



**DEMENS**  
HÅNDBØGER

# Metoder til at forstå adfærdsmæssige og psykiske symptomer i praksis



Introduktion



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Indhold

|   |   |           |
|---|---|-----------|
|   | <b>Introduktion</b>   | <b>3</b>  |
|   | <b>Pejlemærker for arbejdet med borgere med demens med adfærdsmæssige og psykiske symptomer</b> | <b>6</b>  |
|    | <b>Indsatser</b>  | <b>8</b>  |
|   | Adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens i praksis                                       | 9         |
|   | Den metodiske tilgang   | 18        |
|   | Observation   | 26        |
|   | Analyse   | 34        |
|   | Handling  | 40        |
|   | Evaluering  | 46        |
|   | Fortællinger fra praksis  | 51        |
|   | Historien om Anna   | 52        |
|   | Historien om Karl-Erik  | 58        |
|   | Historien om Palle  | 64        |
|  | <b>Implementering</b>   | <b>71</b> |
|   | Ledelsens rolle   | 72        |
|  | <b>Værktøjer</b>  | <b>80</b> |
|   | Oversigt over værktøjer   | 89        |
|   | <b>Anvendte begreber</b>  | <b>91</b> |
|   | <b>Vidensgrundlag</b>   | <b>95</b> |
|   | <b>Om Demenshåndbogen</b>   | <b>96</b> |
|   | <b>Litteraturliste</b>  | <b>98</b> |

# Introduktion

At arbejde med borgere med demens kan være en stor og kompleks opgave – også når vi både har viden og kompetencer til at understøtte borgerens trivsel. Det kan blive særligt svært, når vi oplever symptomer og adfærd hos borgeren, som vi ikke umiddelbart kan forstå – og som skaber mistro hos borgeren, utryghed hos de pårørende og afmagt hos os selv og vores kollegaer.

Denne demenshåndbog skal hjælpe jer i nogle af de særlige situationer, der kan opstå, når I samarbejder med borgere med en demenssygdom, som udviser adfærdsmæssige og psykiske symptomer.

Håndbogen handler om borgere med demens, som udviser adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Noget, de fleste borgere med demens vil opleve i takt med, at sygdommen udvikler sig. Symptomerne kan både vende sig udad i form af udadreagerende adfærd eller indad fx i form af apati. Uanset hvordan de kommer til udtryk, giver symptomerne ofte markant forringet livskvalitet for borgeren og er med til at øge kompleksiteten i vores omsorgsopgave.

Adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos borgere med demens kan bl.a. skyldes somatisk sygdom fx infektioner, smerter, bivirkninger fra medicin, uopfyldte basale fysiske eller psykologiske behov eller være en reaktion på u hensigtsmæssige omgivelser omkring borgeren. Derfor er det ofte muligt at undersøge og finde frem til de bagvedliggende årsager til borgerens adfærd og symptomer og på den baggrund igangsætte relevante indsatser, som kan fremme borgerens trivsel. Når vi oplever adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos borgeren, er det dermed en anledning til, at vi og vores kollegaer reagerer på dette.

Denne demenshåndbog introducerer en systematisk metode, som I kan anvende i arbejdet med at forebygge, håndtere og lære af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos borgere med demens. Håndbogen er til jer som medarbejdere eller ledere på et plejecenter eller i hjemmeplejen og har til formål at give inspiration til jeres arbejde.

Håndbogen er en del af en række demenshåndbøger, som Sundhedsstyrelsen har udgivet. Håndbøgerne kan læses uafhængigt af hinanden, men denne håndbog kan med fordel læses i sammenhæng med håndbogen Personcentreret omsorg i praksis.



Denne demenshåndbog  
består af tre moduler



**Indsatser**

For medarbejdere



**Implementering**

For ledere



**Værktøjer**

For både  
medarbejdere og ledere

Modulerne kan benyttes samlet i deres fulde længde  
eller som opslagsværker efter behov.

# Pejlemærker

for arbejdet med borgere med demens  
med adfærdsmæssige og psykiske symptomer



Udeluk altid, at ændringer i adfærd skyldes noget somatisk.



Al adfærd er kommunikation. Bag al adfærd kan være somatisk sygdom eller et uopfyldt fysisk eller psykologisk behov. Vær nysgerrige, når I oplever adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos borgeren.



Brug både et indefra- og et udefra-perspektiv i arbejdet omkring borgeren.



En systematisk tilgang hjælper os med løbende at opdage og forebygge symptomer og mistrivsel hos borgere med demens.



Vi skal observere borgeren, men også omgivelserne omkring borgeren og vores egen metode og tilgang til borgeren.



Udvælg og tilpas redskaber og metoder efter den enkelte borgers konkrete adfærd.



En enkelt indsats løser ikke en kompleks situation – afprøv flere indsatser for at komme hele vejen rundt om borgeren.



Borgerens sygdom udvikler sig, og derfor skal vi være forberedte på løbende at tilpasse vores pleje til borgerens behov.



# Indsatser

I dette modul vil I blive præsenteret for en metodisk tilgang, som I kan anvende, når I oplever borgere med demens, som har adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Modulet bliver indledt med at rammesætte betydningen af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos borgere med en demenssygdom, hvorefter den metodiske tilgang vil blive præsenteret. Modulet bliver afsluttet med tre eksempler, hvor metoden er anvendt i konkrete borgerfortællinger.





# Adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens i praksis



I dette kapitel introduceres I til:

- Adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.
- Hvordan det kan komme til udtryk i borgerens adfærd.
- Hvilke konsekvenser det kan have i praksis for borgeren selv, medarbejderne og de pårørende.

## Hvad er adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens?

Adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens, ofte forkortet til BPSD efter den engelske term behavioral and psychological symptoms of dementia, er en samlebetegnelse for de adfærdsformer og psykiske symptomer, der kan opstå i forbindelse med en demenssygdom.

Adfærdsmæssige og psykiske symptomer rammer op mod 90 % af alle borgere med demens på et tidspunkt i sygdomsforløbet. Symptomerne kan vise sig forskelligt afhængig af situationen, men også være til stede hele tiden. Der kan være flere symptomer til stede på én gang. Symptomerne kan både vende sig ud mod omgivelserne, fx i form af adfærd, og indad i form af følelsesmæssige tilstande hos borgeren.

# Adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

## Psykiske

- Vrangforestillinger: Borgeren har forestillinger om andre eller verden, som ikke stemmer overens med virkeligheden. Fx er borgeren overbevist om, at andre stjæler hans eller hendes ting.
- Hallucinationer: Borgeren ser eller hører noget, som ikke er der. Måske hører borgeren stemmer eller taler med nogle, som ikke er til stede.
- Nedtrykt: Borgeren har fx nedsat stemningsleje, eller virker trist og deprimeret.
- Problemer med søvn og natlige forstyrrelser: Borgeren vågner i løbet af natten og kan fx have svært ved at finde ro.
- Angst: Borgeren er fx utryg og bange.

## Adfærdsmæssige

- Eufori: Borgeren er meget opstemt og overdrevet glad.
- Apati: Borgeren forholder sig passiv og/eller inaktiv.
- Hæmningsløs: Borgeren mangler hæmninger og siger fx det, der falder ham eller hende ind. Borgeren har mistet evnen til at bremse sig selv og de impulser, han eller hun får.
- Afvigende motorisk adfærd: Borgeren gentager rutiner eller handlinger, vandrer frem og tilbage m.v.
- Irritabel, agiteret og aggressiv: Borgeren er fx opkørt eller vred.
- Problemer med appetit og spiseadfærd: Borgeren glemmer eller mangler lysten til at spise.





## Årsager til adfærdsmæssige og psykiske symptomer

Når vi møder en borger med et eller flere af sådanne symptomer eller adfærd, skal vi altid starte med at udelukke, at det kan skyldes noget somatisk. Symptomerne kan være tegn på somatiske problematikker, fx smerter, infektioner, obstipation, dehydrering eller muligt delir.



**Udeluk altid, at ændringer i adfærd skyldes noget somatisk.**

Symptomerne eller adfærden kan også være en kommunikation om uopfyldte basale, fysiske eller psykologiske behov, fx ernæring, søvn eller kontakt, tilknytning og trøst. Det kan også være en reaktion på de omgivelser, borgeren er i, eller den måde, plejen er tilrettelagt på.

Når vi oplever eller observerer symptomer, er det vigtigt at være opmærksom på, hvilken demenssygdom borgeren har. Fx kan demens ved Lewy Body give hallucinationer, som kan føre til ændret adfærd, mens frontotemporal demens ofte påvirker adfærden i form af hæmningsløs adfærd. Symptomer kan også skyldes sansemæssige fejlfortolkninger.

Møder vi en borger med symptomer, og som ikke trives, er det derfor vigtigt, at vi stopper op og undersøger årsagerne bag. På den måde får vi bedre forudsætninger for at forstå, hvad der ligger til grund for adfærden og dermed bedre mulighed for at afprøve relevante indsatser, der kan øge borgerens velbefindende. Er der feber, smerter, eller er der medicinbivirkninger, skal der hurtigt iværksættes en relevant sundhedsfaglig indsats eller behandling. Virker borgeren utryg og urolig, må vi undersøge nærmere hvorfor, så vi kan fremme velbefindende og tryghed for borgeren.



**Al adfærd er kommunikation. Bag al adfærd kan være somatisk sygdom eller et uopfyldt fysisk eller psykologisk behov. Vær nysgerrige, når I oplever adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos borgeren.**



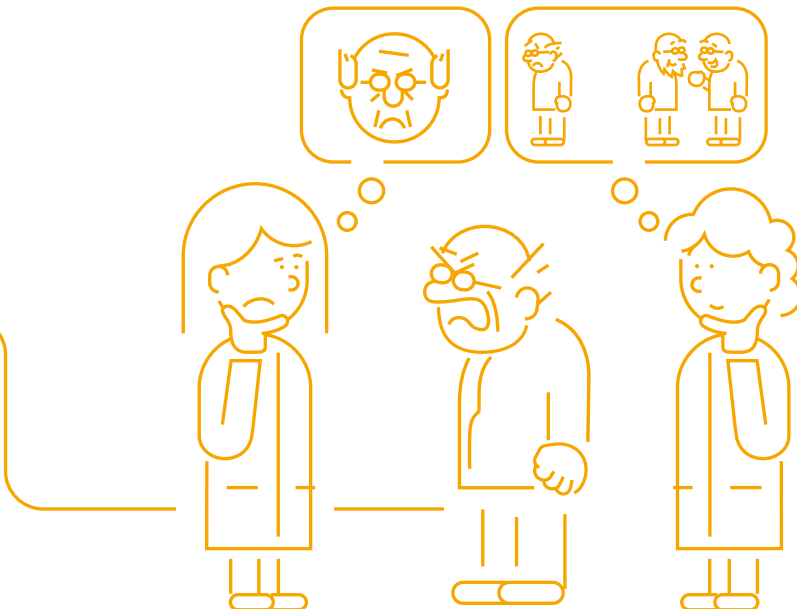
Vi må møde borgerne forskelligt, fordi alle borgere er forskellige og har forskellige behov. Samtidig er det vigtigt, at vi arbejder systematisk med de udfordringer, vi møder i vores hverdag. Sådan undgår vi, at der opstår situationer, hvor ingen griber problemet, og hvor situationen fastlåses for borgeren, andre borgere, pårørende, os selv og vores kollegaer.

Denne demenshåndbog vil give jer forslag til, hvordan I kan blive endnu bedre til at opdage, forstå, handle på og lære af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved en demenssygdom.

## Borgeren er ikke problemet, borgeren viser problemet

For medarbejderne omkring borgeren kan adfærdsmæssige eller psykiske symptomer opleves som meget udfordrende og problematiske, men det er ikke sikkert, at adfærden opleves som et problem for borgeren.

Vi skal derimod antage, at alt, hvad borgeren gør, er meningsfuldt ud fra borgerens perspektiv. Mennesker gør det, der giver mening i situationen. Det ændrer sig ikke, selvom man har fået en demenssygdom. Derfor skal vi også sætte os ind i borgerens livshistorie og borgerens personlighed, inden han/hun fik demenssygdommen. Når vi arbejder med borgere med adfærdsmæssige og psykiske symptomer, må vi derfor hele tiden holde de forskellige perspektiver for øje: at det, vi ser udefra, ofte er noget helt andet, end det borgeren ser og oplever indefra. Det er vigtigt, fordi det perspektiv, vi bruger, har konsekvenser for den måde, vi ser og møder borgeren på.





**At se borgeren med et udefra-perspektiv betyder,** at vi som fagpersoner forholder os til den adfærd og de symptomer, vi kan se hos borgeren. Et udefra-perspektiv hjælper os til at opdage, at en borger ikke trives, så vi kan vurdere og minimere borgerens symptomer.

**At se borgeren med et indefra-perspektiv betyder,** at vi tager borgerens perspektiv. Et indefra-perspektiv kan hjælpe os med at se borgerens virkelighed og få indsigt i, hvorfor borgeren reagerer, som han eller hun gør. Det kan hjælpe os til at finde handlinger og løsninger, som giver mening for borgeren.

Det demensudtryk, vi ser ved adfærdsmæssige og psykiske symptomer, er ikke kun afhængig af borgeren. Demensudtrykket er også et resultat af socialpsykologien, som er det miljø og de personer, der omgiver borgeren. Hvis vi skal tage dette alvorligt, må vi aldrig kigge isoleret på borgeren. Vi skal altid kigge på borgeren i samspil med os selv og omgivelserne. Vi skal altså hjælpe hinanden med at holde fast i, at udfordringen aldrig er borgeren, men snarere arbejdet rundt om borgeren. Man kunne sige, at borgeren ikke er problemet, men at borgerens adfærd viser problemet.



Brug både et indefra- og et udefra-perspektiv i arbejdet omkring borgeren.

## Hvordan opleves konsekvenserne i praksis?

Adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens har en række konsekvenser for borgeren selv, medarbejderne, for borgere tæt på og de pårørende.

**For borgeren** kan adfærdsmæssige eller psykiske symptomer være udtryk for en pinefuld tilstand. Det kan være tegn på, at borgerens oplevelse af verden ikke hænger sammen pga. demenssygdommen eller pga. andre helbreds-mæssige forhold.

Symptomer kan også udspringe af eller forstærkes ved, at borgeren samtidig bliver mødt på måder, hvor han eller hun føler sig forkert. Måske fordi vi kommer til at korrigere borgerens adfærd. Måske fordi borgeren kommer i konflikt med andre, eller vi bremser vedkommende i sin udfoldelse, og borgeren på den måde oplever grænseoverskridende adfærd fra andre.

Nogle af de følelsesmæssige tilstande, fx apati eller depressive tilstande, lægger vi måske ikke mærke til i første omgang, fordi de ikke på samme måde udfordrer arbejdet. For borgeren har de følelsesmæssige tilstande store konsekvenser. Visse borgere er i en tilstand, hvor de kun kan sidde og kigge ud i luften og ikke formår at sanse verden, være til stede eller tage kontakt til andre. De kan føle, at livet ikke er værd at leve, og at de ikke hører hjemme i det miljø, de befinder sig i.



**For medarbejderne** kan det være utilfredsstillende og belastende at være vidne til borgere, som virker forpinte, er ulykkelige, vrede eller apatiske. Eller som siger eller gør det samme uforståelige igen og igen. Det kan fx være svært at have de samme samtaler med borgeren igen og igen: "Man føler lige, at man har forsøgt at opmuntre eller trøste en person, og nu er hun der igen ...". Det er en meget kompleks opgave, hvor vi som medarbejdere ofte kan blive ramt af magtesløshed og afmagt over situationen. Vi kan opleve, at vi føler, vi har prøvet alt. At de metoder, vi har prøvet, tilsyneladende ingen effekt har. Samtidig kan vi opleve pres fra de pårørende, som har mange forventninger.

**For andre borgere** tæt på borgeren kan de adfærdsmæssige og psykiske symptomer virke generende, uforståelige og medføre utryghed. Vi skal derfor have blik for, hvordan borgeren forholder sig til andre borgere tæt på dem og fx fungerer i et større fællesskab med mange forskellige behov. Ikke alle har forståelse for, at borgeren er syg, og derfor kan borgerens adfærd i nogle optik indimellem virke uforståelig.

**For pårørende** kan borgerens adfærd og symptomer give en følelse af afmagt. Fx sorg over, at de ikke kan genkende personens adfærd, eller skam over, at adfærden virker upassende. Nogle gange er borgerens ønsker også i modstrid med de pårørendes ønsker og forventninger til, hvordan omsorgen burde være.

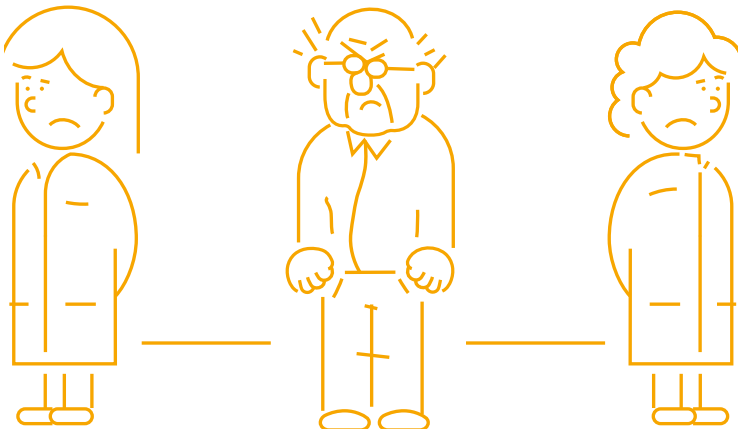


## Når vi flytter problemet rundt

Indimellem kan vi have en oplevelse af, at vi ikke kan stille noget op. Hvor en kompleks situation med borgeren ikke ændrer sig, selvom vi forsøger vores bedste. Her opstår følelsen af afmagt. Nogle gange kommer vi til at vende afmagten indad og tænke: "Det er nok bare mig, der ikke kan finde ud af det, hvis min kollega bare var på arbejde, så ville alt nok gå godt" eller: "Den borger kan ikke lide mig, der er ingenting, der virker". Andre gange kommer vi til at vende afmagten udad, hvor vi placerer skylden og ansvaret hos andre. Det kan enten være hos borgeren, den pårørende, vores kollegaer eller hos ledelsen og de rammer og ressourcer, der er omkring arbejdet.

