
EVALUERINGSRAPPORT

**Kompetenceløft til
Nedbringelse af
Antipsykotisk Medicin**

SVENDBORG SYGEHUS



SYDDANSK
SUNDHEDSINNOVATION



Evaluering af Kompetenceløft til Nedbringelse af Antipsykotisk Medicin

Rapporten er udarbejdet i et samarbejde mellem:

Mette Foldager, Projekt- og programleder for Demensvenligt Sygehus OUH og Geriatrisk Afdeling, Svendborg Sygehus (Redaktør)
Geriatrisk Afdeling G, OUH Svendborg Sygehus
Valdemarsgade 51A, 1. sal
5700 Svendborg
Mette.Foldager@rsyd.dk

Anja Karina Brandt, Sygeplejerske og lokal projektleder (Dataindsamling, databearbejdning)
Ortopædkirurgisk Afdeling, OUH Svendborg Sygehus
Baagøes Allé 15, SVB Bygning 39 04, 5700 Svendborg
Anja.Karina.Brandt@rsyd.dk

Charlotte Maria Max og Svenja Jaffari, Innovationskonsulenter fra Syddansk Sundhedsinnovation (Dataindsamling, databearbejdning og rapportudarbejdelse)
Syddansk Sundhedsinnovation
Forskerparken 10 G + H
5230 Odense M
www.syddansksundhedsinnovation.dk

Indhold

1. OM PROJEKTET	SIDE 4
2. OM EVALUERINGEN	SIDE 9
3. OM ANALYSEN	SIDE 12
4. ANALYSE, FØR-, MIDT- OG EFTERMÅLING	SIDE 16
5. DATATRÆK FRA PATIENTJOURNALEN	SIDE 82
6. ANBEFALINGER TIL IMPLEMENTERING	SIDE 92

APPENDIX – BESKRIVELSE AF TILTAG

ORDBOG – DEFINITIONER



Om projektet

Mål og formål

1.1. Projektets formål er:

”at reducere forbruget af antipsykotisk-, beroligende- og sovemedicin hos patienter med demens, og anden kognitiv svækkelse, der indlægges på Ortopædkirurgisk Afdeling, OUH Svendborg Sygehus, ved hjælp af medicingennemgang og kompetenceløft inden for non-farmakologiske tiltag.”

1.2. Projektets mål er:

- at alle ortopædkirurgiske læger modtager undervisning i antipsykotisk medicins virkning og bivirkning.
- at alle patienter med demens får foretaget medicingennemgang af en medicinsk læge på Ortopædkirurgisk Afdeling.
- at de kirurgiske læger oplever sig kompetenceløftet i forhold til at kunne varetage medicingennemgang.
- at der i journalen fremgår, om der forud for en ordination af antipsykotisk medicin, har været ordineret og gennemført non-farmakologiske tiltag med henblik på, at forbygge udfordrende

adfærd eller delir, der som sidste mulighed er nødsaget til, at blive behandlet med antipsykotika.

- at alle plejepersonaler og terapeuter modtager undervisning i sansestimulation og meningsfuld aktivitet, samt læring i at håndtere uforståelig og udfordrende adfærd med henblik på at forebygge udviklingen af udadreagerende adfærd og delir hos patienter med demens.
- at alle plejepersonaler og terapeuter modtager undervisning i antipsykotisk medicins virkning og bivirkning.
- at plejepersonale og terapeuter oplever sig kompetenceløftet i forhold til konkrete handlemuligheder, der forebygger udadreagerende adfærd og delir hos patienter med demens.

Baggrund

1.3. Baggrund for projektet

OUH Svendborg Sygehus har i perioden 2017 – 2019 gennemført et kompetenceløft inden for demens af 1487 ansatte svarende til 83% af sygehusets personale. Der er blevet uddannet 31 nøglepersoner fordelt på 21 afdelinger, som har gennemført 4 dages undervisning inden for demens, samt 1 dags undervisning i at facilitere en Problembaseret Læringsseance (PBL) med deltagelse af afdelingernes personaler. Dette med henblik på at identificere problemstillinger inden for demensområdet i egen afdeling. Med baggrund i de identificerede problemstillinger, der gennemgik en dybere analyse, blev der udarbejdet en handleplan for konkrete indsatser inden for demensområdet.

En af indsatserne i handleplanen på Ortopædkirurgisk Afdeling (afd. O), var at implementere CAM score (Confusion Assessment Method). Denne screening handler om at identificere de patienter, der er i risiko for at udvikle delir eller har udviklet delir. Viden om denne tilstand hos patienterne giver det kliniske personale mulighed for at igangsætte interventioner, som medvirker til, at tilstanden ikke udvikler sig videre. Ifølge Nationalt Videnscenter for Demens har patienter med demens op mod 89% risiko for at udvikle delir i forbindelse med fysisk sygdom og indlæggelse. Denne tilstand medfører store funktionstab hos den ældre med demens og sætter fart i demenssygdommen. Se også [Delir | Nationalt Videnscenter for Demens](#).

Når en patient med demens kommer i en delirtilstand medfører det ofte ændret adfærd og eller adfærdsforstyrrelser, der udfordrer personalet i at kunne gennemføre den planlagte behandling og pleje. Det betyder, at der i flere tilfælde bliver ordineret beroligende medicin til patienter med demens, som har udviklet delir.

I den Nationale Demenshandlingsplan 2025 er der blandt andet fokus på en reduktion af forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens, og det fremgår her at; *"en forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens med 50 procent frem mod år 2025."*

Med udgangspunkt i ovenstående målsætning og indsatsen i forhold til tidlig opsporing af delir blandt patienter indlagt på Ortopædkirurgisk Afdeling på Svendborg Sygehus, blev der søgt projektmidler til at arbejde videre med nedbringelse af forbruget af antipsykotisk medicin.

1.4. Projektets målgruppe

Ortopædkirurgisk Afdeling, OUH Svendborg Sygehus er et afsnit der modtager gennemsnitligt 2-3 akutte patienter til indlæggelse, de øvrige patienter er elektive (samedagskirurgi). Sengeafsnittet har 32 senge, hvoraf de 18 senge er til akutte patienter, heraf er de 8 senge til patienter med hoftenær fraktur.

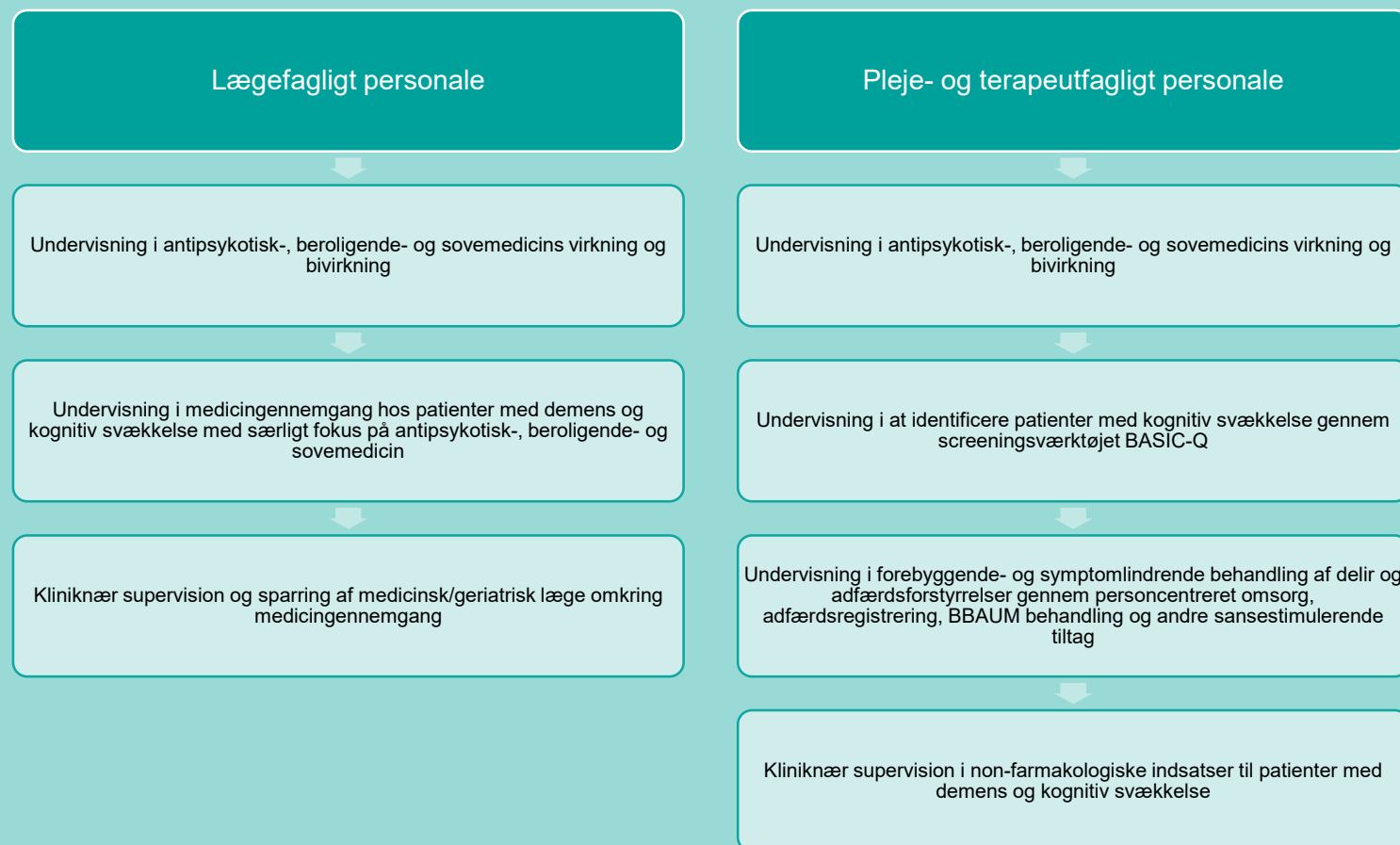
Det antages, at ca. 50 % af de patienter, der indlægges i afdelingen, har en demenssygdom eller er kognitivt svækket. Den gruppe patienter udvikler ofte delir og dermed udfordrende adfærd. Det udfordrer det kliniske personale i at udføre den ordinerede behandling og pleje, hvilket betyder, at der ordineres antipsykotisk-, beroligende og sovemedicin for at skabe ro for patienten og dermed ro i afdelingen.

Med baggrund i ovenstående ses der et behov for at øge viden, færdigheder og kompetencer blandt det kliniske personale i forhold til iværksættelse af diverse non-farmakologiske tiltag, såsom at identificere patienter med nedsat kognition, samt sansestimulation i form af behandlingsmetoden BBAUM, for at reducere risikoen for, at patienten med demens eller kognitiv svækkelse udvikler delir og udfordrende adfærd. Endvidere ses der et behov for at øge viden, færdighed og kompetencer i forhold til antipsykotisk medicins virkning og bivirkning i lægegruppen, specifikt inden for medicingennemgang hos patienter med demens og anden kognitiv svækkelse, for at reducere i forbruget af anti-psykotisk og beroligende medicin. Hvor både ortopædkirurgiske og geriatriske læger modtager undervisning i antipsykotisk medicins virkning og bivirkning.

Leverancer

1.5. Projektets leverancer

Der iværksættes i projektet to kompetenceforløb for afdelingens medarbejdere:



Der blev i foråret 2022 afleveret en rapport, der viser før-målingen, udarbejdet af SDSI og afleveret til projektledelsen på OUH Svendborg.

Nærværende evalueringsrapport giver det samlede billede af efter-målingen, således også med før-målingen i betragtning, for at kunne siddestille de to i en komparativ analyse.

Beskrivelse af tiltagene i projektet

1.6. De afprøvede non-farmakologiske tiltag

I projektperioden blev der undervist i og afprøvet forskellige non-farmakologiske tiltag eller/og metoder, herunder

- BASIC-Q.

Et screeningsværktøj til identifikation af patientens kognitive status.

- ‘Hvem er jeg’-skema.

Et skema hvor patienten og dennes pårørende beskriver mennesket bag om demenssygdommen.

- Tyngdefiberdyne.

Anvendes som et sansestimulerende kognitivt hjælpemiddel.

- BBAUM behandling.

Et fysioterapeutisk behandlingskoncept, funderet i et helhedsorienteret, personcentreret menneskesyn, hvor der arbejdes med forskellige behandlingsgreb, der igangsætter processer i det

autonome nervesystem.

- Adfærdsregistreringsskema.

Et skema til registrering af patientens adfærd hos patienter med demens eller identificeret med nedsat kognition. Udfyldes ifm. at interventioner blev iværksat – fx tyngdefiberdyne, BBAUM.

Ud over det blev der foretaget medicingennemgang og evt. udtrappingsplan.

Alle projektets non-farmakologiske metoder eller/og tiltag er beskrevet i appendix sidst i rapporten.



Om evalueringen

Formål og leverancer

Programledelsen i Demensvenligt Sygehus på OUH Svendborg Sygehus har rettet henvendelse til Syddansk Sundhedsinnovation (SDSI) med henblik på evaluering af indsatsen "Kompetenceløft til Nedbringelse af Antipsykotisk Medicin".

Evalueringen foregår sideløbende med projektets gennemførelse og afslutning i perioden fra maj 2022 til maj 2023. Der aflægges mindre delrapporteringer og kvalificeres løbende med projektgruppen ift. hhv. før- og eftermåling. Nærværende rapport indeholder analyse-resultater fra både før- og eftermålingen som et samlet billede og en komparativ analyse ift., hvordan tiltagene har påvirket resultaterne.

2.1. Evalueringsens formål

Overordnet forventes evalueringen at give indsigt i, hvorvidt indsatserne i projektets aktionslæring og undervisning vil medføre:

- ✓ at speciallæger og yngre læger, opnår viden og kliniske færdigheder i at reducere forbruget af antipsykotisk medicin hos patienter med demens indlagt på Ortopædkirurgisk Afdeling.
- ✓ at plejefaglige ledere og frontpersonale, herunder plejepersonale og terapeuter, opnår viden og kliniske færdigheder i at forbygge delir

og udadreagerende adfærd hos patienter med demens, der er i særlig risiko for at udvikle dette under indlæggelse.

- ✓ at lægefaglig leder og frontpersonale, herunder speciallæger og yngre læger, opnår viden og kliniske færdigheder i at reducere forbruget af antipsykotisk medicin hos patienter med demens indlagt på Ortopædkirurgisk Afdeling.

2.2. Evalueringsens leverancer

I projektet supplerer SDSI projektgruppen på OUH Svendborg Sygehus, med evalueringen af projektets leverancer. Der leveres på hver sine målpunkter (se næste side.)

Evalueringen består af en kvantitativ før-, midtvejs- og eftermåling. Derudover er der i eftermålingen gennemført en kvalitativ dataindsamling i form af fokusgruppe- og individuelle interviews med personale, der har deltaget i projektet.

De 3 målinger forefindes tidsmæssigt:

▪ FORÅR 2022 – FØRMÅLING

▪ EFTERÅR 2022 – MIDTVEJSMÅLING

▪ FORÅR 2023 – EFTERMÅLING

De specifikke målpunkter uddybes på næste side.

Måleparameter

2.2. Evalueringens måleparameter

SDSI 's kvalitative og kvantitative målepunkter:

Spørgeskemaundersøgelse ifm. før- og eftermålingen samt én fokusgruppe og individuelle interviews ifm. eftermålingen, hvor der undersøges:

Lægefagligt perspektiv:

- Oplever de kirurgiske læger, at have den nødvendige viden om antipsykotisk-, beroligende- og sovemedicins virkning på patienter med demens og anden kognitiv svækkelse?
- Oplever de kirurgiske læger, at have den nødvendige viden til at kunne gennemføre en medicingennemgang på patienter med demens og anden kognitiv svækkelse?

Pløje og terapeutfagligt perspektiv:

- Oplever pleje- og terapeutpersonalet, at de bedre kan identificere patienter med demens eller anden kognitiv svækkelse gennem anvendelse af screeningsredskabet BASIC-Q?
- Oplever pleje- og terapeutpersonalet, at have den nødvendige viden om antipsykotisk-,

beroligende- og sovemedicins virkning på patienter med demens og anden kognitiv svækkelse?

- Oplever pleje- og terapeutpersonalet, at have den nødvendige viden og kompetence til at udføre non-farmakologiske tiltag hos patienter med demens og anden kognitiv svækkelse, der er urolige, angste, er i delir eller har adfærdsforstyrrelser?
- Oplever pleje- og terapeutpersonalet, at have den nødvendige viden og kompetencer til at anvende BBAUM behandling til patienter med demens og anden kognitiv svækkelse med henblik på at reducere uro, angst, delir og adfærdsforstyrrelser hos patienten?

OUH 's kvantitative målepunkter:

Manuel opmåling og datatræk fra patientjournal før interventionens start, under og efter, hvor der registreres på følgende parameter herunder:

- Antal patienter, hvor det af journalen fremgår, at patienten har en demenssygdom eller aktuelt er kognitivt svækket.
- Kan Basic Q medvirke til at identificere flere

>65 årige patienter med nedsat kognition?

- Er der lagt en plan for reduktion af anti-psykotisk-, beroligende- eller sovemedicin?
- Er der sket en reduktion af forbruget af anti-psykotisk-, beroligende- og sovemedicin i forbindelse med medicingennemgang v. G læge?
- Er der sket en reduktion af p.n. udlevering af antipsykotisk-, beroligende- og sovemedicin under indlæggelse?
- Findes der færre patienter, der scorer positiv på CAM score under indlæggelse?



Om analysen

Teoretiske overvejelser

3.1. Overvejelser ift. metoderne

Den kvantitative metode er en måde at indsamle holdninger og meninger blandt et større antal mennesker. Den har den fordel, at den giver et hurtigt og visuelt overblik over tendenser og mønstre blandt de adspurgte.

En svaghed ved metoden kan være manglende dybde ift. bagvedliggende motivation og bevæggrunde samt de kontekstuelle faktorer, der påvirker besvarelses-situationen. Derfor kan man ikke vide med sikkerhed / kende begrundelsen til, hvad respondenterne har svaret, og hvilken situation de har stået i da de svarede (positiv eller negativ begivenhed, der kan have indflydelse i besvarelses situationen).

Derudover er det vigtigt, at vælge et repræsentativt udsnit ift. den målgruppe man undersøger, for at kunne generalisere og sikre en høj validitet og reliabilitet.

Den kvalitative metode (fx interviews, observationer) kan derfor inddrages understøttende for at afklare de bevæggrunde, der ligger bagved respondenternes svar, og de specifikke oplevelser, der kan være årsag til svarene. Man opnår en særlig dybde i sin undersøgelse, idet man belyser aspekter fra forskellige vinkler og kan frembringe de kontekstuelle faktorer, der spiller en vigtig rolle i implementeringen af et nyt tiltag.

3.2. Metodevalg

I denne evaluering har projektteamet netop valgt at kombinere metoderne for at opnå den benævnte dybde i fortolkningen af de indkomne data.

I følgende rapport gengives analysen af de kvantitative data, der beror på deskriptiv statistik, der beskriver og opsummerer de indsamlede data. Der generaliseres derfor ikke på baggrund af datasættet. Opsummeringen og overblikket gives i form af bl.a. hyppighedsfrekvens, gennemsnitsberegning og procentfordeling, og der krydstabuleres mellem fx det specifikke svar og den faggruppe, man hører til, eller/og antal års erfaringer, man har inden for fagfeltet.

De kvalitative data er blevet analyseret tematisk med udgangspunkt i de emner, der gik igen i spørgeskemaet (fx kompetencer, erfaringer, anvendelse af metoderne) samt flere emner, der kom frem ifm. selve interviewene. Analyseresultaterne understøtter de kvantitative beskrivelser.

Der er blevet indhentet samtykke og alle anvendte citater i denne evalueringsrapport er godkendt af de interviewede.

Dataindsamling

3.3. Dataindsamling og tidsplan

I perioden april 2022 - april 2023 har 3 faggrupper fra Ortopædkirurgisk Afdeling, OUH Svendborg Sygehus, deltaget i undersøgelsen:



Sygeplejersker/ social- og sundhedsassistenter



Læger



Terapeuter

Ift. SDSI's målepunkter er der indsamlet data via et spørgeskema, udsendt to gange ifm. før- og eftermålingen. Ifm. eftermålingen har SDSI gennemført et fokusgruppeinterview med plejegruppen og to 1:1 ekspertinterviews med projektdeltagere, der har været særligt engageret i de nye tiltag, der er blevet anvendt på afdelingen i løbet af projektperioden.

Ift. OUH's målepunkter er der gennemført datatræk på 107 patientjournaler for hver af de tre planlagte målinger før-, midtvejs- og eftermålingen. Til vurdering af datagrundlaget er gennemsnitsalderen for patienterne beregnet for alle tre målinger.

Førmåling: Måleperioden 1. apr. – 31. maj 2022

- 69 patienter er benævnt som "Hofte", hvilket er definition for en patient >65 år, der har pådraget sig en hoftenær fraktur. Disse patienter indgår i et ortogeriatrisk samarbejde, hvilket automatisk medfører et geriatrisk tilsyn af patienten inkl. medicingennemgang uanset kognitiv status.
- 38 patienter er benævnt som "Traume", hvilket er patienter >65 år med andre frakturer end hoftenære frakturer, samt patienter der er indlagt til mobiliserings- og smertebehandling. Disse indgår ikke i det ortogeriatriske samarbejde, men kan tilses af geriatrisk læge via en rekvisition af et geriatrisk tilsyn.

Midtvejsmåling: Dataindsamlingsperioden 15. aug. – 7. okt. 2022.

- 61 patienter er benævnt som "Hofte", hvilket er definition for en patient >65 år, der har pådraget sig en hoftenær fraktur. Disse patienter indgår i et ortogeriatrisk samarbejde, hvilket automatisk medfører et geriatrisk tilsyn af patienten inkl. medicingennemgang uanset kognitiv status.
- 46 patienter er benævnt som "Traume", hvilket er patienter >65 år med andre frakturer end hoftenære frakturer, samt patienter der er indlagt til mobiliserings- og smertebehandling. Disse patienter får lavet medicin-

gennemgang af geriatrisk læge i projektperioden, hvis deres score i BASIC-Q er mellem 0-15 udført med pårørende eller 0-11 udført uden pårørende.

Eftermåling: Dataindsamlingsperioden 23. jan. – 13. marts 2023.

- 62 patienter er benævnt som "Hofte", hvilket er definition for en patient >65 år, der har pådraget sig en hoftenær fraktur. Disse patienter indgår i et ortogeriatrisk samarbejde, hvilket automatisk medfører et geriatrisk tilsyn af patienten inkl. medicingennemgang uanset kognitiv status.
- 45 patienter er benævnt som "Traume", hvilket er patienter >65 år med andre frakturer end hoftenære frakturer, samt patienter der er indlagt til mobiliserings- og smertebehandling. Disse patienter får lavet medicingennemgang af geriatrisk læge i projektperioden, hvis deres score i BASIC-Q er mellem 0-15 udført med pårørende eller 0-11 udført uden pårørende.

Gennemsnitsalderen i (OUH) målingerne er

- Førmåling: 82,79 år,
- Midtvejsmåling: 81,41 år,
- Eftermåling: 83,23 år.

Deltagere

3.4. Involverede respondenter

Følgende viser antal og fordeling af de involverede fagprofessionelle inklusive deres anciennitet inden for deres fag.

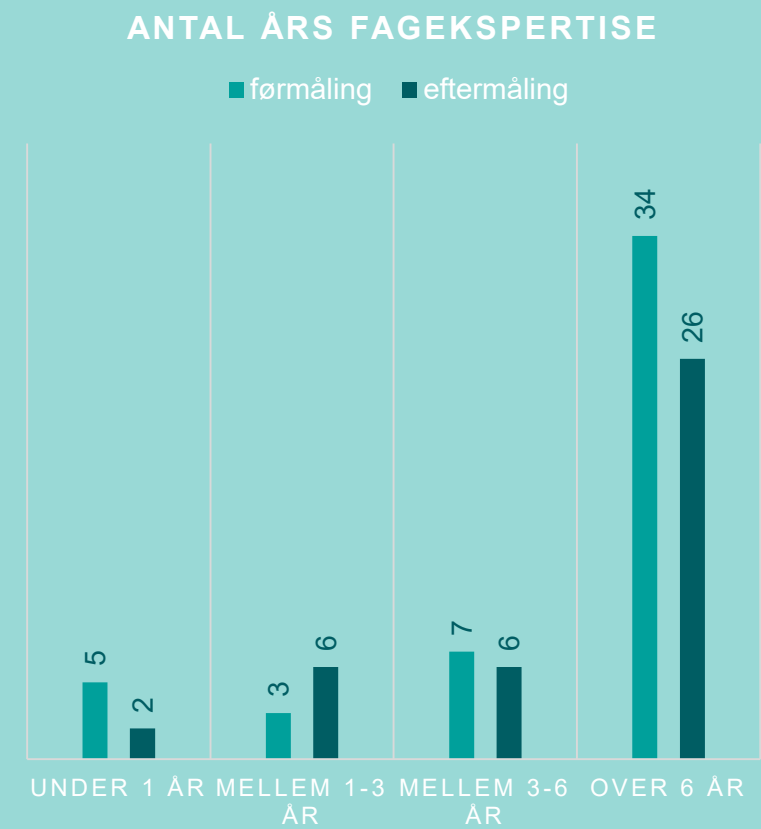
Afdeling O, Svendborg Sygehus har i dag i alt 75 ansatte:

-  30 sygeplejersker/ social-og sundhedsassistenter
-  32 læger,
-  13 terapeuter.

Ud af de 75 ansatte har i alt 49 og 40 besvaret spørgeskemaet ifm. hhv. før- og eftermålingen, enten delvist eller helt. (Til førmålingen var der 76 ansatte).

	Førmåling	Eftermåling
Sygeplejersker/SSA	28	24
Læger	15	7
Terapeuter	6	9

Herunder ses fordelingen af de involverede respondenter samt deres faglige erfaringsniveau.





Analyse

Analysetemaer

Analysen fremstiller 7 temaer, som præsenteres i de kommende afsnit.

For hvert emne præsenteres først den kvantitative data og dernæst den kvalitative analyse, som kan give læseren en udvidet forståelse for de kvantitative tendenser og således belyse nogle af årsagerne til tallene i den kvantitative fremstilling.

DE 7 ANALYSE - TEMAER



VIDEN OG KOMPETENCER



ERFARINGER OG KENDSKAB



FORSTÅELSE OG ÅBENHED



VILKÅR



ANVENDELSE OG VÆRDI

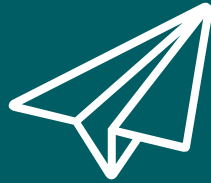


FYSISKE RAMMER & UDSTYR



ARBEJDSGANGE



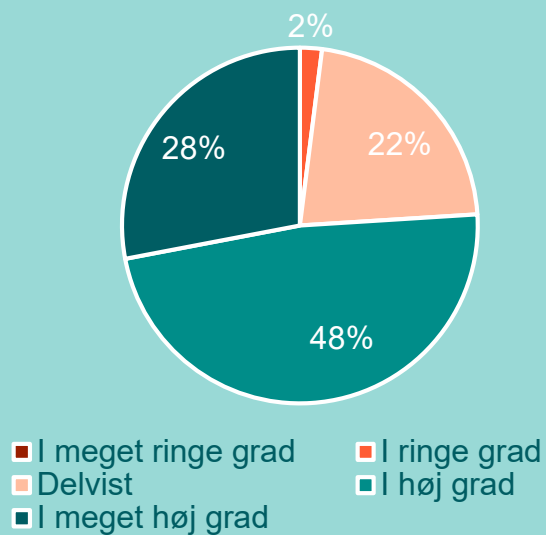


**Viden og
kompetencer**

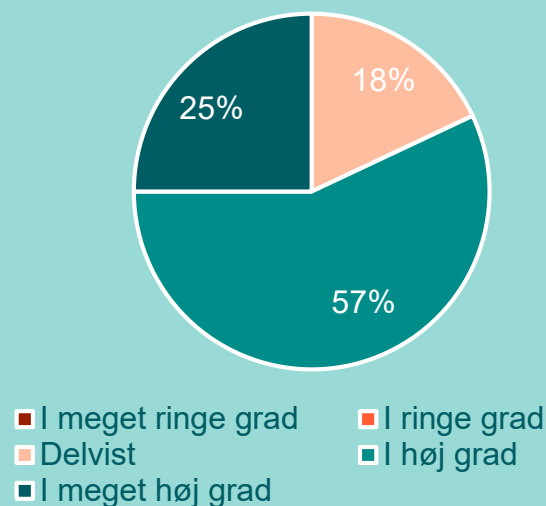


Kompetencer til at identificere patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion.

Faglighederne samlet - FØR: "Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at identificere patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



Faglighederne samlet - EFTER: "Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at identificere patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



Følgende spørgsmål omhandlede de sundhedsprofessionelles **kompetencer til at identificere patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion.**

Spørgsmålet er opstillet på fempunktsskala med vurderingskategorierne; "i meget ringe grad (1)", "i ringe grad (2)", "delvist (3)", "i høj grad (4)" og "i meget høj grad (5)".

