



Indsatser til borgere med udviklingshandicap og demens

– Tilgange, metoder og principper i arbejdet med borgere på botilbud, som både har udviklingshandicap og demenssygdom

Skrevet af:



Birgitte Bækgaard Brasch
Chefkonsulent
Socialt Udviklingscenter SUS



Signe Groth Andersson
Chefkonsulent
Socialt Udviklingscenter SUS



Gry Segoli
Adjunkt og uddannelses-
konsulent, Københavns
Professionshøjskole

Indsatser til borgere med udviklingshandicap og demens

© Fremfærd
1. udgave, 1. oplag 2022

Projektledelse:
Sofie Thal Fisker, Socialpædagogerne
Nanna Mørch, FOA
Rigmor Lond, KL

Produktion: Kommuneforlaget A/S
Grafisk design: Karen Krarup
Foto: Colourbox, VPT

Fremfærd
Løngangstræde 25, 1.
1468 København K
fremfaerd@fremfaerd.dk
<https://vpt.dk/fremfaerd>

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Indledning	4
Om projektet Udviklingshandicap og demens	5
Sådan gjorde vi	5
Projekt med succes	5
Kort om processen	6
Model for en styrket indsats	7
Fem kerneområder	8
Det, der skal til for at lykkes	13
Støt indsatsen med 10 principper	14
Princip 1.	15
Princip 2.	16
Princip 3.	17
Princip 4.	18
Princip 5.	19
Princip 6.	20
Princip 7.	21
Princip 8.	22
Princip 9.	23
Princip 10.	23
Afrunding og fremtidigt fokus	24
Fremtidig udvikling af området	24
Mere viden	25
Bilag 1: Redskab til at omsætte de ti principper til konkret praksis	26
Bilag 2: Tværgående erfaringer fra udviklings- og afprøvningsforløb i projekt "Udviklingshandicap og demens"	29
Om erfaringsopsamlingen	29
Fremgangsmåde	29
Betydningen af indsatsen for medarbejdere, borgere og pårørende	30
Vigtige forudsætninger for at lykkes med at styrke indsatsen	32

Forord

I Danmark anslås det, at 70.000-85.000 mennesker lever med en demenssygdom og at 400.000 mennesker har et familie-medlem med demens. Der konstateres ca. 8.000 nye tilfælde af demens i Danmark hvert år.

Socialstyrelsen vurderer, at der er ca. 50.000 danskere, der har et udviklingshandicap. Personer med udviklingshandicap anslås at have 3-4 gange så stor risiko for at udvikle demens og demens indtræder ofte allerede ved 40-års-alderen.

Set i lyset af den stigende gennemsnitlige levetid for personer med udviklingshandicap, forventes antallet af mennesker med et udviklingshandicap og demens at stige markant i fremtiden.

Det kan for det kommunale social- og sundhedsfaglige personale være en vanskelig opgave at opdage tidlige tegn på demens hos mennesker med udviklingshandicap og generelt arbejde med at yde støtte til mennesker med udviklingshandicap og demens.

Der er behov for såvel kompetenceudvikling af medarbejdere og ledere, der arbejder med målgruppen, ligesom der er behov for udvikling og afprøvning af opsporingsmodeller og indsatser, der sikrer målgruppen hurtig udredning/diagnosticering i sundhedssystemet og den rette støtte til rette tid på botilbuddene.

Det var baggrunden for, at Fremfærd i januar 2019 startede projektet "Udviklingshæmning og demens". Projektet er gennemført af en fælles projektledelse fra KL, Socialpædagogerne og FOA.

Projektledelsen og Fremfærd ønsker at sende en særlig tak til Gentofte, Kerteminde, Silkeborg, Skive og Vesthimmerlands kommuner, der er gået forrest og har været med i projektet og bidraget til at udvikle på området.

Derudover ønsker projektledelsen og Fremfærd at takke Socialt Udviklingscenter SUS og Københavns Professionshøjskole, som med stort engagement og ihærdighed har sørget for at føre projektet sikkert i mål.

Indledning

Denne publikation giver et bud på, hvordan ledere og medarbejdere på botilbud og i den kommunale forvaltning kan arbejde med at styrke indsatsen over for beboere, som både har et udviklingshandicap og en demenssygdom. Både i arbejdet med opsporing og udredning og i tilrettelæggelsen af den samlede indsats.

Helt konkret præsenteres en **indsatsmodel**, som sætter fokus på **fem kerneområder**, det er vigtigt at have fokus på i arbejdet med at styrke indsatsen over for borgere med udviklingshandicap og demens.

Derudover præsenteres **ti principper** for arbejdet med målgruppen. Principperne skal understøtte både medarbejdere, ledere og organisation i at sætte en retning i arbejdet med indsatsmodellen og de fem kerneområder. Og således gerne bidrage til at der på medarbejder-, leder- og forvaltningsniveau arbejdes i samme retning og med et fælles fokus. Principperne

underbygges med konkrete eksempler på, hvordan det enkelte princip kan udfoldes i praksis.

Indholdet i indsatsmodellen og de ti principper bygger på erfaringer fra projektet "Udviklingshandicap og demens", som kort beskrives nedenfor.

De mere projektnære erfaringer, som ligger til grund for prioriteringerne i indsatsmodellen og de ti principper, fremgår af *bilag 1) Redskab til at omsætte de ti principper til konkret praksis, bilag 2) Tværgående erfaringer fra udviklings- og afprøvningsforløb i projekt "Udviklingshandicap og demens"* samt i den indledende vidensafdækning.

Vi håber, at indsatsmodel, principper og eksempler kan inspirere til, hvordan I kan udfolde og styrke indsatsen over for mennesker, som både har et udviklingshandicap og en demenssygdom i jeres kommune.

Om projektet Udviklingshandicap og demens

Publikationen her er resultatet af Fremfærdsprojektet 'Indsatser til borgere med udviklingshandicap og demens'. Fem kommuner og 16 botilbud og et dagtilbud har i forbindelse med dette projekt arbejdet med at styrke indsatsen over for målgruppen.

Projektet har haft til formål at identificere, afprøve og udvikle indsatser til beboere på botilbud, som både har et udviklingshandicap og en demenssygdom.

Socialt Udviklingscenter (SUS) og Københavns Professionshøjskole (KP) har sammen stået for udviklingsprocessen og formidler i dette materiale den læring, der er opnået i projektet.

Vores ønske er, at de gode erfaringer spredes mest muligt og kan inspirere andre, som har brug for viden og erfaringer om, hvordan arbejdet med mennesker med udviklingshandicap og demens kan styrkes og forbedres.

Sådan gjorde vi

De fem kommuner har på baggrund af en indledende kortlægning af bedste viden på området og kompetenceudvikling for medarbejderne arbejdet med at styrke tidlig opsporing og udredning, den socialpædagogiske, pædagogiske og sundhedsfaglige indsats og samarbejdet med borgeren samt samarbejdet med pårørende og andre vigtige aktører i og uden for kommunen.

Desuden indgik botilbuddene i en faciliteret udviklingsproces på tværs af kommuner.

Projektet bestod af:

1. En indledende kortlægning af bedste viden på området
2. Forberedelse og kompetenceudvikling med de deltagende kommuner
3. Udvikling og afprøvning af metoder og tilgange på lokalt niveau
4. Løbende erfaringsudveksling og evaluering på tværs af de deltagende kommuner.

Projekt med succes

Erfaringer fra projektet viser, at det har betydning for både borgere, pårørende og medarbejdere, når der sættes fokus på området.

Tidligere opsporing og bedre støtte til borgeren

Hos medarbejderne har det styrket fagligheden i form af større viden om demens og anvendelse af relevante metoder og tilgange. Både i forhold til opsporingsarbejdet og i arbejdet med at understøtte trivsel og velvære hos borgere med udviklingshandicap og demens.

Opkvalificerings- og udviklingsarbejdet har givet grundlag for bedre faglige drøftelser og refleksioner, bedre udnyttelse af de forskellige fagligheder på botilbuddet samt en oplevelse af større kollegial opbakning og samarbejde i medarbejdergruppen.

Faglig stolthed og tryghed i hverdagen for borgerne

Alt i alt har udviklingsarbejdet givet medarbejderne en større arbejdsglæde og faglig stolthed. De oplever, at de i endnu højere grad end før er i stand til at støtte op om borgere, som udvikler demens, samt deres pårørende. At de er langt bedre rustet i forhold til at understøtte den nødvendige udredning og behandling – fx ved tidligt at opdage tegn på demens og reagere på det igennem samarbejde med relevante aktører i og uden for kommunen. Og at den nye viden og de nye tilgange hjælper dem til at understøtte borgernes trivsel og velvære – på trods af en progredierende demenssygdom. Fx ved i længere tid at fastholde borgernes færdigheder, selvstændighed og tryghed i hverdagen. Og gennem samarbejde med borgerne, de pårørende og andre i borgerens netværk at fastholde fokus på livskvalitet og en meningsfuld hverdag.

Læs mere om de mere projektnære erfaringer i bilag 1 og 2.

Kort om processen

1 Indledende kortlægning

Formål: At afsøge egnede tilgange, metoder og redskaber og finde gode eksempler på, hvordan de bruges i praksis.

Resultat: Kortlægningen¹ pegede i retning af vigtige indsatsområder, metoder og redskaber og viste samtidig udfordringer og behov, som medarbejdere oplever i praksis i arbejdet med beboere med udviklingshandicap og demenssygdom.

På baggrund af kortlægningen udarbejdede SUS en foreløbig model over væsentlige kerneområder, metoder og tilgange i arbejdet med målgruppen, og KP tilrettede et kompetenceudviklingsforløb for de deltagende kommuner.

2 Forberedelse og kompetenceudvikling

Formål: At vurdere kommunernes parathed til at arbejde med de identificerede indsatsområder, støtte de deltagende kommuner og botilbud i at etablere implementeringsteams og organisere sig omkring projektet med de rette kompetencer og ressourcer. Samt at tilvejebringe det nødvendige vidensgrundlag i forhold til demens og udredningsmuligheder og relevante redskaber, metoder og tilgange hos medarbejderne.

Resultat: En parathedsvurdering for hver kommune bl.a. baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt medarbejdere og ledere på de deltagende tilbud. Etablering af implementeringsteams i alle kommuner bestående af ledere, medarbejdere og relevante resourcepersoner som fx demenskoordinatorer, udviklingskonsulenter mv. Samt gennemførelse af lokale kompetenceudviklingsforløb i alle kommuner. Kompetenceudviklingen bestod af en temadag om tidlig opsporing med fokus på viden om demens og konkrete redskaber i opsporingsarbejdet, og en temadag om trivsel og velvære, hvor forskellige metoder og samarbejdsmodeller blev introduceret. Hver temadag blev efterfulgt af en workshop med fokus på at indarbejde den nye viden i egen praksis. Derudover gennemgik alle medarbejdere e-læringsmodulet ABC-demens².

3 Udvikling og afprøvning

Formål: At omsætte den nye viden til praksis gennem udvikling, afprøvning og evaluering af konkrete tiltag i arbejdet med målgruppen. På botilbudsniveau og kommunalt niveau, tilpasset den konkrete konteksts udfordringer og behov.

Resultat: Afprøvning af en lang række forskellige redskaber, metoder og tilgange i de forskellige kommuner. Fx implementering og evaluering af nye metoder og greb, etablering af systematikker, arbejdsgange og samarbejder samt udarbejdelse af konkrete materialer til brug for medarbejdere, borgere og pårørende. Hvert implementeringsteam samlede op på udvikling, afprøvning og evaluering af de nye tiltag gennem løbende logbogsnotater eller ved hjælp af egne opfølgings- og dokumentationsredskaber.

4 Løbende erfaringsudveksling og evaluering

Formål: At samle op på tværgående erfaringer med indsatslementerne, vigtige forudsætninger for at styrke indsatsen over for målgruppen samt hvilken forskel, det gør for borgere, medarbejdere og pårørende. At give de deltagende kommuner mulighed for at mødes og erfaringsudveksle og inspirere hinanden og at bidrage til formulering af en indsatsmodel og konkrete principper for indsatsen.

Resultat: Løbende revidering af indsatsmodel og udarbejdelse af ti principper for indsatsen. Helt konkret er der afholdt tre implementeringsworkshops på tværs af kommuner, inkl. forberedende sparringsmøder med de enkelte implementeringsteams. Med fokus på videndeling omkring konkrete tiltag og redskaber, fælles formulering af vigtige forudsætninger for at lykkes og fælles beskrivelse af indsatsens betydning på baggrund af 23 case-beskrivelser fra de deltagende kommuner.

De samlede erfaringer fra projektet er formidlet i denne publikation gennem formulering af indsatsmodellen med fem kerneområder, ti principper for arbejdet og en opsamling på de mere projektnære erfaringer i bilag 1 og 2.

