

Konsekvenser
ved anvendelse
af reminiscens



Konsekvenser ved anvendelse af reminiscens

– et randomiseret interventionsstudie
på ti danske plejeenheder

Claire Gudex

Charlotte Horsted

Anders Møller Jensen

Marianne Kjer

© Forfatteren og Syddansk Universitetsforlag 2009
Sat af Unisats
Trykt af Grafisk Data Center A/S
Omslag: Donald Jensen, Unisats

ISBN 978 87 7674 409 0

Konsekvenser ved anvendelse af reminiscens
er trykt med støtte fra:



Mekanisk, fotografisk, elektronisk eller
anden mangfoldiggørelse af denne bog
er kun tilladt med forlagets tilladelse eller
ifølge overenskomst med Copy-Dan

Syddansk Universitetsforlag
Campusvej 55
5230 Odense M

Tlf. 6615 7999
Fax. 6615 8126
www.universitypress.dk

Indholdsfortegnelse

Tabeloversigt	9
Figuroversigt	12
Oversigt over informationsbokse	14
Forord	15
Resume	19
1. Baggrund for Reminiscensprojektet	25
1.1. Formål med Reminiscensprojektet	25
1.2. Hvad er reminiscens?	26
1.3. Pleje og omsorg på demensområdet	28
1.4. Litteraturgennemgang vedrørende reminiscensmetoden	29
1.4.1. Effekter fra anvendelse af reminiscens	30
1.4.2. Anvendelsesformer for reminiscensarbejde	33
1.4.3. Erfaringer ved reminiscensimplementering	35
1.4.4. Økonomiske aspekter i forhold til brugen af reminiscens	37
1.4.5. Organisatoriske aspekter i forhold til brugen af reminiscens	37
1.4.6. Opsummering af litteraturen vedrørende brugen af reminiscens ..	37
2. Materiale og metode	39
2.1. Studiedesign	39
2.1.1. Præpilotstudie	40
2.1.2. Pilotstudie	41
2.2. Dataindsamling	41
2.2.1. Anvendte måleinstrumenter i forbindelse med beboerne	42
2.2.2. Anvendte måleinstrumenter i forbindelse med personalet	47
2.2.3. Anvendte måleinstrumenter i forbindelse med beboernes pårørende	48
2.3. Interviewer rekruttering og træning	48
2.3.1. Interview med personalet vedrørende reminiscensimplementeringen	49
2.4. Rekruttering af plejeenheder	50
2.4.1. Beregning af nødvendig stikprøvestørrelse	50
2.4.2. Første rekrutteringsrunde	51
2.4.3. Anden rekrutteringsrunde	51
2.4.4. Udvalgelse af plejeenheder	52

2.5.	Randomiseringen af plejeenhederne	54
2.5.1.	Dannelse af to matchede grupper af fem enheder	54
2.5.2.	Anvendt lodtrækningsprocedure	55
2.6.	Statistisk analyse	55
2.7.	Implementering af reminiscens på plejeenhederne	59
2.7.1.	Ledelsens og ressourcepersonernes rolle i implementeringsforløbet	59
2.7.2.	Beskrivelse af implementeringsforløbet for plejepersonalet	61
2.7.3.	Implementeringsforløbet for de pårørende	66
2.7.4.	Udstillinger på enhederne (lørdagsarrangement)	67
2.7.5.	Materialer anvendt i forbindelse med reminiscensimplementeringen	68
2.7.6.	Vejledning i brug af reminiscensmaterialet	69
3.	Erfaringer i forbindelse med implementeringen	71
3.1.	Undervisernes erfaringer med implementering af reminiscens	71
3.1.1.	Erfaringer i forbindelse med ledelse og ressourcepersonerne	71
3.1.2.	Erfaringer i forbindelse med plejepersonalet	72
3.1.3.	Undervisernes erfaringer i forbindelse med beboernes pårørende	79
3.1.4.	Opsummering af undervisernes erfaringer	81
3.2.	Registrering af reminiscensaktiviteter	83
3.2.1.	Anvendelse af generel reminiscens	83
3.2.2.	Anvendelse af specifik reminiscens	85
3.2.3.	Anvendelse af spontan reminiscens	86
3.2.4.	Erfaringer med hensyn til registrering af reminiscens	88
4.	Konsekvenser af reminiscens for beboerne	89
4.1.	Kausalmodel og hypoteser for beboerne	89
4.2.	Oversigt over antal deltagende beboere	91
4.3.	Beskrivelse af beboernes karakteristika	93
4.3.1.	Sociodemografiske variable	93
4.3.2.	Helbredsmæssige variable	94
4.3.3.	Ændringer i beboernes karakteristika under projektføreløbet	96
4.3.4.	Analyse af frafaldet hos beboerne	96
4.4.	Beboernes funktionsniveau ved baseline	98
4.4.1.	Baseline kognitiv funktionsvurdering ved MMSE og SIB-S	98
4.4.2.	Baseline daglige funktionsniveau ved GBS	99
4.4.3.	Baselinevurdering af agiteret adfærd ved CMAI	100
4.4.4.	Baselinevurdering af beboernes livskvalitet ved ADRQL	102
4.5.	Ændringer i beboernes funktionsniveau over tid	103
4.5.1.	Ændringer over tid i beboernes kognitive funktion ved MMSE og SIB-S	103
4.5.2.	Ændringer over tid i beboernes daglige funktionsniveau ved GBS	105
4.5.3.	Ændringer over tid i beboernes agiterede adfærd ved CMAI	107
4.5.4.	Ændringer over tid i beboernes livskvalitet ved ADRQL	109
4.5.5.	Ændringer over tid på enhedsniveau	111

4.5.6.	Ændringer over tid i forhold til antallet af reminiscenssessioner . .	114
4.5.7.	Ændringer over tid i forhold til beboernes baseline kognitive funktion	114
4.5.8.	Multipel regressionsanalyse af scoreændringer over tid	115
4.6.	Opsummering: konsekvenser af reminiscens for beboerne	118
4.6.1.	Konsekvenser af reminiscens for kognitiv funktion	118
4.6.2.	Konsekvenser af reminiscens for dagligt funktionsniveau	120
4.6.3.	Konsekvenser af reminiscens for agiteret adfærd	122
4.6.4.	Konsekvenser af reminiscens for beboernes livskvalitet	123
5.	Konsekvenser af reminiscens for personalet.	127
5.1.	Kausalmodel og hypoteser for personalet	127
5.2.	Personalets deltagelse og karakteristika ved baseline	130
5.2.1.	Analyse af frafaldet blandt personalet	130
5.3.	Personalets helbred og arbejdssituation ved baseline	132
5.3.1.	Baseline selvvurderede helbred ved SF-12v2	132
5.3.2.	Baselinevurdering af udbrændthed ved MBI-HSS	133
5.3.3.	Baselinevurdering af arbejdsliv ved SNCW items	136
5.4.	Ændringer i personalets helbred og arbejdssituation over tid	137
5.4.1.	Ændringer over tid i personalets selvvurderede helbred ved SF-12v2	137
5.4.2.	Ændringer over tid i personalets udbrændthed ved MBI-HSS	141
5.4.3.	Ændringer over tid i personalets vurdering af eget arbejdsliv.	147
5.4.4.	Ændringer over tid på enhedsniveau	149
5.5.	Multipel regressionsanalyse af scoreændringer over tid	154
5.5.1.	Scoreændring på delskalaer i SF-12v2	154
5.5.2.	Scoreændring på delskalaer i MBI-HSS	154
5.5.3.	Scoreændring i forbindelse med vurdering af arbejdslivet	155
5.6.	Opsummering: konsekvenser af reminiscens for personalet.	158
5.6.1.	Konsekvenser af reminiscens for personalets helbred.	158
5.6.2.	Konsekvenser af reminiscens for personalets grad af udbrændthed	160
5.6.3.	Konsekvenser af reminiscens for personalets syn på arbejdslivet	163
5.6.4.	Kommentar til multipel regressionsanalyse for personalet	164
5.7.	Personalets udsagn vedrørende effekterne af reminiscens	165
5.7.1.	Spørgeskemaudsagn vedrørende effekten af reminiscens.	165
5.7.2.	Spørgeskemaudsagn vedrørende de forskellige typer reminiscensmateriale.	169
5.8.	Interviewudsagn vedrørende implementering af reminiscens	170
5.8.1.	Personalets generelle syn på reminiscensmetoden og dens effekter	170
5.8.2.	Personalets vurdering af omfanget af reminiscensimplementering	174
5.8.3.	Personalets syn på forudsætninger for implementering af reminiscens.	177
5.8.4.	Personalets syn på reminiscensimplementeringens tilgang	178

6.	Konsekvenser af reminiscens for de pårørende	181
6.1.	Kausalmodel og hypoteser for de pårørende	181
6.2.	De pårørendes deltagelse og karakteristika ved baseline	182
6.2.1.	De pårørendes deltagelse i reminiscensimplementeringen	183
6.3.	Ændringer i de pårørendes vurderinger over tid	184
6.3.1.	De pårørendes vurdering af beboerens helbred og hukommelse . .	184
6.3.2.	De pårørendes vurdering af deres besøg på plejeenheden	185
6.3.3.	De pårørendes vurdering af beboernes situation	188
6.3.4.	De pårørendes vurdering af eget forhold til beboeren og personalet	188
6.3.5.	Faktoranalyse af items i pårørendespørgeskemaet	189
6.3.6.	Multiple regressionsanalyser af scoreændringer over tid	193
6.4.	Opsummering: konsekvenser for de pårørende	195
7.	Supplerende erfaringer og kommentarer	197
7.1.	Medieopmærksomhed i projektforløbet	197
7.2.	Ændringer på enhederne	197
7.3.	Interviewernes erfaringer	199
7.4.	Ressourceforbrug i forbindelse med implementering af reminiscens	200
8.	Diskussion og konklusion	203
8.1.	Kort opsamling af rapportens resultater	203
8.2.	Hvorfor ikke stærkere evidens for metoden?	204
8.2.1.	Situationen for beboerne og personalet var i forvejen optimal? . . .	205
8.2.2.	Andre faktorer end reminiscens, der påvirkede enhederne?	205
8.2.3.	Designmæssige forhold	206
8.2.4.	Valg af måleinstrumenter og vurderingstidspunkter	208
8.2.5.	Omfanget af reminiscensimplementering på enhederne	209
8.3.	Resultaternes generaliserbarhed	212
8.4.	Forslag til fremtidige projekter	214
8.5.	Konklusion	216
9.	Referencer	217

Tabeloversigt

Tabel 1.	Oversigt over de forkortelser, der er anvendt i rapporten	18
Tabel 2.	Reminiscensformer anvendt i studier ifm. personer med en demenssygdom	33
Tabel 3.	Reminiscensformer anvendt i studier ifm. personer med depression . . .	34
Tabel 4.	Oversigt over Reminiscensprojektets forløb	40
Tabel 5.	Oversigt over dataindsamling i Reminiscensprojektet	42
Tabel 6.	Antal beboere på de 10 deltagende enheder i Reminiscensprojektet . . .	53
Tabel 7.	Matching af enhederne i Reminiscensprojektet	54
Tabel 8.	Oversigt over implementeringsforløbet for de fem implementeringsenheder i Reminiscensprojektet	70
Tabel 9.	Karakteristika af generelle reminiscenssessioner	84
Tabel 10.	Antallet og varighed af generelle reminiscenssessioner på enhedsniveau	84
Tabel 11.	Personalets vurdering af beboernes reaktion ifm. generelle reminiscenssessioner	84
Tabel 12.	Karakteristika af specifikke reminiscenssessioner foretaget på implementeringsenhederne	85
Tabel 13.	Antal og varighed af specifikke reminiscenssessioner på enhedsniveau .	86
Tabel 14.	Personalets vurdering af beboernes reaktion ifm. specifikke reminiscenssessioner	86
Tabel 15.	Antallet af spontane reminiscenssessioner registreret af implementeringsenhederne	87
Tabel 16.	Registrering af spontane reminiscenssessioner inden for 3-ugers perioder	87
Tabel 17.	Tidspunkt for anvendt spontan reminiscens på implementeringsenhederne	88
Tabel 18.	Beboerdeltagelse fordelt på de ti enheder	93
Tabel 19.	Sociodemografiske karakteristika af de deltagende beboere	94
Tabel 20.	Prævalens af demenssygdomme hos beboerne i Reminiscensprojektet . .	95
Tabel 21.	Baselinevurdering af beboernes medicinforbrug og fysiske tilstand	95
Tabel 22.	Baselinevurdering af beboernes oplevelser af life events	96
Tabel 23.	Beboerfrafald i Reminiscensprojektets forløb fordelt på enhedsniveau . .	97
Tabel 24.	Karakteristika hos de beboere, der henholdsvis faldt fra og forblev i Reminiscensprojektet	97
Tabel 25.	Gns. MMSE score ved 1. baseline	99
Tabel 26.	Gns. GBS totalscore ved 1., 2. og 3. baseline	100
Tabel 27.	Gns. CMAI Hyppighed score ved tre baseline dataindsamlinger	101
Tabel 28.	Gns. CMAI Forstyrrelse score ved tre baseline dataindsamlinger	101
Tabel 29.	Gns. baseline CMAI score	101
Tabel 30.	Gns. ADRQL total score ved tre baseline dataindsamlinger	102

Tabel 31. Gns. baseline ADRQL totalscore og delscore	102
Tabel 32. Ændringer over tid i gennemsnitlige MMSE score	104
Tabel 33. Ændringer over tid i gennemsnitlige SIB-S score	104
Tabel 34. Forskelle mellem IG og KG i scoreændringer på MMSE og SIB-S . . .	105
Tabel 35. Ændringer over tid i gennemsnitlige GBS score	106
Tabel 36. Forskelle mellem IG og KG i scoreændringer på GBS	107
Tabel 37. Ændringer over tid i gns. CMAI Hyppighed og Forstyrrelse score	108
Tabel 38. Forskelle mellem IG og KG i scoreændringer på CMAI	109
Tabel 39. Ændringer over tid i ADRQL totalscore og delskalaer	110
Tabel 40. Forskelle imellem IG og KG i scoreændringer på ADRQL	111
Tabel 41. Scoreændringer over tid på enhedsniveau for MMSE	112
Tabel 42. Scoreændringer over tid på enhedsniveau for GBS, CMAI og ADRQL	113
Tabel 43. Oversigt over scoreændringers retning på enhedsniveau (beboerne) . . .	113
Tabel 44. Antal reminiscenssessioner givet i forhold til beboernes baseline kognitive niveau	114
Tabel 45. Multipel regressionsanalyse af beboernes scoreændringer over tid	117
Tabel 46. Klassificering af scorer på MBI-HSS delskalaer.	133
Tabel 47. Kategorisering af personalet i forhold til MBI-HSS delskalaer (pct.) . .	134
Tabel 48. Fire sammensatte faktorer, der vedrører 'Arbejdslivet' på en plejeenhed	137
Tabel 49. Ændringer over tid i personalets selv vurderede fysiske helbred (ved PCS score fra SF-12v2)	139
Tabel 50. Ændringer over tid i personalets selv vurderede psykiske helbred (ved MCS score fra SF-12v2).	140
Tabel 51. Forskelle mellem IG og KG i scoreændringer på SF-12v2.	141
Tabel 52. Ændringer over tid i personalets arbejdspræstation (ved PA fra MBI-HSS)	143
Tabel 53. Ændringer over tid i personalets følelsesmæssige udmattelse (ved EE fra MBI-HSS)	144
Tabel 54. Ændringer over tid i personalets depersonalisering (ved DP fra MBI-HSS)	145
Tabel 55. Forskelle mellem IG og KG i scoreændringer på MBI-HSS	146
Tabel 56. Ændringer over tid i personalets syn på arbejdslivet.	148
Tabel 57. Forskelle mellem IG og KG i scoreændringer i forhold til personalets syn på arbejdsliv	149
Tabel 58. Scoreændringer over tid på enhedsniveau for SF-12v2 skalaer.	151
Tabel 59. Scoreændringer over tid på enhedsniveau for MBI-HSS delskalaer. . . .	152
Tabel 60. Scoreændringer over tid på enhedsniveau for faktorerne vedrørende 'Arbejdsliv'.	153
Tabel 61. Oversigt over scoreændringers retning på enhedsniveau (personalet) . . .	153
Tabel 62. Multipel regressionsanalyse af scoreændringer på SF-12v2 (PCS og MCS) og MBI-HSS (PA, EE, DP).	157
Tabel 63. Multipel regressionsanalyse af scoreændringer på faktorer vedrørende personalets syn på arbejdslivet	158
Tabel 64. Personalets grad af enighed i udsagn vedrørende reminiscens	167
Tabel 65. Antal deltagende pårørende i Reminiscensprojektet over tid	183

Tabel 66. De pårørendes deltagelse i implementeringsaktiviteter.	184
Tabel 67. Pårørendes vurdering af beboerens helbredstilstand og hukommelse . . .	185
Tabel 68. Oversigt over hyppigheden af de pårørendes besøg	186
Tabel 69. Oversigt over varigheden af de pårørendes besøg	186
Tabel 70. De pårørendes vurdering af besøgenes kvalitet	187
Tabel 71. Fire sammensatte faktorer ifm. pårørendes vurderinger i forhold til beboeren og personalet	190
Tabel 72. Scoreændringer over tid på fire sammensatte faktorer ifm. pårørendes vurderinger i forhold til beboeren og personalet	192
Tabel 73. Forskelle mellem IG og KG i scoreændringer på faktorer vedrørende pårørendes vurderinger i forhold til beboeren og personalet.	193
Tabel 74. Multipel regressionsanalyse af scoreændringer ifm. de pårørendes vurderinger i forhold til beboeren og personalet.	194
Tabel 75. Organisatoriske og personalemæssige ændringer på de enkelte enheder i Reminiscensprojektet (pr. februar 2007)	198

Figuroversigt

Figur 1. Region Midtjylland	51
Figur 2. Billede af dameudstillingen, 'Stop og broder'	61
Figur 3. Billede af herreudstillingen	68
Figur 4. Kausalmodel: hvilken betydning forventes reminiscens at have for beboere i Reminiscensprojektet?	89
Figur 5. Flowchart for beboernes deltagelse i Reminiscensprojektet	92
Figur 6. Scoreændringer over tid i forhold til kognitiv funktion ved 3. baseline	115
Figur 7. Scoreændringer over tid på MMSE og SIB-S for IG og KG	118
Figur 8. Ændringer over tid på gns. GBS totalscore for IG og KG	120
Figur 9. Personalets vurdering om, hvorvidt anvendelse af reminiscens havde styrket beboerne i deres daglige færdigheder	121
Figur 10. Scoreændringer over tid ift. CMAI for IG og KG	122
Figur 11. Personalets vurdering om, hvorvidt anvendelsen af reminiscens havde reduceret problematisk adfærd hos beboerne	123
Figur 12. Ændringer over tid i gns. ADRQL score og delscoren 'Selvbevidsthed' for IG og KG	124
Figur 13. Kausalmodel: hvilken betydning forventes reminiscens at have for personalet i Reminiscensprojektet?	128
Figur 14. Flowchart for personalets deltagelse i Reminiscensprojektet	131
Figur 15. Personalets aldersfordelte baseline PCS score sammenlignet med danske normdata	132
Figur 16. Personalets aldersfordelte baseline MCS score sammenlignet med danske normdata	132
Figur 17. Personalets aldersfordelte baseline PA score sammenlignet med amerikanske normdata	135
Figur 18. Personalets aldersfordelte baseline EE score sammenlignet med amerikanske normdata	135
Figur 19. Personalets aldersfordelte baseline DP score sammenlignet med amerikanske normdata	136
Figur 20. Scoreændringer over tid ift. gns. PCS score for IG og KG	159
Figur 21. Scoreændringer over tid ift. gns. MCS score for IG og KG	159
Figur 22. Scoreændringer ift. gns. PA score for IG og KG	160
Figur 23. Scoreændringer ift. gns. EE score for IG og KG	161
Figur 24. Scoreændringer ift. gns. DP score for IG og KG	161
Figur 25. Ændring over tid i 'Trivsel og udvikling' og 'Fællesskab og samarbejde'	163
Figur 26. Ændring over tid i 'Beboernes oplevelser og omsorg' og 'Arbejde med beboerne'	164
Figur 27. Personalets vurdering af udsagnet: 'Jeg mener, at reminiscens er et godt arbejdsredskab'	168

Figur 28. Personalets vurdering af udsagnet: 'Jeg synes, at det er belastende at arbejde med reminiscens'	168
Figur 29. Personalets vurdering af udsagnet: 'Anvendelsen af reminiscens mindsker personalets stressniveau'	169
Figur 30. Personalets vurdering af nødvendigheden af forskellige former for reminiscensmateriale	170
Figur 31. Kvindeplakat anvendt på enheder i Reminiscensprojektets Implementeringsgruppe	175
Figur 32. Mandeplakat anvendt på enheder i Reminiscensprojektets Implementeringsgruppe	175
Figur 33. Kausalmodel: hvilken betydning forventes reminiscens at have for de pårørende i Reminiscensprojektet?	181
Figur 34. Pårørendes vurdering af synligheden af reminiscens på enheden	184
Figur 35. Ændring over tid i de pårørendes vurdering af 'Beboerens reaktion på at være i plejeenheden'	195
Figur 36. Inde- og udefrakommende faktorer, der kan påvirke effekten af reminiscens	205

Oversigt over informationsbokse

Informationsboks 1.	Metoder anvendt i litteratursøgningen	29
Informationsboks 2.	MMSE-instrumentet	43
Informationsboks 3.	SIB-S-instrumentet	44
Informationsboks 4.	GBS-instrumentet	44
Informationsboks 5.	CMAI-instrumentet	45
Informationsboks 6.	ADRQL-instrumentet	46
Informationsboks 7.	SF-12v2-instrumentet	47
Informationsboks 8.	MBI-HSS-instrumentet	48
Informationsboks 9.	Beregning af stikprøvestørrelsen	50
Informationsboks 10.	Lodtrækningsresultat	55
Informationsboks 11.	Ligning for multiple regressionsmodeller: beboerne	57
Informationsboks 12.	Ligning for multiple regressionsmodeller: personalet	58
Informationsboks 13.	Ligning for multiple regressionsmodeller: pårørende	58
Informationsboks 14.	Beskrivelse af generel, specifik og spontan reminiscens	59
Informationsboks 15.	Opsummering af underviserens erfaringer mht. reminiscensimplementeringen	81
Informationsboks 16.	Konsekvenser af reminiscens for beboernes kognitive funktion	118
Informationsboks 17.	Konsekvenser af reminiscens for beboernes daglige funktionsniveau	120
Informationsboks 18.	Konsekvenser af reminiscens for agiteret adfærd hos beboerne	122
Informationsboks 19.	Konsekvenser af reminiscens for beboernes livskvalitet	124
Informationsboks 20.	Konsekvenser af reminiscens for personalets fysiske og psykiske helbred	159
Informationsboks 21.	Konsekvenser af reminiscens for personalets grad af udbrændthed	160
Informationsboks 22.	Konsekvenser af reminiscens for personalets syn på arbejdslivet	163

Forord

Styrelsen for Social Service under Socialministeriet (i dag Servicestyrelsen under Velfærdsministeriet) bevilgede i 2003 økonomisk støtte til Reminiscenscenteret i Ringkjøbing Amt ved Remisen Brande (ved Birgit Vinge og Anders Møller Jensen) i forbindelse med afprøvning af reminiscens på plejehjem i det daværende Ringkjøbing Amt. Afprøvningen blev gennemført i samarbejde med Nørrebro Erindringscenter - Dansk Center for Reminiscens (ved Ove Dahl og Marianne Kjer). CAST – Center for Anvendt Sundheds-tjenesteforskning og Teknologivurdering ved Syddansk Universitet blev af Servicestyrelsen inviteret til at drøfte, hvorledes effekten af reminiscens kunne dokumenteres. I løbet af disse drøftelser blev det klart, at der var interesse for at gennemføre en systematisk evaluering med detaljeret indsamling af effektdata i forhold til beboerne, personale og pårørende.

I samarbejde med 'Reminiscensfolkene' udviklede Mette Birk-Olsen og Jan Sørensen fra CAST en detaljeret plan for et evalueringsprojekt. Styrelsen for Social Service fandt det relevant at støtte projektet økonomisk dels for at opbygge forskningsbaseret viden om reminiscensmetodens virkninger og dels for at udvikle og afprøve metoder til evaluering inden for det kommunale ældreområde.

Evidenshierarkiet ser randomiseringsstudier som værende den designform, der frembringer højeste evidens. Store randomiseringsstudier har dog kun sjældent været anvendt inden for det sociale forskningsområde. Et sekundært formål for projektet var derfor at afprøve dette undersøgelsesdesign på socialområdet. I den forbindelse menes det væsentligt, at projektgruppens erfaringer med studiet bliver grundigt dokumenteret. Dette med hensyn både til rekruttering og randomisering af plejeeenheder samt til implementering af reminiscensmetoden, herunder undervisning og rådgivning af plejeehedernes personale og indsamling og anvendelse af erindringsgenstande. Hensigten er, at andre, der overvejer at gå i gang med et lignende forskningsprojekt, er klar over nogle af de forhindringer, som et projekt inden for det sociale område kan afstedkomme.

Dokumentationen for Reminiscensprojektet er således meget detaljeret. De personer, der muligvis vil kunne få mest ud af denne dokumentation er forskere, der ønsker at lave tilsvarende studier på socialområdet, samt demenskoordinatorer og undervisere f.eks. på en Masteruddannelse. Rapporten henvender sig dog også til andre. Således kan plejehjemsledere og ældrechefer få et indblik i, hvilke ressourcer, der er forbundet med implementeringen af et tiltag som reminiscens på en plejeeenhed. Herudover kan man få en ide om hvilke effekter, man kan opnå fra et tiltag som reminiscens i forhold til både plejepersonalet og enhedens beboere.

Projektorganisering

Det blev aftalt, at evalueringsprojektet skulle forankres fagligt og organisatorisk ved Syddansk Universitet. Selve indsatsen med at implementere reminiscensmetoden skulle ske i et samarbejde mellem Dansk Center for Reminiscens og Reminiscenscenteret i Ringkjøbing Amt, og CAST skulle være ansvarlig for den forskningsmæssige evaluering og dokumentation.

Reminiscenscenteret i Ringkjøbing Amt blev i august 2005 omdannet til Reminiscens Center Midtjylland i forbindelse med overdragelsen til Udviklings- og forskningsafdelingen (UFA) ved CVU Midt-Vest, Skive. I januar 2008 blev CVU Midt-Vest en del af VIA University College.

Reminiscensprojektet er således blevet gennemført af en projektgruppe bestående af Anders Møller Jensen (AMJ) fra VIA University College, Marianne Kjer (MK) fra Dansk Center for Reminiscens og Claire Gudex (CG) og Charlotte Horsted (CH) fra CAST. Reminiscensundervisningsforløbet og -materialet blev udviklet af MK, der også var hovedansvarlig for undervisningsdelen. AMJ var hovedansvarlig for rekruttering af plejeenhederne samt den del af reminiscensimplementeringen, der vedrørte reminiscensgenstande (f.eks. erindringskasser, plakater og andet reminiscensmateriale), som skulle anvendes i forbindelse med reminiscensimplementeringen. CG og CH var hovedansvarlige for dataindsamling, analyse og afrapportering.

Ud over den finansielle støtte fra Servicestyrelsen til køb af remedier og betaling af reminiscensundervisere har de deltagende kommunale plejeinstitutioner i Region Midtjylland selv skullet støtte projektet gennem henholdsvis aktiv deltagelse i implementering og dataindsamling, samt ved frikøb af personale eller vikardækning i de perioder, hvor personalet har deltaget i uddannelse og mødeaktiviteter.

Projektets omfattende dataindsamling er sket i et samarbejde mellem CAST, personalet på de enkelte enheder og beboere og beboernes pårørende, samt af det til projektet uddannede interviewerkorps. I den forbindelse vil vi gerne bringe en stor tak til interviewerne: Ellen Bye Jensen, Tove Loftager, Elisabeth Kofoed Pedersen, Birgitte Kryger, Jette Baagøe Jensen og Kirsten Sejerøe-Szatkowski, som har gjort et stort arbejde ved at stå til rådighed for projektet i de perioder, hvor dataindsamlingen har fundet sted. Endvidere en stor tak til ledelsen og personalet på de involverede plejeenheder. Uden deres engagement og deltagelse kunne Reminiscensprojektet ikke have været gennemført. Endvidere tak til Mette Brynskov, udviklingskoordinator i Århus kommune, der var behjælpelig med rekruttering af interviewere i Århus området.

Følgende plejeenheder deltog i projektet (i alfabetisk rækkefølge):

- Blichergården, NFS Grundtvigs Vej 13, 8800 Viborg
- Lokalcenter Søholm, Bispevej 70, Stavtrup, 8260 Viby J
- Møllestien, Grønnegade 10, Århus
- Nørregades Plejehjem, Nørregade 9, 7400 Herning
- Overlundgården, Tværvej 12, 8800 Viborg
- Plejeboligerne Skovlundgårdsvej 57, 8260 Viby J
- Solgården, Nygade 35, 7620 Lemvig
- Søparken, Nygade 35, 7620 Lemvig
- Toftebo Centret, Elmegade 32, 7400 Herning
- Toftegården, Sandkåsvej 1, 8210 Århus V

Endvidere vil vi gerne takke leder Lone Høj, personalet og beboere på plejehjemmet Havebæk i Odense og leder Ruth Johannesen, personalet og beboere på plejehjemmet Vesterled i Herning for deres indsats i forbindelse med henholdsvis præpilotstudiet og pilotstudiet.

Projektet blev planlagt med en faglig følgegruppe, men da startsfasen tidsmæssigt var

meget presset, var det ikke muligt at mødes samlet med gruppen. De enkelte medlemmer har dog haft mulighed for at gennemgå den detaljerede projekt- og evalueringsplan og give mundtlige og skriftlige råd i forhold til studiets design og overordnede forløb, samt beskrivelse af rekruttering og resultater fra baselineanalysen.

Herudover har følgegruppens medlemmer haft lejlighed til at gennemgå et tidligere udkast til rapporten og drøfte denne på et fælles møde. Vi vil gerne takke følgegruppens medlemmer for deres indsats:

- Embedslæge Svend Erik Damberg, Embedslægeinstitutionen Midtjylland
- Professor Terkel Christiansen, IST - Sundhedsøkonomi, Syddansk Universitet
- Lektor Bernard Jeune, CAF - Center for Aldringsforskning, IST, Syddansk Universitet
- Overlæge Rolf Bang-Olsen, Gerontopsykiatrisk Afsnit, Middelfart Sygehus
- Overlæge Kirsten Abelskov, Psykiatrisk Sygehus i Århus
- Forstander Johanne Petersen, Plejecentret Kærbo, København
- Forskningsleder Christine Swane, EGV Fonden, København
- Konsulent Jørgen Løkkegaard, Styrelsen for Social Service
- Centerleder Jan Sørensen, Syddansk Universitet

Vi takker også professor Werner Vach, Syddansk Universitet, for statistisk rådgivning i de forskellige faser af projektet, samt Lisbeth Villemoes Sørensen og Mette Brynskov for deres kommentarer til et tidligere udkast af rapporten.

Projektet er godkendt af Datatilsynet (j.nr. 2005-41-4870) og anmeldt til Den Videnskabetiske Komite for Ringkøbing, Ribe og Sønderjyllands Amter, der dog ikke fandt, at projektet var anmeldelsespligtigt, fordi der ikke var tale om biomedicinsk forskning.

Rapportens indhold

I kapitel 1 er *projektets baggrund og formål* præsenteret. Reminiscens er defineret og dens anvendelse inden for social- og sundhedsområdet beskrevet. Der opsummeres på tidligere studiers erfaringer vedrørende konsekvenser ved anvendelse af reminiscens blandt ældre personer med henholdsvis demens og depression.

I kapitel 2 præsenteres Reminiscensprojektets *design og metoder*:

- Det generelle studiedesign, beskrivelse af dataindsamlingen og de anvendte måleinstrumenter samt interviewerrekruttering og træning
- Rekruttering og randomisering af plejeenhederne, herunder den anvendte lodtrækningsprocedure
- Statistiske metoder
- Forløbet vedrørende implementeringen af reminiscens, herunder beskrivelse af det anvendte reminiscensmateriale.

I kapitel 3 til kapitel 7 præsenteres projektets *resultater*:

- Underviserens erfaringer med implementeringen og en kvantitativ oversigt over enhedernes anvendelse af reminiscens under projektets forløb (kapitel 3)
- Konsekvenser af reminiscens for beboerne (kapitel 4)

- Konsekvenser af reminiscens for personalet (kapitel 5)
- Konsekvenser af reminiscens for de pårørende (kapitel 6)
- Andre kommentarer, herunder øvrige ændringer på enhederne, interviewernes erfaringer, og ressourceforbrug i forbindelse med implementeringen (kapitel 7).

Kapitel 8 er en *diskussion* af projektets resultater og de anvendte metoder.

Tabel 1.

Oversigt over de forkortelser, der er anvendt i rapporten

Forkortelse	Forklaring
RCT	Randomiseret kontrolleret forsøg
IG	Implementeringsgruppen
KG	Kontrolgruppen
1. BL	1. baseline dataindsamling
2. BL	2. baseline dataindsamling
3. BL	3. baseline dataindsamling
MV (=Midt)	Midtvejs dataindsamling
AS (=Afsl.)	Afsluttende dataindsamling
IQR	Interquartile range
KI	Konfidensinterval
s.d.	Standard afvigelse/standard deviation
NS	Ikke statistisk signifikant
<i>Instrumenter</i>	
ADRQL	Alzheimer Disease Related Quality of Life
CMAI	Cohen-Mansfield Agitation Inventory
GBS	Gottfries-Bråne-Steen skala
MBI-HSS	Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey
– PA	Personal Accomplishment = Arbejdspræstation
– EE	Emotional Exhaustion = Følelsesmæssig udmattelse
– DP	Depersonalisation = Depersonalisering
MMSE	Mini-Mental State Examination
SF-12v2	”Short-form” Health Survey version 2 (12 items)
– PCS	Physical Component Summary
– MCS	Mental Component Summary
SIB-S	Severe Impairment Battery – Short Form
SNCW	Satisfaction with Nursing Care and Work Assessment Scale

Resume

Reminiscens er en psykosocial pleje-/omsorgsmetode, der siden begyndelsen af 1980'erne har været anvendt i plejen af ældre. Reminiscensmetoden kan defineres som en *'systematisk anvendelse af minder og erindringer som et bidrag til at genopvække eller forstærke følelsen af personlig identitet og selv værd hos svage ældre, herunder mennesker med demens'*. (1)

Blandt ledere og ansatte inden for social- og sundhedsområdet er der stigende interesse for reminiscensmetoden og dens mulige bidrag til den daglige omsorg af ældre personer. En vurdering af metodens konsekvenser ud fra nuværende erfaringer er dog vanskelig, da der ikke er nogen standardtilgang til håndteringen og anvendelsen af reminiscens på social- og sundhedsområdet. Således anvendes metoden med forskellige formål, på forskellige målgrupper og med forskellige implementeringsformer.

På baggrund af den store variation i den måde, hvorpå reminiscens er blevet anvendt, samt at der kun eksisterer få systematiske studier på området, er evidensen for metodens virkning som pleje/omsorgsmetode begrænset. Nærværende randomiseret interventionsstudie blev derfor igangsat for at undersøge konsekvenserne ved anvendelse af reminiscens på danske plejeenheder.

Undersøgelsen blev gennemført som et randomiseret interventionsstudie. Dette blev gjort, så resultater fra de enheder, der fik implementeret reminiscens, kunne sammenlignes med enheder, der fortsatte med den sædvanlige pleje. Tanken ved denne tilgang er, at eventuelle forskelle mellem de to grupper afspejler brugen af reminiscens. Denne tilgang til evaluering af et tiltag er en sjældent anvendt metode inden for det sociale forskningsområde i Danmark.

Formål

At gennemføre en systematisk, forskningsbaseret vurdering af konsekvenser ved anvendelse af reminiscens for ældre beboere på plejeenheder, plejepersonalet og beboernes pårørende.

Fokus for vurderingen var at undersøge effekten af reminiscensmetoden på følgende forhold:

- For ældre beboere på plejecentre i forhold til ændringer i kognitive evner, funktionsniveau, agiteret adfærd og livskvalitet
- For plejepersonalet på plejecentre i forhold til jobtilfredshed og udbrændthed
- For beboernes pårørende i forhold til deres helbredstilstand, samvær med beboerne og relation til plejepersonalet.

Derudover var fokus at viderebringe projektgruppens erfaring om implementering af reminiscensmetoden i forhold til undervisning og rådgivning af plejecentrenes personale, indsamling og anvendelse af erindringsgenstande, samt få vurderet ressourceforbruget ved anvendelse af reminiscensmetoden.

Metoder

Undersøgelsen blev gennemført som et randomiseret, matched interventionsstudie på ti plejeenheder i Region Midtjylland. Randomiseringen af de ti enheder tog hensyn til enhedernes geografiske beliggenhed, enhedstype og størrelse. Reminiscens indførtes i perioden august 2006 til august 2007 på halvdelen af plejeenhederne (herefter 'Implementeringsgruppen'). De resterende enheder indgik i 'Kontrolgruppen' og fortsatte med deres sædvanlige pleje og omsorg af de ældre.

En undersøgelse af svarene ved 1. baseline dataindsamling viste, at der ingen signifikante forskelle var mellem de to grupper mht. beboernes funktionsniveau (kognitiv, daglig funktion, adfærdsmæssigt) og livskvalitet, og kun få forskelle i forhold til plejepersonalet (trivsel og ansættelsesvarighed).

Hver af enhederne i Implementeringsgruppen fik individuel undervisning i anvendelsen af reminiscens. Dette skete via kursusdage, opfølgingsmøder og rådgivning. Enhederne fik endvidere stillet forskellige former for reminiscensmateriale til rådighed. Undervisningen omfattede samtlige plejepersoner. Pårørende til beboerne på plejeenheder i Implementeringsgruppen blev også informeret. De pårørende, der ønskede det, fik ligeledes nærmere introduktion til brugen af reminiscens.

Implementeringsgruppen blev introduceret for tre former for reminiscens, som de skulle anvende. De tre former var:

- **Generel reminiscens:** strukturerede gruppesessioner med overordnede temaer; afholdes for en udvalgt gruppe af beboere med samme baggrund, interesser eller funktionsniveau
- **Specifik reminiscens:** strukturerede sessioner for 1-2 beboere, justeret i forhold til den enkeltes behov vedrørende omgivelser og kommunikation
- **Spontan reminiscens:** i forbindelse med de daglige gøremål (på- og afklædning, oprydning, måltider); stikord eller kommentarer anvendes til at skabe forbindelser til personens tidligere liv og erfaringer.

Der var i alt fem dataindsamlinger. Der var tre baseline dataindsamlinger i perioden marts-september 2006 efterfulgt af 4. og 5. dataindsamling i henholdsvis marts og september 2007.

I både Implementerings- og Kontrolgruppen indsamledes der data vedrørende beboerne, plejepersonalet og pårørende:

- Beboerne
 - Kognitiv vurdering (MMSE og derefter SIB-S, hvis MMSE score <15)
 - Global vurdering af demenssymptomet (GBS)
 - Agiteret adfærd (CMAI)
 - Livskvalitet (ADRQL)
- Plejepersonalet
 - Udbrændthed (MBI-HSS)
 - Jobtilfredshed/arbejdsliv (spørgsmål fra SNCW)
 - Eget helbred (SF-12v2)

- Pårørende
Indtryk af samvær med henholdsvis beboerne og personalet
Eget helbred (SF-12v2; kun ved baseline)

Efter den afsluttende dataindsamling blev der foretaget interviews med i alt 14 plejepersoner fra Implementeringsgruppen. Formålet var at høre om deres holdninger til henholdsvis implementeringsforløbet og brugen af reminiscens i dagligdagen

Resultater

I forhold til beboerne viste resultaterne, at reminiscens har en potentielt positiv virkning på henholdsvis deres kognitive funktionsniveau, agiterede adfærd og livskvalitet. De opnåede effekter var dog for det meste kun tendenser til, at beboerne i Implementeringsgruppen fik det bedre end beboerne i Kontrolgruppen. Forskellene mellem de to grupper var således ikke store, og kun få nåede statistisk signifikans. I forhold til beboerne i Kontrolgruppen viste beboerne i Implementeringsgruppen således:

- en mulig forsinket forværring i det kognitive funktionsniveau for beboere, der havde stærkt forringet kognitiv funktion ved baseline
- mindre hyppigt agiteret adfærd (hvor Kontrolgruppen viste mere hyppigt agiteret adfærd; dog var forskellen ikke statistisk signifikant)
- demenssymptomer blev forstærket hos beboere i begge grupper, men kun statistisk signifikant forstærket i Kontrolgruppen
- livskvaliteten (herunder delskalaen 'Selvbevidsthed') blev forværret i begge grupper, men kun statistisk signifikant forværret i Kontrolgruppen.

I forhold til personalet viste resultaterne, at reminiscens havde en potentielt positiv virkning på især arbejdslivet. Resultaterne viste:

- en signifikant forværring i Kontrolgruppens trivsel og professionel udvikling i forhold til uændret trivsel og udvikling i Implementeringsgruppen – denne forskel var signifikant mellem Implementerings- og Kontrolgruppen
- signifikant flere i Implementeringsgruppen fandt ved afsluttende dataindsamling, at det var interessant at arbejde med de samme beboere hver dag (i forhold til en uændret holdning i Kontrolgruppen) – denne forskel var signifikant mellem Implementerings- og Kontrolgruppen
- en tilnærmelsesvis signifikant tendens til at flere plejepersoner i Implementeringsgruppen ved afsluttende dataindsamling syntes, at det var vigtigt at de kunne leve sig ind i beboernes oplevelser
- tendenser til bedre psykisk helbred og mindre følelsesmæssig udmattelse over tid i Implementeringsgruppen i forhold til værre psykisk helbred og mere følelsesmæssig udmattelse i Kontrolgruppen (forskellene var dog ikke statistisk signifikante).

Med hensyn til de pårørendes deltagelse i projektet var der færre i Implementeringsgruppen end forventet, der aktivt gik ind og anvendte reminiscens/livshistorie med beboerne.

Det vurderedes, at dette skyldes manglende overskud og tid og ikke manglende interesse og omsorg. Der fandtes ingen markante forskelle på effektmålingerne mellem pårørende til beboeren i henholdsvis Implementerings- og Kontrolgruppen. Ved Afsluttende dataindsamling rapporterede flere af Implementeringsgruppens deltagende pårørende (40 pct.), at de oftere brugte minder og erindringer i deres samvær med beboeren end før projektet.

Diskussion

Inden for ældreområdet har reminiscens gennem de sidste år fået megen omtale. Reminiscens indgår desuden som en del af undervisning i forbindelse med de demenskurser, plejepersonalet inden for den danske ældrepleje skal deltage i. Der har således været en generel forventning/forhåbning om, at reminiscens ville vise sig at være til stor gavn for især beboere og personalet på de enheder, der kom i Implementeringsgruppen. At studiet primært kommer med resultater, der viser tendenser til, at reminiscens har en gavnlig effekt på henholdsvis beboerne og personalet på de danske plejehjem, vil derfor muligvis skuffe en del.

Fraværet af stærk evidens for metodens effekt kan skyldes flere årsager. Det kan selvfølgelig være, at reminiscens kun har en mindre effekt på personalet såvel som på beboernes hukommelse, adfærd og trivsel; at metoden kan være nok så gunstig for den enkelte beboers og/eller plejepersonens selvbevidsthed og glæde i nuet og kan bidrage til et tættere forhold mellem beboeren og personalet, men at disse effekter ikke er store – eller brede – nok til at kunne måles på gruppeniveau eller over tid.

Der er også andre forhold, der her kunne spille en rolle. Udgangspunktet for studiet var, hvorvidt man kunne påvise *længerevarende* effekter på beboerne. Det er dog muligt, at påvirkningen af reminiscens ikke er vedvarende, men mere umiddelbar og kortvarig - f.eks. et par timer eller et døgn/få dage efter reminiscenssessionen.

Hvorvidt reminiscens blev implementeret fuldt ud på alle enhederne er også diskuterbart. På trods af plejepersonalets interesse i metoden, og deres villighed til at anvende de forskellige reminiscensformer med beboere, fik projektgruppen det indtryk, at personalet mange steder manglede ressourcer og redskaber til fuldt ud at kunne anvende deres reminiscenskundskaber i dagligdagen.

Studiets generaliserbarhed

Da man ønskede at afprøve reminiscensmetoden som en del af den almindelige hverdag på en plejeenhed, var der ingen selektion af beboer- eller personalegrupper. I alt blev 447 beboere vurderet for egnethed for projektdeltagelse. Herfra blev 11 pct. ekskluderet, da de enten ikke var fastboende, døde før baselineindsamlingen, eller var for svagelige til at deltage i projektet. Yderligere 12 pct. ønskede ikke at deltage i projektet.

Det oplevede beboerfrafald over tid, blandt de beboere, der deltog i projektet, var på 32 pct. Denne var som forventet og skyldtes hovedsageligt dødsfald blandt beboerne. Resultaterne fra nærværende studie er derfor i princippet generaliserbare til andre (danske) plejeenheder. Den anvendte implementeringsproces var dog bredere i omfang end den introduktion, man normalt vil få på det typiske reminiscenskursus, da den omfattede samtlige plejepersoner og beboere på fem plejeenheder.

En af studiets begrænsninger var, at plejepersonalet agerede som proxy-responderter for beboerne i forbindelse med vurderinger af beboernes daglige funktionsniveau, agiterede adfærd og livskvalitet. Bias kan være opstået. Dette f.eks. ved at plejepersonernes vurdering ikke afspejlede beboernes reelle funktionsniveau; dels fordi deres vurderinger var baseret på observationer og dels fordi spørgeskemaerne for nogle beboere over tid endte med at blive udfyldt af forskellige plejepersoner. Der var heller ikke mulighed for at dobbelt-blinde vurderingen, som er ønskeligt i forbindelse med et randomiseret studie.

På trods af randomiseringstilgangen er der muligvis stadigvæk variationer mellem de to gruppers enheder i forhold til det daglige miljø og kultur, herunder relationer mellem personalet og henholdsvis beboere og ledelse. Der vides heller ikke, om de deltagende enheder er repræsentative for danske plejeenheder generelt. Det er dog projektgruppens vurdering, at de deltagende enheder repræsenterer et bredt udsnit af de plejeenhedstyper, der eksisterer i Danmark med hensyn til indretning, størrelse og kultur.

Konklusion

Resultaterne fra dette randomiseret interventionsstudie har vist, at anvendelse af reminiscens har en potentielt positiv virkning på både beboere og plejepersonalet på plejeenheder.

Der var således indikationer på reminiscensmetodens betydning for beboernes livskvalitet, samt at den muligvis kan forsinke forværring i kognitiv funktion og progression i demenssymptomer, herunder agiteret adfærd. Personalet kan opleve en mulig forbedring i trivsel og professionel udvikling samt kan få et mere positivt syn på både beboerne og deres eget arbejdsliv.

Langt de fleste plejepersoner i Implementeringsgruppen fandt, at reminiscens var et godt arbejdsredskab, som gjorde dem bedre til at kommunikere med beboerne, og ville anbefale implementeringen af reminiscens til andre enheder.

Der er ikke noget i studiet, der peger på, at reminiscens er skadelig, hverken for beboere eller personale.

Nærværende studie finder ikke umiddelbart problemer ved at reminiscens indføres som tilbud til den daglige omsorg af beboere på danske plejeenheder. En fuld implementering af metoden kræver dog synlig opbakning fra ledelsen, personalets forståelse for beboernes sociale og emotionelle behov samt brug af varierede former for reminiscensmaterialer.



1. Baggrund for Reminiscensprojektet

Reminiscens er en psykosocial pleje-/omsorgsmetode, der siden begyndelsen af 1980'erne har været anvendt i plejen af ældre. Reminiscensmetoden kan defineres som en *'systematisk anvendelse af minder og erindringer som et bidrag til at genopvække eller forstærke følelsen af personlig identitet og selv værd hos svage ældre, herunder mennesker med demens'*. (1)

Metodens formål er bevidst at vække erindringer via genkendelse gennem forskellige mindevækkere (2;3) som eksempelvis genstande fra fortiden, musik, billeder, farver eller lugte. Metoden henvender sig især til personer, der i større eller mindre grad har mistet evnen til at relatere begivenheder til hinanden og huske hændelser, f.eks. i forbindelse med en demenssygdom (4).

Blandt ledere og ansatte inden for social- og sundhedsområdet er der stigende interesse for reminiscensmetoden og dens mulige bidrag til den daglige omsorg af ældre personer. En vurdering af metodens konsekvenser ud fra nuværende erfaringer er dog vanskelig, da der ikke er nogen standardtilgang til håndteringen og anvendelsen af reminiscens på social- og sundhedsområdet. Således anvendes metoden med forskellige formål, på forskellige målgrupper og med forskellige implementeringsformer.

På baggrund af den store variation i den måde, reminiscens er blevet anvendt på, samt at der kun eksisterer få systematiske studier på området, er evidensen for metodens virkning som pleje/omsorgsmetode begrænset. Nærværende randomiseret interventionsstudie blev derfor igangsat for at undersøge konsekvenserne ved anvendelse af reminiscens på danske plejeenheder.

1.1. Formål med Reminiscensprojektet

Baggrunden for projektet var et behov for en mere overbevisende dokumentation for virkningen af reminiscens som pleje-/omsorgsmetode. Socialministeriet (i dag Velfærdsministeriet) ønskede at få udført en videnskabelig undersøgelse af metoden for at give et dansk evidensbaseret grundlag for at træffe beslutning om en evt. bredere implementering af reminiscensmetoden i fremtidens ældrepleje.

Formål med Reminiscensprojektet var primært:

- At gennemføre en systematisk, forskningsbaseret vurdering af konsekvenser ved anvendelse af reminiscens for ældre beboere på plejeenheder, plejepersonalet og beboernes pårørende.

Fokus for vurderingen var at undersøge effekten af reminiscens på følgende forhold:

- For ældre beboere på plejecentre i forhold til ændringer i kognitive evner, funktionsniveau, agiteret adfærd og livskvalitet
- For plejepersonalet på plejecentre i forhold til jobtilfredshed og udbrændthed

- For beboernes pårørende i forhold til deres helbredstilstand, samvær med beboerne og relation til plejepersonalet
- Ift. ressourceforbrug ved anvendelse af reminiscensmetoden
- Erfaringsopsamling om implementering af reminiscensmetoden i forhold til undervisning og rådgivning af plejecentrenes personale, indsamling og anvendelse af erindringsgenstande og etablering af erindringsrum og/eller reminiscenskroge.

Evidenshierarkiet ser randomiseringsstudier (RCT) som værende den designform, der frembringer højeste evidens.¹ RCT har dog kun sjældent været anvendt inden for det sociale forskningsområde. Et sekundært formål for projektet var derfor at afprøve dette undersøgelsesdesign for bl.a. at kunne vurdere, om dette er en egnet metode i det sociale forskningsområde.

Den reminiscensimplementering og reminiscensforståelse, der er anlagt i nærværende studie, bygger videre på de implementeringsprojekter, som Nørrebro Erindringscenter – Dansk Center for Reminiscens har arbejdet med gennem flere år.² Kategorisering af reminiscensarbejdet som henholdsvis generel, specifik og spontan reminiscens er hele tiden blevet brugt, men er blevet skærpet i forbindelse med nærværende studie for at kunne tydeliggøre over for personalet, at reminiscens kan bruges i alle situationer, også uden planlægning (5;6).

1.2. Hvad er reminiscens?

Anvendelse af reminiscens som 'terapiform' stammer fra Robert Butler's arbejde om 'life review'(7), hvor reminiscens defineredes som '*en naturlig psykisk proces, hvori et individ kigger tilbage over sit liv og reflekterer over tidligere oplevelser, herunder uløste problemer og konflikter*'. I stedet for at anse disse refleksioner som et symptom på sindslidelse begyndte man at betragte reminiscens som en mulig psykoterapiform, der kunne fremme følelsen af personlig identitet og tilpasning hos ældre individer. Siden da er reminiscens blevet brugt på forskellig vis og med forskellige formål. Som metode er reminiscens primært blevet anvendt blandt ældre individer med depression eller kognitiv forringelse (demensramte), men også blandt alkoholikere (8;9) og alvorligt syge patienter (10;11), samt patienter med kronisk nyresvigt og deres pårørende (12).

Der skelnes normalt mellem reminiscens og life review (13-16). *Reminiscens* beskrives som en handling eller proces, hvorigennem man erindrer sin fjerne fortid. Reminiscens kan ske på forskellig vis:

- Handlingen kan f.eks. enten være med eller uden lyd (f.eks. se på gamle billeder vs. høre (ældre) musik)
- Kan foregå som en aktivitet der foretages alene eller interaktivt sammen med andre

1 Randomiseret kontrolleret forsøg (RCT) er en sundhedsvidenskabelig forskningsmetode, der kan anvendes til at undersøge effekten af en intervention. Tilgangen er kendetegnet ved, at man tilfældigt fordeler deltagerne (f.eks. patienter, borgere eller som her plejeenheder) til enten at modtage interventionen (her reminiscens) eller indgå i en kontrolgruppe. Interventionen skulle hermed være den eneste væsentlige forskel mellem de to grupper. Evidenshierarkiet er en ramme til kategorisering af (sundheds)videnskabelig forskning – her vægter man effekter fremkommet ved brug af et RCT design højest, mens effekter fra f.eks. kohortestudier og casestudier vægtes lavere.

2 <http://www.reminiscens.dk/> (pr. 5. januar 2009)

- Kan både være spontan (ikke planlagt) eller struktureret (f.eks. i form af planlagte gruppemøder/udflugter eller lignende).

Reminiscens er således en interpersonel proces, som kan forgå på enten individ- eller gruppeniveau. Reminiscens handler om at nyde erindringsprocessen og at genopvække eller forstærke følelser af selvværd og selvidentitet på en ikke-konfliktskabende og uformel måde.

Life review foretages derimod kun på individniveau og er en intrapersonel eller kognitiv proces, hvis formål er at løse interne psykiske konflikter fra fortiden. Formålet er, at individet opnår 'ego-identity', dvs. at individet kommer til at erkende eget liv som værende signifikant og tilfredsstillende (17).

Reminiscens ses ofte beskrevet som en terapeutisk intervention ('reminiscensterapi'), selvom formålet reelt set er at skabe en behagelig erindringsproces, hvorigennem der fremfremkaldes positive erindringer ('fornøjelses/underholdnings [eng: recreational] reminiscens' (18)). En alternativ betegnelse – 'reminiscensarbejde' – anvendes ofte til at understrege de positive og fælles erfaringer og indsatser, der indgår i processen (5;19).

Reminiscens ses som en form for psykosocial pleje, dvs. behandling af og støtte i forbindelse med psykiske og adfærdsmæssige problemer, der kan opstå i forbindelse med håndtering af og tilpasning til de konsekvenser, en demenssygdom kan medføre hverdagslivet (20). De subjektive erfaringer, individer med en demenssygdom – og den individuelle måde hvorpå de håndterer deres sygdom – bliver fokus for den pleje, individet gives. Andre former for psykosocial pleje inkluderer validering og sensory stimulation (f.eks. Snoezelen)(21).

Hvadenten reminiscens anvendes som terapiform eller psykosocial plejeform, er teorien bag dens anvendelse bygget på fælles antagelser vedrørende individets identitet og individualitet, og i sidste ende dennes velbefindende. Reminiscens ses således som et forsøg på:

- at styrke identitetsfølelsen og forstærke følelsen af selvværd (22)
- at genoprette oplevelsen af sammenhæng i og kontrol over eget liv (23)
- at fremme intrapersonel og interpersonelle forhold, og dermed forbedre velbefindende (24)
- at opfordre personen til (fortsat) at værdisætte eget liv og tænke tilbage på de bedrifter man har gjort sig i livet ved at forsøge at erindre og genopleve lykkelige tidspunkter og de positive følelser, der var tilknyttet hertil (25).

Det bagvedliggende menneskesyn er, at individer med en sygdom ikke skal betragtes som en homogen gruppe, men i stedet som individuelle mennesker med unikke livserfaringer og livshistorier. Fokus er således ikke udelukkende på det, som individet med f.eks. en demenssygdom har mistet, men også på de fortsat eksisterende ressourcer og på den enkeltes personlighed, som formet af et helt livs begivenheder (23).

Reminiscens bliver ofte anvendt i forbindelse med planlagte hyggestunder. Her indgår oftest en mindre gruppe af selekterede individer (f.eks. ældre med en demenssygdom; individer med bestemt interessefelt). Disse personer kan, guidet af en gruppeleder (f.eks. plejeperson), støtte hinanden og derigennem opnå en positiv stemning. Denne positive

stemning hjælper personen til at udtrykke glemte minder og følelser, idet livserfaringer deles med de andre i gruppen. Følelser bliver således 'valideret' af grupelederen og de andre deltagere (25), dvs., at de følelser, individet oplever og giver udtryk for, har en gyldighed. Denne form for reminiscens giver også muligheden for, at personen kan komme i kontakt med andre på en struktureret måde (26). Den kan også mindske følelsen af isolation (22), som mange med en demenssygdom oplever i det daglige. Følelsen af isolation kan skyldes, at man har svært ved at udtrykke sig og derfor isolerer sig selv, eller at man oplever, at andre ikke længere tager kontakt på grund af usikkerhed om, hvordan de skal kommunikere med et individ med en demenssygdom (27;28).

Reminiscens har ikke kun effekt på den ældre. Reminiscens kan også have en effekt på plejepersonen/den ældres familie. Reminiscens kan således bidrage til (3;22):

- at mindske afstanden mellem plejepersonen og ældre mennesker
- at ændre andres (familien, plejepersoners) opfattelse og forståelse af den ældre
- en vurdering af et menneskes nuværende muligheder og giver nyttig information til tilrettelæggelse af omsorgen
- at vende op og ned på, hvem der yder, og hvem der modtager
- en forbedring i personalets samarbejde og kommunikation.

1.3. Pleje og omsorg på demensområdet

Der er stigende interesse for reminiscensmetodens effekt på individer med en demenssygdom.

I Danmark anvendes WHO's sygdomsklassifikationssystem ICD-10 til at stille en demensdiagnose³ (29). Demens er et syndrom, som opstår på baggrund af svækkelse af hjernens funktioner. Det kan dreje sig om svigtende hukommelse, nedsat koncentration, påvirket sprog eller orienteringsevne. Andre kognitive forstyrrelser samt adfærdsforstyrrelser, personlighedsændringer og emotionelle forstyrrelser kan også indgå i syndromet. Symptomerne skal have varet mindst seks måneder, før man taler om en demenstilstand.

Der tales om tre faser af demenssygdommen:

- let demens, hvor sygdommen har indflydelse på de normale aktiviteter i dagligdagen
- moderate demens, hvor personen ikke kan klare sig uden hjælp fra andre
- svær demens, hvor personen har behov for kontinuerlig pleje og overvågning.

Demens kan forekomme i alle aldre, men hyppigheden er markant stigende med alderen. Forskellige sygdomme kan være årsag til udvikling af demenstilstande. Enkelte af disse sygdomme kan helbredes, nogle vil forblive stationære. De fleste individer, der rammes af en demenssygdom, gennemgår dog et kronisk progredierende sygdomsforløb, som medfører et stigende behov for omsorg og pleje. I visse tilfælde kan progressionshastigheden forsinkes.

Personer med fremskreden demens beholder ofte deres fjernhukommelse, mens evnen til at foretage en aktiv overvejelse af og gen-integreringen af fortiden bliver tabt (14). Man

3 ICD-10: F01 vaskulær demens, F03 demens uden specifikation, G30 Alzheimers demens

kan dog stadig skabe relationer og fortsætte med at interagere med sine omgivelser (30). Det er vigtigt at tage højde for individuelle forskelle, f.eks. demensgraden og -typen, samt den miljømæssige kontekst hvori personen fungerer (30;31).

Gennem de sidste år er der sket en udvikling i sygeplejen i Danmark på baggrund af den grundholdning, at plejen skal understøtte bevarelsen af beboernes integritet (32). Der er således øget interesse for psykologen Tom Kitwoods teorier om den personorienterede pleje af individer med en demenssygdom (33). Hovedelementet i teorien er, at *'.følelser og indlevelse skal have en stor plads i interaktionen mellem den demente og plejepersonalet. Forståelsen for den dementes fremtræden og reaktioner er afgørende for, om den rette interaktion vil finde sted'* (32).

1.4. Litteraturgennemgang vedrørende reminiscensmetoden

Beskrivelsen i dette afsnit er baseret på en litteraturgennemgang foretaget i oktober 2005. Formålet var at identificere empiriske studier, hvori reminiscens var implementeret og evalueret som pleje-/terapiform inden for social- og sundhedsområdet, samt metodologiske artikler, der beskrev forholdene omkring implementering af reminiscens.

Der blev søgt i flere databaser (se Informationsboks 1) for empiriske studier foretaget som meta-analyser, systematiske reviews, randomiseret kontrollerede forsøg, observationsstudier eller økonomiske studier. Blandt de fundne 54 artikler var der 43 artikler, der beskrev empiriske studier og var tilgængelige som tidsskriftsartikler. Blandt disse 43 artikler omhandlede 10 artikler ældre med demens, 25 artikler omhandlede ældre med depression, 5 artikler omhandlede individer med andre sygdomme og 3 artikler omhandlede beboere på plejeenheder.

De resterende artikler beskrev generelle forhold (f.eks. vedrørende reminiscensmetodens historie, koncepter, kulturelle forhold) eller metodologiske problemstillinger forbundet med implementering af reminiscens.

Informationsboks 1.

Metoder anvendt i litteratursøgningen

I forbindelse med en litteraturgennemgang vedrørende anvendelse og effekter af reminiscens blev der søgt i følgende databaser:

- Medline (søgt under 'reminiscence therapy', begrænset til studier på mennesker, udgivet på engelsk siden 1966 med tilgængeligt abstrakt; på dansk/norsk/svensk under 'reminiscens')
- Cochrane Library (inkl. Cochrane reviews, CENTRAL, DARE, NHS EED, Methodology reviews, CMR and HTA; søgt under 'reminiscence')
- Embase (1995-nu; søgt under 'reminiscence' kombineret med 'therapy' i titel, abstrakt eller keywords)
- OT Seeker (Occupational Therapy Systematic Evaluation of Evidence; søgt under 'reminiscence')
- CINAHL (søgt under 'reminiscence' som Major Subject Heading eller 'reminiscence therapy' i abstrakt blandt engelske artikler; også på dansk/norsk/svensk under 'reminiscens')
- PsycInfo (søgt under 'reminiscence' som Major Heading blandt studier på ældre mennesker, på engelsk i peer-reviewede tidsskrifter siden 2000; på dansk/norsk/svensk under 'reminiscens').

1.4.1. Effekter fra anvendelse af reminiscens

1.4.1.1 *Ældre personer med en demenssygdom*

Studier foretaget på demensområdet har involveret individer med en gennemsnitlig alder mellem 73-86 år, og som enten har været bosat på plejehjem eller i eget hjem. Flere studier har fravalgt personer med aktiv psykiatrisk lidelse eller syns-/høreproblemer. De fleste studier omhandler kun personer med lægestillet demensdiagnose; dog er der variation i graden af deltagernes kognitive forringelse, hvor nogle studier kun har inkluderet beboere med en moderat eller svær demensgrad, mens andre har også inkluderet individer med mild demens. Følgende konklusioner kan opsummeres fra studier foretaget på individer med en demenssygdom:

- Der er en vis evidens for forbedret kognitiv funktion og mindre depression 4-6 uger efter afslutning af reminiscensarbejde, sammenlignet med ingen intervention [fra en Cochrane meta-analyse⁴ (34) af fire randomiserede kontrollerede forsøg (RCT)]; studiernes metodologiske svagheder (f.eks. små stikprøvestørrelser, ikke-blinde vurderinger, manglende forklaring af randomiseringsprocedurer, anvendelse af forskellige reminiscensmetoder) forhindrede dog robuste konklusioner.
- Reminiscens kan frembringe en mindre forbedring i de sociale og psykologiske funktioner, f.eks. bedre relationer til plejepersonalet og mindre problemadfærd [fra et review af reminiscens som psykosocial intervention for personer med demens (14)].
- Ingen forskelle i agiteret adfærd mellem deltagere i reminiscensarbejde og en anden stimuleringsterapi (Snoezelen) [fra en crossover RCT (35)]
- Mindre apati i både reminiscens- og kontrolgruppen men forbedret livskvalitet (ved ADRQL instrumentet) i kontrolgruppen – hvor kontakten måske var mere personlig end reminiscenstilgangen, der fokuserede på en erindringskasse [fra en RCT (26)]
- Ingen evidens for, at anvendelse af reminiscens skader de ældre individer – f.eks. ved at udløse depression grundet sørgelige minder fra fortiden [fra (34)].

Det er en vis evidens for, at reminiscens ikke påvirker alle personer med demens på samme vis. Nogle undergrupper kan således få mere gavn af interventionen end andre:

- Individer, der udviste kognitiv forbedring i forbindelse med en 1-månedes 'reality orientation' intervention, før de deltog i reminiscensinterventionen (i forhold til individer, som ikke fik reality orientation) [fra (21), baseret på (36)]
- Individer, der endnu ikke havde tilpasset deres holdninger og forventninger til plejeenhedens kultur (i forhold til individer, som havde tilpasset sig) [fra (21)]
- Individer, der fik reminiscensinterventionen på et dagcenter på et geriatrisk sygehus (i forhold til personer, der fik interventionen på et dagcenter for hjemmeboende demensramte) – muligvis pga. det mindre stimulerende miljø på sygehuset [fra (37)]
- Individer, der deltog i reminiscensgrupper, der bestod af både personer med og personer uden demens (i forhold til grupper, der kun bestod af personer med demens) [fra (21)]

4 Meta-analyse er en statistisk metode, hvorved man sammensætter resultater fra tidligere separate, men relaterede studier for at opnå et større datagrundlag. Fordelen er, at man bedre kan se evt. effekter fra en intervention; ulempen er, at kvaliteten af metaanalysens resultater er afhængig af kvaliteten af de enkelte studier.

- Ældre beboere på plejehjem med mild til moderat demens (i forhold til beboere med svær demens), dog var reminiscens kun en af flere tiltag i interventionen (38).

Det skal dog noteres, at de betydelige metodologiske forskelle studierne imellem (mht. deltagersammensætning, reminiscensmetode, måleinstrumenter, opfølgningsperiode) samt de generelle små stikprøvestørrelser gør det svært at fremkomme med robuste konklusioner for virkningen af reminiscens på ældre med en demenssygdom. Da mange studier sammenligner reminiscensarbejde med ingen intervention, er det også svært at vide, om effekterne fra reminiscensarbejdet skyldes selve interventionen, eller om disse afspejler en mere generel effekt, der vedrører deltagelse i en struktureret og stimulerende aktivitet (23;39;40).

1.4.1.2 Ældre personer med depression

Der er stærkere evidens for, at reminiscens kan være effektiv i behandling af depressive symptomer hos ældre individer. En meta-analyse (41) af 20 studier, hvoraf 15 var designet som RCT, blandt personer med alvorlig depressive symptomer viste, at effektstørrelserne var magen til dem fra anerkendte behandlinger såsom antidepressive lægemidler og kognitiv adfærdsterapi. Der var dog store variationer i studierne design:

- Kun 4 studier var betegnet som værende af høj kvalitet, dvs. RCT hvor interventionen var baseret på en velbeskrevet protokol, længere opfølgning og frafald <25 pct. (meta-analysens resultater var dog uændret, når data fra kun disse 4 studier blev analyseret)
- 75 pct. af studierne evaluerede individer med lette/moderate symptomer (vs. 25 pct. med svære symptomer)
- 70 pct. af studierne evaluerede grupperemiscens (vs. 30 pct. på individuelt niveau)
- 45 pct. af studierne evaluerede beboere på plejeenheder (vs. 50 pct. hjemmeboende)
- 45 pct. studierne indbefattede individer, der havde en gennemsnitlig alder >75 år
- Antallet af reminiscenssessioner varierede: <6 (45 pct. studier), 7-12 (45 pct. studier) og 12+ (10 pct. studier).

Nyere studier har dokumenteret signifikante forbedringer i forhold til depressive symptomer hos ældre, der modtog reminiscensterapi, sammenlignet med ældre, der deltog i sociale gruppeaktiviteter eller udflugter (42-44). Lignende resultater er bekræftet i et review (45).

Nogle depressionsramte individer kan måske have større gavn af reminiscens end andre:

- Ældre med svære depressive symptomer i forhold til let/moderate symptomer [fra (41), baseret på 5 studier; tendens også i (46) dog ikke signifikant]
- Hjemmeboende ældre i forhold til beboere på plejeenheder [fra (41), men ikke-signifikant forskel]; ingen forskel i (46).

I en analyse af 9 studier [(46) (syv af studierne indgik også i (41))] blev der ikke fundet evidens for, at følgende faktorer påvirkede reminiscens effekt på depressive ældre: gruppe vs. individuel tilgang, struktureret vs. ustruktureret reminiscens, antal deltagere i remini-

scensgruppen, antal sessioner, anvendelse af remedier (erindringskasser osv.) eller deltageres køn og alder.

Blandt studierne var der ingen evidens for, at reminiscensarbejdes sigte på at få fremkaldt erindringer om fortiden udløste angst eller agiteret adfærd.

1.4.1.3 Pårørende

Kun et studie rapporterede konsekvenser af reminiscens for de ældres pårørende. Studiet handlede om ti hjemmeboende personer med demens, som deltog i gruppesessioner sammen med en af deres nære pårørende (af de ti pårørende var otte ægtefæller/partner, en var barn af den demensramte, og en var søskende til den demensramte) (47). Syv par blev randomiseret til reminiscenssessioner, der løb over 7 uger, og tre par til kontrolgruppen (som deltog i et gruppemøde organiseret af den lokale ældreforening). Interventionen resulterede i mindre stress for de pårørende, der deltog i reminiscensgrupperne (målt på Relatives' Stress Scale, $p < 0,06$ sammenlignet med pårørende i kontrolgruppen), mens scorerne for psykiatrisk morbiditet (vurderet ved General Health Questionnaire) var mindre påvirket ($p < 0,15$).

Pårørende til ældre (>65 år) med kronisk nyresvigt viste signifikant ($p < 0,003$) bedre evner til at mestre deres nuværende situation (målt på F-COPES instrumentet) efter seks reminiscenssessioner, som foregik en gang om ugen i deltageres eget hjem og omfattede bestemte temaer, f.eks. barndom, skole, første job (12). De pårørende var enten ægtefæller (33 pct.), børn (33 pct.) eller søskende/barnebarn/ven (33 pct.). Største forbedringer i mestringsevner blev fundet hos i) de pårørende, der havde de tætteste bånd/forhold til nyrepatienten (måske fordi ægtefællerne havde flere fælles erindringer og var mere villige til at dele erindringer), ii) hvor patienten havde færre børn (måske fordi patienter med flere børn havde bedre mestringsevner ved baseline og derfor mindre mulighed for forbedring), og iii) hos familier med højere familieindkomst.

Forfatterne bag undersøgelsen noterede, at reminiscensreaktionerne var påvirket af kulturelle faktorer. Bl.a. fremkaldte nogle af temaerne ikke de forventede reaktioner hos deltagerne, der var født i perioden ca. 1910-1930 og voksede op på landet i USA. Få kunne huske fejring af deres fødselsdage som barn; mange havde ingen eller kun en meget enkel bryllupsceremoni; få havde haft kæledyr som barn, og mange begyndte at arbejde (i markerne) som 5-årige.

1.4.1.4 Plejepersonale

Reminiscens kan udvide de tilbud, plejepersonalet giver de ældre. Således kan fokus på livshistorien give et andet og mere konkret kvalitetsindhold i dagligdagen for plejepersonalet, end de mere underholdningsbetonede aktiviteter, idet de herigennem får en tættere relation til de borger, hvis omsorg de varetager.

Reminiscensarbejdet kræver, at plejepersonen har en holdning, der omfatter respekt for den ældre og dennes erindringer og erfaringer (23). Dette giver muligheder for, at plejepersonen oplever et mere meningsfuldt arbejde og at afstanden mellem ansatte og de ældre på plejeheder mindskes. Det er blevet rapporteret, at de plejepersoner, som var involveret i reminiscenssessionerne, fik større viden om de enkelte beboers liv og fandt det nemmere at tale med beboeren i forbindelse med følelseladete emner. Plejepersonen fik endvidere større fornøjelse af at være sammen med beboeren (11;36).

I et andet studie, hvor reminiscens kun var et af flere redskaber i en 'emotion-oriented care' intervention, fandtes kun små forbedringer i plejepersonalets jobtilfredshed og stress-niveau og ingen ændringer i antallet af sygedage i en periode, der strakte sig over seks måneder (48). Forfatterne bag undersøgelsen rapporterede dog flere problemer i forbindelse med implementering, hvilket bevirkede, at der ikke var tydelige forskelle i interaktionerne mellem beboerne og de ansatte i henholdsvis interventionsgruppen og kontrolgruppen (49). Et senere RCT (38) viste færre stressrelaterede reaktioner blandt plejepersoner, der rapporterede mere hyppigt anvendelse af 'emotion-oriented care' tiltag (hvoraf reminiscens kun var et tiltag blandt flere).

1.4.2 Anvendelsesformer for reminiscensarbejde

Der fandtes stor variation mellem studier i deres fokus på de forskellige aspekter af reminiscens, herunder de anvendte former (f.eks. individbaseret eller gruppeniveau), erindringsprocesser (f.eks. intrapersonel/kognitiv eller interpersonel/kommunikativ) og fremkaldte erindringsinformationer (f.eks. oplysninger, evaluering, besættelser, idealistisk) (16;20;50;51).

De fleste studier har evalueret reminiscens som terapiform for ældre med demens eller depression. Formålet har primært været at få undersøgt, om reminiscens forbedrer de ældres kognitive, sociale og/eller psykologiske funktion. Der er betydelig variation i den måde, reminiscens er blevet implementeret på. På både demens- og depressionsområdet har man gjort brug af henholdsvis individuel- og grupperemiscens, enten strukturerede (dvs. temabestemte) eller ustrukturerede (dvs. uden tema), med eller uden remedier.

Tabel 2 og Tabel 3 præsenterer eksempler på, hvordan reminiscens er blevet anvendt blandt personer med demens og depression. Flere af disse eksempler forekommer dog mere som værende 'life review' end egentlig reminiscensarbejde.

Tabel 2.

Reminiscensformer anvendt i studier ifm. personer med en demenssygdom

Individuelt niveau

Tematiseret reminiscens; remedier mht. individens egne interesser og tidligere fritidsaktiviteter (52)

Fokus på livshistorie, hvor individet opfordres til at erindre talrige hovedpunkter om eget liv (53)

Strukturerede sessioner med midtpunkt i 'geriatrics network kit', der indeholder aktiviteter vedrørende forskellige temaer f.eks. mad, dyr, grønsager osv. (26)

Gruppeniveau

Samtaler baseret på film/lysbillede præsentationer og genstande, f.eks. gamle fotografier, bøger, aviser, blade og husholdningsartikler (36)

Et tema blev diskuteret hver uge (f.eks. mad, familie, arbejde, musik, tab osv.) (24)

Samtaler; personlige genstande/billeder, musik og dans, fejring af særlige begivenheder, udflugter (47)

Tematiseret samtaler rund om et bord; mange multisensoriske remedier (25)

Tabel 3.

Reminiscensformer anvendt i studier ifm. personer med depression

<p>Individuelt niveau</p> <p>Ustrukturerede sessioner, hvor personen blev opfordret til at erindre tidligere oplevelser (f.eks. barndom, ægteskab, familieliv, arbejds erfaringer) ved hjælp af fotografier, musik og genstande fra fortiden (44)</p> <p>Gruppeniveau</p> <p>Strukturerede sessioner med forskellige temaer (f.eks. venner, hjemmet), med en blanding af reminiscens, dialog og kreativ tænkning (43)</p> <p>Deltagerne skulle aktivt kigge tilbage på deres liv (livshistorie tilgang). Dette blev gjort gennem diskussioner ud fra valgte temaer. De blev opfordret til at undersøge tidligere mål, evt. fortrydelse og fremtidige planer og at tale om betydningsfulde positive og negative oplevelser (54)</p> <p>Nursing Intervention Classification (NIC): fokus på 6 kronologiske temaer hvormed man opfordrer deltagere til at erindre betydningsfulde begivenheder fra deres fortid; både positive og negative oplevelser (42)</p> <p>Samtaler baseret på erindringer i forbindelser med forskellige livsfaser. Gjort ved brug af genstande fra personernes egen fortid (55)</p> <p>Deltagere blev opfordret til at fremkalde ungdomsminder - f.eks. vedrørende legetøj, ferie. Minderne blev fremkaldt vha. af mad, dufte, musik og billeder (56)</p> <p>Life review reminiscens: 15 min. lysbillede-præsentationer ledsaget af musik. Gøres som basis for personlige erindringer i forhold til temaer fra 1920-1940'erne. Fokus var på relevante genstande, personer og begivenheder; både behagelige og ubehagelige begivenheder (57)</p> <p>Integration-reminiscens: til at fremkalde erindringer om oplevelser, som har givet livet betydning og formål; anerkendelse af tidligere negative oplevelser; anvendelse af en positiv selvevaluering; kontinuitet mellem fortiden og nutiden (58)</p> <p>Instrumental-reminiscens: fokus på erindringer om tidligere problemløsningssituationer i forbindelse med bl.a. tidligere planer, opnåelse af egne og andres mål, forsøg på at overvinde vanskeligheder, samt anvendelse af tidligere erfaringer til at løse nutidige problemer (58)</p> <p>Temaer, som er af grupperelateret interesse, f.eks. mad, musik, film, biler; med brug af fotografier (59)</p>
--

1.4.2.1 Fysiske rammer og varighed

De fundne studier beskrev kun få detaljer omkring de fysiske rammer for reminiscenssessionerne. Nogle studier nævnte, at sessionerne forgik i lyse, behagelige omgivelser (f.eks. deltagerens egne værelse, eller en konventionelt indrettet stue), f.eks. med te eller kaffe for at skabe lidt hygge. Der var ingen studier, der nævnte, at sessionerne decideret fandt sted i en specielt indrettet reminiscensstue eller -krog.

