



FAABORG-MIDTFYN  
KOMMUNE

# Demens i øjenhøjde - et projekt i Faaborg- Midtfyn Kommune



**Forfattere:**

Pernille Byskov, Bo Smith, Allan Christiansen, Michael Bech Petersen, Inger-Marie Hansen, Helle Liedecke, Carina Robanke, Anne Grethe Stadil, Elsebeth Elsted, Dorit Jensen.

**Udgivelsesdato:**

November 2011

**Publikationen er udgivet af:**

Faaborg-Midtfyn Kommune  
Pleje og Omsorg  
Graabjergvej 3A  
5856 Ryslinge  
Tlf: 7253 5003  
E-mail: [mbp@faaborgmidtfyn.dk](mailto:mbp@faaborgmidtfyn.dk)  
Website: [www.faaborgmidtfyn.dk](http://www.faaborgmidtfyn.dk)

**Publikationen er udarbejdet af**

**Byskov&Smith ApS i samarbejde med**

**Styregruppen for projekt:**

"Demens i øjenhøjde" – Faaborg-Midtfyn Kommune.

**Layout og Tryk:**

HansenGrafisk/PR Offset

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

**Supplerende oplysninger**

**kan fås ved henvendelse til:**

Udviklingskonsulent

Michael Bech Petersen

Tlf: 7253 5003

E-mail: [mbp@faaborgmidtfyn.dk](mailto:mbp@faaborgmidtfyn.dk)

Eller

Projektleder og Udviklingskonsulent

Pernille Byskov

Tlf: 2147 0677

E-mail: [pernille@byskovsmith.dk](mailto:pernille@byskovsmith.dk)

Website: [www.byskovsmith.dk](http://www.byskovsmith.dk)



# Indholds- fortegnelse

1. Indledning .....	3
2. Resume/Sammenfatning .....	5
3. Baggrund og projektorganisation .....	7
3.1 Baggrundsviden, faglige valg .....	8
4. Ny demensorganisation - "Demens i øjenhøjde" .....	9
5. Kvalitetsmodel .....	15
5.1 Kompetenceudviklingsspor .....	15
5.1.1 Temadage .....	15
5.1.2 Uddannelse af demensvejledere .....	16
5.1.3 Erfa-grupper .....	17
5.1.4 Sidemandsoplæring .....	18
5.1.5 Faglige standarder .....	19
5.1.6 Anden viden .....	20
5.2 Brugerinvolveringsspor .....	21
6. Evaluering .....	23
6.1 Evalueringsmetode .....	23
6.2 Demensorganisationen .....	24
6.3 Kompetenceudvikling .....	27
6.4 Brugerinvolvering .....	31
6.5 Projektevaluering .....	36
7. Demensorganisationen 2012 .....	37
8. Litteraturliste .....	39
1. Bilag Jobbeskrivelse Demenskoordinator .....	41
2. Bilag Jobbeskrivelse Demensvejleder .....	45
3. Bilag Model for arbejdet i Erfa-grupper for demensvejledere .....	49
4. Bilag Model for brugercirkler .....	53
Noter .....	56





# 1. Indledning

Faaborg-Midtfyn Kommune har et stigende antal borgere med demenssygdomme – en udfordring som de deler med de øvrige kommuner i Danmark. Denne rapport er en afrapportering fra projekt: "Demens i øjenhøjde", der er gennemført som en del af kommunens bestræbelser på hele tiden at udvikle ydelser og måder at løse opgaver på i kommunen. Projektet er støttet af Socialministeriet: "Puljen til udvikling af bedre ældrepleje".

Målgruppen for rapporten har forskellige forudsætninger. Rapporten er både skrevet til Socialministeriet, som afrapportering fra projektet og til medarbejderne og beslutningstagere i Faaborg-Midtfyn Kommune. Med denne rapport får andre kommuner en grundig indsigt i projektets indhold. Samtidig opfordres interesserede til at henvende sig, hvis de ønsker supplerende materiale. Henvendelse kan ske enten til udviklingskonsulent i Faaborg-Midtfyn Kommune Michael Bech Petersen

eller til de eksterne konsulenter fra Byskov&Smith ApS.

Det er ambitionen, at rapporten kan læses af mange forskellige målgrupper. Derfor har vi forsøgt at skrive til den brede målgruppe. I projektets indledende fase besluttede vi at bruge betegnelsen "borgere med demens" eller "demensramte", fordi disse betegnelser beskriver en person med en sygdom. I litteraturen og i talen anvendes stadig benævnelsen "demente". Vi opfordrer til, at de professionelle er opmærksomme på at se mennesket bag adfærden og sygdommen. Ingen mennesker "er" en diagnose eller en sygdom, men mennesker kan få en sygdom eller blive ramt af en sygdom.

Ældreplejen i Faaborg-Midtfyn Kommune ledes af ældrechefen, to områdeledere for plejehjem, to områdeledere for hjemmeplejen, en ledende terapeut og en kostfaglig leder. De mellemledere der inddrages i projektet er ledere på plejehjem og ledere af grupper i hjemmeplejen. Her i rapporten

benævnes disse: ledere. De øvrige ledere benævnes med deres fulde ledertitel.

Rapporten om projektet beskriver selve projektet (afsnit 3).

Den nye demensorganisation og hvilke aktiviteter der er gennemført i projektet beskrives i afsnit 4 og 5.

Der er et kort resume og samlet konklusion i afsnit 2, og læserne opfordres til at orientere sig i afsnit 6, hvor de mere konkrete konklusioner og anbefalinger er samlet i indledning til hvert afsnit.

Der er gennemført en evaluering af projektet. Metoderne er beskrevet i afsnit 6.1, mens selve resultaterne af evalueringen, konklusioner og anbefalinger fremgår af afsnit 6.2-6.5.

Styregruppen har besluttet hvilke aktiviteter der skal fortsætte, hvilket beskrives i afsnit 7.

**God læselyst.**  
**Styregruppen**

*Spændte demensvejledere mødes for første gang 7. februar 2011.*





## 2. Resume/ Sammenfatning

Projektet: "Demens i øjenhøjde" er finansieret af midler fra Faaborg-Midtfyn Kommune og puljemidler fra Socialministeriet - "Puljen til udvikling af bedre ældrepleje", under temaet "Oplysning og kompetenceudvikling om demens". Projektet er etableret af fagsekretariatet Pleje og Omsorg med ældrechef Allan Christensen som projektejer.

Projektet er gennemført i perioden fra 1. december 2010 til 30. november 2011. Projektet er ledet af en styregruppe og den konkrete projektledelse er varetaget af konsulenter fra firmaet Byskov&Smith ApS, Odense. Projektet har gennemført aktiviteterne inden for den økonomiske ramme på kr. 1,2 mio. fra Socialministeriet og kr. 0,4 mio. fra ældreområdet.

Formålet er at bidrage med viden og overblik på demensområdet, og komme med forslag til implementering af en ny organisation på demensområdet. En ny demensorganisation skal løse den

udfordring, at antallet af borgere med demenssygdomme er stigende. Kommunen ønsker at skabe en ramme som:

- løbende kompetenceudvikler personalet
- sikrer at de pårørende inddrages i relationen mellem plejepersonalet og borgere med demens
- giver mulighed for fælles information
- skaber rammerne og mulighederne for lokal forankring

Formålet med projekt: "Demens i øjenhøjde" opfyldes gennem en kvalitetsmodel, som består af et kompetenceudviklingsspør og et brugerinvolveringsspor. Demenskoordinatoren er indgangen for alle henvendelser på demensområdet uanset, hvor henvendelsen kommer fra. Det nye i projektet var udpegnings af ca. 50 demensvejledere der skulle være ressourcpersoner i en plejegruppe og fik kompetencer til at yde pleje af og omsorg for demensramte og vejlede kolleger.

Der er ved projektets afslutning 51 demensvejledere med forskellig uddannelsesmæssig baggrund - social- og sundhedshjælper (SSH), social- og sundhedsassistenter (SSA) og andre. Demensvejlederne har gennemført kurser inden for demensområdet og har samlet været på uddannelse i 580 dage. Herudover har demensvejlederne arbejdet i fem erfaringsudvekslingsgrupper (erfa-grupper).

Brugerne er inddraget gennem 4 brugercirkel møder, hvor borgere med hukommelsesproblemer og demenssygdomme sammen med deres pårørende, har deltaget. Projektet har givet fornyet indsigt i de pårørendes behov for støtte og hvordan kommunens ydelser opleves af brugerne.

### Resultater

Projektet er blevet evalueret og konklusionerne fra projektet giver en række anbefalinger til den fremtidige indsats.

Kommunen fortsætter med en sammenhængende og lokalt forankret demensor-

ganisation, som består af demenskoordinatoren og demensvejlederne. Demensvejlederne har fået uddannelsesmæssige kompetencer, så samtlige demensvejledere har kvalifikationerne til at løfte opgaven. Det er et kompetenceniveau der skal vedligeholdes.

Projektet har vist, at ledelsens opbakning er vigtig for at få resultaterne ud i organisationen og der har i styregruppen været stort engagement og opbakning til projektet. Med tiden er det også lykkedes at få de fleste af ledernes opbakning og deres rolle som "sælgere" af ideen har været vigtig.

Demensvejlederne oplever et øget selv-værd, øget faglig stolthed og øget glæde ved arbejdet med borgere med demens. Det er opnået gennem kurser, arbejdet i erfa-grupper og sidemandsoplæring. Kommunen fortsætter derfor med erfa-grupper for demensvejledere og sidemandsoplæring.

Kommunen fortsætter med brugercirkler for pårørende og borgere med demens. Projektet har haft en særlig opmærksomhed på, at den afgørende nytteværdi skal kunne ses ude hos borgerne. Brugercirklerne har givet kommunen et redskab til systematisk at inddrage brugernes ople-

velser af kommunens ydelser i udviklingen. Det har vist sig, at de pårørende har behov for støtte og vejledning. Kommunen skal derfor fortsat have tilbud til de pårørende til borgere med demens.

Kommunens demenskoordinator har været den faglige nøgleperson i hele projektet. Evalueringen fra demensvejlederne og fra de pårørende viser, at kommunen har en meget kompetent demenskoordinator.

*Pårørende og demensvejledere mødes i brugercirklerne.*





### 3.

# Baggrund og projekt- organisation

Antallet af borgere med en demenssygdom stiger (Nationalt Videnscenter for demens, 2011), hvilket på længere sigt har konsekvenser for alle dele af sundhedsvæsenet. Den kommunale del af sundhedsvæsenet vil således også blive påvirket. Det er blandt andet denne udfordring, der er baggrunden for projekt: "Demens i øjenhøjde".

Den kommunale indsats på demensområdet koordineres med de øvrige dele af sundhedsvæsenet i samarbejdet mellem Region Syddanmark og kommunerne i regionen. Samarbejdet og sundhedsvæsenets forskellige roller er beskrevet i en "Samarbejdsmodel" (Region Syddanmark, 2010).

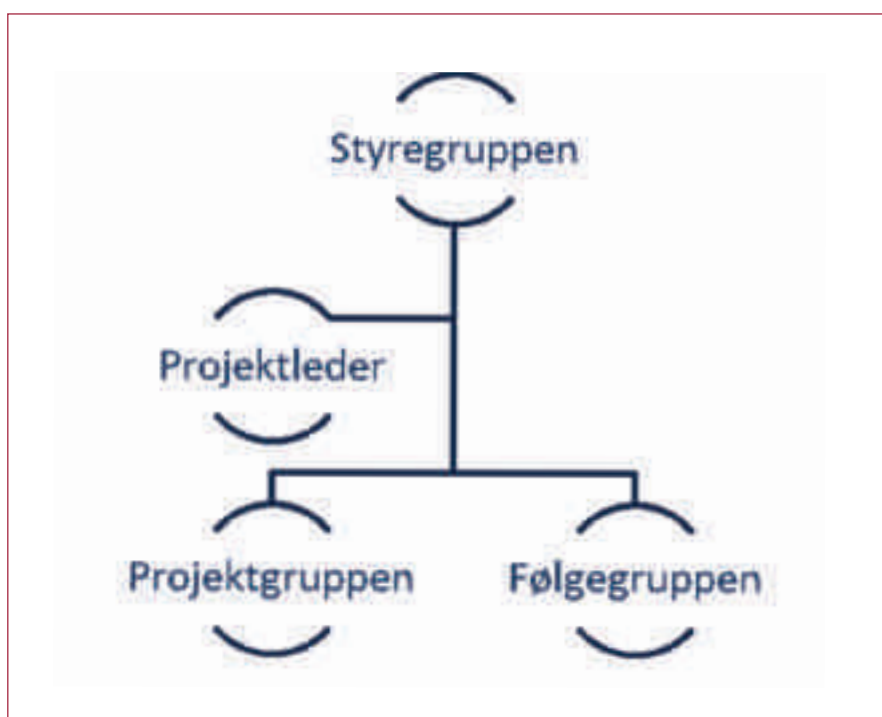
Projekt: "Demens i øjenhøjde" er finansieret af midler fra Faaborg-Midtfyn Kommune og puljemidler fra Socialministeriet, "Puljen til udvikling af bedre ældrepleje", under temaet "Oplysning og kompetenceudvikling om demens". Projektet er etableret af fagsekretariatet Pleje og Om-

sorg med ældrechef Allan Christiansen som projektejer.

Projektperioden er forlænget to gange i foråret 2011 og løber fra 1. december 2010 til 30. november 2011.

Styregruppen behandlede og besluttede formålet: Projektet skal bidrage med viden og overblik på demensområdet, og komme med forslag til implementering af en ny organisation på demensområdet.

Figur 1 Projektets organisering



Formålet er, at en ny demensorganisation:

- løbende kompetenceudvikler personalet
- sikrer at de pårørende inddrages i relationen mellem plejepersonalet og borgere med demens
- giver mulighed for fælles information
- skaber rammerne og mulighederne for lokal forankring

Styregruppen for projektet er sammenfaldende med styregruppen for ældrepolitikken, som består af ældrechef Allan Christiansen, Områdeleder Helle Liedecke, Områdeleder Carina Robanke, Områdeleder Anne Grethe Stadil, Områdeleder Hanne Clemensen, Ledende terapeut Elsebeth Elsted, Kostfaglig leder Dorit Jensen, Sekretariatsleder Inger-Marie Hansen og Udviklingskonsulent Michael Bech Petersen.

**Projektleder** er ekstern konsulent Pernille Byskov, Byskov&Smith ApS, med følgende opgaver:

- Udarbejde projektbeskrivelse
- Sammensætte og lede projektgruppen
- Sparringspartner for projektgruppen
- Løbende kontakt til projektansvarlig (styregruppen)
- Lede projektet gennem alle faser
- Håndtere relevante interessenter, synliggør projektet og tale projektets sag

#### **Projektgruppen:**

- Leder Hanne Christensen, aften/nat hjemmeplejen, område Øst
- Leder Merete Jørgensen, Nørrevænget, plejecenter, område Øst
- Demensvejleder, SSA Karin J. Laursen, V.Hæsinge, område Vest
- Social- og sundhedsassistent Ruth Beck, Lysbjergparken, plejecenter område Vest
- Demenskoordinator Ulla Rosager Dokkedahl
- Sygeplejerske Jakob Timmer, Broby, område Vest
- Projektleder Pernille Byskov, Byskov&Smith ApS
- Projektmedarbejder Bo Smith, Byskov&Smith ApS

#### **Projektgruppens opgaver:**

- I samarbejde med projektlederen, udarbejde projektbeskrivelse
- Følge op på milepælene
- Udarbejde plan for de aktiviteter, der skal udføres mellem de enkelte milepæle og evt. iværksætte de enkelte aktiviteter
- Sparringspartner for projektlederen

#### **Følgegruppen:**

- 2 borgere med demens
- 6 pårørende til borgere med demens
- Social- og Sundhedsassistent Ruth Beck
- Demenskoordinator Ulla Rosager Dokkedahl
- Aktivitetsmedarbejder Nina J. Nielsen
- Leder Hanne Christensen
- Projektleder Pernille Byskov, Byskov&Smith ApS
- Projektmedarbejder Bo Smith, Byskov&Smith ApS

#### **Følgegruppens opgaver:**

I samarbejde med projektlederen at udarbejde forslag til: målgruppe for brugercirkler, organisering af brugercirkler, indhold i møder i brugercirkler mv.

- Bidrage med idéer til væsentlige elementer i samarbejdet mellem borgere med demens, pårørende og plejepersonale
- Bidrage med idéer til hvorledes en relevant evaluering af brugercirkler mv. ift. de involverede borgere med demens/pårørende kan finde sted

### **3.1 Baggrundsviden, faglige valg**

Projektet er baseret på et udvalg af den nyeste faglige viden. En del af kilderne vil der være henvist til i denne rapport, men der er også baggrundslitteratur, som ikke citeres i teksten. Litteraturlisten sidst i rapporten viser både citerede kilder og baggrundskilder. Herudover har vi medtaget en oversigt over relevante hjemmesider med viden om demens.



## 4. Ny demens- organisation - ”Demens i øjenhøjde”

Formålet med projekt: ”Demens i øjenhøjde” opfyldes gennem en kvalitetsmodel, som består af et kompetenceudviklingsspor (se nærmere i afsnit 5.1) og et brugerinvolveringsspor (se nærmere i afsnit 5.2). Den nye demensorganisation skal bidrage til kommunens samlede opgavevaretagelse på demensområdet. Demensorganisationen i Faaborg-Midtfyn Kommune er en del af det samlede sundhedstilbud på demensområdet. Derfor inddrages både overordnede nationale krav til kommunen samarbejdet med den regionale del af sundhedsvæsenet. Som tidligere nævnt er der indgået samarbejdsaftale mellem kommunerne og regionen i Region Syddanmark. Heri beskrives kommunernes rolle i forhold til demensområdet:

*Kommunen observerer og reagerer på henvendelser fra borgere, pårørende eller venner og tilbyder rådgivning og vejledning til borgere med demenslignende symptomer og dennes pårørende, både med hensyn til udredning og*

*tilbud. Endvidere er kommunen behjælpelig med skabe kontakt til de praktiserende læger med henblik på demensudredning for borgere, der ikke selv er i stand til dette.*

*Når der har været foretaget en udredning og eventuelt iværksat behandling sørger kommunen for at etablere pleje- og omsorgstilbud indenfor Sundhedsloven og Serviceloven. I visse tilfælde kan det – af hensyn til patienten – være relevant, at kommunen sideløbende med udredningen iværksætter tilbud. Endvidere kan der ved behov etableres støtte- og vedligeholdelsestræning til borgeren og støtte til pårørende. Tilbuddene målrettes den enkelte borger ud fra de individuelt afdækkede behov, jf. kommunens serviceniveau.*

*Kommunen følger kontinuerligt op på borgernes behov for pleje og omsorg og justerer de visiterede tilbud både i sammensætning og omfang (Region Syddanmark, 2010).*

De nationale krav udtrykkes eksempelvis i ”National Handlingsplan for Demensindsatsen” (Socialministeriet og Indenrigs- og

Sundhedsministeriet, 2010) og i ”Den Danske Kvalitetsmodel for det kommunale sundhedsvæsen” (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, 2010). ”National Handlingsplan for Demensindsatsen” beskriver blandt andet de overordnede organisatoriske rammer for samarbejdet på demensområdet og anbefalinger i handlingsplanen er, ”at alle regioner prioriterer at anvende forløbsprogrammer som rammen for demensindsatsen, og at forløbsprogrammerne inddrager og viderefører de gode erfaringer fra samarbejdsmodellerne”. Der er yderligere anbefalinger, som er relevante for projektet eksempelvis kompetenceudvikling og pårørendesamarbejdet.

”Den Danske Kvalitetsmodel for det kommunale sundhedsvæsen” beskriver to standarder for Demensområdet:

**3.1.1:** ”Borgere med tidlige symptomer på demens tilbydes indsatser”.

Formålet er: ”at sikre, at borgere med tidlige symptomer på demens identificeres

således, at relevant behandling kan iværksettes rettidigt på baggrund af udredning”.

3.1.2: ”Borgere med demens sikres individuelle, forebyggende og sundhedsfremmende indsatser”.

Formålet er: ”at sikre, at borgere med demens modtager forebyggende og sundhedsfremmende indsatser under hensyntagen til individuelle behov”.

I Faaborg-Midtfyn Kommune er demenskoordinatoren den faglige nøgleperson i demensorganisationen. Rollen i organisationen er beskrevet i en jobbeskrivelse, som er revideret på baggrund af projektets erfaringer. Demenskoordinatoren er indgangen for alle henvendelser på demen-

sområdet uanset, hvor henvendelsen kommer fra. Jobbeskrivelserne for demenskoordinator og demensvejlederne indgår i rapporten som bilag 1 og bilag 2.

Det nye i projektet er udpeging af et antal demensvejledere. Målet var at udpege ca. 50 demensvejledere. På baggrund af ledernes tilbagemelding om, hvor mange de ønskede at udpege i de forskellige grupper i hjemmeplejen, plejehjem og aktivitetscentre, blev antallet 55 demensvejledere. Dermed blev der udpeget ca. 2 demensvejleder i alle grupper af hjemmeplejen, på alle plejehjem og i to aktivitetscentre.

