

Manual

Værktøj til samtale med
mennesker med demens

SAMTALEHJULET

- VERSION DEMENS



VÆRKTØJSKASSEN

- støtte til et liv med demens

Manual til samtalehjulet – version demens

Værktøjskasse til rådgivning, undervisning og støtte af personer med demens og pårørende
Initiativ 11 i National Demenshandlingsplan 2025

© Nationalt Videnscenter for Demens
2. udgave, 1. oplag 2020

Redaktion: Nationalt Videnscenter for Demens
Principdesign: Lea Rathnov/Hofdamerne
Tryk: Hillerød Grafisk

www.videnscenterfordemens.dk
www.demensværktøjskassen.dk

Indholdsfortegnelse

SAMTALEHJULET – VERSION DEMENS

1. Forord	4
2. Baggrund	4
2.1. Målgruppen	
2.2. Forpligtelsen til at yde rådgivning og at informere	
2.3. Tidlig indsats ved demens	
3. Samtalehjulet som model	8
3.1. Modellens referenceramme	
3.2. Modellens temaer og brug af ICF	
3.3. Hjælpekort	
3.4. Pilot – Brief Code Set ved demens	
4. Samtalens formål og mål	13
4.1. Samtalens formål	
4.2. Samtalens mål	
5. Inspiration til samtalen i praksis	14
5.1. Trin 1 – Forberedelse af samtalen	
5.2. Trin 2 – Introduktion og etablering af tryk relation og kontakt	
5.3. Trin 3 – Afdækning af borgerens ønsker, ressourcer og behov	
5.4. Trin 4 – Prioritering og vurdering	
5.5. Trin 5 – Afrunding og opfølgning	
5.6. Samtalehjulets anvendelse i gruppesamtaler	
6. Kompetencer	19
7. Øvrige hjælpeværktøjer: Min livssituation og betydning	21
8. Referencer og links	22

Værktøjskassen – støtte til et liv med demens udspringer af initiativ 11 i National Demenshandlingsplan 2025, hvor Nationalt Videnscenter for Demens har fået til opgave af Sundheds- og Ældreministeriet at udvikle og udbrede nationale værktøjer til samtale, patient- og pårørendekurser og samtalegrupper om livet med demens. Nationalt Videnscenter for Demens har udviklet værktøjskassen i samarbejde med mennesker med demens, pårørende og fageksperter. I 2018 er Værktøjskassen blevet afprøvet i syv kommuner og på en hukommelsesklinik og efterfølgende tilpasset ud fra erfaringerne fra pilotafprøvningen.

Samtalehjulet

1. Forord

I *Værktøjskassen* finder man værktøjet *Samtalehjulet – Version demens*. Værktøjet kan bruges til samtale med borgere med let til moderat demens og deres pårørende og er udviklet med afsæt i eksisterende evidensbaserede værktøjer, *DAISY – Rådgivningsmodellen* (1) og *Esbjergmodellen* (2), samt Tom Kitwoods teorier (3).

Nationalt Videnscenter for Demens har udviklet *Samtalehjulet – Version demens* i samarbejde med en arbejdsgruppe bestående af fagpersoner fra Hukommelsesklinikken på Rigshospitalet og Esbjerg Kommunes Sundhedsafdeling, der velvilligt har delt deres faglige ekspertise og erfaringer og aktivt har bidraget til udvikling af værktøjet. Værktøjet blev pilotafprøvet i 2018 i samarbejde med demensspecialister fra Esbjerg, Næstved og Haderslev Kommune.

Denne manual indeholder en vejledning til fagpersoner om, hvordan *Samtalehjulet – Version demens* kan anvendes i praksis. Vejledningen bygger på erfaringerne fra pilotafprøvningen. Til manualen hører pladen *Samtalehjulet*, et sæt hjælpekort, pladen *Betydning*, samt en lommeguide med en oversigt over hjælpekort og tilhørende ICF-koder.

De ovennævnte materialer kan også frit hentes på Værktøjskassens hjemmeside (4). På hjemmesidens underside "Om Værktøjskassen" kan du under "Viden og metoder" bl.a. læse om baggrunden for udviklingen af samtalehjulet.

2. Baggrund

Udviklingen på demensområdet med mere sikker diagnostik og forbedrede muligheder for medicinsk behandling gør, at flere får stillet en demensdiagnose i den tidlige fase af sygdommen. Denne udvikling stiller krav om og gør det muligt, at de professionelle anvender mere ressourcefokuserede tilgange til såvel personen med demens som de pårørende. I den tidlige indsats skal der derfor i højere grad være fokus på rådgivning, sundhedsfremme og patientuddannelse samt forebyggende og rehabiliterende indsatser.