Der var tendens til, at sessioner for personer med depression varede længere end sessioner for personer med demens. Gruppesessioner for depressionsramte varede 60-150

minutter (30-40 minutter for individuelle sessioner), mens sessioner for demensramte varede 30-40 minutter. Til gengæld blev sessionerne for personer med demens afholdt en til flere gange ugentligt, hvorimod sessioner for personer med depression som regel kun blev afholdt en gang ugentligt. Varigheden af reminiscensinterventionen var typisk 2-7 uger for demensramte og 6-12 uger for depressionsramte.

1.4.2.2 *Deltagerantal og remedier*

Et review af studier foretaget blandt personer med depression (15) konkluderede, at de mest effektive gruppesessioner havde 6-10 deltagere, tillod social interaktion deltagerne imellem, samt gav alle de depressionsramte mulighed for aktiv deltagelse. Det blev yderligere anbefalet, at gruppelederen skulle udvælge deltagere med fælles interesser (f.eks. arbejds erfaringer, fritidsinteresser). Dette skulle gøres blandt jævnaldrende individer med ca. samme intellektuelle niveau. Ligeledes blev det anbefalet, at mænd og kvinder skulle have egne grupper. Individer, der har dårlig hørelse, er konfuse eller generelt svage, kan opfatte en gruppesession som værende truende, hvorfor sessioner, der indbefatter disse individtyper, bør være af individuel karakter (60).

Det er nævnt (61), at reminiscensremedier ('triggers') indbefatter mange forskellige genstandstyper, der ikke alene vækker de visuelle og auditive sanser, men også føle-, lugte- og smagssansen. Bl.a. opfattes musik som værende særdeles velegnet i reminiscenssammenhænge. Anvendelse af forskellige remedier kan fremkalde forskellige former for og mængde af erindringer (62). Bl.a. kan et generelt erindringsrelateret spørgsmål fremkalde flere og bredere erindringer end anvendelse af gamle sange, genstande eller historiske reviews alene.

1.4.2.3 *Hvem foretager reminiscenssessioner*

Da reminiscensarbejde kan fremkalde ubehagelige minder og helst ikke skal blive til en rutinepræget, ensformig aktivitet, anbefales det, at reminiscensarbejderen får speciel undervisning/træning i reminiscensmetoden inden anvendelse heraf (63;64).

I de fundne studier er reminiscenssessionerne blevet foretaget af enten fagpersoner (f.eks. psykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter) eller plejepersonale, som fik særlig undervisning i metoden inden selve interventionen. Undervisningsindsatsen varierede mht. antallet af sessionerne (f.eks. gns. 7-10 sessioner) og varighed (f.eks. 6-25 timer). I et studie, hvor raske pårørende deltog i sessionerne sammen med deres demensramte pårørende, fik de pårørende 11 ugentlige træningssessioner (47).

1.4.3. Erfaringer ved reminiscensimplementering

1.4.3.1 *Planlægning*

Gruppereminiscens kræver en stor planlægningsindsats fra gruppelederen (5;65;66), da enhver session skal være nøje planlagt. Det skyldes, at hver deltager har behov for opmærksomhed og anerkendelse, og at nogle deltagere skal beskyttes imod overdrevent udspørgning fra andre deltagere.

En detaljeret protokol for henholdsvis en gruppe og en individuel reminiscenssession

nævner f.eks. forhold i forbindelse med sessionernes formål og målgrupper, gruppestruktur, fysiske rammer, temaer, remedier og dokumentation (65).

1.4.3.2 Deltagerfrafald og andre problemer

Deltagerfrafaldet efter randomiseringen eller under selve interventionsforløbet var relativt stort i de reviewede studier, med 0-20 pct. blandt personer med demens og 10-35 pct. blandt personer med depression. Der var ingen klar relation til studiernes varighed. Årsagerne til frafaldet varierede mellem studierne, men frafaldet i de fleste studier opstod på grund af en blanding af sygdom (årsagen til 25-100 pct. af frafaldet i enkelte studier), efter eget/pårørendes ønske (38-67 pct. af frafaldet i enkelte studier – især i relation til utilfredshed med sessionerne), død eller flytning.

Et reminiscensstudie blandt 75+årige, der boede i et amerikansk højhus (66), fandt, at der kun var få personer, der frivilligt meldte sig til reminiscenssessionerne. Det til trods for udlevering af skriftligt materiale vedrørende sessionerne og personlige indbydelser. Tøven med at deltage i gruppeaktiviteter og dårlige læseegenskaber hos de inviterede beboere var mulige faktorer for den lave frivillighedsrate.

I et reminiscensstudie, der fandt sted på et plejehjem (67), deltog kun 12 af 18 beboere i de ugentlige sessioner, der blev afholdt over 8 uger. En beboer trak sig efter den første session, mens de andre frafaldne beboere var svært demensramte eller havde behov for en større indsats, end den, som var mulig i sessionerne.

Plejepersoner, der indførte grupperemiscens på et plejehjem, rapporterede problemer i startfasen mht. de andre plejepersoner og beboere, som ikke var involveret i reminiscensgrupperne (36). Efter en åben diskussion af problemerne var der efterfølgende mindre fornærmelse fra de øvrige beboere og større samarbejdsvilje fra de øvrige kollegaer. Et ældre studie (56) beskrev, hvordan deltagerne var tilbageholdende over for hinanden i de første par gruppesessioner, men at de på de efterfølgende møder begyndte at dele minder og historie spontant med hinanden.

1.4.3.3 Evaluering af gruppesessionen

Evaluering af selve gruppesessionen er sjældent rapporteret i studierne. I et studie (47) udfyldte de deltagende plejepersoner en subjektiv vurdering af, hvor meget hver deltagende beboere havde nydt sessionen den dag (på en 5-punktsskala). Andre plejepersoner (som ikke var involveret i sessionen, men arbejdede tæt med beboeren) udfyldte samme evalueringsskala senere på dagen. I et andet studie blev fem forhold vurderet: villighed til at deltage, hukommelsesniveauet, spontanitet, deltagelsesgrad og reaktion (verbal og ikke-verbal), samt 'fornøjelsesgrad' (60).

1.4.3.4 Etniske/kulturelle forhold

Kun få studier har rapporteret erfaringer ved anvendelse af reminiscens på andre end kaukasiere/vestlige ældre. I forbindelse med implementering af reminiscensarbejde skal man tage højde for forskelle i kulturelle værdier og erfaringer, der eksisterer blandt de deltagende patienter/borgere (61). For at sikre, at reminiscensarbejdet bliver implementeret og

anvendt på en kulturel følsom måde, bør der tages højde for følgende fem aspekter (68): i) gruppesammensætning (især med hensyn til køn), ii) temaernes indhold (f.eks. mad og drikke er centrale temaer i nogle kulturer; specifikke erfaringer under krig, flytning); iii) interaktionsprocesser (f.eks. forskellige udtryksformer, mindre tendens til at udtrykke følelser); iv) traditioner for at identificere positive aspekter af eget liv; og v) relevant ledelsesstil (der kan understøtte udviklingen af deltagernes selvtillid og autonomi).

To studier har rapporteret positive erfaringer med reminiscensarbejde blandt ældre afroamerikanere. Dette bl.a. mht. forbedringer i de ældres depressionsniveau og sociale netværk (69), samt til omsorgsydernes bedre forståelse af den enkelte ældres kulturelle traditioner, synspunkter og erfaringer (70). Reminiscensarbejde er også anvendt som sproglig intervention for ældre individer, som kommer med forskellige kulturelle baggrunde, og som har kommunikationsproblemer (71).

1.4.4. Økonomiske aspekter i forhold til brugen af reminiscens

Der fandtes ingen studier, der beskrev omkostningerne forbundet ved implementering af reminiscens som plejemetode eller terapiform, selv om den er blevet beskrevet som 'cost-effective' (42). Det er en fordel, hvis der stilles en stue/krog til rådighed, og hvis personalet har god tid til at forberede sig til sessionerne. Der kan endvidere også være ikke ubetydelige omkostninger forbundet med fremskaffelse af erindringskasser og andre relevante genstande (72). Herudover skal plejepersoner og evt. pårørende undervises og trænes i anvendelse af reminiscens, hvilket kan blive ressourcekrævende, såfremt alle på en plejeenhed skal sendes på kursus.

1.4.5. Organisatoriske aspekter i forhold til brugen af reminiscens

Der fandtes ingen studier, der præciserede de organisatoriske konsekvenser, der opstår i forbindelse med anvendelsen af reminiscens. Dog er der anerkendelse af, at anvendelse af reminiscens kræver både relevante færdigheder og uddannelse (73).

De organisatoriske konsekvenser kan være forholdsvis store, hvis man tænker f.eks. på personalets ekstra tidsforbrug (mht. uddannelse/træning, implementering og evaluering, reminiscenssessioner), restrukturering af de øvrige tilbud på plejeenheden, evt. indretning af reminiscensstue, fremskaffelse og opbevaring af erindringskasser osv. Der kræves også opbakning om arbejdet fra alle personalegrupper og ledelsen (19), ligesom andre faktorer skal overvejes: blandt andet (brænd)sikkerheden.

Visse ting kan dog være med til at styrke sammenholdet på plejeenheden. Således er reminiscensstuer på plejeenheder i UK blevet oprettet af plejepersoner, pårørende og venner i fællesskab gennem donation og indkøb af møbler og genstande; beboerne hjalp med indretning for at øge ejerskabsfølelsen (67).

1.4.6. Opsummering af litteraturen vedrørende brugen af reminiscens

Som pleje-/terapiform er reminiscens blevet brugt på mange forskellige måder og med forskellige formål. Evalueringer af metoden omhandler primært ældre demens- eller depressionsramte individer, men ses også anvendt på individer tilhørende andre sygdomsgrupper.

Formålet med de fleste studier har været at undersøge, om reminiscens kan forbedre den ældres kognitive, sociale og/eller psykologiske funktion. De betydelige metodologiske forskelle imellem studierne, samt de generelle små stikprøvestørrelser, gør det svært at fremkomme med robuste konklusioner for reminiscens' virkning på personer med demens. Da mange studier sammenligner reminiscensarbejde med ingen intervention, er det også vanskeligt at vide, om effekterne fra reminiscensarbejde skyldes selve interventionen eller en mere generel effekt som følge af deltagelsen i en struktureret og stimulerende aktivitet.

Fra evalueringer af reminiscensarbejde foretaget blandt ældre med demens er der en moderat evidens for følgende:

- Forbedret kognitiv funktion og mindre depression op til 4-6 uger efter afslutning af reminiscensarbejde, sammenlignet med ingen intervention
- Mindre forbedring i social og psykologisk funktion, samt bedre relationer til plejepersonalet og mindre problematisk adfærd
- Individuelle variationer i forhold til de effekter, der opnås som følge af reminiscens - bl.a. i forhold til grad af kognitiv forringelse, tilpasning til omgivelserne, type og antal af andre tilgængelige aktivitetstilbud.

Fra studier blandt ældre med depression er der stærkere evidens for, at reminiscensarbejde kan være effektivt i behandling af depressive symptomer og måske tilsvarende behandling med antidepressive lægemidler og kognitiv adfærdsterapi.

Ved implementering af især grupperemiscens skal man være opmærksom på flere aspekter:

- Specifik uddannelse/træning i reminiscensarbejde er nødvendigt for at sikre, at gruppelederen er rustet til at klare planlægningen, udførelsen og evaluering af processen
- Behagelige omgivelser; undgå ensformige sessioner
- Frafaldet kan være højt under forløbet
- Implementering af reminiscensarbejde kræver åbenhed om, hvad der foregår – nødvendigt for at sikre opbakning blandt ikke-deltagende beboere og det øvrige personale
- Få studier har evalueret gruppesessionerne i forhold til deltagernes reaktioner, engagement og fornøjelse; dette kan dog være en nyttig del i forhold til evalueringen af reminiscensarbejde
- Der skal tages højde for kulturelle forskelle.

2. Materiale og metode

2.1. Studiedesign

Studiet blev gennemført som et randomiseret, matched interventionsstudie. Det oprindeligt tiltænkte design var et klynge-randomiseret studie, dvs. med tilfældig lodtrækning blandt hele enheder til enten at indgå i Implementerings- eller Kontrolgruppen.⁵ Det var dog ikke muligt at gennemføre klynge-randomisering helt som planlagt, da randomiseringsprocessen skulle tage højde for flere faktorer, herunder enhedens beliggenhed og generelle miljø, antallet af beboere og personale, samt resultaterne på måleinstrumenterne ved 1. baseline. Dette beskrives nærmere i afsnit 2.5.

I det endelige studiedesign var det derfor 'matched' plejeenheder, der blev randomiseret til enten at indgå i Implementeringsgruppen, der fik implementeret reminiscens, eller Kontrolgruppen, der fortsatte med deres sædvanlige pleje og omsorg af de ældre. Enheder i begge grupper blev bedt om ikke at gennemføre større organisatoriske eller personale-mæssige ændringer i projektperioden.

Plejeenheden repræsenterede i projektet en samlet betegnelse for plejehjem, plejecenter eller lignende bo-enhed for ældre. Projektet omfattede kommunale plejeenheder, som ikke allerede anvendte reminiscens systematisk i dagligdagen.

Plejepersonalet repræsenterede social- og sundhedshjælpere/-assistenter, sygeplejersker, ergoterapeuter mv., som varetog den daglige pleje og omsorg for beboerne.

Beboerne repræsenterede alle, der boede fast på de udvalgte plejeenheder. Undtaget fra denne regel var beboerne på de skærmede enheder. De skærmede enheder blev ikke inddraget i projektet, da de typisk er små enheder og ofte har et bedre uddannet personale, der i forvejen er meget opmærksomme på anvendelse af reminiscens med beboerne. Individuer, der ikke var fastboende på plejeenheden, men kun deltog i aktiviteter, f.eks. deltagelse i enhedens dagtilbud, var ligeledes ikke omfattet af projektet.

Pårørende repræsenterede et familiemedlem eller ven (udvalgt af plejepersonalet), som regelmæssigt besøgte beboeren på plejeenheden.

En oversigt over projektets forløb er vist i Tabel 4. Hovedtrinene i projektets forløb var:

- Forberedelse af materialer, herunder pilotstudier og interviewertræning
- Rekruttering af enheder
- Baseline dataindsamlinger
- Randomisering af enhederne
- Reminiscensundervisning og -implementering
- Midtvejs og Afsluttende dataindsamlinger.

5 Det var ikke muligt at randomisere på hverken afdelings- eller individniveau på grund af mulige problemer med f.eks. kontamineringsbias. Kontamineringsbias kunne opstå, hvis f.eks. personale eller beboere i Kontrolgruppen blev påvirket af reminiscensaktiviteter, der foregik i afdelingen ved siden af eller sammen med nogle af beboerne i samme afdeling.

Tabel 4.
Oversigt over Reminiscensprojektets forløb

	Feb. – juni 05	Aug. 05–Jan 06	Feb. 06	Marts–apr. 06	Maj–juni 06	Aug.–sept. 06	Sept.–nov. 06	Jan–feb. 07	Marts–apr. 07	Maj–juni 07	Aug.–sept. 07	Juni 08
Pilotstudie	■											
Enhedsrekruttering 1. runde	■											
Interviewertræning 1. runde	■											
Enhedsrekruttering 2. runde		■										
Interviewertræning 2. runde		■										
Første besøg på enhederne			■									
Forberedelse af dataindsamling		■	■									
1. baseline dataindsamling				■								
2. baseline dataindsamling					■							
Randomisering					■							
3. baseline dataindsamling						■						
Undervisning i reminiscens							■					
Opfølgende rem. undervisning-1								■				
4. dataindsamling (midtvejs)									■			
Opfølgende rem. undervisning-2										■		
5. dataindsamling (afsluttende)											■	
Interview med plejepersoner												■

2.1.1. Præpilotstudie

Præpilotstudiet blev gennemført i marts 2005 af CG og CH i samarbejde med plejehjemmet Havebæk i Odense. Formålet var at få erfaring ved brug af de planlagte måleinstrumenter. Præpilotstudiet indeholdt interviews med to beboere med henholdsvis let og moderat demens, fire plejepersoner og en pårørende.

Blandt andet fandt man, at et af de instrumenter, man havde overvejet at medtage (NPI-NH, Neuropsychiatric Inventory – Nursing Home version) ikke var egnet til projektet, da der var en del overlap med de andre instrumenter, og spørgsmålene om symptomer ikke var hensigtsmæssige. Man fik ligeledes fortalt, at beboerne påvirkes meget af årstiderne, hvilket havde konsekvenser for den tidsmæssige planlægning af dataindsamlingen.

2.1.2. Pilotstudie

Formålet med pilotstudiet var at få afprøvet de måleinstrumenter, beboermapper og logbøger, der skulle bruges i selve undersøgelsen – f.eks. om de var hensigtsmæssige eller skulle tilpasses yderligere. Samtidigt blev interviewerne gjort fortrolige med håndteringen af instrumenterne, og der sikredes en fælles tilgang til interviewmetode og scoringen.

Pilotstudiet foregik i marts-april 2005 på Vesterled Plejehjem i Herning. Hver af de fem interviewere mødtes med en beboer, der af personalet blev vurderet til at være kognitiv klar, samt tre beboere med henholdsvis mild, moderat og svær kognitiv forringelse. Herudover blev spørgeskemaerne til plejepersonalet og pårørende afprøvet. Der blev observeret flere praktiske detaljer omkring selve interviewet og måleinstrumenterne, der skulle ændres, før hovedundersøgelsen blev igangsat. Samtlige måleinstrumenter blev vurderet som egnede til projektet. Instrumenterne kunne skelne mellem forskellige grupper med hensyn til kognitiv funktion og demensgrad, og på trods af den lille stikprøvestørrelse fandtes der de forventede korrelationer mellem instrumenterne.

2.2. Dataindsamling

I både Implementerings- og Kontrolgruppen indsamledes der data vedrørende beboerne, plejepersonalet og pårørende (Tabel 5). Instrumenterne er beskrevet nærmere i afsnit 2.2.1 til afsnit 2.2.3 og nævnes kun med akronym her.

- Beboerne
 - Kognitiv (ved MMSE og derefter SIB-S, hvis MMSE score <15)
 - Global vurdering af demenssymptomet (GBS)
 - Agiteret adfærd (CMAI)
 - Livskvalitet (ADRQL)
- Plejepersonalet
 - Udbrændthed (MBI-HSS)
 - Jobtilfredshed/arbejdsliv (spørgsmål fra SNCW)
 - Eget helbred (SF-12v2)
- Pårørende
 - Indtryk af samvær med henholdsvis beboerne og personalet
 - Eget helbred (SF-12v2)

Der blev også indsamlet oplysninger vedrørende:

- Plejepersonalets erfaringer med implementeringen af reminiscens (se afsnit 2.3.1)
- Plejepersonalets anvendelse af generel, specifik og spontan reminiscens (se afsnit 3.2)
- Evt. ændringer på enhederne i projektets forløb, herunder fysiske, organisatoriske, personalemæssige ændringer (se afsnit 7.2).
- Ressourceforbrug i forbindelse med implementering af reminiscens (se afsnit 7.4)

Tabel 5.
Oversigt over dataindsamling i Reminiscensprojektet

Datatype	Baseline			Interventionsperiode		Post-intervention
	1. BL mar/apr 06	2. BL maj/jun 06	3. BL aug/sept 06	Midt mar/apr 07	Afsl. aug/sept 07	juni 08
Beboermappe	x	–	–	x	x	–
MMSE	x	–	x	–	x	–
SIB-S	x	–	x	x	x	–
Pårørendespørgeskema	x	–	x	–	x	–
Personalespørgeskema	x	–	x	x	x	–
GBS	x	x	x	x	x	–
CMAI	x	x	x	x	x	–
ADRQL	x	x	x	x	x	–
Interview med plejepersoner i Implementeringsgruppen	–	–	–	–	–	x

Note: 1. BL = 1. baseline, 2. BL = 2. baseline, 3. BL = 3. baseline, Midt = Midtvejsdataindsamling, Afsl. = afsluttende dataindsamling

Der blev i alt foretaget tre baseline dataindsamlingsrunder for beboerne og to for personalet. Formålet ved dette var:

- at kunne kontrollere for årstidernes eventuelle indvirkning på de enkelte beboers og personales trivsel (og derfor på testresultaterne)
- at undersøge test-retest pålidelighed af instrumenterne anvendt i forbindelse med beboerne: der forventedes ikke at være de store forskelle i beboernes adfærd og trivsel i løbet af de henholdsvis to- og tre-måneders intervaller mellem baseline dataindsamlinger, dog ville man også kunne tage hensyn til en mulig løbende forværring i beboernes funktionsniveau over tid (f.eks. pga. progression i demenssygdommen) i begge grupper.

Herudover blev der indsat en såkaldt 'Midtvejs' indsamling. Formålet ved dette var dels at kunne undersøge årstidernes eventuelle indvirkning på testresultaterne, og dels for at undersøge, om implementering af reminiscens havde en gradvis virkning på testresultaterne.

2.2.1. Anvendte måleinstrumenter i forbindelse med beboerne

I forhold til beboerne var der et ønske om at indsamle data vedrørende adskillige aspekter af beboernes funktion og adfærd. Måleinstrumenterne blev valgt efter deres relevans for studiets formål samt deres praktiske håndtering, især med henblik på at formindske byrden for plejepersonalet.

- Der var præference for instrumenter, der var bredt anvendt i andre studier (for at kunne sammenligne resultaterne)
- Instrumenter, der eksisterede i en valideret dansk version
- Kun mindre overlap mellem instrumenternes indhold.

De anvendte instrumenter og deres håndtering:

MMSE (Mini-Mental State Examination) vurderer beboernes samlede kognitive evner og blev foretaget af interviewerne sammen med beboeren (74). MMSE blev foretaget ved 1. baseline på alle beboere, der deltog i projektet. Derefter blev den kun foretaget med beboere, der havde MMSE score ≥ 15 ved sidste dataindsamling.

Informationsboks 2.

MMSE-instrumentet

MMSE (Mini-Mental State Examination) vurderer kognitiv funktion (orientering i tid og sted, hukommelse, sprog, koncentration og beregning). Beboernes svar på de enkelte items summeres; den endelige score ligger på en skala mellem 0 og 30. En højere score betyder bedre kognitiv funktion. Kognitiv funktion klassificeres som normal (MMSE score 24-30), mild forringelse (MMSE 18-23) eller kraftig forringelse (MMSE 0-17).

Formålet med MMSE er at give en hurtig og global vurdering af beboernes kognitive funktionsniveau. MMSE anvendes meget bredt som måleinstrument for kognitiv funktion og har vist høj (0,83 – 0,98) test-retest reliabilitet blandt personer med demens (32;74;75). Der er visse problemer forbundet med MMSE-testen. Således kan MMSE total score påvirkes af respondentens uddannelsesgrad (f.eks. kan lavere uddannelse føre til en lavere score). Ligeledes kan instrumentet være mindre følsomt i forbindelse med vurderingen af personer med neurologisk eller psykiatrisk sygdom, samt hos individer, der har problemer deres syn, hørelse eller andre fysiske begrænsninger (76).

Disse begrænsninger vurderedes dog ikke til at være problematisk i nærværende studie, da fokus var på ændringer over tid og ikke på en demensdiagnose. Hvis beboeren ved baseline havde problemer med syn, hørelse eller bevægeapparatet, som ville få indflydelse på scoren, var det forventet at beboeren nok også ville have disse problemer ved efterfølgende dataindsamling.

Der foreligger flere forskellige udgaver af MMSE (77). Nærværende projekt anvendte en udgave udarbejdet i 2000 på vegne af Praktiserende Lægers Organisation, Dansk Geriatrisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Neurologisk Selskab, og som indgik i et valideringsprojekt i 2003 ved Alex Kørner og Lise Lauritsen et al.; Psykologisk Forlag A/S, København.

Da MMSE ikke er anvendelig på individer med svær demens, blev SIB-S (Severe Impairment Battery - Short Form) bragt i anvendelse. Dette instrument kan vurdere kognitive

evner hos individer med et meget ringe kognitivt funktionsniveau (78;79). Instrumentet blev håndteret af trænedede interviewere, der via beboernes besvarelser/reaktioner kunne vurdere hvor beboerens funktionsniveau lå. SIB-S blev foretaget på beboere, der havde en MMSE score <15.

Det originale SIB instrument (med 51 items) er udviklet i USA (78;80) som diagnostisk redskab for svær demens i den generelle befolkning (81). Den har vist god test-retest reliabilitet og validitet (82;83). Forfatterne til SIB har senere udgivet en kort version (SIB-S) med kun 25 items, der vurderer de samme ni kognitive aspekter som i den lange version samt ligeledes udviser god validitet (79). Den korte version indgik i Reminiscensprojektet; dels for at forkorte interviewet med beboere med svær demens, men dels også som en afprøvning af den danske version. Scoringsmuligheder på SIB-S ligger fra 0-50, og instrumentet tager ca. 10 minutter at håndtere.

Informationsboks 3. *SIB-S-instrumentet*

SIB-S (Severe Impairment Battery – Short form) vurderer kognitiv funktion hos personer med svær demens. Beboernes svar på de enkelte items summeres; den endelige score ligger på en skala mellem 0 og 50. En højere score betyder bedre kognitiv funktion (dog stadig i den laveste del af det kognitive funktionsområde).

MMSE og SIB scorer er signifikant korreleret (82), hvor personer med MMSE score på 0-5 havde større score variation på SIB (7-81 points). Nærværende studie anvendte en cut-off point ved MMSE score på 15 (80). En cut-off score på 12 er dog også anvendt i andre studier (84;85).

Der blev indhentet godkendelse og licens til anvendelse af SIB og SIB-S fra Judy Saxton, University of Pittsburgh, USA, og Psykologisk Forlag A/S, København.

GBS (Gottfries-Bråne-Steen skalaen) anvendes til at vurdere den enkelte beboers daglige funktionsniveau. Vurderingen er opdelt i hhv. motorisk, intellektuel og emotionel funktionsevne samt symptomer på demens (86). GBS blev foretaget ved 1. baseline i form af interview med beboerens primære omsorgsnyder; derefter udfyldte plejepersonen selv GBS om de enkelte beboere.

Informationsboks 4. *GBS-instrumentet*

GBS (Gottfries-Bråne-Steen skalaen) vurderer beboernes daglige funktionsniveau. Svarene på de enkelte item summeres til en overordnet score (fra 0 til 162) samt score på fire delskalaer, som vurderer intellektuel funktion, emotionel funktion, motorisk funktion og demenssymptomer. En højere score er ensbetydende med et dårligere funktionsniveau. I tilfældet af manglende data på delskalaerne kan en total GBS score ikke beregnes.

Blandt hjemmeboende patienter med mild til svær demens uden behandling forventes der et tab på ca. 13 point på GBS Total score over 1 år (86). Instrumentet er blevet flittigt anvendt internationalt, f.eks. (75;87;88), og er oversat og valideret på dansk (89;90).

Den danske GBS (Lundbecks version) er modtaget fra Ole Bjørn Skausig, Psykiatrihospitalet Dianalund, Danmark.

CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) vurderer hyppigheden af agiteret adfærd i de foregående 2 uger (91). CMAI blev foretaget ved 1. baseline i form af interview med beboerens primære omsorgsyder; derefter udfyldte plejepersonen selv CMAI om de enkelte beboere.

Informationsboks 5.

CMAI-instrumentet

CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory) vurderer hyppigheden af 29 adfærdstyper hos beboeren, samt hvor forstyrrende adfærdstyperne er for personalet og de øvrige beboere.

Hyppigheden af hver adfærdstype scores fra 0 (Aldrig) til 6 (Flere gange i timen). Svarerne for de enkelte adfærdstyper summeres; den totale Hyppighedsscore kan variere mellem 0 og 174. Der kan også beregnes score for fire delskalaer: fysisk aggressiv adfærd, fysisk ikke-aggressiv adfærd, verbal aggressiv adfærd og verbal ikke-aggressiv adfærd.

Forstyrrelsesgraden i forbindelse med hver adfærdstype scores fra 0 (Slet ikke forstyrrende) til 4 (Ekstremt forstyrrende). Svarerne for de enkelte adfærdstyper summeres; den totale Forstyrrelsesscore kan variere mellem 0 og 116.

Højere score betyder henholdsvis oftere hyppighed og mere forstyrrende adfærd.

En adfærd kodes som 8 hvis 'Ville opstå, hvis ikke forhindret' og 9 hvis 'Ikke observerbar'; disse besvarelser indgår ikke i scorerne. I tilfælde af manglende data på individuelle CMAI adfærdstyper kan en total CMAI score ikke beregnes.

Agiteret adfærd er ikke en diagnose, men et begreb, der omfatter uhensigtsmæssig adfærd, som kan være symptom på et underliggende problem. Mange personer med demens viser agiteret adfærd, f.eks. at de går frem og tilbage, at de skrige eller råber, at de bider eller slår ud efter ting og personer (30;92), og hyppigheden af agiteret adfærd stiger med demensgraden (93). Agiteret adfærd vil oftest virke negativt på personens familie og plejepersoner (92;94;95). Der er flere udfordringer ved at vurdere agiteret adfærd (92):

- De forskellige adfærdstyper har forskellige betydninger, og det giver typisk ikke mening at summere alle adfærd i en score; f.eks. er det rapporteret, at verbal agitation er forbundet med sygdom, smerter og depression, mens fysisk ikke-aggressiv adfærd er forbundet med svær demens uden andre sygdomme (96)
- Den store interpersonelle variation i, hvormed adfærdsproblemer viser sig, gør det svært at identificere tendenser og ændringer over tid
- Vurdering af agiteret adfærd skal foretages over en lang periode, da der også er intrapersonel variabilitet, og mange adfærdstyper viser sig typisk med lav hyppighed, som dog kan have stor betydning for omgivelserne, f.eks. for omsorgsyderne.

CMAI er oprindeligt udviklet til at vurdere agitation hos plejehjemsbeboere (91;97) og er revideret for anvendelse i kliniske forsøg (98). Instrumentet henviser til 29 aspekter af agiteret adfærd, der hhv. kan klassificeres som fysisk aggressive/ikke-aggressive eller verbale aggressive/ikke-aggressive. Tidligere undersøgelser har antaget, at en 30 pct. forbedring i CMAI scoren er klinisk signifikant (99), mens en forskel på 4.15 (100) eller 6 points (101) også er antaget som klinisk relevant – dog kan en ændring på 1 point også være betydningsfuld for den enkelte person med demens (101).

Der er der to måder at score CMAI instrumentet på. Mens nogle studier (92;102) anvender en skala fra 1 (Adfærd aldrig til stede) til 7 (Flere gange i timen), bruger andre (98;101) en skala fra 0 (Adfærd aldrig til stede) til 6 (Flere gange i timen). I nærværende studie anvendtes der henholdsvis en 0-6 skala for Hyppighedsitems og en 0-4 skala for Forstyrrelsesitems (103).

Der blev indhentet godkendelse for anvendelse af CMAI fra Jiska Cohen-Mansfield, Research Institute on Aging at the Hebrew Home of Greater Washington, Rockville, USA; instrumentet er oversat til dansk af Kirsten Abelskov, Psykiatrisk Hospital i Århus.

ADRQL (Alzheimer Disease Related Quality of Life) vurderer beboerens livskvalitet i form af social interaktion, selvbevidsthed, følelser og humør, deltagelse og engagement, samt reaktion på omgivelserne (104;105). ADRQL blev foretaget ved 1. baseline i form af interview med plejepersonen; derefter udfyldte plejepersonen selv ADRQL om den enkelte beboere.

Informationsboks 6.

ADRQL-instrumentet

ADRQL (Alzheimer Disease Related Quality of Life) vurderer beboerens livskvalitet. De 47 items vurderer i alt 5 områder: social interaktion, selvbevidsthed, følelser og humør, deltagelse og engagement, reaktion på omgivelserne. Svarerne på de enkelte items i hver delskala vægtes; både den overordnede ADRQL score og scorerne for de fem delskalaer udtrykkes som en procentdel af den totale mulige score. Den overordnede ADRQL score varierer mellem 0 og 100. Jo højere score, jo bedre er livskvaliteten blevet vurderet.

Proceduren for manglende data, som var beskrevet af ADRQLs udviklere, er fulgt.

ADRQL er oprindelig udviklet til demente med Alzheimers. Den har dog vist sig at være anvendelig på andre former for demenssygdomme (105). Højere grad af demens er oftest forbundet med en lavere livskvalitetsvurdering (106). Lavere ADRQL score hos plejehjemsbeboere er forbundet med dårligere orientering, større fysisk afhængighed, depression og behandling med anxiolytika (105). Et longitudinalt studie blandt 47 beboere med en demenssygdom viste en lille men signifikant forværring i den gennemsnitlige ADRQL score (5 point) over to år, dog var ADRQL score uændret for 49 pct. af beboerne; den største forværring sås i delskalaen Selvbevidsthed og den mindste i delskalaen Følelser & humør (107). Jo lavere baseline ADRQL score, jo store forværring i ADRQL score over tid.

Der blev indhentet godkendelse og licens til anvendelse af ADRQL i dansk kontekst fra Betty Black, School of Public Health, Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore,

USA samt DEMeasure, Maryland, USA. Da der ikke eksisterede en dansk oversættelse af ADRQL, blev den oversat af CAST i april 2005 i forbindelse med nærværende projekt (108). Oversættelsen indebar en oversættelse og en tilbageoversættelse samt afprøvning på plejehjemsbeboere som del af pilotstudiet, der blev udført i forbindelse med nærværende undersøgelse.

2.2.2. Anvendte måleinstrumenter i forbindelse med personalet

Personalespørgeskemaet indeholdt baggrundsspørgsmål (køn, alder, stilling, vagttype, anciennitet), de standardiserede instrumenter SF-12v2 og MBI-HSS samt 11 items fra SNCW instrumentet. SF-12v2 blev valgt som generisk instrument, da den indeholder flere spørgsmål om psykisk helbred, som vurderedes at være vigtigt at måle i forbindelse med anvendelse af reminiscens. Copenhagen Burnout Inventory blev overvejet (i stedet for MBI-HSS) men i sidste ende fravalgt, fordi spørgsmålene vurderedes som mindre relevante for ansatte på plejeenheder end MBI-HSS.

SF-12v2 er et bredt anvendt generisk instrument til at måle helbredstilstand. To overordnede scorer kan beregnes fra de 12 items. En score for selvvurderet fysisk helbred (Physical Component Summary, PCS) og en score for selvvurderet psykisk helbred (Mental Component Summary, MCS) (109-111). SF-12v2 blev udfyldt som del af både personale- og pårørendespørgeskemaet. Der blev indhentet licenser til anvendelse af SF-12v2 fra QualityMetric Incorporated, Medical Outcomes Trust, Lincoln, USA.

Informationsboks 7.

SF-12v2-instrumentet

Scoringen af selvvurderet fysisk helbred (PCS) og psykisk helbred (MCS) er matematisk lavet sådan, at middelværdien for den voksne befolkning er 50. Hvis man ligger over 50 vurderer man sit helbred bedre end gennemsnittet og omvendt, hvis man ligger på en værdi under 50. Jo højere score, des bedre selvvurderet helbred.

MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey) vurderer udbrændthed hos mennesker, der arbejder professionelt med andre, herunder personale i sundhedsvæsenet. MBI-HSS, der er udviklet i USA (112) og oversat til dansk (113), indeholder i alt 22 spørgsmål. Spørgsmålene vedrører tre områder: vurdering af arbejdspræstation, følelsesmæssig udmattelse og depersonaliseringsgrad.

MBI-HSS blev udfyldt som del af personalespørgeskemaet. Der blev indhentet licens til anvendelse af MBI-HSS fra Oxford Publicity Partnership Ltd (OPP), Oxford, England.

*Informationsboks 8.**MBI-HSS-instrumentet*

Maslach Burnout Inventory vurderer plejepersonalets grad af udbrændthed på tre skalaer (Tabel 46):

- Arbejdspræstation (personal accomplishment, PA): skalaen går fra 0-48. En score ≥ 39 er tegn på en høj arbejdspræstation, dvs. at man føler megen succes eller mening ved sit arbejde; den ansatte føler, at han/hun yder det, han/hun formår.
- Følelsesmæssig udmattelse (emotional exhaustion, EE): skalaerne går fra 0-54. En score ≥ 27 er ensbetydende med høj følelsesmæssig udmattelse, dvs. at plejepersonen føler sig overanstrengt og udtømt for følelsesmæssige ressourcer, således at han/hun ikke magter at skulle håndtere andres problemer og krav om ens professionelle hjælp.
- Depersonalisering (depersonalisation, DP): skalaen går fra 0-30. En score ≥ 13 er ensbetydende med høj grad af depersonalisering, dvs. plejepersonen har en negativ holdning over for de personer, han/hun forventes at forholde sig professionelt til, f.eks. afstandstagen over for beboerne; at man opfatter og behandler disse som 'ting'.

SNCW (Satisfaction with Nursing Care and Work Assessment Scale) er et svensk instrument, der indeholder 34 udsagn om bl.a. samarbejde, personlig udvikling og arbejdsbyrde (114;115). Da nogle af SNCW items blev vurderet som værende dækket af MBI-HSS og andre som værende ikke egnede til nærværende studie, blev kun 11 af SNCWs items inkluderet i personalespørgeskemaet.

Der blev indhentet godkendelse til anvendelse af SNCW fra Ingalill Rahn Hallberg, Lund Universitet, Sverige. I betragtning af ligheden mellem de svenske og danske sprog, samt at instrumentet ikke skulle anvendes i dets oprindelige form, blev de anvendte SNCW items oversat til dansk ved direkte oversættelse foretaget af to personer med dansk som modersmål efterfulgt af afprøvning blandt plejepersoner (som del af pilotstudiet).

2.2.3. Anvendte måleinstrumenter i forbindelse med beboernes pårørende

Pårørendespørgeskemaet indeholdt baggrundsspørgsmål (køn, alder, relation til beboeren), spørgsmål vedrørende plejehjemsbesøg (hyppighed, tilfredshed med besøget, afstand fra bopæl), vurdering af deres pårørendes (beboerens) helbredstilstand, velbefindende og hukkommelse, spørgsmål om forholdet til beboeren og personalet samt SF-12v2 (kun ved baseline).

2.3. Interviewer rekruttering og træning

Interviewernes primære opgave var at foretage vurdering af beboernes kognitive funktion ved anvendelse af MMSE og SIB tests. De skulle også støtte plejepersonalet ved udførelse af beboerspørgeskemaerne.

Rekruttering af interviewerne blev primært gjort blandt demenskoordinatorer i det tidligere Ringkjøbing Amt. Da det var nødvendigt at udvide det geografiske område i forbindelse med rekruttering af plejeenheder (uddybes i afsnit 2.4), blev det ligeledes fundet nødvendigt at få uddannet flere interviewere, som især kunne stå for interviewene i Århus-området. De nye interviewere blev bl.a. fundet med hjælp fra Mette Brynskov

(Århus kommune) samt via forslag fra de allerede uddannede interviewere. Resultatet blev, at tre af de oprindeligt uddannede interviewere og tre nye interviewere fra Århus-egnen kom til at forestå interviewene i hovedundersøgelsen.

Interviewer-træning foregik i april 2005 (i forbindelse med pilotstudiet) og igen i februar 2006 (i forbindelse med hovedstudiet). Alle interviewere var kvinder med bopæl i Region Midtjylland og var enten sygeplejerskeuddannet og/eller havde en funktion som demenskoordinatorer i deres lokalområde.

I hovedstudiet blev de seks interviewere fordelt ud på de enkelte enheder. Fordelingen blev primært foretaget med hensyn til afstanden mellem interviewerens egen bopælsadresse og plejeenheden. Syv enheder havde hver deres interviewer, mens tre af de større enheder blev tildelt to interviewere. Antallet af interviews udførte af de seks interviewere over hele projektperioden var mellem 84 og 171 i forbindelse med MMSE og mellem 26 og 82 i forbindelse med SIB-S.

2.3.1. Interview med personalet vedrørende reminiscensimplementeringen

I juni 2008, dvs. cirka et år efter at reminiscensimplementeringen var afsluttet, blev der foretaget en mindre kvalitativ undersøgelse blandt plejepersonale i Implementeringsgruppen (af CH og CG). Projektets foreløbige resultater havde vist, at indførelsen af reminiscens ikke havde stor (målelig) indvirkning på beboernes adfærd og trivsel eller på personalets trivsel. Dette til trods for, at personalets besvarelser i det afsluttende personalespørgeskema viste, at omkring ni ud af ti fandt, at reminiscens var et godt arbejdsredskab, og et tilsvarende antal plejepersoner ville anbefale reminiscens til andre plejeenheder (afsnit 5.7).

Hensigten med de personlige interview var derfor at få belyst enhedernes erfaringer med reminiscensimplementeringen, sådan som personalet oplevede den. Det blev vurderet, at det ikke ville være til gavn i nærværende kontekst at lave interviews med beboerne på de fem implementeringsenheder.

En struktureret interviewguide blev udarbejdet og indeholdt spørgsmål, der skulle belyse plejepersonalets:

- generelle syn på reminiscensmetoden
- syn på den optimale situation for beboerne og plejepersonalet på en plejeenhed
- vurdering af, hvorvidt og hvordan reminiscens påvirkede henholdsvis beboerne, personalet og de pårørende
- vurdering af, hvorvidt reminiscens var blevet fuldt ud implementeret på enheden, herunder evt. fortsættelse med metoden efter projektets afslutning
- syn på forudsætninger for (optimal) implementering af reminiscens på en plejeenhed.

Personlige interviews blev foretaget med plejepersoner, som havde deltaget i MKs reminiscensundervisning. På fire enheder i Implementeringsgruppen blev tre plejepersoner interviewet; på den femte enhed var det kun muligt at interviewe to plejepersoner på grund af stor personaleudskiftning. Enhedens leder blev bedt om at udvælge plejepersoner fra forskellige afdelinger. Plejepersonerne måtte derudover gerne have forskellige holdninger, dvs. være mere eller mindre positive over for reminiscensmetoden, hvilket evt. kunne være afspejlet i hyppigheden af den enkelte plejers anvendelse af reminiscens i dagligdagen.

Hvert interview blev optaget og senere transskriberet. Materialet fra de i alt 14 interviews blev kondenseret. Formålet hermed var ikke at kvantificere besvarelsene, men at belyse de forskellige holdninger og temaer, der kom frem i interviewene.

Af de 14 informanter var otte social- og sundhedshjælpere/-assistenter, to var sygeplejersker, en var aktivitetsmedarbejder, og tre var plejehjemsledere. I resultatafsnittet (afsnit 5.8) er de benævnt 'informanter'.

2.4. Rekruttering af plejeenheder

2.4.1. Beregning af nødvendig stikprøvestørrelse

Det blev beregnet, at stikprøvestørrelse mindst skulle udgøre 337 beboere ved 1. baseline for at opnå et tilstrækkeligt grundlag for statistisk signifikante resultater (den anvendte formel vises i Informationsboks 9). Da variationen mellem de enkelte enheder var ukendt, blev stikprøvestørrelsen beregnet på individniveau med følgende antagelser:

- En reduktion i agiteret adfærd udgør det primære effektmål, hvilket måles ved CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory)
- En ændring på 4,15 i CMAI score udgør en klinisk relevant effekt (100)
- Standardafvigelsen på CMAI er sat til 16,8 (116); standardafvigelsen fra 1. baseline blev senere fundet at være på 12,5 med N=329
- 30 pct. af beboerne ville falde fra i løbet af projektperioden pga. dødsfald og svækket helbred (dvs. ca. 259 beboere ved afsluttende dataindsamling).

Da data er analyseret på individniveau og ikke på klyngeniveau, vurderes denne tilgang til beregning af stikprøvestørrelsen at være i orden. Der er dog ikke taget hensyn til, at andres studiers resultater er beregnet på mere homogene beboergrupper, end det er gjort i nærværende studie.

Informationsboks 9.

Beregning af stikprøvestørrelsen

Beregning af den mindste stikprøvestørrelse:

$$n = \frac{2 \cdot \sigma^2}{(\mu_2 - \mu_1)^2} \cdot f(\alpha, \beta)$$

α udgør det valgte signifikansniveau på 95 pct.

$1-\beta$ udgør testens styrke, dvs. hvor stor er sandsynligheden for, at forskellen mellem to målinger opfanges f.eks. ændring over tid eller ændring mellem to grupper

μ_1 er det oprindelige gennemsnit

μ_2 er det ønskede/forventede gennemsnit

σ er standardafvigelsen af det oprindelige gennemsnit (f.eks. for kontrolgruppen i et tidligere studie)

$f(\alpha, \beta)$ er lig 7,9 for 95 pct. signifikansniveau og en styrke på 0,8.

2.4.2. Første rekrutteringsrunde

En spørgeskemaundersøgelse, udført ved CAST i 2004 (117) havde vist, at der i snit boede 35 beboere på en plejeenhed i Ringkjøbing Amt. I betragtning af en ønsket stikprøvestørrelse ved baseline på ca. 350 beboere, byggede projektbeskrivelsen derfor på en deltagelse af i alt ti plejeenheder, dvs. fem enheder i Implementeringsgruppen og fem enheder i Kontrolgruppen.

Der blev i forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen (117) tilkendegivet mulig interesse fra 24 plejeenheder fordelt på ti kommuner om at blive kontaktet med henblik på eventuel deltagelse i et forskningsprojekt om reminiscensmetoden. Invitationer til projektdeltagelse blev udsendt i februar 2005 til disse 24 plejeenheder. Samtidig blev ældre-/socialcheferne i de ti kommuner kontaktet for at informere om, at kommunens plejeenheder var inviteret til deltagelse.

Da kun 8 (med i alt 187 beboere) ud af de 24 plejeenheder var villige til at deltage i studiet, tog man kontakt til de resterende 57 plejeenheder i Ringkjøbing Amt via en skrivelse til socialchefen/ældrechefer og telefonisk opfølgning. Dette gav yderligere 4 plejeenheder og dermed et samlet antal beboere på 268 fordelt på 12 plejeenheder.

Da det samlede antal beboere var færre end den ønskede stikprøvestørrelse på ca. 350 beboere, samt at der var enheder, der kun ønskede at deltage, hvis de kom i en bestemt gruppe, blev projektet indstillet i juni 2005.

2.4.3. Anden rekrutteringsrunde

Efter ønske fra Socialministeriet blev projektet genoptaget i august 2005, og en ny rekrutteringsrunde iværksat. Denne blev udvidet til at omfatte de 68 kommuner (heri medregnet kommunerne i Ringkjøbing Amt), som ville komme til at ligge i den kommende Region Midtjylland (Figur 1). Derudover blev rekrutteringsstrategien ændrede således, at man henvendte sig til både plejeenhederne og kommunernes socialchef/ældrechef.

Invitationer til deltagelse i projektet blev udsendt til i alt 35 kommuner i det nye Region Midtjylland, der havde mindst en plejeenhed med mindst 35 beboere. Der var 26 kommuner, der takkede nej til at deltage i projektet og yderligere to kommuner, der blev ekskluderet på grund af større ombygning og kursusaktivitet i området. Fra de resterende syv kommuner var der 14 plejeenheder med i alt 618 beboere, der var indstillet på at deltage i Reminiscensprojektet.

Figur 1.
Region Midtjylland



2.4.4. Udvalgelse af plejeenheder

Projektets design var bygget på deltagelse af ti plejeenheder med minimum 350 beboere. Selvom en udvidelse af projektets omfang muligvis kunne komme på tale, var det først nødvendigt at bekræfte, at samtlige 14 enheder var egnede til at deltage i projektet.

Detaljerede oplysninger vedrørende anvendelse af reminiscens og evt. personaleudvikling og/eller organisatoriske ændringer blev indsamlet telefonisk (af MK) fra de 14 enheder, med anvendelse af en struktureret interviewguide. I alt blev lederen/underlederen ved 33 afdelinger på de 14 plejeenheder interviewet.

Ud af de 14 plejeenheder blev fire enheder (fra tre kommuner) ekskluderet på grund af:

- For stor anvendelse af reminiscens i dagligdagen (to plejeenheder); enhederne havde allerede tiltag, der vedrørte organiseret brug af minder og erindringer, løbende supervision af personalets hverdag med beboerne og/eller for udpræget brug af spontan reminiscens gennem stort lokalt kendskab til beboerne og lokalområdet
- Større personaleudvikling i den seneste tid (en plejeenhed)
- En større organisatorisk ændring (ny leder ansat, en plejeenhed).

Rekrutteringen endte således i januar 2006 med deltagelse af ti plejeenheder fra fire kommuner. På daværende tidspunkt havde disse enheder i alt 432 beboere, når der ses bort fra beboerne på de skærmede enheder (Tabel 6).

Der blev skrevet samarbejdsaftaler med de ti enheder, hvorefter forberedelserne med det videre samarbejde på enhederne blev påbegyndt. Dette arbejde indebar:

- gennemgang af projektet med ledelsen og personalet
- identifikation og registreringer af de deltagende beboere
- indhentning af samtykkeerklæringer fra beboerne/beboernes pårørende
- præsentation af projektet til de pårørende.

Tabel 6.

Antal beboere på de 10 deltagende enheder i Reminiscensprojektet

Kommune	Plejeenhed	Antal beboere	
		Inkl. skærmede enheder	Uden skærmede enheder
1	A	30	30
	B	62	50
2	A	59	49
	B	54	47
3	A	34	34
	B	49	49
4	A	52	52
	B	58	58
	C	37	29
	D	34	34
Total			432

Den anvendte udvælgelsesmetode kan have medført selv-selektionsbias, idet det har været op til de enkelte kommuner/plejeenheder at vurdere, om de ønskede at deltage i Reminiscensprojektet. Bl.a. har der ikke været finansielle incitamentter til deltagelse heri, da enhederne selv har skullet finansiere evt. vikardækning i forbindelse med kursusdeltagelse, samt i forbindelse med dataindsamlingsrunderne. Hermed kunne det tænkes, at det kun var de bedst stillede enheder, der valgte at deltage i projektet. Det er dog projektgruppens vurdering, at de ti enheder dækker de enhedstyper, der ses i Danmark – og at det ikke kun er de 'bedste' enheder, der har valgt at indgå i projektet. Således er vurderingen, at flere af enhederne har valgt at indgå i projektet for at få nye redskaber, som de kan bruge med de ældre; en form for personaleudvikling. Ved at deltage i projektet har man i Implementeringsgruppen haft mulighed for at få dette kursus gratis. Man har dog indgået i projektet under de betingelser, at det ikke var sikkert, om man fik dette kursus eller ej.

Det blev beregnet, at der fra kommunernes side skulle investeres mindst 150.000 kr., hvis en enhed med omkring 35 beboere kom i Implementeringsgruppen (reminiscensundersvisernes tid var gratis/kurset var gratis, men plejeenhederne skulle selv betale vikardækning mv. i forbindelse med de ansattes deltagelse i kursusforløbet, samt den tid plejepersonalet har anvendt i forbindelse med dataregistrering m.m.). Det er vurderingen, at kun de store kommuner havde sådanne midler at råde over, uden at sagen skulle omkring byrådet/socialudvalg for tillægsbevillinger til ældreområdet. Det vurderedes, at langt flere kommuner ville have været interesseret i at deltage i projektet, hvis en del af denne udgift blev dækket af projektet. Argumentet for at kommunen, ved at investere 150.000 kr. i projektet, udviste en ægte interesse i ældreområdet, kunne have haft sin berettigelse, men vurderedes mere som et princip for denne projekttype end en nyttig tilgang for rekruttering.

2.5. Randomiseringen af plejeenhederne

Randomiseringsprocessen skulle tage højde for flere faktorer, herunder enhedens beliggenhed og generelle miljø, antallet af beboere og personale, samt resultaterne på måleinstrumenterne ved 1. baseline.

Randomiseringproceduren blev derfor fortaget gennem to trin:

- i) Dannelse af to 'ens' (matchede) grupper med fem enheder i hver
- ii) Lodtrækning blandt de to grupper til hhv. en Implementerings- og Kontrolgruppe.

2.5.1. Dannelse af to matchede grupper af fem enheder

To grupper af fem enheder blev dannet (Tabel 7) med hensyn til:

- Kommune (efter aftale skulle hver kommune have én enhed i hver gruppe; mht. Kommune 4 skulle de fire enheder opdeles parvis)
- De enheder i Kommune 4, der havde samme områdeleder (henholdsvis 2 og 2 enheder), skulle i hver deres gruppe
- Enhedstype (traditionel/Leve-bo/blandet) fra spørgeskemabesvarelser samt projektgruppens indtryk af enhedernes opbygning/indretning ved besøg på enhederne
- Antallet af beboere og personalet, der var med i projektet.

Data fra 1. baseline viste, at der ingen signifikante forskelle var mellem de to grupper med hensyn til beboernes kognitive funktion, daglige funktionsniveau, agiteret adfærd og livskvalitet, og kun mindre forskel med hensyn til plejepersonalets trivsel (MBI-HSS).

Tabel 7.

Matching af enhederne i Reminiscensprojektet

Plejeenhed		Beskrivelse
3B	3A	Rene Leve-bo enheder, som ligger ved siden af hinanden. Minder meget om hinanden rent indretningsmæssigt og opbygningsmæssigt.
2B	4B	Traditionelle plejeenheder med lange gange, der ligger i centrum af byen og har moderat grønne omgivelser. Enhederne er i flere etager.
4A	2A	Ombyggede traditionelle (store) plejeenheder, der har fået tilbygninger bygget til inden for de sidste år. Begge forsøger at leve efter Leve-bo tankegangen og ligger i udkanten af byen med udsigt til natur.
1A	4C	Relativ små traditionelt opbyggede plejeenheder.
4D	1B	Store plejeenheder i flere etager, med lange gange.
171	177	Antal beboere ved 1. baseline
177	176	Antal personale ved 1. baseline

2.5.2. Anvendt lodtrækningsprocedure

Navnene på enhederne i de to grupper blev ilagt to forseglede konvolutter. Det var blandt de to konvolutter, der blev trukket lod om enhedernes placering i enten Implementerings- eller Kontrolgruppen. Den person, der trak lod, var en af deltagerne i projektets følgegruppe. Enhederne fik telefonisk besked om resultatet af randomiseringen sidst i maj 2005, dvs. lige efter 2. baseline.

Informationsboks 10.

Lodtrækningsresultat

Følgende enheder kom i Implementeringsgruppen: 1A, 2B, 3B, 4A og 4D

Følgende enheder kom i Kontrolgruppen: 1B, 2A, 3A, 4B og 4C

Enhederne er efterfølgende betegnet som A-E (Implementeringsgruppen) og F-J (Kontrolgruppen). Rækkefølgen i de to grupper er vilkårlig.

2.6. Statistisk analyse

Den statistiske analyse er foretaget ved anvendelse af 'intention to treat' tilgangen, dvs. at alle deltagere er inkluderet og analyseret i den gruppe, de blev randomiseret til, uanset om de har modtaget/anvendt reminiscens eller ej.

Da reminiscens blev indført på enhedsniveau, havde deltagerne ingen mulighed for at blive undtaget fra interventionen eller at blive ikke-compliance, medmindre de døde (primært for beboernes vedkommende) eller ophørte deres virke på enheden (primært for personalets vedkommende). Under projektførelsen var der et frafald på 32 pct. for beboerne og 38 pct. for personalet. En analyse af baseline score for de frafaldne deltagere (både beboere og personale) viste, at de i gennemsnit havde det dårligere end de deltagere, der fortsatte i studiet, men også at der ikke var signifikant forskel mellem Implementerings- og Kontrolgruppen med hensyn til størrelse af frafald eller karakteristika af de frafaldne deltagere.

Analysen af scoreændringer over tid (i forhold til henholdsvis beboerne, personalet og pårørende) omfatter kun de personer, hvorfra der var data fra både baseline og den afsluttende dataindsamling.

Følgende fremgangsmåde anvendtes til analyse af data fra henholdsvis beboerne, personalet og pårørende:

- a) Deltagelse og svarprocent ved hvert dataindsamlingstidspunkt
- b) Deskriptiv analyse ved baseline, med følgende formål:
 - At beskrive deltagernes karakteristika ved baseline samt identificere evt. forskelle mellem Implementerings- og Kontrolgruppen ved baseline
 - At identificere enkelte enheder, der evt. skilte sig ud fra de andre i gruppen – for at afgøre om data fra disse enheder evt. skulle ekskluderes fra analysen (ikke gengivet)
 - At sammenligne scorerne og spredning for de fem enheder i henholdsvis Implemente-

rings- og Kontrolgruppen; intragruppe variation blev undersøgt i forbindelse med hvert effektmål ved anvendelse af boksplosts (ikke gengivet)

- De anvendte statistiske test var:
 - Chi-i-anden test eller Fisher's exact test for kategoriske variable
 - t-test for kontinuerte normalfordelte data
 - Mann-Whitney test for kontinuerte ikke-normalfordelte data
- c) Beregning af gennemsnitlige baseline score:
 - I forhold til beboernes data ved GBS, CMAI og ADRQL var der ikke stor variation mellem de tre baseline score. For at beregne scoreændringer over tid, blev scoren ved Afsluttende dataindsamling sammenlignet med en gennemsnitlig baseline score beregnet for hver beboer ud fra de tre baseline dataindsamlinger. I tilfælde af manglende data blev den gennemsnitlige baseline score beregnet som gennemsnit af scorerne fra de baselinemålinger, hvorfra der evt. var data.
 - Med hensyn til vurdering af beboernes kognitive funktion var der en forventning om, at scorerne ville blive påvirket af årstiden. Derfor er MMSE scorerne ved den afsluttende dataindsamling (august 2007) sammenlignet med scorerne fra både 1. baseline (marts 2006) og 3. baseline (august 2006). I betragtning af kun få SIB-S tests, og at der ingen signifikante forskelle var i SIB-S scoren mellem 1. og 3. baseline, blev en gennemsnitlig baseline SIB-S score beregnet på baggrund af de to baseline dataindsamlinger. I tilfælde af manglende data blev den gennemsnitlige baselinescore lig scoren fra den baseline dataindsamling, hvorfra der evt. var data.
 - I forhold til plejepersonalets besvarelser var der tendenser, der pegede i retning af sæsonmæssige forskelle. Derfor er de primære resultater forskelle mellem besvarelserne ved 3. baseline (august 2006) og afsluttende dataindsamling (august 2007). Ændringer mellem 1. baseline og den afsluttende dataindsamling er dog ligeledes gengivet i tabellerne.
- d) Beregning af scoreændringer over tid:
 - Scoreændringer for beboerne blev analyseret i forhold til følgende undergrupper:
 - Scoreændringer for beboere, der havde højere end median score ved baseline sammenlignet med scoreændringer for beboere, der havde lavere end median score ved baseline
 - På enhedsniveau: ændringer fra baseline til afsluttende dataindsamling
 - Antallet af reminiscenssessioner
 - Effekt af baseline kognitiv funktion
 - Scoreændringer for personalet blev analyseret i forhold til følgende undergrupper:
 - Scoreændringer for plejepersoner, der havde højere end medianscore ved baseline sammenlignet med scoreændringer for plejepersoner, der havde lavere end medianscore ved baseline
 - På enhedsniveau: ændringen fra baseline til afsluttende dataindsamling
 - De anvendte statistiske test var:
 - I forhold til scoreændringer over tid **inden for en gruppe**: parret t-test for normalfordelte data og Wilcoxon test for ikke-normalfordelte data
 - I forhold til scoreændringer over tid **mellem to grupper** (f.eks. mellem Implementerings- og Kontrolgruppen): t-test for normalfordelte data

e) Faktoranalyse blev foretaget i forbindelse med besvarelse af udsagn i personale- og pårørendespørgeskemaer. Formålet var at sammensætte de mange individuelle items (hvoraf mange i pårørendeanalysen ligeledes blev vurderet ved Chi-i-anden test) til et mindre antal faktorer, der kunne anvendes til at vise evt. scoreændringer over tid på et mere overordnet niveau, samt at undgå multikollinearitet i multiple regressionsanalyser.

f) Multiple regressionsanalyser:

For at undersøge hvilke faktorer, der evt. var forbundet med scoreændringer over tid, blev der for hvert måleinstrument foretaget en multipel regressionsanalyse (se informationsboks 11-13). Som udgangspunkt er regressionsanalyserne gjort ved Enter-metoden. I forbindelse med personalet og pårørende data fandtes der dog indikationer på multikollinearitet,⁶ hvorfor der blev anvendt mere eksplorative analysemetoder (backward og forward) til at finde frem til modeller, hvor kun de mest relevante eller signifikante variable blev medtaget.

Informationsboks 11.

Ligning for multiple regressionsmodeller: beboerne

Afhængige variable var scoreændringer på hhv. MMSE, GBS, CMAI og ADRQL.

Uafhængige variable anvendt i regressionsanalysen ift. beboerne:

- Beboerens alder og køn (kvinde=1)
- Om beboerens enhed var i Implementerings- eller Kontrolgruppen (IG=1)
- Lægeligt diagnosticeret demenssygdom enten ved baseline eller under projektets forløb (ja=1)
- Ændringer i beboerens CNS¹⁾ medicin under projektet forløb (ja=1)
- Ændringer i beboerens fysiske tilstand, der indebærer øget terapeutisk indsats (fys- eller ergo) (ja=1)
- Beboeren blev diagnosticeret eller påbegyndt medicinsk behandling for depression, forhøjet blodtryk, andre hjertekarsygdomme, diabetes, Parkinsons eller kræft (ja=1)
- Negative helbredsmæssige life events under projektets forløb, dvs. dødsfald eller alvorlig sygdom i nær familie eller vennekreds (ja/nej)
- Baseline score på måleinstrumentet
- Antal sessioner, der er registreret i forhold til henholdsvis generel, specifik og spontan reminiscens

1) Medicin vedrørende centralnervesystemet (CNS) inkluderede demensmidler, antipsykotika, antidepressivmidler, anxiolytika og hypnotika.

6) Evt. multikollinearitetsproblemer blev vurderet ved: 1) Vurdering af fortegnene; 2) Durbin-Watson-værdier (værdier mindre end 1,5 og højere end 2,5 indikerer problemer med multikollinearitet); 3) TOL og VIF værdier; lave TOL værdier (under 0,25) og høje VIF værdier (over 4) er tegn på stærk korrelation med andre variable; 4) fokus på condition indekset. Modellens brugbarhed er vurderet ved ANOVA. Hvis p er signifikant, er modellen brugbar.

*Informationsboks 12.**Ligning for multiple regressionsmodeller: personalet*

Afhængige variable var scoreændringer på skalaer fra hhv. SF-12v2, MBI og SNCW-items.

Uafhængige variable anvendt i regressionsanalysen ift. personalet:

- Plejepersonens køn (kvinde=1), alder og anciennitet på enheden (=antal år ansat)
- Plejepersonens uddannelse/stilling på enheden
- Plejepersonens oplevelse af negative life events (f.eks. dødsfald, skilsmisse) (oplevelse=1)
- Plejepersonens selvvalueret fysisk og psykisk helbredstilstand ved baseline
- Plejepersonens vurdering af egen arbejdspræstation, følelsesmæssig udmattelse og depersonalisering ved baseline
- Plejepersonens vurdering af arbejdslivet (fire faktorer baseret på spørgsmål fra SNCW)
- Om personalets enhed var i Implementeringsgruppen eller Kontrolgruppen (KG=1)

*Informationsboks 13.**Ligning for multiple regressionsmodeller: pårørende*

Afhængige variable var scoreændringer på de fire sammensatte faktorer baseret på besvarelserne til udsagnene i pårørendespørgeskemaet.

Uafhængige variable anvendt i regressionsanalysen ift. de pårørende:

- Pårørendes vurdering af beboerens sindstilstand ved baseline
- Pårørendes vurdering af beboerens reaktion ved baseline
- Pårørendes holdning til beboerens nuværende situation ved baseline
- Pårørendes holdning til personalet ved baseline
- Pårørendes relation til beboeren (1=anden end ægtefælle)
- Pårørendes vurdering af beboerens helbred (intervalskala fra 1-5, hvor 1 er godt) ved baseline
- Pårørendes vurdering af beboerens hukommelse (intervalskala fra 1-5, hvor 1 er godt) ved baseline
- Beboerens køn (mand=1)
- Antal år beboeren har boet på enheden
- Den pårørendes selvvaluerede fysiske og psykiske helbredstilstand ved baseline
- Om beboerens enhed var i Implementeringsgruppen eller Kontrolgruppen (KG=1)

Yderligere analyser, hvis resultater ikke er gengivet, var:

- a) Korrelationsanalyse mellem de enkelte skaler for at teste for styrken og retningen af de lineære sammenhænge mellem variable på de forskellige dataindsamlingspunkter
- b) Undersøgelse af test-retest pålideligheden af de måleinstrumenter, der blev anvendt i forbindelse med beboerne
- c) Diskriminantanalyse i forhold til personaledata for at undersøge om størrelserne på ændringerne kunne være med til at inddele personalet i gruppen, der havde fået reminiscens vs. gruppen, der ikke havde fået reminiscens.

Et signifikansniveau på $p < 0,05$ blev anvendt. I tabellerne er der dog også præsenteret (i parentes) p -værdier, der ligger mellem 0,05 og 0,1; i teksten er disse resultater betegnet som 'tilnærmelsesvis' signifikante.

De udfyldte spørgeskemaer og beboermapper blev sendt til CAST, hvor data blev indtastet og analyseret ved brug af SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 15 for Windows. Databehandlingen blev foretaget på anonymiseret data.

2.7. Implementering af reminiscens på plejeenhederne

Formålet med undervisning på de fem enheder i Implementeringsgruppen var at give personalet en systematisk tilgang til anvendelse af minder og erindringer i hverdagen. Denne viden skulle kunne bruges aktivt i samværet med plejeenhedens beboere. Undervisningsforløbet og -materialet blev udviklet af MK, der også var hovedansvarlig for undervisningen.

Den anvendte tilgang til reminiscens tog udgangspunkt i tre forskellige former, nemlig generel, specifik og spontan reminiscens (Informationsboks 14).

Informationsboks 14.

Beskrivelse af generel, specifik og spontan reminiscens

Generel reminiscens foregår i strukturerede gruppesessioner, hvor der forekommer kendte handlinger, eller hvor der skabes en kendt stemning via sanseindtryk (f.eks. ved at dufte, føle, lytte og smage). Hver session afholdes af en person, der kender til reminiscensmetoden, og som har været på kursus heri. De enkelte sessioner holdes for en udvalgt gruppe, der f.eks. har samme baggrund, interesser og/eller funktionsniveau.

Specifik reminiscens foregår efter samme princip som generel reminiscens, men for en mindre gruppe eller individuelt, og ikke nødvendigvis ud fra faste emner. Dette gør, at sessionen konkretiseres mod den enkelte deltager, hvorfor den især henvender sig til personer, der bliver utrygge ved at forlade vante omgivelser og/eller i situationer, hvor der kan opstå aggressiv adfærd.

Spontan ('uformal') reminiscens anvendes bl.a. i forbindelse med dagligdagens almindelige gøremål – f.eks. i forbindelse med personlig hygiejne, måltider, mv. Her bruges stikord eller kommentarer til at skabe forbindelser til personens tidligere liv og erfaringer. Sådan en individuel kontakt kan nemt blive til en spontan gruppeaktivitet, hvis andre i nærheden interesserer sig i samtalen.

Følgende kapitel beskriver implementeringsprocessen. I afsnit 2.7.1 til afsnit 2.7.3 beskrives forløbet for henholdsvis ledelse og ressourcepersoner, plejepersonalet og de pårørende. Afsnit 2.7.4 til afsnit 2.7.6 giver en oversigt over det anvendte reminiscensmateriale, herunder de udstillinger, der blev lavet på enhederne, samt en beskrivelse af den angivne vejledning i brug af materialet. Tidsplanen for implementeringen præsenteres i Tabel 8.

2.7.1. Ledelsens og ressourcepersonernes rolle i implementeringsforløbet

Det var en forudsætning for et succesfuldt implementeringsforløb, at ledelsen aktivt bakkede op om projektet, og at der var personer på hver enhed, der havde overblik over de forskellige opgaver, som projektet indebar. Derfor blev der hvert sted udpeget en eller to ressourcepersoner. Dette skete i forbindelse med det første besøg på enhederne og blev

foretaget af enhedens ledelse. På alle fem institutioner var ressourcepersonerne en fra ledergruppen; dette var ment som – og blev forstået som – en høj prioritering af projektet på stedet. Spørgsmålet om, hvordan ledelsen ville bakke op om projektet virkede indlysende, da de selv var stærkt involverede i processen.

Ressourcepersonerne var en uundværlig del af implementeringen og havde følgende opgaver:

- Deltagelse på i alt 6 hele og 11 halve temadage (i nogle tilfælde som medunderviser)
- Ansvarlig for praktiske forhold i forbindelse med temadagene
- Undervisning/information om projektet til nyt personale, elever og andre, der ikke havde deltaget på temadagene
- Opgaver i forbindelse med dataindsamlingen
- Løbende vejledning/information om projektet til plejeenhedens afdelinger
- Koordinere tiltag i forbindelse med projektet, herunder medansvarlig for, at aftaler i forbindelse med projektet blev overholdt
- Kontakt til pårørende i forbindelse med projektet.

Forløbet for ledelsen og ressourcepersonerne bestod af i alt seks møder.

Det *første møde* var med ledelsen og ressourcepersonerne på den enkelte enhed (2 timer) og havde til formål, at:

- gennemgå projektet, herunder projektets overordnede formål og dets praktiske betydning for enheden; generel information om reminiscens, de deltagende institutioner, ansvarsområder mm., ressourcepersonens opgaver og betydning, formål og mål for det samlede undervisningsforløb samt tidsplan
- indhente oplysninger om forhold, der kunne have indflydelse på forløbet, herunder enhedens værdigrundlag, organisation og normering; personaleforhold (fordeling i dag- og aftenvagt, vurdering af fravær), fysiske rammer og daglige rutiner, plejeplaner og omfang af brug af livshistorie, pårørendesamarbejde og beboer- eller brugerråd.

Det *andet møde*, hvor ressourcepersoner fra alle enheder var samlet (6 timer), havde til formål at:

- fremlægge projektets formål og overordnede forløb
- drøfte forventningerne til projektet og ressourcepersonernes rolle heri
- have fælles drøftelse og erfaringsudveksling om udgangspunktet: Hvilke aktiviteter foregår der på enheden på nuværende tidspunkt og i hvilket omfang, hvem har sat dem i gang? Hvordan kan en almindelig dag se ud på enhederne, og hvordan hænger det sammen med værdigrundlaget? Hvad har bestemte rutiner, som f.eks. spisetider og vagtskifte?
- beskrive reminiscens (definition, de tre former) og illustrere dens anvendelse med udgangspunkt i en erindringskasse; deltagerne blev inddraget med eksempler fra egen praksis; Spillet 'Fortæl – fortæl..' spillede i grupper, dels for ressourcepersonen selv at få oplevelsen af at få vakt minder, dels for at få kendskab til materialet
- beskrive livshistorien og dens betydning for den daglige omgang med beboerne (delta-

gerne blev inddraget med eksempler fra egen praksis)

- drøfte kontakt og samarbejde med pårørende på nuværende tidspunkt
- drøfte de kommende temadage for det øvrige personale og de pårørende, herunder praktiske forhold som av-midler, inddeling af grupper, bestilling af frokost mm.
- gennemgå de tre typer reminiscensregistreringsskemaer, projektgruppen gerne ville have plejepersonalet til at anvende i projektførløbet.

Det *tredje møde* var med ressourcepersoner fra alle enheder samlet (3 timer). Mødet havde til formål, at:

- drøfte enhedernes erfaringer med reminiscens (eksempler med reminiscens i praksis; engagement blandt personalet; i hvor høj grad bruges metoden?)
- drøfte erfaringer fra pårørendemøderne (herunder fremmøde)
- klarlægge opgaverne frem til næste møde (i forbindelse med dataindsamling; løbende information til personale og pårørende om projektets forløb; opfølgning på aftaler om aktiviteter og udfyldning af registreringsskemaer; drøfte indretning af fælles arealer med personalegruppen)
- diskutere udbyttet af kurssets teoretiske del; (Er der emner, der skal uddybes på næste kursusdage?)

Det *fjerde møde* var med ledelsen og ressourcepersonerne på den enkelte enhed (2 timer), og havde til formål at få drøftet:

- enhedens erfaringer med og tiltag for reminiscens, herunder eksempler fra praksis samt positive og negative oplevelser
- de kommende temadage for det øvrige personale
- planlægning af udstillinger for beboere, pårørende og personalet om projektet.

Det *femte møde* var med ledelse og ressourcepersoner på den enkelte enhed (2 timer). Dette møde drejede sig primært om opfølgning på aftaler, herunder reminiscensaktiviteter og brug af udleveret materiale, registreringsskemaer, engagement og opbakning på enheden.

På det *sidste møde* var alle ressourcepersoner fra alle enheder samlet (3 timer), og formålet var at evaluere implementeringsforløbet, herunder undervisningsdagene og vekslen mellem teori og praksis, det udleverede materiale og enhedernes eget arbejde med det, pårørende og udstillingerne, ressourcepersonernes rolle og projektets synlighed, samt brug af reminiscens fremover.

2.7.2. Beskrivelse af implementeringsforløbet for plejepersonalet

Implementeringen skulle give et værktøj til hele personalegruppen, og ikke kun udvalgte, særligt interesserede medarbejdere, der i forvejen havde fokus på værdien af det sociale element i plejen. Hensigten var at inspirere dem, der omgav de ældre. Dette bl.a. ved at vende deres opmærksomhed væk fra det man umiddelbart ofte står overfor i hverdagen, nemlig en svag, gammel person med behov for hjælp, hen til også at se alt det personen indeholder af

livserfaring, oplevelser, følelser, interesser, vaner, meninger, osv. Kurset skulle gøre deltagerne opmærksomme på mulighederne for at fremkalde og støtte disse sider hos beboerne.

Ved at få et mere nuanceret syn på den ældre, er erfaringen fra tidligere undersøgelser, at der opstår flere situationer, hvor begge parter oplever et nærvær og en accept, der kan føre til større tilfredshed hos dem begge. Hos den ældre over at føle sig forstået og betydningsfuld, hos plejepersonen over at kunne tage udfordringen op og vække disse sider hos beboeren.

Hvis implementeringen skulle lykkes, skulle kurset ud over det faglige input til deltagerne ligeledes støtte eventuelle ændringer i personalets erkendelse af, at der var behov for en ændring i arbejdsdagen, samt give dem inspiration til at handle og opnå 'ejerskab' til processen.

Kurset var fordelt ud på to hele og to halve kursusdage spredt over en periode på ca. ni måneder. Kurset gjorde brug af oplæg fra underviser, gruppearbejde, opgaver og fælles drøftelser underviser og deltagerne imellem. For hver kursusdag var der opstillet mål for, hvad man skulle nå.

De følgende afsnit giver et overblik over de fire kursusdage og de aktiviteter og temaer, deltagerne fik gennemgået. De anvendte overheads kan rekvireres fra forfatterne.

Første kursusdag (6 timer) havde til formål, at deltagerne:

- opnåede viden om reminiscensmetoder og -materialer
- opnåede viden om anvendelse af reminiscens med personer med demens
- var forberedte til at gennemføre en planlagt reminiscensaktivitet inden næste temadag.