Demensvejlederne blev udpeget før den endelige jobbeskrivelse for demensvejle-

derne var udformet. Både lederne og de udpegede demensvejledere måtte således i løbet af projektets opstart få mere konkret viden om funktionen. Det betød også, at lederne udpegede demensvejlederne ud fra denne overordnede beskrivelse af demensvejledernes rolle:

”Demensvejlederne bliver ressourceperson i en plejegruppe og får kompetencer til at yde pleje af og omsorg for demensramte og vejlede kolleger”.

Der blev udpeget demensvejledere med forskellig uddannelsesmæssig baggrund. Der var 32 social- og sundhedshjælpere (SSH), 15 social- og sundhedsassistenter (SSA) og 6 med anden baggrund (4 sygehjælpere, 1 plejehjemsassistent og 1 sygeplejerske). Demensvejledernes ansættelsesområde og faglig baggrund ses i tabel 1, og da der har været udskiftning og afgang fra projektet er antallet ved udgangen af projektet anført i parentes.

De udpegede demensvejledere har forskellig erfaringsbaggrund, hvilket fremgår af en opgørelse der viser, hvornår demensvejlederne har gennemført deres faglige grunduddannelse. Ses i tabel 2.

Kommunikationen internt mellem demenskoordinatoren og demensvejlederne skulle foregå via den elektroniske omsorgsjournal (Care), som alle demensvejlederne i forvejen havde adgang til. Det viste sig, at en stor del af demensvejlederne ikke forud for projektet havde brugt e-mail funktionen og derfor var der en del begyndervanskeligheder med den elektroniske kommunikation. Det blev aftalt, at alle generelle informationer blev givet både til demensvejlederne og til deres nærmeste leder for at sikre, at informationen blev modtaget.

Der blev udsendt information om projektet direkte til demensvejlederne og der blev udsendt en generel information om

**Tabel 1. Demensvejledernes grunduddannelse og fordeling på ansættelsesområder**

Grunduddannelse/ansættelsesområde	SSH	SSA	Andet	I ALT
Plejehjem område øst	4	4	1	9
Plejehjem område vest	11	7 (6)	2	20 (19)
Hjemmeplejen område øst	7 (8)	2 (1)	1	10
Hjemmeplejen område vest	10	1	1 (0)	12 (11)
Aktivitet	0	1	1	2
Ubesvaret				2 (0)
	32 (33)	15 (13)	6 (5)	55 (51)

**Tabel 2. Demensvejledernes grunduddannelse (de oprindeligt udpegede)**

Grunduddannelse/Uddannelsesår	SSH	SSA	Andet	I ALT
Antal	32	15	6	53
Uddannelsesår				
Før 1995	2	0	6	8
1995 – 2000	10	3		13
2000 – 2005	8	3		11
Efter 2005	11	9		20
Ej oplyst	1	0		1
Ubesvaret				2
	32	15	6	55

projektet via ledelsesorganisationen ved projektets begyndelse.

Demensvejledernes synlighed i organisationen blev i projektet understøttet af visitkort, med titlen demensvejleder. Den enkelte vejleder skulle selv skrive sit navn og kontaktelefonnummer på kortet, inden det udleveres til pårørende og borgere med demens.

### Demenskoordinatorens opgaver

Demenskoordinatorens funktion og rolle i demensorganisationen er undersøgt på flere måder. Der er lavet en flowundersøgelse, som på to perioder i henholdsvis marts måned 2011 og august måned 2011 viser samtlige henvendelser til demenskoordinatoren. Perioden i marts måned var på to uger, og perioden i august måned var på tre uger.

Det samlede antal henvendelser i perioderne er næsten det samme på trods af forskellig længde på perioderne. Perioden i marts fulgte lige efter en periode, hvor demenskoordinator en havde haft ferie, hvilket delvist forklarer, at der var sket en ophobning af henvendelser. Der sker et fald i den andel af henvendelserne, hvor demenskoordinatoren kan afslutte sagen uden videre sagsbehandling. Sager der kan videregives til andre, herunder de-

mensvejlederne, stiger. Det blev registeret, om henvendelsen skete i forhold til en borger med et cpr.nr., hvilket vil betyde, at borgeren er kendt af demenskoordinatoren, eller at henvendelsens indhold gjorde det relevant at cpr.nr. blev oplyst. Antallet af henvendelser hvor indholdet ikke krævede et cpr.nr., hvilket langt overvejende betyder, at der er tale om meget generelle spørgsmål, er faldet.

En stor del af henvendelserne i marts uden cpr.nr. kunne afsluttes, og justeres der for henvendelser uden cpr.nr. er andelen af henvendelser, hvor demenskoordinatoren fortsat har sagen konstant. En større andel af henvendelser i marts kom fra interne samarbejdspartnere i kommunen, sammenlignet med august. Andelen af henvendelser fra pårørende stiger fra marts til august. Tendensen gælder også, hvis man udelukkende ser på borgere som er kendte af demenskoordinatoren inden henvendelsen.

En mulig tolkning er, at demenskoordinatoren er blevet mere synlig for nogle af de pårørende igennem projektet.

Der skete forud for projektet en reduktion i antallet af demenskoordinatorer i kommunen fra to til en. Projektet er således gennemført uden at tilføre ressourcer til funktionen som demenskoordinator. De-

menskoordinatorens egen vurdering af, hvordan projektet har påvirket opgavemængden er, at der har været nok at se til. Arbejdsbyrden bliver lidt mindre hos de borgere som ikke er komplekse, hvor opgaven er givet videre til en demensvejleder. Selv om det ikke er komplekse sager kan de godt have massivt plejebæhov, men det klares hos demensvejlederne og ude i grupperne. Det er demenskoordinatorens vurdering, at hvis alle demensvejlederne når det kompetenceniveau som de bedste har opnået, så kan der uddelegeres flere opgaver til demensvejlederne.

I forhold til jobbeskrivelsen for demenskoordinatoren, er det projektledelsens vurdering, at rollen som demenskoordinator har et højt indhold af koordinerende og pædagogiske opgaver. Der er tale om en kompleks rolle som udspilles i forhold til demensvejledere, ledere, frivillige m.fl. Det vil være hensigtsmæssigt, at demenskoordinatoren har formelle uddannelsesmæssige kompetencer på det pædagogiske område.

I projektansøgning blev det forudsat at "der oprettes journal i omsorgssystemet på alle demente". Men på nuværende tidspunkt har kommunen ikke adgang til data om borgernes diagnoser. Derfor findes der ikke en sådan registrering. I den elektroniske omsorgsjournal (Care) registreres

**Tabel 3. Undersøgelse af henvendelser til demenskoordinatoren**

Henvendelser til demenskoordinatoren	Periode 1	Periode 2
	Marts 2011	August 2011
Henvendelser, videregivet til andre herunder demensvejlederne	2 %	8 %
Henvendelser, demenskoordinator har fortsat sagen	56 %	62 %
Henvendelser, afsluttet uden videre sagsbehandling	40 %	31 %
Henvendelser uden CPR nr.	18	4
Justeret antal henvendelser, videregivet til andre herunder demensvejlederne	2 %	8 %
Justeret antal henvendelser, demenskoordinator har fortsat sagen	62 %	63 %
Justeret antal henvendelser, afsluttet uden videre sagsbehandling	32 %	29 %
Henvendelser fra interne samarbejdspartnere	51 %	41 %
Henvendelser fra pårørende	40 %	50 %
Samlet antal henvendelser	114	104

ydelse, og derfor findes der data om, hvilke borgere der modtager ydelsen som benævnes ”øvrige ydelse Demenskoordinator” og ydelsen ”øvrige ydelse Demensvejleder”. Det må desværre konstateres, at datakvaliteten ikke er tilstrækkelig sikker i forhold til en opgørelse over, hvor mange borgere der aktuelt modtager disse ydelser. De mest valide data er derfor, hvor mange borgere der er påbegyndt ydelserne i en bestemt måned.

Med det forbehold at datakvaliteten er ringe, er der tegn på, at demensvejlederne påtager sig nye opgaver. Tallene i tabel 4 viser antallet af borgere, der er påbegyndt ydelsen ”øvrige ydelse Demenskoordinator” og ydelsen ”øvrige ydelse Demensvejleder”.

Tallene er opgjort månedsvist på baggrund af ydelsesregistrering i den elektroniske omsorgsjournal (Care).

#### Omfanget af magtanvendelse

I forbindelse med indsatsen over for borgere med demens kan personalet i konkrete situationer stå i balancefeltet mellem

hensynet til selvbestemmelsesretten på den ene side og pligten til at yde omsorg på den anden. Også for de pårørende kan det være vanskeligt at forstå, at medarbejderne kun i særlige tilfælde efter Serviceloven (Socialministeriet, 2011) må anvende magt, hvis det er nødvendigt for at varetage omsorgen for en person, som er psykisk svækket. Alle tilfælde af magtanvendelse skal registreres og indberettes.

Den hyppigst forekomne magtanvendelse i forhold til borgere med demens er i henhold til § 126 i Serviceloven, som beskriver ”Fastholdelse i hygiejnesituationer / borger føres til andet opholdsrum”. I 2010 var der 15 indberetninger, hvoraf 7 var ikke lovlige fordi de aktuelle situationer ikke var beskrevet i lovteksten, 8 var lovlige, idet de var omfattet af lovteksten og samtidig nødvendige og uundgåelige i den aktuelle situation.

I perioden januar til oktober 2011 var der 15 indberetninger, 2 var ikke lovlige fordi de aktuelle situationer ikke var beskrevet i lovteksten og 13 var lovlige, idet de var omfattet af lovteksten og samtidig nød-

vendige og uundgåelige i den aktuelle situation.

Antallet af situationer med magtanvendelse er således uændret, men der er sket et markant fald i antallet af ikke lovlige magtanvendelser. De tilgængelige data giver ingen mulighed for at vurdere på årsagen til ændringen. På baggrund af konsulenternes erfaring fra arbejdet i erfaringsudvekslingsgrupper er det muligt, at personalets bevidsthed omkring handleplaner og pædagogiske løsninger på problemerne kan være en medvirkende årsag.

Det har ikke været muligt, at fremskaffe nationale tal for magtanvendelsen, og der er derfor ikke vurderet på omfanget i forhold til andre kommuner.

#### Data der kan beskrive kommunens udfordringer på demensområdet

Prognose for den skønnede forekomst af demenssygdom i Faaborg-Midtfyn Kommune (Nationalt Videnscenter for demens, 2011). Se tabel 5 og figur 2.

**Tabel 4. Borgere der begynder at modtage ydelser, fordelt på måneder i året**

Start for øvrig ydelse	Demenskoordinator*	Start for øvrig ydelse	Demensvejleder*
	2010	2011	2011
Måned	Antal borgere	Antal borgere	Antal borgere
Januar	14	8	0
Februar	8	6	0
Marts	14	5	0
April	10	2	0
Maj	10	2	0
Juni	12	9	2
Juli	2	4	3
August	2	2	7
September	3	3	3
Oktober	0	2	1
November	5		
December	4		
I alt	84	43	16*

\*) Start for ydelsen betyder, at en borger begynder at modtage ydelsen i denne måned.

Nationalt Videnscenter for Demens har beregnet den skønnede forekomst af borgere med demens hele landet, de 5 regioner og de 98 kommuner. Prognoserne forudsiger udviklingen i antallet med demens frem til 2040. Forekomsten af de-

mens hos ældre i Danmark er et estimat, det vil kvalificeret skøn, der er beregnet på oplysninger fra to datakilder:

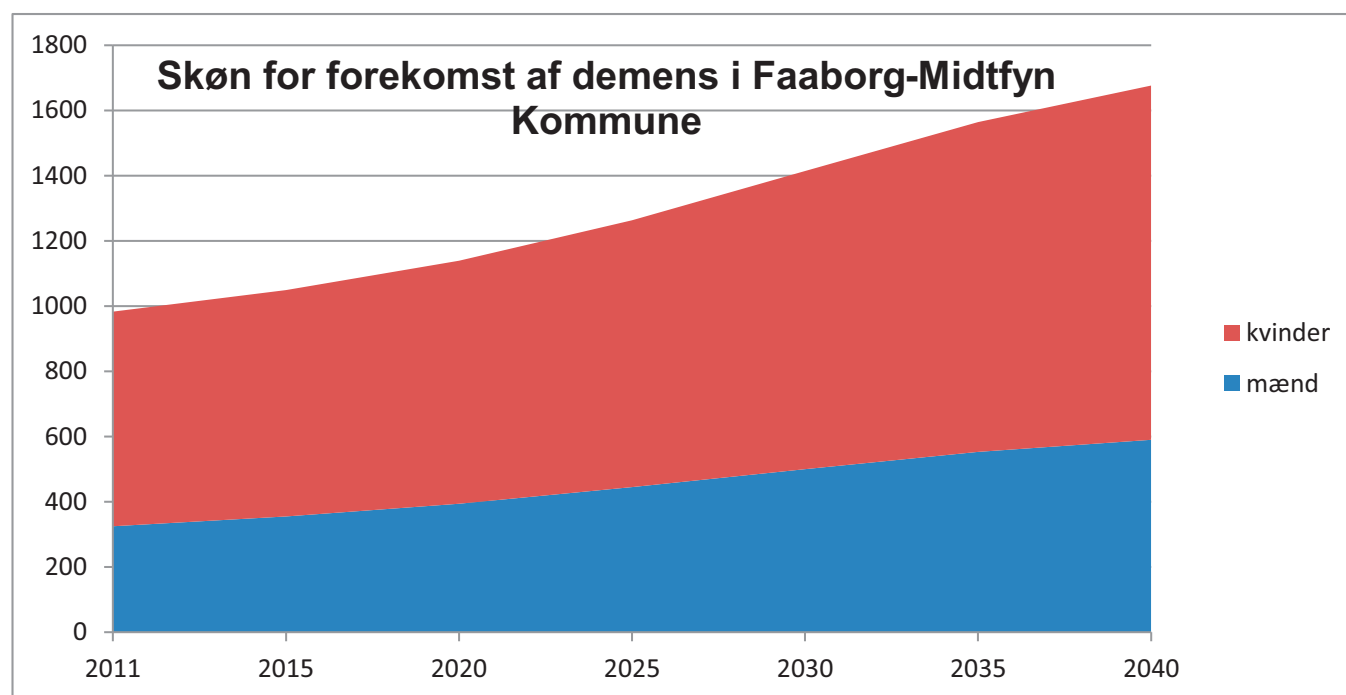
1) Folketal fra Danmarks Statistik fra juli 2011 og

2) Data fra en række europæiske befolkningsundersøgelser vedrørende den procentvise forekomst demens i forskellige aldersgrupper – såkaldte prævalensrater – fra perioden 1988 til 2008.

**Tabel 5. Skøn for forekomst af demens i Faaborg-Midtfyn Kommune**

	2011	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Fremskrivning af ældrebefolkning (60+ årige)	14.259	14.942	15.692	16.650	17.580	18.047	18.048
Mænd med demens	325	355	394	445	500	553	590
Kvinder med demens	658	694	745	818	914	1.011	1.086
I alt	983	1.048	1.139	1.263	1.415	1.564	1.675

**Figur 2**



*Opmærksomme demensvejledere på temadag den 7. februar 2011.*





# 5. Kvalitetsmodel

Kvalitetsmodellen i projektet omfatter to hovedspor, et kompetenceudviklingsspor og et brugerinvolveringsspor. Aktiviteterne i de to spor er beskrevet i henholdsvis afsnit 5.1 og 5.2, men evalueringen af aktiviteterne følger i afsnit 6.

## 5.1 Kompetenceudviklingsspor

I de følgende afsnit beskrives de elementer der indgår i et kompetenceudviklingsspor.

Aktiviteterne er temadage (5.1.1), uddannelse af demensvejledere (5.1.2), erfa-grupper (5.1.3), sidemandsoplæring (5.1.4), faglige standarder (5.1.5) og anden viden (5.1.6).

### 5.1.1 Temadage

Som en del af kvalitetsmodellen er der afholdt 3 temadage i projektet. De to første temadage blev afviklet i opstartsfasen (7. februar samt 5. april 2011) og den sidste temadag (30. november 2011) afvikles som en afslutningsdag for projektet.

Demenskoordinatoren, og demensvejledere fra hjemmepleje, plejehjem og aktivitet har deltaget på alle 3 temadage.

Byskov&Smith ApS har stået for tilrettelæggelsen og gennemførelsen i samarbejde med demenskoordinatoren.

Der var 3 afbud ud af 55 demensvejledere den 7. februar 2011 (5 % fravær).

Der var 4 afbud ud af 54 demensvejledere den 5. april 2011 (7 % fravær).

På Kick-off temadagen den 7. februar 2011 var emnerne: Kendskab til de nyudpegede demensvejledere og introduktion til projekt: "Demens i øjenhøjde" og den nye demensorganisation. Dagens indhold bestod af en gennemgang af de nye jobbeskrivelser for demensvejledere og demenskoordinator, information om uddannelsen på de 3 AMU-kurser i samarbejde med Social- og Sundhedsskolen Fyn, samt etablering og "lære hinanden nærmere at kende" i de 5 erfa-grupper. Information om etablering af brugercirkler blev også givet.

De 5 erfa-grupper var samlet igen på en temadag den 5. april, hvor der blev givet detaljeret information om de 3 kurser, nærmere introduktion til erfa-grupperne og hvordan erfa-grupperne skal arbejde herunder viden om kommunikation, selvstyrende grupper og facilitatorrolle.

Erfa-grupperne havde på første temadag ønsket at drøfte, hvordan de i en travl hverdag fik skabt rum til den nye opgave som demensvejleder og derfor var emnet: "Styrer tiden os eller kan vi styre tiden" også på dagsordenen.

Plan og proces for brugercirkler blev gennemgået.

Som afslutning på projektet og for at give en god fortsættelse på det videre arbejde som demensvejleder afholdes der den 30. november en temadag for at sikre forankring og aftaler på baggrund af rapportens resultater og anbefalinger. Styregruppen ønsker ligeledes at takke demensvejledere for deres engagement i projektet og de brugbare resultater.

### 5.1.2 Uddannelse af demensvejledere

En del af projektets formål er, at demensvejlederne skal kompetenceudvikles. Helt konkret var målet, at alle demensvejlederne som minimum skal have de tre kurser om demens: "Omsorg for personer med demens" (Modul 1), "Personer med demens – sygdomskendskab" (Modul 2) og "Personer med demens – aktivitet og livskvalitet" (Modul 3).

De tre kurser er AMU kurser (arbejdsmarkedsuddannelse), der udbydes ved Social- og Sundhedsskolen Fyn. Det er fuldtidsuddannelser med en varighed på 5 dage pr. kursus. For at kunne sikre en optimal udnyttelse af uddannelsespladser, blev der

gennemført en undersøgelse af demensvejledernes kompetencer ved projektet begyndelse.

Undersøgelsen viste, at 10 af de udpegede demensvejledere havde alle tre kurser i forvejen, 5 manglede et, 7 manglede to og 33 manglede alle tre kurser. Se tabel 6 og figur 3.

Det samlede behov for uddannelse kunne således opgøres til 108 uddannelsespladser eller 540 uddannelsesdage i alt.

Der blev indgået aftale med Social- og Sundhedsskolen Fyn om etablering af to uddannelseshold for hver af de tre kurser, hvilket var tilstrækkelig til at sikre plads til alle.

En del demensvejledere aftalte med deres leder, at de kunne gentage kurserne, selv om de tidligere havde gennemført dem, og der blev åbnet for at andre medarbejdere i kommunen kunne tilmelde sig, for at fylde holdene op.

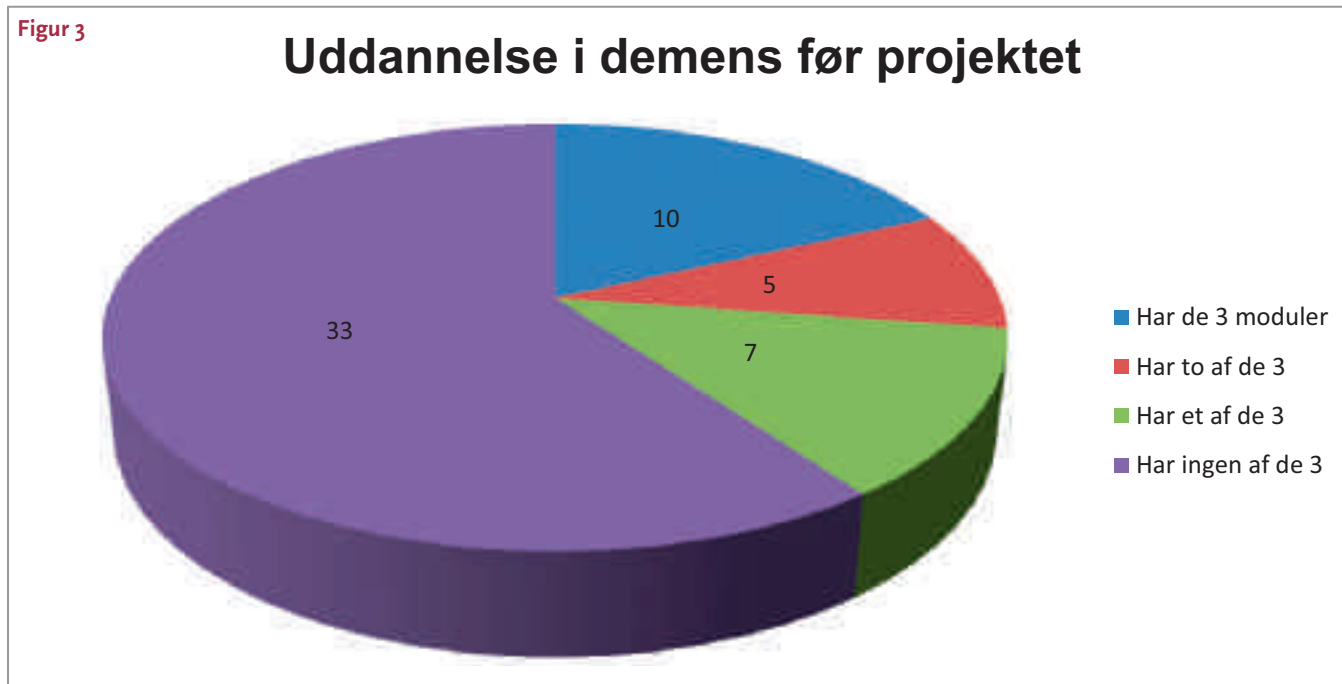
Uddannelsesbehovet hos demensvejlederne har været ujævnt fordelt i kommunen, hvilket ses af opgørelsen over behovet for uddannelse fordelt på ansættelsesområder - se tabel 6.

