episoder?*  
 I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad
  - c) *lærer af udadreagerende adfærd og voldsomme episoder?*  
 I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad
8. *Er I på jeres arbejdsplads blevet bedre til at arbejde systematisk med at...*
  - a) *forebygge udadreagerende adfærd og voldsomme episoder?*  
 I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad
  - b) *håndtere udadreagerende adfærd og voldsomme episoder?*  
 I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad
  - c) *lære af udadreagerende adfærd og voldsomme episoder?*  
 I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad
9. *Er I på jeres arbejdsplads blevet bedre til at arbejde med at sikre trivsel for både borgere og medarbejdere (dobbeltperspektivet)?*  
 I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad
10. *Har praksisøvelserne mellem undervisningsdagene gjort jer klogere på jeres praksis?*  
 I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad
11. *Har praksisøvelserne mellem undervisningsdagene givet jer nye erfaringer med konkrete metoder/redskaber til at skabe trivsel for borgerne?*

I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad

### **Om implementering**

12. Har du delt viden og metoder fra kurset med dine kolleger?

I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad

13. Forventer du, at I vil bruge viden og metoder fra forløbet fremover?

I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad

14. Gør I noget anderledes i jeres arbejde på baggrund af kurset?

I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad

Og i så tilfælde, hvad?: \_\_\_\_\_

15. Oplever du, at din nærmeste leder sætter fokus på arbejdet med at forebygge, håndtere og lære af voldsomme episoder?

I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad

### **Om undervisningen**

16. Var du tilfreds med balancen mellem oplæg, gruppeøvelser og refleksioner på undervisningsdagene?

I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad

17. Oplevede du, at undervisningen tog udgangspunkt i den hverdag, du kender fra din egen arbejdsplads?

I meget høj grad  I høj grad  Delvist  I lav grad  I meget lav grad

18. Hvis du har kommentarer til forløbet eller forslag til forbedringer, kan du notere dem her:

\_\_\_\_\_



## Bilag 4. Oversigt over dataindsamling

### Planlagte dataindsamlingsaktiviteter pr. kommunecase

Dataindsamlingsaktivitet	Tidsforbrug	Dataindsamlingsform	Formål
Opstartsmøde med lederen på hver af de to udvalgte plejeenheder	30 min. x 2	Feltnoter (online)	At give indsigt i, hvor organisationen er forud for forløbet, bl.a. plejeenhedens eksisterende aktiviteter i forhold til forebyggelse af voldsomme episoder, deres grad af motivation for deltagelse, og hvad de forventer at få ud af forløbet
Implementeringsworkshop dag 2	6 timer	Fysisk deltagerobservation og feltnoter	At få indblik i igangsatte tiltag, samt hvordan implementeringsgruppen udviser prioritering og opbakning
Interview med en repræsentant for implementeringsgruppen	1 time	Semistruktureret interview (online)	At afdække de kommunale forudsætninger, opfattelse af det fællesfaglige ståsted, prioritering af området samt planlagte/gennemførte ændringer i understøttende praksis
Interview med leverandøren	1 time	Semistruktureret interview (online)	At få indsigt i metoder og viden om, hvordan case-kommunen har arbejdet under forløbet
Rundvisning* på hver af de to udvalgte plejeenheder	30 min. x 2	Feltnoter	At give central kontekstuel baggrund for forståelsen af plejeenheden og deres arbejde og udfordringer
Gruppeinterview* med 2-3 medarbejdere på hver af de to udvalgte plejeenheder, der ikke deltog i forløbet	1 time x 2	Semistruktureret interview	At få indsigt i, hvor meget viden der er overført fra læringsforløb til andre medarbejdere samt undersøgelse af ændringer i praksis (hvilke, hvor omfattende, kvaliteten/tegn på virkninger af dem)
Interview* med lederen på hver af de to udvalgte plejeenheder	1 time x 2	Semistruktureret interview	At få indsigt i, hvor meget viden der er overført fra læringsforløb til andre medarbejdere samt undersøgelse af ændringer i praksis (hvilke, hvor omfattende, kvaliteten/tegn på virkninger af dem)
Interview* med en demensfaglig medarbejder	1 time x 2	Semistruktureret interview	At få indsigt i deres rolle i overførslen af viden og udfordringer i at drive forandringsproces

\*Udføres på samme dag ved et heldagsbesøg på hver af de to udvalgte plejeenheder.