Dagen bestod bl.a. af følgende informationer og aktiviteter:

- 1) Et overblik over projektet, dvs. formål med forskning, projektets forløb, resourcepersonernes opgaver i forbindelse med implementering, gennemgang af det samlede undervisningsforløb.
- 2) Om reminiscens (ca. 60 minutter), der bl.a. indeholdte følgende elementer:
 - Opgave om eget navn (hvem bestemte hvad den enkelte deltager skulle hedde, om det var familienavn, hvad navnet betød, øge/kælenavn mv.). Her brugte deltagerne 3–4 minutter på at tale med sidemanden om eget navn. *Dette er en øvelse, hvor alle prøver at være den, der er 'ekspert' – i enhver sammenhæng er man den, der ved mest om dette emne.* Opgaven blev afsluttet med en opsamling om, hvordan det opleves at være den person, der ved mest om lige dette; følelsen af, at være på sikker grund
 - Gennemgang af en graf udarbejdet af Pia Fromholt, der viser, hvilke perioder i løbet af livet personer med og uden demens erindringer bedst, når man sent i livet husker tilbage – hvad er det, vi husker?
 - Beskrivelse af hvad reminiscens er, efterfulgt af beskrivelse af hvad man arbejder med på Nørrebro Erindringscenter. At man forsøger at inddrage de demensramte og får dem til at fortælle eksempler om egen erfaring og praksis. Pointe: at det er historierne og oplevelserne fra dengang gengivet nu, der har betydning

- Der fortælles om erindringskasserne og deres temaer, f.eks. temaer som 'Barndom og legetøj', 'Bøger og billeder', 'Håndarbejde', 'Skoletiden', 'Køkken og husarbejde', 'Husholdningspungen', 'De originale emballager'; at der er forskel på, hvordan man kan arbejde med tingene og hvilke erindringer der kaldes frem.
- 3) Gruppearbejde om skolevejen – f.eks. hvordan den enkelte plejeperson blev transporteret til skole, hvem man evt. fulgtes med, hvad der skete, når man kom hjem mv. (ca. 30 minutter i grupper på 3–4 deltagere og 30 minutter til opsamling). Opsamlingen vedrørte, hvad der sker, når man taler sammen om sin fortid: Hvad er det, man ser for sig? Hvad er det, man fortæller? Hvad deler man umiddelbart? Hvordan forholder man sig til evt. triste minder?
 - 4) Hverdagen på en plejeenhed (ca. 45 minutter) ved oplæg fra underviser. Oplægget tog udgangspunkt i udviklingsprojektet 'Tid til fortid' (2); der blev givet eksempler på, hvordan hverdagen kan se ud i en plejeenhed, og hvordan det påvirker hverdagen, når reminiscensmetoden bliver brugt mere i det daglige. Eksempler på, hvordan hverdagen kan foregå i plejeenheder; deltagerne i projektets oplevelser og erfaringer fra en plejeenhed; Hvad laver de, imens de fleste beboerne er overladt til sig selv? Dvs. afdelingens personale kom selv i fokus, og det blev nu egen arbejdsdag, der blev observeret; gennemgang af forskelle i beboeres og personalets hverdag.
 - 5) Gruppearbejde om det at tale med ældre (ca. 20 minutter i grupper på 3–4 deltagere og 15 minutter til opsamling). Gruppearbejdet vedrørte mulige emner, man kunne tale med beboeren om. Emner kan være alt fra alternativ behandling, sport, kæledyr, kongehuset, musik, rejser, skolegang, tøj...). Dernæst en gennemgang af beboernes overordnede behov, f.eks. i form af genkendelige rutiner, der skaber struktur og overblik; vurdering af problemer og behov for den enkelte beboer med udgangspunkt i casebeskrivelser af personer med forskellige ressourcer og behov.
 - 6) Oplæg (ca. 60 minutter) fra underviser om de forskellige former for reminiscens (generel, specifik og spontan). Herefter gennemgang af hvordan man registrere generel, specifik og spontan reminiscens i forbindelse med dataindsamlingen.
 - 7) Gruppearbejde (ca. 60 minutter) vedrørende planlægning, forløb og evaluering af en reminiscensaktivitet (hvem skal deltage, hvor og hvornår skal den finde sted, brug af materiale og hvem sørger herfor?); grupperne blev sammensat, sådan som man arbejder i det daglige; materiale udleveret, f.eks. 5–6 genstande, der har med husarbejde at gøre (Køkken og husarbejde, At pynte sig og gå i byen, Barndom).
 - 8) Afslutning/evaluering

Anden kursusdag (6 timer) havde til formål, at deltagerne:

- sammen fik afdækket mulighederne for at anvende reminiscensaktiviteter i det daglige arbejde

- kunne inddrage oplysninger fra beboernes livshistorier i det daglige arbejde
- havde planer for reminiscensaktiviteter frem til næste temadag

Dagen bestod af følgende informationer og aktiviteter:

- 1) Opsamling på opgaven fra sidste temadag (ca. 60 minutter). Holdet drøftede i fællesskab oplevelser og beslutninger i forbindelse med planlægning, praktiske problemer, situationsbeskrivelse, beboernes reaktion, hvad man havde lært, og hvad man kunne bruge det til, hvordan holder man fast og fortsætter med reminiscens.
- 2) At gribe mulighederne (ca. 45 minutter). Holdet drøftede i fællesskab, hvordan deres hverdag ser ud, og hvor der er mulighed for at være nærværende sammen med beboerne inkl. traditioner på enheden.
- 3) Livshistorie
 - Oplæg (ca. 45 minutter) fra underviser og gennemgang af eksempel på livshistorieskema – hvorfor er det vigtigt at kende beboernes livshistorie? (får vigtige oplysninger, kan lettere hjælpe beboeren med at give udtryk for tanker og følelser; kan hjælpe beboeren med at huske...)
 - Gruppearbejde (ca. 30 minutter i grupper, 30 minutter til opsamling): grupperne blev sammensat af personer, der arbejdede tæt sammen i det daglige. Der blev uddelt en livshistorie på en beboer, der var kendt for gruppedeltagerne. [Hvilke interesser og/eller vaner kan man læse ud af beboerens livshistorie? Har man i gruppen relevant viden, der supplerer den skrevne livshistorie? Hvordan vurderer man, hvordan en god dag ville se ud for denne beboer? Hvilke samtaleemner og aktiviteter kan give mening for beboeren? Hvad skal tydeliggøres i beboerens pleje- og omsorgsplan?]
 - Spillet 'Fortæl – fortæl...' spillede i grupper (ca. 45 minutter), dels for personalet selv kunne få oplevelsen af at få vakt minder, dels for at få kendskab til materialet.
- 4) Aftaler vedrørende reminiscensaktiviteter. Materiale blev uddelt til enheden (spillet 'Fortæl – fortæl...', spillet 'Det gamle billedlotteri', bogen 'Danskernes egen historie: hverdagsliv', bogen 'Richs og rødspætteskind'). Der blev udlånt to erindringskasser pr. plejeenhed. Perioden til næste kursusdag skulle deltagerne bruge til at blive fortrolige med at inddrage minderne i det daglige arbejde:
 - Generel reminiscens: deltagerne skulle danne små grupper og afprøve materiale i rolige omgivelser sammen med beboerne
 - Specifik reminiscens: deltagerne skulle bruge beboernes egne genstande, spørge ind til interesser og give dem mulighed for at fortælle
 - Spontan reminiscens: deltagerne skulle være opmærksomme på at gribe mulighederne i dagligdagen, synge sammen, spille spil, hygge over kaffen og en bog osv.; være opmærksomme på de ting, man gør i forvejen, og især hvilke reaktioner, man får fra beboerne.

Tredje kursusdag (3 timer) havde til formål, at deltagerne:

- i fællesskab vurderede erfaringer med reminiscens i det daglige arbejde
- diskuterede og forholdte sig til situationer, hvor der forekommer vanskelig adfærd
- aftalte aktiviteter frem til næste temadag

Dagen bestod af følgende informationer og aktiviteter:

- 1) Opsamling af erfaringer (ca. 45 minutter). Deltagerne beskrev tiltag inden for de tre former for reminiscens; beboernes og egne reaktioner fremhævedes (Hvornår lykkes det? F.eks. i forhold til beboerne og i forhold til de pårørende)
- 2) Om livskvalitet, som demens har en betydning for, da man mister kontrollen (ca. 60 minutter)
 - Oplæg fra underviser, som bl.a. indeholdte en gennemgang af et demensforløb, herunder symptomer ved demens (WHO's sygdomsklassifikation)
 - Deltagernes egne eksempler på vanskelige situationer, der kan skyldes disse symptomer; egenskaber for at kunne tackle vanskelige situationer på baggrund af de sidste måneders erfaringer; motivation
 - Fælles drøftelse af omgivelserne; brug af gamle møbler og nips i indretningen af plejeenhedens fællesarealer (Hvad man kan tåle af 'rod'; Fælles holdning til at bruge omgivelserne bevidst til motivation; Fælles mål; Hvordan kan man komme videre?)
- 3) Aftaler vedrørende reminiscensaktiviteter: I løbet af de næste uger skulle der opsættes to plakater i plejeenhederne: en med 'mandeting' som f.eks. hat og barberkost mm., en anden med billeder fra Rich's album 'Vort flittige folk'.

Fjerde kursusdag (3 timer) havde til formål, at deltagerne:

- I fællesskab vurderede de sidste ni måneders erfaringer ved brugen af reminiscens i det daglige arbejde
- På baggrund af denne vurdering aftalte, hvordan man fremover fortsatte med at arbejde med reminiscens på enheden

Dagen bestod af følgende informationer og aktiviteter:

- 1) Erfaringsopsamling (ca. 45 minutter)
 - Fælles drøftelse af, hvad der tidligere er nået; gennemgang af det overordnede mål
 - Eksempler på generel, specifik og spontan reminiscens og på at inddrage livshistorie
 - Erfaringer med 'gammel' indretning, med planlægning og praktiske forhold
 - Betydning for de tre parter: beboere, pårørende og personale
 - Hvordan kan forhindringer overvindes?
 - Hvordan kan man støtte hinanden?

2) Gruppearbejde om personalets ressourcer (ca. 20 minutter i grupper på 3–4 deltagere, 20 minutter til opsamling); hvad er man god til, og hvordan kan det bruges sammen med beboerne (f.eks. tale sammen om et billede, synge, lege med snor eller lignende). Dernæst skulle sangen 'Jeg ved en lærkerede' synges sammen. Deltagerne skulle tage tid på aktiviteten. Pointen: at 5–10 minutter kan være nok

3) Afslutning

- Evaluering af undervisningsforløbet.

2.7.3. Implementeringsforløbet for de pårørende

Det overordnede mål for disse møder lød, at *'pårørende oplever at være en vigtig del af plejeenhedens hverdag som bindeled mellem beboerens tidligere og nuværende liv'*.

Ca. en måned inden første pårørendemøde blev der udsendt en skriftlig indbydelse til samtlige af beboernes nærmeste pårørende med tilbud om at deltage i fire 3-timers møder om reminiscens. Møderne skulle følge det samme mønster som personalets kursus, men med større vægt på specifik reminiscens, altså hvordan reminiscens kunne bruges sammen med den pårørendes egen mor, søster, mand osv.

Ved møderne blev de pårørende præsenteret for oplæg om reminiscens og reminiscensmaterialer, og de indgik i opgaver og drøftelser. Der var fra underviseres side forventning om, at medlemmer fra pårørendegruppen ville:

- Afprøve reminiscensmetoden sammen med deres ældre i plejeenheden, og måske også indgå i fælles aktiviteter sammen med de ældre og personalet i enheden
- Være aktive med at udforme og videregive de ældres livshistorie i form af billeder, fortællinger mm.

Den første forventning blev ikke indfriet, og den anden kun i få tilfælde. Det førte til, at både målet og tilgangen for de pårørendes involvering i projektet blev justeret undervejs i implementeringsforløbet.

Det nye mål blev at *'nå så mange pårørende som muligt med oplysning om reminiscensmetoden og betydningen af kendskab til livshistorien'*. To pårørendemøder blev derfor ændret til ét lørdagsarrangement, hvor der blev inviteret til en udstilling med reminiscens- og livshistoriemateriale. Dvs. en dag, hvor de tre involverede parter – beboere, personalet og pårørende – deltog, og hvor der var lagt op til snak over kaffe og kage. Dette blev anset for at være mindre forpligtende for de pårørende end møder med oplæg og forventning om stillingtagen og aktiv deltagelse. I stedet blev det en god anledning til at være sammen med de ældre på en aktiv og rar måde.

De to afholdte pårørendemøders indhold:

Første møde bestod af følgende informationer og aktiviteter (2 timer)

- Et overblik over projektet: formål med forskningen og forløbet (dataindsamling mv.). En beskrivelse af reminiscens (ca. 45 minutter) via oplæg fra underviser, gennemgang af erindringskassernes emner, beskrivelse af det overordnede mål for reminiscensaktiviteten: Kontakt, Identitet, Glæde, samt gennemgang af et citat af Theo Mulder

- Livshistorien (ca. 45 minutter). Underviser gennemgik eksempel på livshistorieskema. De pårørende blev dernæst bedt om at planlægge en erindringskasse, der kunne anvendes af beboeren i plejeenheden. (Hvilke 5-10 ting skulle den indeholde? Giv en kort begrundelse for hver ting)
- Hjemmeopgave til næste møde: de pårørende blev bedt om at samle genstande, fotografier og/eller andet fra den ældres fortid, samt få erfaringer med anvendelse af materialet.

Andet møde bestod af følgende informationer og aktiviteter (3 timer)

- Gennemgang af de tre former for reminiscens og af stikord om fællesemne; erindringskassen 'Nål og tråd' blev brugt
- Præsentation af spil, der bygger på erindring, dvs. 'Det gamle billedlotteri', 'Mændenes billedlotteri', samt spillet 'Fortæl – fortæl...', der blev spillet i grupper. En fælles drøftelse af hvordan mulighederne var for at spille spillet, f.eks. med 1-4 beboere i dagligstuen? Sammen med en anden pårørende efter aftale? Sammen med personale?
- Gennemgang af højtider og begivenheder (Hvordan markeres dette i plejeenheden? Hvordan kan man som pårørende bidrage?)

2.7.4. Udstillinger på enhederne (lørdagsarrangement)

Udstillingen omfattede en dame- og en herreafdeling, reminiscens- og livshistorisk materiale.

Reminiscensmaterialerne var de ting, der var blevet udleveret til enhederne: bøger, spil og et eksempel på en erindringskasse. Det livshistoriske materiale bestod af tre eksempler på, hvordan man kan illustrere en livshistorie:

- et ringbind med fotografier, tegninger, brochurer og korte tekster, der fortæller noget om personens baggrund
- en kollage, der i billeder og korte tekster giver et overblik over emner, der fortæller noget om en person og samtidig er kendt og vedkommende for ham
- en kurv med ting, der minder personen om bestemte ting: en broderet lommestørklæde-mappe, et hækleøj, en servietring, et fotografi i ramme osv.

Dameafdelingen bestod af udstillingen 'Stop og broder' (Figur 2). Denne indeholdte genstande som en hjemmesyet børnefrakke med kunststopning, knapæske, broderimønstre, hækledede kraver, kniplede lommestørklæder, osv. og desuden håndarbejdsredskaber som stoppeklods, nåle og tråd, opmaskningsnål, tørresnor med gamle klemmer osv.

Figur 2.

Billede af dameudstillingen, 'Stop og broder'



Herreafdelingen bestod af ting som barbergrej, gamle kontakter, rationeringsmærker, bøger om teknik, primus, osv.; desuden store ting som en tørvegraver og en skærslibericycle (Figur 3).

Figur 3.

Billede af herreudstillingen



2.7.5. Materialer anvendt i forbindelse med reminiscensimplementeringen

AMJ stod for den del af implementeringen, der vedrørte erindringsgenstande og udlevering af øvrigt materiale samt fremstilling af plakater. Plejeenhederne fik udleveret forskellige former for materiale, der skulle hjælpe personalet og de pårørende med at gøre brug af reminiscensmetoden i det daglige. Disse redskaber havde tidligere været afprøvet i forskellige andre reminiscenssammenhænge. Plakaterne var til gengæld fremstillet til formålet.

De byggede på konceptet om erindringsstavler, men for at mindske arbejdsbyrden ved implementering på flere plejeenheder samtidig blev de lavet som trykte plakater, der kunne massefremstilles. Desuden blev der opbygget en række erindringskasser til formålet – ud over de, som blev lånt gennem Dansk Center for Reminiscens.

Udvælgelse og mængden af det anvendte materiale var holdt på et niveau, hvor det vil være realistisk for andre plejeenheder senere at få adgang til samme mængde materiale. Niveaue blev holdt på ca. 10.000 kr. (2006 niveau). Mængden af nødvendigt materiale vil dog være afhængig af, hvor mange bo-enheder/fælles arealer der skal inkluderes, og hvor meget materiale kan blive fremskaffet af pårørende og personalet. Ligeledes hvor ofte man evt. ønsker at låne en erindringskasse. Lån af erindringskasser var gratis i forbindelse med erindringsprojektet og er derfor ikke indbefattet i de 10.000 kr.

Den gradvise udrulning af materialet blev gjort samtidig på alle enheder og sikrede dels muligheden for at kunne justere anvendelsen af materialet efter respons fra personalet/beboerne og dels at personalet kontinuerligt fik nyt materiale – og derfor lejlighed til at lære materialet godt at kende og til sidst have et varieret udvalg. Erindringskasserne blev udskiftet hver 14. dag i projektperioden.

Der blev ikke gjort noget forsøg på at 'styre', i hvilken grad personalet anvendte eget materiale, som de jo netop var blevet inspireret til at gøre brug af i forbindelse med undervisningen. Der blev heller ikke lavet opgørelse over, om alle enheder inden implementeringens opstart havde samme mængde genstande (f.eks. køkkentøj, bøger, film mv.), som kunne bruges i en reminiscenssammenhæng. Det vurderedes, at det væsentligste element i implementeringen ville være undervisningen, og at materialet skulle ses som et supplement hertil. Desuden er det erfaringen, at der findes langt mere materiale på plejehæder, end personalet gør aktivt brug af, fordi fokus ikke er på den værdi, en genstand kan have i plejen.

2.7.6. Vejledning i brug af reminiscensmaterialet

Selv om det udlevere materiale blev gennemgået i forbindelse med undervisningen, var der også planlagt en række besøg på enhederne for at følge op på eventuelle spørgsmål fra personalet. Besøgene foregik igennem hele implementeringsperioden, dog ikke i de perioder, hvor dataindsamlingen fandt sted.

Besøgene skulle sikre en god kontakt til personalet og give lejlighed til at modtage eventuel feedback, som kunne føre til justeringer i implementeringsprocessen. Derudover at gøre projektet synligt og holde fokus på plejepersonalets kontinuerlige arbejde med minder og erindringer, så de aftaler, der var blevet truffet på kurserne, blev afprøvet i praksis.

I alt var der 5-8 vejledningsdage per enhed. Oftest foregik besøgene uanmeldt, men til tider var det i dialog med ledelsen, når en eller flere personaler havde konkrete spørgsmål. I forbindelse med rotationen af erindringskasserne (15 gange per enhed i løbet af implementeringsperioden) var der også tid til at tale med personalet.

Tabel 8.

Oversigt over implementeringsforløbet for de fem implementeringsenheder i Reminiscensprojektet

sept 06	okt	nov	dec	jan 07	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	Forklaring på anvendte forkortelser/gråtoner
1	1	1 PP 3	1	1	1 PP 3	1	1	1	1	1	1	1-5
2	2	2	2	2	2	2	2	2 PP 2	2	2	2	AR
3	3	3	3	3	3	3	3	3 PP 2	3	3	3	RM
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	PP
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
6	6	6	6	6	6 PP 4		6	6	6	6	6	
7	7	7	7	7	7 PP 4	Midt-	7	7	7	7	7	Rotation af erindringskasser
8	8	8	8	8	8 PP 5	vejs	8	8 PP 3	8	8	8	Rotation af udstillinger
9	9	9	9	9	9 PP 5	data	9	9 PP 3	9	9	9	Plakater hænges op på enhederne
10	10	10	10	10	10	indsam-	10	10	10	10	10	
11	11	11	11	11	11	ling	11	11	11	11	11	
12	12	12	12	12			12	12	12	12	12	
13	13	13	13	13		13	13	13	13	13	13	
14	14	14	14	14	Vinter-	14	14	14	14	14	14	
15	15	15	15	15	ferie		15	15 PP 4	15	15	15	
16	16	16	16	16	16 RM		16	16 PP 4	16	16	16	
17	17	17	17	17	17 RM	Midt-	17	17	17	17	17	
18	18	18	18	18	18 RM	vejs	18	18	18	18	18	
19	19	19	19	19	19 RM	data	19	19	19	19	19	
20	20	20	20	20	20	indsam-	20	20	20	20	20	
21	21	21	21	21	21	ling	21	21	21	21	21	
22	22	22	22	22	22		22	22 PP 5	22	22	22	
23	23	23	23	23	23 PP 1		23	23 PP 5	23	23	23	
24	24	24	24	24	24 PP 1	24	24	24	24	24	24	
25	25	25	25	25	25 PP 2	24 5	25	25	25	25	25	
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	
30	30	30	30	30	30 PP 2	30	30	30 AR	30	30	30	
31	31	31	31	31	31 PP 3	31	31	31	31	31	31	

3. Erfaringer i forbindelse med implementeringen

Som beskrevet i det forrige kapitel, bestod implementeringen af reminiscensmetoden af møder og kurser med henholdsvis ledelse og ressourcepersoner, plejepersonalet og pårørende. Den første del af dette kapitel (afsnit 3.1) beskriver underviserens (MK og AMJ) erfaringer med hver af disse grupper. Erfaringerne er løbende blevet noteret og er efterfølgende blevet samlet i nærværende kapitel. Erfaringsopsamlingen er således baseret på subjektive erfaringer og oplevelser i forbindelse med implementeringsprocessen.

Den anden del af kapitlet (afsnit 3.2) beskriver, hvordan plejepersonalet har anvendt de forskellige reminiscensformer under projektets forløb, herunder aktivitetstype og temaer, sted og varighed, antal deltagende beboere, samt hvordan beboerne har reageret på sessionerne.

3.1. Underviserens erfaringer med implementering af reminiscens

3.1.1. Erfaringer i forbindelse med ledelse og ressourcepersonerne

Første element i implementeringen var et indledende møde med ledelse og ressourcepersonerne. Det viste sig, at de ansvarlige ressourcepersoner på alle fem enheder var udpeget inden for ledergruppen. Desuden havde man udpeget personer, der skulle være ansvarlige i de enkelte Bo-grupper og referere til den primære ressourceperson.

Opstartsmødet skulle sikre, at man var enige i projektets præmisser, og at der blev givet relevant information; både fra plejeenhed og fra projektgruppen (ved AMJ og MK). Et centralt spørgsmål var: *Hvad er det for rammer, de enkelte enheder arbejdede inden for, og hvilke værdier ligger til grund for plejen?* Det var nødvendigt for underviserne fra starten at kende ledelsens holdning til at arbejde på at udvikle de bløde værdier, da det blev set som nyttesløst at forsøge at ændre på arbejdsrutiner i en enhed med mange medarbejdere, uden aktiv støtte og deltagelse fra enhedens ledelse.

Det var underviserens opgave at tilføre viden, inspirere og motivere, men det var enhederne selv, der skulle arbejde med reminiscensmetoden. Der blev på alle møder givet udtryk for stor interesse og støtte til projektet, ligesom man havde forventninger til, at projektforløbet ville give ny inspiration til medarbejderne. Flere emner blev vendt på møderne med ledelsen og ressourcepersonerne. Emner var bl.a.: plejeenhedernes målsætning, plejeplaner, indsamling af beboernes livshistorie samt kontakt til de pårørende.

Målsætning: Der var på de fem enheder stor forskel på, om man havde en kendt målsætning, man arbejdede hen imod. Nogle steder var der formuleret klare værdier, som medarbejderne ifølge ledelse kendte og forholdt sig til. Andre steder henviste man til den aktuelle kommunes overordnede værdi-formulering, som sjældent var kendt blandt personalet i detaljer, og som heller ikke forholdt sig til, om værdierne kom til udtryk i det daglige.

Plejeplaner: Alle fem enheder havde detaljerede plejeplaner, der også omfattede psykiske og sociale behov. Alligevel blev der givet udtryk for, at der manglede tid og inspiration til meningsfyldt samvær med beboerne, der tit blev set overladt for meget til sig selv.

Livshistorier: Der var ikke nedskrevne livshistorier hos alle beboere, og der, hvor de var til stede, var der usikkerhed om, hvordan de kunne bruges i det daglige arbejde. Også her blev der givet udtryk for, at der manglede inspiration og dialog for at gøre dette bedre.

Pårørende: De formelle krav om samarbejde med pårørende var opfyldt på alle fem enheder, og kontakten til de pårørende var generelt god. Det overordnede indtryk var dog, at de pårørende ikke havde overskud til meget mere end kontakt med den ældre i enheden. Det var f.eks. svært at få repræsentanter til at melde sig til pårønderådene.

Undervejs i implementeringsforløbet fik underviseren på enkelte enheder indtrykket af, at deltagelse i projektet var noget, den enkelte plejeperson kunne vælge til eller fra. At aftaler, underviseren opfattede som aftaler, af ledelsen blev opfattet som forslag, man kunne følge eller lade være, uden at det fik konsekvenser. Sygdom og til dels ferie var en undskyldning for ikke at deltage i kurserne, men deltagelse i andre kurser eller det, at man 'havde valgt det fra', som det skete på et par af enhederne, burde ikke være taget for gode varer. Her manglede underviseren en klar stillingtagen til, at man havde indgået en aftale om at deltage i et projekt, og så gjaldt det for hele institutionen, ikke kun for de plejepersoner, der syntes, de havde lyst.

Underviserne mødte heldigvis også ledere, der lyste af overskud og fremstod som krævende, realistiske og anerkendende ledere med fingrene dybt nede i dagligdagen. De havde fokus på medarbejdernes tiltag og greb på kurserne lejligheden til at diskutere holdninger og støtte medarbejderne i at sætte ord på, hvorfor man gør, som man gør.

Netop det, at reminiscensmetoden nogle steder muligvis er blevet opfattet som et tilbud, der kunne vælges eller fravælges, kan have haft betydning for de opnåede resultater. Reminiscensprojektets forventede resultater bygger på, at reminiscens har 'gennemsyret' enhederne. Hvis ikke alle plejepersonaler har anvendt metoden, vil enheden ikke være 'gennemsyret', hvorfor resultaterne ikke belyser den mulige effekt af reminiscensmetoden.

3.1.2. Erfaringer i forbindelse med plejepersonalet

Et af formålene ved implementeringen af reminiscens var, at personalet skulle få mulighed for at opleve en udvikling i den daglige omsorg for plejeenhedens beboere baseret på ny viden, samarbejde med pårørende og refleksion over egen praksis. Under kursusforløbet blev personalet præsenteret for teori, eksempler og materialer samt indgik i øvelser. De afprøvede reminiscensmetoden i den mellemliggende tid og delte og kommenterede resultater og oplevelser på kursusdagene.

I de følgende afsnit er der eksempler på personalets implementering af reminiscens på enhederne samt en generel beskrivelse af hovedindtrykket og den almindelige stemning, som personalet gav udtryk for undervejs og ved evalueringen til sidst i forløbet.

3.1.2.1 *Eksempler på personalets brug af reminiscens*

Der blev givet udtryk for, at der på de fem enheder altid havde været samvær og hygge

med beboerne. En del af personalegruppen havde også tidligere mere eller mindre bevidst brugt en form for reminiscens i deres omgang med beboerne. For dem, som for resten af personalet, var det nye både det udleverede målrettede materiale i form af erindringskasser, spil mm., der gjorde metoden overskuelig. Men i høj grad også bevidstheden om den betydning det viste sig at have for beboernes velbefindende, og deres egen oplevelse af at have et redskab, der positivt kunne ændre stemningen for beboerne.

På første kursusdag var der et indlæg om, hvordan hverdagen for den ældre i plejebolig kan opleves: tomhed, uden væsentlig længerevarende kontakt, uinspirerende omgivelser, venten på næste måltid, der indtages, som skal det overstås hurtigst muligt, så man kan vente videre. På baggrund af oplægget og eksempler blev det diskuteret, om deltagerne kunne genkende dette. Det gjorde de i en eller anden grad alle steder. Der var bred enighed blandt personalet om, at det var et problem, det var værd at tage hånd om.

I projektperioden blev der sat fokus på den sociale del af beboernes liv, og der blev alle steder fortalt om, at man nu var mere sammen med beboerne på en mere opmærksom måde end tidligere, og der blev fortalt mange eksempler på, hvilke oplevelser man havde haft sammen med beboerne.

Alle steder havde man brugt de udleverede materialer (spil, bøger og erindringskasser), men ud over det var der også mange eksempler på, at personalet selv havde medbragt genstande hjemmefra eller havde planlagt aktiviteter og ture, der byggede på minder og erindringer, f.eks.:

- I en bo-gruppe boede der flere forhenværende fiskere. En plejeperson tog en privat optaget film om fiskeri med på arbejde og viste den til beboerne. I filmen blev der vist både steder og personer, der var kendte for beboerne, men især gøremålene inden for deres gamle fag fastholdt dem og gav anledning til lange samtaler.
- En plejeperson tog nyopgravede grøntsager med fra haven. De blev ordnet, mens man nød duften og synet af friske jordfyldte porrer, rødbeder og løg. Det affødte en god samtale, hvor beboerne overraskede med deres viden om dyrkning og forberedelse af grøntsager.
- Der var indbudt til middag med pårørende, og det gav en naturlig anledning til at pynte op på stedet. Det viste sig, at deres sølv- og kobberting trængte til en kærlig hånd, og de beboere, der havde lyst til det, hjalp med at pudse tingene. I flere dage efter blev det strålende sølvtøj beundret højlydt og gav anledning til stolthed og mange minder om, hvordan det var at pynte op til gæster.
- En plejeperson havde taget materialer fra naturen med på arbejde, for at man sammen kunne lave efterårsdekorationer. Det blev en hyggelig eftermiddag med gode samtaler og stolthed over de færdige dekorationer, hvor materialer og fremstilling gav anledning til snak om gamle traditioner osv. - også i de efterfølgende dage.
- En plejeperson arrangerede oplæsningsaftener (f.eks. kendte tekster og historier fra de gamle dage) med stearinlys og hygge. Det var en rolig, hyggelig situation, der gav megen respons.
- Der var flere situationer, hvor et par beboere blev opmuntret og hjulpet til at mødes over et emne. Beboeren fik igen muligheden for at være vært, byde velkommen, byde på kaffe og andet, der hører til værtsrollen, mens de modtog komplimenter for f.eks. billeder og møbler, som fandtes i boligen.

- Der blev arrangeret ture, f.eks. til Den Gamle by i Århus, hvor man oplevede overraskende respons – bl.a. fra en beboer, der aldrig tidligere havde kunnet/villet tale om fortiden. Hun blev helt opslugt af omgivelserne og fortalte mange interessante ting, til personalets store overraskelse.
- I en træningsgruppe brugte man et bånd med en gammel radiooptagelse af Kaptajn Jespersen, og de medbragte bl.a. gamle skjorter. Der blev talt om Kaptajnen, som alle huskede, sport som skøjtølb, fodbold mm.

3.1.2.2 *Personalets opfattelse og håndtering af beboerne*

Da plejepersonerne på kurset begyndte at dele oplevelser med hinanden omkring anvendelse af reminiscens med beboerne, stod det tydeligt for de fleste, at der viste sig overraskende reaktioner hos beboerne, og at disse reaktioner også havde stor betydning for personalets opfattelse af beboernes ressourcer og egen mulighed for at styrke disse ressourcer. Man tænkte mere over, hvordan problemer med beboerne i hverdagen kunne løses, og samarbejdede om at få det til at fungere. Der opstod drøftelser af, hvad det 'koster' at handle, frem for at lade en konflikt udvikle sig, og at man som professionel må kunne tåle beboernes virkelighed og imødekomme deres behov. F.eks.:

- En beboer var meget rastløs. Man planlagde en fast gåtur, hvor der blev udviklet gængselige rutiner på 15 minutter 2 gange om dagen, for at komme denne uro i forkøbet. Turen blev gennemført hver dag i al slags vejr, og man oplevede derefter en mere tilfidsfuld og rolig mand med et øget funktionsniveau.
- En beboer var meget vred og svær at samarbejde med, indtil man satte sig ned og LYTTETEDER til hende. Det viste sig, at hendes vaner hjemmefra var blevet brudt, idet hun havde andre spisetider end de øvrige beboere. Da hendes ønsker om ændrede spisetider blev imødekommet, stoppede problemerne, og hun blev glad og tilfreds.
- En beboer var meget utryk og kontaktsøgende. Hun kaldte op til 30 gange i løbet af en formiddag, og der opstod irritation og utålmodighed fra personalets side. De begyndte at eksperimentere med at bruge mere tid og nærvær hos hende om morgenen, hvor de talte med hende om for hende vigtige emner. De ekstra 10–15 minutter viste sig at være givet godt ud. Beboeren blev langt gladere og tryggere og kaldte nu kun få gange.

Enkelte gange blev der fortalt om tegn på overstimulering hos en beboer i forbindelse med de mange indtryk, som en reminiscensaktivitet kan indeholde. Det drejede sig om uro og øget forvirring. Det blev taget op, og personalet virkede gode til at identificere dette og forholde sig hertil ved at skærme og validere vedkommende.⁷

Enkelte steder var der, især i starten, en tendens til, at erindringskasserne blev brugt så meget, at nogle beboere kørte træt i dem og valgte at trække sig. Det betød, at man var nødt til at gå andre veje, og man begyndte med succes at eksperimentere med at inddrage reminiscens i andre aktiviteter som f.eks. sang og oplæsning (se ovenfor).

7 Dette kunne f.eks. have været i forbindelse med beboere med frontotemporal demens, hvor reminiscens er mindre egnet (Marianne Kjer, personlig kommunikation); validere, dvs. anerkende individet som en person med følelser og erfaringer.

Ud over dette blev der ikke talt om negative reaktioner. Derimod fortalte personalet om reaktioner fra beboerne, der vidnede om glæde og optagethed. F.eks.:

- 'Man kunne slukke lyset, hun lyste det hele op...'
- 'Hun var meget glad og overrasket. Hun sagde: "De [andre i gruppen] lytter jo til mig!"'
- 'Tænk at han kunne holde koncentrationen så længe. Vi sad jo og talte fornuftigt i næsten en time.'
- 'Der er megen viden, vi ikke har haft tålmodighed... eller jeg ved ikke hvad det er ... til at opdage at de gamle sidder inde med. Det er jo ikke engang svært at kalde det frem.'
- 'Jo, vi fik da den samme historie et par gange, men det var sjovt. Vi grinede lige så meget som beboerne gjorde.'
- 'Den ene skulle overgå den anden med hvad de vidste. Der kom nogle rappe bemærkninger undervejs.'
- 'Da de gik i seng, sagde beboeren om os: "Hvad mon de finder på i morgen?"'

Da man spurgte personalet på kurserne, om anvendelse af reminiscens havde påvirket beboeres hverdag, var svaret 'Ja'. Det var personalets klare oplevelse, at beboerne som helhed nu havde en hverdag med mere kontakt og flere situationer med positive oplevelser, end før projektets start. Personalet byggede deres vurdering på beboernes fortællinger og reaktioner, deres egen øgede interesse for at fremkalde disse reaktioner, og deres fokus i hverdagen på, at samarbejde og planlægning gør det muligt at skabe samvær af kortere eller længere varighed med beboerne.

At der er basis for fortsat udvikling, blev der også givet udtryk for. Enkelte steder havde man med succes ommøbleret. Flere gav udtryk for, at de gerne vil fortsætte med f.eks. indretning af erindringsrum eller -hjørner, eller bare skabe mere hygge og sammenhæng i dagligstuerne, med flere gamle møbler, billeder, puder og nips.

3.1.2.3 Personalets reaktioner på kursusedtagelse

Der var hos de fleste plejepersoner en stor lyst til at gå i gang med at afprøve metoden og i det hele taget ændre på rutiner, man ikke længere huskede, hvordan var kommet i stand. Andre startede mere skeptiske, men ændrede holdning undervejs.

Kursusedtagerne fandt, at reminiscens gjorde det muligt at skabe et fællesskab over generationer, fordi det åbnede for fælles oplevelser. Den 22-årige social- og sundhedshjælper og den 89-årige tidligere købmandskone kan godt tale sammen om at hjælpe mor i køkkenet, lære at lave mad, det første arbejde, at blive forlovet og gift osv. Forskellene i livserfaring og tid er kun med til at gøre samtalerne mere interessante for begge parter. Mange af kursusedtagerne oplevede dette og sagde f.eks.:

- 'Jeg har kendt dem længe, og alligevel blev jeg overrasket over, at de kunne være så optagede af det.'
- 'Jeg har fået antennerne ud over for beboerne. Når de kan det her, hvad kan de så mere? Jeg er begyndt at forvente mere af dem.'
- 'Når dagvagten kommer og fortæller, at en beboer, som jeg ikke troede huskede ret

længe, har fortalt hende, hvad vi lavede i går, bliver jeg glad. Det må betyde, at det har været vigtigt for ham.'

- 'Det gør mig glad det her. Jeg gør noget vigtigt.'
- 'Det er underligt, som det påvirker mig: at man kan gå og blive så glad på en ganske almindelig dag.'

Personalet oplevede mere fokus på de bløde værdier, og det blev naturligt at vise beboerne flere sider af sig selv og i højere grad end tidligere bruge egne oplevelser som udgangspunkt for samtaler. Dette gav et større kendskab til hinanden (beboeren og plejepersonen) og dermed oplevelse af ligeværd i samværet for begge parter. F.eks.:

- En plejeperson fortalte en beboer, at hun har været i cirkus med sine børn aftenen før. Det førte til en længere samtale om beboerens cirkusoplevelser fra langt tilbage i tiden, og det viste sig, at de begge var interesserede i cirkusliv, og det blev et emne de jævnligt vendte tilbage til.
- En plejeperson følte sig afvist af en beboer, og at det blokerede for et godt samarbejde imellem dem. Hun valgte at gå en tur med beboeren og fortælle, hvordan hun havde det. Beboeren oplevede at blive talt til som en ligemand, og det ændrede hendes indstilling og dermed det indbyrdes forhold.

Om forløbet sagde plejepersonerne f.eks.:

- 'Jeg var skeptisk i starten, men er nu helt solgt. Jeg har oplevet, hvad det betyder for beboerne og har helt overgivet mig. Det havde været det hele værd, jeg oplevede større indsigt, mening og værdi som omsorgsperson.'
- 'Jeg planlægger, hvad vi skal tale om til og fra arbejde. Jeg har fået det ind under huden og tager det som en udfordring.'
- 'Det har givet et tættere samarbejde. Vi slutter os til hinandens initiativer og hjælper hinanden.'
- 'Det giver på en eller anden måde mere ro og overblik.'
- 'Vi ser på os selv med nye øjne og stiller spørgsmål. Det får os til at tænke.'
- 'Vi er blevet bekræftet i, at det, vi kan og gør, er i orden – at det kun er godt at sidde ned og være sammen med beboerne så meget som muligt.'
- 'Vi tænker over situationer som måltiderne, eller bare det at se fjernsyn. Det er blevet meget hyggeligere.'
- 'Det gør dagen nemmere og sjovere og det giver indsigt i, hvilke mennesker vi er omkring.'
- 'Vi forventer måske mere af beboerne, men i højere grad forventer vi mere af os selv.'
- 'En anden måde at tænke på kan forebygge uheldige episoder.'
- 'Den oprindelige afstandstagen forsvandt hurtigt, og vi har fået underbygget argumentationen for, hvorfor man skal bruge tid på socialt samvær.'

3.1.2.4 Ændrede arbejdsrutiner

Den alt overskyggende undskyldning for, at man måske ikke har været så aktiv med at ar-

rangere gode, sociale oplevelser for beboerne, var manglende tid. Nogle gange undervejs kunne undskyldningen opfattes som et beskyttende skjold, som visse plejepersoner satte op foran sig for at komme vores forventninger og spørgsmål i forkøbet: *'Jeg kan ikke nå det, det hele ligger i bunker, og jeg når ingenting, for telefonen ringer, og så er der én, der bliver dårlig, og så må man stoppe op og berolige en pårørende. Min dag er ikke til det, jeg kan ikke nå det.'*

De fleste formåede dog at se ud over dette helt reelle problem og erkende, at planlægning er en forudsætning, og at planlægning sammen med samarbejde skaber rum her og der. De blev mere opmærksomme på at bruge den tid, der er optimal. Man erkendte også, at der var dage, hvor tingene brændte mere på end andre dage, og at 5-10 minutters bevidst nærvær disse dage var bedre end intet nærvær.

Nogle plejepersoner fik den oplevelse, at deres nye nærvær gav ro, så de genvandt den tid, som de brugte sammen med beboerne. Noget, der skabte en stærkere følelse af sammenhæng over dagen. Om at ændre på rutiner siger personalet f.eks:

- 'Alt bliver mere spændende, når det accepteres, at man dropper – måske endda unødvendige - praktiske opgaver og i stedet samler folk til hygge i dagligstuen.'
- 'Det er en proces, der tager tid – f.eks. at bruge mere tid under middagen og inddrage beboerne i småpligter i den forbindelse. Man skal være oplagt og holde ved, ellers ryger alt tilbage i gamle vaner i et snuptag. Det er også beboernes vaner, det handler om.'
- 'Vi aftaler, hvad der skal ske, og finder ud af, hvordan det kan lade sig gøre, at beboerne oplever noget.'
- 'Vi ændrer på det, når der er behov for det. F.eks. overgiver vi opgaver som medicingivning til en anden, hvis det bliver nødvendigt. Der er stor åbenhed for at hjælpe hinanden, når der er brug for det.'
- 'Vi flytter de praktiske opgaver om aftenen til tidspunkter, hvor beboerne hviler eller sover.'
- 'Vi samarbejder om det, og jeg synes, at det er meget lettere at finde tid, nu hvor vi er bevidste om emnet.'

3.1.2.5 Plejepersonalets engagement

På kursusdagene var stemningen meget positiv, noget der også blev udtrykt direkte af de fleste deltagere. Der var dog ikke tvivl om, at der både var skeptikere og modstandere af projektet mellem kursusdeltagerne. Medarbejdergruppen var, efter eget udsagn, ikke for alvor inddraget i beslutningen om at være deltager i et projekt, og måske var det en af årsagerne til, at vi i starten blev mødt med en del skepsis og usikkerhed:

- 'Her kommer de med FLERE arbejdsopgaver, vi har nok i forvejen'
- 'Flere uvedkommende ting, som vi skal forholde os til'
- 'Jamen, der er jo ikke noget nyt her, vi gør det i forvejen!'

Det var kun få personer blandt personalet, der gav udtryk for deres skepsis. De, der gjorde, var dog gode at diskutere med. De gav udtryk for holdninger og gav anledning til, at adskillige spørgsmål blev vendt igen på en ny måde. De negative holdninger blev hurtigt vendt hos de fleste deltagere, især da man kom til den del af kurset, hvor der blev sat ord

på handlinger, reaktioner hos beboere, reaktioner fra kolleger og egen oplevelse af situationerne. Det blev på den måde tydeliggjort, hvad man gjorde anderledes for at skabe en anderledes reaktion fra beboerne, og det skabte engagement og lyst til at tage ansvar – at føle 'ejerskab' til processen.

Den mest almindelige indsigelse mod undervisningen var, at man 'altid havde brugt reminiscens'. Nogle mente altså, at det, der blev undervist i, var overflødigt, da man godt kunne det i forvejen. Der er ikke tvivl om, at personalet som helhed havde en stor faglig indsigt og viden. Men arbejdsrutiner og hverdagens travlhed gjorde, at man jævnligt kunne observere situationer, der alligevel tydede på, at der i praksis var problemer med at være tæt på beboerne, og at man overså oplagte muligheder for at være sammen på en for begge parter meningsfuld måde. Samtidig overså man egne muligheder for at træde i karakter som rollemodel for de – tit nyuddannede unge – der rent faktisk gav udtryk for, at de syntes at reminiscensmetoden var svær, og at de gerne ville have mere hjælp. Der var en oplagt udfordring i at være med til at løfte hele afdelingens niveau, som først blev erkendt, da det blev diskuteret på kursusdagene.

Der var mange undskyldninger for ikke at afprøve muligheder. De 'dårlige' beboere var 'for dårlige', og de 'gode' beboere var 'for gode'. Ikke alle kursusedtagere anerkendte, at det 'kunne betale sig' at vise interesse over for en beboer, sådan at han aktivt fortalte og lyste op, frem for at han sad hele eftermiddagen og så tomt ud i luften.

Den helt negative indvending var den, 'at *beboerne* ikke gad det der – de ville i seng kl. 20.00, så der blev slet ikke tid til alt det sociale (pjet)'. Her blev det ikke opfattet som en god ide at lade opvask, tøjvask og andre praktiske opgaver vente indtil efter kl. 20.00, hvor alle jo angiveligt sov, sådan at man f.eks. kunne hygge lidt mere over aftensmaden. Det var der ikke tid til, selv om stort set alle var enige om, at aftenerne tit var det bedste tidspunkt til at 'være sammen med beboerne', og der blev fortalt pragtfulde historier om danseaftener, oplæsningsaftener og meget andet.

Der var således vidt forskellige opfattelser af, hvad projektforsløbet havde betydet for deltagerne. Mange tog uden forbehold metoden til sig, de fleste fulgte med, mens en mindre gruppe virkede, som om de var meget tæt på at mene, at vi havde spildt hinandens tid.

Der er altså plejepersoner, som ikke ser nødvendigheden af at ændre på arbejdsrutiner, fordi det efter deres mening fungerer optimalt i forvejen, på de vilkår, man er underlagt. Direkte adspurgt, om de ikke mente, der var grund til udvikling i deres afdeling, var svaret, at der i så fald var andre områder, der var vigtigere. Når motivationen er så lav og ikke rokker sig gennem et længere forløb, er det vel rigtigt, at det er spild af tid at sidde tavs gennem fire undervisningsdage og tænke sit. Som en plejeperson sagde: 'Der er nogen, du kan undervise i fire år, uden at det ændrer noget.'

Der er en anden, og langt mere positiv, variant af dette. Nemlig plejepersoner, der erkender, at de har taget den uddannelse, de har, fordi de brænder for den sygeplejefaglige dimension af arbejdet. Det betyder ikke, at de mener, at beboerne ikke har behov for hjælp til den sociale side af deres liv, kun at de ikke selv har talent for eller lyst til at udvikle den del af deres arbejde. MEN de ser det meningsfulde i, at der sker noget på området på deres arbejdsplads, og de ønsker at bakke op med deres stærke sider ved at tage over med praktiske opgaver for at give plads til, at kolleger kan arbejde med den sociale dimension.

3.1.3. Undervisernes erfaringer i forbindelse med beboernes pårørende

3.1.3.1 Pårørendemøder

I løbet af to møder blev pårørende præsenteret for oplæg om reminiscens og reminiscensmaterialer, og de indgik i opgaver og drøftelser. Underviserne var i forvejen fra alle enheders ledelse blevet forberedt på, at der blev stilet højt, hvis man håbede på mange og aktive deltagere blandt de pårørende. Vi måtte erkende, at de havde ret. På alle enheder var deltagerantallet lavt – mellem 5 og 10 deltagere. Det blev på trods af – eller på grund af – dette, meget forskellige og meget spændende møder, hvor deltagerne viste stor interesse for deres pårørendes velbefindende i hverdagen. Følgende er en generel beskrivelse af de hovedemner, som man drøftede med de pårørende.

På alle enheder var de formelle krav overholdt med hensyn til pårørende- og brugerråd, og der var indflytningssamtaler, som de pårørende kunne deltage i. Et af de emner, der tit bliver spurgt til under indflytningssamtalerne, handler om, hvilke aktiviteter der er for de ældre – og det var meget forskelligt, hvordan dette blev fremlagt fra personalets side. Noget personale opfattede 'aktivitet' som noget, man meldte sig til, og fortalte derfor om gymnastikgrupper og fælles gudstjeneste, mens andre så enhver form for samvær i hverdagen som aktivitet og derfor fortalte mere bredt om den almindelige hverdag for beboeren. De pårørende gav udtryk for, at det at få den viden, at hverdagen indeholdt mange rare varme situationer, også gav en vished om, at den ældre havde det godt.

Reminiscensmaterialet, der blev præsenteret under møderne med de pårørende, gav anledning til god stemning og gode diskussioner, men der var en tendens til, at deltagerne – eller de fleste af dem – lænede sig tilbage og regnede med underholdning. Da vi talte med personalet om de pårørendes deltagelse i projektet, var der stor forståelse for deres situation – at de var pressede og ikke ønskede at blive involveret i højere grad, end de var i forvejen. Det var også de pårørendes egen forklaring: mange var midt i livet med arbejde, voksne børn og børnebørn – og så også med f.eks. en forælder, der ikke længere kunne klare sig selv. Det betød et liv med mange krav, og de pårørende oplevede det som en stor lettelse at kunne lægge det meste af ansvaret for den ældre fra sig. Dette skal ikke forstås som manglende interesse og omsorg for de ældre, kun som manglende overskud og tid.

Der var af og til uoverensstemmelser mellem de gensidige forventninger. Men i det store hele var samarbejdet mellem personalet og pårørende godt, og der var generelt god stemning og forståelse parterne imellem.

3.1.3.2 Reminiscensudstillinger

Den ringe deltagelse på pårørendemøderne førte til en tilgangsåndring i forbindelse med involveringen af pårørende i projektet, hvor de to sidste pårørendemøder blev erstattet af én lørdag eftermiddag, hvor der blev inviteret til en udstilling med reminiscens- og livshistoriemateriale.

På alle fem enheder var der interesse for at skabe gode rammer om udstillingen. Der blev brygget kaffe og bagt kage, der blev dækket festlige borde, og plejepersoner, der egentlig havde fri, dukkede op for at hjælpe og bare være sammen med beboere og pårørende. Og det lykkedes som helhed at lokke et langt større antal pårørende til, der satte sig ind i reminiscensmetoden, og som også fik oplevelsen af, hvordan det påvirkede de ældre at se på og tale om de mange gamle ting.

Udstillingen gav alle steder anledning til snak mellem de tilstedeværende. Et par eksempler:

- De udstillede korsetter blev kommenteret. Man mærkede på stiverne, og flere fortabte sig i fortællinger om, hvor hårdt det var at gå med. Et sted tog en plejersperson korsettet uden på tøjet, hvilket selvfølgelig løftede den i forvejen gode stemning.
- Længere snak om rationeringsmærker mellem beboere, pårørende og personale over kaffen – især ud fra rationeringskort. Alle steder var der eksempler på, hvordan beboerne blev aktive af tingene og samtalerne. På en af enhederne rejste en beboer sig og hentede egne rationeringskort, gamle pengesedler og mønter og svinekort. Han fortalte udførligt om det hele.
- En blind beboer fortalte om sin cykel. Det kom sig af, 'at han aldrig var nået til den store tabel, for han skulle nemlig i smedelære og havde brug for en cykel.' Han mærkede, genkendte og fortalte ud fra den gamle skærslibercykel, ligesom han følte på og kommenterede bl.a. barbergrejet.
- Til en dame, der ikke orkede at gå ud til udstillingen, hentede personalet udvalgte ting, og hun fortalte med glød og glæde om at stoppe strømper og hænge tøj til tørre, om fine hækledede barnekraver mm. Flere beboere og pårørende deltog i snakken.
- Noget af udstillingens tøj var hængt op på en tørresnor i lokalet, andet var lagt frem på borde. Rummet summede af snak, og der blev hentet ting til nærmere undersøgelse hen til bordene mellem kaffen og kagerne. Personale og pårørende hjalp de ældre med at se det hele, og der blev delt mange gode historier.
- Personalet brugte muligheden for at bruge alle tingene til at tale om, og flere blev overraskede over, hvad det afstedkom. Igen oplevede man, at beboerne huskede og fortalte mere relevant, end man var vant til.
- En beboer fortalte om spejdeture, da hun så primussen.
- Sygrejet fik en tidligere skrædder til at fortælle om en blå dragt, han havde fået til opgave at sy til Dronning Ingrid i sin tid.
- Barbergrejet fik en ny oplysning frem om en beboer, som var ukendt for personalet: Han var uddannet barber i sin ungdom, men havde arbejdet med et andet fag det meste af sin tilværelse.
- En broderet selskabstaske åbnede for et væld af teaterminder hos en beboer, der helt uventet fortalte spændende historier om Århus teater gennem tiden.

Det må konstateres, at man ikke opnåede at påvirke de pårørendes oplevelse af 'at være en vigtig del af plejeenhedens hverdag som bindeled mellem beboerens tidligere og nuværende liv.' Enkelte begyndte at tænke mere over det og over muligheden for at formidle vaner og interesser, der betød noget for beboeren, videre til personalet. Der var dog kun meget få eksempler på dette, og det sås mest hos pårørende, der i forvejen havde været opmærksomme på området. Det lykkedes bedre med et mere realistisk mål – 'at nå så mange pårørende som muligt med oplysning om reminiscensmetoden og betydningen af kendskab til livshistorien.' Udstillingerne (og kaffebordene) trak langt flere interesserede pårørende til end de planlagte møder, og det viste sig, at der alligevel var stor interesse – og også overraskelse – over omfang og virkning af metoden. Man opnåede dermed at give oplysning om metoden på en inspirerende måde, der var overskuelig for dem, dette var møntet på.

3.1.4. Opsummering af underviserne erfaringer

I løbet af reminiscensimplementeringen gjorde underviserne mange nyttige erfaringer, der afspejlede, hvordan implementeringen blev modtaget på enhederne, og i hvilket omfang undervisningen var lykkedes. Generelt havde implementering af reminiscens afledt mange forbedringer både i forhold til personalets måde at kommunikere på og i forhold til beboerens oplevelse af dagligdagen (Informationsboks 15). Der fremkom også flere erfaringer i forbindelse med, hvordan reminiscens kan blive implementeret på en plejeenhed, hvor dagligdagen i forvejen er presset.

Informationsboks 15.

Opsummering af underviserne erfaringer mht. reminiscensimplementeringen

Resultater i forhold til personalet:

- personalet tænker mere over, hvordan problemer med beboerne i hverdagen kan løses – større samarbejde ml. plejepersonerne herom
- personalet er blevet mere opmærksomt på den måde, de er sammen med beboeren på; de har fået et redskab til at ændre stemningen med (f.eks. gøre rastløse/utrygge beboere mere rolige/trygge) og ændret deres måde at tale med beboerne på
- personalet har ændret opfattelse af beboernes ressourcer (både kognitivt og fysisk); fokus på hvordan man bedre kan styrke beboernes ressourcer
- personalet oplever øget arbejdsglæde ved at kunne gøre en forskel i hverdagen
- personalet får større kendskab til beboernes livshistorie

Resultater i forhold til beboerne:

- oplevelse af at beboerne har en hverdag med mere kontakt og flere positive oplevelser end før reminiscens
- reminiscens gør det muligt at skabe fællesskab over generationer/etnisk baggrund, da visse ting vil være fælles; f.eks. hjælpe mor i køkkenet, det første arbejde, forlovelse mv.
- udstilling af reminiscens- og livshistoriemateriale kan skabe gode oplevelser og samtaleemner mellem beboerne og deres pårørende/plejepersonalet
- enkelte tegn på overstimulering hos enkelt beboer; man skal være varsom med brugen af reminiscens på beboere, der ikke kan tåle for mange sanseindtryk på én gang

Resultater i forhold til implementering af reminiscens:

- en gentagende brug af en form for reminiscensaktivitet – f.eks. reminiscenskasser – gør at beboerne bliver trætte af disse; det er nødvendigt at eksperimentere med forskellige former for reminiscens
- det kan være vanskeligt at finde tid til at anvende reminiscens i en travl hverdag, men med god planlægning og omstrukturering af dagligdagens praktiske opgaver kan man finde enkelte minutter på selv travle dage, der kan bruges på nærvær; lidt nærvær er bedre end intet nærvær
- ikke alle plejepersoner er interesseret i at lære om og benytte reminiscensmetoden, f.eks. personale, der ser de sygeplejefaglige eller de praktiske aspekter af arbejdet som værende mest interessante

Erfaringer i forhold til den måde, reminiscens blev indført på, giver anledning til forslag for fremtidige projekter, der indebærer implementering af reminiscens.

Valg af ressourcpersoner. Når man ser tilbage på projektføreløbet, er der grund til at vurdere, om man skulle have valgt ressourcpersonerne blandt de personer, der brændte for emnet, i stedet for en fra ledelsesgruppen (vel at mærke med tydelig udmelding om per-

sonens opgaver og kompetencer og med medfølgende tid – f.eks. i gennemsnit en time dagligt øremærket til projektopgaver.) Personer fra ledergruppen tilkendte ikke sig selv den nødvendige tid til reminiscensimplementeringen. Det viste sig i praksis, at de i perioder druknede i det papirarbejde, der fulgte med projektet, og havde svært ved at afse tid til at 'holde gryden i kog', dvs. at hjælpe med at sætte aktiviteter i gang, at hjælpe personalet til at finde tid og måder, at diskutere virkning mm., i en travl hverdag med mange prioriteter.

Opbakning fra ledelsen. Der var undervejs stor forskel på, hvordan underviseren oplevede den opbakning, som ledelsen gav udtryk for i starten af projektet, udmøntet i praksis. Et eksempel på noget, underviserne satte spørgsmålstejn ved, var om det var acceptabelt, at beboerne drak eftermiddagskaffe ved ét bord i rungende tavshed, mens personalet sad ved et andet bord og småsnakkede hyggeligt indbyrdes. Dette blev observeret adskillige gange flere steder. Ved påtale blev der rystet på hovedet ad adfærden, men så vidt vides blev det ikke taget op med de pågældende plejepersoner.

Inden for de rammer, der var lagt, besøgte reminiscensunderviseren de fem enheder så meget som muligt. I den mellemliggende tid kunne man dog have ønsket, at der blev sørget for, at projektet blev et fast punkt på dagsordenen på diverse møder i enheden: fra fem minutters daglig planlægning af, hvem der f.eks. havde ansvaret for, at mændene i mandegruppen blev samlet og fik en øl til eftermiddagens fodboldkamp i TV, til længerevarende holdningsdiskussioner på personalemøder om samspillet mellem beboeren og plejepersonalet. Desuden kunne ledelsen have støttet og anerkendt de personer, der gik foran med metoden, så de i højere grad, end det var tilfældet, kunne bruges som rollemodeller. At man havde fulgt op på aftaler og taget fat om det, når engagementet i perioderne mellem kursusdagene fladede ud.

Ledelsen ville måske være mere gavnlige for en effektiv implementering, hvis de i stedet på de enkelte enheder havde bakket synligt op ved f.eks.:

- at deltage i al undervisning
- af og til at deltage i aktiviteter med beboere og personalet
- jævnlige tage initiativ til og deltage i vurderinger og holdningsdiskussioner afledt af projektet ved personalemøder og lignende
- at spørge ind til, om aftaler blev overholdt
- at anerkende personalegruppen for de initiativer, de tog
- på andre måder at støtte ressourcepersonen ved at signalere vigtigheden af implementeringen.

Involvering af personalet fra starten. Det var klart, at et opstartsmøde er meget vigtigt, da der her sikres en fælles enighed om projektets formål og præmisser. Personalegruppen skal være villig til at indgå i implementeringen og føle ejerskab over, at denne bliver ført ud i livet på bedste vis. Hvis det blot er en ledelsesmæssig beslutning om at implementere reminiscensmetoden, er det tvivlsomt, om man vil opnå den nødvendige indsats og engagement fra personalet.

Man kunne også overveje, om det er hele personalegruppen, der skal deltage i kursusforløbet, eller om det kun skal være det personale, der har mest interesse for at afprøve metoden. I forbindelse med deltagelse af beboernes pårørende i reminiscensimplementering

kunne man overveje, i hvilken udstrækning og hvordan de skal inddrages. Nærværende undersøgelse oplevede lav pårørendedeltagelse i forbindelse med møder, mens invitation til reminiscensudstillinger, hvor der blev hygget med kaffe og kage, trak langt flere pårørende – muligvis da dette samtidigt inkluderede socialt samvær med beboeren.

3.2. Registrering af reminiscensaktiviteter

Omsorgsyderne på implementeringsenheder blev bedt om at registrere deres anvendelse af de tre typer reminiscens (generel, specifik og spontan) ved brug af skemaer, der blev udviklet specifikt til forskningsprojektet.

3.2.1. Anvendelse af generel reminiscens

Omsorgsyderne blev bedt om at registrere følgende oplysninger ved hver generel reminiscenssession afholdt i løbet af projektet: dato, tidspunkt, sted, længde, antal deltagende omsorgsyderne, aktivitetstype og evt. tema, projektnummer for deltagende beboere (minimum 2) og en vurdering af beboernes interesse og deltagelse (på en 1-5 skala, hvor tallet 1 afspejlede et højt deltagelsesniveau fra beboerens side – se Tabel 11).

I alt blev 407 generelle reminiscenssessioner afholdt i perioden 21. september 2006 til 4. september 2007 med gennemsnitlige længde på 45 minutter. De foregik typisk i opholdsstuen, med deltagelse af to plejepersoner, og næsten halvdelen af sessionerne foregik om aften (Tabel 9). De fleste sessioner anvendte 'andre' aktiviteter end erindringsgenstande, spil og tur (dvs. at omsorgsyderne kom med deres egne ideer) og var f.eks. bagning og madlavning, sange/musik, gamle film, snakke omkring traditioner (jul, fødselsdage, fastelavn, høst), højtlesning (HC Andersen eventyr, aviser, gamle bøger). De overordnede temaer var meget varierede og inkluderede: barndommen, årstider og traditioner, krigene, fester og bryllup, arbejdsliv (landbrug, husholdning), familieliv. 'Andet sted' var f.eks. aktivitetslokaler, cafe, Den Gamle By, Egå marina, Moesgård Museum, Marselisborg. I de fleste (84 pct.) af sessionerne var der 2-6 beboere, der deltog, og det maksimale antal var 20 beboere. Antallet og længden af de generelle reminiscenssessioner varierede enhederne imellem (Tabel 10). På to enheder deltog henholdsvis 21 pct. og 25 pct. af beboerne i over 20 sessioner i løbet af den 1-år lange implementeringsfase.

Når man ser på plejepersonernes vurdering af beboernes deltagelse i de generelle reminiscenssessioner, viste det sig, at beboerne typisk viste 'tydelige tegn på interesse, engagement eller glæde' eller 'vekslende interesse, overvejende positiv'; kun få blev vrede eller irriterede (Tabel 11). Blandt de 32 beboere, der deltog i flere end 10 sessioner, var der sjældent muligt at se tydelige ændringer i deltagelsesniveau over tid. De fleste af disse beboere var for det meste i deltagelsesniveau 1 eller 2 (interesserede i det, der foregik), men var også nogle gange i niveau 3, 4 eller 5 (mindre interesserede – til passiv deltagelse). Tre beboeres interesse i sessionen blev værre (fra 1-2 til 3-5) og derefter bedre igen (til 1-2), mens en beboer gik fra passiv deltagelse til tilkendegivelse af interesse (fra 5 til 1-2) for derefter at udvise mere irritation/passiv deltagelse igen (til 3-5).

Tabel 9.

Karakteristika af generelle reminiscenssessioner

AKTIVITET (n=407 sessioner)	Pct.	STED (n=407 sessioner)	Pct.	TIDSPUNKT (n=397 sessioner)	Pct.	VARIGHED (n=378 sessioner)	Pct.
Erindringsgenstande	20,6	Reminiscens-krog	1,0	Formiddag	29,0	<30 min.	32,3
Fortællespil	9,6	Opholdsstue	73,2	Eftermiddag	24,2	30-60 min.	38,1
Tur/udflugt	3,7	Køkken	9,1	Aften	46,3	60-90 min.	24,3
Andet	70,0	Have	1,5	Hele dagen	0,5	>90 min.	4,9
		Andet	5,7				

Tabel 10.

Antallet og varighed af generelle reminiscenssessioner på enhedsniveau

Enhed	Antal beboere ved 1. baseline	Antal sessioner registreret	Gns. længde af sessioner (min. ±s.d.)	Antal generelle sessioner, som enhedens beboere har deltaget i					
				0 sessioner	1-10 sessioner	11-30 sessioner	21-30 sessioner	31-40 sessioner	>40 sessioner
A	36	120	62 ± 43	8 (22%)	15 (42%)	7 (19%)	0	0	6 (17%)
B	32	30	86 ± 47	6 (19%)	25 (78%)	1 (3%)	0	0	0
C	37	85	29 ± 22	7 (19%)	21 (57%)	1 (3%)	0	3 (8%)	5 (13%)
D	36	164	34 ± 41	6 (17%)	15 (42%)	6 (17%)	4 (11%)	2 (6%)	3 (8%)
E	30	8	47 ± 11	14 (47%)	16 (53%)	0	0	0	0
I alt	171	407	45 ± 42	41 (24%)	92 (54%)	15 (9%)	4 (2%)	5 (3%)	14 (8%)

Note: Beboere, der flyttet ind på enheden efter projektet var begyndt, deltog også i disse sessioner; de er ikke medregnet her.

Tabel 11.

Personalets vurdering af beboernes reaktion ifm. generelle reminiscenssessioner

Skala-score	Forklaring til skalascoren (= beboerens reaktion)	Pct.
1	Interesse, engagement, glæde	52,4
2	Vekslende interesse, overvejende positiv	26,9
3	Vekslende interesse, overvejende negativ	6,6
4	Irritation, vrede, utålmodighed	3,1
5	Passiv deltagelse	11,1

Note: Baseret på 1981 beboersessioner, da der manglede data for 26 beboere/sessioner.

3.2.2. Anvendelse af specifik reminiscens

Omsorgsyderne blev bedt om at registrere følgende oplysninger ved hver specifik reminiscenssession afholdt i løbet af projektet: dato, tidspunkt, sted, længde, antal deltagende omsorgsyderne, aktivitetstype og evt. tema, projektnummer for deltagende beboere (maksimum 2) og en vurdering af beboernes interesse og deltagelse (1-5 skala; se tabel 14).

I alt blev 299 specifikke reminiscenssessioner afholdt i perioden 3. september 2006 til 17. august 2007 med en gennemsnitlig længde på 31 minutter. De foregik typisk på opholdsstuen eller beboerens egne bolig (Tabel 12). Sessionerne foregik stort set med samme hyppighed om formiddagen, eftermiddagen og aftenen. De fleste sessioner anvendte 'andre' aktiviteter end erindringsgenstande, spil og tur (dvs. at omsorgsyderne kom med deres egne ideer) og var f.eks. bagning og madlavning, billeder (inkl. beboerens familiebilleder, malerier, plakater), spil og snakke/samtale. De overordnede temaer var igen meget varierede og inkluderede især barndommen og familie (ofte med billeder), årets tidspunkter og højtider, samt landbrug/fiskeri/have og husholdning/bagning, blomster. 'Andet sted' var f.eks. på gangene, indkøb, terrassen, aktivitetslokaler, bibliotek. I de fleste (76 pct.) af sessionerne var der kun en beboer, der deltog; i de resterende var der to beboere. Der deltog kun en omsorgsyder i 80 pct. af sessionerne. Antallet og længden af de specifikke reminiscenssessioner varierede enhederne imellem (Tabel 13). De fleste beboere deltog i fem eller færre sessioner i løbet af den 1-år lange implementeringsfase, men der var nogle, der deltog i flere.

Når man kigger på omsorgsydernes vurdering af beboernes deltagelse i de specifikke reminiscenssessioner, viste det sig, at beboerne typisk viste 'tydelige tegn på interesse, engagement eller glæde' eller 'vekslende interesse, overvejende positiv' (Tabel 14). En mindre del blev vrede eller irriterede. Blandt de 14 beboere, der deltog i flere end 5 sessioner, var ca. halvdelen (8) altid interesserede/engagerede (niveau 1 eller 2). Tre beboere startede med passiv deltagelse (niveau 5), men udviste derefter interesse/engagement (niveau 1 eller 2). To beboere gik fra passiv deltagelse til at være interesserede i det, der skete (fra 5 til 1), og blev efterfølgende igen passiv/irriteret (til niveau 4-5), mens en beboer gik fra at være engageret til passiv deltagelse (fra niveau 1-2 til niveau 4-5).

Tabel 12.

Karakteristika af specifikke reminiscenssessioner foretaget på implementeringsenhederne

AKTIVITET (n=299 sessioner)	Pct.	STED (n=299 sessioner)	Pct.	TIDSPUNKT (n=288 sessioner)	Pct.	VARIGHED (n=280 sessioner)	Pct.
Erindringsgenstande	20,7	Reminiscens-krog	1,7	Formiddag	35,1	1-10 min.	23,6
Fortællespil	3,3	Opholdsstue	36,1	Eftermiddag	36,1	11-20 min.	38,9
Tur/udflugt	11,1	Køkken	7,7	Aften	28,8	25-40 min.	19,3
Andet	64,9	Egen bolig	31,1			>40 min.	18,2
		Have	9,4				
		Andet	14,4				

Tabel 13.

Antal og varighed af specifikke reminiscenssessioner på enhedsniveau

Enhed	Antal beboere ved projektets start	Antal sessioner	Gns. sessionslængde (min. ±s.d.)	Antal specifikke sessioner, som enhedens beboere har deltaget i			
				0 sessioner	1-5 sessioner	6-10 sessioner	>11 sessioner
A	36	95	47 ± 54	13 (36%)	19 (53%)	3 (8%)	1 (3%)
B	32	15	33 ± 28	20 (62%)	12 (38%)	0	0
C	37	58	21 ± 10	20 (54%)	15 (41%)	2 (5%)	0
D	36	128	23 ± 25	14 (39%)	14 (39%)	3 (8%)	5 (14%)
E	30	3	40 ± (-)	28 (93%)	2 (7%)	0	0
I alt	171	299	31 ± 37	95 (56%)	62 (36%)	8 (5%)	6 (3%)

Note: Beboere, der flyttet ind på enheden efter projektet var begyndt, deltog også i disse sessioner; de er ikke medregnet her.

Tabel 14.

Personalets vurdering af beboernes reaktion ifm. specifikke reminiscenssessioner

Skala-score	Forklaring til skalascoren (= beboerens reaktion)	Pct.
1	Interesse, engagement, glæde	64,7
2	Vekslende interesse, overvejende positiv	21,7
3	Vekslende interesse, overvejende negativ	4,0
4	Irritation, vrede, utålmodighed	4,0
5	Passiv deltagelse	5,7

Note: Baseret på 351 beboersessioner, da der manglede data for 17 beboere/sessioner.

3.2.3. Anvendelse af spontan reminiscens

Omsorgsyderne blev i seks perioder a tre uger hver bedt om at registrere hver spontan reminiscensaktivitet, de foretog sig. Følgende oplysninger blev registreret vedrørende hver spontan reminiscensaktivitet: dato, beboerens projektnummer og tidspunktet.

Det var svært for enhederne at holde sig til de udpegede uger for registrering af spontane reminiscensaktiviteter. Tabel 15 viser, at omsorgsyderne udfyldte flere end 6100 spontane reminiscensskemaer i løbet af projektføreløbet (fra 19. september 2006 til 31. august 2007), men at flere af disse registreringer var uden for de aftalte perioder. For at sikre, at registreringer fra de fem enheder dækkede 3-ugers perioder og derfor var sammenlignelige, blev der for hver enhed identificeret 3-ugers perioder, hvor de fleste registreringer skete. Der var 4-6 uger imellem de fleste perioder. Som vist i Tabel 16, var der 5164 udfyldte spontane reminiscensskemaer i disse perioder.

Tabel 15.

Antallet af spontane reminiscenssessioner registreret af implementeringsenhederne

ENHED	Registreringsperioder (længere end 3 uger)						Total
	1	2	3	4	5	6	
A	200	93	171	71	36	81	652
B	518	156	38	156	109	56	1033
C	455	82	191	188	4	103	1023
D	930	339	558	439	248	216	2730
E	330	137	156	38	13	15	689
Total	2433	807	1114	892	410	471	6127

Tabel 16.

Registrering af spontane reminiscenssessioner inden for 3-ugers perioder

ENHED	Registreringsperioder (af 3 uger)						Total
	1	2	3	4	5	6	
A	185	63	164	58	41	59	570
B	339	152	35	102	94	52	774
C	429	65	188	155	99	0	936
D	913	309	459	398	134	160	2373
E	255	106	89	38	13	10	511
Total	2121	695	935	751	381	281	5164

Herudover viste det sig, at i de tilfælde, hvor plejepersonen havde lavet flere spontane reminiscensaktiviteter med den samme beboere på den samme dag, var disse aktiviteter nogle gange registreret på det ene skema og andre gange ved anvendelse af flere skemaer. Derfor er antallet af udfyldte registreringsskemaer ikke ens med antallet af spontane reminiscensaktiviteter. I alt var der registreret 9369 spontane reminiscensaktiviteter, hvoraf næsten halvdelen (46 pct.) foregik om aften, eller når plejepersonen hjalp beboeren til at gøre sig klar til natten (Tabel 17).

Tabel 17.

Tidspunkt for anvendt spontan reminiscens på implementeringsenhederne

	Pct.
Morgen bad	12,9
Morgenmad	7,7
Formiddag	10,0
Middagsmad	10,9
Eftermiddag	12,7
Aftensmad	17,2
Aftensgøremål	14,4
Natten	14,2

Note: Baseret på 9369 spontane reminiscenssessioner.

3.2.4. Erfaringer med hensyn til registrering af reminiscens

Personalet skulle i perioder af implementeringsforløbet registrere deres brug af spontan reminiscens og i hele perioden registrere specifik og generel reminiscens. Overordnet betragtet må denne opgave betegnes som havende været problemfyldt for personalet. Registrering af daglige aktiviteter er hverken en sædvanlig eller foretrukket opgave for personalegrupper på plejehjem. Det strider mod personalets opfattelse af nyttigt arbejde, og der opleves i forvejen en travl hverdag. Dette stiller store krav til formidlingen af vigtigheden af dataregistreringen, og der blev under hele implementeringsforløbet gjort meget ud af at betone netop dette element.

I bund og grund var det ressourcepersonernes (dvs. ledelsens) opgave at sikre udfyldelse af reminiscensregistreringsskemaer. Det var projektgruppens opfattelse, at registreringen aldrig kom til at fungere fyldestgørende. Personalet erkendte selv åbent under kursgangen, at det kneb med at få udfyldt skemaerne i hverdagen. Dette afspejler både en opfattelse af manglende tid og manglende forståelse for vigtigheden af registreringen. De enheder/afdelinger, hvor vi vurderede registreringen var mest succesfuld, var hvor ressourcepersonerne gik personalet meget på klingen for at få udfyldt registreringskemaerne; der kunne man opnå en rimelig grad af registrering fra hele personalegruppen. Der var også nogle plejepersoner, som var meget flittige med dataregistreringen. Der er dog stadig langt til, at alle reminiscensrelaterede aktiviteter udført af personalet blev registreret.

Tilbagemeldingerne fra personalet var, at 'de gule' og 'de orange' sedler (til registrering af henholdsvis specifik og generel reminiscens) ikke var svære at bruge, men det var til gengæld svært at skelne, hvornår der var tale om henholdsvis specifik og generel reminiscens. Desuden var det nogle gange svært for personalet at genkende en reminiscensrelateret situation. Registreringsskemaerne blev forklaret og diskuteret flere gange ved kurser og fremhævet under besøg på enhederne, men det var åbenbart svært at få dem ind i ens hverdag som et dokumentationsredskab.

4. Konsekvenser af reminiscens for beboerne

Dette kapitel beskriver resultaterne for de beboere, der indgik i Reminiscensprojektet. Resultaterne belyser vurderinger af beboernes kognitive og daglige funktionsniveau såvel som deres livskvalitet.

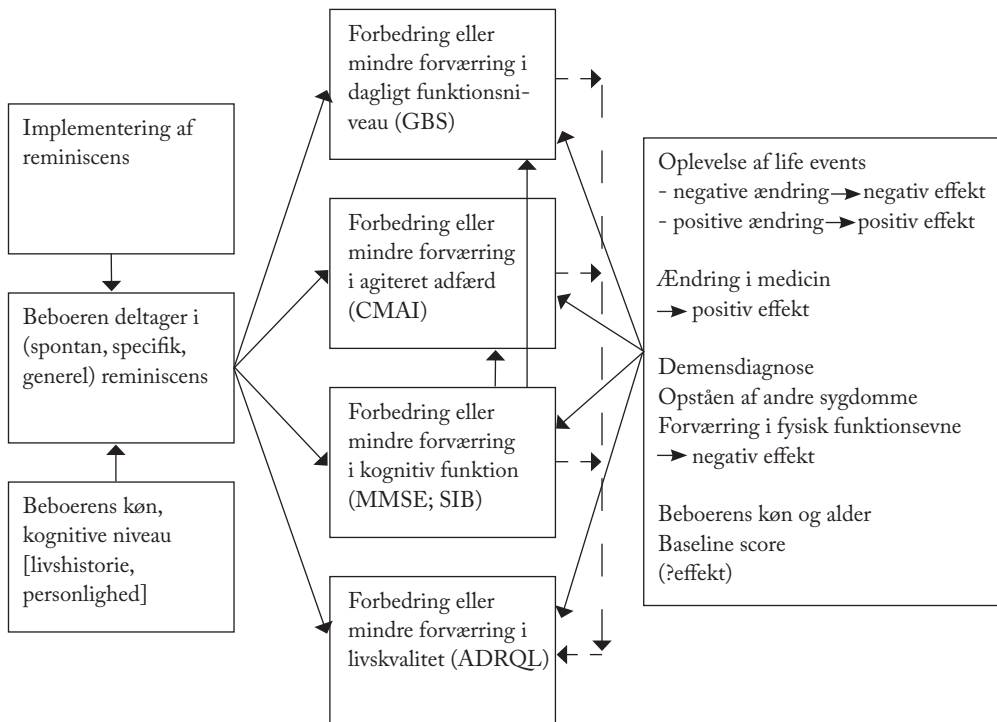
Oplysningerne stammer fra spørgeskemaer, plejepersonalet blev bedt om at udfylde på vegne af beboerne, samt fra strukturerede interviews med beboere, foretaget af uddannede interviewere.

4.1. Kausalmodel og hypoteser for beboerne

En række faktorer kan påvirke beboernes fysiske og psykisk tilstand. Fokus for nærværende undersøgelse er på de faktorer, reminiscens forventes at have en mulig indflydelse på. Med udgang i viden fra litteraturgennemgangen og de forventninger, vi i projektgruppen havde til reminiscens som pleje-/omsorgsmetode, er en kausalmodel opstillet, jf. Figur 4. Denne implicerer en række hypoteser, som er nævnt i det følgende.

Figur 4.

Kausalmodel: hvilken betydning forventes reminiscens at have for beboere i Reminiscensprojektet?



Det forventes, at reminiscens har en positiv virkning på beboernes fysiske og psykiske tilstand, herunder dagligt funktionsniveau, hyppighed af og forstyrrelse fra agiteret adfærd, kognitiv funktion samt livskvalitet. Disse funktioner forventes dog almindeligvis at blive forværret over tid hos ældre (med en demenssygdom), der bor på plejehjem. Derfor er den forventede effekt fra personalets brug af reminiscensarbejdet ikke så meget en forbedring i funktionsniveauet, men nærmere *mindre forværring* i funktionsniveauet over tid på beboere, der systematisk udsættes for personalets brug af reminiscens, i forhold til beboere, der ikke gøre dette.