2.1 Målgruppen

Personer, der får stillet en demensdiagnose tidligt i sygdomsforløbet, har i højere grad, end når diagnosen stilles senere, behov for en samtalepartner, der kan følge dem igennem sygdomsforløbet. De har også behov for vejledning, viden og information om de særlige aktiviteter og offentlige hjælpemuligheder, der tilbydes til personer med demens, efterhånden som sygdommen skrider frem (5).

I den tidlige fase af sygdommen kan personer med demens ofte fortsat udtrykke håb, ønsker og forventninger til fremtiden, og de har mulighed for at tage stilling til fremtiden. De kan lære at anvende egne ressourcer bedre i hverdagen og indlære kompenserende strategier, så de bliver i stand til at håndtere sygdommens konsekvenser og forblive så aktive og deltagende som muligt.

Personer med let til moderat demens kan give pålidelig og relevant information om deres egen situation, og de kan ofte erkende og beskrive deres problemer med hukommelsen, men har vanskeligt ved at beskrive de praktiske konsekvenser og vanskeligheder i hverdagen. Fagprofessionelle må derfor tage højde for disse vanskeligheder i samtalen med personen med demens, fx ved at anvende fotos eller tegninger.

Også pårørende har behov for rådgivning og information, hvilket de fleste kommuner i dag allerede tilbyder via demenskoordinator/konsulent. Fordelen ved at rådgive pårørende tidligt i sygdomsforløbet er, at de har lettere ved at håndtere sygdommens konsekvenser. De kan i højere grad lære at tilpasse de fysiske omgivelser, krav og forventninger til personens aktuelle formåen, når den nødvendige tilpasing af hverdagen og den indbyrdes kommunikation påbegyndes tidligt i sygdomsforløbet.

Sygdomsindsigt

Hvad angår sygdomsindsigt, så kan mennesker med let til moderat demens måske kun delvist erkende deres sygdom og dens konsekvenser. Det skyldes, at de mentale og psykologiske evner, som personen skal anvende til at erkende situationen, er svækkede. Det kan vanskeliggøre samtale og rådgivning om sygdommen, men som Tom Kitwood har påpeget, er det vigtigt at huske på, at bag forandringen er der en person, der stadig er til stede. En person, der forsøger at begribe forandringerne, at tackle de problemer, der opstår i hverdagen og også har håb og ønsker til fremtiden. Derfor bør personer med let til moderat demens (som andre patienter med kronisk sygdom) tilbydes samtale om deres ændrede livssituation. Samtalen bør tilbydes af en fagperson, der kan tage højde for den svækkede erkendelsesevne.

2.2. Forpligtelsen til at yde rådgivning og at informere

Sundhedspersonale og sociale medarbejdere i regioner og kommuner har ifølge Sundhedslovens § 16 og Servicelovens § 1 pligt til at informere og til at yde rådgivning og vejledning til personer med demens, medmindre de frabeder sig dette. Ifølge Servicelovens § 12 kan der også tilbydes opsøgende besøg til personer med vidtgående fysisk og psykisk handicap.

Lovgivningen fastslår, at patienter og dermed også personer med demens altid selv skal informeres om deres sygdom og dens konsekvenser i det omfang, de kan forstå og følge med i informationen. Det er desuden nødvendigt også at informere de nærmeste pårørende, hvilket kræver samtykke fra personen med demens på grund af reglerne om tavshedspligt (6,7).

Det er altid en god idé at informere personen med demens om retten til at have en bisidder med til møder og lignende. Hvis den nærmeste pårørende deltager som bisidder, får han/hun de samme oplysninger som personen selv og kan dermed støtte og hjælpe i det videre forløb.

2.3. Tidlig indsats ved demens

Den proaktive¹, tidlige indsats ved demens kan med fordel tage udgangspunkt i begreber hentet fra teori om sundhedspædagogik samt sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering, idet der her er fokus på borgerinvolvering, handlekompetencer og samarbejde.

*Sundhedsfremme*² ved demens er de kommunale og regionale indsatser, der søger at skabe rammer og muligheder for, at de fornødne menneskelige ressourcer og handlemuligheder kan mobiliseres hos personen med demens og dennes pårørende. Sundhedsfremme handler således om at styrke personens muligheder for at mestre deres hverdagsliv og den nye livssituation med demenssygdom. Ved at fokusere på de menneskelige værdier og ressourcer til at mestre livet, opleves livet begribeligt, håndterbart og meningsfuldt. Det medfører, at mennesket har en oplevelse af sammenhæng.³ I denne ramme tilbyder mange kommuner patientuddannelser i form af kurser for patienter og pårørende med en sundhedspædagogisk og/eller psyko-edukativ tilgang (8,9).

¹ At en person eller organisation selv tager et initiativ i modsætning til at være reaktiv, at en person eller organisation alene reagerer, hvis udefrakommende omstændigheder nødvendiggør dette.