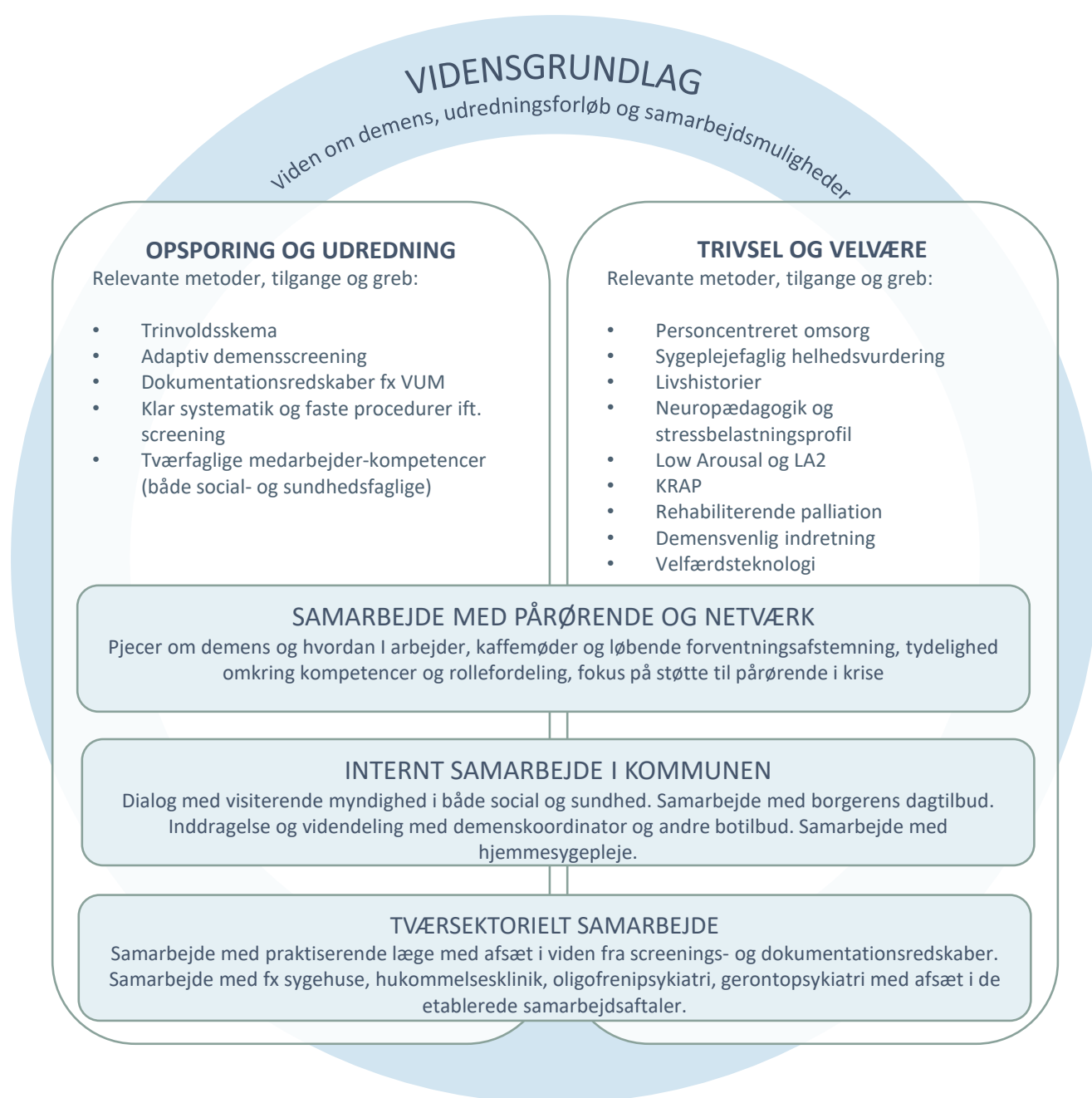
1 Socialt Udviklingscenter SUS (2020): Udviklingshæmning og demens. Indledende kortlægning af viden og praksis i arbejdet med mennesker med udviklingshæmning og demens. Link: [Kortlægning](#)

2 Elæringsmodulet ABC er udviklet af Nationalt Videncenter for Demens og ligger til fri afbenyttelse på deres hjemmeside.

Model for en styrket indsats

Demens er en paraplybetegnelse for op til 200 forskellige tilstande, der kan medføre demens. Det enkelte menneske, der får en demenssygdom, vil reagere på forskellig vis alt efter demenstype, livshistorie, personlighed, helbredstilstand, omgivelser og sociale relationer. Indsatsen i forhold til mennesker med demens bør derfor være individuelt tilpasset og tage udgangspunkt i det enkelte menneskes situation og præferencer.

Alligevel er der nogle overordnede kerneområder, som kan være med til at danne rammen om en hjælpsom indsats over for den enkelte. Derfor er der udarbejdet en model for hvordan indsatsen på området kan styrkes. Modellen tager afsæt i viden fra den indledende kortlægning og erfaringer fra kommunernes arbejde med at udvikle og afprøve nye indsatser.





Indsatsmodellen sætter fokus på fem kerneområder, som alle er vigtige i arbejdet med at styrke indsatsen over for mennesker med både et udviklingshandicap og en demenssygdom (se afsnittet herunder). Modellen kommer med bud på konkrete tilgange, metoder og greb, som kan være hjælpsomme i arbejdet.

Derudover illustrerer modellen, at det er en forudsætning for at lykkes i arbejdet med områderne, at den nødvendige demensfaglige viden er til stede hos medarbejdere og ledere.

Fem kerneområder

I forhold til den enkelte borger indebærer indsatsmodellen et fokus på både opsporing og udredning, og dernæst hvordan man kan arbejde med trivsel og velvære, når en borger diagnosticeres med demens. På tværs af disse indsatser er det nødvendigt at have fokus på samarbejde med pårørende og netværk, det interne samarbejde i kommunen og det tværsektorielle samarbejde med fx praktiserende læge og sygehus.

Nedenfor udfoldes de fem kerneområder med fokus på, hvad de enkelte kerneområder handler om, hvorfor de er vigtige, og hvilke konkrete metoder, tilgang og greb, som kan være hjælpsomme i arbejdet.

Kerneområde: Opsporing og udredning

Mennesker med udviklingshandicap har øget risiko for at udvikle en demenssygdom. Det kan skyldes et medfødt udviklingshandicap, men også andre faktorer som ulighed i sundhed i form af KRAM-faktorer³. En demensdiagnose skal altid stilles af speciallæger med indgående kendskab til målgruppen, og det er regionen, der har ansvar for at udrede borgere, når der er mistanke om en demenssygdom. Mennesker med udviklingshandicap kan have svært ved at indgå i den standardiserede demensudredning, da den er udviklet til den almene befolkning. Udredningen bør derfor ske i et tæt samarbejde mellem botilbud, praktiserende læge og hukommelsesklinikken i regionen.

Botilbuddet spiller en vigtig rolle i forhold til selve opsporingen af demenssygdomme hos borgerne. Medarbejderne er tæt på borgerne i hverdagen og kan derfor være opmærksomme på vigtige ændringer i adfærd og funktionsniveau. Det er vigtigt, at det sker systematisk og på et fagligt grundlag.

Der findes en række værktøjer, der kan anvendes på botilbud til løbende at kortlægge og vurdere den enkeltes funktionsniveau, så begyndende ændringer som følge af en demenssygdom kan blive opdaget så tidligt som muligt, og der kan sættes ind med den rette udredning, behandling og omsorg.

Det kan fx være Trinvoldsskemaet, Adaptiv demensscreening eller en udredning efter voksenundretningsmetoden (VUM), der kan anvendes regelmæssigt for at få øje på begyndende forandringer hos borgeren. Den systematiske screening med fx Trinvoldsskemaet understøtter desuden en fælles faglig tilgang til den enkelte. Det er et godt refleksionsredskab for personalet i forhold til fælles drøftelser af, hvordan de tolker den enkeltes demensudtryk. Og samtidigt et godt udgangspunkt for dialog og samarbejde med andre aktører om faglige perspektiver.

Det kan l gøre:

- Anvend et systematisk screeningsredskab med regelmæssige mellemrum (6-12 måneder)
- Udfør den systematiske screening i fællesskab – gerne med et tværfagligt blik
- Følg op på ændringer i funktionsevne og inddrag relevante samarbejdspartnere.

3 KRAM står for Kost, Rygning, Alkohol og Motion og er faktorer, der påvirker det generelle helbred og kan have betydning for udviklingen af en række livsstilssygdomme, herunder demens.

Case: Tidlig opsporing af demens

"Vi har en borger, som altid har været præcis med at komme til tiden både på arbejde og til måltiderne, og som har klaret de opgaver, hun havde, uden hjælp. De første tegn, vi ser, er, at hun begynder at komme for sent på arbejde. Pludselig kommer hun ud til aftensmad kl. 17.00, vi spiser kl. 18.00. Andre gange skal vi hente hende til aftensmaden, da hun glemmer at komme.

Vi tager kontakt til hendes arbejdsplads, og de fortæller, at de også ser nogle forandringer hos hende. Fx at hun går i stå midt i en opgave, og at hun nogle gange har brug for hjælp til at gå i gang med en opgave. Tidligere klarede hun det hele selv.

Vi tog kontakt til mor og læge og fik en henvisning til hukommelsesklinikken. Første møde med lægen fra hukommelsesklinikken foregik i borgerens lejlighed. Hendes mor og kontaktpersonen var til stede.

Efterfølgende blev borgeren indkaldt til samtale og undersøgelse på hukommelsesklinikken. Mor og kontaktpersonen var sammen med borgeren, da hun blev scannet og undersøgt. Lægen spurgte ind til, hvordan borgeren syntes, det gik siden sidst, de havde mødtes i hendes hjem, og spurgte til om mor og kontaktperson havde set nogle ændringer.

Der er tale om ændringer i "småtingsafdelingen". Fx har borgeren ikke lyst til at skifte tøj, hun ønsker ikke at vaskes tøj, og går glip af aktiviteter fordi hun falder i staver med andre ting. Lægen visualiserede for borgeren på en tegning, at borgeren er på et meget tidligt stadie af demensen.

Vi er selvfølgelig opmærksomme på de små forandringer, og vurderer at borgeren har brug for mere støtte i hverdagen.

Fremover skal der være en opfølgning med hukommelsesklinikken hvert år. Vi fortsætter med at udfylde Trinvolds skema – nu hver tredje måned – og vi har netop aftalt at gøre det i samarbejde med borgerens dagtilbud.

Borgerens mor, som havde været skeptisk inden første møde med hukommelsesklinikken, udtrykte glæde over, at borgeren er kommet i gang med forløbet, og tilfreds med at lægen tog sig tid til at forklare det, så alle kan være med."

– Botilbud i Gentofte Kommune

Kerneområde: Trivsel og velvære

Tilgangen til mennesker med udviklingshandicap og demens bør bygge på en helhedsorienteret personcentreret tilgang, hvor der er fokus på sundhedsfaglige, socialpædagogiske, pædagogiske og sociale indsatser, hvis formål er at understøtte trivsel og velvære. Så den enkelte borger – på trods af den progredierende demenssygdom – i videst muligt omfang kan bevare færdigheder, selvstændighed og meningsfuldt indhold i hverdagen.

De sundhedsfaglige indsatser bør have fokus på at sikre den bedst mulige helbredstilstand. Mennesker med udviklingshandicap og demens kan, blandt andet som følge af sanseforstyrrelser, have svært ved at give udtryk for somatiske symptomer som smerter og ubehag og kan som følge af nedsat kropsfornemmelse få en nedsat sult- og tørstfornemmelse. Ligeledes vil de, som demenssygdommen skrider frem, være i øget risiko for at udvikle infektionssygdomme, få synkebesvær og have øget risiko for at falde. Her er medarbejdernes kendskab og systematiske opmærksomhed på det enkelte menneske essentiel, så den ændrede helbredstilstand kan opdages og behandles i tide.

Det kan l gøre:

- Lav en sygeplejefaglig helhedsvurdering⁴ med jævne mellemrum og tag fat i borgerens praktiserende læge, som skal tilbyde borgeren et årligt helbredstjek, hvor borgerens generelle helbredstilstand og evt. medicin gennemgås.
- Ved pludselige ændringer i adfærd eller funktionsevne bør man først udelukke andre somatiske årsager, gerne i tæt samarbejde med sundhedsfagligt personale.

De socialpædagogiske og pædagogiske indsatser bør tage udgangspunkt i den sociale- og neuropædagogiske tilgang med fokus på at understøtte ressourcerne hos den enkelte. Her bør der tænkes i, at den enkeltes adfærd er et udtryk for kommunikation. Mennesker med udviklingshandicap og demens kan undervejs i deres demensforløb udvise tegn på adfærdsmæssige og psykiatriske symptomer (BPSD), hvilket aldrig må tolkes som et tegn på deres demenssygdom, men som et tegn på mistrivsel og udtryk for manglende opfyldelse af behov.

4 Sygeplejefaglig journalføring, se Styrelsen for Patientsikkerhed: <https://stps.dk/da/ansvar-og-retningslinjer/vejledning/journalfoering/sygeplejefaglig-journalfoering/>

Case: Nye normer

"Frederik har fremskreden demens. Der er kommet straks-påbud fra arbejdstilsynet, da Frederik klamrer sig til personalet under forflytninger. Frederik klamrer sig, da han er meget angst, særligt for at komme ud på badeværelset. Under drøftelser på personalemøde aftales det derfor, at Frederik fremover får sin personlige pleje i sengen i soveværelset. Der bestilles lift og andre hjælpemidler, så Frederik ikke klamrer sig til personalet.

Aftalen kræver en ændring i personalets opfattelse af normer og holdninger, da det er uden for normalen at bruge lift og andre hjælpemidler på bostedet. Ændringen giver bedre arbejdsmiljø for medarbejderne og bedre trivsel for borgeren."

– Botilbud i Skive Kommune (Frederik er ikke borgersens rigtige navn)

Hvor man i den socialpædagogiske og pædagogiske indsats over for borgere, som ikke har en demenssygdom, arbejder med udviklende strategier, bliver der nu behov for i højere grad at tænke i kompenserende strategier og en løbende tilpasning af støtte og omsorg, i takt med at borgerens funktionsniveau falder. Dette kan gøres med udgangspunkt i den habiliterende indsats, der har fokus på at bevare opnåede færdigheder, men samtidig med fokus på den palliative tilgang, hvor der arbejdes med at tilpasse indsatserne sideløbende med, at behovene ændres undervejs i sygdomsforløbet.

De socialpædagogiske og pædagogiske indsatser bør tage udgangspunkt i borgerens livshistorie og præferencer. Det er derfor en fordel, hvis både borgere og medarbejdere er vant til at arbejde med livshistorier, allerede før demenssygdommen indtræder.

Det kan I gøre:

- Tag udgangspunkt i den eksisterende socialpædagogiske og pædagogiske tilgang på botilbuddet. Det kan være Kognitiv Ressourceorienteret Anerkende Praksis (KRAP), LA2, Afstemt pædagogik eller en fjerde tilgang.
- Tilpas løbende tilgangen i takt med ændringer i borgerens behov og funktionsevne
- Byg tilgangen op ud fra borgerens livshistorie for at sætte borgerens ressourcer i spil

De sociale indsatser kan være indsatser i form af ændrede dagtilbud, indretning af de fysiske omgivelser og gruppedynamikken blandt beboerne på botilbuddet. Her kan man arbejde med at udvikle dagtilbud, der er tilpasset mennesker med en demenssygdom, i form af færre deltagere, mindre rammer og kortere fremmøde. De fysiske omgivelser skal løbende tilpasses i form af genkendelighed, overskuelighed og tryghed. Endelig kan der undervejs i demensforløbet ske en ændring af borgerens sociale færdigheder, hvilket kan påvirke deres evne til at indgå i de sociale sammenhænge, som de tidligere har deltaget i.