## Dataindsamlingsoversigt

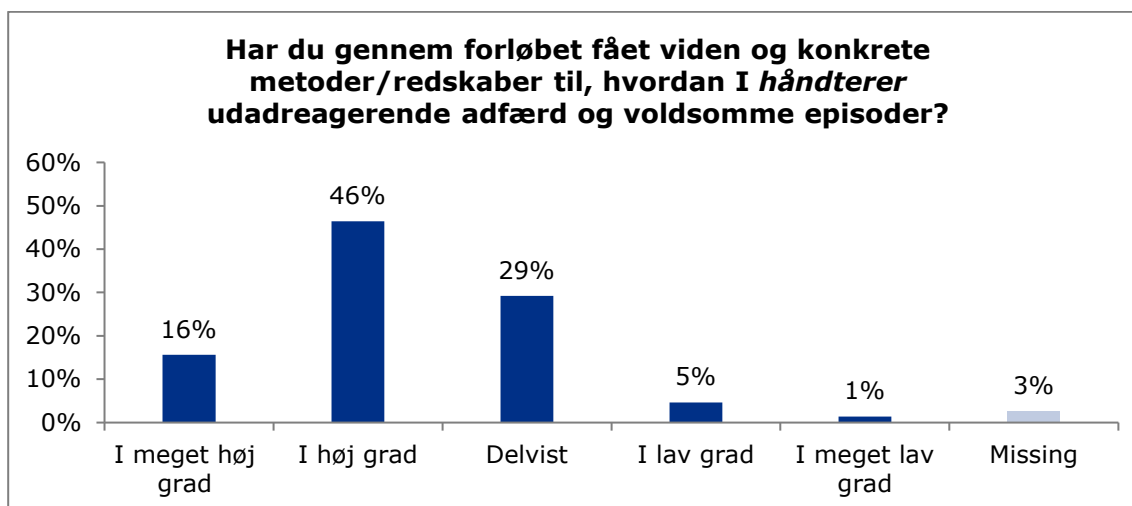
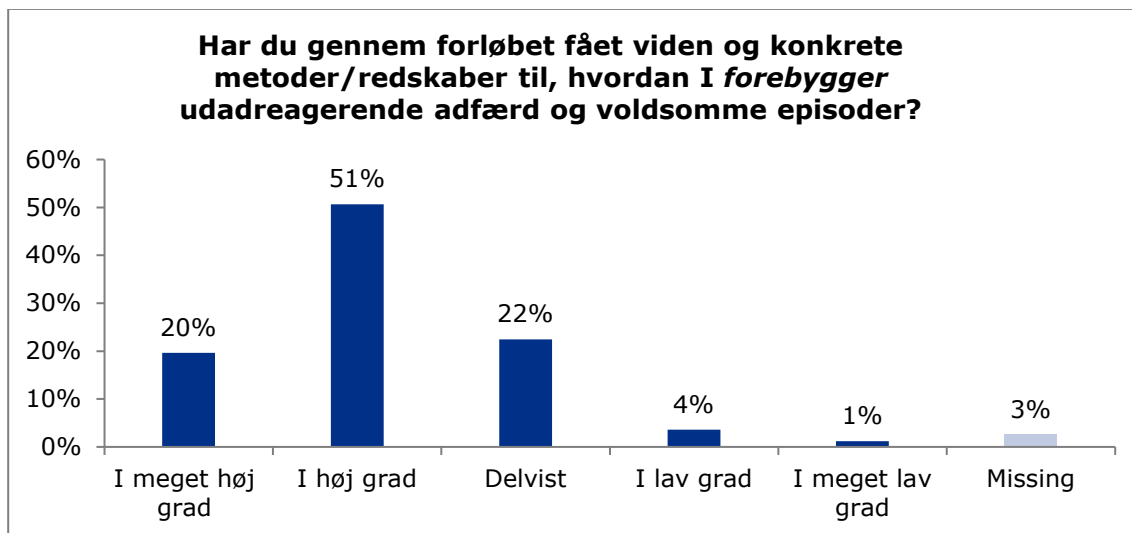
Case/dataindsamling	Kommune 1		Kommune 2		Kommune 3
	Plejeenhed 1	Plejeenhed 2	Plejeenhed 3	Plejeenhed 4	Plejeenhed 5
<b>Før-interview med leder, 1 time virtuelt</b>	Sensommer 2022	Sensommer 2022	Sensommer 2022	Sensommer 2022	Sensommer 2022
<b>Workshop 2 (seks timers deltagelse)</b>	Efterår 2022		Efterår 2022		Efterår 2022
<b>Interview med en repræsentant for implementeringsgruppen</b>	Forår 2023		Forår 2023		Forår 2023
<b>Interview med leverandøren, 1 time telefoninterview</b>	Forår 2023		Forår 2023		Forår 2023
<b>Rundvisning på plejeenheden</b>	Forår 2023	Forår 2023	Forår 2023	Sommer 2023	Sommer 2023
<b>Efterinterview med leder der har deltaget i indsatsen</b>	Forår 2023	Den deltagende leder var stoppet i organisationen. Interview i stedet afholdt med forstander og viceforstander	Forår 2023	Sommer 2023	Sommer 2023
<b>Interview med en demensfaglig medarbejder</b>	Forår 2023	Forår 2023	Forår 2023	Sommer 2023	Sommer 2023
<b>Gruppeinterview med 2-3 medarbejdere på hver af de to udvalgte plejeenheder, der ikke deltog i forløbet</b>	Forår 2023	Forår 2023	Forår 2023	Sommer 2023	Sommer 2023

## Bilag 5. Besvarelser for holddeltagerne

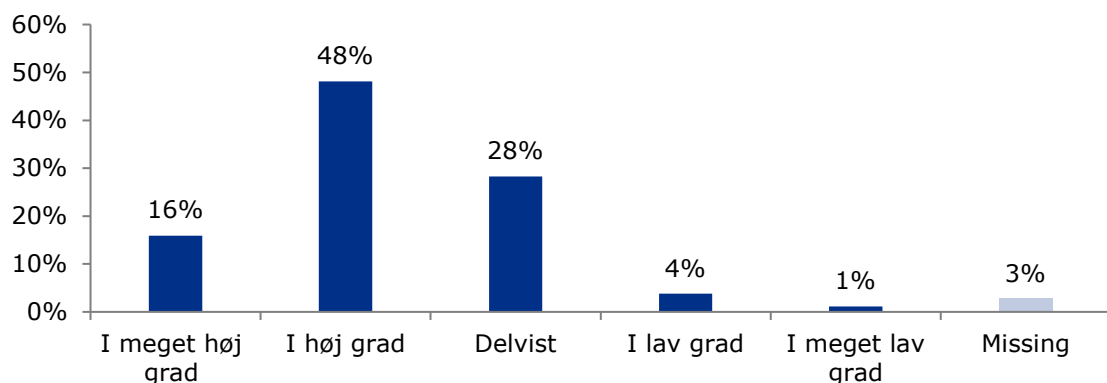
Følgende indeholder svarfordelingen på alle spørgsmål om holddeltagernes oplevelse med udbytte, implementering og undervisning af forløbene, inkl. missing, altså deltagere, der ikke har besvaret netop dette spørgsmål. Det er baseret på 1.030 observationer i datasæt.

Efter optælling fra deltagerliste mangler der 312 besvarelser (ifølge optælling burde altså 1.342 have deltaget) hvilket giver en svarprocent på 76,75 %.

