



Evaluering af Demensrejsehold med fokus på nedbringelse af antipsykotisk medicin

Slutevaluering

Juni 2024



Indholdsfortegnelse

Resumé	2
1. Indledning.....	5
1.1 Baggrund for evalueringen	5
1.2 Evalueringens grundlag.....	6
1.3 Opsamling på forløb	7
1.4 Læsevejledning	8
2. Oplevelse af forløbenes opbygning og tilrettelæggelse	9
2.1 Overordnet om forløbene	9
2.2 Forløbenes varighed.....	10
2.3 Forløbenes indhold og tilgang	11
2.4 Involvering af medarbejdere og ledere samt sundhedspersonale	13
2.5 Opsamling: Forløbenes opbygning og tilrettelæggelse	14
3. Forløbenes virkninger	15
3.1 Anvendelse af antipsykotisk medicin.....	15
3.2 Beboernes trivsel.....	18
3.3 Medarbejdernes faglighed.....	19
3.4 Øvrige virkninger hos plejeenhederne.....	22
3.5 Opsamling: Forløbets virkninger	25
4. Forudsætninger for virkninger	26
4.1 Prioritering og klar kommunikation fra ledelsen	26
4.2 Medarbejdere som vidensformidlere og kulturbærere	27
4.3 Samarbejde med læge og hospital.....	27
4.4 Opsamling: Forudsætninger for virkninger	28
5. Implementering og forankring	29
5.1 Enhedernes arbejde med implementering	29
5.2 Hvordan implementeringen kan styrkes	30
Bilag	33
Bilag 1. Deltagerevalueringer	33
Bilag 2. Interviewguides.....	35
Bilag 3. Liste over lægemidler	38
Bilag 4. Udvikling i forbrug af antipsykotika i de enkelte enheder	40
Bilag 5. Udvikling i forbrug af 1. og 2. generations antipsykotika.....	43

Resumé

Med satspuljeaftalen fra 2015 fik Sundhedsstyrelsen etableret et Demensrejsehold, der gennem praksisnære læringsforløb har til formål at styrke plejen og omsorgen for mennesker med demens. I 2020 blev rejseholdet forlænget med særligt fokus på at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin.

Sundhedsstyrelsen har igangsat en evaluering af læringsforløbene i 15 plejeenheder, som modtog et forløb i 2023. Evalueringen har til formål at skabe viden om forløbenes virkninger, herunder i forhold til medarbejdernes tilgang til beboerne samt plejeenhedernes faglige kultur og forbrug af antipsykotisk medicin.

Evalueringen er baseret på kvalitative såvel som kvantitative datakilder. Den kvalitative data udgøres af interviews med ledere og medarbejdere, der har deltaget i læringsforløbene samt logbøger fra Sundhedsstyrelsen om afvikling af forløbene. Den kvantitative data består af deltagerevalueringer og dataudtræk fra Sundhedsdatastyrelsen angående medicinforbruget blandt plejeenhedernes beboere.

Evalueringen viser, at plejeenhederne generelt er meget positive over for det forløb, de har modtaget. Størstedelen af plejeenhederne oplever, at forløbet allerede har haft virkninger i praksis eller forudser, at det vil ske i nærmeste fremtid. Enkelte ledere og medarbejdere forventer ikke varige forandringer og begrundet typisk dette med manglende tid eller ressourcer til at arbejde med forankring, at de har involveret for få medarbejdere eller, at de oplever manglende ledelsesprioritering.

Samlet viser evalueringen, at forløbene i vidt omfang har understøttet læring og forandring hos plejeenhederne, ikke mindst på grund af den praksisnære tilgang. Hertil viser evalueringen, at forløbene har haft en positiv indflydelse på medarbejdernes tilgang til mennesker med demens og anvendelsen af antipsykotisk medicin, samt at forløbene har styrket den faglige kvalitet og kultur.

Forbruget af antipsykotika er i gennemsnit faldet

Evalueringen viser, at enhedernes forbrug af antipsykotisk medicin i gennemsnit er faldet under og efter demensrejseholdsforløbet. Ved rejseholdsforløbenes slutning er andelen af beboere, der får udskrevet antipsykotika i gennemsnit faldet med fem procentpoint på tværs af enhederne (fra 26 pct. til 21 pct.), og i perioden efter rejseholdet er forbruget faldet yderligere. Data viser umiddelbart ingen forskydning mod andre lignende lægemidler. På grund af databegrænsninger såsom, at hvert datapunkt dækker over en tre-måneders periode, og at selv små ændringer som ind- og udflytninger kan påvirke tallene, er det dog svært at konkludere, om ændringerne entydigt skyldes rejseholdet.

En mere personcentreret tilgang

Mange enheder italesætter, at medarbejderne efter forløbet i højere grad har blik for det hele menneske og forsøger at forstå, hvad der ligger bag beboernes ønsker og adfærd. For eksempel har medarbejderne et større fokus på at igangsætte aktiviteter, der føles meningsfulde for beboerne. Mange fremhæver også, at der er kommet en større lyst til at lykkes uden medicinering. Nogle enheder oplever endnu ikke positive virkninger, som for eksempel øget trivsel, hos beboerne, men peger typisk på, at der er tale om et kompetenceudviklingsforløb, hvorfor der kan gå tid før effekterne af den nye arbejdstilgang, slår igennem hos beboerne.

En styrket faglig kvalitet og kultur

Langt de fleste plejeenheder oplever allerede virkninger af forløbet i forhold til den faglige kvalitet og kultur. Plejeenhederne oplever for eksempel, at den faglige nysgerrighed og stolthed er styrket, og at der i højere grad tales et fælles sprog. En række ledere nævner for eksempel, at medarbejderne er mere selvkørende og oftere bruger fagudtryk i opgaveløsningen. At medarbejderne bruger fagudtryk, vidner om, at de formår at koble læring og teori til praksis. Endvidere opleves det, at der er en højere grad af faglig refleksion blandt medarbejderne. Evalueringen peger desuden på, at den praksisnære læringstilgang har været central for, at medarbejdere og ledere hurtigt har kunne anvende den nye viden og værktøjer i deres hverdag.

Øget sammenhold og faglig sparring

Evalueringen viser, at forløbene helt konkret har resulteret i, at mange medarbejdere føler et tættere sammenhold på tværs af vagtlag og større lyst til at sparre med hinanden. I nogle plejeenheder har der været uro omkring forløbet som følge af sygemeldinger blandt ledere og medarbejdere, lederskift undervejs i forløbet eller knaphed på ressourcer. Generelt oplever plejeenhederne dog, at forløbet har eller vil komme til at styrke arbejdsglæden. Flere nævner også, at de har oplevet en øget personlig gennemslagskraft hos de nøglepersoner, der har deltaget i læringsforløbet.



1. Indledning

1.1 Baggrund for evalueringen

Der er klare sundhedsfaglige anbefalinger mod brug af antipsykotika til mennesker med demens. Alligevel blev mere end fjerde plejehjemsbeboer med demens behandlet med antipsykotisk medicin i 2022¹. Brugen af antipsykotisk medicin hos mennesker med demens kan have alvorlige sundhedsmæssige bivirkninger². Samtidig kan det påvirke evnen til at kommunikere, så det bliver sværere for plejepersonale og pårørende at danne relationer og forstå adfærden hos mennesket med demens.

Den nationale Demenshandlingsplan for 2025 har fokus på, at mennesker med demens skal kunne leve et trygt og værdigt liv. Et af de centrale mål frem mod 2025 er, at en forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens med 50 pct.³

Demensrejsehold med fokus på nedbringelse af antipsykotisk medicin

Med satspuljeaftalen fra 2015 fik Sundhedsstyrelsen etableret et Demensrejsehold, der har til formål at styrke plejen og omsorgen for mennesker med demens via praksisnær læring og fokus på personcentreret omsorg og faglig ledelse i praksis. Demensrejseholdet fungerer som et kompetenceforløb for ledere og udvalgte medarbejdere. Udgangspunktet er, at forløbet, der er en blanding af faglige oplæg og faciliterede drøftelser, skal uddanne medarbejderne til nøglepersoner, som efterfølgende kan agere sparringspartnere for deres kolleger.

Arbejdet med at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens er en kompleks faglig opgave, og en central forudsætning er, at medarbejderne har de rette kompetencer. I 2020 blev Demensrejseholdet derfor forlænget med et særligt fokus på at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin til mennesker med demens⁴.

Evaluering af enheder med læringsforløb i 2023

Der forventes at blive gennemført 58 Demensrejseholdsforløb i 26 kommuner i perioden 2021-2024⁵. Nærværende evaluering omfatter enheder, der har haft et læringsforløb i løbet af 2023.

Formålet med evalueringen er at skabe viden om forløbenes virkninger, og at styrke vidensgrundlaget for metoder til at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens. Evalueringen supplerer således den evaluering af Demensrejseholdet, der blev udarbejdet i 2018.

Evalueringen har fokus på virkningen af Demensrejseholdet i forhold til:

1. Hvorvidt læringsforløbene er afviklet som planlagt
2. I hvilket omfang det er lykket at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin og evt. anden medicin blandt mennesker med demens
3. På hvilken måde organisatoriske – og kompetencemæssige tiltag har betydning for nedbringelse af forbruget af antipsykotisk medicin og evt. anden medicin
4. På hvilken måde plejeenhedernes samarbejde med læger og evt. andre sundhedspersoner og organiseringen omkring har betydning for nedbringelse af antipsykotisk medicin og evt. anden medicin

¹ Sundhedsdatastyrelsen, Opfølgning på demensområdet – status for behandling med antipsykotika, 2023

² Nationalt Videnscenter for Demens, Demens og antipsykotika er en dødelig blanding, 2022

³ Sundheds- og Ældreministeriet, Et trygt og værdigt liv med demens – national demenshandlingsplan 2025, 2017

⁴ Sundhedsstyrelsen, Demensrejseholdet, 2023

⁵ Note: Demensrejsehold med fokus på nedbringelse af antipsykotisk medicin er efter første bevillingsperiode forlænget med aftale om udmøntning af reserven til foranstaltninger på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet for henholdsvis 2023-2026 og 2024-2027, hvilket betyder at der afvikles forløb med demensrejseholdet frem til 2027.

5. Effekten af indsatsen (Demensrejseholdsforløb) med fokus på forandringer hos plejehjemsbeboere/borgere i hjemmeplejen⁶ og medarbejdere
6. Betydning af Demensrejseholdets praksisnære læringstilgang for medarbejdernes anvendelse af viden og kompetencer i praksis, for eksempel brugen af beboerkonferencer, perspektivskifte eller andre metoder som Demensrejseholdet underviser i.

1.2 Evalueringens grundlag

Evalueringen er foretaget med udgangspunkt i de 15 plejeenheder, der har haft et læringsforløb i 2023, heraf 13 plejehjem og to hjemmeplejeenheder. Evalueringen bygger på fire typer af datakilder; Interviews, rejseholdskonsulenternes logbøger om forløbet, deltagerevalueringer og data fra Sundhedsdatastyrelsen angående plejeenhedernes forbrug af antipsykotisk medicin. Brugen af kvalitative såvel som kvantitative datakilder sikrer, at evalueringen afdækker forløbets forskellige typer virkninger mere nuanceret.

I nedenstående tabel ses en oversigt over, hvilke datakilder, der besvarer de enkelte evalueringsspørgsmål.

Tabel 1: Dataindsamling og besvarelse af evalueringsspørgsmål

Evalueringsspørgsmål	Interviews	Logbøger	Deltager-evaluering	Data om medicinforbrug
1. Afvikling af forløbene		X		
2. Nedbringelse af medicinforbrug	X			X
3. Betydning af organisatoriske- og kompetencemæssige tiltag	X		X	
4. Samarbejde med læger og øvrige sundhedspersoner	X			
5. Øvrige effekter hos beboere og medarbejdere	X		X	
6. Betydning af den praksisnære læringstilgang for anvendelse af viden	X		X	

Interviews med ledere og medarbejdere

Der er i alle plejeenheder gennemført interviews med ledere og repræsentanter for de medarbejdere, der har deltaget som nøglepersoner. Interviewene er så vidt muligt afviklet umiddelbart efter afslutning af læringsforløbet. Interview med lederne belyser nuancer i ledernes perspektiv på forløbet, herunder hvordan det har påvirket organisationen og tanker om forankring og implementering. Medarbejderinterviewene går i dybden med medarbejdernes oplevelser af læringsforløbet og konkrete tegn på forløbets virkninger og har typisk involveret to til fem medarbejdere. Medarbejderne har været en blanding af funktioner og roller, herunder både SUSU-assistenten og -hjælper, sygeplejersker og ufaglærte. Der er så vidt muligt også gennemført interviews med læger, der har været tilknyttet forløbene.

Interviewguides kan findes i Bilag 1.

Gennemgang af rejseholdskonsulenternes logbøger

Demensrejseholdets undervisere udfylder løbende en logbog, der handler om, hvordan forløbet skrider frem og om der er eventuelle opmærksomhedspunkter. I forbindelse med evalueringen er logbøgerne gennemgået med henblik på at belyse om hvert forløb er gået som planlagt.

⁶ Herefter blot kaldet 'beboere'

Deltagerevalueringer

De ledere og medarbejdere, der har deltaget i Demensrejseholdets læringsforløb, har udfyldt en deltagerevaluering i forbindelse med afslutning af forløbet. Formålet med deltagerevalueringen er at få et generelt billede af, hvad deltagerne har fået ud af forløbet. Med henblik på at sikre en så stor svarprocent som muligt er deltagerevalueringerne udleveret af Sundhedsstyrelsen som et fysisk spørgeskema på forløbets sidste dag. Evalueringerne er herefter blevet indsamlet og tastet ind i SurveyExact af Sundhedsstyrelsen.

Spørgerammen kan ses i Bilag 2.

Dataudtræk fra Sundhedsdatastyrelsen

Forløbets virkning i forhold til forbruget af antipsykotisk medicin undersøges via data fra Sundhedsdatastyrelsen. For hver plejeenhed er der derfor trukket data i tre-måneders intervaller angående forbruget af en række specificerede lægemiddeltypen før, under og efter rejseholdsforløbet, herunder:

- Andel beboere, der har indløst en recept på antipsykotisk medicin
- Andel beboere, der har indløst en recept på henholdsvis 1. og 2. generations antipsykotika⁷
- Andel beboere, der har indløst en recept på midler mod søvnløshed eller midler mod angsttilstande⁸.

Nogle medicinpakninger indeholder nok piller til mere end én måneds forbrug. For at sikre, at eventuelle ændringer i medicinforbruget ikke blot skyldes variationer i, hvornår beboerne får udskrevet medicinen i løbet af året, indsamles data over tre måneder ad gangen. Det betyder dog samtidig, at det kun er muligt at observere udviklingen af plejeenhedernes medicinforbrug på et relativt overordnet niveau (fire datapunkter per år). Denne begrænsning gør det vanskeligere at konkludere, om ændringer i medicinforbruget specifikt skyldes Demensrejseholdet eller andre faktorer såsom ændringer i beboersammensætningen eller ændringer i medicinadministrationen, herunder om beboerne i højere grad modtager medicinen akut eller som længerevarende recepter. Til gengæld sikrer tilgangen en systematisk indsamling af data på tværs af enheder og giver sikkerhed for, at variationer ikke blot skyldes tilfældigheder i tidspunktet for medicinudskrivning.

Det er vigtigt at bemærke, at fundene i evalueringen skal ses i lyset af det begrænsede datagrundlag, som plejeenhederne udgør. Enhederne har typisk mellem 20-120 beboere, og selv små ændringer som ind- og udflytninger kan derfor påvirke tallene betydeligt. Det bemærkes hertil, at det ikke har været muligt at indsamle data fra hjemmeplejen, der således ikke er med i opgørelsen.

I Bilag 3 findes et overblik over de lægemidler og ACT-koder, der er med i dataudtrækket.

1.3 Opsamling på forløb

De fleste læringsforløb er gået som planlagt. Nogle forløb har dog været præget af sygdommeldinger blandt ledere og medarbejdere, organisationsændringer samt lederskift. I enkelte enheder har organisationen været så presset, at det er gået udover rejseholdsforløbet, så nøglepersoner for eksempel har haft svært ved at finde tid til forløbet. I de fleste plejeenheder melder Demensrejseholdskonsulenterne dog om positiv stemning i forbindelse med læringsforløbet, og at deltagerne har været engagerede og nysgerrige.

Som led i Demensrejseholdsforløbet modtager hver plejeenhed 60.000 kr. pr. læringsgruppe som primært er brugt som tilskud til vikardækning og andre indsatsrelaterede udgifter såsom kontorartikler, forplejning og evt. lokaleleje. Sundhedsstyrelsen har ligeledes afsat midler til kompensation til de deltagende læger for op til 16 timers deltagelse pr. læringsgruppe. Det har varieret mellem enhederne, hvordan og hvor meget de har brugt vikardækningen.

⁷ Note: Antipsykotika inddeles typisk i 1. og 2. generations antipsykotika, hvor 2. generation som regel har færre bivirkninger.

⁸ Note: Midler mod angsttilstande dækker over 1) sederende midler og 2) ikke-sederende midler mod angsttilstande.

1.4 Læsevejledning

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

Kapitel 2 omhandler oplevelsen af forløbenes opbygning og tilrettelæggelse. Her beskrives deltagernes oplevelse af indhold, varighed og anvendelsen af teorier og modeller. Herefter beskrives involvering af medarbejdere og ledere samt rejseholdets konsulenter.

