



LÆS  
OGSÅ

**"Jeg bliver trist, når jeg hører, at demente ikke kan trænes"**

Det er ikke den demente borgers skyld, når genoptræning ikke lykkes. Det er derimod fysioterapeuten, der i sin tilgang skal tage højde for borgerens kognitive dysfunktion.

**Læs interviewet med den amerikanske forsker Julie Ries side 37**



ERFARING  
FRA PRAKSIS

**En kropslig og relationel tilgang i arbejdet med svært demente mennesker**

Næstved Kommune tilbyder borgere med moderat til svær demens en kropsterapeutisk behandling kaldet BBAUM, som er udviklet af fysioterapeut Marlene Jul Houmann. Metoden er inspireret af Basic Body Awareness Therapy og har fokus på det relationelle forhold mellem sundhedspersonalet og borger.

**Læs Marlene Jul Houmanns artikel side 41**



ERFARING  
FRA PRAKSIS

**To demente borgere blev mere rolige og afbalancerede efter behandling med BBAUM**

To udadreagerende borgere med demens fik fem ugers behandling.

**To cases beskriver to forløb med borgere med demens side 46**



ERFARING  
FRA PRAKSIS

**BBAUM har nedbragt antallet af konflikt-situationer i Næstved**

Fremover skal alle ansatte i kommunen oplæres i teknikken.

**Læs interview med distriktschefen side 50.**

## NYE VEJE

Med serien "Nye veje" introducerer vi læserne for nye behandlingsmetoder eller tilgange i den fysioterapeutiske behandling.



### MARLENE JUL HOUMANN

Fysioterapeut fra 2006, BBAT-terapeut i 2013. Har udviklet BBAUM (Beroligende Behandling til Adfærdsforstyrrede og Urolige Mennesker). Udpeget af Socialstyrelsen til at bistå ud-møntningen af Den Nationale Demenshandleplan "Forebyggelse af aggressiv adfærd" (2012-2014). Har holdt foredrag om BBAUM på bl.a. Demensdagene (2012), Socialstyrelsens temadage om udadreagerende adfærd (2014) og The International Conference of Physical Therapy in Psychiatry and Mental Health (2016). Ansat i Næstved Kommunes ældreområde. Underviser i BBAUM i ind- og udland. Medlem af Danske Fysioterapeuters Ethiske Råd. Kontakt til Marlene Jul Houmann: mahou@naestved.dk

# En kropslig og relationel tilgang i arbejdet med svært demente mennesker

Artiklen beskriver en ny tilgang til det terapeutiske arbejde med borgere med moderat til svær demens. Der arbejdes med en fysisk, fysiologisk, psykologisk/ relationel og eksistentiel tilgang til borgere i den sene demensfase. Denne tilgang er implementeret i Næstved Kommune.

AF MARLENE JUL HOUMANN

**I DEN MODERAT-SVÆRE** demensfase er de kognitive funktioner under kraftig afvikling (1). ADL bliver tiltagende sværere at udføre (2), der ses øget inaktivitet og faldrisiko (3,4), og immunsystemet svækkes (5). Ofte udvikles BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) som angst, depression, apati, motorisk uro, aggression og søvnforstyrrelser (6). Op mod 80 % af beboerne på plejehjem vurderes at have klinisk signifikant BPSD (7). Samtidig påvirker andre sygdomme og alderssvarende funktionsnedsættelser også det demente menneske. Den sene demensfase er karakteriseret ved et komplekst symptombillede.





Forskning viser, at uafhængig af demensstadiet medfører fysisk træning forbedret generel fysisk funktion, ganghastighed og balance (8). Desuden tyder det på, at træning har positiv effekt på neuropsykiatriske symptomer (8,9). Udfordringen i klinisk praksis er dog, at det kan være særdeles vanskeligt at få et moderat-svært dement menneske til at træne. Personens kognitive funktionsniveau har signifikant indflydelse på træningseffekten (10).

BBAUM (Beroligende Behandling til Adfærdsstyrrede og Urolige Mennesker) blev udviklet i 2008 til moderat-svært demente mennesker med BPSD. BBAUM blev udviklet i Næstved Kommunes ældreområde pga. et klinisk behov for at berolige en svært dement kvinde med en særdeles urolig og aggressiv adfærd. Der havde været afprøvet diverse tiltag, men uden effekt, og derfor måtte der tænkes nyt, hvilket blev til BBAUM.