#### Gennemført uddannelse

Det samlede antal demensvejledere, der har gennemført uddannelse i projektet er 116 uddannelsesforløb.

Tabel 6. Demensvejledernes behov for uddannelse og fordeling på ansættelsesområder, ved projektets start

Ansættelsesområde/Uddannelsesbehov Modul	Mangler et modul	Mangler to moduler	Mangler tre moduler	Antal demensvejledere i området
Plekehjem område øst	2	2	4	9
Plekehjem område vest	2	2	14	20
Hjemmeplejen område øst	1	3	3	10
Hjemmeplejen område vest	0	0	10	12
Aktivitet	0	0	0	2
Ubesvaret			2	2
	5	7	33	55



**Tabel 7. Uddannelseskompetencer efter projektet, og gennemført uddannelse i projektet**

	Modul 1	Modul 2	Modul 3
Uddannelsesmodulet er gennemført i projektet, . havde ikke modulet før	29	33	35
Uddannelsesmodulet er gennemført i projektet, - gentaget vedkommende havde det før	8	6	5
Antal har gennemført	37	39	40
Ikke deltaget i modulet, men har det før projektet	11	9	6
Har ikke modulet hverken i projektet eller før	3	3	5
Antal tilmeldt modulet	38 (1 sent afbud)	39	41 (1 syg)
Samlet antal	51	51	51

Status fremgår af tabel 7.

En demensvejleder mangler modul 1, og en demensvejleder mangler modul 3 på grund af sygdom. En demensvejleder har en diplomuddannelse i demens og har derfor ikke taget modul 1 og 2. En demensvejleder har en social diplomuddannelse og har derfor ikke taget modulerne. En demensvejleder har en anden demensuddannelse fra forsorgslederne og har derfor ikke taget modul 2 og 3.

En demensvejleder har en kognitiv uddannelse fra Fyns Amt og en er sygeplejerske og de to har ikke taget modul 3. Samtlige øvrige har enten fået uddannelsen i projektet eller havde allerede modulerne. Konklusionen er, at stort set alle demensvejlederne har opnået de uddannelsesmæssige kompetencer, der var målet med projektet.

### 5.1.3 Erfa-grupper

Erfa-grupperne i projektet opfylder flere formål. Dels er de en del af kompeten-

ceudviklingen for demensvejlederne og dels bidrager de til, at demensvejlederne bearbejder de dilemmaer, der opstår i deres arbejde, således som det anbefales i Den Nationale Handlingsplan (Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010, s. 18).

Der er gennemført 6 erfa-gruppe møder á to timers varighed i hver af de 5 erfa-grupper fra april til november 2011. Deltagerne har været demensvejledere fra plejehjem (26), hjemmepleje (23), og aktivitet (2). En gruppe har været en ren plejehjemsgruppe, en gruppe har været en ren hjemmeplejegruppe med en aktivitetsmedarbejder, og 3 grupper har været blandet plejehjem/hjemmepleje/aktivitet. Der har deltaget mellem 5 – 11 demensvejledere pr. erfa-gruppemøde med et fremmøde på typisk mellem 8-9 demensvejledere pr. møde (antal demensvejledere i erfa-grupperne er angivet i parentes).

Afbudsårsager har primært været sygdom, ferie og andre møder. Møderne har været

afholdt på det gamle rådhus i Faaborg, i Åløkkeparken, på Åhaven, Nørrevænget og Steensvang.

I projektperioden har Bo Smith og Pernille Byskov fungeret som tovholdere på erfa-grupperne. Demenskoordinatoren har ikke ressourcer til at indgå i hver eneste erfa-gruppe, da hun er alene om hendes funktion.

Ud af de 51 demensvejledere har 37 (73 %) deltaget i 5 eller 6 møder, 14 (27 %) har haft mere end 1 afbud.

Demensvejlederne har haft mulighed for at arbejde med:

- egne tanker, følelser og adfærd/handlinger i forhold til borgere med demens og deres pårørende
- klarhed på demensområdet
- egen og demensvejledernes fælles udvikling

**Tabel 8. Deltagelse i Erfa-gruppernes møder**

Deltagelsesgrad ud af	Erfa-gr.	Erfa-gr.	Erfa-gr.	Erfa-gr.	Erfa-gr.	Samlet (51)
6 erfa-gruppemøder	Nr. 1 (11)	Nr. 2 (10)	Nr. 3 (9)	Nr. 4 (10)	Nr. 5 (11)	
Deltaget i 2 møder (33%)	2	0	0	0	0	2
Deltaget i 3 møder (50%)	0	2	1	1	1	5
Deltaget i 4 møder (67%)	2	1	0	3	1	7
Deltaget i 5 møder (83%)	3	3	5	3	5	19
Deltaget i 6 møder (100%)	4	4	3	3	4	18
Samlet	51	49	46	48	56	250
Deltagelsesprocent for hele gruppen	77%	82%	85%	80%	85%	82%

Set i forhold til:

- sig selv
- borgere med demens og pårørende
- kolleger i eget område
- andre samarbejdspartnere

På det første erfa-møde indgik gruppen en kontrakt/aftale mht. tavshedspligt, fortrolighed, arbejdsmetode og evaluering. Til hvert erfa-møde har demensvejlederne skullet medbringe et aktuelt emne. Hvert erfa-møde har haft en nogenlunde fast struktur mht. en runde, hvor emner præsenteres og valg af et til to emner. Demensvejledere der ikke har bidraget med et specifikt emne har fungeret som "reflekterende team" på forskellig vis, til sidst er afsluttet med hvordan der kan arbejdes videre med emnet/situationen.

Desuden er der hen ad vejen givet nødvendige informationer af relevans for projektet herunder information om de nye faglige redskaber i den elektroniske omsorgsjournal (Care).

I erfa-grupperne kan de drøftede situationer kategoriseres i nogle overordnede temaer:

- Særligt vanskelige borgersituationer
- Udredning af ny eller ændret situation hos borger
- Samarbejde og relation med egne kolleger/samarbejdspartnere over døgnnet
- Vejlederrollen
- Samarbejde med pårørende

Af hensyn til tavshedspligten i erfa-grupperne kommer projektledelsen ikke nærmere ind på det konkrete indhold i drøftelserne, men projektledelsen har hver gang i erfa-gruppen aftalt, hvad der kan ar-

bejdes videre med og formidles til omverdenen herunder, hvem der skal inddrages for at afhjælpe "problemet".

Det er projektledelsens vurdering som tovholder på erfa-grupperne, at der er sket et kompetenceløft i projektperioden. For nogle demensvejlederes vedkommende endda et ganske stort kompetenceløft.

Kompetenceløftet beror på en samlet indsats og ikke kun på arbejdet i erfa-grupperne. Erfa-gruppernes styrke er også, at demensvejlederne har arbejdet med deres sociale, personlige og faglige kompetencer. Generelt er demensvejledernes refleksionsevner i erfa-grupperne øget i løbet af projektet og de siger selv, at de får meget ud af at lytte til de andre.

Projektledelsens vurdering er dog, at der stadig er meget stor forskel på kompetenceniveauet hos demensvejlederne alt efter, hvor modne de har været til at arbejde på en anderledes måde end de plejer og hvorvidt de har bidraget til situationer, der har været behandlet på erfa-gruppe møderne eller ej. Generelt er demensvejledere med en hjælperbaggrund lidt mere usikre/famlende i forhold til at medbringe emner/situationer til erfa-gruppen end de øvrige faggrupper.

De 5 erfa-grupper har fungeret på meget forskellig vis og som det også fremgår af afsnit 6.3 oplever demensvejlederne det forskelligt. Det er projektledelsens vurdering, at det er nogle få af demensvejlederne som vil have tilstrækkelige kompetencer til selvstændigt at stå for erfa-grupperne fremover. Projektledelsen vurderer at nogle af demensvejlederne med lidt mere viden om facilitator rollen og tovholderfunktion vil være i stand til at

stå for erfa-grupperne men for hovedparten vil det være for stor en opgave. På dette punkt ser projektledelsen nok den helt store forskel på social- og sundhedshjælpere og på social- og sundhedsassistenterens kompetencer.

På baggrund af erfaringerne med de afholdte erfa-gruppemøder i projektet, skal der peges på, hvordan en fremtidig model for fortsættelse af erfa-grupperne skal være, herunder hvem der skal være ansvarlig/tovholder, mødehyppighed, antal deltagere, placering i kommunen, arbejdsmodel for erfa-grupperne etc. Se afsnit 6.3 og bilag 3.

#### 5.1.4 Sidemandsoplæring

En vigtig opgave for demenskoordinator er i samarbejde med demensvejledere at besøge demensramte og pårørende. Besøget sker efter henvendelse fra personale, egen læge, visitator, pårørende mm, når der er behov for støtte og vejledning f.eks. ved etablering af kontakt med kommunen eller når der sker forandringer i den demensramte borgers hverdag. Formålet med det fælles besøg er, at sidemandsoplære demensvejlederne til selvstændigt og/eller i samarbejde med demenskoordinator at varetage opgaverne som demensvejleder.

Sidemandsoplæring skal medvirke til at sikre at relationen og samarbejdet mellem borger med demens, pårørende og personale udvikles.

Demenskoordinatoren har i projektperioden inviteret demensvejledere til at deltage i sidemandsoplæring. Men endnu har alle demensvejledere ikke prøvet at deltage i sidemandsoplæring, se tabel 9. De demensvejledere der deltager, er meget begejstrede for at løfte opgaven.

**Tabel 9. Omfanget af sidemandsoplæring, antal demensvejledere der har prøvet det.**

	Erfa-gruppe				
	Gr. 1	Gr. 2	Gr. 3	Gr. 4	Gr. 5
Antal der har deltaget i sidemandsoplæring	3	1	4	3	3

Der viser sig nogle udfordringer i forhold til overdragelse af opgaver fra demenskoordinator til demensvejledere.

Det er ikke i § 83 i Serviceloven (Socialministeriet, 2011) en ydelse at yde rådgivning og vejledning til demensramte og pårørende. Hidtil har det været en opgave for demenskoordinatoren, men i den nye demensorganisation er det også en opgave, som demensvejlederne skal løfte.

For at sikre udvikling og implementering af demensvejledernes opgaver er det vigtigt, at de får lejlighed til at deltage i side-mandsoplæring i den demensramtes hjem sammen med demenskoordinator.

Demensvejlederne skal kunne varetage kontakten med pårørende, og følge op på aftaler med pårørende og demensramte. Nødvendigheden af at have tid til disse opgaver øges efterhånden som demenskoordinator overdrager opgaver til demensvejlederne.

Ligeledes er det demensvejledernes opgave at fortælle deres egne kolleger om de opgaver, som gruppen skal løse på demensområdet, når den nye demensorganisation kommer på plads. En af opgaverne er at have mulighed for at tage med egne kolleger ud og se, hvad der sker og hvordan plejen kunne forbedres i hjem, hvor demensvejleder ikke kommer selv.

På baggrund af drøftelse i styregruppen i projektperioden fastslås det derfor, at der ikke er en konkret ydelse i ydelseskataloget,

som grundlag for at give støtte, råd og vejledning. § 85 i Serviceloven vedrører socialpædagogisk støtte og er ikke en del af hjemmeplejens budget. Det er en forpligtigelse for alle demensvejledere at yde støtte og rådgivning jf. formålet med Servicelovens § 11.

Det er besluttet, at den "nye" opgave skal føres som en afvigelse i den elektroniske omsorgsjournal (Care) for hjemmeplejens demensvejledere. Der er ledelsesmæssig opbakning til, at opgaverne løses og derfor besluttet der ikke en særlig registrering. Ved at dokumentere opgaverne som afvigelser i den elektroniske omsorgsjournal (Care), behandles området som alle andre opgaver.

### 5.1.5 Faglige standarder

I kvalitetsmodellen og kompetencesporet indgik det i projektet at udarbejde faglige standarder i den elektroniske omsorgsjournal (Care) rettet mod demensindsatsen. De konkrete faglige værktøjer er udarbejdet i et samarbejde mellem projektledelse og demenskoordinator. Som inspiration er brugt aktuelt undervisningsmateriale fra Social- og Sundhedsskolen Fyn samt "Samarbejdsaftale på demensområdet (Region Syddanmark, 2010).

Projektet har leveret følgende redskaber og tilføjelser i den elektroniske omsorgsjournal (Care):

- a) Ny "funktionsvurdering" under klient:
  - 1) Vurdering og plan med 3 faner:

- Døgnrytmeplan (anvendes til planlægning af borgerens døgnrytme og hvad borger selv kan/skal have hjælp til over døgnnet)
- Færdighedsvurdering (vurderer ressourcer/begrænsninger mht. frontale funktioner, sprog, praksis, sanseindtryk, hukommelse)
- Livshistorie (sikrer kendskab til borgerens liv)

b) Mappen demens:

- Livshistorie – skema (udleveres til borger og pårørende, så de kan være behjælpelig med at få beskrevet livshistorien)
- Opmærksomhedsskema v/demens (anvendes i forbindelse med adfærdsskemaændringer, kan ligge i egen bolig og udfyldes af både personale og pårørende)
- Lægekontakt v/mistanke om demens (checkliste til personale ved mistanke om demens)
- Lægekontakt ved adfærdsskemaændringer, demens (checkliste til personale i forbindelse med adfærdsskemaændringer)

c) Mappen procedurer:

- Lægekontakt v/mistanke om demens (Samarbejdsaftale på demensområdet, 2010, s. side 22).
- Lægekontakt ved adfærdsskemaændringer, demens (Samarbejdsaftale på demensområdet, 2010, s. 23).

d) Mappen skemaer:

- Opmærksomhedsskema v/demens

e) Ny plejeplan:

- Standard - demens

Målet er på sigt, at alle borgere med en demenssygdom eller borgere med hukommelsesproblemer er ved at blive udredt for demens skal have oprettet en plejeplan om demens og konkretiseret den baggrund af fortrykte standardiserende faglige mål og handlinger på baggrund af borgere

---

§1. Formålet med Serviceloven er:

- 1) at tilbyde rådgivning og støtte for at forebygge sociale problemer,
- 2) at tilbyde en række almene serviceydelser, der også kan have et forebyggende sigte, og
- 3) at tilgodese behov, der følger af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Stk. 2. Formålet med hjælpen efter denne lov er at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten.

Stk. 3. Hjælpen efter denne lov bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie. Hjælpen tilrettelægges ud fra den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte.

rens egen situation. Det er muligt at tilføje mål og handlinger, som er særegne for den enkelte borger. Hensigten at samle viden om borgerens demens og plan for pleje og omsorg et sted i journalen på en systematisk måde. Alle faggrupper vil dermed kunne orientere sig et sted om aktuel status for den enkelte borger.

Der er ikke i projektet ændret på de skemaer eller procedurer, som skal følges i kommunen med til magtanvendelse. Social- og Sundhedsskolen Fyn har fået en kopi af de udarbejdede redskaber og har lovet at inddrage dem i undervisningen i efteråret 2011, ligesom alle demensvejledere har fået materialet tilsendt og emnet har været taget op i erfa-grupperne.

Det er ikke muligt i løbet af projektperioden at vurdere det fulde potentiale for brugen af de nye standarder, da de først har været tilgængelige i den elektroniske omsorgsjournal (Care) fra august.

Det er vigtigt at være opmærksomhed på, om demenskoordinator og demensvejledere begynder anvende de nye faglige standarder mht. dokumentation og hvordan, der tages imod de nye faglige standarder. Vedligeholdelsen sker fremover i regi af dokumentationsgruppen ligesom alle andre områder i den elektroniske omsorgsjournal (Care).

### 5.1.6 Anden viden

I dette afsnit peger projektledelsen på nogle områder, som ikke har indgået i projektet, men som betyder noget i forhold til kommunens samlede indsats på demensområdet.

#### Kompetencer på demensområdet

Ud over demensvejlederne er der andet personale i hjemmeplejen, som har uddannelse på demensområdet. Det er ukendt hvem og hvor mange, det drejer sig om. På alle plejehjem er der flere der har de 3 demenskurser: Omsorg for personer med

demens, Personer med demens – sygdomskendskab, Personer med demens – aktivitet og livskvalitet. I 2011 har mange medarbejdere på plejehjem desuden gennemført demenskurset: "Uhensigtsmæssig adfærd og udadreageren ved demens". På plejehjemsområdet er der fem medarbejdere og tre ledere, som har diplomuddannelse i demens (Åhaven: leder og en medarbejder, Nørrevænget: leder, Bakkegården: leder og Lysbjergparken: en medarbejder).

Hovedparten af alle aktivitetsmedarbejdere i Træning, Aktivitet og Rehabilitering har de 3 demenskurser: Omsorg for personer med demens, Personer med demens sygdomskendskab, Personer med demens – aktivitet og livskvalitet (Faaborg-Midtfyn Kommune, 2010).

Der er ikke i projektet udpeget demensvejledere på kostområdet eller blandt sygeplejerskerne.

Kostområdet og sygeplejerskerne er siden projektansøgningen bevidst fravalgt som deltagere i projektet, idet fokus har været på at øge kompetencer hos det personale, som er tættest på borgeren i hverdagen, hos de demensramte i hjemmene, på plejehjemmene eller i træning og aktivitet. Sygeplejerskernes kompetencer på demensområdet er pt. ikke kendt.

#### Tilbud på aktivitetsområdet

Af informationsskrivelse på kommunens hjemmeside fremgår bl.a.: 24 heldagshold for ressourcetsvage hjemmeboende borgere, svarende til 220 pladser. Ca. 80 % af de visiterede borgere skønnes at være demensramte (Faaborg-Midtfyn Kommune 2010).

Borgerne kan visiteres til 1-3 dage om ugen. I særlige tilfælde kan demensramte borgere visiteres til 4 dage om ugen (gælder kun på Aktivitetscentret i Gislev og Fru Hansens Stue).

Der er heldagshold på følgende centre: Prices Have, Fru Hansens Stue, Ålække-

parken, Humlehaven, Åhaven, Nørrevænget og Tingager.

Den demensramte skal selv betale for forplejning og kan blive visiteret til kørselsordning med egen betaling. Der er udarbejdet pjecer fra de enkelte steder, som medbringes af medarbejder i forbindelse med visitation til tilbuddet.

#### Tilbud til pårørende til demensramte

Ægtefælle, forældre eller andre nære pårørende, der passer en person med demens kan tilbydes følgende:

- Afløsning i hjemmet, mens den pårørende er hjemmefra til særlige aktiviteter
- Aflastningsophold i døgnbemandet plejebolig
- Aflastning i daghjem
- Praktisk hjælp, som aflastning for rask ægtefælle / pårørende.

Aflastningsophold i døgnbemandet bolig tilbydes på plejehjemmene Åløkkeparken, Stensvang og Nørrevænget.

Aflastningsophold i daghjem tilbydes på plejehjemmet Åløkkeparken.

Der er egenbetaling i forbindelse med transport, forplejning og aktiviteter i daghjem og døgnbemandet plejebolig.

#### Aktuelle tilbud på Frivillighedsområdet

- "Forglem mig ej" café i Hillerslev Landsbycenter drives af frivillige fra Ældresagen i Faaborg-Midtfyn Kommune. Målgruppen er mennesker med hukommelsesproblemer og deres pårørende. Ældresagen uddanner frivillige.
- "Huset" i Faaborg er en selvejende institution. Der er bl.a. tilbud om en pårørendegruppe til demensramte.
- Besøgsvenner arrangeres af Ældresagen, Røde Kors, "ældre hjælper ældre" (frivillighedshuset i Ringe) og nogle kirker i kommunen.

## 5.2 Brugerinvolveringsspor

En del af projektets formål var at sikre at de pårørende inddrages i relationen mellem plejepersonalet og borgere med demens. Det skulle ske ved etablering og afprøvning af brugercirkler. Det var en del af projektets opgave at konkretisere brugercirkler. I projektbeskrivelsen blev indholdet holdt i nogle generelle beskrivelser. Der skulle oprettes brugercirkler bestående af borgere med demens, pårørende og demensvejledere. Deltagerne kunne drøfte, hvordan det er at være pårørende, demensramt, og hvordan samarbejdet fungerer bedst med personalet. Hensigten er, at borgere med demens og de pårørende inddrages aktivt og systematisk i udviklingen af pleje og omsorg for borgere med demens.