² Definition iflg. WHO (1986)

³ Professor og sociolog Aaron Antonovsky

*Forebyggelse*⁴ ved demens er indsatser, der søger at identificere risikofaktorer og risikoadfærd så tidligt som muligt. Hensigten er at begrænse følgetilstande, forhindre komplikationer og tilbagefald samt at opnå størst mulig sygdomsmestring og livskvalitet. Forebyggelsen indeholder elementer af sundhedsfremme og rehabilitering. Der lægges vægt på, at valgmuligheder og ansvarlighed forbliver hos personen med demens og dennes pårørende samt på empati, feedback og positive forventninger til personen med demens (=håb).

Rehabilitering er i dag afsat for mange kommuners indsatser på ældreområdet generelt som følge af lovgivning⁵, der vedrører kommunens pligt til at tilbyde rehabilitering til borgere med nedsat funktionsevne. Borgere med demens er i udgangspunktet også omfattet af denne lovgivning (10).

Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagpersoner. Formålet er, at borgeren, der har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i deres fysiske, psykiske og/eller sociale funktioner, opnår og oplever at have et (så) selvstændigt og meningsfyldt liv (som muligt)⁶. Rehabiliteringen baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbase-ret indsats. Rehabilitering er en tværfaglig indsats, der omfatter træning (og vedligeholdelse) af såvel funktionsevne (aktivitet og deltagelse), som kroppens funktioner (11).

Rehabilitering ved demens er endnu ikke klart defineret og afgrænset i litteraturen eller i praksis. I praksis har mange kommuner i dag en særligt tilrettelagt (rehabiliterings)indsats, der især henvender sig til personer med let til moderat demens. Det kan fx dreje sig om fysisk træning og motion, ADL-træning i hjemmet ifølge § 83, kurser og grupper for par eller pårørende, demensvenlige aktiviteter og samvær m.m.

Målet for en rehabiliterende indsats ved demens er, at borgeren vedligeholder eller lærer at kompensere for svækkede aktiviteter i dagligdagen, fortsætter med at deltage i fællesskab med andre og føler sig tryk og inkluderet. På den måde vil personen opleve, at vedkommende har et selvstændigt og meningsfyldt liv. Denne indsats kan på sigt medvirke til at forhale sygdomsforløbet og forebygge senfølger i form af inaktivitet, uhensigtsmæssig adfærd og isolation.

⁴ Terminologi, Forebyggelse, Sundhedsfremme og Folkesundhed. Sundhedsstyrelsen (2015)

⁵ Lov om Social Service § 83 a

⁶ Iflg. WHO's definitioner af rehabilitering/MarselisborgCentret

Det er centralt i rehabiliteringsindsatser for personer med demens, at de omgivelsermæssige faktorer bliver tilpasset i samklang med de personlige faktorer og den aktuelle funktionsevne. Modsat mange andre behandlingsformer, hvor der er fokus på, at personen kan honorere omgivelsernes krav, så handler rehabilitering ved demens langt mere om at tilpasse omgivelserne til personens funktionsevne, så vedkommende kan føle sig inkluderet, tryk og få sine aktivitetsbehov dækket. Da demenssygdommen udvikler sig, må der desuden foretages løbende opfølgning og revurdering for hver fase i sygdommen, og der må ved forværring fastsættes nye mål og tidsinterval for indsatsen (12).

Endelig må der i den rehabiliterende proces og i samarbejdet med personen med demens også tages højde for behovet for kompenserende støtte og hjælp til kommunikationen om personens ønsker og behov. I denne sammenhæng kan *Samtalehjulet – Version demens*, der kompenserer for kognitive funktionsstab, anvendes.

3. Samtalehjulet som model

I dette afsnit beskrives modellen og hjælpekortenes faglige fundament, og de anvendte begreber defineres.

3.1. Modellens referenceramme

Samtalehjulet – Version demens bygger på en helhedsorienteret og personcentreret tilgang, hvor borgerens liv, personlige værdier, interesser og ønsker er i centrum og udgangspunkt for samtalen.

Systematikken i *Samtalehjulet – Version demens* er med til at sikre en helhedsorienteret og borgerinddragende proces (=åben samtale), når man afdækker behov, ønsker og ressourcer hos personer med demens og deres pårørende.

Samtalehjulets referenceramme er ICF – WHO's internationale klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand og en tilhørende model, der forklarer sammenhængen mellem disse.