Som udgangspunkt for BBAUM-interventionen forsøger man at se og forstå mennesket bag symptomerne. Hvad vil det sige at være dement? Demens er en tilstand, hvor man glemmer sin familie, sit liv, og hvem man er (11). Sygdommen har store sociale konsekvenser, da de nedsatte mentale funktioner influerer på samspillet med andre mennesker (12). Man får tiltagende svært ved at forstå andre mennesker, indgå i relationer og navigere i sine tanker, følelser, drifter og handlinger. Man mister også evnen til at opretholde et selvstændigt og meningsfuldt liv. Med andre ord er demens en proces, hvor man mister sig selv (11). At miste sig selv er dybt angstprovokerende og forbundet med sorg, stress, depression, ensomhed og magtesløshed. De psykiske og adfærdsmæssige symptomer skal i høj grad forstås ud fra dette tab af selvet (11). Fokus i den faglige indsats er derfor ikke kun at bevare funktioner, men også at hjælpe personen med at bevare sig selv i en tryk tilknytning (13,14). Kropsterapi er essentiel i denne indsats.

Kroppen har afgørende betydning i den sene demensfase, da det er den kropslige side af personen, der står tilbage, når bevidstheden, selvet og handlekompetencen forsvinder (11). Det demente menneske er i kraft af sin krop, og gennem sine kropsoplevelser skabes der mening og forståelse for personen (15). Kropskontakten og kropsoplevelserne har således eksistentiel betydning. Samtidig er kroppen personens ressource, for trods de kognitive skader er der stadig velfungerende kropsfunktioner og ved at arbejde med dem, kan der skabes forandring i personens tilstand.

BBAUM-interventionen er funderet i Roxendals Helhedsperspektiv<sup>1</sup> (16). Terapeutisk arbejdes der fysisk, fysiologisk, psykologisk/relationelt og eksistentielt. Den eksistentielle dimension er evnen til selvbevidsthed og selvrefleksion. Der arbejdes i alle fire dimensioner samtidig og med interaktionen mellem dem. Det betyder, at påvirkes én dimension medfører det påvirkning af de andre dimensioner. Arbejdet i den fysiske, fysiologiske og psykologiske/relationelle dimension er rettet mod det demente menneske, mens arbejdet i den eksistentielle dimension er rettet mod omsorgsgiverne, da de er bevidste og reflekterende på den demente persons vegne.

Målet med interventionen er at reducere BPSD, så personen opnår optimal funktion og tilfredsstillelse i livet set i forhold til de givne forudsætninger. Målet opnås ved at styrke personens væren, skabe balance i de fire dimensioner samt facilitere kropsoplevelser, der er meningsfulde, håndterbare og begribelige for personen<sup>2</sup>. Således søger man at øge personens følelse af sammenhæng i sit liv og dermed personens robusthed (17).

Interventionen består af behandling til det demente menneske og en proces målrettet omsorgsgiverne. Dette fokus er inspireret af BBAT, hvor der arbejdes med personen i relation til sig selv og i relation til andre (18). Det relationelle aspekt er essentielt i den sene demensfase, da omsorgsgiverne sammensætter livsindholdet samt opfylder basale

<sup>1</sup> Gertrud Roxendal (fysioterapeut og Dr.Med.Vet) udviklede BAT i 1970'erne. Hendes doktorafhandling har titlen **Body awareness and the body awareness scale, treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy**

<sup>2</sup> Ifølge Antonovsky beror et menneskes modstandskraft og sundhed på personens oplevelse af sammenhæng dvs. oplevelsen af tilværelsen som værende meningsfuld, håndterbar og begribelig

behov for det demente menneske, og de skal på den ene side udvise respekt for personens autonomi, men samtidig støtte vedkommende i at bevare sin værdighed og livskvalitet (12). Den demente persons trivsel afhænger i høj grad af omsorgsgivernes relationelle kompetencer og evne til at være bevidste/reflekterende på personens vegne.

Behandlingen består af berøring, der er en kombination af blid facilitering og dyb trykmassage. Den passive behandling matcher det lave kognitive funktionsniveau, moderat-svært demente personer med BPSD udviser. Berøring bruges som metode, da det er en vigtig del af menneskers eksistens og sameksistens. Vi bruger berøring til at danne og opretholde relationer (19), og vi kommunikerer med måden, vi rører hinanden (20). Gennem berøring kan man bekræfte et menneskes eksistens (20).

Forbindelsen mellem berøring og relation skyldes bl.a. hormonet oxytocin (OXT), der bl.a. produceres ved berøring (19,21,22,23). OXT tilskynder positivt socialt samspil (22) og har en beroligende og antiaggressiv effekt, da det fremmer parasympatisk aktivitet (19). Der er tæt forbindelse mellem OXT og opiodsystemet samt OXT- og dopaminreceptorerne, hvilket har betydning for de følelser og den adfærd, der er forbundet med OXT (19,22). OXT's følelsesmæssige effekt er ro, glæde, tryghed, tillid og tilknytning (19,20,22). Denne effekt bruges i behandlingen som modvægt til de følelser, selvtabet medfører. Ud over de fire førstnævnte følelser er tillid vigtig, da moderat-svært demente mennesker ofte har vrangforestillinger om, at personalet stjæler, ægtefællen har en affære, eller at de er placeret på plejehjem, fordi familien ville af med dem. Mistilliden til omsorgspersonerne, som de samtidig er fuldstændig afhængige af, stresser og medfører følelsesmæssig konflikt, hvilket påvirker det interpersonelle samspil og reducerer tryk tilknytning (13,14,22).