### Det kan være situationer, hvor vi som medarbejdere fx kommer til at tænke at:

- Borgeren er umulig at samarbejde med, når han er så aggressiv. Derfor må han opføre sig anderledes, hvis vi selv skal kunne handle anderledes. Måske håber vi på, at han kan blive flyttet et andet sted hen.
- Problemet er, at de pårørende ikke har leveret den viden om borgeren, vi har brug for – og derfor går arbejdet i stå, mens vi venter på denne viden.
- Problemet er kollegaerne, som ikke kan håndtere borgeren "rigtigt", og som bruger for meget eller for lidt tid på borgeren.
- Problemet er, at ledelsen ikke har forstået, hvor alvorlig situationen er, og ikke kan skaffe de ressourcer, som skal til for at løse problemet.





Afmagten kan føre til, at problemet flytter rundt i organisationen. Vi kan som medarbejdere komme til at pege fingre og placere ansvaret for problemet (og dermed ansvaret for løsningen) hos andre. Det betyder, at vi ikke ser os selv som en del af løsningen, og så bliver vi netop magtesløse. Det kan medvirke til, at situationen fastlåses yderligere, fordi alle, der er omkring borgeren, venter på, at andre gør noget. Det forhindrer os i at fokusere på det egentligt svære: nemlig samspillet og tilgangen til borgeren og på at få borgeren til at trives.

For at undgå eller komme ud af situationer, hvor magtesløshed opstår, må vi og vores ledere sammen tage ansvar for situationen. Vi må sammen finde frem til, hvad der er på spil, og hvad der er vanskeligt i samspillet med borgeren. Vi skal hjælpe hinanden med at finde ud af, hvad vi hver især kan gøre anderledes. Ledelsen har et særligt ansvar for at sætte retning for arbejdet og skabe rammerne for, at tilgangen kan blive ændret. Vi har dog alle et ansvar for at handle aktivt, når vi oplever borgere, som ikke trives eller udviser symptomer. Det kan aldrig være borgerens opgave.

#### **Som medarbejdere er det vigtigt at:**

- Reagere, når vi oplever adfærdsmæssige og psykiske symptomer og altid udelukke somatiske problematikker.
- Hjælpe hinanden til hele tiden at gå nysgerrigt og undersøgende til værks, når vi oplever adfærdsmæssige og psykiske symptomer.
- Have øje for, om magtesløsheden er på spil, og om der derfor er brug for at samles omkring det, der er vanskeligt.
- Hjælpe hinanden til systematisk at arbejde videre, også selvom vi ikke kender vejen frem.
- Have gode arbejdsprocedurer ift. at arbejde systematisk med at opdage de borgere, der har brug for en ekstra indsats. Fx ved jævnligt at vurdere de borgere, som er en kilde til bekymring. På den måde er der bedre mulighed for løbende at opdage mistrivsel og dermed arbejde forebyggende.





## Opsamling

I dette kapitel har der været fokus på at forstå, hvad adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens er, hvilke konsekvenser det kan have i praksis, og hvad det er vigtigt at være opmærksom på som medarbejdere og ledere.

### Centrale pointer at tage med videre:

- Vi skal reagere, når vi oplever adfærdsmæssige og psykiske symptomer, og altid udelukke somatiske problematikker først.
- Vores vigtigste opgave er at undersøge årsager bag borgerens adfærd og symptomer. Med et udefra-perspektiv kan vi opdage mistro og lægge mærke til tegn, adfærd og symptomer hos borgeren. Med et indefra-perspektiv sætter vi os i borgerens sted og arbejder på at forstå adfærd og symptomer ud fra borgerens virkelighed.
- Adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens påvirker både borgeren selv, men det påvirker også medarbejderne, andre borgere og de pårørende.
- Afmagt kan opstå, hvis vi oplever, at vi ikke kan stille noget op med de udfordringer, vi står overfor sammen med borgeren. Her er det vigtigt, at vi samarbejder med kollegaer og evt. leder om at finde en løsning, så problemet ikke forskydes til andre og forbliver uløst.

I de følgende kapitler kan I læse mere om en metode til at arbejde systematisk i situationer, hvor omsorgen og plejen for borgerne bliver kompleks.

# Den metodiske tilgang

I dette kapitel vil I blive præsenteret for en systematisk metode, som I kan anvende, når I oplever komplekse situationer hos borgere, som udviser adfærdsmæssige og psykiske symptomer. I kan desuden bruge metoden i jeres forebyggende arbejde med borgerne. Formålet med metoden er at få indsigt i og forståelse for, hvad der ligger til grund for borgerens adfærd og symptomer, så I kan igangsætte virksomme indsatser og dermed øge borgerens trivsel.

## At se bag borgerens symptomer og adfærd

Når vi møder en borger med adfærdsmæssige og psykiske symptomer, er første skridt altid at udelukke, at der kan være somatiske problematikker, som fx infektioner, smerter eller medicinbivirkninger. Når vi har udelukket, at symptomerne eller adfærden skyldes noget somatisk, kan vi begynde at undersøge andre årsager nærmere. Ofte vil der være flere forskellige og dybereliggende årsager til den problematik, vi står overfor. Man kan bruge et isbjerg som metafor.

Den adfærd eller de symptomer, som umiddelbart viser sig for os, er oftest borgerens reaktion på, at de grundlæggende fysiske eller psykologiske behov ikke er opfyldt. Vi har dog sjældent mulighed for at se, hvilke behov hos borgeren der ikke er opfyldt. Behovene drejer sig om borgerens følelser, sanseindtryk og bearbejdningen af disse samt fysiske og psykologiske behov. Hvis vi kun finder løsninger, som retter sig mod symptomerne og adfærden og det, vi umiddelbart kan se, vil det formentlig ikke have effekt på borgerens psykiske tilstand og velbefindende. Det betyder, at løsningen ikke hjælper i det lange løb.





ADFÆRD  
SYMPTOMER

FØLELSER  
SANSER  
BEHOV

Hvis vi vil gøre en forskel for borgeren, skal vi derfor have systematiske metoder, som inviterer til, at vi ser bag om den umiddelbare adfærd, den umiddelbare følelsesmæssige tilstand og de symptomer, vi oplever. På den måde kan vi tilpasse vores indsats og opnå holdbare løsninger for den enkelte borger. Hvis en borger fx vandrer, skal vi ikke blot forsøge at undgå, at borgeren går. Vi skal derimod være nysgerrige og undersøge, hvad der kan ligge til grund for, at borgeren vandrer, så vi senere kan afprøve indsatser, der opfylder borgerens behov. De gode løsninger kræver derfor ofte, at vi starter med at bringe flest mulige årsager og faktorer frem i lyset. Det gør vi bedst ved, at vi sætter os sammen, evt. på tværs af vagter og faggrupper, reflekterer over situationen og arbejder systematisk med at finde veje frem.



En systematisk tilgang hjælper os med løbende at opdage og forebygge symptomer og mistrivsel hos borgere med demens.



## Fire trin til at forstå og handle på adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens

I det følgende kapitel gennemgår vi en konkret metode med fire trin, som I med fordel kan tage afsæt i, når I oplever adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

Metoden er illustreret ved cirklen på næste side.

### De fire trin i den metodiske tilgang

#### Observation – hvad ser vi?

Når vi observerer, forsøger vi så objektivt som muligt at beskrive den adfærd, vi ser. Vi beskriver frem for at fortolke eller analysere, hvad der sker. Vi indsamler information om, hvad vi ser, og hvad vi ved om borgeren.

#### Analyse – hvordan forstår vi det, vi ser?

Når vi analyserer, tager vi fx afsæt i det, vi har observeret, og forsøger at dele materialet op og systematisere det: Hvad kan det evt. handle om? Hvad tror vi, at borgeren tænker om det, der sker? Hvilke mønstre ser vi her? Hvis vi skal forsøge at skille tingene lidt ad: Hvilke forskellige sider/aspekter kunne der så være i det, vi undersøger her?

#### Handling – hvad vil vi afprøve?

Når vi igangsætter handlinger, afprøver vi målrettede indsatser, som vi – baseret på vores analyser – vurderer har en effekt for borgeren. Hvad ønsker vi at opnå? Hvad er målet med vores indsatser?

#### Evaluering – hvad er effekten af vores handlinger?

Når vi evaluerer vores indsatser, undersøger vi, hvilken effekt vores indsatser har haft for borgeren. Hvordan er det gået? Har vi nået vores mål? Hvad gik godt, hvad gik mindre godt? Og under hvilke omstændigheder gik det godt eller mindre godt? Med disse spørgsmål kan vi lære af vores handlinger og dermed løbende udvikle og justere vores tilgang til og pleje af borgeren, så den stemmer overens med borgerens ønsker og behov.



## Den metodiske tilgang



PRINT UD OG  
HÆNG OP



De fire trin i metoden griber ind i hinanden, og cirklen kan med fordel gentages. I evalueringsfasen er det oplagt igen at observere symptomer og adfærd for dernæst at analysere og reflektere over, hvad vi observerer. Sådan kan vi køre cirklen igennem, så længe det er nødvendigt i forhold til borgerens situation, og samtidig være med til at forebygge, at lignende adfærd og symptomer opstår.



### Hvorfor og hvornår skal vi bruge metoden?

Den metodiske tilgang kan vi med fordel bruge:

- Når vi oplever adfærdsmæssige og psykiske symptomer.
- Når vi oplever mistrivsel hos borgerne.
- Når vi ønsker at arbejde forebyggende.
- Når vi oplever afmagt.

## Når vi bruger metoden

Nogle gange kan de enkelte trin i den metodiske tilgang være svære at adskille. Observationer glider nemt over i analyser af borgerens handlinger. Det sker helt automatisk. Selvom vi ofte får indtrykket af, at vi objektivt aflæser "sandheden" om, hvad der sker, så tillægger vi mening til det, vi ser: "Nå, han rejste sig og gik fra fællesrummet, fordi han blev sur". Men vi kan ikke være sikre på, at vi ser tingene ens, eller hvad der er det rigtige. At borgeren rejste sig og gik, kan grunde i andre forklaringer, fx at han pludselig fik en ide om, hvad han skulle.

Derfor er det vigtigt at forsøge at skille observation fra analyse, så vi som medarbejdergruppe får rum til at diskutere forskellige mulige fortolkninger eller forskellige hypoteser om den adfærd, vi oplever, og forskellige ideer til løsninger, som vi kan prøve af.

På samme måde kan evaluering af indsatser let glide over i næste gennemgang af cirklen ift. nye observationer og opsamlinger af fakta. Nogle gange kan det altså være svært at bestemme, hvor vi er i cirklen, og hvilket trin vi befinder os på. Men det er heller ikke så vigtigt. Det afgørende er, at vi sammen bruger de fire trin til at arbejde systematisk for at finde de gode veje frem.



## Inddrag de pårørende

I arbejdet med at finde veje til at mindske adfærdsmæssige og psykiske symptomer kan de pårørende med fordel inddrages. De pårørende kan bidrage til de fire trin i processen alt efter deres ressourcer, ønsker, behov og mulighed for at deltage. De pårørende kan være nærmeste familie, men også venner og øvrigt netværk. De pårørende har ofte flere års erfaringer og oplevelser med borgeren. Derfor har de typisk et unikt udgangspunkt for at forstå den adfærd og de symptomer, vi oplever hos borgeren.

Så hvad observerer de pårørende ift. borgeren, når han eller hun fx bliver vred på andre beboere på plejehjemmet? Hvordan forstår de det, de ser? Kan de genkende det fra tidligere i borgerens liv? Hvilke følelsesmæssige behov hos deres pårørende kan det være udtryk for? Hvordan vurderer de borgerens velbefindende i de situationer, medarbejderne er nysgerrige på? Og hvilke indsatser, tænker de, kunne være centrale at sætte i værk?



Det er en særlig opgave at finde frem til, om og hvordan de pårørende vil og kan bidrage til processen. I nogle situationer kan det give mening, at de pårørende også får en observationsopgave ift. det, der arbejdes med. Men vi skal altid tage hensyn til, hvad de pårørende selv magter og har lyst og ressourcer til. De pårørende er ofte selv i proces. Derfor kan deres mulighed for at bidrage variere, afhængigt af hvilket omfang de selv er påvirket af, fx deres ægtefælles demenssygdom.

# Den metodiske tilgang



## Opsamling

I dette kapitel er I blevet introduceret til en metode med fire trin, som I kan arbejde systematisk med, når I oplever borgere med adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. Derudover har kapitlet introduceret nogle overordnede opmærksomhedspunkter, I kan inddrage i jeres arbejde med at anvende metoden.

### Centrale pointer at tage med videre:

- Ved at bruge cirkelns fire trin: observation, analyse, handling og evaluering sikrer vi en systematisk tilgang til arbejdet omkring borgeren. Det giver os mulighed for at komme bag om og få indsigt i årsager til borgerens adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Dermed får vi et grundlag for at afprøve målrettede indsatser og efterfølgende evaluere vores indsatser.
- Ofte observerer og erfarer vi noget nyt, når vi arbejder os rundt i cirklen. Gentag derfor trinene igen og igen efter behov, og drag ny viden med ind i jeres videre arbejde med borgeren.
- Vær opmærksom på at adskille de fire trin. Hvis vi springer for hurtigt fra ét trin til et andet, risikerer vi at overse noget vigtigt undervejs, der kan forhindre os i at løse den udfordring, vi står overfor.
- Inddrag viden fra de pårørende, når I gennemgår de forskellige trin. De pårørende kan fx have vigtig viden om årsagerne til borgerens adfærd og symptomer, som I kan bruge til at forstå situationen.

I de følgende kapitler kan I læse mere om metodens fire trin, og om hvordan I kan anvende dem i praksis.





# Observation



## Observation er det første trin i den metodiske tilgang

- Observation skal gøre os klogere på de situationer, hvor borgerens adfærdsmæssige og psykiske symptomer viser sig.
- Observation skal give os det nødvendige fundament ift. at lave en god analyse.

## Formålet med at observere

Observation giver os mulighed for at blive klogere på den adfærd og de symptomer, som viser sig. På den måde bliver det ikke vores umiddelbare fornemmelse for situationen eller egne "synsninger", der danner grundlag for de indsatser, vi planlægger. Det bliver derimod konkrete observationer over døgnet og af forskellige situationer. Samtidig kan en observationsopgave mindske medarbejdernes eventuelle følelse af afmagt. For når vi observerer, tager vi konkret et skridt på vejen til at løse den situation, vi står i.



## Når vi observerer, kan vi være opmærksomme på:

- Hvilken adfærd/hvilke symptomer udvises?
- Hvad udløser adfærden/symptomerne?
- Er der tegn på ubehag, smerter, obstipation, dehydrering?
- Hvad der konkret sker i specifikke situationer?
- Hvordan borgeren har det i de konkrete situationer?
- Hvordan borgeren bliver mødt, og hvilken effekt det har på borgeren?
- Hvor ofte adfærden eller de psykiske symptomer ses?

Når vi observerer, forsøger vi så objektivt og neutralt som muligt at beskrive den adfærd, vi ser, uden at tillægge adfærden betydning. Vi beskriver frem for at fortolke eller analysere, hvad der sker. Observationen kan ske i konkrete situationer, vi som medarbejdere er nysgerrige på, men vi kan også vælge at indsamle observationer mere systematisk på tværs af tid og sted. Fx ved at systematisere observationer i skemaer som døgnobservationer. Det kan fx give os blik for, hvor meget borgeren sover, drikker, spiser, er i aktivitet, hvornår symptomerne konkret er til stede osv.

## Pejlemærker for observation af borgeren

I det følgende får I nogle pejlemærker for, hvad I med fordel kan observere på i forhold til borgeren selv og i forhold til omgivelserne:

- Borgerens velbefindende.
- Borgerens somatiske tilstand.
- Borgerens sanser.
- Borgerens omgivelser og vores egen tilgang.





## Borgerens velbefindende

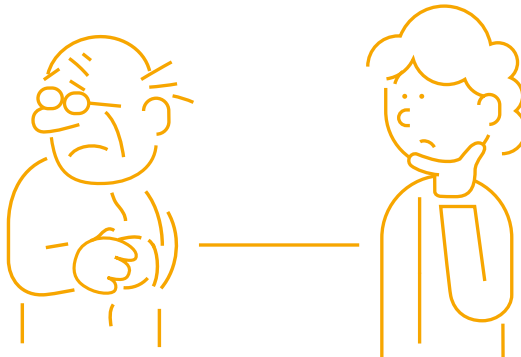
Med afsæt i personcentreret omsorg er målet med indsatsen at fremme eller vedligeholde borgerens velbefindende eller trivsel.

I håndbogen om Personcentreret omsorg i praksis beskrives tegn på velbefindende som smil, grin, glæde, kropslig afslappethed/afspændthed, en evne til at engagere sig i meningsfuld beskæftigelse samt at være positivt optaget af nogen eller noget. Når borgeren er velbefindende, vil borgeren oftest være i stand til at modtage den nødvendige hjælp fra medarbejderne.