For at blive mere konkrete på, hvordan borgere med demens og deres pårørende kan inddrages og hvordan deres erfaringer med plejen kan bruges systematisk til at udvikle indsatsen på demensområdet, blev der gennemført møde med Alzheimerforeningens aktivitetscenter i Odense, der blev holdt et følgegruppemøde og søgt litteratur om brugerinvolvering i forbindelse med demens. På baggrund af de forskellige input blev modellen for brugercirkler besluttet. I afsnit 6.4 beskrives evaluering af brugercirkler nærmere og i bilag 4 beskrives revideret model for brugercirkler.

Brugercirklerne er afholdt på Steensvang plejecenter i Faldsled og på Midtfyns Fritidscenter i Ringe af to omgange hvert sted i tidsrummet kl. 13.30-15.30. Strukturen i mødet er; en fælles velkomst og kort information, herefter deles gruppen i to: pårø-

rende og borgere med demens. I gruppen af pårørende udveksles erfaringer, og demenskoordinatoren kan svare på spørgsmål. I gruppen af borgere med demens gennemføres aktiviteter og så vidt det er muligt dialog om det at leve med sygdommen. Mødet slutter fælles, hvor der er kaffe og uformel drøftelse ved bordene. Det er demenskoordinatoren, der leder møderne i samarbejde med demensvejlederne. Invitation til møderne blev uddelt via demensvejlederne og demenskoordinatoren til pårørende og borgere med demens. Herudover var der omtale i aviserne af arrangementerne på baggrund af en pressemeddelelse, der blev udarbejdet og udsendt i samarbejde med kommunens kommunikationsmedarbejder.

Hensigten med brugercirklerne er at deltageres erfaringer anvendes til systematisk at udvikle kommunens ydelser. Derfor er opsamling af de erfaringer og udsagn, der kommer til udtryk i forbindelse med møderne helt afgørende for at kunne drage læring omkring relation mellem borgere med demens, pårørende og personale. Demenskoordinatoren og demensvejlederne skal derfor lytte til de udsagn, der fremkommer på møderne. Projektkonsulenterne observerede brugercirklerne og udarbejdede en skriftlig opsamling på læringspointer fra møderne.

I projektførelsen er der formidlet læringspointer til demensvejlederne, demenskoordinator og til lederne med henblik på, hvad brugercirklerne bidrager med og hvad der kan arbejdes videre med. De

pårørende italesætter tre scenarier for deres demensramte familie. I eget hjem, overgangsfasen, og på plejehjem.

I forhold til at være i eget hjem som demensramt:

- Struktur på samtaler, når eks. visitator, demenskoordinator er på besøg i hjemmet. Både fælles samtale og samtale alene med den demensramte og alene med de pårørende. Demensramte sætter en facade op, når der er besøg fra kommunen, derfor er det en idé at etablere en fast struktur på samtaler/møder.
- Begræns antal af personer, der kommer i hjemmet.
- Få aftalt med demensramt og pårørende, hvad der hjælpes med og hvordan: personlig pleje, rengøring, vær fleksibel i tilrettelæggelse og gennemførelse af plejen. Støt ægtefælle til at tage imod hjælp og aflastning i forbindelse med personlig pleje. De er alene mange timer med den demensramte.
- Tal om sygdommen, hjælp med til at demensramt og familie får drøftet muligheder og valg for fremtiden, mens det stadig er muligt. Også selvom det er svært.
- Få aftalt med pårørende, hvordan der kommunikeres med hinanden. Børn til demensramte har et andet behov end ægtefæller.
- Rengøring. Pårørende efterlyser mulighed for rengøring 1 x pr uge/efter behov, når sygdom er årsag til, at den demensramte sviner med mad, urin, afføring, gemmer mad og bleer, roder med madvarer, blomster osv.

Overgangsfase mellem eget hjem og plejehjem:

- Tal om plejehjem, opfordrer til at benytte aflastning, tage på besøg på plejehjem.

**Tabel 10. Antal deltagere på Brugercirkel møder**

Møde	Antal pårørende	Antal borgere med demens
22/6	18	8
20/6	21	7
3/10	12	5
6/10	27	3

På plejehjem:

- Giv god personlig pleje, og hold demensramte aktiveret. Træn de fysiske færdigheder.
- Inviter de pårørende ind og deltage i aktiviteter. Giv de pårørende mulighed for at mødes.  
Af andre emner fra brugercirkelmøder nævner de pårørende også: ‘

- Der er evidens for, at de ”raske” pårørende har øget risiko for at blive syge.
- Forebyg at det sker ved at opretholde brugercirkler som indgang til videndeling og sparring med demenskoordinator og demensvejledere, komme tidligt i kontakt med ”systemet”, komme af med sine frustrationer mv.

- Overvej at etablere pårørende grupper for børn af demensramte og for ægtefæller. Rolle, behov, tab/savn er forskellige. Videndeling er vigtig.
- Tilbyd mulighed for fælles træning/aktiviteter i den første fase af sygdomsforløbet.

*Brugercirkel møder for pårørende og borgere med demens foregik i Ringe og Falsled.*





# 6. Evaluering

Evalueringen beskrives kort i et afsnit om metoderne (6.1) og læsere der ønsker afsnittet uddybet kan henvende sig til kontaktpersonerne (se omslaget). De efterfølgende afsnit beskriver evalueringen i forhold til områderne demensorganisationen 6.2, kompetenceudvikling 6.3, brugerinvolvering 6.4 og projektevaluering 6.5. Afsnit 6.2, 6.3 og 6.4 er alle opbygget med konklusion, anbefalinger og evaluering/vurdering. Konklusionsafsnit beskriver de konklusioner der kan drages på baggrund af evalueringen, anbefalingerne er styregruppens fremadrettede handlingsforslag og evaluering/vurdering er en beskrivelse af evalueringresultaterne som fører frem til konklusionerne.

## 6.1 Evalueringsmetode

Evalueringen har først og fremmest et læringsperspektiv, og skal give et solidt udgangspunkt for beslutninger omkring den fremtidige organisering og indsats på demensområdet i Faaborg-Midtfyn Kommune. Samtidig skal evalueringen vurdere

på de succeskriterier der er opstillet i forbindelse med ansøgning af puljemidler fra Socialministeriet, ”Puljen til udvikling af bedre ældrepleje”, under temaet ”Oplysning og kompetenceudvikling om demens”.

### Første succeskriterium

”Ved afslutning af projektet, skal 90 % af lederne give udtryk for at:  
Den nye demensorganisation har givet mulighederne og rammerne for lokal forankring.”

### Metode

Evalueres igennem et fokusgruppeinterview. 8 ledere udvalgt ved lodtrækning blev inviteret. På grund af afbud blev yderligere 6 ledere inviteret, og der deltog 5 ledere i interviewet. En konsulent tog notater fra interviewet og det blev optaget på bånd, så udsagn og citater kunne kontrolleres. Alle udsagn gengives i anonymiseret form.

Interviewet har givet kvalitative data, og metoden giver ikke mulighed for at vur-

dere, hvor stor en andel af lederne der deler en given vurdering.  
Se evaluering i afsnit 6.2.

### Andet succeskriterium

Ved afslutning af projektet skal 90 % af de 50 demensvejledere give udtryk for at:

- De har de nødvendige kompetencer, til at fungere som demensvejledere
- De løbende oplever at deres kompetencer udvikles

### Metode

Der er gennemført fokusgruppeinterview i alle 5 erfa-grupper.  
Der blev gennemført en undersøgelse af uddannelsesbehov (før undersøgelse), dette er suppleret med en undersøgelse af gennemført uddannelse og status på uddannelsesniveau ved afslutning på projektet (se afsnit 5.1.2).

Interview og spørgeskema suppleres med data omkring tidsforbrug for erfa-gruppe-

møder og temadage (se afsnit 5.1.1 og 5.1.3).

Evalueringen svarer på, hvilke uddannelsesmæssige kompetencer demensvejlederne har opnået.

Af fokusgruppeinterviewene kan udtrages, hvad demensvejlederne giver udtryk for omkring deres egne kompetencer og deres kompetenceudvikling. Metoden svarer ikke helt præcist på, hvor stor en andel af demensvejlederne, der udtrykker det der er efterlyst i succeskriteriet.

Metoden giver til gengæld mulighed for at komme med fremadrettede konklusioner.

Se evaluering i afsnit 6.3.

### Tredje succeskriterium

Ved afslutningen af projektet skal 90 % af de berørte pårørende have givet udtryk for, at:

- a) de har været inddraget i relationen mellem plejepersonalet og den demensramte
- b) de har fået den nødvendige information

### Metode

Evalueringen blev gennemført ved telefoninterview af pårørende, der har deltaget i brugercirklerne og her har tilkendegivet, at de måtte kontaktes i forbindelse med evalueringen. Der er gennemført 23 interview af 37 mulige. Metoden er en spørgeskemaundersøgelse gennemført som telefonisk interview. Besvarelserne er kvantificeret og analyseret af konsulenterne.

Analysen er gennemført som mixed metode analyse, hvor de optalte resultater af spørgeskemaundersøgelsen er sammenholdt med de udsagn, der er kommet under interviewene, de udsagn der er kommet fra interview med demenskoordinatoren og lederne. Bemærkninger der er givet indgår i evalueringen som kvalitative data.

Projektledelsen har herudover på bruger-

cirkelmøderne observeret, hvilke emner med et potentielt læringsindhold, der bringes op af demensramte og pårørende.

Metoden kan ikke evaluere på, hvor stor en andel af det samlede antal berørte pårørende, der deler en given vurdering. Metoden giver en række bud på udviklingsområder, og giver et grundlag for en mere subjektiv vurdering af, om projektet har nået succeskriteriet. Metoden diskuteres yderligere i afsnit 6.4.

### Evalueringsbidrag fra demenskoordinator

Demenskoordinatoren blev interviewet i et semistruktureret interview.

Temaerne for interviewet var: Vurdering af den nye demensorganisation, egen jobbeskrivelse, udvikling i opgaver, samarbejdet med demensvejlederne, samarbejdet med lederne, udbytte af brugercirkler, projektets forløb, forslag til fremtidig demensorganisation.

### Evaluering af projekt

Styregruppen gennemfører en evaluering af projektet med hensyn til processen.

Dette skete på et styregruppemøde på baggrund af tematiserende spørgsmål.

Fokus for denne del var læring af forløbet, projektets organisering og den konkrete projektgennemførelse. Evalueringen skal give mulighed for at vurdere resultaterne i lyset af projektprocessen.

## 6.2 Demensorganisationen

### Succeskriterium

Ved afslutningen af projektet skal 90 % af lederne give udtryk for, at:

Den nye demensorganisation har givet mulighederne og rammerne for lokal forankring.

### Konklusion

Overordnet vil projektledelsen konkludere, at demensorganisationen både er sammenhængende og lokal forankret. Der er skabt et fundament for en fremtidig vel-fungerende demensorganisation.

Lederne oplever i nogen grad, at demensorganisationen er forankret lokalt. Lederne oplever en sammenhængende og lokalt forankret demensorganisation er mindre stærk end demenskoordinatorens og demensvejledernes oplevelse.

Demensvejlederne og demenskoordinatoren oplever en sammenhængende demensorganisation, hvor demenskoordinatoren er kommunens indgang og tager sig af det generelle niveau og demensvejlederne er det lokale led og tager sig af det konkrete niveau.

Demensvejlederne oplever i de fleste tilfælde, at de har en tæt forbindelse med demenskoordinatoren. Demenskoordinatoren har uddelegeret opgaver til nogle demensvejledere, baseret på en konkret og individuel vurdering. Der er stadig stor forskel på demensvejledernes kompetencer, både fagligt og personligt og det gælder både i hjemmepleje og på plejehjem. Der er et potentiale i at uddelegere flere opgaver til demensvejlederne og evalueringen viser, at det allerede i projektperioden er lykkedes i et vist omfang.

Den videre udvikling skal ske efter en konkret vurdering, og der skal fortsat ske en udvikling af demensvejledernes kompetencer, så flere af demensvejlederne kan løfte opgaven på et mere selvstændigt niveau.

Det styrker funktionen, at der i de fleste områder er minimum to demensvejledere, som både kan supplere hinanden ved at arbejde på forskellige tider af døgnet, og de kan støtte hinanden i forhold til udfordringer i funktionen.

Det er vurderingen, at der er forskel på, hvor meget lederne automatisk har inddraget demensvejledere, ligesom der er forskel på, hvor klar demensvejlederne har følt sig i forhold til at påtage sig en vejleder rolle overfor kollegerne.

Lederne giver udtryk for, at det er en ledelsesopgave at sikre gode rammer og vilkår for demensvejlederne. Demensvejlederne har i projektperioden oplevet store forskelle i den konkrete opbakning. Flere demensvejledere giver således udtryk for stor ledelsesmæssig opbakning og en del har oplevet at de kun i mindre grad havde ledelsesmæssig opbakning til funktionen. Det er projektledelsens vurdering, at der i nogen grad har manglet ledelsesmæssig fokus hos enkelte ledere. Sammenhæng mellem demensorganisationen og ledelsesorganisationen er en vigtig udfordring i den fremtidige demensorganisation. Demenskoordinatoren har et fagligt ansvar, mens ledelsesorganisationen har ansvaret for rammer og vilkår i forhold til demensvejlederne.

Demensvejlederne ser sygeplejerskernes rolle som meget perifert i forhold til selve erfa-grupperne, mens lederne ser sygeplejerskerne tættere knyttet til demensorganisationen.

### Anbefalinger

- Udpegning af demensvejledere bør fremover ske, så der minimum er to demensvejledere pr. gruppe/plejehjem..
- Demensvejlederne skal fortsat arbejde med egen udvikling og skal mere på banen i forhold til kolleger, på møder i gruppen, ved vejledning af kolleger og ved at deltage i besøg i hjemmene.
- Der skal fortsat være fokus på sidemandsoplæring som en aktivitet. Demenskoordinatoren støttes i at beskrive sidemandsoplæringens pædagogiske indhold. Der er behov for, at sidemandsoplæringen sker i alle grupper og på alle plejehjem, og der mangler sidemandsoplæring særligt i område vest (se afsnit 5.1.4).
- Lederne skal give tid og rum til funktionen, særligt i forhold til rådgivning og vejledning af pårørende og kollegerne.

- Der skal sikres den nødvendige koordinering og sammenhæng mellem demensorganisationen og ledelsesorganisationen. Derfor holdes halvårslige møder hvor demenskoordinatoren drøfter demensområdet med ledergruppen på ældreområdet.
- Jobbeskrivelse skal anvendes som styringsværktøj ved udvælgelse af kommende demensvejledere, ligesom der skal foregå introduktion hos demenskoordinatoren og i erfa-grupperne.
- Der skal arbejdes med at sikre viden om demensvejledernes funktion i hele organisationen.
- Demensvejlederne skal være mere kendte i gruppen af pårørende og hos sygeplejerskerne.
- Demensorganisationen skal synliggøres overfor sygeplejerskerne så sygeplejersker og demensvejlederne mødes i øjenhøjde. Det skal være klart, hvordan demensvejlederne kan trække på sygeplejerskerne, eksempelvis i forhold til vurdering af delir, udredning af smerter, ernæring, medicin samt andre komplekse faglige vurderinger.

### Evaluering og vurdering

Her følger en beskrivelse af de konkrete evalueringsinput, som har ført frem til konklusionen og anbefalinger.

Lederne er generelt positivt indstillet overfor den nye demensorganisation og ser demensvejledernes rolle og kompetencer som et godt supplement til pleje af demensramte og sparring af kolleger. Af interview med ledere fremgår, at det varierer meget, hvor meget demensvejlederne er på banen og hvor aktive de er.

Demenskoordinator giver udtryk for, at samarbejdet med demensvejlederne kan udvikles og gøres endnu bedre, ved en mere struktureret og jævnlig kontakt. Det er vigtigt at lære hinanden bedre at kende. Demenskoordinatoren fortæller, at der har været eksempler på, at demensvej-

ledere ikke er mødt op til sidemandsoplæring: "Min fornemmelse er, at de læser adviser og e-mails, jeg skal nok også blive bedre til at melde ud til dem, følge op og nurse dem (demensvejlederne)".

Demensvejleder kan lokalt omsætte viden og tilpasse til borger og sted, hvor demenskoordinator er mere generel og ser tingene udefra: "Der er fordele ved at have en demensvejleder ude i organisationen, som taler samme sprog som mig.

Demensvejleder kan udarbejde handleplan, da hun også kender stedet, borgeren og kan få formidlet, hvad der kan hjælpe den pågældende, det er en stor fordel" (demenskoordinatoren).

Lederne kan især mærke at demensvejlederne får noget ud af at deltage i erfa-grupper, fordi de efter erfa-gruppemøder kommer hjem og tager emner op, som er med til at forbedre og forandre pleje til demensramte.

Lederne forventer, at demensvejledernes faglighed og kompetencer bliver optimeret: "... og så skal de tilbage i grupperne og være med til at få den nye viden om demens implementeret, så viden bliver brugt bedre og de er med til at få sat borgerne i centrum".

En af lederne udtrykker det således: "Demensvejlederne er specialister i gruppen som resten kan trække på. Det kan jeg mærke nu - de blomstrer helt".

Andre ledere siger, at det er på vej: "... de andre medarbejdere skal vende sig til tankegangen, at to demensvejledere ligger inde med viden og har et tættere samarbejde med demenskoordinator". Der er gode eksempler på at demensvejlederne har haft emner med til erfa-gruppemøde og er kommet tilbage med nye ideer. Det er også positivt at aften, nat og dag kommer til at arbejde tættere sammen, for de

kommer til at kende hinanden, bliver mere trygge, og bruger hinanden.

Demenskoordinatoren har i perioden oplevet tydelige tegn på, at den samlede demensorganisation kan fungere:

*"Jeg vil fremhæve en situation, hvor en borger, der var svær at komme ind til. Her tog demensvejleder bolden, på min vejledning og nu fungerer plejen tip top.*

*Det er en succeshistorie, som breder sig som ringe i vandet i den gruppe. Vi har dialogen og tør snakke sammen, vi har holdt møde med ægtefælle og datter, her på demensvejleders initiativ, en af de gode oplevelser"* (Demenskoordinatoren).

Det der gjorde forskellen i eksemplet var at demensvejleder tog ansvar for funktionen i gruppen og hun havde bolden i hele forløbet.

Lederne oplever stor forskellighed på demensvejlederne. Nogen tror på sig selv og andre har svært ved at tro på sig selv og svært ved at formidle viden videre, derfor er det vigtigt, som leder at hjælpe dem: "... de har ikke grebet det helt endnu, de skal hjælpes og støttes".

Demenskoordinator oplever ligeledes, at det er meget personafhængigt, hvor godt det går og det gælder både på plejehjemmene og i hjemmeplejen.

Med hensyn til vejledning af kolleger og elever, så er der demensvejledere som er på banen og formidler viden:

*"Jeg ved ikke om de trækker på os, men det er nærmest en dialog man får i gang jo, man får nogle ting op, man snakker om nogle ting, måske bliver vi brugt mere end vi lige tænker på, men jeg tror også der ligger et arbejde forude, for og bibeholde det og videregive vores viden og stadigvæk være lidt aktiv og ikke bare falde tilbage i det gamle"* (demensvejleder plejehjem).

Eller kommer med konkrete værktøjer, som de har lært på kurserne.

*"Det har jeg været, gruppen havde en borger som de ikke kunne komme ind på livet af, jeg skulle prøve noget af det jeg har lært, nu kan vi komme ind på livet af hende, det hjalp, jeg fandt lynhurtigt ud af at det var den måde de spurgte hende på... altså sige nu går du med på badeværelset i stedet for at spørge kunne du tænke dig at gå ud på badeværelset, nu kører det, var med derude i 4 dage, der er ingen problemer derude nu, det har været en god oplevelse, jeg har da lært noget"* (demensvejleder/SSH hjemmeplejen).

Det er lidt forskelligt om der er to demensvejledere i alle grupper, men nogle ledere synes det er vigtigt, at der er to der står sammen, for de kan sparre med hinanden, og hvis de sidder alene med det, kan det godt være svært at formidle videre alene til de andre. I nogle grupperne er demens nu sat fast på dagsorden til kollektivmøder.

Det opleves i gruppen som en stor ressource at demensvejlederne bruger tid på møder til at vejlede kolleger og formidle viden om demens videre.

Lederne forventer at demensvejlederne tager teten på møder i gruppen, at de melder sig på banen overfor kolleger med henblik på formidling af viden, vejledning og sparring, men lederne er også opmærksomme på, at ikke alle kolleger er parate til at modtage vejledning og høre efter. Det hjælper så småt nu, hvor demensvejledere har fået mere viden og hvor de via deltagelse i erfa-grupper får mod til at tage teten og komme mere på banen. Nogle ledere oplever, at assistenter måske har nemmere ved opgaven end hjælperne. Projektledelsen oplever, at det ikke kun er demensvejledernes faglige baggrund der har betydning. Der er stor forskel på, hvordan rammerne er for formidling til de øvrige. Nogle demensvejledere har ønsket at

have alle tre kurser før de påtog sig rollen i forhold deres kolleger.