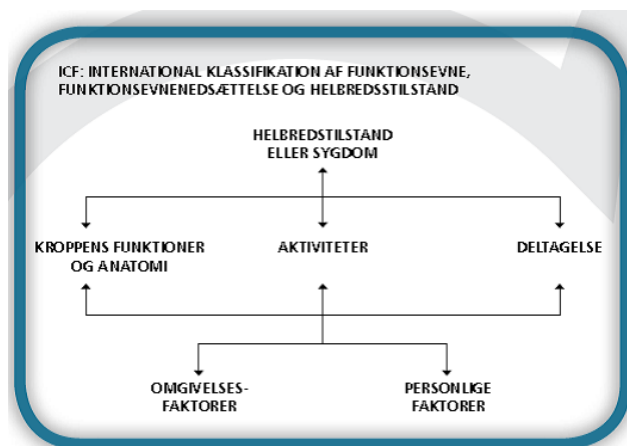
Modellens fundament

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) er udarbejdet af WHO i 2001⁷ og oversat til dansk i 2003 (13). Det overordnede sigte med klassifikationen er at tilbyde et fælles og standardiseret sprog og en tilsvarende begrebsramme til beskrivelse af helbred og dermed forbundne tilstande. Det ICF-baserede redskab kan anvendes på tværs af faggrupper og institutioner/sektorer til at beskrive patienter/borgers funktionsevne og rehabiliteringsbehov.

ICF-klassifikationen består af to dele, der henholdsvis omhandler funktionsevne og kontekstuelle faktorer. Funktionsevnen indeholder komponenterne krop, aktivitet og deltagelse, og de kontekstuelle faktorer indeholder komponenterne omgivelser og personlige faktorer.

Klassifikationen er opbygget som et hierarkisk system, hvor hver komponent indeholder et antal kapitler (domæner) med emner, der specificeres i underliggende kategorier, i alt ca. 1.460 koder. Se mere på www.marselisborgcentret.dk

ICF's forståelse af helbred og funktionsevne



Den menneskelige funktionsevne består ifølge ICF's forståelse af helbred og funktionsevne af de tre komponenter: kroppens funktioner, aktivitet og deltagelse. De tre komponenter påvirkes dels af helbredstilstand eller sygdom og dels af nedsat funktionsevne. Krop, aktivitet og deltagelse påvirker desuden hinanden gensidigt såvel positivt som negativt, og de påvirkes desuden af omgivelsesfaktorerne og af de personlige faktorer.

⁷ WHO International Classification of Functioning, Disability and health: ICF. Geneva: WHO, 2001

En positiv eller negativ påvirkning af en faktor kan have såvel positiv som negativ indflydelse på de øvrige faktorer. Fx kan det at kunne overholde aftaler være en forudsætning for at kunne deltage i samvær med andre, fx dans eller kortspil, som igen medvirker til at opretholde fysiske og psykiske funktioner. En personlig faktor kan være, om personen har erfaring med brug af offentlig transport eller er vant til at køre i privat bil. En omgivelsesfaktor kan være, hvorvidt der er mulighed for offentlig transport til og fra aktiviteten eller ej.

Samtalehjulet kan både anvendes som afsæt for at udøve sundhedsfremmende rådgivning, patientrettet forebyggelse og rehabilitering til målgruppen.

3.2. Modellens temaer og brug af ICF

Selve *Samtalehjulet* er bygget op over komponenterne i ICF-modellen, men i en forenklet version med et centrum og fire temaer:

- » Personlige faktorer = Hvem jeg er – mine værdier (centrum)
- » Kroppens funktioner = Min krop og hjerne
- » Aktiviteter = Mine aktiviteter i hverdagen
- » Deltagelse = Mit forhold til andre
- » Omgivelser og muligheder for støtte og kontakt = Mine omgivelser



Definitioner

Hvem jeg er – mine værdier (de personlige faktorer) omhandler de vigtigste faktorer i personens livshistorie, identitet, de personlige værdier, den højere mening med livet, glæder og sorger, håb og ønsker, mestringsevne, personlighed mv. ICF-klassifikationen indeholder ikke en klassifikation⁸ af de personlige faktorer. Derfor er samtalehjulet her inspireret af *Esbjerg-modellens* samtaleredskab (hjul og hjælpekort), Tom Kitwood's personcentrerede tilgang og af værdiskemaet fra DAISY (modellens centrum) (1,2,3).

Min krop og min hjerne omhandler personens fysiske og psykiske (kognitive) funktioner, der er nødvendige for at udføre aktiviteter og deltage i samvær med andre. Kroppens fysiske og psykiske funktioner påvirkes af den generelle helbredstilstand, af sygdom eller handicap og af personlige faktorer og forhold i omgivelserne.

Mine aktiviteter i hverdagen omhandler personens evne til at udføre og deltage i aktiviteter i hverdagen, både i egen bolig og uden for hjemmet. Aktiviteter omfatter såvel daglige gøremål som interessebetonede og kulturelle aktiviteter. Personens aktiviteter i hverdagen er påvirket af kroppen og hjernens aktuelle tilstand, af personlige faktorer og af forhold i omgivelserne.

Mit forhold til andre omhandler personens evne til at deltage i socialt samspil, at begå sig i relationer og samspil med andre og at forstå sociale spilleregler. Den sociale deltagelse påvirkes ligeledes af kroppen og hjernens tilstand, af personlige faktorer og af forhold i omgivelserne.