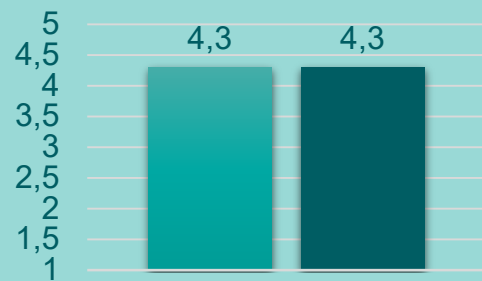
Her vises 3 ud af 3 faggruppers samlede svar ifm. før- (46) og eftermålingen (40), procentuelt fordelt på kategorierne.

Obs. her er der ikke medtaget uoplyst svarkategorier/missing choices i beregningen, som fx 'evt. kommentar'.



Kompetencer til at identificere patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion.

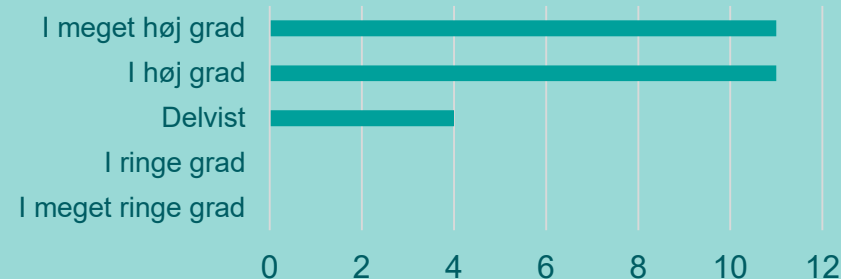
"Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at identificere patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



Sygeplejersker og SSA

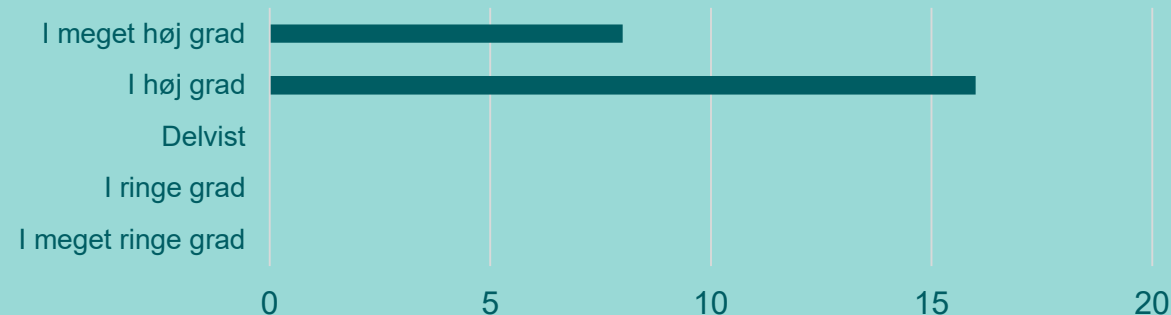
■ gennemsnit - før ■ efter

"Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at identificere patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



■ Svar (sygepl./SSA) fordelt på kategorierne - FØR

"Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at identificere patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



■ Svar (sygepl./SSA) fordelt på kategorierne - EFTER

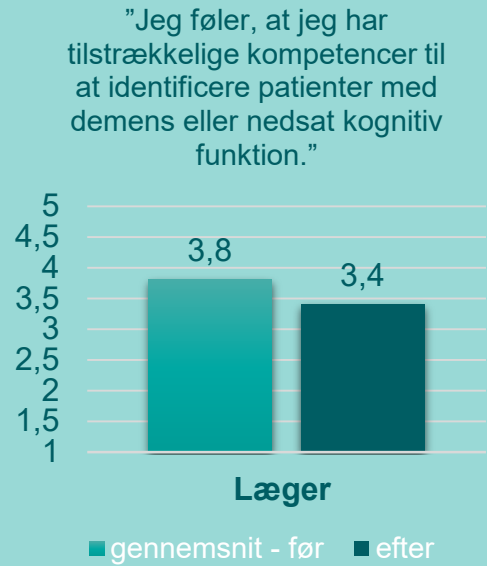
Ift. sygeplejersker og SSA viser diagrammet fra førmålingen, at 11 ud af **26 respondenter** vurderer deres kompetencer til at identificere patienter med demens, hhv. som enten 'i høj grad' eller 'i meget høj grad' tilstrækkelige. Kun 4 svarer 'delvist', og der er ikke nogen, der ligger derunder.

Ifm. eftermålingen føler alle **24 respondenter**, at deres kompetencer er 'i høj grad' eller 'i meget høj grad' tilstrækkelige. Dette er en betydelig positiv vægtning, da alle 24 svar ligger i de øverste to vurderingskategorier.

Gennemsnittet holder sig på samme niveau, fordi der er flere der ligger på 'i høj grad', og ikke på 'i meget høj grad', ifm. eftermålingen.



Kompetencer til at identificere patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion.



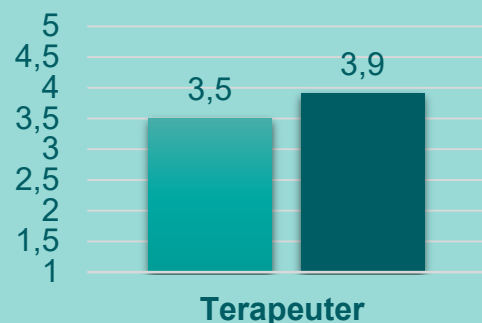
Blandt lægerne er der færre besvarelser i efterevalueringen. I førmålingen var der **14 respondenter**, og i eftermålingen kun **7**. Dette påvirker selvfølgelig gennemsnittet.

Blandt de 14 læger i førmålingen havde 10 besvaret spørgsmålet om tilstrækkelige kompetencer til at identificere patienter med demens, med 'i meget høj grad (1) eller 'i høj grad' (9 svar).

Ifm. eftermålingen ligger lægernes svar næsten lige fordelt mellem 'i høj grad' og 'delvist' med hhv. 3 og 4 svar; som betyder at de læger der har svaret kunne øge deres kompetencer til at kunne identificere patienter med demens.

Kompetencer til at identificere patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion.

"Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at identificere patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



■ gennemsnit - før ■ efter

"Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at identificere patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



■ Antal svar (terapeuter) fordelt på kategorierne - FØR

"Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at identificere patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



■ Antal svar (terapeuter) fordelt på kategorierne - EFTER

Ergo- og fysioterapeuternes besvarelser ift. spørgsmål 1 ifm. førmålingen vises i øverste figur.

Her vurderer 3 ud af 6 **terapeutfaglige respondenter** (50%), at de 'i meget høj grad' og 'i høj grad' har tilstrækkelige kompetencer, til at identificere patienter med demens og nedsat kognitiv funktion. Kun 2 terapeutfaglige ansatte føler, at deres kompetencer er 'delvist' tilstrækkelige og 1 føler, at kompetencerne er 'i ringe grad' tilstrækkelige.

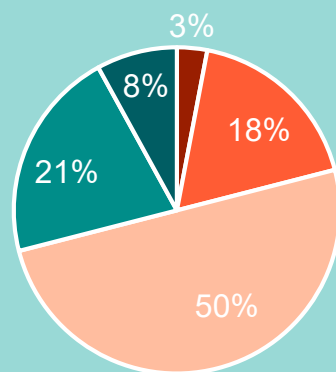
Ifm. eftermålingen vurderer 2 ud af de **9 respondenter** deres kompetencer som værende 'i meget høj grad', 4 'i høj grad' og 3 'delvist' tilstede.

Ifm. eftermålingen ligger det gennemsnitlige svar en del højere, med en værdi på 3,9 (fra maks. 5).



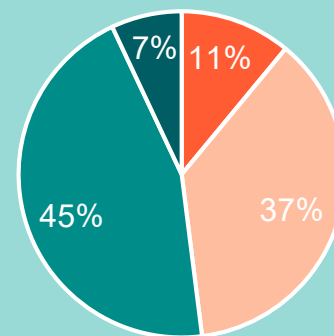
Kompetencer til at vurdere, om patientens medicin er korrekt ift. patientens sygdomsprofil.

Læger og sygeplejersker/SSA - FØR: "Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at gennemgå og vurdere, om patientens medicin er korrekt ift. patientens sygdomsprofil."



■ I meget ringe grad
 ■ I ringe grad
 ■ Delvist
 ■ I høj grad
 ■ I meget høj grad

Læger og sygeplejersker/SSA - EFTER: "Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at gennemgå og vurdere, om patientens medicin er korrekt ift. patientens sygdomsprofil."



■ I meget ringe grad
 ■ I ringe grad
 ■ Delvist
 ■ I høj grad
 ■ I meget høj grad

Følgende spørgsmål omhandlede de sundhedsprofessionelles **kompetencer til at gennemgå og vurdere, om patientens medicin er korrekt ift. patientens sygdomsprofil.**

Spørgsmålet er opstillet på fempunktsskala med vurderingskategorierne; "i meget ringe grad (1)", "i ringe grad (2)", "delvist (3)", "i høj grad (4)" og "i meget høj grad (5)".

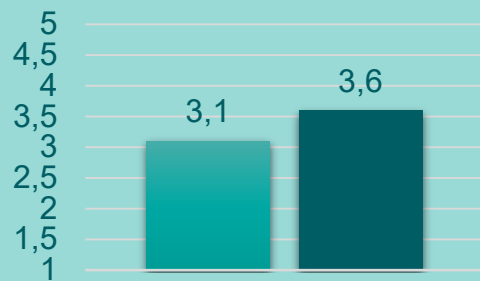
Her vises 2 (læge- og sygeplejefaglige) ud af 3 faggruppers samlede svar ifm. før- (38) og eftermålingen (27), procentuelt fordelt på kategorierne.

Obs. her er der ikke medtaget uoplyst svarkategorier/missing choices i beregningen, som fx 'ikke relevant' eller 'evt. kommentar'.



Kompetencer til at vurdere, om patientens medicin er korrekt ift. patientens sygdomsprofil.

"Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at gennemgå og vurdere, om patientens medicin er korrekt ift. patientens sygdomsprofil."



Sygeplejersker og SSA

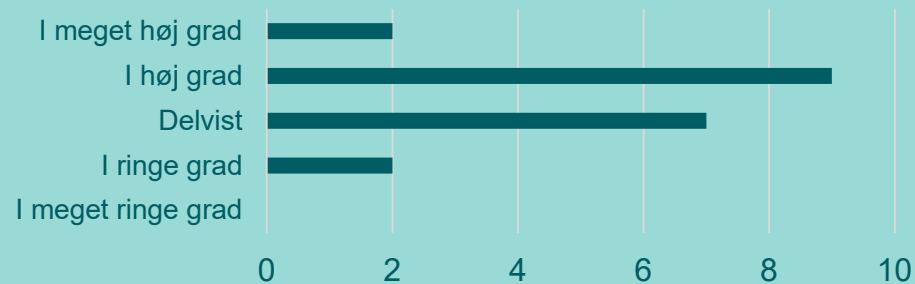
■ gennemsnit - før ■ efter

"Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at gennemgå og vurdere, om patientens medicin er korrekt ift. patientens sygdomsprofil."



■ Svar (sygepl./SSA) fordelt på kategorierne - FØR

"Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at gennemgå og vurdere, om patientens medicin er korrekt ift. patientens sygdomsprofil."



■ Svar (sygepl./SSA) fordelt på kategorierne - EFTER

I de to midterste diagrammer gengives sygeplejerskernes og SSAs svar ift. spørgsmålet om kompetencer til medicingennemgang og -vurdering.

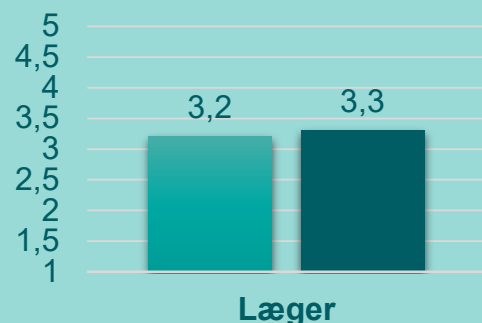
I førmålingen føler 6 ud af **25 respondenter**, at de 'i ringe grad' eller 'i meget ringe grad' har kompetencerne til det. Længst de fleste, 12 ud af 25, svarer med 'delvist' og kun 7 med 'i høj grad' eller 'i meget høj grad'.

I eftermålingen kan der ses en positiv fordeling, da næsten halvdelen ligger i kategorien 'i høj grad' (9 ud af **20 svar**). Dermed ligger gennemsnittet også højere, fra 3,1 steget til 3,6.



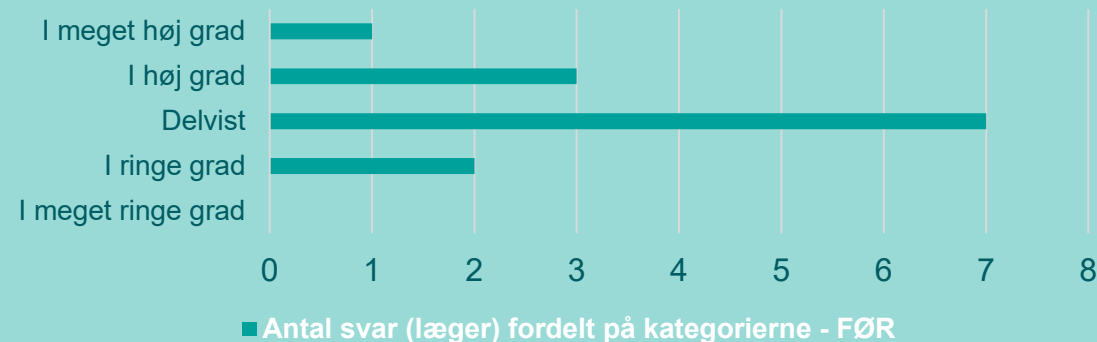
Kompetencer til at vurdere, om patientens medicin er korrekt ift. patientens sygdomsprofil.

"Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at gennemgå og vurdere, om patientens medicin er korrekt ift. patientens sygdomsprofil."

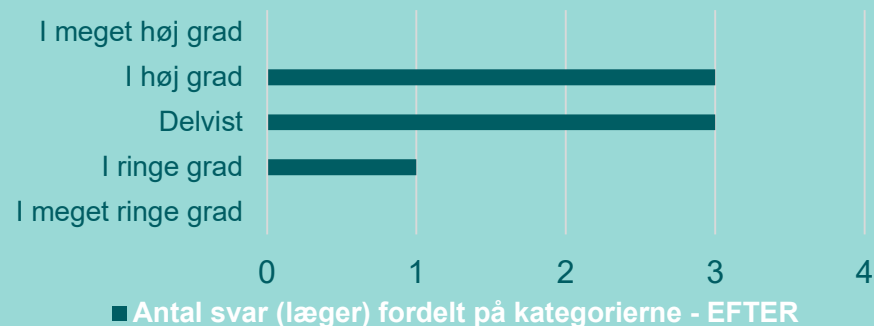


■ gennemsnit - før ■ efter

"Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at gennemgå og vurdere, om patientens medicin er korrekt ift. patientens sygdomsprofil."



"Jeg føler, at jeg har tilstrækkelige kompetencer til at gennemgå og vurdere, om patientens medicin er korrekt ift. patientens sygdomsprofil."



Ifm. førmålingen – inden lægerne fik undervisning i medicingennemgang med fokus på antipsykotisk medicin – har 9 ud af **13 læger** vurderet deres kompetencer til at gennemgå patientens medicin som 'delvist' (7) eller 'i ringe grad' (2) forhåndenværende; 4 ud af 13 respondenter føler det 'i høj/meget høj grad'.

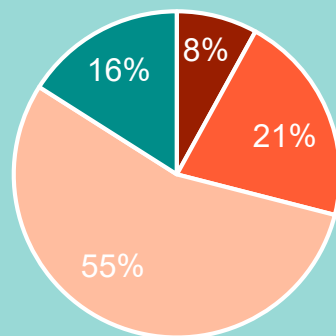
I eftermålingen besvarede **7 læger** spørgsmålet; 4 ud af 7 vurderer kompetencerne i medicingennemgang som 'delvist' (3) eller 'i ringe grad' (1) tilstrækkelige. 3 føler, at de har tilstrækkelige kompetencer 'i høj grad'.

Gennemsnittet har dermed rykket sig med 0,1 fra 3,2 til 3,3.



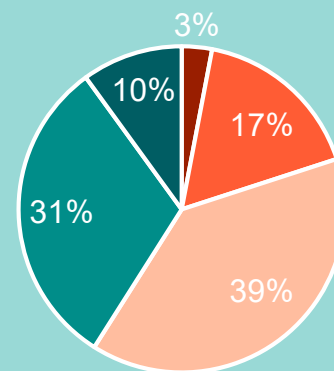
Viden om behandling med antipsyk. medicin til patienter med demens el. nedsat kognitiv funktion.

Læger og sygeplejersker/SSA - FØR: "Jeg føler, at jeg har viden og kompetencer omkring behandling med antipsykotisk medicin til patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



■ I meget ringe grad
 ■ I ringe grad
 ■ Delvist
 ■ I høj grad
 ■ I meget høj grad

Læger og sygeplejersker/SSA - EFTER: "Jeg føler, at jeg har viden og kompetencer omkring behandling med antipsykotisk medicin til patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



■ I meget ringe grad
 ■ I ringe grad
 ■ Delvist
 ■ I høj grad
 ■ I meget høj grad

Følgende spørgsmål omhandlede de sundhedsprofessionelles **viden og kompetencer omkring behandling med antipsykotisk medicin til patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion.**

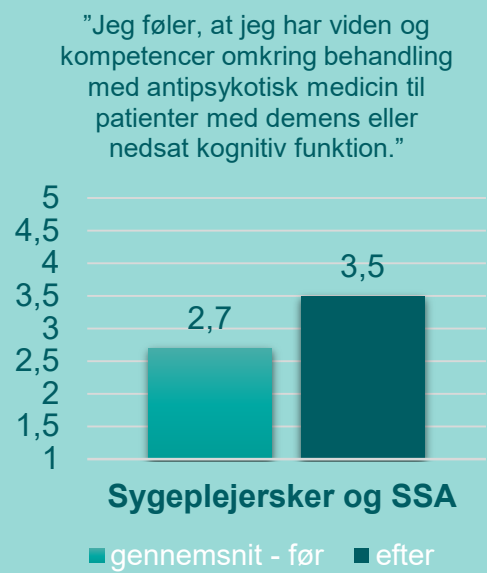
Spørgsmålet er opstillet på fempunktsskala med vurderingskategorierne; "i meget ringe grad (1)", "i ringe grad (2)", "delvist (3)", "i høj grad (4)" og "i meget høj grad (5)".

Her vises 2 (læge- og sygeplejefaglige) ud af 3 faggruppers samlede svar ifm. før- (38) og eftermålingen (29), procentuelt fordelt på kategorierne.

Obs. her er der ikke medtaget uoplyst svarkategorier/missing choices i beregningen, som fx 'ikke relevant' eller 'evt. kommentar'.



Viden om behandling med antipsyk. medicin til patienter med demens el. nedsat kognitiv funktion.



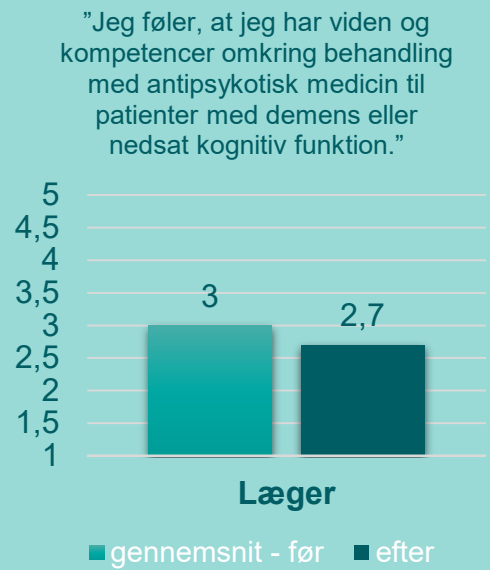
Tallene viser, hvilken viden sygeplejersker og SSA har omkring behandling med antipsykotisk medicin til patienter med demens.

I førmålingen viser der sig en betydelig fordeling på de nederste tre kategorier. 13 ud af **25 respondenter** føler, at viden om antipsykotisk medicin er kun 'delvist' tilstede; 7 svarer med 'i ringe grad' eller 'i meget ringe grad'. Kun 3 føler sig godt rustet ift. viden om behandling med antipsykotisk medicin.

Herimod viser eftermålingen en tungere fordeling på de to øverste kategorier, hvor 11 ud af 22 svarer med 'i meget høj grad' eller 'i høj grad'; 8 føler, de har kun 'delvist' kompetencerne, og 3 'i ringe grad'.

Gennemsnittet har flyttet sig fra 2,7 til 3,5 i eftermålingen.

Viden om behandling med antipsyk. medicin til patienter med demens el. nedsat kognitiv funktion.



Lægerne der ordinerer og seponerer antipsykotisk medicin på afd. O, oplever, at det kan være svært at have tilstrækkelig viden og kompetencer omkring behandling med antipsykotisk medicin.

Både i før- og eftermålingen har de fleste adspurgte læger svaret med 'delvist', hhv. 8 ud af 14, og 3 ud af 7 respondenter.

2 har svaret med 'i ringe/meget ringe grad' ifm. førmålingen, og 3 ifm. eftermålingen.

Kun 3 og 1 i hhv. før- og eftermålingen vurderer deres viden som værende 'i høj grad' tilstrækkelig.

Gennemsnittet ligger på 3 i førmålingen og på 2,7 i eftermålingen.

Kvalitativ analyse - hvad siger fagpersonalet?

Det nævnes af interviewpersoner, at de alle har været fuldt ud tilfreds med undervisningsforløbene på alle tiltagene, endvidere metoderne, hvor der både har været teori, praksislæring og supervision på afdelingen.

Dog er det ikke alle, som har deltaget i al undervisning fx BBAUM, hvilket har gjort, at de ikke alle har haft det samme afsæt. Det kan både have haft en indvirkning på forståelsen af værktøjet, men også på anvendelse og motivation.

Der har kørt undervisning af flere omgange, hvilket har været fint til nyansatte / opdatering for andre.

*"Hvad hjælper det så,
hvis ikke alle har
deltaget i det?"*

Ansæt, afd. O

*"Praksisnær
undervisning var
virkelig godt."*

Ansæt, afd. O

*"Bliver sårbart hvis det
er kun enkeltvise
personer."*

Ansæt, afd. O



Viden og kompetencer

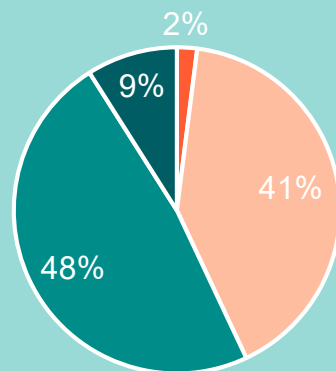


**Erfaringer og
kendskab**



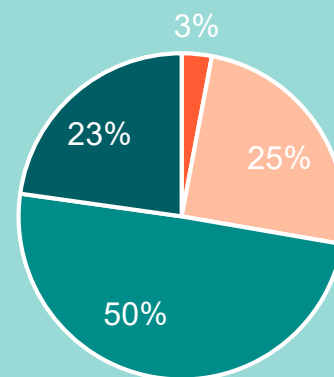
Erfaring med, at kunne yde den rette behandling/pleje af patienter med demens el. nedsat kognition.

Faglighederne samlet - FØR: "Jeg oplever, at min viden og praktiske erfaring er tilstrækkelig til, at jeg kan yde den rette behandling eller pleje af patienter med demens eller nedsat kognition."



■ I meget ringe grad
 ■ I ringe grad
 ■ Delvist
 ■ I høj grad
 ■ I meget høj grad

Faglighederne samlet - EFTER: "Jeg oplever, at min viden og praktiske erfaring er tilstrækkelig til, at jeg kan yde den rette behandling eller pleje af patienter med demens eller nedsat kognition."



■ I meget ringe grad
 ■ I ringe grad
 ■ Delvist
 ■ I høj grad
 ■ I meget høj grad

Følgende spørgsmål omhandlede de sundhedsprofessionelles **viden og praktiske erfaring med, at kunne yde den rette behandling eller pleje af patienter med demens eller nedsat kognition.**

Spørgsmålet er opstillet på fempunktsskala med vurderingskategorierne; "i meget ringe grad (1)", "i ringe grad (2)", "delvist (3)", "i høj grad (4)" og "i meget høj grad (5)".

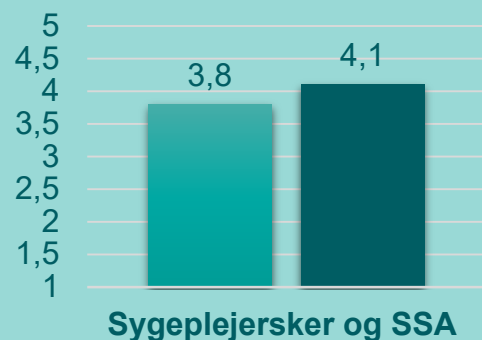
Her vises 3 ud af 3 faggruppers samlede svar ifm. før- (46) og eftermålingen (40), procentuelt fordelt på kategorierne.

Obs. her er der ikke medtaget uoplyst svarkategorier/missing choices i beregningen, som fx 'evt. kommentar'.



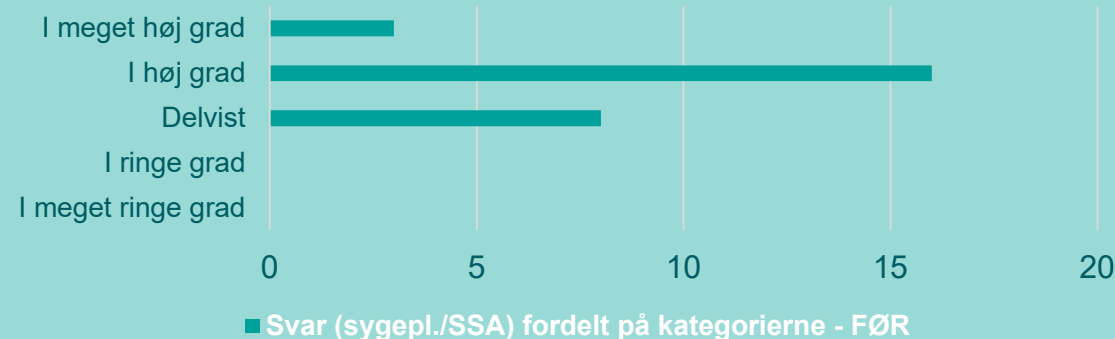
Erfaring med, at kunne yde den rette behandling/pleje af patienter med demens el. nedsat kognition.

"Jeg oplever, at min viden og praktiske erfaring er tilstrækkelig til, at jeg kan yde den rette behandling/pleje af patienter med demens eller nedsat kognition."

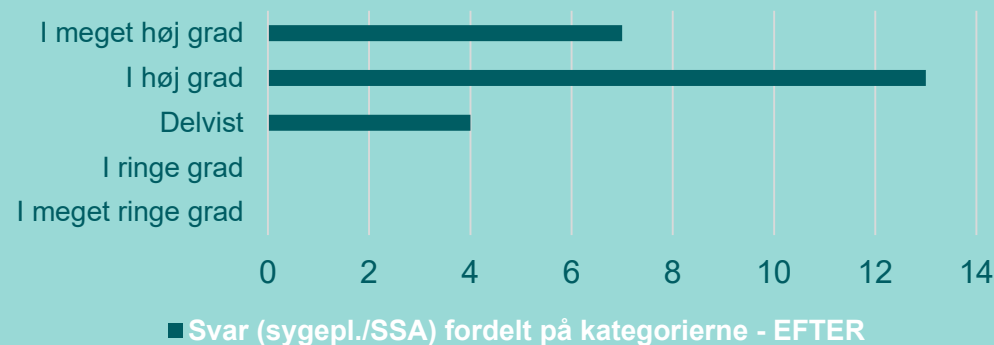


■ gennemsnit - før ■ efter

"Jeg oplever, at min viden og praktiske erfaring er tilstrækkelig til, at jeg kan yde den rette behandling eller pleje af patienter med demens eller nedsat kognition."



"Jeg oplever, at min viden og praktiske erfaring er tilstrækkelig til, at jeg kan yde den rette behandling eller pleje af patienter med demens eller nedsat kognition."



I førmålingen vurderer 19 ud af de **27 adspurgte** sygeplejersker og SSA'er på afdeling O deres viden og erfaring som 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' tilstrækkelige, til at kunne yde den rette pleje af patienter med demens eller nedsat kognition. 8 oplever det som 'delvist'.

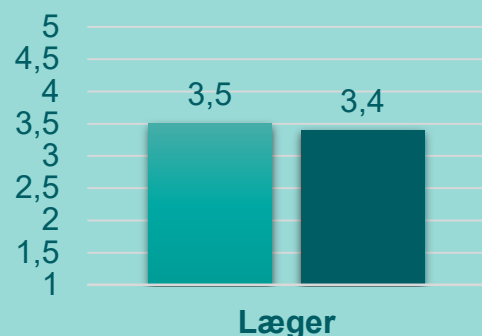
I eftermålingen svarer 20 ud af **24 respondenter** med 'i meget høj grad' eller 'i høj grad', at deres viden og erfaringer er tilstrækkelige, til at kunne yde den rette behandling af patienter med demens eller nedsat kognition.