Tegn på dårligt velbefindende er fx gråd, vrede, frygt, apati, uro, kropslig anspændthed/spændte muskler, fysisk utilpashed, selvstimulerende handlinger, at have svært ved at engagere sig i nogen eller noget, at være urolig samt hurtigt at bevæge sig videre til andre aktiviteter. Her vil borgeren oftest ikke være i stand til at modtage den nødvendige hjælp fra medarbejderne.

Velbefindende aflæses altså ved at kigge på borgerens krop, fx mimik, tonefald, ansigtsudtryk, antallet af muskelspændinger i krop og ansigt og tempoet på bevægelserne eller talestrømmen. Vi kan observere med fokus på borgerens velbefindende ved at se på:

- Hvad laver borgeren?
- Hvordan har borgeren det med det, som han eller hun laver?
- Hvilket velbefindende har borgeren i de konkrete situationer?
- Hvilket velbefindende har borgeren på tværs af situationer?
- Hvornår trives borgeren?





## Borgerens somatiske tilstand

Vores professionelle opgave er altid at udelukke, at borgerens adfærd og symptomer kan være udtryk for noget somatisk. **Som det første er det derfor vigtigt at lave såkaldte kliniske observationer ved systematisk at kigge efter sygdomstegn og fokusere på borgerens somatiske tilstand.** Det skal vi have øje for i vores observation i konkrete situationer og ved at indsamle observationer, indhente viden om borgerens helbredstilstand og fakta omkring borgeren med andre metoder såsom væskeskemaer, afføringsskemaer, urinstix, blodtryk, blodsukker eller lignende. Vi skal fx kigge efter eventuelle sygdomme, tilstande og symptomer som:

- Infektion som fx blære- eller lungebetændelse.
- Delir.
- Tegn på obstipation.
- Tegn på dehydrering.
- Tegn på smerter.
- Medicinbivirkninger.
- Tegn på sult og tørst.
- Borgerens kulør.
- Borgerens bevidsthed og opmærksomhed.  
Fx borgerens evne til at opretholde øjenkontakt.
- Om borgeren er klamtsvedende.

For at komme hele vejen rundt om borgerens helbredsmæssige tilstand, kan vi evt. benytte somatiske tests eller tjeklister. Lad jer fx inspirere af:

- **MAI10:** Observationsskema til at opdage smerter hos borgeren.
- **CAM:** Skema til at opdage delir hos borgeren.
- **Lommeuide til observation af fysiske symptomer:**  
Guide udviklet af Nationalt Videnscenter for Demens.

Læs mere om ovenstående under modulet Metoder og redskaber.



## Borgerens sanser – sanseinput og bearbejdning af sanser

Borgernes bearbejdning af sanser kan have stor betydning for den adfærd, vi ser hos borgeren. Derfor kan vi med fordel observere i forhold til borgerens sanser og borgerens evne til at lave sansebearbejdninger. Fx ved at observere, hvordan borgeren reagerer på sanseinput som synsindtryk, berøring, balance, lyd, smag og lugte. Vær opmærksom på, om der er specifikke sanseinput, som borgeren reagerer negativt eller positivt på. Eller om borgeren har selvstimulerende adfærd, som kan være tegn på, at borgeren er understimuleret på sanserne og forsøger at stimulere sig selv.

### **Det kan være en borger, der enten er over- eller understimuleret og fx:**

- Sidder og rokker frem og tilbage.
- Er meget motorisk urolig og rastløs og går frem og tilbage i timevis, uden at borgeren er positivt optaget af det, og uden at det fører til velbefindende for borgeren.
- Ikke selv kan bevæge sig frem og tilbage, men i stedet er aktiv ved at sige det samme igen og igen, uden vedkommende måske er bevidst om, at det sker.
- Over- eller underreagerer på tegn fra kroppen, fx ved tørst, sult, smerter m.v.
- Rører sig selv på kønsorganerne, som ikke nødvendigvis er et udtryk for seksuel adfærd. Adfærden kan være udtryk for selvstimulering som følge af understimulering.



## Borgerens omgivelser og vores egen tilgang

Når vi oplever adfærdsmæssige eller psykiske symptomer hos borgeren og gerne vil blive klogere på, hvad der sker i de pågældende situationer, og på hvordan borgeren har det, må vi også kigge på borgerens omgivelser. Vores observation kræver derfor, at vi ikke kun lader vores blik hvile på borgeren. Vi skal i lige så høj grad kigge på os selv og vores egen tilgang til borgeren, på borgeren i samspil med andre og på borgeren i samspil med omgivelserne.

Borgerens adfærd kan være et modsvar på vores handlinger, på den måde arbejdet er tilrettelagt på eller på kulturen på fx plejehjemmet. Derfor er det vigtigt, at vi observerer borgeren i forskellige situationer og løbende over hele døgnet. På den måde kan vi få en fornemmelse af, hvad der er vigtigt for borgeren i forhold til de socialpsykologiske rammer. Kun når vi observerer over tid, kan vi få en bredere fornemmelse for adfærden, og hvordan borgeren har det. I modsat fald får vi kun et øjebliksbillede af borgeren. Fx et øjeblik, hvor borgeren pludselig bliver meget vred, og hvor vi ikke ser, at borgeren forgæves har prøvet at kommunikere adskillige gange.

### Det betyder, at vi også skal kigge på:

- Konkrete sansemæssige input, fx larm i situationen, temperatur, lugte, synsindtryk.
- Hvem der ellers er til stede? Hvor de befinder sig fysisk? Og hvor de kigger hen?
- Hvad borgeren umiddelbart ser ud til at være optaget af?
- Hvor lang tid borgeren kan holde fokus og opmærksomhed?
- I hvilke situationer borgeren udviser symptomer?
- Hvordan borgeren mon oplever situationen?
- Hvilke ord der bliver sagt konkret (eller ikke sagt) til borgeren – og hvad borgeren svarer tilbage?
- Hvad der går godt hos borgeren?



Vi skal observere borgeren, men også omgivelserne omkring borgeren og vores egen metode og tilgang til borgeren.

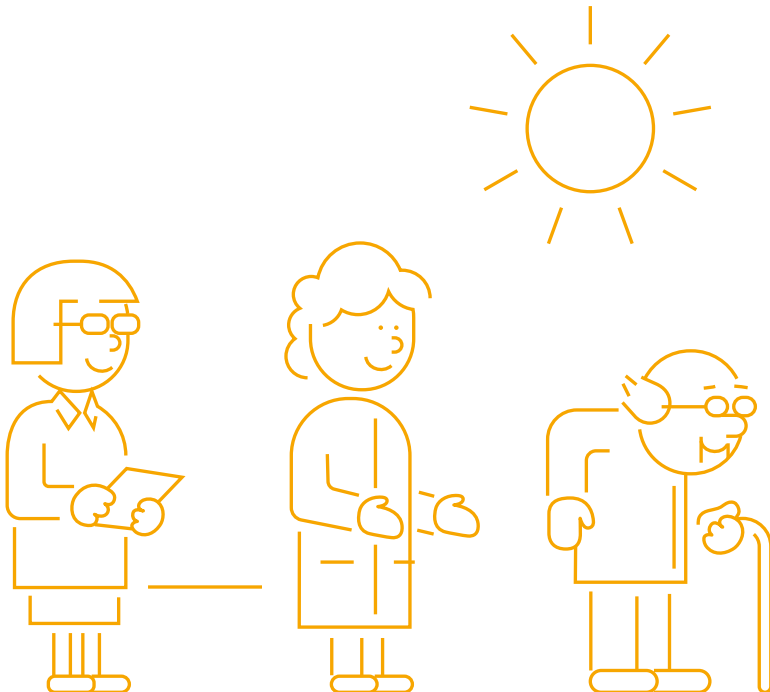


## Hvordan kan vi observere?

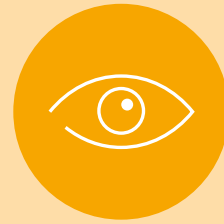
Der findes flere forskellige observationsmetoder, som henvender sig til forskellige faggrupper, og som kan anvendes til at observere systematisk, på forskellige tidspunkter og i bestemte situationer. I modulet Metoder og redskaber introduceres følgende metoder, som I måske har arbejdet med eller på anden måde kender til:

- Døgnobservationsskema.
- Sansesvurdering.
- Neuro Psychiatric Inventory (NPI).
- Dementia Care Mapping (DCM).
- Adfærd, funktion og faglig indsats (AFFI).

Der er ikke en facitliste over, hvilken metode vi skal bruge, og hvilken information vi skal samle ind. Det afhænger af den enkelte borger og den adfærd, vi gerne vil blive klogere på. Derfor kan vi som medarbejdere med fordel gå sammen om at drøfte, hvilke symptomer eller hvilken adfærd vi skal observere. I har måske allerede gode erfaringer med at anvende nogle specifikke metoder, og så giver det måske mening at fortsætte med dem. Det afgørende er ikke nødvendigvis, hvilken metode vi vælger, men at vi arbejder systematisk med at observere, inden vi begynder at analysere.







## Opsamling

I dette afsnit er I blevet introduceret til det første trin i metoden, observation. Vigtige pejlemærker for observation er:

- At udelukke somatiske årsager til symptomer og adfærd, vi observerer gennem klinisk observation.
- At være opmærksomme på borgerens (vel)befindende og borgerens sansebearbejdning.
- At kigge på borgeren i samspil i forskellige kontekster og situationer, herunder på vores egen tilgang til borgeren.
- At observere uden at fortolke.

I de følgende afsnit kan I læse mere om metodens næste trin, analysen.

# Analyse



Når vi har observeret borgeren i de konkrete situationer, vi er interesseret i, er det næste trin analysen

- Analysen skal hjælpe os med at undersøge og komme med bud på, hvad der kan ligge til grund for borgerens adfærd og symptomer.
- Analysen skal danne fundamentet for at udvælge nogle relevante målrettede indsatser, vi gerne vil afprøve med borgeren.

## Formålet med at analysere

Analysen giver os mulighed for at forstå de bagvedliggende årsager til borgerens adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Det er her, vi forsøger at komme med velovervejede hypoteser på årsagerne til borgerens adfærdsmæssige eller psykiske symptomer, som ikke skyldes somatiske problematikker. Vi tager bl.a. afsæt i det, vi har observeret, og forsøger at få en forståelse for det, vi har set. Det kan være i bestemte situationer eller i det demensudtryk, vi ser hos borgeren. Her går vi som medarbejdere sammen for at reflektere over de observationer, der er gjort, og den viden, vi har, om borgeren.





## Når vi analyserer, kan vi være opmærksomme på:

- Hvad vi konkret har observeret omkring borgeren.
- Hvordan vi kan forstå det, vi har observeret.
- Hvilke forskellige forklaringer der kan være på det, vi har observeret.
- Hvordan borgerens personlighed, livshistorie og sygehistorie kommer til udtryk.
- Hvilke mønstre vi ser.
- Hvilke forskellige sider/aspekter der kan være i den situation, vi undersøger her.

En udfordring ved analysen kan være, hvis vi hurtigt vil finde frem til én sandhed eller springe over til at finde løsninger og indsatser med det samme. I denne fase er formålet at forholde os undersøgende og sammen reflektere og analysere, mens de faglige kvalificerede bud på løsninger hører til næste fase (handling).

I analysefasen er der forskellige analyseværktøjer, der kan hjælpe os til at komme hele vejen rundt om borgeren, så vi kan undersøge forskellige sider af det, vi har observeret ved borgeren.

### **Det kan fx være en borger, som bliver ved med at vandre og opsøge de andre i fællesrummet:**

- Hvilke forskellige aspekter kan der være i spil her?
- Har borgeren svært ved at finde ro? Kan det være udtryk for smerter?
- Sker det, når borgeren er understimuleret og ikke kan aktivere sig selv?
- Er det borgerens måde at komme i kontakt med andre på?
- Er det et udtryk for, at borgeren ikke kan rumme de andre, når han eller hun bliver for træt om eftermiddagen?
- Eller har borgeren altid været tilbageholdende i sociale sammenhænge og haft svært ved omgangen med de allernærmeste i familien, på nær måske en ægtefælle eller en søn/datter?





## At anvende analysen som en del af det forbyggende arbejde

Som medarbejdere kan vi igangsætte observation og analyse, når vi oplever specifikke situationer med borgeren, som er udfordrende. I selve analysen er det vigtigt, at vi ikke kun analyserer på de specifikke situationer. Vi skal derimod også kigge mere generelt på borgerens behov. Koncentrerer vi os kun om at analysere specifikke situationer, fx hvor borgeren slår ud, kan det invitere til, at vi kun får håndteret de konkrete situationer, vi umiddelbart får øje på. Det kan betyde, at vi overser de mere generelle omstændigheder i borgerens situation og hverdag, der kan stå i vejen for borgerens velbefindende.

Formålet med analysen er derfor også at gå fra at håndtere akutte situationer til at arbejde mere forebyggende. Ved at kigge bredere på borgerens situation giver det i højere grad mulighed for at komme på forkant med borgerens trivsel og velbefindende og tilrettelægge en målrettet pleje og omsorg. På den måde kan vi forsøge at mindske eller helt forhindre den adfærd eller de psykiske symptomer, vi oplever som udfordrende eller bekymrende.



### Hvordan kan vi analysere?

Der findes flere forskellige analyseredskaber og modeller, I kan anvende, når I skal analysere adfærd og symptomer. I modulet Metoder og redskaber introduceres følgende:

- Demensligningen.
- De grundlæggende psykologiske behov.
- Blomsten.
- Perspektivskifte som metode.
- Affektudbrudsmodellen, også kaldet low arousal eller LA2.
- BPSD-modellen som metode.
- De kognitive funktioner.
- AFFI-modellen.



Hver analysemodel har et bestemt fokus og kan hjælpe os med noget forskelligt. Det er ikke meningen, at vi skal igennem alle analysemodellerne. Det er samspillet med borgeren, de specifikke symptomer og borgerens adfærd, som afgør, hvilken model vi har brug for at arbejde med.

Hvis vi oplever specifikke situationer som udfordrende, vil det sandsynligvis være et godt udgangspunkt at analysere dem med analyseværktøjer, der netop kan hjælpe os med at forstå specifikke situationer, fx affektudbrudsmodellen eller perspektivskifte som metode.

Fx når vi skal analysere, hvorfor borgeren slår ud: udefra ser det måske ud til, at borgeren pludselig reagerer aggressivt ved at slå ud, men sådan vil det aldrig opleves fra borgerens perspektiv. For borgeren giver det god mening, det han eller hun gør. Borgeren slår ikke tilfældigt og pludseligt ud. Borgeren slår ud for at gøre opmærksom på noget eller for at opnå noget. Al adfærd er kommunikation – så hvad mon borgeren forsøger at fortælle? Hvilket problem er det, borgeren forsøger at løse ved at slå ud?

Er vi mere optaget af borgerens trivsel generelt, giver det sandsynligvis bedre mening at bruge analyseværktøjer, som kan hjælpe os med at se bredere på borgerens livshistorie, situation og hverdag, fx demensligningen, vurdering af borgerens sanseapparat, analyse af de kognitive funktioner, BPSD-modellen eller AFFI-modellen. Oftest er det også godt at inddrage borgerens pårørende for at få indsigt i deres oplevelse af og forståelse for demenssygdommen samt at få deres viden om borgerens livshistorie og personlighed.

Er vi kommet frem til, at borgerens adfærd bl.a. skyldes somatiske problematikker, er det vigtigt at handle på dette hurtigt, jf. observationsafsnittet. Samtidig er det vigtigt at gå videre med analysen for at afdække borgerens øvrige behov.

Senere i håndbogen vil I blive præsenteret for tre borgerfortællinger, hvor I kan se eksempler på, hvilke analyseværktøjer der er valgt til forskellige situationer.



Udvælg og tilpas redskaber og metoder efter den enkelte borgers konkrete adfærd.



## Husk også at analysere på, når borgeren har det godt

Flere af ovennævnte analyseværktøjer kan vi bruge til at undersøge de situationer, hvor borgeren ikke har det godt. Fx ved at analysere borgerens psykologiske behov eller borgerens perspektiv i den konkrete situation. Men analyse kan også omhandle de situationer, hvor det går godt. Dette gælder også, når vi observerer. Det vil sige, hvor borgeren ikke har problemer, og hvor borgerens velbefindende er højt. På den måde kan vi have fokus på at forstærke det, der går godt.

Det kan vi fx få fokus på ved at anvende:

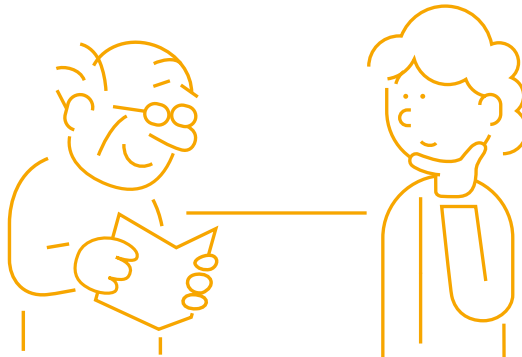
### **Marte Meo-metoden**

Marte Meo-metoden kan bruges til at analysere de konkrete samspil med borgeren. På den måde kan vi undersøge, hvad der virker i de relationelle og kommunikative sammenspil med borgeren i konkrete situationer. Den indsigt kan vi bruge fremadrettet for at understøtte det, som virker i samspillet med borgeren.