Mine omgivelser beskriver de udefrakommende faktorer og betingelser, der påvirker personen. Det kan være familiemæssige og venskabelige forhold til andre mennesker, personens økonomiske forhold, forholdet til det offentlige hjælpesystem og muligheder for sociale og sundhedsmæssige ydelser samt muligheder og begrænsninger i de fysiske rammer i og uden for hjemmet.

⁸ En kode med tilhørende definition

3.3. Hjælpekort

Formålet med hjælpekortene er at støtte personer med let til moderat demens til at holde fokus i samtalen og kompensere for svækkede mentale funktioner. Det gælder fx hukommelse, sprog, koncentration og abstrakt tænkning.

Hjælpekortene bygger på et kort kernesæt af ICF-faktorer (= Pilot – Brief Core Set ved Demens). Der er udvalgt i alt 40 faktorer, der er relevante i en dansk kontekst. Hver af de 40 udvalgte ICF-koder er repræsenteret af et hjælpekort.

Dog har det været nødvendigt at brede enkelte ICF-koder ud til flere hjælpekort, fx ”At varetage egen sundhed”. Enkelte andre hjælpekort dækker ligeledes flere koder, fx afførings- og vandladningsfunktioner. Seks hjælpekort til hjulets centrum har kun tekst. Disse vedrører personlige faktorer. Derfor er der i alt (43+6=) 49 hjælpekort.

3.4. Pilot – Brief Code Set ved demens

De 40 ICF-faktorer er valgt, fordi de anses for at være de vigtigste ved let til moderat demens. Udvælgelsen er foretaget af en gruppe erfarne demensspecialister ud fra et kernesæt af de 100 mest typiske ICF-faktorer ved demens. (= Comprehensive Core Set) (14).

I den tilhørende *lommeguide* ses en oversigt over hjælpekortene, definitioner af de 40 ICF-koder og opmærksomhedspunkter. Lommeguiden kan anvendes som opslagsværk. Man kan downloade lommeguide og hjælpekort på www.demensværktøjskassen.dk.

⁹ Processen bag udvælgelsen beskrives på Værktøjskassens hjemmeside: www.demensværktøjskassen.dk

4. Samtalens formål og mål

I dette afsnit beskrives samtaleens formål og mål.

4.1. Samtalens formål

Erfaringer fra pilotafprøvning viser, at *Samtalehjulet – version demens* især kan anvendes til samtaler med personer med let til moderat demens og deres pårørende.

Formålet med samtalen kan fx være at:

- » Give personen med demens en stemme og sætte fokus på vedkommendes situation.
- » Lære personen med demens og dennes livsverden at kende og at indlede og opbygge en tryk og tillidsfuld kontakt.
- » Afdække personens værdier, ressourcer, interesser og ønsker samt funktionstab forårsaget af demens.
- » Afdække personen og familiens behov for viden, rådgivning og støtte til et aktivt liv med demens.
- » Følge op på personens situation, efterhånden som sygdommen udvikler sig (opfølgning og revurdering, follow up og follow along).

4.2. Samtalens mål

Målene med samtalen kan være at:

- » Personen med demens og pårørende føler sig inddraget og opnår tryk i relationen til den professionelle.
- » Understøtte personen med demens i at holde fokus i samtalen.
- » Understøtte personen med demens i at formulere egne værdier og ønsker til fremtiden.
- » Den pårørende opnår større forståelse for den nærtstående med demens.
- » Understøtte handlekompetencerne hos personen med demens og pårørende, så de bedre kan mestre deres aktuelle situation.
- » Lade personen med demens og pårørendes behov og perspektiv være udgangspunkt for efterfølgende rådgivning og samarbejde.

5. Inspiration til samtalen i praksis

I det følgende får du inspiration til, hvordan du i praksis kan gennemføre en samtale om borgerens liv og aktuelle situation med brug af samtalehjulet og hjælpekortene. Inspirationen er udarbejdet på baggrund af erfaringerne fra pilotafprøvningen af værktøjet.

Vejledningen herunder skal ikke nødvendigvis følges nøje.

Af hensyn til overblikket har vi inddelt samtalen i følgende fem trin:

1. Forberedelse af samtalen.
2. Introduktion til det, der skal ske, og etablering af tryk relation og kontakt.
3. Afdækning af personens ønsker, ressourcer og behov.
4. Prioritering og vurdering (borger, pårørende og faglig vurdering).
5. Afrunding og aftale om opfølgning.

5.1. Trin 1 – Forberedelse af samtalen

Inden du møder personen med demens skal du tage stilling til, om samtalen skal gennemføres med:

- » Personen med demens uden bisidder/pårørende.
- » Personen med demens og den pårørende sammen (fokus på personen med demens).
- » De to parter hver for sig først og derefter sammen. (Den pårørende kan få til opgave at forberede sig på samtalen ud fra egne behov, mens du taler med personen med demens alene).

Valget afhænger af graden af sygdomsindsigt, men også af andre faktorer.