Gennemsnittet er derfor steget en anelse, fra 3,8 ifm. førmålingen til 4,1 ifm. eftermålingen.



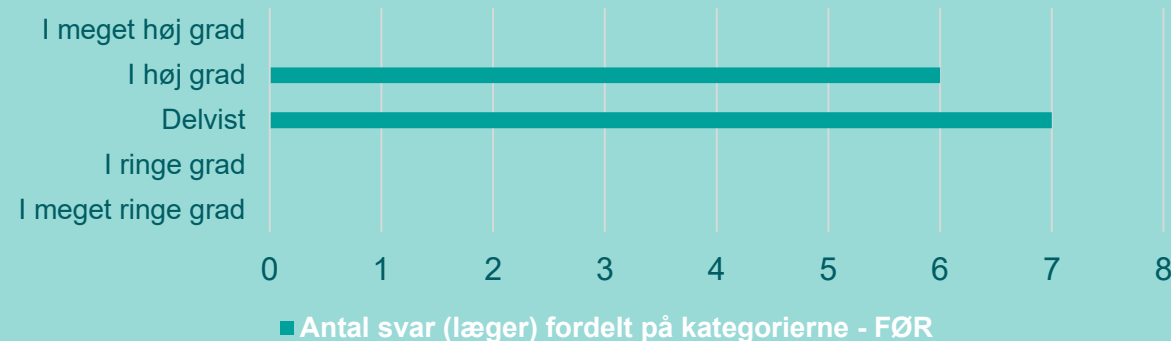
Erfarings med, at kunne yde den rette behandling/pleje af patienter med demens el. nedsat kognition.

"Jeg oplever, at min viden og praktiske erfaring er tilstrækkelig til, at jeg kan yde den rette behandling/pleje af patienter med demens eller nedsat kognition."

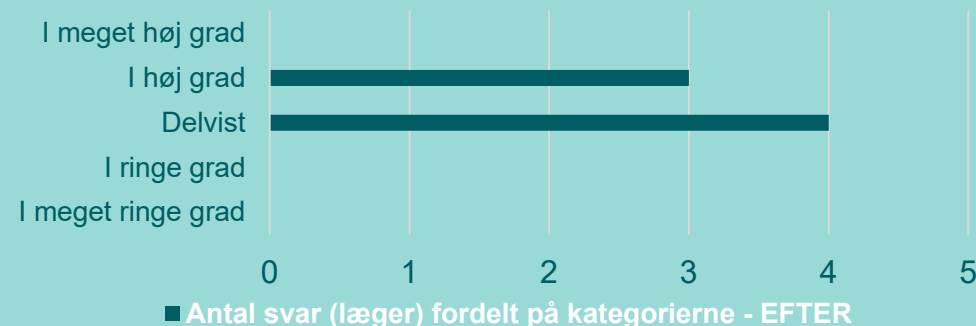


■ gennemsnit - før ■ efter

"Jeg oplever, at min viden og praktiske erfaring er tilstrækkelig til, at jeg kan yde den rette behandling eller pleje af patienter med demens eller nedsat kognition."



"Jeg oplever, at min viden og praktiske erfaring er tilstrækkelig til, at jeg kan yde den rette behandling eller pleje af patienter med demens eller nedsat kognition."



Ifm. førmålingen vurderer 7 ud af **13 læger** deres viden og erfaring som 'delvist' tilstrækkelige; 6 læger vurderer det som 'i høj grad'.

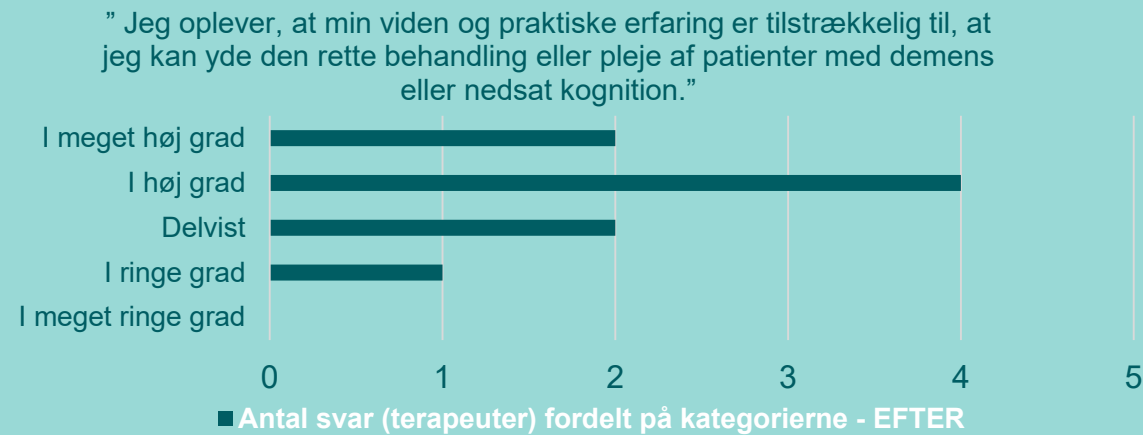
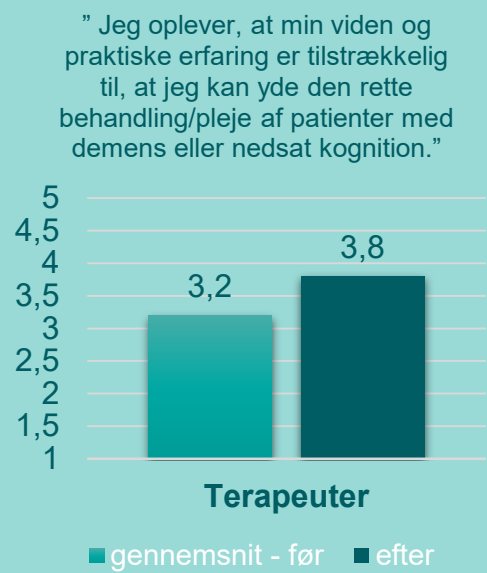
I eftermålingen ligger svarene næsten på det samme niveau, hvor 4 ud af **7 respondenter** har svaret med 'delvist' og 3 med 'i høj grad', at deres viden og erfaringer er tilstrækkelige til at kunne yde den rette behandling af patienter med demens eller nedsat kognition.

Gennemsnittet har på baggrund af disse svarfordelinger ikke rykket sig meget, fra før- til eftermålingen.

Der er dog et vigtigt opmærksomhedspunkt, som er den begrænsede mulighed for sammenligning, da svarprocenten ligger meget lavere og ikke alle læger fra førmålingen har svaret.



Erfaring med, at kunne yde den rette behandling/pleje af patienter med demens el. nedsat kognition.



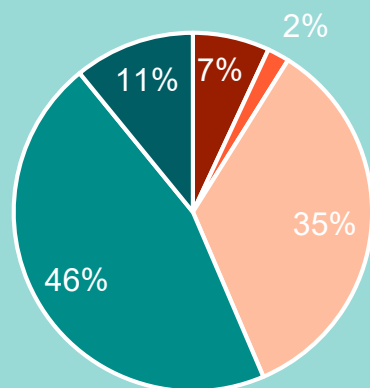
I førmålingen vurderer 1 ud af **6 terapeutfaglige respondenter** egne erfaringer og viden som 'i meget høj grad' tilstrækkelige, til at kunne yde den rette pleje af patienter med demens eller nedsat kognition. Størstedelen, 4 ud af 6, oplever deres viden og erfaringer som delvist tilstrækkelige.

I eftermålingen svarer derimod 6 ud af **9 respondenter** med 'i meget høj grad' eller 'i høj grad'. 2 vurderer deres erfaringer som delvist tilstrækkelige, og 1 oplever det 'i ringe grad', at have tilstrækkelige erfaringer til at kunne yde den rette behandling eller pleje af patienter med demens eller nedsat kognition.

Ifm. eftermålingen ligger gennemsnittet på 3,8.

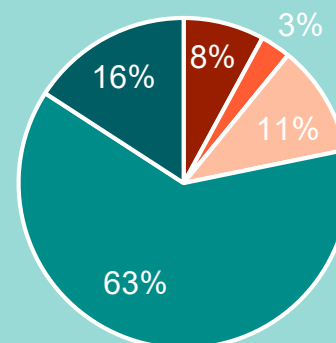
Kendskab til (et bredt udsnit af) non-farmakologiske indsatser til patienter med demens.

Faglighederne samlet - FØR: "Jeg oplever, at jeg har kendskab til non-farmakologiske indsatser til patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



■ I meget ringe grad
■ I ringe grad
■ Delvist
■ I høj grad

Faglighederne samlet - EFTER: "Jeg oplever, at jeg har kendskab til et bredt udsnit af non-farmakologiske indsatser til patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



■ I meget ringe grad
■ I ringe grad
■ Delvist
■ I høj grad

Følgende spørgsmål omhandlede de sundhedsprofessionelles **kendskab til (et bredt udsnit af) non-farmakologiske indsatser til patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion.**

Spørgsmålet er opstillet på fempunktsskala med vurderingskategorierne; "i meget ringe grad (1)", "i ringe grad (2)", "delvist (3)", "i høj grad (4)" og "i meget høj grad (5)".

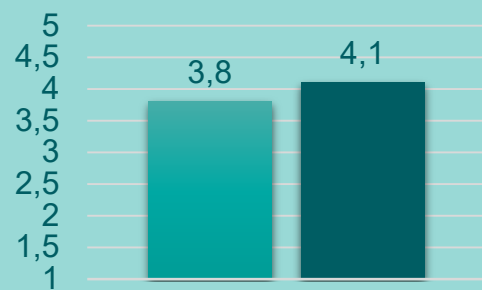
Her vises 3 ud af 3 faggruppers samlede svar ifm. før- (46) og eftermålingen (38), procentuelt fordelt på kategorierne.

Obs. der er ikke medtaget kommentar omkring specifikke indsatser som respondenterne har kendskab til (se rapport ifm. førmålingen).



Kendskab til (et bredt udsnit af) non-farmakologiske indsatser til patienter med demens.

"Jeg oplever, at jeg har kendskab til (et bredt udsnit af) non-farmakologiske indsatser til patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



Sygeplejersker og SSA

■ gennemsnit - før ■ efter

"Jeg oplever, at jeg har kendskab til non-farmakologiske indsatser til patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



■ Svar (sygepl./SSA) fordelt på kategorierne - FØR

"Jeg oplever, at jeg har kendskab til et bredt udsnit af non-farmakologiske indsatser til patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



■ Svar (sygepl./SSA) fordelt på kategorierne - EFTER

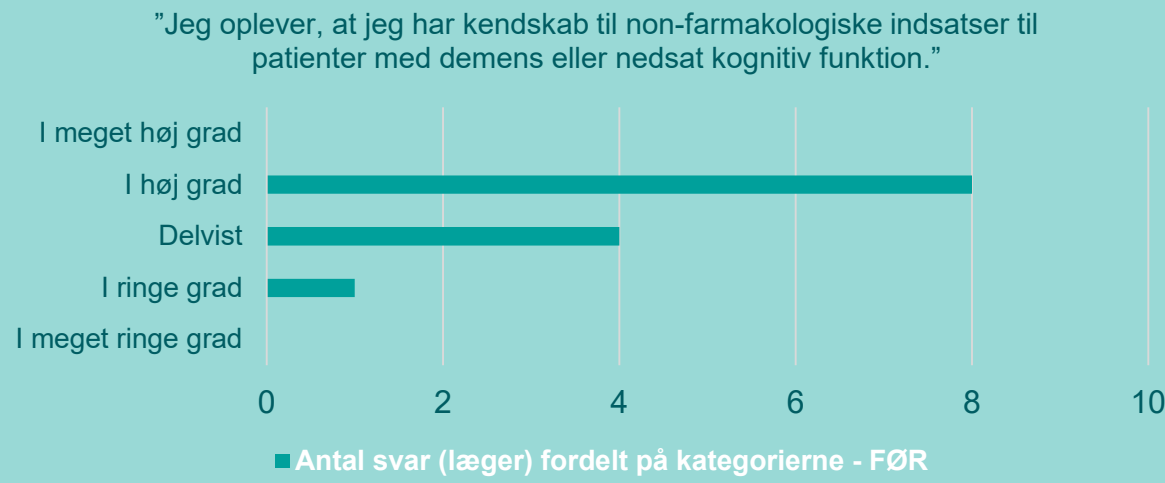
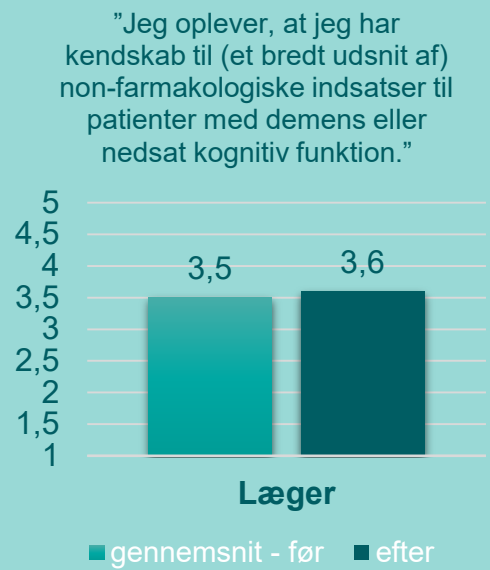
Ifm. førmålingen svarer **27 sygeplejersker og SSA'er** på spørgsmålet om kendskab til non-farmakologiske indsatser til patienter med demens eller nedsat kognition. 10 ud af disse 27 vurderer at 'delvist' have kendskab til non-farmakologiske tiltag, men de fleste svarer med 'i meget høj' og 'i høj grad' (17 ud af 27).

Ifm. eftermålingen vender svarene sig til det yderst positive, idet 21 ud af **23 respondenter** oplever at have 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' kendskab til et bredt udsnit af non-farmakologiske tiltag og indsatser til patienter med demens.

Gennemsnittet har rykket sig fra 3,8 til 4,1.



Kendskab til (et bredt udsnit af) non-farmakologiske indsatser til patienter med demens.



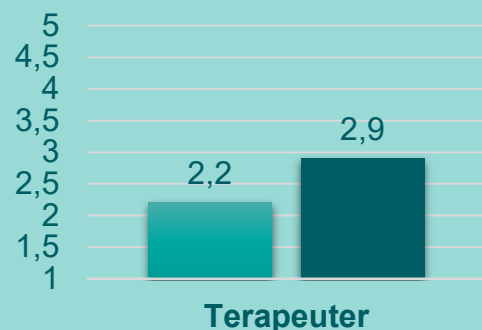
I førmålingen vurderer 8 ud af **13 læger**, at deres kendskab til et bredt udsnit af non-farmakologiske indsatser til patienter med demens er 'i høj grad' tilstede. 5 læger ligger i vurderingskategorierne 'delvist' (4) eller 'i ringe grad' (1).

I eftermålingen svarer 4 ud af **7 respondenter** med 'i høj grad'. De resterende 3 vurderer deres kendskab til non-farmakologiske indsatser som 'delvist' forhåndenværende.

Gennemsnittet ligger lidt højere ifm. eftermålingen, på 3,6. (Man skal dog være opmærksom på begrænset mulighed for at generalisere og sammenligne, da svarprocenten i eftermålingen ligger meget lav.)

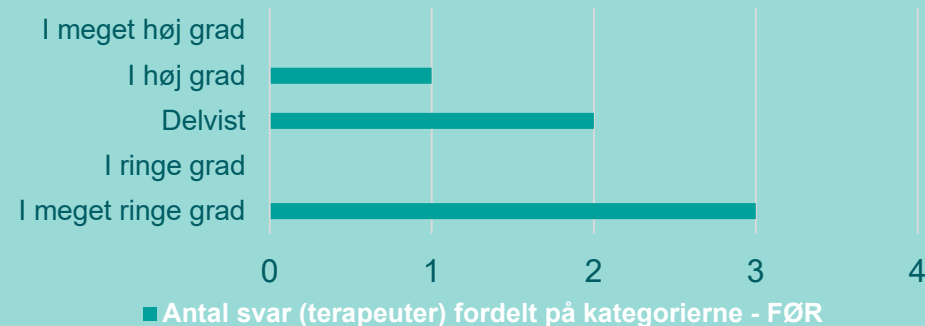
Kendskab til (et bredt udsnit af) non-farmakologiske indsatser til patienter med demens.

"Jeg oplever, at jeg har kendskab til (et bredt udsnit af) non-farmakologiske indsatser til patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."

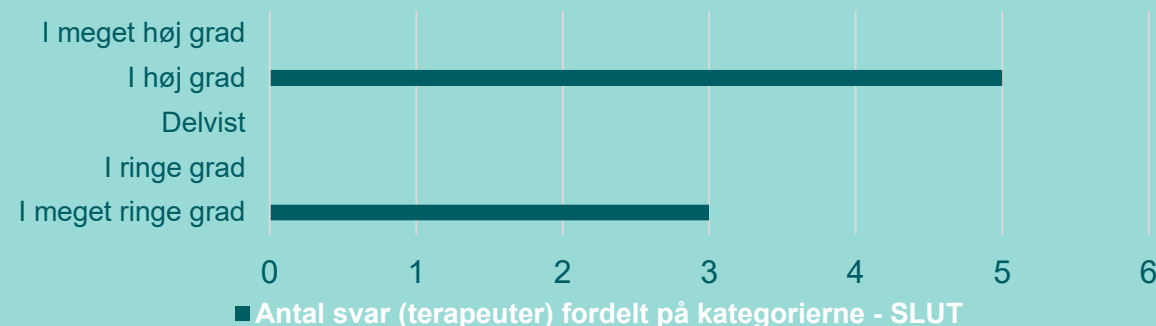


■ gennemsnit - før ■ efter

"Jeg oplever, at jeg har kendskab til non-farmakologiske indsatser til patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



"Jeg oplever, at jeg har kendskab til et bredt udsnit af non-farmakologiske indsatser til patienter med demens eller nedsat kognitiv funktion."



I førmålingen vurderer 1 ud af **6 terapeuterne**, at hun/han 'i høj grad' har kendskab til non-farmakologiske indsatser til patienter med demens eller nedsat kognition. 5 vurderer det til at være 'delvist' (2) og 'i meget ringe grad' (3) tilstede.

I eftermålingen til gengæld svarer 5 ud af **8 respondenter** 'i høj grad'. De resterende 3 vurderer deres kendskab til non-farmakologiske indsatser som 'i meget ringe grad' forhåndenværende.

Gennemsnittet ligger højere ifm. eftermålingen, på 2,9.



Kvalitativ analyse - hvad siger fagpersonalet?

Der er mange med stor erfaring inden for deres fag, men der har i projektperioden været en del udskiftning på selve afdelingen, hvilket har vist sig at have både positive og negative konsekvenser for anvendelse af de non-farmakologiske tiltag.

Fx er der særligt ift. BBAUM en tendens til, at især personaler der er relativt nye på afdelingen er mere åbne overfor at anvende BBAUM, mens det er nævnt, at nogle af dem med større anciennitet har større modstand. Der er ikke modstand mod projektets formål og anvendelse af non-farmakologiske værktøjer, tværtimod. Men BBAUM kan godt (af)bryde de eksisterende arbejdsgange og tilgange for nogle. Det er blevet nævnt, at grundlæggende nærvær kan være lige så godt, og at andre non-farmakologiske metoder kan virke ligeså godt som BBAUM.

Særligt plejegruppen har fokus på (den brede) anvendelse af de non-farmakologiske tiltag, og de oplever, at de har været virknings- og meningsfulde.

"Man tænker på en anden måde omkring patienten, man er observerende på en anden måde [om non-farmakologiske tiltag]."

Ansæt, afd. O

"Noget gammelt og grundlæggende er blevet gjort fancy [om BBAUM]."

Ansæt, afd. O



Erfaringer og kendskab

"Det har flyttet noget, helt klart! [Om non-farmakologiske tiltag]."

Ansæt, afd. O



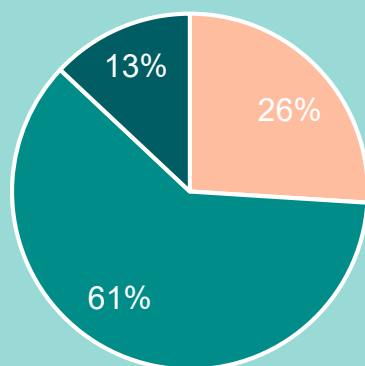
**Forståelse og
åbenhed**



Forståelse

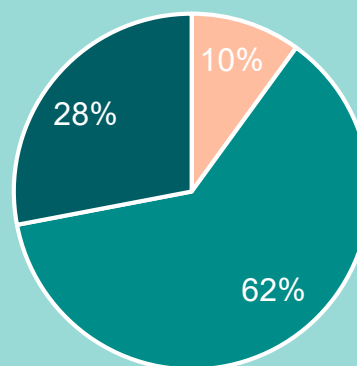
for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på.

Faglighederne samlet - FØR: "Jeg oplever, at jeg har en god forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på."



■ I meget ringe grad
■ I ringe grad
■ Delvist
■ I høj grad
■ I meget høj grad

Faglighederne samlet - EFTER: "Jeg oplever, at jeg har en god forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på."



■ I meget ringe grad
■ I ringe grad
■ Delvist
■ I høj grad
■ I meget høj grad

Følgende spørgsmål omhandlede de sundhedsprofessionelles **forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på.**

Spørgsmålet er opstillet på fempunktsskala med vurderingskategorierne; "i meget ringe grad (1)", "i ringe grad (2)", "delvist (3)", "i høj grad (4)" og "i meget høj grad (5)".

Her vises 3 ud af 3 faggruppers samlede svar ifm. før- (46) og eftermålingen (40), procentuelt fordelt på kategorierne.

Obs. her er der ikke medtaget uoplyst svarkategorier/missing choices i beregningen, som fx 'evt. kommentar'.



Forståelse

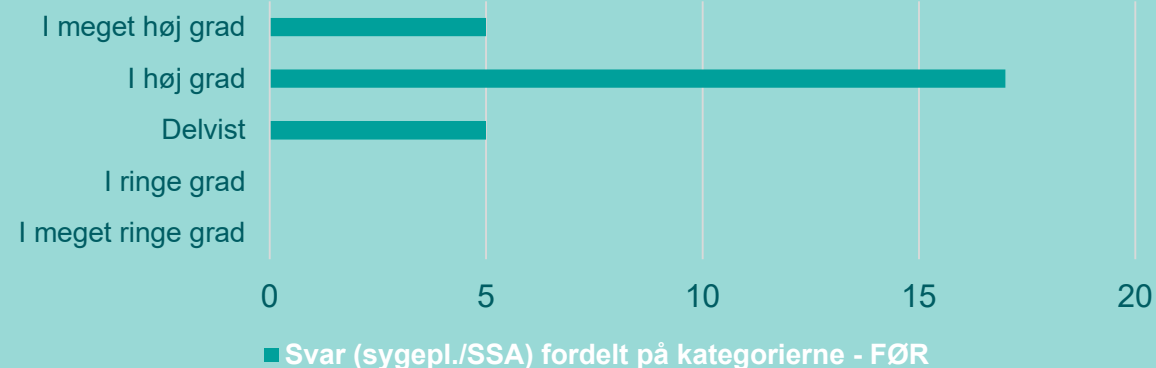
for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på.

"Jeg oplever, at jeg har en god forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på."

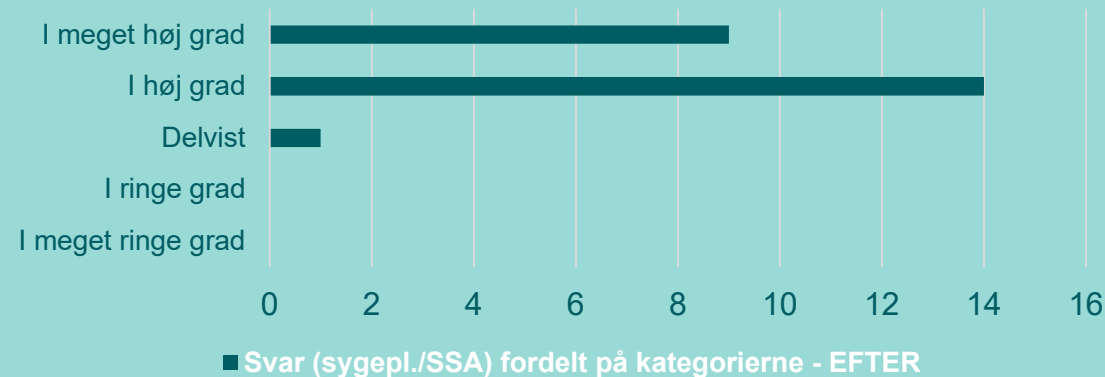


■ gennemsnit - før ■ efter

"Jeg oplever, at jeg har en god forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på."



"Jeg oplever, at jeg har en god forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på."



I diagrammerne vises sygeplejerskernes svar ift. deres forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognition agerer på.

Ifm. førmålingen vurderer 22 ud af **27 respondenter**, at de har 'i høj/meget høj grad' en god forståelse for patientens adfærd. Kun 5 vurderer det som 'delvist'.

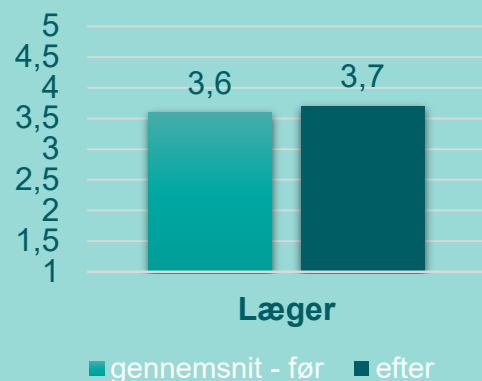
I eftermålingen ligger svarene endda mere positivt, da 23 ud af **24 sygeplejersker/SSA** svarer med 'i meget høj grad' eller 'i høj grad', og kun 1 svar ligger i kategorien 'delvist'.

Gennemsnittet har derfor rykket sig fra 4 til 4,3.

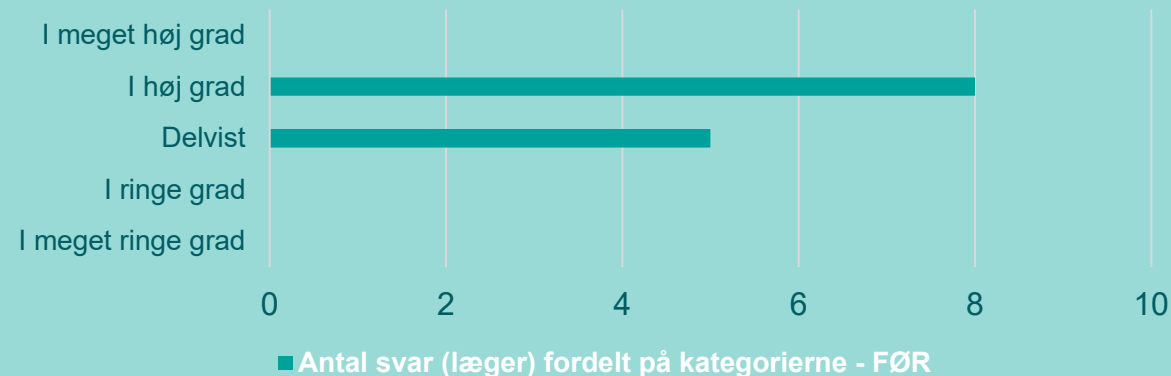


Forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på.

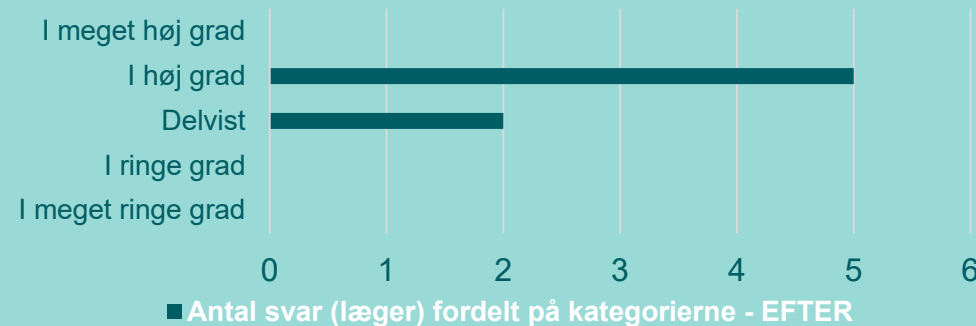
"Jeg oplever, at jeg har en god forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på."



"Jeg oplever, at jeg har en god forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på."



"Jeg oplever, at jeg har en god forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på."



Her vises lægernes egenvurderinger ift. deres forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognition agerer på.

Ifm. førmålingen vurderer 8 ud af **13 respondenter**, at de har 'i høj grad' forståelse for patientens adfærd; 5 vurderer det som 'delvist'.