Et studie påviste øget OXT-niveau og reduceret adrenocorticotrop (ACTH) niveau efter massage (19). Når ACTH, der udløses ved negativt ladet stimuli, sendes i blodet, afgives kortisol (19,21). Det tyder på, at der er sammenhæng mellem kortisol og adfærdsforstyrrelser hos demente mennesker på plejehjem (24). Længerevarende forøget kortisolniveau fastholder organismen i sympatisk aktivitet, hvilket hæmmer immunitetsreaktioner og medfører kognitiv svækkelse samt vanskeligheder med selvregulering (21). Kortisol reducerer samtidig serotonin- og noradrenalin-niveauet, hvilket forstyrrer

humørafbalancering og følelsen af velvære (21). Et lavt serotonin-niveau medfører bl.a. aggressivitet, søvnmangel og en manglende følelse af sammenhæng (21). Serotonin-niveauet forandrer sig i relation til omsorg og forbindes med tillid samt følelsen af at være forbundet med andre (21).

Neurokemiske stoffer har betydning for stort set alle processer inklusiv humøritilstand, adfærd og kognition (21). Ved at arbejde med berøring og relation i BBAUM søges det gennem neurokemisk påvirkning at reducere BPSD og fremme personens trivsel.

I behandlingen arbejdes der med kropsgrænser, midtlinje, respiration, centrum og fødderne. Fødderne inddrages pga. klinisk observation af, at tryk specifikke steder under fødderne har en beroligende virkning. De andre behandlingselementer indgår i BBAT (18) og blev valgt grundet erfaringen med BBAT til reduktion af psykiske symptomer som angst og depression (25,26).

Kropsgrænserne markerer personens kropsrum, dvs. kroppens form og stillinger, samt individets oplevelse af egen krop (27). Arbejdet med kropsgrænserne øger personens kontakt til sig selv og bruges i behandlingen til at styrke personens kropslige væren som modvægt til udslettelsen af selvet. Midtlinjen udtrykker personens fysiske og psykiske stabilitet samt forankring i sig selv (28). Arbejdet med midtlinjen er essentielt set i forhold til den demente persons behov for tryk tilknytning, men også fordi midtlinjen har en samlende og kropsintegrerende effekt, da det er i midtlinjen, at højre og venstre kropshalvdel mødes (18,28). Respirationen er forbindelsesled mellem bevidsthed og underbevidsthed, idet den er autonomt styret, men samtidig kan styres bevidst (29). Respirationen påvirkes af fysiske, fysiologiske og emotionelle faktorer (30,31) og er vigtig i arbejdet med emotionelle og adfærdsmæssige forandringer, da n. vagus, der bl.a. innerverer lungerne, er del af det parasympatiske nervesystem (21,31).

Centrum ligger i niveau med solar plexus og er kropsjegets kerne (28). Gennem kontakt til centrum opnår man kontakt til sit følelsesliv og personlig styrke (18), mens afspændt opmærksomhed på centrum giver et tydeligt nærvær i sin væren (18). At være centreret er en tilstand, der medfører oplevelsen af at være hel, samlet og til stede i sig selv (18,28). Facilitering af kropsjeget og afspændt opmærksomhed på centrum bruges i behandlingen som modvægt





➤ til selvtabet. Arbejdet med centrum stimulerer samtidig parasymptatisk aktivitet, idet n. vagus innerverer mavetarm-området (31). Blid berøring af huden øger vagusaktiviteten og medfører skift fra sympatisk til parasymptatisk aktivitet (21).

### Intensivt behandlingsforløb

For at reducere BPSD gennemføres et intensivt behandlingsforløb i ca. 3 uger med daglig(e) behandling(er). Behandlingsfrekvens og den enkelte behandlings varighed afhænger af symptom-billedet og tilpasses altid det enkelte menneske. Ved voldsom BPSD gives 2-3 behandlinger dagligt af 20-45 minutters varighed. Tidsforbruget skal holdes op imod, at plejepersonalet ellers ville bruge markant mere tid i forsøg på at skabe ro. Behandlingen kan gives liggende, siddende, stående eller gående og udføres i borgerens nærmiljø (lejlighed/afdeling).

En vellykket behandling forudsætter, at terapeuten er rolig og tydelig i sin tilstedeværelse. Når mennesker indgår i samspil, synkroniserer vi med hinandens nervesystem (32), og således understøtter terapeuten behandlingen med sin egen måde at være til stede på. Der kommunikeres primært nonverbalt, da det demente menneske ofte har svært ved at forstå og/eller rumme ord. For meget tale forstyrrer desuden personens nærvær i behandlingen. Terapeutens nærvær er vigtigt, fordi man i nærværet opfatter sig selv og øjeblikket tydeligt, hvorved man bevidst, intentionelt og fleksibelt kan tilpasse sig situationen (27,29). Nærværet giver samtidig ro og følelse af sammenhæng (27,29). Terapeutens måde at være til stede i relationen på har afgørende betydning for behandlingskvaliteten, og for at det demente menneske kan finde ro og trykthed til at tage imod behandlingen.