Det formodes, at andre faktorer end reminiscens kan have en indflydelse på især ændringen i beboernes psykiske funktionsniveau. F.eks. kan oplevelse af positive life events muligvis medføre, at den ældre udviser mere livsglæde og mindre agiteret adfærd. Oplevelse af negative life events (f.eks. dødsfald, fysiske problemer) forventes at påvirke livskvalitet og agiteret adfærd negativt, samt muligvis også påvirke den ældres fysiske og kognitive funktion. Medicinændringer (f.eks. ved påbegyndelse af et demensmiddel eller antidepressiv medicin, eller seponering af medicin med uønskede effekter) forventes at have en positiv virkning - især på agiteret adfærd og livskvalitet. Demensdiagnose, forværring i beboernes fysiske tilstand og fremkomst af nye sygdomme (f.eks. depression, hjertekarsygdomme, Parkinsons syge, kræft) forventes ligeledes at påvirke beboernes fysiske og psykiske funktionsniveau i en negativ retning.

Beboerens funktionsniveau ved baseline (vurderet ved baselinescore på de forskellige anvendte effektmål) formodes at påvirke den mulige opnåede ændring over tid. Hvis beboerens baselinescore afspejler en stærkt forringet funktion (f.eks. kraftig kognitiv forringelse) må det forventes, at vedkommendes tilstand vil blive forværret med tiden. Tilstanden hos en beboer, der ved baseline har et godt funktionsniveau (f.eks. i forhold til beboerens daglige funktion), vil forventes at forblive uændret eller måske forværret med tiden.

Der forventes, at beboerens køn samt fysiske og kognitive funktionsniveau kan få indflydelse på den form for reminiscens, som beboere bliver tilbudt, samt om beboeren kan/vil deltage eller ej. (Det kan ligeledes tænkes, at beboerens livshistorie og personlighed har indflydelse på personalets anvendelse af reminiscens; disse faktorer er dog ikke medtaget i nærværende studie). Da beboerne er forskellige, vil hver beboer få sin egen individuelle oplevelse af reminiscens, som i større eller mindre grad vil være anderledes fra den oplevelse andre beboere får. Beboerens køn og alder kan muligvis også påvirke personalets forventninger om og vurderinger af beboerens daglige funktion og/eller livskvalitet. Disse forhold gælder dog også for beboerne i Kontrolgruppen.

Fokus i analysen har derfor været at få belyst, om anvendelse af reminiscens kunne formindske (og evt. bremse) den forværring i funktion, der forventes set hos beboerne over tid. Spørgsmålet var, om der var evidens hos beboerne i Implementeringsgruppen (sammenlignet med beboerne i Kontrolgruppen) for:

- Mindre forværring over tid i kognitiv, fysisk og adfærdsmæssig funktion
- At de bedst fungerende beboere beholdte deres funktionsniveau
- At de dårligst fungerende beboere forbedrede deres funktionsniveau.

Der var derudover en antagelse om, at:

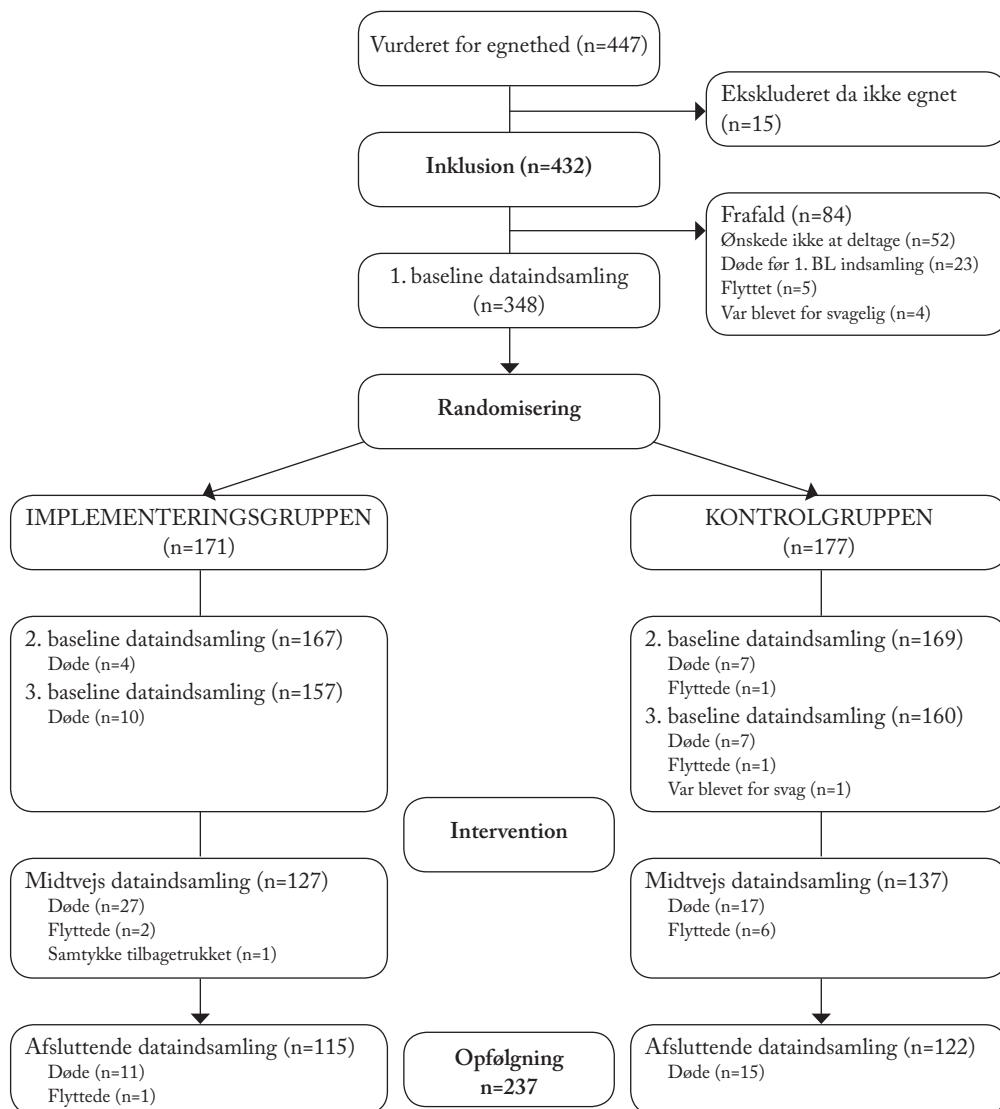
- De beboere, der faldt fra i forløbet (primært pga. dødsfald), i gns. ville score dårligere på de anvendte vurderingsinstrumenter, end de beboere, der forblev i studiet.
- Der kunne være forskel på den opnåede effekt på de enkelte enheder; dette kunne muligvis afspejle, hvor godt reminiscensmetoden var blevet implementeret på de enkelte enheder.

4.2. Oversigt over antal deltagende beboere

Antallet af deltagende beboere er vist i Figur 5. I alt var der 447 beboere på de ti enheder ved dataindsamlings begyndelse (evt. skærmede enheder blev ikke medregnet), jf. Tabel 18. De fleste af beboerne blev vurderet som værende egnede til at deltage i studiet. Der var således kun mellem 0 og 5 beboere, der på de enkelte enheder blev ekskluderet fra deltagelse i projektet. Der var dog flere beboere (eller pårørende på beboerens vegne), der ikke ønskede at deltage i projektet. Derudover var der også beboere, der døde eller flyttede fra enheden, før dataindsamlingen blev igangsat.

Der var et vist frafald ved hvert dataindsamlingspunkt. Frafaldet skyldtes hovedsageligt dødsfald og var på i alt 32 pct. Dette tal lå tæt på det forventede frafald på ca. 30 pct. Samtykke til beboerens deltagelse i projektet kom primært fra beboeren selv (72 pct.). I 17 pct. af tilfældene kom samtykke fra en pårørende/ven og i 11 pct. fra personalet.

Figur 5.
Flowchart for beboernes deltagelse i Reminiscensprojektet



Tabel 18.

Beboerdeltagelse fordelt på de ti enheder

Enhed nr.	Vurderet for egnethed	Egnede	Beboerdeltagelse i de enkelte dataindsamlinger				
			1. BL	2. BL	3. BL	Midtvejs	Afsluttende
A	54	49 ^a	36	35	34	24	20
B	34	32 ^b	32	32	30	25	23
C	48	48	37	36	31	27	25
D	44	43 ^c	36	35	34	25	23
E	38	37 ^d	30	29	28	26	24
F	58	56 ^e	37	34	30	29	27
G	29	28 ^f	23	22	22	20	15
H	55	53 ^g	49	45	42	30	27
I	32	31 ^h	29	29	28	27	25
J	55	55	39	39	38	31	28
I alt	447	432	348	336	317	264	237

Note: 1. BL = 1. baseline, 2. BL = 2. baseline, 3. BL = 3. baseline. ^aTre registrerede beboere havde korttidspladser; en beboer var bevidstløs; en beboer vurderes som usamarbejdsvillig samt uden dansk kundskaber. ^bEn beboer var sengeliggende og i respirator, meget lidt kontakt med resten af enheden; en beboer var tvangsflyttet til enheden og passede sig selv. ^cEn beboer var sengeliggende og var vanskelig at komme i kontakt med. ^dEn beboer var terminal. ^eTo beboere var terminale. ^fEn beboer var sengeliggende og havde intet sprog. ^gEn beboer var sengeliggende og vurderedes som terminal; en beboer var visiteret til skærmet enhed. ^hEn beboer var i aflastning.

4.3. Beskrivelse af beboernes karakteristika

4.3.1. Sociodemografiske variable

Der var fleste kvinder blandt de deltagende beboere, og ca. 60 pct. var enker/enkemænd (Tabel 19). Den gennemsnitlige alder var 82 år. Ca. halvdelen havde folkeskolen som højeste uddannelsesniveau. Gennemsnitligt set havde beboerne boet 2 år på enheden. Der var ingen statistisk signifikante forskelle mellem Implementerings- og Kontrolgruppen i forhold til de sociodemografiske karakteristika.

Tabel 19.

Sociodemografiske karakteristika af de deltagende beboere

	Alle 10 enheder (n=348)	IG (n=171)	KG (n=177)
Kvindelige beboere (pct.)	67,8	69,6	66,1
<i>Alder</i>			
Gns. (s.d.)	82,3 år (9,5)	82,4 år (9,6)	82,2 år (9,4)
Minimum - maksimum	44-103	44-101	51-103
<i>Civil status (pct.)</i>			
Gift	19,8	21,1	18,6
Ugift	11,8	9,4	14,1
Fraskilt/separeret	10,1	10,5	9,6
Enke/enkemand	58,3	59,1	57,6
<i>Uddannelse (pct.)</i>			
Folkeskolen	53,0	59,0	47,1
Kort videregående (<3 år)	8,3	7,8	8,7
Mellemlang videregående (3-4 år)	11,2	10,2	12,2
Lang videregående (>4 år)	4,1	2,4	5,8
Specialarbejderuddannelse	8,6	7,2	9,9
Anden uddannelse	14,8	13,3	16,3
Gns. ophold på enheden (s.d.)	2,1 år (3,1)	1,9 år (2,8)	2,3 år (3,3)
Minimum - maksimum	0-20	0-20	0-19

Note: n = antal beboere i henholdsvis Implementeringsgruppen (IG) og Kontrolgruppen (KG).

4.3.2. Helbredsmæssige variable

En femtedel af beboerne var blevet lægeligt demensdiagnosticeret (Tabel 20). Blandt de diagnosticerede demensformer var Alzheimers og vaskulær demens de hyppigste. Ca. halvdelen havde primær degenerativ demens, en fjerdedel vaskulær og 10 pct. sekundær demens. Inden for det sidste år havde ca. 8 pct. af beboere taget demensmedicin (primært Aricept men også Reminyl, Exelon eller Ebixa). Der var ingen signifikante forskelle mellem Implementerings- og Kontrolgruppen i forhold til prævalensen af demenssygdomme.

Ud over demensmidler var ca. halvdelen af beboerne på antidepressiva og 15 pct. på antipsykotika, og tre-fjerdedele af beboerne havde problemer med at gå (Tabel 21).

Med hensyn til de helbredsmæssige variable blev der kun fundet én signifikant forskel mellem grupperne. Der var således flere i Implementeringsgruppen end i Kontrolgruppen, der inden for det sidste år havde været i behandling for Parkinsons (Chi-i-anden $p=0,008$).

Ifølge personalet var beboernes hyppigste life events (inden for de sidste tre måneder) alvorlig sygdom eller dødsfald blandt nære familiemedlemmer eller venner, samt nyt familiemedlem (Tabel 22). Der var ingen signifikante forskelle mellem Implementerings- og Kontrolgruppen.

Tabel 20.

Prævalens af demenssygdomme hos beboerne i Reminiscensprojektet

	Alle 10 enheder (n=348)	IG (n=171)	KG (n=177)
Pct. demensmedicin inden for sidste 1 år	7,8	8,2	7,3
Pct. lægeligt diagnosticeret med demens	19,3	21,1	17,5 ^a
<i>Demensstype (pct.)</i>	(n=67)	(n=36)	(n=31)
Alzheimers	38,8	47,2	29,0
Frontotemporal ^b	6,0	8,3	3,2
Lewy Body	6,0	5,6	6,5
Vaskulær	25,4	25,0	25,8
Alzheimer & vaskulær	4,5	0	9,7
Sekundær ^c	10,4	8,3	12,9
Anden/uafklaret ^d	9,0	5,6	12,9

Note: n = antal beboere ved 1. baseline i henholdsvis Implementeringsgruppen (IG) og Kontrolgruppen (KG).

^a Mht. yderligere 4 beboere var personalet usikre på, om beboernes demens var lægeligt diagnosticeret eller ej.

^b Frontotemporal inkluderer frontallaps demens, Picks demens. ^c Sekundær inkluderer pga. alkohol, Korsakoffs, postpostliosisyndrom, atypisk organisk betinget. ^d Anden type inkluderer central kortikal atrofi, hjerne atropi; tre uafklaret.

Tabel 21.

Baselinevurdering af beboernes medicinforbrug og fysiske tilstand

	Alle 10 enheder	IG	KG
<i>Medicinering (pct.)</i>	(n=347)	(n=170)	(n=177)
Antidepressiva	55,3	56,5	54,2
Antipsykotika	15,1	14,5	15,7
Anxiolytika	9,8	10,7	8,9
Hypnotika	8,7	6,1	11,0
Andre CNS medicin ^a	4,7	6,5	3,0
<i>Syn (pct.)</i>	(n=344)	(n=169)	(n=175)
Ser godt	65,7	63,3	68,0
Nedsat syn	23,5	23,1	24,0
Dårligt syn/næsten blind	10,8	13,7	8,0
<i>Hørelse (pct.)</i>	(n=343)	(n=170)	(n=173)
Hører godt	71,1	70,0	72,3
Nedsat hørelse	23,3	23,5	23,1
Dårlig hørelse/næsten døv	5,5	6,5	4,6
<i>Fysisk mobilitet (pct.)</i>	(n=348)	(n=171)	(n=177)
Dårlig til bens eller bruger rollator/kørestol	76,7	73,1	80,2
Lam i venstre eller højre arm	(n=340) 14,4	(n=170) 14,7	(n=170) 14,1
<i>Behandling inden for sidste 1 år.^b (pct.)</i>	(n=345)	(n=171)	(n=174)
Depression	46,7	45,0	48,3
Forhøjet blodtryk	33,0	34,5	31,6
Andre hjertekarsygdomme	30,4	26,9	33,9
Diabetes	10,4	9,9	10,9
Kræft	1,7	2,3	1,1
Parkinsons	5,5	8,8	2,3

Note: n = antal beboere i henholdsvis Implementeringsgruppen (IG) og Kontrolgruppen (KG). ^a Inkluderer medicin for Parkinsons, epilepsi, manio-depressiv lidelse samt antihypnotika og stærke analgetika. ^b Under 'Andet' kunne personalet tilføje andre sygdomme: de fleste sygdomme nævnt var lungesygdomme, urinvejsinfektion, leddegigt, sclerose, epilepsi; hver af disse forekom hos 1-5 pct. af beboerne.

Tabel 22.

Baselinevurdering af beboernes oplevelser af life events

Life events (inden for de sidste 3 mdr.)	Pct. (n=348)
Alvorlig ændring i nært familiemedlem/vens helbredstilstand	7,8
Nyt familiemedlem (ved fødsel, ægteskab)	7,2
Nært familiemedlem eller nær ven afgang ved døden	5,5
Flytning internt på enheden	4,0
Større ændring i beboerens økonomi (op eller ned)	3,8
Forelskelse/ægteskab	1,1
Skilsmisse/separation	0,9

4.3.3. Ændringer i beboernes karakteristika under projektførløbet

I projektførløbet blev der registreret flere ændringer hos beboerne:

- Yderligere 4 beboere blev lægeligt demensdiagnosticeret
- 59 beboere fik ændret deres CNS (centralnervesystem) medicin ved enten Midtvejs eller Afsluttende dataindsamling (højere dosis, lavere dosis, seponeret eller begyndt på ny medicin)
- I alt blev 91 beboere diagnosticeret eller påbegyndt medicinsk behandling for følgende problemer:
 - 48 for depression, 35 for forhøjet blodtryk, 32 for andre typer hjertekarsygdomme, 19 for diabetes, 10 for Parkinsons og 4 for kræft
- 55 beboere havde ændringer i deres fysiske tilstand, der indebar, at de fik øget terapeutisk indsats (fys- eller ergo)
- Flere beboere havde oplevet life events (plejepersonens oplysninger):
 - 33 have haft et nært familiemedlem eller nær ven, der var afgået ved døden, 29 havde fået et nyt familiemedlem (ved fødsel, ægteskab), 19 havde oplevet alvorlig ændring i nært familiemedlem/vens helbredstilstand, 5 havde oplevet større ændring i økonomien (op eller ned), 3 havde flyttet internt på enheden, 3 havde oplevet forelskelse eller ægteskab, og 1 havde oplevet skilsmisse eller separation.

4.3.4. Analyse af frafaldet hos beboerne

Beboerfrafaldet skyldtes primært dødsfald. Som vist i Tabel 23 faldt ca. en fjerdedel af beboere fra før Midtvejs dataindsamlingen. I alt deltog ca. to-tredjedele af beboerne i den Afsluttende dataindsamling. Frøafaldet var fordelt nogenlunde ligeligt de enkelte enheder imellem. Dog havde Enhed G højest frafald efter Midtvejs og Enhed I havde generelt lavt frafald. Der fandtes ingen statistisk signifikante forskelle mellem de beboere, der faldt fra, og de beboere, der fortsatte i studiet (Tabel 24).

Sammenlignet med de beboere, der forblev i studiet, var scoren hos de beboere, der faldt fra undervejs, værre på samtlige måleinstrumenter (data ikke gengivet).

Tabel 23.

Beboerfrafald i Reminiscensprojektets forløb fordelt på enhedsniveau

Enhed	Antal beboere	Frafald før Midtvejs pct. (n)	Frafald efter Midtvejs pct. (n)	Fortsat i studiet pct. (n)
A	36	33,3 (12)	11,1 (4)	55,6 (20)
B	32	21,9 (7)	6,3 (2)	71,9 (23)
C	37	27,0 (10)	5,4 (2)	67,6 (25)
D	36	30,6 (11)	5,6 (2)	63,9 (23)
E	30	13,3 (4)	6,7 (2)	80,0 (24)
F	37	21,6 (8)	5,4 (2)	73,0 (27)
G	23	13,0 (3)	21,7 (5)	64,2 (15)
H	49	38,8 (19)	6,1 (3)	55,1 (27)
I	29	6,9 (2)	6,9 (2)	86,2 (25)
J	39	20,5 (8)	7,7 (3)	71,8 (28)
I alt	348	24,1 (84)	7,8 (27)	68,1 (237)

Note: Enhederne A-E = Implementeringsgruppen, F-J = Kontrolgruppen

Tabel 24.

Karakteristika hos de beboere, der henholdsvis faldt fra og forblev i Reminiscensprojektet

	Alle deltagende beboere (n=348)	Frafald før Midtvejs (n=84)	Frafald efter Midtvejs (n=27)	Fortsat i studiet (n=237)	p-værdi ^a
Kvinde (pct.)	67,8	70,2	55,6	68,4	NS
Gns. alder (s.d.)	82,3 år (9,5)	83,8 år (8,8)	81,0 år (8,3)	81,9 år (9,8)	NS
<i>Civil status (pct.)</i>					NS
Gift	19,8	22,6	33,3	17,3	
Ugift	11,8	15,5	11,1	10,5	
Fraskilt/separeret	10,1	7,1	18,5	10,1	
Enke/enkemand	58,3	54,8	37,0	62,0	
<i>Uddannelse (pct.)</i>					NS
Folkeskolen	53,0	54,2	46,2	53,3	
Kort videregående/specialarbejder	16,9	15,7	26,9	16,2	
Mellemlang/lang videregående	15,4	19,3	11,5	14,4	
Anden uddannelse	14,8	10,8	15,4	16,2	
Gns. ophold på enheden (s.d.)	2,1 år (3,1)	1,6 år (2,2)	2,3 år (3,0)	2,3 år (3,3)	NS
Beboere, der havde anvendt demens- medicin inden for det sidste 1 år (pct.)	7,8	11,9	11,1	5,9	NS
Antal beboere med lægeligt diagnosticeret demens (pct.)	19,3	20,2	25,9	18,1	NS
<i>Demensstype (pct.)</i>	(n=67)	(n=17)	(n=7)	(n=43)	NS
Alzheimers	38,8	47,1	42,9	34,9	
Vaskulær (+Alzheimers)	29,9	29,4	14,3	32,6	
Anden/uafklaret	31,3	23,5	42,9	32,6	

Note: ^a Chi-i-anden på 2x2 tabeller (Gift vs. andre; Mellem/lang uddannelse vs. andre; Alzheimers vs. andre)

4.4. Beboernes funktionsniveau ved baseline

4.4.1. Baseline kognitiv funktionsvurdering ved MMSE og SIB-S

Svarprocenten:⁸

- Ved 1. baseline var det hensigten, at samtlige beboere skulle MMSE-testes. Hvis MMSE scoren viste sig at være under 15, blev SIB-S også gennemført. Svarprocenten for MMSE og SIB-S ved 1. baseline var henholdsvis 96 pct. og 85 pct. I gennemsnit fik 30 pct. af de deltagende beboere SIB-S ved 1. baseline, men procentdelen varierede mellem enhederne (fra 10 til 54 pct.).
- Ved 3. baseline blev MMSE kun gennemført på de beboere, der havde MMSE score på 15 eller over ved 1. baseline. SIB-S blev gennemført på beboere, der scorede under 15 på MMSE, samt på de beboere, der havde fået SIB-S ved 1. dataindsamling. Svarprocenten for MMSE og SIB-S ved 3. baseline var henholdsvis 94 pct. og 85 pct.
- Ved Midtvejs dataindsamling blev SIB-S gennemført på beboere, der havde fået SIB-S ved 3. dataindsamling. Svarprocenten for SIB-S var 93 pct.
- Ved Afsluttende dataindsamling blev MMSE kun gennemført på de beboere, der havde MMSE score på 15 eller over ved 3. baseline. SIB-S blev gennemført på beboere, der scorede under 15 på MMSE samt på beboere, der havde fået SIB-S ved 4. dataindsamling. Svarprocenten for MMSE og SIB-S ved Afsluttende dataindsamling var henholdsvis 95 pct. og 91 pct.

Kognitiv funktion ved baseline:

- Ifølge MMSE scoren havde lidt under halvdelen af beboerne kraftig kognitiv forringelse (Tabel 25), og ca. en fjerdedel havde normal kognitiv funktion. Der skal dog her tages højde for, at MMSE scoren kan påvirkes negativt af fysiske funktionsindskrænkninger som f.eks. dårlig hørelse, syn eller lammelser.
- Der var ingen signifikant forskel i hverken MMSE score eller SIB-S score mellem Implementerings- og Kontrolgruppen
- Inden for henholdsvis Implementerings- og Kontrolgruppen var der ikke stor variation mellem de enkelte enheder. En enkelt enhed i Implementeringsgruppen (Enhed A), havde dog en signifikant lavere gennemsnitlig MMSE score end de øvrige enheder (dvs. gns. 13,6±8,5 jf. 18,4±7,0 i de andre fire enheder i Implementeringsgruppen).

8 I de tilfælde, hvor MMSE eller SIB-S ikke blev gennemført, skyldtes det kommunikationsproblemer hos beboeren, f.eks. døv/døvstum, dårlig syn, manglende sprog (39 tilfælde), manglende samarbejde fra beboeren (23 tilfælde), svaghed/sygdom hos beboeren (15 tilfælde) eller beboerens dødsfald (5 tilfælde). I yderligere 8 og 10 tilfælde blev henholdsvis MMSE og SIB-S afbrudt på grund af negativ reaktion eller manglende samarbejde fra beboeren.

Tabel 25.

Gns. MMSE score ved 1. baseline

	Alle 10 enheder (n=330)	IG (n=164)	KG (n=166)
Gns. (s.d.)	17,6 (7,5)	17,3 (7,6)	17,8 (7,5)
95% KI	16,8 - 18,4	16,2 - 18,5	16,7 - 19,0
Median (IQR)	18,0 (10,0)	18,0 (11,0)	18,0 (11,0)
Range	0-30	0-30	0-30
<i>Kognitiv funktion (pct.)</i>			
Normal (score 24-30)	23,9	22,6	25,3
Mild forringelse (score 18-23)	29,4	31,7	27,1
Kraftig forringelse (score <18)	46,7	45,7	47,6

Note: MMSE = Mini-Mental State Examination, IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe, n = antal beboere.

4.4.2. Baseline daglige funktionsniveau ved GBS

- Svarprocenten på de forskellige dataindsamlingspunkter varierede fra 97-100 pct.⁹
- Ved 1. baseline havde ca. 70 pct. af de plejepersoner, der udfyldte skemaerne, passet den beboer, de besvarede spørgeskemaer for, i mindst seks måneder; ved Afsluttende datarunde var det 95 pct.
- Ved Midtvejs og Afsluttende datarunde havde henholdsvis 87 pct. (175 ud af 201) og 75 pct. (174 ud af 231) af plejepersonerne tidligere været med til at vurdere beboeren.

GBS score ved 1. baseline:

- De fleste beboere havde enten let forstyrret (56 pct.) eller middel forstyrret (28 pct.) intellektuelle funktion; 7 pct. havde svært forstyrret intellektuelle funktion
- De fleste beboere havde enten ingen emotionel forstyrrelse (42 pct.) eller kun let forstyrrelse (39 pct.); 4 pct. havde svær emotionel forstyrrelse
- De fleste beboere havde enten let forstyrret (44 pct.) eller middel forstyrret (33 pct.) motorisk funktion; 18 pct. havde svært forstyrret motorisk funktion
- Knap halvdelen af beboerne havde ingen eller kun let forstyrrelse i deres motoriske funktionsniveau
- Beboerne i Implementeringsgruppen scorede lidt dårligere på demenssymptomer end beboerne i Kontrolgruppen, men forskellen var ikke statistisk signifikant.

Inden for både Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen var der signifikant forværing i dagligt funktionsniveau fra 1. til 3. baseline (Tabel 26).

Mellem Implementerings- og Kontrolgruppen var der ingen signifikante forskelle ved 1., 2. eller 3. baseline i forhold til dagligt funktionsniveau.

9 I de tilfælde, hvor GBS ikke blev gennemført, skyldtes det manglende udfyldelse af plejepersonen (14 tilfælde) eller beboerens dødsfald (3 tilfælde).

På enhedsniveau havde en enkelt enhed i Implementeringsgruppen (Enhed A) signifikant højere (værre) gennemsnitlig baseline GBS score end de øvrige enheder i Implementeringsgruppen – både i forbindelse med totalscoren og de fire delskalaer.

Tabel 26.

Gns. GBS totalscore ved 1., 2. og 3. baseline

	1. baseline			2. baseline			3. baseline		
	Alle 10 enheder (n=325)	IG (n=158)	KG (n=167)	Alle 10 enheder (n=299)	IG (n=146)	KG (n=153)	Alle 10 enheder (n=299)	IG (n=148)	KG (n=151)
Gns.	44,9	43,9	45,9	45,3	44,9	45,6	48,0	48,0	48,0
s.d.	30,3	30,8	29,9	31,8	32,1	31,6	32,6	32,6	32,6
2. BL vs. 1. BL	-	-	-	NS	NS	NS	-	-	-
3. BL vs. 1. BL	-	-	-	-	-	-	p=0,000	p=0,001	p=0,002
2. BL vs. 3. BL	-	-	-	-	-	-	p=0,000	p=0,002	p=0,000

Note: GBS = Gottfries-Bråne-Steen skala, IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe, n = antal beboere, 1. BL = 1. baseline, 2. BL = 2. baseline, 3. BL = 3. baseline.

4.4.3. Baselinevurdering af agiteret adfærd ved CMAI

- Svarprocenten ved de forskellige dataindsamlingspunkter varierede fra 96 og 100 pct.¹⁰

Inden for Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen:

- var der signifikant mindre hyppigt agiteret adfærd fra 1. til 3. baseline (Tabel 27); dog var der i Kontrolgruppen signifikant hyppigere agiteret adfærd ved 3. baseline end ved 2. baseline.
- var der signifikant mindre forstyrrende agiteret adfærd fra 1. til 2. baseline, men ingen signifikante forskelle mellem 1. og 3. baseline score (Tabel 28).
- var der meget lidt variation mellem enhederne i forhold til CMAI Hyppighed og Forstyrrelse score (data ikke gengivet).

Mellem Implementerings- og Kontrolgruppen var der ingen signifikante forskelle ved 1., 2. eller 3. baseline i forhold til hyppigheden eller forstyrrelsesgraden af agiteret adfærd, heller ikke i forhold til den gennemsnitlige baseline CMAI Hyppighed og Forstyrrelse score (Tabel 29).

10 I de tilfælde, hvor CMAI ikke blev gennemført, skyldtes det hhv. manglende udfyldelse af plejepersonen (18 tilfælde), beboernes indlæggelse (2 tilfælde) eller at beboeren var afgået ved døden (3 tilfælde). Ved hvert dataindsamlingspunkt var der CMAI skemaer med en "8 eller 9 kodning" eller decideret manglende besvarelser. Det højeste antal af disse svar i et skema var 8 (for en beboer), ellers var der højst 4 manglende besvarelser (ud af 29 spørgsmål). På de forskellige dataindsamlingspunkter var der mellem 2,9 pct. og 6,7 pct. beboere med manglende svar; disse beboeres data blev ekskluderet, da CMAI scorerne blev beregnet.

Tabel 27.

Gns. CMAI Hyppighed score ved tre baseline dataindsamlinger

	1. baseline			2. baseline			3. baseline		
	Alle 10 enheder (n=329)	IG (n=162)	KG (n=167)	Alle 10 enheder (n=307)	IG (n=152)	KG (n=155)	Alle 10 enheder (n=300)	IG (n=149)	KG (n=151)
Gns.	10,4	10,9	10,0	8,6	9,0	8,2	8,9	8,8	9,0
s.d.	12,5	13,3	11,7	11,5	12,2	10,8	11,8	12,4	11,3
2. BL vs. 1. BL	-	-	-	p=0,000	p=0,017	p=0,000	-	-	-
3. BL vs. 1. BL	-	-	-	-	-	-	p=0,000	p=0,000	p=0,015
2. BL vs. 3. BL	-	-	-	-	-	-	NS	NS	p=0,024

Note: CMAI = Cohen-Mansfield Agitation Inventory, IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe, n = antal beboere, 1. BL = 1. baseline, 2. BL = 2. baseline, 3. BL = 3. baseline.

Tabel 28.

Gns. CMAI Forstyrrelse score ved tre baseline dataindsamlinger

	1. baseline			2. baseline			3. baseline		
	Alle 10 enheder (n=262)	IG (n=132)	KG (n=130)	Alle 10 enheder (n=204)	IG (n=106)	KG (n=98)	Alle 10 enheder (n=194)	IG (n=98)	KG (n=96)
Gns.	7,0	6,9	7,1	6,5	6,6	6,4	6,7	6,7	6,6
s.d.	8,8	9,1	8,6	8,4	9,4	7,2	8,2	9,3	6,9
2. BL vs. 1. BL	-	-	-	p=0,002	p=0,024	p=0,032	-	-	-
3. BL vs. 1. BL	-	-	-	-	-	-	NS	NS	NS
2. BL vs. 3. BL	-	-	-	-	-	-	NS	NS	NS

Note: CMAI = Cohen-Mansfield Agitation Inventory, IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe, n = antal beboere, 1. BL = 1. baseline, 2. BL = 2. baseline, 3. BL = 3. baseline.

Tabel 29.

Gns. baseline CMAI score

	Alle 10 enheder	IG	KG
Gns. baseline Hyppighed score (s.d.)	(n=341) 9,7 (11,3)	(n=168) 10,3 (12,5)	(n=173) 9,1 (10,1)
CMAI delskalaer score (s.d.)			
Fysisk aggressiv adfærd	1,0 (2,6)	1,1 (2,9)	1,0 (2,4)
Fysisk, ikke-aggressiv adfærd	3,5 (5,6)	3,9 (6,1)	3,2 (5,0)
Verbal, aggressiv adfærd	1,0 (1,8)	1,0 (1,8)	1,0 (1,8)
Verbal, ikke-aggressiv adfærd	4,1 (4,6)	4,4 (4,8)	3,9 (4,4)
Gns. baseline Forstyrrelse score (s.d.)	n=282 6,0 (7,3)	n=140 6,0 (8,0)	n=142 6,0 (6,6)

Note: CMAI = Cohen-Mansfield Agitation Inventory, IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe, n = antal beboere.

4.4.4. Baselinevurdering af beboernes livskvalitet ved ADRQL

- Svarprocenten på de forskellige dataindsamlingstidspunkter varierede fra 96-100 pct.¹¹

Inden for Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen:

- Der var ingen signifikante forskelle i livskvalitet mellem 1., 2. eller 3. baseline (Tabel 30)
- Der var kun lidt variation mellem enhederne i forhold til beboernes livskvalitet; beboerne i Enhed A (i Implementeringsgruppen) havde signifikant lavere gennemsnitlig ADRQL score end beboerne i de øvrige enheder ved alle 3 baseline dataindsamlinger (dvs. gns. 70,8 ±15,6 jf. 82,7±11,9 i de andre fire enheder i Implementeringsgruppen).

Mellem Implementerings- og Kontrolgruppen var der ingen signifikante forskelle ved de tre baseline dataindsamlinger i forhold til beboernes livskvalitet, heller ikke i forhold til den gennemsnitlige baseline ADRQL score (Tabel 31).

Tabel 30.

Gns. ADRQL total score ved tre baseline dataindsamlinger

	1. baseline			2. baseline			3. baseline		
	Alle 10 enheder (n=342)	IG (n=168)	KG (n=174)	Alle 10 enheder (n=328)	IG (n=163)	KG (n=165)	Alle 10 enheder (n=315)	IG (n=157)	KG (n=158)
Mean	81,3	80,2	82,4	81,5	81,2	81,8	81,3	80,5	82,1
s.d.	13,2	13,3	13,0	14,2	14,4	14,0	14,3	14,5	14,0

Note: ADRQL = Alzheimer Disease Related Quality of Life, IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe, n = antal beboere.

Tabel 31.

Gns. baseline ADRQL totalscore og delscore

	Alle 10 enheder (n=344)	IG (n=170)	KG (n=174)
Gns. baseline ADRQL score (s.d.)	81,0 (13,3)	80,2 (13,6)	81,8 (13,0)
<i>ADRQL delskalaer score (s.d.)</i>			
Social interaktion (SI)	79,1 (15,9)	78,5 (15,6)	79,7 (16,2)
Selvbevidsthed (AS)	73,6 (19,2)	73,6 (19,1)	73,6 (19,3)
Følelser & humør (FM)	86,6 (14,1)	85,7 (14,8)	87,5 (13,2)
Deltagelse & Engagement (EA)	68,6 (25,4)	67,0 (25,4)	70,2 (25,3)
Reaktion på omgivelser (RS)	89,4 (14,6)	87,9 (15,8)	90,8 (13,1)

Note: ADRQL = Alzheimer Disease Related Quality of Life, IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe, n = antal beboere.

11 I de tilfælde, hvor ADRQL ikke blev gennemført, skyldtes det manglende udfyldelse af plejepersonen (18 tilfælde), beboernes indlæggelse (2 tilfælde) eller at beboeren afgik ved døden (3 tilfælde).

4.5. Ændringer i beboernes funktionsniveau over tid

4.5.1. Ændringer over tid i beboernes kognitive funktion ved MMSE og SIB-S

I forhold til MMSE og SIB-S var der henholdsvis 156 og 63 beboere med data fra både baseline og afsluttende dataindsamling.

Inden for Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen:

- Beboere, der blev MMSE testet ved alle dataindsamlinger og *havde normal eller let forringet kognitiv funktion ved 1. baseline* (MMSE score på mindst 18), viste forværring i kognitiv funktion over tid (Tabel 32). Denne ændring var statistisk signifikant for beboere i Kontrolgruppen mellem 1. baseline og afsluttende dataindsamling, men ikke for beboerne i Implementeringsgruppen.
- Beboere, der blev MMSE testet ved alle dataindsamlinger og *havde kraftig kognitiv forringelse ved 1. baseline* (MMSE score <18), viste ikke-signifikant forværring i kognitiv funktionsniveau mellem afsluttende dataindsamling og 3. baseline (Tabel 32). I begge grupper var der signifikant forbedring i MMSE scoren mellem 1. og 3. baseline.
- Beboere, der blev SIB testet ved alle dataindsamlinger viste signifikant forværring i kognitiv funktion over tid (Tabel 33). I Kontrolgruppen var denne forværring signifikant mellem både Baseline og Midtvejs dataindsamling, samt mellem Baseline og Afsluttende dataindsamling. I Implementeringsgruppen var forværringen kun signifikant mellem Baseline og Afsluttende dataindsamling.

Mellem Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen (Tabel 34):

- Der var ingen statistisk signifikant forskel i gns. ændring på MMSE score over tid
- Der var en statistisk signifikant forskel i gns. ændring på SIB-S scoren mellem Baseline og Midtvejs dataindsamlingen, hvor beboerne i Kontrolgruppen viste forværring i kognitiv funktion (scoreændring på -4,4), mens beboerne i Implementeringsgruppen viste en lille forbedring (scoreændring på +0,7). Til gengæld viste beboerne i Implementeringsgruppen en større (dog ikke signifikant) forværring i SIB-S score over hele projektforløbet (-6,7) end beboerne i Kontrolgruppen (-4,5).

Tabel 32.

Ændringer over tid i gennemsnitlige MMSE score

	n	Gns. MMSE score			Gns. ændring i score			Intragruppe ændringer, p-værdi			
		1. BL	3. BL ^a	AS	3. BL- 1. BL ^a	AS- 1. BL	AS- 3. BL ^a	3. BL- 1. BL	AS- 1. BL	AS- 3. BL ^a	
BEGGE GRUPPER SAMLET											
Alle beboere <i>Kognitiv funktion ved 1. BL:</i>	156	22,0	22,2	21,7	+0,2	-0,3	-0,5	NS	NS	NS	
Højere (MMSE ≥ 18)	125	23,6	23,2	22,7	-0,3	-0,8	-0,4	NS	0,019	NS	
Lavere (MMSE < 18)	31	16,0	18,2	17,6	+2,2	+1,6	-0,6	0,000	0,006	NS	
IMPLEMENTERINGSGRUPPE											
Alle beboere <i>Kognitiv funktion ved 1. BL:</i>	76	21,7	22,0	21,7	+0,3	+0,01	-0,3	NS	NS	NS	
Højere (MMSE ≥ 18)	60	23,2	23,0	22,8	-0,2	-0,4	-0,2	NS	NS	NS	
Lavere (MMSE < 18)	16	16,1	18,3	17,8	+2,3	+1,7	-0,6	0,004	0,019	NS	
KONTROLGRUPPE											
Alle beboere <i>Kognitiv funktion ved 1. BL:</i>	80	22,4	22,4	21,7	+0,01	-0,7	-0,6	NS	NS	NS	
Højere (MMSE ≥ 18)	65	23,9	23,4	22,7	-0,5	-1,2	-0,6	NS	0,006	NS	
Lavere (MMSE < 18)	15	15,9	18,1	17,4	+2,2	+1,5	-0,7	0,001	NS	NS	

Note: MMSE = Mini-Mental State Examination (hvor lavere score betyder dårligere kognitiv funktion), n = antal beboere, 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, AS = afsluttende dataindsamling. ^aPga. manglende MMSE data ved 3. BL dataindsamlingen for 1 beboer i IG er beboerantallet lavere. Der var ikke signifikant forskel mellem IG og KG ved 1. eller 3. baseline.

Tabel 33.

Ændringer over tid i gennemsnitlige SIB-S score

	n	Gns. SIB-S score			Gns. ændring i score		Intragruppe ændringer, p-værdi	
		BL	MV ^a	AS	MV-BL ^a	AS-BL	MV-BL ^a	AS-BL
Begge grupper	63	34,1	31,8	28,6	-2,1	-5,5	0,026	0,000
IG	29	33,8	34,2	27,1	0,7	-6,7	NS	0,001
KG	34	34,3	29,9	29,9	-4,4	-4,5	0,003	0,023

Note SIB-S = Severe Impairment Battery - Short Form (hvor lavere score betyder dårligere kognitiv funktion), n = antal beboere, IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe, BL = gennemsnitlig score ved de to baseline dataindsamlinger, MV = midtvejs dataindsamling, AS = afsluttende dataindsamling. ^aPga. manglende SIB-S data ved Midtvejs dataindsamlingen for 1 beboer i IG er beboerantallet lavere. Der var ikke signifikant forskel mellem IG og KG ved baseline.

Tabel 34.

Forskelle mellem IG og KG i scoreændringer på MMSE og SIB-S

	n (IG/KG)	Gns. score forskel mellem AS og 1. BL ^a [95% KI af forskellen]	p- værdi	n (IG/KG)	Gns. score forskel mellem AS og 3. BL ^a [95% KI af forskellen]	p- værdi
Alle beboere (MMSE)	76/80	0,7 [-0,5; 1,9]	NS	76/79	0,3 [-0,7; 1,3]	NS
<i>Kognitiv funktion 1. BL:</i>						
Højere (MMSE ≥ 18)	60/65	0,7 [-0,6; 2,1]	NS	60/64	0,4 [-0,8; 1,5]	NS
Lavere (MMSE < 18)	16/15	0,2 [-2,1; 2,4]	NS	16/15	0,1 [-2,2; 2,4]	NS
		Gns. forskel mellem MV og BL score ^a [95% KI af forskellen]			Gns. forskel mellem AS og BL score ^a [95% KI af forskellen]	
Alle beboere (SIB-S)	28/34	5,1 [1,6; 8,7]	0,005	29/34	-2,2 [-7,2; 2,8]	NS

MMSE = Mini-Mental State Examination, SIB-S = Severe Impairment Battery - Short Form, n = antal beboere i henholdsvis Implementeringsgruppe (IG) og Kontrolgruppe (KG), 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, BL = gennemsnitlig score fra de to baseline dataindsamlinger, MV = midtvejs dataindsamling, AS = afsluttende dataindsamling.
^aEn positiv forskel i scoreændringer peger på et bedre resultat for Implementeringsgruppen end for Kontrolgruppen.

4.5.2. Ændringer over tid i beboernes daglige funktionsniveau ved GBS

Med hensyn til GBS var der i alt 223 beboere med data fra både baseline og afsluttende dataindsamling.

Inden for Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen (Tabel 35):

- Der var i begge grupper en signifikant forværring i dagligt funktionsniveau over tid
- Der var i begge grupper signifikante forværringer over tid på delskalaer for intelligensfunktion, emotionel funktion og motoriske funktion; kun Kontrolgruppen viste dog signifikant forværring over tid på skalaen for beboernes 'demenssymptomer'.

Mellem Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen (Tabel 36):

- Der var ingen statistisk signifikante forskelle i gns. ændringer på GBS totalscore og de tre delskalaer
- Beboere i Kontrolgruppen havde næsten signifikant mindre forværring på GBS delskalaen 'Intellektuel funktion' end beboerne i Implementeringsgruppen – dog havde beboerne i Kontrolgruppen lidt højere gns. baseline score end beboere i Implementeringsgruppen
- Beboere i Implementeringsgruppen, der havde et lavt funktionsniveau ved baseline, oplevede i gennemsnit signifikant større forværring over tid i GBS score i forhold til beboere i Kontrolgruppen, der havde et lavt funktionsniveau ved baseline (gns. scoreændringer på henholdsvis 15,4 og 6,3).

Tabel 35.

Ændringer over tid i gennemsnitlige GBS score

	n	Gns. GBS score			Gns. ændring i score [95% KI]		Intragruppe ændringer (AS-BL), p-værdi
		BL	MV ^a	AS	MV ^a -BL	AS-BL	
BEGGE GRUPPER SAMLET							
Alle beboere	223	40,6	43,8	49,7	3,6 [1,5; 5,7]	9,1 [6,6; 11,7]	0,000
<i>GBS Funktion ved BL:</i>							
Bedre (score ≤42,3)	130	21,4	-	29,7	-	8,3 [5,1; 11,6]	0,000
Værre (score >42,3)	93	67,4	-	77,7	-	10,3 [6,2; 14,3]	0,000
GBS delskalaer	223						
Intellektuel funktion		18,7	-	23,2	-	4,5 [3,1; 5,9]	0,000
Emotionel funktion		3,0	-	4,0	-	0,9 [0,5; 1,4]	0,000
Motorisk funktion		13,4	-	16,3	-	2,8 [2,1; 3,6]	0,000
Demenssymptomer		5,5	-	6,3	-	0,8 [0,3; 1,4]	0,022
IMPLEMENTERINGSGRUPPE							
Alle beboere	108	40,2	42,3	50,7	2,4 [-0,6; 5,5]	10,4 [6,3; 14,5]	0,000
<i>GBS Funktion ved BL:</i>							
Bedre (score ≤42,3)	67	21,9	-	29,2	-	7,4 [2,2; 12,5]	0,005
Værre (score >42,3)	41	70,3	-	85,7	-	15,4 [8,5; 22,2]	0,000
GBS delskalaer	108						
Intellektuel funktion		18,2	-	24,0	-	5,8 [3,6; 8,0]	0,000
Emotionel funktion		3,1	-	4,3	-	1,2 [0,5; 2,0]	0,013
Motorisk funktion		13,5	-	16,3	-	2,7 [1,6; 3,9]	0,000
Demenssymptomer		5,6	-	6,1	-	0,5 [-0,3; 1,2]	NS
KONTROLGRUPPE							
Alle beboere	115	40,9	45,1	48,8	4,7 [1,9; 7,6]	8,0 [4,9; 11,0]	0,000
<i>GBS Funktion ved BL:</i>							
Bedre (score ≤42,3)	63	20,9	-	30,3	-	9,4 [5,3; 13,5]	0,000
Værre (score >42,3)	52	65,1	-	71,4	-	6,3 [1,5; 11,0]	0,014
GBS delskalaer	115						
Intellektuel funktion		19,1	-	22,4	-	3,3 [1,6; 5,0]	0,000
Emotionel funktion		3,0	-	3,7	-	0,6 [0,2; 1,1]	0,009
Motorisk funktion		13,4	-	16,3	-	2,9 [1,9; 3,9]	0,000
Demenssymptomer		5,3	-	6,5	-	1,1 [0,4; 1,9]	0,024

Note: GBS = Gottfries-Bråne-Steen skala (hvor højere score betyder dårligere funktion), n = antal beboere, BL = gns. baseline score fra de tre baseline dataindsamlinger, MV = midtvejs dataindsamling, AS = afsluttende dataindsamling. ^a Pga. manglende GBS data ved MV dataindsamlingen for 7 beboere i både IG og KG er beboerantallet lavere. Der var ikke signifikant forskel mellem IG og KG ved baseline – hverken på total scoren eller de enkelte delskalaer.

Tabel 36.
Forskelle mellem IG og KG i scoreændringer på GBS

	n (IG/KG)	Gns. forskel mellem AS og BL score ^a [95% KI af forskellen]	p-værdi
Alle beboere	108/115	2,4 [-2,6; 7,5]	NS
<i>GBS Funktion ved BL*</i> :			
Bedre (score ≤42,3)	67/63	-2,0 [-8,6; 4,5]	NS
Værre (score >42,3)	41/52	9,1 [1,1; 17,1]	0,025
GBS delskalaer	108/115		
Intellektuel funktion		2,5 [-0,3; 5,2]	(0,075)
Emotionel funktion		0,6 [-0,3; 1,5]	NS
Motorisk funktion		-0,2 [-1,7; 1,3]	NS
Demenssymptomer		-0,7 [-1,7; 0,4]	NS

Note: GBS = Gottfries-Bråne-Steen skala, n = antal beboere i hhv. Implementeringsgruppe (IG) og Kontrolgruppe (KG), BL = gns. baseline score fra de tre baseline dataindsamlinger, AS = afsluttende dataindsamling. ^a En negativ forskel i scoreændringer peger på et bedre resultat for Implementeringsgruppen end for Kontrolgruppen.

4.5.3. Ændringer over tid i beboernes agiterede adfærd ved CMAI

Med hensyn til CMAI var der i alt 217 beboere med data fra hhv. baseline og afsluttende dataindsamling.

Inden for Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen (Tabel 37):

- I hver gruppe var der som helhed ingen statistisk signifikante ændringer over tid i hyppigheden eller i forstyrrelsesgraden af agiteret adfærd
- Hos beboere i Kontrolgruppen, der ved baseline havde mindre *hyppigt* agiteret adfærd, var der signifikant mere hyppigt agiteret adfærd over tid (gns. scoreændring +2,27, p=0,001); dette skyldtes en signifikant forværring (p=0,001) i fysisk ikke-aggressiv adfærd over tid (data ikke gengivet)
- Hos beboere i begge grupper, der ved baseline havde mindre *forstyrrende* agiteret adfærd, var der signifikant mere forstyrrende agiteret adfærd over tid
- Hos beboere i begge grupper, der ved baseline havde mere *forstyrrende* agiteret adfærd, var der tendenser mod mindre forstyrrende agiteret adfærd over tid; dette næsten signifikant for Kontrolgruppen.

Mellem Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen (Tabel 38):

- Der var ingen statistisk signifikante forskelle i den gns. scoreændring på hhv. CMAI Hyppigheds- eller Forstyrrelsesskalaer. Dog gik den gennemsnitlige scoreændring på både Hyppighedsscore og Forstyrrelsesscore for Implementeringsgruppen i retning af mindre hyppigt agiteret adfærd over tid, mens den for Kontrolgruppen gik i retning af mere hyppigt agiteret adfærd over tid
- Beboere i Kontrolgruppen, der havde mindre *hyppigt* agiteret adfærd ved baseline, viste signifikant mere hyppigt agiteret adfærd over tid sammenlignet med den samme gruppe beboere i Implementeringsgruppen (gns. scoreændringer på henholdsvis +2,27 og +0,63, p=0,036).

Tabel 37.

Ændringer over tid i gns. CMAI Hyppighed og Forstyrrelse score

	n	Gns. GBS score			Gns. ændring i score [95% KI]		Intragruppe ændringer (AS-BL), p-værdi
		BL	MV ^a	AS	MV ^a -BL	AS-BL	
BEGGE GRUPPER SAMLET							
Hyppighed af agiteret adfærd							
Alle beboere	217	8,4	8,1	8,6	0,01 [-1,1; 1,4]	0,17 [-1,1; 1,4]	NS
<i>Agiteret adfærd ved BL:</i>							
Mindre hyppigt (score ≤5,3)	108	1,5	-	3,0	-	1,42 [0,6; 2,2]	0,001
Mere hyppigt (score >5,3)	109	15,2	-	14,1	-	-1,1 [-3,4; 1,3]	NS
CMAI delskalaer	217						
Fysisk aggressiv adfærd		0,9	-	1,2	-	0,22	NS
Fysisk ikke-aggressiv adfærd		3,0	-	3,1	-	0,13	NS
Verbal aggressiv adfærd		0,8	-	0,8	-	-0,04	NS
Verbal ikke-aggressiv adfærd		3,6	-	3,5	-	-0,13	NS
Forstyrrelse fra agiteret adfærd							
Alle beboere	143	6,0	6,7	6,1	0,06 [-1,3; 1,5]	0,07 [-1,1; 1,3]	NS
<i>Agiteret adfærd ved BL:</i>							
Mindre forstyr. (score ≤3,3)	64	1,4	-	4,0	-	2,58 [1,1; 4,0]	0,000
Mere forstyrrende (score >3,3)	79	9,8	-	7,8	-	-1,97 [-3,7; -0,2]	0,032
IMPLEMENTERINGSGRUPPE							
Hyppighed af agiteret adfærd							
Alle beboere	110	9,1	8,6	8,4	-0,31 [-1,9; 1,3]	-0,61 [-2,4; 1,2]	NS
<i>Agiteret adfærd ved BL:</i>							
Mindre hyppigt (score ≤5,3)	56	1,7	-	2,3	-	0,63 [-0,1; 1,4]	NS
Mere hyppigt (score >5,3)	54	16,7	-	14,8	-	-1,91 [-5,6; 1,8]	NS
CMAI delskalaer	110						
Fysisk aggressiv adfærd		1,0	-	1,2	-	0,23	NS
Fysisk ikke-aggressiv adfærd		3,6	-	3,3	-	-0,25	NS
Verbal aggressiv adfærd		0,8	-	0,7	-	-0,12	NS
Verbal ikke-aggressiv adfærd		3,7	-	3,2	-	-0,46	NS
Forstyrrelse fra agiteret adfærd							
Alle beboere	70	6,1	6,2	6,0	-0,72 [-3,0; 1,5]	-0,19 [-2,1; 1,7]	NS
<i>Agiteret adfærd ved BL:</i>							
Mindre forstyr. (score ≤3,3)	37	1,7	-	3,6	-	1,91 [0,7; 3,1]	0,009
Mere forstyrrende (score >3,3)	33	11,1	-	8,5	-	-2,54 [-6,3; 1,2]	NS
KONTROLGRUPPE							
Hyppighed af agiteret adfærd							
Alle beboere	107	7,7	7,5	8,7	0,36 [-1,0; 1,7]	0,98 [-0,7; 2,7]	NS
<i>Agiteret adfærd ved BL:</i>							
Mindre hyppigt (score ≤5,3)	52	1,4	-	3,6	-	2,27 [0,9; 3,7]	0,001
Mere hyppigt (score >5,3)	55	13,7	-	13,5	-	-0,25 [-3,4; 2,9]	NS
CMAI delskalaer	107						
Fysisk aggressiv adfærd		0,9	-	1,1	-	0,20	NS
Fysisk ikke-aggressiv adfærd		2,4	-	3,0	-	0,52	NS
Verbal aggressiv adfærd		0,8	-	0,9	-	0,04	NS
Verbal ikke-aggressiv adfærd		3,5	-	3,7	-	0,22	NS
Forstyrrelse fra agiteret adfærd							
Alle beboere	73	5,9	7,2	6,3	0,80 [-1,0; 2,6]	0,32 [-1,2; 1,9]	NS
<i>Agiteret adfærd ved BL:</i>							
Mindre forstyr. (score ≤3,3)	27	1,0	-	4,5	-	3,50 [0,5; 6,5]	0,012
Mere forstyrrende (score >3,3)	46	8,8	-	7,3	-	-1,55 [-3,2; 0,1]	(0,053)

Tabel 37

Note: CMAI = Cohen-Mansfield Agitation Inventory (hvor højere score betyder mere hyppigt eller mere forstyrrende agiteret adfærd), n = antal beboere, BL = gns. baseline score fra de tre baseline dataindsamlinger, MV = midtvejs dataindsamling, AS = Afsluttende dataindsamling. ^aBeboerantallet er lavere ved MV dataindsamlingen pga. manglende CMAI Hyppighed data (for 5 beboere i IG og 13 i KG) og manglende CMAI Forstyrrelse data (for 14 beboere i IG og 14 i KG). Der var ikke signifikant forskel mellem IG og KG ved baseline – hverken på total score eller delskalaer.

Tabel 38.

Forskelle mellem IG og KG i scoreændringer på CMAI

	n (IG/KG)	Gns. forskel mellem AS og BL score ^a [95% KI af forskellen]	p-værdi
CMAI Hyppighed score			
Alle beboere	110/107	-1,6 [-4,1; 0,9]	NS
<i>CMAI Agiteret adfærd ved BL:</i>			
Mindre hyppigt (score ≤5,3)	56/52	-1,6 [-3,2; -0,1]	0,036
Mere hyppigt (score >5,3)	54/55	-1,6 [-6,4; 3,1]	NS
CMAI delskalaer	110/107		
Fysisk aggressiv		0,03 [-0,5; 0,6]	NS
Fysisk ikke-aggressiv		-0,8 [-2,0; 0,5]	NS
Verbal aggressiv		-0,2 [-0,6; 0,2]	NS
Verbal ikke-aggressiv		-0,7 [-1,9; 0,6]	NS
CMAI Forstyrrelse score			
Alle beboere	70/73	-0,5 [-2,9; 1,9]	NS
<i>CMAI Agiteret adfærd ved BL:</i>			
Mindre forstyrrende (score ≤3,3)	37/27	-1,6 [-4,5; 1,3]	NS
Mere forstyrrende (score >3,3)	33/46	-1,0 [-4,6; 2,6]	NS

Note: CMAI = Cohen-Mansfield Agitation Inventory, n = antal beboere i hhv. Implementeringsgruppe (IG) og Kontrolgruppe (KG), BL = gns. baseline score fra de tre baseline dataindsamlinger, AS = Afsluttende dataindsamling.

^a En negativ forskel i scoreændringer peger på et bedre resultat for Implementeringsgruppen end for Kontrolgruppen.

4.5.4. Ændringer over tid i beboernes livskvalitet ved ADRQL

Med hensyn til ADRQL var der 233 beboere med data fra hhv. baseline og afsluttende dataindsamling.

Inden for Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen (Tabel 39):

- Der var ingen signifikante ændringer over tid i Implementeringsgruppen – hverken på den totale ADRQL score eller på de fem delskalaer
- Beboere i Kontrolgruppen viste signifikant forværring over tid i den totale livskvalitets score samt på delskalaen 'Selvbevidsthed'
- Beboere i Kontrolgruppen, der havde højere livskvalitet ved baseline, viste signifikant forværring over tid i deres livskvalitet. De beboere i Implementeringsgruppen, der ved baseline havde højest livskvalitet, viste også en forværring, men ændringen var ikke signifikant.

Mellem Implementerings- og Kontrolgruppen (Tabel 40):

- Der var ingen statistisk signifikante forskelle i gns. ændringer på ADRQL totalscoren og de fem delskalaer.

Tabel 39.

Ændringer over tid i ADRQL totalscore og delskalaer

	n	Gns. ADRQL score			Gns. ændring i score [95% KI]		Intragruppe ændringer (AS-BL), p-værdi
		BL	MV ^a	AS	MV-BL ^a	AS-BL	
BEGGE GRUPPER SAMLET							
Alle beboere	233	83,5	83,7	81,4	0,23 [-1,1; 1,4]	-2,1 [-3,5; -0,8]	(0,053)
<i>Livskvalitet ved BL:</i>							
Højere (score ≥84,6)	113	91,5	-	88,2	-	-3,4 [-5,1; -1,6]	0,012
Lavere (score <84,6)	100	72,8	-	72,3	-	-0,5 [-2,7; 1,7]	NS
ADRQL delskalaer	233						
Social interaktion (SI)		81,4	-	79,4	-	-1,9 [-3,9; 0,0]	NS
Selvbevidsthed (AS)		76,4	-	72,2	-	-4,1 [-6,7; -1,6]	0,019
Følelser og humør (FM)		89,1	-	87,4	-	-1,7 [-3,3; -0,1]	NS
Deltagelse & engagement (EA)		72,9	-	69,9	-	-3,0 [-6,3; 0,3]	NS
Reaktion på omgivelser (RS)		91,0	-	90,6	-	-0,4 [-2,1; 1,3]	NS
IMPLEMENTERINGSGRUPPE							
Alle beboere	113	82,8	83,4	80,9	0,6 [-1,0; 2,3]	-1,8 [-3,9; 0,3]	NS
<i>Livskvalitet ved BL:</i>							
Højere (score ≥84,6)	63	91,5	-	88,6	-	-2,9 [-5,5; -0,2]	NS
Lavere (score <84,6)	50	71,8	-	71,3	-	-0,5 [-3,9; 2,9]	NS
ADRQL delskalaer	113						
Social interaktion (SI)		81,0	-	78,2	-	-2,8 [-5,8; 0,3]	NS
Selvbevidsthed (AS)		75,3	-	72,0	-	-3,3 [-6,9; 0,3]	NS
Følelser og humør (FM)		88,6	-	87,5	-	-1,1 [-3,4; 1,2]	NS
Deltagelse & engagement (EA)		71,1	-	69,7	-	-1,5 [-6,5; 3,6]	NS
Reaktion på omgivelser (RS)		90,2	-	89,9	-	-0,3 [-2,7; 2,1]	NS
KONTROLGRUPPE							
Alle beboere	120	84,2	84,4	81,7	-0,2 [-1,8; 1,5]	-2,5 [-4,3; -0,6]	0,05
<i>Livskvalitet ved BL:</i>							
Højere (score ≥84,6)	70	91,6	-	87,8	-	-3,8 [-6,2; -1,5]	0,016
Lavere (score <84,6)	50	73,8	-	73,3	-	-0,5 [-3,5; 2,5]	NS
ADRQL delskalaer	120						
Social interaktion (SI)		81,7	-	80,6	-	-1,1 [-3,6; 1,4]	NS
Selvbevidsthed (AS)		77,4	-	72,5	-	-5,0 [-8,5; -1,4]	0,012
Følelser og humør (FM)		89,5	-	87,2	-	-2,3 [-4,6; 0,1]	NS
Deltagelse & engagement (EA)		74,6	-	70,1	-	-4,5 [-8,9; -0,1]	NS
Reaktion på omgivelser (RS)		91,8	-	91,3	-	-0,5 [-2,9; 1,9]	NS

Note: ADRQL = Alzheimer Disease Related Quality of Life (hvor lavere score betyder dårligere livskvalitet), n = antal beboere, BL = gns. baseline score fra de tre baseline dataindsamlinger, MV = midtvejs dataindsamling, AS = Afsluttende dataindsamling. ^aBeboerantallet var lavere ved MV dataindsamlingen pga. manglende ADRQL data (for 1 beboer i IG og 7 i KG). Der var ikke signifikant forskel mellem IG og KG ved baseline – hverken på totalscoren eller de fem delskalaer.

Tabel 40.

Forskelle imellem IG og KG i scoreændringer på ADRQL

	n (IG/KG)	Gns. forskel mellem AS og BL score ^a [95% KI af forskellen]	p-værdi
Alle beboere	113/120	0,6 [-2,1; 3,4]	NS
<i>Livskvalitet ved BL:</i>			
Højere (ADRQL score ≥84,6)	63/70	1,0 [-2,5; 4,5]	NS
Lavere (ADRQL score <84,6)	50/50	0,04 [-4,4; 4,5]	NS
ADRQL delskalaer	113/120		
Social interaktion (SI)		-1,6 [-5,5; 2,3]	NS
Selvbevidsthed (AS)		1,7 [-3,4; 6,7]	NS
Følelser og humør (FM)		1,1 [-2,1; 4,4]	NS
Deltagelse & engagement (EA)		3,0 [-3,6; 9,7]	NS
Reaktion på omgivelser (RS)		0,2 [-3,1; 3,5]	NS

Note: ADRQL = Alzheimer Disease Related Quality of Life, n = antal beboere i hhv. Implementeringsgruppe (IG) og Kontrolgruppe (KG), BL = gns. baseline score fra de tre baseline dataindsamlinger, AS = afsluttende dataindsamling.
^aEn positiv forskel i scoreændringen peger på et bedre resultat for Implementeringsgruppen end for Kontrolgruppen.

4.5.5. Ændringer over tid på enhedsniveau

For at undersøge nærmere, om der var forskelle mellem de enkelte enheder vedrørende ændringer over tid, blev scoreændringer analyseret på enhedsniveau (dog ikke for SIB-S på grund af det begrænsede beboerantal).¹²

MMSE: (Tabel 41)

- Der var statistisk signifikant forskel i den gns. ændring på MMSE scoren mellem 1. baseline og Afsluttende dataindsamling for MMSE score for beboerne fra to enheder i Implementeringsgruppen. Den ene enhed viste forbedring og den anden forværring i MMSE scoren.
- Der var ingen statistisk signifikante forskelle i den gns. ændring på MMSE score mellem 3. baseline og Afsluttende dataindsamling.

GBS, CMAI og ADRQL: (Tabel 42)

- Der var signifikant dårligere gennemsnitligt dagligt funktionsniveau (GBS) over tid hos beboerne fra tre enheder i Implementeringsgruppen og fra to enheder i Kontrolgruppen
- Der var ingen signifikante ændringer over tid i CMAIs Hyppigheds- eller Forstyrrelsesscore
- Beboerne i en enhed i Implementeringsgruppen viste signifikant forværret livskvalitet (ADRQL) over tid.

12 En lignende analyse på afdelingsniveau blev overvejet, men ikke gennemført. Det viste sig at være umuligt at identificere 'gode' og 'mindre gode' afdelinger i forhold til plejepersonalets anvendelse af reminiscens. Herudover var beboerantallet på afdelingsniveau lavt – det højeste antal var 14.

Overordnet set viste flere enheder i Implementeringsgruppen end i Kontrolgruppen forbedringer i agiteret adfærd og livskvalitet (Tabel 43). Der var ingen enheder i Implementeringsgruppen, der viste forbedringer på flere instrumenter.

*Tabel 41.
Scoreændringer over tid på enhedsniveau for MMSE*

Enhed	n	Gns. MMSE scoreændring (AS - 1. BL)	p-værdi	n	Gns MMSE scoreændring (AS - 3. BL)	p-værdi
A	7	-2,7	p=0,043	7	-1,0	NS
B	17	0,0	NS	17	-1,0	NS
C	20	+1,4	p=0,032	20	+0,3	NS
D	12	-0,7	NS	12	-1,6	NS
E	20	+0,1	NS	20	-0,2	NS
Total IG	76	+0,01	NS	76	-0,3	NS
F	20	-0,8	NS	19	+0,1	NS
G	10	-1,9	NS	10	-0,1	NS
H	16	+0,3	NS	16	-1,4	NS
I	16	-1,8	NS	16	-1,5	NS
J	18	+0,3	NS	18	-0,2	NS
Total KG	80	-0,7	NS	79	-0,6	NS

Note: MMSE = Mini-Mental State Examination, n = antal beboere på de enkelte enheder, IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe, 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, AS = Afsluttende dataindsamling.

Tabel 42.

Scoreændringer over tid på enhedsniveau for GBS, CMAI og ADRQL

Enhed	GBS score			CMAI Hyppighed			CMAI Forstyrrelse			ADRQL score		
	n	Gns. ændring (AS-BL)	p-værdi	n	Gns. ændring (AS-BL)	p-værdi	n	Gns. ændring (AS-BL)	p-værdi	n	Gns. ændring (AS-BL)	p-værdi
A	18	12,7	0,017	20	-3,4	NS	18	-0,3	NS	20	-4,2	0,012
B	23	5,3	NS	21	+0,3	NS	12	+1,3	NS	22	+1,9	NS
C	24	13,4	0,017	24	-0,2	NS	16	-0,4	NS	24	-5,0	NS
D	19	14,2	0,002	20	-1,1	NS	12	+1,2	NS	23	-1,3	NS
E	24	7,6	NS	24	+1,0	NS	12	+1,4	NS	24	-0,5	NS
Total IG	108	10,4	0,000	109	-0,6	NS	70	-0,2	NS	113	-1,8	NS
F	26	5,8	NS	24	+3,1	NS	18	+1,0	NS	27	-3,5	NS
G	14	11,6	0,020	13	+0,5	NS	10	+1,5	NS	15	-2,0	NS
H	24	12,4	0,002	24	-1,0	NS	19	-2,7	NS	26	-3,3	NS
I	24	5,6	NS	19	+1,1	NS	14	+1,4	NS	24	-1,1	NS
J	27	6,4	NS	25	+1,7	NS	12	+1,7	NS	28	-2,0	NS
Total KG	115	8,0	0,000	105	1,1	NS	73	0,3	NS	120	-2,5	0,050

Note: GBS = Gottfries-Bråne-Steen skala, CMAI = Cohen-Mansfield Agitation Inventory, ADRQL = Alzheimer Disease Related Quality of Life, n = antal beboere på de enkelte enheder, IG = Implementeringsgruppen, KG = Kontrolgruppen, BL = gennemsnitlig baseline, AS = Afsluttende dataindsamling.

Tabel 43.

Oversigt over scoreændringers retning på enhedsniveau (beboerne)

	MMSE (AS-3. BL)	GBS	CMAI Hyppighed	CMAI Forstyrrelse	ADRQL
Enhed A	Værre ^a	Værre ^a	Bedre	Bedre	Værre ^a
Enhed B	Værre	Værre	Værre	Værre	Bedre
Enhed C	Bedre ^a	Værre ^a	Bedre	Bedre	Værre
Enhed D	Værre	Værre ^a	Bedre	Værre	Værre
Enhed E	Værre	Værre	Værre	Værre	Værre
Total IG	Uændret	Værre^a	Bedre	Bedre	Værre
Enhed F	Bedre	Værre	Værre	Værre	Værre
Enhed G	Værre	Værre ^a	Værre	Værre	Værre
Enhed H	Værre	Værre ^a	Bedre	Bedre	Værre
Enhed I	Værre	Værre	Værre	Værre	Værre
Enhed J	Værre	Værre	Værre	Værre	Værre
Total KG	Værre	Værre^a	Værre	Værre	Værre^a

Note: MMSE = Mini-Mental State Examination, GBS = Gottfries-Bråne-Steen skala, CMAI = Cohen-Mansfield Agitation Inventory, ADRQL = Alzheimer Disease Related Quality of Life, IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe, 3. BL = 3. baseline, AS = Afsluttende dataindsamling. ^a Ændringen var signifikant på 5 pct. signifikansniveau.

4.5.6. Ændringer over tid i forhold til antallet af reminiscenssessioner

Tabel 44 viser antallet af reminiscenssessioner givet i forhold til beboernes baseline kognitive niveau.

Der var ingen statistiske forskelle i scoreændringer på hhv. MMSE, SIB, GBS, CMAI og ADRQL mellem beboere, der fik meget reminiscens (defineret som mindst 11 generelle reminiscenssessioner, mindst 6 specifikke reminiscenssessioner eller mindst 50 spontane reminiscenssessioner) og beboere, der fik mindre eller ingen reminiscens – og heller ikke da analysen blev gentaget blandt beboere med henholdsvis ingen, let og kraftig kognitiv forringelse (data ikke gengivet).

Tabel 44.

Antal reminiscenssessioner givet i forhold til beboernes baseline kognitive niveau

	Normal kognitiv funktion (n=37 beboere)	Mild kognitiv forringelse (n=52 beboere)	Kraftig kognitiv forringelse (n=75 beboere)
Generel reminiscens (pct.)			
Ingen	27,0	25,0	21,3
≤10 sessioner	62,2	48,1	53,3
11+ sessioner	10,8	26,9	25,3
Specifik reminiscens (pct.)			
Ingen	51,4	51,9	57,3
≤5 sessioner	45,9	40,4	30,7
6+ sessioner	2,7	7,7	12,0
Spontan reminiscens (pct.)			
Ingen	5,4	7,7	8,0
≤50 sessioner	75,7	57,7	56,0
50+ sessioner	18,9	34,6	36,0

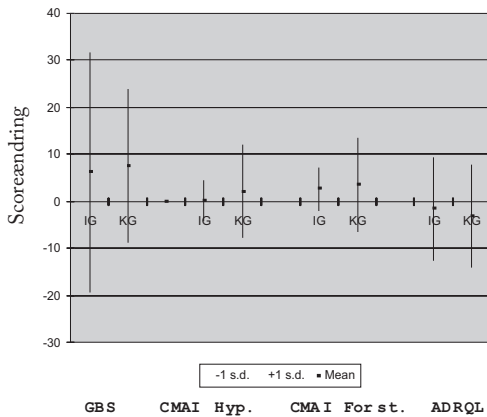
4.5.7. Ændringer over tid i forhold til beboernes baseline kognitive funktion

Blandt beboere med *normal kognitiv funktion* ved 3. baseline viste beboerne i Implementeringsgruppen mindre forværring i daglig funktion (GBS), mindre forværring i agiteret adfærd (CMAI Hyppighed og Forstyrrelse) og mindre forværring i livskvalitet (ADRQL) sammenlignet med beboerne i Kontrolgruppen (Figur 6). Dog var ingen af disse forskelle statistisk signifikante.

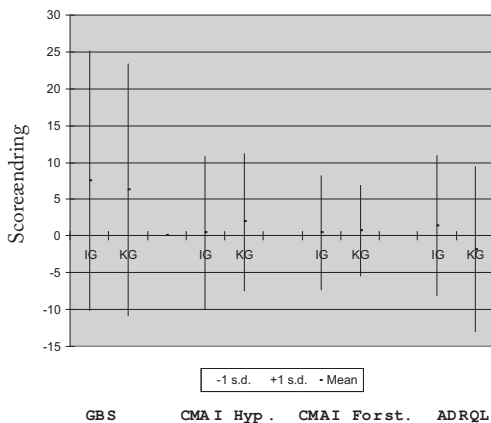
Blandt beboere med *forringet kognitiv funktion* ved 3. baseline viste beboerne i Implementeringsgruppen lidt større forværring i daglig funktion (GBS), men mindre forværring i agiteret adfærd (CMAI Hyppighed og Forstyrrelse) og en forbedring i livskvalitet (ADRQL) sammenlignet med en forværring i livskvalitet set hos Kontrolgruppen (tilnærmelsesvis signifikant forskel, $p=0,097$), se Figur 6.

Figur 6.

Scoreændringer over tid i forhold til kognitiv funktion ved 3. baseline

a) Beboere med normal kognitiv funktion (MMSE \geq 24) ved 3. baseline

b) Beboere med forringet kognitiv funktion (MMSE < 24) ved 3. baseline



GBS & CMAI: Positiv (negativ) scoreændring AS-BL betyder forværret (forbedret) dagligt funktionsniveau over tid. ADRQL: Positiv (negativ) scoreændring AS-BL betyder forbedret (forværret) livskvalitet over tid. IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe.

4.5.8. Multipel regressionsanalyse af scoreændringer over tid

Ud over reminiscensimplementering kunne man forestille sig, at beboernes scorer på måleinstrumenterne påvirkes af sociodemografiske og kliniske variable (ved baseline), helbreds-mæssige ændringer eller negative livsoplevelser i projektets forløb i form af f.eks. dødsfald eller alvorlig sygdom i familien. Multiple regressionsanalyser blev foretaget for at undersøge, hvorvidt disse variable var forbundet med beboernes scoreændringer over tid.

Tabel 45 viser resultaterne af regressionsanalyserne på ændringsscoren for henholds-

vis MMSE (kognitiv funktion), GBS (dagligt funktionsniveau), CMAI (hyppighed af og forstyrrelse fra agiteret adfærd) og ADRQL (livskvalitet). SIB-S data blev ikke analyseret pga. det begrænsede beboerantal.

Samtlige regressionsanalyser havde Durbin-Watson-værdier¹³ mellem 1,5 og 2,5. For alle modeller, med undtagelse af modellen for GBS,¹⁴ var ANOVA F-værdien signifikant, ensbetydende med at modellerne ikke var uden forklaringsgrad.

Resultaterne viste følgende:

- En demensdiagnose påvirkede scorerne negativt
En demensdiagnose havde en signifikant påvirkning på samtlige måleinstrumenterne. Beboere, der var lægeligt diagnosticeret med demens, viste signifikant større scoreændringer over tid i retning af højere score på GBS, CMAI Hyppighed og CMAI Forstyrrelse og i retning af lavere score på ADRQL, MMSE og SIB-S. Dvs. en demensdiagnose var, over tid, forbundet med dårligere dagligt funktionsniveau, mere hyppigt og mere forstyrrende agiteret adfærd, lavere livskvalitet og forværret kognitiv funktion.
- Bedre funktion ved baseline påvirkede scorerne negativt
Beboere med bedre funktion, vurderet ved CMAI, ADRQL og MMSE, viste signifikant større scoreændringer over tid i retning af højere (værre) score på CMAI Hyppighed og CMAI Forstyrrelse og i retning af lavere (værre) score på ADRQL og MMSE. Dette fortolkes som en afspejling af en generel forværring i funktion blandt beboerne mht. agiteret adfærd og livskvalitet. Det kan dog også skyldes regression til gennemsnittet eller ceiling-effekt.
- Forværret fysisk funktion forbundet med dårligere dagligt funktionsniveau
Beboere, der havde ændringer i deres fysiske tilstand, der indebar øget indsats af fysio- eller ergoterapi, viste signifikant større scoreændringer over tid i retning af højere score på GBS, dvs. dårligere dagligt funktionsniveau. (Disse beboere viste også en næsten signifikant forværring i ADRQL scoren, dvs. forværret livskvalitet.)
- Forværret kognitiv funktion for beboere med ændringer i medicin
Beboere, der fik ændringer i deres medicinering, viste signifikant større scoreændringer over tid i retning af lavere score på MMSE, dvs. forværring i kognitiv funktion. Disse medicinændringer inkluderede dog både forhøjet dosis, formindsket dosis, seponering af en medicin eller påbegyndelse af en ny medicin. Det er derfor muligt, at det afspejler en forværring i beboerens bevidsthed, stemningsleje eller generel tilstand.