I kapitel 3 behandles forløbets virkninger i forhold til plejeenhedernes forbrug af antipsykotisk medicin, trivsel hos beboerne, den faglige kvalitet og kultur hos medarbejderne, samarbejdet med sundhedsvæsnet og oplevede virkninger i den bredere medarbejdergruppe.

Kapitel 4 sætter fokus på de forudsætninger, der skal være til stede, hvis forløbet skal have de bedste rammer for at virke optimalt.

Kapitel 5 afdækker perspektiver på implementering og forankring af den nye viden og de nye værktøjer i plejeenhederne.

Bilag 1 indeholder evalueringens deltagerevalueringer til ledere og medarbejdere.

Bilag 2 indeholder de semistrukturerede interviewguides.

Bilag 3 indeholder en liste over de lægemidler, der anvendes til evaluering af medicinforbruget.

Bilag 4 viser udviklingen i forbruget af antipsykotika i hver enkelt plejeenhed

Bilag 5 viser udviklingen i forbruget af 1. og 2. generations antipsykotika



2. Oplevelse af forløbenes opbygning og tilrettelæggelse

I nærværende kapitel beskrives enhedernes oplevelse af opbygningen og tilrettelæggelsen af læringsforløbene. Først belyses oplevelsen af indhold og varighed og herefter den praksisnære tilgang, involvering af ledere og medarbejdere samt oplevelsen af rejseholdets konsulenter.

2.1 Overordnet om forløbene

Demensrejseholdets læringsforløb er et kompetenceforløb for ledere og udvalgte medarbejdere (såkaldte nøglepersoner). Forløbet er faciliteret af konsulenter i Sundhedsstyrelsen og består af en kombination af aktiviteter henvendt til enten lederne, nøglepersonerne eller alle plejeenhedens medarbejdere.

Nedenfor fremgår en oversigt over aktiviteter i læringsforløbet med angivelse af, hvem aktiviteterne er henvendt til og varigheden af aktiviteterne. Alle aktiviteterne er som udgangspunkt obligatoriske.

Tabel 2: Aktiviteter i Demensrejseholdets læringsforløb

Aktivitet	Ledere	Nøglepersoner	Kolleger	Varighed
Opstartsworkshop	X			3 timer
Kom Godt Fra Start	X	X	X	3 timer
Lederworkshops x 3	X			4-5 timer
Temadage x 2	X	X	X	6 timer
Læringsgruppemøder x 6	X	X		4 timer
Beboerkonferencer x 6	X	X		2 timer
Kom Godt Videre	X	X	X	4 timer

Evalueringen viser, at plejeenhederne generelt er meget positive over for det forløb, de har modtaget. I interviewene fortæller både ledere og medarbejdere, at de har været glade for Demensrejseholdets personcentrerede og praksisnære tilgang, og at indholdet har været spændende og lærerigt. Flere ledere nævner også, at de synes, at enheden har fået endnu mere ud af forløbet end de havde håbet.

I enkelte plejeenheder har der i nogen grad været uro omkring læringsforløbene. Her har grunden typisk været knaphed på ressourcer og organisationsændringer som følge af sygemeldinger blandt ledere og medarbejdere, lederskift før eller undervejs i forløbet og lignende.

"Jeg havde ikke i min vildeste fantasi forestillet mig, at vi ville have rykket os så langt, som vi gjorde"

– Leder

"Underviserne var gode til at gøre det meget jordnært, så det er nogle redskaber, vi kan gå ud og bruge med det samme"

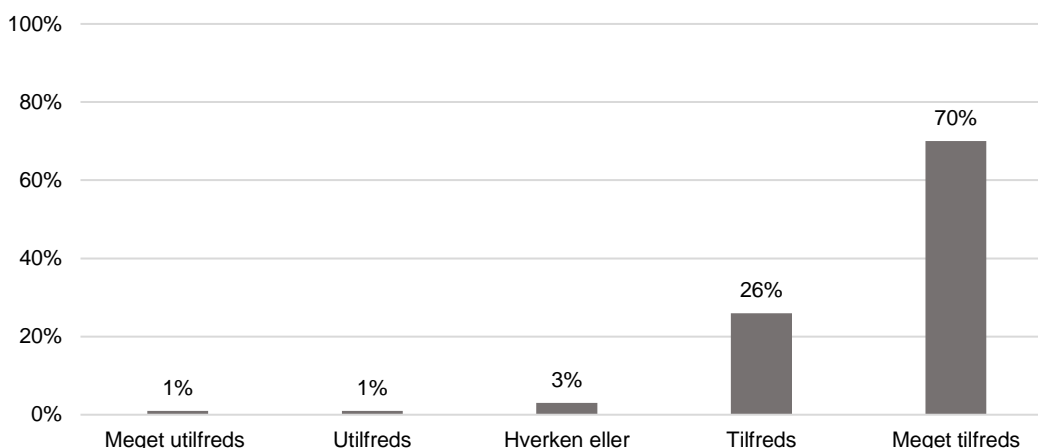
– Leder

"Vi havde succes – det virkede øjeblikkeligt, når vi gik ud og gjorde noget"

– Medarbejder

Deltagerevalueringen, der er en spørgeskemaundersøgelse blandt de ledere og medarbejdere, der har deltaget i læringsforløbene, viser ligeledes, at plejeenhederne generelt er meget tilfredse med læringsforløbet. I deltagerevalueringerne vurderer næsten alle ledere og nøglepersoner, at de enten er meget tilfredse (70 pct.) eller tilfredse (26 pct.) med forløbet, jf. figur 1.

Figur 1: Ledere og nøglepersoners vurdering af, hvorvidt de er tilfredse med rejseholdsforløbet som helhed



Kilde: Sundhedsstyrelsen og PwC's deltagerevaluering om Sundhedsstyrelsens Demensrejseholdsforløb, 2023. Spørgeskema blandt ledere og nøglepersoner, n = 151.

2.2 Forløbenes varighed

Demensrejseholdsforløbene har haft en varighed på seks til otte måneder, og der har typisk været to til fire uger mellem hver aktivitet. Evalueringen viser, at enhederne generelt mener, at det samlede forløb har haft en passende længde. Nogle ledere er fortalere for et lidt kortere og mere intensivt forløb, mens andre mener, at den nuværende længde er fin, da aktiviteter kan afvikles uden at forstyrre driften og samtidig med, at forløbsdeltagerne har tid til at arbejde med materialet.

Enheder, der har haft forløbet over sommerferien fremhæver, at pausen gik ud over følelsen af "et samlet forløb", og at teorier og modeller lå langt væk i hukommelsen efter ferien. Særligt peger de på, at der på grund af sommerferien gik lang tid mellem, at de øvrige medarbejdere blev inddraget i forløbet.

Evalueringen viser også, at ledere og medarbejdere generelt mener, at de enkelte aktiviteter har haft en passende længde. For eksempel peger mange på, at beboerkonferencernes længde gjorde, at de kom i dybden med beboerne på en helt anden måde end ved tidligere møder, de har haft om beboerne. Enkelte medarbejdere og ledere nævner dog også, at det kunne være en idé at forkorte aktiviteterne og fordele dem over flere dage, så flere nøglepersoner kunne prioritere at være med til alle aktiviteter i forløbet. Hertil pegede enkelte på, at det kunne være svært at skulle sidde stille så mange timer i træk.

"Det var nogle lange seje træk, når man skulle afsted, men sådan er det jo altid, når man skal lære noget nyt, og det har jo båret frugt"

– Medarbejder

"Det kom måske til at blive lidt langtrukket, fordi der røg en sommerferie imellem, og der så kom en meget lang pause"

– Medarbejder

"Jeg har været meget tryk i forløbet, og at der har været en plan for det"

– Leder

2.3 Forløbenes indhold og tilgang

En central del af Demensrejseholdets tilgang er, at forløbet er baseret på en praksisnær læringstilgang. I det følgende afdækkes medarbejdernes og ledernes oplevelser af koblingen mellem teori og praksis og anvendte modeller og værktøjer samt oplevelsen med rejseholdets konsulenter.

Koblingen mellem teori og praksis

Evalueringen viser, at enhederne generelt oplever, at de anvendte teorier og modeller blev koblet til praksis og underbygget med relevante eksempler. Mange nævner for eksempel, at det var virkelig godt, at modellerne blev eksemplificeret med udgangspunkt i egne beboere, da det gav en god forståelse af modellernes anvendelse i praksis.

For en del af medarbejderne var teorierne nye, mens andre kendte til dele af materialet fra tidligere kurser eller fra deres uddannelse. Alle understreger dog, at det var godt at få gennemgået teorierne og modellerne, og at blive mindet om at anvende dem i hverdagen. En stor del af medarbejderne og lederne vurderer også, at de i praksis allerede gør mange af de "rigtige" ting, men at det giver en tryghed og faglighed at vide, hvorfor de gør det rigtige. Enkelte medarbejdere giver udtryk for, at der var lidt for meget repetition, og at de gerne hurtigere ville i gang med at anvende teorierne i praksis. Ligesom enkelte fortæller, at de kunne have ønsket differentieret indhold for hjemmeplejen.

"Det er rigtig godt, at det er praksisnært, det er det vi har brug for, så vi kan forstå vores egne borgere i forhold til teorien"

– Leder

"Vi har ikke brugt modeller før og vi har aldrig haft en beboerkonference før, så det hele er nyt"

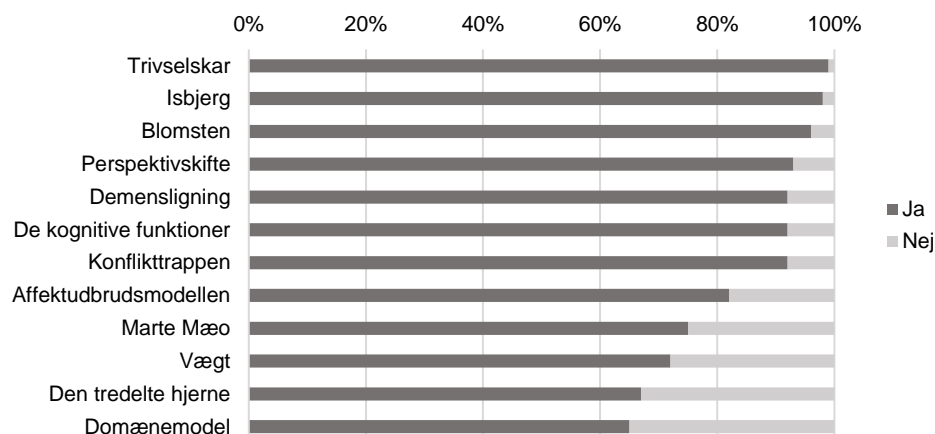
– Medarbejder

De anvendte teorier og modeller

Medarbejdere og ledere vurderer generelt, at mængden af teorier og modeller var passende og fortæller, at modellerne var meget håndgribelige. Evalueringen viser, at det generelt er de mere enkle modeller, medarbejderne finder hjælpsomme i hverdagen. De er nemme at "hive op af lommen", når man står med en beboer eller overfor en kollega. Under interviewene refererer både medarbejdere og ledere til konkrete modeller og særligt *blomsten*, *isbjerg*, *perspektivskifte* og *trivselskarret* går igen som virksomme modeller.

Deltagerevalueringerne viser samme tendens, hvor mere avancerede modeller, eller de modeller som ligger længere væk fra det praksisnære arbejde med borgere, som *domænemodellen*, *den tredelte hjerne* og *vægten* scorer lavere i forhold til kendskab, jf. figur 2. Det skal i den forbindelse nævnes, at modellerne har forskellige formål og henvender sig til forskellige målgrupper – for eksempel er nogle af modellerne målrettet medarbejdere, hvor andre bruges samme med borger.

Figur 2: Ledere og nøglepersoners vurdering af i, hvorvidt de kender og anvender en model i deres daglige arbejde?



"Isbjergene har været den bedste – før har vi kun set toppen af isbjergene, nu kan vi også se alt det, der ligger under overfladen"

– Medarbejder

"Livshistorie, livshistorie, livshistorie, det er det, det hele handler om"

– Medarbejder

"Selvom man har været uddannet i mange år, så er det at lære noget ny teori og koble det på i praksis, helt vildt"

– Medarbejder

Beboerkonferencen

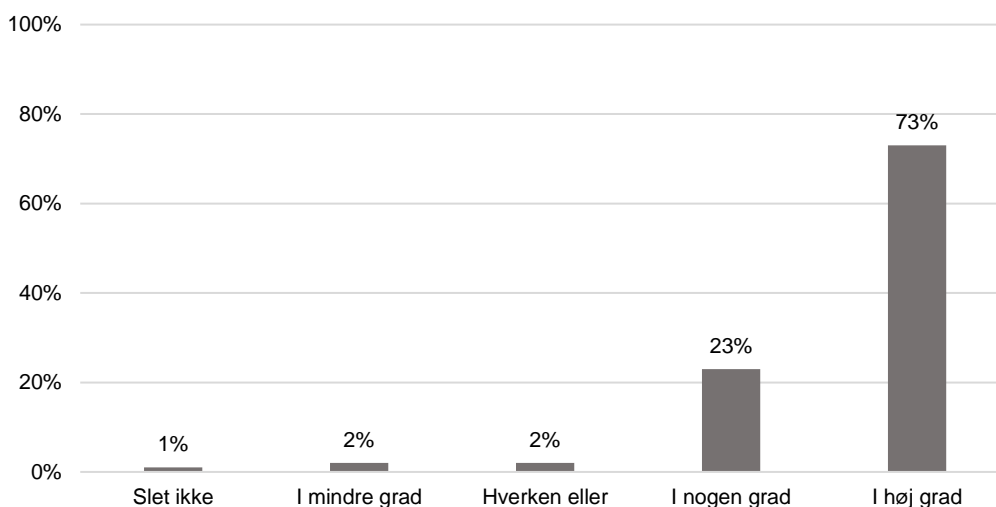
Beboerkonferencen er et af de redskaber, deltagerne skal arbejde med gennem hele forløbet. Konferencen varer normalt cirka halvanden time, hvor én beboer drøftes med udgangspunkt i de modeller og teorier, deltagerne lærer undervejs i forløbet. Under rejseholdsforløbet er der afsat to timer til beboerkonferencen.

Evalueringen viser, at beboerkonferencen bliver set som én af de metoder, medarbejdere og ledere føler giver mest værdi. Mange peger på, at det skyldes, at det er en håndgribelig metode, der er let at gå til og som giver et konkret output. Flere fortæller for eksempel, at de er glade for, at beboerkonferencen udmønter sig i en fysisk planche, der kan hænges op, så alle kollegaer kan følge med i konferencens analyse og indsatser samt beboernes trivsel – også dem, der ikke var med til konferencen. Lederne peger også på, at det særligt er beboerkonferencen, de vil bruge som afsæt for at arbejde videre med rejseholdets indsats.

Beboerkonferencerne er bygget op om, at en medarbejder agerer facilitatorer og dermed "styrer slagets gang". Både ledere og medarbejdere nævner, at det for nogle af medarbejderne var en uvant rolle at påtage sig og enkelte nævner i den forbindelse, at de kunne have ønsket sig flere instruktioner, da det for dem var en usikker rolle at være i. De fleste medarbejdere giver dog udtryk for, at de synes det var lærerigt at skulle agere facilitator.

I deltagerevalueringerne vurderer langt de fleste ledere og medarbejdere ligeledes, at forløbet i høj grad (73 pct.) eller i nogen grad (23 pct.) har givet dem viden, konkrete værktøjer og praksisnære metoder til at arbejde videre med beboerkonferencen, jf. figur 3.

Figur 3: Ledere og nøglepersoners vurdering af i, hvorvidt forløbet har givet viden, konkrete værktøjer og praksisnære metoder til arbejdet med Beboerkonferencen?



Kilde: Sundhedsstyrelsen og PwC's deltagerevaluering om Sundhedsstyrelsens Demensrejseholdsforløb, 2023. Spørgeskema blandt ledere og nøglepersoner, n = 153.

"Man kommer godt rundt om den enkelte beboer og får nogle redskaber til, hvordan vi skal løse nogle konkrete problemer"

– Medarbejder

"Det var ikke en naturlig proces for mig at være facilitator, det er noget jeg skal gøre nogle gange før jeg føler, at det sidder på rygraden"

– Medarbejder

"Fordelen ved beboerkonferencen er, at man har den færdige plakat bagefter, så alle dem, der ikke har været med, kan se med"

– Leder

Rejseholdets konsulenter

Hvert læringsforløb har tilknyttet én rejseholdskonsulent fra Sundhedsstyrelsen, der faciliterer læring og tilrettelægger forløbet - processen. Konsulentens forståelse for praksis og evne til at inddrage relevante eksempler er derfor vigtig for at understøtte den praksisnære læring.

Evalueringen viser, at enhederne generelt er meget positive over for rejseholdets konsulenter, som de beskriver som dygtige formidlere, der demonstrerede indsigt i deres hverdag og formåede at skabe et trygt læringsrum. I enkelte af de enheder, der var præget af mange organisationsændringer eller sygemeldinger, blev der givet udtryk for et ønske om større forståelse for enhedens behov. Evalueringen peger dog generelt på, at ledere og medarbejdere har oplevet, at konsulenterne har været gode til at tilpasse undervisningen til plejeenhedernes behov, og at de var dygtige til at håndtere svære emner og følelser på en respektfuld måde.

2.4 Involvering af medarbejdere og ledere samt sundhedspersonale

Plejeenhederne har involveret medarbejdere og ledere på forskellig vis. Nogle har valgt at uddanne så mange som muligt, mens andre har valgt at uddanne en mindre del af medarbejdergruppen. Her har hensigten typisk været at uddanne en lille gruppe, der kan være ansvarlige for at udbrede viden til kollegaer uden, at driften bliver for presset.