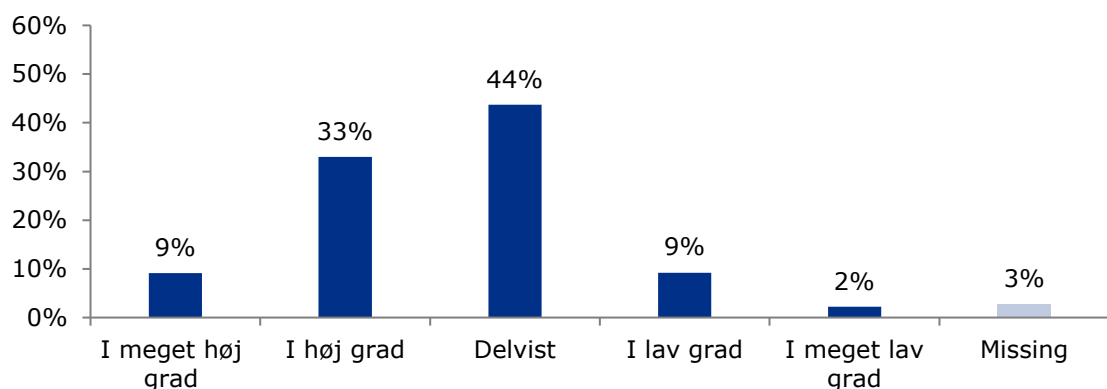
### Spørgsmål om udbyttet



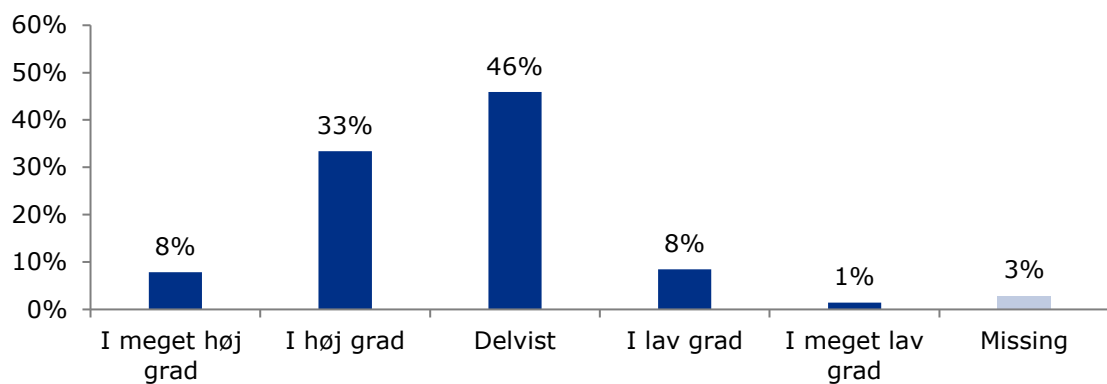
**Har du gennem forløbet fået viden og konkrete metoder/redskaber til, hvordan I lærer af udadreagerende adfærd og voldssomme episoder?**

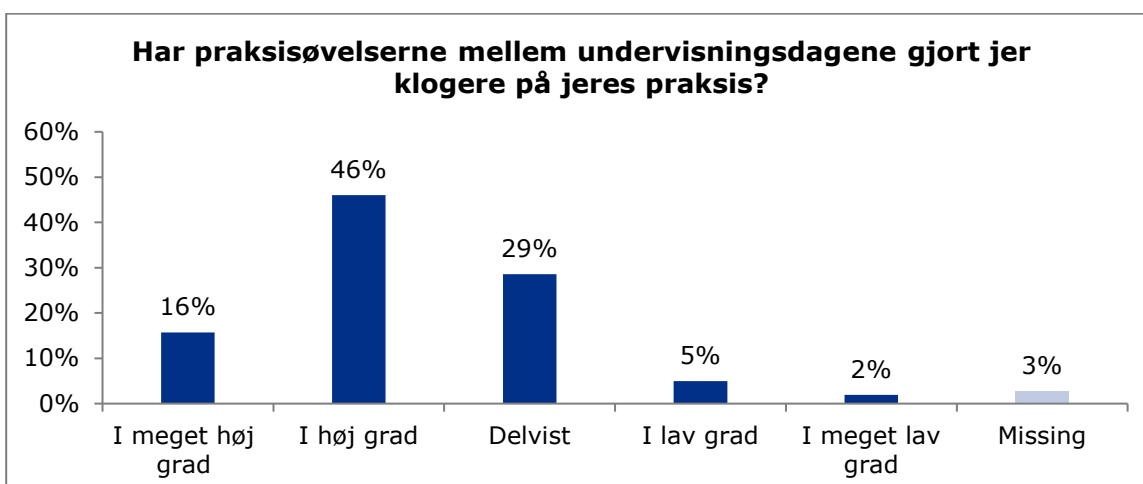
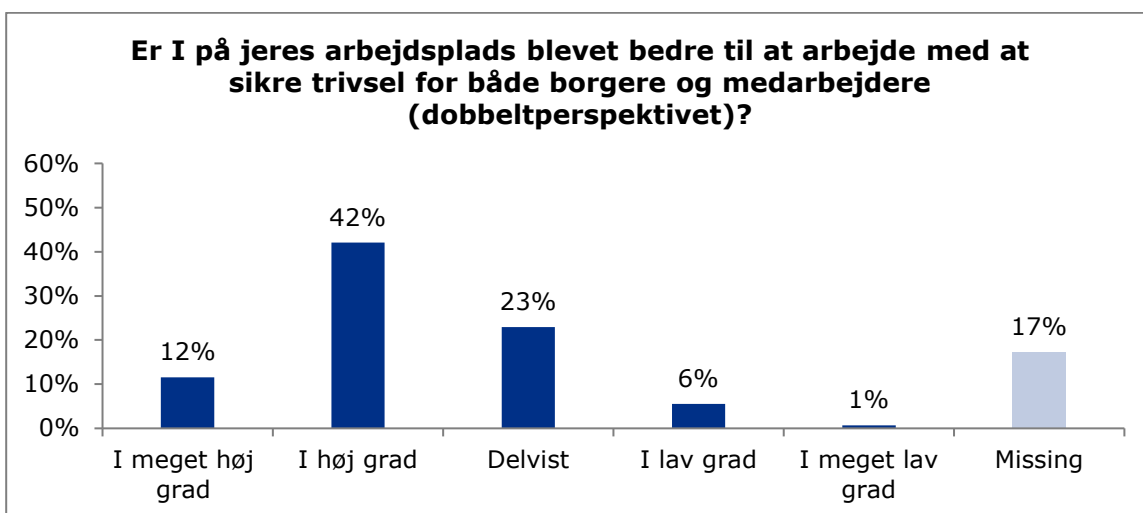
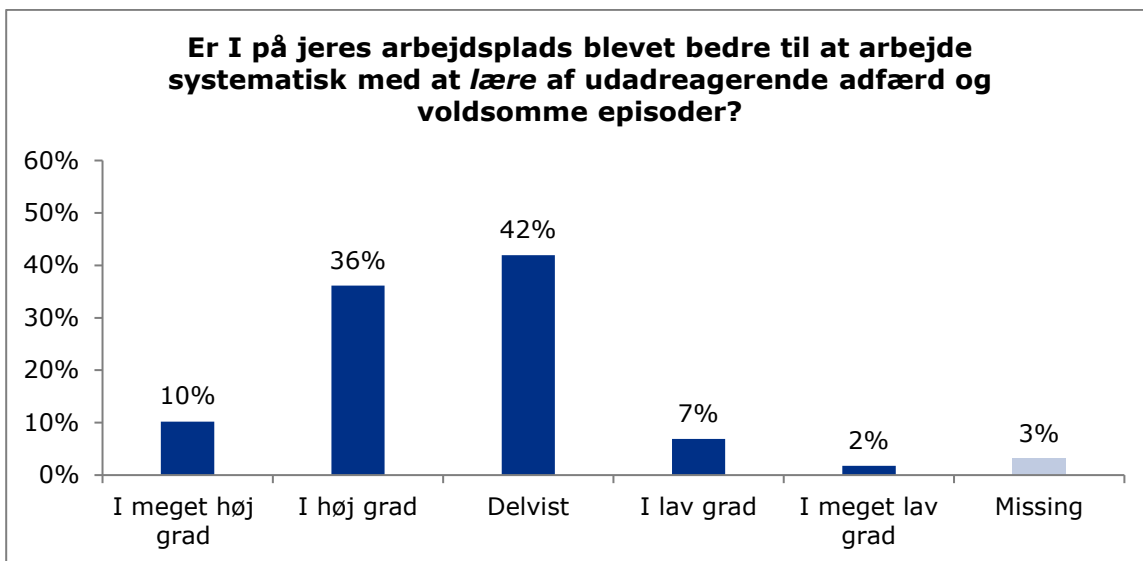