Det kan I gøre:

- Tilpas de fysiske omgivelser, så de er afstemt i forhold til borgerens funktionsevne i form af lys, farver og overskuelighed
- Lav en løbende vurdering af passende dagtilbud, så borgeren kan opretholde en meningsfuld hverdag.
- Tag fat i myndighedsfunktionen, hvis borgeren har brug for at blive visiteret til et andet dagtilbud. Det kan være, at man skal lave et lille dagtilbud på botilbuddet, hvor borgeren får mulighed for at være i mere overskuelige rammer.
- Understøt og tilpas de sociale relationer, så borgeren kan opretholde en værdighed i relationerne og kan bevare sin identitet.

De sundhedsfaglige, socialpædagogiske, pædagogiske og sociale indsatser bør sammentænkes, så de supplerer og understøtter hinanden. Det kræver en god tværfaglig forståelse af borgerens udfordringer og behov samt et godt tværfagligt samarbejde.

Kerneområde: Samarbejde med pårørende og netværk

I arbejdet med mennesker med udviklingshandicap og demens bør pårørende og netværk indgå som både en aktiv samarbejdspartner og særligt indsatsområde så tidligt som muligt. Det kan være forældre og søskende, der skal samarbejdes med, men det er ikke alle borgere, som har nære familiemedlemmer tilbage eller tæt på. Derfor er det også vigtigt at have fokus på andre vigtige personer i borgerens netværk, som kan spille en rolle, bidrage med viden eller have brug for støtte og vejledning i forhold til at kunne være der for borgeren i demensforløbet.

Der bør i samarbejdet med pårørende og netværk være fokus på dem som samarbejdspartner og ressource, men også på deres behov for løbende information og vejledning, støtte og omsorg. En forudsætning for et godt samarbejde vil være gensidig og rettidig kommunikation.

Borgernes pårørende og netværk er først og fremmest vigtige samarbejdspartnere og kilde til vigtig viden om mennesket med udviklingshæmning og demens. De kan bidrage med vigtig viden om borgerens livshistorie, præferencer og personlighed.

Samtidig er det vigtigt at huske, at de pårørende har brug for viden om tegn på demens, opsporing og udredning for at kunne indgå konstruktivt i samarbejdet. Botilbuddet har derfor en opgave i at formidle information om demens og demensudredning, så de pårørende får forståelse for deres næres sygdomsforløb, kan være forberedte på det, der sker, og aktivt kan inddrages undervejs. Informationen bør gives gradvist i takt med sygdomsudviklingen. Her kan hukommelsesklinikkerne og demenskonsulenterne være vigtige samarbejdspartnere.

Endelig er det vigtigt at være opmærksom på, at det gode pårørendesamarbejde også indebærer at være støttende og omsorgsfuld over for de pårørende, når der er behov for det. De pårørende gennemgår en sorgproces i forbindelse med, at deres søn/datter/bror/søster/ven har fået en demenssygdom. Her skal der gives plads til samtale, som understøtter den pårørende i at håndtere den ændrede relation og det løbende tab, som de vil opleve undervejs i demensforløbet.

Det kan I gøre:

- Inddrag pårørende så tidligt som muligt i forhold til opsporing og udredning
- Tilbyd de pårørende støtte i forhold til at rumme og tilpasse sig den nye situation
- Lav en tydelig forventningsafstemning i forhold til hvornår og hvordan de pårørende kan involveres, vil de fx med til lægesamtaler og lignende?

Kerneområde: Internt samarbejde i kommunen

De enkelte kommuner har som regel en eller flere demenskonsulenter/koordinatorer ansat, der kan bidrage med relevant viden og sparring i forhold til demens – men disse er ofte forankret under sundheds- og ældreområdet. Det kalder på et øget videns-flow og samarbejde mellem de socialpædagogiske, pædagogiske og sundhedsfaglige indsatser. Botilbud til mennesker med udviklingshæmning er typisk organiseret under det socialfaglige område, hvorimod indsatserne omkring demens er organiseret under det sundhedsfaglige område. Her er det vigtigt at arbejde koordinerende med relevante indsatser, så de tager afsæt i den enkelte borgers behov. Der kan være behov for at sikre en koordinering mellem de forskellige dokumentationssystemer, så relevant viden bliver delt, eller at det bliver aftalt, hvem der står for kommunikation med for eksempel hukommelsesklinikken om udredning og behandling.

Derudover er det vigtigt, at der er udveksling af viden og en løbende dialog mellem botilbuddet, et eventuelt dagtilbud og kommunens myndighedsfunktion. Så de mål, der sættes og arbejdes efter i handleplanen, hele tiden giver mening i forhold til borgerens sociale og sundhedsmæssige ressourcer og behov. Og for at der løbende kan ske en revisitering af socialpædagogiske, pædagogiske og sundhedsfaglige indsatser, i takt med at borgerens funktionsniveau ændrer sig.

Det kan I gøre:

- Få lavet klare og tydelige samarbejdsaftaler mellem centrene i kommunen, hvor ansvarsområder, samarbejdsflader og borgerens behov bliver beskrevet og aftalt, så der kan reageres og handles, når behovet opstår.
- Sørg for, at der er fora, som understøtter en løbende dialog mellem botilbud, dagtilbud og myndighedsfunktionen. Fx i forbindelse med at der udfyldes et Trinvoldsskema for borgeren.
- Hav blik for de gode ressourcer og fagligheder, der er i hele organisationen, for eksempel har de fleste kommuner demenskonsulenter eller demenskoordinatorer ansat, som har en indgående viden om demensområdet.

Kerneområde: Tværsektorielt samarbejde

Mennesker med udviklingshandicap og demens har ofte behov for et koordineret forløb mellem kommunale tilbud, praktiserende læge og regionen. Samarbejdet om mennesker med en demenssygdom er beskrevet i de regionale samarbejdsaftaler eller forløbsprogrammer samt i nationale anbefalinger til tværsektorielle forløb for mennesker med demens. I dette samarbejde har botilbuddet en central rolle, da det er botilbuddet, der kender borgeren og bedst kan reagere og følge op på ændringer i behov og funktionsevne. Der bør etableres et tæt samarbejde, hvor der gensidigt er kendskab til hinandens kompetenceområder og opgaver, så der kan reageres og iværksættes relevante indsatser som udredning, behandling og opfølgning, når der opstår behov for det.

En forudsætning for samarbejdet er, at medarbejdere og ledere kender til de relevante samarbejdspartnere og samarbejdsaftaler, der er. Samt at der på botilbuddet er nogle klare procedurer, arbejdsgange og evt. materialer, som bakker medarbejderne op i samarbejdet.



Case: Demens-venlig indretning

"Borgers bolig har tidligere været "fyldt" med de ting, der har borgerens interesse. Efter konstateret demens har medarbejderne sammen med borgeren fået gjort boligen mere demens-venlig. Alle forstyrrende elementer er fjernet. Fx har borgeren nu kun et mindre antal cd'er stående fremme. Resten af hans samling er flyttet i kasser og sat væk.

På køleskabet har vi efter aftale med borgeren hængt en seddel op, hvorpå der står "Jeg får udleveret 1 cola til køleskabet efter morgenpleje" og "Jeg er 55 år". Det er spørgsmål, som borgeren ofte har brug for svar på. Nu kan han se det på køleskabet. Desuden har borgeren nu fået et stort billede af sig selv og sine kontaktpersoner i soveværelse, så han altid kan se og huske, hvem de er."

– Botilbud i Silkeborg Kommune

Det kan I gøre:

- Tag udgangspunkt i det regionale forløbsprogram eller samarbejdsaftale for mennesker med demens, og sørg for at alle kender til indholdet af disse.
- Etablér en tydelig struktur og procedure i forhold til, hvem der skal kontaktes, hvis en borger begynder at udvise tegn på demens.
- Sørg for, at medarbejderne har gode forudsætninger for at kommunikere og samarbejde med fx læge og sygehus. Fx i form af viden om udredningsforløb og rolle- og ansvarsfordeling. Samt via redskaber og materialer, som kan hjælpe medarbejderne til at formidle konkret viden om borgerens adfærd og behov og generel viden om udviklingshandicap til samarbejdspartnere.

Det, der skal til for at lykkes

Det kræver et kontinuerligt og vedholdende fokus over længere tid, hvis det skal lykkes at styrke indsatsen over for målgruppen på sigt. Erfaringer fra de fem kommuner, som har arbejdet med at styrke indsatsen over for borgere med udviklingshandicap og demens, er at det er nødvendigt med et vedholdende fokus dels på målgruppen og den faglige tilgang, og dels på hvordan den nyerhvervede viden, de nye arbejdsgange, procedurer, og redskaber omsættes til konkret praksis i den brede medarbejdergruppe. Og at det fokus ledelsesmæssigt skal op både på forvaltningsniveau og botilbudsniveau.

Kommunerne peger på fire vigtige forudsætninger for at lykkes med indsatsen.

- Der etableres et fælles fagligt sprog og sættes tid af til faglige drøftelser.
- Der etableres en klar systematik og klare strukturer for arbejdet, som indarbejdes i eksisterende strukturer og systemer.
- Det er tydeligt, hvor ansvaret for at koordinere og fastholde fokus på indsatsen ligger. Fx løbende at sikre at det nødvendige vidensgrundlag og kendskab til relevante arbejdsgange og samarbejdsformer er til stede hos medarbejderne.
- Indsatsen bakkes op på centralt niveau i form af klare samarbejdsaftaler og ledelsesmæssig opbakning på tværs af forvaltninger.

De fem kommuners erfaring er derudover, at deres indsats i høj grad er afhængig af samarbejdet med regionen, herunder praktiserende læge og sygehusets hukommelsesklinik. Erfaringen er også, at kvaliteten af deres indsats i høj grad er afhængig af regionens ditto til borgere, som både har et udviklingshandicap og en demenssygdom, men at indsatskvaliteten er svingende fra region til region og fra læge til læge.

Det kræver altså noget af både ledere og medarbejdere i kommunerne (og af aktører uden for kommunerne), hvis indsatsen reelt skal styrkes.

Til at støtte op om arbejdet med indsatsmodellen er der derfor – og på baggrund af de fem projektkommuners erfaringer – udviklet ti principper, som kan støtte og guide medarbejdernes og ledernes arbejde for at styrke indsatsen både på botilbudsniveau og på forvaltningsniveau.

Case: Gulvvask i fælleshuset

"Borgeren har i længere tid haft til opgave at vaske gulv og gulvlistere i fælleshuset. Hidtil har han selvstændigt ordnet sin opgave hver fredag – indimellem på opfordring af personalet. Han har selv ryddet gulvet, sat stolene op på bordet, fundet spand og moppe, fyldt vand og sæbe i og har vasket gulvet.

Pludselig begynder gulvvask og alt det, han skal i den forbindelse, at blive sværere at overskue. Borgeren giver udtryk for, at det "er hårdt", og at han gerne vil have en anden opgave i fælleshuset. For at støtte ham tilbyder medarbejderne at hjælpe ham. Og at det bliver gjort om lørdagen kl. 14.00, hvor han er mere frisk. Han er med på ideen.

Om lørdagen foregår det nu på følgende måde: Ved morgenkaffen mindes han om sin opgave kl. 14.00. Borgeren kommer i fælleshuset til aftalt tid. Han sætter stolene op på bordet og rydder gulvet. Han fylder sin egen og personalespanden med vand og sæbe. Vi aftaler herefter, hvilken del af rummet han vil vaske.

Vi får en hyggelig snak, når vi vasker gulvet i fællesskab. Han synes, det er sjovt, når vores mopper eller skuldre "ramler" sammen. Og borgeren fik smilet frem på læberne den dag, han sagde til medarbejderen: "Du skal også lige huske at tage gulvlisterne!"

– Botilbud i Vesthimmerlands Kommune

Støt indsatsen med 10 principper

De ti principper, som er udviklet på baggrund af projektet, giver en retning for arbejdet med de fem kerneområder uden at beskrive detaljeret, hvad den enkelte medarbejder og leder skal gøre for at opnå noget bestemt. De afspejler nogle værdier, man bør sigte mod, og er guidende i forhold til, hvordan man bør gribe arbejdet med de fem kerneområder an. På den måde kan de bruges meget bredt både af botilbudsmedarbejderen og af udviklingskonsulenten i en given kommune. Og der kan i arbejdet med dem tages hensyn til de særlige forhold, der kan være i den enkelte kommune eller på et bestemt botilbud, fx størrelse, fysiske rammer, dokumentationssystem, arbejdsgange, faggrupper osv.

De ti principper er:

1. Arbejd systematisk og helhedsorienteret med observation og dokumentation af borgerens adfærd og funktionsniveau.
2. Støt borgeren i at blive undersøgt og udredt for demens og i at få den hjælp og behandling, som borgeren har ret til i demensforløbet.
3. Hav et systematisk og helhedsorienteret blik på borgeren, som rummer sundhedsfaglige, socialpædagogiske og pædagogiske perspektiver.
4. Samarbejd med borgere og pårørende om at udforske og dokumentere borgerens livshistorie.
5. Tilbyd deltagelse i meningsfulde aktiviteter, som tager hensyn til borgerens præferencer og funktionsevne.
6. Brug fælles faglige metoder og redskaber, som støtter jer i at reflektere over og arbejde med borgerens trivsel.
7. Prioritér samarbejdet med pårørende og netværk med blik for både deres ressourcer, og hvor de har brug for støtte og viden.
8. Brug fagpersoner i kommunen med viden og kompetencer inden for demensområdet (på tværs af socialområdet og sundhedsområdet).
9. Hav et formaliseret samarbejde og klare aftaler med relevante samarbejdspartnere i andre sektorer.
10. Vær tydelig over for samarbejdspartnere, pårørende og netværk om, hvordan I arbejder, og sørg for, at de har den viden, de har brug for, for at kunne samarbejde med jer.