En del ledere giver udtryk for, at de gerne ville involvere flere medarbejdere i forløbet, men at de har været pressede på grund af driften og den generelle mangel på medarbejdere. I forhold til involvering af lederne viser evalueringen, at lederne har forsøgt at være til stede så vidt muligt, men at deltagelsen har varieret som forløbet skred frem som følge af presserende driftsopgaver og pressede kalendere.

Sundhedsstyrelsen i samarbejde med plejeenhederne har opfordret de almen praktiserende læger, der er tilknyttet enhederne, til at deltage på én eller flere beboerkonferencer. Evalueringen viser, at det for de fleste enheder har været svært at få lægerne til at deltage, hvilket som regel skyldes mangel på tid fra lægens side. For eksempel måtte en læge stoppe undervejs, da det tidsmæssigt blev for presset. Enheder, hvor den almen praktiserende læge har deltaget, giver imidlertid udtryk for, at det gav et stort udbytte. En enhed nævner som eksempel, at lægens historik om beboeren gav anledning til nye perspektiver og indsigter. En læge peger i den forbindelse på, at det vil være godt med mere information om Demensrejseholdets forløb, herunder, hvad lægernes rolle forventes at være, og at det ville være giveligt at kunne læse med på det materiale enheden undervises i.

"Jeg troede egentlig vi skulle sidde og lytte på skolebænken, og blev overrasket over, at vi også skulle sige en masse selv, det lærer man meget mere af"

– Medarbejder

"Jeg havde sat mig grundigt ind i borgerens baggrundshistorie og set på de aller ældste optegnelser, jeg havde"

– Læge

"Der var egentlig lagt op til, at jeg som leder var med til alle seancerne, men det har ikke kunne lade sig gøre pga. sygemelding og kalender"

– Leder

2.5 Opsamling: Forløbenes opbygning og tilrettelæggelse

Enhederne er generelt meget positive over det samlede Demensrejseholdsforløb og rejseholdets konsulenter, der beskrives som fagligt stærke og gode til at formidle viden. Både ledere og medarbejdere oplever, at den praksisnære tilgang i høj grad har underbygget læringen, og at de anvendte redskaber er relevante. Herunder i særlig grad beboerkonferencen og modeller som *isbjerget*, *blomsten* og *trivselskarret*. Enhederne er herudover generelt tilfredse med forløbets samlede varighed, selvom nogle også peger på, at det har presset driften.

Læringsforløbet har både involveret ledere, nøglepersoner og øvrige medarbejdere undervejs, hvilket enhederne oplever som positivt, og en del ledere giver udtryk for, at de gerne ville have involveret endnu flere medarbejdere i forløbet. Ledernes deltagelse i forløbet har varieret på tværs af enhederne som forløbet skred frem. Det har hertil været svært at få de almen praktiserende læger til at deltage, men de steder, hvor det har kunne lade sig gøre, har det været en god oplevelse for både ledere og medarbejdere.



3. Forløbenes virkninger

Formålet med Demensrejseholdet er at styrke plejen og omsorgen for mennesker med demens, og at understøtte plejeenhedernes arbejde med at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin. I dette kapitel belyses forløbenes virkninger.

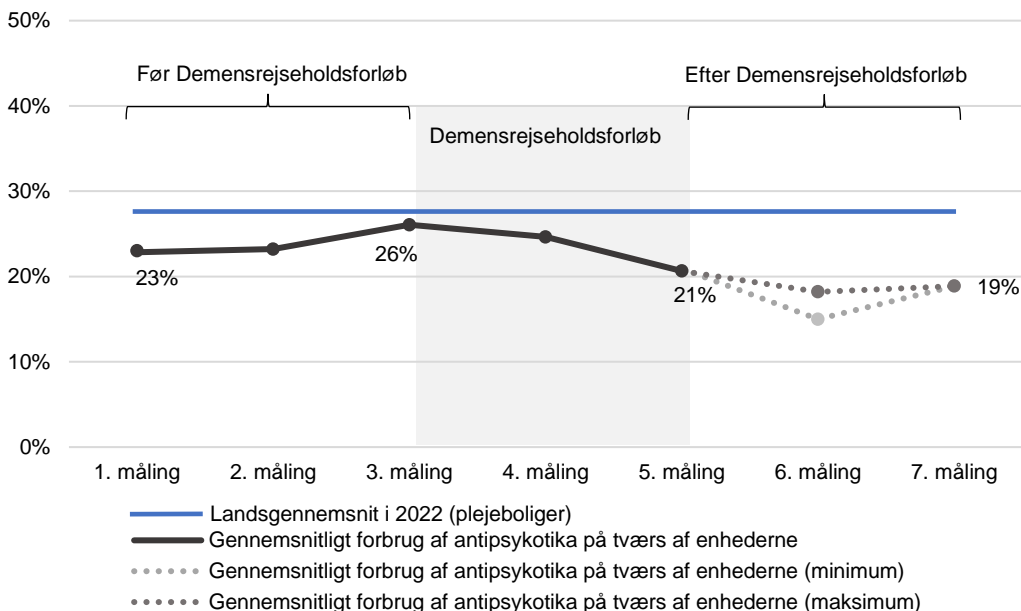
Første del af kapitlet har fokus på udviklingen i plejeenhedernes forbrug af antipsykotisk medicin og forløbenes virkninger i forhold til beboernes trivsel. Hernæst afdækkes virkninger i forhold til medarbejdernes faglighed og kultur, herunder tilgangen til antipsykotisk medicin og personcentreret omsorg. Endeligt beskrives forløbenes virkninger i forhold til den bredere medarbejdergruppe og plejeenhederne mere generelt.

3.1 Anvendelse af antipsykotisk medicin

Forbrug af antipsykotisk medicin på tværs af plejeenheder

Evalueringen viser, at plejeenhedernes forbrug af antipsykotisk medicin i gennemsnit er faldet under og efter deltagelsen i demensrejseholdsforløbet. Ved slutningen af rejseholdsforløbene er andelen af beboere, der får udskrevet antipsykotisk medicin i gennemsnit faldet med fem procentpoint på tværs af enhederne sammenlignet med perioden lige op til, at forløbene startede (fra 26 pct. ved måling 3 til 21 pct. ved måling 5), jf. figur 4⁹. Andelen af beboere, der får udskrevet antipsykotisk medicin er hertil faldet yderligere i perioden efter forløbene er afsluttede. Det bemærkes at andelen, der får udskrevet antipsykotisk medicin over tid i gennemsnit er lavere end landsgennemsnittet fra 2022 (27 pct.).

Figur 4: Gennemsnitlig andel beboere, der har indløst recept på antipsykotisk medicin



Kilde: PwC's beregninger er baseret på tal fra Lægemiddelstatistikregisteret pr. 11. maj 2024 og Plejehjemsdata pr. 7. maj 2024, Sundhedsdatastyrelsen. Landsgennemsnittet er fra 2022, og fungerer som perspektivering til udvikling i plejeenhederne. Note: Når de to linjer ikke er ens, betyder det, at tallet er bordiskreteret og kan variere mellem nul og fire personer. Note: For en enkelt kommune er tallene inklusive lægemidlet Pregabalin, der i kommunen bl.a. anvendes som antipsykotika. n = 12 enheder, hvoraf fire kun har data til og med 5. måling. Hertil er tre enheder ikke med i opgørelsen pga. manglende data for forbrug af antipsykotika i perioden, heraf to hjemmeplejeenheder og et plejehjem. ACT-koder: Se bilag 3.

⁹ Note: Hver måling dækker over en tre-måneders periode. 1. måling=6-9 måneder før indsatsen (Demensrejseholdet) starter, 2. måling=3-6 måneder før indsatsen starter, 3. måling=0-3 måneder før indsatsen starter, 4. måling=0-3 måneder efter indsatsen er startet, 5. måling=3-6 måneder efter indsats er startet, 6. måling=6-9 måneder efter indsats er startet, 9-12 måneder efter indsats er startet. For de fleste enheder har Demensrejseholdet været i cirka seks måneder.

Det er væsentligt at bemærke, at udviklingen skal ses i lyset af en række databegrænsninger. Herunder, at hvert datapunkt dækker over et tre-måneders interval, og at selv små ændringer i plejeenhederne som ind- og udflytninger kan påvirke tallene. Samtidig dækker den gennemsnitlige udvikling på tværs af enheder over forskellige forløb i de enkelte plejeenheder, hvor nogle har oplevet en stigning i forbruget af antipsykotika, mens andre har oplevet et fald. Et overblik over udviklingen i de enkelte enheders forbrug af antipsykotika kan ses i Bilag 4.

Databegrænsningerne gør det svært at konkludere entydigt om udviklingen skyldes Demensrejseholdet eller andre faktorer såsom ændringer i beboersammensætningen eller ændringer i medicinadministrationen, herunder om flere eller færre modtager medicinen akut eller som recepter. På trods af den usikkerhed, der er forbundet med tallene, peger de dog stadig på en tendens.

Som det ses på figur 4, er nogle af tallene mere usikre end andre. Det skyldes, at Sundhedsdatastyrelsen bortdiskreterer data, når der er under fem personer. I disse tilfælde er det ikke muligt at vide, om der er tale om nul eller fire personer, hvilket medfører en vis usikkerhed i udviklingen. Dette er illustreret i figuren ved to stiplede linjer, som markerer henholdsvis minimums- og maksimumsudviklingen. Når de to linjer ikke er ens, betyder det, at tallet er bortdiskreteret og kan variere mellem nul og fire personer.

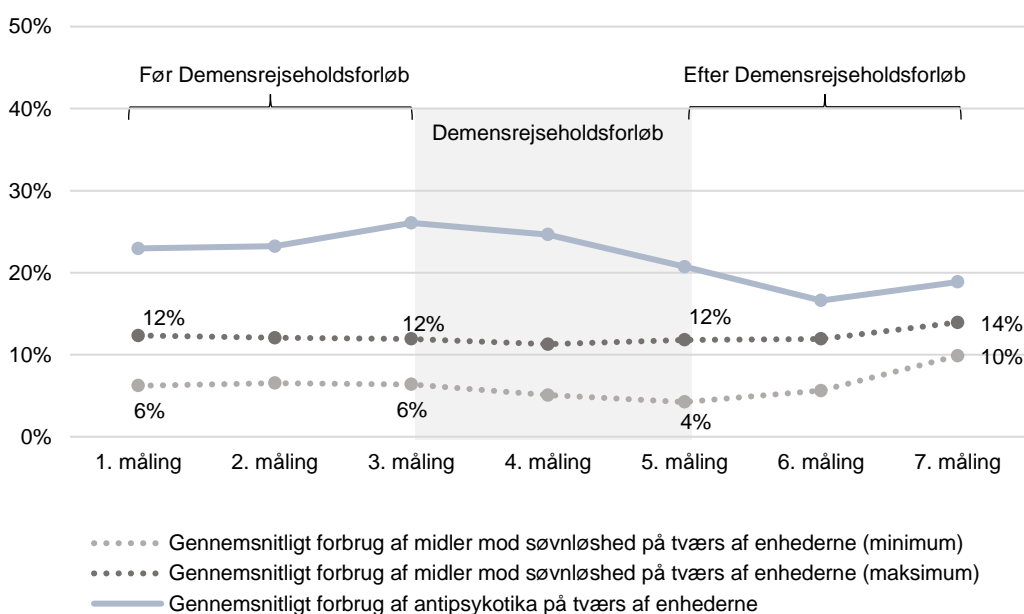
De ældre typer af antipsykotika, kaldet 1. generation, er kendetegnet ved at have flere bivirkninger end de nyere 2. generationsantipsykotika. Evalueringen viser, at det både før, under og efter rejseholdsforløbene primært er 2. generations antipsykotika, der anvendes i plejeenhederne. Der er dog en relativ stor usikkerhed forbundet med udviklingen i forbruget af 1. og 2. generation som følge af, at mange af disse tal er bortdiskreteret. Et overblik over udviklingen i forbruget af 1. og 2. generations antipsykotika kan ses i Bilag 5.

Forbrug af øvrige relevante lægemidler

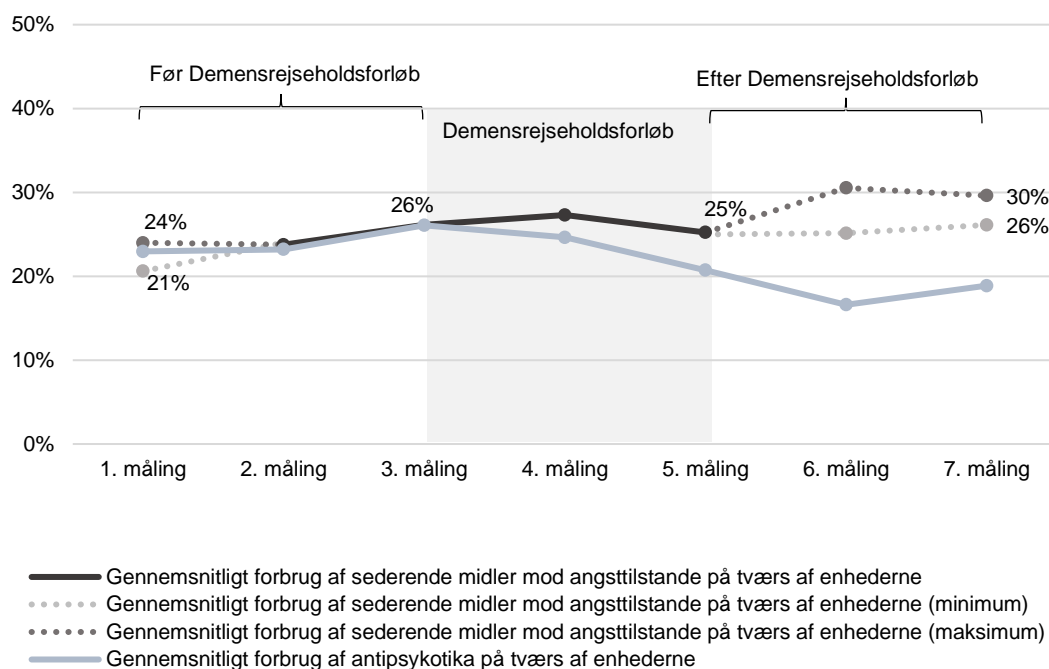
Der er andre lægemidler end antipsykotika, der kan anvendes til borgere med demens i forbindelse med uforståelig eller urolig adfærd og voldsomme episoder, herunder sederende og ikke-sederende midler mod angst og midler mod søvnløshed. Det er derfor væsentligt at undersøge om det faldende forbrug af antipsykotika dækker over substitution mod disse typer af medicin til regulering af adfærd.

Udover en mindre stigning i forbruget af midler mod søvnløshed i perioden efter rejseholdets afslutning på plejeenhederne, peger evalueringen på, at forbruget af alle tre typer af lægemidler er relativt stabilt under og efter rejseholdet, jf. figur 5-7. Det tyder således ikke umiddelbart på, at plejeenhederne substituerer antipsykotika med andre, lignede typer af lægemidler.

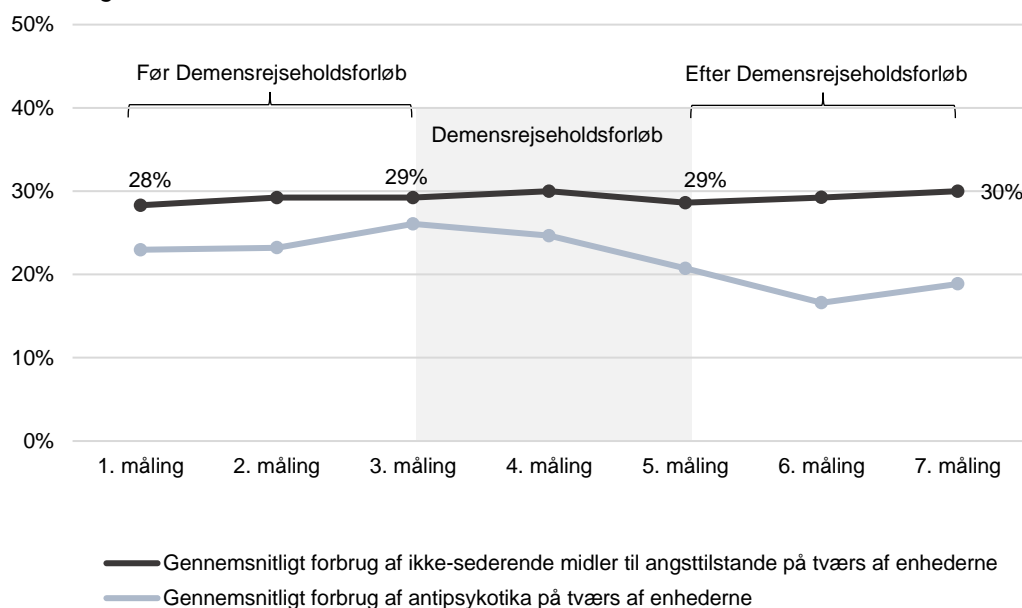
Figur 5: Gennemsnitlig andel beboere, der har indløst recept på midler mod søvnløshed



Figur 6: Gennemsnitlig andel af beboere, der har indløst recept på sederende midler mod angst



Figur 7: Gennemsnitlig andel beboere, der har indløst recept på ikke-sederende midler mod angst



Figur 5-7¹⁰:

Kilde: PwC's beregninger baseret på tal fra Lægemiddelstatistikregisteret (pr. 11. maj 2024) og Plejehjemsdata (pr. 7. maj 2024), Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Når de to linjer ikke er ens, betyder det, at tallet er bortdiskretioneret og kan variere mellem nul og fire personer.