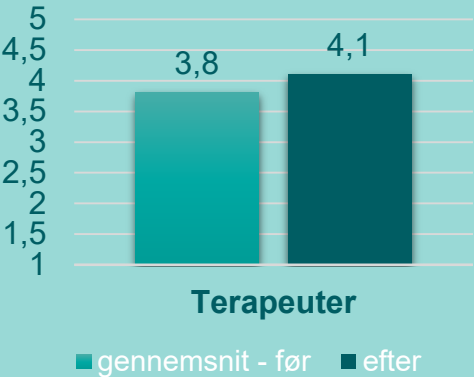
I eftermålingen vurderer 5 ud af 7 læger, at de 'i høj grad' har en god forståelse for den måde en patient med demens agerer på, og 2 har 'delvist' en god forståelse for det.

Gennemsnittet ligger kun lidt højere ifm. eftermålingen, på 3,7 (fra 3,6). (Husk at være opmærksom på begrænsning for direkte sammenligning, da svarprocent ligger meget lav, og ikke alle læger fra førmålingen har svaret.)

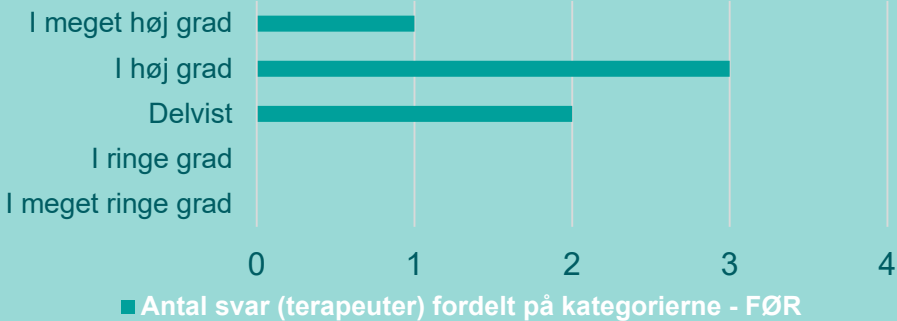


Forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på.

"Jeg oplever, at jeg har en god forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på."



"Jeg oplever, at jeg har en god forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på."



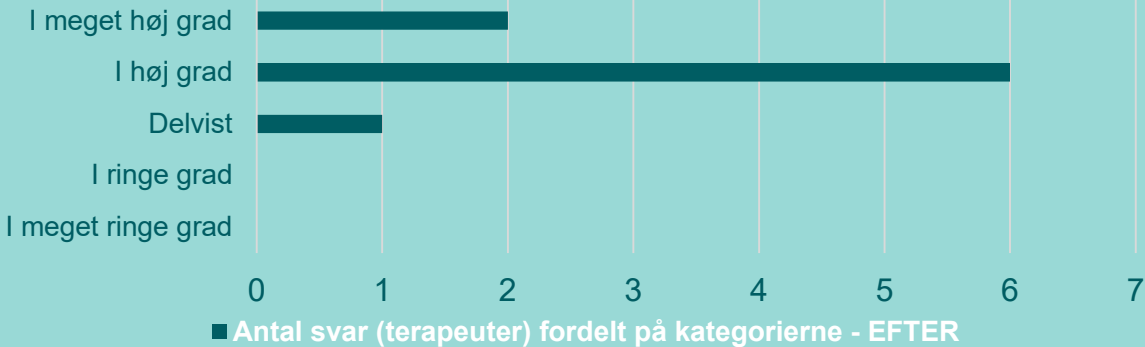
I førmålingen vurderer 4 ud af 6 **terapeuter** 'i meget høj grad' eller 'i høj grad', at have en god forståelse for den måde en patient med demens agerer på. Kun 2 oplever det som 'delvist' tilstedeværende.

I eftermålingen har det vendt sig til det positive, idet 8 ud af 9 **respondenter** ligger i kategorierne 'i meget høj grad' og 'i høj grad'. Der er 1, der synes det som 'delvist' forhåndenværende.

Gennemsnittet ligger meget højere ifm. eftermålingen, på 4,1 (steget fra 3,8).



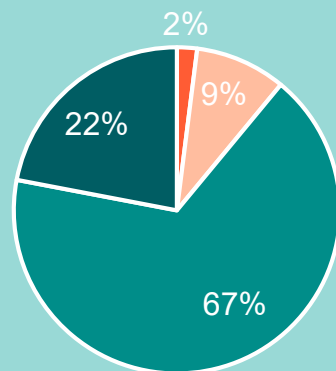
"Jeg oplever, at jeg har en god forståelse for den måde en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion agerer på."



Åbenhed

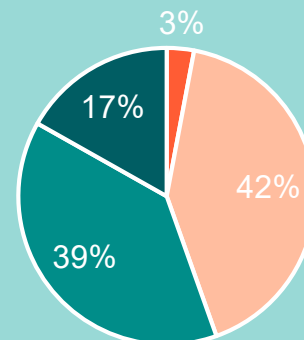
ift. at ændre arbejdsgange/fortsætte indsatser for at matche patientens behov.

Faglighederne samlet - FØR: "Jeg er åben og indstillet på at ændre planlagte arbejdsgange for at matche de behov en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion har."



■ I meget ringe grad ■ I ringe grad
 ■ Delvist ■ I høj grad
 ■ I meget høj grad

Faglighederne samlet – EFTER: "Jeg er åben og indstillet på fortsat at arbejde med de nye indsatser (BASIC-Q, 'Hvem er jeg'-skema, tyngdedyner og BBAUM behandling) for at matche de behov en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion har."



■ I meget ringe grad ■ I ringe grad
 ■ Delvist ■ I høj grad
 ■ I meget høj grad



Følgende spørgsmål omhandlede de sundhedsprofessionelles **indstilling til at ændre planlagte arbejdsgange/ fortsat arbejde med de nye indsatser (BASIC-Q, 'Hvem er jeg'-skema, tyngdedyner og BBAUM behandling) for at matche de behov en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion har.**

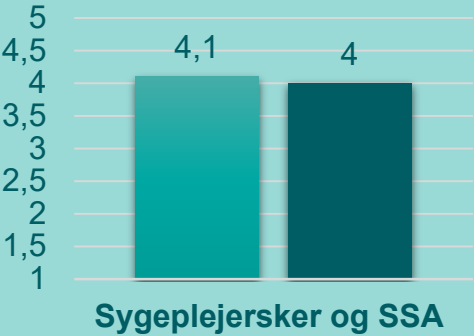
Spørgsmålet er opstillet på fempunktsskala med vurderingskategorierne; "i meget ringe grad (1)", "i ringe grad (2)", "delvist (3)", "i høj grad (4)" og "i meget høj grad (5)".

Alle 3 faggruppers svar ifm. før- (46) og eftermålingen (36) vises her i form af procentfordeling.

Obs. her er der ikke medtaget uoplyst svarkategorier, som fx 'ikke relevant', 'evt. kommentar'.

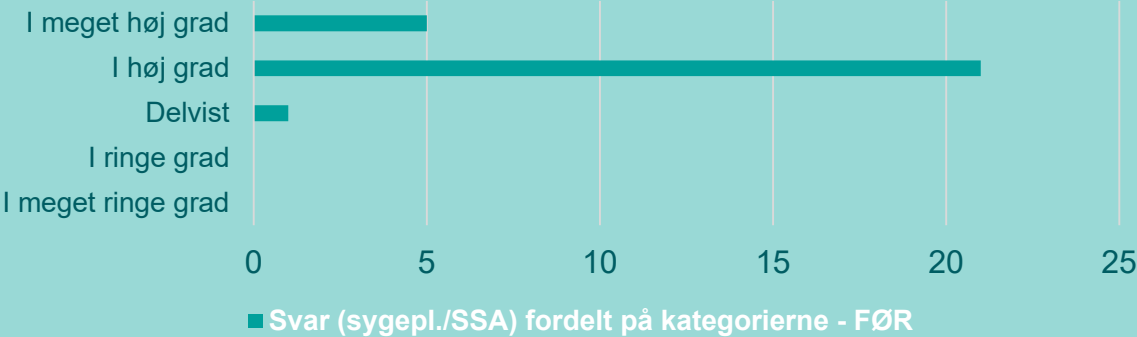
Åbenhed ift. at ændre arbejdsgange/fortsætte indsatser for at matche patientens behov.

"Jeg er åben og indstillet på at ændre arbejdsgange/fortsat arbejde med de nye indsatser for at matche de behov en patient m. demens/nedsat kognition har."

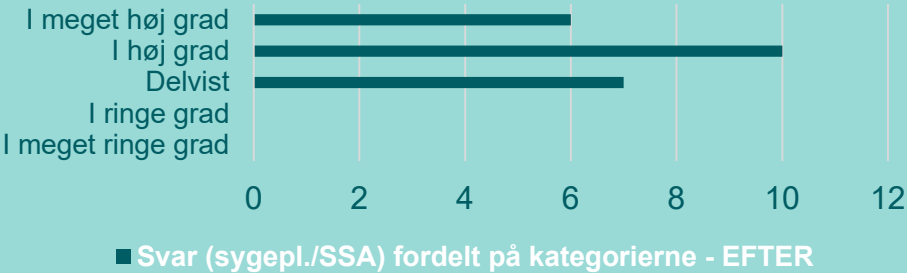


■ gennemsnit - før ■ efter

"Jeg er åben og indstillet på at ændre planlagte arbejdsgange for at matche de behov en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion har."



"Jeg er åben og indstillet på fortsat at arbejde med de nye indsatser (BASIC-Q, 'Hvem er jeg'-skema, tyngdedynner og BBAUM behandling) for at matche de behov en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion har."



I førmålingen vurderer 21 ud af **27 sygeplejersker/SSA**, at de 'i høj grad' er åbne og indstillet på at ændre planlagte arbejdsgange for at matche de behov en patient med demens eller nedsat kognition måtte have. 5 er 'i meget høj grad' parate til det, og kun 1 'delvist'.

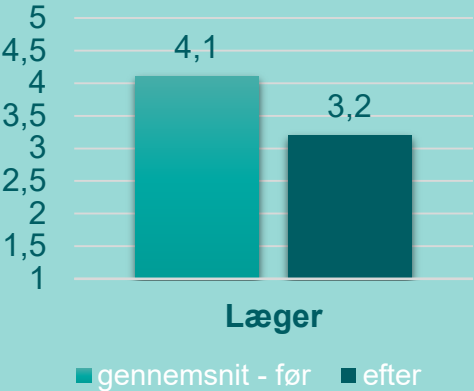
I eftermålingen, efter afprøvningen af de specifikke indsatser, er tendensen lidt faldende, idet 16 ud af **23** er stadig klar til at matche patientens behov. Kun 7 er 'delvist' indstillet på det.

Gennemsnittet ligger derfor en lavere ifm. eftermålingen, på 4 (faldt fra 4,1).

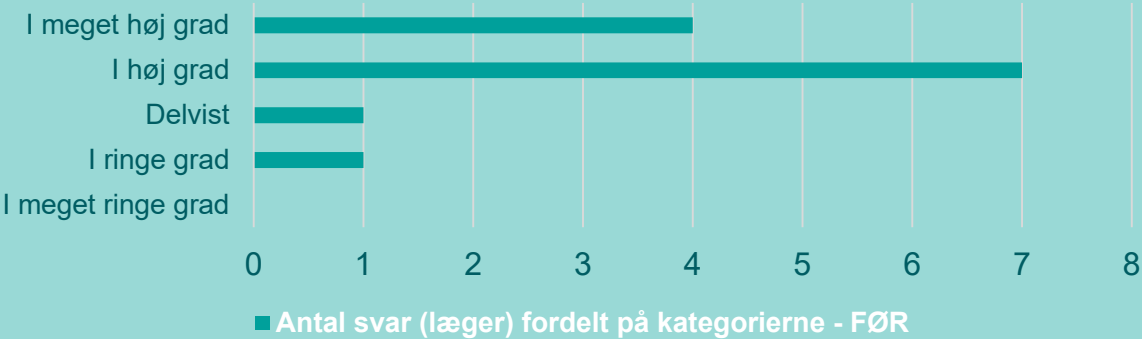


Åbenhed ift. at ændre arbejdsgange/fortsætte indsatser for at matche patientens behov.

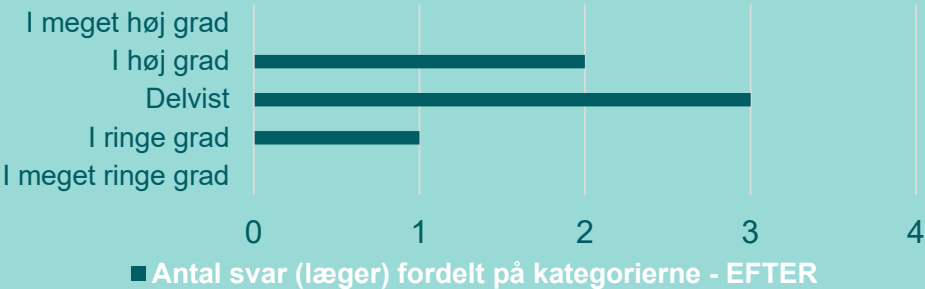
"Jeg er åben og indstillet på at ændre arbejdsgange/fortsat arbejde med de nye indsatser for at matche de behov en patient m. demens/nedsat kognition har."



"Jeg er åben og indstillet på at ændre planlagte arbejdsgange for at matche de behov en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion har."



"Jeg er åben og indstillet på fortsat at arbejde med de nye indsatser (BASIC-Q, 'Hvem er jeg'-skema, tyngdedyner og BBAUM behandling) for at matche de behov en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion har."



Fra lægegruppen har 13 og 6 i hhv. før- og eftermålingen besvaret dette spørgsmål.

I førmålingen er 11 ud af **13 læger** åbne og indstillet på at ændre planlagte arbejdsgange for at matche de behov patienter med demens eller nedsat kognition måtte have. 2 er det 'i ringe grad' eller 'delvist'.

I eftermålingen er tendensen også her lidt faldende, idet kun 2 ud af **6 læger** 'i høj grad' er indstillet på at matche patientens behov, og de fleste (3 ud af 6) er 'delvist' indstillet på det.

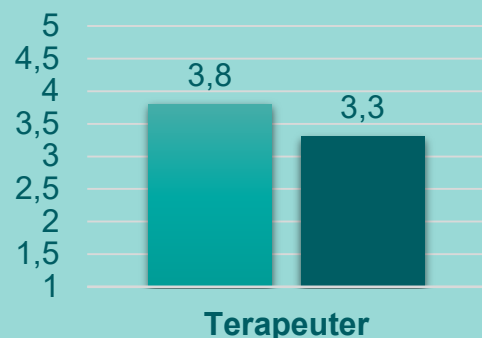
Gennemsnittet er faldet med -0,9 på 3,2 (fra 4,1 i førmålingen).



Åbenhed

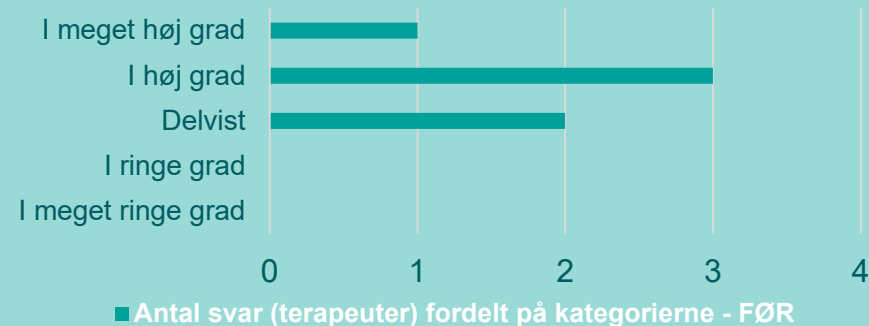
ift. at ændre arbejdsgange/fortsætte indsatser for at matche patientens behov.

"Jeg er åben og indstillet på at ændre arbejdsgange/fortsat arbejde med de nye indsatser for at matche de behov en patient m. demens/nedsat kognition har."

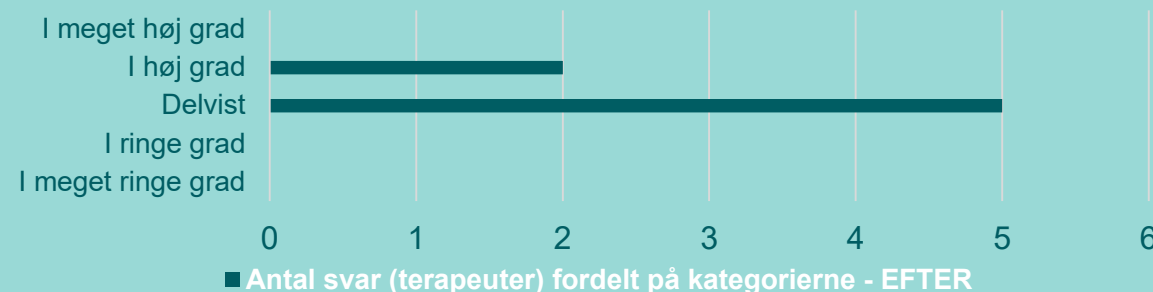


■ gennemsnit - før ■ efter

"Jeg er åben og indstillet på at ændre planlagte arbejdsgange for at matche de behov en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion har."



"Jeg er åben og indstillet på fortsat at arbejde med de nye indsatser (BASIC-Q, 'Hvem er jeg'-skema, tyngdedyner og BBAUM behandling) for at matche de behov en patient med demens eller nedsat kognitiv funktion har."



I førmålingen vurderer 4 ud af 6 **terapeuter** 'i meget høj grad' eller 'i høj grad', at være åben og indstillet på at ændre planlagte arbejdsgange for at matche de behov en patient med demens eller nedsat kognition måtte have. Kun 2 er 'delvist' indstillet på det.

I eftermålingen, efter at personalet havde afprøvet de specifikke indsatser, er tendensen faldt, idet 5 ud af 7 **respondenter** er 'delvist' indstillet på det, og kun 2 'i høj grad'.

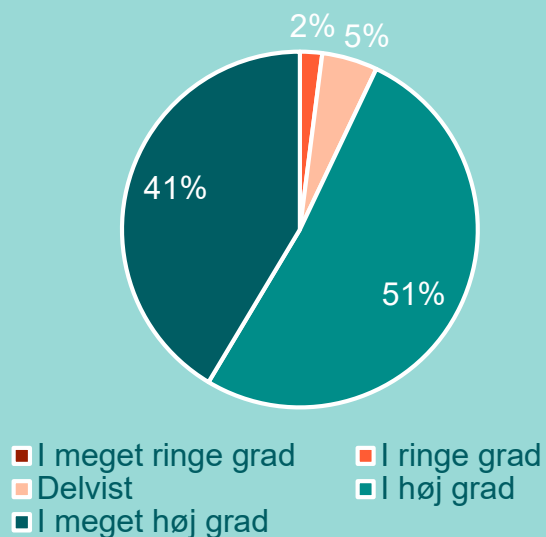
Gennemsnittet ligger derfor en del lavere ifm. eftermålingen, på 3,3 (faldt fra 3,8).



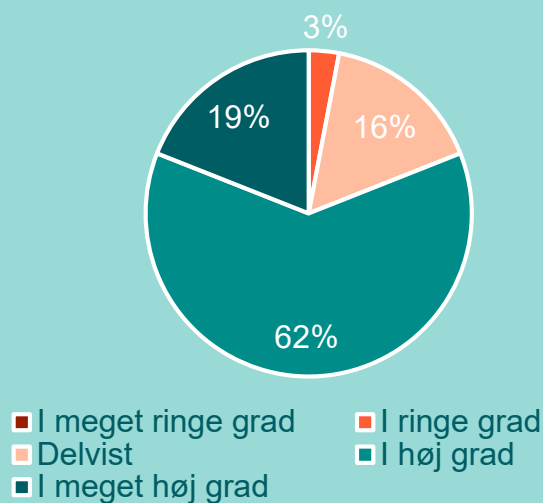
Åbenhed

ift. (fortsat) at afprøve nye indsatser, der kan erstatte behandling med antipsykotisk medicin.

Faglighederne samlet - FØR: "Jeg er åben og indstillet på at afprøve nye indsatser, der eventuelt kan erstatte behandling med antipsykotisk medicin."



Faglighederne samlet - EFTER: "Jeg er åben og indstillet på fortsat at afprøve nye indsatser, der eventuelt kan erstatte behandling med antipsykotisk medicin."



Følgende spørgsmål omhandlede de sundhedsprofessionelles **åbenhed og indstilling til (fortsat) at afprøve nye indsatser, der eventuelt kan erstatte behandling med antipsykotisk medicin.**

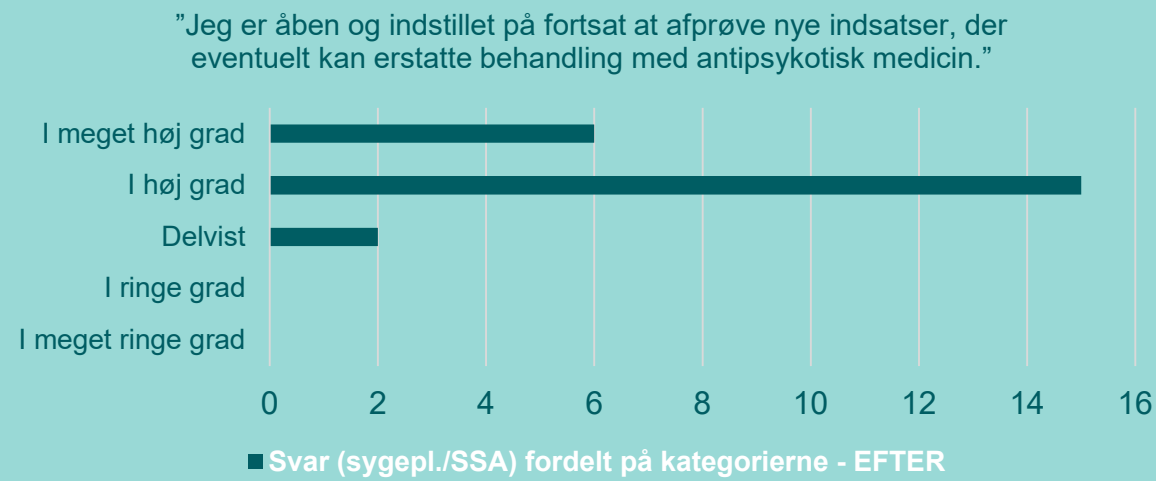
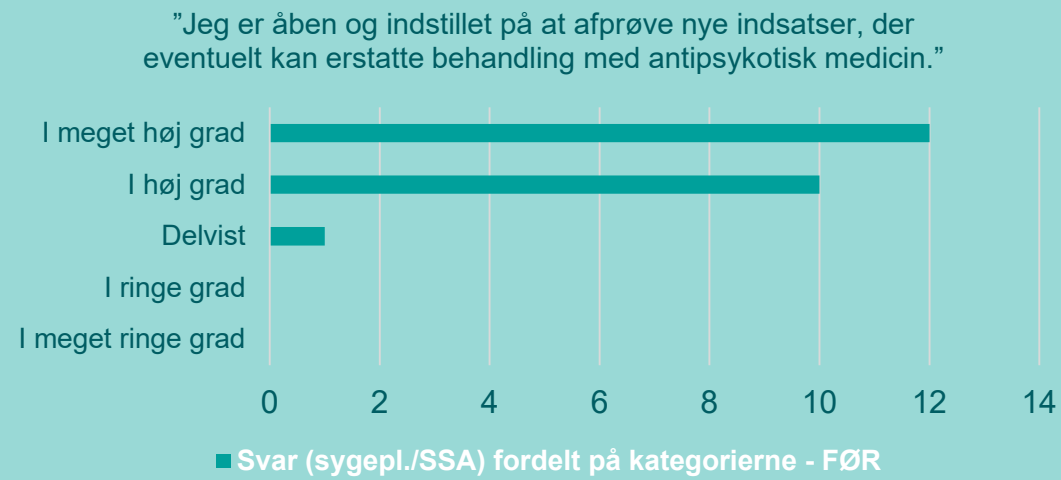
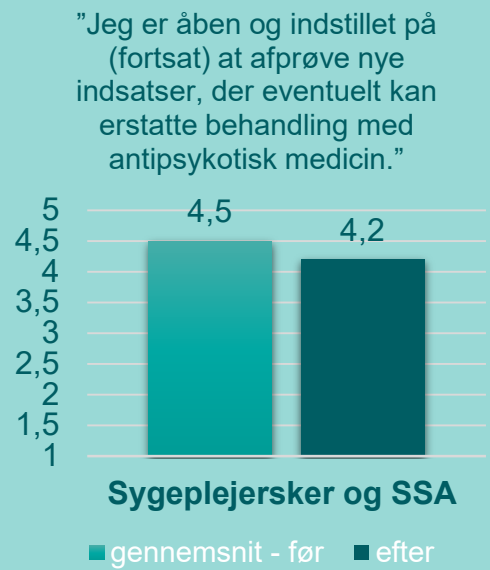
Spørgsmålet er opstillet på fempunktsskala med vurderingskategorierne; "i meget ringe grad (1)", "i ringe grad (2)", "delvist (3)", "i høj grad (4)" og "i meget høj grad (5)".

Alle 3 faggruppers svar ifm. før- (41) og eftermålingen (37) vises her, procentuelt fordelt på kategorierne.

Obs. her er der ikke medtaget uoplyst svarkategorier/missing choices i beregningen, som fx 'evt. kommentar'.



Åbenhed ift. (fortsat) at afprøve nye indsatser, der kan erstatte behandling med antipsykotisk medicin.

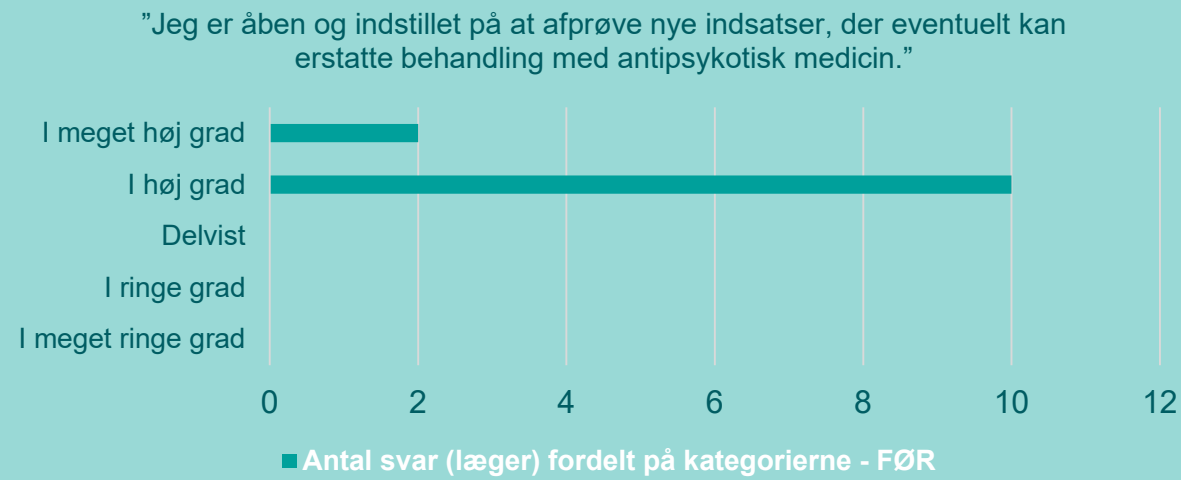
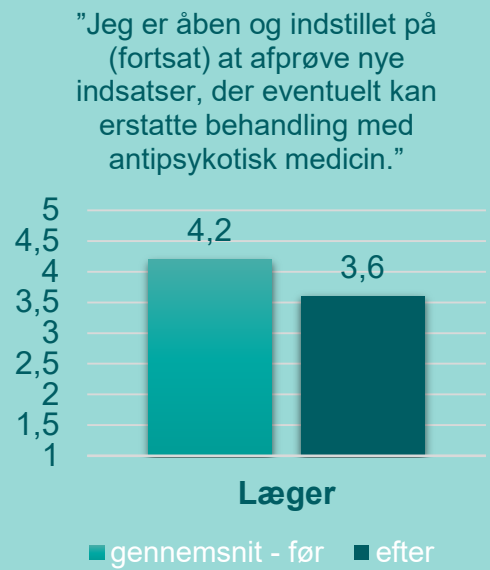


Her er ét af de mest positivt besvarede spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen ifm. formålingen. 22 ud af **23 sygeplejersker/SSA** er 'i meget høj grad' (12 svar) eller 'i høj grad' (10) åbne for at afprøve nye indsatser, der kan erstatte behandling med antipsykotisk medicin. Kun 1 er 'delvist' indstillet på det.

Ifm. eftermålingen er tendensen gået lidt ned, da 21 ud af **23 respondenter** er 'i meget høj grad' (kun 6 svar) eller 'i høj grad' (15) åbne og indstillet på at afprøvet nyt ift. indsatser der kan erstatte behandling med antipsykotisk medicin. 2 svarer med 'delvist'.

Gennemsnittet ligger på (stadig meget positiv) 4,2 ifm. eftermålingen, fra oprindeligt 4,5.