Sideløbende med behandlingen arbejdes der i processer med plejepersonalet for at styrke deres relationelle kompetencer og evne til at være reflekterende/bevidste på det demente menneskes vegne. Der fokuseres også på andre faktorer, som påvirker personens BPSD, samt på personalets viden om BPSD og samspillet mellem krop/psyke/adfærd, så personalet kan opstille understøttende indsatser.

Når det intensive behandlingsforløb er slut, påbegyndes et vedligeholdende forløb, som plejepersonalet udfører. I mindre omfang fortsætter de med daglig(e) behandling(er). Igen skal behandlings-

Demens er den 5. hyppigste dødsårsag i Danmark. Det anslås, at ca. 89.000 mennesker i Danmark har demens, og at de direkte omkostninger ved demens årligt udgør ca. 24 milliarder kr. Det forventes, at antallet af demente mennesker vil stige til ca. 164.000 i 2040.

Demens er en fællesbetegnelse for over 200 forskellige neurologiske sygdomstilstande, der er karakteriseret ved en kronisk svækkelse af personens kognitive funktioner. I de fleste tilfælde er der tale om en progredierende lidelse, hvor der sker en gradvis nedbrydning af hjernesubstansen og dermed af de kognitive funktioner. Alzheimer er den hyppigste demensform. Sygdomsforløbets varighed er meget forskelligt, men strækker sig ofte over 8-10 år, og inddeles i tre faser: let, moderat og svær demens.

Kilde: [www.nationalvidenscenterfordemens.dk](http://www.nationalvidenscenterfordemens.dk)

tiden holdes op imod den tid, personalet ellers ville bruge i forsøg på at skabe ro og trivsel. Behandlingen kan med fordel indlægges i ADL-aktiviteterne.

### Måling af behandlingseffekt

Behandlingseffekten måles med adfærdsregistrering baseret på observation af borgeren. Der registreres fire adfærdsformer døgnet rundt: **sover, rolig, urolig og aggressiv**. Adfærdsformerne er på forhånd definerede for at få så valide målinger som muligt. Adfærdsregistreringen suppleres med observationer af personens kropsudtryk, emotioner, kognitive funktioner osv.

De hidtidige resultater fra Næstved Kommune viser, at personen får lettere ved at falde i søvn om aftenen og sove igennem om natten, hvorved der opnås en mere stabil døgnrytme. Ved apati bliver personen mere nærværende og aktivt deltagende i sin hverdag, mens der ved urolig og aggressiv adfærd ses reduktion af denne. Det bliver lettere for personen at gennemføre hverdagsrutiner, og der ses øget evne til at samarbejde med plejepersonalet.

Kropsligt bliver personen mere afslappet, og der ses en mere velfungerende respiration, fordøjelse og balance. Kognitivt ses der øget evne til at tale relevant og udføre ADL samt øget koncentrationsevne. Hallucinationer med et følelsesmæssigt negativt indhold ændrer karakter til et følelsesmæssigt neutralt eller positivt indhold.

Emotionelt fremstår personen mere afbalanceret, glad og tilidsfuld. Der ses reduktion i symptomer på angst, stress, kedafthed, vrede og tilknytningsadfærd, idet personens hjem og primære tilknytningspersoner (ægtefælle, mor og far) efterspørges mindre. Hyperseksuelle mennesker stopper med at onanere og

befamle personalet. I flere tilfælde har personens måde at omtale sig selv ændret sig fra at foregå i 3. person (f.eks. Else skal tisse) til 1. person (jeg skal tisse).

De andre beboere får en roligere hverdag med mindre angst, stress og vold. Personalet får større forståelse af det menneske, borgeren er, samt af personens reaktioner, behov og måden, hvorpå vedkommende skal mødes. Personalet bliver også mere bevidst om deres egen måde at være til stede i relationen og betydningen heraf. Der ses forbedring i personalets psykiske arbejdsmiljø, idet omfanget af stress og vold reduceres. Desuden mindskes personalets følelse af magtesløshed, når de lærer behandlingen, da de med den oplever handlekompetence til at reducere BPSD.

### Implementeret i Næstved Kommune

I Næstved Kommunes ældreområde er der ansat fem fysioterapeuter til at arbejde med BBAUM. Terapeuterne er fordelt i ældreområdets fire distrikter og har et tæt tværfagligt samarbejde med plejepersonalet. Fysioterapeuterne reducerer BPSD, mens plejepersonalet vedligeholder resultatet. Terapeuternes opgave er også at styrke plejepersonalets relationelle kompetencer og evne til at være bevidste/reflekterende på det demente menneskes vegne.