Note: Forbrug af antipsykotika er beregnet som gennemsnittet af minimum og maksimum i figur 4.

n = 13 enheder, hvoraf fem enheder kun har data til og med 5. måling. De to hjemmeplejeenheder er ikke med i opgørelsen.

ACT-koder: Se Bilag 3.

¹⁰ Note: Hver måling dækker over en tre-måneders periode. 1. måling=6-9 måneder før indsatsen (Demensrejseholdet) starter, 2. måling=3-6 måneder før indsatsen starter, 3. måling=0-3 måneder før indsatsen starter, 4. måling=0-3 måneder efter indsatsen er startet, 5. måling=3-6 måneder efter indsats er startet, 6. måling=6-9 måneder efter indsats er startet, 9-12 måneder efter indsats er startet. For de fleste enheder har Demensrejseholdet været i cirka seks måneder.

3.2 Beboernes trivsel

Et andet væsentligt formål med evalueringen er at belyse virkninger af Demensrejseholdsforløbet med fokus på øvrige forandringer hos beboerne. I det følgende ses der derfor på, hvilke virkninger forløbene har haft i forhold til beboernes trivsel.

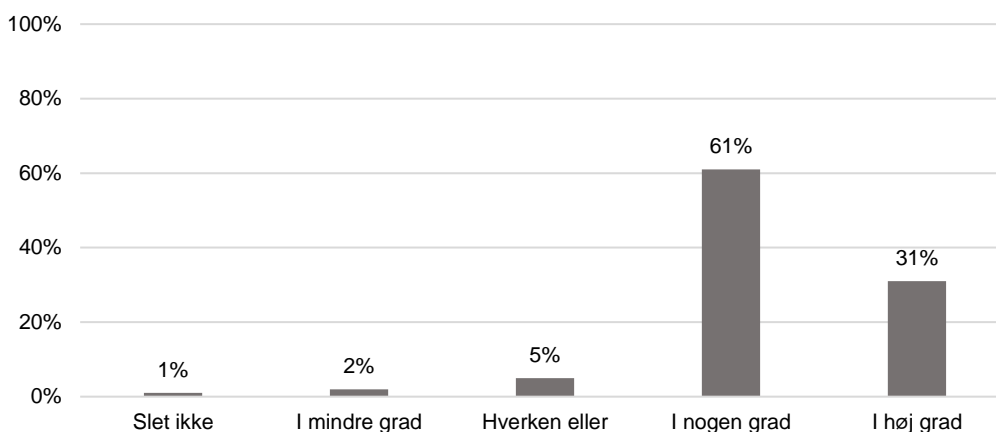
Fokus på meningsfulde aktiviteter

For mange mennesker med demens gælder det, at de ikke tilstrækkeligt kan sætte ord på egne behov og ønsker. Beboernes trivsel er derfor et centralt omdrejningspunkt i Demensrejseholdets læringsforløb.

Evalueringen viser, at medarbejderne efter forløbet oplever at have bedre blik for det hele menneske. Helt konkret er medarbejderne blevet mere opmærksomme på at sørge for, at beboerne deltager i aktiviteter, der føles meningsfulde og giver glæde i hverdagen. Det kan for eksempel være at lytte til musik, der har haft betydning tidligere i livet eller at lægge puslespil med en pårørende, de har haft svært ved at kommunikere med. Flere medarbejdere nævner også, at de er blevet mere opmærksomme på, at der bag hver beboer "gemmer" sig en person med et levet liv og en lang livshistorie.

Deltagerevalueringerne viser ligeledes, at størstedelen af lederne og medarbejderne oplever, at forløbet i høj grad (31 pct.) eller i nogen grad (61 pct.) har bidraget til en øget trivsel blandt beboerne, jf. figur 8.

Figur 8: Ledere og nøglepersoners vurdering af i, hvorvidt forløbet har bidraget til, at der er øget trivsel blandt beboere på plejecenteret/borgere i hjemmeplejen?



Kilde: Sundhedsstyrelsen og PwC's deltagerevaluering om Sundhedsstyrelsens Demensrejseholdsforløb, 2023. Spørgeskema blandt ledere og nøglepersoner, n = 153.

En række enheder beskriver, at det endnu er for tidligt at sige noget om forløbets betydning for beboernes trivsel. Det skal ses i lyset af, at Demensrejseholdet først og fremmest er et kompetenceforløb for medarbejderne, hvorfor der naturligt vil være en "forsinkelse" i, hvornår effekten kan ses hos beboerne, da medarbejderne først skal indarbejde værktøjerne i deres praksis.

"Det har givet bedre trivsel for dem, der er trappet ud af antipsykotisk medicin, fordi de er kommet ud af den der osteklokke"

– Medarbejder

"Beboere, hvor vi har trappet dem ud af medicin, ser vi pludselig kan koncentrere sig bedre"

– Leder

"Beboerne kan finde ud af mange flere ting end da de fik antipsykotisk medicin, hvor de virkede meget inaktive"

– Leder

Bedre koncentrationsevne uden antipsykotika

Evalueringen peger desuden på, at langt de fleste enheder har en god oplevelse med at trappe beboere ud af antipsykotisk medicin. Flere ledere og medarbejdere fortæller, hvordan de før forløbet var skeptiske over at trappe beboere ud af antipsykotika og nævner, at det blandt andet skyldes, at de var usikre eller nervøse for, hvordan beboerne ville reagere.

De steder, hvor det er lykkedes at trappe beboere ud af antipsykotika i forbindelse med forløbet, udtrykker størstedelen, at de er positivt overraskede over beboernes reaktioner, og at beboerne er blevet mere aktive og bedre til at koncentrere sig. Enkelte peger på, at den øgede aktivitet og bevidsthed kan være negativ, hvis beboeren ikke har det godt med de andre beboere eller hvis det kommer til udtryk som øget rastløshed. Evalueringen peger dog på, at ledere og medarbejdere generelt oplever at have fået en større tiltro til at kunne håndtere, at flere beboere trappes ud af medicinen.

”Vi er ikke længere bange for at prøve, mens vi tidligere har været bekymrede for, hvad der kunne ske, hvis vi fjerner medicinen”

- Leder

”Det er jo heller ikke fordi alle skal trappes ud af alting, det er bare vigtigt, at vi er opmærksom på det og bevidsthed om, hvad medicinen egentlig gør”

- Medarbejder

3.3 Medarbejdernes faglighed

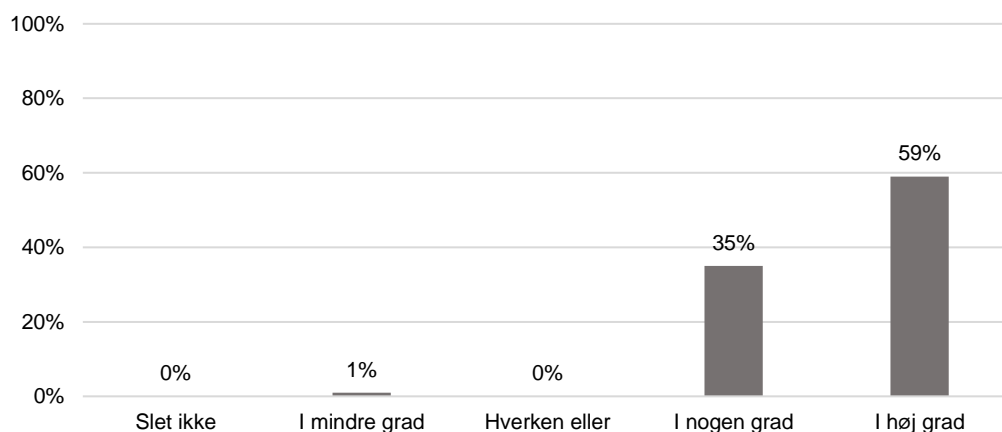
Demensrejseholdet er først og fremmest et kompetenceudviklingsforløb, og medarbejdernes faglighed er derfor et centralt emne for evalueringen. Det følgende afsnit har til formål at belyse, hvordan læringsforløbet har haft betydning for medarbejdernes faglighed, herunder i forhold til antipsykotisk medicin, personcentreret omsorg og den daglige opgaveløsning.

Bedre rustet til arbejdet med at nedbringe medicinforbruget

Evalueringen viser, at ledere og medarbejdere generelt føler sig bedre rustet til at arbejde med at nedbringe forbruget af antipsykotika. Mange nævner for eksempel, at de efter demensrejseholdsforløbet er mere nysgerrige på, hvordan de kan håndtere situationen uden at bruge medicin. Enkelte udtaler, at det er vigtigt ikke at nedbringe medicinforbruget for enhver pris, og at man har et ansvar, når man trapper en beboer ud af medicin, hvis der efterfølgende sker udfald, eksempelvis fordi beboeren bliver udadreagerende. Generelt viser evalueringen dog, at ledere og medarbejdere er begyndt at anse medicinering som sidste udvej.

I tråd med interviewene peger deltagerevalueringerne på, at langt størstedelen af lederne og medarbejderne i høj grad (59 pct.) eller i nogen grad (35 pct.) føler sig bedre klædt på til at arbejde med at nedbringe medicinforbruget, jf. figur 9.

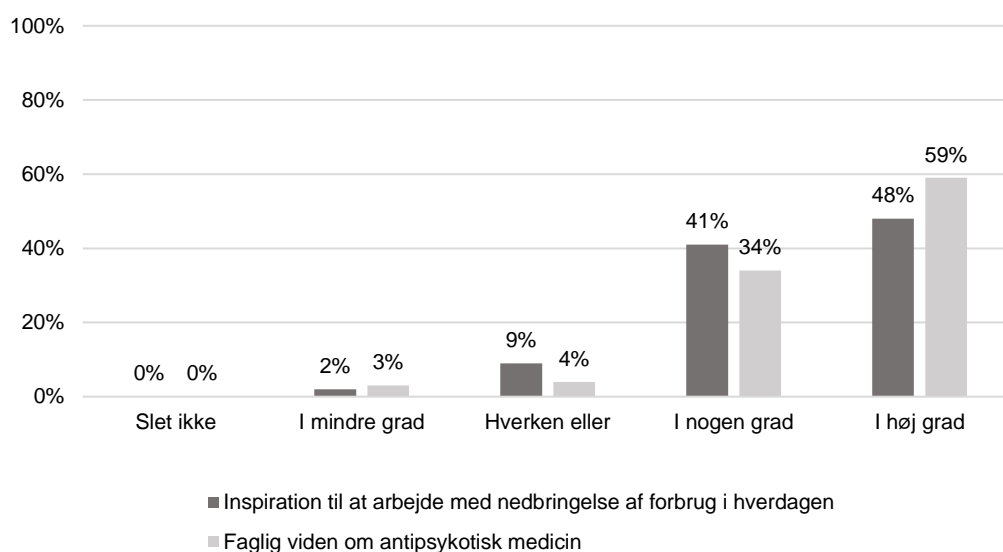
Figur 9: Ledere og nøglepersoners vurdering af i, hvorvidt forløbet alt i alt har rustet dem til at arbejde med at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin i deres daglige arbejde



Evalueringen peger hertil på, at både ledere og nøglepersoner oplever at have fået mere inspiration til arbejdet med at nedbringe antipsykotisk medicin og en større faglig viden om området.

I deltagerevalueringerne svarer 48 pct. af ledere og nøglepersoner således, at forløbet i høj grad har givet dem inspiration til at arbejde med nedbringelse af antipsykotisk medicin i det daglige arbejde, og 59 pct. vurderer i høj grad, at forløbet har øget deres faglige viden om antipsykotisk medicin, jf. figur 10.

Figur 10: Ledere og nøglepersoners vurdering af i, hvorvidt forløbet har givet inspiration til at arbejde med nedbringelse af antipsykotisk medicin i dit daglige arbejde, og om forløbet øget deres faglige viden om antipsykotisk medicin?



Kilde: Sundhedsstyrelsen og PwC's deltagerevaluering om Sundhedsstyrelsens Demensrejseholdsforløb, 2023. Spørgeskema blandt ledere og nøglepersoner, n = 154.

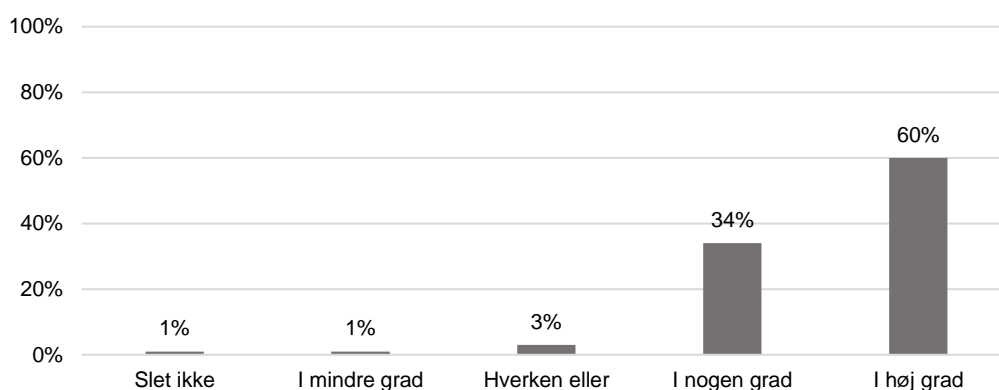
<p><i>"Nu tænker vi 'hvorfor' og går i dialog om det - der er en større opmærksomhed omkring antipsykotisk medicin, så vi ikke bare starter det"</i></p> <p>– Medarbejder</p>	<p><i>"Det er også vildt at se hvad medicinen egentlig gør ved en, det har været en rigtig øjenåbner"</i></p> <p>– Medarbejder</p>	<p><i>"De har fået nysgerrighed og lyst til at lykkedes uden medicin og til at undersøge om det er noget vi kan arbejde med pædagogisk"</i></p> <p>– Leder</p>
<p><i>"Jeg synes, at jeg har meget mere fokus på at skabe en relation til borgeren før udførelse af opgaven"</i></p> <p>– Medarbejder</p>	<p><i>"De svære situationer vil stadig være svære, men jeg synes, jeg er blevet mere fagligt bevidst og kan sætte mig mere ind i borgerens sted"</i></p> <p>– Medarbejder</p>	<p><i>"Der er sket noget i forhold til, at der bliver tænkt anderledes omkring mennesker med demens og hvad for en tilgang, man kan anvende"</i></p> <p>– Leder</p>

Større fokus på personcentreret omsorg

Et centralt element af Demensrejseholdets forløb er, at uforståelig eller udadreagerende adfærd fra mennesker med demens ofte skyldes, at nogle af deres behov eller ønsker ikke mødes. Evalueringen viser, at både ledere og medarbejdere oplever, at de med forløbene generelt har fået større fokus på den personcentrerede omsorg. Flere medarbejdere fortæller for eksempel, at de har en større faglig nysgerrighed, der handler om at sætte sig ind i beboerens sted og finde de bagvedliggende årsager til beboerens adfærd. Flere nævner ligeledes, at det giver stolthed og glæde at kunne lykkes med ting, man ikke kunne lykkes med tidligere.

Deltagerevalueringerne viser samme tendens, hvor langt størstedelen af lederne og medarbejderne vurderer, at forløbet i høj grad (60 pct.) eller i nogen grad (34 pct.) har øget deres faglige viden om at arbejde med personcentreret omsorg, jf. figur 11.

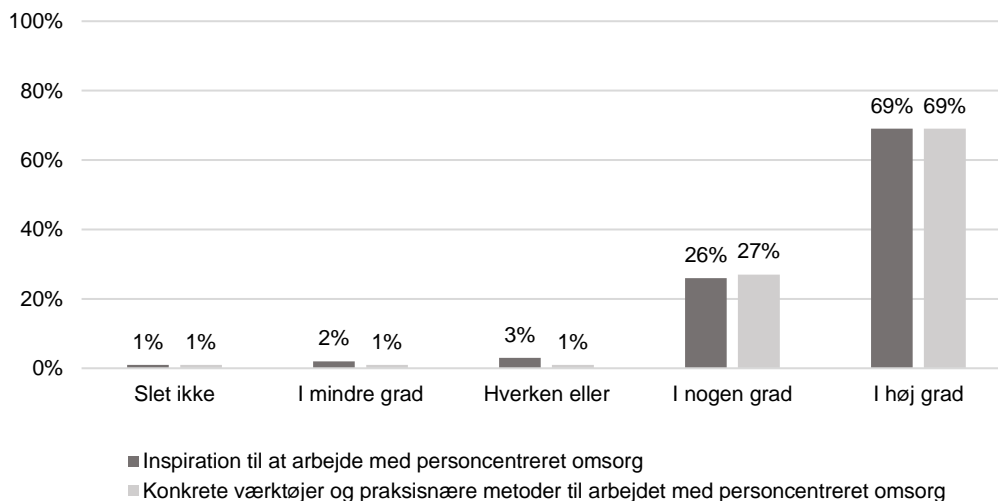
Figur 11: Ledere og nøglepersoners vurdering af i, hvorvidt forløbet har øget deres faglige viden om arbejdet med personcentreret omsorg?



Kilde: Sundhedsstyrelsen og PwC's deltagerevaluering om Sundhedsstyrelsens Demensrejseholdsforløb, 2023. Spørgeskema blandt ledere og nøglepersoner, n = 101.