Den enkelte kommune eller botilbuddet kan supplere med en procedure eller vejledning, som mere detaljeret beskriver, hvordan de vil arbejde med de enkelte principper. Fx hvilke konkrete handlinger i hverdagen, systemer, arbejdsgange og procedurer, der skal understøtte arbejdet med de ti principper. Det vil sige den lokale 'opskrift' på, hvordan man ud fra de ti principper tilrettelægger indsatsen og arbejdet med borgere, pårørende og samarbejdspartnere.

Principperne er som sagt guidende, hvorfor det i arbejdet med dem netop vil være nødvendigt at beskrive mere konkret, hvordan de skal omsættes til praksis hos jer. Det kan være en god idé at lave enkle og overskuelige beskrivelser af, hvordan I hos jer omsætter de ti principper. Og at gøre disse beskrivelser tilgængelige for alle, der har med målgruppen at gøre – på tværs af niveauer og forvaltninger. I bilag 1 finder I et redskab, som I kan anvende i arbejdet med at beskrive og formidle, hvordan I omsætter de ti principper til praksis i jeres kommune.

I afsnittet nedenfor udfoldes hvert princip med konkrete eksempler på, hvordan I kan arbejde med principperne som organisation og botilbud.

Princip 1.

Arbejd systematisk og helhedsorienteret med observation og dokumentation af borgerens adfærd og funktionsniveau.

Hvis medarbejdere, ledere og organisationen arbejder med et systematisk og helhedsorienteret fokus på observation og dokumentation, bliver det muligt tidligere at få øje på, om en borgers adfærd eller funktionsniveau ændrer sig. Observationerne og dokumentationen betyder, at medarbejderne har et fælles blik på borgerens adfærd, funktionsniveau, udfordringer og behov. Det kræver et dokumentationsredskab og arbejdsgange, der understøtter, at observationerne systematisk bliver noteret. Alle medarbejdere bør kende formålet med at arbejde systematisk, helhedsorienteret og med at observere og dokumentere.

Hvordan?

Brug fx Trinvoldsskemaet, som tilbyder en systematik for observation og dokumentation af ændringer i borgerens adfærd, rutiner, hukommelse m.m. Skemaet giver både mulighed for at opspore tegn på demens tidligt i forløbet og for at følge udviklingen i sygdommen, så indsatsen kan tilpasses borgerens behov. Det er vigtigt, at skemaet bliver en integreret del af den faglige tilgang til borgerne, og at det bliver sat i system og integreret i de eksisterende arbejdsgange. Derudover er det vigtigt, at det er tydeligt, hvem der har ansvar for at udføre registreringerne. Og at der er et grundlæggende kendskab til skemaet hos alle medarbejdere.

Sådan har andre gjort

- I Silkeborg Kommune udfylder personalet systematisk Trinvoldsskemaet for alle beboere én gang om året, når huslægen er på botilbuddet. Skemaet bliver også udfyldt, hver gang en ny beboer flytter ind. Hvis en beboer har fået en demensdiagnose, bliver skemaet udfyldt hver 3. måned. For at sikre kendskab til metoden blandt medarbejderne har man lavet en kort film, hvor en medarbejder introducerer til Trinvoldsskemaet. Filmen bliver vist i introduktionen af nyt personale, og når der er brug for genopfriskning.
- Vesthimmerlands Kommune udfylder Trinvoldsskemaet hvert år for borgere over 30 år med Downs Syndrom. For borgere med andre udviklingshandicaps bliver Trinvoldsskemaet udfyldt årligt, fra de er fyldt 40 år. Hvis der er forandringer hos en borger, udfyldes skemaet hver 3. måned. Vesthimmerland har for at understøtte dette arbejde lavet en folder som beskriver, hvordan og hvornår Trinvoldsskemaet skal udfyldes og hvilke medarbejdere, der skal gøre hvad.

Case: Pludselig usikkerhed i forhold til kendte og faste opgaver

"En af borgerne havde en fast opgave på botilbuddet hver aften. Hun skrev aktiviteter på fællestavlen og satte billeder op af de medarbejdere, som skulle komme næste dag. Borgeren har selv kunnet klare denne opgave uden støtte. Pludselig ser vi hende blive usikker og sætte forkerte billeder og navne sammen. Samtidig ser vi også, at hun på sit arbejde ikke kan klare de opgaver, hun kunne tidligere – et sted, hun har været 25 år, to dage om ugen.

Vi ser borgeren begynde at græde og være ængstelig, uden at hun kan forklare hvorfor. Der bliver taget kontakt til pårørende og læge, og borgeren henvises til hukommelsesklinikken."

– Botilbud i Gentofte Kommune



Princip 2.

Støt borgeren i at blive undersøgt og udredt for demens, og i at få den hjælp og behandling som borgeren har ret til i demensforløbet.

Borgere med et udviklingshandicap bliver i mindre grad udredt for demens end andre borgere. Derfor er det nødvendigt at støtte borgeren i at blive undersøgt og udredt, da der ellers kan være risiko for, at demenssygdommen ikke konstateres, eller først bliver konstateret meget sent i forløbet. Konsekvensen for borgerne kan være, at de ikke får den støtte, omsorg og behandling, de har ret til og brug for.

Hvordan?

Det er nødvendigt, at medarbejdere og ledere har en grundlæggende viden om demens og kendskab til de aktører og procedurer, der knytter sig til en udredningsproces. Når medarbejderne har tilstrækkelig viden, kan de bedre støtte borgeren i at få den rette hjælp. Det er derfor vigtigt at arbejde med, at medarbejderne har den viden, de har brug for, for at kunne understøtte borgerens adgang til udredning og behandling. Det kan fx være ved at tilbyde undervisning i demens og udredning og udarbejde pjecer og andet informationsmateriale til medarbejderne og til samarbejdspartnere. Viden og informationsmateriale kan styrke både den fælles opmærksomhed på borgeren og kommunikationen og samarbejdet med praktiserende læge og hukommelsesklinik.

Sådan har andre gjort

- I Vesthimmerlands Kommune har man udarbejdet en folder til medarbejdere, som oplyser om, hvad medarbejderne skal gøre for at være forberedt og kunne støtte borgeren til demensudredning. De skal løbende fokusere på forandringer hos borgerne og udfylde Trinvoldsskemaet. Ved forandringer hos en borger støtter de borgeren i at blive undersøgt hos praktiserende læge, så det kan udredes, om der er tale om demens eller andre sygdomme. Til lægekonsultationen medbringes borgerens Trinvoldsskemaet som dokumentation for de forandringer, de har oplevet hos borgeren. Det giver lægen et godt udgangspunkt for at vurdere borgerens tilstand.
- Når medarbejdere i Gentofte Kommune observerer forandringer hos en borger, kontakter de først borgerens arbejdsplads eller dagtilbud for at få indblik i, om de der har lagt mærke til de samme forandringer. Hvis det er tilfældet, kontaktes de pårørende og borgerens læge. Lægen kan herefter henvise borgeren til en hukommelsesklinik. I Gentofte har det været en vigtig støtte for medarbejderne, at de har nogle fælles fagligt begrundede procedurer, som de kan læne sig op ad i samarbejdet med andre.

Princip 3.

Hav et systematisk og helhedsorienteret blik på borgeren, som rummer både sundhedsfaglige, socialpædagogiske og pædagogiske perspektiver.

Et systematisk, helhedsorienteret og tværfagligt blik på borgeren er vigtigt, da borgere med udviklingshandicap og demens har brug for pædagogiske, socialpædagogiske og sundhedsfaglige indsatser. Der er endnu begrænset viden om det at have både et udviklingshandicap og demens, og den viden, der findes, er ikke så udbredt. I praksis kan det vise sig ved, at det socialpædagogiske og pædagogiske personale mangler viden om demens, udredning, behandlingsmuligheder og omsorgsbehov, mens det sundhedsfaglige personale mangler viden om de socialpædagogiske og pædagogiske indsatser og metoder og hvad det vil sige at have et udviklingshandicap.

Hvordan?

Når borgere med udviklingshandicap bor på et botilbud, vil det socialpædagogiske og pædagogiske perspektiv typisk stå stærkest. Der er derfor brug for en systematik for, hvordan det sundhedsfaglige perspektiv bliver en del af helhedstænkningen, særligt når botilbuddet har mange borgere over 30-40 år. Tiltag kan dels være at have socialpædagogisk, pædagogisk og sundhedsfagligt uddannet personale ansat, at opbygge et tværfagligt samarbejde med medarbejdere fra sundhedsområdet, eller at styrke det socialpædagogiske og pædagogiske personales viden om demens og udredning. Indsatsen, der tilrettelægges for borgeren, skal tage udgangspunkt i borgerens samlede behov.

Sådan har andre gjort

- I Gentofte Kommune får alle medarbejdere, som arbejder på tilbud for mennesker med udviklingshandicap, tilbudt bl.a. e-læringskurset ABC Demens. Via kurset opnår de en grundlæggende viden om demens. Det enkelte tilbud vurderer selv, om det er alle eller udvalgte medarbejdere, der skal gennemføre kurset.
- På botilbuddene i Silkeborg Kommune har de både social- og sundhedsfagligt personale ansat, fx socialpædagoger, sosu-assistent, ergoterapeut og sygeplejersker. De oplever, at det tværfaglige samarbejde er positivt, fordi de tværfaglige medarbejdere bidrager til en fælles viden i forhold til borgerne. En god forudsætning for at kunne samarbejde er, at faggrupperne opnår et fælles sprog og fokus i arbejdet med borgerne. Derfor deltager alle medarbejdere i undervisning, hvor de får grundlæggende viden om demens.

Case: Vi kunne handle hurtigt og rigtigt

"50-årig mand med Downs Syndrom begynder at ændre adfærd i det små. Han har fx tidligere været meget blufærdig og låst døren, når han gik i bad. Nu kommer han nøgen til døren, uden at have ordene til at bede om hjælp. Udvikler en del taktile forandringer og mister kommunikative og praktiske færdigheder. Forlader oftere huset eller dagtilbuddet når noget bliver svært. Hans døgnrytme forandres, således at han begynder at stå op om natten.

Der laves flere tiltag i denne forbindelse; Tidlig og kontinuerlig kontakt til pårørende om vores mistanke om demens. Udelukkelse af somatisk baggrund for tilstanden (urinvejsinfektion, syn og hørelse, CT-scanning, stofskifte eller andet). Målrettet udvælgelse af de rette KRAP-redskaber. Ved samme lejlighed er hans livshistorie blevet en del af den måde, vi ser ham på.

Vores forarbejde gjorde, at vi var godt forberedt til det efterfølgende lægebesøg. Samarbejdet med læge har været rigtig godt, der har været en oplevelse af, at vi var forberedte og faglige ved alle kontakter. Vi er undervejs blevet mødt med stor forståelse af de pårørende, der også har haft mulighed for at dele deres sorg over den nye tilstand.

Der er nu ved at blive etableret kontakt til vores demens-tilbud i samarbejde med personalet og de pårørende. Vi står med en oplevelse af, at vi her kunne handle hurtigt og rigtigt."

– Botilbud i Vesthimmerland Kommune

Princip 4.

Samarbejd med borgere og pårørende om at udforske og dokumentere borgerens livshistorie .

Arbejdet med livshistorier er en del af tilgangen Personcentreret omsorg (se indsatsmodellens kerneområde 'Trivsel og velvære'). Livshistoriearbejdet kan give nye forståelser og perspektiver på borgerens liv, interesser og ressourcer. Det kan åbne op for gode samtaler, bidrage til nye indsatser hos borgeren og medvirke til indsigt og respekt for det liv, borgeren har levet. At inddrage borgeren og de pårørende i beskrivelsen af livshistorier kan desuden medvirke til et bedre samarbejde og øget fokus på borgeren og de pårørendes ressourcer.

Hvordan?

Livshistorier tager udgangspunkt i vigtige begivenheder, kompetencer og ressourcer hos borgeren, og historierne kan udarbejdes på flere måder fx som en bog, billedkollager eller fotoalbum. Borgeren kan ofte selv bidrage, så jo tidligere arbejdet med livshistorier begynder, jo bedre er muligheden for, at borgeren selv kan præge og vise vejen til sin egen fortælling.

Sådan har andre gjort

- I Kerteminde Kommune fokuserer de på at udarbejde livshistorier i samarbejde med borgeren og de pårørende. Her inviterer de bl.a. pårørende til uformelle kaffemøder, hvor de kan fortælle om deres oplevelser med borgeren og give perspektiver på borgerens livshistorie.
- Gentofte Kommune bruger livshistorier som en rød tråd i arbejdet med borgerne. Oftest er borgerne meget begejstrede for at udarbejde deres livshistorier – medarbejderne har fået nye historier om borgers oplevelser og i detaljer, som de aldrig før har hørt. Det er borgeren, som bestemmer formen for livshistorien, alt efter borgerens funktionsniveau og kommunikationsformer. Fx er der brugt:
 - Erindringskasser med minder, fx i en æske eller et skab
 - Fortællinger indtalt på CD, DVD eller video
 - Livstræer
 - Mindebøger eller bøger med billeder og tekst
 - Billedkollager eller plakater.

Samarbejdet om livshistorier har styrket relationen og bidraget positivt til samarbejdet mellem borger og medarbejder. Livshistorierne har vist vej til nye mål i borgernes indsatsplaner, som borgerne er engagerede i og motiverede for at arbejde med.

Case: Livshistorier og livsglæde

"På det ugentlige fællesmøde fortalte vi den samlede beboergruppe om, hvordan man kan arbejde med livshistorier. Efterfølgende talte hver kontaktpædagog med deres kontaktbeboere om det og gennemgik sammen med dem forskellige måder at arbejde med livshistorier på. Flere af beboerne er nu i gang med at udarbejde deres livshistorier, og flere tager udgangspunkt i bogen "Min personlige livshistorie".

En af beboerne er ud over sin funktionsnedsættelse også diagnosticeret med skizofreni. Hun trækker sig meget fra det sociale liv i bofællesskabet, og er sjældent interesseret i, at vi besøger hende i lejligheden for længe. Hun siger ofte, at hun selv klarer dette eller hint for at få fred i sin lejlighed. Men hun får det ikke gjort. Hun er nu i gang med at udarbejde sin livshistorie sammen med en af pædagogerne – og det er en kæmpe succes. Hun fortæller glad og gerne om sit liv, og det er aftalt, at der skal tages billeder af hendes bopæle gennem livet til bogen.