Lederne er generelt usikre på, hvad demensvejledernes rolle er. Lederne har ikke brugt tid på eller undersøgt om der for eksempel fandtes en jobbeskrivelse for demensvejlederne. På det tidspunkt hvor demensvejlederne skulle udvælges, var der ikke udarbejdet en jobbeskrivelse. I dag ville lederne gøre sig flere tanker om, hvem der skulle udpeges, da de oplever at demensvejledernes funktion kræver viden om demens og at kunne sparre og formidle til kolleger. I grupperne er der mange funktioner som skal varetages og nu oplever lederne, at demensvejlederfunktionen er en af de tungere roller, som skal varetages.

Lederne ser det som deres opgave at give demensvejlederne støtte, give dem rum og tid til funktionen. For eksempel har en leder afsat en time, hvor de to demensvejledere i gruppen har tid til at sparre med hinanden. Lederne vil gerne bakke op om, at demensvejledernes arbejde synliggøres og anerkende deres arbejde. Lederne oplever at resten af gruppen er ved at finde ud af at demensvejlederne er der.

Lederne vil gerne bakke op om, at demensvejlederne kører med ud til borgere med demens for, at de kan hjælpe deres kolleger ved at se en anden rute end den demensvejleder plejer at have. Demensvejlederne synes i de fleste tilfælde, at deres leder bakker dem op og støtter dem ved at give tid og stille forventninger til demensvejledere.

*"Vi har en leder der har fokus på det og er opmærksom på det og giver os frie hænder til, hvordan vi vil implementere det her, det er hun åben for, internt hvordan vi vil, tid til at holde møder og hvordan vi får det ud, vi er nået frem til at demensvejleder aften primært tager sig af aftenvagten, hun har stillet sig til rådighed i friuge (kan få tid til det) vi to andre deles om dagen, det komplekse*

tager xx sig af, vi har fået det ud på et personalemøde, det har været udmærket" (demensvejledere fra samme sted).

Vilkår er forskellige for demensvejlederne på plejehjem og i hjemmeplejen, fordi det er lettere i hverdagen på plejehjemmene at komme i kontakt med hinanden og gå lidt fra og til hos borgerne.

I hjemmeplejen er det nødvendigt at strukturere information og vejledning mere, fordi personalet kører mere alene og ikke nødvendigvis ser hinanden i løbet af dagen.

Her har demensvejledere aftalt med deres leder, at de skal informere på personalemøde om, hvad de kan bruges til og hvad de har været igennem. Nogle grupper i hjemmeplejen har ikke tradition for strukturerede møder eller møder der sikrer, at alle kan komme til orde og derfor er tiden gået uden demensvejlederne har fået informeret resten af personalegruppen.

Demensvejlederne udtrykker kritik af, at leder og ledere højere oppe og visitatorer er for lidt opmærksomme på, at borgere med demens kræver tid: "Vi kan ikke kommandere med borgere med demens, det kræver tid, svært at få tiden til de demensramte, ved ikke hvad vi skal sige, den demensramte borger beder ikke selv om tiden og derfor får de ikke tiden, fordi det beder de ikke visitator om".

Omvendt roses det at det nu er blevet legalt at bruge tid på de demensramte.

I hjemmeplejen oplever demensvejledere, der fungerer som "flyver" eller ikke har faste borgere, ikke kontinuitet. Demensvejlederne vil gerne være faste kontaktpersoner hos borgere med demens og have tid til opgaven, ligesom de er blevet mere opmærksomme på, hvorfor det er vigtigt med så få medarbejdere som muligt hos demensramte i hjemmeplejen.

Nogle steder er demensvejlederne nået dertil, hvor de pårørende også ved, hvem det er, de skal kontakte, men det er ikke ens over hele området. På ét plejehjem vil

demensvejlederne ved et fællesarrangement fortælle om, hvem de er og hvad deres opgave er. Leder udtrykker det: "...unger der har været i reden, nu er de ved at være klar til at flyve".

Det underbygges i telefoninterview med en pårørende som fortæller, at hun har bemærket, at der arbejdes med nye kreative ideer på plejehjemmet (et andet end ovenfor) til at løse udfordringerne. Det opleves som en positiv ændring.

Flere demensvejledere fortæller, at de har fået mere selvtillid og at det særligt i samarbejdet med de pårørende gør en forskel, de tør noget mere i forhold til de pårørende.

*"Jeg kommer hos en dement dame hvor jeg er kontaktperson, hendes niece har fået visitkort og bruger mig godt og positivt, bruger tlf.nr og indtaler besked, i forbindelse med den demensramte dames opstart på dagcenter og noget der lige skulle rettes ind, kontaktede niece mig, det kan jeg mærke er godt for niece og giver et godt forløb hos den demensramte dame, da forløbet startede, havde jeg ikke tænkt at bruge mig selv sådan ift. de pårørende" (demensvejleder hjemmeplejen).*

Lederne efterlyser viden om, hvor sygeplejen er i dag i forhold til demens og at det er vigtigt, at sygeplejerskerne også trækker på demensvejlederne. Med den nye struktur på ældreområdet i tankerne luftes tanken om 3 centre, hvor demensvejlederne mødes i erfa-grupper på tværs af hjemmepleje, plejecentre og sygepleje. Der peges på møder op til 4 gange årligt.

Nogle af demensvejlederne har klare holdninger til at sygeplejerskerne er for langt væk fra dagligdagen omkring de demensramte. Hvis sygeplejerskerne skal have en rolle, skal de være uddannede inden for demens og have interessen for det.

Det er projektledelsens erfaring fra arbejdet i erfa-grupperne, at demensvejlederne mangler viden om hvordan de kan trække

på sygeplejerskernes viden, og at demensvejlederne oplever begrænsninger i forhold til hvor meget sygeplejerskerne skal og kan være inddraget.

## 6.3 Kompetenceudvikling

### Succeskriterium

Ved afslutningen af projektet skal 90 % af de 50 demensvejledere give udtryk for, at:

- de har de nødvendige kompetencer til at fungere som demensvejledere
- de løbende oplever, at deres kompetencer udvikles

### Konklusion

Det er vurderingen, at de 51 demensvejledere via deltagelse i kurser og erfa-grupper samt sidemandsoplæring i løbet af projektperioden har opnået en basisviden og kunnen på demensområdet som gør, at de er i stand til at varetage rollen som demensvejleder.

Alle demensvejlederne har uddannelsesmæssige kompetencer svarende til de 3 AMU-kurser om demens, se afsnit 5.1.2. Demensvejlederne har en positiv vurdering af kurserne.

Der er gennemført erfa-gruppeforløb for alle demensvejledere.

Der har været en gennemsnitlig deltagelsesgrad i erfa-grupperne på 82 %. Demensvejlederne har en overvejende positiv vurdering af erfa-grupperne.

En fast struktur på møderne bidrager til det positive udbytte.

Demensvejlederne fra hjemmepleje og plejehjem har forskelligt syn på sammensætningen af erfa-grupperne.

Lederne har en positiv vurdering af erfa-grupperne.

Det er projektledelsens vurdering, at der er sket en stor udvikling af demensvejlederne i projektperioden, men at der også er et stort spænd i demensvejledernes faglige og personlige kompetencer.

Der er udarbejdet faglige værktøjer på demensområdet og de er tilgængelige i den

elektroniske omsorgsjournal (Care). Demensvejledernes erfaring med brug af de faglige værktøjer er begrænset.

### Anbefalinger

- Erfa-grupperne skal fortsætte med en fast struktur, 4 møder om året. (se bilag 3).
- Sammensætningen af erfa-grupperne justeres, så der tages højde for den nye organisation i hjemmeplejen pr. 1. januar 2012.
- Erfa-grupperne skal bestå af blandede grupper på tværs af plejehjem og hjemmepleje, idet videndeling på tværs af den samlede ældrepleje vægtes højt.
- Der gennemføres én temadag om året for alle demensvejledere, hvor demenskoordinator er tovholder/underviser/facilitator. Indhold: Ny viden, aktuelle emner, evaluering af jobbeskrivelser/samarbejde/hvem gør hvad, læring fra brugercirkler. Efter behov deltager lederne i punkter vedrørende organisatoriske og ledelsesmæssige forhold.
- Alle demensvejledere tilbydes indenfor det næste års tid kurset: "Uhensigtsmæssig adfærd og udadreageren ved demens".
- Behov for uddannelses-/udviklingsplantil demensvejlederne drøftes med nærmeste leder.

- Demenskoordinatorens behov for kompetenceudvikling drøftes med nærmeste leder især med fokus på udvikling af koordinerende/faciliterende/pædagogiske kompetencer.

### Evaluering og vurdering af erfa-grupper

Her følger en beskrivelse af de konkrete evalueringsinput, som har ført frem til konklusion og anbefalinger, dette afsnit er opdelt i et afsnit om erfa-grupper, om kurser og om vedligeholdelse af viden.

Demensvejlederne fremhæver erfa-gruppen, fordi de her hører andre komme med de samme problemstillinger, som de selv sidder med og ser det fra flere vinkler. En demensvejleder beskriver det som ens bagland, hvor hun i et lukket forum kan komme med hvad som helst og være ærlig om opgaver og problemer: "Jeg bliver bekræftet i, at det er et problem og ikke bare mig". Eller som en anden udtrykker det:

*"Jeg synes personlig erfa-gruppen er super god, her sidder vi en masse med forskellig syn, man kan godt se sig blind. De ting der har været oppe er en udfordring hvor vi skal bruge hjernen, i stedet for bare at se på egen navle"*

*"Jeg synes, kurserne har givet en masse viden og en masse ballast, men jeg vil sige at erfa-*

*gruppen gør at jeg tør bruge det helt ud, fordi jeg har et sted at gå tilbage."*

*"Ja gruppen er nok det der gør at vi udvikler os på det personlige plan, og kurserne er det faglige. Du kan ikke skelne det fra hinanden." (dialog mellem 3 demensvejledere i erfa-gruppe)*

Arbejdet i erfa-gruppen medvirker også til, at de kurser nogle demensvejledere har taget tidligere (før projektet) kan bruges, eks. er demensvejleder via erfa-gruppen blevet rustet til at bruge det, hun tidligere har lært især ift. de pårørende.

En væsentlig forudsætning for at erfa-grupperne har fungeret er strukturen i selve møderne, som hovedparten af alle demensvejlederne ser som nødvendig: "Det har været godt, det har været nødvendigt ellers vil det hurtigt blive til bare at sidde sådan og få lidt small talk" (demensvejleder hjemmeplejen).

Alle møder har været struktureret med runder og spørgsmål til afdækning af "emne" og det virker. Runden er god for så får alle sagt noget. Demensvejlederne fortæller, at de har lært at lytte og tie stille og "... det har vi svært ved". Selvom det var fremmed for mange, så siger flere demensvejledere, at de har fået meget ud af at sidde i rundkreds og dele idéer mv. Strukturen har medvirket til, at forventninger afklares, samværet må ikke blive løs snak. I erfa-gruppen diskuterer demensvejlederne tingene på en anden måde.

Demensvejlederne fremhæver, at det er nødvendigt med en tovholder som kan styre tid, sørge for at alle kommer til orde i runden, og styre mødet: "... det må ikke blive en kaffeklub".

Så forudsætning for, at det kan fortsætte med succes er efter demensvejledernes mening, at der er struktur, dagsorden/fast plan, og en mødeleder/tovholder:

Demenskoordinator Ulla R. Dokkedahl er den faglige nøgleperson.



*"Det er vigtig, at der er en tovholder på, så man ved, hvor, hvornår og hvem. Det har noget med at gøre, at man skal være aktiv lyttende, at man ikke bare får lov til at melde ind hele tiden, at nogen får lov at snakke færdig inden andre kommer på banen. At det bliver vendt, at vi kan snakke færdig, før resten kommer på banen. Det er faktisk også en af de ting, jeg har tænkt på om morgenen i grupperummet, tit og ofte får folk faktisk ikke lov at fortælle færdig, det har jeg aldrig tænkt over før. Andre starter på en anden historie, det har været rigtig godt her, at man har fået lov til at fortælle færdig inden andre har kommenteret"* (dialog i erfa-gruppe).

Nogle demensvejledere tvivler på, at de selv i erfa-gruppen kan fortsætte uden konsulentbistand, de synes, det er rart med faglig supervision, og hvis de kører fast i en problemstilling eller der opstår en kompleks situationer, så er det en fordel at have en neutral person som tovholder. Der er skrevet referat fra møderne, i nogle erfa-grupper er det udleveret og i andre erfa-grupper er det brugt til at huske, hvad der var oppe at vende af emner på sidste møder og hvordan det er gået siden sidst. Demensvejlederne fremhæver, at referatet er en hjælp til at huske, hvad der skete på sidste møde.

Demensvejlederne har forskellig holdning til, hvor ofte erfa-gruppemøderne skal være. Der er ønske om, at mødes en gang pr. måned, eller hver 6. uge. Nogle synes, at én gang om måneden er for tit, måske hellere hver 2. måned. Hvis der går 3 måneder mellem møderne, er det svært at holde den røde tråd, så demensvejlederne må heller ikke mødes for sjældent. Der skal afholdes erfa-grupper møder med et passende interval mellem møderne. Det vigtigste er, at der er "kød" på dagsordenen og ikke om det lige er en gang om måneden eller en gang hver anden måned.

Demensvejledere fra plejehjem, hjemmepleje og aktivitet har forskellig holdning til og oplevelse af at være i blandede/ikke blandede erfa-grupper på tværs af områderne. De fleste fra hjemmeplejen, aktivitet, de plejehjem der har rehabiliteringspladser og aflastning samt nogle af plejehjemmene ser det som en stor fordel, at de er blandet i grupperne, fordi de lærer noget om hinanden, som de ikke vidste i forvejen.

Det fremhæves af flere, at det har været en øjenåbner at være blandet plejehjem, hjemmepleje og aktivitet. De har fået indblik i hinandens hverdag, hvilket er vigtigt ift. indflytning på plejehjem og ift. modtagelse på aktivitetsområder (lært om hvordan hjemmeplejens verden hænger sammen). Demensvejledere på plejehjem har flere steder mere erfaring med demens og kan derfor give hjemmeplejens demensvejledere noget pga. mere erfaring med demensramte. Videndeling omfatter også, at de demensramte på plejehjem er dårligere end i hjemmeplejen og at det er muligt at lære af hinanden. Nogle demensvejledere fra plejehjem oplever, at hjemmeplejen har andre problemer og andet klientel.

Andre demensvejledere fra plejehjem ønsker at være i erfagrupper med demensvejledere fra plejehjem, fordi de synes at hjemmeplejen har nogle helt andre vilkår og måder at arbejde på. De oplever, at de på plejehjemmet har meget erfaring med demens, så erfa-gruppen har været en tidsrøver, og de har ikke lært noget om demens, men måske lidt om alt det andet. Demensvejledere fra et andet plejehjem i samme gruppe er uenige. De oplever, at de ligesom demensvejlederne ude har behov for at tale sammen og det behov har de også på tværs af aften og dag på plejehjem. Det er muligt at lære af og bruge hinandens erfaringer mellem hjemmepleje og plejehjem. En demensvejleder synes omvendt, at det er nemmere lige at gå hen og få vendt en problematik på ple-

jehjem her og nu med de andre, end at vente til erfa-gruppemødet.

Et andet aspekt der fremhæves flere gange er samarbejdet med aftenvagten, som er blevet bedre i nogle tilfælde, fordi der er demensvejledere for dag og aften og de møder hinanden i erfa-gruppen og kan sparre med hinanden. Erfa-gruppen har fået deres øjne op for, hvor forskelligt den sammen borger kan have det om dagen og om aftenen. De synes derfor, at en forbedret kommunikation mellem vagtlagene har været givtig.

*"Jeg synes det er rart at vide der er andre vejledere derude og vide hvem det er og at det er nogle man har det godt sammen med, forestille mig man stod med et problem på et tidspunkt og en der henvender sig og så var det rart at kunne kontakte den vejleder der dækker dagtimer og have et samarbejde på den måde, bedre i stand til det når man kender den person, jeg kan henvise en af mine kolleger til hende, de har det problem om aftenen hvordan ser det ud om dagen..., ikke at man skal sende bolden over hver gang der er bøv l om aftenen, men at man kan samarbejde, ved hvad det er og se om man ikke kan få det op at stå sammen"* (demensvejleder i hjemmeplejen).

Som en erkendelse i erfa-gruppen opstår konklusionen, at det i den ny organisation i hjemmeplejen i 2012 vil være godt at blande demensvejledere, så der er mere kontakt dag og aften. De demensvejledere som har været alene i deres område er især afhængig af sparring i erfa-gruppen og de ønsker, at der tages højde for, at ingen demensvejledere skal være alene i ny organisation i hjemmeplejen. Flere synes, at arbejdet til daglig fungerer bedre, når der også er en anden demensvejleder at sparre med i ens eget område.

#### **Evaluering og vurdering af kurser**

Demensvejlederne fortæller, at det er godt at få de 3 kurser i sammenhæng. De oplever også, at der er sammenhæng i teori og

praksis, og derfor nu bedre kan argumentere overfor pårørende og kolleger, og at de selv er bedre stillet, rent fagligt. Især kurset om sygdomskendskab roses af mange: "Men det der sygdomskursus var det helt suveræne, da var jeg, da dansede jeg rundt på en lyserød sky." (demensvejleder)

En anden beskrev at: "Lærerne på Social- og Sundhedsskolen Fyn kunne mærke vi skulle bruge uddannelsen til noget" og "... det giver en anden indfaldsvinkel, når vi skal hjem at bruge det, vi har lært".

Kombination af teori og deltagelse i kurser samt nye og flere erfaringer fra praksis har givet mere selvtillid og betyder, at kontakten med demenskoordinator forbedres ved at være i dialog med demenskoordinator og ved at kunne vurdere, hvornår hun skal inddrages og bruges. Der er demensvejledere som nu selv kan "ride stormen af".

I den forbindelse betyder det også noget, at der er flere demensvejledere af sted sammen, fordi de kan tale med hinanden, støtte hinanden og løse flere problemer selv.

Demensvejlederne har fået mange redskaber, som de kan bruge:

*"Et eller andet sted, nu har vi nok hørt lidt mere efter med medicin, mine kolleger de interesserer sig ikke for medicin, de tæller bare at de får det rigtige antal. Mange af kollegerne aner ikke om deres beboere får demensmedicin.*

*..ja også om de nu er udredt og har en diagnose"* (demensvejleder plejehjem).

Demensvejlederne fremhæver, at de har fået et fælles sprog når de taler om demens og at de har fået styrket deres selvtillid gennem fremlæggelser. Opgaverne

har taget udgangspunkt i egne borgere. Enkelte ønskede sig cases i stedet for borgersituationer.

*"...Så lærte vi jo at kunne spørge og være nysgerrige på en anden måde end hvis det var en vi kendte, vi tog en op fra xxs gruppe, vi skal spørge ind til kunne du gøre anderledes, det var lige så lærerigt som hvis vi tog en vi kendte, lære at stille spørgsmålstegn nå ja det kunne måske godt være hun har ret, hvorfor gør vi ikke sådan"* (demensvejleder hjemmeplejen).

Kurserne har givet demensvejlederne ny viden, mere viden, og genopfrisket viden. Det opleves positivt og kan bruges i erfaringsgruppen. At få styrket ens faglige viden hjælper også i forhold til de pårørende.

Kritikken af kurserne går mest på, at der var en del gentagelser, da kurserne lå tættere på hinanden end skolen var vant til, så nogle demensvejledere mener, der har været for meget repetition, for eksempel om livshistorie og Kitwood .

Nogle demensvejledere mener at undervisningsniveauet har været (lidt) for lavt eks. emnet delir. Niveauet må ikke blive lavere og der er en del gentagelser fra grunduddannelser. Niveauet beskrives som for lavt til sygeplejersker - undtagen sygdomskendskab. Undervisningsniveauet har været godt for dem som intet kendskab havde på forhånd. Måske især på hjemmeplejeområdet, mens det har været for lavt for nogle af demensvejlederne fra plejehjemmene.

#### **Vedligeholdelse af viden fremadrettet**

Hovedparten af demensvejlederne ønsker at få kurset: "Uhensigtsmæssig adfærd og udadreageren ved demens". Begrundelsen er, at demensvejledere bliver bedt om at

vejlede og hjælpe kolleger, når den demensramte er udadreageren. De vil også gerne have kurset for at kunne forebygge magtanvendelse, for at lære nogle greb så man kan sno sig ud af fastholdelse, og for at lære at styre sin panik.

Andre tiltag som har demensvejledernes interesse er at deltage i de årlige demensdage (det har nogle prøvet før) og at få en temadag om ældres seksualitet. Diplomuddannelse i demens nævnes af ganske få demensvejledere, der arbejder på et plejehjem.

Faste temadage med demenskoordinator ønskes også for at kunne tage fælles emner op. Det kunne for eksempel være emner som: de nye værktøjer i den elektroniske omsorgsjournal (Care), og hvordan de skal bruges, ny viden og temaer om demens. Temadagene kan også bruges til at dele viden på tværs af erfaringsgrupper og vurdere hvorvidt ansvarsfordeling mellem demenskoordinator og demensvejledere fungerer og udvikler sig.

De faglige værktøjer i den elektroniske omsorgsjournal (Care), der på nuværende tidspunkt har været mest anvendt og som demensvejlederne finder værdifulde, er opmærksomhedsskema og livshistorieskema. Livshistorieskema bruges til nye beboere på plejehjem og til at udlevere til pårørende, som så sammen med den demensramte kan udfylde det og hjælpe hjemmeplejen med kendskab til den demensramtes fortid og livsvaner.