BPSD er et udbredt problem i den sene demensfase med store menneskelige og økonomiske omkostninger. I praksis har BBAUM vist sig at være virkningsfuld til reduktion af BPSD såvel i Næstved som i andre kommuner. Der samarbejdes med Københavns Professionshøjskole om at evidensbasere metoden. I praksis har BBAUM også vist sig virkningsfuld til børn og udviklingshæmmede mennesker, hvilket tyder på, at andre målgrupper kan profitere af BBAUM. ●

Den komplette referenceliste er publiceret sammen med den elektroniske version af artiklen på [fysio.dk](http://fysio.dk)



**Læs mere**

Find flere informationer om BBAUM på [www.bbaum.dk](http://www.bbaum.dk)

Det mener Dansk Selskab for  
Fysioterapi i Gerontologi og Geriatri

”Vi ser spændt frem  
til at følge arbejdet  
med at gøre metoden  
evidensbaseret”

**DANSK SELSKAB FOR FYSIOTERAPI I GERONTOLOGI OG GERIATRI** efterspørger ofte behandlingstilgange til borgere med moderat- til svær demens, da denne gruppe kan være vanskelig at håndtere i praksis. Derfor hilser formand for selskabet, fysioterapeut Line Krogh Elmer, den nye metode velkommen.

”Vi finder det utroligt spændende, når behandlingstilgange udspringer af praksisudfordringer og kobles med kendt fysioterapeutisk teori og gøres til en systematisk, struktureret og målbar tilgang. Vi ser derfor spændt frem til at følge arbejdet med at gøre metoden evidensbaseret. Dermed kan BBAUM være en tilgang, der kan supplere vores øvrige metoder i værktøjskassen i arbejdet med demente.

Til arbejdet med de moderat- til svært demente vil det også være relevant at orientere sig i anbefalinger fra den nye nationale kliniske retningslinje fra Sundhedsstyrelsen, ”NKR - Forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer hos personer med demens”. Hovedfokus er, at forebyggelse og behandling af personer med demens skal tilrettelægges individuelt, og at man generelt skal undgå antipsykotisk medicin til denne gruppe. I stedet bør man forebygge at adfærden opstår, og her er førstevalget ikke-medicinsk behandling”, siger Line Krogh Elmer.

Der findes 18 faglige selskaber indenfor fysioterapi. Selskaberne har til opgave at styrke fagligheden og sikre specialiseret og evidensbaseret fysioterapi. Find ud af hvem der arbejder med netop dit område på

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



# Mindre aggressivitet med BBAUM

To demente borgere blev mere rolige og afbalancerede efter kropsterapeutisk behandling.

AF MARLENE JUL  
HOUMØLLER

---

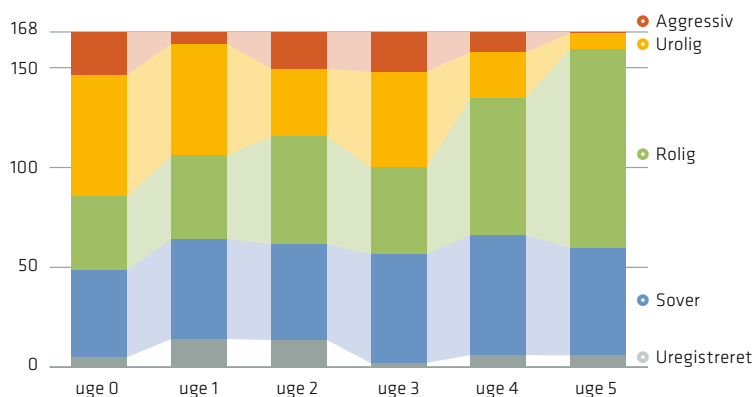
## CASE NR. 1 KVINDE MED AGGRESSIV ADFÆRD

BBAUM blev oprindeligt udviklet til en 84-årig kvinde med paranoid skizofreni og Alzheimer. Kvinden havde hallucinationer og var særdeles urolig og aggressiv. Hun slog personalet og de andre beboere på afdelingen, og derfor var de ansatte utrygge ved hende, mens de naboer, der kunne, skyndte sig ind i deres egen lejlighed, når hun viste sig i fællesområdet. Kvinden havde tømt sin lejlighed ved at kaste inventaret ud af vinduerne, så der kun stod de store møbler tilbage. Ting i fællesområderne smed hun også ud af vinduerne. I lejligheden havde hun splittet komfur og skabe ad, ødelagt elinstallationer og smurt afføring på væggene. Kvinden talte hele tiden med sine hallucinationer og var i konstant bevægelse en stor del af sine vågne timer. Hun kom jævnligt løbende ned ad gangen i fællesområdet, mens hun råbte og rev ting ned på sin vej. Hendes døgnrytme var meget ustabil, og hun var tit vågen om natten. Hun kunne være vågen i flere døgn, hvor hun var i konstant aktivitet for derefter at sove et halvt døgn tid, inden hun fortsatte med samme høje aktivitetsniveau.