En anden beboer er også dybt engageret i at få sin livshistorie beskrevet. Hun fortæller om sit liv med oplevelser og detaljer, som vi aldrig har hørt om før, selvom hendes kontaktpædagog har kendt hende i mere end 12 år.

Arbejdet med at skrive beboernes livshistorier har desuden betydet, at beboerne har fået mål i deres indsatsplaner, som de er optagede af og motiverede til at arbejde med. Vi er positivt overraskede over deres hukommelse og den detaljerigdom, de præsenterer os for. Flere af beboerne har fx fået kommunikation som indsatsmål i deres bestillinger fra sagsbehandler. Samarbejdet omkring beboernes livshistorier har betydet, at vores relationer til hinanden er blevet styrket positivt. Det giver så meget mening for beboerne her hos os at arbejde med livshistorier."

– Botilbud i Gentofte Kommune

Princip 5.

Tilbyd deltagelse i meningsfulde aktiviteter, som tager hensyn til borgerens præferencer og funktionsevne.

De fleste borgere er i dagtilbud i dagtimerne, men nogle borgere kan af forskellige årsager være hjemmegående. Når de er hjemmegående, skal de stadig tilbydes aktiviteter, som er meningsfulde for dem. Det er vigtigt for, at de fortsat kan bidrage til fællesskabet og bevare livskvaliteten. Ved manglende tilbud kan borgere komme til at bruge mange timer på botilbuddet uden aktivitet og uden at være i kontakt med andre. Borgerne kan desuden løbende miste funktionsevner eller ændre præferencer.

Hvordan?

Når borgeren mister funktionsevner, er det nødvendigt at tilpasse opgaver og aktiviteter til borgerens ændrede situation. Medarbejdernes opgave er at støtte borgeren til at bevare en dagsstruktur med faste rutiner, hvor de tilbud og aktiviteter, borgeren har, tager udgangspunkt i det aktuelle funktionsniveau og borgerens præferencer.

Sådan har andre gjort

- I Skive Kommune har man gode erfaringer med at ændre rutiner i hverdagen, hvis borgeren udtrykker utilfredshed eller ikke kan udføre det samme som tidligere. Fx fik en borger brug for en skammel for stadig selv at kunne komme op i sengen. En anden borger fik brug for at spise i egen lejlighed, og fik derfor portionsanrettet mad serveret i lejligheden. Det forbedrede borgerens evne til at spise mere varieret og få tilstrækkelig mad.
- En borger i Vesthimmerlands Kommune havde svært ved at overskue sin ugentlige opgave med gulvvask. Her tilrettelagde personalet opgaven, så den lå på et tidspunkt, hvor borgeren var mere frisk, og borger og medarbejder kunne vaske gulvet sammen. Støtten til opgaven betyder, at borgeren stadig kan magte sin opgave, og at medarbejder og borger nu har en hyggelig oplevelse, når de vasker gulvet i fællesskab.
- I Gentofte Kommune har man etableret et tilbud til hjemmegående borgere, hvor de kan deltage i forskellige aktiviteter nogle timer fire dage om ugen. Aktiviteterne er fx at skrive, skære frugt eller lave mad, som de har mulighed for at tage med hjem til botilbuddet, eller som andre afdelinger kan få glæde af.

Case: Daglig struktur i billeder

"En borger begyndte at have svært ved at huske, hvilke dagligdagsting han skulle hvornår. Og han stillede ofte de samme spørgsmål mange gange. Der blev opsat små guidende billeder, fx på badeværelset og på hans faste plads i bussen. Nu kan borgeren selv finde svaret, og han opleves som markant mindre spørgende. Det giver ham stolthed og ro, at han via guidning selv kan finde svarene på sine spørgsmål."

– Botilbud i Skive Kommune

Princip 6.

Brug fælles faglige metoder og redskaber, som støtter jer i at reflektere over og arbejde med borgerens trivsel.

Fælles faglige metoder og redskaber kan være til hjælp og gavn i arbejdet med borgerens trivsel, da det giver medarbejderne en fælles referenceramme for arbejdet. Det kan bl.a. foregå ved, at man taler sig frem til, hvilket fælles fagligt udgangspunkt arbejdspladsen vil arbejde ud fra. Drøftelser giver medarbejderne en fælles grundlæggende viden og forståelse for, hvordan de sammen kan arbejde med borgerens trivsel og hvilke metoder og redskaber, der kan understøtte arbejdet.

Hvordan?

De fælles faglige metoder og redskaber kan bl.a. være Trinvoldsskemaet, KRAP-skemaet og livshistorier, som kan give nye vinkler og forståelser for borgerens liv og pege på muligheder for at øge trivslen. Også de fysiske omgivelser har betydning for borgerens trivsel. Hvis borgeren har brug for mere ro og mindre stimuli, kan et godt initiativ være en fælles tilgang til demensvenlig indretning⁵.

Sådan har andre gjort

- Silkeborg Kommune arbejder med demensvenlig indretning. En borger med Downs Syndrom havde mange ting og stimuli i sin lejlighed. Han fik hjælp til at indrette lejligheden enkelt og overskueligt, hvilket gav ham mere ro. Et stort foto af borgeren og hans kontaktpersoner kom op på væggen sammen med et skilt med borgerens alder, da han ofte spurgte om dette. Hos en anden borger blev gulvet markeret med vejvisende tape på borgerens daglige gangruter. Det hjælper borgeren til at finde rundt fx til og fra dagtilbud. På nogle døre og nødudgange hænger stopskilte, så borgeren undgår at gå ud af disse. Og der er hængt en skærm op i afdelingen, som giver nyttige informationer, fx om hvilke medarbejdere der er på arbejde, dagens menu, dato og ugedag.
- I Gentofte Kommune samarbejder botilbuddet og dagtilbuddet om at udfylde Trinvoldsskemaet. Det giver et helhedsbillede af borgeren på tværs af tilbuddene, som kan bruges til at tilpasse aktivitetsniveauet, så borgeren trives bedst muligt i de forskellige hverdagssituationer.

Case: Små ændringer i personalets adfærd, som gør en forskel

”Winnie bruger ofte meget tid og energi på at finde ud af, at hun skal sætte sig på toilettet, når hun er blevet hjulpet derud. Medarbejderne kan bruge en del tid på at forklare Winnie, hvad hun skal, og det er ikke altid, hun er i stand til at bearbejde, hvad der bliver sagt og handle på det.

Nu er strategien ændret. Medarbejderne hjælper stadig Winnie ind på badeværelset og stiller hende lige ved siden af toilettet. Herefter sætter personalet sig på en skammel ved siden af hendes toilet. Det gør, at Winnie hurtigt bliver klar over, at hun skal sætte sig på toilettet ved siden af medarbejderen.”

– Botilbud i Skive Kommune (Winnie er ikke borgerens rigtige navn)

5 Se fx anbefalinger til demensvenlige boliger på Nationalt Videnscenter for Demens: <https://videnscenterfordemens.dk/da/demensvenlige-boliger>



Princip 7.

Prioritér samarbejdet med pårørende og netværk med blik for både deres ressourcer, og hvor de har brug for støtte og viden.

Borgernes pårørende og netværk er vigtige ressourcer for arbejdet med borgerens trivsel. Samtidig står de pårørende også selv i en ny og måske sårbar situation, de skal forholde sig til. Deres situation kan være præget af sorg, bekymringer og usikkerhed om borgerens fremtid med demens. Derfor er det vigtigt både at se de pårørende som en ressource og være opmærksom på, hvornår de har brug for støtte, omsorg, vejledning og viden.

Hvordan?

Det kan være givende at inddrage hele borgerens netværk, både det personlige og det professionelle. Her er det vigtigt at tage udgangspunkt i borgerens præferencer og samtykke. Konkretisering af samarbejdet med pårørende og systematiserede arbejdsgange kan tydeliggøre og understøtte et løbende samarbejde med de pårørende.

Sådan har andre gjort

- I Skive Kommune har de udarbejdet en pjece om demens og udviklingshandicap til de pårørende. Den skal styrke samarbejdet og øge de pårørendes viden om demens. I pjecen informeres om demens hos mennesker med udviklingshandicap, om kommunens tilgange og metoder i arbejdet med opsporing og udredning og om borgerens trivsel. Pjecen beskriver, hvordan det kan opleves at være pårørende og giver oplysninger om relevante kontakt- og støttepersoner m.m.
- Kerteminde Kommune oplever, at de pårørende er en vigtig ressource til bedre at forstå borgernes livshistorier. De vil rigtig gerne fortælle om deres perspektiver på borgerens livshistorie. Samtidig kan der gennem samarbejdet om at udfolde livshistorien bygges bro mellem botilbud og pårørende.
- Gentofte Kommune laver hvert år temadage for de pårørende, hvor de har fokus på ny viden, kommunens udvikling på området og tværfaglige tiltag. De nærmeste pårørende inviteres også med til borgernes konsultation på hukommelsesklinikken. De havde på et tidspunkt en pårørende, som i starten var skeptisk over for, at borgerens skulle udredes. Efter at en læge havde givet sig tid til at forklare den pårørende situationen i et forståeligt sprog, udtrykte den pårørende tilfredshed med, at borgeren var kommet i udredningsforløb.

Princip 8.

Brug fagpersoner i kommunen med viden og kompetencer inden for demensområdet (på tværs af social- og sundhedsområdet).

Der er ansatte i kommunen, som botilbuddene kan have brug for at trække på, fordi de har stor faglig viden om og bred erfaring med demens, fx demenskoordinatorer. De kan være nyttige ressourcer i arbejdet med at udbrede viden og metoder på botilbud i kommunen. De er sædvanligvis ansat i sundhedsområdet, men deres viden er også yderst relevant i socialområdet i forhold til borgere med udviklingshandicap og demens.

Hvordan?

Demenskoordinatorer og andre ansatte med viden om demens kan inddrages i at formidle viden om demens, udredning m.m. Det kan fx være ved at undervise på botilbuddene, sikre at viden på demensområdet er opdateret og medvirke til implementering af nye tiltag. Den viden, demenskoordinatorerne har, kan i høj grad bruges på tværs af social- og sundhedsområdet.

Sådan har andre gjort

- I Kerteminde Kommune arbejder man for at få demenskoordinatorer, der kan stille sig til rådighed med besøg på botilbud hvert halve år. De skal bidrage med viden om demens og medvirke til, at flere medarbejdere får mere viden om demens, opsporing m.m.
- I Silkeborg Kommune har man arrangeret, at kommunens demenskonsulent holder oplæg for medarbejderne om, hvordan man bedst kommunikerer med demensramte borgere.
- I Skive Kommune har man ansat en demenskoordinator, som skal stå for at implementere de tiltag, som er iværksat i projekt 'Udviklingshandicap og demens'.

Case: Visuel nudging til at kunne finde rundt

"En borger deltager i et dagaktivitetstilbud i tilknytning til botilbuddet. Han har et par hundrede meter at gå fra sin bolig til tilbuddet – indendørs. På grund af borgerens demenssygdom bliver det pludselig svært at finde vej.

For at borgeren kan bibeholde sin selvstændighed bedst muligt, har vi sat hvid bred tape op, som borgeren kan følge. Desuden er der på de døre, som tilhører andet tilbud, sat et stop-skilt op.

På denne måde kan borgeren stadig selv finde rundt."

– Botilbud i Silkeborg Kommune

Princip 9.

Hav et formaliseret samarbejde og klare aftaler med relevante samarbejdspartnere i andre sektorer.

Kommuner og regioner har overordnede forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler, som er indgået mellem regionsrådet og kommunalbestyrelsen. I aftalerne er rammer og mål for samarbejdet på tværs af kommune og region beskrevet, bl.a. arbejdsfordeling.

Hvordan?

Formelle aftaler kan skabe klarhed over, hvem der er forpligtet til at gøre hvad, når borgeren har behov for ydelser fra flere sektorer. Det er vigtigt at orientere sig i Sundhedsaftalen og undersøge, om der findes andre aftaler, som kan støtte samarbejdet på tværs af sektorer.

Sådan har andre gjort

- I Gentofte Kommune har man bl.a. et samarbejde med botilbuddets huslæge, som henviser borgere, der udviser tegn på demens, til hukommelsesklinik. Når en borger er diagnosticeret med demens, bliver borgeren inviteret til en årlig opfølgning på hukommelsesklinikken.
- I Silkeborg Kommune har man en fast aftale med huslægen om årligt at gennemgå Trinvoldsskemaet på alle beboere, uanset om der er konstateret demens eller ej, for at se, om der er sket noget i forhold til borgerens funktionsevne. Hvis der ses en ændring, udfyldes Trinvoldsskemaet oftere for at følge demenssygdommens udvikling tæt.

Princip 10.

Vær tydelig over for samarbejdspartnere, pårørende og netværk om, hvordan I arbejder, og sørg for, at de har den viden, de har brug for, for at kunne samarbejde med jer.

Når borgeren har brug for indsatser fra flere tilbud og sektorer, stiller det høje krav til kommunikationen blandt de involverede. Tilstrækkelig og tydelig kommunikation med både samarbejdspartnere, pårørende og netværk kan bidrage til et godt samarbejde om indsatser til borgeren. At have en løbende dialog med de pårørende og inddrage dem fra start er et vigtigt grundlag for, at samarbejdet kan lykkes, og de kan føle sig hørt og inddraget undervejs i forløbet.

Hvordan?

En tydelig kommunikation kan bl.a. ske ved systematisk brug af Trinvoldsskemaet, som kan bruges som dokumentation til samarbejdspartnere og pårørende. Dokumentation kan fx danne udgangspunkt for samtaler, hvor man taler om borgerens funktionsevne. De professionelle samarbejdspartnere har brug for observationerne til at kunne se, hvordan borgerens demens udvikler sig, og de pårørende kan få indsigt i, hvorfor medarbejderne gør, som de gør, og hvordan de selv bedst muligt kan støtte borgeren til mest mulig trivsel.