13 Test for multikollinearitet-værdierne var inden for de tilladte grænser, så der var ingen problemer hermed.

14 For GBS-modellen var ANOVA p-værdi = 0,058.

Tabel 45.

Multipel regressionsanalyse af beboernes scoreændringer over tid

	MMSE Kognitiv funktion		GBS Dagligt funktionsniveau		ADRQL Livskvalitet		CMAI Hyppighed af agiteret adfærd		CMAI Forstyrrelse fra agiteret adfærd	
	Beta	p-værdi	Beta	p-værdi	Beta	p-værdi	Beta	p-værdi	Beta	p-værdi
Konstant	8,290	0,016	-2,945	0,804	25,732	0,003	2,093	0,707	0,553	0,896
Beboers køn (kvinde=1)	1,205	0,053	0,297	0,919	-0,192	0,900	-1,035	0,442	-0,446	0,684
Beboers alder	-0,049	0,164	0,096	0,497	-0,129	0,089	0,038	0,573	0,048	0,352
Demensdiagnose (diagnose=1)	-1,975	0,019	9,583	0,005	-4,962	0,008	3,605	0,025	2,306	0,057
Ændringer i CNS medicin (ja=1)	-1,462	0,040	3,716	0,240	-1,050	0,540	0,101	0,945	-1,329	0,269
Ændringer i beboers fysiske tilstand (ja=1)	-0,974	0,200	8,969	0,007	-3,364	0,055	0,645	0,667	0,314	0,792
Diagnose/ behandling somatisk sygdom (ja=1)	0,252	0,677	-1,339	0,631	1,096	0,464	-1,879	0,137	-0,481	0,657
Negative hel- bredsmæssige life events (oplevet=1)	0,197	0,773	-2,399	0,489	1,590	0,380	-2,740	0,077	-1,445	0,283
Instrumentets score ved 1. baseline	-0,223	0,001	-0,036	0,461	-0,191	0,002	-0,421	0,000	-0,650	0,000
Implementerings- eller Kontrol- gruppe (IG=1)	0,593	0,380	2,267	0,460	1,082	0,512	-0,840	0,545	-0,749	0,539
Antal generel reminiscens (>10=1)	0,601	0,611	2,858	0,564	0,148	0,954	-2,261	0,301	-0,573	0,736
Antal specifik reminiscens (>5=1)	1,059	0,576	4,460	0,550	-5,997	0,138	3,100	0,352	-1,650	0,525
Antal spontan reminiscens (>49=1)	-1,501	0,105	-0,945	0,816	-1,026	0,631	0,798	0,655	2,649	0,081
Justeret R ²	0,12	-	0,04	-	0,04	-	0,183	-	0,39	-

Note: MMSE = Mini-Mental State Examination, GBS = Gottfries-Bråne-Steen skala, ADRQL = Alzheimer Disease Related Quality of Life, CMAI = Cohen-Mansfield Agitation Inventory, CNS = centralnervesystem.

4.6. Opsummering: konsekvenser af reminiscens for beboerne

4.6.1. Konsekvenser af reminiscens for kognitiv funktion

En oversigt over resultaterne i forhold til beboernes kognitive funktion målt ved MMSE og SIB-S præsenteres i Informationsboks 16 og Figur 7.

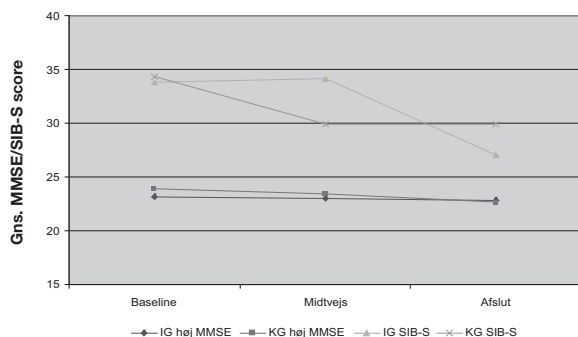
Informationsboks 16.

Konsekvenser af reminiscens for beboernes kognitive funktion

- Blandt beboere med bedre kognitiv funktion ved baseline (MMSE score ≥ 18) viste beboere i begge grupper **forværret kognitiv funktion** over tid (statistisk signifikant for Kontrolgruppen)
- Blandt beboere med dårligere kognitiv funktion ved baseline (ved SIB-S) viste beboere i Implementeringsgruppen en **mulig forsinket forværring** i kognitiv funktion (signifikant forskel mellem de to grupper ved Midtvejs dataindsamlingen)

Figur 7.

Scoreændringer over tid på MMSE og SIB-S for IG og KG



Note: MMSE = Mini-Mental State Examination, SIB-S = Severe Impairment Battery - Short Form, IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe. MMSE score kan variere fra 0 til 30 (normal kognitiv funktion). SIB-S anvendtes for beboere med MMSE score < 15 , score kan variere fra 0-50. På MMSE viste beboerne i både IG og KG, der havde normal eller let forringet kognitiv funktion ved 1. baseline (høj MMSE), forværring i kognitiv funktion over tid: denne ændring var statistisk signifikant for KG.

På SIB-S viste beboere i både IG og KG signifikant forværring i kognitiv funktion over tid mellem baseline og afsluttende dataindsamling. For beboere i KG var der også signifikant forværring i kognitiv funktion mellem baseline og midtvejs dataindsamlingen.

MMSE instrumentet

Beboerne i Kontrolgruppen viste som helhed en ikke-signifikant forværring i kognitiv funktion på 0,7 point målt ved MMSE, mens de beboere, der ingen eller kun mild kognitiv forringelse havde ved baseline, viste en signifikant gennemsnitlig forværring på 1,2 point. Andre studier har rapporteret forværring i kognitiv score over tid hos personer med Alzheimers på henholdsvis 3 point [fra 11 til 8 over 1 år (118)], 3 point [fra 13,4 til 10,1 over 1 år (119)] og 2 point [fra 11,4 til 9,4 (120)]. Man kan dog ikke direkte sammenligne deres resultater for demensprogression med vores resultat, da progressionen for Alzhei-

mers og andre demenssygdomme varierer. Ligeledes er det ikke alle beboerne, der har deltaget i nærværende studie, der lider af en demenssygdom. Uanset demenssygdomstype er det dog forventet, at der sker et fald over tid i det kognitive funktionsniveau.

Selv om beboerne i Implementeringsgruppen havde et stort set uændret kognitivt funktionsniveau over tid (ændring på +0,01 point), var der ingen statistisk signifikant forskel i den gennemsnitlige scoreændring mellem Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen. Vi kan derfor hverken bekræfte eller afvise, at anvendelse af reminiscens har en effekt på kognitiv funktion målt ved MMSE. Resultaterne peger dog på, at reminiscens muligvis kan være med til at begrænse progressionen af den kognitive forværring.

Andre studier, der har vurderet effekten af psykosociale interventioner på kognitiv funktion, rapporterer tilsvarende resultater: enten har de ikke fundet nogen ændringer i MMSE score over tid, eller kun en lille forbedring i forhold til en kontrolgruppe:

- Spector et al. 2003 (121): 167 hjemmeboende og plejehjemsbeboere med demens (10-24 på MMSE) uden alvorlige problemer med hensyn til syn, hørelse eller fysisk begrænsninger blev randomiseret til enten cognitive stimulation theory (CST) (n=97) eller en kontrolgruppen (n=70, fortsatte med sædvanlige aktiviteter). Efter syv uger viste MMSE score signifikant (p=0,04) forbedring i interventionsgruppen (+0,9 point) over kontrolgruppen (-0,4 point).
- Thorgrimson et al 2002 (47): syv hjemmeboende ældre med demens, der modtog syv ugentlige grupperemiscenssessioner, viste ingen statistisk forskel fra kontrolgruppen (n=3), men scoreændringen på MMSE var positiv (bedre) i Implementeringsgruppen og negativ (forværret) i kontrolgruppen.
- Namazi & Haynes 1994 (120): fem ældre med Alzheimers (MMSE score 11-13) fik tolv grupperemiscenssessioner med sensoriske stimuli (30 min., 3 gange om ugen i 4 uger), mens fem i den ene kontrolgruppe fik tolv uformelle samtaler om nutidige og fremtidige begivenheder, og fem i en anden kontrolgruppe ingen samtaler fik. Den gns. MMSE score i interventionsgruppen blev bedre (13,4 til 14,8 point, dog p=0,09), men blev (ikke-signifikant) værre i begge kontrolgrupper (12,6 til 11,8 og 11,4 til 9,4).
- Lai et al. 2004 (53): 36 plejehjemsbeboere med DSM/IV demens, der fik individuelle ugentlige 30-min. reminiscenssessioner i 6 uger, viste ingen signifikante ændringer på MMSE i forhold til kontrolgrupper.

SIB-S instrumentet

Beboerne i Kontrolgruppen viste en signifikant forværring (på 4,5 point), som allerede kunne ses ved Midtvejs dataindsamlingen. Andre studier har vist forværring i SIB-S score over tid hos personer med Alzheimers på henholdsvis 13 point [fra 79 til 66 over 1 år (118)] og 10 point [fra 91 til 81 efter gns. 34 uger (82)]. Som dog også noteret i nærværende studie, blev der rapporteret, at selv om de fleste personer viste forværring, var der også nogle, der viste forbedring over tid (82).

Beboerne i Implementeringsgruppen viste også en signifikant forværring på SIB-S scoren (6,7 point), men denne forværring opstod kun ved Afsluttende dataindsamlingen. Der fandtes statistisk signifikant forskel ved Midtvejs dataindsamlingen i gns. SIB-S scoreændring, hvor Kontrolgruppen viste forværring i kognitiv funktion (scoreændring på -4,4), mens Implementeringsgruppen stort set ikke viste nogen ændring (scoreændring på +0,7,

$p=0,005$). Der er derfor tale om en mulig forsinket forværring i det kognitive funktionsniveau hos de mest kognitive forringede beboere i Implementeringsgruppen, målt ved SIB-S.

4.6.2. Konsekvenser af reminiscens for dagligt funktionsniveau

En oversigt over resultaterne i forhold til beboernes daglige funktionsniveau målt ved GBS præsenteres i Informationsboks 17 og Figur 8.

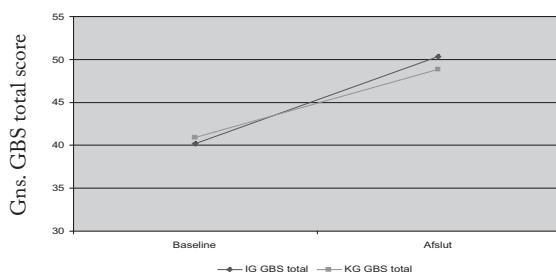
Informationsboks 17.

Konsekvenser af reminiscens for beboernes daglige funktionsniveau

- Beboere i både Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen viste signifikant dårligere dagligt funktionsniveau over tid – både mht. total GBS scoren og for de tre delskalaer (Intellektuel, Emotionel og Motorisk funktion)
- Demenssymptomer blev forstærket i begge grupper, men kun signifikant for beboerne i Kontrolgruppen

Figur 8.

Ændringer over tid på gns. GBS totalscore for IG og KG



Note: GBS = Gottfries-Bråne-Steen skala, IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe. GBS totalscoren kan variere fra 0 til 162 (dårligst funktion). Beboerne i både IG og KG viste signifikant dårligere dagligt funktionsniveau over tid. Der var ikke signifikant forskel mellem de to grupper.

Beboerne i Kontrolgruppen viste signifikant forværring i deres gennemsnitlige daglige funktionsniveau over tid, herunder på alle fire GBS delskalaer. Forværringen i GBS totalscoren var på 8 point (fra 41 til 49); dette er mindre end det tab på ca. 13 point over 1 år, der blev rapporteret hos hjemmeboende patienter med mild til svær demens uden behandling (86), men er mere end det tab på 4,5 over 1 år observeret blandt hjemmeboende personer med mild til moderat demens med en baseline GBS score på 29 ± 12 (87).

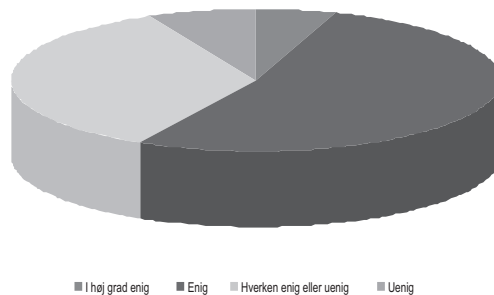
Beboerne i Implementeringsgruppen viste også signifikant forværring i dagligt funktionsniveau over tid, herunder på tre ud af fire GBS delskalaer. Forværringen i GBS totalscoren, der var på 11 point, dvs. fra 40 til 51, var endda lidt større end hos beboere i Kontrolgruppen.

Især blandt beboere med lavt funktionsniveau ved baseline (baseline GBS score >42) sås en markant forværring over tid i Implementeringsgruppen. Til gengæld var demenssymptomer forstærket i begge grupper, men kun signifikant for beboerne i Kontrolgruppen.

At reminiscens ikke nødvendigvis har en (stor) effekt på beboernes daglige funktionsniveau afspejles desuden i personalets vurdering af reminiscensmetodens indflydelse, hvor kun ca. en femtedel mente, at reminiscens havde styrket beboernes daglige færdigheder (Figur 9).

Figur 9.

Personalets vurdering om, hvorvidt anvendelse af reminiscens havde styrket beboerne i deres daglige færdigheder



Note: I det afsluttende spørgeskema blev personalet på de fem implementeringsenheder bedt om at vurdere, hvor enige de var i udsagnet 'Reminiscens styrker beboerne i deres daglige færdigheder', se afsnit 5.7.1.

Der var ingen statistisk signifikant forskel i den gns. scoreændring på GBS mellem Implementerings- og Kontrolgruppen. Dette peger på, at anvendelse af reminiscens ikke umiddelbart har en effekt på beboernes daglige funktionsniveau, vurderet med GBS-instrumentet.

GBS-instrumentet blev udfyldt i nærværende studie af plejepersonalet. Edberg et al. 2000 (122) fandt, at inter-rater reliabilitet var højere for items under delskalaen Intellektuel funktion end for items under delskalaen Emotional funktion, selv om plejepersonalet vurderede beboere, som de kendte meget godt. Forfatterne foreslog, at plejepersonernes vurdering muligvis var påvirket af plejepersonens egne tilstand, herunder deres personlighed. Det er således muligt, at personalets karakteristika med hensyn til empatisk evne, pligtfølelse og emotionel stabilitet kunne føre til under- eller over-vurdering af problemer hos beboeren (123). Man forsøgte i nærværende studie at sikre, at den samme omsorgsnyder vurderede beboeren hele studiet igennem, men det var ikke altid muligt. Selv om den omsorgsnyder, der bedst kendt beboeren, udfyldte instrumenterne hver gang, er det derfor muligt, at scorerne er blevet påvirket af, at de stammer fra forskellige omsorgsydervurderinger. Dette er dog gældende i begge grupper.

Et problem med GBS-instrumentet, som flere plejepersoner påpegede undervejs i projektførelsen, var, at der ingen mulighed var for at svare 'ikke muligt at vurdere denne funktion'. Svarmulighederne var ellers 0 (ingen problemer med funktionen) til 6 (kan ikke udføre funktionen). Ved hver af de baseline dataindsamlingerne var der således 5-8 pct. af beboerne, der havde mindst et manglende svar på et GBS item. Andre forskere har oplevet det samme problem med GBS-instrumentet (122).

4.6.3. Konsekvenser af reminiscens for agiteret adfærd

En oversigt over resultaterne i forhold til hyppigheden af og forstyrrelse fra agiteret adfærd hos beboerne målt ved CMAI præsenteres i Informationsboks 18 og Figur 10.

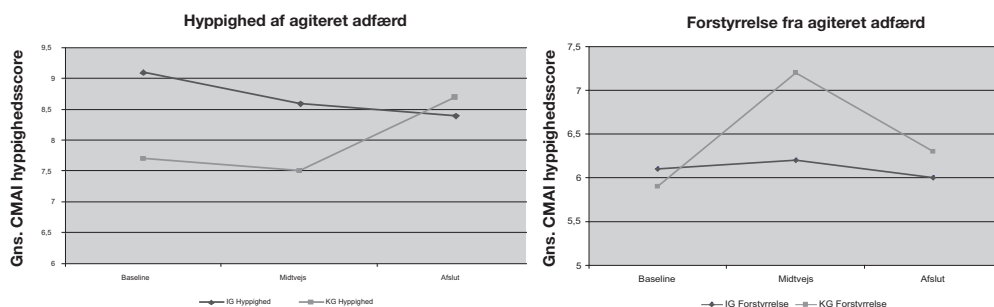
Informationsboks 18.

Konsekvenser af reminiscens for agiteret adfærd hos beboerne

- Forbedring (mindre hyppigt agiteret adfærd) i Implementeringsgruppen
- Forværring (mere hyppigt agiteret adfærd) i Kontrolgruppen
- Ingen statistisk signifikante forskelle over tid i Implementerings- eller Kontrolgruppen eller mellem de to grupper
- Ingen signifikante ændringer i hvor forstyrrende adfærden oplevedes (men forventede retninger)

Figur 10.

Scoreændringer over tid ift. CMAI for IG og KG



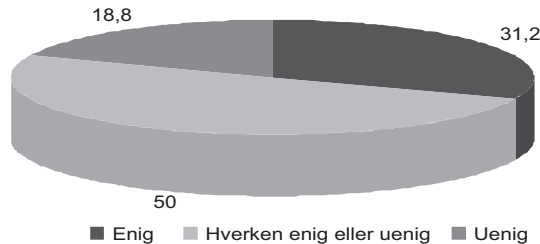
Note: CMAI = Cohen-Mansfield Agitation Inventory (hvor højere score betyder mere hyppigt eller mere forstyrrende agiteret adfærd), IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe. Beboere i IG viste tendens til forbedring, mens beboere i KG viste tendens til forværring; der var dog ingen statistisk signifikante forskelle mellem IG og KG.

Beboerne i Kontrolgruppen viste samlet set ikke nogen signifikant scoreændring over tid på CMAIs Hyppigheds- eller Forstyrrelsescore, herunder på de fire delskalaer. Den signifikante forværring hos beboere med mindre agiteret adfærd ved baseline og den næsten signifikante forbedring hos beboere med mere hyppigt agiteret adfærd ved baseline er muligvis tegn på regression mod gennemsnittet.

Beboerne i Implementeringsgruppen viste endvidere ingen signifikante ændringer på CMAIs Hyppigheds- eller Forstyrrelsesscore over tid, dog gik scoreændringen i Implementeringsgruppen i retning af mindre hyppigt agiteret adfærd over tid, mens Kontrolgruppens scoreændring gik i retning af mere hyppigt agiteret adfærd over tid. De beboere, der ved baseline havde mindst hyppigt agiteret adfærd, udviste mere agiteret adfærd over tid, dog var denne forværring mindre end den, der blev observeret i Kontrolgruppen. Ca. 3 ud af 10 plejepersoner vurderede, at reminiscens havde reduceret problematisk adfærd hos beboerne (Figur 11).

Figur 11.

Personalets vurdering om, hvorvidt anvendelsen af reminiscens havde reduceret problematisk adfærd hos beboerne



Note: I det afsluttende spørgeskema blev personalet på de fem implementeringsenheder bedt om at vurdere, hvor enige de var i udsagnet 'Anvendelse af reminiscens har reduceret problematisk adfærd hos beboerne', se afsnit 5.7.1.

I modsætning til resultaterne fra nærværende studie har undersøgelser af andre psykosociale interventioner rapporteret signifikante forbedringer i CMAI score hos personer med en demenssygdom:

- Ballard et al. 2002 (99): hos 36 plejehjemsbeboere med svær demens og klinisk signifikant agitation (målt ved bl.a. CMAI) efter aromaterapi med *Melissa* essential oil i 4 uger; 60 pct. af beboerne i interventionsgruppen oplevede en 30 pct. forbedring sammenlignet med 14 pct. i kontrolgruppen ($p < 0,001$).
- Van Weert et al. 2005 (124): hos plejehjemsbeboere med moderat til svær demens efter at Snoezelen blev integreret i den daglige omsorg
- Vespa et al. 2002 (125): hos 18 personer med Alzheimers, der fik et program, der omfattede musik, sociale aktiviteter, samtaler, ergoterapi og psykomotoriske aktiviteter i 1 år (gns. score i interventionsgruppen var ca. 80 ved baseline og ca. 55 efter 1 år).

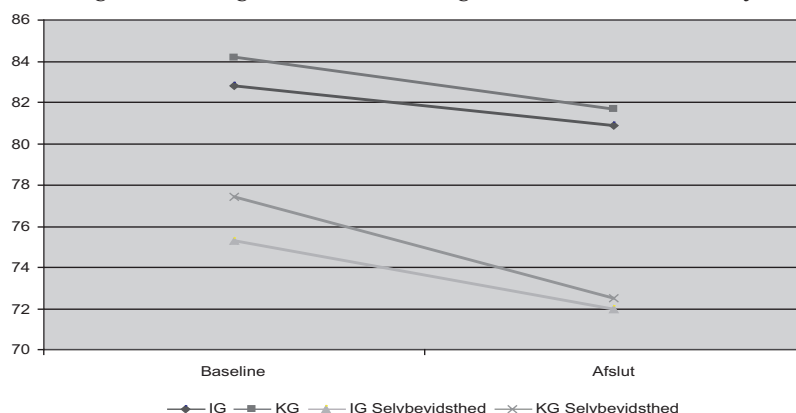
Flere af disse studier omfatter kun beboere, der har symptomer på svær demens. I nærværende studie fandtes der dog ingen signifikante ændringer over tid i agiteret adfærd blandt beboere med forringet kognitiv funktion (MMSE score < 23), se afsnit 4.5.7.

4.6.4. Konsekvenser af reminiscens for beboernes livskvalitet

En oversigt over resultaterne i forhold til livskvalitet hos beboerne målt ved ADRQL præsenteres i Informationsboks 19 og Figur 12.

*Informationsboks 19.**Konsekvenser af reminiscens for beboernes livskvalitet*

- Beboerne i både Implementerings- og Kontrolgruppen udviste forværret livskvalitet over tid. Denne forværring var kun statistisk signifikant for Kontrolgruppen – på hhv. totalscoren og på delskalaen Selvbevidsthed
- Der var ingen statistisk signifikant forskelle mellem Interventions- og Kontrolgruppen mht. ændringen i livskvaliteten over tid

*Figur 12.**Ændringer over tid i gns. ADRQL score og delscoren 'Selvbevidsthed' for IG og KG*

Note: ADRQL = Alzheimer Disease Related Quality of Life (hvor lavere score betyder dårligere livskvalitet), IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe. Beboerne i både IG og KG viste forværret livskvalitet over tid; denne forværring var dog kun signifikant i KG. Beboerne i KG viste også signifikant forværring på delskalaen Selvbevidsthed (hvor beboerne i IG viste ikke-signifikant forværring). Der var ingen statistisk signifikante forskelle mellem IG og KG.

Beboerne i Kontrolgruppen viste signifikant forværring i deres livskvalitet over tid (total ADRQL score; 2,5 point, fra 84,2 til 81,7), samt på delskalaen 'Selvbevidsthed' (fra 77,4 til 72,5; altså en ændring på 5 point). Den signifikante forværring i livskvalitet gjaldt især for beboere, der havde højere livskvalitet ved baseline. Et tidligere studie (blandt 47 plejehjemsbeboere med demens; gns. MMSE score på 8,4) har ligeledes rapporteret en lille men signifikant forværring i den gennemsnitlige ADRQL score (6 point, fra 76 til 70) over to år; den største forværring sås i delskalaen Selvbevidsthed og den mindste i delskalaen Følelser & humør (107). I modsætning til nærværende studie, var det i deres studie beboerne med lavere baseline ADRQL score, der oplevede den største forværring i ADRQL scoren over tid.

Selvom beboerne i både Kontrol- og Implementeringsgruppen viste forværret livskvalitet over tid, var det kun beboerne i Kontrolgruppen, der oplevede signifikante forværringer over tid. På trods af, at der ingen statistisk signifikante forskelle var i de gns. scoreændring på ADRQL mellem Implementerings- og Kontrolgruppen, så pegede

resultaterne, med undtagelse af delskalaen 'Social interaktion', til Implementeringsgruppens fordel.

Tidligere studier vedrørende livskvalitet hos personer med demens har heller ikke kunnet vise en effekt fra psykosociale interventioner:

- Thorgrimson et al. 2002 (47): syv hjemmeboende ældre med demens fik 7 ugentlige gruppereminiscenssessioner, men livskvaliteten (målt med QoL-AD instrumentet) hos de demensramte personer og deres pårørende var stort set uændret
- Sansom et al. 2002 (39): intervention med enten multisensory miljø eller specifik tematiseret reminiscens viste ingen overordnede ændringer i velbefindende; der fandtes, at hver person reagerede forskelligt og viste kortvarig forbedring fra begge tiltag, dog ingen langvarig effekt.
- Politis et al. 2004 (26): 37 plejehjembeboere med DSM-IV demens og apati (efter personalets vurdering) blev randomiseret til enten Geriatrics Network Kit eller ustrukturerede besøg af en aktivitetsterapeut i 4 uger. Der fandtes ingen forskelle mellem de to grupper. Kontrolgruppen viste signifikant forbedring på ADRQL, men deres baseline ADRQL score var også lavere.
- Lai et al. 2004 (53): Der var ingen forbedring på kommunikation, adfærd eller velvære umiddelbart efter interventionen eller seks uger efter.

Andre studier, der har vurderet effekten af adskillige psykosociale interventioner, har rapporteret signifikante ændringer i ADRQL score over tid:

- Spector et al. 2003 (121): 167 hjemmeboende og plejehjemsbeboere med demens (10-24 på MMSE) men ingen større fysiske begrænsninger blev randomiseret til enten cognitive stimulation theory (CST) (n=97) eller til en kontrolgruppe (n=70, fortsatte med sædvanlige aktiviteter). Efter syv uger viste interventionsgruppen forbedring (positiv gns. scoreændring) og kontrolgruppen forværring (negative gns. scoreændring) på QoL-AD instrumentet.

Der er flere udfordringer ved at måle livskvaliteten på personer med en demenssygdom:

- Udviklere af livskvalitetsinstrumenter i demensområdet har anvendt forskellige tilgange, herunder tre generelle typer: a) aktivitetsbaseret instrumenter [f.eks. (126;127)], b) selvudfyldte instrumenter [f.eks. (128)], som behøver en vis evne til at forstå, huske, vurdere og kommunikere, og c) observeret adfærdsbaseret (proxy-rated) instrumenter (129).
- Mange personer med demens ville ikke selv kunne udfylde et måleinstrument, derfor anvendes der ofte proxy-vurderingsinstrumenter, som i nærværende studie. Dette har dog den ulempe, at et individ skal vurdere et andet individs livskvalitet. Plejepersonernes følelsesmæssige tilstand kan påvirke vurderingen. F.eks. kan mere stress og depression hos plejepersonen være forbundet med en lavere proxy-vurderet livskvalitet (130).
- Selektion af relevante domæner: I en gennemgang af instrumenter, der kunne bruges til at måle livskvalitet på individer med en demenssygdom, fandt Ettema et al. (131), at demensspecifikke instrumenter inkluderede mindst et af fire hoveddomæner: selvværd,

aktiviteter, glæde og social interaktion. Byrne-Davis et al. (132) fandt fra fokusgrupper med personer med mild til svær demens, at vigtige faktorer i disses livskvalitet var at kunne bo i eget hjem, uafhængighed, relationer med ægtefællen og familien, glæde og en følelse af at være nyttig. Der er stadig usikkerhed om, hvorvidt det samme måleinstrument kan bruges på alle demenssygdomsstadier, f.eks. om betydningen af de forskellige domæner inden for livskvalitet varierer med graden af demens (131).

5. Konsekvenser af reminiscens for personalet

Dette kapitel beskriver resultaterne for det plejepersonale, der indgik i Reminiscensprojektet. Resultaterne belyser personalets vurdering af egen fysisk og psykisk helbred, samt deres vurdering af følelsesmæssige nedslidning/udbrændthed og arbejdsliv.

Oplysningerne stammer fra et spørgeskema, plejepersonalet blev bedt om at udfylde i alt fire gange i projektforløbet. På enkelte enheder var der et ønske om, at terapeuter og andre, der havde meget med beboerne at gøre i det daglige, ligeledes udfyldte skemaet.

5.1. Kausalmodel og hypoteser for personalet

Der er flere indikationer for, at det at arbejde på plejehjem tærer på personalets fysiske og psykiske helbred. AERådets rapport (133) skaber et billede af, at det er hårdt og belastende at arbejde i den offentlige omsorgssektor. Mange har således både fysiske og psykiske problemer, og mange udvikler en depression. At sygefraværet inden for plejesektoren er høj, understøttes af flere undersøgelser. Det vises således, at det gennemsnitlige årlige sygefravær blandt medarbejdere med direkte daglig kontakt med borgerne er på mindst 12,8 dage (134). I en opgørelse fra Kommunernes Landsforening af sygefraværet inden for det kommunale område er fraværet opgjort til gennemsnitligt 16,3 dage for plejepersonalet (135), og i en undersøgelse foretaget af 6-by-samarbejdet (136), som består af de seks største byer i Danmark, er det blevet dokumenteret, at sygefraværet inden for ældreplejen er oppe på gennemsnitligt 17,7 sygefraværsdage om året i 2004 [gengivet i (134)].

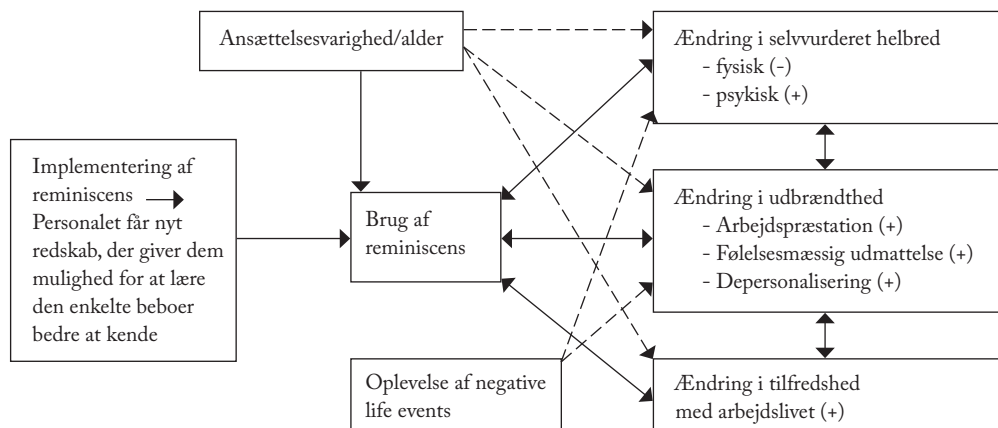
En undersøgelse af, hvilke faktorer, der fører til højt sygefravær blandt plejemedarbejderne i ældreplejen (134), viste:

- at både varighed og intensiteten af fysisk smerter (ryg og nakke) spiller en rolle for sygefraværet
- at jo mere krævende arbejdet bliver oplevet, jo mere sygefravær er der. Dette gælder både krav om højt arbejdstempo, høje følelsesmæssige krav og krav om at skjule følelser under arbejdet samt oplevelse af rollekonflikter. Høje krav påvirker endvidere medarbejdernes trivsel, som igen påvirker sygefraværet
- at medarbejdere, der kun er lidt engagerede i deres arbejdsplads, har mere sygefravær.

Der er således mange faktorer, der påvirker plejepersonalets selvvaluerede helbred og trivsel på en plejeenhed. Fokus for nærværende undersøgelse er på hvilke faktorer, reminiscens har en mulig indflydelse. På basis af viden om forholdene i den danske ældrektor, resultater fra (134) og de forventninger, vi har til reminiscens som pleje-/omsorgsmetode, er en kausalmodel opstillet, jf. Figur 13. Denne figur implicerer en række hypoteser, der nævnes i det følgende.

Figur 13.

Kausalmodel: hvilken betydning forventes reminiscens at have for personalet i Reminiscensprojektet?



Bemærk: Et (-) betyder, at vi ikke forventer, at reminiscens kan påvirke personalet, et (+) betyder, at vi forventer, at reminiscens kan påvirke personalet i positiv retning.

Udgangspunktet for analysen er, at reminiscens medfører, at personalet får et nyt redskab, der gør, at de lærer beboerne bedre at kende. Hvor godt personalet bliver bevidst om brugen og fordelene ved reminiscens afhænger af, hvor godt implementeringen af reminiscens er forløbet, og om hvorvidt personalet gør brug heraf i dagligdagen. Hvorvidt man gør brug af reminiscens kunne afhænge af, hvor længe man havde været ansat på enheden: Personalet, der har været ansat længe, synes måske ikke, at det er nødvendigt med reminiscens – de har nogle faste rutiner og kender allerede beboerne godt og synes måske ikke, at det tilføjer noget nyt. Omvendt kan det dog tænkes, at det er netop dem, der har været ansat længst, der har størst overskud til at gøre brug af den nye metode, og finder, at de kan lære beboeren bedre at kende.

Det må formodes, at alder tilsvarende kan have en indflydelse på, om personalet vil anvende reminiscens. Det kan således tænkes, at de yngre ser reminiscens som en spændende tilgang til at høre noget om 'gamle dage' – det kan dog også tænkes, at det er de yngre, der ikke anvender reminiscens, da de finder det vanskeligt at anvende, da reminiscens berører en tid og ting, de ikke har kendskab til, hvorfor det kan tænkes, at de finder metoden besværlig.

Det vurderes, at reminiscens ikke i sig selv har nogen påvirkning på personalets vurdering af fysisk helbred, men muligvis kan påvirke det psykiske helbred gennem en større tilfredshed med jobbet. Det vurderes derfor, at der må være en vis korrelation mellem personalets psykiske helbred og deres vurdering af følelsesmæssig udbrændthed. Vi formoder, at reminiscens kan have en positiv indflydelse på personalets oplevelse af udbrændthed – i retning af at de føler sig mindre udbrændte. Tanken er, at interaktionen mellem personalet og beboerne på danske plejehjem ofte er centreret omkring beboerens nuværende problemer og derfor kan være ladet med vrede, frygt, forvirring eller fortvivlelse. En løsning på beboerens problemer ligger ikke altid lige for hånden, hvorfor det præsumeres, at

plejepersonen med tiden kan blive kronisk stresset, hvilket kan tære rent følelsesmæssigt på plejepersonen og føre til følelsesmæssig udbrændthed (137). Ved at personalet lærer at bruge reminiscens som problemløsningsmetode, ved f.eks. at kunne aflede beboerens opmærksomhed fra en ubehagelig situation til noget mere behageligt, er tanken, at både beboeren og personalet får det bedre.

Det forventes, at reminiscens kan påvirke personalets arbejdspræstation. Ved at tænke på de ældre som hele mennesker med erfaringer, livshistorie og personlighed kan det således være, at personalet får et incitament for arbejdet; at de oplever et mere meningsfuldt arbejde (23).

Den anvendte arbejdspræstationsskala består af otte spørgsmål, der bruges til at vurdere plejepersonens fornemmelse af kompetence og succesfuld arbejdsopnåelse. Skalaen vurderer bl.a. på, om man som plejeperson føler, at man har let ved at sætte sig ind i beboernes tanker og følelser, om man er god til at håndtere beboernes problemer, om man har positiv indflydelse på andre, om man er fuld af energi, om man kan skabe afslappende atmosfære sammen med beboerne, om man er glad/opstemt, når man har arbejdet sammen med beboerne, om man udretter meget af betydning i arbejdet, og om man kan håndtere følelsesmæssige problemer i arbejdet på en rolig måde. Det forventes, at reminiscens kan være med til at øge personalets arbejdspræstation, netop fordi det forventes, at reminiscens kan gå ind og hjælpe personalet med at håndtere beboere i problemfyldte situationer, samt at man får lært beboerne bedre at kende.

Følelsesmæssig udmattelse-skalaen består af ni spørgsmål og vedrører, om plejepersonen føler, at arbejdet udmatter følelsesmæssigt, om man er udkørt, når arbejdsdagen er slut, om man er udmattet om morgenen ved tanken om endnu en arbejdsdag, om man føler det belastende at arbejde med mennesker, om man føler sig udbrændt pga. arbejdet, om arbejdet gør en frustreret, at man arbejder for meget, at man finder det belastende at arbejde i tæt kontakt med mennesker, og at man føler, at man snart ikke kan klare mere. Igen forventes det, at reminiscens kan være med til at ændre på relationen mellem plejeperson og beboer, så arbejdsdagen evt. ikke føles så tung og trist.

Depersonaliseringsskalaen består af fem spørgsmål og vedrører, om man f.eks. føler, at man behandler nogle af beboerne, som om de var ting, om man er blevet mere ufølsom, er bekymret for om man bliver følelseskold, og om beboerne giver plejepersonen skylden for nogle af deres problemer. Tanken med reminiscens er netop, at man med selv meget demensramte eller problematiske beboere kan få en kommunikation i gang, der gør, at man ikke tingsliggøre, visse beboere. Der forventes således en bedring på denne skala.

Fokus i analysen var derfor at finde ud af, om anvendelsen af reminiscens kan være med til at forbedre personalets situation på en plejeenhed. Udgangspunktet var derfor, om der var evidens hos personalet i Implementeringsgruppen (sammenlignet med personalet i Kontrolgruppen) for:

- forbedret selv vurderet (psykisk) helbred
- mindre følelsesmæssig udbrændthed
- forbedring i holdning til arbejdsliv

Der var derudover en antagelse om, at:

- det personale, der falder fra i forløbet (forventes hovedsageligt at skyldes at plejeperso-

nen ophører sit arbejdsliv på plejeenheden), i gns. ville score dårligere på de anvendte vurderingsinstrumenter, end det personale, der forblev på plejeenheden.

- der kunne være forskel på ændringernes størrelser på de enkelte enheder, der muligvis afspejler, hvor godt reminiscensmetoden blev implementeret.

5.2. Personalets deltagelse og karakteristika ved baseline

Ved det initiale besøg på enhederne i februar 2006 blev der registreret 384 mulige deltagere (Figur 14), dvs. samtlige fastansatte plejepersoner, der ikke umiddelbart havde planlagt pension eller barsel inden for det næste halvår.

Ved den første dataindsamlingsrunde kom der besvarelser fra 353 ansatte, dvs. en svarprocent på ca. 92 pct. af de registrerede mulige. Flere af de registrerede plejepersoner fratrådte dog deres stilling og/eller blev langtidssyge, inden spørgeskemaerne blev udsendt til plejeenhederne, hvorfor den reelle svarprocent var lidt højere.

Den initiale analyse, der blev lavet i forbindelse med randomiseringen af de 10 enheder (ved 1. baseline), viste, at:

- de fleste respondenter (87 pct.) var hjælpere eller social- og sundhedsassistenter
- de fleste (42 pct.) arbejdede i dagvagt, 27 pct. arbejde dag/aften vagt. De resterende arbejdede i aften- eller nattevagt
- de fleste var kvinder (97 pct.)
- den gennemsnitlige alder var 45 år
- den gennemsnitlige ansættelsesvarighed var 7 år.

Der var ingen statistisk signifikante forskelle mellem Implementerings- og Kontrolgruppen i forhold til køn og alder og heller ingen forskelle i forhold til stilling og vagttype (ikke testet statistisk). Respondenterne i Kontrolgruppen havde dog været ansat på enheden i signifikant længere tid end respondenterne i Implementeringsgruppen (som indeholdte flere relativt nye enheder, gns. henholdsvis 8,4 og 5,7 år).

5.2.1. Analyse af frafaldet blandt personalet

Der var stor variation i frafaldets størrelse de enkelte enheder imellem – således sås frafald på mellem 14 og 62 pct. I alt faldt 38,2 pct. af personalet fra. Den primære grund til frafald var, at de ansatte havde ophørt deres arbejdsliv på enheden (Figur 14). Der var forventet et vist personalefrafald, men det oplevede frafald var større end forventet.

En sammenligning mellem det plejepersonale, der blev i studiet, og de ansatte, der faldt fra, viste ingen statistiske forskelle i forhold til SF-12v2 eller MBI-HSS scorerne – heller ikke da analysen blev gentaget inden for henholdsvis Implementerings- og Kontrolgruppen.

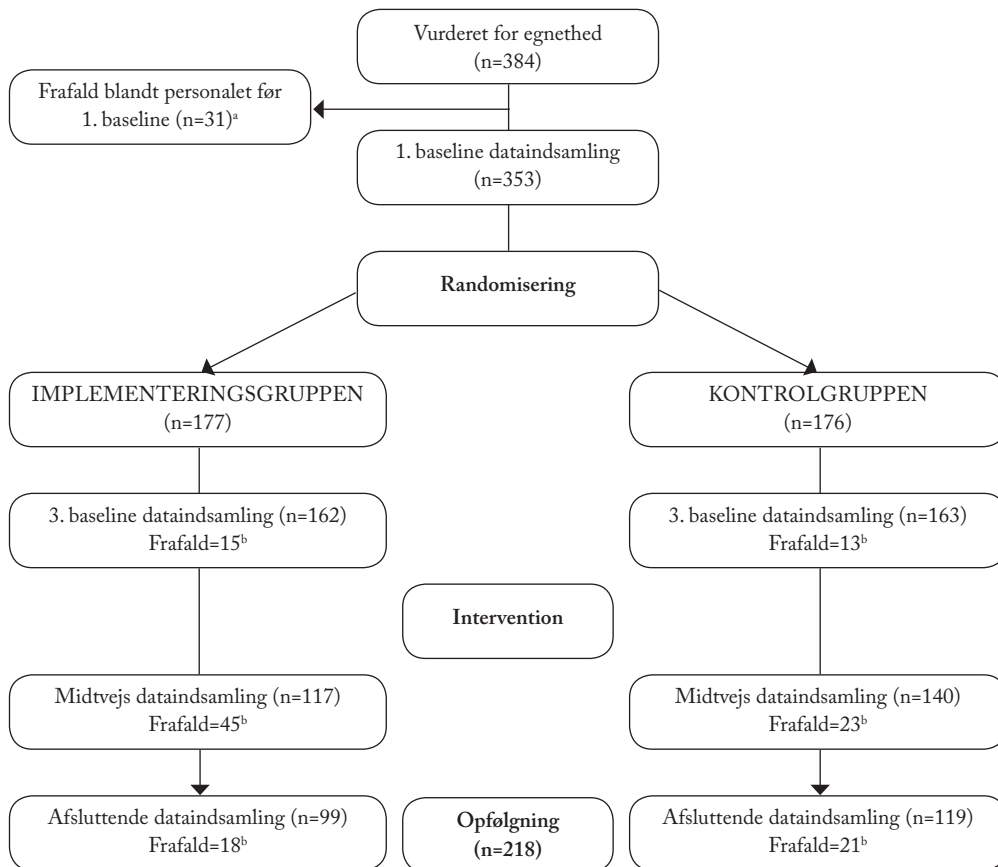
En sammenligning mellem de ansatte, der blev i studiet, og de ansatte, der rejste fra enheden i projektperioden, viste derimod, at de ansatte, der frafaldt, ved baseline havde:

- lidt lavere (næsten signifikant) arbejdspræstationsscore (PA) ($p=0,064$)
- lidt lavere (næsten signifikant) MCS score, dvs. lavere psykisk helbred ($p=0,071$)
- højere EE score, dvs. større grad af følelsesmæssig udmattelse ($p=0,038$).

I forhold til de 218 ansatte, der fortsatte i studiet, var:

- den gennemsnitlige alder 47,4 år (ingen forskel mellem Implementerings- og Kontrolgruppen)
- varigheden af ansættelsestiden på enheden i gennemsnit 8,3 år, I gennemsnit havde respondenterne i Implementeringsgruppen været ansat i kortere tid (6,1 år) end respondenterne i Kontrolgruppen (10,1 år), $p=0,000$.

Figur 14.
Flowchart for personalets deltagelse i Reminiscensprojektet



^a Frafaldet før 1. baseline skyldtes bl.a., at enkelte enheder ikke havde fået korrigeret for ansatte, som man vidste skulle på pension/barsel i løbet af undersøgelsen. Derudover var der potentielle respondenter, der fratrådte deres stilling eller blev sygemeldt inden baseline dataindsamlingen. Kun få respondenter valgte ikke at besvare spørgeskemaet.

^b Frafaldet efter 1. baseline skyldtes primært, at personalet ophørte arbejdslivet på enheden (62 pct. af frafaldet), men også at personalet manglede at udfylde spørgeskemaer (18 pct.), gik på barsel/orlov (12 pct.), blev langtidssyg (4 pct.), gik på efterløn/pension (2 pct.), flyttede til skærmet enhed (1 pct.) eller døde (1 pct.).

5.3. Personalets helbred og arbejdssituation ved baseline

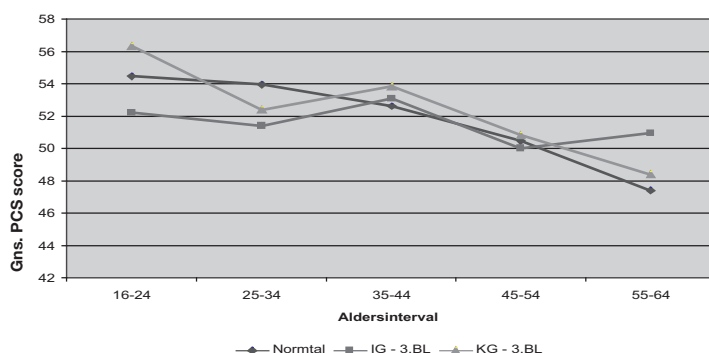
5.3.1. Baseline selvvaluerede helbred ved SF-12v2

Som udgangspunkt var der ved 1. og 3. baseline ingen signifikante forskelle mellem Implementerings- og Kontrolgruppen i fysisk (gns. PCS score) og psykisk (gns. MCS score) helbred.

De plejepersoner, der deltog i Reminiscensprojektet, med en gennemsnitlig alder sidst i 40'erne, vurderede deres fysiske og psykiske helbred meget lig den danske gennemsnitsbefolkning i denne aldersgruppe (111). Af Figur 15 og Figur 16 ses, at personalets selvvaluerede fysiske og psykiske helbred lå forholdsvis tæt på de danske normtal. Det bør dog bemærkes, at der er meget få respondenter i aldersintervallet 16-24 år, hvorfor man bør se bort fra disse resultater i begge figurer.

Figur 15.

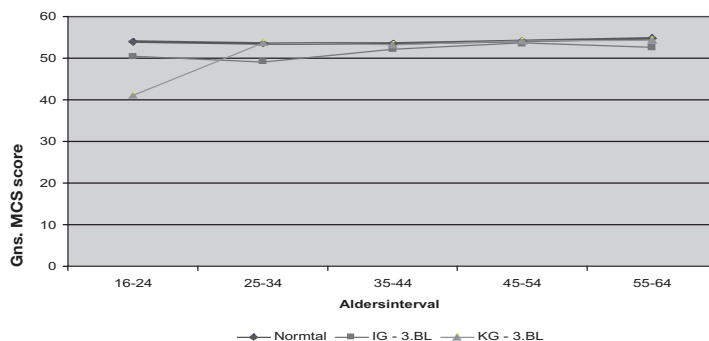
Personalets aldersfordelte baseline PCS score sammenlignet med danske normdata



Note: Antallet af personale for henholdsvis Kontrolgruppen (KG) og Implementeringsgruppen (IG):
 16-24 år: n=3; n=6 25-34 år: n=24; n=16 35-44 år: n=39; n=35
 45-54 år: n=57; n=62 55-64 år: n=30; n=31 Kilde for SF-36 normtal: (111)

Figur 16.

Personalets aldersfordelte baseline MCS score sammenlignet med danske normdata



Note: Antallet af personale for henholdsvis Kontrolgruppen (KG) og Implementeringsgruppen (IG):
 16-24 år: n=3; n=6 25-34 år: n=24; n=16 35-44 år: n=39; n=35
 45-54 år: n=57; n=62 55-64 år: n=30; n=31 Kilde for SF-36 normtal: (111)

SF-12v2 spørgsmålet 'Hvordan synes du dit helbred er alt i alt' vurderer individets overordnede nuværende helbredstilstand ved besvarelse af et enkelt spørgsmål. Ved både 1. og 3. baseline vurderede halvdelen af plejepersoner deres helbred som værende fremragende eller vældig godt. Under ti pct. vurderede deres helbred værende mindre godt/dårligt. Der var ikke forskel mellem Implementerings- og Kontrolgruppen (data ikke gengivet).

5.3.2. Baselinevurdering af udbrændthed ved MBI-HSS

Maslach Burnout Inventory vurderer personalets grad af udbrændthed på tre skalaer (Tabel 46).

Tabel 46.

Klassificering af scorer på MBI-HSS delskalaer

	Lav	Moderat	Høj	
Arbejdspræstation (PA)	≥ 39	32-38	0-31	Høj score godt = høj arbejdspræstation (→ lav grad af udbrændthed)
Følelsesmæssig udmattelse (EE)	0-16	17-26	≥27	Lav score godt = lav følelsesmæssig udmattelse (→ lav grad af udbrændthed)
Depersonalisering (DP)	0-6	7-12	≥13	Lav score godt = lav grad af depersonalisering (→ lav grad af udbrændthed)

Note: MBI-HSS = Maslach Burnout Inventory. Kilde: (137)

Ved baseline blev størstedelen af plejepersonerne kategoriseret som havende en høj arbejdspræstation, en lav grad af følelsesmæssig udmattelse og en lav depersonaliseringsgrad (Tabel 47). Der er dog, til trods herfor, en relativt stor gruppe, som inden for hver af skalaerne viser tegn på udbrændthed.

Tabel 47.

Kategorisering af personalet i forhold til MBI-HSS delskalaer (pct.)

	1. baseline		3. baseline	
	IG (n=163)	KG (n=161)	IG (n=152)	KG (n=153)
Arbejdspræstation (PA)				
Lav arbejdspræstation	7,4	4,3	3,9	5,9
Moderat arbejdspræstation	16,0	14,3	20,4	15,7
Høj arbejdspræstation	76,7	81,4	75,7	78,4
Følelsesmæssig udmattelse (EE)				
	IG (n=164)	KG (n=168)	IG (n=153)	KG (n=153)
Høj følelsesmæssig udmattelse	8,5	4,2	10,5 ^a	5,2
Moderat følelsesmæssig udmattelse	16,5	14,3	20,3	14,4
Lav følelsesmæssig udmattelse	75,0	81,5	69,3	80,4
Depersonalisering (DP)				
	IG (n=173)	KG (n=173)	IG (n=156)	KG (n=155)
Høj depersonalisering	2,3	0,6	2,6	3,2
Moderat depersonalisering	8,1	6,9	9,0	3,2
Lav depersonalisering	89,6	92,5	88,5	93,5

Note: MBI-HSS = Maslach Burnout Inventory, IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe, n = antal personale, der besvarede MBI-HSS spørgsmål.

^a tilnærmelsesvis signifikant forskel mellem Implementerings- og Kontrolgruppen ved 3. baseline ($\chi^2=5,5$; $p=0,065$).

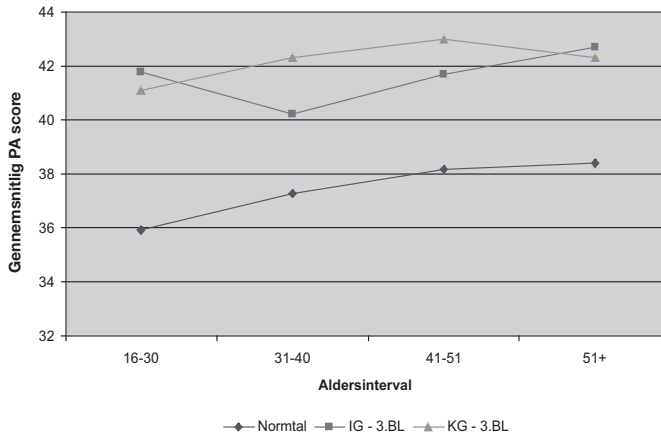
Som udgangspunkt var der ved både 1. baseline og 3. baseline ingen signifikante forskelle mellem Implementerings- og Kontrolgruppen i forhold til den gennemsnitlige score på depersonalisering og arbejdspræstation. Der var dog signifikant forskel i forhold til følelsesmæssig udmattelse, hvor personalet i Implementeringsgruppen havde højere følelsesmæssig udmattelse end personalet i Kontrolgruppen (gns. EE score ved 1. baseline; IG = 13,0 vs. KG = 10,4; $p=0,035$; ved 3. baseline IG = 14,2 vs. KG = 11,1; $p = 0,031$).

I Figur 17 til Figur 19 sammenholdes personalets score i forhold til henholdsvis arbejdspræstation, følelsesmæssig udmattelse og depersonalisering med de amerikanske demografiske normtal.

De amerikanske normdata viser en stigning i arbejdspræstation med alderen (Figur 17). Resultater fra Kontrolgruppens 3. baseline, gengivet i Figur 17, syntes at understøtte denne tendens. Dog viste en korrelationsanalyse (Spearman) foretaget på alder og PA score ingen signifikant korrelation ved 3. baseline. Figuren viser, at plejepersonalet på de ti enheder gennemsnitligt set havde en højere arbejdspræstation end den amerikanske befolkning.

Figur 17.

Personalets aldersfordelte baseline PA score sammenlignet med amerikanske normdata

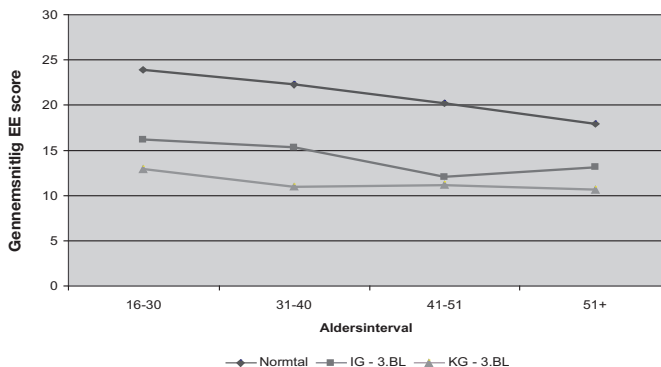


Note: PA scoren vurderer personalets arbejdspræstation. En høj PA score = en høj arbejdspræstation. Resultater er baseret på data fra de plejepersoner, der har besvaret 3. baseline. Der var forskel i antallet af personale i de forskellige aldersintervaller for henholdsvis Kontrolgruppen (KG) og Implementeringsgruppen (IG): 16-30 år: n=14, n=16; 31-40 år: n=33, n=25; 41-50 år: n=52, n=49; 51+ år: n=54, n=62. Kilde for amerikanske normtal: (138).

De amerikanske normdata viser et fald i følelsesmæssig udmattelse med alderen (Figur 18). Billedet for plejepersonalet peger på samme tendens. En korrelationsanalyse foretaget på alder og EE-scoren viste, at alder og EE-scorene var negativt og tilnærmelsesvis signifikant korrelerede ($p = 0,082$, Spearmans rho) ved 3. baseline. Figuren viser, at plejepersonalet gennemsnitligt set havde lavere følelsesmæssig udmattelse end den amerikanske befolkning.

Figur 18.

Personalets aldersfordelte baseline EE score sammenlignet med amerikanske normdata

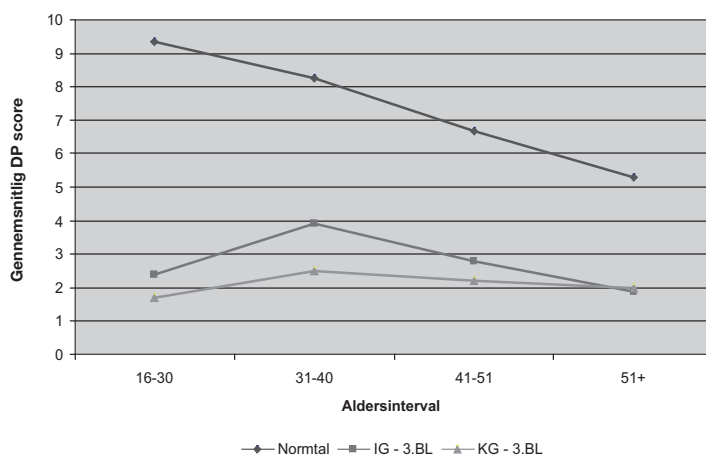


Note: EE scoren vurderer personalets følelsesmæssige udmattelse. En lav EE score = en lav grad af følelsesmæssig udmattelse. Resultater er baseret på data fra det personale, der har besvaret 3. baseline. Der var forskel i antallet af personale i de forskellige aldersintervaller for henholdsvis Kontrolgruppen (KG) og Implementeringsgruppen (IG): 16-30 år: n=14, n=16; 31-40 år: n=33, n=25; 41-50 år: n=52, n=49; 51+ år: n=54, n=62. Kilde for amerikanske normdata: (138).

De amerikanske normdata viser et fald i depersonaliseringsgrad med alder – de ældre har således en mere positiv holdning over for de personer, som de forventes at forholde sig professionelt til (Figur 19). En korrelationsanalyse viser, at sammenhængen mellem depersonaliseringsgrad og alder er negativt, men kun tilnærmelsesvis signifikant ($p=0,082$, Spearmans rho). Figuren viser, at plejepersonalet gennemsnitligt set havde en lavere depersonaliseringsgrad end den amerikanske befolkning, men der var ikke stor variation i forhold til alder.

Figur 19.

Personalets aldersfordelte baseline DP score sammenlignet med amerikanske normdata



Note: DP scoren vurderer personalets grad af depersonalivering. En lav DP score = en lav grad af depersonalivering. Resultater er baseret på data fra det personale, der havde besvaret 3. baseline. Der var forskel i antallet af personale i de forskellige aldersintervaller for henholdsvis Kontrolgruppen (KG) og Implementeringsgruppen (IG): 16-30 år: $n=14$, $n=16$; 31-40 år: $n=34$, $n=25$; 41-50 år: $n=53$, $n=52$; 51+ år: $n=54$, $n=63$. Kilde for amerikanske normdata: (138).

5.3.3. Baselinevurdering af arbejdsliv ved SNCW items

Der blev gennemført en faktoranalyse på personalets besvarelse af de 11 medtagede SNCW spørgsmål. Faktoranalysen blev foretaget på data fra 1. baseline. Ideen var at undersøge, om spørgsmålene kunne reduceres til færre faktorer, der bl.a. kunne anvendes til at undersøge ændringer over tid i forhold til personalets syn på arbejdslivet. Faktoranalysen identificerede fire faktorer (Tabel 48), der tilsammen forklarede 75 pct. af den samlede varians (data ikke gengivet): Trivsel og udvikling, Fællesskab og samarbejde, Beboernes oplevelser og omsorg samt Arbejde med beboerne.

Tabel 48.

Fire sammensatte faktorer, der vedrører 'Arbejdslivet' på en plejeenhed

Faktor 1: Trivsel og udvikling	Score
Jeg synes, at jeg får udviklet min professionelle rolle i forbindelse med mit arbejde Jeg synes, at jeg får udviklet mig som person i forbindelse med mit arbejde Jeg trives med min nuværende arbejdssituation	0-12
Faktor 2: Fællesskab og samarbejde	
Jeg synes, at vi har et godt fællesskab på enheden Jeg synes, at vi har et godt samarbejde på enheden	0-8
Faktor 3: Beboernes oplevelser og omsorg	
Det er vigtigt, at jeg kan leve mig ind i beboernes oplevelser Beboerne får næsten altid en god omsorg	0-8
Faktor 4: Arbejde med beboere	
Jeg synes, at det er kedeligt at arbejde med de samme beboere hver dag Det er for meget at forlange, at jeg kan engagere mig i hver enkelt beboer	0-8

Note: Spørgeskema items er inspireret af SNCW (Satisfaction with Nursing Care and Work Assessment Scale) (114). Scorerne er ensrettet (negative formuleringers svarkategorier er vendt), så en lav score på de enkelte skalaer er ensbetydende med en *positiv* tilkendegivelse.

Som udgangspunkt var der ved både 1. og 3. baseline forskel mellem de to grupper på faktoren for fællesskab og samarbejde (1. baseline; $p=0,004$ og 3. baseline; $p=0,013$), hvor Implementeringsgruppen fandt, de havde lidt dårligere fællesskab og samarbejde end Kontrolgruppen gjorde (1. baseline; $IG=2,7$ vs. $KG=2,1$ og 3. baseline; $IG=2,6$ vs. $KG=2,1$). Ved 3. baseline var der endvidere forskel på faktoren for trivsel og udvikling ($IG=3,6$ vs. $KG=3,0$). Forskellene må dog siges at være små.

5.4. Ændringer i personalets helbred og arbejdssituation over tid

Resultaterne for ændringer over tid er baseret på data fra det personale, der havde besvaret spørgeskemaer ved både 3. baseline (august 2006) og den afsluttende dataindsamling (august 2007).

5.4.1. Ændringer over tid i personalets selvvaluerede helbred ved SF-12v2

Inden for Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen (og mellem 3. baseline og afsluttende dataindsamling):

- Der var en ikke-signifikant forværring i selvvalueret *fysisk* helbred over tid (gns. PCS score) hos personalet i både Implementerings- og Kontrolgruppen (Tabel 49)
- Plejepersoner i begge grupper, der initialt havde høj selvvalueret *fysisk* helbred, oplevede signifikant forværring i fysisk helbred over tid (Tabel 49)
- Plejepersoner i begge grupper, der initialt havde lav selvvalueret *fysisk* helbred, oplevede en forbedring i fysisk helbred over tid; denne forbedring var dog kun signifikant for personalet i Kontrolgruppen (Tabel 49).

- Der var ikke-signifikant forbedring i selvvruderet *psykisk* helbred over tid (gns. MCS score) hos personalet i Implementeringsgruppen og en ikke-signifikant forværring i psykisk helbred over tid hos personalet i Kontrolgruppen (Tabel 50)
- Plejepersoner i begge grupper, der initialt havde høj selvvruderet *psykisk* helbred, oplevede en forværring i psykisk helbred over tid; den forværring var dog kun signifikant for personalet i Kontrolgruppen (Tabel 50)
- Plejepersoner i begge grupper, der initialt havde lav selvvruderet *psykisk* helbred, oplevede en forbedring i psykisk helbred over tid; den forbedring var signifikant i Kontrolgruppen og tilnærmelsesvis signifikant i Implementeringsgruppen (Tabel 50).

Mellem Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen (og mellem 3. baseline og afsluttende dataindsamling):

- Der var ingen statistisk signifikant forskel i gns. ændring i selvvruderet *fysisk* helbred (Tabel 51)
- Der var ingen statistisk signifikant forskel i gns. ændring i selvvruderet *psykisk* helbred, selv om retningen for ændringen gik mod forbedring for personalet i Implementeringsgruppen og forværring for personalet i Kontrolgruppen (Tabel 51)
- Plejepersoner, der initialt havde høj selvvruderet *psykisk* helbred, oplevede en tilnærmelsesvis signifikant forskel, hvor forværringen i psykisk helbred var mindre i Implementeringsgruppen end i Kontrolgruppen (Tabel 51).

I forhold til SF-12v2 spørgsmålet vedrørende almen helbredstilstand var der ikke signifikante ændringer over tid – hverken inden for henholdsvis Implementerings- og Kontrolgruppen eller mellem de to grupper. Ved baseline og den afsluttende dataindsamling vurderede ca. halvdelen af plejepersoner deres helbred som værende fremragende eller vældig godt (data ikke gengivet).

Tabel 49.

Ændringer over tid i personalets selvvaluerede fysiske helbred (ved PCS score fra SF-12v2)

	n	1. BL	3. BL	MV	AS	Gennemsnitlig score				Intra gruppe ændringer (AS-BL), p-værdi
						MV-1.BL [95% KI]	AS-1.BL [95% KI]	MV-3.BL [95% KI]	AS-3.BL [95% KI]	
BEGGE GRUPPER SAMLET										
1. BL og AS data	201	52,3	(n=191) 51,5	(n=185) 51,0	50,5	(n=185) -1,3 [-2,3;-0,3]	-1,7 [-2,7;-0,8]			0,004
Alt personale										
PCS funktion ved 1. BL:										
Bedre (score > 53,98)	104	56,9			53,7		-3,2 [-4,5;-1,9]			0,000
Værre (score ≤ 53,98)	97	47,3			47,1		-0,2 [-1,5;-1,1]			NS
3. BL og AS data	196		(n=183) 51,5	(n=183) 51,1	50,6			(n=183) -0,2 [-1,3; 0,8]		(0,088)
Alt personale										
PCS funktion ved 3. BL:										
Bedre (score > 53,52)	98		56,9		53,9					0,000
Værre (score ≤ 53,52)	98		46,0		47,3					0,021
IMPLEMENTERINGSGRUPPEN										
1. BL og AS data	92	52,6	(n=87) 51,7	(n=85) 50,4	50,5	(n=85) -2,2 [-3,8;-0,6]	-2,1 [-3,7;-0,6]			0,034
Alt personale										
PCS funktion ved 1. BL:										
Bedre (score > 53,98)	45	57,0			52,2		-4,7 [-7,2;-2,2]			0,000
Værre (score ≤ 53,98)	47	48,0			48,8		0,5 [-1,4; 2,4]			NS
3. BL og AS data	88		(n=82) 51,7	(n=82) 50,4	50,5			(n=82) -1,3 [-3; 0,4]		NS
Alt personale										
PCS funktion ved 3. BL:										
Bedre (score > 53,52)	41		57,1		54,3					0,000
Værre (score ≤ 53,52)	47		47,1		47,1					NS
KONTROLGRUPPEN										
1. BL og AS data	109	52	(n=104) 51,3	(n=100) 51,4	50,5	(n=100) -0,5 [-1,8; 0,7]	-1,5 [-2,6;-0,4]			(0,057)
Alt personale										
PCS funktion ved 1. BL:										
Bedre (score > 53,98)	59	56,9			54,9		-2,0 [-3,3;-0,7]			0,008
Værre (score ≤ 53,98)	50	46,3			45,4		-0,8 [-2,7; 1,0]			NS
3. BL og AS data	108		(n=101) 51,2	(n=101) 51,6	50,7			(n=101) 0,7 [-0,7; 2,0]		NS
Alt personale										
PCS funktion ved 3. BL:										
Bedre (score > 53,52)	57		56,8		53,6					0,000
Værre (score ≤ 53,52)	51		45,1		47,4					0,011

Note: PCS = selvvalueret fysisk helbred, 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, MV = midtvejs dataindsamling, AS = afsluttende dataindsamling, n = antal plejepersoner.

Der var ikke signifikant forskel mellem IG og KG ved hverken 1. baseline, 3. baseline eller afsluttende dataindsamling.

Tabel 50.

Ændringer over tid i personalets selvvaluerede psykiske helbred (ved MCS score fra SF-12v2)

	n	1. BL	3. BL	MV	AS	Gennemsnitlig score			Intragrupper ændringer (AS-BL) p-værdi
						MV-1. BL [95% KI]	AS-1. BL [95% KI]	MV-3. BL [95% KI]	
BEGGE GRUPPER SAMLET									
1. BL og AS data									
Alt personale	201	52,4	(n=191) 53,4	(n=185) 52,2	53,2	(n=185) -0,2 [-1,3; 0,9]	0,8 [-0,4; 1,9]		0,024
MCS funktion ved 1. BL:									
Bedre (score >54,20)	109	57,6		55,6	55,6		-2,0 [-3,3; -0,6]		NS
Værre (score ≤54,20)	92	46,3		50,3	50,3		4,0 [2,3; 5,8]		0,000
3. BL og AS data									
Alt personale	196		53,4	(n=183) 52,4	53,2			(n=183) -1,2 [-2,3; -0,0]	NS
MCS funktion ved 3. BL:									
Bedre (score >54,37)	102		58,9	55,7	55,7				0,000
Værre (score ≤54,37)	94		47,5	50,4	50,4				0,002
IMPLEMENTERINGSGRUPPEN									
1. BL og AS data									
Alt personale	92	51,7	(n=87) 52,9	(n=85) 52,5	53,1	(n=85) 0,7 [-0,9; 2,3]	1,4 [-0,5; 3,2]		(0,054)
MCS funktion ved 1. BL:									
Bedre (score >54,20)	47	57,9		55,6	55,6		-2,4 [-4,6; -0,2]		NS
Værre (score ≤54,20)	45	45,2		50,5	50,5		5,2 [2,6; 7,8]		0,000
3. BL og AS data									
Alt personale	88		52,9	(n=82) 52,9	53,4			(n=82) -0,2 [-1,7; 1,4]	NS
MCS funktion ved 3. BL:									
Bedre (score >54,37)	42		58,7	56,4	57,1				NS
Værre (score ≤54,37)	46		47,6	49,5	50,0				(0,058)
KONTROLGRUPPEN									
1. BL og AS data									
Alt personale	109	53	(n=104) 53,8	(n=100) 52,0	53,3	(n=100) -1,0 [-2,5; 0,6]	0,3 [-1,2; 1,8]		NS
MCS funktion ved 1. BL:									
Bedre (score >54,20)	62	57,3		55,6	55,6		-1,7 [-3,5; 0,1]		NS
Værre (score ≤54,20)	47	47,3		50,2	50,2		3 [0,5; 5,4]		0,011
3. BL og AS data									
Alt personale	108		53,8	(n=101) 51,9	53,0			(n=101) -2,0 [-3,6; -0,3]	NS
MCS funktion ved 3. BL:									
Bedre (score >54,37)	60		58,9	54,3	54,8				0,000
Værre (score ≤54,37)	48		47,4	48,8	50,9				0,011

Note: MCS = selvvalueret psykisk helbred, 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, MV = Midtvejs dataindsamling, AS = afsluttende dataindsamling, n = antal plejepersoner. Der var ikke signifikant forskel mellem IG og KG ved hverken 1. baseline, 3. baseline eller afsluttende dataindsamling.

Tabel 51.
Forskelle mellem IG og KG i scoreændringer på SF-12v2

	n (IG/KG)	Gns. forskel mellem AS og BL score ^a [95% KI af forskellen]	p-værdi
PCS scoren			
Alt personale	92/109	-0,6 [-2,5; 1,3]	NS
<i>PCS funktion ved 1. BL:</i>			
Bedre (score >53,98)	45/59	-2,7 [-5,6; 0,1]	(0,056)
Værre (score ≤53,98)	47/50	1,3 [-1,3; 4,0]	NS
Alt personale	88/108	-0,7 [-2,8; 1,3]	NS
<i>PCS funktion ved 3. BL:</i>			
Bedre (score >53,52)	41/57	0,3 [-1,7; 2,3]	NS
Værre (score ≤53,52)	47/51	-2,3 [-5,6; 1,1]	NS
MCS-scoren			
Alt personale	92/109	1,0 [-1,3; 3,4]	NS
<i>MCS funktion ved 1. BL:</i>			
Bedre (score >54,20)	47/62	-0,7 [-3,4; 2,1]	NS
Værre (score ≤54,20)	45/47	2,3 [-1,2; 5,8]	NS
Alt personale	88/108	1,2 [-1,2; 3,7]	NS
<i>MCS funktion ved 3. BL:</i>			
Bedre (score >54,37)	42/60	2,5 [-0,1; 5,1]	(0,061)
Værre (score ≤54,37)	46/48	-1,0 [-5,0; 2,9]	NS

Note: PCS = selvurderet fysisk helbred, MCS = selvurderet psykisk helbred, n = antal plejepersoner i hhv. Implementerings- (IG) og Kontrolgruppen (KG), 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, AS = afsluttende dataindsamling. ^aEn positiv forskel i scoreændringer peger på et bedre resultat for Implementeringsgruppen end for Kontrolgruppen.

5.4.2. Ændringer over tid i personalets udbrændthed ved MBI-HSS

Som udgangspunkt var der ved 3. baseline ingen signifikant forskel mellem Implementerings- og Kontrolgruppen i forhold til den gennemsnitlige depersonalisering score (DP, Tabel 54), dog var der signifikant flere plejepersoner i Implementerings- end i Kontrolgruppen, der ved 3. baseline blev klassificeret som værende moderat udbrændte på DP skalaen (jf. Tabel 46; $\chi^2=6,359$; $p=0,042$, data ikke vist i tabel). Der var signifikant forskel mellem Implementerings- og Kontrolgruppen ved 3. baseline vedrørende plejepersonalets grad af følelsesmæssig udmattelse, hvor plejepersonalet i Implementeringsgruppen var mere følelsesmæssigt udmattede end plejepersonalet i Kontrolgruppen (gns. EE score IG = 12,9 vs. KG= 10,7; $p=0,04$), og tilnærmelsesvis forskel mellem grupperne mht. arbejdspræstation ($p=0,053$), hvor plejepersonalet i Implementeringsgruppen havde tilnærmelsesvis lavere arbejdspræstation (gns. PA score IG= 41,8 vs. KG=43,0; $p=0,053$). I forhold til kategoriseringen på hhv. PA og EE-scorene var der ikke forskel mellem personalet i Implementerings- og Kontrolgruppen (data ikke gengivet i tabel).

Inden for Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen:

- Der var i begge grupper en ikke-signifikant forværring i plejepersonalets *arbejdspræstation* over tid. Denne forværring var tilnærmelsesvis signifikant i Kontrolgruppen (Tabel 52)
- Plejepersoner, der initialt havde høj *arbejdspræstation*, oplevede en forværring i deres arbejdspræstation over tid. Denne forværring var dog kun signifikant for Kontrolgruppen. Plejepersoner, der initialt havde lav arbejdspræstation, oplevede en ikke-signifikant forbedring i arbejdspræstationen. Denne forbedring var tilnærmelsesvis signifikant i Kontrolgruppen (Tabel 52)
- Der var en ikke-signifikant reducereing i *følelsesmæssige udmattelse* over tid i Implementeringsgruppen og en ikke-signifikant stigning i følelsesmæssige udmattelse i Kontrolgruppen (Tabel 53)
- Plejepersoner i begge grupper, der initialt havde lav *følelsesmæssige udmattelse*, blev signifikant mere følelsesmæssigt udmattet over tid (Tabel 53)
- Plejepersoner i begge grupper, der initialt havde høje *følelsesmæssige udmattelse*, blev mindre følelsesmæssigt udmattet over tid; denne forbedring var signifikant i Implementerings- og tilnærmelsesvis signifikant i Kontrolgruppen (Tabel 53)
- Personalet i Kontrolgruppen oplevede tilnærmelsesvis større *depersonaliseringsgrad* (Tabel 54)
- Plejepersoner i begge grupper, der initialt havde en høj *depersonaliseringsgrad*, oplevede en ikke-signifikant reducereing i depersonalisering over tid (Tabel 54)
- Plejepersoner i begge grupper, der initialt havde en lav *depersonaliseringsgrad*, oplevede en signifikant stigning i depersonalisering over tid (Tabel 54).

Mellem Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen (Tabel 55):

- Der var ingen statistisk signifikant forskel mellem Implementerings- og Kontrolgruppen som helhed i den gennemsnitlige scoreændring på PA, EE og DP skalerne
- Blandt de plejepersoner, der initialt havde høj *arbejdspræstation*, var der signifikant forskel i ændringen på PA scoren, hvor plejepersonerne i Kontrolgruppen oplevede signifikant forværring i forhold til plejepersonerne i Implementeringsgruppen.
- Der var ingen signifikant forskel mellem Implementerings- og Kontrolgruppen mht. personalets kategorisering på PA, EE og DP skaler ved den afsluttende dataindsamling (jf. Tabel 47).

Tabel 52.

Ændringer over tid i personalets arbejdspræstation (ved PA fra MBI-HSS)

	n	1. BL	3. BL	MV	AS	Gennemsnitlig score			Intra gruppe ændringer (AS-BL), p-værdi
						MV-1.BL [95% KI]	AS-1.BL [95% KI]	MV-3.BL [95% KI]	
BEGGE GRUPPER SAMLET									
1. BL og AS data			(n=186)	(n=181)					
Alt personale	194	42,6	42,5	42,6	42,0	0,1 [-0,6; 0,9]	-0,5 [-1,2; 0,2]		NS
PA funktion ved 1. BL:									
Bedre (score >43)	115	45,9			44,2		-1,7 [-2,5; -0,8]		0,001
Værre (score ≤43)	79	37,7		38,8			1,2 [-0,1; 2,4]		0,040
3. BL og AS data				(n=182)					
Alt personale	195		42,5	42,0	42,0		0,1 [-0,7; 0,9]	-0,5 [-1,3; 0,2]	NS
PA funktion ved 3. BL:									
Bedre (score >43)	116		45,9	44,3	44,3			-1,6 [-2,4; -0,8]	0,000
Værre (score ≤43)	79		37,5	38,6	38,6			1,0 [-0,4; 2,4]	NS
IMPLEMENTERINGSGRUPPEN									
1. BL og AS data			(n=82)	(n=81)					
Alt personale	85	42,2	41,8	42,9	41,7	0,9 [-0,3; 2,1]	-0,5 [-1,8; 0,8]		NS
PA funktion ved 1. BL:									
Bedre (score >43)	48	46,0		44,2	44,2		-1,8 [-3,4; -0,1]		NS
Værre (score ≤43)	37	37,4		38,5	38,5		1,1 [-1,1; 3,2]		NS
3. BL og AS data				(n=80)					
Alt personale	85		41,8	42,9	41,5			1,2 [0,2; 2,2]	NS
PA funktion ved 3. BL:									
Bedre (score >43)	47		45,5	45,3	44,9			-0,6 [-1,9; 0,7]	NS
Værre (score ≤43)	38		37,3	40,2	37,4			0,1 [-1,7; 2,0]	NS
KONTROLGRUPPEN									
1. BL og AS data			(n=104)	(n=100)					
Alt personale	109	42,8	43,1	42,3	42,3	-0,4 [-1,3; 0,5]	-0,5 [-1,3; 0,3]		NS
PA funktion ved 1. BL:									
Bedre (score >43)	47	45,9		44,3	44,3		-1,6 [-2,4; -0,7]		0,001
Værre (score ≤43)	62	37,9		39,2	39,2		1,2 [-0,3; 2,8]		(0,058)
3. BL og AS data				(n=102)					
Alt personale	110		43,0	42,3	42,3			-0,7 [-1,9; 0,4]	(0,056)
PA funktion ved 3. BL:									
Bedre (score >43)	69		46,2	44,4	43,9			-2,3 [-3,2; -1,3]	0,000
Værre (score ≤43)	41		37,8	38,9	39,7			1,9 [-0,2; 4,0]	(0,086)

Note: MBI-HSS = Maslach Burnout Inventory, 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, MV = midtvejs dataindsamling, AS = afsluttende dataindsamling, n = antal plejepersoner. PA skalaen går fra 0-48, hvor en høj score er tegn på en høj arbejdspræstation.