Både ledere og medarbejdere oplever desuden at have fået konkrete redskaber og inspiration til arbejdet med personcentreret omsorg. I deltagerevalueringerne vurderer 69 pct. således, at forløbet i høj grad har givet dem inspiration til at arbejde med personcentreret omsorg, og at forløbet i høj grad har givet dem konkrete værktøjer og praksisnære metoder til at arbejde på den måde, jf. figur 12.

Figur 12: Ledere og nøglepersoners vurdering af i, hvorvidt forløbet har givet inspiration til deres daglige arbejde med personcentreret omsorg, og om de har fået konkrete værktøjer og praksisnære metoder til arbejde med personcentreret omsorg?



Kilde: Sundhedsstyrelsen og PwC's deltagerevaluering om Sundhedsstyrelsens Demensrejseholdsforløb, 2023. Spørgeskema blandt ledere og nøglepersoner, n = 155.

Fælles fagligt sprog og sparring

Medarbejdere på plejehjem og i hjemmeplejen kan have mange forskellige kompetencer og faglige baggrunde. Evalueringen peger på, at både ledere og medarbejdere i højere grad oplever at have fået et fælles fagligt sprog efter forløbet. Helt konkret oplever flere medarbejdere for eksempel, at de oftere bruger fagudtryk og anvender et fælles sprog i opgaveløsningen og dialogen med hinanden.

Evalueringen viser også, at forløbet mange steder har bidraget til at styrke den faglige sparring blandt medarbejderne. Flere fortæller for eksempel, at der er kommet en større lyst til at spørge kolleger om noget fagligt, og at dette giver en større refleksion og har en positiv effekt i personalegruppen. En række ledere nævner hertil, at medarbejderne bruger hinanden mere end tidligere, og at medarbejderne er blevet mere selvkørende.

"Der er blevet kortere til den refleksive samtale, og de laver den sammen i stedet for, at jeg skal inddrages i dem alle – de bruger hinanden mere"

– Leder

"Jeg blevet langt bedre til at spørge mine kollegaer om noget fagligt"

– Medarbejder

"Én ting er, at vi går og føler, at vi gør det godt, men nu kan vi også sige hvorfor"

– Medarbejder

3.4 Øvrige virkninger hos plejeenhederne

Evalueringen har også til formål at belyse, hvilke virkninger Demensrejseholdet har hos den bredere medarbejdergruppe, altså de medarbejdere, der ikke var involveret i forløbet, og plejeenhederne mere generelt. Det følgende afsnit ser derfor på, hvilke virkninger læringsforløbene har haft i forhold til arbejdsglæde og samarbejde internt i plejeenhederne samt samarbejdet eksternt mod øvrigt sundhedspersonale såsom almen praktiserende læger.

En personlig udvikling

Selvom Demensrejseholdet først og fremmest har fokus på at styrke de faglige kompetencer, peger evalueringen på, at forløbet også har medført en personlig udvikling for en del af de medarbejdere, der har deltaget som nøglepersoner. Både ledere og medarbejdere peger for eksempel på, at nøglepersonerne har lært at "stå på ølkassen" og har styrket deres personlige gennemslagskraft ved at skulle facilitere beboerkonferencer og udbrede teorier og redskaber til de øvrige medarbejdere.

Enkelte medarbejdere peger på, at det for dem har været en smule grænseoverskridende at være nøgleperson og facilitator. De beskriver, hvordan det ikke har ligget naturligt for dem at sidde for bordenden og at skulle sætte spørgsmålstejn ved kollegaers praksis. Særligt yngre medarbejdere giver udtryk for, at det kan være svært at skulle agere "autoritet" over for kollegaer med mere anciennitet. Enkelte medarbejdere peger hertil på, at det har kunne give vanskeligheder i samarbejdsrelationen at skulle tage styringen over for kollegaer, der har mere erfaring end dem selv.

"Vi har fået en meget dement borger, og jeg er faktisk lidt stolt over min tilgang. Før forløbet havde min utålmodighed spillet mig et puds"

– Medarbejder

"Det var ikke en naturlig proces for mig, det er noget jeg skal gøre nogle gange, før jeg føler, at det sidder på ryggraden"

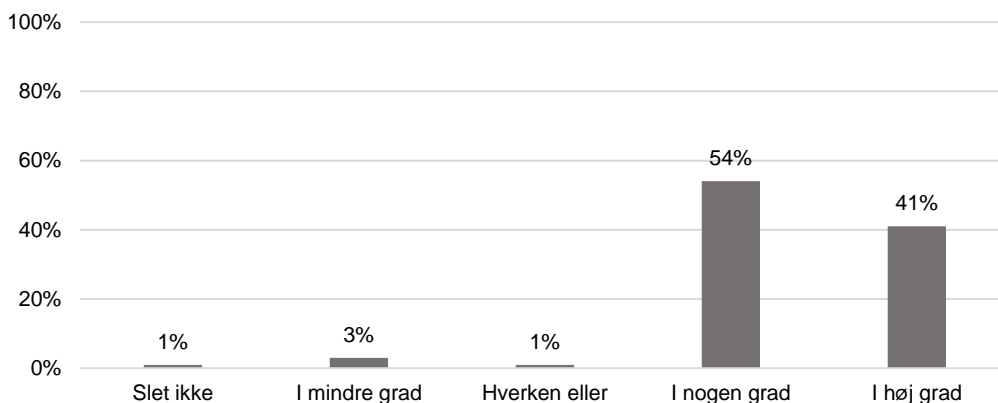
– Medarbejder

"De har haft en kæmpe kompetenceudvikling og personlig udvikling, fordi de har lært at stå på ølkassen og udbrede et budskab til deres kollegaer"

– Leder

I tråd med interviewene viser deltagerevalueringerne dog, at størstedelen af lederne og medarbejderne i høj grad (41 pct.) eller i nogen grad (54 pct.) føler sig godt rustet til at formidle viden om metoder og redskaber til kollegaer, jf. figur 13.

Figur 13: Ledere og nøglepersoners vurdering af i, hvorvidt forløbet har rustet dem til at formidle viden om metoder og redskaber til kollegaer?



Kilde: Sundhedsstyrelsen og PwC's deltagerevaluering om Sundhedsstyrelsens Demensrejseholdsforløb, 2023. Spørgeskema blandt ledere og nøglepersoner, n = 153.

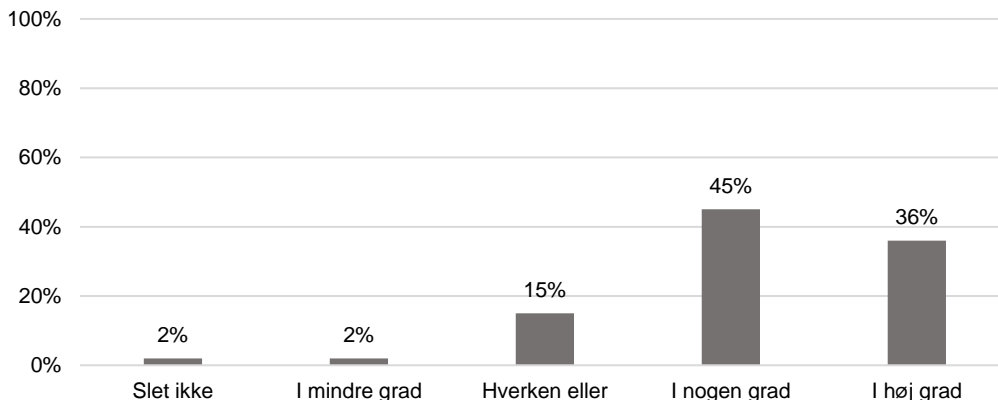
Sammenhold og arbejdsmiljø

Demensrejseholdets læringsforløb uddanner en mindre gruppe af medarbejdere, der skal udbrede viden og værktøjer til de øvrige medarbejdere. Evalueringen peger på, at der i de fleste plejeenheder har været positiv stemning omkring Demensrejseholdet fra de medarbejdere, der ikke selv deltog.

Nogle plejeenheder har mødt skepsis fra de øvrige medarbejdere, særligt hvis driften i forvejen har været presset eller hvis organisationen har været præget af uro i form af sygdommeldinger og lederskift. Enkelte har for eksempel udtalt, at det kunne føles som "en lukket fest", når nøglepersonerne kom tilbage efter en hel dag med Demensrejseholdet. De fleste ledere og medarbejdere giver dog udtryk for, at de kollegaer, der ikke har været en del af læringsforløbene, har været nysgerrige og interesserede i at lære om Demensrejseholdets modeller og værktøjer.

I tråd med interviewene peger deltagerevalueringerne på, at størstedelen af lederne og medarbejderne mener, at forløbet i høj grad (36 pct.) eller i nogen grad (45 pct) har bidraget til at øge arbejdsglæden hos dem selv og kollegaerne, jf. figur 14.

Figur 14: Ledere og nøglepersoners vurdering af i, hvorvidt forløbet har bidraget til, at der er øget arbejdsglæde blandt dem og deres kollegaer?



Kilde: Sundhedsstyrelsen og PwC's deltagerevaluering om Sundhedsstyrelsens Demensrejseholdsforløb, 2023. Spørgeskema blandt ledere og nøglepersoner, n = 151.

"Der har faktisk kun været god stemning fra de andre medarbejdere og ikke nogen øv-stemning"

- Leder

"Der har også været reaktioner, der ikke er så udtalte - altså apati - hvor folk har sagt, at nu skal man prøve ditten og datten og så sker der ingenting"

- Medarbejder

"Vi havde personalemøde til sidst, hvor alle kollegaerne skulle rundt og høre, og det var vældig positivt og mange der gerne ville høre mere"

- Medarbejder

Bedre samarbejde på tværs af vagtlag

Hvis en medarbejder i dagvagten tager en beslutning om en beboer, har det ofte også betydning for aften- og nattevagten – og omvendt. Evalueringen peger på, at læringsforløbene har understøttet et tættere sammenhold og samarbejde i plejeenhederne og særligt på tværs af vagtlag. Flere medarbejdere beskriver for eksempel, at de har fået en større forståelse for, hvordan deres handlinger påvirker de efterfølgende vagtlag.

Både ledere og medarbejdere nævner i den forbindelse, at det har fungeret rigtig godt, at de forskellige vagtlag er blevet samlet som en del af Demensrejseholdets læringsforløb, fordi de på den måde er blevet samlet om et fælles formål og har lært hinanden bedre at kende.

"Så rygtes det jo mellem vagterne, at jeg prøvede det her, og det virkede godt, [...], så det er blevet en fælles snak"

- Leder

"Vi vil rigtig gerne have at kollegaerne skal høre om det, særligt borgerkonferencen, for det er der alle bliver samlet og får modellerne sat på"

- Medarbejder

"Man styrker ens egen faglighed ved at lytte til de andre og for mig giver det noget arbejdsglæde"

- Medarbejder

Øvrigt sundhedspersonale

Det er lægerne, der kan ordinere antipsykotisk medicin til beboerne. Det er derfor centralt, at plejeenhedernes medarbejdere har en god kommunikation med de øvrige sundhedspersoner, der møder beboeren, for eksempel som en del af den almene praksis eller på hospitalerne.

Evalueringen viser, at en del medarbejderne oplever, at de med forløbet har fået bedre kommunikation med lægerne. Konkret nævner de, at de har fundet en måde at kommunikere på, der ræsonnerer godt med den måde lægerne tænker på. De steder, hvor en almen praktiserende læge har været en aktiv del af forløbet, er der desuden en oplevelse af, at lægen har fået en større forståelse for den borgergruppe, plejeenhederne arbejder med.

Evalueringen peger ikke på, at forløbet nødvendigvis kommer til at have store indvirkninger på, hvordan enhederne generelt samarbejder med de øvrige sundhedspersoner. De fleste ledere fortæller, at de regner med at samarbejdet vil køre videre nogenlunde som før, fordi der enten ikke er behov eller mulighed for at ændre det.

"Vi er blevet meget opmærksomme på, hvad argumenterne er for ikke at give antipsykotisk, og ved også hvordan vi skal snakke med lægerne om det"

- Medarbejder

"Vi går med en viden vi gerne vil dele ud af, vi skal bare lige finde ud af hvordan"

- Medarbejder

"Man kan mærke, at personalet indbyrdes har en anden samlet viden, og at de har et andet fokus på at være afklarede inden de henvender sig"

- Læge

3.5 Opsamling: Forløbets virkninger

Mange plejeenheder oplever allerede virkninger af forløbet eller forudser, at det vil ske i nærmeste fremtid. Evalueringen peger for eksempel på, at forløbene har understøttet arbejdet med personcentreret omsorg, og at både ledere og medarbejdere oplever at have bedre blik for det hele menneske. Evalueringen peger hertil på, at langt de fleste enheder, der har trappet beboere ud af antipsykotisk medicin i forbindelse med forløbet, oplever, at beboerne er i bedre trivsel end før.

Evalueringen viser, at plejeenhedernes forbrug af antipsykotisk medicin i gennemsnit er faldet under og efter deltagelsen i demensrejseholdsforløbet, og samtidig tyder data ikke på, at der er sket en medicinfor skydning over mod andre lignende lægemidler. Grundet begrænsninger i data og dataindsamlingen er det dog svært entydigt at konkludere om ændringen skyldes Demensrejseholdet eller andre faktorer såsom skift i beboersammensætningen eller ændringer i om beboerne får medicinen akut eller som recepter.

Virkninger i forhold til medarbejdernes faglighed viser sig på flere måder. Plejeenhederne oplever for eksempel, at den faglige kvalitet og nysgerrighed er styrket, og at medarbejderne i højere grad anvender et fælles sprog i opgaveløsningen. Hertil oplever enhederne generelt, at der er et større sammenhold og lyst til at spare med hinanden på tværs af vagtlag. Både ledere og medarbejdere oplever desuden, at forløbet har højnet deres viden om og lyst til at arbejde med at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin hos mennesker med demens.

Enkelte ledere og medarbejdere forventer ikke varige forandringer og begrundes dette med manglende tid og ressourcer til at arbejde med forankring, at de har involveret for få medarbejdere i forløbet eller, at de oplever manglende ledelsesprioritering.



4. Forudsætninger for virkninger

Det er ikke udelukkende kvaliteten af Demensrejseholdets indsats, der har betydning for, om læringsforløbene kommer til at skabe positive resultater i praksis. Forløbet foregår hos de enkelte plejeenheder og altid i en specifik kontekst, der kan have betydning for rejseholdets effekt. I dette kapitel belyses det under hvilke forudsætninger Demensrejseholdets forløb har positive virkninger.

Der tages i kapitlet udgangspunkt i de tre aktører, der er mest centrale i forhold til at implementere rejseholdets indsats; Ledelsen, medarbejderne og lægerne.

4.1 Prioritering og klar kommunikation fra ledelsen

Lederne spiller en central rolle i at understøtte arbejdet med at fastholde og videreføre viden og erfaringerne fra læringsforløbet. Evalueringen peger på, at det er afgørende for læringsforløbets succes, at lederne tager ansvar for indsatsen, herunder ved klart at kommunikere, hvorfor indsatsen er vigtig og ved selv aktivt at være en del af processen.

For nogle af medarbejderne markerer Demensrejseholdet en kulturændring og en ny måde at tænke mødet med beboerne på, og derfor er det væsentligt, at lederne er tydelige og "går forrest". Det sikrer også, at medarbejderne ikke falder tilbage til gamle rutiner og måder at gøre tingene på. Eksempelvis var der enkelte medarbejdere, der var skeptiske over for om forløbet ville føre til egentlige forandringer, fordi de var usikre på om værktøjerne og viden fra forløbet ville blive forankret på sigt.

Evalueringen peger hertil på, at det er en central forudsætning, at der er en stabil ledelse, som er en aktiv del af processen og som har god føling med, hvad Demensrejseholdsforløbet går ud på. I nogle enheder var der lederskift undervejs, og nogle steder flere gange undervejs. Det gjorde det vanskeligere at sikre en god proces og skabte uro i læringsforløbet. I en række af de enheder, der var ramt af lederskift og sygemeldinger, var der for eksempel en oplevelse af, at de tidligere ledere ikke havde videregivet tilstrækkeligt med information til de nye ledere og medarbejdere, hvorfor der var unødigt forvirring omkring forløbet.

Evalueringen viser samtidig, at der er behov for en klar kommunikation fra ledelsen i forhold til, hvordan forløbet passer ind med eventuelle tidligere lignende initiativer eller kompetenceudviklingsforløb. I et par enheder, hvor der har været tidligere lignende forløb eller initiativer, gav det for eksempel anledning til forvirring, at der blev introduceret et nyt kompetenceudviklingsforløb. Nogle af medarbejderne fortæller i den forbindelse, at det blev uklart, hvilke modeller og teorier, der fremadrettet skulle være de gældende, og om det nye forløb "erstattede" det gamle kompetenceudviklingsforløb.

Omvendt har der i enheder, hvor lederne har udvist engagement og motivation, og hvor læringsforløbet har passeret godt ind med lederens visioner for plejeenheden, været et stort engagement hos både ledere og medarbejdere for at arbejde videre med læringen fra forløbet.

"Vi har haft fokus på at nedbringe medicinforbruget i lang tid, så nu er der flere medarbejdere der kan forstå hvorfor vi gør, som vi gør"

- Leder

"Der har været flere ledere før, under og efter forløbet, så rent organisatorisk har der været noget forvirring"

- Medarbejder

"Vi synes, at det har været udfordrende at skulle trække så mange ressourcer ud, og det har vores medarbejdere også"

- Leder

4.2 Medarbejdere som vidensformidlere og kulturbærere

Sammen med lederne er det nøglepersonerne, der bærer indsatsen fra Demensrejseholdet videre til de øvrige medarbejdere. Evalueringen peger på, at det er væsentligt, at nøglepersonerne er nysgerrige og motiverede for at agere vidensformidlere og sparringspartnere for deres kollegaer.