Du skal ligeledes træffe nogle valg om, hvordan du i den konkrete situation vil anvende værktøjet:

- » Du skal fx anvende dit eventuelle forhåndskendskab til personen til at beslutte, hvornår og hvordan og hvor mange kort du introducerer. Tjek også, om personen har et høretab eller andre funktionstab, du skal tage højde for. Værktøjet kan fx ikke anvendes hvis personen er svagtseende.
- » Frasortér i forvejen hjælpekort, der ikke skønnes relevante. Vær her opmærksom på at frasortering sker udfra personens behov og ikke udfra egne blinde vinkler. Se også afsnit 6. Kompetencer.

- » Overvej, om personen er motiveret for denne form for samtale, og hvordan du vil introducere personen til samtalen.
- » Afhængigt af dine kompetencer, skal du muligvis kun udspørge personen om enkelte felter på samtalehjulet. Fx feltet ”Min krop og hjerne” og ”Mine aktiviteter”, hvis du er fysioterapeut. Hvis der fx er flere professionelle med forskellige roller, fx konsulent og fysioterapeut, skal man udvælge de felter, der udspørges i, så personen ikke oplever gentagelser. Det vigtige er, at det man som fagperson spørger ind til/lukker op for, også er noget, som man følger op på eller giver videre til andre, hvis personen ønsker det. Se også samtaleens trin 5, side 18.
- » Også dine kompetencer og erfaringer med processen i en målrettet samtale, har betydning for, hvordan du anvender kortene i en åben samtale. Fx om du vælger at vise alle kortene på en systematisk måde, eller om du vælger at lægge kortene på bordet, efterhånden som borgeren fortæller om sin situation.

5.2. Trin 2 – Introduktion og etablering af tryk relation og kontakt

- » Fortæl personen, at samtalen går ud på at lære ham/hende at kende og at finde ud af, hvilke ressourcer, ønsker og behov vedkommende har.
- » Fortæl borgeren, hvis samtalen evt. også har et andet formål.
- » Lav på forhånd en aftale om, hvornår og hvordan personen med demens og den pårørende får svar på de spørgsmål, de måtte have.
- » Gør personen opmærksom på, hvis du evt. træner brugen af værktøjet.

5.3. Trin 3 – Afdækning af borgerens ønsker, ressourcer og behov

Skab kontakt – indled med åben samtale:

- » Personen opfordres til at fortælle lidt om sig selv. Vis interesse for personens levede liv/livshistorie (de personlige faktorer).
- » Lad personen fortælle om sine ønsker og behov. I kommer omkring det, der umiddelbart ligger ham eller hende på sinde, og det der er vigtigt at fastholde.
- » Tal med personen om, hvordan det er at leve med sygdommen/helbredstilstanden i hverdagen. Søg efter det, der betyder noget for borgeren.
- » Afdæk både det, der er nemt (ressourcer), og det der er svært (problemer/begrænsninger).

Det kan være en fordel at introducere samtalehjulet tidligt i samtalen, hvis personen har svært ved at udtrykke sig eller har mange ting på sinde.

Alternativ: Hvis du gerne vil lære personen at kende uden at forstyrre processen med at etablere kontakt og tryghed, kan du vælge at gennemføre første samtale uden hjælpekortene, og aftale et genbesøg, hvor samtalen gentages med brug af hjælpekortene.

Konkretiser:

- » Introducér samtalehjulet og dets felter. Fortæl, at pladen indeholder vigtige temaer i forhold til hele personens livssituation og sygdom.
- » Fortæl, at temaerne kommer hele vejen rundt i forhold til det, der kan være svært, og det der opleves værdifuldt i hverdagen med demenssygdommen. Spørg personen, om der er et felt, som han eller hun synes, I skal starte med at tale om.
- » Du kan tage hjælpekortene i brug ved fx at lægge kortene inden for det tilhørende felt på bordet og spørge, hvilke områder der fungerer godt for personen.

Alternativ: Du kan afgrænse personens valgmulighed ved at lægge to eller fire kort op af gangen.

Spørg ind til, hvad kortet får ham/hende til at tænke på (associer), om det er en situation han/hun kender og hvordan det viser sig i hans/hendes liv, fx: Hvad tænker du på, når du ser på dette kort? Er det noget, du kan genkende fra din egen hverdag? Kan du fortælle hvilke aktiviteter, der gør dig glad? Hvad gør du for at støtte din hukommelse?

OBS! Det er ikke relevant at få personen til at beskrive nøjagtigt, hvad han/hun ser/læser på hjælpekortet.

Hvis personen har svært ved at associere på tegningerne, kan du forsøge at anvende kortenes bagside med kortets tekst.

Efterhånden som I kommer alle pladens felter igennem, lader du de hjælpekort, som personen oplever sig udfordret af (begrænsninger), blive liggende på bordet til den ene side, og hjælpekort, der beskriver områder, der fungerer godt (ressourcer), på den modsatte side.