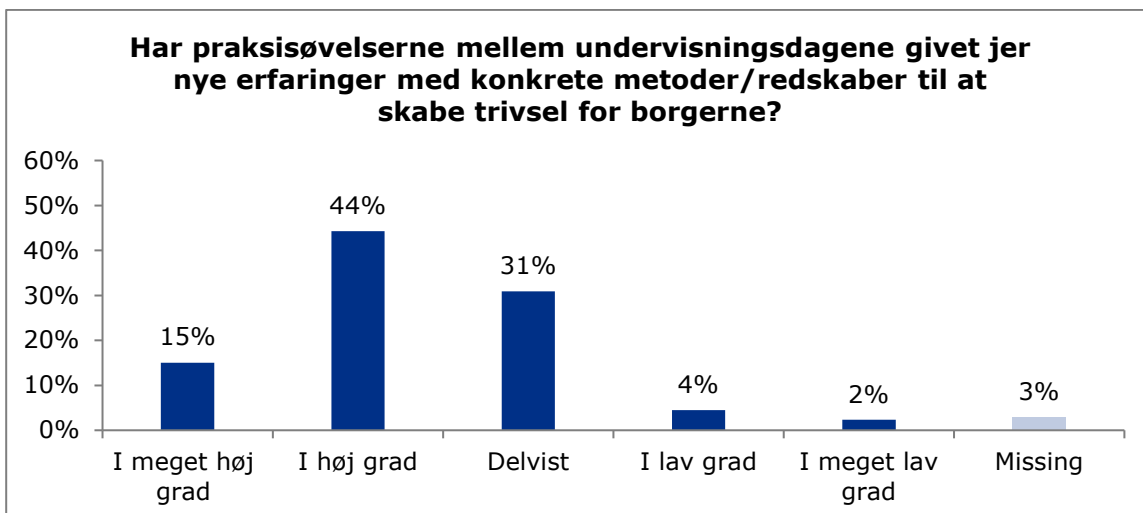
**Er I på jeres arbejdsplads blevet bedre til at arbejde systematisk med at forebygge udadreagerende adfærd og voldssomme episoder?**



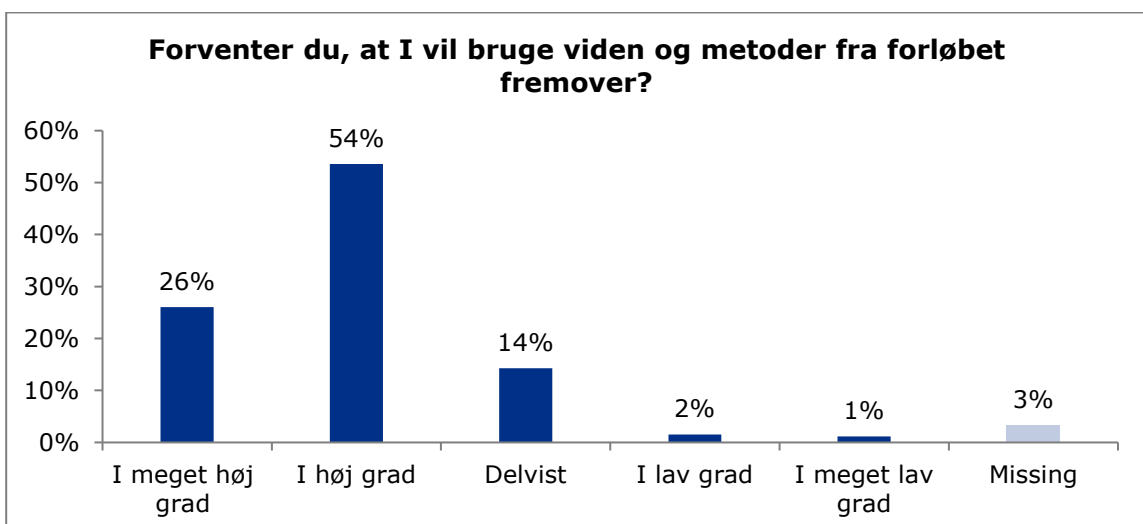
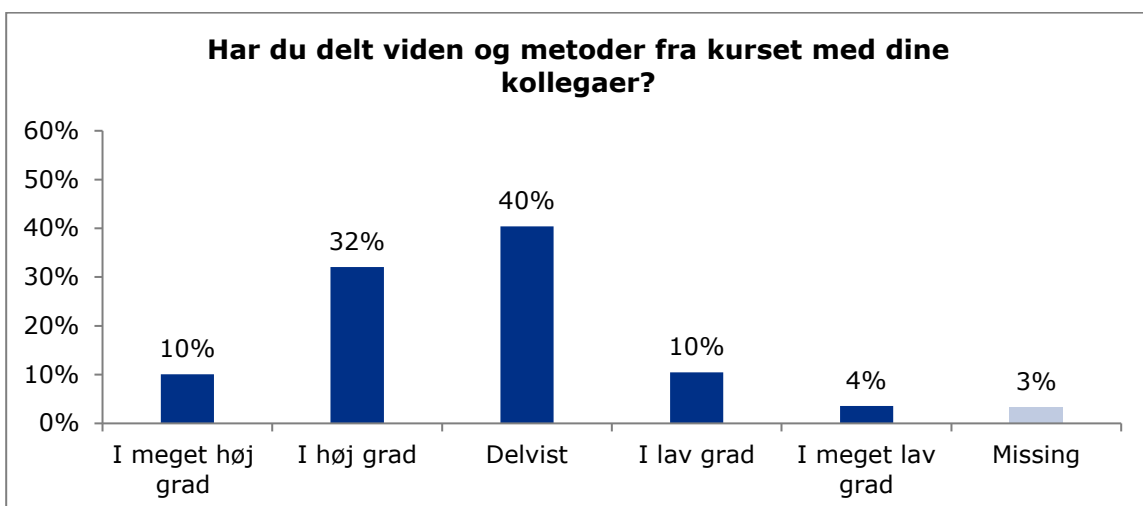
**Er I på jeres arbejdsplads blevet bedre til at arbejde systematisk med at håndtere udadreagerende adfærd og voldssomme episoder?**