### **Beboerkonferencer**

Beboerkonferencer har altid et fast punkt på dagsordenen, som netop vedrører dette perspektiv. Her sætter vi sammen fokus på at komme hele vejen rundt om borgeren – herunder hvor borgeren trives, hvad der er kilder til velbefindende, og hvor borgeren fungerer bedst. På den måde kan vi analysere, hvilken socialpsykologi der er til stede i disse situationer. Den viden kan vi bruge til at genskabe de socialpsykologiske rammer andre steder, så borgeren får de bedste forudsætninger for at trives.

Læs mere om Marte Meo-metoden og beboerkonferencen under modulet Metoder og redskaber.





## Opsamling

I dette afsnit er I blevet introduceret til det andet trin i metoden, analysen. Vigtige pejlemærker for analysen er:

- At analysere på borgerens generelle behov og ikke kun på behovet i den specifikke situation. Sådan kan vi arbejde mere forebyggende.
- At vores brug af analyseredskaber og metoder afhænger af det, vi gerne vil undersøge. Vi behøver ikke anvende alle analyseredskaber.
- At vi også skal analysere og være opmærksomme på, når borgeren trives. Den viden kan vi bruge til at forstærke trivlsen i andre sammenhænge og situationer.

I de følgende afsnit kan I læse mere om metodens næste trin, handlinger.



# Handling



Det tredje trin i den metodiske tilgang er at igangsætte målrettede indsatser på baggrund af observationerne og analysen

- Handlinger er konkrete afprøvninger af målrettede indsatser.
- Handlingerne vil vise, om vores hypoteser om årsager til borgerens adfærd og symptomer holder.
- Handlinger kræver ofte at få målrettede indsatser afprøves lidt ad gangen og i længere tid for at opnå god effekt for borgeren.

## Formålet med at afprøve handlinger

Formålet med at afprøve handlinger er at omsætte vores faglige og kliniske observation og analyser til konkrete målrettede indsatser, som kan minimere de adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos borgeren og forhåbentlig øge borgerens velbefindende. Hvor vi i analysedelen forsøger at reflektere og skille tingene ad, forsøger vi i dette trin af metoden at blive enige om, hvad vi vil afprøve af målrettede indsatser på baggrund af analysen.





### Når vi beslutter os for konkrete indsatser, kan vi være opmærksomme på:

- Hvilken viden om borgeren, og hvilke hypoteser vi fandt frem til om årsager til borgerens adfærd.
- Hvad vi gerne vil arbejde mere målrettet med.
- Hvordan vi håber, at borgeren vil reagere/ trives.
- Hvilke målrettede indsatser vi vil afprøve det næste stykke tid.

På baggrund af analysen kan vi fremsætte hypoteser om, hvad der kan være på spil for borgeren i de konkrete situationer, og hvad der skal til for at øge borgerens velbefindende mere generelt. Hypoteser er kvalificerede faglige bud eller antagelser. Meningen med at fremsætte hypoteser er netop, at hypoteserne skal be- eller afkræftes gennem afprøvning af målrettede indsatser eller ved yderligere observationer.

Hvis vi har en hypotese om, at borgeren slår ud, fordi han/hun bliver forskrækket, kan vi fx teste hypotesen ved at prøve at bevæge os langsommere, så han/hun i højere grad er med på, hvad der sker. Også her er det vigtigt, at vi som medarbejdere ikke bliver for optagede af at ville løse situationen med det samme. At finde gode løsninger kan være et langt og sejt træk, som kræver tålmodighed og vedholdenhed. De indsatser, vi ønsker at igangsætte, behøver ikke nødvendigvis at være nogle, der kan løse hele problematikken på én gang. Det er at stille for store krav til os selv. Det kan i lige så høj grad være målrettede indsatser, hvor vi løser lidt ad gangen og sigter mod at blive klogere.



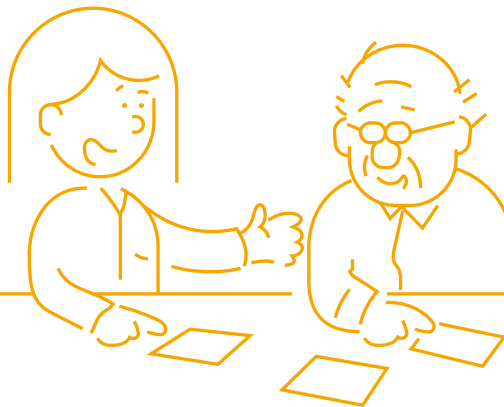
## At igangsætte målrettede indsatser

Uanset hvilke indsatser vi sætter i værk, er det vigtigt, at vi forud for afprøvningsen gør os visse overvejelser sammen. Særligt er det vigtigt at overveje, hvorvidt indsatserne kan realiseres i praksis og dermed gøre en forskel for borgeren samt skabe læring for os som medarbejdere.

### Derfor skal vi overveje:

- Hvad vi ønsker at opnå med indsatserne.
- Om indsatserne er gennemførbare og realistiske.
- Hvordan vi sikrer, at alle medarbejdere døgnet rundt omkring borgeren kender indsatserne og arbejder herefter.
- Hvordan vi skal følge op på indsatserne, og hvordan vi dokumenterer.
- Hvordan vi vil evaluere indsatserne.

Indsatserne kan være meget forskellige, fordi de skal opfylde forskellige behov hos borgerne. Derfor findes der ikke én særlig løsning. Indsatserne bør netop være individuelt tilrettelagt efter den enkelte borgers behov – og det er her, jeres forskellige fagligheder kommer i spil.





## Eksempler på sundhedsfaglige indsatser:

- Igangsætte yderligere somatiske undersøgelser hos egen læge, hospital m.v.,
- Igangsætte yderligere undersøgelser af, om borgerens tilstand skyldes medicinbivirkninger, delir, smerter m.v.
- Påbegynde behandling, fx behandling for infektion, smertebehandling m.v. efter aftale med egen læge.

## Eksempler på pædagogiske indsatser:

- Indsamle yderligere information om borgeren, fx ift. borgerens livshistorie. Er der særlige livsrytmer, der er vigtige at kende til? Fx bageren, der altid har arbejdet om natten. Eller livsbelastninger, som har præget de valg, borgeren har foretaget, fx gennem dialog med pårørende eller læge.
- Foretage justeringer i plejen på baggrund af den nye viden.
- Foretage konkret vurdering af borgerens sansemæssige udfordringer, fx ift. høre- og synstab eller sansedeprivation, og tilbyde eventuelle hjælpemidler for at kompensere.
- Tilbyde kontakt-øer, hvor vi tilbyder trøst til borgeren på udvalgte tidspunkter af dagen for at se på effekten af dette.
- Understøtte borgerens inklusion. Fx ved, at vi er opmærksomme på altid at byde borgeren positivt velkommen i gruppen.
- Nedsætte tempoet og kontakten i den personlige hygiejne. Fx ved, at vi i en periode på 14 dage aftaler, at alle skal bruge dobbelt så lang tid på morgenplejen for at se effekten.
- Igangsætte meningsfuld beskæftigelse for borgeren.

## Kontakt-ø

Kontakt-ø er en metode til at forsøge at dække nogle af borgerens psykologiske behov. Kontakt-øen skabes ved, at medarbejderen dagligt sørger for planlagt og struktureret samvær med borgeren på tomandshånd, evt. i forbindelse med en aktivitet.



## Prioritering af indsatser

En systematisk analyse kan føre til mange hypoteser og bud på målrettede indsatser, som kan være lige gode. Når I beslutter jer for indsatser, kan det være godt at være opmærksom på følgende:

### Udeluk altid, at det er somatisk

Hvis analysen har peget på mulige helbreds-mæssige forhold, der kan forklare adfærd og symptomer, er det vigtigt, at der bliver taget hånd om disse hurtigst muligt gennem yderligere undersøgelser og behandling i samarbejde med sygeplejerske eller læge. Allerede under observationen skal der være opmærksomhed på, om borgerens adfærd kan skyldes somatiske forhold.

### Igangsæt indsatser i forhold til de konkrete møder mellem borgere og medarbejdere

Indsatser må aldrig kun omfatte somatiske undersøgelser, da det kan skabe en situation for medarbejderne, hvor opgaven alene bliver at vente på svar fra undersøgelser. Det kan forstærke følelsen af magtesløshed. Derfor er det vigtigt, at der samtidig igangsættes pædagogiske indsatser, fx:

- Måden, vi den næste tid vil møde og kommunikere med borgeren på, fx i de situationer, hvor borgeren udviser symptomer.
- At alle medarbejdere får til opgave at observere eller reflektere i de pågældende situationer og fx laver hypoteser om, hvilke omgivelser der udløser symptomer eller lignende.

### Igangsæt ikke for mange indsatser

Det er vigtigt at være opmærksom på ikke at sætte for meget i værk. Hvis der bliver arbejdet med for mange indsatser, kan det føre til fiaskooplevelser, fordi det bliver svært at have for mange bolde i luften på én gang. I stedet kan det være fordelagtigt sammen at prioritere de 2-3 målrettede indsatser, som vi tror på vil gøre den største forskel, og så hjælpe hinanden med at få bragt dem ud i livet.

### Afprøv i lang nok tid

Det er vigtigt, at vi afprøver indsatsen i tilstrækkelig lang tid. På den måde får borgeren tid til at vænne sig til det nye, og som medarbejdere får vi flere erfaringer at trække på, når vi mødes til det sidste trin i den metodiske tilgang, nemlig evalueringen.



En enkelt indsats løser ikke en kompleks situation – afprøv flere indsatser for at komme hele vejen rundt om borgeren.



## Opsamling

I dette afsnit er I blevet introduceret til det tredje trin i metoden, handlinger. Vigtige pejlemærker for handlinger er:

- Adfærdsmæssige og psykiske symptomer kan skyldes somatiske problematikker, som skal behandles omgående.
- Afprøv få målrettede indsatser ad gangen, og afprøv dem i længere tid for at se effekten. Det kræver tålmodighed at finde de rette løsninger.
- En enkelt indsats vil sjældent løse et komplekst problem – derfor må vi ofte afprøve flere målrettede indsatser for at komme hele vejen rundt om borgerens behov.
- Prioritering af indsatser skal tilgodese borgerens behov, men mens vi venter på svar på undersøgelser, kan vi arbejde pædagogisk.
- Forud for alle afprøvninger skal vi vurdere, om de er realistiske at gennemføre – og hvis ikke, hvad der i så fald skal til, for at vi kan gennemføre dem og lære af dem.

I de følgende afsnit kan I læse mere om metodens næste og sidste trin, evaluering.

# Evaluering



Det sidste trin i den metodiske tilgang er at evaluere eller vurdere virkningen af de indsatser, vi har sat i værk omkring borgeren

- I evalueringen vurderer vi effekten af vores indsatser – både når de lykkes og ikke lykkes. Begge dele skaber læring.
- Borgerens sygdom udvikler sig løbende. Derfor er evalueringen afsættet for at forsætte arbejdet rundt i cirklen.

## Formålet med at evaluere

Evalueringen har borgeren i centrum, da målet med indsatsen er at styrke borgerens velbefindende og mindske adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Formålet med evalueringen er derfor både at evaluere de konkrete indsatser, effekten af dem og at tænke videre sammen. Derfor er det også vigtigt at sætte konkrete mål for vores indsatser. Evalueringen skal ikke ses som afslutningen på en indsats, men som en del af processen. I evalueringsfasen er det mindst lige så vigtigt at reflektere videre, komme med nye hypoteser, opdage nye ting, vi skal undersøge, osv. Hele vejen igennem er målet, at processen skal bidrage til en nysgerrig og undersøgende tilgang til borgeren, som giver lyst til nye afprøvninger af indsatser.



## Når vi evaluerer, kan vi være opmærksomme på:

- Hvad effekten af vores indsatser var for borgeren. – Hvad virkede og hvad virkede ikke?
- Hvilke målepunkter vi valgte for indsatsen. – Hvordan ser det ud nu?
- Hvad der konkret er blevet gjort. Og hvad sigtet var med at gøre netop dette?
- Hvad der lykkedes. Og hvad der lykkedes mindre godt eller slet ikke?
- Hvad det giver anledning til at gøre herfra. – Igangsætte yderligere indsatser, justere indsatser eller prøve forfra igen?

På den måde fungerer evalueringen som en opsamling eller en gentagelse af arbejdet rundt i cirklen. Hvis der er tvivl om, hvorvidt en indsats har ført til bedre eller dårligere befindende for borgeren, kan I med fordel igangsætte en ny observation og dermed tage en ny runde i den systematiske proces.

## Opmærksomhedspunkter, når I evaluerer

I det følgende vil vi foreslå nogle pejlemærker for, hvad evalueringerne med fordel kan fokusere på.

### Evaluering over døgnet

Når vi skal evaluere vores indsatser, kan det ofte være nyttigt at mødes på tværs af dag-, aften- og nattevagt eller at indsamle information fra de forskellige vagter, der ikke kan tage del i evalueringen. Indsatser, som primært er sat i værk i fx dagvagten, kan også føre til ændringer i borgerens tilstand på andre tider af døgnet. Ved at samle medarbejdere på tværs af døgnet bliver det muligt at inddrage alle relevante erfaringer og vurderinger af indsatsens virkning og bud på årsager over døgnet og i forskellige situationer. Samtidig kan vi grundigt drøfte borgerens velbefindende på baggrund af observationer fra konkrete situationer og ikke blot vores "synsninger", og hvad vi tror, der virker.

### Kontinuerlig læring

Det er vigtigt at være opmærksom på at skabe kontinuerlig læring. Hvad er vi blevet klogere på? Hvad skal vi huske til en anden gang? Og hvad skal vi overføre til andre borgere eller andre situationer? Hvis en handling umiddelbart lykkes, kan det være nemt at glemme at evaluere. Men det er her, fælles læring og refleksion opstår, og hvor viden fra evalueringen i fremtiden kan bruges til at forebygge lignende situationer.





## Systematiske registreringer

Det kan være relevant at lave forskellige systematiske registreringer, som vi i vores analyse og vores prioriteringer af indsatser har vurderet som centrale. Det kan være fx at:

- Registrere symptomer i det daglige – har indsatserne ført til flere eller færre symptomer, eller er symptomerne blevet mildere?
- Kortlægge, hvornår på døgnet symptomer opstår, så vi på den måde kan se mønstre i, hvornår de forekommer. Et eksempel på dette er 'døgn-observationsskema', hvor vi på tværs af døgnet fx dokumenterer uro eller borgerens følelsesmæssige tilstand.
- Registrere positive stunder for borgeren i løbet af de sidste 14 dage, fx ved at notere, hvad der er stjernestunder for borgeren. Det vil sige situationer, hvor borgeren har haft højt velbefindende.

Laver vi registreringer, skal vi være opmærksomme på, hvad vi ønsker at opnå ved de konkrete registreringer, samt koble det til også at igangsætte refleksion. Eksempelvis kan vi registrere, hvornår borgeren udviser et bestemt symptom og samtidig komme med bud på, hvad der ligger til grund for adfærden, fx:

- Hvad borgeren mon forsøgte at fortælle i den pågældende situation?
- Eller hvad der måske kunne have igangsat symptomerne i den pågældende situation?

Eller hvis vi er optaget af at udvikle forskellige pædagogiske strategier eller at sætte fokus på betydningen af vores tilgang til borgeren:

- Hvad forsøgte vi at gøre i situationen, og hvad var effekten af dette?

## Demenssygdommen udvikler sig

I samarbejdet med borgere, som har adfærdsmæssige eller psykiske symptomer ved demens, er det ikke altid, at vi ender med, at symptomer og adfærd forsvinder helt. Nogle gange må vi være tilfredse med at stabilisere borgerens tilstand eller at lindre eller trøste – og så må vi arbejde videre med cirklen igen. Sygdommen udvikler sig løbende. Derfor er det også vigtigt løbende at sætte sig realistiske mål og succeskriterier for borgerens trivsel.



**Borgerens sygdom udvikler sig, og derfor skal vi være forberedte på løbende at tilpasse vores pleje til borgerens behov.**





## Opsamling

I dette afsnit er I blevet introduceret til fjerde og sidste trin i metoden, evaluering. Vigtige pejlemærker for evaluering er:

- Formålet med evalueringen er at undersøge effekten af de indsatser, vi har sat i gang, og gentage de fire trin, hvis indsatsen ikke har den ønskede effekt. Nok er evaluering det sidste trin i metoden, men det er en kontinuerlig proces at skabe velbefindende for borgeren.
- Borgeren lever hele døgnet. Derfor er det vigtigt at bringe perspektiver ind i evalueringen fra både dag-, aften- og nattevagt for at belyse, hvordan indsatser igangsat i fx dagvagt påvirker borgeren om aftenen og natten.
- Evaluering er fælles læring, som kan medvirke til at skabe refleksioner og forandringer og dermed skabe et generelt fagligt løft.
- Det er vigtigt at skabe rum for medarbejdernes refleksion, hvis vi anvender registrering som evaluering, så vi søger for at komme bag årsagerne til borgerens adfærd og symptomer.

I det følgende afsnit vil I blive præsenteret for tre borgerfortællinger. Her kan I følge trinnene i den metodiske tilgang, og hvordan forskellige redskaber anvendes ift. en konkret borger.



# Fortællinger fra praksis



I de følgende tre afsnit vil I blive præsenteret for tre fortællinger fra praksis med udfordringer, som I måske kan genkende fra jeres egen hverdag. De tre fortællinger handler om tre borgere, som har adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens.