- » Det er vigtigt at spørge ind til interesse- og lystbetonede aktiviteter, hvis personen ikke selv nævner det. Det kan fx være under feltet "Samvær med andre". Det er ofte her personens motivation findes.
- » Tal også med personen om behov for viden, rådgivning og erfaringsudveksling med ligestillede.

Det er ikke sikkert, at det er nødvendigt at vise alle hjælpekort i samtalsforløb, det afhænger fx af samtalsformål. Det kan også være nødvendigt at gennemføre hele samtalen over flere besøg, hvis personen har svært ved at koncentrere sig i længere tid.

Kommer du i en situation, hvor et hjælpekort ikke er dækkende for personens ønske, kan I sammen skrive det manglende emne på en post-it.

5.4. Trin 4 – Prioritering og vurdering

Opsummér:

- » En pårørende/bisidder deltager så vidt muligt i denne del af samtalen.
- » Med udgangspunkt i samtalehjulets komponenter opsummerer du, hvad I har talt om. Du bevidner, hvad personen har fortalt om sig selv, og hvor han/hun føler sig udfordret i forhold til at kunne bevare aktiviteter, som han/hun kan være i risiko for at "miste før tid". Du bevidner også, hvad du hører personen har af ønsker og håb, og hvilke ressourcer du har bemærket såvel personligt som i netværket.
- » Ved opsummeringen anvendes hjælpekortene til at støtte personen i at holde fokus samt genkalde og fastholde, hvad I tidligere har talt om.

Referat og dokumentation:

- » Tag et foto af samtalehjulet og de hjælpekort, der er placeret på bordet efter opsummeringen.

Prioritering og betydning:

- » Har personen mange udfordringer, skal du hjælpe vedkommende med at vægte og prioritere dem, så personen og den pårørende selv kan få et overblik over deres situation, og hvor de er motiveret for at ændre på hverdagen. Anvend hjælpeværktøjet "Betydning" (se side 21).
- » Her foretager du også for dig selv en faglig vurdering af personens situation i forhold til kompleksiteten af funktionsevnedesættelsen og graden af personens og den pårørendes mestringsevne – for at få et overblik over behov for rådgivning og evt. indsatsniveau.

5.5. Trin 5 – Afrunding og opfølgning

Samtalen afrundes:

- » Til slut afrunder du sammen med personen (og den pårørende) samtalen, hvor I søger at afklare, hvorvidt personen og den pårørende mener, at de selv kan mestre og håndtere egen situation, eller om de har behov for støtte og hjælp, evt. fra kommunen.
- » Du kan/bør give personen information om relevante muligheder for hjælp og støtte. Dvs. hjælp i kommunalt regi, i familienetværk og/eller tilbud for frivillige.
- » Hvis samtalen har vist, at personen og den pårørende har behov for kommunal støtte eller hjælp, og personen ønsker at ansøge herom, henviser du til visitation iflg. kommunens serviceniveau.

Aftale om opfølgning:

- » Det er vigtigt, at du foreslår, at du tager initiativ til en opfølgende samtale inden for 1-3 måneder, hvis personen og de pårørende ikke ønsker en indsats aktuelt. (Dette er dog afhængigt af kommunens serviceniveau for rådgivning og ikke alene, om personen ønsker eller har behov for dette.)

5.6. Samtalehjulets anvendelse i gruppesamtaler

Samtalehjulet og hjælpekortene kan også anvendes i grupper fx på kurset *Livet med demens – for mennesker med demens og pårørende*, og i *Samtalegruppe – for personer med let til moderat demens*.

Her kan samtalehjulet og hjælpekortene være en hjælp, når man vil igangsætte erfaringsudveksling eller fastholde emnet for dialog og samtale (se også Værktøjskassens manual til kurset *Livet med demens* og *Samtalegruppe for personer med demens*).

6. Kompetencer

Erfaringer har vist, at fagpersoner skal:

- » Have kendskab til og forståelse for den anvendte teori – så man forstår formålet, kan anvende værktøjet hensigtsmæssigt og kan vurdere personens situation ud fra det, personen fortæller og ud fra ICF's helhedsforståelse.
- » Kende/indlære de anvendte ICF-koder, så man kan stille uddybende spørgsmål til det personen fortæller om sin egen situation. ICF følges således ikke systematisk, men anvendes der, hvor det giver mening for personen, for at komme hele vejen rundt om et emne.
- » Bruge tid på at øve og lære at anvende hjælpekortene, så det fremmer samtalen (minimum 5-10 samtaler).
- » Starte på en måde, som man selv er tryk ved, fx ved at fravælge nogle kort.