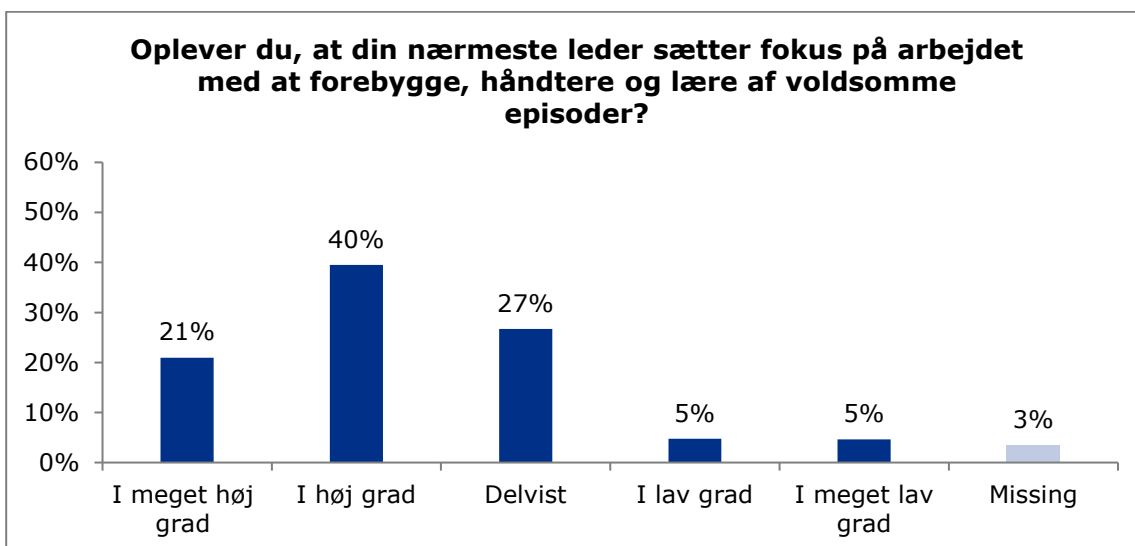
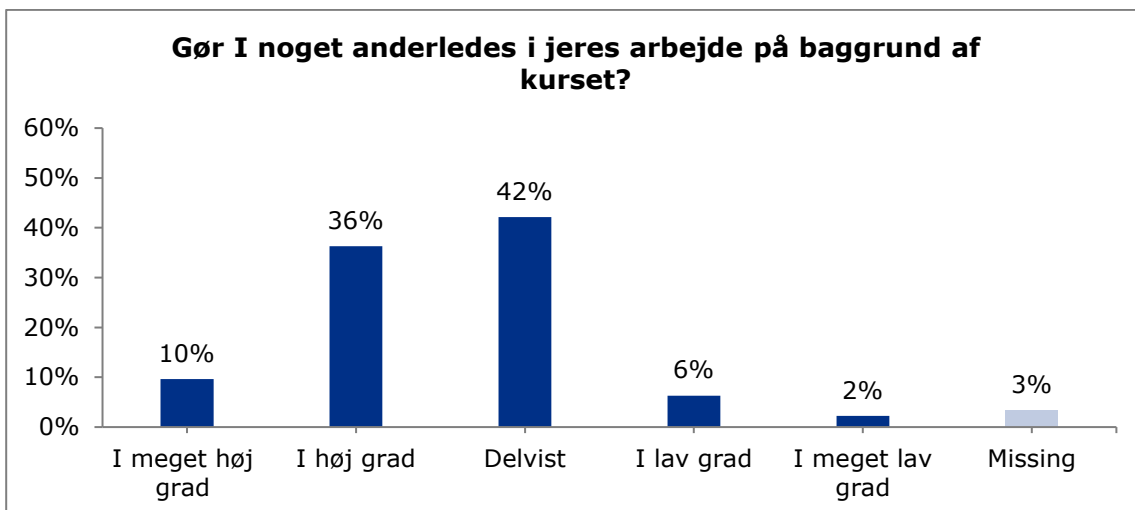