Der var ikke signifikant forskel mellem IG og KG ved hverken 1. baseline eller afsluttende dataindsamling. På data fra personale, der havde besvaret 1. baseline og afsluttende data, var der signifikant forskel mellem IG og KG ved 3. baseline ($p=0,040$), og på data fra personale, der havde besvaret 3. baseline og afsluttende data, var der tilnærmelsesvis signifikant forskel ($p=0,053$) ved 3. baseline.

Tabel 53.

Ændringer over tid i personalets følelsesmæssige udmattelse (ved EE fra MBI-HSS)

	n	1. BL	3. BL	MV	AS	Gennemsnitlig score			Intragruppe ændringer (AS-BL), p-værdi
						MV-1. BL [95% KI]	AS-1. BL [95% KI]	MV-3. BL [95% KI]	
BEGGE GRUPPER SAMLET									
1. BL og AS data	200	11,2	(n=188) 11,8	(n=186) 12,6	12,6	(n=186) 1,2 [0,2; 2,1]	1,4 [0,3; 2,5]		NS
Alt personale									
EE-funktion ved 1. BL:	96	17,0			16,5		-0,6 [-2,2; 1,1]		NS
Værdi (score >10)									
Bedre (score ≤10)	104	5,8			9,0		3,2 [1,7; 4,7]		0,000
3. BL og AS data	197		(n=185) 11,7	12,3	12,1			(n=185) 0,4 [-0,5; 1,2]	NS
Alt personale									
EE-funktion ved 3. BL:	90		19,0		16,3				0,001
Værdi (score >10)									
Bedre (score ≤10)	107		5,5		8,6				0,001
IMPLEMENTERINGSGRUPPEN									
1. BL og AS data	88	12,6	(n=83) 13,4	13,6	13,4	(n=83) 0,8 [-0,8; 2,4]	0,8 [-1,0; 2,6]		NS
Alt personale									
EE-funktion ved 1. BL:	54	17,4			17,6		-0,4 [-2,9; 2,1]		NS
Værdi (score >10)									
Bedre (score ≤10)	34	5,1			7,8		2,7 [0,4; 5,0]		(0,081)
3. BL og AS data	89		(n=84) 12,9	13,0	12,6			(n=84) -0,2 [-1,6; 1,1]	NS
Alt personale									
EE-funktion ved 3. BL:	48		19,4		16,4				0,009
Værdi (score >10)									
Bedre (score ≤10)	41		5,3		8,1				0,018
KONTROLGRUPPEN									
1. BL og AS data	112	10,0	(n=105) 10,5	11,8	11,9	(n=103) 1,5 [0,4; 2,6]	1,9 [0,4; 3,4]		(0,064)
Alt personale									
EE-funktion ved 1. BL:	42	16,6			15,9		-0,7 [-2,9; 1,5]		NS
Værdi (score >10)									
Bedre (score ≤10)	70	6,1			9,5		3,4 [1,4; 5,4]		0,001
3. BL og AS data	108		(n=101) 10,7	11,7	11,8			(n=101) 0,9 [-0,3; 2,0]	NS
Alt personale									
EE-funktion ved 3. BL:	42		18,5		16,3				(0,055)
Værdi (score >10)									
Bedre (score ≤10)	66		5,7		8,9				0,011

Note: MBI-HSS = Maslach Burnout Inventory, 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, MV = Midtvejs dataindsamling, AS = afsluttende dataindsamling, n = antal plejepersoner. EE skalaen går fra 0-54, hvor en lav score er tegn på lav følelsesmæssig udmattelse.

Der var ikke signifikant forskel mellem IG og KG ved den afsluttende dataindsamling. På data fra personale, der havde besvaret 1. baseline og afsluttende data, var der signifikant forskel mellem IG og KG ved både 1. og 3. baseline (1. BL p=0,010 og 3. BL p=0,009) og på data fra personale, der havde besvaret 3. baseline og afsluttende data, var forskellen ved 3. baseline (p=0,04).

Tabel 54.

Ændringer over tid i personalets depersonalisering (ved DP fra MBI-HSS)

	n	1. BL	3. BL	MV	AS	Gennemsnitlig score				Intragrupper ændringer (AS-BL), p-værdi
						MV-1. BL [95% KI]	AS-1. BL [95% KI]	MV-3. BL [95% KI]	AS-3. BL [95% KI]	
BEGGE GRUPPER SAMLET										
1. BL og AS data	209	2,3	(n=200) 2,2	(n=197) 2,1	2,3	(n=197) -0,2 [-0,6; 0,2]	0,06 [-0,4; 0,5]			NS
Alt personale										
DP-funktion ved 1. BL:	97	4,5			3,4		-1,1 [-1,8; 0,4]			0,001
Værrer (score >1)	112	0,3			1,4		1,1 [0,6; 1,6]			0,000
Bedre (score ≤1)										
3. BL og AS data	203		2,1	(n=195) 2,1	2,3			(n=195) -0,2 [-0,5; 0,2]	0,2 [-0,2; 0,6]	NS
Alt personale										
DP-funktion ved 3. BL:	81		4,8		4,1				-0,7 [-1,5; 0,1]	0,000
Værrer (score >1)	122		0,3		1,1				0,8 [0,5; 1,1]	(0,071)
Bedre (score ≤1)										
IMPLEMENTERINGSGRUPPEN										
1. BL og AS data	93	2,4	(n=90) 2,3	(n=87) 2,0	2,3	(n=87) -0,4 [-1,1; 0,2]	-0,06 [-0,9; 0,7]			NS
Alt personale										
DP-funktion ved 1. BL:	49	4,3			3,1		-1,22 [-2,3; 0,1]			0,019
Værrer (score >1)	44	0,2			1,4		1,2 [0,3; 2,1]			0,001
Bedre (score ≤1)										
3. BL og AS data	91		2,3	(n=87) 1,9	2,3			(n=87) -0,5 [-1,0; 0,1]	0,04 [-0,6; 0,7]	NS
Alt personale										
DP-funktion ved 3. BL:	41		4,7	3,2	3,9				-0,8 [-2,0; 0,4]	NS
Værrer (score >1)	50		0,3	0,7	1,1				0,7 [0,2; 1,2]	0,002
Bedre (score ≤1)										
KONTROLGRUPPEN										
1. BL og AS data	116	2,2	(n=110) 2,0	(n=110) 2,2	2,3	(n=110) 0,0 [-0,5; 0,5]	0,15 [-0,4; 0,7]			NS
Alt personale										
DP-funktion ved 1. BL:	48	4,3			3,7		-1,0 [-1,9; 0,1]			0,022
Værrer (score >1)	68	0,4			1,3		1,0 [0,4; 1,6]			0,000
Bedre (score ≤1)										
3. BL og AS data	112		2,0	(n=108) 2,2	2,3			(n=108) 0,1 [-0,4; 0,6]	0,3 [-0,2; 0,8]	(0,065)
Alt personale										
DP-funktion ved 3. BL:	40		5,0	4,4	4,4				-0,6 [-1,7; 0,6]	NS
Værrer (score >1)	72		0,3	0,9	1,1				0,8 [0,4; 1,2]	0,000
Bedre (score ≤1)										

Note: MBI-HSS = Maslach Burnout Inventory, 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, MV = midtvejs dataindsamling, AS = afsluttende dataindsamling, n = antal plejepersoner. DP skalaen går fra 0-30, hvor en lav score er tegn på lav grad af depersonalisering.

Der var ikke signifikant forskel mellem IG og KG ved hverken 1. baseline, 3. baseline eller afsluttende dataindsamling.

Tabel 55.
Forskelle mellem IG og KG i scoreændringer på MBI-HSS

	n (IG/KG)	Gns. forskel mellem Afsluttende og Baseline score [95% KI af forskellen] ^a	p-værdi
Arbejdspræstation (PA)			
1. BL og AS data			
Alt personale	85/109	-0,3 [-1,5; 1,4]	NS
<i>PA funktion ved 1. BL:</i>			
Bedre (score >43)	48/67	-0,2 [-1,9; 1,5]	NS
Værre (score ≤43)	37/42	-0,2 [-2,7; 2,4]	NS
3. BL og AS data			
Alt personale	85/110	0,5 [-1,0; 2,0]	NS
<i>PA funktion ved 3. BL:</i>			
Bedre (score >43)	47/69	1,7 [0,1; 3,2]	0,032
Værre (score ≤43)	38/41	-1,7 [-4,5; 1,0]	NS
Følelsesmæssig udmattelse (EE)			
1. BL og AS data			
Alt personale	88/112	-1,1 [-3,4; 1,2]	NS
<i>EE funktion ved 1. BL:</i>			
Værre (score >10)	54/42	0,3 [-3,1; 3,7]	NS
Bedre (score ≤10)	34/70	-0,7 [-4,0; 2,5]	NS
3. BL og AS data			
Alt personale	89/108	-1,5 [-3,9; 0,9]	NS
<i>EE funktion ved 3. BL:</i>			
Værre (score >10)	48/42	-0,8 [-4,3; 2,7]	NS
Bedre (score ≤10)	41/66	-0,5 [-3,6; 2,7]	NS
Depersonalisering (DP)			
1. BL og AS data			
Alt personale	93/116	-0,2 [-1,1; 0,7]	NS
<i>DP funktion ved 1. BL:</i>			
Værre (score >1)	49/48	-0,2 [-1,5; 1,2]	NS
Bedre (score ≤1)	44/68	0,2 [-0,8; 1,2]	NS
3. BL og AS data			
Alt personale	91/112	0,3 [-1,0; 0,5]	NS
<i>DP funktion ved 3. BL:</i>			
Værre (score >1)	41/40	-0,2 [-1,9; 1,5]	NS
Bedre (score ≤1)	50/72	-0,05 [-0,7; 0,6]	NS

Note: MBI-HSS = Maslach Burnout Inventory, 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, AS = afsluttende dataindsamling, n = antal plejepersoner i hhv. Implementerings- (IG) og Kontrolgruppen (KG).

^a En **positiv** forskel i scoreændringer på **PA** peger på et **bedre** resultat for IG end for KG.

En **negativ** forskel i scoreændringer på **EE** peger på et **bedre** resultat for IG end for KG.

En **negativ** forskel i scoreændringer på **DP** peger på et **bedre** resultat for IG end for KG.

5.4.3. Ændringer over tid i personalets vurdering af eget arbejdsliv

Som udgangspunkt var der ved 3. baseline ingen signifikant forskel mellem Implementerings- og Kontrolgruppen i forhold til Faktor 3 (Beboernes oplevelser og omsorg). Der var tilnærmelsesvis signifikant forskel på Faktor 1 (Trivsel og udvikling; $p=0,09$) og Faktor 2 (Fællesskab og samarbejde; $p=0,09$). Der var signifikant forskel på faktor 4, hvor personalet i personalet i Kontrolgruppen var mere enig i, at det ikke var kedeligt at arbejde og engagere sig i beboerne hver dag ($p=0,03$).

Inden for Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen (Tabel 56):

- Der var blandt personalet i Kontrolgruppen en signifikant forværring i '*Trivsel og udvikling*', dvs. at personalets syn på deres arbejdssituation og personlige udvikling blev værre over tid; blandt personalet i Implementeringsgruppen var der ingen nævneværdig ændring.
- Der var i Kontrolgruppen ingen nævneværdig ændring i personalets syn på *fællesskabet på enheden*; hos personalet i Implementeringsgruppen gik ændringen i retning af en ikke-signifikant forbedring
- Der var hos personalet i Implementeringsgruppen en tilnærmelsesvis signifikant forbedring i '*Beboernes oplevelser og omsorg*' (dvs. at personalets syn på omsorgen af beboerne blev mere positiv over tid). Hos personalet i Implementeringsgruppen sås ingen nævneværdig ændring.
- Der var blandt personalet i Implementeringsgruppen en signifikant forbedring i '*Arbejde med beboerne*' (dvs. at personalet blev mere positive i deres holdning til, hvordan det er at arbejde med beboerne). Der sås ingen nævneværdig ændring hos personalet i Kontrolgruppen.

Mellem implementerings- og Kontrolgruppen (Tabel 57):

- Personalet i Implementeringsgruppen oplevede signifikant forbedring i forhold til personalet i Kontrolgruppen i forhold til '*Trivsel og udvikling*' og '*Arbejde med beboerne*'. Ændringsscorerne for de øvrige to faktorer var til fordel for forbedring i Implementeringsgruppen, men var ikke signifikante.

Tabel 56.

Ændringer over tid i personalets syn på arbejdslivet

	n	3. BL score	AS score	Forskel (AS-3. BL) [95% KI]	p-værdi for intragruppe ændringer
Trivsel og udvikling					
Begge grupper	210	3,1	3,4	0,35 [0,07; 0,63]	0,014
IG	95	3,3	3,3	-0,06 [-0,5; 0,38]	NS
KG	115	2,9	3,6	0,70 [0,34; 1,05]	0,000
Fællesskab og samarbejde					
Begge grupper	207	2,2	2,2	-0,04 [-0,24; 0,16]	NS
IG	93	2,4	2,3	-0,17 [-0,51; 0,16]	NS
KG	114	2,1	2,1	0,06 [-0,18; 0,31]	NS
Beboernes oplevelser og omsorg					
Begge grupper	205	2,5	2,4	-0,05 [-0,22; 0,12]	NS
IG	92	2,7	2,5	-0,20 [-0,47; 0,08]	(0,09)
KG	113	2,3	2,4	0,07 [-1,4; 0,3]	NS
Arbejde med beboere					
Begge grupper	210	2,9	2,7	-0,20 [-0,44; -0,04]	0,031
IG	95	3,2	2,7	-0,56 [-0,86; -0,25]	0,001
KG	115	2,7	2,7	0,02 [-0,24; 0,28]	NS

Note: 3. BL = 3. baseline, AS = afsluttende dataindsamling, IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe.

Trivsel og udvikling: en lav score er tegn på, at personalet finder, at de får udviklet deres professionelle rolle og person i forbindelse med arbejdet. *Fællesskab og samarbejde*: en lav score er ensbetydende med, at personalet finder, at de har et godt fællesskab og samarbejde på enheden. *Beboernes oplevelser og omsorg*: en lav score er tegn på, at personalet finder det vigtigt at kunne leve sig ind i beboernes oplevelser, og at beboerne får en god omsorg. *Arbejde med beboerne*: en lav score er ensbetydende med, at personalet finder det interessant at arbejde med og engagere sig i beboerne.

Der var ikke signifikant forskel mellem IG og KG på 'Trivsel og udvikling' ved 3. baseline (om end tilnærmelsesvis signifikant; $p=0,09$) eller afsluttende dataindsamling. Der var ikke signifikant forskel mellem Implementerings- og Kontrolgruppen på 'Fællesskab og samarbejde' ved 3. baseline (om end tilnærmelsesvis signifikant; $p=0,09$) eller afsluttende dataindsamling. Der var ingen forskel mellem de to grupper på faktoren 'Beboernes oplevelser og omsorg' ved hverken 3. baseline eller afsluttende dataindsamling. Der var signifikant forskel ($p=0,03$) mellem Implementerings- og Kontrolgruppen på faktoren 'Arbejde med beboerne' ved 3. baseline, men ikke ved afsluttende dataindsamling.

Tabel 57.

Forskelle mellem IG og KG i scoreændringer i forhold til personalets syn på arbejdsliv

	n (IG/KG)	Gns. forskel mellem AS og 3. BL score [95% KI af forskellen] ^a	p-værdi
Trivsel og udvikling	95/115	-0,76 [-1,3; -0,2]	0,008
Fællesskab og samarbejde	93/114	-0,23 [-0,63; 0,17]	NS
Beboernes oplevelser og omsorg	92/113	-0,27 [-0,6; 0,007]	NS
Arbejde med beboerne	95/115	-0,57 [-0,97; -0,18]	0,005

Note: 3. BL = 3. baseline, AS = afsluttende dataindsamling, n= personalet i hhv. Implementerings- (IG) og Kontrolgruppen (KG). ^a En **negativ** forskel i scoreændringer peger på et **bedre** resultat for Implementeringsgruppen end for Kontrolgruppen.

5.4.4. Ændringer over tid på enhedsniveau

For at undersøge om der var forskelle mellem de enkelte enheder vedrørende ændringer over tid, blev scoreændringer analyseret på enhedsniveau. De primære resultater er forskelle mellem 3. baseline og afsluttende dataindsamling.

SF-12v2 (Tabel 58):

- Der var ikke-signifikante forværringer i *selvvurderet fysisk helbred* (PCS score) over tid for samtlige enheder i Implementeringsgruppen; der var et mere blandet billede i Kontrolgruppen. På en enkelt enhed i Kontrolgruppen var personalets fysiske helbred blevet signifikant forværret.
- Ændringerne over tid i *selvvurderet psykisk helbred* (MCS score) gik i begge retninger i både Implementerings- og Kontrolgruppen; for en enkelt enhed i Implementeringsgruppen var der en signifikant forbedring i psykisk helbred.

MBI-HSS (Tabel 59):

- Der var i både Implementerings- og Kontrolgruppen en enkelt enhed, der oplevede en signifikant forværring i personalets *arbejdspræstation* over tid. I alt var der tre enheder i Implementeringsgruppen, der gik i retning mod forbedring, mens der kun var en enkelt enhed i Kontrolgruppen.
- Der var i Implementeringsgruppen en enkelt enhed med tilnærmelsesvis signifikant forbedring i plejepersonernes følelsesmæssige udmattelse over tid. Tilsvarende var der én enhed i Kontrolgruppen med en signifikant forværring. I alt var der to enheder i Implementeringsgruppen og en enhed i Kontrolgruppen, der oplevede ændringer i retning mod forbedring i plejepersonernes grad af følelsesmæssig udmattelse.
- Der var i Implementeringsgruppen én enhed, der oplevede en signifikant forbedring i depersonaliseringsgraden over tid, og én, der oplevede en tilnærmelsesvis signifikant forværring. I Kontrolgruppen var der én enhed, der oplevede en signifikant forværring i plejepersonernes depersonaliseringsgrad. I alt var der to enheder i Implementeringsgruppen og én enhed i Kontrolgruppen, der oplevede en forbedring i plejepersonalets depersonaliseringsgrad.

Faktorer i forhold til Arbejdsliv (Tabel 60):

- 'Trivsel og udvikling': scoreændringerne for fire enheder i Implementeringsgruppen pegede mod forbedring, mens ændringerne for samtlige enheder i Kontrolgruppen pegede mod forværring – og flere af enhederne i Kontrolgruppen var blevet signifikant eller tilnærmelsesvis signifikant forværret i forhold til plejepersonalets syn på trivsel og udvikling på enheden.
- 'Fællesskab og samarbejde': scoreændringerne for tre enheder i Implementeringsgruppen pegede mod forbedring; heraf var to signifikante. I Kontrolgruppen var der tre enheder, der oplevede en forbedring, hvoraf én var signifikant. Én enhed oplevede en signifikant forværring.
- 'Beboernes oplevelser og omsorg': scoreændringerne for fire enheder i Implementeringsgruppen pegede mod forbedring i personalets syn på beboernes oplevelser og den omsorg, de modtager. Heraf var én signifikant og én tilnærmelsesvis signifikant forbedret. I Kontrolgruppen oplevede tre enheder en forbedring og to enheder en forværring, hvoraf én var tilnærmelsesvis signifikant forværret.
- 'Arbejde med beboerne': scoreændringerne for samtlige enheder i Implementeringsgruppen pegede i retning mod forbedring, hvoraf én enhed var signifikant forbedret. I Kontrolgruppen var ændringerne små; fortegnet på scoreændring for to enheder gik i retning af en ikke-signifikant forbedring.

Samlet set viser scoreændringerne – mange dog meget små og ikke signifikante – et billede af, at der er sket flere ændringer mod forbedring i Implementerings- end i Kontrolgruppen (Tabel 61).

Tabel 58.

Scoreændringer over tid på enhedsniveau for SF-12v2 skalaer

	PCS						MCS					
	n	Gns. forskel AS-1. BL score	p-værdi	n	Gns. forskel AS-3. BL score	p-værdi	n	Gns. forskel AS-1. BL score	p-værdi	n	Gns. forskel AS-3. BL score	p-værdi
Implementeringsgruppen												
Enhed A	16	-2,6	NS	15	-0,9	NS	16	3,2	NS	15	3,7	NS
Enhed B	14	-0,4	NS	12	-1,6	NS	14	-1,3	NS	12	-2,9	NS
Enhed C	22	-1,4	NS	22	-0,5	NS	22	-0,4	NS	22	-2,6	NS
Enhed D	24	-1,9	NS	23	-0,5	NS	24	0,2	NS	23	-0,7	NS
Enhed E	16	-4,1	NS	16	-3,5	NS	16	6,1	0,017	16	5,8	0,015
Total	92	-2,1	0,034	88	-1,3	NS	92	1,4	(0,054)	88	0,5	NS
Kontrolgruppen												
Enhed F	12	-0,1	NS	12	0,4	NS	12	-2,5	NS	12	-2,6	NS
Enhed G	23	-0,8	NS	23	1,4	NS	23	0,4	NS	23	-2,5	NS
Enhed H	31	-2,1	0,048	31	-2,1	0,013	31	2,4	(0,07)	31	2,6	NS
Enhed I	17	0,2	NS	15	-0,8	NS	17	-3,1	NS	15	-3,8	NS
Enhed J	26	-3,1	0,025	27	-0,8	NS	26	1,3	(0,08)	27	-0,7	NS
Total	109	-1,5	(0,057)	108	-0,6	NS	109	0,3	NS	108	-0,8	NS

Note: PCS = personalets selvvaluerede fysiske helbred, MCS = personalets selvvaluerede psykiske helbred, 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, AS = afsluttende dataindsamling n = antal personale.
En positiv scoreændring = forbedring i enten fysisk eller psykisk helbred.

Tabel 59.

Scoreændringer over tid på enhedsniveau for MBI-HSS delskalaer

	PA				EE				DP									
	n	Gns. forskel AS-1. BL score	p-værdi	n	Gns. forskel AS-1. BL score	p-værdi	n	Gns. forskel AS-3. BL score	p-værdi	n	Gns. forskel AS-1. BL score	p-værdi	n	Gns. forskel AS-3. BL score	p-værdi			
Implementeringsgruppen																		
Enhed A	15	-1,0	NS	13	1,2	NS	15	-1,9	NS	16	-3,3	(0,098)	16	0,5	NS	14	-2,0	0,04
Enhed B	14	-3,5	NS	13	-1,7	NS	13	3,5	NS	13	1,9	NS	14	0,7	NS	13	2,2	(0,06)
Enhed C	19	-1,3	NS	21	-2,1	0,02	20	2,1	NS	20	0,8	NS	22	-0,4	NS	22	0,5	NS
Enhed D	22	0,5	NS	23	0,5	NS	23	1,5	NS	23	0,5	NS	24	-0,4	NS	25	0,08	NS
Enhed E	15	2,1	NS	15	1,1	NS	17	-1,4	NS	17	-1,8	NS	17	-0,4	NS	17	-0,6	NS
Total	85	-0,5	NS	85	-0,3	NS	88	0,8	NS	89	-0,3	NS	93	-0,1	NS	91	0,04	NS
Kontrolgruppen																		
Enhed F	11	0,3	NS	12	-0,5	NS	13	1,7	NS	13	2,1	NS	12	0,2	NS	12	0,5	NS
Enhed G	22	1,8	(0,08)	21	0,3	NS	22	-0,1	NS	21	0,1	NS	24	0,9	NS	22	0,4	NS
Enhed H	30	-0,8	NS	31	-0,5	NS	29	0,8	NS	30	-2,2	NS	31	-0,3	NS	31	-0,6	NS
Enhed I	19	-1,1	NS	17	-2,0	0,04	19	6,5	NS	16	8,3	0,03	20	0	NS	18	1,5	0,02
Enhed J	27	-1,9	(0,08)	29	-1,2	NS	29	1,5	(0,06)	28	0,9	NS	29	0,1	NS	29	0,4	NS
Total	109	-0,5	NS	110	-0,7	(0,06)	112	1,9	NS	108	1,1	NS	116	0,2	NS	112	0,3	(0,07)

Note: MBI-HSS = Maslach Burnout Inventory, PA = arbejdspræstation, EE = følelsesmæssig udmattelse, DP = depersonalisering, 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, AS = afsluttende dataindsamlings, n = antal personale.

En negativ scoreændring = forbedring i EE og DP; en positiv scoreændring = forbedring i PA.

Tabel 60.

Scoreændringer over tid på enhedsniveau for faktorerne vedrørende 'Arbejdsliv'

	Trivsel og udvikling			Fællesskab og samarbejde			Beboernes oplevelser og omsorg			Arbejde med beboerne		
	n	Gns. forskel (AS - 3. BL)	p-værdi	n	Gns. forskel (AS - 3. BL)	p-værdi	n	Gns. forskel (AS - 3. BL)	p-værdi	n	Gns. forskel (AS - 3. BL)	p-værdi
Implementeringsgruppen												
Enhed A	16	-0,8	NS	16	-1,1	0,05	16	-0,7	0,03	16	-0,8	NS
Enhed B	13	-1,0	NS	12	0,8	NS	12	0,5	(0,08)	13	-0,3	NS
Enhed C	25	0,3	NS	24	-0,1	NS	24	-0,2	NS	25	-0,3	NS
Enhed D	24	-0,1	NS	24	0,2	NS	24	-0,2	NS	24	-0,9	0,000
Enhed E	17	-0,7	NS	17	-0,7	0,024	16	-0,2	NS	17	-0,4	NS
Total	95	-0,6	NS	93	-0,2	NS	92	-0,2	(0,09)	95	-0,6	0,001
Kontrolgruppen												
Enhed F	12	1,0	(0,06)	12	-1,0	0,014	12	-0,2	NS	12	0,0	NS
Enhed G	23	0,8	0,047	23	0,7	0,02	21	0,4	(0,09)	23	-0,0	NS
Enhed H	33	0,4	NS	33	-0,0	NS	32	-0,1	NS	33	-0,1	NS
Enhed I	18	1,0	(0,08)	18	-0,1	NS	18	0,3	NS	18	0,3	NS
Enhed J	29	0,7	0,018	29	0,2	NS	29	-0,0	NS	29	0,0	NS
Total	115	0,7	0,000	114	0,1	NS	113	0,1	NS	115	0,0	NS

Note: 3. BL = 3. baseline, AS = afsluttende dataindsamling n = antal plejepersoner.

En negativ scoreændring = forbedring.

Tabel 61.

Oversigt over scoreændringers retning på enhedsniveau (personalet)

Enhed	SF-12v2		MBI-HSS			Arbejdsliv			
	PCS	MCS	PA	EE	DP	Trivsel & udvikling	Fællesskab & samarbejde	Beboernes oplevelser & omsorg	Arbejde med beboerne
Implementeringsgruppen									
A	Værre	Bedre	Bedre	Bedre ^a	Bedre ^a	Bedre	Bedre ^a	Bedre ^a	Bedre
B	Værre	Værre	Værre	Værre	Værre	Bedre	Værre	Værre	Bedre
C	Værre	Værre	Værre ^a	Værre	Værre	Værre	Uændret	Bedre	Bedre
D	Værre	Værre	Bedre	Værre	Uændret	Bedre	Værre	Bedre	Bedre ^a
E	Værre	Bedre ^a	Bedre	Bedre	Bedre	Bedre	Bedre ^a	Bedre	Bedre
Total	Værre	Bedre	Værre	Bedre	Uændret	Bedre	Bedre	Bedre	Bedre^a
Kontrolgruppen									
F	Bedre	Værre	Værre	Værre	Værre	Værre	Bedre ^a	Bedre	Uændret
G	Bedre	Værre	Bedre	Værre	Værre	Værre ^a	Værre ^a	Værre	Uændret
H	Værre ^a	Bedre	Værre	Bedre	Bedre	Værre	Uændret	Uændret	Uændret
I	Værre	Værre	Værre ^a	Værre ^a	Værre ^a	Værre	Uændret	Værre	Værre
J	Værre	Værre	Værre	Værre	Værre	Værre ^a	Værre	Uændret	Uændret
Total	Værre	Værre	Værre	Værre	Værre	Værre^a	Uændret	Uændret	Uændret

Note: PCS = selv vurderet fysisk helbred, MCS = selv vurderet psykisk helbred. Resultater er baseret på data fra plejepersoner, der besvarede 3. baseline og afsluttende dataindsamling. ^a viser signifikant ændring på 5 pct. signifikansniveau.

5.5. Multipel regressionsanalyse af scoreændringer over tid

Ud over brugen af reminiscens kunne man forestille sig, at personalets scorer på måleinstrumenterne påvirkes af faktorer som f.eks. plejepersonens alder, ansættelsesvarighed, helbred, oplevelse af negative life events (f.eks. skilsmisse, dødsfald i familien/nære venner, sygdom mv.), udbrændthed og generel vurdering af arbejdslivet. Multiple regressionsanalyser blev foretaget for at undersøge, hvorvidt disse variable var forbundet med scoreændringer over tid.

Med en enkelt undtagelse havde samtlige regressionsanalyser Durbin-Watson-værdier¹⁵ mellem 1,5 og 2,5. Undtagelsen var regressionsmodellen for MBI-HSS delskalaen EE (følelsesmæssig udmattelse), hvor Durbin-Watson var på 1,45. For alle modeller var ANOVAs F-værdi signifikant, ensbetydende med at modellerne ikke var uden forklaringsgrad.

5.5.1. Scoreændring på delskalaer i SF-12v2

Resultaterne for PCS (selvvurderet fysisk helbred) viste, alt andet lige (Tabel 62):

- at personalets baselinevurdering af egen fysisk helbredstilstand (PCS) havde en signifikant og negativ effekt på personalets selvvurderede fysiske helbred. Jo højere baseline PCS score (= jo bedre selvvurderet helbred ved baseline), jo større tendens til forværring i selvvurderet helbred over tid.
- at personalets baselinevurdering af egen følelsesmæssige udmattelse (EE) havde en signifikant og negativ effekt på scoreændringen i selvvurderet helbred. Jo højere grad af følelsesmæssig udmattelse ved baseline, jo større tendens til forværring i selvvurderet helbred over tid.

Resultaterne for MCS (selvvurderet psykisk helbred) viste, alt andet lige (Tabel 62):

- at personalets oplevelse af negative life events inden for de sidste seks måneder før Afsluttende dataindsamlingen (f.eks. skilsmisse, dødsfald i familien/blandt venner mv.) havde en signifikant og negativ effekt på personalets selvvurderede psykiske helbred.
- at personalets baselinevurdering af egen fysiske helbredstilstand (PCS) havde en signifikant og positiv effekt på ændringen i selvvurderet psykisk helbred. Jo bedre selvvurderet helbred ved baseline, jo større tendens til forbedring i selvvurderet psykisk helbred.
- at personalets baselinevurdering af egen psykisk helbredstilstand (MCS) havde en signifikant og negativ effekt på personalets selvvurderede psykiske helbred. Jo bedre selvvurderet psykisk helbred ved baseline, jo større tendens til forværring i selvvurderet psykisk helbred over tid.
- at personalets baselinevurdering af egen arbejdspræstation (PA) havde en signifikant og positiv effekt på scoreændringen i MCS. Jo bedre man vurderede sin arbejdspræstation ved baseline, jo større tendens til forbedring i selvvurderet psykisk helbred over tid.

5.5.2. Scoreændring på delskalaer i MBI-HSS

Resultaterne for PA (arbejdspræstation) viste (Tabel 62):

- at personalets alder havde en signifikant og positiv effekt på arbejdspræstationsændringen, dvs. jo ældre man er, jo større tendens til forbedring heri over tid.

15 Test for multikollinearitet – værdierne var inden for de tilladte grænser, så der var ingen problemer hermed.

- at personalets baselinevurdering af egen arbejdspræstation (PA) havde en signifikant og negativ effekt på scoreændringen. Jo bedre arbejdspræstationsvurdering ved baseline, jo større tendens til forværring heri over tid.
- at personalets baselinevurdering af vigtigheden af at kunne leve sig ind i beboernes oplevelser, samt om beboerne får god omsorg (faktoren Beboernes oplevelse og omsorg), havde en signifikant negativ effekt på ændringen i arbejdspræstation. Jo mere negativt et syn personalet havde ved baseline, jo større tendens til forværring i personalets arbejdspræstation over tid.
- at personalets baseline holdning til, hvordan det er at arbejde med beboerne (faktoren Arbejde med beboere) havde en signifikant positiv effekt på scoreændringen i PA. Jo mere negativ holdning ved baseline, jo større tendens til forbedring i personalets arbejdspræstation (PA score) over tid.

Resultaterne for EE (følelsesmæssig udmattelse) viste (Tabel 62):

- at personalets baselinevurdering af følelsesmæssig udmattelse (EE) havde en signifikant effekt på ændringen i den følelsesmæssige udmattelse. Jo større følelsesmæssig udmattelse (EE) ved baseline, jo større tendens til forbedring heri.

Resultaterne for DP (depersonalisering) viste, alt andet lige (Tabel 62):

- at personalets ansættelsesvarighed havde en signifikant effekt på scoreændringen; jo længere ansættelse, jo mindre depersonalisering.
- at personalets baselinevurdering af egen depersonaliseringsgrad (DP) havde en signifikant effekt på scoreændringen i DP. Jo mere depersonalisering af beboerne ved baseline, jo større tendens til forbedring i DP scoren.
- at personalets baselinevurdering af fællesskabet på enheden (faktoren: Fællesskab og samarbejde) havde en signifikant effekt på scoreændringen i DP. Jo mere negativt man havde vurderet fællesskabet og samarbejdet ved baseline, jo større forværring i personalets grad af depersonalisering over tid.

5.5.3. Scoreændring i forbindelse med vurdering af arbejdslivet

Resultaterne for Faktor 1 (Trivsel og udvikling) viste, alt andet lige (Tabel 63):

- at personalets baselinevurdering af egen fysisk helbredstilstand (PCS) havde en signifikant effekt på scoreændringen i Faktor 1. Jo bedre man havde vurderet eget fysiske helbred ved baseline, jo større tendens til forbedring i respondentens trivsel og udvikling i forbindelse med arbejdet over tid.
- at personalets baselinevurdering af deres trivsel på enheden (Trivsel og udvikling) havde en signifikant effekt på scoreændringen i Faktor 1. Jo værre man havde vurderet trivsel og udvikling ved baseline, jo større tendens til forbedring i respondentens trivsel og udvikling i forbindelse med arbejdet over tid.
- Dummyvariablen for om respondenterne var fra Implementerings- eller Kontrolgruppen var tilnærmelsesvis signifikant ($p=0,069$). Hvis man var fra Kontrolgruppen, var dette ensbetydende med, at man ikke fandt faktoren for trivsel og udvikling nær så positivt, som plejepersonalet i Implementeringsgruppen gjorde.

Resultaterne for Faktor 2 (Fællesskab og samarbejde) viste, alt andet lige:

- at personalets køn havde en signifikant effekt på scoreændringen i Faktor 2. Var man kvinde, var dette ensbetydende med større tendens til forbedring i vurdering af fællesskabet og samarbejdet på enheden over tid.
- at personalets egen vurdering af fysisk helbredstilstand ved baseline (PCS) havde en signifikant effekt på scoreændringen i Faktor 2. Jo højere ens selvvaluerede helbred var ved baseline, jo større tendens til forbedring i respondentens vurdering af fællesskab og samarbejde på enheden over tid.
- at personalets baselinevurdering af fællesskabet på enheden (Fællesskab og samarbejde) havde en signifikant effekt på scoreændringen i Faktor 2. Jo mere negativ vurderingen var ved baseline, jo større tendens til forbedring af respondentens vurdering af fællesskab og samarbejde på enheden over tid.

Resultaterne for Faktor 3 (Beboernes oplevelser og omsorg) viste:

- at personalets baselinevurdering af vigtigheden af at kunne leve sig ind i beboernes oplevelser, samt om beboerne får god omsorg (Beboernes oplevelse og omsorg) havde en signifikant effekt på scoreændringen i Faktor 3. Jo mere negativt syn plejepersonalet havde på deres omsorg for beboerne ved baseline, jo større tendens til forbedring over tid.

Resultaterne for Faktor 4 (Arbejde med beboere) viste, alt andet lige:

- at personalets baselinevurdering af deres trivsel på enheden (Trivsel og udvikling) havde en signifikant effekt på scoreændringen i Faktor 4. Jo værre man vurderede trivsel og udvikling ved baseline, jo større tendens til forværring mht. respondentens holdning til, hvordan det er at arbejde med beboere.
- at personalets baselinevurdering af vigtigheden af at kunne leve sig ind i beboernes oplevelser samt om beboerne får god omsorg (Beboernes oplevelse og omsorg) havde en signifikant effekt på scoreændringen i Faktor 4. Jo mere negativt syn personalet havde af deres omsorg for beboerne ved baseline, jo større tendens til forværring mht. plejers personens holdning af, hvordan det er at arbejde med beboere over tid
- at personalets baseline holdning til, hvordan det er at arbejde med beboerne (Arbejde med beboere), havde en signifikant effekt på scoreændringen i Faktor 4. Jo mere negativ holdning ved baseline, jo større tendens til forbedring mht. plejers personens holdning til, hvordan det er at arbejde med beboere over tid.
- at hvis respondenterne var i Kontrolgruppen, var der tendens til forværring i respondentens holdning til, hvordan det er at arbejde med beboere, sammenlignet med plejers personer fra Implementeringsgruppen.

Tabel 62.

Multipel regressionsanalyse af scoreændringer på SF-12v2 (PCS og MCS) og MBI-HSS (PA, EE, DP)

	PCS (selvurderet fysisk helbred)		MCS (selvurderet psykisk helbred)		PA (arbejds- præstation)		EE (følelsesmæssig udmattelse)		DP (deperso- nalisering)	
	Beta	p-værdi	Beta	p-værdi	Beta	p-værdi	Beta	p-værdi	Beta	p-værdi
Konstant	26,549	0,000	15,044	0,036	9,559	0,016	2,450	0,351	0,000	0,999
Plejepersonens køn (kvinde=1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plejepersonens alder (år)	-0,027	0,614	0,092	0,104	0,145	0,000	-	-	-	-
Plejepersonens anciennitet (=år ansat) på enheden	-	-	-	-	-	-	-0,034	0,614	-0,043	0,049
Negative life events, f.eks. dødsfald, skilsmisse (oplevet=1)	-	-	-3,430	0,009	-	-	-	-	-	-
Selvurderet fysisk hel- bredstilstand ved 3. baseline (skala; høj score godt)	-0,419	0,000	0,187	0,007	-	-	-	-	-	-
Selvurderet psykisk hel- bredstilstand ved 3. baseline (skala; høj score godt)	-	-	-0,698	0,000	-	-	-	-	-	-
Arbejdspræstation ved 3. baseline (skala fra 0 – 48; højt er godt)	-	-	0,248	0,026	-0,394	0,000	-	-	-	-
Følelsesmæssig udmattelse ved 3. baseline (skala fra 0-54; lavt er godt)	-0,120	0,044	-	-	-	-	-0,388	0,000	-	-
Depersonalisering ved 3. baseline (skala fra 0-30; lavt er godt)	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,448	0,000
Fællesskab og samarbejde (faktor) ved 3. baseline (skala fra 0-8; lavt er godt)	-	-	-	-	-	-	-	-	0,421	0,001
Beboernes oplevelser og omsorg (faktor) ved 3. base- line (skala fra 0-8; lavt er godt)	-	-	-	-	-0,964	0,002	-	-	-	-
Arbejde med beboere (faktor) ved 3. baseline (skala fra 0-8; lavt er godt)	-	-	-	-	0,578	0,010	-	-	0,196	0,068
SOSU-assistenter/hjælpere og plejehjemsassistenter	-3,549	0,089	-1,976	0,370	0,367	0,806	2,873	0,241	-0,183	0,819
Terapeut/aktivitets- medarbejder	-4,101	0,257	-0,064	0,988	3,639	0,160	-0,197	0,960	-1,508	0,235
Anden arbejdsstilling	-5,708	0,116	-2,309	0,552	-0,642	0,820	3,188	0,452	-0,363	0,774
Implementerings- eller Kontrolgruppe (KG=1)	0,503	0,610	-0,169	0,872	0,112	0,874	0,545	0,641	0,513	0,159
Justeret R ²	0,158	-	0,365	-	0,189	-	0,156	-	0,242	-

Note: Resultater er baseret på data fra de plejepersoner, der besvarede 3. baseline og afsluttende dataindsamling. Reference for arbejdstype er sygeplejerske/gruppeledere.

En *positiv* scoreændring på PCS eller MCS viser *forbedring* i selvurderet helbred over tid. En *positiv* scoreændring på PA viser *forbedring* i arbejdspræstation over tid. En *negativ* scoreændring på EE viser *forbedring* i den følelsesmæssige udmattelse over tid. En *negativ* scoreændring på DP viser *forbedring* på depersonaliseringsgrad over tid.

Tabel 63.

Multipel regressionsanalyse af scoreændringer på faktorer vedrørende personalets syn på arbejdslivet

	Faktor 1: Trivsel og udvikling		Faktor 2: Fællesskab og samarbejde		Faktor 3: Beboernes oplevelser og omsorg		Faktor 4: Arbejde med beboere	
	Beta	p-værdi	Beta	p-værdi	Beta	p-værdi	Beta	p-værdi
Konstant	3,411	0,016	3,384	0,000	0,810	0,023	-0,201	0,764
Plejepersonens køn (kvinde=1)	-	-	-0,933	0,049	-	-	-	-
Plejepersonens alder (år)	-0,002	0,879	-	-	-	-	0,011	0,231
Plejepersonens anciennitet (=år ansat) på enheden	-	-	-0,007	0,494	-	-	-	-
Negative life events, f.eks. dødsfald, skilsmisse (oplevet=1)	-	-	-	-	-	-	-	-
Selvurderet fysisk helbredstilstand ved 3. baseline (skala)	-0,035	0,045	-0,029	0,012	-	-	-	-
Selvurderet psykisk helbredstilstand ved 3. baseline (skala)	-	-	-	-	-	-	-	-
Arbejdspræstation ved 3. baseline (skala fra 0-48; højt er godt)	-	-	-	-	-	-	-	-
Følelsesmæssig udmattelse ved 3. baseline (skala fra 0-54; lavt er godt)	-	-	-	-	-	-	-	-
Depersonalisering ved 3. baseline (skala fra 0-30; lavt er godt)	-	-	-	-	-	-	-	-
Trivsel og udvikling (faktor) ved 3. baseline (skala fra 0-12; lavt er godt)	-0,470	0,000	0,078	0,088	-	-	0,090	0,046
Fællesskab og samarbejde (faktor) ved 3. baseline (skala fra 0-8; lavt er godt)	-	-	-0,544	0,000	-	-	-	-
Beboernes oplevelser og omsorg (faktor) ved 3. baseline (skala fra 0-8; lavt er godt)	-	-	-	-	-0,501	0,000	0,149	0,037
Arbejde med beboere (faktor) ved 3. baseline (skala fra 0-8; lavt er godt)	-	-	-	-	-	-	-0,470	0,000
SOSU-assistent/hjælper og plejehjemsassistenter	0,048	0,933	-0,010	0,979	0,307	0,341	-0,094	0,810
Terapeut/aktivitetsmedarbejder	-1,821	0,066	0,073	0,913	0,766	0,207	-0,110	0,863
Anden arbejdsstilling	1,034	0,265	0,764	0,225	0,975	0,066	0,135	0,833
Implementerings- eller Kontrolgruppe (KG=1)	0,476	0,069	-0,049	0,784	0,101	0,494	0,440	0,014
Justeret R ²	0,245	-	0,258	-	0,279	-	0,283	-

Note: Resultater er baseret på data fra de plejepersoner, der har besvaret 3. baseline og afsluttende dataindsamling. En *negativ* scoreændring på Faktor 1 viser *forbedring* i trivsel og udvikling i forbindelse med arbejdet over tid. En *negativ* scoreændring på Faktor 2 viser *forbedring* i vurdering af fællesskab og samarbejde over tid. En *negativ* scoreændring på Faktor 3 viser *forbedring* på holdningen til, hvor vigtigt det er at kunne leve sig ind i beboernes oplevelser over tid. En *negativ* scoreændring på Faktor 4 viser *forbedring* på holdningen til, hvordan det er at arbejde med beboere over tid.

5.6. Opsummering: konsekvenser af reminiscens for personalet

5.6.1. Konsekvenser af reminiscens for personalets helbred

En oversigt over resultaterne i forhold til personalets helbred målt ved SF-12v2 præsenteres i Informationsboks 20 samt Figur 20 og Figur 21.

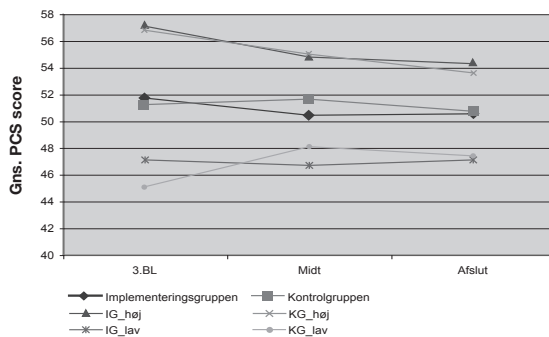
Informationsboks 20.

Konsekvenser af reminiscens for personalets fysiske og psykiske helbred

- Ikke-signifikant forværring i selvvalueret fysisk helbred over tid hos personalet i Implementerings- og Kontrolgruppen
- Ikke-signifikant forbedring i selvvalueret psykisk helbred over tid hos personalet i Implementeringsgruppen, og ikke-signifikant forværring hos personalet i Kontrolgruppen
- Ingen statistisk signifikant forskel mellem de to grupper scoreændring over tid
- Regression mod gennemsnittet kan ikke afvises som forklaring for forskellene i scoreændringer mellem Implementerings- og Kontrolgruppen mht. selvvalueret psykisk helbred

Figur 20.

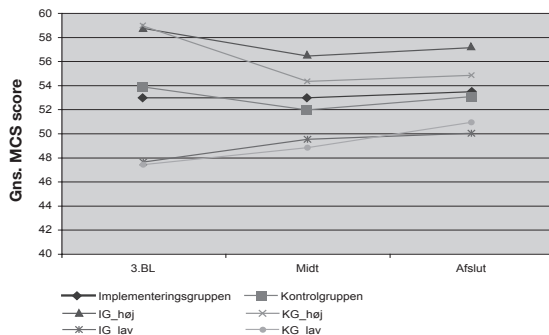
Scoreændringer over tid ift. gns. PCS score for IG og KG



Note: PCS = selvvalueret fysisk helbred; jo højere score, jo bedre fysisk helbred. Der var ikke statistisk signifikant forskel mellem Implementerings- (IG) og Kontrolgruppen (KG) ved hverken baseline eller afsluttende dataindsamling. Både IG og KG oplevede ikke-signifikant forværring over tid. Plejepersoner i begge grupper, der initialt havde høj PCS score, oplevede signifikant forværring over tid, mens plejepersoner, der initialt havde lav PCS score, oplevede forbedring over tid (kun signifikant i KG).

Figur 21.

Scoreændringer over tid ift. gns. MCS score for IG og KG



Note: MCS = selvvalueret psykisk helbred; jo højere score, jo bedre psykisk helbred. Der var ikke statistisk signifikant forskel mellem Implementerings- (IG) og Kontrolgruppen (KG) ved hverken baseline eller afsluttende dataindsamling. IG oplevede en ikke-signifikant forbedring over tid, og KG en ikke-signifikant forværring. Plejepersoner i begge grupper, der initialt havde høj MCS score, oplevede forværring over tid (kun signifikant i KG). Plejepersoner i begge grupper, der initialt havde lav MCS score, oplevede forbedring over tid (signifikant i KG og tilnærmelsesvis signifikant i IG).

At det personale, der initialt havde højest selv vurderet fysisk og psykisk helbred, oplevede en signifikant forværring over tid kan skyldes, at man har været syg eller fænomenet 'regression mod gennemsnittet'. Ligeledes for det personale, der initialt havde lavest selv vurderet fysisk og psykisk helbred, men oplevede forbedring over tid, kan forklaringen være, at man var syg ved første måling og havde det bedre ved den efterfølgende måling, eller fænomenet 'regression mod gennemsnittet'.

5.6.2. Konsekvenser af reminiscens for personalets grad af udbrændthed

En oversigt over resultaterne i forhold til personalets grad af udbrændthed målt ved MBI-HSS præsenteres i Informationsboks 21 samt i Figur 22 - Figur 24.

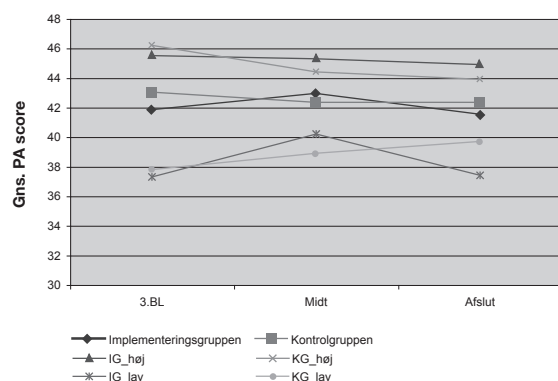
Informationsboks 21.

Konsekvenser af reminiscens for personalets grad af udbrændthed

- Ikke-signifikant forværring i arbejdspræstation over tid i begge grupper, forværringen var tilnærmelsesvis signifikant i Kontrolgruppen
- Ikke-signifikant reducere i følelsesmæssig udmattelse over tid i Implementeringsgruppen og en ikke-signifikant stigning i følelsesmæssige udmattelse i Kontrolgruppen
- Uændret grad af depersonalisering i Implementeringsgruppen og tilnærmelsesvis signifikant forværring i Kontrolgruppen
- Ingen signifikant forskel mellem Implementerings- og Kontrolgruppen som helhed i gns. scoreændring på PA, EE og DP skalaer
- Regression mod gennemsnittet kan ikke afvises som forklaring for forskellene i scoreændringer mellem Implementerings- og Kontrolgruppen

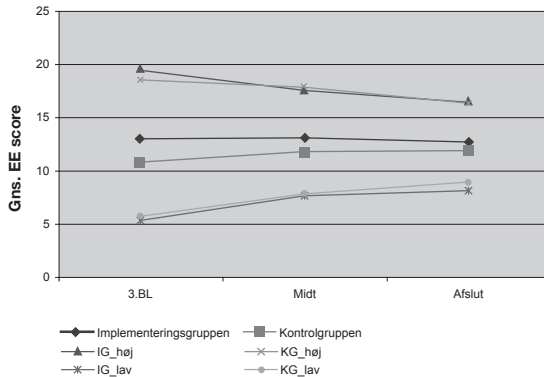
Figur 22.

Scoreændringer ift. gns. PA score for IG og KG



Note: PA = vurdering af personalets arbejdspræstation; en høj score er tegn på en høj arbejdspræstation. Der var tilnærmelsesvis signifikant forskel mellem Implementerings- (IG) og Kontrolgruppen (KG) ved 3. baseline men ikke ved afsluttende dataindsamling. Begge grupper oplevede over tid et fald i arbejdspræstationen, dog var dette fald kun tilnærmelsesvis signifikant i KG. Blandt dem, der initialt havde høj arbejdspræstation, sås signifikant forværring over tid i KG, men ikke i IG. Blandt dem, der initialt havde lav arbejdspræstation, sås tilnærmelsesvis signifikant forbedring i KG men ikke i IG.

Figur 23.
Scoreændringer ift. gns. EE score for IG og KG



Note: EE = vurdering af personalets følelsesmæssige udmattelse; en lav score er tegn på lav følelsesmæssig udmattelse. Der var signifikant forskel mellem Implementerings- (IG) og Kontrolgruppen (KG) ved 3. baseline men ikke ved afsluttende dataindsamling. Over tid oplevede IG en ikke-signifikant forbedring i personalets følelsesmæssige udmattelse, mens KG oplevede en ikke-signifikant forværring. For de ansatte, der initialt havde høj EE, var forbedringen signifikant i IG og tilnærmelsesvis signifikant i KG. For de ansatte, der initialt havde lav EE, oplevede begge grupper en signifikant forværring over tid.

Figur 24.
Scoreændringer ift. gns. DP score for IG og KG

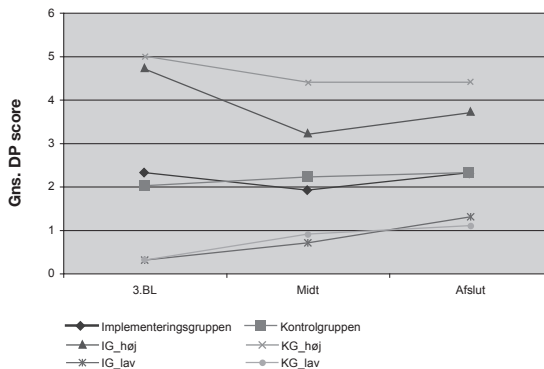


Fig 24

Note: DP = personalets depersonaliseringsgrad; en lav score er tegn på en lav grad af depersonalivering. Der var ikke signifikant forskel mellem Implementerings- (IG) og Kontrolgruppen (KG) ved hverken 3. baseline eller afsluttende dataindsamling. I begge grupper sås en signifikant forværring i depersonaliseringsgraden over tid hos de plejepersoner, der tidligere havde scoret lavt, mens de ansatte, der ved baseline havde haft lidt højere grad af depersonalivering, oplevede en ikke-signifikant forbedring.

Forværringen i arbejdspræstation (PA) var størst i Kontrolgruppen. Den gennemsnitlige baseline PA-score for Kontrolgruppen var dog tilnærmelsesvis signifikant bedre end for personalet i Implementeringsgruppen, og regression mod gennemsnittet kan derfor ikke helt afvises som forklaring for dette resultat. Et generelt fald i arbejdspræstation hos plejepersonerne kunne også skyldes en mulig negativ effekt af deltagelse i et forskningsstudie, hvor man, ud over de sædvanlige daglige opgaver, var pålagt yderligere forskningsrelaterede arbejdsopgaver, som f.eks. registrering af reminiscenssessioner og besvarelser af spørgeskemaer.

Der var tendenser mod mere følelsesmæssig udmattelse over tid hos personalet i Kontrolgruppen. Der var dog signifikant forskel mellem Implementerings- og Kontrolgruppen ved baseline; den gennemsnitlige baseline EE-score for plejepersonalet i Implementeringsgruppen var signifikant værre end for plejepersonalet i Kontrolgruppen, og regression mod gennemsnittet kan derfor ikke afvises som forklaring for dette resultat.

Der var tendens til mere depersonalisering over tid i Kontrolgruppen. Personalet scorede dog generelt meget lavt på depersonaliseringsskalaen. Man havde således som udgangspunkt en positiv holdning over for de beboere, man forventes at forholde sig professionelt til. Ved 3. baseline havde f.eks. 37 pct. af alle respondenterne en depersonaliseringsscore på 0. Denne ceiling-effekt kan have påvirket resultatet, da scoren for disse plejepersoner kun kunne blive uændret eller forværret over tid.

De fleste plejepersoner havde ved baseline en høj arbejdspræstation, en lav grad af følelsesmæssig udmattelse og en lav depersonaliseringsgrad. Nogle typer mennesker er bedre til at arbejde med mennesker end andre. At personalet generelt giver udtryk for en lav grad af udbrændthed i forhold til deres arbejde med mennesker kan skyldes, at de plejepersoner, der har deltaget i undersøgelsen, har valgt deres arbejde, netop fordi de er glade for at arbejde på enheden og således tæt med andre mennesker. En undersøgelse af de respondenter, der ophørte deres arbejdsliv på enhederne under projektførelsen (eller frafaldt af andre årsager), viste, at de havde signifikant mere følelsesmæssig udmattelse, tilnærmelsesvis signifikant lavere arbejdspræstation og tilnærmelsesvis signifikant dårligere psykisk helbred sammenlignet med det plejepersonale, der forblev i studiet.

Resultaterne tyder på mindre udbrændthed blandt danske plejepersoner end hos en stikprøve fra den generelle amerikanske befolkning. Dette er et lidt overraskende fund. Det kan være, at danskere generelt scorer højere end amerikanere på disse skalatyper. Men forskellene kan også skyldes kulturelle forhold i forbindelse med egen vurdering af arbejdsglæde og -byrde eller mulige sproglige forskelle mellem den danske og amerikanske udgave af MBI-HSS.

5.6.3. Konsekvenser af reminiscens for personalets syn på arbejdslivet

En oversigt over resultaterne i forhold til personalets syn på arbejdslivet målt ved items fra SNCW præsenteres i Informationsboks 22 samt Figur 25 og Figur 26.

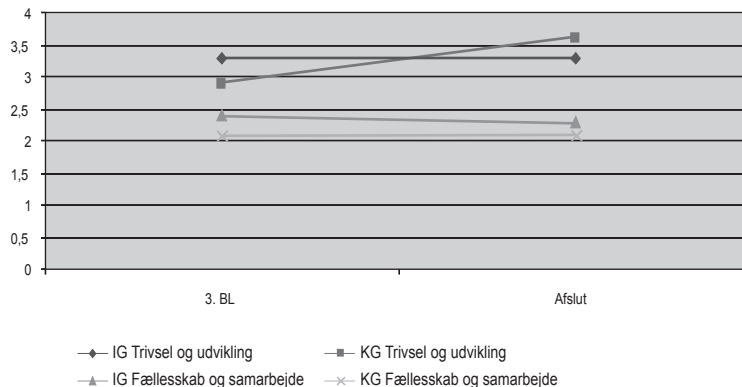
Informationsboks 22.

Konsekvenser af reminiscens for personalets syn på arbejdslivet

- Signifikant forværring i personalets trivsel og udvikling i Kontrolgruppen
- Signifikant forbedring i personalets holdning til at arbejde med beboerne i Implementeringsgruppen
- Tilnærmelsesvis signifikant forbedring i personalets syn på deres omsorg for beboerne i Implementeringsgruppen
- Statistisk signifikant forskel på scoreændringen mellem Implementerings- og Kontrolgruppen med hensyn til faktorerne Trivsel og udvikling og Arbejde med beboerne til fordel for plejepersonalet i Implementeringsgruppen

Figur 25.

Ændring over tid i 'Trivsel og udvikling' og 'Fællesskab og samarbejde'

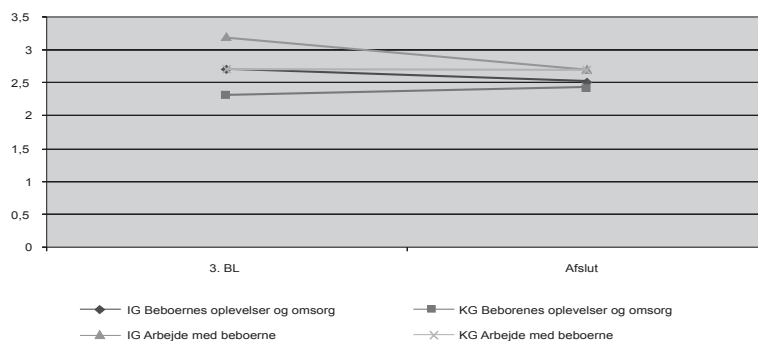


Note: 3. BL = 3. baseline, Afslut = afsluttende dataindsamling, IG = Implementeringsgruppen, KG = Kontrolgruppen. 'Trivsel og udvikling': en lav score er tegn på, at personalet finder, at de får udviklet deres professionelle rolle og person i forbindelse med arbejdet. 'Fællesskab og samarbejde': en lav score er ensbetydende med, at personalet finder, at de har et godt fællesskab og samarbejde på enheden.

Der var ikke signifikant forskel mellem IG og KG ved 3. baseline eller afsluttende dataindsamling. I forbindelse med faktoren 'Trivsel og udvikling' oplevede personalet i KG en signifikant forværring over tid, mens scoren for IG var uændret. I forbindelse med faktoren 'Fællesskab og samarbejde' sås ingen nævneværdig ændring hos personalet i IG og KG. Items i de enkelte skalaer er inspireret af SNCW (Satisfaction with Nursing Care and Work Assessment Scale) (114).

Figur 26.

Ændring over tid i 'Beboernes oplevelser og omsorg' og 'Arbejde med beboerne'



Note: 3. BL = 3. baseline, Afslut = afsluttende dataindsamling, IG = Implementeringsgruppen, KG = Kontrolgruppen. 'Beboernes oplevelser og omsorg': en lav score er tegn på, at personalet finder det vigtigt at kunne leve sig ind i beboernes oplevelser og at beboerne får en god omsorg. 'Arbejde med beboerne': en lav score er ensbetydende med, at personalet finder det interessant at arbejde med og engagere sig i beboerne.

På faktoren 'Arbejde med beboerne' var der signifikant forskel mellem IG og KG ved 3. baseline men ikke ved afsluttende dataindsamling. Personalet i IG oplevede en tilnærmelsesvis signifikant forbedring i faktoren 'Beboernes oplevelser og omsorg' samt en signifikant forbedring i faktoren 'Arbejde med beboerne'. Ændringerne i KG var ikke-signifikante. Items i de enkelte skalaer er inspireret af SNCW (Satisfaction with Nursing Care and Work Assessment Scale)(114).

Samlet set viste resultaterne fra SNCW spørgsmålene, at anvendelse af reminiscens muligvis har en positiv effekt på personalets syn på arbejdslivet. Ved baseline havde personalet i Implementeringsgruppen dog en højere score end personalet i Kontrolgruppen på samtlige faktorer; signifikant i forbindelse med faktoren 'arbejde med beboerne'; tilnærmelsesvis signifikant for faktorerne 'trivsel og udvikling' ($p=0,09$) og 'Fællesskab og samarbejde' ($p=0,085$). Det kan derfor ikke afvises, at den mulige forbedring, der ses blandt personalet i Implementeringsgruppen, til dels skyldtes regression mod gennemsnittet.

Hvis den signifikante forskel mellem Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen i 'Arbejde med beboerne' afspejler en reel reminiscens effekt, kan det tolkes i retning af, at reminiscens har haft en positiv indflydelse på, hvordan plejepersonalet oplever det daglige arbejde med beboerne. Resultatet kunne evt. også hænge sammen med, at personalet i Kontrolgruppen blev skuffede over, at de ikke fik det ønskede reminiscenskursus, hvilket kunne hænge sammen med den oplevede forværring på faktoren 'Trivsel og udvikling', som sås i Kontrolgruppen. Det bør dog bemærkes, at flere respondenter havde været på demenskurser i projektforsøget (f.eks. Demens1, Demens2), hvorfor de ikke var helt afskåret fra at kunne videreudvikle sig og deres professionelle roller i forbindelse med det professionelle arbejde.

5.6.4. Kommentar til multipel regressionsanalyse for personalet

Der blev opstillet ni modeller, der hver især forsøgte at forklare ændringen i de forskellige delskalærer på henholdsvis SF-12v2, MBI-HSS og 'Arbejdsliv'. De enkelte modeller forklarede mellem 16 og 38 pct. af variationen i ændringsscoren over tid. Da lave justerede

R²-værdier er normale for individdata, hvor der kan være meget variation fra person til person, kan man ikke umiddelbart sige, at modellerne er dårlige.

Resultaterne viste, at anvendelse af reminiscens havde en signifikant effekt på personalets arbejde med beboere (Faktor 4) og en tilnærmelsesvis signifikant effekt på personalets trivsel og udvikling (Faktor 1). I begge disse modeller var ingen anvendelse af reminiscens (dvs. Kontrolgruppen) forbundet med en tendens til forværring (eller i hvert fald ikke en forbedring) på respondenternes holdning til at arbejde med beboere og med en tendens til mindre personale trivsel og udvikling.

Anvendelse af reminiscens havde dog ikke umiddelbart megen effekt på personalets selvvaluerede fysiske og psykiske helbredsstilstand eller deres oplevede grad af udbrændthed. Det bør dog bemærkes, at fortegnene på koefficienterne for variabelen 'random' pegede i den forventede retning (dvs. mod forbedring i Implementeringsgruppen) i de fleste af de opstillede modeller.

Generelt spillede baselinevurderingen for de enkelte afhængige variable en rolle for modellens resultater. En 'god' baselinescore medførte således ofte forværring over tid, hvilket kunne skyldes fænomenet regression mod gennemsnittet eller ceiling-effekter.

Om man har oplevet negative life events eller ej påvirkede ikke umiddelbart personalets arbejdsliv eller udbrændthed, men havde en negativ indflydelse på plejepersonens psykiske helbredsstilstand, hvilket var ventet.

Jobtype faldt kun sjældent signifikant ud i forbindelse med ændringsscorerne. Hvis man var terapeut/aktivitetsmedarbejder, havde man dog næsten signifikant forbedring i forbindelse med vurderingen af trivsel og udvikling – og denne forbedring var størst for personalet i Implementeringsgruppen. Dette kunne hænge sammen med, at terapeuter/aktivitetsmedarbejder havde større mulighed for at hygge om beboerne og ofte også var dem, der havde størst mulighed for netop at anvende reminiscens i deres daglige arbejdsliv.

5.7. Personalets udsagn vedrørende effekterne af reminiscens

5.7.1. Spørgeskemaudsagn vedrørende effekten af reminiscens

Personalet i Implementeringsgruppen blev via det afsluttende spørgeskema bedt om at besvare en række udsagn vedrørende reminiscens (Tabel 64). Kun få plejepersoner fandt det decideret belastende at arbejde med reminiscens, eller at man let kunne komme til at overskride *egne* grænser, når man spurgte ind til beboernes livshistorie (ca. 8 pct.). Derimod fandt ca. 38 pct., at man let kunne komme til at overskride beboernes grænser, når man spurgte ind til beboernes livshistorie.

I forhold til reminiscensmetodens effekter vurderede ca. 3 ud af 5 respondenter, at reminiscens styrkede beboerne i deres daglige færdigheder. Langt de fleste af plejepersonerne i Implementeringsgruppen var positive i deres udmeldinger vedrørende reminiscens, dvs. at de fandt, at reminiscens var et godt arbejdsredskab, som gjorde dem bedre til at kommunikere med beboerne; at de brugte minder og erindringer mere bevidst end tidligere, og at de ville anbefale implementeringen af reminiscens til andre enheder.

På enhedsniveau:

Respondenternes besvarelser på nogle af de stillede spørgsmål varierede meget mellem de fem implementeringsenheder. Mellem 64 pct. og 100 pct. vurderede, at reminiscens var et godt arbejdsredskab (Figur 27). Mellem 0 pct. og 21 pct. fandt det belastende at arbejde med reminiscens (Figur 28). Mellem 12 pct. og 38 pct. var enige i, at anvendelse af reminiscens mindsker personalets stressniveau (Figur 29).

Tabel 64.

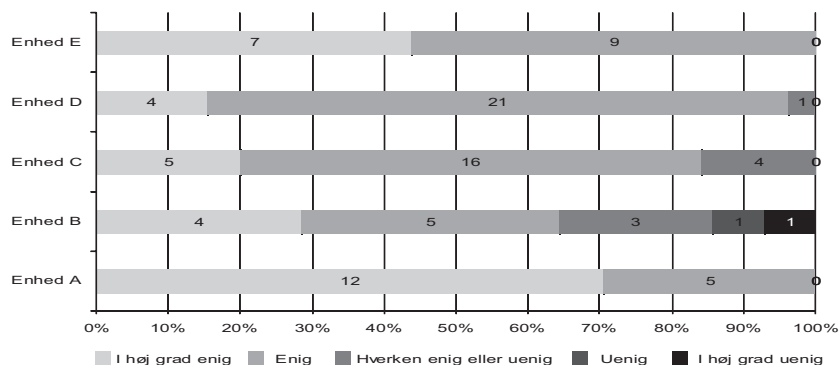
Personalets grad af enighed i udsagn vedrørende reminiscens

	I høj grad enig (pct.)	Enig (pct.)	Hverken enig eller uenig (pct.)	Uenig (pct.)	I høj grad uenig (pct.)	N
Jeg mener, at reminiscens er et godt arbejdsredskab	32,7	57,1	8,2	1,0	1,0	98
Jeg synes, at det er belastende at arbejde med reminiscens	0	5,1	30,6	44,9	19,4	98
Jeg bruger minder og erindringer mere bevidst nu end tidligere	18,6	57,7	17,5	4,1	2,1	97
Reminiscens gør mig bedre til at kommunikere med beboerne	11,2	57,1	26,5	4,1	1,0	98
Jeg har ændret min opfattelse af nogle af beboerne i forbindelse med reminiscensforløbet	8,2	34,0	39,2	17,5	1,0	97
Når man spørger ind til beboers livshistorie, kan man let overskride egne grænser	1,0	7,1	37,8	48,0	6,1	98
Når man spørger ind til beboers livshistorie, kan man let overskride beboers grænser	1,0	37,1	36,1	22,7	3,1	97
Anvendelsen af reminiscens har reduceret problematisk adfærd hos beboerne	0	31,2	50,0	18,8	0	96
Reminiscens styrker beboerne i deres daglige færdigheder	5,2	52,6	35,1	7,2	0	97
Anvendelse af reminiscens mindsker personalets stressniveau	2,1	19,8	46,9	30,2	1,0	96
Mine kollegaer bemærker, når jeg med brug af reminiscens skaber en god situation for beboerne	2,0	50,0	42,9	5,1	0	98
Jeg anvender kollegaers reminiscens-erfaringer til at skabe gode situationer for beboerne	3,1	61,9	28,9	6,2	0	97
Jeg kan vise elever og nye kollegaer, hvordan reminiscens kan bruges sammen med beboerne	12,2	69,4	16,3	2,0	0	98
Der skulle være mere tid til reminiscensaktiviteter i hverdagen	45,9	41,8	9,2	3,1	0	98
Der skulle være mere tid til at diskutere med kollegaer, hvad reminiscens kan tilføre plejen	41,8	44,9	10,2	3,1	0	98
Jeg vil ønske, at der var mere vejledning i anvendelse af reminiscens	3,1	30,9	41,2	22,7	2,1	97
Det er vanskeligt at omsætte viden fra undervisning i reminiscensmetoden til praktisk anvendelse i hverdagen	3,1	11,3	26,8	48,5	10,3	97
Erindringsmaterialet har givet mig inspiration til selv at tage materiale med på arbejde	13,5	43,8	24,0	17,7	1,0	96
Jeg vil anbefale reminiscens til andre plejeenheder	25,8	58,8	14,4	1,0	0	97

Note: Besvarelsenerne stammer fra afsluttende dataindsamling hos personalet i Implementeringsgruppen.

Figur 27.

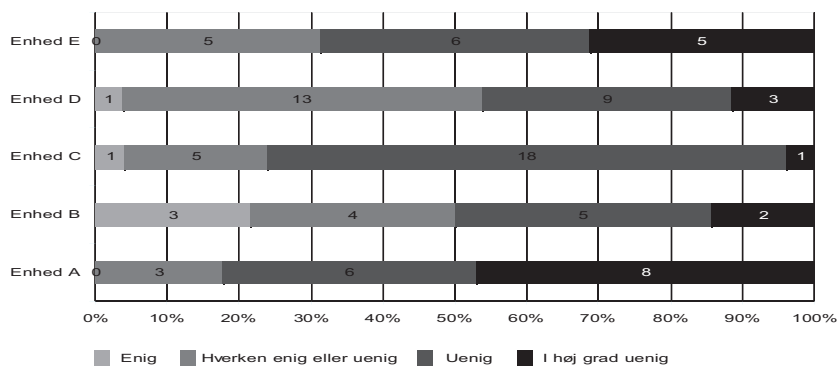
Personalets vurdering af udsagnet: 'Jeg mener, at reminiscens er et godt arbejdsredskab'



Note: Besvarelsene stammer fra afsluttende dataindsamling hos personalet i Implementeringsgruppen.

Figur 28.

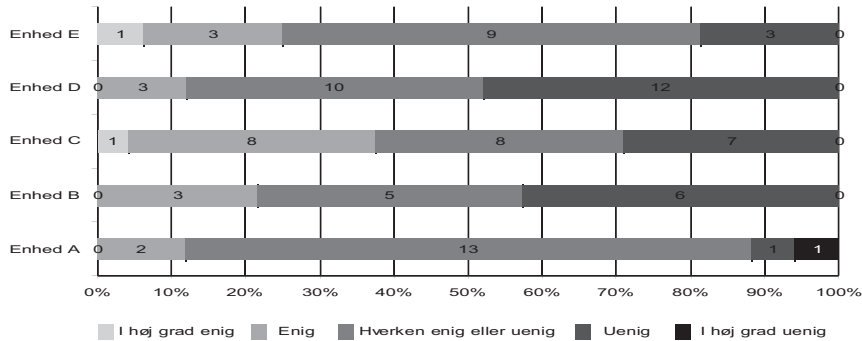
Personalets vurdering af udsagnet: 'Jeg synes, at det er belastende at arbejde med reminiscens'



Note: Besvarelsene stammer fra afsluttende dataindsamling hos personalet i Implementeringsgruppen.

Figur 29.

Personalets vurdering af udsagnet: 'Anvendelsen af reminiscens mindsker personalets stressniveau'



Note: Besvarelsene stammer fra afsluttende dataindsamling hos personalet i Implementeringsgruppen.

5.7.2. Spørgeskemaudsagn vedrørende de forskellige typer reminiscensmateriale

Med undtagelse af plancher og plakater fandt mere end halvdelen af personalet de forskellige former for reminiscensmaterialer helt nødvendige (Figur 30).

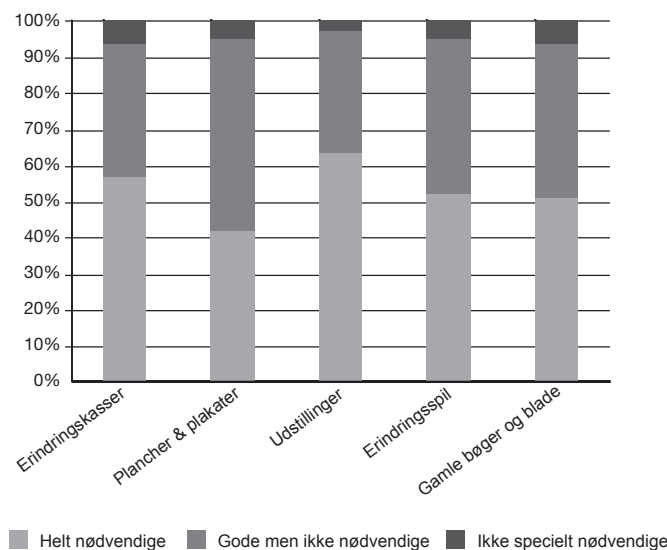
Der var dog en vis variation på enhedsniveau i personalets vurdering af nødvendigheden af de enkelte former for reminiscensmateriale:

- Hvor flere end 3 ud af 4 på enhed A fandt, at **erindringskasser** var helt nødvendige, var det kun ca. halvdelen på de øvrige enheder.
- Hvor mindst halvdelen af plejepersonerne på Enhed A, C og F fandt, at **plancher og plakater om gamle ting** var helt nødvendige reminiscensmaterialer, når man i praksis skal implementere og anvende reminiscens på en plejeenhed, da fandt kun ca. 1 ud af hver 5 plejeperson på enhed B, og hver fjerde på enhed D, at dette var helt nødvendige materialer.
- Under halvdelen af plejepersonerne på enhed D fandt, at **udstillinger af gamle ting** var helt nødvendigt, mens knap 9 ud af 10 på enhed F fandt dette helt nødvendigt
- Vurderingen af nødvendigheden af **erindringspil** varierer fra at kun en tredjedel af plejepersonerne på enhed A finder disse helt nødvendige – til 3 ud af 4 på enhed C.
- Kun ca. en fjerdedel af plejepersonerne på enhed B fandt, at **gamle bøger og blade** var helt nødvendige, mens trefjerdedele på enhed F fandt disse helt nødvendige.

Hvad man finder er relevant på de enkelte enheder afspejler tildels, hvilken type af materialer man primært har anvendt på de enkelte enheder – og også hvad man har haft i forvejen på stedet.

Figur 30.

Personalets vurdering af nødvendigheden af forskellige former for reminiscensmateriale



Note: Besvarelsene stammer fra afsluttende dataindsamling hos personalet i Implementeringsgruppen.

5.8 Interviewudsagn vedrørende implementering af reminiscens

Hensigten med de personlige interview var at få belyst enhedernes erfaringer med reminiscensimplementeringen, sådan som informanterne oplevede den.

Resultaterne kan inddeles i fire hovedtemaer:

- Det generelle syn på reminiscensmetoden og dens effekt på hhv. beboerne, personalet og pårørende
- Personalets vurdering af omfanget af reminiscensimplementering
- Personalets syn på forudsætninger for implementering af reminiscens
- Personalets syn på reminiscensimplementeringens tilgang.

5.8.1. Personalets generelle syn på reminiscensmetoden og dens effekter

Generelt var informanterne glade for reminiscensmetoden. Den blev anset som en metode, som havde været spændende at arbejde med og havde givet nye inputs i dagligdagen. Informanterne fortalte, at det var en fornøjelse at se beboerne glade, og at der havde været mange gode øjeblikke.