Sådan har andre gjort

- Vesthimmerlands Kommune arbejder løbende med, hvordan de får et fælles afsæt i dialogen om borgerens situation og liv både med de pårørende og andre samarbejdspartnere. De har fx udarbejdet pjecen "Opsporing og udredning af demens hos borgere med udviklingshandicap", som giver pårørende og samarbejdspartnere et billede af, hvordan de på botilbuddene arbejder med borgere som udviser tegn på demens. Pjecen er et godt afsæt for samarbejde.
- Gentofte Kommune har med afsæt i de 10 principper udarbejdet handleanvisende beskrivelser af, hvordan de konkret arbejder med borgere, som både har et udviklingshandicap og demens i kommunen. Det giver medarbejderne et fælles afsæt og kan bruges til at formidle til de pårørende, hvordan medarbejderne arbejder med borgeren, og hvorfor de gør, som de gør.

Afrunding og fremtidigt fokus

Opsporingen af demens hos mennesker med udviklingshandicap kræver noget særligt af det socialpædagogiske og pædagogiske såvel som af det sundhedsfaglige personale i kommuner og regioner. Projekt "Udviklingshandicap og demens" har sammen med fem kommuner, 16 botilbud og et dagtilbud udviklet en indsatsmodel med fem kerneområder, som det er væsentligt at arbejde med, når indsatserne til opsporing og udredning skal styrkes, og borgere med udviklingshandicap skal trives bedst muligt i hverdagen – også hvis de udvikler en demenssygdom.

I tilknytning til indsatsmodellen er der formuleret ti principper for arbejdet med målgruppen. Principperne guider og understøtter medarbejdere, ledere og organisation i at sætte en retning for indsatsen målrettet mennesker med udviklingshandicap, som har øget risiko for at udvikle en demenssygdom, eller som allerede har fået en demensdiagnose.

Både indsatsmodellen og principperne er udviklet på baggrund af en indledende kortlægning af bedste viden på området og erfaringer fra de fem projektkommuner.

Evalueringen af projektet viser, at det har betydning for både borgere, pårørende og medarbejdere, når der sættes fokus på at styrke medarbejdernes kompetencer og forbedre indsatsene til borgere med udviklingshandicap og demens. Medarbejdernes øgede viden kommer i høj grad både borgeren og de pårørende til gode ved, at medarbejderne er bedre i stand til at understøtte borgernes trivsel og velvære – også når der er konstateret en fremadskridende demenssygdom. De pårørende får bedre oplysning om demens og inddrages bedre som samarbejdspartnere, hvilket skaber større tryghed for de pårørende.

Samtidig viser erfaringerne, at både samarbejdet på tværs af social- og sundhedsforvaltningen internt i kommunen og det tværsektorielle samarbejde med praktiserende læge, sygehuse m.fl. kan være udfordret af blandt andet manglende viden om målgruppen og behovet for udredning hos mennesker med udviklingshandicap. Og at det er krævende for botilbuddene, når de i deres indsats skal kompensere for manglende eller vanskelige samarbejder både tværsektorielt og internt i kommunen.

Fremtidig udvikling af området

Det træder tydeligt frem i erfaringerne fra projektet, at der er brug for, at samarbejdet mellem social- og sundhedsområdet styrkes i kommunen – på tværs af forvaltninger – og ligeledes at samarbejdet på tværs af kommune og region forbedres. Nye fremtidige projekter og indsatsen kunne derfor med fordel inddrage såvel kommune som region.

Erfaringer fra projektet peger på, at elementer som potentielt kunne medvirke til i et bredere perspektiv at styrke indsatsene til mennesker med udviklingshandicap og demens kan være:

- Afdækning af hvilke fagpersoner og instanser, der påvirker området.
- At myndighedsfunktionen tager højde for, at borgerne i dag bliver ældre og er i risiko for at udvikle demens.
- At indbygge den viden, der nu er på området, i de tilsyn, Socialtilsynet gennemfører.
- At der etableres et nationalt netværk for fagpersoner med viden om udviklingshandicap og demens.
- At der udarbejdes nationale retningslinjer for læger om udredning og behandling af mennesker med udviklingshandicap, som har tegn på demens eller har fået en demensdiagnose.
- At der udvikles et modul om udviklingshandicap og demens i e-læringen ABC demens, som tilgås via Nationalt Videnscenter for Demens.
- At viden om udviklingshandicap og demens indgår i pensum og læringsplaner på pædagoguddannelserne.

Mere viden

Vil du have mere viden om området, er her et udpluk af litteratur, som kan være relevant:

Ditlevsen, Arne (2019). En borger med Downs, der bliver dement, holder ikke op med at have Downs. *LEV Bladet nr. 6, 2019*. Lokaliseret d. 7. april 2020 på <https://www.lev.dk/viden-om/nyheder/nyhed/2019/november/en-borger-med-downs-der-bliver-dement-holder-ikke-op-med-at-have-downs/>

Fremfærd (2022). Bliv bedre til at opspore demens hos borgere med udviklingshandicap. *Viden på tværs*. Lokaliseret d. 7. april 2022 på <https://vpt.dk/handikapomraadet/bliv-bedre-til-opspore-demens-hos-borgere-med-udviklingshandicap>

Larsen, Frode Kibsgaard & Wigaard, Elisabeth (2014). *Utviklingshemning og aldring: En lærebok*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse

Mortensen, Anette Vinther (2019) *Mennesker med udviklingshæmning – og demens*. Odense: Forlaget Historia.

Segoli, Gry (2021). Mennesker med udviklingshæmning og demens – et overset område for demenskoordinatorerne. *Nyhedsbrev: Demenskoordinatorer i Danmark, 24 (03), 7-8*.

Sundhedsstyrelsen (2019). Demenshåndbog: Personcenteret omsorg i praksis.

Sundhedsstyrelsen (2019). Demenshåndbog: Metoder til at forstå adfærdsmæssige og psykiske symptomer i praksis.

Sundhedsstyrelsen (2021). Demenshåndbog: Seksualitet hos mennesker med demens i ældreplejen.

Øksnebjerg, Laila, Hasselbalch, Steen Gregers, Lolk, Anette & Vølund, Birgitte, m.fl. (2022). *Forstå demens*. København: Hans Reitzels Forlag.

Du kan desuden søge mere viden hos Videnscenter for demens, Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen. På den norske vidensportal Aldring og Helse er der desuden et tema om Udviklingshandicap og demens. Se links nedenfor:

<https://videnscenterfordemens.dk/da>

<https://www.sst.dk/da/Viden/Demens>

<https://socialstyrelsen.dk/handicap/udviklingshaemning/temaer/aldring-og-demens>

<https://www.aldringoghelse.no/utviklingshemning/>

Derudover kan alle frit tilgå E-læringsprogrammet ABC demens på Videnscenter for Demens' hjemmeside:

<https://videnscenterfordemens.dk/da/abc-demens-gratis-e-learning>



Bilag 1: Redskab til at omsætte de ti principper til konkret praksis

Brug redskabet her til at tale om og beskrive, hvordan I hos jer arbejder med at omsætte de ti principper i praksis.

Brug det som et dynamisk redskab, så I løbende – over den periode, hvor I arbejder med at styrke jeres praksis – opdaterer teksten for de forskellige principper. Sørg for at vende tilbage til beskrivelserne, og vurder, hvordan de har virket, og om de skal justeres eller ændres, efterhånden som I bliver klogere. Og sørg for, at alle medarbejdere på tværs af funktioner og niveauer har adgang til beskrivelserne – og mulighed for at kommentere eller stille spørgsmål til dem.

Vigtigt at tænke over, når I formulerer beskrivelserne til de ti principper:

- Gør beskrivelserne så konkrete som muligt
- Gør det tydeligt, hvem der har ansvar for hvad
- Gør det tydeligt, hvornår allerede eksisterende redskaber, arbejdsgange og systemer spiller ind og hvordan
- Gør det tydeligt, hvem beskrivelserne er relevante for – og inddrag alle parter i, hvordan de kommer til at lyde
- Gør det tydeligt, hvem der er afsender, og hvor man skal henvende sig, hvis man har spørgsmål eller kommentarer

God fornøjelse

Guidende princip	Beskrivelse af jeres lokale praksis
<p>1. Arbejd systematisk og helhedsorienteret med observation og dokumentation af borgerens adfærd og funktionsniveau.</p>	<p>Hjælpe spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke redskaber bruger I til at arbejde systematisk og helhedsorienteret med observation og dokumentation? • Hvordan og hvor ofte bringes de i anvendelse? • Hvem har ansvar for, at redskaberne tages i brug? • Hvem deler I den viden, I får ud af det, med og hvornår? • Hvordan tænkes redskaberne ind i allerede eksisterende systemer og arbejdsgange? • Hvordan sikres det, at alle medarbejdere kender redskaber og procedurer?
<p>2. Støt borgeren i at blive undersøgt og udredt for demens, og i at få den hjælp og behandling, som borgeren har ret til i demensforløbet.</p>	<p>Hjælpe spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan sikrer I, at medarbejderne har den nødvendige viden om demens og udredningsmuligheder, så de kan bidrage til opsporing og understøtte udredning, hvis en borger udvikler en demenssygdom? • Hvordan sikres det, at alle medarbejdere ved, hvad de skal gøre, hvis de har mistanke om demens hos en borger, og hvordan en udredning sættes i gang? • Hvilke redskaber eller materialer har I, som understøtter medarbejdernes kommunikation med praktiserende læge, når en borger skal udredes for demens? • Har I adgang til en særlig ressource i forhold til viden om demens og udredningsmuligheder (fx en demenskonsulent), som medarbejderne skal kende til?
<p>3. Hav et systematisk og helhedsorienteret blik på borgeren, som rummer både sundhedsfaglige og socialfaglige perspektiver.</p>	<p>Hjælpe spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke redskaber anvender I, som sikrer et helhedsorienteret blik på borgeren, og som rummer både sundhedsfaglige og socialfaglige perspektiver? • Hvornår, hvordan og af hvem bringes redskaberne i anvendelse? • Har I en systematik i arbejdet, der understøtter, at de sundhedsfaglige aspekter af borgerens trivsel bliver drøftet i medarbejdergruppen? • Har I særlige sundhedsfaglige kompetencer på botilbuddet, og hvordan bringes de i spil?
<p>4. Samarbejd med borgere og pårørende om at udforske og dokumentere borgerens livshistorie.</p>	<p>Hjælpe spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvem introducerer borgeren for arbejdet med livshistorier? Og hvornår? • Hvilke ressourcer er sat af til arbejdet med livshistorier, og hvilke formater er mulige? • Hvordan inddrages pårørende og netværk i arbejdet med livshistorier? • Hvad bruger I livshistorierne til?
<p>5. Tilbyd deltagelse i meningsfulde aktiviteter, som tager hensyn til borgerens præferencer og funktionsevne.</p>	<p>Hjælpe spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan samarbejder I med dagtilbud og myndighedsfunktionen om at tilpasse borgers daglige aktiviteter til borgerens præferencer og funktionsevne? • Hvilke muligheder er der på botilbuddet for deltagelse i aktiviteter for borgere, som ikke længere er visiteret til dagtilbud? • Hvad har I af redskaber og tilgange, som hjælper jer til at støtte borgeren i at bevare overblik og selvstændighed længst muligt på trods af demenssygdommen?

Guidende princip	Beskrivelse af jeres lokale praksis
<p>6. Brug fælles faglige metoder og redskaber, som støtter jer i at reflektere over og arbejde med borgerens trivsel.</p>	<p>Hjælpe spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke faglige redskaber, metoder og tilgange har I, som støtter op om arbejdet med borgerens trivsel? Og hvordan sørger I for, at alle medarbejdere har kendskab til og bruger disse faglige metoder og tilgange? • Hvordan sikrer I løbende refleksion og sparring med afsæt i de faglige metoder og redskaber? (Hvornår er der sat tid af til faglige drøftelser? Hvem deltager? Hvordan følger I op på det, der kommer ud af drøftelserne?) • Hvilke konkrete redskaber og metoder er det vigtigt, at alle medarbejdere kender til og bruger? • Hvordan arbejder I med demensvenlig indretning?
<p>7. Prioritér samarbejdet med pårørende og netværk med blik for både deres ressourcer, og hvor de har brug for støtte og viden.</p>	<p>Hjælpe spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke procedurer har I for inddragelse af borgerens pårørende og netværk? • Hvordan er pårørendesamarbejdet indarbejdet i de almindelige rutiner og arbejdsgange? • Hvordan arbejder I konkret med: <ul style="list-style-type: none"> • at sikre inddragelse af pårørendes viden og perspektiver? • at tilbyde pårørende information, viden og vejledning i forhold til demenssygdom? • at være støttende og omsorgsfulde over for de pårørende i forbindelse med, at deres nære er blevet ramt af en demenssygdom?
<p>8. Brug fagpersoner i kommunen med viden og kompetencer inden for demensområdet – på tværs af social- og sundhedsområdet.</p>	<p>Hjælpe spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke sundhedsfaglige ressourcepersoner har I adgang til, som har specialiseret viden om demens? • Hvilke aftaler og retningslinjer er der for, hvordan denne viden kan bringes i spil på botilbuddene? • Hvornår er det særligt relevant at inddrage disse ressourcepersoner og til hvad?
<p>9. Hav et formaliseret samarbejde og klare aftaler med relevante samarbejdspartnere i andre sektorer.</p>	<p>Hjælpe spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler mellem region og kommune er relevante for jeres arbejde med borgere, som både har et udviklingshandicap og en demenssygdom? • Hvordan sikrer I, at alle relevante medarbejdere kender til indholdet i disse aftaler? • Hvilke andre tværsektorielle samarbejder og samarbejdsfora har I, som er relevante ift. denne målgruppe? • Hvilke redskaber og materialer er vigtige for det tværsektorielle samarbejde?
<p>10. Vær tydelig over for samarbejdspartnere, pårørende og netværk om, hvordan I arbejder, og sørg for, at de har den viden, de har brug for, for at kunne samarbejde med jer.</p>	<p>Hjælpe spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke materialer har I, som støtter medarbejderne i at formidle til samarbejdspartnere og pårørende, hvordan I arbejder med borgere med både et udviklingshandicap og demens? • Hvordan sikrer I, at de pårørende og andre samarbejdspartnere, I har, har den viden, de har brug for fra jer, for at kunne indgå i et konstruktivt samarbejde?