Da BBAUM-forløbet begyndte, havde kvinden tilknyttet en fast vagt 24 timer i døgnnet. Der havde været afprøvet diverse psyko-farmaka og socialpædagogiske tiltag. Plejepersonalet gik tur med hende flere gange dagligt, så hun fik mulighed for at bevæge sig og bruge energi. Desuden havde der været afprøvet diverse former for sansestimulering. Ingen af tiltagene havde haft tilstrækkelig effekt.

I behandlingsforløbet første uge fik kvinden én daglig behandling fra mandag-fredag. Behandlingen blev givet lige efter frokost. Efter den første uge var kvinden fortsat urolig og vågen om natten, så derfor blev behandlingsfrekvensen øget til også at omfatte en aftenbehandling, der blev givet i forbindelse med, at hun skulle i seng. Hver behandling varede ca. 45 minutter inklusiv den tid, der blev brugt på at skabe kontakt, følge hende på toilettet osv. I forbindelse med hver behandling blev der desuden brugt ca. 15 minutter på samtale med personalet for at arbejde med deres relationelle kompetencer samt evne til at være bevidste/reflekterende på den demente kvindes vegne.

I begyndelsen af forløbet var kvinden hypersensitiv samt taktil sky og kunne derfor kun rumme en meget enkel berøring. I forløbet første par dage faldt hun til ro, når der blev lagt en hånd på centrum (blid facilitering), mens andre former for berøring øgede symptombilledet. Efter et par dage kunne berøringen udvides til at omfatte tryk under den ene fod (dybe tryk) samtidig med, at der blev holdt en hånd på centrum (borgeren i sideliggende stilling). Ved dette dobbeltgreb faldt hun til ro, mens uroen og talestrømmen blev forøget, hvis hånden på centrum blev fjernet, eller hvis der blev forsøgt andre former for berøring. Efter endnu et par dage kunne hånden på centrum fjernes, uden at det medførte øgning i symptombilledet, og der kunne arbejdes med begge hænder under



Uge	Sover	Rolig	Urolig	Aggressiv	Uregistrerede timer
0	43,5	37	61	21,5	5
1	50	42	56	6	14
2	48	54	34	18,5	13,5
3	54,5	43,5	48	20	2
4	60	69	23	10	6
5	54	99,5	8	0,75	5,75

### Adfærdsregistreringen af den 84-årige kvinde.

Tallene angivet under adfærdsformerne er antal timer pr. uge. Uge 0 er baseline. I uge 1 blev der givet én daglig behandling mandag-fredag. Fra og med uge 2 blev der også givet aftenbehandling.

hendes fødder. Behandlingsindholdet blev på denne måde gradvist progredieret igennem forløbet, så det til sidst også omfattede kropsafgrænsning (dybe tryk) og brug af alle berøringerne i kombination.

### Markant reduktion af aggressiv adfærd

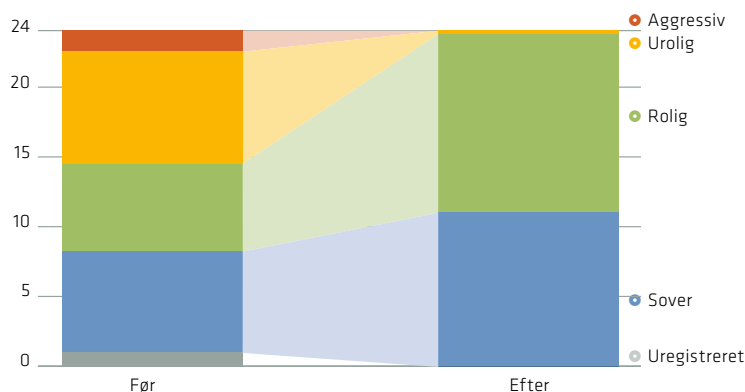
Resultatet af behandlingsforløbet var en markant reduktion i urolig og aggressiv adfærd (se opgørelsen over adfærdsregistreringen). Kvinden kunne nu forholde sig i ro og fremstod glad samt mere velfungerende. Hun havde tidligere haft en karakteristisk humor, som hun begyndte at udvise igen. Samtalerne med hallucinationerne blev reduceret, og det blev nemmere for hende at samarbejde med personalet. Hun fik en stabil døgnrytme, idet hun kunne falde i søvn hver aften og sove igennem om natten. Desuden holdt hun op med at ødelægge ting, smøre afføring rundt i lejligheden og kaste ting ud af vinduerne. Plejepersonalet var efterfølgende på loppemarked for at købe nips og andre ting til lejligheden, så hendes hjem blev genskabt. Det blev også muligt for plejepersonalet at køre tur med hende i plejecentrets bus, hvilket hun holdt meget af. ●