Et par informanter nævnte dog, at man indimellem glemte at bruge reminiscens. En anden informant gav udtryk for, at metoden til tider virkede en smule kunstig, fordi man bevidst skulle "finde nogle situationer, hvor det kunne passe ind" i stedet for at lade det falde naturligt ind i hverdagen. Flere informanter pointerede, at man nok altid havde brugt reminiscens men uden at være klar over, at man kaldte denne form for samvær med beboerne

'reminiscens'; projektet har således øget opmærksomheden omkring brugen af reminiscens i hverdagen.

Det blev påpeget, at det kræver megen tid at få implementeret reminiscens. Man skal således først sættes godt og grundigt ind i tankegangen for ordentlig at kunne benytte metoden.

Reminiscensmetodens effekt på beboerne

De fleste informanter beskrev den optimale situation for beboerne som den, hvor:

- der er plejepersoner, som gennem deres nærvær skaber tryghed for og om beboerne, dog med anerkendelse af, at nogle beboere helst vil holde sig for sig selv
- plejepersonerne tager sig tid til den enkelte beboer og engagerer sig fuldt og fast; f.eks. at der er tid til at læse for beboerne, at sidde og snakke og hygge om og med beboerne – *"et positivt syn, da det breder sig som ringe i vandet"*.

Enkelte informanter gav udtryk for, at beboerne i den optimale situation er fuldstændig selvbestemmende om deres hverdag, dvs. at de har frihed til at vælge. F.eks. ved at plejepersonerne respekterer beboerne ved at banke på døren til beboernes lejligheder og spørger ind til deres behov samt at sørge for, at dagligdagen tilrettelægges efter beboernes døgnrytmer. Herudover nævnte enkelte informanter, at der skal være ordentlige faciliteter, der passer til beboerne – f.eks. at det hele ikke er nyt og moderne, men med møbler, der kunne have stået i beboernes hjem. Det blev påpeget, at større deltagelse fra de pårørende vil hjælpe nogle af beboerne. Ligeledes blev det flere gange nævnt, at opnåelse af den optimale situation ville kræve, at der var nok fast personale, og at ledelsen bakkede op. Viden om demens blev også nævnt af en informant.

Cirka to-tredjedele af informanterne fandt, at reminiscens umiddelbart ikke havde haft nogen længerevarende effekt på beboerne. De fleste påpegede dog oplevelsen af kortvarige effekter, dvs. at metoden havde en positiv effekt i nuet, men ikke nødvendigvis på længere sigt. De nævnte, at beboerne var begyndt at tale mere: *"Det gør jo, at mange af dem lige pludselig havde et sprog, som de ellers ikke havde"*, at man kunne se (dog kortvarigt) genkendelsens glæde i beboernes ansigter. Metoden havde givet beboerne succesoplevelser, og nogle beboere havde kunnet erindre langt mere, end plejepersonerne havde forestillet sig, samt var blevet bedre til at huske nogle ting, når kasserne var i brug. Selvom de fleste beboere havde opfattet reminiscens som spændende og gerne ville fortælle og snakke, syntes informanterne ikke, at reminiscens havde forbedret beboernes fysiske tilstand og heller ikke kommunikationen beboerne imellem. En informant mente, at den minimale effekt af reminiscens kunne skyldtes, at man simpelthen ikke kunne se ændringerne, fordi man var sammen med beboerne hver dag.

En tredjedel af informanterne var meget begejstrede for reminiscensmetoden og fandt, at beboerne var blevet mere glade. Metoden havde endvidere øget beboernes selvtillid, og informanterne gav billedet af, at beboerne nærmest strålede lige efter en reminiscenssession. Beboerne var også kommet med positive udmeldinger om reminiscens. Enkelte var blevet roligere og kunne snakke om relevante ting i stedet for sort snak. Disse informanter fandt, at reminiscens havde skærpet hukommelsen hos nogle af beboerne. En meget positiv oplevelse, som tidligere er nævnt i afsnit 3.1.2.1, var, da personalet på en enhed tog

flere sølvgenstande frem og sad og pudsede dem sammen med beboerne. Her blev en af plejepersonerne meget overrasket, da beboerne kunne huske mange ting fra gamle dage og var meget ferme med pudsningen, idet det havde været rutine for mange af de kvindelige beboere. Der var blandt andet en af beboerne, der havde udbrudt: *"Ja, nu er vi da også fuldstændig klar til at holde høstfest."* Der kom yderligere beretninger om beboere, der var begyndt at blomstre i forbindelse med brug af reminiscensgenstande. F.eks. var der en kvinde, som normalt var meget stille og neutral. Efter brug af reminiscensspillet var hun begyndt at live op. Dette betød, at hun efterfølgende fik en ledsagerordning. En anden kvindelig beboer var begyndt at synge og spille, da hun så et vaskebræt fra en erindringskasse. Dette overraskede plejepersonerne, idet hun normalt var meget passiv.

Om det reelt var reminiscens, der udløste disse reaktioner, blev der dog sat spørgsmålstegn ved: *"Om det var noget, hun kunne huske i forvejen, eller om det bare er mig, der får pillet hul i det, det kan jeg jo ikke sige"*. En anden mente, at det var svært at vurdere, om det reelt var selve reminiscensen eller bare det generelle samvær med beboerne, der påvirkede beboerne i en positiv retning.

Negative reaktioner fra beboerne

Der var meget få beretninger om negative oplevelser i forbindelse med brugen af reminiscens.

På en af enhederne, hvor man havde indlagt tid til daglige reminiscenssessioner, havde nogle af beboerne givet udtryk for at de fandt, at reminiscens *"er noget pjat, og det er ikke noget at bruge tiden på"*. På en anden enhed havde en af informanterne en enkelt gang oplevet, at et umiddelbart uskyldigt redskab havde vakt et ubehageligt minde hos en af beboerne. Beboeren var begyndte at græde og dette varede i længere tid. Man havde derefter lagt genstanden langt væk, og situationen opstod ikke igen. På en anden enhed havde man oplevet, at to af beboerne kom op at diskutere om et emne, hvor den ene beboer ikke kunne huske rigtig. Den anden beboer blev derefter lidt sur. Ellers havde man ikke oplevet negative reaktioner – og havde heller ikke hørt om andre plejepersoner, der havde. Derimod nævnte flere af informanterne, at beboerne nemt kunne finde på at kigge i erindringskassen af sig selv, og derved blev der startet en samtale om genstandene. At man kun havde oplevet få ubehagelige situationer ved brugen af reminiscens skyldtes bl.a., at man bevidst søgte at undgå emner, som man vidste kunne vække eventuelle ubehagelige minder. Således nævnte en informant, at man netop derfor havde undgået at tale om f.eks. 2. Verdenskrig.

Informanterne understregede også vigtigheden af at finde en gylden middelvej i forhold til brugen af reminiscens. Der havde nogle steder været en tendens til at bruge reminiscens så meget, at beboerne blev trætte af det. *"Hvis det var for meget, så bakkede de ud af det. Så gad de ikke mere. Så man skal ikke overstimulere dem."* *"Vi var jo simpelthen så omhyggelige med at få det gjort, at det nok blev for meget for dem."*

Reminiscensmetodens effekt på plejepersonalet

Stort set alle informanterne beskrev den optimale situation for plejepersonalet som den, hvor der var tid til det sociale samvær med beboerne:

- "At man laver noget, som ikke kun er vask og skrub, men også får noget socialt med den ældre."
- "At man kunne gå ind og snakke en halv time, uden at man får dårlig samvittighed."
- "At være med til at gøre en forskel og gøre at deres liv bliver lidt indholdsrigt."
- "At bruge mere tid på at tage sig af dem, gå en tur med dem, læse en bog med dem, bage med dem."

Flere af informanterne nævnte, at dette ville kræve en ordentlig normering uden meget sygdom, og at man brugte mindre tid på registrering og dokumentation.

Generelt vurderede informanterne, at plejepersonalet var glad for reminiscensmetoden og havde haft gode oplevelser i forbindelse med brugen heraf. Det blev nævnt, at man som plejeperson var blevet mere bevidst om vigtigheden af at få sat sig og talt med beboerne. De var også blevet bedre til at få sat aktiviteter i gang. Reminiscens havde endvidere givet personalet en ny måde at kommunikere med beboerne på, idet de ved at tage afsæt i reminiscens *"bliver guidet ind på, hvad det er, der rører sig i de gamle"*.

Reminiscens har således givet plejepersonalet en større forståelse for beboernes livsvilkår. De kan bedre se beboerne fra en anden vinkel og har ændret deres måde at tale med beboerne på: *"De talte jo anderledes med beboerne. De talte med dem og ikke til dem"*. *"At man er mere opmærksom på, at det ikke er ligegyldigt, hvordan man er over for dem [beboerne] og hvad man snakker med dem om."* Informanterne gav endvidere udtryk for, at plejepersonalet var blevet bedre til at tænke over, hvad de sagde, og havde lært at bruge reminiscens som et redskab til f.eks. at aflede en beboers opmærksomhed, hvis der var noget, som beboeren ikke ville.

Der var et par af informanterne, som ikke mente, at reminiscens havde haft nogen nævneværdig effekt på personalet. Det blev endvidere nævnt, at reminiscens havde påvirket personalegrupper og/eller afdelinger forskelligt. Nogle afdelinger var således i forvejen gode til at gøre brug af reminiscens/lave aktiviteter med beboerne i dagligdagen før projektets start. Man var på de afdelinger muligvis nok blevet mere bevidste om metoden, men havde ikke ændret den daglige adfærd ret meget. På andre afdelinger, hvor kulturen havde været lidt anderledes, og hvor man måske ikke havde haft samme fokus på samvær med beboerne, havde implementeringen sat gang i flere tiltag.

At der ikke er set de store resultater på personalefronten kunne muligvis også skyldes, at de fleste informanter fandt, at der allerede før implementeringen af reminiscensmetoden havde været et godt fællesskab på enheden, samt at man arrangerede mange sociale aktiviteter for og med beboerne. Flere af informanterne mente dog til trods herfor, at reminiscens havde øget medarbejdernes trivsel og glæde ved arbejdet. Dette afspejlede sig ved, at personalet som følge af implementeringen brændte mere for deres arbejde. Derudover at der via projektet blev taget flere initiativer til diverse udflugter og aktiviteter. Det blev således nævnt, at man på en afdeling i dag havde brunch for beboerne og personalet en gang ugentligt. En anden informant gav udtryk for, at anvendelse af reminiscens havde skabt et fællesskab ud over de daglige gøremål. *"Jeg fornemmer, at det kollegiale sammenhold er blevet større, fordi man pludselig havde et fællesskab om noget helt andet end rengøring og mad og at tømme skraldeposer, vaske tøj og beboerne op og i seng. Man fik et andet fokus. Det synes jeg da er ret positivt."*

Samtidig understregede flere informanter, at selve projektet havde været lidt af en be-

lastning. De syntes, at personalegruppen var for stor til, at det var nemt at planlægge reminiscenssessioner. Personalet havde også været utilfreds med, at der var for lidt tid til at udføre reminiscens i dagligdagen, og at de skulle udfylde så mange skemaer i forbindelse med projektet.

Reminiscensmetodens effekt på de pårørende

Den generelle opfattelse på de fleste enheder var, at de pårørende var positive over for Reminiscensprojektet, men at kun en mindre del havde taget aktivt del heri. Man fandt ikke nogen mærkbar effekt på forholdet mellem personalet og de pårørende. Den manglende deltagelse fra pårørende havde været en skuffelse. En af informanterne udtrykte: *"Det der billede af, at når man bliver gammel, så har man sine pårørende lige rundt om sig: det har man altså ikke. De pårørende, de er her ikke"*. Andre af informanterne mente dog, at de pårørende, som havde engageret sig, så reminiscens som et godt redskab, der havde givet dem en ny indgangsvinkel til at få en samtale/kommunikation i gang med beboeren.

5.8.2. Personalets vurdering af omfanget af reminiscensimplementering

Da informanterne blev adspurgt, hvilke reminiscenstyper man havde anvendt på enheden, svarede de fleste, at det både var planlagt og spontan reminiscens, men mest den spontane, fordi den faldt mere naturligt ind: *"Den var der jo hele tiden"*. Det var også nemmere at anvende den spontane reminiscens, idet man aldrig ved, hvordan dagen udformer sig, og det kan være umuligt at planlægge en session. Fordelen med grupperemiscensen for flere af informanterne var dog, at den kunne ramme flest beboere på én gang. På en enhed havde det været især planlagt reminiscens, som man havde gjort brug af under projektførelsen, mens det i dag var den spontane reminiscens, der dominerede blandt de tre reminiscensformer. En af informanterne fortalte, at man som personale fandt det svært at adskille de tre forskellige reminiscenstyper (spontan, specifik og generel) i hverdagen, da sondringen ikke var så klar i virkeligheden som defineret i projektet.

Informanterne fortalte om flere forskellige tiltag og brug af forskellige redskaber, man havde gjort på de enkelte enheder. Især havde man anvendt erindringskasserne, huskespillet samt, til en vis grad, plakaterne/udstillingerne. Andre ofte anvendte redskaber var musik og sange, dufte (blomster fra haven, nybagt brød osv.) og gamle bøger/bøger om gamle dage, såvel som film.

Det blev af informanterne vurderet, at kasserne generelt var bedre til at aktivere beboerne end plakaterne. En informant påpegede dog, at plakaterne havde sat nogle tanker i gang hos flere beboere; afdelingen havde derefter anvendt deres egne billeder, som de lavede til collager. Plakaterne blev især brugt, når man passerede disse sammen med beboerne på vej til og fra f.eks. spisestuen. Her forsøgte man at få samtaler i gang om nogle af de ting, der var på plakaterne (se f.eks. Figur 31 og 32). På flere enheder fandt man dog, at beboerne hurtigt blev trætte af at kigge på plakaterne: *"Det duede bare ikke, og de plakater vi havde, dem gik de heller ikke hen og kiggede på."* En informant pointerede, at plakaterne i starten kun var målrettet mænd, mens kasserne var primært rettet mod kvinder.

ikke været ekstra udgifter forbundet med indførelsen af reminiscens. Hyppigheden af ture ud af huset havde ikke ændret sig. De fleste genstande og reminiscensmateriale, der var blevet anskaffet, havde man fået afleveret gratis gennem projektet eller selv bragt med hjemmefra.

Meningerne var delt med hensyn til, hvorvidt reminiscens var blevet fuldt ud implementeret på enhederne. Cirka halvdelen af informanterne mente, at metoden var blevet fuldt implementeret, selvom plejepersonalet ikke altid selv var klar over, at de havde ændret sig. Man begyndte således ret hurtigt efter kurserne at anvende metoden. Holdningen blandt informanterne var generelt: *"Jeg synes, vi gjorde vores bedste"*.

Resten af informanterne mente ikke, at metoden var fuldt implementeret, da de fandt, at der ikke havde været tid til at få det implementeret ordentligt ind i hverdagen. Plejepersonalet havde stadig mange forslag til, hvad man yderligere kunne gøre, f.eks. at få sat tapet fra den tid, da beboerne var unge, op på væggene; drikke kaffe af kaffestel fra den tid, hvor beboerne blev gift, inddrage beboerne mere i madlavningen, oprette en strikkeklub mv. Den væsentligste barriere havde i den forbindelse været manglende tid: *"Jo mere tid man har, jo mere vil man gøre"*. Det var i denne forbindelse, at personalet nogle gange følte reminiscens som en belastning, da de var presset rent tidsmæssigt, da andre gøremål også skulle gøres. En informant mente, at reminiscens ikke var fuldt implementeret, fordi der ikke havde været tid nok til at få ændret hele tankegangen og kulturen på enheden.

Nuværende brug af reminiscens

På flere af enhederne blev brugen af reminiscens nedtonet, da projektet stoppede. Der blev givet forskellige forklaringer herpå. Dels, at

- der ikke var det samme pres på, at man skulle huske at anvende reminiscens i det daglige
- der ikke var ressourcer til det
- det ikke var lykkedes at formidle reminiscensmetoden videre til de mange nye kollegaer.

Mange informanter fandt derfor, at metoden var blevet *"lidt tabt på gulvet"*. De fandt, at de var bedst til at få brugt metoden, imens projektet var i gang, da de i den forbindelse holdt hinanden op på, at det skulle gøres. På flere enheder er erindringskasserne og/eller plakaterne nu fjernet. Dette har betydet, at man ikke er så konsekvent i brugen af reminiscens i hverdagen. Flere af informanterne betragtede især kasserne som en god hjælp til at få brugt reminiscens og havde også indbyrdes talt om selv at få lave nogle nye - evt. med hjælp fra de pårørende. Man fandt dog, at mange stadig gør brug af den mere spontane reminiscens, og man også stadig gør brug af huskespillet. På en enhed var der blevet ansat en aktivitetsmedarbejder, som lavede aktiviteter med beboerne to dage om ugen. I den forbindelse også reminiscensrelaterede aktiviteter.

Efter projektets afslutning i sensommeren 2007 er snakken om reminiscens stort set forsvundet på de fleste enheder. Dette både personalet imellem, samt mellem personalet og ledelsen.

5.8.3. Personalets syn på forudsætninger for implementering af reminiscens

Nogle af de ting, informanterne her pegede på, var meget projektrelaterede. Således fandt flere af informanterne, at man kunne have informeret personalet bedre inden projektets opstart - f.eks. om præcist hvor meget arbejde, der lå i projektet, samt at personalet var blevet undervist og havde fået et større generelt kendskab til demens/demenssygdomme. En langsommere startfase kunne således have hjulpet personalet til at vænne sig til projektet, især når man nogle steder først skulle ændre kulturen hos dele af personalet, samt at mange plejepersoner havde behov for at lære at omsætte den teoretiske viden til noget mere praktisk. I forhold til reminiscenskurset var alle informanterne tilfredse og anbefalede, at man brugte et tilsvarende kursus ved fremtidige reminiscensimplementeringer.

Engageret personale og ledelse

Den generelle opfattelse var, at det var vigtigt at have et engageret personale; at man fik alle - både medarbejdere og ledelse - til at gå ind for metoden, og at man bakkede op om eventuelle ildsjæle, der gik først for med hensyn til brugen af metoden. *"Det handler om at nogle brænder for det, nogle der kan se det."* Derved kan der også fremkomme kommunikation undervejs, hvor man kan snakke om diverse oplevelser og få udvekslet erfaringer.

Selv om der var rimelig tilfredshed blandt informanterne med hensyn til ledelsens opbakning og engagement i projektet, syntes flere informanter, at der havde været manglende accept fra ledelsen til at brugen af reminiscens til tider krævede, at noget andet blev nedprioriteret. En af informanterne fandt, at ledelsen var begyndt at lægge mere mærke til diverse aktiviteter i afdelingerne og var blevet bedre til at anerkende plejepersonerne og deres indsats.

Tid og ro nok

Endnu en vigtig forudsætning var, at der var nok tid, penge og ro til at få implementeret en ny metode: *"At man ikke skal blive forstyrret og ikke skal have dårlig samvittighed"*. Stort set alle informanter var enige i, at reminiscens krævede ekstra tid, og at der ikke altid havde været tid nok hertil. Flere informanter havde fundet det svært at 'proppe' reminiscens ind i hverdagen; de mente, at ressourcerne var for små, at bemandingen satte en naturlig grænse, og at det kunne være vanskeligt at overskue andet end de daglige gøremål. Informanter pegede endvidere på den store personaleudskiftning og de manglende ressourcer som værende de primære forhindringer for en større anvendelse af reminiscens: *"Man når kun det, som er livsnødvendigt og ikke andet."* På nogle enheder havde det derfor primært været aktivitetsmedarbejderne, der havde gjort brug af reminiscens.

Nogle informanter havde oplevet, at det tog tid for nogle plejepersoner at forstå metoden og gøre brug af den i hverdagen. *"Jeg synes, det fyldte meget, fordi der var nogle, der var imod det, og der var nogle, som ikke kunne afse tiden til det. Indtil de fattede, at de kunne lave mange former for reminiscens. Det tog lang tid. Jeg synes, der var meget brok."* Ligeledes tog det noget tid at sætte nye kollegaer ind i metodens tankegang.

Den generelle opfattelse var, at der ikke var ændret i personalenormeringen som følge af reminiscens. På flere enheder var der faktisk færre plejepersoner ansatte ved projektets afslutning, hvorfor personalet følte sig presset: *"Tiden er knap"*. Der var således ønske om bedre personalenormeringer - inkl. at alle stillingerne var besat med fastansatte. Det blev opfattet som en ulempe, at en af enhederne ved projektets start var helt nystartet, da der på enheden havde været for meget andet at tænke på.

5.8.4. Personalets syn på reminiscensimplementeringens tilgang

Spørgsmålet om, hvorvidt man bør fokusere på nogen bestemte personalegrupper, når man indfører reminiscens på en plejeeenhed, var der blandt informanterne forskellige holdninger til. Der var enighed om, at ikke alle er lige gode til at bruge reminiscens: *"Nogle er bare gode til det, og andre er ikke gode til det."*

De fleste informanter fandt, at det i høj grad kom an på plejepersonens personlighed og interesse. Nogle plejepersoner har store vanskeligheder ved at implementere nye tiltag, mens andre bare tager nye tiltag til sig. Dette er ofte meget personspecifikt og afhænger ikke nødvendigvis af, hvilken uddannelse man har, ens køn, etniske baggrund eller alder. Det er i stedet mere de personlige egenskaber, der er afgørende for, om man er god til reminiscens eller ej – f.eks. om man signalerer ro, og om man brænder for det nye tiltag, og om man *"har flair for det"*. Det blev nævnt, at nogle plejepersoner var meget initiativrige og f.eks. benyttede noget af deres fritid på at finde på ideer til samværsformer med beboerne. En informant havde f.eks. taget gamle genstande med hjemmefra og havde været på biblioteket for at låne relevant materiale.

Enkelte informanter fandt, at uddannelse til en vis grad også spiller en rolle, fordi *"man lærer at se på hele mennesker og ikke kun på den lille plet"*. Der blev pointeret, at det især var de mere fagligt uddannede, der var gode til at anvende reminiscens. En enkelt informant mente desuden, at uddannelsesniveaue havde betydning for, i hvor stor grad man var interesseret i reminiscens som metode, da de bedre uddannede kunne se formålet hermed.

Enkelte informanter fandt, at det især kunne være vanskeligt for de unge plejepersoner at føre en samtale med de ældre beboere, da de befinder sig i hver sin verden. Med alderen bliver man mere moden og tør give mere af sig selv. En enkelt informant nævnte endvidere, at det godt kan være svært for en plejeperson, der ikke taler perfekt dansk, at anvende metoden. De fleste fandt dog, at hverken alder eller etnisk baggrund var barrierer for brugen af reminiscens – og at det netop i sådanne situationer kunne være et godt redskab til at fremme samværet mellem plejepersonen og beboeren.

På trods af, at ikke alle kan være lige gode til at bruge reminiscens, var der generel enighed blandt informanterne om, at alle plejepersonerne skal have en chance for at lære om reminiscens, da man ikke på forhånd kan udpege, hvem der vil være god hertil. Det havde også betydning for samspillet personalet imellem, at alle var med. En enkelt informant fandt dog, at det vil være mere gavnligt, at der var nogle ildsjæle, der gik foran, og at det derefter kunne spredes til de øvrige medarbejdere ad frivillighedens vej. Flere af informanterne mente, at det kunne have været godt at have en reminiscenskoordinator på selve enheden, der, ligesom projektets reminiscensundervisere, kunne skubbe folk lidt i gang med at bruge metoden.

Der var generel enighed om, at et opfriskningskursus var en rigtig god idé. Dels for at genopfriske de eksisterende medarbejders viden om reminiscens og dels for at introducere nyankomne kollegaer for metoden: *"Hvis ikke man holder det ved lige, og har overskud til at holde det ved lige, så er det noget, der forsvinder igen."* Informanterne foreslog, at man fremover kunne være bedre til at oplære de nye: *"Der er udskiftet rimelig meget personale, så vi skal starte næsten fra bunden af igen"*. Det blev vurderet, at et opfriskende kursus for hele personalet ville skabe sammenhold og en større forståelse for metoden blandt personalet. Derved kunne plejepersonalet bedre holde hinanden op på teknikerne, og der kunne udvikles en mere fælles forståelse for metoden. Ny inspiration udefra, f.eks. i form af nye kasser, blev også nævnt.

På spørgsmålet om, hvorvidt man bør fokusere på nogen bestemte beboergrupper, når man indfører reminiscens på en plejeenhed, var der igen forskellige holdninger blandt informanterne. Ti informanter fandt, at reminiscens kunne anvendes på alle beboere, og at alle på et eller andet plan får noget ud af nærvær med andre. En informant fandt, at nogle beboere i starten havde mere gavn af reminiscens end andre, fordi: *"Der er nogle, der indbyder til, at man skal tale, og så er der nogle, der lukker."* Hun betragtede det dog som en fejl fra plejepersonalets side, at man i starten kom til at foretrække de personer, der var lettest at komme i kontakt med. Efterhånden var plejepersonalet blevet så gode til at anvende reminiscens, at de havde brugt metoden på stort set alle. Flere informanter nævnte også, at der var nogle enkelte beboere, der ikke gad deltage i et tiltag som reminiscens, men at der ikke var tale om en bestemt 'beboertype'. Det er således vigtigt, at alle enhedens beboere gives mulighed for at deltage i reminiscenssessioner/at man bruger spontan reminiscens med alle.

Fire informanter fandt, at inddragelsen af beboere ville variere meget alt afhængigt af beboernes demensgrad og/eller beboernes øvrige helbredssituation. De fandt, at de beboere, der havde været bedst til at kommunikere, havde fået mest ud af plejepersonalets brug af reminiscens. En informant gav udtryk for, at det kan være svært at anvende metoden på de aggressive og voldelige beboere, da det kræver, at man som person skal hvile i sig selv, for at det fungerer optimalt. Dette kan især være vanskeligt for unge og uerfarne plejerepersoner.

Anbefaling af reminiscensmetoden til andre plejeenheder

Alle informanterne ville anbefale reminiscensmetoden til andre plejeenheder. *"Ja absolut."* *"Ja, det ville jeg. Jeg synes, det var fedt."* De syntes, at det havde været sjovt og havde bragt meget godt for både plejepersonale og beboerne. De mente, at reminiscens var et godt kommunikationsmiddel, som beboerne får glæde af i nuet.



6. Konsekvenser af reminiscens for de pårørende

Dette kapitel beskriver resultaterne for de pårørende til de beboere, der deltog i Reminiscensprojektet. Oplysninger kom fra et 'pårørendespørgeskema', der blev udsendt af tre omgange. Endvidere stammer nogle af de anvendte oplysninger fra beboermapperne – f.eks. oplysninger om beboernes alder.

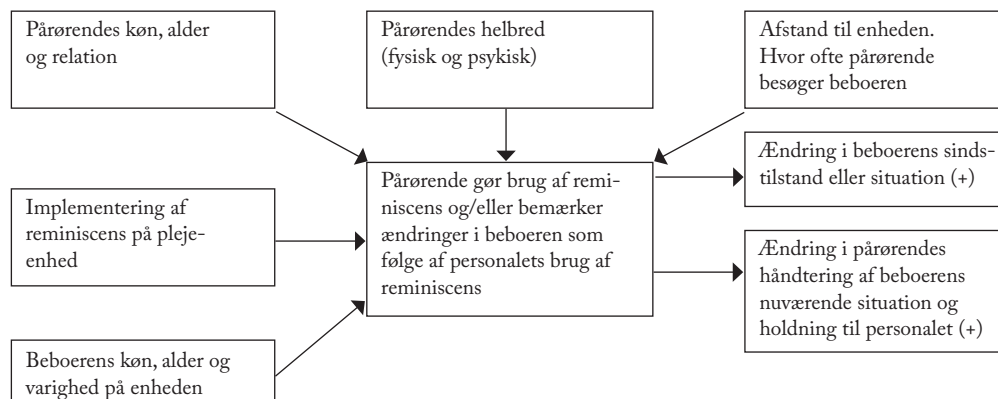
Langt størstedelen af de beboere, der bor på de danske plejehjem, har enten svækket kognitiv funktion og/eller nedsat fysisk funktion. Den dårlige hukommelses- og helbreds-situation kan påvirke både beboeren og dennes pårørende. Det er dokumenteret, at samlevende med demensramte har dårligere helbred end den jævnaldrende befolkning (139). Fokus i nærværende studie var på, hvordan de pårørende fandt, beboerne havde det – og de pårørendes evne til at håndtere beboernes nuværende situation.

6.1. Kausalmodel og hypoteser for de pårørende

Mange faktorer kan påvirke den pårørendes opfattelse af, hvordan beboeren har det i dennes nuværende situation. Fokus, jf. afsnit 1.1, var at se på, om implementeringen og brugen af reminiscens havde indflydelse på de pårørendes samvær med beboerne, samt på de pårørendes relation til plejepersonalet. Figur 33 viser en model, der implicerer en række hypoteser, der er nævnt i det følgende.

Figur 33.

Kausalmodel: hvilken betydning forventes reminiscens at have for de pårørende i Reminiscensprojektet?



Note: Et (-) betyder, at vi ikke forventer, at reminiscens kan påvirke personalet, et (+) betyder, at vi forventer, at reminiscens kan påvirke de pårørendes holdning/håndtering i positiv retning.

Hvorvidt de pårørende gør brug af reminiscens og/eller lægger mærke til, at enhederne i Implementeringsgruppen gjorde brug deraf, kan afhænge af, hvor ofte den pårørende besøger beboeren. Her kan afstanden mellem plejeenheden og den pårørendes hjem spille en rolle. Jo tættere på den pårørende bor, desto oftere formodes denne at kunne komme på besøg. Ligeledes formodes, at pårørendes køn, alder og relation (ægtefælle vs. anden relation) kan spille en rolle, såvel som pårørendes fysiske og psykiske helbred. Det formodes, at hvis det fysiske og psykiske helbred er svækket, da bliver det vanskeligere at motivere den pårørende til selv at anvende reminiscens. Endvidere kan beboerens køn, alder og varighed på enheden også spille en rolle. Jo længere tid en beboer har boet på en plejeenhed, jo længere tid har pårørende haft til at forlige sig med beboerens nuværende situation.

Det formodes, at reminiscens kan være med til at gøre det nemmere for den pårørende at forliges med beboerens nuværende tilstand. Man får således som pårørende et redskab, der gør det nemmere at tale med beboeren. Ligeledes forventes der en afsmittende effekt af personalets brug af reminiscens på beboerens situation, der medvirker at beboeren (evt.) får det bedre på enheden.

6.2. De pårørendes deltagelse og karakteristika ved baseline

Der var stor variation i tilslutningen blandt de pårørende til beboere fra de forskellige enheder, der indgik i Reminiscensprojektet. Ved 1. baseline varierede deltagelsesprocenten på de ti enheder imellem 38 og 90 pct.

Ved 1. baseline var der ikke signifikant forskel på de overordnede karakteristika ved de pårørende for beboere fra henholdsvis Implementerings- og Kontrolgruppen.

- Blandt de pårørende var der knap 70 pct. kvinder, og den gennemsnitlige alder var ca. 60 år
- Ca. to tredjedele af de pårørende var barn af beboeren, 12 pct. var ægtefælle/samlever
- Den gennemsnitlige afstand mellem bopæl og plejeenhed var 36,4 km
- De fleste pårørende besøgte beboeren dagligt (9 pct.) eller en til flere gang ugentligt (66 pct.); yderligere 12 pct. besøgte beboeren mindst en gang hver 14. dage, mens 13 pct. besøgte beboeren sjældnere.
- Et typisk besøg varede 0,5-1 time for 42 pct. af de pårørende, 2-4 timer for 51 pct. af de pårørende og hele dagen for 7 pct. af de pårørende.

Der var 96 pårørende (ca. 40 pct.), der faldt fra undervejs i Reminiscensprojektets forløb (Tabel 65). Der var procentvis flere, der faldt fra i Implementeringsgruppen (44,1 pct.) end i Kontrolgruppen (38,8 pct.). Denne forskel var dog ikke statistisk signifikant. Den primære årsag til frafald undervejs skyldtes dødsfald blandt beboerne (75 pct.). Fire beboere flyttede fra enheden (hvorfor de pårørende udgik fra undersøgelsen), en pårørende var meget syg og udgik. For 19 pårørende (ca. 20 pct.) forelå ingen forklaring for, hvorfor de ikke besvarede spørgeskemaet.

En frafaldsanalyse viste, at der ikke var signifikant forskel mellem pårørende i Implementeringsgruppen og Kontrolgruppen, der faldt fra/blev i undersøgelsen (data ikke gengivet).

Tabel 65.

Antal deltagende pårørende i Reminiscensprojektet over tid

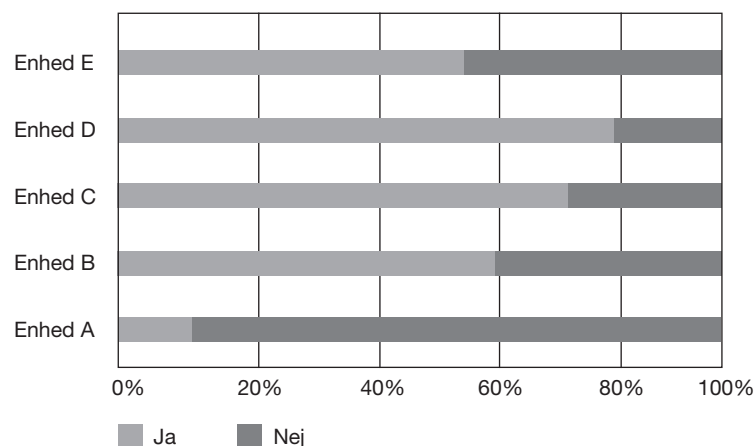
	Dataindsamlingsperiode				
	Antal egnede beboere	Antal pårørende ved 1. baseline	% beboere med deltagende pårørende ved 1. baseline	Antal pårørende ved 3. baseline	Antal pårørende ved Afsluttende Dataindsamling
Total	428	232	54,2	197	136

6.2.1. De pårørendes deltagelse i reminiscensimplementeringen

De pårørende blev inviteret til en temadag (mandagstemadagene) og et arrangement (lørdagsarrangement), der blev afholdt af reminiscensunderviseren, og hvor formålet var at få introduceret de pårørende til reminiscensmetoden. Af de 136 pårørende, der besvarede spørgeskemaer ved 1. baseline og i den afsluttende datarunde, havde knap halvdelen deltaget i mandagstemadagene vedrørende reminiscensmetoden og ca. 30 pct. i lørdagsarrangementet (Tabel 66).

- Dem, der deltog i mandagsmøderne, boede signifikant tættere på beboeren end dem, der ikke deltog ($p=0,004$).
- Knap 43 pct. af de pårørende deltog hverken i mandagstemadagene eller lørdagsarrangementet (data ikke gengivet).
- Knap to ud af tre pårørende fandt, at det var synligt, at enheden deltog i Reminiscensprojektet. Der var stor forskel mellem pårørende fra de forskellige plejenheder, med hensyn til om de fandt, at det var synligt, at enheden deltog i projektet (Figur 34).
- 40 pct. af de pårørende tilkendegav, at projektet havde givet anledning til, at de oftere brugte minder og erindringer i samværet med beboeren (Tabel 66). Der var signifikant flere af dem, der havde deltaget i mindst et arrangement, der gjorde brug af metoden sammenlignet med dem, der ikke havde deltaget i mandags- eller lørdagsarrangementet ($p=0,033$).

Figur 34.

Pårørendes vurdering af synligheden af reminiscens på enheden

Note: I det afsluttende spørgeskema blev pårørende bedt om at besvare 'Ja' eller 'Nej' til spørgsmålet: Har det været synligt for Dem/Deres familie, at enheden har deltaget i Reminiscensprojektet?

Tabel 66.

De pårørendes deltagelse i implementeringsaktiviteter

	Ja (pct.)	Nej (pct.)	Total
Deltaget i mandagstemadage vedrørende reminiscens	47,5	52,5	61
Deltaget i lørdagsarrangement	29,5	70,5	61
Synes, det er synligt, at enheden har deltaget i Reminiscensprojektet	62,7	37,3	59
Talt om brugen af reminiscens med personalet	50,0	50,0	60
Synes, at projektet giver anledning til, at man oftere bruger minder og erindringer i samvær med pårørende	40,0	60,0	60

6.3 Ændringer i de pårørendes vurderinger over tid

6.3.1. De pårørendes vurdering af beboerens helbred og hukommelse

Der var ikke signifikant forskel mellem Implementerings- og Kontrolgruppen mht. vurdering af beboernes helbredstilstand eller hukommelse på de tre dataindsamlingstidspunkter.

Der var ikke signifikant ændring over tid i Implementeringsgruppen mht. de pårørendes vurdering af beboernes helbred eller hukommelse; der var dog en tilnærmelsesvis signifikant ændring i Kontrolgruppen, hvor flere pårørende ved den afsluttende dataindsamling end ved 3. baseline vurderede beboernes hukommelse til at være mindre god/dårlig (Tabel 67).

At beboerne på danske plejehjem generelt er svagelige afspejles i Tabel 67, hvor det kan ses, at ingen pårørende vurderede deres pårørendes helbredstilstand som 'fremragende', og

kun få vurderede denne som værende 'vældig god'. Generelt vurderes 30-40 pct. at have en 'god helbredstilstand', knap halvdelen at have 'mindre god helbredstilstand', og 10-15 pct. at have en 'dårlig helbredstilstand'. I forbindelse med beboernes hukommelse vurderede de pårørende, at størstedelen af beboerne enten havde en mindre god eller ligefrem dårlig hukommelse.

Tabel 67.

Pårørendes vurdering af beboerens helbredstilstand og hukommelse

		n	Frem- ragende (pct.)	Vældig godt (pct.)	Godt (pct.)	Mindre godt (pct.)	Dårligt (pct.)	AS- 1. BL	AS- 3. BL	IG vs. KG
Den pårørendes vurdering af beboernes helbredstilstand										
IG	1. BL	61	0	4,9	27,9	55,7	11,5	NS	NS	-
	3. BL	61	0	8,2	36,1	39,3	16,4			
	AS	62	0	3,2	37,1	41,9	17,7			
KG	1. BL	72	0	1,4	33,3	45,8	19,4	NS	NS	NS
	3. BL	72	0	4,2	40,3	47,2	8,3			NS
	AS	73	0	4,1	32,9	47,9	15,1			NS
Den pårørendes vurdering af beboernes hukommelse										
IG	1. BL	61	3,3	4,9	23,0	41,0	27,9	NS	NS	-
	3. BL	61	3,3	9,8	18,0	47,5	21,3			
	AS	62	1,6	9,7	22,6	45,2	21,0			
KG	1. BL	74	0	5,4	17,6	45,9	31,1	NS	(0,079)	NS
	3. BL	72	0	13,9	16,7	31,9	37,5			NS
	AS	73	1,4	5,5	15,1	38,4	39,7			NS

Note: IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe, 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, AS = afsluttende dataindsamling, n = antal pårørende,

6.3.2. De pårørendes vurdering af deres besøg på plejeenheden

6.3.2.1 Besøgenes hyppighed og varighed

Der var stor forskel på, hvor ofte de enkelte pårørende kom på besøg (Tabel 68). Nogle kom dagligt, andre kom kun enkelte gange årligt. De respondenter, der kom dagligt, var for langt de flestes vedkommende ægtefælle/samlever til beboeren.

Ved 3. baseline var der lidt flere i Kontrolgruppen end i Implementeringsgruppen, der besøgte beboeren dagligt/ugentligt, men hyppigheden af besøgene i Kontrolgruppen blev tilnærmelsesvis signifikant sjældnere mellem 3. baseline og afsluttende dataindsamling (Tabel 68). Der kunne ikke siges noget om, hvorvidt den ændrede besøgshyppighed skyldtes Reminiscensprojektet eller ej, da ikke alle de pårørende, der havde ændret deres besøgshyppighed, havde deltaget i lørdags- eller mandagsarrangementet, eller havde talt med personalet om brugen af reminiscens. Der var ikke signifikant ændring over tid i Implementeringsgruppen.

Der var ikke forskel mellem Implementerings- og Kontrolgruppen med hensyn til varigheden af de pårørendes besøg (Tabel 69).

Tabel 68.

Oversigt over hyppigheden af de pårørendes besøg

	Dagligt (pct.)	En - flere gange om ugen (pct.)	Mindst 1 gang hver 14. dag (pct.)	Mindst 1 gang pr. mdr. (pct.)	Mindst 1 gang pr. anden mdr. (pct.)	Sjældnere (pct.)	Total n	AS-1. BL	AS-3. BL	IG vs KG
Implementeringsgruppen										
1. BL	6,5	64,5	14,5	6,5	1,6	6,5	62			
3. BL	8,2	63,9	18,0	1,6	4,9	3,3	61	NS	NS	-
AS	8,1	64,5	4,3	8,1	3,2	4,8	62			
Kontrolgruppen										
1. BL	13,5	67,6	8,1	9,5	1,4	0	74			NS
3. BL	13,9	72,2	6,5	5,6	2,8	0	72	NS	(0,054)	(0,054)
AS	13,5	63,5	13,5	5,4	2,7	1,4	74			NS

Note: IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe, 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, AS = afsluttende dataindsamling, n = antal pårørende,

Tabel 69.

Oversigt over varigheden af de pårørendes besøg

	Ca. halv time (pct.)	Ca. 1 time (pct.)	Ca. 2 timer (pct.)	3-4 timer (pct.)	Det meste af dagen (pct.)	Total n
Implementeringsgruppen						
1. BL	13,3	16,7	40,0	21,7	8,3	60
3. BL	6,6	24,6	41,0	14,8	13,1	61
AS	5,0	30,0	40,0	15,0	10,0	60
Kontrolgruppen						
1. BL	7,6	33,3	36,4	13,6	9,1	66
3. BL	8,5	35,2	31,0	14,1	9,9	71
AS	11,9	37,3	26,9	14,9	7,5	67

Note: 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, AS = afsluttende dataindsamling, n = antal pårørende.

6.3.2.2 Besøgenes kvalitet

Ved baseline vurderede størstedelen (ca. 70 pct.) af de pårørende, at besøgenes kvalitet var virkeligt god eller god (Tabel 70). Der var ikke signifikant forskel ved baseline mellem pårørende fra Implementerings- og Kontrolgruppen mht. vurdering af besøgenes kvalitet.

Der skete en signifikant ændring i Kontrolgruppen mellem 1. baseline og afsluttende dataindsamling, hvor flere pårørende vurderede besøgs-kvaliteten som dårlig; den samme tendens i Implementeringsgruppen var ikke signifikant.

Tabel 70.

De pårørendes vurdering af besøgenes kvalitet

	Virkelig god (pct.)	God (pct.)	Nogenlunde (pct.)	Dårlig (pct.)	Meget dårlig (pct.)	Total n	AS-1. BL	AS-3. BL	IG vs. KG
Implementeringsgruppen									
1. BL	27,4	46,8	21,0	3,2	1,6	62			
3. BL	19,7	52,5	24,6	1,6	1,6	61	NS	NS	-
AS	24,2	45,2	24,2	6,5	0	62			
Kontrolgruppen									
1. BL	21,1	59,2	19,7	0	0	71			NS
3. BL	25,4	57,7	15,5	1,4	0	71	0,041	NS	NS
AS	22,5	47,9	25,4	4,2	0	71			NS

Note: IG = Implementeringsgruppe, KG = Kontrolgruppe, 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, AS = afsluttende dataindsamling, n = antal pårørende.

Der var flere faktorer, der kunne have haft betydning for den pårørendes vurdering af besøgenes kvalitet.

En korrelationsanalyse, foretaget på de afsluttende data, viste, at der var signifikant positiv korrelation mellem de pårørendes vurdering af besøgenes kvalitet og vurdering af:

- beboerens helbredstilstand i al almindelighed ($r_s=0,494$, $p=0,000$, $n=132$)
- hvis den pårørende følte, at beboeren stadig havde noget at give ($r_s=0,473$, $p=0,000$, $n=132$)
- en bedre vurdering af beboerens hukommelse ($r_s=0,384$, $p=0,000$, $n=132$)
- hvis beboeren virkede glad for plejepersonalet ($r_s=0,342$, $p=0,000$, $n=132$)
- hvis beboeren virkede glad for at være i enheden ($r_s=0,307$, $p=0,000$, $n=133$)

Korrelationsanalysen viste, at der var signifikant negativ korrelation mellem de pårørendes vurdering af besøgenes kvalitet og vurdering af:

- hvis den pårørende følte sig trist til mode, hver gang denne havde besøgt beboeren ($r_s=-0,506$, $p=0,000$, $N=131$)
- hvis den pårørende havde svært ved at håndtere beboerens nuværende tilstand ($r_s=-0,294$, $p=0,000$, $n=132$)
- hvis den pårørende nogle gange følte, at han/hun behandlede beboeren, som var han/hun en 'ting' ($r_s=-0,248$, $p=0,004$, $n=131$)
- hvis beboeren klagede eller reagerede negativt på den omsorg, han/hun modtog ($r_s=-0,181$, $p=0,000$, $n=132$).
- hvis beboeren virkede trist til mode ($r_s=-0,496$, $p=0,000$, $n=129$)
- hvis beboeren var apatisk eller kun udtrykte få følelser ($r_s=-0,380$, $p=0,000$, $n=131$)

6.3.3. De pårørendes vurdering af beboernes situation

De pårørende blev bedt om at besvare otte udsagn vedrørende beboerens nuværende situation, hvor besvarelsenerne kunne gå fra, at man som pårørende var 'i høj grad enig' (=1) i udsagnet til 'i høj grad uenig' (=5).

De var ikke stor forskel mellem de pårørende fra hhv. Implementerings- og Kontrolgruppen med hensyn til deres vurdering af beboernes situation. I forhold til Implementeringsgruppen var der dog signifikant flere pårørende fra Kontrolgruppen, der ved 1. baseline var uenige i, at beboeren ofte gav udtryk for at være ængstelig over sin nuværende situation, og tilnærmelsesvis signifikant forskel ved 3. baseline.

I forbindelse med tre af spørgsmålene fandtes der ingen signifikant ændring over tid i Implementerings- eller Kontrolgruppen. Det drejede sig om spørgsmålene:

- Min pårørende virker glad for at være i plejeenheden
- Min pårørende klager eller reagerer negativt på den omsorg, han/hun modtager
- Min pårørende virker trist til mode.

I forbindelse med de øvrige fem spørgsmål var der signifikante eller tilnærmelsesvis signifikante forskelle over tid mellem pårørende i henholdsvis Implementering- og Kontrolgruppen (data ikke gengivet):

- *Min pårørende giver ofte udtryk for at være ængstelig over sin nuværende situation.* I forhold til 3. baseline var der ved afsluttende dataindsamling tilnærmelsesvis signifikant ($p=0,053$) færre pårørende i Implementeringsgruppen, der fandt, at beboeren gav udtryk for at være ængstelig over sin nuværende situation. Der sås ikke samme tendens hos pårørende i Kontrolgruppen.
- *Min pårørende er apatisk eller udtrykker kun få følelser.* I forhold til 3. baseline var der ved afsluttende dataindsamling færre pårørende, der fandt beboeren apatisk eller kun gav udtryk for få følelser; denne forbedring var signifikant hos pårørende i Kontrolgruppen og tilnærmelsesvis signifikant hos pårørende i Implementeringsgruppen.
- *Min pårørende bliver overladt for meget til sig selv.* Signifikant flere pårørende i Kontrolgruppen blev over tid mere enige i, at beboeren blev overladt for meget til sig selv. Der sås ikke samme tendens hos pårørende i Implementeringsgruppen.
- *Min pårørende får dækket sine behov for socialt samvær.* I forhold til 3. baseline var der ved afsluttende dataindsamling signifikant færre pårørende i Kontrolgruppen, der fandt, at beboeren fik dækket sit behov for socialt samvær. Der sås ikke samme tendens hos pårørende i Implementeringsgruppen.
- *Min pårørende virker glad for plejepersonalet.* I forhold til 3. baseline var der ved afsluttende dataindsamling tilnærmelsesvis signifikant færre pårørende i Kontrolgruppen, der fandt, at beboeren var glad for plejepersonalet. Der sås ikke samme tendens hos pårørende i Implementeringsgruppen.

6.3.4. De pårørendes vurdering af eget forhold til beboeren og personalet

De pårørende blev bedt om at besvare ni udsagn vedrørende deres forhold til beboeren og

personalet. Besvarelserne kunne gå fra, at man var 'i høj grad enig' (=1) i udsagnet til 'i høj grad uenig' (=5).

For langt de fleste af udsagnene var der ikke signifikant forskel mellem Implementerings- og Kontrolgruppen på de forskellige dataindsamlingstidspunkter. Ved 3. baseline var der dog signifikant færre pårørende i Kontrolgruppen end i Implementeringsgruppen, der følte sig trist til mode, hver gang de kom på besøg (data ikke gengivet).

I forbindelse med syv af spørgsmålene fandtes der ingen signifikant ændring over tid hos pårørende i henholdsvis Implementerings- og Kontrolgruppen. Det drejede sig om spørgsmålene:

- Jeg har svært ved at håndtere min pårørendes nuværende tilstand
- Jeg føler mig trist til mode, hver gang jeg besøger min pårørende
- Jeg føler nogle gange, at jeg behandler min pårørende, som var han/hun en 'ting'
- Jeg synes, at plejepersonalet nogle gang behandler min pårørende, som var han/hun en 'ting'
- Jeg synes, at plejepersonalet er gode til at informere mig om min pårørendes situation
- Jeg synes, at plejepersonalet gør for lidt for at aktivere min pårørende
- Jeg føler, at plejepersonalet respekterer min pårørende som person.

'Jeg synes, at jeg generelt har et godt forhold til personalet': I forhold til 3. baseline var der signifikant færre pårørende i Kontrolgruppen, der var i høj grad enige i dette udsagn ved afsluttende dataindsamling.

'Jeg føler, at min pårørende stadig har noget at give mig': I forhold til 1. baseline var der signifikant færre pårørende i Kontrolgruppen, der var enige i dette udsagn ved afsluttende dataindsamling.

6.3.5. Faktoranalyse af items i pårørendespørgeskemaet

Da de Likert-skalerede spørgsmål kun fremkom med få ændringsresultater, forsøgtes det at kategorisere de enkelte items i skalaer, for at se om eventuelle ændringer kunne identificeres på et mere overordnet niveau.

Der blev udført faktoranalyser ved data fra 1. baseline på henholdsvis de 8 udsagn vedrørende pårørendes vurdering af beboerens nuværende situation samt de 9 udsagn vedrørende pårørendes forhold til beboeren og personalet. Resultaterne af faktoranalyserne blev anvendt til at lave fire nye sammensatte summerede skalaer ved simpel addition, beregnet ud fra samtlige variable som loadede højt for de enkelte faktorer. De udsagn, der var negativt formuleret, blev vendt, så scorerne blev ensrettede. En lav score på den enkelte skala er således godt.

Udsagnene vedrørende beboerens nuværende situation fremkom med to skalaer,¹⁶ og udsagn vedrørende pårørendes forhold til henholdsvis beboeren og personalet fremkom

16 Der fandtes, at de to spørgsmål, 'Min pårørende bliver overladt for meget til sig selv' og 'Min pårørende får dækket sine behov for socialt samvær' havde communalities under 0,5, og ved at medtage dem var den forklarende varians i to-faktormodellen på under 60 pct. Ved at fjerne de to spørgsmål fremkom en to-faktor-løsningsmodel, der kunne forklare 66,3 pct. af den samlede varians; denne model blev derfor valgt. Både KMO og Bartlett's test viste, at data var egnede til faktoranalyse (KMO > 0,5 og Bartlett's $\chi^2 = 340,5$; $p=0,000$).

ligeledes med to skalaer¹⁷ (Tabel 71). Der var ikke signifikant forskel mellem pårørende til beboere i henholdsvis Implementerings- og Kontrolgruppen ved 1. og 3. baseline mht. resultaterne på de enkelte faktorer.

Tabel 71.

Fire sammensatte faktorer ifm. pårørendes vurderinger i forhold til beboeren og personalet

	Scoring
Komponent analyse vedrørende pårørendes vurdering af beboerens situation	
Faktor A. Beboerens sindstilstand	
Min pårørende giver ofte udtryk for at være ængstelig over sin nuværende situation Min pårørende er apatisk eller udtrykker kun få følelser Min pårørende virker trist til mode	0-12
Faktor B. Beboerens reaktion på at være på plejeenheden	
Min pårørende virker glad for at være i plejeenheden Min pårørende klager eller reagerer negativt på den omsorg, han/hun modtager Min pårørende virker glad for plejepersonalet	0-12
Komponent analyse vedrørende pårørendes forhold til pårørende og personalet	
Faktor C. Holdning til nuværende situation	
Jeg har svært ved at håndtere min pårørendes nuværende tilstand Jeg føler mig trist til mode, hver gang jeg besøger min pårørende Jeg synes, at plejepersonalet nogle gange behandler min pårørende, som var han/hun en ting	0-12
Faktor D. Holdning til personalet	
Jeg synes, at plejepersonalet er gode til at informere mig om min pårørendes situation Jeg synes, at jeg generelt har et godt forhold til personalet Jeg føler, at plejepersonalet respekterer min pårørende som person	0-12

Note: Extraction method: principal component analysis. Rotation method: Varimax with Kaiser normalization.

Ændringer over tid på de fire faktorer vises i Tabel 72 for henholdsvis alle pårørende samlet og for pårørende til beboere, der var i henholdsvis Implementerings- og i Kontrolgruppen. I Tabel 73 vises forskelle mellem Implementerings- og Kontrolgruppen i ændringer over tid. For alle faktorer gælder det, at en negativ ændringsscore peger i retning af en forbedring, mens en positiv ændringsscore peger i retning af en forværring.

Faktor A: Beboerens sindstilstand: Mellem 1. baseline og afsluttende dataindsamling

- For Implementeringsgruppen var der tegn på en ikke-signifikant forbedring og for Kontrolgruppen en ikke-signifikant forværring.

17 En faktoranalyse fremkom i første omgang med en to-faktormodel, der kunne forklare 54,2 pct. af variansen. Tre af de medtagne udsagn havde dog lave communalities, hvorfor de blev fjernet fra modellen. Den nye model kunne forklare 68,7 pct. af den samlede varians. Både KMO og Bartlett's test viste, at data var egnede til faktoranalyse (KMO > 0,5 og Bartlett's $\chi^2=418,76$; $p=0,000$).

- Hvis der ses på enhedsniveau, var der for de pårørende fra tre af enhederne i Implementeringsgruppen tegn på forbedring, hvoraf ændringen på den ene enhed var signifikant. For pårørende til beboere fra to enheder i Kontrolgruppen var der tegn på forbedring, heraf var forbedringen på den ene enhed signifikant.

Faktor B: Beboernes reaktion: Mellem 1. baseline og afsluttende dataindsamling

- Ændringen gik for begge grupper i retning af en ikke-signifikant forværring.

Faktor C: Pårørendes holdning til nuværende situation: Mellem 1. baseline og afsluttende dataindsamling

- Ændringen gik for begge grupper i retning af en ikke-signifikant forværring.
- På enhedsniveau var der to enheder i Implementeringsgruppen, hvor ændringen gik i retning af en forbedring. En af enhederne i Implementeringsgrupperne oplevede en signifikant forværring. I Kontrolgruppen var der ligeledes to enheder, hvor ændringen gik i retning af en forbedring og en enhed, hvor de pårørende oplevede en tilnærmelsesvis signifikant forværring mellem 1. baseline og afsluttende dataindsamling.

Faktor D: Pårørendes holdning til personalet: Mellem 1. baseline og afsluttende dataindsamling

- Fortegnet på differencemålet var for Implementerings- og Kontrolgruppen samlet positivt og signifikant. Dvs. at de pårørende samlet set havde fået et lidt dårligere syn på personalet i løbet af projektperioden.
- Ændringen gik for Implementeringsgruppen i retning af en ikke-signifikant forværring. For KG var forværringen signifikant.
- Alle enheder i Implementeringsgruppen oplevede forværring; ingen scoreændringer var dog signifikante. I Kontrolgruppen oplevede tre enheder forværring, heraf en tilnærmelsesvis signifikant, og to enheder forbedring.

På samtlige faktorer var der ikke signifikant forskel mellem scoreændringernes størrelser i Implementerings- og Kontrolgruppen (Tabel 73).

Tabel 72.

Scoreændringer over tid på fire sammensatte faktorer ifm. pårørendes vurderinger i forhold til beboeren og personalet

	n	1. BL	3. BL	AS	AS-1. BL	AS-3. BL	p-værdi for intragruppe ændringer
<i>Beboernes sindstilstand</i>							
Begge grupper samlet							
1. BL og AS	126	5,3	5,0 (n=119)	5,2	-0,1 [-0,5; 0,3]		NS
3. BL og AS	122		5,0	5,2		0,3 [-0,1; 0,6]	NS
Implementeringsgruppen							
1. BL og AS	58	5,4	5,2 (n=55)	5,1	-0,3 [-0,8; 0,1]		NS
3. BL og AS	56		5,2	5,2		0,0 [-0,5; 0,4]	NS
Kontrolgruppen							
1. BL og AS	68	5,2	4,8 (n=64)	5,2	0,1 [-0,5; 0,6]		NS
3. BL og AS	66		4,8	5,3		0,5 [-0,0; 1,0]	(0,081)
<i>Beboeres reaktion</i>							
Begge grupper samlet							
1. BL og AS	130	3,2	3,4 (n=127)	3,4	0,2 [-1,3; 0,5]		NS
3. BL og AS	130		3,5	3,5		0,0 [-0,3; 0,4]	NS
Implementeringsgruppen							
1. BL og AS	60	3,4	3,6 (n=59)	3,5	0,2 [-0,4; 0,7]		NS
3. BL og AS	60		3,7	3,6		-0,1 [-0,5; 0,4]	NS
Kontrolgruppen							
1. BL og AS	70	3,1	3,2 (n=68)	3,4	0,3 [-0,2; 0,7]		NS
3. BL og AS	70		3,3	3,4		0,1 [-0,3; 0,5]	NS
<i>Pårørendes holdning til nuværende situation</i>							
Begge grupper samlet							
1. BL og AS	128	4,6	4,6 (n=125)	4,8	0,2 [-0,2; 0,7]		NS
3. BL og AS	130		4,7	4,8		0,1 [-0,2; 0,5]	NS
Implementeringsgruppen							
1. BL og AS	58	4,7	4,8 (n=57)	4,8	0,1 [-0,6; 0,7]		NS
3. BL og AS	58		4,9	4,8		-0,0 [-0,5; 0,5]	NS
Kontrolgruppen							
1. BL og AS	70	4,4	4,4 (n=68)	4,8	0,4 [-0,3; 1,0]		NS
3. BL og AS	72		4,5	4,8		0,3 [-0,3; 0,8]	NS
<i>Pårørendes holdning til personalet</i>							
Begge grupper samlet							
1. BL og AS	130	3,3	3,3 (n=129)	3,6	0,4 [0,1; 0,7]		0,036
3. BL og AS	130		3,3	3,6		0,3 [0,0; 0,5]	0,029
Implementeringsgruppen							
1. BL og AS	61	3,4	3,5 (n=60)	3,7	0,3 [-0,2; 0,8]		NS
3. BL og AS	60		3,5	3,7		0,3 [-0,2; 0,7]	NS
Kontrolgruppen							
1. BL og AS	72	3,1	3,2 (n=69)	3,5	0,4 [0,1; 0,8]		0,039
3. BL og AS	70		3,2	3,5		0,3 [0,0; 0,6]	(0,076)

Note: 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, AS = afsluttende dataindsamling, n= antal pårørende.

Tabel 73.

Forskelle mellem IG og KG i scoreændringer på faktorer vedrørende pårørendes vurderinger i forhold til beboeren og personalet

	n (IG, KG)	Gns. forskel AS-1. BL score [95% KI af forskellen]	Gns. forskel AS-3. BL score [95% KI af forskellen]	p-værdi
Sindstilstand				
1. BL og AS data	58/68	-0,4 [-1,1; 0,3]		NS
3. BL og AS data	56/66		-0,5 [-1,3; 0,2]	NS
Beboernes reaktion				
1. BL og AS data	60/70	-0,1 [-0,8; 0,6]		NS
3. BL og AS data	60/70		-0,2 [-0,8; 0,4]	NS
Holdning til nuværende situation				
1. BL og AS data	58/70	-0,3 [-1,2; 0,6]		NS
3. BL og AS data	58/72		-0,3 [-1,0; 0,4]	NS
Holdning til personalet				
1. BL og AS data	61/72	-0,1 [-0,7; 0,5]		NS
3. BL og AS data	60/70		-0,1 [-0,6; 0,5]	NS

Note: n= antal pårørende i henholdsvis Implementeringsgruppe (IG) og Kontrolgruppe (KG), 1. BL = 1. baseline, 3. BL = 3. baseline, AS = afsluttende dataindsamling.

En negativ forskel i scoreændringer på peger på et bedre resultat for Implementeringsgruppen end for Kontrolgruppen.

6.3.6. Multiple regressionsanalyser af scoreændringer over tid

Ud over implementeringen af reminiscens kunne man forestille sig, at de pårørendes score påvirkes af dennes alder, helbred, relation til beboeren, vurdering af beboerens helbred og hukommelse samt beboerens køn, alder og varighed af ophold på enheden. Multiple regressionsanalyser blev foretaget for at undersøge, hvorvidt disse variable var forbundet med de pårørendes scoreændringer over tid.

Når man ser bort fra signifikante sammenhænge mellem baseline og ændringsscorer på samme faktor, fremkommer følgende resultaterne (Tabel 74):

- Ændringer i de pårørendes vurderinger over tid var ikke påvirket af, om beboeren var i Implementerings- eller Kontrolgruppen
- Vurdering ved afsluttende dataindsamling af beboerens sindstilstand var forbundet med vurderingen af beboerens helbred. Jo dårligere helbred ved baseline, jo større forværring i vurderingen af beboerens sindstilstand.
- Vurdering ved afsluttende dataindsamling af beboerens reaktion på at være på enheden var forbundet med
 - vurdering af beboerens helbredstilstand ved baseline; jo dårligere denne var, jo større forværring i beboerens reaktion af at være på plejeenheden, og
 - den pårørendes egen holdning til personalet ved baseline; jo dårligere denne var, jo større forværring i beboerens reaktion af at være på plejeenheden
- Vurderingen af beboerens situation ved afsluttende dataindsamling var forbundet med

vurdering af pårørendes egen fysiske helbredstilstand ved baseline. Jo bedre helbred, jo mere positiv holdning til beboerens nuværende situation.

- Holdning til personalet ved afsluttende dataindsamling var forbundet med
 - vurdering af beboerens situation ved baseline; jo dårligere de pårørende vurderede beboerens situation, jo værre holdning til personalet
 - relation til beboeren. Hvis den pårørende havde anden relation end ægtefælle, var dette forbundet med dårligere holdning til personalet
 - varighed af beboerens ophold på enheden. Jo længere beboeren havde boet på enheden, jo mere positiv holdning til personalet.

Tabel 74.

Multipel regressionsanalyse af scoreændringer ifm. de pårørendes vurderinger i forhold til beboeren og personalet

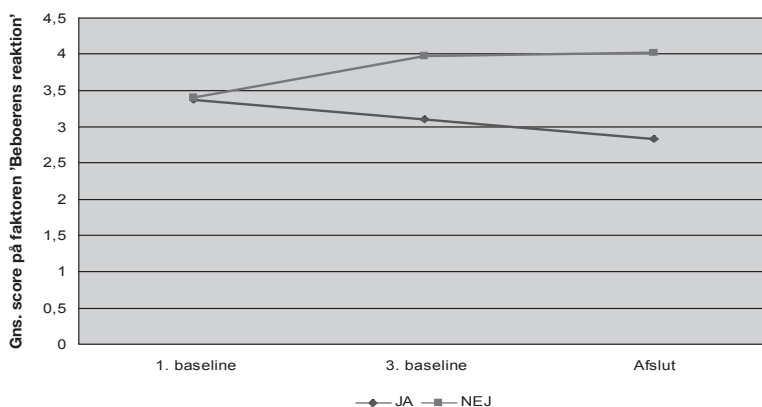
	Faktor A: Pårørendes vurdering af beboerens sindstilstand		Faktor B: Pårørendes vurdering af beboerens reaktion på at være på enheden		Faktor C: Pårørendes holdning til beboerens nuværende situation		Faktor D: Pårørendes holdning til personalet	
	Beta	p-værdi	Beta	p-værdi	Beta	p-værdi	Beta	p-værdi
Konstant	-0,791	0,456	-0,649	0,466	2,239	0,162	0,336	0,498
Pårørendes BL vurdering af beboerens sindstilstand	-0,470	0,000	-	-	0,168	0,064	-	-
Pårørendes BL vurdering af beboerens reaktion	-	-	-0,624	0,000	-	-	-	-
Pårørendes BL holdning til beboerens nuværende situation	-	-	-	-	-0,683	0,000	0,155	0,002
Pårørendes BL holdning til personalet	-	-	0,205	0,023	0,196	0,057	-0,444	0,000
Pårørendes BL vurdering af beboerens helbred (1-5 skala, hvor 1 er godt)	0,576	0,024	0,635	0,005	0,485	0,109	-	-
Pårørendes BL vurdering af beboerens hukommelse (1-5 skala, hvor 1 er godt)	0,217	0,293	-	-	-	-	-	-
Pårørendes BL selvvaluerede fysiske helbred (PCS)	-	-	-	-	-0,052	0,009	-	-
Pårørendes relation til beboeren (1= anden end ægtefælle)	-	-	-	-	-	-	1,147	0,005
Beboerens køn (mand =1)	-	-	-0,567	0,099	-	-	-	-
Antal år beboeren har boet på enheden	-	-	-	-	-	-	-0,104	0,026
Implementerings- eller Kontrolgruppe (KG=1)	0,200	0,554	0,034	0,916	0,420	0,291	-0,033	0,896
Justeret R ²	0,259	-	0,305	-	0,348	-	0,313	-

Note: BL = baseline. Kollinearitetsstatistik lå mellem de tilladte værdier. ANOVA; p=0,000 for samtlige modeller. Durbin-Watson-værdiet lå mellem 1,5 og 2,5 for samtlige modeller. En negativ scoreændring på faktoren (=negativ Y) viser forbedring på hver af de fire faktorer.

Kun få pårørende var aktive i forbindelse med implementeringen og brugen af reminiscens på de fem enheder i Implementeringsgruppen (Tabel 66). De pårørende, der angav den flittigste brug af reminiscens, oplevede en tilnærmelsesvis signifikant forbedring ($p=0,069$) – dvs. lavere score – på faktoren 'Beboerens reaktion på at være i plejeenheden' (Figur 35). Der var ikke signifikant forskel i forbindelse med de øvrige tre faktorer.

Figur 35.

Ændring over tid i de pårørendes vurdering af 'Beboerens reaktion på at være i plejeenheden'



Note: Figuren er baseret på besvarelserne fra pårørende til beboere i Implementeringsgruppe, hvor den gruppe af pårørende, som oftere har anvendt reminiscens med beboeren (ja) er sammenlignet med den gruppe af pårørende, der ikke har anvendt reminiscens (nej)

Note: $n = 24$ i 'Ja' gruppen (23 ved 3. baseline) og $n = 35$ i 'Nej' gruppen. Der var ikke signifikant forskel mellem de to grupper ved 1. eller 3. baseline, men tilnærmelsesvis ved afsluttende dataindsamling ($p=0,069$)

6.4. Opsummering: konsekvenser for de pårørende

Indtrykket var, at kun få pårørende var aktive i forbindelse med implementeringen og brugen af reminiscens på de fem enheder i Implementeringsgruppen. Mange fandt dog reminiscensarbejdet interessant – især i forbindelse med de udstillinger, der blev lavet på enhederne.

I forbindelse med pårørendespørgeskemaet blev der kun fundet få ændringer over tid inden for henholdsvis Implementerings- og Kontrolgruppen, såvel som mellem de to grupper.

I forhold til baseline var der ved afsluttende dataindsamling:

- Signifikant flere pårørende i begge grupper der vurderede, at besøgs kvaliteten var lidt dårligere ved afsluttende dataindsamling end ved baseline; denne forværring var dog kun signifikant for pårørende i Kontrolgruppen
- Færre pårørende i Implementeringsgruppen fandt, at beboeren gav udtryk for at være ængstelig over den nuværende situation ($p=0,053$). Der sås ikke samme tendens i Kontrolgruppen.
- Færre pårørende i begge grupper fandt, at beboeren var apatisk eller kun gav udtryk for

få følelser: denne forbedring var statistisk signifikant i Kontrolgruppen og tilnærmelsesvis signifikant i Implementeringsgruppen

- Signifikant flere pårørende i Kontrolgruppen var enige i, at beboeren blev overladt for meget til sig selv. Der var ikke samme tendens i Implementeringsgruppen.
- Signifikant flere pårørende i Kontrolgruppen vurderede, at beboeren ikke fik dækket sit behov for socialt samvær. Der sås ikke samme tendens i Implementeringsgruppen.
- Tilnærmelsesvis signifikant færre pårørende i Kontrolgruppen var enige i at beboeren virkede glad for plejepersonalet. Der blev ikke set samme tendens i Implementeringsgruppen.
- Signifikant færre pårørende i Kontrolgruppen var 'i høj grad enige' i, at de selv havde et godt forhold til personalet.
- Signifikant færre pårørende i Kontrolgruppen var enige i, at beboeren stadig havde noget at give dem.

7. Supplerende erfaringer og kommentarer

7.1. Medicopmærksomhed i projektførelsen

I Århus verserede der på opstartstidspunktet flere historier i aviserne om den dårlige pleje på de århusianske plejeenheder. Dette forventes at kunne have haft en negativ indflydelse på personalernes tilkendegivelse på spørgeskemaerne. Enhed F, der ligger i Århus, var nævnt i denne forbindelse, dog ikke negativt. Ingen af plejeenhederne lå i det område, hvor sagen havde direkte indflydelse på hverdagen.

Pressen, i form af TV/Midt-Vest, bragte indslag om projektets opstart. Det samme gjorde Urban i Århus. Derudover vides ikke om andre medieindslag om projektet.

7.2. Ændringer på enhederne

I februar 2007 blev ledere på de ti enheder interviewet telefonisk af en af forfatterne (CG) for at høre, om der havde været organisatoriske eller personalemæssige ændringer på enheden siden projektets start i marts 2006, samt hvordan ændringerne ifølge lederen havde påvirket enheden. Der blev spurgt ind til følgende ændringer:

- Enhedens ledelse
- Enhedens struktur, organisation, arbejdsdag osv.
- Ændringer i personalesammensætning, sygefravær, udskiftning, uddannelse,
- Myndigheders krav (f.eks. lægebesøg, medicinordning, arbejdsdag)
- (Andre) påvirkning fra kommunalreformen
- Ændringer i beboersammensætning
- Andet.

Otte ud af ti enheder havde oplevet organisatoriske eller personalemæssige ændringer (Tabel 75). Det er dog vanskeligt at se overordnede positive eller negative påvirkninger på enhedsniveau eller gruppeniveau.¹⁸

18 Implementeringsgruppen (Enheder A-E) og Kontrolgruppen (F-J).

Tabel 75.

Organisatoriske og personalemæssige ændringer på de enkelte enheder i Reminiscensprojektet (pr. februar 2007)

ENHED A	
Ledelse	Enheden fik ny leder i januar 2007 efter en periode uden leder; implementering af reminiscens forventes at køre bedre.
Organisation, arbejdsgang	Kommunen er startet med arbejdsgang 'teamwork'; personalet skal på kursus; forventes at have positiv virkning på personalets trivsel.
Personalemæssige ændringer	Stor udskiftning blandt personalet; de 'gamle' får yderligere frustrationer pga. oplæring og integrering af nye medarbejdere. De kan ikke nå så meget til dagligt; mere stress; virker muligvis negativt på personalets trivsel... MEN flere nye medarbejdere med anden etnisk herkomst, der muligvis mangler kendskab til dansk kultur, men har andre menneskelige værdier (f.eks. nærvær), som det øvrige personale sætter pris på – kan påvirke personalets besvarelser positivt? Stort beboerfrafald for nylig.
ENHED B	
Ledelse	Ny leder men ingen påvirkning på projektet.
Personalemæssige ændringer	Måske har flere ansatte end ventet ophørt deres arbejde på enheden, siden projektet startede, men dette menes at skyldes, at plejehjemmet er helt nyt (taget i brug kort tid før projektets opstart); sikkert ingen påvirkning på beboernes eller personalets besvarelser. Færre beboere med demens i øjeblikket (mange beboere med demens er afgået ved døden for nylig).
ENHED D	
Ledelse	Lederen sygemeldt de sidste 6 måneder men har fortsat været involveret i Reminiscensprojektet.
Organisation, arbejdsgang	I januar 2007 oprettedes der en ny måde at registrere medicin på, som kan have påvirket de syv ansatte, der doserer medicin, i negativ retning pga. ekstra arbejde.
ENHED E	
Organisation, arbejdsgang	Indførelse af PDA'er (Personlige Digitale Assistentter) har ændret hele den måde, man dokumenterer på (med mange skemaer). Personalet tog på kurser i december, men systemet virker stadig ikke og giver meget stor frustration; påvirker det psykiske arbejdsmiljø negativt. Der er kun tid til den 'daglig brandslukning', og de når ikke at lave reminiscens (især spontan) – og kan endda ikke registrere det, de får lavet.
Personalemæssige ændringer	Der har været få dødsfald blandt beboerne; det giver mindre stress; faktisk er der 'opblomstring' om aften, når de får tid til at lave reminiscensaktiviteter. Hvor der før kom 10-12 (kun svage) beboere, kommer der nu 20 beboere, der snakker og kigger på plakaterne. Personalet kommer med egne gamle ting hjemmefra i stedet for at bruge erindringskasserne. Mange plejepersoner har haft skader eller er blevet gravide; det øger presset på de andre og kræver udskiftning i personalegruppen.
ENHED G	
Ledelse	Ny leder for nylig men ingen påvirkning på projektet.
Organisation, arbejdsgang	Kommunen er startet med arbejdsgang – 'teamwork'; personalet skal på kursus; forventes at have positiv virkning på personalets trivsel.
ENHED H	
Myndighedernes krav	Der kommer flere demente og misbrugere ind; de har behov for faste rammer og struktur og er derfor mere krævende – men de dør også hurtigere.
ENHED I	
Organisation, arbejdsgang	Kommunen har indført nyt samarbejde mht. medicinvejledning især registrering af medicin; har betydet mere arbejde, men beboernes medicinering er ikke ændret i denne forbindelse.
Personalemæssige ændringer	Større udskiftning blandt personalet end normalt (efterløn osv.) + ændret normering/arbejde i køkkenområdet har øget stressniveau på afdelingerne.
ENHED J	
Personalemæssige ændringer	De beboere, der er flyttet ind siden jul 2006, er knap så krævende som de tidligere beboere – det letter arbejdet for personalet. Der er også opstartet IT-undervisning, da alle beboerdata skal digitaliseres – startede i efteråret og fortsætter i år. Kunne påvirke personalet begge veje: øget tilfredshed for dem, der godt kan lide at arbejde med computere og kan se fordelene herved; men det gør personalet mere presset og giver en del frustration.

7.3. Interviewernes erfaringer

Følgende afsnit beskriver de kommentarer, der under projektets forløb er kommet fra de interviewere, der MMSE og SIB testede beboerne.

Interviewerne var enige om, at det havde været et meget spændende projekt at deltage i, selv om det også havde krævet en del planlægning fra deres side. De berettede om mange positive oplevelser med både plejepersonalet og beboerne. Specielt havde et godt samarbejde med personalet været vigtigt. Det var plejepersonalet, der gav besked om beboernes adfærd og passende tidspunkter til interview: *'De ved, hvornår det er bedst at besøge den enkelte – om beboerne er til frisør, til gymnastik eller har familie på besøg osv.'*

Men det at interviewe beboerne kunne også være en taknemmelig opgave: *'Jeg lavede i onsdags en MMSE test på en mand som næsten aldrig snakker, han scorede ikke så højt, så lavede jeg SIB fredag ... og der scorede han rigtig godt, det var så godt at se, som han kunne følge med i den, den var næsten slut for tidligt. Han kunne godt have været med til mere. Han sidder normalt bare og vinker til dem, der går forbi. Der er så dejligt at lave MMSE og SIB test, det tager ikke langt tid, og alle vil så gerne deltage – næsten alle, jeg har måtte opgivet et par pga. manglende sprog og samarbejdsvilje/evne.'*

Som interviewer blev man dog også stillet over for flere uforudsete problemstillinger og opgaver. I et stort projekt, der involverer flere forskellige parter, vil der altid være logistiske problemer og misforståelser – uanset hvor godt man nu engang synes, man har beskrevet projektet over for ledelsen, personalet og interviewerne. Således var interviewerne på nogle enheder nødt til at bidrage til indsamling af samtykke fra beboerne; dette skulle ellers være blevet gjort, før interviewernes besøg. Sygdom, ferie og den følgende afløsning blandt plejepersonalet skabt nogle gange logistiske problemer med hensyn til rettidig færdiggørelse af beboermapper og interview af personalet om beboerne. Interviewerne måtte også i efterfølgende dataindsamlingsrunder anvende tid på at indføre nyt personale i håndteringen af spørgeskemaerne.