Bilag 2:

Tværgående erfaringer fra udviklings- og afprøvningsforløb i projekt ”Udviklingshandicap og demens”

Om erfaringsopsamlingen

I forbindelse med evalueringen af Fremfærdsprojektet ”Udviklingshandicap og demens” har Socialt Udviklingscenter SUS afholdt tre implementeringsworkshops. De tre workshops havde blandt andet til formål at give mulighed for videndeling og erfaringsudveksling på tværs af de deltagende kommuner i forhold til deres lokale udviklings- og afprøvningsforløb. Et andet vigtigt formål var at inddrage de deltagende kommuner i evalueringen af de indsatser, de afprøvede. Både i forhold til at få beskrevet hvilke indsatser, der er virksomme, og hvad der er vigtigt, når de skal implementeres. Samt at høre hvilken forskel, de oplever, at den styrkede indsats gør for borgere, medarbejdere og pårørende.

Sammen med de deltagende kommuner er der udviklet en indsatsmodel og ti principper for arbejdet med borgere, som både har et udviklingshandicap og demens. De formidles i inspirationsmaterialet 'Udviklingshandicap og demens'. Pointerne i inspirationsmaterialet bygger på de deltagende kommuners konkrete erfaringer med implementering af de nye metoder og tilgange, som er beskrevet i indsatsmodellen.

I denne erfaringsopsamling gennemgås kort de mere projektnære erfaringer, som de deltagende kommuner gjorde sig i projektperioden. Allerstørst med et tværgående blik på, hvilken betydning det har haft for borger, medarbejdere og pårørende at arbejde med de fem kerneområder i den indsatsmodel, som præsenteres i inspirationsmaterialet, og dernæst med et tværgående blik på, hvad der ifølge de deltagende kommuner er vigtige forudsætninger for at lykkes i arbejdet.

Fremgangsmåde

I forbindelse med både implementeringsworkshops og indledende møder med kommunerne er der taget grundige referater. Derudover har de enkelte implementeringsteams noteret i logbøger, hvad de har arbejdet med og hvilken læring, de har opnået undervejs. Som supplement til logbøgerne er der blandt medarbejdere og ledere på de deltagende botilbud udarbejdet 23 små casebeskrivelser af konkrete situationer eller forløb, som siger noget om, hvordan den nye viden og nye praksis har haft betydning for borgere, pårørende eller medarbejdere.

Erfaringsopsamlingen er således baseret på:

- Drøftelserne med implementeringsteams på de tre tværgående implementeringsworkshops
- Individuelle drøftelser med hvert enkelt implementeringsteam inden hver workshop
- Logbøger som implementeringsteams udfyldte i forbindelse med hver workshop
- 23 casebeskrivelser

De deltagende implementeringsteams er på hver workshop blevet inddraget i at kigge på tværs af deres samlede erfaringer og de indsamlede casebeskrivelser for sammen at formulere vigtige pointer om indsatsens betydning, hvad det konkret er, der gør forskellen, og hvad de har erfaret er vigtige forudsætninger for at lykkes med at styrke indsatsen.

De deltagende kommuner har ikke nødvendigvis arbejdet med de samme metoder og redskaber. Nogle har haft primært fokus på udvikling inden for et eller to kerneområder, mens andre har haft fokus på andre områder. De har modtaget den samme indledende kompetenceudvikling, og samlet set dækker de fem kommuners erfaringer alle kerneområderne og en lang række forskellige tilgange, metoder, redskaber og greb, som beskrives nærmere i inspirationsmaterialet. Det har desuden vist sig, at uagtet de forskellige lokale kontekster i den enkelte kommune og på det enkelte botilbud, har deltagerne haft mange oplevelser og erfaringer til fælles. Det er dem, som kort præsenteres i denne tværgående erfaringsopsamling.

Betydningen af indsatsen for medarbejdere, borgere og pårørende

Erfaringen fra projektet er, at det har haft stor betydning for medarbejderne, at de har fået mere viden om, hvordan de kan bidrage til udredning og opsporing af demens hos borgere med udviklingshandicap. I dag ved de mere om demenssygdomme, hvad det er for tegn, de skal være opmærksomme på, og hvordan de kan støtte borgere og pårørende, når en borger på botilbuddet har tegn på demens eller har fået en demenssygdom.

Både medarbejdere og ledere, som har deltaget i projektet, oplever desuden, at den styrkede faglighed hos medarbejderne betyder, at borgerne får en mere kompetent støtte i udredningsforløbet, og at de med den målrettede støtte også får mere livsglæde og trivsel i hverdagen. Og at de pårørende føler sig mere trygge og bedre inddraget, når deres familiemedlem på botilbuddet skal udredes for demens eller har fået en demensdiagnose.

Vi har primært opnået viden om, hvilken betydning det har haft for medarbejderne og deres praksis at deltage i projektet. Det har vi fra både spørgeskemaundersøgelse, logbøger samt fra fremlæggelser og samtaler på workshops. Gennem medarbejderne har vi også opnået viden om, hvilken betydning den nye praksis har fået for borgere og pårørende. Det har medarbejderne løbende arbejdet med at afdække og beskrive både i forbindelse med workshops og gennem udarbejdelse af casebeskrivelser.

Styrket faglighed og større arbejdsglæde hos medarbejderne

Samtlige deltagende ledere og medarbejdere fra de fem kommuner har oplevet, at den nye fælles viden om demenssygdomme, udredning m.m. har givet dem et fælles fagligt grundlag og fokus, så de tidligt i demensforløbet opdager, at borgerens funktionsevne ændrer sig. De ved nu, hvad de skal gøre for at støtte borgeren i at blive udredt for demens og i at bevare en god og meningsfuld hverdag, selvom borgerens funktionsniveau er nedadgående.

Bedre faglige drøftelser og refleksioner

Medarbejderne kan høre og mærke, at kvaliteten af faglige drøftelser og refleksioner relateret til demens sker på et fagligt højere og mere kompetent niveau, fordi de har fået mere viden om demens.

Det betyder samtidig, at der er færre 'synsninger', som de ellers har beskrevet kunne fylde en del. Nu er fagpersonalets vurderinger i langt højere grad fagligt funderede og tager udgangspunkt i borgerens funktionsevne og de observationer, der er dokumenteret. Den styrkede faglighed og dokumentation betyder samtidig, at medarbejderne står stærkere i samarbejdet med andre aktører, fx læger og visiterende myndighed.

Det gør en kæmpe forskel i udredningen af vores borgere. Vi bevæger os væk fra 'synsninger' og er funderet i en større faglighed. Når vi tager en borger med til lægen for at begynde en demensudredning, så starter vi ikke fra nul. Vores observationer gør, at vi kommer bedre i gang og hurtigere får lagt en handleplan.

Medarbejder i Kerteminde Kommune

Mere kollegial opbakning og bedre udnyttelse af fagligheder

Den styrkede faglighed har nogle steder givet et bedre samarbejde i medarbejdergruppen, fordi de har fået større viden om, hvad de skal gøre og hvorfor, når de samarbejder med borgere med demens. Det giver et bedre fundament for, at borgerne tilbydes den rette støtte, og det giver også en mere tydelig retning for personalet, og dermed bliver det lettere at bakke hinanden op. Flere steder opleves en øget forståelse for og bedre udnyttelse af de forskellige fagligheder på botilbuddet.

Bedre muligheder for at støtte borgeren og samarbejde med pårørende

Den styrkede faglighed er naturligvis også til gavn for borgeren, som i højere grad får den støtte, der er behov for, og som eksempelvis kan få tilbudt opgaver og beskæftigelse, som passer til funktionsevnen. Det skaber en bedre hverdag for borgeren, som i mindre grad oplever frustrationer på grund af for høje forventninger og krav, som det er urealistisk at leve op til.

Også arbejdet med livshistorier har givet medarbejderne nye muligheder. De kan gennem arbejdet med livshistorier se nye sider af borgerne og opnå forståelse for deres situation på en ny måde. Det medvirker til, at det relationelle arbejde med både borgere og pårørende styrkes. De pårørendes viden bidrager i høj grad til livshistoriearbejdet og er helt uundværligt, særligt når borgerens talesprog er begrænset, eller borgeren ikke selv kan huske så meget. Når de pårørende oplever, at de bliver inddraget og set som en ressource, er de medspillere og vil gerne samarbejde og bidrage. I mange tilfælde betyder det, at der opnås et bedre samarbejde og samspil med de pårørende. Gennem dialogerne kommer de pårørende til at lære medarbejderne og faglighederne bedre at kende, hvilket betyder, at de i højere grad føler sig trygge ved botilbuddets indsats over for borgeren. De ved, at viden om borgerens tilstand bliver delt med dem, og den styrkede dialog gør det også nemmere for medarbejderne at formidle de svære beskeder, fx når det går ned ad bakke i demensforløbet.

Mere arbejdsglæde

Medarbejdernes nye viden og indsigt i borgerens tilstand, når borgeren får sværere ved almindelige ting i hverdagen, betyder, at medarbejderne i højere grad møder den ændrede adfærd med tålmodighed og nysgerrighed. Det giver bedre mulighed for at støtte borgeren på den rigtige måde, hvilket giver faglig stolthed og en oplevelse af at kunne lykkes i arbejdet med borgeren. Denne positive spiral betyder, at medarbejderne oplever mere arbejdsglæde i hverdagen.

Bedre trivsel og styrket livskvalitet hos borgerne

Borgere med udviklingshandicap har en øget risiko for at udvikle demens i en tidlig alder. Hvis demenssygdommen bliver opdaget tidligt, kan borgeren i nogle tilfælde få behandling for demenssygdommen. Samtidig har medarbejdernes indsats i hverdagen på botilbuddet også en afgørende betydning for borgerens trivsel.

Mere trivsel og tryghed

En tidlig opsporing og udredning vil i alle tilfælde komme borgeren til gode, fordi medarbejderne bedre kan forstå borgerens ændrede adfærd og derfor også bedre kan tilbyde en individuelt tilpasset og mere velovervejet indsats og støtte i hverdagen. Når borgeren får en målrettet og individuel indsats, er der bedre grundlag for, at borgeren kan trives og føle sig tryk i sin hverdag.

Bedre livskvalitet i længere tid

Når medarbejderne har forståelse for og ved, hvad borgerens ændrede adfærd skyldes, kan de bedre tilbyde og tilrettelægge opgaver og aktiviteter sammen med borgeren, så borgeren stadig kan bevare en aktiv og meningsfuld hverdag. For borgeren betyder det, at han eller hun kan opretholde en god livskvalitet i længere tid, end det ellers ville være muligt.

Kan bevare overblikket i eget hjem

Det, som ændrer sig hos en borger, der får demens, er både de motoriske, de intellektuelle og de følelsesmæssige funktioner. Og det påvirker de basale funktioner og borgerens selvstændighed. I hverdagen kan en mindre funktionsevne vise sig ved, at borgeren har svært ved at finde rundt, selv klare et brusebad eller huske hvad tid, der er mad. Da borgere med udviklingshandicap i forvejen har sansemæssige forstyrrelser og kognitive udfordringer, kan demensen gøre det svært for borgeren at overskue sin hverdag. Her kan demensvenlig indretning, hvor borgeren får hjælp til at indrette sin bolig, så den bliver mere enkel og overskuelig, gøre en stor forskel og betyde, at borgeren får nemmere ved at orientere sig og bevare overblikket i sit eget hjem. Eksempelvis kan et skilt på døren og retningsvisende tape på gulvet hjælpe borgeren til at finde vej og huske vigtige ting.

Borgerinddragelse gennem livshistorier

Mere interesse for og viden om borgerens livshistorie gør en stor forskel for både borgeren, medarbejderne og de pårørende. Mange borgere får gennem arbejdet med livshistorier lyst til at udforske og tale mere om deres oplevelser og livshistorie. Det inspirerer dem til fx at være mere med til at sætte mål i deres egen handleplan. Derfor giver arbejdet med livshistorier også bedre mulighed for borgerinddragelse og trivsel.

Arbejdet med livshistorier kan understøttes af billeder, en bog, som historierne skrives ind i, og en struktur for, hvornår man taler med borgeren om livshistorierne. Borgerens livshistorie gør, at medarbejderne kender borgeren bedre og opnår en mere nuanceret og helhedsorienteret tolkning af borgerens funktioner. På den måde får livshistorierne også betydning for medarbejdernes faglighed, idet de bedre kan møde borgeren med de rette forventninger og også bedre kan samarbejde med myndighedsfunktionen, hvilket kan betyde, at borgeren får en mere realistisk handleplan med mål, som borgeren selv ønsker at arbejde hen imod.

Større tryghed og mulighed for at bidrage hos de pårørende

Bedre demensopsporing, udredning og faglige indsatser i forhold til borgeren påvirker også de pårørende. De har ligesom personalet brug for viden om, hvad der sker i et demensforløb, og hvad man kan gøre, når der er tale om mennesker, som også har et udviklingshandicap. De pårørende kan være bekymrede for borgerens fremtid, og hvordan sygdommen vil udvikle sig.

Bedre samtaler og inddragelse

De pårørende er vigtige medspillere i demensforløbet og kan blandt andet inddrages i arbejdet med at udfylde Trinvoldsskemaet og fortælle om borgerens liv og oplevelser. De pårørende har en stor og vigtig viden om borgeren, og de kan derfor spille en afgørende rolle i medarbejdernes arbejde med borgeren, hvilket i høj grad kommer borgeren til gode. Samtidig betyder det, at de pårørendes viden efterspørges af personalet, at de pårørende oplever sig inddraget og kan mærke, at de er vigtige i borgerens liv og kan bidrage til medarbejdernes faglige arbejde. Gennem inddragelse i livshistoriearbejde m.m., hvor der er et fælles og konkret udgangspunkt, kan de pårørende også opleve, at samtalerne med medarbejderne bliver mere målrettede og værdifulde for både dem selv og borgeren.

Større tryghed ved personalets faglighed

De pårørende mærker tydeligt, at medarbejderne har fået større viden om demens. Det kan de bl.a. høre, når medarbejderne bruger et fælles fagligt sprog. Den øgede faglighed om demens betyder, at medarbejderne i højere grad kan formidle viden videre til de pårørende, så de pårørende også ved mere og kan forstå de forandringer, der viser sig hos borgeren. Så også her er der sat gang i en positiv spiral; medarbejdernes øgede faglighed betyder, at de pårørende får bedre samtaler og større viden, hvilket får dem til at føle tryghed ved, at medarbejderne er kompetente til at støtte borgeren i hverdagen; også efter borgeren har fået demens. En effekt af dette kan være, at når de pårørende føler sig trygge ved personalets faglighed, vil de også henvende sig, hvis de undrer sig eller er kritiske overfor noget, de har lagt mærke til omkring borgeren eller medarbejdernes håndtering i forskellige situationer.