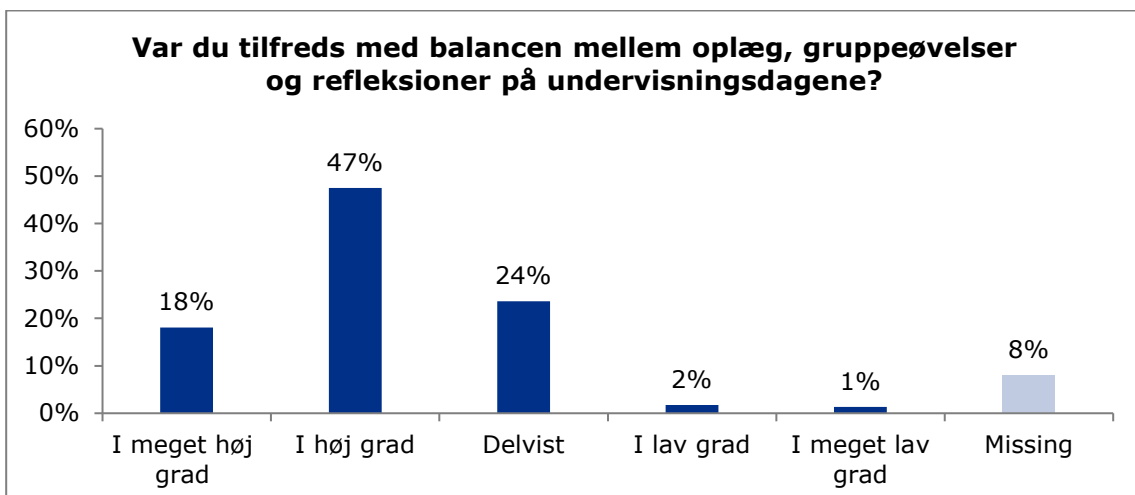


## Spørgsmål om implementering

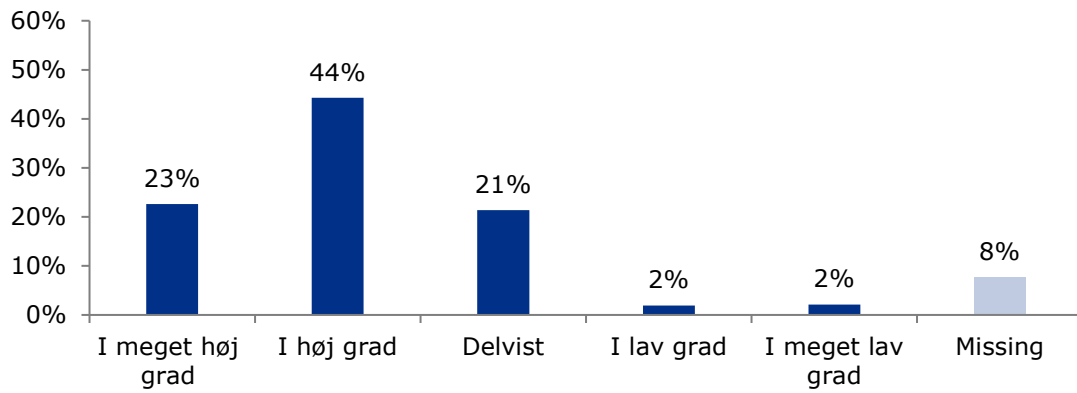




## Spørgsmål om undervisningen



**Oplevede du, at undervisningen tog udgangspunkt i den hverdag, du kender fra din egen arbejdsplads?**

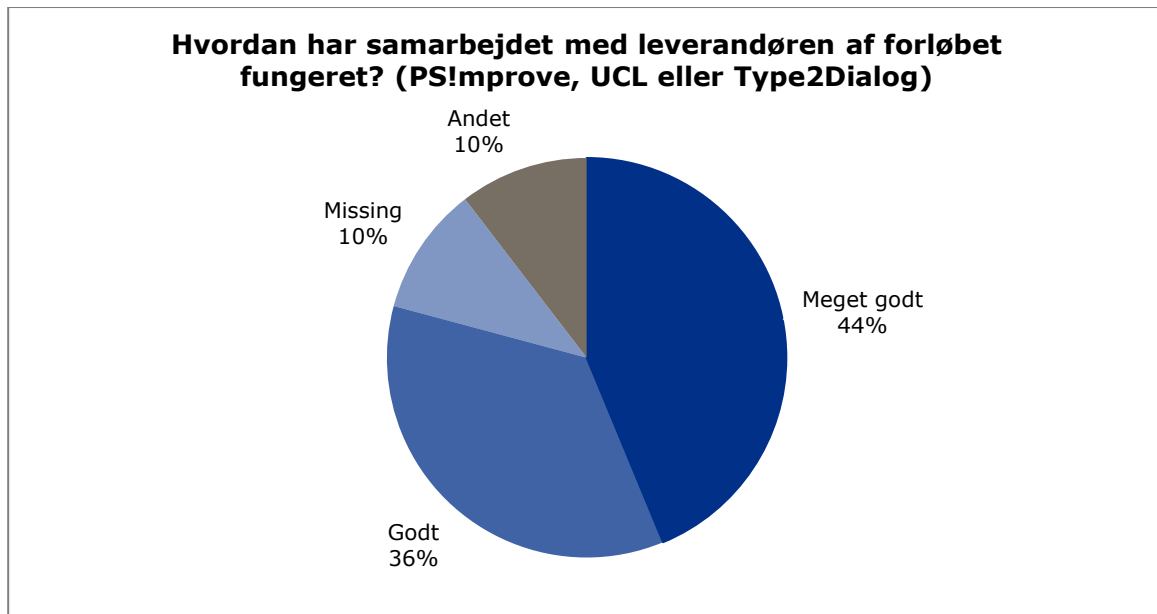




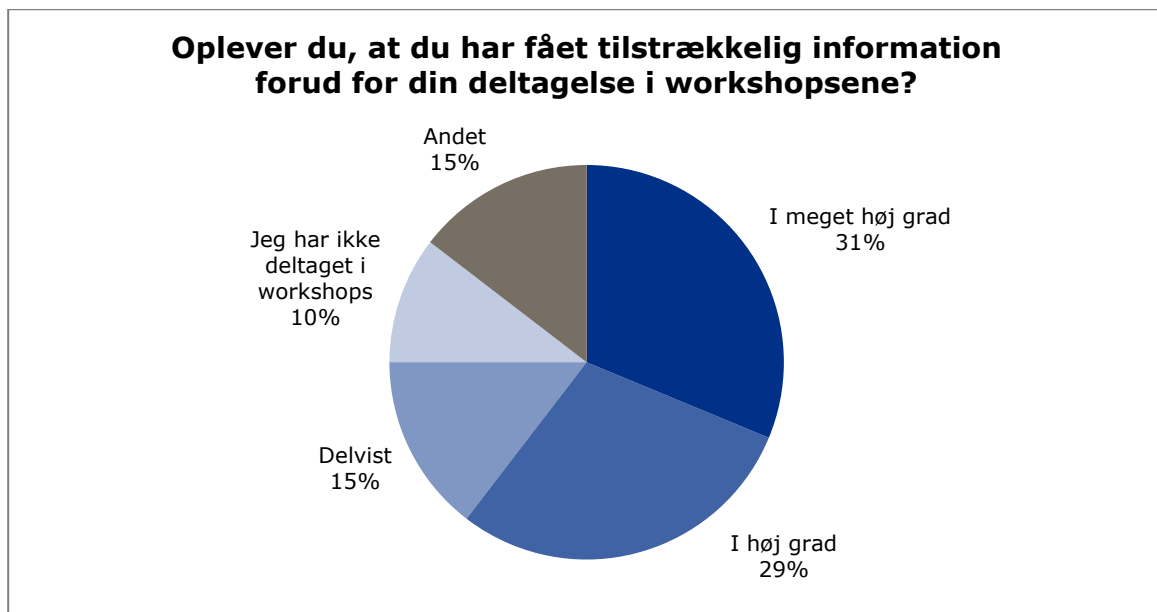
## Bilag 6. Besvarelser fra implementeringsgruppen

For implementeringsgruppedeltagerne er svarprocenten 31% svarende til 48 besvarelser (ud af 156 mulige implementeringsdeltagere). Der er besvarelser fra 17 kommuner, ud af de i alt 26 kommuner, der deltog de tre runder (i foråret 2021 og forår og efterår 2022).