Der har været forskellige strategier i plejeenhederne for at udvælge nøglepersonerne blandt medarbejdergruppen. Nogle steder er de udvalgt af lederne, mens der andre steder har været frivillig tilmelding. Uagtet tilgangen peger evalueringen på, at det er væsentligt, at medarbejderne har en god forståelse for, hvad det indebærer at være nøgleperson. I enkelte enheder gav medarbejderne for eksempel udtryk for, at de gerne ville have haft mere viden om, hvad der lå i at være en nøgleperson, og hvilket ansvar det indebærer at skulle videreformidle læringen.

Evalueringen viser hertil, at det er centralt, at der er nok nøglepersoner til, at disse reelt kan fungere som forandringsagenter. Evalueringen peger dog også på, at det er lige så væsentligt, at de medarbejdere, der ikke deltager i læringsforløbet, er nysgerrige og ønsker at lære og spare med nøglepersonerne. I de enheder, hvor læringsforløbet har givet anledning til en presset drift, har der nogle steder været en oplevelse af, at det er vanskeligt at få øvrige medarbejdere "med på vognen".

Evalueringen peger i den forbindelse på, at det er centralt, at de øvrige medarbejdere føler en involvering eller forpligtelse til forløbet. For eksempel ved at involvere de øvrige medarbejdere fra starten og løbende give dem information om processen eller få deres input til, hvilke emner der kunne være relevante at arbejde med i forløbet. Et par enheder havde gode oplevelser med at prioritere fire-fem timer til, at rejsehøjskonsulenten fortalte de øvrige medarbejdere om de modeller, de arbejdede med, hvilket fik dem til at føle sig inkluderet og klædt på til at arbejde med det efterfølgende.

"De ting vi er kommet frem til, når vi har konferencerne, har vi jo drøftet med de andre på afdelingen, og de er jo også begejstret for den information"

- Medarbejder

"Det er blandet, hvordan de har taget imod det. Nogen synes, at det er fint, men andre er sådan 'hvorfor og ej det ville jeg gerne have været med til'"

- Leder

"Jeg er startet med vores ungarbejdere og så kommer det andet lige så stille og roligt, det her med at spille klog"

- Medarbejder

4.3 Samarbejde med læge og hospital

Lægerne er centrale aktører i arbejdet med at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin hos mennesker med demens. Evalueringen peger på, at det er essentielt at have et godt samarbejde med de øvrige sundhedspersoner, herunder særligt den almen praktiserende læge, der er tilknyttet plejeenheden og som har behandlingsansvaret for beboerne.

En central forudsætning for at nedbringe medicinforbruget er, at de tilknyttede læger er interesserede i at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens. Hvis ikke lægerne har et ønske herom, kan det være vanskeligt at sikre varige effekter i nedbringelse af forbruget af antipsykotisk medicin på trods af en eventuelt ændret praksis i plejeenhederne. Nogle enheder giver udtryk for, at der for lægernes side er stor interesse i at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin, mens andre enheder oplever, at det kan være sværere at få lægerne til at trække beboere ud af antipsykotisk medicin.

"Vi har et rigtig godt samarbejde med lægen, der i forvejen har et stort fokus på antipsykotika og er en af grundene til, at vi tog på forløbet"

- Medarbejder

"Vi kan godt lidt være bundet på hænder og fødder ift. at udtrække helt, for der er både nogle læger og pårørende, der kan have holdninger til det"

- Medarbejder

"Vi kan ikke bare få beroligende medicin af lægen som før - de er blevet meget mere opmærksomme på det efter at have været med, hvilket er godt"

- Leder

4.4 Opsamling: Forudsætninger for virkninger

Evalueringen viser, at en række forudsætninger skal være på plads, hvis rejseholdet skal have de bedste rammer for at skabe positive resultater i praksis. I den forbindelse er ledelsesmæssig prioritering og engagement i læringsforløbet en central forudsætning. En række plejeenheder har for eksempel været præget af sygemeldinger hos ledere, lederskift undervejs eller ledere, der har haft travlt til at deltage i aktiviteter, hvilket kan gøre det sværere at sikre en god proces undervejs og efter forløbet.

Hertil peger evalueringen på, at det er essentielt, at medarbejderne er nysgerrige og har overskud til at prioritere forløbet. I enkelte enheder har der været en oplevelse af, at de medarbejdere, der ikke har været en del af læringsforløbene, har skulle "løbe hurtigere", og at driften har været presset på trods af, at der i projektet har været givet tilskud til bl.a. vikarer. Det kan gøre det sværere at sikre engagement i den bredere medarbejdergruppe undervejs og efterfølgende.

Evalueringen peger desuden på, at god kommunikation og samarbejde med de læger, der har behandlingsansvaret for beboerne, er centralt for at sikre varige virkninger.



5. Implementering og forankring

En stor del af enhederne oplever, at forløbet allerede har haft en effekt eller forventer, at det vil ske i den nærmeste fremtid. Holdbare forandringer kræver dog som regel en indsats ud over selve forløbet, hvorfor dette kapitel vil give et perspektiv på implementering og forankring af Demensrejseholdets indsats og metoder. Herunder hvordan enhederne har arbejdet med implementeringen og hvordan forankringen kan styrkes.

5.1 Enhedernes arbejde med implementering

Det hører med til det samlede billede, at enhederne på tidspunktet for gennemførelsen af interviews netop havde afsluttet forløbet med Demensrejseholdet. Enhederne var derfor i den indledende fase med at videreføre rejseholdets viden og metoder. Det har selvfølgelig betydning for, hvor meget enhederne kan sige om implementeringen, men det giver et billede af, hvordan enhederne vil gribe det an og hvilke muligheder og barrierer, det kan medføre.

I interviewene giver ledere og medarbejdere udtryk for, at den største hæmsko for at forankre læringsforløbets viden er, at det kræver en særlig indsats at blive ved med at anvende metoderne og modellerne så det ikke "glide ud i sandet" i en travl hverdag, hvor der ofte er mange og forskelligrettede driftsmæssige hensyn og arbejdsopgaver. I alle enheder var man derfor ved at finde ud af, hvordan man bedst kunne arbejde videre med læringen fra Demensrejseholdet.

"Vi har stadig meget at lære, det her var et forløb og nu skal vi rigtigt i gang"

– Leder

"Vi skal huske at tage metoderne op igen og igen og fortælle om det i hverdagen, ellers glemmer man det hurtigt"

– Medarbejder

"Det er ikke sådan, at så har vi haft et forløb og så sidder den bare fast - der skal arbejdes med det"

– Leder

Beboerkonferencen som fundament for implementeringen

For alle enhederne gælder det, at de tager udgangspunkt i beboerkonferencen som den primære kanal til at udbrede rejseholdets viden og værktøjer. Stort set alle ledere peger på, at beboerkonferencen er god, da den har en klar struktur og et konkret output, hvilket gør den oplagt at have som ramme for implementeringen.

Evalueringen viser også, at enhederne griber implementeringen af beboerkonferencen forskelligt an. Nogle implementerer beboerkonferencen som den er introduceret i Demensrejseholdets forløb, mens andre forkorter og inkorporerer den i eksisterende mødekadencer eller gør den dynamisk, så den kun bruges, når der er konkrete udfordringer med en beboer. Andre igen vil gøre brug af konferencen, hver gang der kommer en ny beboer, så medarbejderne fra starten tænker beboerne ind i en kontekst af beboerkonferencen. Uagtet tilgangen peger evalueringen på, at det er væsentligt, at konferencen bliver brugt jævnligt, så redskaber forankres i enhedernes praksis.

"Beboerkonferencen er genial, for der har vi virkelig lært vores beboere godt at kende selvom vi troede vi kendte dem i forvejen"

– Leder

"Det er beboerkonferencerne, der skal få dem, der ikke har været en del af selve forløbet, med ind i det vi har lært"

– Leder

"Hvis man ikke bliver 'presset' til at anvende det, så vil folk hurtigt gå tilbage til at gøre som de gjorde før, for det handler om at ændre vaner"

– Leder

Øvrige værktøjer, der kan sikre forankring

Beboerkonferencen er ikke det eneste værktøj, lederne vil gøre brug af for at sikre, at rejseholdets læring bliver ført videre. I nogle enheder er der for eksempel blevet etableret et sparringsnetværk for nøglepersoner på tværs af kommuner. Netværket skal sikre, at nøglepersonerne kan spare med nøglepersoner fra andre enheder. Lederne fortæller desuden, at det også har skabt en god mulighed for at få nogle nye perspektiver i forhold til, hvordan andre enheder arbejder.

I andre plejeenheder har ledelsen valgt, at medarbejderne skal udvælge nogle enkelte modeller, de har fundet særligt værdifulde, og som de i første omgang vil arbejde med at implementere i bund. Andre steder igen vil man sætte fokus på at oplære nye medarbejdere i rejseholdets teorier og metoder, så det sikres, at kulturen bliver båret videre i de nye medarbejdergenerationer. Nogle steder er der ikke taget konkret stilling til, hvordan man ønsker at videreføre rejseholdets viden - foruden beboerkonferencen.

5.2 Hvordan implementeringen kan styrkes

Evalueringen viser, at enhederne generelt sætter stor pris på forløbet, og at både medarbejdere og ledere oplever, at det er relevant for deres arbejde. Mange enheder har også allerede set virkninger især i form af øget faglig viden og nysgerrighed hos medarbejderne samt en øget motivation til at arbejde med at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin.

Nedenfor er der sammenfattet en række opmærksomhedspunkter, der kan styrke implementeringen.

Tilrettelæggelse og opbygning af forløbet

Enhederne giver generelt udtryk for, at forløbet er veltilrettelagt, og at enhedens behov bliver mødt. Der er dog en række punkter, der kan være relevante at være opmærksomme på fremadrettet:

- *Klar kommunikation og prioritering fra ledelsen.* Som det fremgår af evalueringen, er det afgørende, at lederne tager ansvar og signalerer over for medarbejderne, at forløbet prioriteres. Lederne har en central rolle i forhold til at forankre viden og værktøjer, og det er derfor også vigtigt, at lederne så vidt muligt deltager i alle relevante aktiviteter.
- *Intern forventningsafstemning i enhederne.* Evalueringen viser, at det kan være relevant, at enhederne internt har afstemt, hvad de ønsker at få ud af forløbet, og hvordan forløbet passer ind med eventuelle tidligere eller sideløbende kompetenceudviklingsforløb og initiativer.
- *Klarhed om roller og forventninger.* Som evalueringen peger på, er det væsentligt, at deltagerne ved, hvilke forventninger, der er til de forskellige typer af roller, herunder hvad der ligger af opgaver og ansvar som nøgleperson og som almen praktiserende læge.
- *Forskellige typer af plejeenheder.* Det kan være relevant at tilpasse forløbene til forskellige typer af plejeenheder. For eksempel hjemmepleje og plejehjem, der kan have forskellige behov og rammer at arbejde inden for.
- *Oplevelse af et sammenhængende forløb.* Evalueringen peger på, at det er fordelagtigt at have et sammenhængende forløb uden store pauser.
- *Inddragelse af forskellige vagtlag.* Evalueringen peger på, at det er en styrke, hvis nøglepersonerne repræsenterer forskellige typer af vagtlag, da det øger forståelsen og samarbejdet vagtlagene imellem.

Forløbets indhold og virkninger

Enhederne er generelt meget positive i forhold til forløbets aktiviteter og indhold. De fremhæver, at konsulenterne formår at koble teori og praksis, og at de er gode til at inddrage medarbejderne. Et par områder kan der med fordel være øget opmærksomhed på:

- *Inddragelse af øvrige medarbejdere.* Evalueringen peger på, at forankring bredt i organisationen kræver, at de øvrige medarbejdere føler sig inddraget undervejs og oplever, at

deres input er ønsket. Eksempelvis ved at prioritere, at de øvrige medarbejdere også bliver introduceret, af Sundhedsstyrelsens konsulenter, til de metoder og modeller, der arbejdes med.

- *Fysiske materialer.* Flere enheder fremhæver synlige fysiske materialer som noget, der minder dem om at anvende den tilegnede viden og værktøjer fra forløbet i praksis. Det kan eksempelvis være plancher fra beboerkonferencen, små printede kort og opslagsmapper. Det gør også, at de medarbejdere der ikke har været med til mødet eller beboerkonferencen kan følge med i beboerens forløb og baggrunden for nye tiltag.

Forankring af læring

Der arbejdes med forankring på det obligatoriske 'Kom godt videre '-seminar, som alle enheder gennemgår i slutningen af forløbet. Mange enheder oplever, at forløbet har resulteret i udvikling af deres faglige kvalitet, kultur og tilgang til beboerne. Forankringen kan styrkes på visse områder:

- *Implementeringsplaner og -støtte.* Nogle steder er der usikkerhed om, hvordan man skal udbrede den viden man har tilegnet sig i forbindelse med rejseholdet til de øvrige kollegaer. Enhederne griber hertil implementeringen forskelligt an, og nogle enheder har ikke konkrete planer for, hvordan forløbets viden skal føres videre. Støtte til at formulere en implementeringsplan og en strategisk retning for det videre arbejde med rejseholdets værktøjer kan styrke forankringen. Herunder også en plan for, hvordan man vil oplære nye medarbejdere i teorierne og metoderne.
- *Handlingsplaner for antipsykotisk medicin.* Det er kun et fåtal af enhederne, der har fokus på at systematisere arbejdsgange, der skal sikre, at de kan nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin hos mennesker med demens. Der synes derfor at være potentiale for, at der på baggrund af Demensrejseholdsforløbet formuleres en konkret handlingsplan med arbejdsgange og retningslinjer, der skal understøtte arbejdet og sikre at beboere kun kortvarigt er i behandling med antipsykotisk medicin.
- *Vedblivende fokus og løbende genopfriskning.* Der bliver i interviewene peget på, at det er centralt, at ledelsen bliver ved med at have fokus på, at enheden arbejder med de nye værktøjer. Det dækker for eksempel over at sætte rejseholdets indsats på dagsordenen til møder, og at afsætte ressourcer og tid til at afholde beboerkonferencer og sparringsnetværk. Desuden bliver der peget på, at det er centralt, at lederne følger op på, hvordan det går med at anvende rejseholdets metoder og teorier, så det bliver tilstrækkeligt forankret i enheden.



Bilag

Bilag 1. Deltagerevalueringer

Tema	Spørgsmål	Svarkategori
Baggrundsoplysninger	Jeg er?	- Nøgleperson - Leder
	Navn på plejecenter?	Åben svarkategori
Personcentreret omsorg	I hvilken grad har rejseholdsforløbet øget din faglige viden om arbejdet med personcentreret omsorg?	- I høj grad - I nogen grad - Hverken/eller - I mindre grad - Slet ikke
	I hvilken grad har rejseholdsforløbet givet dig inspiration til dit daglige arbejde med personcentreret omsorg?	- I høj grad - I nogen grad - Hverken/eller - I mindre grad - Slet ikke
	I hvilken grad har rejseholdsforløbet givet dig konkrete værktøjer og praksisnære metoder til arbejdet med personcentreret omsorg?	- I høj grad - I nogen grad - Hverken/eller - I mindre grad - Slet ikke
	Kender og anvender du følgende metoder og redskaber i dit daglige arbejde?	- Trivselskar - Vægt - Isbjerg - Demensligning - De kognitive funktioner - Den tredelte hjerne - Blomsten - Perspektivskifte - Affektudbrudsmodellen - Konflikttrappen - Grundelementer i forhold til samspil og kommunikation - Marte Meo - Domænemodel
	Har du inden for din seneste arbejdsuge anvendt følgende metoder og redskaber i dit daglige arbejde?	- Trivselskar - Vægt - Isbjerg - Demensligning - De kognitive funktioner - Den tredelte hjerne - Blomsten - Perspektivskifte - Affektudbrudsmodellen - Konflikttrappen - Grundelementer i forhold til samspil og kommunikation - Marte Meo - Domænemodel

Nedbringelse af antipsykotisk medicin	I hvilken grad har rejseholdsforløbet øget din faglige viden om arbejdet med at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin?	- I høj grad - I nogen grad - Hverken/eller - I mindre grad - Slet ikke
	I hvilken grad har rejseholdsforløbet givet dig inspiration til at arbejde med nedbringelse af antipsykotisk medicin i dit daglige arbejde?	- I høj grad - I nogen grad - Hverken/eller - I mindre grad - Slet ikke
	Alt i alt, i hvilken grad har forløbet rustet dig til at arbejde med nedbringelse af antipsykotisk medicin i dit daglige arbejde?	- Meget tilfreds - Tilfreds - Hverken/eller - Utilfreds - Meget utilfreds
Beboerkonferencen	I hvilken grad har rejseholdsforløbet givet dig viden, konkrete værktøjer og praksisnære metoder til arbejdet med Beboerkonferencen?	- I høj grad - I nogen grad - Hverken/eller - I mindre grad - Slet ikke
	I hvilken grad har forløbet rustet dig til at arbejde med Beboerkonferencen?	- I høj grad - I nogen grad - Hverken/eller - I mindre grad - Slet ikke
Nøgelpersonsrolle	I hvilken grad er du rustet til at formidle viden om metoder og redskaber til kollegaer?	- I høj grad - I nogen grad - Hverken/eller - I mindre grad - Slet ikke
	Giv et godt råd de næste medarbejdere, der skal have besøg af demensrejseholdet og uddannes til nøglepersoner	Åben svarkategori
Øvrigt	I hvilken grad vurderer du, at demensrejseholdsforløbet har bidraget til, at der er øget arbejdsglæde blandt dig og dine kolleger?	- I høj grad - I nogen grad - Hverken/eller - I mindre grad - Slet ikke
	I hvilken grad vurderer du, at demensrejseholdsforløbet har bidraget til, at der er øget trivsel blandt beboere på plejecenteret/borgere i hjemmeplejen?	- I høj grad - I nogen grad - Hverken/eller - I mindre grad - Slet ikke
	Hvor tilfreds er du med rejseholdsforløbet som helhed?	- I høj grad - I nogen grad - Hverken/eller - I mindre grad - Slet ikke
	Hvis du har yderligere bemærkninger eller ris og ros vedr. rejseholdsforløbet, er du velkommen til at skrive dem her	Åben svarkategori