For os har projektet været en trædesten til øget faglig viden og fokus på problematikken. Men endnu mere vigtigt: Vi kan se, at vores tiltag skaber større tryghed blandt borgere og pårørende

Medarbejder i Silkeborg Kommune

Vigtige forudsætninger for at lykkes med at styrke indsatsen

I både logbøger og ved sparringsmøder og drøftelser på de tre implementeringsworkshops træder også nogle vigtige erfaringer frem omkring, hvad der spiller ind, og hvad der er vigtige forudsætninger for at lykkes med at ændre praksis. Det handler kort sagt om, at det skal prioriteres, at der etableres en fælles faglighed, en klar systematik og gode samarbejder – og at der er ledelsesmæssig og organisatorisk opbakning til forandringsprocessen på alle niveauer.

Fælles fagligt sprog og faglige drøftelser

Det har vist sig at være helt afgørende for de enkelte botilbud succes, at de har arbejdet ud fra nogle fælles metoder, som alle har kendskab til, og at de samtidig har prioriteret og været gode til at tale om deres faglige overvejelser i forhold til de enkelte borgere. De fælles faglige drøftelser ud fra fælles metoder og redskaber har givet mulighed for at få flere fagligheder i medarbejdergruppen i spil på en ny måde. Fx de sundhedsfaglige. Det har styrket opmærksomheden på, hvilken viden de forskellige faggrupper i medarbejdergruppen kan bidrage med, og skærpet blikket på, hvor der er brug for at udveksle viden og gøre brug af de forskellige kompetencer, der er til stede.

Et øget fokus på konkrete metoder som fx Trinvoldsskemaet, livshistorier og KRAP, og det, at der i forbindelse med projektet har været sat tid af til faglige drøftelser, har således givet et bedre grundlag for at samarbejde og sætte borgernes udfordringer, behov og trivsel i centrum. Samtidig har det givet medarbejderne et bedre blik for, hvad de hver især kan bidrage med af viden og kompetencer, så det kan sættes i spil på det rigtige tidspunkt. Noget, som virkelig er vigtigt, når der arbejdes med tværfaglige spørgsmål relateret til udviklingshandicap og demens.

Klar struktur og arbejdsgange

Alle deltagende kommuner har erfaret, at det er vigtigt med en klar struktur og tydelige beskrivelser af arbejdsgange, som indarbejdes i allerede eksisterende systemer og faglige procedurer. På den måde sikres et systematisk fokus på opsporing af demens og tilpasning af indsatsen i forbindelse med, at borgerens situation og tilstand ændrer sig. Det har vist sig at være vigtigt, at nye arbejdsgange og redskaber indarbejdes i allerede eksisterende systemer, så det ikke bliver en ekstra dokumentationsopgave eller noget, som ligger ud over de almindelige arbejdsgange og derfor kan risikere at blive glemt. Mange kommuner har derfor arbejdet grundigt med at beskrive de konkrete arbejdsgange og undersøge muligheder for at integrere skemaer og redskaber i de allerede benyttede elektroniske systemer. Og flere har arbejdet med at etablere funktioner, der kommer med påmindelser om, hvornår fx et Trinvoldsskema skal udfyldes, eller at der er mulighed for at trække oversigter på anvendelsen af redskaberne. Det betyder, at botilbuddene kan undgå den sårbarhed, der opstår, når ansvaret for at sætte de nødvendige redskaber i spil på de rigtige tidspunkter ligger hos den enkelte medarbejder.

Vi har beskrevet udførligt, hvem der gør hvad, når vi har mistanke om, at en borger har begyndende demens. Hvornår går vi i gang med at udfylde Trinvold Demensskema – og hvem gør det? Hvem har hvilke ansvarsområder? Hvem inddrager de pårørende? Vi er simpelt hen i gang med at implementere en grundlæggende systematik i Skive Kommune, så den enkelte medarbejder og leder ved præcis, hvad der bliver forventet af dem, og hvilke ressourcer vi har at trække på.

Medarbejder i Skive Kommune

Prioritering af tid og ressourcer

På tværs af de deltagende kommuner er der enighed om, at det kræver prioritering af både tid og andre ressourcer over længere tid at gennemføre et forandringsarbejde som det, de har gjort. Det er vigtigt, at der sættes ressourcer af, dels til faglig opkvalificering, både hvad angår viden om demens og kendskab til konkrete metoder og redskaber og dels til at drive og fastholde fokus på de faglige ændringer, der sættes i søen.

Deltagelsen i projektet har betydet, at der har været en overordnet projektleder, som har haft ansvar for at understøtte og drive processen frem, etablere samarbejder og mobilisere de nødvendige ressourcer. Derudover har alle medarbejdere på de deltagende botilbud gennemgået det indledende opkvalificeringsforløb bestående af to temadage, to faglige workshops og et e-læringsprogram.

De nedsatte implementeringsteams med både botilbudsledere, medarbejdere og nogle steder demenskonsulenter eller andre udviklingsmedarbejdere har betydet, at både ledere og medarbejdere, har fungeret som vidensbærere og ressourcpersoner i forandringsprocessen. Implementeringsteamet har taget ansvar for at engagere den samlede medarbejdergruppe og sammen prioritere at holde fokus på forandringsarbejdet over længere tid. Dermed har de understøttet, at den tilegnede viden blev sat i spil i praksis. Det blev understøttet af sparingsmøder og deltagelse i tværgående implementeringsworkshops, som implementeringsteamsene oplevede var med til at inspirere og holde fokus i processen. Kort sagt har det været vigtigt at prioritere medarbejdernes deltagelse i projektet helt fra start.

Nogen skal koordinere viden og holde fokus på målgruppen

Det er ikke på alle botilbud, at der er beboere, som udvikler en demenssygdom. Nogle steder vil der være få og andre steder flere. På de mindre botilbud vil der højst sandsynligt være længere perioder, hvor der ikke er beboere med en demenssygdom. Det betyder, at den specialiserede viden og de arbejdsgange og redskaber, der skal i spil, når en borger udvikler en demenssygdom, i perioder kan ligge forholdsvis stille. Og det kan være vanskeligt at vedligeholde den viden og de kompetencer hos medarbejderne, der er brug for, når en borger udvikler en demenssygdom.

Det er de deltagende botilbuds erfaring, at det er rigtig vigtigt, at der netop er nogen, der påtager sig den koordinerende rolle. Efter projektperioden vurderer kommunerne, at det bør være en tværgående person, der har det overordnede ansvar. Opgaven er nu at sprede viden og erfaringer til de andre botilbud i kommunen. Der er brug for en person, som kan holde fokus på den fælles faglighed på tværs af botilbud, og som fx kan koordinere og understøtte løbende opkvalificering, faglige temadage og drøftelser, videndeling og vedligeholdelse af kompetencer hos medarbejdere og ressourcpersoner.

Af samme grund har nogle kommuner i forbindelse med projektet fået ansat en demenskoordinator, fx forankret i socialområdet. Eller de har udpeget særlige nøglepersoner, som skal kunne fungere på tværs af botilbud. De har til opgave at "holde gryden i kog" og sørge for, at viden, procedurer og systemer anvendes og holdes ved lige. En sådan nøgleperson kan fx sørge for, at viden om målgruppen, metoder og tilgange kommer bredt ud i kommunens botilbud, når der opstår behov for det. Nøglepersonen kan også stå for tværgående temadage og understøtte samarbejdet med relevante aktører. Hvis ikke funktionen varetages af en demenskonsulent eller -koordinator, arbejder man for, at det sker i tæt samarbejde med en demenskoordinator, der kan understøtte den demensfaglige indsats på botilbuddene.

Samarbejde og organisatorisk opbakning

Det er deltagernes klare erfaring, at indsatsen skal løftes op på et organisatorisk plan i kommunen, hvis den skal lykkes og forankres. Det er vigtigt, at der organisatorisk bakkes op om samarbejdet mellem forskellige enheder i kommunen, fx mellem botilbud og dagtilbud, botilbud og visitation, og botilbuddet og de sundhedsfaglige ressourcer og viden om demens, som ofte er forankret i sundhedsområdet. Det kræver, at forvaltningsledelsen bakker op om, at der kan samarbejdes på tværs – også på tværs af økonomi og siloer. Det er afgørende for, at det tværfaglige samarbejde kan fungere i praksis og at samarbejdet understøttes af den øverste ledelse på både social- og sundhedsområdet.

Derudover er det vigtigt, at der på forvaltningsniveau er fokus på at understøtte gode samarbejder med praktiserende læger og sygehuse. Fx gennem etablerede samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer, og ved at der prioriteres tid til det.

Stærkt samarbejde mellem social- og sundhedsområdet

Det er vigtigt at have et samarbejde mellem social- og sundhedsområdet, da det betyder, at den demensfaglige viden, der er på kommunens sundhedsområde, kan komme i spil på socialområdet. Det kan både handle om, at medarbejdere på socialområdet skal vide, hvor de kan gå hen, når de har brug for den viden og de tilbud, som findes på sundhedsområdet, og at man på sundhedsområdet skal have kendskab til de borgere og medarbejdere på botilbuddene, som har brug for deres ekspertise. Det har vist sig, at der kan være brug for at formalisere aftalerne, så det fx er legitimt for en demenskoordinator fra sundhedsområdet at bruge tid og ressourcer på borgere eller medarbejdere, som hører under socialområdet.

Stærkt samarbejde mellem botilbud, dagtilbud og myndighed

Derudover er det blevet tydeligt hos flere af de deltagende botilbud, hvor vigtigt det er at have et tæt samarbejde med både dagtilbuddet og myndighedsfunktionen. Både når det gælder opsporing og udredning og i tilrettelæggelsen af indsatsen over for borgere, som har fået konstateret en demenssygdom. Der er fx hos nogle kommuner gode erfaringer med, at botilbudsmedarbejderne udfylder Trinvoldsskemaet og drøfter borgerens trivsel og adfærd sammen med medarbejderne fra dagtilbuddet. Så får de et fælles blik på borgeren og kan sammen tilrettelægge den bedst mulige indsats. De deltagende botilbud har fået øjnene op for, hvor vigtigt det er, at der er en god dialog med myndighedsfunktionen. Både i forhold til, at der opstilles relevante mål i borgerens handleplan og i forhold til, hvilke social- og sundhedstilbud borgeren visiteres til. Men det kræver, at der på ledelsesniveau skabes rum for samarbejde og videndeling på tværs af enheder.

Vi er blevet opmærksomme på, hvor meningsfuldt det er, når bo- og dagtilbud arbejder tæt sammen. Vi har eksempelvis en borger, som kom fuldstændig udmattet hjem fra sit dagtilbud, og personalet omkring hende var begyndt at overveje, om hun stadig fik det optimale ud af sit arbejde. Og her er det så vigtigt, at vi taler sammen på tværs, for dagtilbuddet kunne fortælle, at energien blev brugt helt rigtigt: Hun havde en daglig fest og nød det i fulde drag."

Medarbejder i Gentofte Kommune

Fokus på det tværsektorielle samarbejde

Det har været tydeligt i hele projektperioden, at indsatsen også er meget afhængig af samarbejdet med de praktiserende læger og med sygehus, hukommelsesklinikken mv. Kommunikationen med de praktiserende læger, sygehus og hukommelsesklinik har vist sig nogle steder at være vanskelig og præget af manglende viden om borgere med udviklingshandicap. Det har givet dårlige forudsætninger for at samarbejde om udredning og behandling i forhold til den enkelte borger. Her har de deltagende kommuner erfaret, at det er vigtigt, at de i samarbejdet med læger og andre aktører er tydelige i deres kommunikation både i forhold til, hvad det er for nogle borgere, de har med at gøre, og at de deler deres viden, observationer med videre på en måde, så det bliver nemt for fx den praktiserende læge at koble det til sin lægefaglige viden og kompetencer. En tydelig faglighed, beskrivelse af arbejdsgange og anerkendte redskaber (som fx Trinvoldsskemaet), som dokumenterer ændringer i borgerens trivsel og adfærd, gør kommunikationen og dermed samarbejdet med både praktiserende læger og sygehuse lettere.

Samarbejdet med regionen og de praktiserende læger kan understøttes af gode samarbejdsaftaler og forløbsprogrammer mellem region og kommune. Det er derfor vigtigt at have fokus på, hvordan man organisatorisk og på ledelsesniveau bedst understøtter, at der på botilbudsniveau er kendskab til gældende aftaler. Så det er tydeligt for medarbejderne, hvilke muligheder de har i forhold til at etablere et godt samarbejde, og hvad de kan forvente sig af det. Derudover er det stadig oplevelsen, at der er behov for større opmærksomhed og viden om målgruppen hos de praktiserende læger og på sygehuse og hukommelsesklinikker i regionen, hvis samarbejdet skal styrkes yderligere. Kommunerne og botilbuddene kan kompensere for en del i deres kommunikation og måde at samarbejde på, men for at nå helt i mål kræver det konkrete ændringer og mere viden om målgruppen på regionsniveau.



Fremfærd er et samarbejde mellem KL og Forhandlingsfællesskabet.

Fremfærds formål er at fokusere samarbejdet om at udvikle de kommunale kerneopgaver og en effektiv opgaveløsning. Målet er et velfærdssamfund, hvor både medarbejderne, borgerne og resten af samfundets ressourcer anvendes bedst muligt. Hvor borgerne ikke bare er kritiske kunder, men så vidt muligt selv er med til at definere og skabe de rigtige løsninger.

Fremfærds arbejde er organiseret i fem ekspertområder, der tilsammen dækker alle de store velfærdsopgaver i kommunerne. Hvert område iværksætter og støtter projekter om udvikling af kerneopgaven på deres felt. På tværs af ekspertområderne arbejder Fremfærds bestyrelse med at samle og formidle ny viden om udvikling af kerneopgaven.

Læs mere på vpt.dk/fremfaerd