## CASE NR. 2 KVINDE MED DEPRESSIV OG AGGRESSIV ADFÆRD

72-årig kvinde med depression og Alzheimer, der fremstod meget lidende og ked af det. Kvinden græd ofte og udtrykte ønske om at dø. Utallige gange hver dag spurgte hun efter sin ægtefælle eller søn og gav tydeligt udtryk for, at hun ville hjem. Ønsket om at komme hjem bevirkede, at hun forlod plejecentret for at lede efter sin mands bil på parkeringspladsen eller selv forsøgte at finde hjem til ægtefællen. Når hun forlod plejecentret, kunne det være særdeles svært for personalet at få hende med tilbage. Kvinden slog ofte personalet og havde også slået andre beboere. Hun var hyperseksuel i både tale og handling, og hun befamlede det mandlige personale og forsøgte at kysse dem. Generelt havde hun en meget urolig adfærd. Hun var ofte i bevægelse, flyttede rundt på ting, tog tøj af og på og havde flere lag tøj på. Hun talte uafbrudt i en stor del af sine vågne timer, og det var ofte vanskeligt at forstå hende, da ordsammensætningen ikke gav mening. Hendes døgnrytme var ustabil, og hun havde vågne perioder hver nat. Kvinden havde svært ved at forstå verbal kommunikation, guidning og spejling, og det var vanskeligt for hende at samarbejde omkring toiletbesøg og andre hverdagsrutiner. Personalet kunne f.eks. ikke få hende i bad eller få lov til at vaske hende. Når de forsøgte, resulterede det i aggressivitet.

Da BBAUM-forløbet startede, havde kvinden tilknyttet fast vagt 24 timer i døgnet. Hendes psykofarmaka havde flere gange været reguleret af distriktspsykiatrien. Der havde været arbejdet med ➤





	Sover	Rolig	Urolig	Aggressiv	Uregistreret
Før	7 timer 15 min	6 timer 15 min	8 timer	1 time 30 min	1 time
Efter	11 timer	12 timer 45 min	15 min	0	0

**Adfærdregistreringen af den 72-årige kvinde før og efter to ugers BBAUM-forløb.** Tallene angivet under adfærdsformerne er antal timer og minutter pr. døgn.

➤ diverse socialpædagogiske tiltag, og hun sov med kugledyne. Plejepersonalet gik desuden lange ture med hende flere gange dagligt, så hun fik mulighed for at bevæge sig og bruge energi. Ingen af tiltagene havde haft tilstrækkelig effekt.

Kvinden fik tre behandlinger dagligt fordelt på formiddag, eftermiddag og i forbindelse med sengetid om aftenen. De to dagsbehandlinger varede ca. 20 minutter, mens aftenbehandlingen varede ca. 45 minutter. Behandlingerne blev udført i et samarbejde mellem plejepersonale og fysioterapeut, idet plejepersonalet udførte dagsbehandlingerne, mens fysioterapeuten udførte aftenbehandlingen. I weekenden udførte plejepersonalet alle behandlingerne. Kvinden

var glad for berøring, og det var nemt at komme til hende, så der var ingen begrænsninger i brugen af de forskellige behandlingsgreb. Der blev arbejdet med hånd på centrum (blid facilitering), hånd på respirationen (blid facilitering), midtlinjen (blid facilitering), kropsgrænser (dybe tryk), tryk under fødderne (dybe tryk) og kombinationer af de forskellige greb. Desuden blev der arbejdet med plejepersonalets relationelle kompetencer og evne til at være bevidste/reflekterende på den demente kvindes vegne.

Resultatet af behandlingsforløbet var en markant reduktion i urolig og aggressiv adfærd. Kvinden fremstod nu glad, rolig samt mere afbalanceret, og hun udtrykte ikke længere ønske om at dø. Den motoriske uro og talestrømmen stoppede, og det samme gjorde hyperseksualiteten. Hun holdt op med at være dørsøgende og talte ikke længere om at skulle hjem. Hun efterspurgte heller ikke familien. Kvinden fik en stabil døgnrytme, da hun var i stand til at falde i søvn hver aften og sove igennem om natten. Desuden blev det nemmere for hende at samarbejde med personalet. Hun kunne gennemføre bad uden at blive aggressiv og kunne bruge toilettet til toiletbesøg. Der blev observeret kognitive forbedringer, idet hendes tale blev relevant, og hun kunne nu genkende personer på billeder, hvilket hun ikke kunne før behandlingsforløbet. Desuden blev hun i stand til at koncentrere sig om simple aktiviteter som f.eks. at farvelægge en malebog. ●

# BBAUM-greb

Alle greb kan foretages på patienten i både stående, siddende og liggende position.

## GREB 1 HÅND PÅ CENTRUM

Hånden lægges mellem navle og brystben.