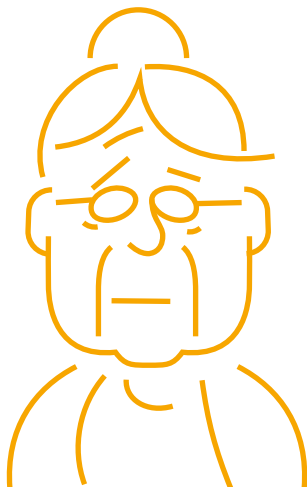
I hver fortælling anvendes den metodiske tilgang med de fire trin: observation-analyse-handling-evaluering samt nogle af de metoder og redskaber, som blev nævnt i de forrige kapitler. Formålet med fortællingerne er at give indsigt i og inspiration til, hvordan den metodiske tilgang kan omsættes i jeres hverdag med borgerne.



# Historien om Anna



Anna på 79 år har Alzheimers demens. Hun har boet på plejehjem i et par år. I starten var Anna meget social og ville gerne deltage i aktiviteter på plejehjemmet, men det er blevet sværere for hende med tiden. Anna råber mere og mere og virker forpint. Hun opsøger pårørende, besøgende og medbeboere på afdelingen og beder om hjælp: "Hvad skal vi her? Jeg ved ikke, hvor jeg er, vil du ikke nok hjælpe mig?". Når hun ikke får hjælp eller ikke føler sig forstået, tiltager hendes adfærd: "Hjælp mig, hjælp mig, jeg skal herfra – de følger efter mig". Hun går ofte fra plejehjemmet, og det kan ske på alle tidspunkter af døgnet. Medarbejderne forsøger at overtale Anna til at blive, men så bliver hun vred og løber afsted. Medarbejderne følger efter hende. Det er uklart, hvor Anna er på vej hen, eller hvad hun søger, men hun er flere gange løbet ned til en lokal restaurant. Her har hun stået udenfor og banket på alle vinduer, mens hun har råbt og skreget: "Hjælp, jeg bliver forfulgt!". Medarbejderne oplever, at de har prøvet alt, og de taler ofte om Anna i vagtskiftet.





## Hvad ser vi umiddelbart?

Nogle af de symptomer, medarbejderne umiddelbart oplever, er:

- Vrangforestillinger (ideen om, at nogen forfølger Anna).
- Agitation/aggression (fx når de forsøger at stoppe Anna, inden hun går).
- Afvigende motorisk adfærd (når hun går formålsløst op og ned ad gangen, gentager handlemønstre, når hun siger det samme igen og igen).

Med et udefra-perspektiv fylder Anna meget på plejehjemmet. Hun råber og skaber uro i fællesrummet. Det er stressende, at hun kan finde på at gå på alle tider af døgnet. Medarbejderne bruger meget tid på hende og må hele tiden stå klar med gå-rygsæk, telefon, overtøj osv.

Med et indefra-perspektiv er Annas oplevelse formentlig en helt anden. For at kunne hjælpe hende må medarbejderne forstå situationen fra hendes perspektiv. De må forsøge at finde ud af, hvilke følelser, sanseinput, fysiske eller psykologiske behov der kan ligge til grund for det, de ser. Derfor bliver det besluttet, at medarbejderne omkring Anna, den demensfaglige medarbejder og stedets leder skal afholde en beboerkonference om Anna.



## Observation

Inden beboerkonferencen observerer medarbejderne Annas adfærd og symptomer. For at udelukke, at hendes symptomer bunder i noget somatisk, får en medarbejder til opgave at:

- Gennemlæse dokumentationen fra det sidste stykke tid for at se, om der er beskrevet ændringer i eller observationer omkring Annas somatiske tilstand (ændringer i medicin, hvordan hun spiser, sover, drikker, om hun har været syg, haft infektioner og lign.).
- Lave en klinisk observation af Anna (se s. 15 for forslag til, hvad der kan kigges efter, fx evt. at måle blodtryk, temperatur, urinstix osv.).

Derudover observerer to medarbejdere Anna om eftermiddagen, hvor hun ofte går fra plejehjemmet. Målet med observationen er at blive klogere på:

- Annas velbefindende i den konkrete situation.
- Hvad der sker, inden symptomerne viser sig? Hvem der fx er til stede, hvad der sker i fællesrummet, og hvilke sansestimuli der er til stede? Hvem eller hvad Anna er optaget af? Hvor hun befinder sig konkret i forhold til de øvrige beboere? Hvad medarbejderne gør, og hvilken effekt det umiddelbart har på Anna?
- Hvad der sker, når symptomerne viser sig? Hvad Anna konkret siger (og til hvem), og hvilke svar hun får tilbage? Hvad der ser ud til at forstærke/mindske Annas følelsesmæssige tilstand?





## Analyse

Til beboerkonferencen bliver observationerne og den indsamlede information analyseret. Medarbejderne fortæller først, hvad de har observeret – herunder hvordan socialpsykologien er omkring Anna:

- Anna opholder sig mest i egen bolig om eftermiddagen, men hun kommer ud flere gange med fem minutters mellemrum. Hun står og kigger ude på gangen. Hun er opsøgende: "Hallo, hvad skal jeg her?". Hun kan ikke svare, når medarbejderne spørger: "Har du brug for hjælp?".
- Annas opsøgende adfærd tiltager i takt med, at hendes velbefindende bliver dårligere. Hun lyder mere og mere fortvivlet og gentager sine spørgsmål igen og igen. Hendes adfærd eskaleres i løbet af ca. tre kvarter og ender ud i, at hun vil gå fra plejehjemmet: "Hjælp, jeg bliver forfulgt!".
- Medarbejderne møder Anna med sætninger som: "Har du brug for hjælp Anna?", "Hvad skal du Anna?" eller: "Du skal ikke noget Anna, sæt du dig bare ned".

På beboerkonferencen bliver medarbejdernes observationer analyseret ved hjælp af blomsten. I analysen bliver medarbejderne optaget af, at Anna måske både søger trøst, tilknytning og meningsfuld beskæftigelse. De er desuden optaget af, at medarbejderne i de konkrete situationer måske kun får svaret indholdsmæssigt på Annas spørgsmål. Måske møder de ikke Anna tilstrækkeligt på hendes følelse af at være alene, fortabt og ensom.

På beboerkonferencen bliver også demensligningen inddraget for at sætte fokus på Annas tilstand i situationer, hvor hun vil gå fra plejehjemmet.

- Analysen af Annas neurologiske svækkelse giver blik for, at hendes hukommelse er ramt. Selvom medarbejderne måske besvarer hendes spørgsmål, husker hun det ikke. Det kan forklare, at hun spørger flere gange og gentager sine handlemønstre. Det virker også, som om hun ikke evner at forstå eller svare på spørgsmål.
- Analysen af socialpsykologien omkring Anna giver blik for, at Anna muligvis går, når hun bliver overladt til sig selv. Det er blevet bemærket, at Annas fornemmelse af at blive forfulgt forstærkes, når medarbejderne holder øje med hende på afstand i fællesrummet, og når de følger efter hende, hvis hun går.
- Medarbejderne får også blik for, at der ikke sker meget omkring Anna i situationerne. Måske er hun understimuleret og har svært ved at mærke sig selv. Det kan måske give anledning til, at hun går?





## Handling

Analysen har åbnet for en ny forståelse af Annas adfærd. Det giver anledning til, at deltagerne på beboerkonferencen beslutter at afprøve følgende nye indsatser med Anna:

### Tilgangen til Anna

Frem for at stille spørgsmål til Anna skal de sætte ord på det, der sker i situationen. Anna kan ikke huske, hvad de fortæller, men målet er at skabe ro og velbefindende i situationen. De kan fx sige: "Det er bare dig og mig Anna, vi sidder lidt sammen her. Hvor er det dejligt at være sammen med dig", eller: "Godt, du kom Anna, jeg har ledt efter dig. Jeg har brug for din hjælp til ...".

### At nå Anna i tide

Frem for at vente på, at Anna kommer til dem, skal de prøve at opsøge hende. På den måde kan de arbejde forebyggende ved at observere, hvordan hun har det – og evt. gribe ind ved at imødekomme hendes fysiske og psykologiske behov. I løbet af eftermiddagen skal de tage kontakt til Anna ca. en gang i timen. Medarbejderne skal være særligt opmærksomme på, hvornår de skal opsøge Anna. Står hun fx og kigger uden for sin dør, er det tegn på, at hun har brug for hjælp.

### Relationsopbygning og meningsfuld beskæftigelse for Anna

De iværksætter en kontakt-ø om eftermiddagen med 15 minutters samvær med Anna (ca. en time før, Anna plejer at blive urolig). Målet med kontakt-øen er at opbygge en tættere relation mellem medarbejderne og Anna og at afprøve, hvad der vil være meningsfuld beskæftigelse for Anna.

### Plan for, når Anna går

To medarbejdere går sammen om at nedskrive en plan for, hvad der skal ske, når Anna går, så hun ikke føler sig forfulgt. Hvis Anna viser tegn på at føle sig forfulgt, skal de trække sig tilbage, vente lidt og så vidt muligt nærme sig Anna fra siden (frem for at komme bagfra). Her kan de fx imødekomme Anna: "Goddag Anna – godt at se dig! Du skal også ned i byen ser jeg – så kan vi jo følges ad".

Indsatserne er udvalgt efter at imødekomme de symptomer hos Anna, som medarbejderne oplever i situationerne. Men samtidig er der valgt målrettede indsatser, der kan imødekomme Annas psykologiske behov og øge hendes trivsel mere generelt. Medarbejderne laver undervejs daglige notater om, hvilken effekt indsatserne og den nye tilgang har på Annas velbefindende og på hendes vandren væk fra plejehjemmet.





## Evaluering

I evalueringen følger medarbejderne op og taler om virkningen af indsatserne med Anna. Efter to-tre uger har der været færre episoder, hvor Anna er gået fra plejehjemmet. Medarbejderne oplever i højere grad at kunne aflæse Anna, og hvornår hun skal opsøges. Medarbejdernes fornemmelse er, at Anna i mindre grad føler sig forfulgt, og at der er god effekt af at møde Anna på en positiv og opsøgende måde.

Virkningen af kontakt-øerne er sværere at spore. Nogle kontakt-øer må opgives undervejs, fordi Anna er for urolig og svær at fastholde. Derfor bliver indsatserne med kontakt-øerne justeret. Fx bliver tidspunktet for kontakt-øerne rykket, og de laver aftaler om nye afprøvninger, og hvad kontaktøerne skal indeholde.



## Konklusion/læring

Arbejdet omkring Anna er langt fra slut. Medarbejderne mangler stadig at afklare, hvad der er meningsfuld beskæftigelse for Anna – herunder om meningsfuld beskæftigelse er det vigtigste behov at opfylde, eller om de i højere grad skal arbejde i andre retninger. Fx i forhold til at undersøge, om Anna er understimuleret på sine sanser, og hvordan de kan arbejde målrettet med at stimulere sanserne. Næste skridt i sagen med Anna kan være at lave en meningsfuld dagsstruktur for hende, så der ikke opstår perioder, hvor hun overlades til sig selv.

# Historien om Karl-Erik



Karl-Erik har gennem det seneste år været tilknyttet hjemme-hjælpen. Han fik oprindeligt hjælp til rengøring og bad, fordi han flere gange var faldet i sit hjem. Hans gang er blevet usikker og lidt "stivnet". Medarbejderne har observeret, at han ofte sover om dagen, når de kommer. Der er blevet klaget til boligselskabet over, at der er larm fra hans bolig om natten. Datteren fortæller, at Karl-Erik lige er begyndt at sove på sofaen i stuen, fordi han ikke har fred til at sove inde i soveværelset. Der sover nemlig flere børn i sengen, siger han. Han virker til at blive mere og mere frustreret over børnene. I starten viste de sig kun i sengen, men nu er de også i stuen og i køkkenet, så Karl-Erik føler sig mere og mere trængt. Men børnene, han taler om, er der ikke. Han sover dårligere og dårligere om natten. Samtidig står der flere og flere tomme øl- og snapsflasker i lejligheden. Karl-Erik har også tabt sig, og tøjet er begyndt at hænge på ham.





## Hvad ser vi umiddelbart?

Nogle af de symptomer, medarbejderne umiddelbart oplever, er:

- Hallucinationer (når Karl-Erik ser og måske hører børn, som ikke er der).
- Agitation/vrede (når børnene ikke vil flytte sig).
- Problemer med søvn og appetit.

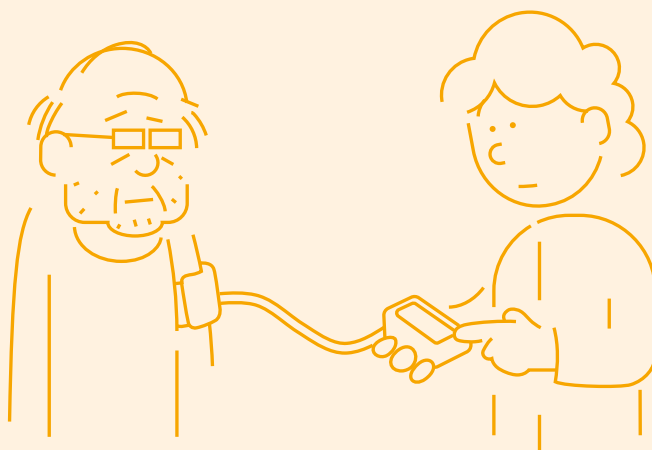
Medarbejderne vurderer, at det er nødvendigt at igangsætte en fokuseret indsats med Karl-Erik for at finde ud af, hvad der kan være årsagen til ændringer i hans adfærd og generelle tilstand. Derfor tager de hans sag op på det kommende møde i medarbejdergruppen.



## Observation

Det er tydeligt, at Karl-Eriks tilstand har ændret sig. Første prioritet er derfor at udelukke, at der kan være tale om noget somatisk – herunder om Karl-Eriks tilstand kan være en begyndende demenssygdom. Derfor bliver det besluttet at igangsætte følgende observationsopgaver, inden Karl-Eriks situation skal drøftes på næste møde:

- En medarbejder skal tilse Karl-Erik og lave en klinisk observation (kigge efter tegn på dehydrering, evt. veje ham, stixe urin, tage blodtryk osv.).
- Samme medarbejder får til opgave at læse bagud i dokumentationen for at få et indblik i, præcis hvornår ændringerne begyndte, og om der kan være andre faktorer omkring Karl-Eriks somatiske tilstand, som kan forklare hans symptomer.
- Medarbejderne skal inden mødet observere, hvor meget Karl-Erik får at spise og drikke, og hvor meget han sover.
- Lederen skal ringe til Karl-Eriks datter for at få mere information om, hvornår ændringerne begyndte og evt. hendes observationer ift. mad, drikke og søvn, samt hvornår Karl-Erik sidst har været ved lægen.





## Analyse

Til mødet deler medarbejderne de indsamlede observationer og informationer om Karl-Eriks somatiske tilstand, så hjemmesygeplejersken og lederen kan få overblik over, hvad der evt. skal arbejdes videre med.

På mødet bliver observationerne analyseret ved hjælp af demensligningen, og der tages særligt fat i:

- Helbred og neurologisk svækkelse: Umiddelbart er der ikke tale om infektion, tegn på dehydrering eller andet akut somatisk hos Karl-Erik. Han har tabt sig, men han vejer stadig over 80 kg. Flere af medarbejderne fortæller, at han er glad for mad, og de har observeret ham spise. Karl-Erik drikker flere øl og mere snaps end tidligere, men ikke mere end 2-3 genstande om dagen. Medarbejderne bliver dog optaget af, at han i løbet af efteråret er faldet flere gange og har en stivnet gang. Dette kan være et tegn på demens ved Lewy Body.
- Socialpsykologien: I analysen bliver det også klart, at mængden af syner har været stigende de sidste par måneder, efter vinteren er taget til. Måske har Karl-Erik sværere ved at bearbejde synsindtryk i dårligere belysning? I samme periode har Karl-Erik været mindre ude af huset på grund af kulden. Måske får han flere syner, når han i højere grad er alene? En yderligere ændring i Karl-Eriks liv er, at der på grund af sygdom i medarbejdergruppen har været flere forskellige medarbejdere på besøg hos Karl-Erik. Medarbejderne fortæller, at han indimellem siger: "Det er jo snart værre end en banegård".

Analysen fører til en hypotese om, at Karl-Eriks adfærd bunder i en begyndende demens ved Lewy Body. Derfor aftaler de, at lederen giver informationen videre til Karl-Eriks datter og andre relevante samarbejdspartnere, som fx demenskoordinatoren. Lederen er opmærksom på, at det kan sætte medarbejderne i en venteposition. Derfor bliver en del af mødet også brugt på at tale om: "Hvad er vores opgave nu?", og "Hvordan kan vi møde Karl-Erik på måder, så vi er med til at afhjælpe hans frustration?".



## Handling

På denne baggrund bliver det aftalt, at der skal arbejdes videre med:

### Dialogen med Karl-Erik

Frem for at medarbejderne forsøger at slå hans syner hen: "Der er altså ikke nogen, Karl-Erik", skal de i stedet tage dem alvorligt ved at bruge ekstra tid på at spørge nysgerrigt ind, fx:

- "Nå, så du børn i soveværelset igen i går? Kunne du genkende dem? Hvad ville de? Hvad sagde/gjorde du så?"
- "Det lyder da mærkeligt, at de pludselig kommer på besøg? Kan det være noget, du har drømt?"
- "Det lyder da ikke så rart, at du ikke kunne sove i din seng. Er der noget, vi kan gøre Karl-Erik? Skal vi gå ind og se, om de er der nu?"

### Kontinuitet

- Det blev aftalt, at samme medarbejdere skal komme hjem til Karl-Erik i den næste tid. På den måde bliver det lettere at observere, om det har en effekt, at han skal forholde sig til færre medarbejdere. Derudover opbygger det relationen mellem Karl-Erik og de faste medarbejdere.