En demensvejleder i hjemmeplejen mener, at det vil være givtigt om mere personale får nogle af de 3 kurser i hjemmeplejen, især fremhæves sygdomskendskab som værdifuldt: "Frustrerende at se på kollega som handler fuldstændig imod, hvordan en kollega bør gøre med en demens, alle skulle tvinges igennem tre uger, hvis de skulle arbejde med dem, det ville gavne".

\*) Der henvises til psykolog og forfatter Tom Kitwood, se også litteraturlisten.

## 6.4 Brugerinvolvering

### Succeskriterium

Ved afslutningen af projektet skal 90 % af de berørte pårørende have givet udtryk for at:

- c) de har været inddraget i relationen mellem plejepersonalet og den demensramte
- d) de har fået den nødvendige information

### Konklusion

Interviewundersøgelsen viser, at ca. 50 % af de adspurgte pårørende oplever, at de har indflydelse og bliver inddraget. De pårørende er først og fremmest optaget af den konkrete inddragelse i relation til deres egne pårørende, og selv om de ser positivt på brugercirkelmøderne forbindes det ikke med inddragelse og indflydelse. Der er tegn på, at når det kommer til den konkrete adfærd hos kommunens ansatte kan inddragelse af pårørende forbedres. Ligesom der er forbedringsmuligheder på information til pårørende.

Undersøgelsen viser overvejende positive tilkendegivelser omkring brugercirklerne. 15 ud af 22 fik i høj eller nogen grad det ud af brugercirklerne de forventede og 17 ud af 23 ville i høj grad eller nogen grad deltage igen, hvis brugercirkler blev et permanent tilbud.

Der er kun svage tegn på, at de pårørende oplever en forbedring af indsatsen.

Det bliver fremhævet som gode eksempler, at demensvejlederne har tilført kreative og nye ideer til løsning af problematiske situationer. Projektperioden har været for kort til, at de pårørende oplever forbedringer i kommunens konkrete hjælp. Samtidig udtrykker de pårørende i interviewundersøgelsen positive vurderinger af demenskoordinatorens indsats.

I flere af interviewene fremkommer kritiske vurderinger af visitationen og afviklingen af møder med visitator.

### Metodekritik

Som det fremgår af metode beskrivelsen i afsnit 6.1 har evalueringsmetoden en række begrænsninger og konklusionerne bør derfor læses med dette forbehold.

Det opstillede succeskriterium giver en række udfordringer. Det har således været nødvendigt at afgrænse "de berørte pårørende" til "pårørende der har deltaget i brugercirkler". Herudover har målene at de pårørende giver udtryk for, "at de har været inddraget" og "at de har fået den nødvendige information", været vanskelige at konkretisere på en måde, så der er tale om evaluering af projektets aktiviteter. Projektledelsen har spurgt de pårørende, om de har oplevet konkret at være inddraget igennem spørgsmål som: "I hvilken grad oplever du at være inddraget i forhold til den hjælp kommunen giver?", "I hvilken grad har plejepersonalet spurgt dig til råds omkring hjælpen til din demensramte pårørende?" og "I hvilken grad har plejepersonalet brugt konkrete forslag fra dig?".

Projektets aktiviteter der var rettet mod de pårørende var først og fremmest brugercirklerne, og mere indirekte den forbedring af indsatsen som demensvejledernes øgede kompetencer giver.

Undersøgelsen viser eksempler på, at de pårørende opfatter hjælp fra kommunen

*Pårørende i dialog på brugercirkel møde.*



som konkret praktisk hjælp, mens kommunens støtte og vejledning ikke formuleres som hjælp.

Det er en sproglig nuance, som først viser sig undervejs i interviewundersøgelsen, og undersøgelsen har ikke taget højde for dette.

### Anbefalinger

- Det kræver fast personale at etablere relationer og skabe tillid hos demensramte. Derfor skal ledere planlægge med, at der er få gennemgående personer i den demensramtes hverdag.
- For at sikre mere sammenhæng, kontinuitet og dannelse af relationer mellem personale og demensramt udpeges der kontaktpersoner til alle borgere med demens. Kontaktpersonen formidler kontakter til andre kommunale områder/personer, så den demensramte og pårørende oplever, at information og kommunikation styrkes.
- Der skal ske en forventningsafstemning mellem pårørende og kontaktperson, hvor aftaler om indbyrdes kommunikationsform og metode afklares.
- Der indføres en fast struktur på samtaler i hjemmet – eks. demenskoordinator/visitator. Først er der en fælles snak med den demensramte og den pårørende, derefter tales der med dem hver for sig og der afsluttes med en fælles samtale af hensyn til fremadrettede aftaler.

- De pårørende har behov for støtte og vejledning, og derfor fortsættes brugercirkler (se bilag 4). Hermed er der mulighed for kontakt til nye borgere med hukommelsesproblemer/demens og deres pårørende. De pårørende får mulighed for erfaringsudveksling og demenskoordinator/demensvejlederne får brugbar viden om de pårørendes oplevelse af kommunens ydelser. Samtidig kan der formidles viden til familierne, skabes synlighed om kommunens ydelser og om de frivillige tilbud der findes. Den offentlighed der er om arrangementer er med til at aftabuisere sygdommen.
- Der skal fortsat arbejdes med inddragelse af de pårørende, så flere pårørende oplever, at de inddrages.
- Demenskoordinatoren skal samarbejde med de frivillige foreninger om at oprette samtale/pårørende grupper for ægtefæller til demensramte og grupper for børn til demensramte.

### Evaluerings og vurdering af brugercirkler

Evaluerings af brugercirklerne omfatter input fra flere kilder. Opsamling af læringspointer efter hvert møde, hvor demenskoordinator, demensvejlederne og konsulenterne samlede op på afvikling af hvert enkelt møde. Input fra de pårørende der indgik i interviewundersøgelsen og input fra interview med demenskoordinatoren og fokusgruppeinterview med erfaringsgrupperne.

Evaluerings af brugercirklerne indgik i telefoninterview med de pårørende. Af de adspurgte havde 25 % (6) fået mulighed for at deltage i brugercirklerne via avisomtale. De fleste (43 %) havde modtaget en invitation (10), set et opslag (2) eller var blevet kontaktet af kommunen på anden facon (5). Af de 25 % har flere af dem på forhånd ingen kontakt til kommunen, så brugercirklerne er deres første kontakt til kommunen.

Af de adspurgte har 16 deltaget i et møde og 7 i to møder. 15 ud af 22 fik i høj eller nogen grad det ud af brugercirklerne de forventede og 17 ud af 23 ville i høj grad eller nogen grad deltage igen, hvis brugercirkler blev et permanent tilbud.

Flere af deltagerne havde ikke kontakt med kommunen forud for deltagelsen, og møderne blev en mulighed for at få støtte og vejledning fra kommunen tidligt i forløbet, hvor de ikke har behov for andre ydelser fra kommunen.

De pårørende fremhæver, at det er givende at møde andre i samme situation og udveksle viden og erfaringer. Der kom på møderne en række punkter, hvor kommunen kan udvikle indsatsen, hvilket er værdifuld viden for organisationen.

På nogle af emnerne er der behov for at kommunens ansatte også kender det samlede servicetilbud, og kan indgå i en dialog med de pårørende om de muligheder, der allerede er til stede.

For demensvejlederne der deltog, var det værdifuld læring at høre, hvordan de pårørende opfatter situationen, og at være i en position, hvor man ikke skal forsvare kommunen og sig selv, men skal lytte og lære.

Der er mange bemærkninger og forslag om ændringer til brugercirklerne. Frem mødet og de pårørendes vurdering viser, at der er et behov for møder i en eller anden form. Deltagerne på møderne er meget aktive og lydhøre. Møderne bliver også en mulighed for at udbrede viden om kommunens serviceniveau og at få viden om, hvad borgerne synes om kommunens serviceniveau.

### Struktur på møder, indhold og proces

Det fremgår af de forskellige evalueringer, at der er en række forslag om forandringer og justeringer, der handler om struktur på møder, indhold og proces.

Der er fra alle sider en positiv vurdering af den overordnede struktur på møderne, at der er et fælles indhold, et indhold for borgere med demens, et indhold for pårørende og fælles afslutning. Det er væsentlig for afvikling af møderne, at holdet af demensvejledere og demenskoordinator har en tydelig rammesætning for mødet, så der er styr på tidsrammer for de enkelte dele af mødet.

De pårørende giver udtryk for, at det er nemmere at komme af sted, når den demensramte også kan deltage. Som en af de pårørende udtrykte det: "Det er efterhånden få ting vi tager af sted til sammen - det var dejligt at vi skulle af sted til noget sammen".

Den fysiske ramme for møderne er vigtig, og enkelte af deltagerne havde haft svært ved at høre, hvad de øvrige deltagere sagde. Såfremt der er en fælles del af mødet, er det vigtigt at tænke over akustikken i mødelokalet.

Møderne har været holdt i Diamanten på Steensvang og Midtfnys Fritidscenter i Ringe. Diamanten er et lokale med gode adgangsforhold. Der skal afsættes personale ressourcer til borddækning og anden praktisk forberedelse. Akustikken er dårlig i lokalet, og muligheden for at lave aktiviteter i gruppen med de demensramte er mindre god.

På Midtfnys Fritidscenter er lokale 2 og 3 de bedst egnede, fordi de har gode adgangsforhold (samme niveau som indgangen) og mulighed for at dele lokalerne i to. Der er god akustik i lokalet og skillevæg

---

\*) Den pårørende har med begrebet henvist til et møde der er meget personligt. *Oxfordmøde: et opbyggeligt møde hvor man bekender sine fejl; oprindelig om bekendelsesmøder inden for Oxfordbevægelsen.*

giver mulighed for helt ugeneret at holde to møder ved siden af hinanden. Her kan der bestilles forplejning inkl. borddækning.

Omkring annoncering af møderne havde det stor værdi, at møderne blev omtalt i aviserne, dels fordi borgere der endnu ikke havde kontakt med kommunen, dermed fik mulighed for at deltage dels fordi nogle demensramte der havde modtaget invitationen ikke fik den givet videre til deres pårørende.

Demensvejlederne meldte tilbage, at nogle borgere havde reageret på, at målgruppen var borgere med demens. Demenskoordinatoren og demensvejlederne foreslog at invitationen derfor blev ændret til "Borgere med demens/hukommelses sygdom".

### Mødet for borgere med demens

Af evalueringerne ses, at der er forskelle i de udsagn, der handler om, hvorvidt det er godt, at de demensramte deltager eller ej. Såfremt de demensramte skal deltage, skal mødet struktureres som en aktivitet, således at der først og fremmest er fokus på at være aktive sammen. Hvis der er nogle af de demensramte der har spørgsmål, egner det sig mere til individuel vejledning. Enkelte af de adspurgte pårørende har således givet udtryk for, at det var belastende for den demensramte at samtale med fremmede om sygdommen.

Strukturen på mødet i forhold til aktiviteter vil give en naturlig opdeling i mindre grupper, afhængig af de aktiviteter der kan tilbydes og hvorvidt aktiviteten egner sig for borgere med hukommelsesproblemer eller borgere, der er mere præget af deres demenssygdom. Det kræver, at de demensvejledere der skal være ansvarlige for mødet, kan forberede flere mulige aktiviteter, som tager hensyn til, at deltagerne har forskellige ressourcer. Som en af demensvejlederne udtrykte det, så er det anderledes at tage ansvar for borgere med

demens, som man ikke kender på forhånd: "Vi har det som de demensramte har det – de ved hverken ud eller ind". Tidsrammen for denne del af mødet er maksimalt 1 time.

### Mødet for de pårørende

Brugercirklerne var som beskrevet møder med en fast struktur. Alligevel vurderer demenskoordinatoren at møderne i juni og oktober er forskellige. De pårørende, som deltog i mere end et møde, og som indgik i interviewundersøgelsen, opfatter møderne som mere ens. Møderne begyndte med en runde, hvor de pårørende kunne præsentere sig og fortælle hvad de havde lyst til. Demenskoordinatoren beskrev møderne: "... noget af det som er fantastisk er, at man som pårørende kan sidde i en forsamling og åbne sig så meget overfor hinanden over meget private ting".

Forskellen mellem møderne handler både om den personkreds der kommer og hvilket fokus der er fra mødelederen. Der kan være fokus på deltagerens egne erfaringer eller på formidling af viden om emner, som udspringer af deltagerens ønsker. De pårørende giver udtryk for vidt forskellige behov. Nogen ønsker erfaringsudveksling, hvor man også taler om følelser og de har haft stor nytte af at høre om andres erfaringer, og for nogle også det at se, at "andre også har det svært – jeg er ikke alene med mine frustrationer over sygdommen". For andre er det grænseoverskridende og for meget "Oxfordmøde" ved erfaringsudveksling der går tæt på.

### Andre tilbud

De pårørende fortæller, at nogle af dem også bruger de tilbud, der er arrangeret af frivillige både i Hillerslev og i "Huset" (Faaborg). Alligevel vurderer de, at de også vil være interesseret i at deltage i kommende brugercirkelmøder, fordi det er forskellige behov de får dækket. Der mangler dog frivillige tilbud til gruppen af "børn til demensramte".

Fra de pårørende udtrykkes der stor tilfredshed med demensklinikken kurser for pårørende og for demensramte, og kommunens tilbud skal derfor også ses i sammenhæng med, hvad der sker her. Såfremt der sker ændringer i de tilbud Region Syddanmark tilbyder i demensklinikkerne, bør det indgå i drøftelserne om sundhedsaftalerne, hvordan behovet for information og vidensformidling kan opfyldes.

### Baggrundsviden

Der er i litteraturen forskellige bud på aktiviteter, der kan støtte pårørende til demensramte. Opstilles der strenge evidenskrav viser en review artikel, at der ikke er vist nogen væsentlig effekt på interventioner. Der er dog resultater i review artiklen, der viser nogen effekt af eksempelvis gruppevis psykoedukation (eks. pårørendegrupper) i forhold til depressionssymptomer, mens der tilsyneladende ikke kan vises nogen effekt for oplevelsen af belastning ved at være pårørende til en demensramt (Thompson, Spilsbury, Hall, Birks, Barnes, & Adamson, 2007, s. 4). Denne konklusion giver meget lidt støtte til aktiviteter. Modsat viser Grässel og kolleger i en artikel fra 2010, baseret på en tysk spørgeskemaundersøgelse, at pårørende har udbytte af støttegrupper. Deres brug af støttegrupper afhænger af hvor nyttig de oplever møderne. Møder som indeholder erfaringsudveksling, åben diskussion, information og rådgivning opfylder de pårørendes behov (Grässel, Trilling, Donath, & Luttenberger, 2010).

Erfaringer fra projektet og evalueringen peger i samme retning som den tyske undersøgelse, at de pårørende, der siger de vil komme igen, er de pårørende der har oplevet møderne som nyttige. Samtidig er erfaringen, at det ikke er det samme de pårørende finder nyttigt. Nogle vægter erfaringsudveksling og åben diskussion som nyttigt, mens andre har mest glæde af information og rådgivning. Fælles er, at det skal være om emner der udspringer af de

pårørendes behov, hvilket er helt tilsvarende den tyske undersøgelse fra 2010. Denne konklusion peger på, at møderne ikke skal være enten erfaringsudveksling eller information, men at møderne skal rumme det hele. Deltagerne kan opfordres til at opsøge konkret rådgivning hos demenskoordinatoren efter mødet, og i samarbejde med frivillige foreninger kan deltagerne opfordres til at indgå i pårørende støttegrupper, hvor kommunen kan støtte de frivillige i form af uddannelse i facilitering af støttegrupper, eller anden relevant opbakning.

### **Evaluering og vurdering af information og inddragelse af de pårørende**

Interviewundersøgelsen blandt de pårørende giver følgende resultater.

10 ud af 23 deltagere svarer, at de i høj grad eller nogen grad har indflydelse på plejen, en enkelt svarer slet ikke på spørgsmålet om indflydelse. Og 11 ud af 23 svarer, at de i høj grad eller nogen grad inddrages i plejen, 4 svarer slet ikke på spørgsmålet om at være inddraget. Når spørgsmålet om inddragelse bliver konkret, og handler om hvorvidt man er blevet spurgt til råds eller om personalet har spurgt om konkrete forslag, så er det kun 6 ud af 23 der svarer i høj grad eller nogen grad. Her stiger antallet der svarer slet ikke til 5 og 6. Gruppen der svarer ved ikke omfatter en del besvarelser, hvor der ikke er hjælp i hjemmet.

Omkring oplevelsen af plejen til de demensramte er der ingen pårørende der umiddelbart ser en forskel i løbet af projektperioden, og der er store forskelle på, i hvor høj grad de pårørende oplever sig inddraget. Det gør sig gældende både for hjemmeplejen og plejehjemmene. Flere pårørende udtrykker, at den hjælp der kommer i hjemmet er sød og venlig, men at de ikke har meget forståelse for demens.

Både ledernes og personalets kommuni-

kation med de pårørende ser ud til at være en udfordring i forhold til, om de pårørende føler sig inddraget.

Flere pårørende ser sig selv som tovholdere og gennemgående i forhold til de demensramte eks. lægebesøg, sygehus, og bekymrer sig over: "hvem tager over, når jeg holder ferie".

Samtidig er de opmærksomme på, at der er en balancegang i forhold til inddragelse af de pårørende og det at deres demensramte familie ikke er umyndiggjort.

18 af de adspurgte pårørende svarer, at informationen i høj grad eller nogen grad er vigtig, hvilket bekræfter information som et væsentligt succeskriterium for kommunens indsats.

Kun 11 ud af de 23 svarer, at de i høj grad eller nogen grad har fået information, og 6 svarer, at de slet ikke har fået information fra kommunen. Tilsvarende har 7 i nogen grad eller i høj grad savnet information fra kommunen. Af svarerne kan udledes, at når der er givet information, så opleves den også som relevant.

Af bemærkningerne til spørgsmålene fremgår, at der er flere eksempler på virkelig god information fra kommunens demenskoordinator, og eksempler på sammenhængende forløb, hvor demenskoordinatoren og kompetente assistenter/hjælpere har været en stor og værdifuld støtte for de pårørende. Når den gode kontakt er til stede, giver de pårørende udtryk for en stor grad af trykthed.

En pårørende fortæller, at det er godt med en fast hjælp. Den demensramte har en god fast hjælp, men har herudover haft 28 forskellige hjælpere på et år, og man ved aldrig, hvornår de kommer, og man ved ikke dagen før, hvem der kommer. Den demensramte har brug for forudsigelighed, altså hvem kommer i morgen, og hvornår kommer de.

Et andet eksempel på en dårlig situation er hvor nogle af hjælperne slet ikke forstår, at de skal danne en relation inden de kan komme til at hjælpe. De har så bare sagt, at når de ikke kan komme til at hjælpe, så må de gå igen. Der opleves stor forskel på hjælpernes forståelse af demens.

Et andet sted er der et meget fint forhold, særligt til assistenten.

Man ønsker, at personalet er bedre klædt på til at løse opgaven.

En anden er positivt overrasket over den hjælp de har fået.

De pårørende oplever, at hjemmeplejen er svær at komme i kontakt med. Det er svært at få overblik over, hvem man skal tale med om eks.: mad, hjælp om aftenen, hjælp om dagen. Der ønskes én kontakt til kommunens hjælp!

Der er desuden fokus på, om de demensramte får nok hjælp. Hjælp sidestilles af nogle pårørende med praktisk hjælp og pleje, og ikke med alle tilbud fra kommunen. De pårørende lægger mærke til, at personalet takler deres arbejde på to måder: "dem der evner at skønne selv og være fleksible, og regelrytterne der følger bevilling til punkt og prikke".

Et konkret eksempel som flere pårørende oplever som meget kritisabelt er hjælpen med ernæring til den demensramte. Der gives udtryk for, at det har været som at slå i en dyne, personalet dækker sig ind under, at det er overgreb af hjælpe. "... men personalet skal jo forstå, at de først skal have en relation inden de kan hjælpe" (pårørende).

Generelt opleves det, at personalet skifter hele tiden, og der efterspørges fast personale og én kontaktperson med henblik på at få ro og fast struktur på hjælpen og plejen til den demensramte og det gælder både i hjemmepleje og på plejehjem.

Der udtrykkes behov for at lederen er synlig især på plejehjem i forhold til hjælpen og styring, herunder nævnes specifikt, at langtidsfravær hos fast personale skaber utryghed hos de pårørende.

Der er ingen tydelig forventningsafstemning mellem personale/leder/visitator og pårørende, hverken om aftaler eller kommunikation. Der hvor der er en fast kontaktperson skaber relationen tryghed, når det fungerer, hvilket betyder meget for pårørende. I et konkret eksempel er der en demensvejleder, som er kontaktperson på et plejehjem og der er en fast aftale med datteren om, at hun bare kan ringe og aftale et møde med kontaktpersonen, mor og hende selv, når hun vil. Ligesom datteren informeres via e-mail eks. hvis mor mangler noget (tøj, cremer etc.) datter skal have med eller der er en invitation eks. til høstfest eller brugercirkler.