## GREB 2 HÅND PÅ RESPIRATION

Hånd lægges på nederste del af thorax. Find respirationsbevægelsen. Du er på rette sted, hvis vejtrækningsbevægelsen ligger i hånden. Hænder på respiration, liggende.



## GREB 3 KOMBINATION AF GREB 1 OG GREB 2



## GREB 4 TRYK UNDER FØDDERNE

Tryk med så mange fingre, så hårdt som muligt, i svangen.



## GREB 5 KROPSAFGRÆSENDE TRYK

Start nederst ved anklen. Læg begge hænder på hver side af benet og tryk dybt ind. Gentag med det andet ben. Fortsæt med arme og krop.



## GREB 6 TRYK OM SKULDRENE

Kropsafgrænsende tryk. Læg hænderne på den øverste del af overarmen og tryk lige under skulderleddet. Tryk ikke ned eller op, men ind mod kroppens midterlinje.

"Tryk om skuldrene" er et kropsafgrænsende tryk, men jeg bruger det så meget, at grebet har fået sit eget navn. Det greb er meget effektivt, og så er det nemt for plejepersonalet at udføre det. Der er to grunde til, at der arbejdes med grebene i forskellige stillinger: Man tager altid udgangspunkt i det, som personen kan her og nu, dvs. hvis personen f.eks. er for urolig til at kunne ligge ned og kun kan vandre, så vandrer man sammen med personen og behandler imens. Når personen begynder at falde til ro, kan man få personen ned at sidde, og når personen begynder at blive døsig, er det nemt at få personen ned at ligge. De forskellige stillinger gør det nemt for plejepersonalet at udføre behandlingen i de forskellige hverdagssituationer.





# BBAUM har nedbragt antallet af konfliktsituationer i Næstved

I Næstved Kommune har man indført BBAUM som metode til personer med demens, og det har medført færre tilspidsede situationer. Det betyder også større arbejdsglæde for personalet og mere kvalitet i behandlingen af borgeren.

AF CATHRINE HUUS,  
JOURNALIST

**NÆSTVED KOMMUNE HAR** benyttet behandlingsmetoden BBAUM til borgere med moderat til svær demens siden 2008. Behandlingen består af en kombination af berøring og trykmassage, samt styrkelse af plejepersonalets relationelle kompetencer og viden om samspillet mellem krop og adfærd. BBAUM er udviklet i 2008 af fysioterapeut i Næstved Kommune, Marlene Jul Houmann og står for ”Beroligende Behandling til Adfærdsforstyrrede og Urolige Mennesker”.

Og behandlingen er en stor succes. Birgitte Ettrup, som er Distriktschef for distrikt Øst, som dækker en fjerdedel af ældreområdet i Næstved Kommune, har været med til at implementere behandlingen i det daglige arbejde. Hun fortæller, hvordan brugen af BBAUM har medført en nedgang i antallet af konfliktfyldte situationer i samspillet med borgerne og dermed haft positive konsekvenser for både personalet og borgerne.

”Vi har fået nedbragt antallet, fordi personalet har fået et redskab til at berolige borgerne. Vi har stadig enkelte, som behøver en vagt døgnet rundt, fordi hverken BBAUM eller medicin har tilstrækkelig effekt, men det er slet ikke på det niveau som før, hvor vi havde adskillige borgere med fast vagt på.”

Også for personalet har det fået stor betydning. Alle fysioterapeuter er blevet oplært i teknikken, og planen er, at samtlige ansatte, som har med demente at gøre, skal undervises i

metoden, så de får en grundforståelse og mulighed for selv at benytte metoden.

”Det betyder, at personalet ikke bliver så magtesløse i situationen, men har mulighed for at kigge mere nuanceret på, hvad den enkelte borger har brug for. Det giver arbejdsglæde og en følelse af at være tilstrækkelig i det arbejde, man har. Og så er det et værktøj, man hele tiden har ved hånden, når man får brug for det,” siger Birgitte Ettrup.

## Større kvalitet i arbejdet

Selve udførelsen af BBAUM-behandlingen tager tid. De mest udadreagerende borgere skal måske have to-tre behandlinger hver dag. Men Birgitte Ettrup mener ikke, at det har medført større omkostninger.

”Vi har ikke gjort det op, men alternativet havde været mere personale til at hjælpe borgerne, f.eks. ved at sidde døgnvagt eller medicinere. Men det betyder også meget for kvaliteten af arbejdet og personalets oplevelse af at have noget at byde ind med. For at føle sig magtesløs på sit arbejde er en meget ubehagelig følelse.”

Birgitte Ettrup kan kun anbefale metoden, hvis andre kommuner ønsker prøve den af.

”Jeg er både glad og stolt over, at vi har nogle frontløbere og ildsjæle, som arbejder med dette, og at det faktisk viser sig at have en mærkbar effekt.” ●