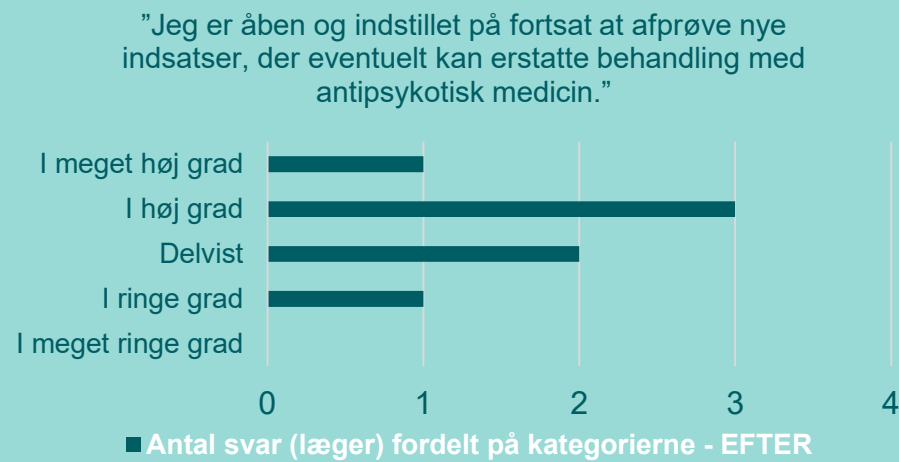
Åbenhed ift. (fortsat) at afprøve nye indsatser, der kan erstatte behandling med antipsykotisk medicin.



Ifm. førmålingen vurderer lægerne deres egen åbenhed og indstilling til at afprøve nyt ift. indsatser til at nedbringe antipsykotisk medicin meget positivt. Alle **12 læger**, der har besvaret spørgsmålet, ligger på 'i meget høj/høj grad'.

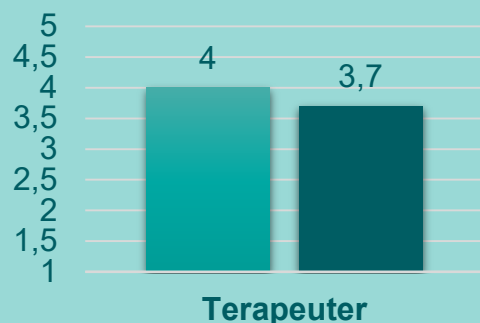
I ifm. eftermålingen er svarene mere spredt. Her svarer 4 ud af **7 læger**, at de er 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' indstillet på at fortsat afprøve nye indsatser, og 3 er enten 'delvist' eller 'i ringe grad' med på det.

Gennemsnittet ligger lavere i eftermålingen, på 3,6 (fra 4,2).



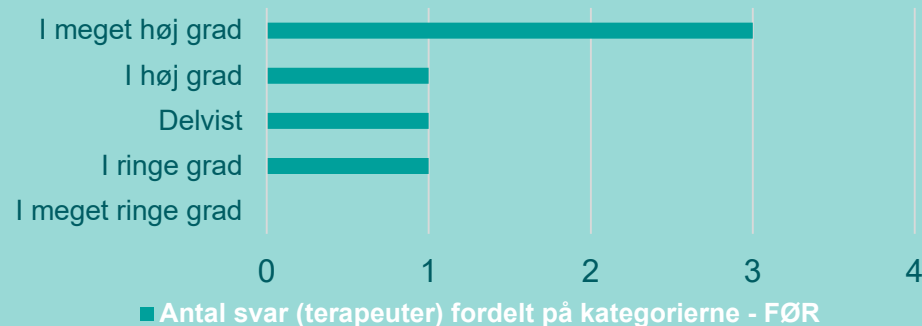
Åbenhed ift. (fortsat) at afprøve nye indsatser, der kan erstatte behandling med antipsykotisk medicin.

"Jeg er åben og indstillet på (fortsat) at afprøve nye indsatser, der eventuelt kan erstatte behandling med antipsykotisk medicin."

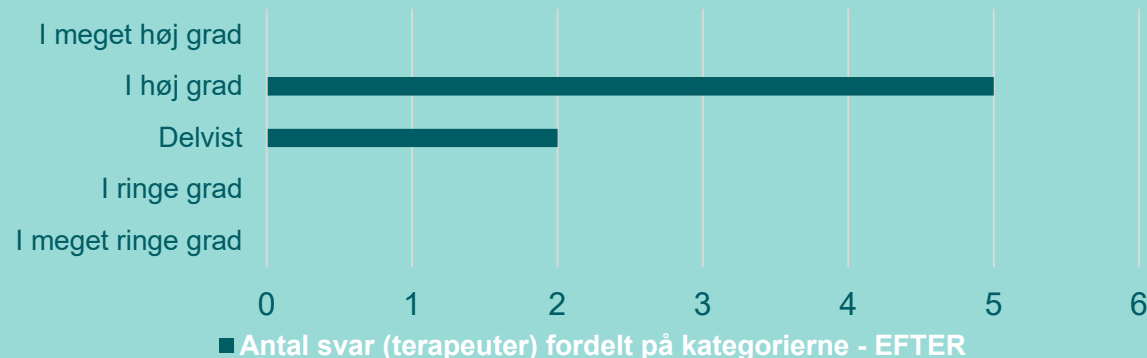


■ gennemsnit - før ■ efter

"Jeg er åben og indstillet på at afprøve nye indsatser, der eventuelt kan erstatte behandling med antipsykotisk medicin."



"Jeg er åben og indstillet på fortsat at afprøve nye indsatser, der eventuelt kan erstatte behandling med antipsykotisk medicin."



Svarene fra hhv. 6 og 7 terapeuter fordeler sig, både i før- og eftermålingen på de mest positive kategorier.

4 ud af **6 terapeuter**, synes dog ifm. førmålingen, at de 'i høj grad' eller 'i meget høj grad' er åbne og indstillet på at afprøve nye indsatser for at nedjustere i forbrug af antipsykotisk medicin. Kun 2 er 'delvist' eller 'i ringe grad' indstillet på det.

I eftermålingen er 5 ud af **7 respondenter** 'i høj grad' indstillet på det, og kun 2 'delvist'. Ingen vurderer det til 'i ringe grad'.

Gennemsnittet ligger lavere (på 3,7, fra 4,0), men der kan ses en positiv udvikling ift. selve egenvurderingen, da ingen svarer 'i ringe grad' eller lavere ifm. eftermålingen.



Kvalitativ analyse - hvad siger fagpersonalet?

Interviewene har givet indsigt i, hvad årsagerne kan være til den indskrænkede åbenhed, som det kvantitative data peger på. Dels handler det om rammer, vilkår og praktik, hvor det fra start var 'op ad bakke', fordi de ikke kendte nok til eller købte ind på bevæggrundene og den historie, der ligger bag projektet og udvalget af de enkelte tiltag. Særligt i den forbindelse er der en indikation på, at det især er metoden BBAUM, som gør, at den åbenhed, der var, nu er mindre. Det har fyldt meget, og det har været svært at se meningen i BBAUM, især fordi de ikke helt var klar over præcis, hvorfor man havde valgt BBAUM som metode frem for andre. Derfor forstår man ikke nødvendigvis meningen. Man bliver derfor mindre motiveret og ser det som en forstyrrelse i sit arbejde og som et "projekt, der 'bare skal overstås'."

De nævnte, at transparens ifm. målinger mv. formentlig havde kunne gøre en forskel for motivationen; at de kunne se de foreløbige resultater, og derved få anerkendelse / se at det virker, det de praktiserer.

"Det er for tidskrævende. Vi er ofte ikke den rigtige bemanding."

Ansæt, afd. O

"Det er for meget! Flere skal-ting."

Ansæt, afd. O

"Men hvorfor BBAUM i det her? Hvad var bestemmelse bagved det?"

Ansæt, afd. O



Forståelse og Åbenhed

”Det er en kulturændring i vores hoved. Man kan jo ikke vide om det virker. Men hvis det kan gøre, at det giver en rolig nat for patienten og en rolig aften for kollegaer, så er det godt givet ud.”

Ansæt, afdeling O

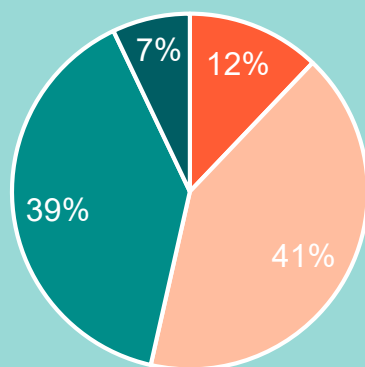


Rammer og vilkår



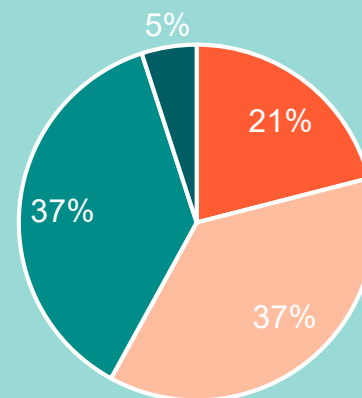
Vilkår og rammer, der tillader at afprøve nye tiltag.

Faglighederne samlet - FØR: "Jeg oplever, at jeg arbejder under rammer og vilkår, der tillader at jeg afprøver nye tiltag."



■ I meget ringe grad
■ I ringe grad
■ Delvist
■ I høj grad
■ I meget høj grad

Faglighederne samlet - EFTER: "Jeg oplever, at jeg arbejder under rammer og vilkår, der tillader at jeg afprøver nye tiltag."



■ I meget ringe grad
■ I ringe grad
■ Delvist
■ I høj grad
■ I meget høj grad

Følgende spørgsmål omhandlede de sundhedsprofessionelles **oplevelse af rammer og vilkår, der tillader at afprøve nye tiltag.**

Spørgsmålet er opstillet på fempunktsskala med vurderingskategorierne; "i meget ringe grad (1)", "i ringe grad (2)", "delvist (3)", "i høj grad (4)" og "i meget høj grad (5)".

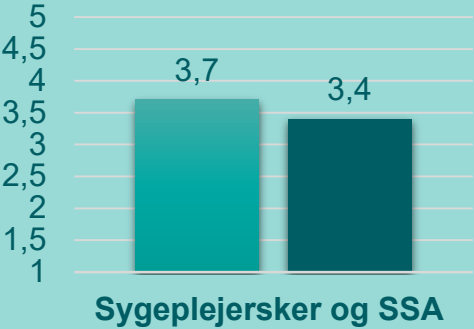
Her vises alle 3 faggruppers svar ifm. før- (41) og eftermålingen (38), som er procentuelt fordelt på vurderingskategorierne.

Obs. her er der ikke medtaget uoplyst svarkategorier/missing choices i beregningen, som fx 'evt. kommentar'.



Vilkår og rammer, der tillader at afprøve nye tiltag.

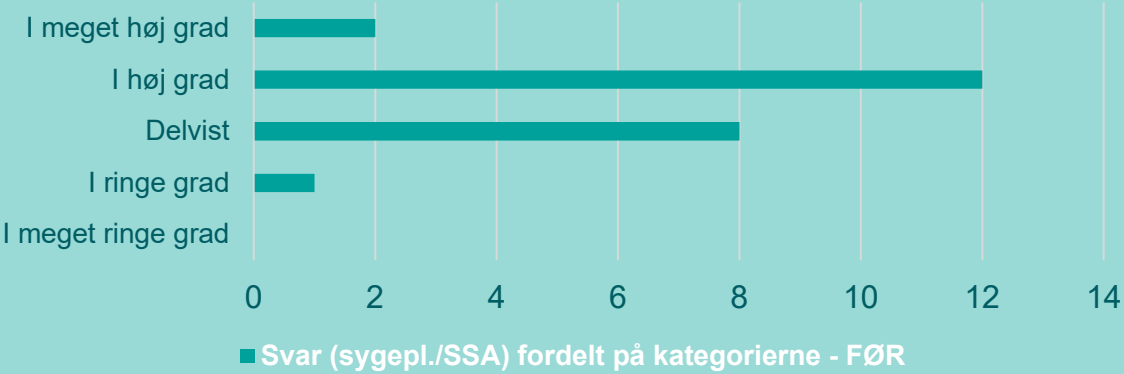
"Jeg oplever, at jeg arbejder under rammer og vilkår, der tillader at jeg afprøver nye tiltag."



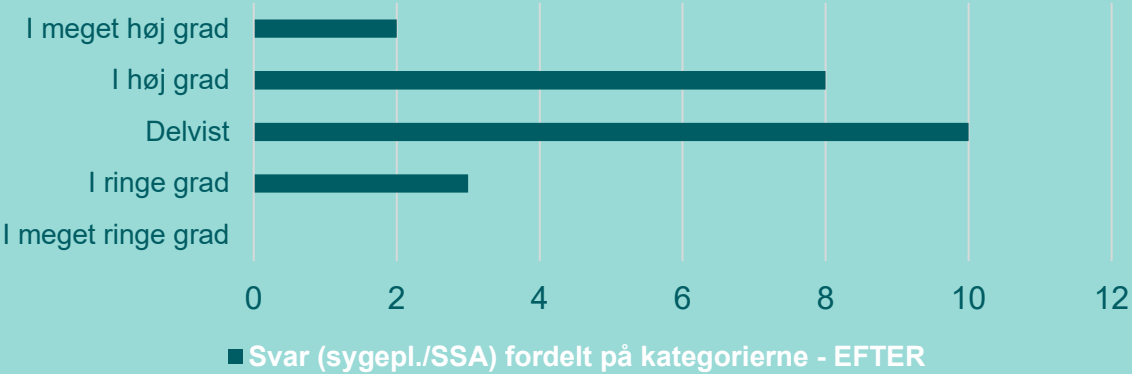
■ gennemsnit - før ■ efter



"Jeg oplever, at jeg arbejder under rammer og vilkår, der tillader at jeg afprøver nye tiltag."



"Jeg oplever, at jeg arbejder under rammer og vilkår, der tillader at jeg afprøver nye tiltag."



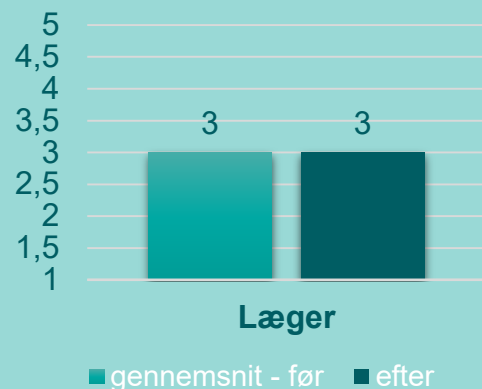
I førmålingen har 23 sygeplejersker/SSA besvaret spørgsmålet om vilkår og rammer. Her har 14 ud af **23** vurderet rammer til at være 'i høj grad' eller 'i meget høj grad' tilstrækkelige. 9 synes det som 'delvist' eller 'i ringe grad'.

Ifm. eftermålingen synes 10 ud af **23 respondenter**, at rammerne og vilkår er 'i høj/meget høj grad' gode til at afprøve nye indsatser eller tiltag, og 13 vurderer det som 'delvist' eller 'i ringe grad'.

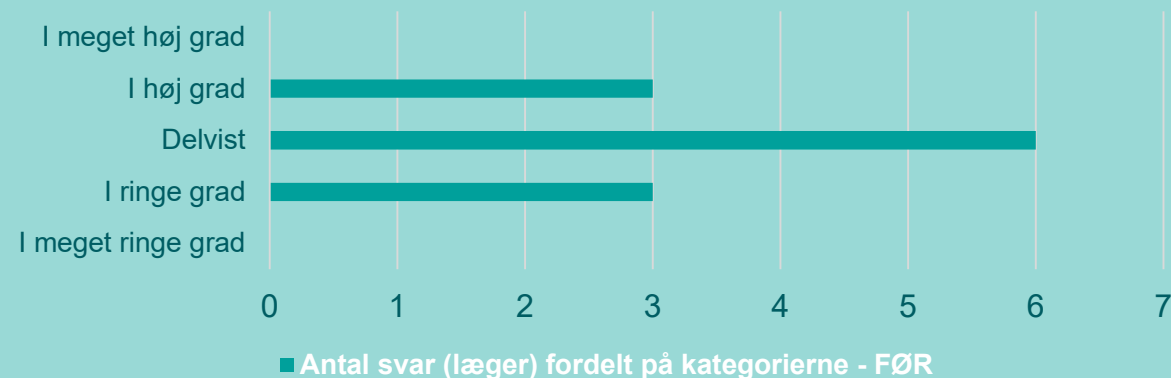
Gennemsnittet ligger på 3,7 og 3,4 for hhv. før- og eftermålingen.

Vilkår og rammer, der tillader at afprøve nye tiltag.

"Jeg oplever, at jeg arbejder under rammer og vilkår, der tillader at jeg afprøver nye tiltag."



"Jeg oplever, at jeg arbejder under rammer og vilkår, der tillader at jeg afprøver nye tiltag."

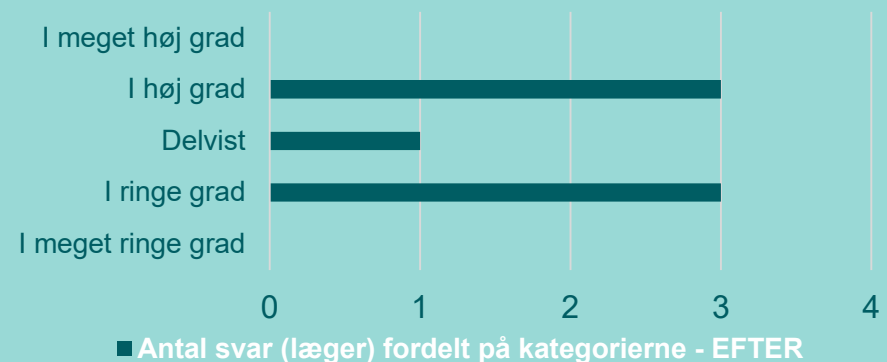


Gennemsnittet for lægernes svar ligger på samme niveau i begge målinger (3,0). Antallet af svar er dog halveret (12 i før- og 7 i eftermålingen).

I førmålingen vurderer 9 ud af **12 læger**, at de 'delvist' eller 'i ringe grad' har rammer og vilkår til at afprøve nye tiltag. 3 vurderer det som 'i høj grad'.

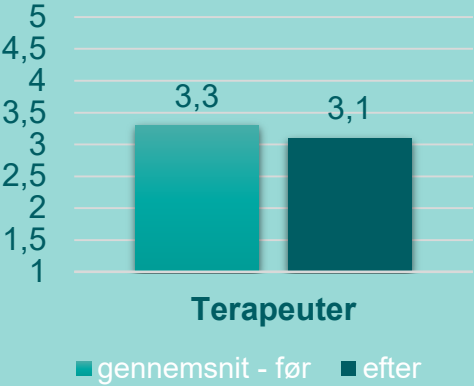
Ifm. eftermålingen følger 4 ud af **7 respondenter**, at rammerne er 'delvist' eller 'i ringe grad' tilstrækkelige for at afprøve nye tiltag. 3 ud af 7 vurderer det som 'i høj grad' forhåndenværende.

"Jeg oplever, at jeg arbejder under rammer og vilkår, der tillader at jeg afprøver nye tiltag."

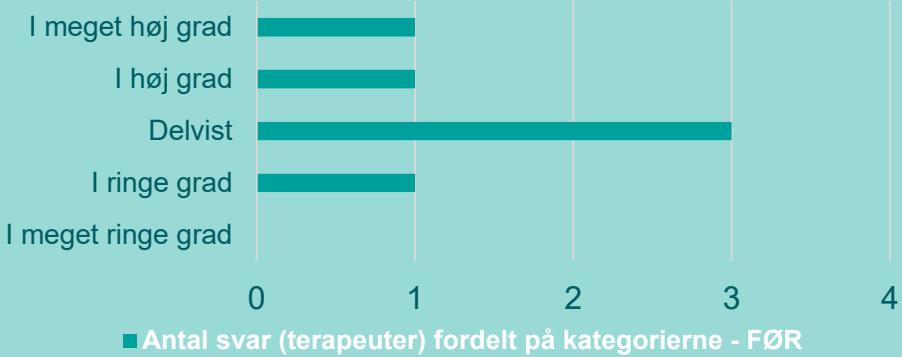


Vilkår og rammer, der tillader at afprøve nye tiltag.

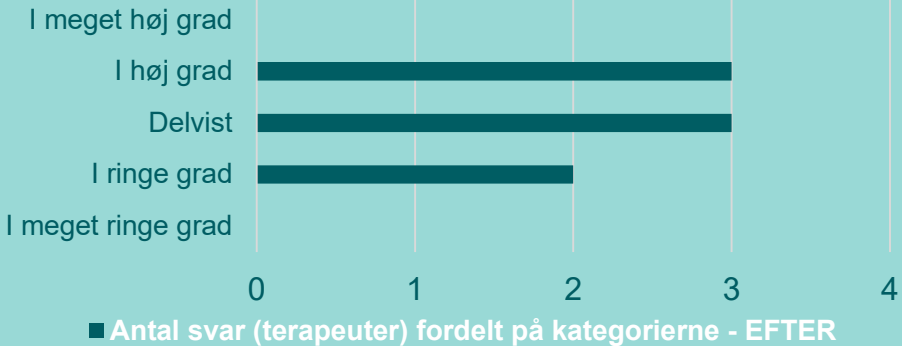
"Jeg oplever, at jeg arbejder under rammer og vilkår, der tillader at jeg afprøver nye tiltag."



"Jeg oplever, at jeg arbejder under rammer og vilkår, der tillader at jeg afprøver nye tiltag."



"Jeg oplever, at jeg arbejder under rammer og vilkår, der tillader at jeg afprøver nye tiltag."



Gennemsnittet ligger lavere i eftermålingen (3,1) end i førmålingen (3,3). Antallet af svar er dog steget med fjerdedel, fra 6 til 8.

I førmålingen vurderer 2 ud af 6 **terapeuter**, at de 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' arbejder under rammer, der tillader afprøvning af nye tiltag. 3 oplever det som 'delvist' og 1 'i ringe grad'.

Ifm. eftermålingen fordeler 3 ud af 8 **sva**r sig på 'i høj grad' og er derfor i den positive ende. 3 oplever det som 'delvist' og 2 vurderer rammerne og vilkår at være 'i ringe grad' tilstrækkelige.



Kvalitativ analyse - hvad siger fagpersonalet?

Der har været vilkår i projektets løbetid, som har udfordret projektet og dets formål. Fx har tid, sygemeldinger og udskiftning af medarbejdere været en faktor. Bl.a. er nogle af dem, som fik de indledende kurser, ikke længere på afdeling O, mens andre er kommet til.

Desuden er det blevet nævnt, at de også netop havde afsluttet et andet projekt, og derfor havde brug for at få arbejdsro, inden de skulle i gang med nye tiltag. Dette har formentlig påvirket motivationen, og har formentlig også gjort, at det har været de tiltag, der var nemmest at udføre, og dem med kortest effekt, der blev prioriteret.

Derudover er det ikke de involverede respondenters oplevelse, at der er blevet sat ekstra ressourcer af til at afprøve de forskellige tiltag. Havde der været det, havde de haft større gåpåmod/mulighed. Dette bekræftes når spørgsmålene går på, hvad der skal til for at personalet oplever, at de har de rigtige rammer og vilkår, der tillader, at man kan arbejde med de nye tiltag. Her svarer de nemlig *"ekstra personale"*, *"tid"*, og *"at andre tager sig af ens andre opgaver"*.

*"Man fik meget på én gang
[– tyndefiberdynner, BBAUM
etc.]. Så man fik det ikke ind
under huden."*

Ansæt, afd. O

*"Tiden og
forudsætninger har ikke
været optimale."*

Ansæt, afd. O

*"Det er opgaver, der
kommer oven i det vi skal
lave i forvejen. Hvis noget
skal implementeres, så
skal vi gøre det i stedet for
noget andet."*

Ansæt, afd. O



Rammer og vilkår



Anvendelse og værdi



Flowchart

Der er blevet lavet et flowchart i forbindelse med projektet, som er knyttet til BASIC-Q scoren med henblik på stepvis at beskrive arbejdsgangene for de tiltag, som ligger under projektet. Det har været anvendt og også justeret på baggrund af anvendelsen, hvilket har støttet personalet løbende til trinvis anvendelse af tiltag.

Dog har det i praksis været svært at få anvendt det hver gang - at få tid til det og have motivation til alle tiltag i flowchartet (se også afsnittet 'arbejdsgange'). Man har måske haft intentionen, men har skulle ordne nogle andre (presserende) opgaver og har måske vendt tilbage, og så er patienten faldet i søvn el. lign.

Dog mener respondenterne enstemmigt, at hvis tiltagene skal have værdi, skal man prioritere at lave BASIC-Q scoren i starten af indlæggelsen og andre tiltag tidligt, således det bliver en forebyggende indsats.

Tyngdefiberdynerne peges på som et let og virksomt tiltag, som ikke kræver ekstra tid.

"Hvis det ikke bliver i starten, så synes jeg ikke det giver mening at gøre [om 'Hvem er jeg'-skema, BASIC-Q og tyngdefiberdyne]."

Ansæt, afd. O



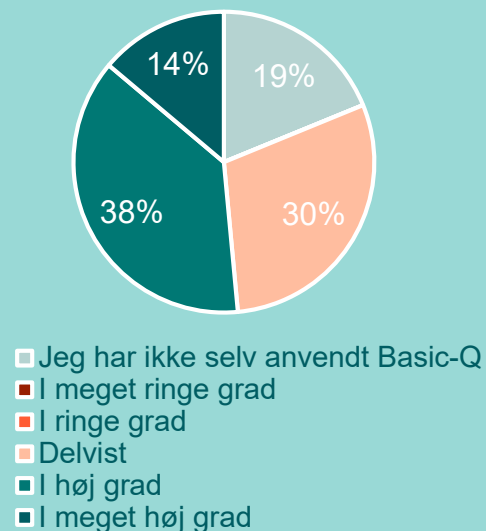
Anvendelse og værdi

"Det skal være helt indledningsvist. Det er lettere at forebygge end at behandle uro."

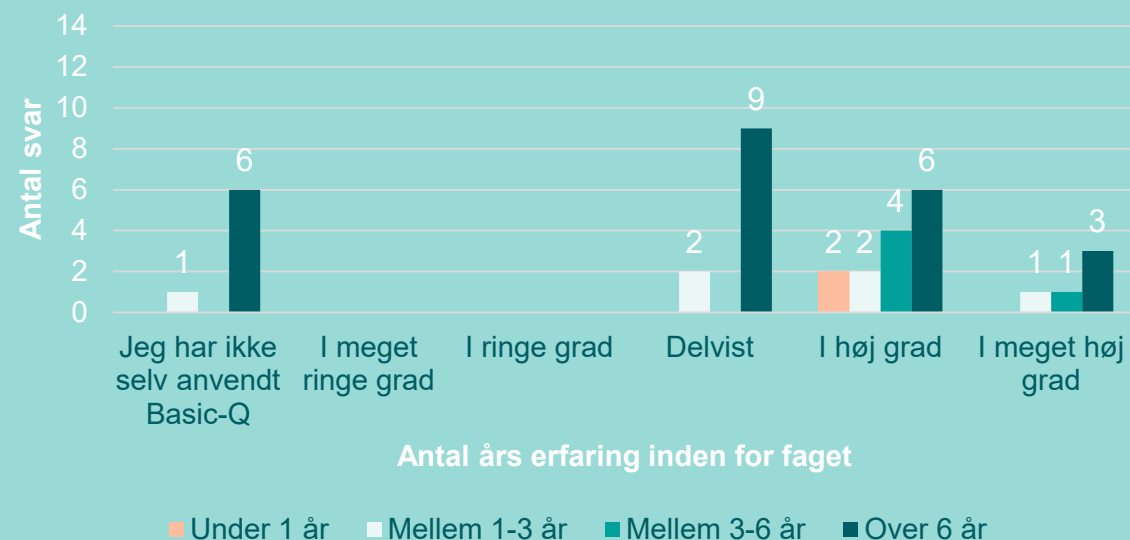
Ansæt, afd. O

BASIC-Q - bidrager til bedre identifikation af den kognitiv svækkede patient.

Faglighederne samlet: "I hvor høj grad har BASIC-Q screening bidraget til bedre identifikation af den kognitiv svækkede patient?"



Vurdering ift. antal års erfaring inden for faget: "I hvor høj grad har BASIC-Q screening bidraget til bedre identifikation af den kognitiv svækkede patient?"



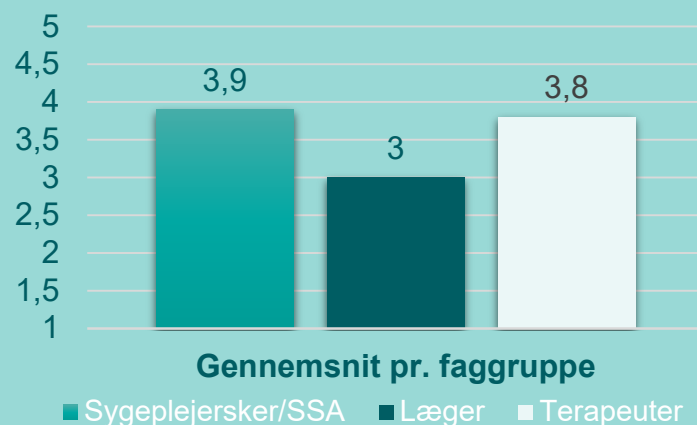
Ovenstående diagrammer fra eftermålingen viser alle faggruppers **vurdering og oplevelse af metoden BASIC-Q, til at identificere den kognitiv svækkede patient.**

19% af de adspurgte har ikke selv brugt metoden, herunder 5 ud af 6 læger, 2 ud af 23 sygeplejersker, hvor alle 8 terapeuter har anvendt metoden. 30% oplever BASIC-Q som 'delvist' og 38% og 14% hhv. som 'i høj grad' og 'i meget høj grad' til at være et godt værktøj til identifikation af patienter med kognitiv svækkelse.