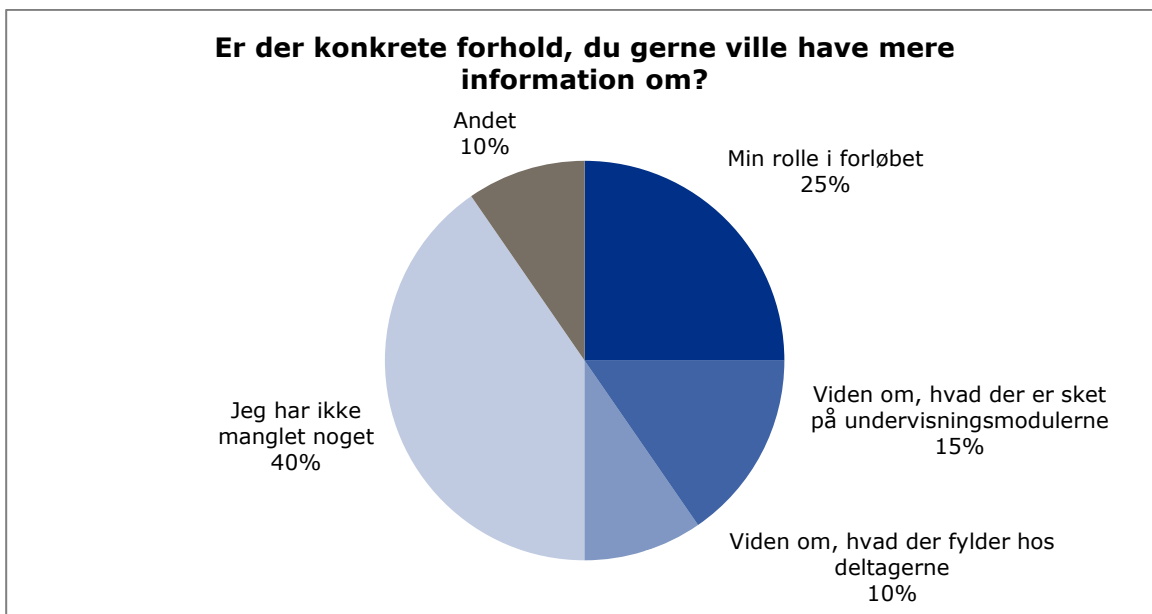
### Planlægning og samarbejde



**Figur 22.** Svarfordeling for spørgsmål 4. "Andet" omfatter svarkategorierne: "nogenlunde", "mindre godt", "dårligt", "jeg har ikke samarbejdet med leverandøren".

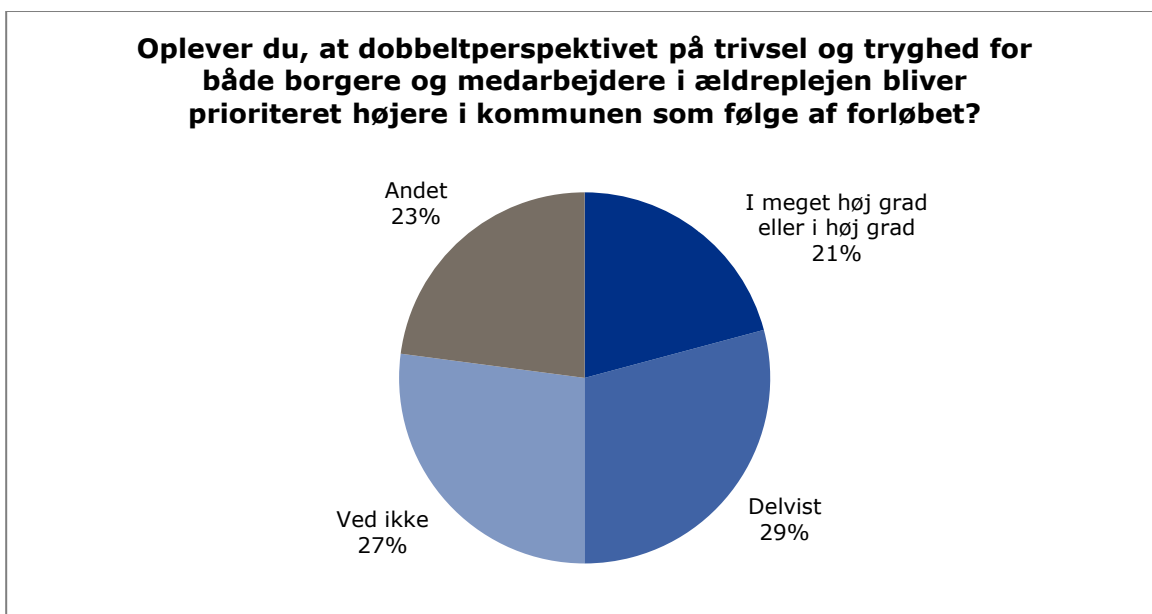


**Figur 23.** Svarfordeling for spørgsmål 5. "Andet" omfatter svarkategorierne: "i lav grad", "i meget lav grad", og "missing".



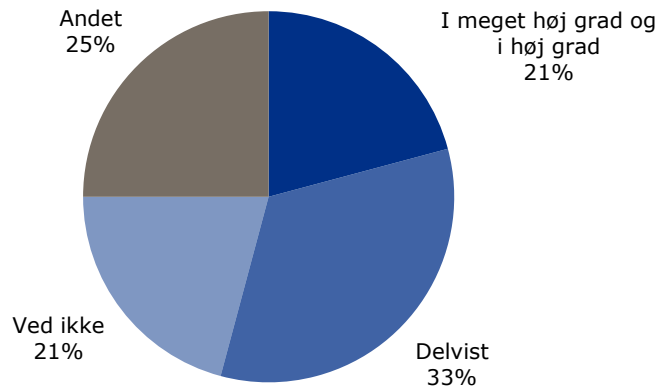
**Figur 24.** Svarfordeling for spørgsmål 6. "Andet" omfatter svarkategorierne: "baggrundsviden om forløbet" og "andet (fritekst)".

## Implementering og prioritering



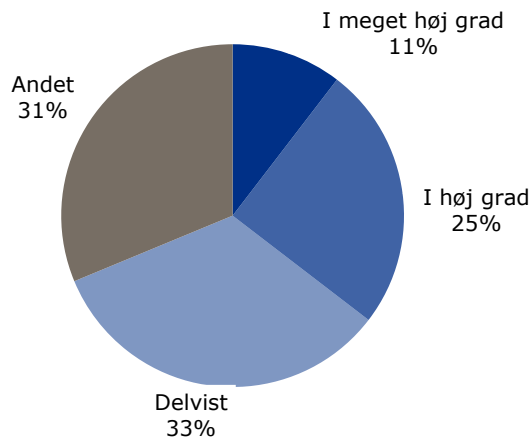
**Figur 25.** Svarfordeling for spørgsmål 7. "Andet" omfatter svarkategorierne: "i lav grad", "i meget lav grad", og "missing".