Beboerne på enhederne har mange fysiske og psykiske problemer, og interviewerne kom ud for forskellige situationer undervejs, som de løbende måtte tage stilling til – enten selv eller i samråd med personalet eller projektgruppen. I disse situationer var det en stor hjælp, at samtlige interviewere enten var sygeplejersker eller demenskoordinatorer med erfaring i at tale med ældre mennesker og især personer med demens. Problemerne varierede, men omfattede f.eks.:

- Hvor meget må man opmuntre beboeren til at fortsætte med det kognitive interview (MMSE, SIB-S), når man kan mærke, at beboeren bliver trist, fordi han/hun selv er klar over, at han/hun ikke kan så meget? [Interviewerne blev opfordret til at færdiggøre samtlige MMSE eller SIB-S tests, men måtte gerne afbryde en test, hvis beboeren blev meget ked af det eller aggressiv.]
- Hvad gør man, når beboeren bliver vred og frustreret i testsituationen og ikke ønsker at være med? [Det blev aftalt, at interviewer skulle stoppe interviewet og i samarbejde med plejepersonen vurdere, om man skulle vende tilbage en anden dag, hvor beboeren måske havde det bedre; hvis ikke dette ikke lykkedes, blev beboeren ikke interviewet ved denne dataindsamling. Personalet var i forvejen blevet bedt om at give besked (i beboermappen) om beboere, der havde tendens til at blive aggressive; i sådanne tilfælde kunne interviewer bede plejepersonen være til stede under interviewet.]

- Etniske minoriteter – skal der bruges tolk, eller skal man undlade at interviewe disse? [Det blev aftalt, at man godt kunne bruge en tolk – typisk en plejeperson – hvis det betød, at beboeren kunne være med i projektet; det viste sig, at tolk kun sjældent blev involveret.]
- Hvor meget må man 'skynde' på enheden i tilfældet af, at samtykke/spørgeskemaerne ikke var udfyldt? [Det blev aftalt, at interviewerne gerne måtte prikke til personalet, men skulle huske at projektopgaverne var oven i personalets plejeopgaver og derfor forståeligt nok ikke altid havde den højeste prioritet.]
- Hvordan håndterer man en situation, hvor et fysisk problem (f.eks. lammelse i arm) eller kommunikationsproblem (f.eks. delvis døv eller blind) gør det vanskeligt for beboeren at fuldføre (især MMSE) testen? [Det kan godt være, at beboeren scorer lavt på MMSE eller SIB-S pga. fysiske problemer i stedet for kognitive problemer, men det vil ske for vedkommende under hver dataindsamling; problemerne skulle dog noteres i beboermappen, så de samme forbehold kan tages ved hvert interview.]

7.4. Ressourceforbrug i forbindelse med implementering af reminiscens

Da reminiscens er blevet implementeret i forbindelse med et forskningsprojekt, har der været anvendt en del ressourcer, som er projektspecifikke. Dette vedrører blandt andet ressourcer i forbindelse med planlægningen, rekrutteringen af plejeenheder, dataindsamling samt forberedelse og tilrettelæggelse af undervisning mv.

Visse omkostninger er dog gældende for alle enheder, der ønsker at få reminiscens implementeret. Vi har valgt ikke at sætte kroner og øre herpå, da ressourceforbruget kan variere meget alt efter størrelsen af den enkelte plejeenhed, samt hvordan plejeenheden i forvejen er indrettet.

Hvis alt personale skal deltage i undervisningen, fordrer det, at den tid, plejepersonalet bruger på deltagelse i undervisningen, bliver dækket. Det kunne f.eks. ske ved brug af vikarer, eller at man får rokeret rundt på arbejdstidene, så man får dækket sig ind med det personale, der allerede er på enheden (f.eks. ansatte fra de øvrige afdelinger og/eller nattevagterne). I alt skal samtlige personale modtage tre dages undervisning. Disse fordeles sig på to hele og to halve dage.¹⁹ Hver afdeling skal helst undervises samlet, dog kan første dagen laves som en samlet introduktionsdag med deltagere fra flere afdelinger. Hvad omkostningen hertil bliver, afhænger af den enkelte enheds størrelse og mulighed for at få afhjulpet personalebehovet i forbindelse med undervisningen. Det er typisk billigere at få eget personale til at dække behovet, end det er at indkalde vikarer.

Den underviser, der skal stå for implementeringen, vil i alt bruge 15-20 dage på en enhed med tre afdelinger. Disse dage går til undervisning og møder med ledelse og ressourcepersoner gennem hele implementeringsforløbet. Uddannelsen tilpasses de enkelte enheder. Denne strækker sig typisk over 6-9 måneder og koster ca. 45-50.000 kr. (2008 niveau).²⁰ Da

19 Enhederne kan med fordel overveje, om de tre hele kursusdage ønskes delt op i hhv. en hel og fire halve dage. Dette bl.a. for at give de enkelte afdelinger flere muligheder til at følge arbejdet med reminiscens i undervisningsforløbet.

20 I forbindelse med Reminiscensprojektet var der to undervisere på. Dette er dog ikke nødvendigt i forbindelse med et 'normalt' ikke-projektrelateret reminiscensimplementeringsforløb. Ligeledes var der i projektet mere supervision fra undervisernes side, da projektdeltagelse krævede flere og andre opgaver, end et vanligt reminiscensimplementeringsforløb vil kræve.

hver afdeling undervises hver for sig, vil en enhed med f.eks. fire afdelinger kunne forvente at skulle betale ca. 10.000 kroner mere end en enhed med tre afdelinger.

Derudover er der stor forskel i, hvor mange kroner og øre en enhed skal bruge på investeringer i materialer, som kan anvendes i forbindelse med enhedens reminiscensarbejde. På en relativt ny enhed vil man eventuelt skulle ud at investere i ældre møbler, bøger/blade, malerier og genstande til hyggekroge/dagligstuen, huskespil og dvd'er (f.eks. Matador, Krøniken, dokumentarer om gamle dage på lokalegnen mv.). På de lidt ældre enheder vil der ofte være efterladt en del fra tidligere beboere, som man muligvis allerede har indrettet gange, dagligstuer og hyggekroge med.

Til brug i Reminiscensprojektet blev der afsat 10.000 kroner (2006 prisniveau) til hver deltagende enhed i Implementeringsgruppen – for ikke at gøre forskel. Vurderingen var, at nogle enheder (store/nye) kunne bruge langt mere end det afsatte beløb. Man kan dog komme rigtig langt for små midler. Således var erfaringen fra Reminiscensprojektet, at mange plejepersoner blev så inspireret af de input, de fik i forbindelse med undervisningen, at de selv fandt genstande frem fra gemmerne derhjemme, samt på loppemarkeder. Derudover kan man, ved at informere pårørende om metoden og behov for genstande, ofte få hjælp fra denne kant, enten som gave eller til låns.

Man må ligeledes forvente løbende udgifter til lån af reminiscenskasser.²¹ Man kan med fordel selv forsøge at lave tidsspecifikke reminiscenskasser, der passer til netop den beboersammensætning, der er på enheden; dette kræver dog, at man får afsat tid til at få det gjort.

Brugen af reminiscens kræver ikke nødvendigvis flere dyre ud-af-huset udflugter; det er mere brugen af reminiscens i dagligdagen, der er væsentlig. Brugen af reminiscens kan afføde, at man laver flere strukturerede reminiscenssessioner – f.eks. dannelsen af en eller flere beboergrupper (f.eks. en kvinde- og en mandegruppe), hvor man en gang ugentligt tager et emne op, f.eks. på baggrund af en erindringskasse. Her kan to plejepersoner hver bruge en time sammen ugentligt med beboerne i den enkelte gruppe. Denne session kræver tid til forberedelse (dvs. at komme på emne, at få fat i genstande, evt. at skrive invitation til beboerne om deltagelse i næste session).

Det er væsentligt at holde i mente, at videreuddannelse kræver tid; både til kursusdelen og muligvis også i hverdagen til at gøre brug af de nye tiltage, der læres. Undervisningen i reminiscens lægger dog op til, at metoden kan bruges i selv en travl hverdag; dette under forudsætningen at personalet i læringsperioden gives lov til at bruge lidt ekstra tid, så de bliver fortrolige med metoden.

21 Disse kan rekvireres for 200 kr. inkl. forsendelse (2008-priser). Udlånet distribueres fra Samvirkende Menighedsplejers kontor i Odense, se evt.: [http://www.menighedsplejer.dk/index.php?id=79&no_cache=1&sword_list\[\]=kasser](http://www.menighedsplejer.dk/index.php?id=79&no_cache=1&sword_list[]=kasser)



8. Diskussion og konklusion

8.1. Kort opsamling af rapportens resultater

Formål med Reminiscensprojektet var at undersøge konsekvenser ved anvendelse af reminiscens som en integreret del af plejen på danske plejeheder. Projektet fokuserede på konsekvenserne for henholdsvis beboerne, personalet og beboernes pårørende.

I forhold til beboerne viste resultaterne, at reminiscens havde en potentielt positiv virkning på deres kognitive funktionsniveau, agiterede adfærd og livskvalitet. De opnåede effekter var dog for det meste kun tendenser til, at beboerne i Implementeringsgruppen fik det bedre end beboerne i Kontrolgruppen. Forskellene mellem de to grupper var således ikke store, og kun få nåede statistisk signifikans. I forhold til beboerne i Kontrolgruppen viste beboerne i Implementeringsgruppen således:

- en mulig forsinket forværring i det kognitive funktionsniveau for beboere, der havde stærkt forringet kognitiv funktion ved baseline
- mindre hyppigt agiteret adfærd (hvor Kontrolgruppen viste mere hyppigt agiteret adfærd; dog var forskellen mellem grupperne ikke statistisk signifikant)
- demenssymptomer blev forstærket hos beboere i begge grupper, men kun statistisk signifikant forstærket i Kontrolgruppen
- livskvaliteten (herunder delskalaen 'Selvbevidsthed') blev forværret i begge grupper, men kun statistisk signifikant i Kontrolgruppen.

I forhold til personalet viste resultaterne, at reminiscens havde en potentielt positiv virkning på især arbejdslivet. Resultaterne viste:

- en signifikant forværring i Kontrolgruppens trivsel og professionelle udvikling i forhold til uændret trivsel og udvikling i Implementeringsgruppen – denne forskel var signifikant mellem Implementerings- og Kontrolgruppen
- signifikant flere i Implementeringsgruppen fandt ved afsluttende dataindsamling, at det var interessant at arbejde med de samme beboere hver dag (i forhold til en uændret holdning i Kontrolgruppen) – denne forskel var signifikant mellem Implementerings- og Kontrolgruppen
- en tilnærmelsesvis signifikant tendens til at flere plejepersoner i Implementeringsgruppen ved afsluttende dataindsamling syntes, at det var vigtigt at de kunne leve sig ind i beboernes oplevelser
- tendenser til bedre psykisk helbred og mindre følelsesmæssig udmattelse over tid i Implementeringsgruppen i forhold til værre psykisk helbred og mere følelsesmæssig udmattelse i Kontrolgruppen (forskellene var dog ikke statistisk signifikante).

Derudover nævnte plejepersonalet, at reminiscens gjorde det muligt at skabe et fællesskab over generationer og etnicitet, da reminiscens åbnede op for fælles oplevelser og kunne fremme samværet mellem plejepersonen og beboeren.

Der var færre pårørende end ventet, der tog aktiv del i reminiscensimplementeringen. Dette forventes ikke at skyldes manglende interesse eller omsorg for de ældre, men snarere manglende overskud og tid. Der fandtes ingen markante forskelle mellem pårørende til beboeren i henholdsvis Implementerings- og Kontrolgruppen. Ved den afsluttende dataindsamling rapporterede 40 pct. af de pårørende i Implementeringsgruppen, at de oftere brugte minder og erindringer i samvær med beboeren end før projektet. De pårørende, der tilkendegav, at de oftere brugte minder og erindringer i samvær med beboerne, tilkendegav en tilnærmelsesvis signifikant positiv ændring i beboernes reaktion på at være i plejenheden over tid i forhold til dem, der ikke gjorde brug af flere minder og erindringer med beboeren ($p=0,069$).

8.2. Hvorfor ikke stærkere evidens for metoden?

Der var en generel forventning om, at reminiscens ville vise sig at være til stor gavn for især beboere og personalet på de enheder, der kom i Implementeringsgruppen. Inden for ældreområdet har reminiscens gennem de sidste år fået megen omtale. Reminiscens indgår endvidere som en del af undervisning i forbindelse med de demenskurser, plejepersonalet inden for den danske ældrepleje skal deltage i. At studiet primært kommer med resultater, der viser tendenser til, at reminiscens har en gavnlige effekt på henholdsvis beboerne og personalet på de danske plejehjem, vil derfor muligvis skuffe en del.

Der kan være flere årsager til, at nærværende studie ikke påviser en større målelig effekt af personalets brug af reminiscensmetoden.

Det kan selvfølgelig være, at reminiscens kun har en mindre effekt på personalet såvel som på beboernes hukommelse, adfærd og trivsel; at metoden kan være nok så gunstig for den enkelte beboers og/eller ansattes selvbevidsthed og glæde i nuet og kan bidrage til et tættere forhold mellem beboeren og personalet, men at disse effekter ikke er store eller brede nok til at kunne måles på gruppeniveau eller over tid. Således viser både undervisernes erfaringer og forskernes afsluttende interview med plejepersoner i Implementeringsgruppen, at man har oplevet mange positive situationer i forbindelse med anvendelsen af reminiscens i projektperioden.

Der er forskellige forhold, der kunne have spillet en rolle for den manglende/svage evidens for reminiscensmetoden. Disse er bl.a.

- at situationen for beboerne og plejepersonalet på enhederne i forvejen var optimal, hvorfor implementering af reminiscens ikke kunne frembringe markante forbedringer
- at der var andre faktorer end brugen af reminiscens, der havde en større påvirkning på enhederne og dermed overskyggede den eventuelle effekt, der måtte komme fra brugen af reminiscens i omsorgen af de ældre
- at der var designmæssige forhold, der betød, at studiet ikke kunne identificere reelle effekter som følge af personalets anvendelse af reminiscens med beboerne
- at de 'forkerte' effektmål blev anvendt, eller at man målte konsekvenserne på uhensigtsmæssige tidspunkter.
- at reminiscens ikke blev fuldt ud implementeret

Disse forhold diskuteres nærmere i det efterfølgende.

8.2.1. Situationen for beboerne og personalet var i forvejen optimal?

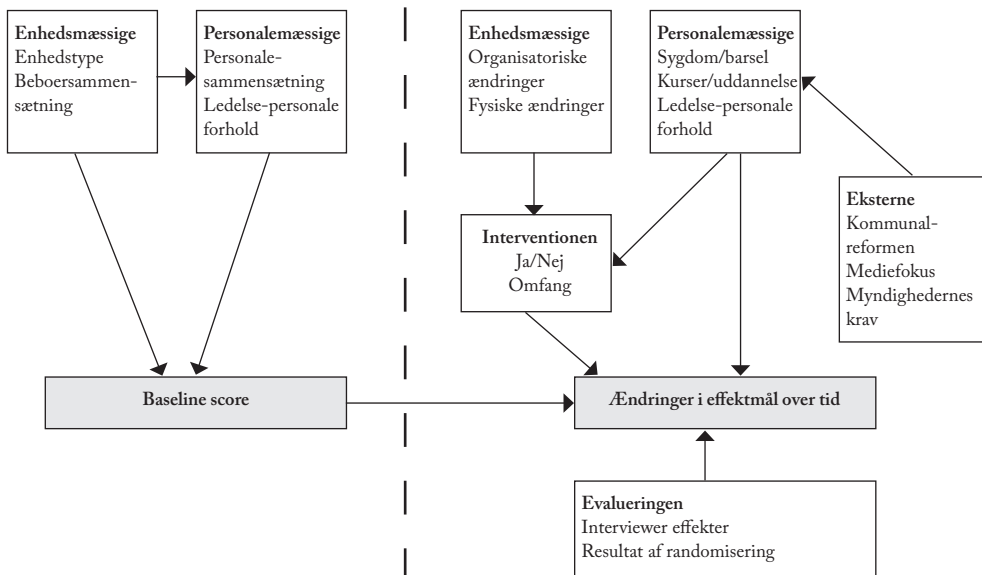
Det er muligt, at situationen for beboerne og plejepersonalet på enhederne i forvejen var optimal, hvorfor implementering af reminiscens ikke kunne frembringe markante forbedringer. Der er dog nogle oplysninger fra projektet, som indikerer, at dette ikke var tilfældet. Under det indledende møde med ledelse og ressourcepersoner på enhederne i Implementeringsgruppen fik reminiscensunderviserne at vide, at alle fem enheder havde detaljerede plejeplaner, der omfattede beboernes psykiske og sociale behov. Ledelsen gav alligevel udtryk for, at der manglede tid og inspiration til meningsfuldt samvær med beboerne, der tit blev set overladt til sig selv. Der var heller ikke nedskrevne livshistorier for alle beboere, og hvor de fandtes, var der ofte usikkerhed om, hvordan de kunne bruges i det daglige arbejde. Også her blev der givet udtryk for, at der manglede inspiration og dialog, for at gøre det bedre. Ligeledes tilkendegav personalet i forbindelse med reminiscenskurset, at beboernes dagligdag ofte var ganske trist. Mange fandt, at det var noget, der kunne forbedres.

8.2.2. Andre faktorer end reminiscens, der påvirkede enhederne?

De kausalmødelles, der var præsenteret for henholdsvis beboerne og personalet i resultat-afsnittene samt Figur 36, påpeger, at der er mange faktorer, der kan påvirke beboernes og personalets adfærd og trivsel på plejeenheden. Spørgsmålet er, om nogle af disse faktorer har kunnet påvirke projektets resultater så meget, at de har overskygget konsekvenser ved anvendelse af reminiscens?

Figur 36.

Inde- og udefrakommende faktorer, der kan påvirke effekten af reminiscens



I forbindelse med randomisering af enhederne blev der søgt at tage højde for flere faktorer, som man forventede ville kunne påvirke baselinemålingerne, bl.a. enhedernes type (f.eks. Leve-bo tankegangen, mere traditionel tankegang eller en kombination), geografisk beliggenhed og størrelse. Dannelse af to ens grupper så ud til at lykkes; også i forhold til baseline score på de anvendte måleinstrumenter. Der var dog andre faktorer, som man ikke kunne tage højde for i forbindelse med randomiseringen – bl.a. eventuelle forskelle i arbejdskultur og -miljø på de enkelte enheder, f.eks. fordeling af ansvar og pligter, samarbejde og arbejdsstone, holdninger til beboerne og den generelle stemning på enheden. Selv om man kunne få et indtryk af disse forhold via besøg og samtaler med ansatte på de enkelte enheder, var det ikke muligt at inddrage disse forhold i randomiseringen. Det blev endvidere bemærket, at der ofte var variation i disse forhold mellem de forskellige afdelinger på de enkelte plejeenheder.

Det var også vanskeligt at tage højde for de politiske, organisatoriske og personalemæssige ændringer, der skete på enhederne i projektets forløb. På trods af en anmodning om at man ikke foretog større organisatoriske ændringer, var disse ofte uundgåelige (f.eks. ledelsesmæssig udskiftning og ændringer i afdelingernes arbejdsgang på flere af enhederne). Blandt de politiske ændringer kan nævnes kommunalreformen, der trådte i kraft pr. 1. januar 2007, og som påvirkede nogle enheder mere end andre. Indtrykket var dog, at den ikke havde stor indflydelse på enhedernes dagligdag. Der var også en del medieopmærksomhed på plejekvaliteten på de danske plejeenheder, mens projektet var i gang. Denne lokale og nationale kritik kan have haft en negativ indflydelse på personalernes trivsel og måske deres tilkendegivelse på spørgeskemaerne; dog vurderedes der, at påvirkningen var ens på de enkelte enheder.

8.2.3. Designmæssige forhold

I forbindelse med projektets planlægning var der store overvejelser vedrørende studiets design – ikke mindst om det skulle foretages som et implementeringsstudie eller som et randomiseret kontrolleret forsøg.

Fordelen ved at have udført studiet som et implementeringsstudie ('pre-post studie') ville være, at der ikke var behov for en egentlig kontrolgruppe, da de deltagende beboere og personalet ville have ageret som egen kontrolgruppe. Problemet ved dette studiedesign er at få tilskrevet de eventuelle scoreændringer til interventionen, idet andre ukontrollerede faktorer (f.eks. naturlig alderssvækkelse, progression i demenssygdomme, ændringer i beboersammensætning) kan have ændret sig i løbet af interventionsperioden. Ligeledes ville det have været umuligt at observere fænomenet 'regression mod gennemsnittet' (hvor ekstreme scorer viser tendens til at flytte sig mod middelværdien over tid).

Da resultaterne fra nærværende projekt skulle bidrage til en beslutning om, hvorvidt der skulle satses på reminiscens i fremtidens ældrepleje, var der ønske om en overbevisende dokumentation for virkningen af reminiscens som pleje-/omsorgsmetode for alle beboere (dvs. både med og uden en demenssygdom) på danske plejeenheder, samt metodens effekt på plejepersonalet.

Inden for den sundhedsvidenskabelige forskning vurderes RCT tilgangen at kunne frembringe den højeste evidens (bedste viden/dokumentation), man kan opnå vedrørende effekter ved en ny behandlingsform. Et spørgsmål, der gerne sås belyst, var derfor, om

denne tilgang til effektvurdering kunne anvendes i forskning på det sociale forskningsområde (140;141) Erfaringerne fra nærværende studie er, at man på en konkret metode som reminiscens godt kan anvende RCT designet. Projektet har haft sine vanskeligheder i især opstartsperioden, og RCT designet har selvfølgelig haft sin indflydelse på nogle af disse problemer – bl.a. at plejeenhederne ikke på forhånd var sikret reminiscensimplementering, hvilket vanskeliggjorde rekrutteringen. Selve implementeringen og dataindsamlingen er dog forløbet efter planen og med en høj svarprocent, alt taget i betragtning.

Ved brugen af RCT på socialområdet er det umuligt at sikre blinding, dvs. at forsøgspersonerne ikke ved, om de er i kontrol- eller interventionsgruppen (140). Dette var således tilfældet i nærværende studie, da både beboere, personale og interviewere var klar over, hvorvidt enheden anvendte reminiscens eller ej. Hvis sådan en påvirkning var til stede, ville den sandsynligvis have påvirket resultater til fordel for brugen af reminiscens. Til gengæld vurderes 'kontaminering' (hvor reminiscenserfaringer på en enhed i Implementeringsgruppen kunne blive overført til en enhed i Kontrolgruppen) ikke at være et problem. Anvendelse af RCT kan være problematisk på områder, hvor interventioner er sammensatte og dynamiske, og hvor konteksten har en betydning for, hvordan interventionerne virker (140). Dette diskuteres nærmere i 8.2.5.

Statistiske problemer opstod ved valget af klynge-randomisering (på plejeenhedsniveau) frem for randomisering på individniveau. Beregning af stikprøvestørrelsen var vanskelig, da man ikke kunne være sikker på at undgå frafald af hele plejeenheder i projektførelsen, samt at man viste, at der ville være et forholdsvis stort frafald blandt både beboerne (pga. især dødsfald) og personalet (pga. ophør af arbejdsliv på enheden). Stikprøvestørrelsen blev derfor udregnet på individuelt niveau (i forhold til beboerne) og ikke på klyngeniveau – da data også blev analyseret på individniveau, vurderedes denne tilgang at være acceptabel.

På basis af en litteraturgennemgang og ekspertviden blev der forventet et beboerfrafald på 30 pct. Herudover måtte man forvente yderligere frafald pga. beboere/pårørende, der ikke gav samtykke til projektdeltagelse; dog blev dette ikke medregnet i stikprøveberegningen, som heller ikke tog højde for eventuelle forskelle mellem undergrupper af beboere. Det planlagte studie satte fokus på hele plejeenheden, dvs. også på ikke-demensramte og individer med demens. Man forventer, at reminiscens har størst effekt på personer med mild demens, men disse udgør en mindre proportion af beboerantallet (ca. 30 pct. havde MMSE score mellem 18-23 ved baseline). Det kan derfor ikke udelukkes, at antallet af beboere i nærværende studie var for lavt til at identificere statistisk signifikante forskelle mellem Implementerings- og Kontrolgruppen.

Det skal også påpeges, at de data, der lå til grund for stikprøvestørrelsesberegningen kom fra studier med selekterede beboergrupper, som var mere homogene i forhold til demensgrad og hyppighed af agiteret adfærd. Herudover blev CMAI instrumentet valgt som referenceskala, da det forventedes, at det især var i forhold til beboernes agiterede adfærd, at de største ændringer ved reminiscens ville blive fundet. Da ikke alle beboerne i studiet havde agiteret adfærd, har vores valg af instrument til stikprøveberegningen muligvis været mindre anvendeligt. Man kunne således have overvejet at have anvendt GBS eller ADRQL til beregningen i stedet.

Den beregnede stikprøvestørrelse blev opnået ved studiets start og – til trods for et stort frafald undervejs – ligeledes ved studiet afslutning. Det viste sig, at ca. 20 pct. af de beboere, som blev vurderet egnet til projektdeltagelse, faldt fra før den 1. baseline dataind-

samling (62 pct. af dem nægtede at deltage, mens de resterende 38 pct. døde, flyttede eller var blevet for svage). Herudover var frafaldet mellem første og sidste dataindsamling på 32 pct. for beboere (primært pga. dødsfald) og 38 pct. for personalet (som primært rejste fra enheden eller gik på barsel undervejs).

En mortalitetsrate for beboere på en plejeenhed i den størrelsesorden er ikke usædvanlig. Et tidligere longitudinalt studie over to år blandt beboere på et (amerikansk) plejehjem rapporterede 61 dødsfald ud af den oprindelige stikprøve på 120 beboere (51 pct.); yderligere 12 beboere (10 pct.) var flyttet til anden institution (107); dødsfaldene sket især blandt beboere med svær demens og dårligere dagligt funktionsniveau. Et tidligere randomiseret studie udført på kognitiv stimuleringsterapi blandt ældre med DSM-IV demens (MMSE score mellem 10 og 24) rapporterede et frafald på 11 pct. over 7 uger, hvoraf lidt over to-tredjedel af frafaldet skyldtes sygdom/dødsfald og resten flytning (121).

8.2.4. Valg af måleinstrumenter og vurderingstidspunkter

At resultaterne ikke påviste større effekt af reminiscens kan skyldes, at det var de 'forkerte' effektmål, der blev anvendt, eller at man målte konsekvenserne på uhensigtsmæssige tidspunkter.

Valg af måleinstrumenter

Måleinstrumenterne blev valgt på baggrund af de forventede konsekvenser af reminiscens for henholdsvis beboerne og personalet. Der var præference for instrumenter, der var bredt anvendt i andre studier på ældreområdet samt allerede validerede på dansk. Under pilotstudiet og ved den 1. baseline dataindsamling fik vi indtrykket af, at personalet fandt, at de udvalgte vurderingsinstrumenter var relevante i forhold til deres hverdag med beboerne. Endvidere at personalet ville være i stand til at besvare spørgsmålene for den enkelte beboer. Under projektets forløb viste det sig, at svarprocenten for spørgeskemaerne vedrørende beboernes adfærd og trivsel var høj (97-100 pct.), og at der kun var få manglende data i de udfyldte spørgeskemaer.

Herudover viste vurderingsinstrumenterne de forventede forværringer over tid i beboernes funktionsniveau. Instrumenterne viste også god test-retest pålidelighed og de forventede korrelationer mellem de enkelte instrumenter (data ikke gengivet i nærværende rapport). I andre studier har de anvendte instrumenter været i stand til at vise signifikante forskelle mellem en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. Der er derfor ingen evidens for, at det var de 'forkerte' vurderingsinstrumenter, der blev anvendt i studiet. Man kunne have overvejet at anvende flere kvalitative tilgange til at vurdere konsekvenserne ved anvendelse af reminiscens, end man har brugt i nærværende studier. Fokus for projektet var dog at basere resultaterne på validerede måleinstrumenter, der har været anvendt i andre lignende kontekster, for netop at nå så højt op på evidensstigen som muligt.

Vurderingstidspunkt

Udgangspunktet for studiet var, om man ved at anvende reminiscens i det daglige kunne påvise længerevarende effekter på beboerne. Det er dog muligt, at påvirkningen af reminiscens ikke er vedvarende, men kun varer i et par timer eller højst et døgn efter reminiscenssessionen. Sådanne kortvarige effekter er blevet rapporteret i litteraturen. McKiernan & Yardley

1991 [gengivet i (31), s.237] fandt, at personer med svær demens var signifikant mere socialt aktive under reminiscenssessionerne, end de var på dage, hvor der ikke var en reminiscenssession. Sansom et al. (39) rapporterede en kortvarig forbedring i velvære som følge af specifik tematiseret reminiscens (samt fra multisensorisk stimulering), men ingen langvarig effekt.

I et andet studie (120) forsøgte man at måle de umiddelbare effekter af grupperemiscens blandt 15 ældre med Alzheimers (tre sessioner ugentlig i fire uger). Deltagerne blev observeret for en række adfærdstyper (med bl.a. CMAI instrumentet) i 30 min. før sessionen, 30 min. under sessionen og 30 min. efter sessionen. Interventionsgruppen viste mere hyppigt agiteret adfærd efter reminiscenssessionen i forhold til Kontrolgruppen, der fik samtaler på samme længde men om nutidige og fremtidige begivenheder. Forfatterne foreslog, at dette overraskende resultat skyldtes, at deltagerne blev introduceret for ukendt fotografier og lyde i reminiscenssessionerne. Der er en vis evidens for, at vanskelighederne ved at måle de eventuelle reminiscensksekvenser til dels skyldes den meget individuelle måde, hvorpå de ældre reagerer på reminiscens (39).

I nærværende studie blev omsorgsyderne bedt om at vurdere beboernes grad af deltagelse i henholdsvis generel og specifik reminiscens. I forbindelse med begge reminiscenstyper blev det vurderet, at 80-85 pct. af de deltagende beboere viste 'tydelige tegn på interesse, engagement eller glæde' eller 'vekslende interesse men overvejende positiv'. Selv om man ikke kunne påvise en stigende interesse/glæde hos beboerne over tid, tyder dette billede på, at beboerne nød reminiscenssessionerne, og at de deltog aktivt i disse.

Samtaler med personalet på enhederne, der deltog i pilotstudierne, pegede på, at årstiderne havde en mærkbar indvirkning på beboernes trivsel. Dette ville kunne medføre en mulig effekt på testresultaterne, hvorfor planlægningen af effektmålingstidspunkterne skulle tage højde for årstiderne. De to opfølgende dataindsamlinger fandt derfor sted på samme tidspunkt på året som de to baseline dataindsamlinger (henholdsvis marts/april og august/september). Initiale vurderinger af datasættet fandt, at der var mulige sæsonmæssige udsving i data, hvorfor ændringer i beboernes kognitive funktion og i personalets selvvaluerede helbred, udbrændthed og syn på arbejdsliv blev gjort på data fra samme tidspunkt på året.

8.2.5. Omfanget af reminiscensimplementering på enhederne

Overordnet set foregik reminiscensimplementeringen som planlagt. Det vurderedes, at for langt de fleste plejepersoner blev det primære formål opnået: at plejepersonalet skulle få muligheden for at opleve en udvikling i den daglige omsorg for plejeenhedens beboere baseret på ny viden, samarbejde med pårørende og refleksion over praksis.

På hver af de fem enheder havde personalet således brugt de udleverede reminiscensmaterialer (spil, bøger, erindringskasser, plakater) samt i mange tilfælde selv medbragt genstande hjemmefra, eller planlagt aktiviteter og ture, der byggede på minder og erindringer. Hver enhed havde anvendt både generel, specifik og spontan reminiscens, dog i forskelligt omfang. Erfaringerne fra kursusdagene og observationer under reminiscensundersvisernes besøg viste ligeledes, at på alle fem enheder:

- blev der berettet om, at man nu var mere sammen med beboerne på en mere opmærksom måde end tidligere, og at der var øget interesse for at få fremkaldt beboernes fortællinger og reaktioner

- gav personalet udtryk for, at anvendelse af reminiscens havde givet beboerne en hverdag med mere kontakt og flere positive oplevelser end før projektets start
- oplevede personalet mere fokus på de bløde værdier, og det blev naturligt at vise beboerne flere sider af sig selv, bl.a. ved at bruge egne oplevelser som udgangspunkt for samtaler; dette gav et større kendskab til hinanden (beboeren og plejepersonen) og dermed oplevelse af ligeværd i samværet for begge parter.

Det er således klart, at plejepersonalet generelt gjorde en stor indsats under implementeringsforløbet, og at der hos de fleste var en stor lyst til at afprøve metoden, og i det hele taget ændre på dagligdagens rutiner. Hvorvidt reminiscens blev fuldt ud implementeret på alle enhederne er dog diskuterbart. På trods af personalets interesse for metoden og deres villighed til at anvende den med beboerne, fik projektgruppen det indtryk, at personalet mange steder manglede ressourcer og redskaber til fuldt ud at kunne anvende deres reminiscenskundskaber i dagligdagen.

En nærmere undersøgelse foretaget på enhedsniveau understregede, at det især var enkelte enheder i Implementeringsgruppen, der skilte sig positivt ud ved at opleve signifikante forbedringer på flere af måleinstrumenterne. Dette kunne tale for, at holdningen til og brugen af reminiscens ikke nødvendigvis har været gjort på samme måde på alle enheder; nogle enkelte enheder har evt. brugt metoden mere effektivt end andre, så signifikante resultater er blevet opnået. Da der dog er en vis variation mellem enhederne i baseline scorerne på de forskellige skalaer, kan vi ikke afvise, at nogle af de signifikante resultater kan skyldes regression mod gennemsnittet.

På trods af den store indsats fra alle projektdeltagere stødt reminiscensimplementeringen på flere problemstillinger. De største af disse var manglende lyst hos nogle plejepersoner til at lære om og anvende reminiscens i dagligdagen, manglende tid hos personalet, manglende opbakning fra ledelsen og begrænset engagement fra pårørende. Herudover var der udfordringer i forbindelse med at implementere reminiscens i en forskningskontekst.

Manglende lyst til at lære om og anvende reminiscens:

Der er flere mulige forklaringer herpå:

- personalet udtrykte nogle steder modstand til projektet, da de følte, at de ikke var blevet inddraget i beslutningen om at skulle deltage heri
- personalet gav ofte udtryk for, at man i forvejen kendte og anvendte reminiscens i omsorgen med de ældre – man havde muligvis ikke hørt det omtalt som reminiscens før, men man talte med de ældre om deres liv og traditioner ved forskellige højtider
- der var nogle gange den opfattelse, at beboerne ikke gad deltage i de generelle reminiscenssessioner – især hvis disse blev gjort for ofte/var for ensformige
- der var hos nogle plejepersoner en holdning til, at reminiscensarbejdet var noget ekstra, som de ikke havde tid til i en i forvejen travl hverdag; dermed lukkede de af for at se reminiscens som en integreret del af plejen
- ikke alle plejepersoner havde forståelse for beboernes sociale behov sammen med personalet; at det 'kunne betale sig' at vise interesse over for en beboer, sådan at beboeren aktivt fortalte og lyste op, frem for at sidde og se tomt ud i luften

- andre prioriteter i plejen: nogle plejepersoner erkendte, at de prioriterede den sygeplejefaglige dimension af arbejdet frem for det sociale. Selv om de erkendte, at beboerne havde behov for social kontakt, følte de, at de ikke selv havde talent for eller lyst til at videreudvikle den side af deres arbejde. De var tilfredse med at støtte deres kollegaer i anvendelse af reminiscens ved at tage hånd om de mere praktiske opgaver i dagligdagen.

En af de største forhindringer i implementeringen var, at mange plejepersoner ikke var bevidste om, hvad de gjorde i deres arbejde med beboerne, og hvorfor de gjorde det. Reminiscensunderviserne brugte således megen tid på at forklare personalet, *hvorfor* man skulle implementerer reminiscens, og mindre tid på *hvordan* man skulle gøre det. Dette tyder på, at der mange steder er behov for en kulturændring, hvor beboernes sociale og emotionelle behov får en højere prioritering. Sådanne ændringer i kulturen omkring pleje og omsorg kræver ofte en ændring i fokus fra en opgave-orienteret, rutinepræget model til en mere holistisk, fleksibel og livskvalitetsorienteret model; opnåelse af disse ændringer kan være en kompleks proces (142). Grundene til at disse aspekter af beboernes livskvalitet ofte er lavt prioriteret er sikkert mangfoldige, men kan indeholde en opfattelse af, at det ikke er i plejeenhedens magt at forbedre den enkelte beboers livskvalitet. Dette kan f.eks. skyldes nødvendige rutiner, manglende privatliv, for få eller utilstrækkeligt uddannede plejepersoner, eller at fokus er på somatiske symptomer/sygdomme og medicinering (128).

Manglende tid/overskud: Den alt overskyggende forklaring fra personalet på, hvorfor man eventuelt ikke havde været så aktiv i brugen af reminiscens var manglende tid. Mange erkendte, at de ikke følte, at de havde tid til den nødvendige planlægning og brug i dagligdagen.

Det var projektgruppens opfattelse, at registreringen af de forskellige former for reminiscens aldrig kom til at fungere fyldestgørende. Tilbagemeldingerne fra personalet var, at det kneb med at få udfyldt skemaerne i hverdagen – mest på grund af manglende tid/overskud, men også at det nogle gange var svært for personalet at genkende en reminiscensrelateret situation. Registreringsskemaerne blev forklaret og diskuteret flere gange ved kurser og fremhævet under besøg på enhederne, men det var åbenbart svært at få dem ind i hverdagen som et dokumentationsredskab.

Manglende opbakning fra ledelsen: På flere af enhederne var det projektgruppens opfattelse, at ledelsen ikke tilkendte sig selv den nødvendige tid til reminiscensimplementeringen. Inden for de rammer, der var lagt, besøgte reminiscensunderviserne de fem enheder så meget som muligt, men i den mellemliggende tid kunne man have ønsket, at der blev sørget for, at projektet blev et fast punkt på dagsordenen på diverse møder i enheden, samt at man havde støttet og anerkendt de personer, der gik foran ved at forsøge at bruge metoden i det daglige. Ledelsen kunne på flere enheder have bidraget til en mere effektiv implementering ved at signalere vigtigheden af implementeringen – hvis f.eks. de havde bakket mere synligt op ved at deltage i undervisningen og i aktiviteter med beboerne og plejepersonalet.

Begrænset engagement fra pårørende: Der var kun få eksempler på pårørende, der begyndte at tænke over muligheden for at formidle beboerens tidligere vaner og interesser

videre til personalet. Det lykkedes bedre med et mere realistisk mål – nemlig at nå så mange pårørende som muligt med oplysning om reminiscensmetoden og betydningen af kendskab til beboerens livshistorie. Således trak udstillingerne langt flere interesserede pårørende end de planlagte møder, og det viste sig, at der alligevel var stor interesse for reminiscensmetoden blandt de pårørende.

Implementering i en forskningskontekst: Når man vælger materiale ud til reminiscensarbejde, skal man forsøge at ramme tidstypiske tendenser, genstande og emner og så lade den menneskelige kontakt personalet og beboerne imellem skabe resten af broen. Udfordringen kommer i de situationer, hvor personalet ikke oplever, at det anvendte materiale har den tilsigtede effekt, men selv skal komme med forslag til et andet emne eller aktivitet, som kan være mere passende. Under reminiscensundervisernes besøg på enhederne blev det ofte luftet, hvordan man kunne skabe bedre kontakt til en beboer end ved brug af de generelle redskaber. Hvis ikke implementeringen var kørt som et forskningsprojekt, hvor input skulle holdes ens på de fem Implementeringsenheder, ville det have været naturligt at give sig i kast med mere specifikt tilrettede reminiscensforløb. Der blev af MK lavet enkelte specielt tilrettede erindringsmaterialer med det formål at fungere som eksempler for personalet, men ellers blev initiativet overladt til personalet selv. Det skal også nævnes, at hvis man først begynder på individuelle reminiscensmaterialer (til den enkelte beboer), stiger ressourceforbruget meget hurtigt, og implementeringen vil ikke være sammenlignelig med det typiske implementeringskursusforløb, andre enheder vil kunne modtage.

Ved ikke at gå mere ind for specifikt tilrettede forløb er det muligt, at vi i implementeringen gik glip af nogle 'gyldne' muligheder for at udnytte potentialet i reminiscensmetoden over for en ikke ubetydelig del af beboerne. Desuden kunne der havde været bragt flere elementer i spil mht. indretningen af fælles arealer eller kontakt til frivillige i lokalområdet. Efter afdækning af mulighederne var konklusionen dog, at det ikke ville kunne sikre en tilstrækkelig ens implementering over de fem enheder til at kunne fungere i en forskningskontekst.

8.3. Resultaternes generaliserbarhed

Der vides ikke med sikkerhed, om de deltagende enheder er repræsentative for danske plejeenheder generelt. Der har været en vis selvselektering blandt de enheder, der er indgået i studiet, som skyldes dels et krav om selvfinansiering i forbindelse med deltagelse i projektet og dels vilje og overskud til at indgå i et forskningsprojekt. Det vurderes dog, at enhederne repræsenterer et bredt udsnit af de enhedstyper, der findes i Danmark – og at det ikke kun er 'gode' enheder, der har deltaget i projektet.

Litteraturgennemgangen viste, at de fleste studier, der har undersøgt konsekvenserne ved reminiscens blandt ældre personer, kun har omhandlet personer med en lægestillet demensdiagnose og/eller har fravalgt personer med aktiv psykiatrisk lidelse eller syns-/høreproblemer. Disse restriktioner blev ikke anvendt i nærværende studie, da man ønskede at afprøve reminiscensmetoden som en del af den almindelige hverdag på en plejeenhed. Derfor var der ingen selektion af beboer- eller personalegrupper, ud over fravalg af beboere, der enten ikke var fastboende eller var for svagelige til at deltage i en af reminiscensformerne (f.eks. terminale eller meget unge beboere), samt beboere, der ikke ønskede at deltage i projektet.

Det bør understreges at den anvendte implementeringsproces adskilte sig fra det typiske reminiscenskursus ved at:

- den var bredere i omfang – dvs. samtlige plejepersoner modtog undervisning i reminiscens og blev oplært i alle tre former (spontan, specifik og generel); normalt vil kun en del af personalegruppen blive oplært i reminiscens, og typisk dem med størst interesse for metoden/eller dem, der arbejder på f.eks. den skærmede enhed
- flere (fem) plejeenheder blev oplært i reminiscens samtidigt; normalt vil undervisningen foregå kun med en plejeenhed ad gangen
- flere forskellige grupper (ledelsen, personalet og pårørende) blev involveret i undervisningens forløb; normalt vil undervisningen kun omfatte plejepersonalet
- samtlige beboere på enheden blev involveret; oftest målretter personale deres anvendelse af reminiscens mod bestemte beboere, f.eks. beboere med særlige problemer (agiteret adfærd, ensomhed, demens osv.)
- selve undervisningen var mere dybtgående med hensyn til opfølgning og detaljer (især møderne med ressourcepersonerne)
- der var ekstra besøg (af AMJ) i forbindelse med afleveringen af reminiscenskasserne (normalt skal plejepersonalet selv sørge for planlægning, bestilling og betaling af kasserne, som derefter bliver sendt med posten); herudover blev kasserne ofte pakket ud (af AMJ) og gennemgået sammen med ressourcepersonen på enheden. Indsatsen i forbindelse med den fysiske indretning på enhederne var dog ret typisk for en reminiscensimplementering
- i forhold til tidligere reminiscensstudier var varigheden af reminiscensinterventionen længere, dvs. et år vs. typisk 2-7 uger for personer med demens og 6-12 uger for personer med depression (afsnit 1.4.2.1).

Ingen analyse på baggrund af beboernes demenstype

Ud fra beboernes MMSE score ved baseline havde ca. 25 pct. af beboerne normal kognitiv funktion (MMSE score >23), ca. 30 pct. mild kognitiv forringelse (MMSE score 18-23) og ca. 50 pct. kraftig kognitiv forringelse (MMSE score <18). Denne fordeling er forskellig fra den rapporteret i en spørgeskemaundersøgelse blandt 59 plejeenheder i Ringkøbing Amt, udført i 2004 (117), dog var denne baseret på plejepersonalets vurdering af beboernes hukommelse og grad af demens. I spørgeskemaundersøgelsen fandtes der således, at 32 pct. af beboerne havde normal kognitiv funktion, 42 pct. havde svækket hukommelse eller let/mild demens, og 26 pct. havde svært demens. Fra en undersøgelse i 1995 blandt 12 plejehjem i Nordjyllands Amt blev det estimerede, at mindst over halvdelen af landets plejehjemsbeboere var demente (143).

Kun 20 pct. (n=67) af beboerne i nærværende studie var lægeligt diagnosticeret med demens, heraf ca. 40 pct. (n=26) med Alzheimers og 25 pct. (n=17) med vaskulær demens. På grund af det lille beboerantal i disse grupper er resultaterne ikke analyseret efter demenstype. Det er dog muligt, at forskellige demenssygdomme - især i deres senere stadier - medfører forskellige karakteristika; det kan således være, at vaskulære/blandede og Lewy Body demenssygdomme medfører forskellige adfærdsmæssige karakteristika på grund af slagtilfælde og ekstrapyramidale elementer (30).

Proxy-besvarelser på måleinstrumenter

Personalet agerede som proxy-respondenter i forbindelse med vurderinger af beboernes daglige funktionsniveau, agiterede adfærd og livskvalitet. Selv om det var en fordel for projektet i forhold til ressourceforbrug, er der flere risici forbundet ved denne tilgang til data:

- At omsorgsydernes vurdering ikke afspejler beboernes reelle funktionsniveau (især i forhold til beboernes livskvalitet), da vurderingerne er baseret på observationer. Flere studier har vist, at proxy-besvarelser (enten af pårørende eller sundhedspersonale) ikke altid stemmer med patienternes egne vurderinger – især med hensyn til mere subjektive områder såsom følelsesmæssige aspekter og livskvalitet (130;144;145)
- At der opstod en bias, fordi nogle beboere blev vurderet af forskellige plejepersoner i projektforløbet på grund af personaleudskiftning. Ud over erfaringer fra pilotstudiet blev inter-rater pålideligheden ikke testet. Ved midtvejs og afsluttende dataindsamlinger havde dog henholdsvis 87 pct. og 75 pct. af plejepersonerne tidligere været med til at vurdere beboeren; derudover havde langt størstedelen af personalet passet beboeren i mindst seks måneder. Derfor vurderes dette bias at være af mindre betydning.
- At omsorgsydernes ikke ville få spørgeskemaerne udfyldt pga. manglende tid eller usikkerhed i forbindelse med hvordan spørgsmålene skulle besvares korrekt. Svarprocenten på beboerspørgeskemaerne viste sig dog at være meget høj (97-100 pct.).

8.4. Forslag til fremtidige projekter

På trods af få statistisk signifikante forskelle mellem Implementerings- og Kontrolgruppen i nærværende studie, viser resultaterne tydelige tendenser til, at reminiscensmetoden har en gavnlig effekt på beboerne og personalet. Det vil være oplagt for fremtidige studier at undersøge:

- Hvilke forudsætninger skal være til stede, for at reminiscens kan implementeres fuldt ud på en plejeenhed, herunder vedligeholdes uden reminiscensundervisernes kontinuerlige involvering?
- Hvordan kan man bedst sørge for, at den nødvendige kultur er til stede på en plejeenhed, dvs. at det er lige så acceptabelt at bruge tid på beboernes sociale og emotionelle behov som på de mere opgave-orienterede rutiner?
- Kan en anden form for reminiscensimplementering føre til en hurtigere, lettere og mere effektiv implementering?
- Hvordan oplever beboerne reminiscensmetoden?
- Hvad er relationen mellem umiddelbare, kortvarige effekter af reminiscenssessioner og længerevarende effekter?
- Er der nogle bestemte grupper af beboere (f.eks. i forhold til kognitiv funktion, sociale behov) eller personale (f.eks. i forhold til alder, etnisk baggrund, prioritering af plejeopgaverne), som har mest gavn fra reminiscens?

I forbindelse med rekruttering af plejeenheder til en RCT:

Reminiscensprojektet var meget omkostningstungt i rekrutteringsprocessen. En del af forklaringen ligger i, at der blev kørt to rekrutteringsrunder, men også selve arbejdsgangen

i forbindelse med henvendelsen til og opøgningen af deltagere var tidskrævende. Det viste sig, at det er vanskeligt at lave et stort forskningsprojekt inden for ældreområdet/det sociale område, når projektdeltagelsen fordrer en vis selvfinansiering. Der kan anbefales følgende forslag til fremtidige studier:

- Under projektplanlægningen skal alle forhold, som vedrører de eksterne parter (kommuner eller institutioner), beskrives grundigt sammen med estimeret tidsforbrug og andre eventuelle deltagesomkostninger
- Der skal i tidsplanen tages højde for, at der fra udsendelsen af invitationerne til opstart af projektet skal være mindst ¾ år, så der er tid til at afvente arbejdsgangene i kommunerne. Henvendelsen bør opfordre til et møde, hvor projektet kan drøftes mellem kommunen og projektgruppen, for at sikre at kommunen er oplyst om projektets forventninger og krav, inden der gives tilsagn til deltagelse
- De institutioner, som en kommunal administration har i tankerne som mulig deltagere, bør deltage frivilligt. I den forbindelse bør der være en direkte kontakt mellem projektgruppen og den enkelte plejeenhed.

I forbindelse med undervisning i reminiscensmetoden:

I nærværende studie var fokus på, at alle plejepersoner skulle undervises i brugen af reminiscens. I lyset af de forskellige problemer, reminiscensunderviserne mødte undervejs i bl.a. kursusforløbet, kunne man overveje følgende ændringer i forbindelse med undervisningsforløbet:

Den første dag, hvor både ledelsen og alt personalet på enheden deltager:

- Afklaring af behovet for at arbejde med samværet med beboerne
- Beskrivelse af metoden – Hvad er reminiscens?
- I et samarbejde mellem personalet og ledelsen identificerer man de deltagere, der aktivt ønsker at arbejde med metoden
- I et samarbejde mellem personalet og ledelsen forpligter man resten af holdet (ledelsen og personalet) til at bakke op om den udvikling, de aktive deltagere bliver ansvarlige for.

Resten af kurset:

- Undervisningen fortsætter kun med den mindre gruppe af aktive deltagere
- Man sikrer informationsdeling og opfølgning på tiltag på de enkelte afdelinger.

Nærværende undersøgelse oplevede lav pårørendedeltagelse i forbindelse med møder, mens invitation til reminiscensudstillinger, hvor der blev hygget med kaffe og kage, trak langt flere pårørende – muligvis da dette samtidigt inkluderede socialt samvær med beboeren. Man kunne overveje, i hvilken udstrækning og hvordan de pårørende – og øvrige frivillige/besøgsvenner – skal/kan inddrages i et projekt.

8.5. Konklusion

Resultaterne fra dette randomiserede interventionsstudie har vist, at anvendelse af reminiscens har en potentielt positiv virkning på både beboere og plejepersonalet på plejeenheder.

Der er således indikationer på reminiscensmetodens betydning for beboernes livskvalitet, samt at den muligvis kan forsinke forværring i kognitiv funktion og progression i demenssymptomer, herunder agiteret adfærd. Personalet kan opleve en mulig forbedring i trivsel og professionel udvikling samt få et mere positivt syn på både beboerne og deres eget arbejdsliv.

Langt de fleste plejepersoner i Implementeringsgruppen fandt, at reminiscens var et godt arbejdsredskab, som gjorde dem bedre til at kommunikere med beboerne. Det er en metode, de ville anbefale til andre enheder.

Der er ikke noget i studiet, der peger på, at reminiscens er skadelig, hverken for beboere eller personale.

Nærværende studie bekræfter, at reminiscens kan indføres som et tilbud til den daglige omsorg af beboere på danske plejeenheder. En fuld implementering af metoden kræver dog synlig opbakning fra ledelsen, personalets forståelse for beboernes sociale og emotionelle behov samt brug af varierede former for reminiscensmaterialer.

9. Referencer

- (1) Reminiscens Centeret i Ringkjøbing Amt: samarbejde med pleje- og omsorgssektoren. Reminiscens Centeret i Ringkjøbing Amt; 2003.
- (2) Kjer M. Tid til fortid. København: Nørrebro Erindringscenter - Dansk Center for Reminiscens; 2003.
- (3) Swane C. Implementering af reminiscens som arbejdsgrundlag i hverdagen på Plejehjemmet Sankt Joseph - en evaluering. In: Kjer M, editor. Tid til fortid. København: Nørrebro Erindringscenter - Dansk Center for Reminiscens; 2003. p. 95-131.
- (4) Woods RT, Portnoy S, Head D, Jones G. Reminiscence and life with persons with dementia: which way forward? In: Jones GMM, Miesen BML, editors. Care-giving in dementia: research and applications. London/New York: Tavistock/Routledge; 1992.
- (5) Gibson F. What can reminiscence contribute to people with dementia? In: Bornat J, editor. Reminiscence reviewed: perspectives, evaluations, achievements. Open University Press; 1995.
- (6) Bornat J, Chamberlayne P. Reminiscence in care settings: implications for training. *Educ Ageing* 1999;14(3):277-95.
- (7) Butler R. The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry* 1963;26(1):65-76.
- (8) Kashner TM, Rodell DE, Ogden SR, Guggenheim FG, Karson CN. Outcomes and costs of two VA inpatient treatment programs for older alcoholic patients. *Hosp Community Psychiatry* 1992 Oct;43(10):985-9.
- (9) Arizono H, Morita N, Iizuka S, Satoh S, Nakatani Y. Reminiscence therapy using odor in alcohol-dependent patients--psychophysiological evaluation and psychological evaluation; power spectral analysis of heart rate variability. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi* 2000 Dec;35(6):373-87.
- (10) Jones C. 'Take me away from all this' ... can reminiscence be therapeutic in an intensive care unit? *Intensive Crit Care Nurs* 1995 Dec;11(6):341-3.
- (11) Jonsdottir H, Jonsdottir G, Steingrimsdottir E, Tryggvadottir B. Group reminiscence among people with end-stage chronic lung diseases. *J Adv Nurs* 2001 Jul;35(1):79-87.
- (12) Comana MT, Brown VM, Thomas JD. The effect of reminiscence therapy on family coping. *J Fam Nurs* 1998;4(2):182-97.
- (13) Burnside I, Haight BK. Reminiscence and life review: analysing each concept. *J Adv Nurs* 1992;17:855-62.
- (14) Kasl-Godley J, Gatz M. Psychosocial interventions for individuals with dementia: an integration of theory, therapy, and a clinical understanding of dementia. *Clin Psychol Rev* 2000 Aug;20(6):755-82.
- (15) Jones ED, Beck-Little R. The use of reminiscence therapy for the treatment of depression in rural-dwelling older adults. *Issues Ment Health Nurs* 2002 Apr;23(3):279-90.
- (16) Lin YC, Dai YT, Hwang SL. The effect of reminiscence on the elderly population: a systematic review. *Public Health Nurs* 2003 Jul;20(4):297-306.

- (17) Erikson E. Identity and the life cycle. New York: International Universities Press; 1959.
- (18) Moss SE, Polignano E, White CL, Minichiello MD, Sunderland T. Reminiscence group activities and discourse interaction in Alzheimers Disease. *J Gerontol Nurs* 2002;(August):36-44.
- (19) Dahl O, Kjer M. Reminiscensarbejde i grupper. *Gerontologi og samfund* 1998;14(3):55-7.
- (20) Droes RM. Psychosocial treatment for demented patients: overview of methods and effects. In: Miesen B JG, editor. *Care-Giving in Dementia, Research and Applications*. London: Routledge; 1997. p. 127-48.
- (21) Finnema E, Droes RM, Ribbe M, Van Tilburg W. The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: a review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000 Feb;15(2):141-61.
- (22) Gibson F. *At mindes i går - at give omsorg i dag*. København: Nørrebro Erindringscenter - Dansk Center for Reminiscens; 2002.
- (23) Larsen L. Reminiscens: metodens teoretiske udgangspunkt og praktiske form. *Sundhedsdirektoratets Kvalitetsudviklingspulje*; 1998.
- (24) Goldwasser AN, Auerbach SM, Harkins SW. Cognitive, affective, and behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly. *Int J Aging Hum Dev* 1987;25(3):209-22.
- (25) Brooker D, Duce L. Wellbeing and activity in dementia: a comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging Ment Health* 2000 Nov;4(4):354-8.
- (26) Politis AM, Vozzella S, Mayer LS, Onyike CU, Baker AS, Lyketsos CG. A randomized, controlled, clinical trial of activity therapy for apathy in patients with dementia residing in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004 Nov;19(11):1087-94.
- (27) Stenstrøm Rasmussen I, Horsted C, Holmgaard Kristiansen M. Samlevende med demente - En analyse af otte interviews om hverdagen med en demensramt. *Servicestyrelsen*; 2007.
- (28) Horsted C, Stenstrøm Rasmussen I, Holmgaard Kristiansen M. Samlevende med demente - En spørgeskemaundersøgelse om hverdagen med en demensramt. *Servicestyrelsen*; 2007.
- (29) Demens - den fremtidige tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets indsats vedrørende diagnostik og behandling. Redegørelse fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende demens. København: Sundhedsstyrelsen; 2001.
- (30) Boller F, Verny M, Hugonot-Diener L, Saxton J. Clinical features and assessment of severe dementia: a review. *Eur J Neurol* 2002 Mar;9(2):125-36.
- (31) Woods RT, McKiernan F. Evaluating the impact of reminiscence on older people with dementia. In: Haight BK, Webster JD, editors. *The art and science of reminiscing: theory, research, methods, and applications*. Washington DC: Taylor and Francis; 1995.
- (32) Arlien-Søborg P, Rogowski P. Forglemmigej: udredning af og intervention overfor plejehjemsboere med demenssymptomer - et udviklingsprojekt på Haandværkerforenings Plejehjem, København. København; 2000.
- (33) Kitwood T. *En revurdering af demens - personen kommer i første række*. København: Dafolo Forlag; 1999.
- (34) Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001120.
- (35) Baillon S, Van Diepen E, Prettyman R, Redman J, Rooke N, Campbell R. A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the agitated behaviour of patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004 Nov;19(11):1047-52.

- (36) Baines S, Saxby P, Ehlert K. Reality orientation and reminiscence therapy: a controlled cross-over study of elderly confused people. *Br J Psychiatry* 1987 Aug;151:222-31.
- (37) Head DM, Portnoy S, Woods RT. The impact of reminiscence groups in two different settings. *Int J Geriatr Psychiatry* 1990 Sep;5(5):295-302.
- (38) Finnema E, Drees RM, Ettema T, Ooms M, Ader H, Ribbe M, et al. The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 Apr;20(4):330-43.
- (39) Sansom G, Coleman M, Young I, Pope P, Richards C. Effectiveness of using a multisensory environment versus themed reminiscence to enhance the well-being of people with dementia. *J Dement Care* 2002;10(4):38.
- (40) Lee A. Pleje- og omsorgsmetoder til demensramte: et litteraturstudie af den dokumenterede effekt. Odense: CAST - Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet; 2003.
- (41) Bohlmeijer E, Smit F, Cuijpers P. Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 Dec;18(12):1088-94.
- (42) Jones ED. Reminiscence therapy for older women with depression: effects of nursing intervention classification in assisted-living long-term care. *J Gerontol Nurs* 2003 Jul;29(7):26-33.
- (43) Bohlmeijer E, Valenkamp M, Westerhof G, Smit F, Cuijpers P. Creative reminiscence as an early intervention for depression: results of a pilot project. *Aging Ment Health* 2005 Jul;9(4):302-4.
- (44) Wang JJ. The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 Jan;20(1):57-62.
- (45) Frazer CJ, Christensen H, Griffiths KM. Effectiveness of treatments for depression in older people. *Med J Aust* 2005 Jun 20;182(12):627-32.
- (46) Hsieh HF, Wang JJ. Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2003 May;40(4):335-45.
- (47) Thorgrimsen L, Schweitzer P, Orrell M. Evaluating reminiscence for people with dementia: a pilot study. *Arts in Psychotherapy* 2002;29:93-7.
- (48) Schrijnemaekers VJ, van Rossum E, Candel MJ, Frederiks CM, Derix MM, Sielhorst H, et al. Effects of emotion-oriented care on work-related outcomes of professional caregivers in homes for elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003 Jan;58(1):S50-S57.
- (49) Schrijnemaekers VJ, van Rossum E, van Heusden MJ, Widdershoven GA. Compliance in a randomized controlled trial: the implementation of emotion-orientated care in psycho-geriatric facilities. *J Adv Nurs* 2002 Jul;39(2):182-9.
- (50) Coleman PG. Uses of reminiscence: functions and benefits. *Aging Ment Health* 2005 Jul;9(4):291-4.
- (51) Haight BK. Reminiscing: the state of the art as a basis for practice. *Int J Aging Hum Dev* 1991;33(1):1-32.
- (52) Baillon S, Van Diepen E, Prettyman R, Rooke N, Redman J, Campbell R. Variability in response to older people with dementia to both Snoezelen and reminiscence. *Br J Occup Ther* 2005;68(8):367-74.
- (53) Lai CK, Chi I, Kayser-Jones J. A randomized controlled trial of a specific reminiscence approach to promote the well-being of nursing home residents with dementia. *Int Psychogeriatr* 2004 Mar;16(1):33-49.
- (54) Arean PA, Perri MG, Nezu AM, Schein RL, Christopher F, Joseph TX. Comparative ef-

- fectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatments for depression in older adults. *J Consult Clin Psychol* 1993 Dec;61(6):1003-10.
- (55) Klausner EJ, Clarkin JF, Spielman L, Pupo C, Abrams R, Alexopoulos GS. Late-life depression and functional disability: the role of goal-focused group psychotherapy. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998 Oct;13(10):707-16.
- (56) Parsons CL. Group reminiscence therapy and levels of depression in the elderly. *Nurse Pract* 1986 Mar;11(3):68, 70, 75-6.
- (57) Stevens-Ratchford RG. The effect of life review reminiscence activities on depression and self-esteem in older adults. *Am J Occup Ther* 1993 May;47(5):413-20.
- (58) Watt LM, Cappeliez P. Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging Ment Health* 2000 May;4(2):166-77.
- (59) Youssef FA. The impact of group reminiscence counseling on a depressed elderly population. *Nurse Pract* 1990 Apr;15(4):32, 35-8.
- (60) Heathcote J, Hong CS, Quinn P, Plummer M. Choosing an individual reminiscence approach. *Nurs Residential Care* 2005;7(2):78-80.
- (61) Hong CS, Heathcote J, Quinn P. The value of reminiscence. *Nurs Residential Care* 2005;7(1):27-9.
- (62) Wylie ME. A comparison of the effects of old familiar songs, antique objects, historical summaries, and general questions on the reminiscence of nursing-home residents. *J Music Ther* 1990;27(1):2-12.
- (63) Ashton D. Therapeutic use of reminiscence with the elderly. *Br J Nurs* 1993 Oct 14;2(18):894, 896-4, 898.
- (64) Woodrow P. Interventions for confusion and dementia. 3: Reminiscence. *Br J Nurs* 1998 Oct 22;7(19):1145-9.
- (65) Burnside I, Haight B. Reminiscence and life review: therapeutic interventions for older people. *Nurse Pract* 1994 Apr;19(4):55-61.
- (66) Harrand AG, Bollstetter JJ. Developing a community-based reminiscence group for the elderly. *Clin Nurse Spec* 2000 Jan;14(1):17-22.
- (67) Housden S, Heathcote J, Plummer M, Hong CS, Quinn P. Using reminiscence in residential homes. *Nurs Residential Care* 2005;7(4):174-6.
- (68) Chong A. Reminiscence group for Chinese older people: a cultural consideration. *J Gerontol Soc Work* 2000;34(2):7-22.
- (69) Husaini BA, Castor RS, Whitten-Stovall R, Moore ST, Nesor W, Linn JG, et al. An evaluation of a therapeutic health program for the black elderly. *J Health Soc Policy* 1990;2(2):67-85.
- (70) Shellman J. "Nobody ever asked me before": understanding life experiences of African American elders. *J Transcult Nurs* 2004 Oct;15(4):308-16.
- (71) Harris JL. Reminiscence: a culturally and developmentally appropriate language intervention for older adults. *Am J Speech Lang Pathol* 1997;6:19-26.
- (72) Gagnon D-L. A review of reality orientation (RO), validation therapy (VT), and reminiscence therapy with the Alzheimers client. *Phys Occup Ther Geriatr* 1996;14(2):61-77.
- (73) Orten JD, Allen M, Cook J. Reminiscence groups with confused nursing center residents: an experimental study. *Soc Work Health Care* 1989;14(1):73-86.
- (74) Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. 'Mini-Mental State': a practical method for grading cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.

- (75) Villardita C, Lomeo C. Alzheimer's disease: correlational analysis of three screening tests and three behavioral scales. *Acta Neurol Scand* 1992 Dec;86(6):603-8.
- (76) Abraham IL, Manning CA, Snustad DG, Brashear HR, Newman MC, Wofford AB. Cognitive screening of nursing home residents: factor structures of the Mini-Mental State Examination. *J Am Geriatr Soc* 1994 Jul;42(7):750-6.
- (77) Lomholt RK, Jurgensen KS. [The mini-mental state examination in screening of cognitive dysfunction and dementia]. *Ugeskr Laeger* 1998 Dec 7;160(50):7251-4.
- (78) Saxton J, Boller F, Miller M, Swihart AA, McGonigle-Gibson KL. Assessment of the severely impaired patient: description and validation of a new neuropsychological test battery. *Psychol Assess* 1990;2:298-303.
- (79) Saxton J, Kastango KB, Hugonot-Diener L, Boller F, Verny M, Sarles CE, et al. Development of a short form of the severe impairment battery. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005 Nov;13(11):999-1005.
- (80) Kragshave G, Aamand A. Dansk appendix til SIB vejledning. In: Saxton J, McGonigle KL, Swihart AA, Boller F, editors. *SIB Vejledning*. København: Psykologisk Forlag A/S; 2002.
- (81) Strydom A, Hassiotis A. Diagnostic instruments for dementia in older people with intellectual disability in clinical practice. *Aging Ment Health* 2003 Nov;7(6):431-7.
- (82) Panisset M, Roudier M, Saxton J, Boller F. Severe Impairment Battery: a neuropsychological test for severely demented patients. *Arch Neurol* 1994 Jan;51(1):41-5.
- (83) Schmitt FA, Cragar D, Ashford JW, Reisberg B, Ferris S, Mobius HJ, et al. Measuring cognition in advanced Alzheimer's disease for clinical trials. *J Neural Transm Suppl* 2002;(62):135-48.
- (84) Schmitt FA, Ashford W, Ernesto C, Saxton J, Schneider LS, Clark CM, et al. The severe impairment battery: concurrent validity and the assessment of longitudinal change in Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997;11:S51-S56.
- (85) Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Xu Y, Ieni JR, et al. Efficacy and safety of donepezil in patients with more severe Alzheimer's disease: a subgroup analysis from a randomized, placebo-controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 Jun;20(6):559-69.
- (86) Bråne G, Gottfries CG, Winblad B. The Gottfries-Bråne-Steen Scale: validity, reliability and application in anti-dementia drug trials. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2001 Jan;12(1):1-14.
- (87) Marcusson J, Rother M, Kittner B, Rossner M, Smith RJ, Babic T, et al. A 12-month, randomized, placebo-controlled trial of propentofylline (HWA 285) in patients with dementia according to DSM III-R. The European Propentofylline Study Group. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1997 Sep;8(5):320-8.
- (88) Nyth AL, Gottfries CG, Lyby K, Smedegaard-Andersen L, Gylding-Sabroe J, Kristensen M, et al. A controlled multicenter clinical study of citalopram and placebo in elderly depressed patients with and without concomitant dementia. *Acta Psychiatr Scand* 1992 Aug;86(2):138-45.
- (89) Skausig OB, Kofoed K, Brane G. [The reliability of the Danish translation of the Gottfries-Bråne-Steen scale]. *Ugeskr Laeger* 1989 Jun 26;151(26):1681-3.
- (90) Skausig OB, Kofoed K, Brane G. [Functional levels in nursing homes residents assessed by the Gottfries-Bråne-Steen scale]. *Ugeskr Laeger* 1989 Feb 6;151(6):387-9.
- (91) Cohen-Mansfield J. Agitated behaviors in the elderly. II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. *J Am Geriatr Soc* 1986 Oct;34(10):722-7.

- (92) Cohen-Mansfield J. Assessment of disruptive behavior/agitation in the elderly: function, methods, and difficulties. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1995 Jan;8(1):52-60.
- (93) Reisberg B, Ferris SH, Torossian C, Kluger A, Monteiro I. Pharmacologic treatment of Alzheimer's disease: a methodologic critique based upon current knowledge of symptomatology and relevance for drug trials. *Int Psychogeriatr* 1992;4 Suppl 1:9-42.
- (94) Beck C, Baldwin B, Modlin T, Lewis S. Caregivers' perception of aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents. *J Neurosci Nurs* 1990 Jun;22(3):169-72.
- (95) Everitt DE, Fields DR, Soumerai SS, Avorn J. Resident behavior and staff distress in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1991 Aug;39(8):792-8.
- (96) Cohen-Mansfield J, Marx MS, Werner P. Agitation in elderly persons: an integrative report of findings in a nursing home. *Int Psychogeriatr* 1992;4 Suppl 2:221-40.
- (97) Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS. A description of agitation in a nursing home. *J Gerontol* 1989 May;44(3):M77-M84.
- (98) Koss E, Weiner M, Ernesto C, Cohen-Mansfield J, Ferris SH, Grundman M, et al. Assessing patterns of agitation in Alzheimer's disease patients with the Cohen-Mansfield Agitation Inventory. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997;11 Suppl 2:S45-S50.
- (99) Ballard CG, O'Brien JT, Reichelt K, Perry EK. Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: the results of a double-blind, placebo-controlled trial with *Melissa*. *J Clin Psychiatry* 2002 Jul;63(7):553-8.
- (100) Brodaty H, Ames D, Snowdon J, Woodward M, Kirwan J, Clarnette R, et al. A randomized placebo-controlled trial of risperidone for the treatment of aggression, agitation, and psychosis of dementia. *J Clin Psychiatry* 2003 Feb;64(2):134-43.
- (101) Manfredi PL, Breuer B, Wallenstein S, Stegmann M, Bottomley G, Libow L. Opioid treatment for agitation in patients with advanced dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 Aug;18(8):700-5.
- (102) Ramadan FH, Naughton BJ, Bassanelli AG. Treatment of verbal agitation with a selective serotonin reuptake inhibitor. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000;13(2):56-9.
- (103) Abelskov K. Hvordan måler man adfærdsstyrrelser. *Hosp Health Care Online* 2007;6.
- (104) Rabins PV, Kasper JD, Kleinman L, Black BS, Patrick DL. Concepts and methods in the development of the ADRQL: an instrument for assessing health-related quality of life in persons with Alzheimer disease. *J Ment Health Ageing* 1999;5:33-48.
- (105) Gonzalez-Salvador T, Lyketsos CG, Baker A, Hovanec L, Roques C, Brandt J, et al. Quality of life in dementia patients in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000 Feb;15(2):181-9.
- (106) Albert SM, Del Castillo-Castaneda C, Sano M, Jacobs DM, Marder K, Bell K, et al. Quality of life in patients with Alzheimer's disease as reported by patient proxies. *J Am Geriatr Soc* 1996 Nov;44(11):1342-7.
- (107) Lyketsos CG, Gonzales-Salvador T, Chin JJ, Baker A, Black B, Rabins P. A follow-up study of change in quality of life among persons with dementia residing in a long-term care facility. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 Apr;18(4):275-81.
- (108) Gudex C, Horsted C. Translation of the Alzheimer Disease Related Quality of Life™ (ADRQL™) instrument into Danish. Odense: CAST - Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet; 2005.
- (109) Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996 Mar;34(3):220-33.

- (110) Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjørner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol* 1998 Nov;51(11):1171-8.
- (111) Bjørner JB, Damsgaard MT, Watt T, Bech P, Rasmussen NK, Kristensen TS, et al. Dansk manual til SF-36: et spørgeskema om helbredsstatus. København: Lif; 1997.
- (112) Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981;2(2):99-113.
- (113) Kristensen TS, Borritz M. Forebyggelse af udbrændthed: en forundersøgelsesrapport. København: Arbejdsmiljøfondet, Arbejdsmiljøinstituttet; 1998.
- (114) Berg A, Hallberg IR. Effects of systematic clinical supervision on psychiatric nurses' sense of coherence, creativity, work-related strain, job satisfaction and view of the effects from clinical supervision: a pre-post test design. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999 Oct;6(5):371-81.
- (115) Hallberg IR, Welander-Hansson U, Axelsson K. Satisfaction with nursing care and work during a year of clinical supervision and individualised care: comparison between two wards for care of severely demented patients. *J Nurs Manag* 1994;1:297-307.
- (116) Finkel SI, Lyons JS, Anderson RL. Reliability and validity of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory in institutionalized elderly. *Int J Geriatr Psychiatry* 1992 Jul;7(7):487-90.
- (117) Birk-Olsen M. Spørgeskemaundersøgelse om karakteristika hos kommuner og plejeenheder i Ringkøbing Amt. Odense: CAST - Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet; 2004.
- (118) Wild KV, Kaye JA. The rate of progression of Alzheimer's disease in the later stages: evidence from the Severe Impairment Battery. *J Int Neuropsychol Soc* 1998 Sep;4(5):512-6.
- (119) Weiner MF, Koss E, Patterson M, Jin S, Teri L, Thomas R, et al. A comparison of the Cohen-Mansfield agitation inventory with the CERAD behavioral rating scale for dementia in community-dwelling persons with Alzheimer's disease. *J Psychiatr Res* 1998 Nov;32(6):347-51.
- (120) Namazi KH, Haynes SR. Sensory stimuli reminiscence for patients with Alzheimer's Disease: relevance and implications. *Clin Gerontol* 1994;14(4):29-46.
- (121) Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003 Sep;183:248-54.
- (122) Edberg AK. Assessment by nurses of mood, general behaviour and functional ability in patients with dementia receiving nursing home care. *Scand J Caring Sci* 2000;14(1):52-61.
- (123) Hall-Lord ML, Larsson G, Steen B. Chronic pain and distress among elderly in the community: comparison of patients' experiences with enrolled nurses' assessments. *J Nurs Manag* 1999 Jan;7(1):45-54.
- (124) van Weert JC, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PM, Ribbe MW, Bensing JM. Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *J Am Geriatr Soc* 2005 Jan;53(1):24-33.
- (125) Vespa A, Gori G, Spazzafumo L. Evaluation of non-pharmacological intervention on antisocial behavior in patients suffering from Alzheimer's disease in a day care center. *Arch Gerontol Geriatr* 2002 Feb;34(1):1-8.
- (126) DeJong R, Osterlund OW, Roy GW. Measurement of quality-of-life changes in patients with Alzheimer's disease. *Clin Ther* 1989 Jul;11(4):545-54.

- (127) Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosom Med* 2002 May;64(3):510-9.
- (128) Kane RA. Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: toward a reasonable practice, research, and policy agenda. *Gerontologist* 2003 Apr;43 Spec No 2:28-36.
- (129) Rabins PV. Measuring quality of life in persons with dementia. *Int Psychogeriatr* 2000;12:47-9.
- (130) Karlawish JHT, Casarett D, Klocinski J, Clark CM. The relationship between caregivers' global ratings of Alzheimer's disease patients' quality of life, disease severity, and the caregiving experience. *J Am Geriatr Soc* 2001 Aug;49(8):1066-70.
- (131) Ettema TP, Droes RM, de LJ, Mellenbergh GJ, Ribbe MW. A review of quality of life instruments used in dementia. *Qual Life Res* 2005 Apr;14(3):675-86.
- (132) Byrne-Davis LM, Bennett PD, Wilcock GK. How are quality of life ratings made? Toward a model of quality of life in people with dementia. *Qual Life Res* 2006 Jun;15(5):855-65.
- (133) AErådet. Fordeling og Levevilkår 2007. København: AErådet, Arbejderbevægelsens Erhvervsråd; 2007.
- (134) Borg V, Faber A, Fallentin N. Sygefravær blandt plejemedarbejdere i ældreplejen: sammenligning mellem forskellige grupper af plejemedarbejdere. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2007.
- (135) Kommunernes Landsforening. Fraværstatistik for den kommunale sektor 2005. København: Kommunernes Landsforening; 2006.
- (136) Fraværstatistik for 6-byerne 2004. Aarhus Kommune; 2004.
- (137) Maslach C, Jackson SE, Leiter M. The Maslach Burnout Inventory. In: Zalaquett CE, Wood RJ, editors. *Evaluating stress: a book of resources*. 3rd ed. ed. Lanham, MD: Scarecrow Press; 1997. p. 191-218.
- (138) Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Mountain View, California: CPP, Inc.; 1996.
- (139) Andersen-Ranberg K, Birk-Olsen M, Strid A. Pårørende til demente: en spørgeskemaundersøgelse om deres helbred og behov. København: Servicestyrelsen; 2007.
- (140) Rieper O, Foss Hansen H. *Metodedebatten om evidens*. København: AKF Forlaget; 2007.
- (141) Bhatti Y, Foss Hansen H, Rieper O. *Evidensbevægelsens udvikling, organisering og arbejdsform: en kortlægningsrapport*. København: AKF Forlaget; 2006.
- (142) Kovach CR, Krejci JW. Facilitating change in dementia care: staff perceptions. *J Nurs Adm* 1998 May;28(5):17-27.
- (143) Sorensen L, Foldspang A, Gulmann NC, Juul-Nielsen S, Munk-Jorgensen P. [Nursing home residents in Northern Jutland]. *Ugeskr Laeger* 2000 Mar 6;162(10):1393-8.
- (144) Naglie G, Tomlinson G, Tansey C, Irvine J, Ritvo P, Black SE, et al. Utility-based Quality of Life measures in Alzheimer's disease. *Qual Life Res* 2006 May;15(4):631-43.
- (145) Kutner JS, Bryant LL, Beaty BL, Fairclough DL. Symptom distress and quality-of-life assessment at the end of life: the role of proxy response. *J Pain Symptom Manage* 2006 Oct;32(4):300-10.