## Evaluering

Medarbejderne og lederen samler op på situationen til næste møde. Indsatserne har ført til, at Karl-Erik i højere grad deler sine bekymringer med medarbejderne. Hans frustration virker til at aftage, når medarbejderne konkret spørger ind og evt. hjælper ham i situationen. Men det forhindrer ikke, at han er frustreret igen, næste gang medarbejderne kommer.

En udredning har ført til, at Karl-Erik er blevet diagnosticeret med demens ved Lewy Body. På den baggrund er der startet medikamentel behandling for demenssygdommen, som har mindsket Karl-Eriks synshallucinationer. Men arbejdet fortsætter, og sammen drøfter medarbejderne, om næste oplagte skridt kan være at se på frekvensen af besøg hos Karl-Erik eller at overveje, om han vil have gavn af at komme på daghjem.



## Konklusion/læring

Fortællingen om Karl-Erik viser bl.a. vigtigheden af, at medarbejderne reagerer på det, de oplever, og giver informationen videre til relevante kolleger. Udredningen har betydet, at Karl-Erik nu får målrettet medicinsk behandling for nogle af hans symptomer. Medarbejderne og de pårørende har fået viden om, hvad der kan forklare hans adfærd. Medarbejdergruppen må fortsætte med at arbejde videre og gøre, hvad der er muligt, for fortsat at øge Karl-Eriks trivsel og skabe en god relation. Når tingene bliver svære, skal medarbejderne bygge på relationen. Det er deres fundament for at understøtte Karl-Eriks psykologiske behov og for at kunne observere symptomer, tilse Karl-Erik og få lov til at hjælpe ham. Det er også vigtigt, at medarbejderne skaber kontinuerlig læring i forhold til at få øje på evt. lignende situationer hos andre borgere.

# Historien om Palle



Palle har kun boet på plejehjemmet nogle måneder, men der opstår allerede mange konflikter omkring ham. Han går ofte ind på de andres stuer og siger: "Nu kan du godt lette røven, nu skal vi i gang". Der opstår også konflikter i fællesarealerne. Her tager Palle det, der står fremme, og piller det fra hinanden. Medarbejderne har været nødt til at fjerne en masse ting. Han tager også de andre beboeres mad og kommenterer på, hvad de siger eller gør. Fx siger han til Tove: "Luk munden, du smasker". Til medarbejderne siger han: "Dovne kælling, let røven, eller jeg skal komme efter dig". Medarbejderne har forsøgt at fortælle ham, at han skal tale pænt, men det hjælper ikke noget. Medarbejderne har også forsøgt at motivere ham til at spise hos sig selv, men det vil han ikke. Når medarbejderne korrigerer Palle, kan han blive meget vred og helt sort i blikket. Han kan finde på at gå helt tæt på medarbejderne. Medarbejderne oplever ham som en tikkende bombe, og mange er bange for ham. Flere medarbejdere mener ikke, at han hører til på plejehjemmet – også med tanke på de øvrige beboere, som er bange for ham.







## Hvad ser vi umiddelbart?

Nogle af de symptomer, medarbejderne umiddelbart oplever, er:

- Hæmningsløshed (fx når han går ind til de andre og tager deres ting).
- Irritabilitet, agitation og aggression (fx i situationer, hvor de forsøger at korrigere Palle).

Fra medarbejdernes perspektiv er det særligt udfordrende, at Palle ikke kan blive korrigeret eller bremsset. De er bange for, om han kan blive udadreagerende og farlig for de øvrige beboere eller for medarbejderne. I deres perspektiv virker han meget grænseoverskridende og til tider nærmest truende og ondskabsfuld.

Når medarbejderne begynder at tænke om Palle, at han er ondskabsfuld og får håb om, at Palle kan bo et andet sted, er det et tegn på magtesløshed. Det er let at få tanken om, at Palle handler bevidst, og at han er ude på at skabe uro og at såre andre. Her er det særligt vigtigt at få en anden forståelse på banen. En forståelse af, at mennesker gør det bedste, de kan – og at ingen i udgangspunktet ønsker at true andre, være voldelige eller grænseoverskridende. Så hvad mon medarbejderne ikke har forstået ved Palles adfærd? Hvad har han svært ved? Det bliver besluttet at afholde en beboerkonference om Palle med medarbejdere, leder og den demensfaglige medarbejder.



## Observation

Som forberedelse til beboerkonferencen bliver der igangsat følgende:

- En demensressourceperson får til opgave at læse op på dokumentationen om Palle for at blive klogere på hans neurologiske svækkelse og hans helbredsmæssige tilstand.
- Der bliver udfyldt døgnobservationsskema for at få indblik i Palles tilstand i løbet af døgnet (hvad laver han? Og hvordan har han det med det, han laver?)



## Analyse

Til beboerkonferencen bliver den indsamlede viden og observationerne om Palle analyseret med udgangspunkt i demensligningen med særligt fokus på hans personlighed og livshistorie. Demensressourcepersonen bidrager med vigtig viden om Palle:

- Palle har ikke tidligere haft samme (uhæmmede) adfærd. Hans kone fortæller, at han altid har været meget omsorgsfuld. De sidste par år har hun dog oplevet, at han er blevet en helt anden. Nu virker han ligeglad med hende, og han skælder hende voldsomt ud. Sådan et temperament har han aldrig haft. Tværtimod har han været meget tålmodig. Palle har brugt sit liv på at arbejde med unge, som har været på kant med loven. Ham og hans kone har boet på en nedlagt landbrugsejendom, hvor Palle har sat en ære i at lave det meste selv. Derudover elsker Palle Eric Clapton-musik, og han har selv spillet lidt guitar.
- Palles neurologiske svækkelse er kun sparsomt beskrevet i dokumentationen. Derfor bliver redskabet de kognitive funktioner brugt i analysen, så de sammen kan få blik for, hvad Palle har svært ved.
- Medarbejderne fortæller detaljeret, hvad der er sket i de episoder, hvor Palle bliver vred. Episoderne bliver tegnet op på tavlen ved brug af affektudbrudsmodellen. Med afsæt i low arousal-tilgangen bliver det analyseret, hvad der får Palle til at reagere voldsomt, og hvad der virker ro-givende eller afledende på ham.



På baggrund af analysen af observationerne når medarbejderne frem til, at:

- Palles arousal-niveau bliver for højt, når han bliver irettesat, korregeret og afvist. Medarbejderne bliver optaget af, at de ofte møder ham på den måde i hverdagen.
- Palles adfærd tyder på, at han er skadet fortil i hjernen og mere specifikt på hans tænkning, problemløsning og styringsfunktioner. I praksis betyder det, at visse ting får en såkaldt opfordringskarakter for ham, uden han evner at bremse sig selv. Det vil sige, at ting opfordrer til, at han samler dem op, mad opfordrer ham til, at han spiser det, bryster opfordrer ham til, at han tager på dem osv. Han evner ikke at leve sig ind i andre menneskers situationer (men virker egoistisk og optaget af sig selv), og han kan ikke følge normerne. Ved denne type skader virker irettesættelser ikke. Han kan måske godt huske, at han ikke må gå ind til andre, men det hjælper ikke næste gang, han står foran en dør – for han kan netop ikke bremse sig selv.
- Døgnobservationsskemaet giver blik for, at Palle faktisk er i gang nærmest hele dagen, og at hans velbefindende falder i løbet af dagen. Måske forstærkes hans adfærd af, at han ikke får hvile og pauser i løbet af dagen?
- På baggrund af Palles Livshistorie giver hans adfærd god mening: "Han er måske bare i gang med at ordne ting og at få de unge til at "lette røven" og holde op med at smaske?". Hvordan kan vi anerkende dette?



## Handling

På baggrund af analysen blev følgende målrettede indsatser prioriteret:

### Mødet med Palle

I stedet for at møde Palle med irettesættelser eller korrektioner skal medarbejderne fortælle Palle, hvad han skal. Det skal samtidig være et positivt møde, hvor han føler sig velkommen. Fx når han vil gå ind på en andens værelse, kan medarbejderne møde ham med: "Hej Palle, godt at se dig. Kom med mig, jeg har noget, vi skal ordne i køkkenet".

### Pauser for Palle

Efter frokost plejer medarbejderne at lade Palle passe sig selv (hvorefter han bliver optaget af at gå ind til de andre osv.). Medarbejderne skal afprøve en ro-givende indsats, hvor han bliver fulgt ind på sit eget værelse for at hvile på sofaen under et tæppe: "Kom Palle, nu har vi haft en travl formiddag, nu er det tid til et hvil". Medarbejderne skal blive ved med at afprøve indsatser, der kan give Palle ro. Fx kan medarbejderne sidde lidt på sofaen med ham, holde i hånd, lave dybe tryk på hans krop, mens de lægger tæppet omkring ham osv.

### Måltider med Palle

Palle inviteres hen for at spise ved det bord, hvor der ikke umiddelbart er nogen, der smasker, og hvor der ikke sidder så mange. En medarbejder skal sidde klar til at aflede, hvis han begynder at kommentere.

### Meningsfuld beskæftigelse for Palle

Medarbejderne skal være klar til at afprøve meningsfuld beskæftigelse for Palle, fx ved at få ham til at ordne noget i køkkenet (der er et bord med nogle skruer og noget værktøj), ved at høre musik sammen med ham, vise ham musikinstrumenter osv. Formålet med indsatsen er at blive klogere på, hvad Palle vil finde meningsfuldt.

### Døgnobservationsskemaet

Døgnobservationsskemaet holder medarbejderne fast i, så de kan vurdere forskellen før og efter indsatserne.



## Evaluering

Efter to uger afholdes endnu en beboerkonference, hvor der bliver samlet op på indsatserne og døgnobservationsskemaerne. Indsatserne har overordnet en god effekt. Siden sidste møde har der kun været en enkelt episode, hvor Palle er blevet vred. Det ser ud til at virke, at Palle bliver mødt på en ny måde. Det har desuden haft den effekt, at Palle i højere grad er begyndt at opsøge medarbejderne i det daglige.

Indsatsen med hvilet midt på dagen gav startvanskeligheder. Flere gange er det ikke lykkedes at få Palle til at blive på egen stue. Men efter en uges tid lykkedes det at hjælpe Palle til at finde ro, når han ligger på sofaen. Han er endda begyndt at falde i søvn, fordi han genkender rutinen.

Det hjælper umiddelbart ikke at flytte Palle til et andet og roligere bord. Nu er det bare nye beboere, han kommenterer på. Derfor er det vigtigt, at medarbejderne er i nærheden og kan aflede Palle.



## Konklusion/læring

I fortællingen om Palle var der flere vigtige områder at arbejde med pga. stor magtesløshed og frustration hos medarbejderne. Det har krævet en stor indsats. Undervejs diskuterer medarbejderne, om det virkelig kan passe, at der skal bruges så meget tid på Palle. Det er jo ham, der skaber problemerne? Men her drejer det sig ikke om, hvad medarbejderne synes er rimeligt i forhold til Palle. Palle kan ikke lave om på de vanskeligheder, han har, men medarbejdere kan lave om på deres tilgang.

Palle vil fortsat kræve personaleresourcer. Medarbejderne skal være i nærheden ved måltiderne og skal stå klar med tilbud om meningsfuld beskæftigelse, for ellers skal medarbejderne efterfølgende bruge kræfter på konflikthåndtering. Det er derfor bedre at investere tid på forhånd, så situationerne ikke spidser til. Næste skridt med Palle kan være at få udarbejdet en god dagsstruktur for ham, som vekstler mellem hvile/ro og meningsfuld beskæftigelse.



# Implementering

I dette modul skitseres en række opmærksomhedspunkter, der er relevante for jer, der er med til at implementere og understøtte faglige indsatser i det daglige. Modulet kan med fordel læses sammen med demenshåndbogen om faglig ledelse i praksis. En af demenshåndbogens vigtigste pointer er, at den faglige ledelse og ledelsens støtte til medarbejderne er altafgørende i forhold til at levere den rette faglige indsats for borgerne. Derfor skriver vi i det følgende om ledelsens rolle, velvidende at også andre som fx konsulenter og demenskoordinatorer har en væsentlig rolle i forhold til at implementere og understøtte faglige indsatser.



# Ledelsens rolle

I det følgende sætter vi fokus på ledelsens rolle i samarbejdet med borgere med adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. Vi vil komme med forslag til, hvad vi som ledere med fordel kan være opmærksomme på ift. det konkrete arbejde omkring borgeren, de pårørende og medarbejderne.

## Centrale ledelsesmæssige pointer er at:

- Bruge den metodiske tilgang og de fire trin systematisk til at opdage symptomer, eller når vi oplever symptomer eller adfærd hos en borger eller ønsker at arbejde forebyggende med adfærdsmæssige og psykiske symptomer.
- Have dobbelt opmærksomhed på både borgere og medarbejdere.
- Arbejde forebyggende gennem en personcentreret omsorgskultur.
- Opdage og håndtere afmagt i medarbejdergruppen.
- Være synlige, følge op på tiltag og indsatser og løbende foretage kvalitetssikring.

De to sidste forslag gennemgås ikke selvstændigt i dette modul, men I kan læse meget mere om disse i Demenshåndbog om faglig ledelse.

## Når vi opdager symptomer: Den metodiske tilgang

At anvende en systematisk tilgang er afgørende for medarbejdernes mulighed for at arbejde fagligt med de adfærdsmæssige og psykiske symptomer, de observerer i det daglige. Her er lederens rolle central. Kun lederen kan udstikke den faglige retning og give den nødvendige mængde tid og rum til at arbejde systematisk.

Det er ofte i håndteringen af de komplekse borgersager, at den faglige kultur bliver etableret. Det er derfor helt centralt, at lederen, særligt her, er med til at definere og sætte barren for den faglige kultur og kvaliteten af den faglige opgaveløsning, der skal være på stedet.





**Det er derfor afgørende, at I som ledere har faglig indsigt i og indgående kendskab til den metodiske tilgang og de fire trin, så I kan føre jeres medarbejdergruppe gennem processen. I kan være med til møder og evt. være mødeleder for på den måde at:**

- Signalere vigtigheden af det faglige arbejde.
- Vise medarbejderne, at I tager del af det vanskelige, som de står i.
- Være med til at tage faglige valg undervejs, fx hvilke målrettede indsatser I skal sætte i værk. Og hvordan kvaliteten skal være for jeres arbejde.
- Tildele de ressourcer og den tid og rum, der er nødvendige for at løfte opgaven.

Som ledere følger I ikke bare medarbejdernes arbejde, men tager aktiv del i opgaveløsningen ved:

- At følge op på aftaler og efterspørge virkninger hos borgeren.
- Evt. selv at udføre elementer af opgaver.
- Evt. sammen med andre at foretage strategiske valg og prioriteringer undervejs.

Som det fremgår af bogens øvrige kapitler, er der ikke en fast skabelon for, hvilke konkrete metoder og redskaber der skal anvendes. Det kommer an på borgeren og den konkrete adfærd. Derfor er en væsentlig del af den faglige ledelse at have et godt og bredt kendskab til metoder og redskaber, så I som ledere har en fornemmelse for, hvad der er godt at bruge hvornår.

Det er også vigtigt at være opmærksom på den faglige del af personaleledelsen. Det vil sige jeres blik for, hvilke medarbejdere I konkret skal inddrage i processen, for at det kan lykkes. Det er fx ikke tilstrækkeligt, at en enkelt medarbejder arbejder med de fire trin. Læring og konkrete ændringer i praksis omkring borgeren skal derimod ske hos alle de centrale medarbejdere, som møder borgeren i det daglige. Det vil også medvirke til at løfte fagligheden i hele medarbejdergruppen.

Som ledere skal I også have blik for – eller spørge jer frem til – hvem der mon kan have vigtige informationer om borgeren, og hvem der derfor med fordel kan inddrages eller indsamles oplysninger hos. Nogle gange kan det være en nabo, en rengøringsmedarbejder, en aktivitetsmedarbejder eller en chauffør, som har den bedste relation eller adgang til borgeren.



## Dobbelt opmærksomhed på både borgere og medarbejdere

Hvis den metodiske tilgang skal lykkes, kræver det, at I som ledere har en dobbelt opmærksomhed:

- Dels på indholdet i den sag, I arbejder med: Det vil sige på de symptomer, I ser hos borgeren, på den pædagogiske tilgang, I møder borgeren med, samarbejdet med pårørende, hvad der er nødvendigt at iværksætte osv.
- Dels på processen undervejs: Hvordan medarbejderne arbejder med de fire trin, stemningen omkring opgaveløsningen, hvordan medarbejderne taler om borgere/pårørende, om arbejdet skrider frem, eller om der er brug for at gøre noget andet. At få en fornemmelse for, hvor meget medarbejderne kan magte, og hvor mange indsatser der derfor kan sættes i værk osv.

**Som ledere skal I altså hele tiden have et dobbelt blik:  
Et blik på borgerne og et på medarbejderne.**

**Ift. borgerne kan I holde øje med:**

- Er der sket en bedring i borgerens trivsel? Hvilke forandringer er der sket for borgeren på baggrund af vores indsatser?
- Taler medarbejderne på en anden måde om borgeren end tidligere?

**Ift. medarbejderne kan I holde øje med:**

- Forråelse.
- Afmagt – når ansvaret for problematikkerne lægges andre steder.
- Synsninger frem for refleksioner (domæneteori).
- Sprogbruget omkring borgerne.
- Evnen til at tage borgerens perspektiv (perspektivskifte).
- Evnen til fagligt at reflektere over egen praksis og til at kigge på sig selv.

Samtidig skal I være opmærksomme på risikoen for, at medarbejderne vil opleve at blive slået, truet eller lignende, når de arbejder med borgere med adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. Derfor handler ledelsens rolle også om at skabe rammerne for et godt og trygt arbejdsmiljø for medarbejderne. Det kan I bl.a. gøre ved hjælp af klare og kendte procedurer før, under og efter vold eller en trussel om vold.