En idé som luftes er, at der kan laves et projekt med en hukommelsesbog, hvor familien kunne udskifte billeder, så når de fortalte om noget, der er sket med børnebørn eller andet, så satte de også nye billeder ind i hukommelsesbogen. Den skal også rumme billeder fra den demensramte fortid. Det kan hjælpe kommunikation både med hjælperne og med andre pårørende

Der udtrykkes manglende information og kommunikation med visitationen. Nogle pårørende oplever visitatorerne som ikke særligt venlige, idet de pårørende ikke føler de bliver lyttet til, visitator siger eksempelvis til den demensramte: "jamen det kan du da godt selv" og det er de demensramte enige i, men sådan opleves det ikke af deres pårørende, og det giver problemer bagefter i forhold til samarbejdet med hjemmeplejen.

Demenskoordinatoren får mange positive tilkendegivelser med på vejen, og hun er en stor støtte for begge parter – den demensramte og de pårørende. Det er altafgørende, at demenskoordinatoren kan kontaktes, og at hun er tilgængelig.

På aktivitetsområdet er der i høj grad tilfredshed med indsatsen. Der er dog behov for kendskab til riktigheden af aktivitets-tilbud. Der efterspørges flere sociale arrangementer, de pågældende vil også gerne betale for det. Motion er vigtigt og meget gerne noget kun for de demensramte og noget for begge parter.

De pårørende efterlyser hjælp til at få den demensramte motiveret til at modtage tilbud om aktiviteter. Pårørende på plejehjem undrer sig over, at de selv skal stå for aktivering, det kan være meget svært, når man bor langt væk.

### *Erfa-gruppe nr. 3.*



## 6.5 Projektevaluering

### Evaluering af projektførløb og projektproces

Styregruppen har drøftet og evalueret projektets forløb og proces med udgangspunkt i projektorganisationens opgaver (se afsnit 3).

### Konklusion

Styregruppen er tilfreds med projektets forløb. De planlagte aktiviteter er gennemført i samarbejde med projektledelsen. Set i bag spejlet kunne styregruppen ønske sig, at især ledergruppen i hjemmeplejen og på plejehjemmene havde været inddraget allerede da projektidéen opstod og undervejs. På relativ kort tid er projektets kompetenceudviklings- og brugerinvolveringsspor gennemført med et kvalitativt resultat, der svarer til intentionen med projektet og styregruppens forventninger og forhåbninger. Styregruppen har haft gavn af et strukture-

ret samarbejde med projektledelsen, med en tydelig rollefordeling. Det har været tydeligt, hvornår styregruppen blev orienteret og hvornår den skulle træffe beslutninger. I en travl hverdag har valget af ekstern professionel projektledelse været værdifuld for så vidt angår styring og ledelse af projektet.

Styregruppen lægger desuden vægt på at demenskoordinator har været meget inddraget som faglig ressourceperson.

### Vurdering af resultater

"Jeg troede, at vi havde en rød tråd, men det havde vi ikke - og projektet har givet meget mere end forudset" (styregruppedlem). De involverede medarbejdere er vokset med opgaven og det kan mærkes: "Jeg tænker, at erfa-grupperne har været basis for, at de (demensvejlederne) finder styrke til det, at de har klaret det" (styregruppedlem).

Det har været en succes med brugercirklerne: "På den korte tid er vi kommet meget længere end jeg turde håbe på. Der er skabt et godt afsæt" (styregruppedlem). Styregruppen bemærker, at det reelt først er om et års tid, at man med sikkerhed vil vide om successen holder. Der er stor opmærksomhed på, at organisationen skal fastholde læringen fra projektet og at forandringerne nu skal indarbejdes og implementeres på tværs af demensorganisation og ledelsesorganisation.

### Projektkøkonomi

Aktiviteterne i projekt: "Demens i øjenhøjde" er gennemført indenfor den økonomiske ramme, hvor Socialministeriet har bevilliget kr. 1,2 mio. og ældreområdet har bidraget med kr. 0,4 mio. Særligt interesserede kan rekvirere nærmere regnskab.

*Demenskoordinator Ulla R. Dokkedahl og demensvejlederne eransvarlige for brugercirkel møderne.*





# 7. Demens- organisationen 2012

I afsnittet opsummeres styregruppens anbefalinger og beslutninger vedrørende demensorganisationen efter projektafslutning november 2011.

Demenskoordinator og demensvejledere mødes til en afsluttende fælles temadag den 30. november 2011, hvor de præsenteres for demensorganisationens videre arbejde og hvordan den ny demensorganisation forankres yderligere.

## **Sammenhæng mellem demensorganisation og ledelsesorganisation herunder ledernes rolle**

Der skal sikres den nødvendige koordinering og sammenhæng mellem demensorganisationen og ledelsesorganisationen.

Demenskoordinatoren drøfter hvert halvår demensområdet med ledergruppen på ældreområdet. Hensigten er, at ledergruppen på ældreområdet kan følge implementering af projekt "Demens i øjenhøjde" tæt og iværksætte nødvendige justeringer i tide.

Ledergruppen på ældreområdet har godkendt jobbeskrivelsen for demenskoordinator (bilag 1) og jobbeskrivelsen for demensvejleder (bilag 2).

Ledere i udegrupper, på plejehjem og på aktivitetsområdet har ansvaret for at udpege nye demensvejledere og anvender jobbeskrivelse for demensvejledere (bilag 2) som styringsværktøj ved udvælgelse af kommende demensvejledere. Nye demensvejledere skal introduceres til funktionen af egen leder og demensvejlederkollega, aftale sidemandsoplæring og introduktion til samarbejdet med demenskoordinator og introduceres til arbejdet i erfa-grupperne på første møde.

Lederne er ansvarlig for, at demenskoordinator ved, hvem der er demensvejleder.

Udpegning af demensvejledere bør fremover ske, så der minimum er to demensvejledere pr. område.

Lederne skal give tid og rum til demensvejlederfunktionen, særligt i forhold til si-

demandsoplæring, samt rådgivning og vejledning af pårørende og kollegerne.

Der skal fortsat være fokus på sidemandsoplæring som en aktivitet. Demenskoordinatoren støttes i at beskrive sidemandsoplæringens pædagogiske indhold. Der er behov for at sidemandsoplæringen sker i alle grupper og på alle plejehjem, og der mangler sidemandsoplæring særligt i område vest. Der er en gensidig forpligtigelse i at få aftalt sidemandsoplæring mellem demenskoordinator og demensvejledere. At etablere relationer og tillid med demensramte kræver fast personale, hvorfor leder skal planlægge med, at der er få gennemgående personer i den demensramtes hverdag.

For at sikre mere sammenhæng, kontinuitet og dannelse af relationer mellem personale og demensramt udpeges der kontaktpersoner til alle borgere med demens. Kontaktperson formidler kontakter til andre kommunale områder/personer,

så den demensramte og pårørende oplever, at information og kommunikation styrkes. Der skal ske en forventningsafstemning mellem pårørende og kontaktperson, hvor aftaler om indbyrdes kommunikationsform og metode afklares.

### **Erfa-grupper**

Ledergruppen på ældreområdet har godkendt model for erfa-grupper (bilag 3). Der bliver fremadrettet 5 blandede erfa-grupper (plejehjem, udegrupper, aktivitetsområde) på demensområdet, som mødes 4 gange om året pr. erfa-gruppe. Ledergruppen har besluttet, at erfa-grupperne skal være blandede, da det er vigtigt for organisationen at øge kendskab til hinanden på tværs for at skabe synergi og lære af hinandens forskelligheder. Som en hjælp til at få erfa-grupperne godt i gang etableres de nye erfa-grupper på temadagen den 30. november 2011, ligesom leder Merete Jørgensen, Nørrevænget kan kontaktes af tovholdere hvis erfa-grupperne får brug for hjælp. Der oprettes 2 erfa-grupper i Faaborgområdet, 1 i Espe området og 2 i Ringe området.

Desuden er det besluttet at gennemføre én temadag om året for alle demensvejledere og sygeplejersker med demens som specialistfunktion, hvor demenskoordinator er tovholder/underviser/facilitator. Indhold: Ny viden, aktuelle emner, evaluering af jobbeskrivelser/samarbejde/hvem gør hvad, læring fra brugercirkler. Efter behov deltager lederne i punkter vedrørende organisatoriske og ledelsesmæssige forhold.

### **Kompetenceudvikling for demenskoordinator og demensvejledere**

Lederne er ansvarlige for at planlægge løbende kompetenceudvikling af alt personale.

Behov for uddannelses-/udviklingsplan for demensvejlederne drøftes med nærmeste leder.

Demenskoordinatorens behov for kompetenceudvikling drøftes med nærmeste leder især med fokus på udvikling af koordinerende/faciliterende/pædagogiske kompetencer.

Det er besluttet, at alle demensvejledere skal have AMU-kursus om: "Uhensigtsmæssig adfærd og udadreageren ved demens" i løbet af 2012 – 2013.

Ledergruppen på ældreområdet udpeger en ansvarlig leder, som står for at tilrettelægge uddannelsen i samarbejde med Social- og Sundhedsskolen Fyn.

### **Sygeplejerskernes rolle i demensorganisationen**

Demensorganisationen skal synliggøres overfor sygeplejerskerne, så sygeplejersker og demensvejlederne mødes i øjenhøjde, og det skal være klart, hvordan demensvejlederne kan trække på sygeplejerskerne, eksempelvis i forhold til vurdering af delir, udredning af smerter, ernæring, medicin samt andre komplekse faglige vurderinger. Der udpeges 3 sygeplejersker (1 fra Faaborg, 1 fra Espe, 1 fra Ringe), der har demens som et specialistområde.

Sammenhæng til demensorganisationen sker på det årlige møde for alle demensvejledere, og demenskoordinator hvor de

3 sygeplejersker med demens som specialitetsområde også deltager.

Sygeplejerskerne skal have viden om demens og deres uddannelse skal ske på et højere niveau end AMU-kurserne.

### **Brugercirkler og inddragelse af pårørende**

Ledergruppen på ældreområdet har besluttet model for brugercirkler (bilag 4). Pårørende har behov for støtte og vejledning. De pårørende får ved deltagelse i brugercirkler mulighed for erfaringsudveksling og demenskoordinator/demensvejledere får brugbar viden om de pårørendes oplevelse af kommunens ydelser. Samtidig kan der formidles viden til familierne, skabes synlighed om kommunens ydelser og om de frivillige tilbud der findes. Den offentlighed der er om arrangementer, er med til at aftabuisere sygdommen.

Demenskoordinatoren har ansvar for at etablere kontakt med og samarbejde med de frivillige foreninger om at oprette samtale/pårørende-grupper for ægtefæller til demensramte og grupper for børn til demensramte. Det skønnes, at der er brug for 1 pårørendegruppe mere i kommunen samt 1 gruppe for børn til demensramte.

Når eks. demenskoordinator eller visitator deltager i møder/samtaler med borgere med demens i eget hjem arbejdes der på at indføre en fast struktur på samtaler i hjemmet. Først er der en fælles snak med den demensramte og den pårørende, derefter tales med dem hver for sig og der afsluttes med en fælles samtale af hensyn til fremadrettede aftaler.



# 8. Litteraturliste

## 8.1 Citerede kilder

**Faaborg-Midtfyn Kommune.** (2010). Informationsskrivelse. Hentede 10. 2011 fra [www.faaborg-midtfyn.dk](http://www.faaborg-midtfyn.dk). informationsskrivelse: [http://www.faaborgmidtfyn.dk/fileadmin/user\\_upload/Forebyggelse\\_og\\_Sundhed/traening/Information\\_om\\_vedligeholdende\\_traning\\_2010.pdf](http://www.faaborgmidtfyn.dk/fileadmin/user_upload/Forebyggelse_og_Sundhed/traening/Information_om_vedligeholdende_traning_2010.pdf)

**Grässel, E., Trilling, A., Donath, C., & Luttenberger, K.** (2010). Support groups for dementia caregivers - Predictors for utilisation and expected quality from a family caregiver's point of view: A questionnaire survey PART I. *BMC Health Services Research*, s. 219-227.

**Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet.** (2010). *Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for det kommunale Sundhedsvæsen*. København: IKAS.

**Nationalt Videnscenter for demens.** (2011). *Forekomst af demens i Region Syddanmark*. Hentede 25. 03 2011 fra Nationalt videnscenter for demens: <http://www.e-pages.dk/videnscenterfordemens/33/>

**Region Syddanmark.** (2010). *Samarbejdsaftale på demensområdet*. Vejle: Region Syddanmark.

**Socialministeriet.** (18.08.2011). *Lov om Social Service*. Hentede 24. 10 2011 fra [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk): <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=136390&exp=1>

**Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.** (2010). *National Handlingsplan for demensindsatsen*. København: Socialministeriet og Indenrigs- og sundhedsministeriet.

**Thompson, C., Spilsbury, K., Hall, J., Birks, Y., Barnes, C., & Adamson, J.** (27. Juli 2007). Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC Geriatrics* (7), s. 1-12.

## 8.2 Baggrundslitteratur

**Bang Olsen, R., Vennemose-Buss, D., Carlskov, I., Søndergaard, M., Kaagaard, S., & Skovgaard, B.** (2007). *Demens efteruddannelse - til social- og sundhedspersonale*. København: Munksgaard Danmark.

**Borresen, M., Krogh Hanse, H., & Trangbæk, L.-E.** (2004). *Socialpædagogik og demens - det vanskelige omsorgsarbejde*. Odense: Styrelsen for Social Service.

**Buss, D., Eckermann, A., Rishøj, S., Villemoes Sørensen, L., Waldemar, G., & Boch Waldorff, F.** (2006). *Støtte og rådgivning til demente og pårørende - en redegørelse for danske og internationale erfaringer*. København: Styrelsen for Social service.

- Horsted C., Rasmussen I.S., Kristiansen M.H.** (2006). *Samlevede med demente. En spørgeskemaundersøgelse om hverdagen med en demensramt*. Odense: Servicestyrelsen.
- Kitwood, T.** (1999). *En revurdering af demens - personen kommer i første række*. (N. Johnsen, Oversætter) Frederikshavn: Dafolo Forlag.
- Nationalt Videnscenter for Demens, Redaktion Dorthe V. Buss.** (2008). *Håndbog om demens - Til pleje og omsorgspersonale på ældreområdet, undervisere og frivillige*. Odense: Servicestyrelsen.
- Sejerøe-Szatkowski, K.** (2002). *Demens. Kommunikation og samarbejde*. Århus: Forlaget Klim.
- Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.** (2010). *Kortlægning af demensområdet 2010*. København: Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Sundhedsstyrelsen.** (2008). *Udredning og behandling af demens- en Medicinsk Teknologivurdering (MTV)*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Søndergaard, M.** (2004). *Demens og aktiviteter i et livshistorisk perspektiv*. København: Systime Academic.
- Sørensen, J.** (2002). *Marte Meo metodens teori og praksis*. Århus: Systime.
- Vennize, I. M.** (2009). *Brug hinanden, når det er svært. om demens*, s. 16-18.

### 8.3 Hjemmesider med information om demens

**Alzheimerforeningen:** <http://www.alzheimer.dk>

Alzheimerforeningen driver også Demensnet- et forum for personer med demens og deres pårørende med brevkasse, chat og dagbøger på nettet. <http://www.demensnet.dk/>

**Demenskoordinator i Faaborg-Midtfyn Kommune:**

<http://www.faaborgmidtfn.dk/borger/sundhed-og-sygdom/demens-raad-og-vejledning/>

**Demenskoordinatorer i Danmark:**

<http://www.demens-dk.dk>

**Nationalt Videnscenter for Demens:** <http://www.videnscenterfordemens.dk>

**Region Syddanmark, Demens i Region Syddanmark:** <http://demenssyd.dk>

**Servicestyrelsen, en guide om demens:** <http://www.servicestyrelsen.dk/demensguiden>

**Ældresagens familieunivers. Når demens rammer familien:** <https://www.familieuniverset.dk/saadanhjaelperdu/demens/Sider/Default.aspx>



# 1. Bilag

## Jobbeskrivelse Demens- koordinator

---

1. **Formål, funktion i Faaborg-Midtfyn Kommune**

Hvilken rolle har funktionen for kommunen?

- Demenskoordinatoren opsamlar og formidler information, erfaringer og viden om demens.
- Demenskoordinatoren er omdrejningspunkt for alle interne og eksterne henvendelser (dog ikke akut sygdom) vedrørende demens, når der ikke findes en konkret kontakt, eller man er usikker på, hvem man skal henvende sig til.
- Demenskoordinatoren koordinerer visitation af tilbud til borgere med demens i kommunen.

---

2. **Hvem kan kontakte funktionen (input fra)?**

Demenskoordinatoren får input fra:

- Regionens sygehuse, når en borger i kommunen er udredt/under udredning.\*)
- Praktiserende læger\*)
- Borgere med hukommelsesproblemer/demens
- Pårørende
- Interesseorganisationer i kommunen
- Demensvejledere
- Visitationen
- Øvrige ansatte i kommunen: ex. i ældreplejen, i aktivitet og træning.
- Frivillige tilbud

\*) forudsætter at der er givet samtykke til videregivelse af information.

---

3. **Hvem kan funktionen have kontakt til (input til)?**

- Borgere med hukommelsesproblemer/demens
- Pårørende til borgere med hukommelsesproblemer/demens
- Demensvejledere

- Visitationen
- Øvrige ansatte i kommunen ex. ældreplejen, aktivitet og træning.
- Regionens demensenheder\*)
- Praktiserende læger\*)
- Frivillige tilbud

\*) forudsætter at der er givet samtykke til videregivelse af information.

---

#### 4 Funktionens tilgængelighed

Demenskoordinatoren er som hovedregel tilstede alle ugens hverdage, undtaget ferie og sygdom.

På kommunens hjemmeside annonceres navn, telefon nr. og e-mail adresse.

Der er advis funktion i Care: Demenskoordinator

Demenskoordinator har visitkort

Demenskoordinatoren er herudover synlig på:

Regions Syddanmarks hjemmeside, [www.visinfosyd.dk](http://www.visinfosyd.dk) med navn, telefon og e-mail adresse.

Og på [www.demenssyd.dk](http://www.demenssyd.dk) med navn, telefon og e-mail, og link til Faaborg-Midtfyn Kommunes hjemmeside.

---

#### 5 Kompetencekrav

(en specifikation af de særlige evner, færdigheder og erfaring, som er afgørende for sikker jobudførelse).

Uddannelseskrav

- Demenskoordinatoren har en sundhedsfaglig uddannelse på professionsbachelor niveau, eller tilsvarende.
- Uddannelse i demens på diplomniveau.
- Supplerende uddannelse (pædagogik, facilitering etc.)

Særlige færdigheder/evner

- Skal kunne fungere som tovholder/facilitator for brugercirkler
- Skal kunne samarbejde med mange forskellige mennesker
- Undervisnings- og formidlingserfaring

Erfaring

- Minimum 2 års klinisk erfaring med demens.
- 

#### 6 Igangsætning

(Hvordan får funktionen at vide, at hun/han skal udføre sit job som demenskoordinator)

- Demenskoordinator funktionen er koordinerende og skal derfor handle på alle henvendelser, eller sikre sig at henvendelserne kommer til den person der er ansvarlig for at handle. Alle henvendelser udløser derfor en opgave.
  - Henvendelser fra regionens demensenheder eller praktiserende læger vedrørende borgere med demens som er ny opdagede.
  - Henvendelser fra ansatte i kommunen vedrørende konkrete borgere.
- 

#### 7 Kernen i funktionen

(Informationsbehandling, vurderinger, planlægning, problembehandling, dokumentation).

---

##### 7.1 Informationsbehandling

Demenskoordinatoren følger med i følgende faglige tidsskrifter:

- Medlemsbladet for Demenskoordinatorer i Danmark.

Og læser information fra:

- "Den regionale demensindsats" [www.demenssyd.dk](http://www.demenssyd.dk)
- Nationalt Videnscenter for demens. ([www.videnscenterfordemens.dk](http://www.videnscenterfordemens.dk)).
- Servicestyrelsen

Demenskoordinatoren deltager eksempelvis i:

- "Demens dage" (arrangeret af Nationalt Videnscenter for demens)
- Årskursus for demenskoordinatore, arrangeret af DKDK (DemensKoordinatorer i Danmark)
- ERFA netværk i forhold til samarbejdsmodellen inden for region Syddanmark
- Netværksambassadører, arrangeret af Nationalt Videnscenter.
- Forskningskonference.

Formidling af ny faglig viden til:

Demensvejledere

---

## 7.2 Vurderinger

(Hvis det indgår i funktionen at vurdere borgernes behov, eller vurdere ressource forbrug)

Demenskoordinatoren koordinerer tilbud til borgere med demens.

Demenskoordinatoren kan visitere til aflastning af pårørende (også visitatorer har myndighed i forhold til visitation til aflastning).

Demenskoordinatoren behandler alle sager vedrørende magtanvendelse overfor borgere med demens.

Ansøgning/indberetning behandles efter gældende regler, jf. "instruks for myndighedsperson" i Care.

### Konsulentopgaver

Byggeri af pleje- og ældreboliger

Visitationsudvalgets møder

Konsulent for ledelsen i forhold til uddannelsesbehov for basispersonalet.

---

## 7.3 Planlægning

(Hvis der indgår planlægningsaktiviteter, eksempelvis uddannelsesprogrammer)

Demenskoordinatoren planlægger brugercirkler.