Både erfarne (>6 år) og uerfarne (<1 år) sundhedsfaglige medarbejdere har anvendt BASIC-Q og derefter vurderet metoden bl.a. som 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' anvendelig til at kunne identificere kognitiv svækkede patienter (fx i alt 9 med >6 års erfaring, 2 med <1 års erfaring).

BASIC-Q - bidrager til bedre identifikation af den kognitiv svækkede patient.

"I hvor høj grad har BASIC-Q screening bidraget til bedre identifikation af den kognitiv svækkede patient?"



Kvalitativ analyse - Hvad siger fagpersonalet?

BASIC-Q screening er, ifølge fagpersonalet, ikke *"et akut redskab, men det siger noget om patientens kognitive tilstand, [...] som et øjebliksbillede"*.

Personalet oplever, at værktøjet giver god mening, særligt fordi det nogle gange fanger *"nogen patienter, som de ikke var klar over [var kognitivt svækkede]"*. Desuden har de erfaret, at værktøjet kan facilitere og give anledning til en god første samtale med patienten.

De nævner, at det vil være særligt værdifuldt, hvis det anvendes fra start ved ankomst, selvom de ved, at det dog ikke altid kan praktiseres, da patienterne skal opereres eller have taget røntgenbillede.

"Det giver enorm meget mening. Så har jeg fået deres kognitive formåen serveret på et sølvfad [om BASIC-Q]."

Ansæt, afd. O

"Det [BASIC-Q] er en simpel og konkret test."

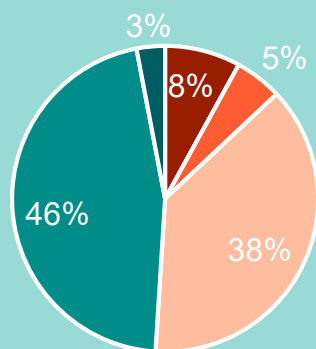
Ansæt, afd. O

"Der kan gemme sig noget helt vildt."

Ansæt, afd. O

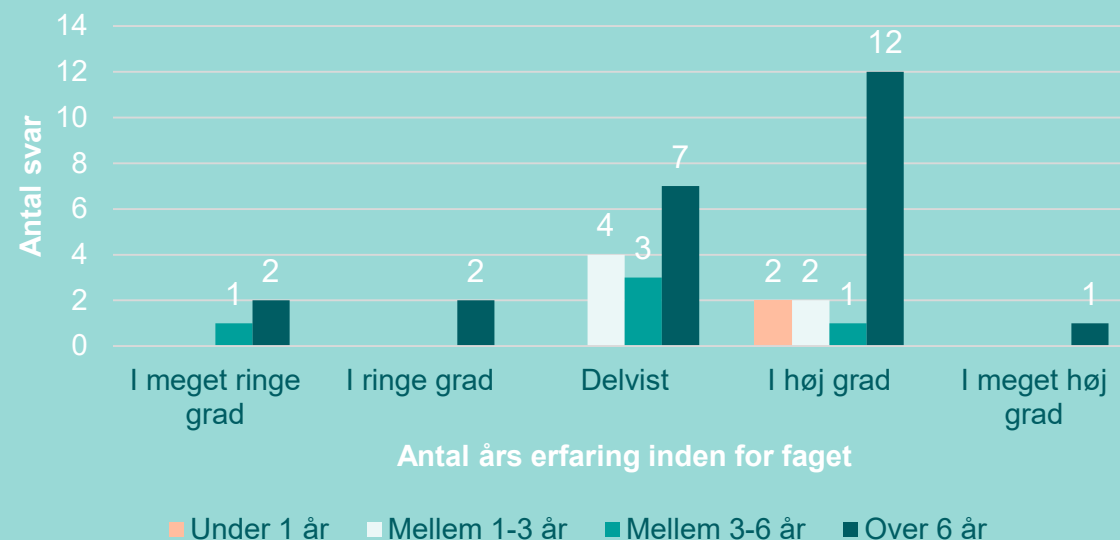
Antipsykotisk medicin – ny viden til at berolige og undgå brug af medicinen.

Faglighederne samlet: "Jeg oplever, at have fået ny viden, færdighed og kompetence til at berolige en urolig patient med demens eller kognitiv svækkelse, uden brug af antipsykotisk medicin."



■ I meget ringe grad
■ I ringe grad
■ Delvist
■ I høj grad
■ I meget høj grad

Vurdering ift. antal års erfaring inden for faget: "Jeg oplever, at have fået ny viden, færdighed og kompetence til at berolige en urolig patient med demens eller kognitiv svækkelse, uden brug af antipsykotisk medicin."



■ Under 1 år ■ Mellem 1-3 år ■ Mellem 3-6 år ■ Over 6 år



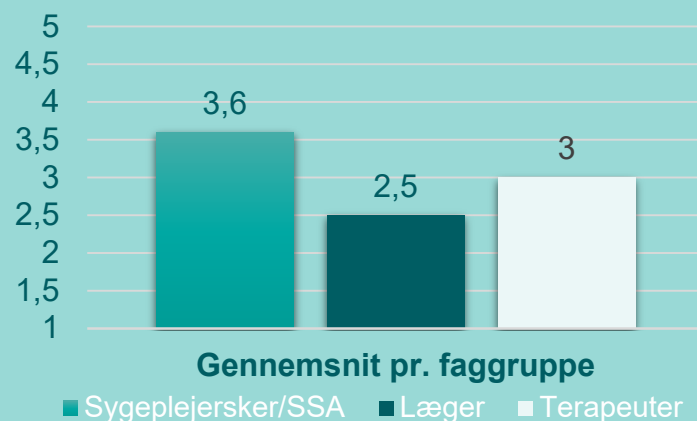
Diagrammer fra eftermålingen viser alle faggruppers **oplevelse af at have fået ny viden til at berolige en patient med demens, uden brug af antipsykotisk medicin.**

13% af de adspurgte har rapporteret, at de ikke oplever at undervisningen har gjort en stor forskel ift. brug af antipsykotisk medicin. 38% er delvist enig i det, og næsten halvdelen af de adspurgte medarbejdere oplever det 'i høj grad' (46%) og 'i meget høj grad' (3%), at de beroliger, uden brug af anti-psykotisk medicin.

Især de erfarne (>6 år) sundhedsfaglige medarbejdere (13 ud af 24 besvarelser) har 'i meget høj grad' eller 'i høj grad' fået ny viden og færdigheder, der gør, at de kan berolige en patient med kognitiv svækkelse, uden brug af anti-psykotisk medicin.

Antipsykotisk medicin – ny viden til at berolige og undgå brug af medicinen.

"Jeg oplever, at have fået ny viden, færdighed og kompetence til at berolige en urolig patient med demens eller kognitiv svækkelse, uden brug af antipsykotisk medicin."



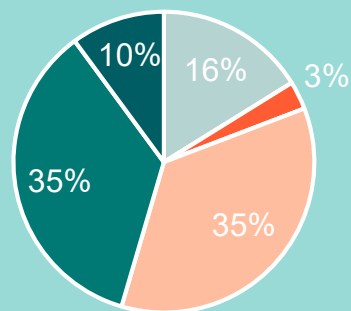
Kvalitativ analyse - Hvad siger fagpersonalet?

Lægerne har ikke været adspurgt ifm. fokusgruppe eller individuelt interview – men plejepersonalet oplever, at der i hvert fald er kommet mere fokus på medicinen og mulighed for at afprøve noget andet, før man giver antipsykotisk medicin.

Herudover har plejepersonalet har fået ny viden og kompetencer til at anvende de forskellige non-farmakologiske tiltag fx tyngdefiberdyne. Ifølge dem, muliggør tyngdefiberdynen en bedre nattesøvn, især for de patienter der er vant til dynen (fx *"hvis man som barn har sovet med en gammeldags dyne, der var tungere"*). (Se følgende afsnit og spørgsmål om 'tyngdefiberdynen'.)

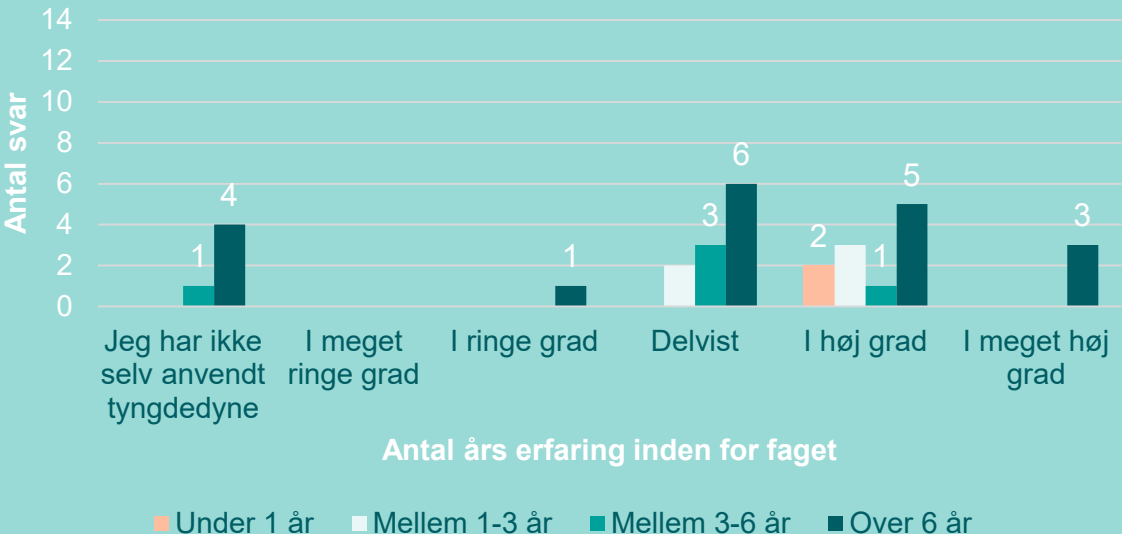
Tyngdefiberdyne - har en beroligende effekt på patienter med demens eller kognitiv svækkelse.

Terapeuter og Sygeplejersker/SSA: "Jeg oplever, at tyngdedynen har en beroligende effekt på patienter med demens eller kognitiv svækkelse."



- Jeg har ikke selv anvendt tyngdedyne
- I meget ringe grad
- I ringe grad
- Delvist
- I høj grad
- I meget høj grad

Vurdering ift. antal års erfaring inden for faget: "Jeg oplever, at tyngdedynen har en beroligende effekt på patienter med demens eller kognitiv svækkelse."



Antal års erfaring inden for faget

- Under 1 år
- Mellem 1-3 år
- Mellem 3-6 år
- Over 6 år

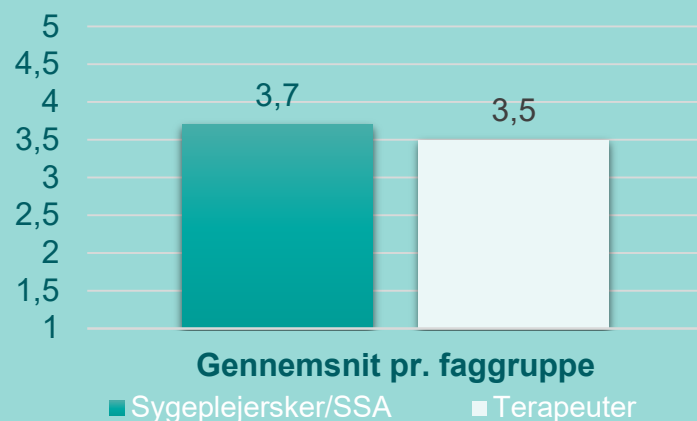
Ovenstående diagrammer fra eftermålingen viser 2 faggruppers egenvurdering ift. **tyngdefiberdynens beroligende effekt på patienter med demens.**

16% har ikke anvendt tyngdefiberdynen til patienter med demens eller nedsat kognition, herunder 3 sygeplejersker og 2 terapeuter. 3% ligger i kategorien 'i ringe grad', hvor 35% hhv. vurderer tyngdefiberdynen som 'delvist' og 'i høj grad' effektiv ift. at berolige en patient. 10% er særdeles positiv overfor dynen og anser effekten for at være 'meget høj'. 4 erfarne (>6 år) medarbejdere har ikke anvendt dynen. Men dem, der har anvendt dynen kan se den positive effekt (6 som 'delvist' og 8 som 'i meget høj' og 'i høj grad'). Blandt de mest uerfarne medarbejdere kan 5 ud af 7, der har mellem <1 år til 3 års erfaring, bekræfter den positive effekt 'i høj grad'.



Tyngdefiberdyne - har en beroligende effekt på patienter med demens eller kognitiv svækkelse.

"Jeg oplever, at tyngdedynen har en beroligende effekt på patienter med demens eller kognitiv svækkelse."



Kvalitativ analyse - Hvad siger fagpersonalet?

Tyngdefiberdynerne har mest været anvendt af social- og sundhedsassistenterne og sygeplejerskerne til patienter med demens eller nedsat kognition. De giver udtryk for, at det har været det mest håndgribelige af de non-farmakologiske værktøjer.

De oplever, at for patienter som ønsker den, medfører den ofte ro. De oplever, at der, siden opstart, har været et enormt træk på dynerne, og de ligger alle ude hos patienter. Personalet har et ønske om at få endnu flere dyner.

Det nævnes også i spørgeskemaet, at dynen har en god effekt hos patienter med demens. Det er dog ikke alle, der synes, at den er rar at ligge med. I fokusgruppen nævnes det, at det kan være patienter, der måske er vant til en tung dyne fra fx barndom, som ønsker og trives med dynen; men for dem, der ikke er vant til eller/og ønsker tyngden kan det have modsat effekt. Dette betyder, at man altid bør (re-)vurdere brugen af tyngdefiberdynen ift. den enkelte patients præferencer og livs- og sygdomshistorik.

I afsnittet 'Fysiske rammer og udstyr' har der været nogle praktiske udfordringer med levering og vask af betræk til dyner – noget man (også) bør have i betragtning i implementeringen af dette. Dette er der styr på nu.

"Tyngdedynen er lige til at gå til – såfremt der er nok dyner og betræk."

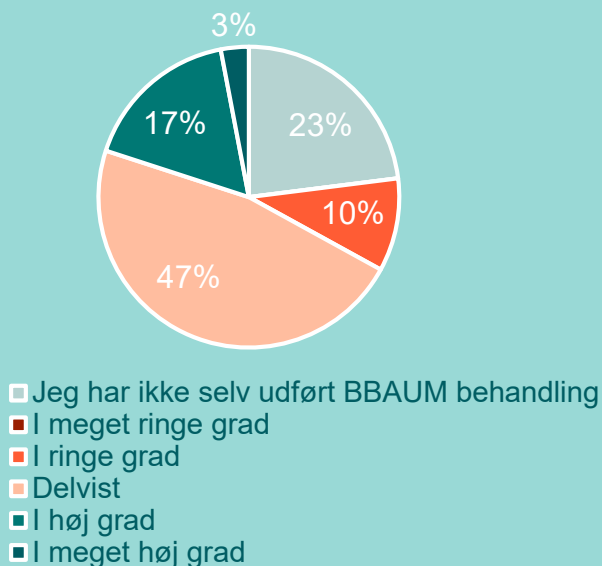
Ansæt, afd. O

"Tyngdedynen er virkelig god. Jo hurtigere vi starter op, jo mere kan man nå at give ro på."

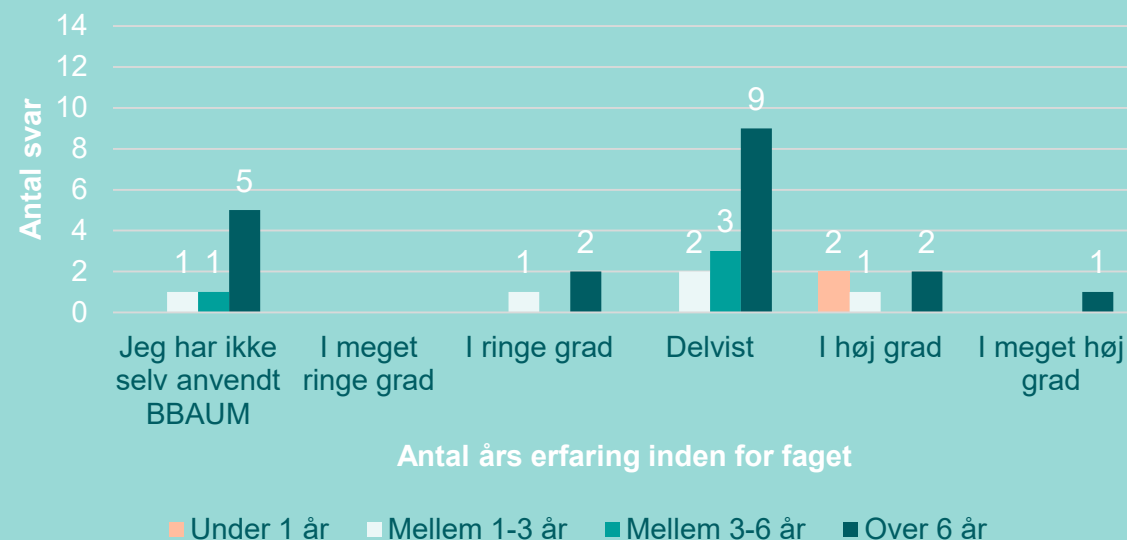
Ansæt, afd. O

BBAUM - har en god effekt på patienter med demens eller kognitiv svækkelse.

Terapeuter og Sygeplejersker/SSA: "Jeg oplever, at patienter med demens eller kognitiv svækkelse har god effekt af BBAUM behandlingen."



Vurdering ift. antal års erfaring inden for faget: "Jeg oplever, at patienter med demens eller kognitiv svækkelse har god effekt af BBAUM behandlingen."



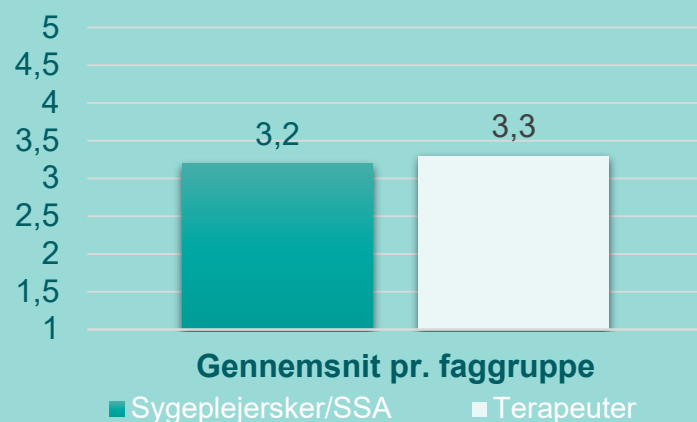
Ovenstående diagrammer viser 2 faggruppers (terapeuter og sygeplejersker/SSA) vurdering ift. **effekten som BBAUM behandlingen har på patienter med demens og kognitiv svækkelse.**

23% har ikke selv udført BBAUM. Blandt dem, der har udført BBAUM i hverdagen, har 10% oplevet det som 'i ringe grad' effektivt. Størstedelen oplever dog 'delvist' en positiv effekt på patienten, og 20% oplever det 'i høj grad' eller 'i meget høj grad'.

Blandt dem, der 'i meget høj/høj grad' oplever den positive effekt, har 1 plejepersonale mere end 6 års erfaring, og 3 mellem <1 års og op til 3 års erfaring. De fleste af fx de erfarne (>6 år) medarbejdere ligger i kategorien 'delvist' (9 ud af 19).

BBAUM - har en god effekt på patienter med demens eller kognitiv svækkelse.

"Jeg oplever, at patienter med demens eller kognitiv svækkelse har god effekt af BBAUM behandlingen."



Kvalitativ analyse - Hvad siger fagpersonalet?

Konsulenten, som har udviklet BBAUM, har introduceret metoden på afd. O som en del af plejepersonalets arbejde med nedbringelse af antipsykotisk medicin. Der er gennemført et introduktionsforløb til metoden, indeholdende både teori og praksis, hvor udvalgte medarbejdere deltog. Konsulenten har derudover fra start været tilgængelig på afdelingen hver 14. dag i 5 timer, senere én gang om måneden i 4 timer, hvor konsulenten har kørt supervision, herunder også en halv times praksislæring, hvor medarbejderne to og to hhv. afviklede og modtog BBAUM.

Der er udvalgt 3 greb, tilpasset denne afdeling, ud fra devisen *'kortest effekt, nemmest at udføre'*, nemlig:

- Hånd på mave
- Hånd på vejtrækning
- Tryk under fødderne.

Tanken var, at BBAUM blev anvendt på baggrund af BASIC-Q scoren;

- Score 1-10: en forebyggende pakke
- Score 10-15: en behandlende pakke

Foruden supervision fra BBAUM eksperten har der været tovholdere på afdelingen dagligt. Særligt var der tilknyttet en demenskonsulent, som stod for daglig sparring og oplæring af personalet i konkrete behandlingssituationer, både i BBAUM, men også BASIC-Q og de andre non-farmakologiske tiltag. Demenskonsulenten har bl.a. udviklet det tidligere nævnte flowchart, der beskriver arbejdsgangene afhængig af BASIC-Q scoren. Særligt var det også hendes rolle at få de nye oplært i metoderne.



BBAUM - har en god effekt på patienter med demens eller kognitiv svækkelse.

"Jeg tror ikke på BBAUM, da jeg ikke ser det ske når vi har travlt."

Ansæt, afd. O

"Anvendelsen af BBAUM, har ikke været de vise sten. I sygeplejen vil vi altid gerne have nærvær hos patienten."

Ansæt, afd. O

"Når man ser det [BBAUM] virker, så bliver det virkningsfuldt."

Ansæt, afd. O

Af de 4 personer fra personalegruppen som deltog i interviews, havde kun to praksiserfaring med BBAUM. Kun den ene havde positive erfaringer. Selvom der er mange gode erfaringer med de andre non-farmakologiske tiltag, var der ikke den samme motivation, erfaring og velvilje bredt set for BBAUM. Årsagerne kan hentes i allerede skitserede emner, herunder fysiske rammer, arbejdsgange, tid og ressourcer. Det er også personalegruppens opfattelse, at der endnu ikke har været så mange, der skulle have BBAUM.

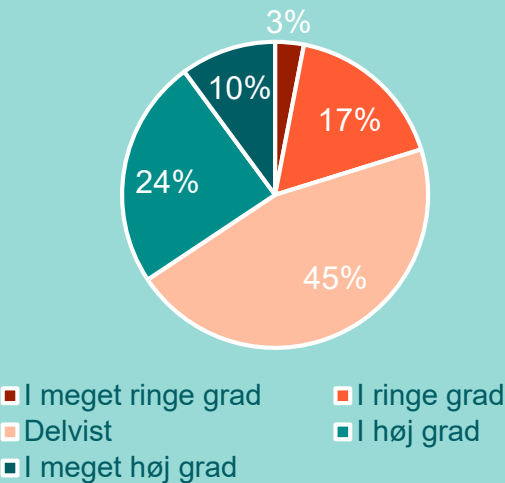
Det er også konsulentens opfattelse, at der i personalegruppen ikke var så mange, der var motiveret til det.

De italesætter det som om man "går fra", når de ikke kan hentes til en anden opgave eller til sparring med en kollega pga. BBAUMs udførelse. Derfor er nogen i tvivl om, om tiden til det er godt givet ud, mens det for andre er forsøget værd.

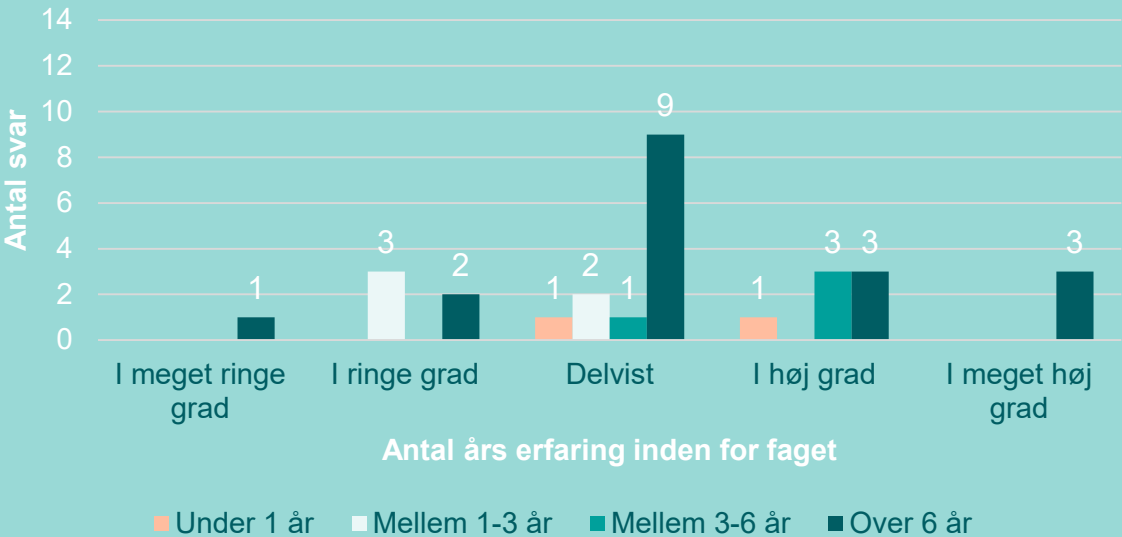
Uanset nævner de tid og ro som forudsætninger for at udføre det, selvom det også påtåles, at tid, ro, tilstedeværelse og nærvær "nok kan være ligeså godt, som at lave BBAUM".

Adfærdsregistreringsskema - giver et overblik over hvornår patienten er urolig.

Terapeuter og Sygeplejersker/SSA: "Jeg oplever, at få et overblik over hvornår patienten med demens eller kognitiv svækkelse er urolig ved at udfylde adfærdsregistreringsskemaet."



Vurdering ift. antal års erfaring inden for faget: "Jeg oplever, at få et overblik over hvornår patienten med demens eller kognitiv svækkelse er urolig ved at udfylde adfærdsregistreringsskemaet."

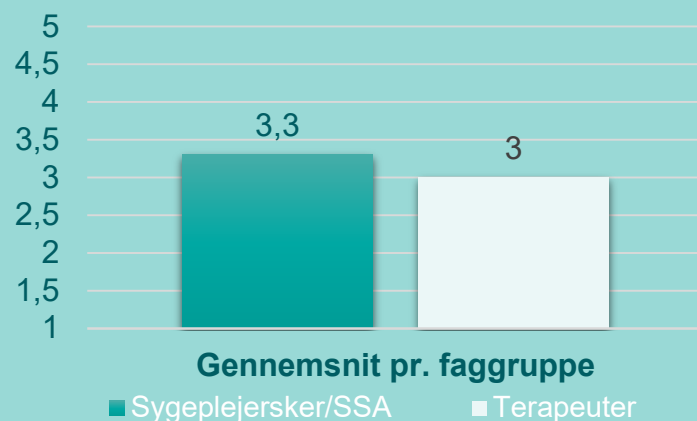


Her vises de 2 faggruppers (terapeuter og sygeplejersker/SSA) oplevelse af **brugen af adfærdsregistreringsskemaet for at få et overblik over hvornår patienten med demens er urolig.**

En stor andel terapeuter og sygeplejefaglige medarbejdere, på tværs af ancienniteten, vurderer adfærdsregistreringsskemaet som noget, der 'delvist' (45%, 12 ud af 29 svar) og 'i ringe grad' (17%, 5 ud af 29 svar) giver et overblik over, hvornår patienten med demens eller kognitiv svækkelse er urolig. Kun 7 ud af 29 respondenter værdsætter 'i høj' eller 'i meget høj grad' skemaet som et overbliksskabende værktøj.

Adfærdsregistreringsskema - giver et overblik over hvornår patienten er urolig.

"Jeg oplever, at få et overblik over hvornår patienten med demens eller kognitiv svækkelse er urolig ved at udfylde adfærdsregistreringsskemaet."



Kvalitativ analyse - Hvad siger fagpersonalet?

Der er ikke blevet talt om adfærdsregistreringsskemaet ifm. interviews.

I spørgeskemaet blev der svaret (i kommentarfeltet), at *"jeg tager udgangspunkt i patientens adfærd, når jeg møder dem"*, og *"det bliver ikke udfyldt, når vi har travlt / mangler personale osv."*.

En svarer, at personen kender til skemaet og synes det er et godt hjælpemiddel, men ikke har selv brugt det på afdelingen.

‘Hvem er jeg’-skema – giver indsigt om patienternes præferencer.

Kvalitativ analyse - Hvad siger fagpersonalet?