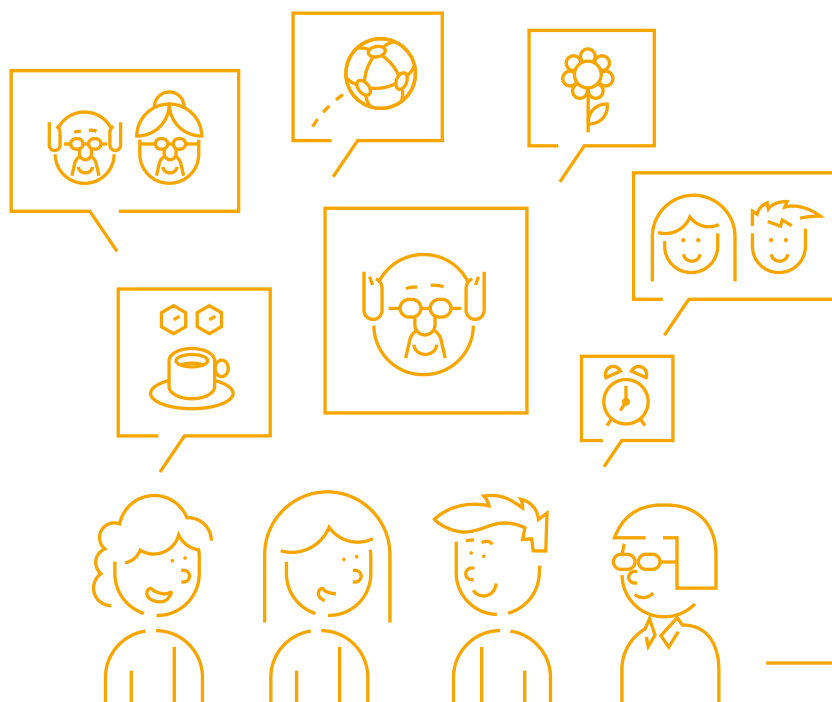
## At arbejde forebyggende gennem en personcentreret omsorgskultur

Det er vigtigt at handle systematisk, når I skal forstå og arbejde med adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos borgere med demens. Men det er mindst lige så vigtigt at skabe en kultur, hvor der bliver arbejdet systematisk med at opdage symptomer tidligt. Har I ikke arbejdsgange, strukturer eller mødeformer, der understøtter dette, kan I risikere at komme til at overse forpinte borgere. Det gælder både borgere med udadreagerende adfærd, men også særligt de borgere, som i højere grad reagerer gennem indadvendte følelsesmæssige tilstande som fx apati.

Opleves afmagt i medarbejdergruppen, kan det betyde, at medarbejdere ubevidst kommer til at lukke øjnene for borgerens adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Afmagten kan nemlig give en fornemmelse af ikke at kunne afhjælpe symptomerne alligevel. Her kan symptomerne opleves som en naturlig del af hverdagen eller tilskrives demenssygdommen: "Sådan reagerer han altid, når det bliver eftermiddag ..." eller "nu begynder han igen".

Hvis I har faste retningslinjer for, hvordan I skal arbejde med at få øje på de borgere, der har brug for en ekstra indsats, og hvornår I skal arbejde med den metodiske tilgang, kan I forebygge afmagten hos medarbejderne.

I kan fx have faste retningslinjer som beskrevet på næste side.



## Faste retningslinjer

### Vurdering af symptomer ved systematisk brug af redskaber

En eller flere medarbejdere får til opgave at kortlægge symptomer og graden af dem ved at interviewe kollegaer, der har et godt kendskab til borgeren. Med redskabet får I blik for, hvilke borgere der udviser symptomer, og hvem I med fordel kan vælge at arbejde videre med, fx via en målrettet beboerkonference. Fordelen ved at have en konkret skabelon at gå frem efter er bl.a., at vi kan blive opmærksomme på symptomer, I ikke umiddelbart havde tænkt på som relevante. Desuden har I et oplagt redskab til at evaluere indsatsen ved at foretage endnu et interview efterfølgende: Har indsatsen ført til færre/flere/andre symptomer? I skal dog være opmærksomme på, at fraværet af symptomer ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at borgeren trives.

### Faste møder, hvor vi har borgerens trivsel på dagsordenen,

og hvor I gennemgår, hvem af borgerne der trives bedst/dårligst. Derudfra vælger I, hvilken borger I vil gennemarbejde de fire trin med i den kommende tid.

### Jævnlige observationer af omsorgskulturen,

fx i fællesrummet på plejehjemmet. Nøglemedarbejdere kan have denne rolle og kan observere på egen eller andres afdelinger. Det kan også være jer selv, der som en del af kvalitetssikringen i det daglige foretager observationer: Hvordan ser borgerne ud til at have det? Hvem kunne være oplagt at arbejde med? Med en konkret observationsopgave får vi lettere et blik udefra, som kan bruges til at opdage det, I ikke lægger mærke til i hverdagen.

### Jævnlig gennemlæsning af dokumentationen omkring borgerne

med et blik for, om der pludselig er ændringer i borgerens tilstand, eller om medarbejderne har et svært samarbejde med en borger.

### Procedurer for at videregive oplysninger til kollegaer,

når I opdager ændringer i borgerens tilstand. Fx gennem information til og kompetenceudvikling af medarbejderne for at få fokus på, at videndeling er en væsentlig del af deres opgave som professionel i omsorgsfaget. Som leder kan I også i det daglige understøtte medarbejdernes opmærksomhed på dette ved fx at spørge ind:

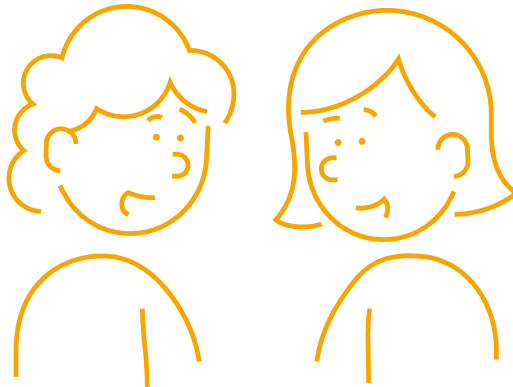
- Hvad har du observeret om borgerne på det sidste?
- Hvilke reaktioner eller hvilken adfærd hos borgerne har du undret dig over?
- Er der nogle af borgerne, der har ændret adfærd eller er blevet dårligere, som du ser det?





At få skabt en kultur, hvor vi kommer på forkant og arbejder forebyggende, kræver, at I jævnligt sætter tid og rum af til at arbejde med det faglige omkring borgerne. Det kræver træning i de faglige metoder og kontinuerlig refleksion, hvis metoderne skal virke. Det er ikke noget, I kan kaste jer over ad hoc, når tingene brænder på. Faglighed er ikke noget, vi har eller får. Det er noget, vi dagligt gør sammen. Hvis vi kun laver fagligt arbejde, når tingene er spidset til, er det meget svært at lykkes – og den faglige kvalitet bliver derefter. En oplagt metode til kontinuerligt at arbejde med den faglige indsats er brugen af beboerkonferencer eller BPSD-konferencer. Samtidig er det vigtigt at få skabt en tryk kultur, hvor medarbejderne selv tager ansvar, men også siger til jer som ledere, hvis de oplever afmagt ift. en opgave.

Afslutningsvist er det vigtigt at være opmærksom på, at I som ledere også kan blive ramt af medarbejdernes afmagt og dermed blive udsat for et pres. I de situationer skal I være opmærksomme på at få hjælp ved fx at tale med en overordnet leder, en sideordnet kollega eller en ekstern fagperson, som fx en psykolog.



# Implementering



## Opsamling

I dette modul har der været fokus på lederens rolle og ansvar i forhold til at implementere og understøtte faglige indsatser i praksis, når I arbejder med borgere med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer.

Centrale pointer at tage med videre:

- Faglig ledelse og ledelsens støtte til medarbejderne er afgørende for at skabe forandringer i praksis.
- Det er centralt, at kulturen på arbejdspladsen er med til at understøtte det systematiske arbejde med adfærdsmæssige og psykiske symptomer. Det er ikke kun kulturen på arbejdspladsen, der har betydning, det handler også om lederens egen faglige tilgang.
- Som leder kræver det en dobbelt opmærksomhed på både medarbejdere og borgere.
- Systematiske tilgange til arbejdet kan hjælpe jer med at arbejde mere forebyggende.

I næste og sidste modul, Metoder og redskaber, vil der være en kort introduktion til de metoder og redskaber, der er blevet omtalt i de tidligere afsnit, samt flere til yderligere inspiration.





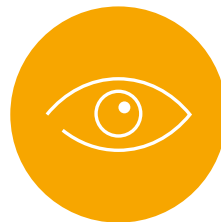
# Værktøjer

I dette modul får I en oversigt over de metoder og redskaber, der er nævnt under de fire trin: observation, analyse, handling og evaluering. Modulets formål er kort at beskrive de enkelte metoder og redskaber, samt hvad de i særlig grad kan anvendes til. I kan bruge modulet som inspiration, når I vurderer, hvilke metoder og redskaber der er behov for i netop jeres arbejde med den enkelte borger.

Der findes mange metoder og redskaber på demensområdet. Denne håndbog tager primært afsæt i dem, der er velbeskrevet i demenshåndbogen Personcentreret omsorg i praksis. De enkelte metoder og redskaber forudsætter forskellig viden, kompetencer og fagligheder. Under afsnittene 'Mere viden' kan I følge vores henvisninger og læse videre om de enkelte metoder og redskaber, og hvordan I kan arbejde med dem.



# Værktøjer til observation



## Døgnobservationsskema

Døgnobservationsskema er et redskab til at indsamle og dokumentere oplysninger om, hvad vi observerer i forhold til borgerens adfærd og symptomer gennem hele døgnet.

### Redskabet kan særligt bruges til

- Systematisk indsamling af observationer af adfærdsmæssige og psykiske symptomer.
- At skabe overblik over informationer om borgeren til brug i analyse af årsager til adfærd og symptomer samt vurdering af effekt i forbindelse med afprøvede indsatser.



### Mere viden

Hvis I vil vide mere om redskabet, og hvordan I konkret kan anvende det, kan I læse videre i bogen *Socialpædagogik og demens – det vanskelige omsorgsarbejde*.

## Neuropsychiatric Inventory

Neuropsychiatric Inventory (NPI) er et redskab med en skala til at lave systematiske vurderinger af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. Skalaen måler fx på grad og hyppighed af symptomer såsom apati, nedtrykthed, aggressioner, angst og søvnforstyrrelser m.m.

### Redskabet kan særligt bruges til

- At vurdere hyppighed og sværhedsgrad af adfærdsmæssige og psykiske symptomer.
- At give overblik over udviklingen i borgernes symptomer over tid og effekter af indsatser.



### Mere viden

Hvis I vil vide mere om redskabet, og hvordan I konkret kan anvende det, kan I læse mere i Sundhedsstyrelsens rapport *BPSD-modellen – Metode til målrettet pleje af beboere med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer*.



## Dementia Care Mapping

Dementia Care Mapping er en metode til at observere og måle kvaliteten af omsorgsarbejdet med henblik på at understøtte personcentreret omsorg.

### Metoden kan særligt bruges til

- At omsætte personcentreret omsorg til konkrete observerbare indsatser, hvilket kan bruges som grundlag for at udvikle omsorgskvaliteten.



### Mere viden

Hvis I vil vide mere om metoden, og hvordan I konkret kan anvende den, kan I læse mere i bogen *Dementia Care Mapping, principper og praksis*.

## Sansevurdering

Der findes forskellige redskaber til at vurdere borgerens sanser, og om borgeren har problemer med sansebearbejdning.

### Redskaberne kan særligt bruges til

- At finde ud af, om borgerens adfærd og symptomer kan skyldes problemer med sansebearbejdning.
- At finde ud af, hvilke problemer borgeren eventuelt har med sansebearbejdning, hvilket bruges som viden til at tilrettelægge en målrettet indsats til den enkelte.
- At finde ud af, om borgeren har sansemæssige behov, der ikke dækkes.



### Mere viden

Hvis I vil vide mere om redskabet, og hvordan I konkret kan anvende det, kan I læse videre i Sundhedsstyrelsens udgivelse *Viden og erfaringer om brug af sansestimuli til at forebygge og reducere udadreagerende adfærd på ældreområdet*.



## MAI-10

MAI-10-skemaet (10 spørgsmål om mobilitet, adfærd og intensitet) er et redskab til at vurdere smerte hos borgere med demens. Ved at bruge MAI-10-skemaet kan I få et indtryk af, om og i hvilken grad borgeren med demens har smerter.

### Redskabet kan særligt bruges til

- At finde ud af, om borgerens adfærd og symptomer kan skyldes smerter.
- At opdage, hvilke smerter borgeren eventuelt har samt intensiteten af smerterne.
- At opnå viden, der kan ligge til grund for smertebehandling af borgeren.



### Mere viden

Hvis I vil vide mere om redskaber til vurdering af smerte hos borgere med demens, kan I læse videre på [Nationalt Videnscenter for Demens'](#) hjemmeside under temaet [Vurdering af smerter](#) eller i demenshåndbogen [Palliativ pleje, omsorg og behandling](#).

## CAM

CAM (Confusion and Assessment Method) er et redskab til at opdage delir hos borgere med demens. CAM er et observations-skema, I kan bruge til at udrede for delir hos borgeren og finde de bagvedliggende årsager til tilstanden.

### Redskabet kan særligt bruges til

- At opdage, om borgerens adfærd og symptomer kan skyldes delir.
- At finde årsagen til borgerens delirøse tilstand.
- At opnå viden om, hvilke tiltag der kan igangsættes for at modvirke den delirøse tilstand.



### Mere viden

Hvis I vil vide mere om redskaber til vurdering af delir hos personer med demens, kan I læse videre på [Nationalt Videnscenter for Demens'](#) hjemmeside under overskriften [Delir – årsager, behandling og forebyggelsesvurdering af smerter](#).



# Værktøjer til analyse



## Demensligningen

Demensligningen er et redskab, der kan bruges til at analysere borgerens adfærd og symptomer. Demensligningen består af fem centrale livsfaktorer: biografi, personlighed, helbred, neurologisk svækkelse og socialpsykologi. De fem faktorer har i et samspil med hinanden betydning for, hvordan borgerens demenssygdom kommer til udtryk gennem adfærd og symptomer (demensudtrykket).

### Redskabet kan særligt bruges til

- At analysere sig frem til en forståelse for, hvad der ligger bag borgerens adfærd og symptomer.
- At bruge et helhedsorienteret perspektiv i analysen af borgerens adfærd og symptomer.



### Mere viden

Hvis I vil vide mere om redskabet, og hvordan I konkret kan anvende det, kan I læse videre i demenshåndbogen Personcentreret omsorg i praksis.

## Blomsten

Blomsten er et redskab til at analysere adfærd og symptomer med fokus på borgerens grundlæggende psykologiske behov: kærlighed, trøst, identitet, beskæftigelse, inklusion og tilknytning.

### Redskabet kan særligt bruges til

- At finde ud af, om borgerens symptomer og adfærd er udtryk for uopfyldte psykologiske behov.
- At finde ud af, hvilke psykologiske behov I kan fokusere på for at fremme borgerens trivsel.



### Mere viden

Hvis I vil vide mere om redskabet, og hvordan I konkret kan anvende den, kan I læse videre i demenshåndbogen Personcentreret omsorg i praksis.



## Perspektivskifte

Perspektivskifte er et redskab, vi kan bruge til at indtage og forstå borgerens perspektiv.

### Redskabet kan særligt bruges til

- At finde ud af, hvad borgeren prøver at fortælle med sin adfærd ved at sætte os i vedkommendes sted.
- At forstå reaktioner hos borgere, der på grund af en neurologisk svækkelse ikke selv kan sætte ord på, hvad der sker.



### Mere viden

Hvis I vil vide mere om redskabet, og hvordan I konkret kan anvende det, kan I læse videre i demenshåndbogen Personcentreret omsorg i praksis.

## BPSD-modellen

BPSD-modellen er en metode til at nå hele vejen rundt om borgerens adfærd og symptomer gennem brug af særlige systematiske redskaber til observation, analyse, handling og evaluering. BPSD-modellen består af en kontinuerlig proces med tre trin: 1. NPI-vurdering, 2. BPSD-konference og 3. Måltrettet indsats.

### Metoden kan særligt bruges til

- At arbejde helhedsorienteret og systematisk med at observere, analysere og igangsætte målrettede indsatser og evaluere på borgerens adfærdsmæssige og psykiske symptomer.
- At synliggøre udviklingen i borgerens adfærdsmæssige og psykiske symptomer og effekter af indsatser.



### Mere viden

Hvis I vil vide mere om metoden, og hvordan I konkret kan anvende den, kan I læse videre i Sundhedsstyrelsens rapport BPSD-modellen – Metode til målrettet pleje af beboere med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer.



## De kognitive funktioner

De kognitive funktioner kan bruges som et redskab til at forstå borgerens adfærd ud fra viden om demenssygdommes påvirkning på funktioner i hjernen. Demenssygdomme kan skade de kognitive funktioner: sprog, styringsfunktioner, praktiske færdigheder, koncentration og opmærksomhed, tænkning og problemløsning, rummelig orientering og sanseindtryk samt hukommelse.

### Redskabet kan særligt bruges til

- At forstå, hvordan skader i hjernen påvirker borgerens adfærd.
- At vurdere borgerens ressourcer og vanskeligheder ud fra viden om kognitive funktioner.
- At finde frem til målrettede indsatser, der bedst muligt kompenserer for borgerens skader i hjernen.