**Har kommunens deltagelse i forløbet givet anledning til konkrete ændringer i kommunens tværgående arbejde med at forebygge, håndtere og lære af voldssomme episoder?**



**Figur 26.** Svarfordeling for spørgsmål 8. "Andet" omfatter svarkategorierne: "i lav grad", "i meget lav grad", og "missing".

**Oplever du, at implementeringsgruppen har en betydning for implementering og fremtidig forankring af arbejdet med forebyggelse, håndtering og læring af voldssomme episoder i ældreplejen i kommunen?**



**Figur 27.** Svarfordeling for spørgsmål 9. "Andet" omfatter svarkategorierne: "i lav grad", "i meget lav grad", og "missing".

## Motivation



**Figur 28.** Svarfordeling for spørgsmål 11. "Andet" omfatter svarkategorierne: "delvist", "i lav grad", "i meget lav grad", og "missing".

## **Bilag 7. Beskrivelse af scoring af den komparative analyse af plejeenhederne**

### **Kommunernes forudsætninger for deltagelse i forløbet**

*I programteorien spiller kommunernes forudsætninger en rolle, når det handler om, hvordan de er stillet i forhold til at skulle understøtte plejeenhedernes indsats. Den er derfor indsat her som et element, der kan påvirke udfaldene.*

#### Kommuneunderstøttelse:

Høj, mellem og lav grad gives i forhold til, i hvilken grad der er synlig/tydelig prioritering af forløbet i form af ledelsesopbakning både på tværs af kommunen (ældrechefen) og blandt de lokale plejeenhedsledere. Det scores konkret på, om der har været deltagelse af ældrechef og implementeringsgruppen på workshops, klarhed/enighed omkring ressourcer for deltagerne, og hvorvidt øvre leder følger op på lokale igangsatte tiltag ude i enhederne.

### **Forudsætninger hos plejeenhederne for deltagelse i forløbet**

*Forudsætningerne på plejeenheden betyder, forventeligt, meget i forhold til at have overskud til indsatsen, være motiveret og opleve relevans. Det vil angiveligt have betydning for udfaldene, hvordan det ser ud på enheden forud for indsatsen samt under og efter.*

#### Stabilitet i personalegruppen:

- Høj score gives, hvis alle vurderer, at der er stabilitet, lavt sygefravær og lav grad af ubesatte stillinger.
- Mellem grad score gives, hvis der er nogle udfordringer med sygefraværet, udskiftninger i personalegruppen mv.
- Lav grad score gives, hvis der er stort sygefravær, udskiftning af nøglemedarbejdere for eksempel ledere og generelt mange ubesatte stillinger.

#### Stabilitet i deltagergruppen:

- Høj grad gives, hvis alle fem deltagere på forløbet fortsat er i organisationen.
- Mellem grad gives, hvis én medarbejder ikke er i organisationen, men resten fortsat er der.
- Lav grad gives, hvis ledere og/eller mere end én af de øvrige deltagere ikke længere er i organisationen.

#### Oplevelse af aktualitet (voldsomme episoder)

Høj, mellem og lav grad gives, efter hvor meget voldsomme episoder fylder i plejeenheden i løbet af det halve år, de har deltaget i forløbet (for eksempel giver få tilfælde gennem tiden og ikke aktuelt på nuværende tidspunkt en lav grad).

#### Eksisterende implementeringskompetence

Består af:

- Trygt læringsmiljø.
- Faciliteringskompetence.

- Velfungerende strukturer for faglig udveksling i organisationen (for eksempel faste beboermøder) og arbejdsmiljø (for eksempel faste velfungerende TRIO møder).
- Systematik i den faglige tilgang (fælles tilgang, løbende forbedring og tilpasning samt evaluering) og i arbejdsmiljøarbejdet (løbende registreringer).

### Uformelt hierarki

Hvad fortæller de om deres eksisterende gruppedynamikker, og står det i vejen for implementering: Høj grad gives ved velfungerende gruppedynamikker osv.

### **Interventionsmekanismer**

*Scores på baggrund af workshopdata og leverandørinterviews og interviews med leder og medarbejdere, der har deltaget på forløbet.*

### Koble modeller til praksis

Høj, mellem og lav grad gives, i forhold til hvor godt deltagerne på baggrund af forløbet oplever at kunne koble teori, begreber og metoder til egen praksis.

### Dobbeltperspektiv

Oplever deltageren at have fået større forståelse for, at medarbejdertrivsel og borgertrivsel hænger sammen (vil ofte handle om at arbejdsmiljøperspektivet bliver mere fremtræden)? Har de forbedret arbejdsmiljøarbejdet siden start?

Lav = ingen forbedring.

Mellem = deltagerne oplever forbedring.

Høj = tegn på at flere i gruppen oplever forbedring.

### Fællesfagligt ståsted

Oplever deltagerne, at de i højere grad har fået et fælles fagligt ståsted?

Har de reaktiveret arbejdet med nogle af modellerne (deltagniveau)?

Lav = ingen forbedring.

Mellem = deltagerne oplever forbedring.

Høj = tegn på at flere i gruppen oplever forbedring.

### **Udfald**

#### Tiltag på enkeltborgerniveau

I hvilken grad har deltagerne lykkedes med at lave og afprøve konkrete handleplaner på en konkret case med henblik på at forebygge eller håndtere voldsomme episoder.

#### Spredning

Scor i hvilken udstrækning, deltagerne laver planer om at sprede viden om forløbet eller faktisk spreder viden om forløbet.

#### Refleksiv praksis

De anvender aktivt teori og metode til at kvalificere de faglige valg i plejearbejde.

Lav = ingen forbedring.

Mellem = deltagerne oplever forbedring.

Høj = tegn på at flere i gruppen oplever forbedring.

### Strukturelle ændringer

Høj, mellem eller lav grad gives ud fra, om der er sat tværgående og strukturelle ændringer i gang på baggrund af forløbet. Det kan for eksempel være, at alle skal gå ind og tage "ABC demens", eller at man har lavet et tiltag, der går ud på, at alle får koder, så også afløsere kan gå ind og læse om borgerne. Altså tiltag der hæver sig op over den enkelte borger og er en strukturel og mere blivende indsats i organisationen.