Det er nødvendigt at have følgende kompetencer:

- » At være bevidst om, hvad man selv er god til, fx procesorienteret eller systematisk spørgeteknik.
- » At være god til at formidle, fx hvad formålet med værktøjet er.
- » At have situationsfornemmelse, fx hvornår er det relevant at anvende værktøjet?
- » At have øje for egne blinde vinkler, der fx kan betyde at man fravælger hjælpekort med et svært emne, ikke af hensyn til personen, men fordi man selv synes, at emnet er svært at tale om.
- » At have en kreativ tilgang til værktøjets anvendelsesmuligheder.
- » At have en anerkendende og relationel tilgang til samarbejde og kommunikation med personen med demens (se boksen på næste side).

Du skal først og fremmest:

1. Være professionel, men også venskabelig uden at blive privat.
2. Give mulighed for gensidighed, fx ved at indvilge i at lære noget nyt, som personen med demens er god til.
3. Være nærværende.
4. Anvende aktiv lytning: Lytte til personen ved at følge ham/hende opmærksomt og oprigtigt i det, han/hun siger og gør, også med dit kropssprog.
5. Anvende empowerment, hvilket vil sige:
 - a. at tilføre energi og håb om et godt liv med demens.
 - b. at hente inspiration og ideer fra personen med demens.
 - c. at udvise tro på, at det nytter, at gøre en aktiv indsats.
 - d. at livet med demens også kan indebære nye positive mål og ny mening.
6. Være katalysator for problemløsning og give støtte uden at overtage problemerne.
7. Lægge vægt på succeser og de gode øjeblikke.
8. Være åben for samtale om smerten, sorgen og andre svære følelser, når personen med demens selv tager initiativ til dette.
9. Hjælpe personen med at finde en mening trods sygdommen og hjælpe med ikke at fokusere på årsager, men på at finde ny mening, nye sammenhænge og værdier.

7. Øvrige hjælpeværktøjer: Min livssituation og betydning

Dette skema kan anvendes til at hjælpe personen med demens med at afgøre betydning af de enkelte hjælpekort (dvs. de bagvedliggende ressourcer og problemer).

For hvert hjælpekort, der ligger på bordet efter opsummeringen (samtalens trin 3), skal personen afgøre betydningen ved at lægge kortene i de tre kategorier: meget vigtigt, vigtigt og mindre vigtigt. Såvel personen og dennes bisidder/pårørende tager stilling til betydningen af de enkelte hjælpekort.

Årsagen hertil er, at personen med demens kan opfatte et givent problem, som mindre vigtigt, mens den pårørende derimod oplever, at problemet skal løses her og nu, for at hverdagen kan fungere.



8. Referencer og links

- (1) Sundhedsstyrelsen. (2010). Rådgivningsmodellen – En vejledning om støtte til nydiagnosticerede demente og deres pårørende. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2012/raadgivningsmodellen> (hentet 10.01.2020)
- (2) Esbjerg Kommune. (2013). Model for koordination med borgeren i centrum – en Esbjerg-model. <https://dinsundhed.esbjergkommune.dk/om-sundhed/projekter/patientuddannelse-paa-tvaers-af-diagnoser.aspx> (hentet den 10.01.2020)
- (3) Kitwood T. (1999). *Revurdering af demens – personen kommer i første række*. Dafolo
- (4) Nationalt Videnscenter for Demens. (2019) Værktøjskasse til rådgivning, undervisning og støtte af personer med demens og pårørende. <http://www.videnscenterfordemens.dk/vaerktoejskassen/fagpersoner/diagnosen-og-tiden-efter/samtalehjulet-version-demens> (hentet 10.01.2020)
- (5) Cheston R., Bender M. (2003). *Understanding dementia – the man with the worried eyes*, s. 191-195. Jessica Kingsley's Publisher
- (6) Sundhedslovens § 16:
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=199871#id9a9fd330-8258-4be9-a379-73e6e5c6596f>
- (7) Servicelovens § 1:
<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=197036>
- (8) Jensen T. K., Johnsen, T. J. (2000). *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Philosophia
- (9) Sundhedsstyrelsen (2005): Terminologi – Forebyggelse, Sundhedsfremme og Folkesundhed. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2005/Terminologi-Forebyggelse-sundhedsfremme-og-folkesundhed> (hentet 10.01.2020)
- (10) Lov om Social Service § 83 a:
<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=197036#id2937238b-77a4-40c1-9734-73ba5964f597>
- (11) Marselisborgcenteret. (2004). Definitioner af rehabilitering. <http://www.marselisborgcenteret.dk/viden-om-rehabilitering/definitioner-af-rehabilitering> (hentet den 10.01.2020)

(12) Jensen L. (m.fl.) (2018). Rehabilitering ved demenssygdom (kap. 2). Munksgaard

(13) Schiøler G., Dahl T. (2003). *ICF International klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand*. Munksgaard

(14) Scherer M. J., Federici S., Tiberio L., Pigliautile M., Corradi F. & Meloni F. (2012). ICF Core Set for Matching Older Adults with Dementia and Technology. *Ageing Int.* 37:414-440