### Mere viden

Hvis I vil vide mere om redskabet, og hvordan I konkret kan anvende det, kan I læse videre i demenshåndbogen Personcentreret omsorg i praksis.

## Low Arousal

Low arousal er et redskab, der kan bruges til at tilpasse borgerens arousal-niveau. Arousal er hjernens grad af vågenhed og parathed til at modtage sanseindtryk. Hvis arousal er for lav, er borgeren understimuleret, hvilket kan betyde, at borgeren keder sig og virker sløv. Er arousal for høj, kan det komme til udtryk ved, at borgeren er vred, frustreret eller ked af det.

### Redskabet kan særligt bruges til

- At være opmærksom på borgerens arousal-niveau og tilpasse krav og aktiviteter i hverdagen efter borgerens behov.
- At analysere jer frem til, hvilke konkrete situationer der kan forårsage for høj eller for lav arousal hos den enkelte borger.



### Mere viden

Hvis I vil vide mere om redskabet, og hvordan I konkret kan anvende det, kan I læse videre i demenshåndbogen Personcentreret omsorg i praksis.



## Marte Meo

Marte Meo er en videobaseret supervisionsmetode, der tager udgangspunkt i observation og analyse af samspil mellem mennesker. Fokus er rettet mod de elementer, der virker i samspillet mellem borger og medarbejder. Det, der virker, bringes i endnu højere grad ind i det videre samspil mellem borger og medarbejder.

### Metoden kan særligt bruges til

- At forbedre samspillet mellem en borger og omsorgsperson.
- At anerkende og udvikle den enkeltes evne til at indgå i samspil via ressourceunderstøttende tiltag.



### Mere viden

Hvis I vil vide mere om metoden, og hvordan I konkret kan anvende den, kan I læse videre i Marte Meo metodens teori og praksis.

## Beboerkonferencen

Beboerkonferencen er en metode til at arbejde systematisk med at undersøge, prioritere indsatser og følge op i forbindelse med en borgers adfærdsmæssige og psykiske symptomer både på plejehjem og i hjemmeplejen. Beboerkonferencen er et tværfagligt møde, der kan tage udgangspunkt i den enkelte borgers generelle trivsel, adfærd eller specifikke situationer, I som medarbejdere ønsker at blive klogere på.

### Redskabet kan særligt bruges til

- At få flest mulige perspektiver på og en dybere forståelse for den enkelte borgers adfærd og symptomer.
- At blive endnu klogere på, hvordan specifikke situationer med borgeren kan imødekommes bedre fremover.
- At finde ud af, hvilke tiltag der vil fungere godt i forhold til at skabe bedre trivsel for borgeren.



### Mere viden

Hvis I vil vide mere om metoden, og hvordan I konkret kan anvende den, kan I læse videre i udgivelsen Guide til forebyggelse af udadreagerende adfærd hos personer med demens i plejeboliger.



## AFFI – en metode til vurdering af Adfærd, Funktionsevne og Faglig Indsats

AFFI er en metode til at kortlægge en borgers adfærd og funktioner. Metoden kan bruges til at tilrettelægge en konkret faglig indsats, der bedst muligt møder borgerens behov og understøtter de tilbageværende ressourcer.

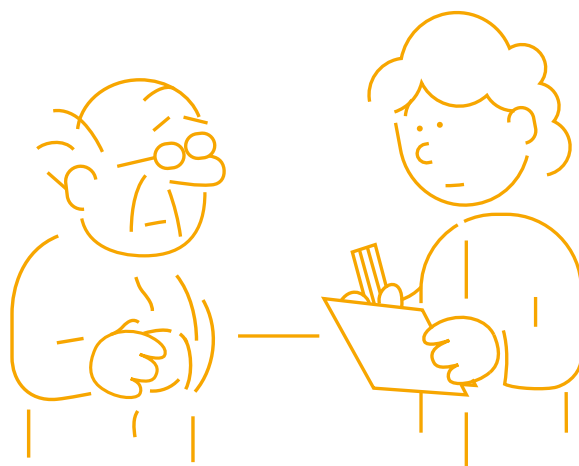
### Redskabet kan særligt bruges til

- At iagttage borgerens adfærd med henblik på at forstå den enkeltes funktionsevne.
- At tilpasse krav og indsatser efter borgerens funktionsevne.



### Mere viden

Hvis I vil vide mere om metoden, og hvordan den kan anvendes, kan I læse videre i AFFI – Skema til vurdering af adfærd, funktion og faglig indsats.





# Oversigt over værktøjer



Observation



Analyse



Handling



Evaluering

|                         | Observation | Analyse | Handling | Evaluering |
|-------------------------|-------------|---------|----------|------------|
| Døgnobservationsskema   | ●           |         |          | ●          |
| NPI                     | ●           |         |          | ●          |
| Dementia Care Mapping   | ●           |         |          | ●          |
| Sansescreening          | ●           |         |          | ●          |
| MAI-10                  | ●           |         |          | ●          |
| CAM                     | ●           |         |          | ●          |
| Demensligningen         |             | ●       |          |            |
| Blomsten                |             | ●       |          |            |
| Perspektivskifte        |             | ●       |          |            |
| BPSD-modellen           | ●           | ●       | ●        | ●          |
| De kognitive funktioner | ●           | ●       | ●        |            |
| Low arousal             |             | ●       |          |            |
| Marte Meo               |             | ●       |          | ●          |
| Beboerkonference        |             | ●       | ●        | ●          |
| AFFI                    | ●           | ●       | ●        | ●          |
| Kontakt-ø               |             |         | ●        |            |



Værktøjer



# Anvendte begreber

## Afmagt/magtesløshed

En følelse af, at vi ikke kan stille noget op i en situation, eller at vi ikke kan ændre på tingenes tilstand.

## Arousal

Arousal beskriver hjernens vågenhed og energiniveau. Det dækker over en række bevidsthedstilstande, som går fra bevidstløshed til vågen opmærksomhed. Høj arousal kan hindre et menneske i at koncentrere sig og fungere i dagligdagen, fordi det kognitive tempo er for højt. Lav arousal kan komme til udtryk som langsommelighed, falden hen og besvær med at holde sig vågen.

## BPSD

BPSD står for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, som oversat til dansk betyder: Adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens. Symptomerne kan være vrangforestillinger, hallucinationer, agitation/aggressivitet, depression, angst, eufori, apati, hæmningsløshed, irritabilitet, afvigende motorisk adfærd samt problemer med søvn og appetit.

## Demensudtryk

Hvordan demenssygdommen kommer til udtryk i den enkelte persons symptomer og adfærd.

## Hypotese

En hypotese kan beskrives som et forslag til en forklaring på en formodning eller iagttagelse. Hypotesen kan nogle gange testes. Det kan fx være at afprøve mulige forklaringer på symptomer eller en bestemt adfærd for at se, om den foreslåede forklaring (hypotese) er rigtig.

## Kontakt-ø

Kontakt-ø er en socialpædagogisk metode, der kan bruges til at dække nogle af borgerens psykologiske behov. En kontakt-ø er koncentreret, fastlagt og målrettet samvær mellem en medarbejder og borgeren med demens.

### Kompleks adfærd

Adfærd, vi ikke umiddelbart kan forstå, og som kan være udløst af forskellige faktorer. Det kan fx være en borger, der slår ud, når vi forsøger at hjælpe vedkommende. Når vi oplever kompleks adfærd hos en borger, kan vi bruge cirklen til at forstå og gøre noget ved borgerens komplekse adfærd.

### Neurologisk svækkelse

Neurologi omfatter sygdomstegn og sygdomme i nervesystemet, herunder centralnervesystemet (hjerne og rygmarv). Demens er en gradvis og vedvarende svækkelse af de neurologiske funktioner – typisk i form af nedsat hukommelse, koncentration og orienteringsevne. Det kan også være forstyrrelser af sprog og personlighed m.v.

### Psykologiske behov

Menneskets psykologiske behov kan forenklet beskrives som behov, som giver størst mulig tilfredsstillelse, når de bliver opfyldt. Tom Kitwood har valgt fem store psykologiske behov, der findes i alle mennesker, og som han beskriver i blomsten.

### Opfordringskarakter

Når fysiske ting, en situation eller lignende opfordrer til bestemte handlinger eller reaktioner.

### Sanserbearbejdning

En persons evne til at bearbejde sanseindtryk såsom lugte, lyde, lys og berøringer. Demens kan svække evnen til at bearbejde sanser, og det skal vi være opmærksomme på. Hvis evnen til at bearbejde sanser ikke er velfungerende, kan det komme til udtryk ved, at borgeren reagerer voldsomt eller slet ikke reagerer på sanseindtryk.

## Sansedeprivation

Når borgeren er sansemæssigt understimuleret på grund af begrænset eller ensidig stimuli i miljøet, isolation, ensomhed, langvarig sygdom (sengeliggende), nedsat fysisk funktionsevne, tab eller reduktion af sanser. Sansedeprivation kan føre til forskellige tilstande eller reaktioner hos borgeren såsom apati, indadvendthed og/eller overfølsomhed, fx over for berøring.

## Socialpsykologiske rammer

Socialpsykologi beskriver forholdet mellem det enkelte menneske og det omgivende samfund. Den beskæftiger sig med, hvad der sker imellem mennesker i et socialt samspil.

## Udefra/indefra-perspektiv

Et udefra-perspektiv betyder, at vi ser på borgerens adfærd og symptomer udefra og fra vores egen synsvinkel. Et indefra-perspektiv er derimod, når vi bevæger os væk fra vores egen synsvinkel for i stedet at se adfærd og symptomer fra borgerens perspektiv. Vi kan bruge udefra-perspektivet til at få øje på, hvad der er på spil, og hvad vi skal være opmærksomme på, mens vi kan bruge indefra-perspektivet til at forstå, hvad der kan ligge bag borgerens adfærd og symptomer.

## Velbefindende

En tilstand, hvor et menneske trives og har det godt. Hvor man føler sig godt tilpas fysisk eller psykisk og har følelsen af overskud, gåpåmod og glæde ved livet.



# Vidensgrundlag

Evidensbaseret viden om arbejdet med borgere med en demenssygdom, som udviser adfærdsmæssige og psykiske symptomer, er begrænset. Derfor tager denne demenshåndbog afsæt i aktuel viden på området og i best practice og erfaringer, der er blevet kvalificeret af den arbejdsgruppe, som har været nedsat af Sundhedsstyrelsen.

Håndbogens udgangspunkt er Den nationale kliniske retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens. Retningslinjen indeholder relevante ikke-medicinske interventioner, som er blevet undersøgt i forhold til deres effekt på enten forebyggelse eller behandling af psykiske og adfærdsmæssige symptomer. De to stærke anbefalinger i retningslinjen er:

- Anvend systematisk årsagsanalyse ved nyopstået BPSD med henblik på en individualiseret handleplan.
- Ved omsorg og behandling af personer med demens bør principperne om personcentreret omsorg anvendes for at forebygge BPSD.

Den anvendte litteratur i Demenshåndbogen består primært af rapporter og litteratur, der beskriver erfaringer med at anvende forskellige metoder og redskaber til borgere, som har adfærdsmæssige og psykiske symptomer, som har vist god effekt for borgeren.

Følgende publikationer har især dannet vidensgrundlag for den beskrevne metodiske tilgang og forslag til indsatser:

- Sundhedsstyrelsen, Demenshåndbog, Personcentreret omsorg i praksis, 2019
- Sundhedsstyrelsen, Demenshåndbog, Faglig ledelse i praksis, 2019
- Sundhedsstyrelsen, Projekt BPSD-modellen – metode til målrettet arbejde med adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos beboere med demens, 2018
- Sundhedsstyrelsen, Guide til forebyggelse af udadreagerende adfærd hos personer med demens i plejebolig, 2015
- Sundhedsstyrelsen, Brug af lægemidler ved demens – til dig, der arbejder med personer med demens, 2019.

# Om Demenshåndbogen



## Formål

Håndbogen er udarbejdet på baggrund af den nationale demens-handlingsplan 2025. Handlingsplanen indeholder i alt 23 initiativer, der har til formål at løfte indsatsen over for mennesker med demens og deres pårørende. I et af initiativerne fik Sundhedsstyrelsen til opgave at udarbejde en række håndbøger med vidensbaserede anbefalinger til social- og sundhedsfaglig praksis på demensområdet.

### Formålet med håndbogen er at:

- Give målrettede og praksisnære anbefalinger rettet mod håndtering af konkrete problemstillinger, som opleves vanskelige i det daglige arbejde i forhold til at sikre god og værdig pleje og omsorg af mennesker med demens.
- Understøtte en mere ensartet høj kvalitet af indsatserne på tværs af kommuner og regioner i plejen og omsorgen for mennesker med demens.

## Målgruppe

Målgruppen for håndbøgerne er medarbejdere og ledere inden for pleje- og omsorgsområdet i både hjemmepleje og plejebolig. Men håndbøgerne kan anvendes af alle, som arbejder med mennesker med demens.



## Udarbejdelse

Denne håndbog er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen med tekst og indhold af:

- Iben Ljungmann, autoriseret cand.psych., inpraksis

Samt med rådgivning fra en arbejdsgruppe nedsat til formålet. Arbejdsgruppen bestod af:

- Anita Bisgaard, demenskonsulent, Skanderborg Kommune
- Anna Aamand, gerontopsykolog, specialpsykolog, Aarhus Kommune
- Bodil Gramkow Andersen, tidligere ledende overlæge, Psykiatri Nord
- Charlotte Agger, forstander på Demenscentret Pilehuset, Københavns Kommune
- Dennis Schmøde, teamleder på Ældrecenteret Birkevang, Næstved Kommune
- Mette Borresen, sygeplejerske, fagkonsulent i Demens, Videnscenter for Demens, Aalborg Kommune

Håndbogen er blevet peer reviewet af Sigrid Ganer, psykolog, og Annette Høj Kristensen, plejehjemsassistent, VISO-specialister, Kærhuset, Lemvig Kommune.

# Litteraturliste

- Birkmose, D. Når gode mennesker handler ondt – tabuet om forræelse. Syddansk Universitetsforlag, 2013.
- Borresen M. et al. Socialpædagogik og demens – det vanskelige omsorgsarbejde. Socialstyrelsen, 2004.
- Brooker D. Person-centred dementia care – making services better. Jessica Kingsley Publishers, 2007.
- Brooker, D. & Surr, C. Dementia Care Mapping, principper og praksis, 2007.
- Egidius, H. Nyt psykologisk leksikon. Hans Reitzels Forlag, 2001.
- Elvén B. H. et al. Adfærdsproblemer i ældreplejen. Dansk Psykologisk Forlag, 2015.
- Eriksson S. et al. Besværlige psykiske symptomer ved demens. Janssen-Cilag A/S, 2004.
- Glintborg, C., Fønsbo, E. og Fønsbo, S. Hovedbrud – hjerneskade fra tre perspektiver. Forlaget Frydenlund, 2018.
- Gulmann, N.C. (red.). Praktisk gerontopsykiatri. Hans Reitzels Forlag, 1994.
- Hertz, S. Børn og unge, psykiatri og samfund. Akademisk Forlag, 2017.
- Højholt, C. & Kousholt, D. Om at observere sociale fællesskaber. I: "Deltagerobservation – en metode til undersøgelse af psykologiske fænomener". Red. Pedersen, M., Klitmøller, J. og Nielsen, K. Hans Reitzels Forlag, 2012.
- Højholt, C & Szulevicz, T. Observation som konsultativ praksisform. Pædagogisk psykologisk tidsskrift, nr. 5, 2013.
- Kitwood T. En revurdering af demens – personen kommer i første række. Munksgaard, 1999.
- Ljungmann I. "Hvis du var i Karinas sted ...". Socialpædagogen, nr. 15, 2017.
- Ljungmann I. "En enkel bevægelse med stor effekt – perspektivskifte som metode". Systemisk Narrativt Forum, nr. 4, 2018.
- Nationalt Videnscenter for demens. Delir – årsager, behandling og forebyggelse: <http://www.videnscenterfordemens.dk/pleje-og-behandling/pleje-og-omsorg/fysisk-pleje-og-omsorg/delir-aarsager-behandling-og-forebyggelse/>, 2019.
- Nationalt Videnscenter for demens. Vurdering af smerter: <http://www.videnscenterfordemens.dk/pleje-og-behandling/pleje-og-omsorg/fysisk-pleje-og-omsorg/vurdering-af-smerter/> 2019.
- Region Midtjylland. AFFI – Skema til vurdering af adfærd, funktion og faglig indsats, 2016.
- Socialstyrelsen. Guide til forebyggelse af udadreagerende adfærd hos personer med demens i plejeboliger, 2015.
- Sundhedsstyrelsen. BPSD modellen – Metode til målrettet pleje af beboere med demens og adfærdsmæssige og psykiske symptomer, 2019.
- Sundhedsstyrelsen. Brug af lægemidler ved demens, 2019.
- Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens, 2019.
- Sundhedsstyrelsen. Faglig ledelse i praksis, 2019.
- Sundhedsstyrelsen. Palliativ pleje, omsorg og behandling, 2019.
- Sundhedsstyrelsen. Personcentreret omsorg i praksis, 2019.
- Sundhedsstyrelsen. Viden og erfaringer om brug af sansestimuli til at forebygge og reducere udadreagerende adfærd på ældreområdet, 2019.
- Søndergård M. Demens og aktiviteter i et livshistorisk perspektiv. Systime, 2004.
- Sørensen B. J. Marte Meo metodens teori og praksis, 2003.



**Sundhedsstyrelsen**

Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Sundhed for alle** ♥ + ●