Bilag 2. Interviewguides

Interviewguide til ledere

Tema	Spørgsmål (semistruktureret)
<p>Demensrejseholdets tilgang Hvad er betydningen af demensrejseholdets praksisnære læringstilgang for medarbejdernes anvendelse af viden og kompetencer i praksis?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rejseholdet har en praksisnær tilgang med bl.a. beboerkonferencer og læringsgrupper. Hvordan oplever I tilgangen? • Er der nogle elementer fra forløbet, der for jer som ledere har været særlig nyttige? Hvilke? • Er der nogle dele elementer, jeres organisation har haft sværere ved at omsætte til praksis? Hvilke? • Hvordan arbejder I med at udbrede den viden, læringsgruppen har fået, til resten af organisationen? • Møder I udfordringer, når I skal udbrede viden og værktøjer fra rejseholdet til resten af organisationen? Hvilke? • Hvordan arbejder I med implementeringen? • hvad tror du er den vigtigste faktor for at i lykkedes med at implementere? • Hvad tænker I kunne være den største hæmsko for at implementere forløbets viden og værktøjer?
<p>Effekter - medarbejderne Hvad er effekten af indsatsen (demensrejseholdsforløb) med fokus på forandringer hos medarbejderne (øget arbejdsglæde, mindre sygefravær mv).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Har forløbet haft betydning for medarbejdernes faglighed? Har de for eksempel fået flere kompetencer eller er bedre til at håndtere svære situationer? Hvordan kommer det til udtryk? • Har forløbet haft betydning for medarbejdernes trivsel? Oplever I for eksempel en øget arbejdsglæde? Hvordan kommer det til udtryk? • Har forløbet haft betydning for sygefraværet? • Har forløbet haft betydning for personaleomsætningen? • Er der noget rejseholdet kunne have gjort for at styrke de positive effekter for medarbejderne?
<p>Samarbejde med sundhedspersonale På hvilken måde har plejeenhedernes samarbejde med læger og evt. andre sundhedspersoner og organiseringen omkring en betydning for nedbringelse af antipsykotisk medicin og evt. anden medicin?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Har I et samarbejde med øvrig sundhedspersonale for eksempel læger? I hvilket omfang? • Har forløbet haft betydning for samarbejdet med sundhedspersonalet? Hvordan?
<p>Effekter - borgerne Hvad er effekten af demens-rejseholdet med fokus på forandringer hos borger? Og på hvilken måde har organisatoriske og kompetencemæssige tiltag betydning for nedbringelse af forbruget af antipsykotisk medicin og evt. anden medicin?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Har forløbet haft betydning for, hvordan medarbejderne arbejder med borgerne? For eksempel magtanvendelse, faste vagter eller forbrug af medicin? Hvordan kommer det til udtryk? • Har forløbet haft betydning for, hvordan I som organisation arbejder med at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin? Hvordan? • Er der noget i jeres forløb med demensrejseholdet der kunne have været endnu bedre?

Interviewguide til læringsgrupper (medarbejdere)

Tema	Spørgsmål (semistruktureret)
<p>Demensrejseholdets tilgang Hvad er betydningen af demensrejseholdets praksisnære læringstilgang for medarbejdernes anvendelse af viden og kompetencer i praksis?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rejseholdet har en praksisnær tilgang med bl.a. beboerkonferencer og læringsgrupper. Hvad synes I om tilgangen? • Har forløbet givet jer ny viden? • Gør I nogle ting anderledes i hverdagen efter forløbet? • Er der nogle elementer fra forløbet, der har været særlig nyttige? • Er der nogle elementer fra forløbet, der har været svære at bruge i praksis? Hvilke? • Arbejder I med at udbrede det, I lærte under forløbet, til jeres kollegaer? • Har I været på andre kompetenceudviklingsforløb? Hvordan adskiller demensrejseholdet sig i så fald fra disse?
<p>Effekter - medarbejderne Hvad er effekten af indsatsen (demensrejseholdsforløb) med fokus på forandringer hos medarbejderne (øget arbejdsglæde, mindre sygefravær mv.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Har forløbet haft betydning for jeres faglighed? Føler I jer for eksempel "bedre klædt på" eller mere trygge i at kunne håndtere svære situationer? Hvordan kommer det til udtryk? • Har forløbet påvirket jeres trivsel og arbejdsglæde? Hvordan mærker I det?
<p>Samarbejde med sundhedspersonale På hvilken måde har plejeenhedernes samarbejde med læger og evt. andre sundhedspersoner og organiseringen omkring en betydning for nedbringelse af antipsykotisk medicin og evt. anden medicin?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbejder I med for eksempel de praktiserende læger eller andre sundhedspersoner i hverdagen? • Har forløbet haft betydning for hvordan I samarbejder?
<p>Effekter - borgerne Hvad er effekten af indsatsen (demensrejseholdsforløb) med fokus på forandringer hos borgere (for eksempel øget trivsel, mindre brug af faste vagter, færre indlæggelser mv.). Og på hvilken måde har organisatoriske – og kompetencemæssige tiltag betydning for nedbringelse af forbruget af antipsykotisk medicin og evt. anden medicin?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Har forløbet haft betydning for borgerne? Oplever I for eksempel øget trivsel, mindre magtanvendelse eller færre faste vagter? Hvordan kommer det til udtryk? • Har forløbet haft betydning for forbruget af antipsykotisk medicin? Hvordan? • Har I brugt nogle af rejseholdets værktøjer til at nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin? Hvilke? • Er der andre ting, der har påvirket forbruget af antipsykotisk medicin? Hvad? • Har forløbet haft betydning for forbruget af øvrig medicin for eksempel antidepressiv eller smertemedicin? Hvordan? • Er der noget i jeres forløb med demensrejseholdet der kunne have været endnu bedre?

Interviewguide til sundhedspersonale

Tema	Spørgsmål (<i>semistruktureret</i>)
<p>Øvrigt sundhedspersonale På hvilken måde har plejeenhedernes samarbejde med læger og evt. andre sundhedspersoner og organiseringen omkring en betydning for nedbringelse af antipsykotisk medicin og evt. anden medicin?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Hvordan har I været involveret i demensrejseholdets forløb?• Hvordan har samarbejdet fungeret under forløbet? Har samarbejdet ændret sig?• Oplever I færre henvendelser under og efter forløbet?• Har forløbet haft betydning for enhedens forbrug af antipsykotiske medicin?• Hvordan kunne forbruget af antipsykotisk medicin nedbringes endnu mere?• Har du yderlige at tilføje i forhold til demensrejseholdets forløb?

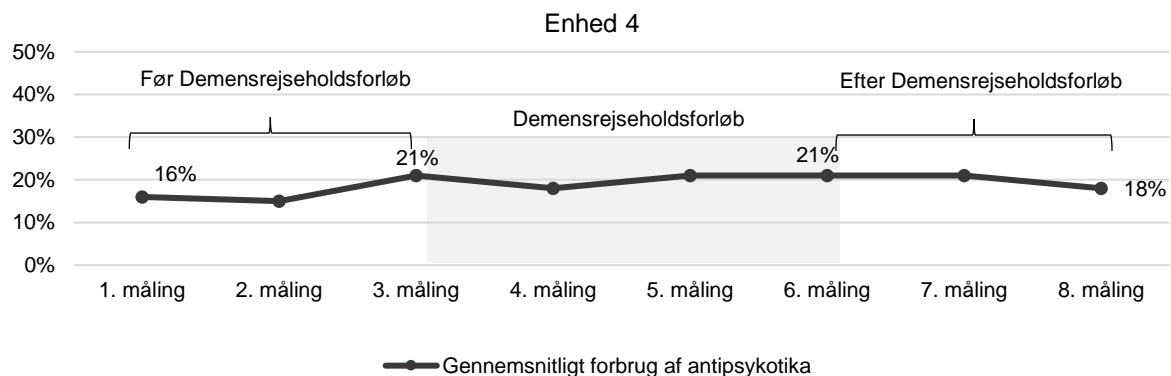
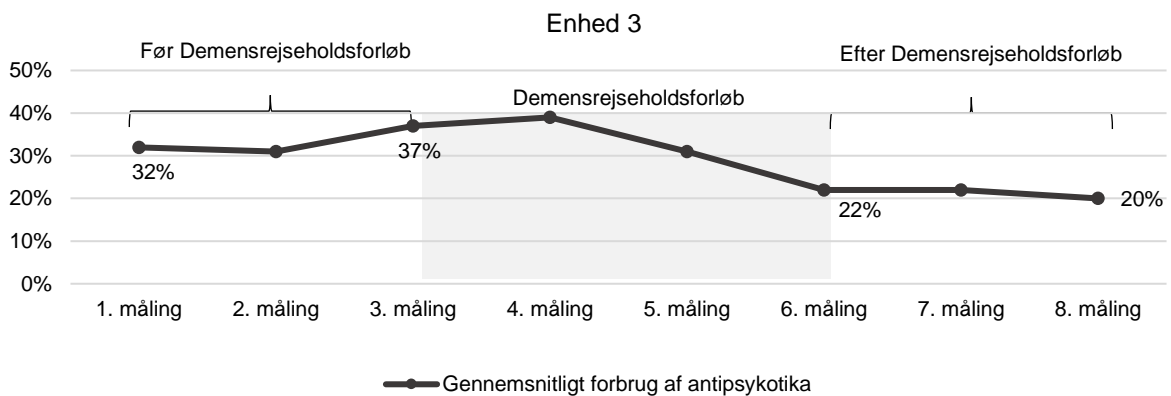
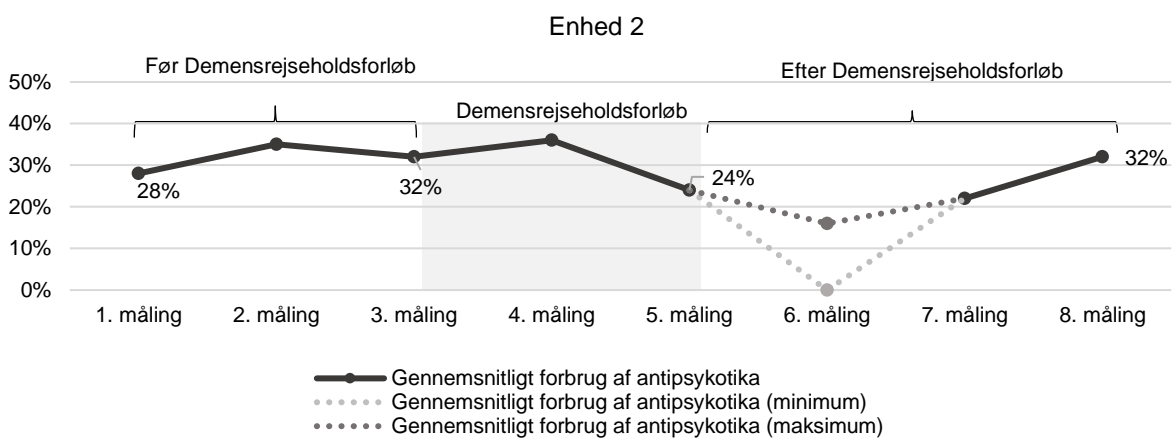
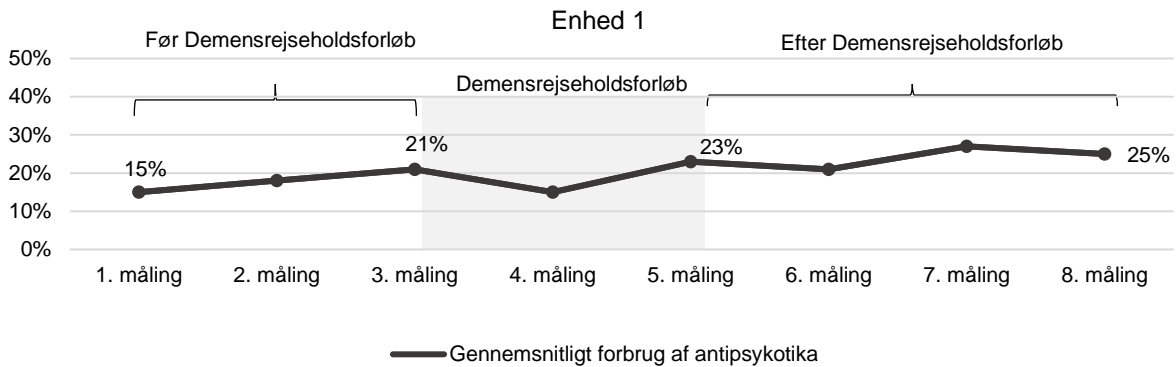
Bilag 3. Liste over lægemidler

Overordnet	ACT-koder	Indholdsstof
Antipsykotika	1. generation: <ul style="list-style-type: none"> • N05AA02 • N05AB03 • N05AB04 • N05AC01 • N05AD01 • N05AD03 • N05AD05 • N05AF01 • N05AF03 • N05AF05 • N05AG02 • N05AL01 2. generation: <ul style="list-style-type: none"> • N05AE03 • N05AE04 • N05AE05 • N05AH02 • N05AH03 • N05AH04 • N05AH05 • N05AL05 • N05AX08 • N05AX12 • N05AX13 • N05AX15 • N05AX16 Pregabalin (kun for én enkelt kommune): <ul style="list-style-type: none"> • N02BF02 	1. generation: <ul style="list-style-type: none"> • Levomepromazin • Perphenazin • Prochlorperazin • Periciazin • Haloperidol • Melperon • Pipamperon • Flupentixol • Chlorprothixen • Zuclopenthixol • Pimozid • Sulpirid 2. generation: <ul style="list-style-type: none"> • Sertindol • Ziprasidon • Lurasidon • Clozapin • Olanzapin • Quetiapin • Asenapin • Amisulprid • Risperidon • Aripiprazol • Paliperidon • Cariprazin • Brexpiprazol Pregabalin (kun for én enkelt kommune): <ul style="list-style-type: none"> • Pregabalin
Midler mod søvnløshed	Promethazin: <ul style="list-style-type: none"> • R06AD02 Benzodiazepinlignende lægemidler: <ul style="list-style-type: none"> • N05CF01 • N05CF02 Melatonin: <ul style="list-style-type: none"> • N05CH01 	Promethazin: <ul style="list-style-type: none"> • Promethazin Benzodiazepinlignende lægemidler: <ul style="list-style-type: none"> • Zopiclon • Zolpidem Melatonin: <ul style="list-style-type: none"> • Melatonin
Sederende midler mod angsttilstande	Benzodiazepiner: <ul style="list-style-type: none"> • N03AE01 • N05BA01 • N05BA02 • N05BA04 • N05BA06 • N05BA08 • N05BA09 • N05BA12 • N05CD02 • N05CD05 	Benzodiazepiner: <ul style="list-style-type: none"> • Clonazepam • Diazepam • Chlordiazepoxid • Oxazepam • Lorazepam • Bromazepam • Clobazam • Alprazolam • Nitrazepam • Triazolam