Iblandt tiltagene har der været en naturlig opdeling af ‘need-to-have’ og ‘nice-to-have’ for personalet. Ifm. BASIC-Q scoringen og det dertilhørende flowchart, blev ‘Hvem er jeg’-skemaet nok nærmere betragtet som et ‘nice-to-have’ end ‘need-to-have’. Skemaet er, ifølge personalet, *”endnu en opgave på listen”* af daglige gøremål, som gør, at personalet igen skal prioritere i opgaverne ift. at bruge tiden mest effektivt og holdt op imod virkning og værdi.

Det var dog tanken, at de pårørende skulle udfylde det, hvilket personalet erfarede, var svært af flere grunde. Bl.a. manglen på tilstedeværelse eller manglen på viden. En enkelt nævner, at vedkommende med succes fik patienten selv til at udfylde skemaet.

De oplever, at skemaerne giver rigtig god værdi i pleje- og behandlingssituationer, når først de er udfyldt og hænger hos patienten.

”Det er meget lang tid siden jeg blev introduceret til det. Har ikke brugt det [om ‘Hvem er jeg’-skema].”

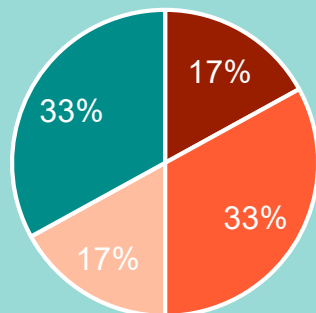
Ansæt, afd. O

”Jeg har haft rigtig god gavn af disse [‘Hvem er jeg’-skemaer].”

Ansæt, afd. O

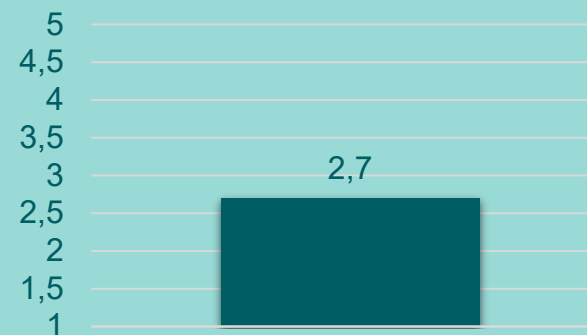
Medicingennemgang - med fokus på antipsykotisk medicin.

Læger: "Jeg oplever, at have fået ny viden, færdighed og kompetence til at gennemføre medicingennemgang med fokus på antipsykotisk medicin."



■ I meget ringe grad
■ I ringe grad
■ Delvist
■ I høj grad

"Jeg oplever, at have fået ny viden, færdighed og kompetence til at gennemføre medicingennemgang med fokus på antipsykotisk medicin."



Gennemsnit pr. faggruppe

■ Læger

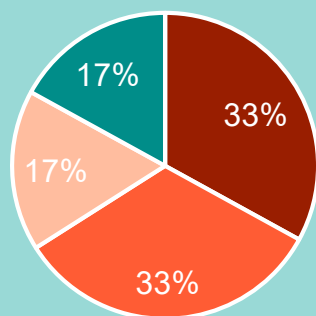


Her vises lægernes svar ift. **at gennemføre medicingennemgang med fokus på antipsykotisk medicin.**

I alt 6 læger har besvaret spørgsmålet, og størstedelen vurderer at have 'i meget ringe' eller 'i ringe grad' fået ny viden og kompetence til at gennemføre medicingennemgang med fokus på antipsykotisk medicin (50%). Kun 2 læger oplever det 'i høj grad'.

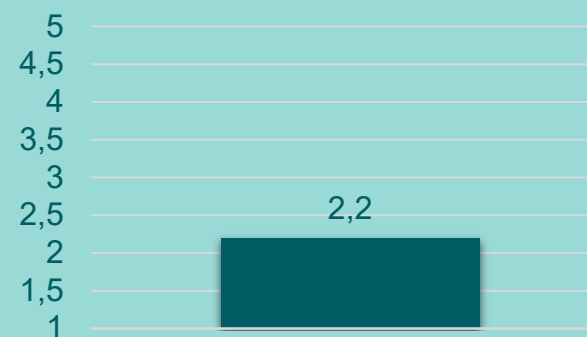
Udtrapningsplan – iværksætte en plan eller seponere antipsykotisk medicin hvor relevant.

Læger: "Jeg oplever, at have viden, færdighed og kompetence til at iværksætte en udtrapningsplan eller seponere antipsykotisk medicin hvor det er relevant."



■ I meget ringe grad
■ I ringe grad
■ Delvist
■ I høj grad

"Jeg oplever, at have viden, færdighed og kompetence til at iværksætte en udtrapningsplan eller seponere antipsyk. medicin hvor det er relevant."



Gennemsnit pr. faggruppe

■ Læger

Her vises lægernes svar ift. **at iværksætte en udtrapningsplan eller seponere antipsykotisk medicin hvor det er relevant.**

I alt 6 læger har besvaret spørgsmålet, og mere end halvdelen vurderer at have 'i meget ringe' eller 'i ringe grad' fået viden og kompetence til at iværksætte en udtrapningsplan eller seponere medicin (66%). Kun 1 læge svarer 'i høj grad'.





Fysiske rammer og udstyr

OBS:
Kun kvalitative indsigter



Kvalitativ analyse - hvad siger fagpersonalet?

Implementeringen af non-farmakologiske tiltag kræver både noget ift. service såvel som fysiske rammer og udstyr.

Der var opstartsvanskeligheder med at få leveret tyngdefiberdynerne. Der var bestilt færre dyner, end der viste sig at være behov for. Ud over dette var der hele servicen med vask og levering, som også blev en uforudset udfordring ift. det træk, der hurtigt viste sig at være på dynerne. Trækket på disse kunne derfor ikke altid honoreres, hvilket både kan have haft en effekt på målingen i analyserne (som potentielt kunne have været mere markant), men også en betydning for oplevelsen af at anvende "alt det nye" (som ikke helt fungerede ift. flow og tilgængelighed.)

Ift. arbejdsmiljø var der også nogle bekymringer fra personalets side. Vedr. BBAUM er der nemlig udfordringer med at sidde ergonomisk korrekt, da man ikke kan komme ind under sengene med benene og derfor er tvunget til at læne sig lidt sideværts ind over sengen. En mere ergonomisk arbejdsstilling er for respondenterne en væsentlig forudsætning for at gøre brug af metoden, fordi at det er en stilling, man skal stå længe i, og derved har givet gener som fx ondt i ryggen hos flere fagpersonaler.

Ift. fysiske rammer er det desuden i nogens optik vigtigt med enestuer, mens det for andre ikke er en god løsning til patienterne, da ikke alle vil være alene på en stue.

"Det med dynerne [det praktiske] var noget mere besværligt end oprindeligt tænkt."

Ansæt, afd. O

"Jeg fik ondt i ryggen."

Ansæt, afd. O



Fysiske
rammer og
udstyr



Arbejdsgange

OBS:
Kun kvalitative indsigter



Kvalitativ analyse - hvad siger fagpersonalet?

Hos de adspurgte var der i forvejen, allerede inden projektets opstart, en stor forståelse og parathed for at anvende non-farmakologiske metoder til patienter med demens, som er i risiko for delir.

Nogle af tiltagene i nuværende projekt giver mening og passer ind i deres eksisterende arbejdsrutine. Men andre anses som 'noget forstyrrende nyt'. Dette er afhængig af faglighed, men også af, hvad der individuelt giver mening for eller motiverer dem. Derfor er det lige så forskelligt, som der var respondenter, hvorvidt og hvilke tiltag, der krævede helt nye arbejdsrutiner og hvilke der supplerede de eksisterende arbejdsgange.

Det blev drøftet iblandt respondenterne, at nye tiltag også ofte medfører en kulturel omstilling. Fx ift. om det er 'OK', at man selv eller ens kollega vælger at bruge tiden på non-farmakologiske tiltag. Her hørte vi, at der iblandt personalet opstår spørgsmål som: *"giver det mening? Er det tiden værd? Hvad tænker min kollega?"*



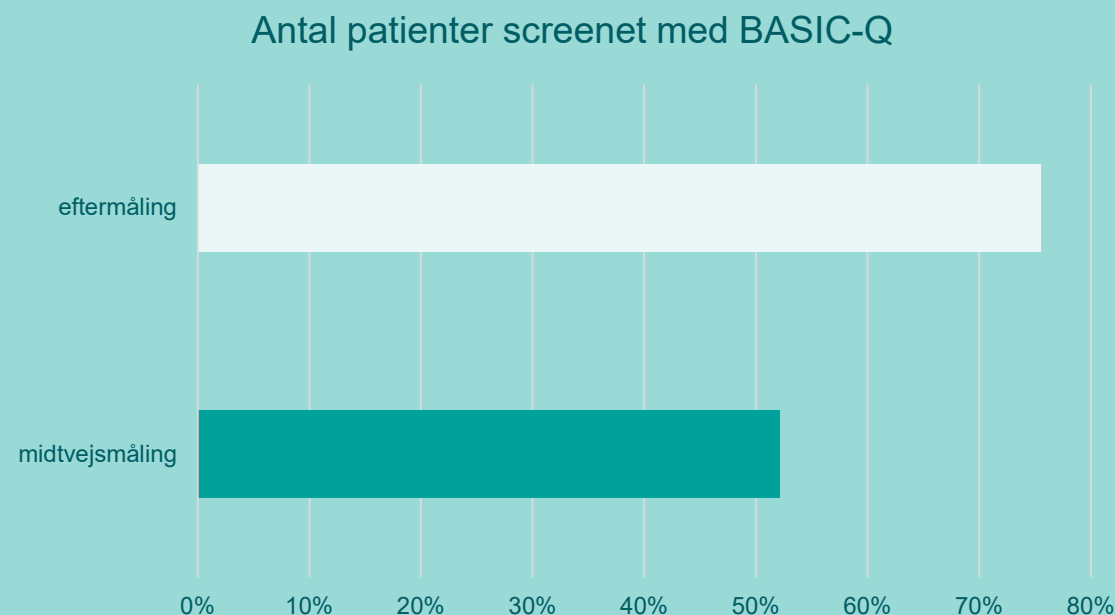
Arbejdsgange



Indblik i datatræk fra patientjournalen



Antal patienter screenet med BASIC-Q



Figur 1: Procent identificerede patienter med nedsat kognition hhv. gennem journalopslag og gennem BASIC-Q screening.

I projektet blev der sat fokus på at screene ved hjælp af BASIC-Q screening for nedsat kognition hos patienter >65 år, der ikke havde en demensdiagnose. For at vurdere på fremdriften af implementeringsprocessen af BASIC-Q, er der fra midtvejsmålingen og frem mod slutningen af projektet i eftermålingen gennemført en procentvis opgørelse af antallet af patienter der har fået foretaget BASIC-Q screening, se figur 1.

Resultatet af opgørelsen viser, at implementeringsprocessen af BASIC-Q screening er forløbet planmæssigt, da der er sket en betydelig ændring fra midtvejsmålingen med 52% screenede patienter frem mod 75 % i eftermålingen. Implementeringen er fortsat i proces og der arbejdes fortsat på at nærme sig 100 %. I projektperioden blev der i Dansk Tværfagligt Register for Hoftenskader og Lårbrud indført nye indikatorer, som trådte i kraft 1.december 2022, hvoraf den ene vedrører identifikation af kognitiv svækkelse. Denne benævnes indikator 6 og skal rapporteres ind i databasen til den Regionale Kliniske Kvalitets Program (RKKP)

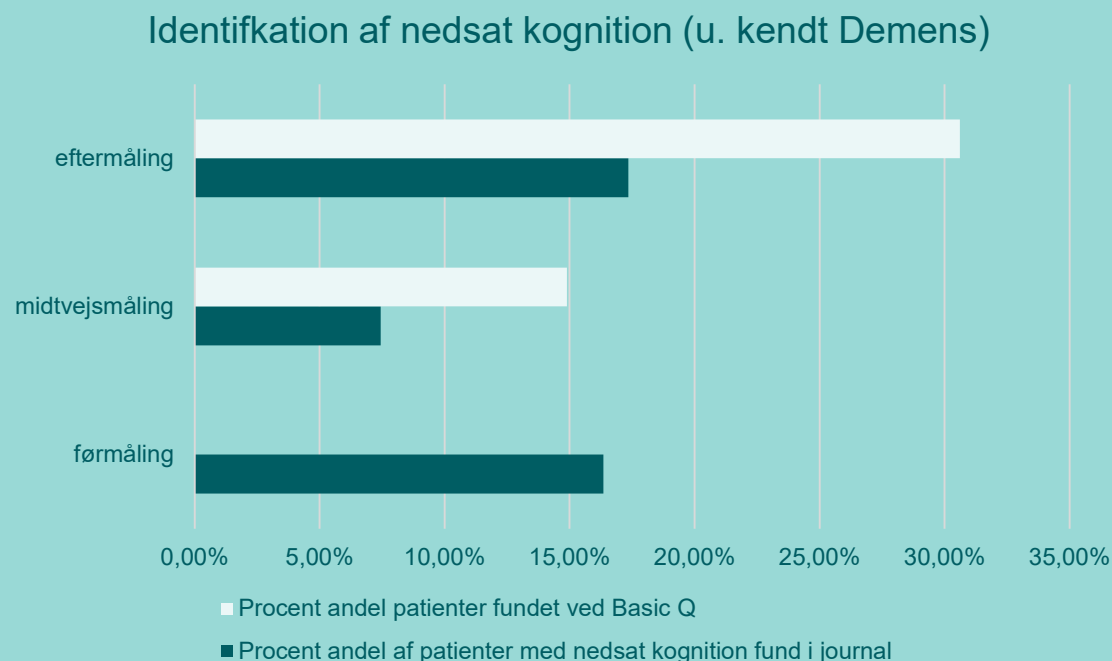
Indikator 6 vedr. Kognitiv svækkelse.

Nedsat kognition har signifikant betydning for outcome efter hoftebrud. Derfor besluttede styregruppen at implementere følgende indikator:

Indikator 6 " Andelen af patienter, som er blevet screenet for kognitiv svækkelse opstået forud for aktuelle fraktur". Standard 90 % "

Da implementeringsprocessen af BASIC-Q var igangsat i projektet, blev BASIC-Q valgt som screeningsredskab for nedsat kognition til denne database.

Identifikation af patienter med nedsat kognition



Figur 2: Procent identificerede patienter med nedsat kognition hhv. gennem journalopslag og gennem BASIC-Q screening.

For at kunne identificere patienter med nedsat kognition før indførelsen af screeningsredskabet BASIC-Q, blev der i patientjournalen (primærjournal og indlæggelsesrapport fra primærsektor) ledt efter beskrivelse af patientens kognitive status, for at kunne bestemme denne tilstand.

Disse opslag blev foretaget i både i før-, midtvejs- og eftermålingen.

Figur 2 viser de procentvise fund, der er gjort i forhold til antallet af patienter, der er identificeret med nedsat kognition, både gennem journalopslag og screening med BASIC-Q. Dette for at vurdere på, om BASIC-Q screening kan øge antallet af fund af patienter med nedsat kognition.

BASIC-Q screeningen blev ikke anvendt i førmålingen. Der blev der udelukkende søgt efter beskrivelse af nedsat kognition i primærjournal og i indlæggelsesrapport fra primærsektor.

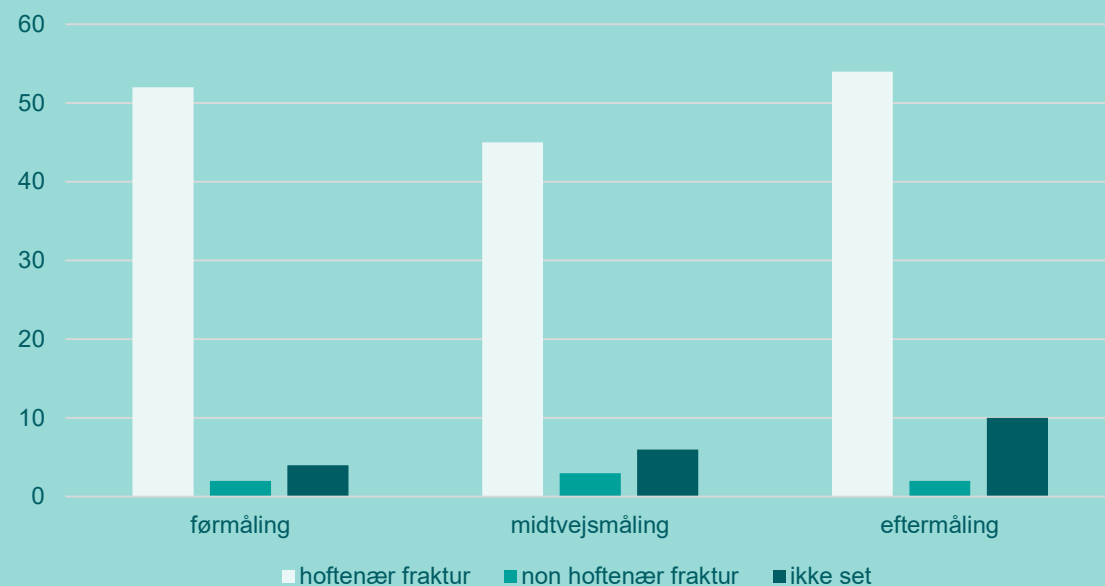
Undervisning af pleje- og terapeutpersonale i BASIC-Q screening startede i juni 2022 og implementeringen fortsatte hen over sommeren. Dette kan forklare resultatet af de begrænsede antal patienter fundet med nedsat kognition.

I eftermålingen er der fundet markant flere patienter med nedsat kognition. Det tyder på, at BASIC-Q screeningen er bedre implementeret og at anvendelsen af BASIC-Q screeningen finder langt flere patienter med nedsat kognition end ved udelukkende at søge efter disse oplysninger i primærjournal og i indlæggelsesrapport fra primærsektor.

Når pleje- og terapeutpersonalet kender til patientens nedsatte kognition, er der mulighed for at tilrettelægge og gennemføre non-farmakologiske tiltag, der reducerer forekomsten af urolig adfærd og udvikling af delirium.

Medicingennemgang

Antal medicingennemgang v. geriatrisk læge



Figur 3: Antal patienter der har fået foretaget medicingennemgang v. geriatrisk læge opgjort for patienter med hofteær fraktur og non hofteær fraktur (anden traume) og for patienter der ikke er blevet set.

Medicingennemgang er gennemført på projektpatienter ved at plejepersonalet har haft til opgave, at identificere patienter med demens og nedsat kognition, hvorefter de angav med en markering på fælles overbliksskærm for patientforløbet (Cetrea-skærm), hvilke patienter der skulle have foretaget medicingennemgang ved geriatrisk læge.

Da patienter med hofteær fraktur i forvejen indgår i et ortogeriatrisk samarbejde, medførte det automatisk et geriatrisk tilsyn af patienten inkl. medicingennemgang uanset kognitiv status.

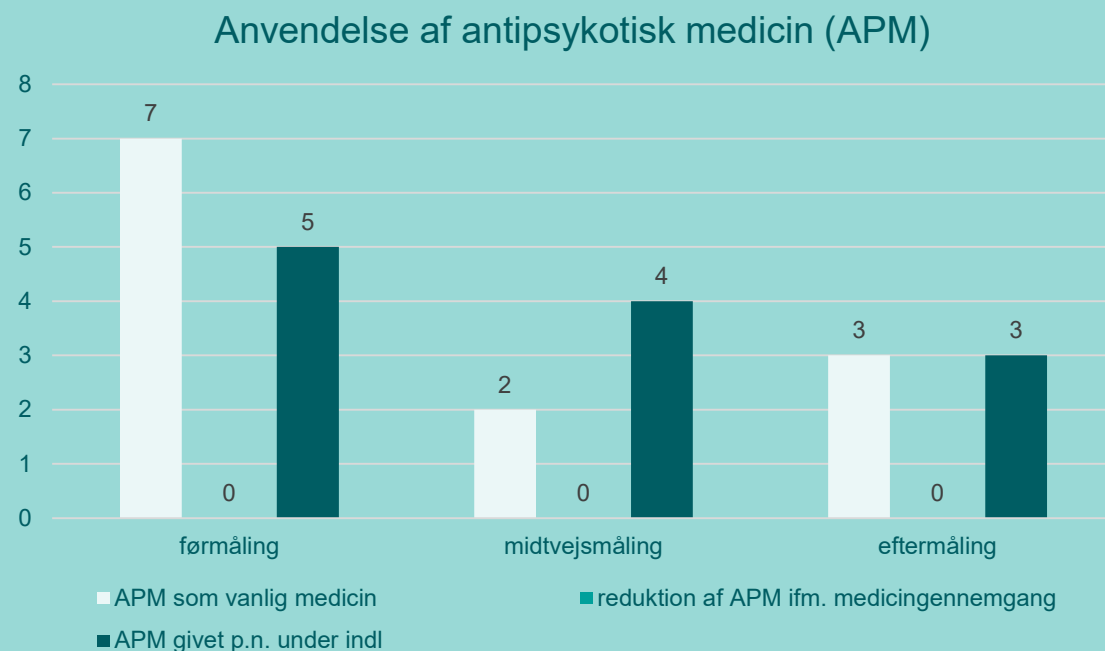
Der var en antagelse om, at der var langt flere non hofteære patienter, der havde behov for medicingennemgang ved en geriatrisk læge.

De første patienter blev inkluderet fra primo juni til at få gennemført medicingennemgang af geriatrisk læge. Det betød, at plejepersonalet fra juni skulle markere i Cetrea, hvilke patienter den geriatriske læge skulle gennemføre medicingennemgang på ud over de patienter der var indlagt med hofteær fraktur.

I førpåmålingen var der 2 patienter, der var henvist med rekvisition til geriatrisk tilsyn inkl. medicingennemgang. Det vurderes, at der var 4 øvrige patienter, der ville have haft gavn af, at der havde været sendt en rekvisition til et tilsyn. I midtvejsmålingen ses der, at der er gennemført medicingennemgang på 3 non hofteære fraktur patienter og 6 patienter, der burde have været set på. I efterpåmålingen er der gennemført medicingennemgang på 2 non hofteær fraktur patienter og 10 non hofteære fraktur patienter er ikke set.

Årsagen til at der i alt er 16 patienter, der ikke har fået foretaget medicingennemgang, kan være at de ikke er blevet markeret af plejepersonalet i Cetrea, så den geriatriske læge har kunne forholde sig til patienten. En anden begrundelse kan være, at patienten er blevet indlagt og udskrevet hen over weekend eller helligdage, hvor de geriatriske læger ikke er på Ortopædkirurgisk Afdeling. Derudover kan den manglende medicingennemgang skyldes travlhed og andre opgaver for den geriatriske læge.

Antipsykotisk medicin – opgørelse af forbruget af antipsykotisk-, beroligende- og sovemedicin.



Figur 4: Antal patienter der har antipsykotisk medicin ved indlæggelse, blevet reduceret i antipsykotisk medicin under indlæggelse og fået antipsykotisk medicin p.n. under indlæggelse.

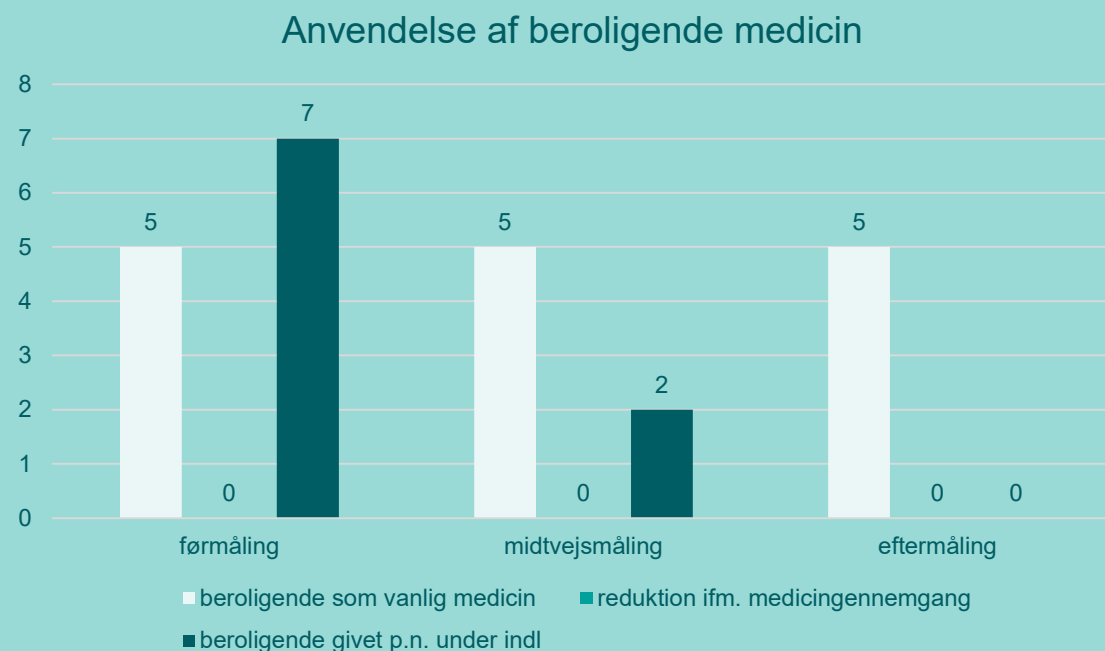
I projektoplægget var det antaget, at der blandt indlagte patienter >65 år med hoftefraktur og traume i høj grad havde antipsykotisk medicin med som vanlig medicin i forbindelse med indlæggelse.

Det viste sig, at antallet af patienter der blev indlagt, i langt mindre grad end forventet havde antipsykotisk medicin med som vanlig medicin.

De få patienter, der havde antipsykotisk medicin som vanlig medicin ved indlæggelse, viste sig at være medicineret i henhold til sygdomsanamnese. Patienterne var typisk tilknyttet Demensklubben eller Gerontopsykiatrisk Afdeling grundet øgning i adfærdsforstyrrelser eller oven i demensdiagnosen også at have haft en psykiatrisk diagnose. Derfor har der ikke været belæg for at gennemføre reduktion i forbindelse med den geriatriske medicingennemgang og i forbindelse med udskrivelsen.

Der har i meget få tilfælde været givet p.n. antipsykotisk medicin under indlæggelsen (5 i førmålingen, 4 i midtvejsmålingen og 3 i slutmålingen). Trods det lave antal patienter, der har fået p.n. antipsykotisk medicin under indlæggelsen, ses der alligevel et mindre fald i forbruget. Det tillægges undervisningen af pleje- og terapeutgruppen i antipsykotisk medicins virkning og bivirkning og implementeringen af de nonfarmakologiske tiltag (personcentreret omsorg og anvendelse af tyngdefiberdyne, samt BBAUM behandling).

Beroligende medicin – opgørelse af forbruget af antipsykotisk-, beroligende- og sovemedicin.



Figur 5: Antal patienter der har beroligende medicin ved indlæggelse, blevet reduceret i beroligende medicin under indlæggelse og fået beroligende medicin p.n. under indlæggelse.

I projektoplægget var det antaget, at der blandt indlagte patienter >65 år med hoftefraktur og traume i høj grad havde beroligende medicin med som vanlig medicin i forbindelse med indlæggelse.

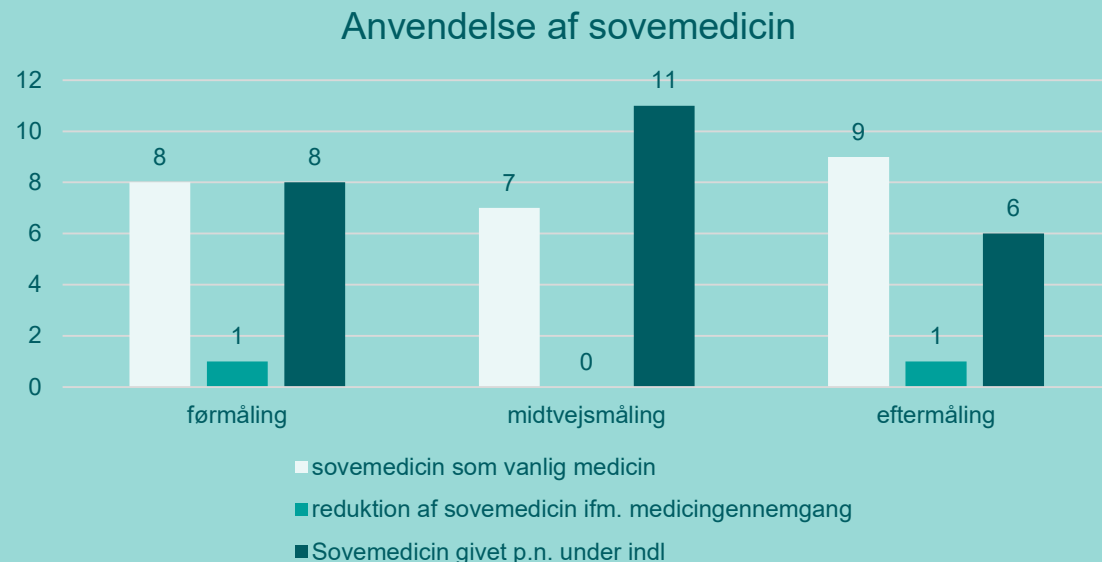
Det viste sig, at antallet af patienter der blev indlagt, i langt mindre grad end forventet havde beroligende medicin med som vanlig medicin.