Demenskoordinatoren planlægger årlig temadag for demensvejledere og sygeplejersker,

der er vidensansvarlige på demens

---

## 7.4 Problemløsning

(= manuelt arbejde, udførelse af konkrete opgaver hos en borger/kollega)

- Generelle råd og vejledning om demens ved henvendelse fra borgere
  - Samtaler med borgere med demens og deres pårørende.
  - Sidemandsoplæring af demensvejlederne
  - Supervision og sparring af plejepersonalet i Faaborg-Midtfyn kommune, når demensvejlederne beder om støtte hertil.
  - ■ Konsulent i vanskelige sager om værgemål og magtanvendelse, herunder udarbejdelse af pædagogiske handleplaner
  - Sagsbehandling på værgemålssager og ansøgninger til det sociale nævn (indsamling af information og fremsende sager)
  - Sagsbehandling på sager vedrørende omsorgspligten (Lov om social service §82)
-

7.5

### Dokumentation

(hvilke generelle krav er der til, hvad der skal rapporteres fra funktionen, og hvilke specifikke krav er der)

- Dokumentation i Care af alle borgerrettede opgaver
  - Dokumentation vedrørende anvendelse af magt
  - Dokumentation af borgerrelaterede henvendelser
- 

8

### Arbejdsresultater (kvantitative og kvalitative mål)

At demensplejen (omsorg for og pleje af borgere med demens) i Faaborg-Midtfyn kommune sker på et evidensbaseret grundlag, hvilket blandt andet sker ved at alle demensvejlederne er oplært/informeret om de nyeste metoder, samt ved at standarder og procedure på demensområdet er ajourført i Care.

At input fra pårørende og borgere med demens i Faaborg-Midtfyn Kommune bruges aktivt til udvikling af demensplejen i kommunen.

At alle henvendelser, uanset art, videreformidles til den eller de personer, som er relevante.

I januar udarbejdes en årlig opgørelse over magtanvendelse på baggrund af Care mhp. fremlæggelse i kommunalbestyrelsen.

---

**Dato: 18.11.2011**

Region Syddanmark, Samarbejdsaftale på demensområdet. Region Syddanmark og de 22 kommuner i Region Syddanmark, 2010.

Faaborg-Midtfyn Kommune, Stillingsbeskrivelse for Demenskoordinator. Faaborg-Midtfyn Kommune, 2008.



## 2. Bilag

# Jobbeskrivelse Demensvejleder

---

1. **Formål, funktion i Faaborg-Midtfyn Kommune**

Hvilken rolle har funktionen for kommunen?

- Yder, sammen med kolleger på arbejdsstedet, pleje af og omsorg for borgere med demens.
- Demensvejlederen er ressourceperson/vejleder for en udegruppe, plejehjemsgruppe eller aktivitetsområde.
- Demensvejlederen formidler information, erfaringer og viden om demens til kolleger, på arbejdsstedet samt til borgere med demens og pårørende knyttet til arbejdsstedet.

---

2. **Hvem kan kontakte funktionen (input fra)?**

- Demensvejleder får input fra:
- Demenskoordinatoren
- Borgere med hukommelsesproblemer/demens
- Pårørende
- Visitationen
- Øvrige ansatte i kommunen, ex. i ældreplejen, i aktivitet og træning.
- Andre demensvejledere

---

3. **Hvem kan funktionen have kontakt til (input til)?**

- Borgere med hukommelsesproblemer/demens
- Pårørende til borgere med hukommelsesproblemer/demens
- Demenskoordinatoren
- Øvrige demensvejledere
- Kolleger i ældreplejen, aktivitet og træning.
- Samarbejdspartnere i ældreplejen mv. eks. sygeplejersker
- Visitationen

- Regionens demensenheder\*)
- Praktiserende læger\*)

\*) forudsætter, at der er givet samtykke til videregivelse af oplysninger.

---

#### 4 **Funktionens tilgængelighed**

Demensvejlederen har skiftende arbejdstider, og kan kontaktes når hun/han er på arbejde.

I den enkelte udegruppe, plejehjemsgruppe eller aktivitetsområde er der information til øvrige kolleger om, hvem der har funktionen og hvordan demensvejlederen kontaktes.

Der er advis funktion i Care: Demensvejleder

Demensvejlederen har visitkort, hvor navn og telefon nummer kan påføres.

---

#### 5 **Kompetencekrav**

(en specifikation af de særlige evner, færdigheder og erfaring, som er afgørende for sikker jobudførelse).

Uddannelseskrav

- Demensvejlederen har en sundhedsfaglig uddannelse, som social- og sundhedshjælper eller social- og sundhedsassistent, eller tilsvarende.
- Uddannelse i demens svarende til 4 kurser om demens: "Omsorg for personer med demens", "Personer med demens – sygdomskendskab", "Personer med demens – aktivitet og livskvalitet", "Uhensigtsmæssig adfærd og udadreageren ved demens".

Særlige færdigheder/evner

- Faglig viden om demens
- Indlevelsesevne og tålmodighed
- Skal kunne fungere som ressourceperson for kolleger
- Skal kunne indgå i samarbejdet i en Erfa-grupper
- Skal kunne kontakte relevante samarbejdspartnere

Erfaring

- Minimum 1 års praksis erfaring med pleje af og omsorg for personer med demens.
- 

#### 6 **Igangsætning**

(Hvordan får funktionen at vide, at hun/han skal udføre sit job som demensvejleder?)

- Henvendelser fra demenskoordinatoren vedrørende borgere med demens som er nyopdagede, eller som får hjælp.
- Henvendelser fra kolleger på arbejdsstedet vedrørende konkrete borgere.
- Generel vejledning om demens. (videreformidling)
- Alle henvendelser fra kolleger, på arbejdsstedet, der har behov for støtte og vejledning.

#### 7 **Kernen i funktionen**

(Informationsbehandling, vurderinger, planlægning, problembehandling, dokumentation).

---

## 7.1 Informationsbehandling

Demensvejleder læser information fra:

- Demenskoordinatoren
- Demensvejleder kan herudover læse information fra:
- Nationalt Videnscenter for demens. ([www.videnscenterfordemens.dk](http://www.videnscenterfordemens.dk)).

"Den regionale demensindsats" [www.demenssyd.dk](http://www.demenssyd.dk)

Deltager eksempelvis i:

- "Demens dage"
- Relevante regionale tilbud.
- Relevante AMU-kurser.
- Årlig temadag arrangeret af demenskoordinator.

Formidling af viden til:

- Kolleger og leder på arbejdsstedet
  - Erfa-gruppen
- 

## 7.2 Vurderinger

(Hvis det indgår i funktionen at vurdere borgernes behov, eller vurdere ressource forbrug)

Er ressourceperson for lederen i forhold til fordeling af opgaverne vedrørende pleje og omsorg for borgere med hukommelsesproblemer/demens.

Demensvejleder vurderer egne borgere og er ressourceperson for kolleger i forhold til vurdering af borgerens funktionsniveau, behov for støtte m.v.

Demensvejleder bistår kolleger med vurderinger i forbindelse med magtanvendelse.

Demensvejleder vurderer, hvornår andre fagpersoner skal inddrages i forhold til borgerens behov.

---

## 7.3 Planlægning

Erfa-gruppe møder. Se model for arbejdet i erfa-grupperne.

---

## 7.4 Problemløsning

(= manuelt arbejde, udførelse af konkrete opgaver hos en borger/kollega)

- Pleje af og omsorg for borgere med demens og samtaler med borgere med demens og deres pårørende.
  - Vejledning af kolleger i Faaborg-Midtfyn kommune, på arbejdsstedet.
  - Vejledning af kolleger i forhold til dokumentation i Care indenfor demensområdet.
  - Vejledning af kolleger i forhold til dokumentation i forbindelse med sager om værgemål og magtanvendelse, herunder udarbejdelse af pædagogiske handleplaner (redskaber i Care)
- 

## 7.5 Dokumentation

(hvilke generelle krav er der til hvad der skal rapporteres fra funktionen, og hvilke specifikke krav er der?)

- Dokumentation i Care af alle borgerrettede opgaver
  - Dokumenterer og anvender de redskaber der er relevante for demensområdet i Care
  - Dokumentation vedrørende anvendelse af magt
-

**Arbejdsresultater (kvantitative og kvalitative mål)**

At demensplejen (omsorg for og pleje af borgere med demens) i Faaborg-Midtfyn kommune sker på grundlag af de beskrevne standarder og procedure og at alle kolleger er oplært/informeret om de nyeste metoder.

At demensplejen i Faaborg-Midtfyn kommune er dokumenteret i Care.

At demensvejlederen indgår i Erfa-gruppe for demensvejledere, og bidrager til den fælles kompetenceudvikling.

At medarbejdere i Faaborg-Midtfyn kommune der arbejder med borgere med demensoplever, at de har adgang til støtte og vejledning i forbindelse med plejen af og omsorgen for borgere med demens.

At pårørende og borgere med demens oplever, at de er inddraget i plejen af og omsorgen for borgere med demens.

---

**Dato: 18.11.2011**

**Region Syddanmark, Samarbejdsaftale på demensområdet.**

Region Syddanmark og de 22 kommuner i Region Syddanmark, 2010.

**Vennize, Inger Marie, Brug hinanden, når det er svært.** Om demens, udgivet 2009

*Fejring af demensvejledere ved projektets afslutning den 30. november 2011.*





# 3. Bilag

## Model for arbejdet i Erfa-grupper for demensvejledere

### Målgruppe:

51 uddannede og udpegede demensvejledere fra projekt: "Demens i øjenhøjde" samt nye demensvejledere, som uddannes og udpeges fra november 2011 og frem.

### Forudsætning for at deltage i erfa-grupper:

- Demensvejleder er indforstået med at leve op til jobbeskrivelse som demensvejleder.
- Demensvejleder har eller tager så hurtigt som muligt efter udpegnings AMU-kurserne: "Omsorg for personer med demens", "Personer med demens – sygdomskendskab" og "Personer med demens – aktivitet og livskvalitet", "Uhensigtsmæssig adfærd og udadreageren ved demens".
- Demensvejleder introduceres til demensorganisationen ved leder, der informerer demenskoordinator om, at der er udpeget ny demensvejleder.
- Demensvejleder introduceres til arbejdet i erfa-gruppen ved deltagelse i første møde.

### Formål med Erfa-grupper:

- Videndeling om demens, om borgere med hukommelsesproblemer/demens, og pårørende samarbejde.
- Supervision/sparring mellem demensvejledere bl.a. om samarbejde og vejledning af kolleger og inddragelse af andre relevante samarbejdspartnere.
- Dele dilemmaer og drøfte etiske overvejelser i hjemmeplejen, på plejehjem og på aktivitetsområdet.
- Undervisning (mulighed for at invitere demenskoordinator).

### Demensvejlederne skal arbejde med:

- Egne tanker, følelser og adfærd/handlinger i forhold til borgere med hukommelsesproblemer/demens og deres pårørende.
- Klarhed på demensområdet herunder samarbejde med leder, demenskoordinator og kolleger mv.
- Egen og demensvejledernes fortsatte fælles udvikling.

### Ansvarlig:

Der udpeges en tovholder og ansvarlig for arbejdet i hver af de 5 erfa-grupper.

Erfa-grupperne vælger selv en tovholder for 1 år af gangen.

Alle i erfa-gruppen er ansvarlige for at hjælpe tovholderen med at få erfa-gruppen til at fungere.

### Tovholder/facilitator:

- er ansvarlig for mødeplan 1 år af gangen og for reservation af lokale
- er mødeleder, styrer tid og dagsorden
- sørger for, at der vælges en demensvejleder, der er ansvarlig for at tage referat hver gang
- sørger for/er opmærksom på klima i gruppen
- sørger for at den aftalte struktur for møderne holdes
- hjælper erfa-gruppen igennem en proces/udvikling frem mod et mål
- hjælper alle med at komme til orde

Merete Jørgensen, leder på Nørrevænget kan kontaktes af tovholder, hvis erfa-gruppen har svært ved at komme i gang eller ved problemer.

### Struktur og indhold:

5 erfa-grupper á 10-11 demensvejledere. 2 erfa-grupper i Faaborg området, 1 i Espe området, og 2 i Ringe området.

Demensvejledere fra hjemmepleje, plejehjem og aktivitetsområde blandes.

4 møder om året á 2 timers varighed. Juli, august og december er mødefri måneder.

Der afholdes 2 møder i 1. halvår og 2 møder i 2. halvår.

### Første møde:

- Præsentation
- Indgåelse af aftale (mundtlig/skriftlig)
- Indhold i aftale (valg af tovholder, tavshedspligt, fortrolighed, arbejdsmetode, evaluering mv.) af hensyn til klima i erfa-gruppen
- Forventninger
- Forløb hver gang: gennemgang af referat fra sidst, alle demensvejledere har en fortælling med om et emne, runde, udvælgelse af "emne(r)", brug af øvrige demensvejledere evt. som reflekterende team, sparring mv., aftaler mht. videre arbejde, evaluering af mødet/tak for i dag

### Arbejdsmetode:

Fast struktur:

- indledning/siden sidst/runde/repetition vha. referat (max 30 min)
- arbejde med "emnet" (max 5 kvarter)/ná 2 runder?
- afslutning/evaluering/næste gang (max 15 min)
- evt. kort pause når det passer

### På skift varetager demensvejledere disse roller:

Spørgeren/supervisor: Aktiv lytning – forstå, hvad den anden mener, være nærværende, imødekomme kropssprog  
Stille spørgsmål – så den anden selv finder muligheder og løsninger

Demensvejleder/fokuspersion: Fortælle om et emne, en situation, en case  
Være ærlig og åben, også når det er svært  
Selv styre hvad der fortælles  
Fokus på det arbejdsmæssige

(PS - ingen er perfekte, alle laver fejl fra tid til anden, vi kan alle sammen lære og blive bedre)

Reflekterende team/øvrige: Lytter uden at deltage  
Reflekterer over samtalen, de udforsker forskellige opfattelser, hypoteser, dilemmaer, handlemuligheder osv.

- Fokusperson og supervisor lytter uden at deltage.
- Supervisor interviewer fokusperson om teamets refleksioner: Har det skabt nye idéer eller handlemuligheder.
- Teamet lytter uden at deltage.

#### **Evaluering:**

Hvert år i forbindelse med valg af tovholder tages model for arbejdet i erfa-grupper op og evt. justeringer aftales. Hvis tovholder ønsker at stoppe inden der er gået et år, gøres det samme.

Hvert forår afholdes der en fælles temadag for alle demensvejledere og demenskoordinator. Såfremt en erfa-gruppe ønsker at model for arbejdet i erfa-grupper skal ændres væsentligt, skal det tages op i det fælles forum. Tovholder beder demenskoordinator om at sætte tid af til drøftelse på temadagen og fortæller, hvad det er erfa-gruppen ønsker mht. forandringer.

#### **Gode råd:**

Kommunikation – konstruktiv kritik/feed-back

- Gør dig klart, hvad du vil opnå med din kritik/feed-back (det reflekterende team)
- Sig det ligeud (vær hensynsfuld)
- Ret din kritik/feed-back mod det personen har foretaget sig og ikke mod personen selv
- En god, konstruktiv kritik/feed-back tager altid udgangspunkt i konkrete facts, (som begge parter kan være enige om)
- Beskriv i stedet for at fortolke
- Når du modtager kritik/feed-back skal du:
  - Lyt åbent til hvad der bliver sagt
  - Spørg indtil du forstår, hvad den der giver kritik/feed-back mener
  - Anerkend kritikken/feed-backen, også selvom du ikke er helt enig

**Udarbejdet ved afslutning af projekt "Demens i øjenhøjde" november 2011.**

*Uformel samtale og kaffe i brugercirklerne*





# 4. Bilag

## Model for brugercirkler

### Formål med brugercirkler:

- At borgere med hukommelsesproblemer/demens og deres pårørende kan få støtte og vejledning i forhold til at kunne håndtere det at have et hukommelsesproblem eller en demenssygdom.
- At borgere med hukommelsesproblemer/demens og deres pårørende kan dele erfaringer og viden om det at have et hukommelsesproblem eller en demenssygdom.
- At borgere med hukommelsesproblemer/demens og deres pårørende kan få kendskab til kommunens tilbud på området samt modtage relevant information om demens mv.
- At demensvejledere og demenskoordinator kan få viden om, hvordan hjælpen til borgere med hukommelsesproblemer/demens og deres pårørende opfattes og dermed får viden som kan være med til at udvikle læring på demensområdet.

### Målgruppe:

Alle borgere med hukommelsesproblemer/demens og deres pårørende.

### Ansvarlig:

Demenskoordinator

### Andre:

6-7 demensvejledere deltager i hvert brugercirkel møde. Gerne 2 pr. erfa-gruppe. Deltager i brugercirkler i enten Faaborg eller Ringø område. De vælges for et år af gangen i erfa-gruppen.

Demensvejledere deltager fra hver erfa-gruppe, med henblik på en "overføring" til erfa-grupper ift. hvad personalet kan lære af de pårørendes tilbagemeldinger.

**Annoncering:**

Der annonceres i lokalaviser om brugercirkelmøder.

Alternativt udsendes presseinformation.

Demenskoordinator er ansvarlig evt. i samarbejde med kommunens kommunikationsmedarbejder.

**Invitation:**

Invitation udarbejdes af demenskoordinator.

Udsendes via demenskoordinator og demensvejlederne, som overbringer den skriftlige invitation til alle de borgere med hukommelsesproblemer/demens, der er i deres område. Demensvejlederne fører selv lister over, hvem de har givet invitationerne til, og følger invitationen op med en telefonisk henvendelse. De noterer, hvem der kommer og giver tilmeldingerne videre til demenskoordinatoren.

Demenskoordinator samler tilmeldinger og orienterer demensvejlederne om, hvem der deltager.

**Geografisk placering:**

- En brugercirkel placeres i Faaborg området og en i Ringe området.

**Krav til mødested:**

- Lokale(r) - fælles lokale der kan deles i to lokaler med gode adgangsforhold
- Møder kan afholdes på plejehjem eller ude i byen, hvor der er plads til min. 35 personer.
- Mulighed for at bestille forplejning og oprydning
- God akustik

**Hypighed og tidspunkt:**

- Møder placeres om eftermiddagen fra kl. 13.30 – 15.30
- Møderne placeres i marts og september måned. Der afholdes i alt 4 brugercirkler, 2 hvert sted.

**Årligt planlægningsmøde:**

Demenskoordinator inviterer demensvejledere der skal deltage i brugercirkler til et planlægningsmøde (max 1 time), hvor aktiviteter i brugercirkler planlægges et år frem og hvor det aftales, hvem der er ansvarlige for hvad i pårørendegruppen og i borgergruppen.

**Møderne har følgende overordnede struktur:**

1. Velkomst og kort indledning ved demenskoordinator, gives samlet til alle deltagere. Varighed ca. 10 min.
2. Deltagerne deles op, således at pårørende er i en gruppe og borgere med hukommelsesproblemer/demens er i en anden gruppe. Varighed 1 time.
3. Pause ca. 10 min.
4. Fælles kaffe/kage mv. Uformel snak ved bordene. Demensvejlederne blander sig med borgere med hukommelsesproblemer/demens og pårørende. Varighed 30-40 min.
5. Tak for i dag. Evt. aftaler om individuelle behov afklares med demenskoordinator/demensvejledere.

**Ad 2. Gruppen med borgere med hukommelsesproblemer/demens:**

3-4 demensvejlederne er med og er ansvarlige for at lede og igangsætte aktiviteter evt. i mindre grupper. Demensvejlederne har på forhånd planlagt mulige aktiviteter (sang, gåtur, spil, osv) og aftalt, hvem der gør hvad på mødet. Evt. materiale medbringes til mødet. Når de mødes med de fremmødte borgere med hukommelsesproblemer/demens får de ved fælles hjælp gruppen delt op, hvis der er meget stor forskel på de fremmødte. Det kan være en udfordring, fordi det ikke på forhånd er muligt at vide 100 %, hvem der kommer. En evt. flere demensvejledere står til rådighed, for at hjælpe borgere som får behov for hjælp, bliver urolige eller lignende.

**Ad 2. Gruppen med pårørende:**

Demenskoordinatoren er mødeleder, præsenterer sig selv og demensvejledere orienterer kort om mødet i gruppen af pårørende.

På forhånd er aftalt at en demensvejleder skriver emner op på tavle, en tager notater fra mødet, og en styrer tiden

(1 time fra demensramte er gået). Kortere runde, hvor hver pårørende kort nævner navn og hvad de evt. ønsker at drøfte på mødet.

Fælles erfaringsudveksling i gruppen af pårørende. Videndeling mellem pårørende, demensvejledere og demenskoordinator. Pårørende har mulighed for at stille spørgsmål til demenskoordinator.

**Opfølgning:**

Demenskoordinator anvender notat til at orientere ledergruppen på ældreområdet om læringspointer fra relationerne mellem pårørende, borgere med demens og personale.

Demensvejledere kan anvende notat som støtte ved orientering af erfa-gruppen om indhold i brugercirkler.

**Udarbejdet ved afslutning af projekt: "Demens i øjenhøjde" november 2011.**







# Demens i øjenhøjde - et projekt i Faaborg-Midtfyn Kommune



**FAABORG-MIDTFYN  
KOMMUNE**

Tinghøj Allé 2  
5750 Ringe

Tlf. 72 530 530  
Fax 72 530 531  
[fmk@faaborgmidtfyn.dk](mailto:fmk@faaborgmidtfyn.dk)  
[www.faaborgmidtfyn.dk](http://www.faaborgmidtfyn.dk)