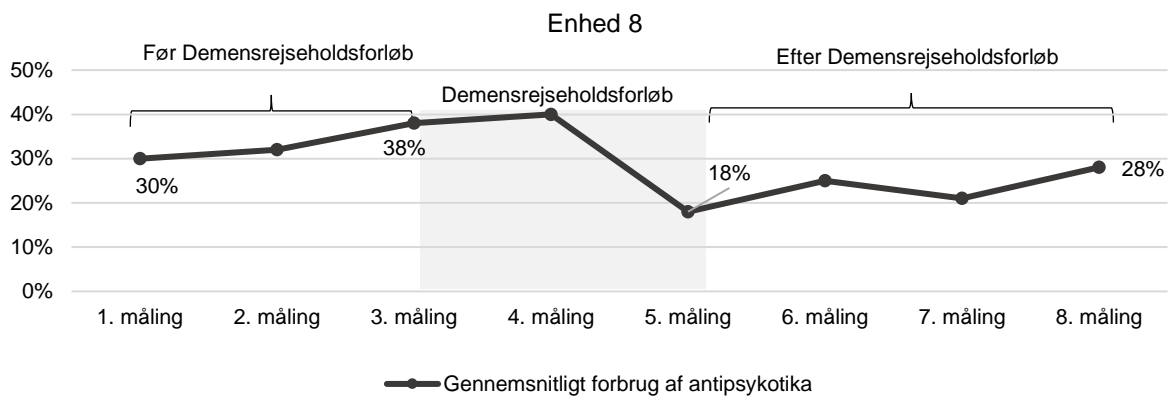
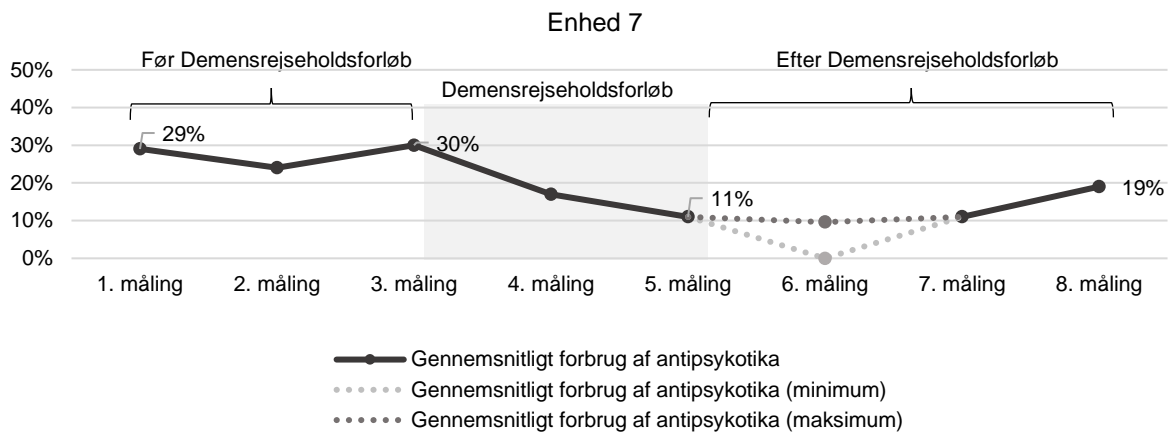
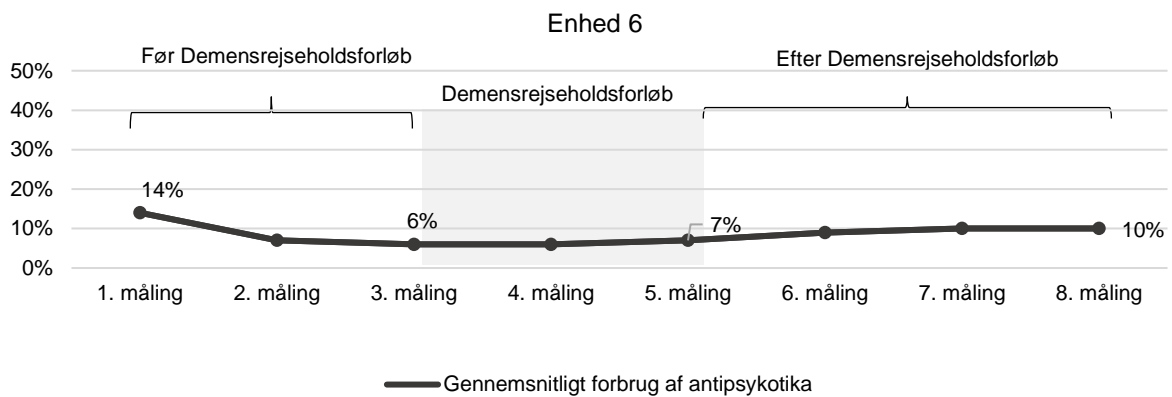
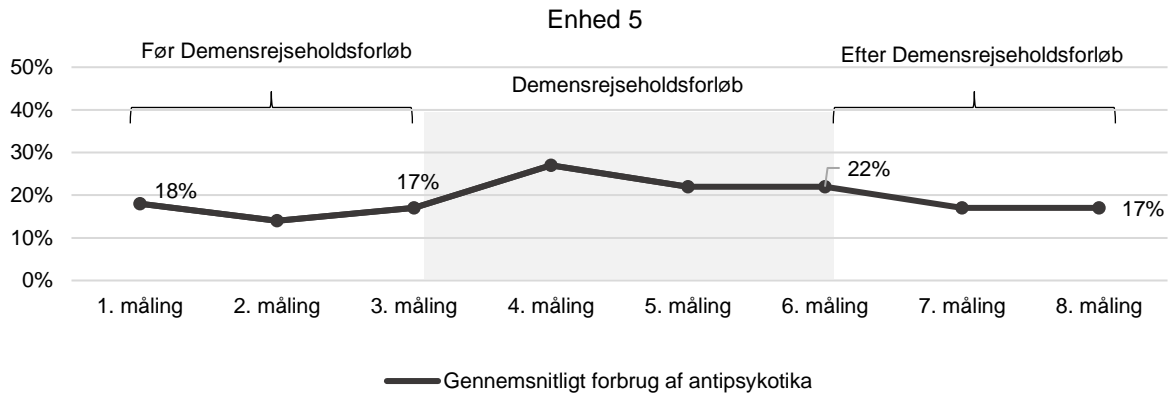
	<ul style="list-style-type: none"> • N05CD08 <p>Sederende antidepressiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N06AX03 • N06AX11 <p>Pregabalin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N02BF02 <p>Hydroxyzin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N05BB01 <p>Buspiron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N05BE01 	<ul style="list-style-type: none"> • Midazolam <p>Sederende antidepressiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mianserin • Mirtazapin <p>Pregabalin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pregabalin <p>Hydroxyzin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hydroxyzin <p>Buspiron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buspiron
Ikke-sederende midler mod angsttilfælde, depression	<p>SNRI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N06AX16 • N06AX21 <p>SSRI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N06AB03 • N06AB04 • N06AB05 • N06AB06 • N06AB08 • N06AB10 	<p>SNRI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Venlafaxin • Duloxetin <p>SSRI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluoxetin • Citalopram • Paroxetin • Sertralin • Fluvoxamin • Escitalopram

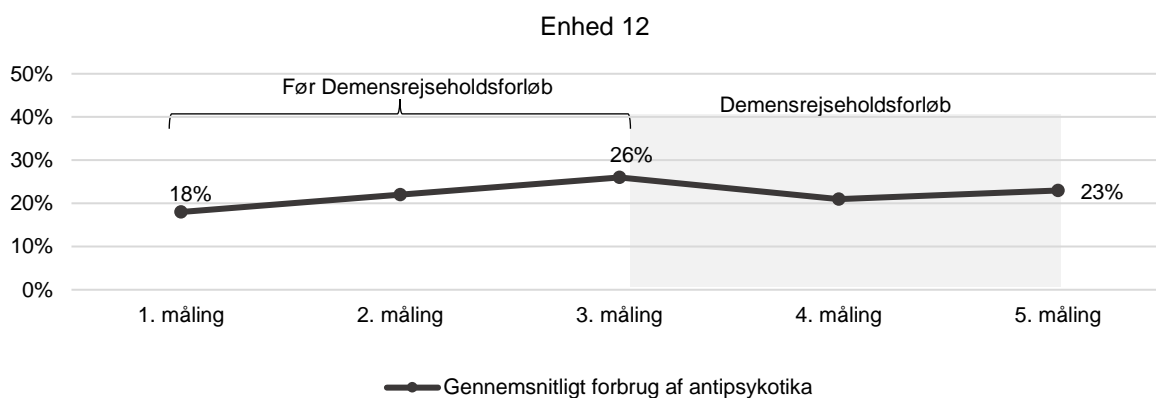
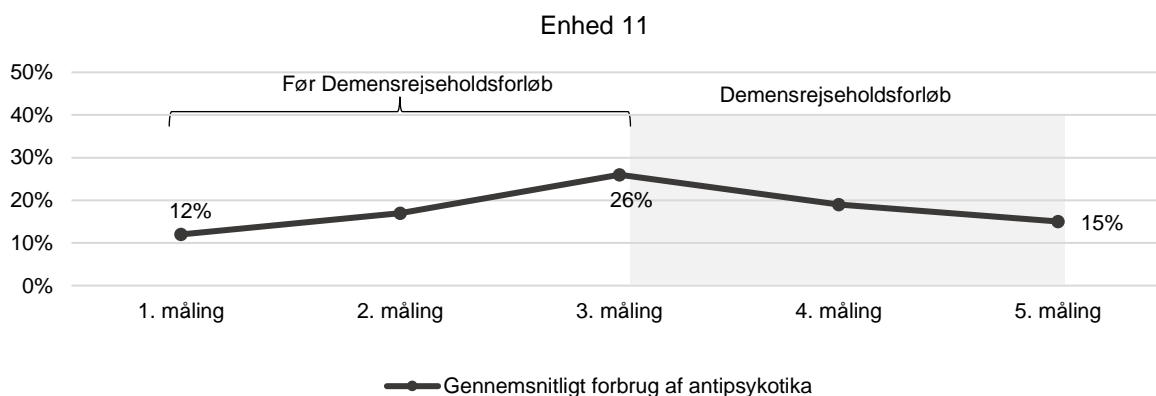
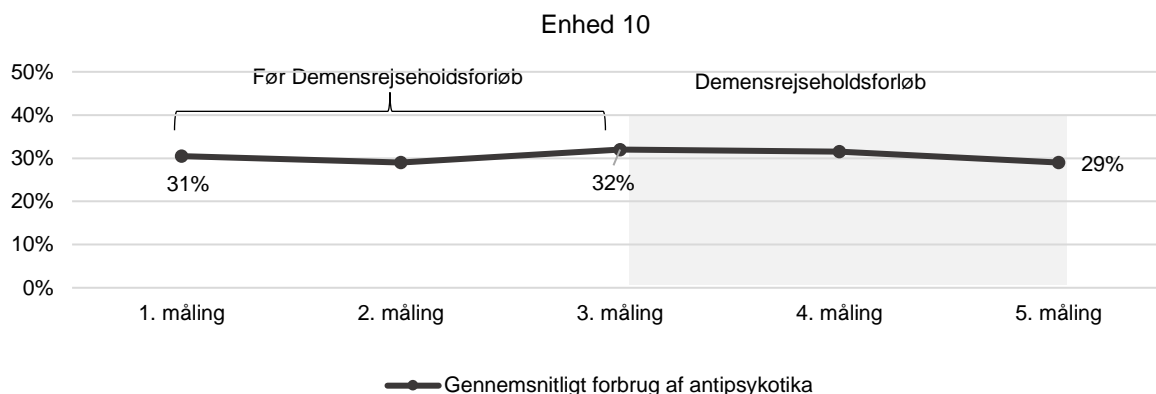
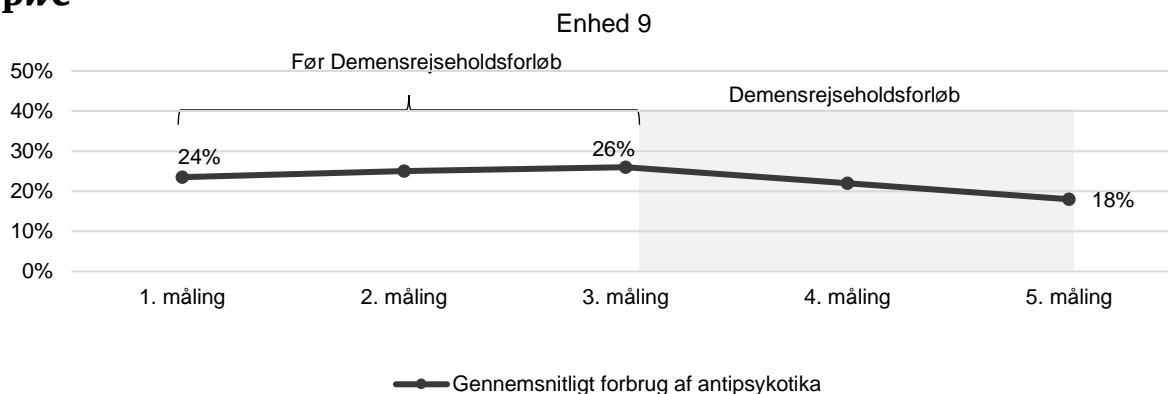
Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, 2024

Bilag 4. Udvikling i forbrug af antipsykotika i de enkelte enheder



Note: Hver måling dækker over en tre-måneders periode. 1. måling=6-9 måneder før indsatsen (Demensrejseholdet) starter, 2. måling=3-6 måneder før indsatsen starter, 3. måling=0-3 måneder før indsatsen starter, 4. måling=0-3 måneder efter indsatsen er startet, 5. måling=3-6 måneder efter indsats er startet, 6. måling=6-9 måneder efter indsats er startet, 9-12 måneder efter indsats er startet. For de fleste enheder har Demensrejseholdet været i cirka seks måneder, men for få enheder har det været i længere tid.





Kilde: PwC's beregninger baseret på tal fra Lægemiddelstatistikregisteret (pr. 11. maj 2024) og Plejehjemsdata (pr. 7. maj 2024), Sundhedsdatastyrelsen.

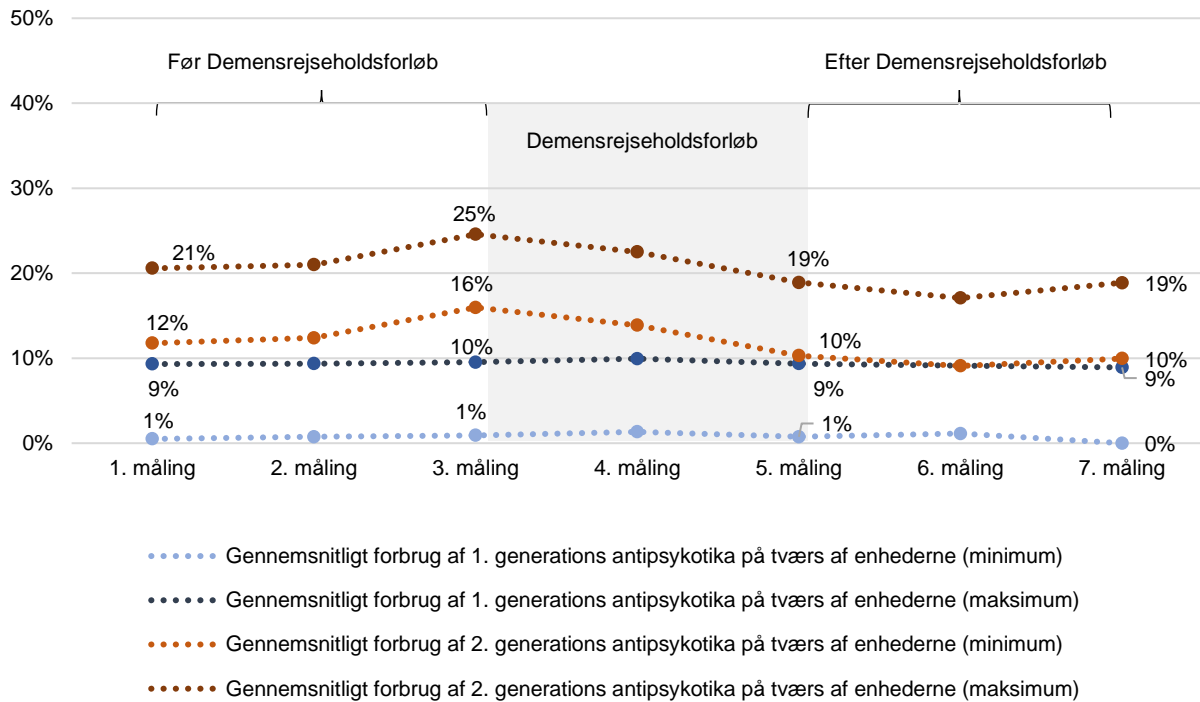
Note: Når de to linjer ikke er ens, betyder det, at tallet er bortdiskretioneret og kan variere mellem nul og fire personer.

Note: For én enkelt kommune er tallene inklusive lægemidlet Pregabalin, der bl.a. anvendes som antipsykotika.

n = 12 enheder, hvoraf fire kun har data til og med 5. måling. Hertil er tre enheder ikke med i opgørelsen pga. manglende data for forbrug af antipsykotika i perioden, heraf to hjemmeplejeenheder og et plejehjem.

ACT-koder: Se bilag 3.

Bilag 5. Udvikling i forbrug af 1. og 2. generations antipsykotika



Kilde: PwC's beregninger baseret på tal fra Lægemiddelstatistikregisteret (pr. 11. maj 2024) og Plejehjemsdata (pr. 7. maj 2024), Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Når de to linjer ikke er ens, betyder det, at tallet er bortdiskretioneret og kan variere mellem nul og fire personer.

Note: Tallene er inklusive lægemidlet Pregabalin, der for én enkelt kommune bl.a. anvendes som antipsykotika.

n = 12 enheder, hvoraf fire enheder kun har data til og med 5. måling. Hertil er tre enheder ikke med i opgørelsen pga. manglende data for forbrug af antipsykotika i perioden, heraf to hjemmeplejeenheder og et plejehjem.

ACT-koder: Se bilag 3.

Note: Hver måling dækker over en tre-måneders periode. 1. måling=6-9 måneder før indsatsen (Demensrejseholdet) starter, 2. måling=3-6 måneder før indsatsen starter, 3. måling=0-3 måneder før indsatsen starter, 4. måling=0-3 måneder efter indsatsen er startet, 5. måling=3-6 måneder efter indsats er startet, 6. måling=6-9 måneder efter indsats er startet, 9-12 måneder efter indsats er startet. For de fleste enheder har Demensrejseholdet været i cirka seks måneder, men for få enheder har det været i længere tid.

© 2022 PricewaterhouseCoopers Statsautoriseret Revisionspartnerselskab. Alle rettigheder forbeholdes. I dette dokument refererer "PwC" til PricewaterhouseCoopers Statsautoriseret Revisionspartnerselskab, som er et medlemsfirma af PricewaterhouseCoopers International Limited, hvor hver enkelt virksomhed er en særskilt juridisk enhed.



Succes skaber vi sammen ...