Der er ikke gennemført reduktion i forbindelse med medicingennemgang og ved udskrivelsen hos de patienter, der har haft beroligende medicin som vanlig medicin med ved indlæggelsen.

I forhold til beroligende medicin givet som p.n. i måleperioden, ses der et fald i antal patienter, der får beroligende medicin p.n. under indlæggelse fra 7 til 0.

Dette kan tilskrives, at det sundhedsfaglige personale (læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og terapeuter) har opnået større viden, færdigheder og kompetencer inden for non-farmakologiske tiltag (personcentreret omsorg og anvendelse af tyngdefiberdyne, samt BBAUM behandling). Det sundhedsfaglige personale har givetvis forsøgt med disse tiltag, før en overvejelse om at give beroligende medicin p.n. er foretaget.

Sovemedicin – opgørelse af forbruget af antipsykotisk-, beroligende- og sovemedicin.



Figur 6: Antal patienter der har sovemedicin ved indlæggelse, blevet reduceret i sovemedicin under indlæggelse og fået sovemedicin p.n. under indlæggelse.

Der er over en årrække ifølge sundhedsdatastyrelsen sket et skift i de præparater, der anvendes mod søvnløshed.

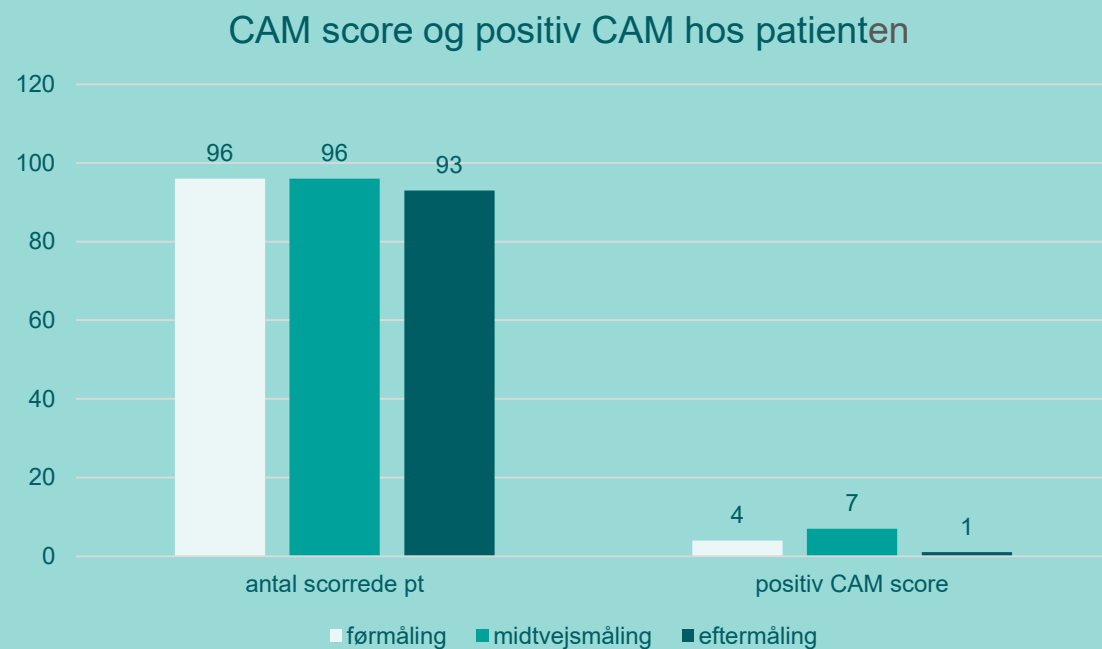
Der er nu mere end tre gange så mange brugere, der er i behandling med lægemidlerne melatonin (240 pct.) og promethazin (360 pct.), der bruges mod søvnløshed, end for 10 år siden. Der ses også en stigning i brugen af det antipsykiske lægemiddel quetiapin (180 pct.), som brugt i lavdosis har en beroligende effekt. Forbruget er samtidigt faldet for benzodiazepiner (bzd; 40 pct.) og benzodiazepinlignende lægemidler (bzd_lign; 30 pct.) (kilde: [Medicinforbrug_2021_behandling_sove_angst.pdf](#))

I projektperioden ses der ligeledes et relativt lavt antal patienter (7 – 9 patienter) der indlægges med sovemedicin som vanlig medicin.

I forhold til sovemedicin givet p.n. under indlæggelse ses der et stigende antal patienter, der har fået sovemedicin i midtvejsmålingen (11 patienter), men som falder igen (6 patienter) i eftermålingen.

Dette kan tilskrives, at pleje- og terapeutpersonalet har fået viden om antipsykotisk- og beroligende medicins virkning og bivirkning og har valgt at tilbyde den urolige patient sovemedicin i stedet til natten. Og at pleje- terapeutpersonalet efter kompetenceudvikling inden for non-farmakologiske tiltag (personcentreret omsorg og anvendelse af tyngdefiberdyne, samt BBAUM behandling), givet vis har forsøgt med disse tiltag, før de har overvejet at give sovemedicin p.n.

CAM score - opgørelse af patienter, der er screenet for delirium.



Figur 7: Antal patienter der er CAM scorede under indlæggelsen og antal patienter der scorer positiv for delirium under indlæggelse.

CAM score blev indført på alle afdelinger på OUH i 2020 som screeningsværktøj for delirium af patienter >65 år. Denne screening skal som minimum foretages 2 gange dagligt, jfr. OUH's tværgående instruks OUH, Håndtering af delirium.

Optælling af antal patienter, der er screenet for delirium, er gennemført med det formål at finde ud af om de non-farmakologiske tiltag (personcentreret omsorg og anvendelse af tyngdefiberdyne, samt BBAUM behandling) under projektperioden, har kunne medvirke til at reducere forekomsten af delirium hos projektpatienterne.

Ca. 90% af projektpatienterne er CAM scoret under indlæggelse. At ikke 100 % af patienterne er screenet tilskrives et stort antal nye personaler, der er ansat under projektperioden og som skal oplæres i alle arbejds gange.

Antallet af patienter, der scores positive for delirium, er af et lavt antal (4 i førmålingen, 7 i midtvejsmålingen og 1 i eftermålingen), hvorved det er vanskeligt fuldt ud at kunne konkludere, at det er de nye non-farmakologiske tiltag, der har haft denne indvirkning.

Refleksioner

Refleksioner over forhold der har kunne påvirke resultatet af undersøgelsen.

Gennem projektperioden har der været stor udskiftning i både pleje- og terapeutgruppen. Derfor har der været gennemført undervisning kontinuerligt gennem hele projektperioden. Det betyder, at personalets samlede opnåede kompetencer har været udfordret i forhold til projektets non-farmakologiske interventioner.

Det samme gør sig gældende i forhold til uddannelse af 10 BBAUM agenter i perioden fra marts – juni 2022. Kort inde i projektperioden var denne gruppe reduceret til 7, hvoraf de 2 i afdelingen var allokeret til andre tidskrævende opgaver.

Perioden med klinisk nær undervisning og supervision i BBAUM, der forløb i perioden ultimo august 2022 til primo marts 2023, var ligeledes udfordret, da der var behov for at uddanne nyansatte kontinuerligt gennem hele perioden. Dermed har der ikke været så meget fokus på at gennemføre supervision af de allerede uddannede personaler, og dermed sikre den fulde implementering af behandlingsmetoden i projektperioden.

Undervisning i antipsykotisk medicin af pleje- og terapeutpersonale blev forestået af geriatrisk læge og forløb over perioden primo september – medio oktober 2022. Dette var i samme periode, som der blev gennemført

midtvejsmåling. Derfor kan der ikke siges noget om, hvorvidt personalets viden har indflydelse på midtvejsmålingens resultat.

Alle geriatriske læger blev undervist i antipsykotisk medicin og medicingennemgang ultimo juni 2022 og startede samtidig op på at gennemføre medicingennemgang på projektpatienter på Ortopædkirurgisk Afdeling. Da der har været meget få patienter med fast ordineret antipsykotisk medicin, beroligende medicin og sovemedicin, er det vanskeligt at sige noget om, hvorvidt de geriatriske lægers medicingennemgang på projektpatienterne har haft en effekt på resultatet.

De ortopædkirurgiske læger blev først undervist i antipsykotisk medicin af en geriatrisk læge ultimo januar 2023. Da undervisningen blev gennemført meget sent i projektperioden, betyder det, at der ikke er mulighed for at vurdere på, om deres viden om anti-psykotisk medicin har haft indvirkning på resultatet af de indsamlede data.

Implementeringen af tyngdefiberdyner blev først igangsat medio december 2022, da der gennem flere måneder havde været udfordringer med, hvordan tyngdefiberdynerne skulle håndteres og rengøres hygiejnisk korrekt. Tyngdefiberdynens indførelse kan derfor først have vist en betydning for resultatet i eftermålingsperioden.

Konklusion

Konklusion af det samlede resultat af undersøgelsen ifm. datatræk fra patientjournalen mfl.

Det kan konkluderes, at det har været muligt at gennemføre en opgørelse af antallet af patienter med hoftenær fraktur og non hoftenær fraktur (anden traume), der har en demenssygdom eller nedsat kognition.

Det har vist sig, at særligt BASIC-Q som screeningsredskab er meget anvendeligt i forhold til at identificere patienter >65 år med nedsat kognition, da det ikke altid fremgår af primærjournal og indlæggelsesrapporten fra primærsektor.

Det har stor betydning, at pleje- og terapeutpersonale får viden om, at patienten har en demenssygdom eller har nedsat kognition, da de så kan iværksætte den forebyggende non-farmakologiske indsats, så forekomsten af urolig adfærd og udvikling af delirium under indlæggelse kan minimeres.

I forhold til, om der er opnået en reduktion i forbruget af antipsykotisk medicin, beroligende medicin og sovemedicin i forbindelse med medicingennemgang ved geriatrisk læge, så er dette ikke påvist at have en mulig effekt. Dette fordi datagrundlaget er for småt til at kunne udlede, om den geriatriske læges gennemgang af patienterne medicin, har resulteret i at patienter har fået reduceret deres medicin inden for de tre kategorier. Det ville kræve at vi opgjorde data for samtlige patienter, der

blev inkluderet i projektet, men det har der ikke været ressourcer til at gennemføre.

Det vi kan konkludere er, at udlevering af p.n. anti-psykotisk-, beroligende medicin og sovemedicin under indlæggelse, er blevet reduceret i projektperioden.

Det antages at da fokus blev rettet mod nedbringelsen af forbruget af antipsykotisk medicin, så steg forbruget af sovemedicin lidt i en periode. Da vi når til eftermålingen ligger alle tre medicingrupper lavere end ved førmålingen.

I forhold til antal patienter, der CAM scores positiv for delirium, ses et fald i forekomsten. Når dette sammenholdes med, at der også er en reduktion i forbruget af antipsykotisk-, beroligende- og sovemedicin, kan de tidligt indsættende non-farmakologiske tiltag være den afgørende årsag til, at antallet af patienter med delirium i projektperioden ikke er steget.

Samlet set kan bevidstheden om, at flere patienter med nedsat kognition findes gennem BASIC-Q screeningen betyde, at personalet iværksætter non-farmakologiske tiltag tidligt i indlæggelsen. Dette nedsætter risikoen for, at patienten med demensdiagnose og nedsat kognition udvikler uro og eller delirium. Det betyder endvidere, at der ikke er behov for at ordinere og give patienten antipsykotisk-, beroligende- og sovemedicin som fast medicin eller som p.n.

Anbefalinger til implementering



Om implementering

Når mennesker skal gøre noget andet end det 'vi plejer'.

"Uanset om I skal integrere en ny sundhedsløsning i daglig praksis, om I får nye arbejdsgange, om I får ny strategi eller noget helt andet, handler implementering om, at mennesker skal gøre noget anderledes.

Det er en vanskelig proces, fordi ønsket om at fastholde 'det plejer vi' er en naturlig menneskelig reaktion over for forandring. Derfor er en helt central pointe, at det aktive arbejde med implementering – med at skabe forandring og forankring – allerede begynder, når projektidéen og forandringstanken opstår.

Her er rammer, vilkår og arbejdsgange omkring de nye tiltag essentielle, og det er en ledelsesopgave, at tilpasse strukturer, så de stemmer overens med den opgave, der knytter sig til tiltaget, foruden det at klæde brugerne på til forandringen.*"

De næste par sider viser de udfordringer, som der er blevet påtalt af det personale, som er blevet interviewet i projektet, og belyser således deres opfattelse af projektets tilgang, fremgang og forankring på afdelingen.

*Kilde: Syddansk Sundhedsinnovation's Implementeringsguide, [Implementering og Gevinstrealisering \(syddansk-sundhedsinnovation.dk\)](https://syddansk-sundhedsinnovation.dk/Implementering-og-Gevinstrealisering)



"Det handler om at støbe et solidt fundament, der sikrer, at forandringen kan slå igennem. Det kan eksempelvis gøres ved at tilføje og/eller fjerne kompetencer og teknologier, der henholdsvis muliggør og forhindrer forandringen."

- SDSI's implementeringsguide

Implementering – hvad siger fagpersonalet?

Formålsafklaring

Afdeling O er en afdeling, der i forvejen er meget opmærksom på medicinforbruget og anvendelse af non-farmakologiske metoder, og det var ikke personalet, der efterspurgte projektet. Alligevel har det heldigvis vist, at man stadig kan gøre det bedste bedre og skabe endnu bedre resultater gennem konkrete metoder og øget opmærksomhed. Dog medvirkede den manglende efterspørgsel også til, at ikke alle købte ind på præmissen fra start, ligesom de ikke følte, at de havde haft medbestemmelse. Noget som kan gøre implementeringen svær.

Ressourcer og prioritering

Andre udfordringer har været ressourcer, hvor personalet oplever, at ressourceallokering ikke har fulgt med de nye opgaver. En faktor som har haft konsekvenser for både motivation, men også praktisk kunnen. For at personalet kan arbejde med de nye tiltag og prioritere dem, skal de kunne mærke, at ledelsen også prioriterer det og afsætter de ressourcer, der skal til. Så at man undgår, at blive irriteret over at folk ”går fra” fx til BBAUM eller at de ”bliver stresset over at blive påmindet om at udøve tiltagene hele tiden”. I den forbindelse blev det af respondenterne nævnt, at man godt kan afsætte tiden i hverdagen til de nye tiltag, hvis man bare ved, at andre tager sig af ens andre opgaver.

Fælles afsæt

Der er en holdning til, at hvis man havde haft det samme afsæt for alle i plejegruppen, ville det have givet en bedre motivation.

”Vi skal ikke give personalet dårlig samvittighed, ved vores projekt, da der er mange tiltag i forvejen.”

Ansæt, afd. O

”Vi har mange andre opgaver, som jeg tror, vi synes er mere meningsfulde.”

Ansæt, afd. O

Implementering – hvad siger fagpersonalet?

Opstart og tidsperioden for projektet

Der er flere ting, der tyder på, at tidsperioden for projektet har været for kort. Dette er også udtalt af flere respondenter. Fx har der været mange ting, som har været sat i søen på samme tid, hvilket blev for meget. De havde foretrukket det drypvis, så man lærer og bliver fortrolige med metoderne lidt af gangen, og så de havde haft mere ro og overskud til det.

Desuden har udfordringer med tyngdefiberdynamer (leverancer og rengøring) gjort, at de ikke har nået at blive anvendt i mere end omkring 3 måneder. BASIC-Q tog også ca. 3 måneder at komme i gang med.

I det hele taget medfører projektet både ændringer i arbejdsgange og kultur, og det tager tid at tage tingene til sig. Først i projektets afsluttende fase begyndte man at tage metoderne ind som en hverdagsting. Personalet oplever, at der er en del projekter på afdelingen, som *"kommer oveni hinanden"* og som forstyrrer driftsopgaverne, som der ikke er andre der overtager. Noget som også kan have haft indflydelse på opstarten af dette projekt.

"Nu begynder vi at få resultaterne, og så stopper projektet."

Ansæt, afd. O

'It always takes longer than you think, even when you take this into account.'

- Hofstadters lov



Appendix

Beskrivelse af tiltag

Beskrivelse af BASIC-Q

I projektperioden blev der afprøvet forskellige non-farmakologiske tiltag, herunder BASIC-Q, 'Hvem er jeg'-skema, tyngdefiberdyne, BBAUM behandling, adfærdsregistreringsskema (ifm. BBAUM). Ud over det blev der foretaget medicingennemgang og evt. udtrappingsplan.

Følgende beskriver kort metoderne/tiltagene, og gør derefter rede for de kvantitative og kvalitative indsigter ift. hver metode.

BASIC-Q:

Brief Assessment of Impaired Cognition Questionnaire (BASIC-Q) er et screeningsværktøj udviklet af Nationalt Videnscenter for Demens med henblik på at hjælpe fagpersoner med at identificere ældre borgere med mulig kognitiv svækkelse. BASIC-Q er primært tiltænkt anvendelse i kommunalt regi, men kan også anvendes bredere.

Vi har i projektet søgt om tilladelse til at afprøve det på et sengeafsnit. Basic Q består af 7 spørgsmål til patienten og 4 spørgsmål til en pårørende, der vedrører deres oplevelse af patientens evne til at huske. Resultatet af screeningen kan være fra 0/20 til 20/20 og opdeles i:

0-15: mulig kognitiv svækkelse

16-17: se tiden an

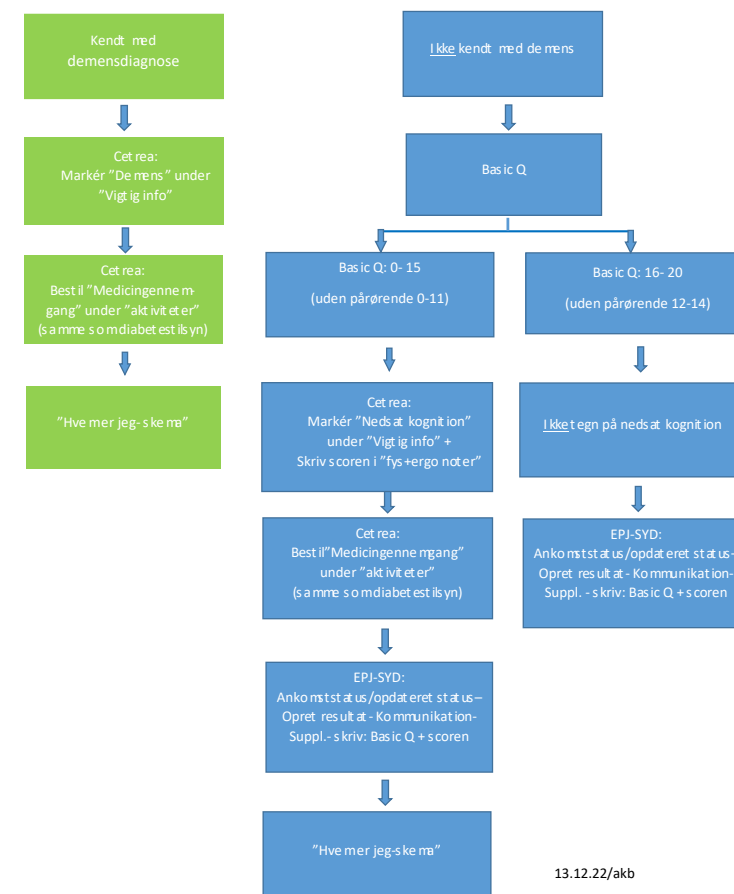
18-20: ingen umiddelbar grund til bekymring

I projektet er scoren anvendt til at tilrettelægge sygeplejen, så de patienter med mulig kognitiv svækkelse får en målrettet behandling bestående af personcentreret omsorg, tyngdefiberdyne og profylaktisk behandling med BBAUM-greb. Ved udskrivelsen har vi efter accept/samtykke med patient og/ eller dennes pårørende videreformidlet vores bekymring om begyndende demens til egen læge for en egentlig udredning. (Kilde: NVD).

<https://videnscenterfordemens.dk/da/brief-assessment-impaired-cognition-questionnaire-basic-q>

Screening for nedsat kognition ved modtagelse på afdeling O1

Patientgruppe: Alle HOFTE- og TRAUME patienter +65 år



13.12.22/akb

Beskrivelse af 'Hvem er jeg'-skema

'Hvem er jeg'-skema:

'Hvem er jeg'-skemaet er udviklet af Nationalt Videnscenter for Demens og er et hjælpeskema med informationer om den kognitivt svækkede patient til personalet på sygehuset.

Skemaet omhandler en række spørgsmål om patientens liv, rutiner og vaner samt andre personlige forhold. Det tænkes udfyldt af pårørende, men kan også udfyldes af f.eks plejehjems personale.

Formålet med skemaet er at:

- Hjælpe personalet til hurtigt at være opmærksom på, at patienten er kognitivt udfordret
- Styrke en personcentreret tilgang
- Øge fokus på pårørendeinddragelse ved indlæggelse – under indlæggelse – ved udskrivelse
- Forebygge udvikling af delirium

Hvem er jeg?

*Dette ark er til personalet, der ikke kender mig.
Det kan give dig mulighed for at hjælpe mig på
den bedste måde under min indlæggelse på
sygehuset.*



Mit navn (med streg under det navn, jeg gerne vil kaldes)

Hvilken by bor eller har jeg boet i?

Navn og relation på den person, der kender mig bedst

Vigtigt at vide om min baggrund, familie og venner

Vigtigt at vide om nuværende og tidligere job eller interesser

Rutiner og vaner, som er vigtige for mig

Det kan bekymre mig og gøre mig urolig, når

Når jeg er bekymret og urolig, får jeg det bedre, når

Vigtigt at vide om mit syn og hørelse og evt andre hjælpemidler

Andre oplysninger, der er vigtige at formidle for mig eller mine pårørende

Beskrivelse af Tyngdefiberdyne

En tyngdefiberdyne er et anerkendt og hyppigt anvendt sansestimulerende og kognitivt hjælpemiddel blandt flere målgrupper. De anvendes i pleje og behandling af patienter med demenssygdom eller hvis patienten aktuelt er kognitivt svækket fx delirøs.

Effekt:

Dynens tyngde giver brugeren proprioceptive sansestimuli, som beroliger et overbelastet sanse- og nervesystem. Tyngdefiberdynen er uden taktile stimuli og opleves derfor primært som en almindelig dyne, blot tungere. Dette gør fiberdyner yderst egnede blandt mange forskellige brugere, som har behov for tyngde over kroppen og sansestimuli til primært muskelledsansen, også kaldet vores bevægesans.

Oplevelsen bidrager til en bedre fornemmelse af egen krop, ved hjælp af dynens vægt, som fordeler sig ligeligt over og omkring kroppen.

Hygiejne:

Tekstiler herunder tyngdefiberdyner og væsketæt betræk, der anvendes i sundhedssektoren, kan være reservoir for mikroorganismer, herunder også sygdomsfremkaldende mikroorganismer. Tyngdefiberdyner og væsketæt betræk kan dermed medvirke til smittespredning, og uhensigtsmæssigt håndterede tekstiler kan fungere som smittekilde.

De generelle infektionshygiejniske forholdsregler er derfor gældende for håndtering, genbehandling, transport og opbevaring af både rene og urene tekstiler, så spredning af mikroorganismer forebygges.



Der er til projektet
indkøbt dyner i
vægtklasserne
4, 6, 8 kg

Beskrivelse af BBAUM

BBAUM:

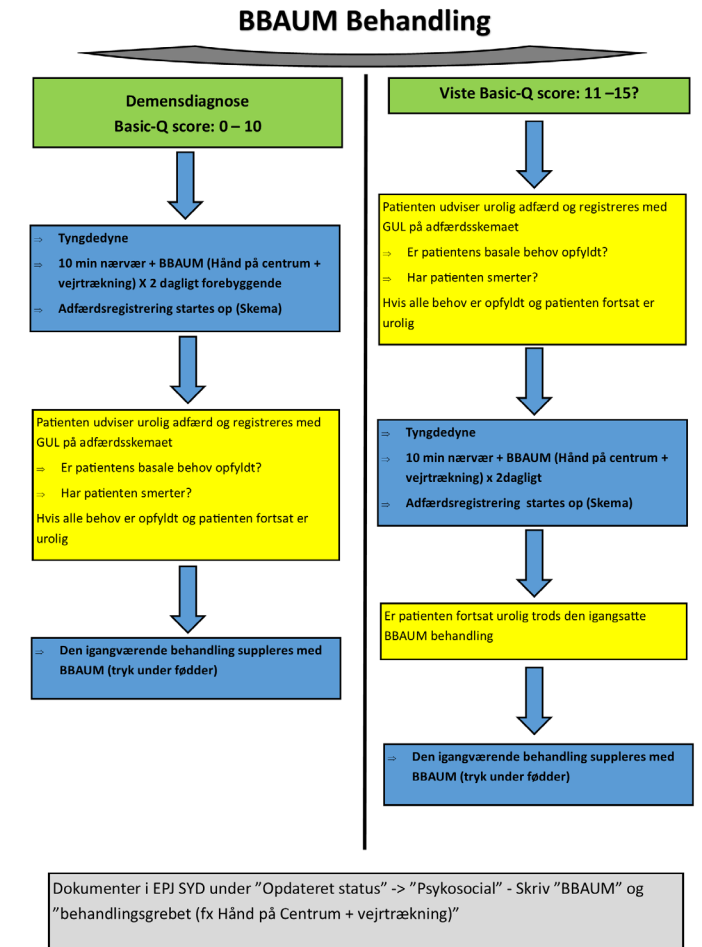
BBAUM (Beroligende Behandling til Adfærdsforstyrrede og Urolige Mennesker) er et fysioterapeutisk behandlingskoncept, funderet i et helhedsorienteret, personcentreret menneskesyn. I BBAUM-processerne arbejdes der kropsligt og relationelt i en biopsykosocial resonansproces. Behandlingen består af 5 forskellige behandlingsgreb, der igangsætter processer i det autonome nervesystem og derfor er virksomme, selvom patienten er kognitivt svækket og har mistet sin evne til selvbevidsthed og selvrefleksion. I behandlingen, der er en kombination af let facilitering og dyb trykmassage arbejdes der med respiration, centrum, kropsgrænser, fødder, midtlinje og nærvær. Resultatet af BBAUM-processerne er, at patienten opnår øget kontakt til sig selv.

Fysiologisk øges produktionen af oxytocin, mens produktionen af kortisol reduceres, hvilket dæmper patientens stress, så kroppen og den velbevarede hjernefunktion bliver bedre. Den stressdæmpende effekt påvirker også andre fysiologiske processer såsom fordøjelse, respiration, blodtryk, søvn og balance, der alle bliver mere velfungerende.

Teoretisk er konceptet funderet i bl.a Gertrud Roxendals "Body Awareness Therapy" (fysioterapi), Heinz Kohuts "Selvpsykologi" (psykoterapi), John Bowlbys tilknytningsteori (psykologi), Aron Antonowskys "Sense of Coherence" (sociologi), Roger Sperrys "Split-Brain Theory" (psykobiologi) og Stephen Porges "Polyvagal-teori" (neuropsykologi).

I projektet har vi udvalgt at arbejde med 3 af de 5 greb: Hånd på centrum + hånd på vejtrækning og tryk under fødder i sessioner af 10 minutters nærvær x 2 om dagen – og gerne flere gange.

Kilde: Marlene Jul Houmann





Ordbog Definitioner

CAM

Confusion Assessment Method

CAM-scoren er den mest verificerede metode til at monitorere patienter som er i risiko for at udvikle delirium.

CAM-scoren medvirker derved til at identificere udviklingen af deliriummet tidligt, således at det kan forebygges eller behandles inden patienten bliver svært forpint heraf. Derudover kan CAM-scoren bidrage til at monitorere det aktive delirium, hvilket er essentielt såfremt, at der er behov for at søge råd og vejledning ved psykiatrien (Kilde: SST 2020).

Delirium

Et (organisk) delirium er en psykosetilstand, som er udløst af en somatisk årsag eller en belastning.

Den primære behandling af delirium er derfor, at få identificeret og behandlet/lindret den udløsende årsag.

Ved delirium forstås en akut udviklet tilstand med springende og usammenhængende tankegang. Symptomerne på delirium omfatter kognitiv dysfunktion, hvor patienten kan fremtræde uopmærksom, desorienteret og forvirret, have påvirket hukommelse og ændret opfattelsesevne samt sproglige forstyrrelser. Tilstanden udvikler sig over kort tid (timer til dage) og fluktuerer over tid.

Delirium er en reversibel tilstand. I modsætning til differentialdiagnosen demens.

Der er tre forskellige typer af delirium

- *Den hyperaktive:* Karakteriseret ved øget psykomotorisk aktivitet, urolig adfærd samt højtråben.
- *Den hypoaktive:* Karakteriseret ved, at patienten er døsig, svarer langsomt på spørgsmål og sjældent tager initiativ til at foretage sig noget. Der er risiko for, at patienten med hypoaktivt delirium fejldiagnostiseres som depressiv.
- *Blandet delirium:* Det viser sig som en blanding mellem de to typer.