



## **Dilemmaer som hverdagskost**

- **Jobfunktioner og opgaveudvikling  
i arbejdet med borgere med demens**

Udarbejdet for **AMU** **EPOS**

**Bruno Clematide  
Lone Grøn**

**Kubix  
KORA  
November 2017**

Kubix ApS  
Espedammen 84  
2605 Brøndby

Tlf. 4010 1711  
[kubix@kubix.dk](mailto:kubix@kubix.dk)  
[www.kubix.dk](http://www.kubix.dk)

# Indhold

<b>Demens er på alles læber .....</b>	<b>5</b>
<b>Kort om analysen .....</b>	<b>6</b>
Baggrundsnotat fra KORA.....	6
Kvalitativ interviewundersøgelse .....	6
Hvad kan du læse i denne rapport? .....	7
<b>Demens – forståelse over tid .....</b>	<b>9</b>
Demens har mange udtryksformer .....	12
Den Nationale Demenshandlingsplan 2025 .....	13
<b>Arbejdet med demens - 3 forskellige områder ..</b>	<b>18</b>
Hjemmepleje .....	18
'Almindelige' plejecentre .....	18
Særlige demensplejecentre .....	18
Særlige ressourcepersoner i enhederne.....	19
Demensteam .....	19
<b>Jobfunktioner i arbejdet med borgere med demens .....</b>	<b>21</b>
Arbejdsdelingen mellem assistenter og hjælpere .....	22
Arbejdsdelingen mellem demensteam og social- og sundhedsassistenter og -hjælpere .....	22
Jobfunktioner for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere .....	23
Magic moments.....	26
Kompetencer og tid .....	27
Et arbejdsmiljø præget af tillid .....	29
<b>Kompetencemæssige udfordringer.....</b>	<b>31</b>
Overblik over de kompetencemæssige udfordringer .....	32
Viden om den socialpædagogiske tilgang.....	33
Fokus på det hele menneske – den vigtige livshistorie .....	33
Borgerens døgn har 24 timer – og ikke 3 gange 8 timer .....	34
Specifikke relationelle kompetencer .....	34
Borgerens manglende selvindsigt .....	35
Den udadreagerende borger .....	35
Den ulykkelige borger .....	36

Yngre borgere med demens.....	36
Samarbejde med pårørende .....	37
Borgere med ikke-vestlig baggrund .....	38
Kunne håndtere dilemmaer – ud fra demensfaglig viden .....	40
Kunne reflektere og argumentere .....	41
Kunne formulere og formidle væsentlige observationer .....	41
Kunne håndtere forskellige behov hele tiden.....	42
Kunne ranke ryggen som professionel – uanset den pårørendes sociale status .....	42
<b>Tydelig differentiering i kompetencerne .....</b>	<b>44</b>
Differentieret behov for kompetenceudvikling .....	45
<b>Arenaer for læring.....</b>	<b>47</b>
Læring i arbejdet.....	47
Iscenesat læring på arbejdspladsen .....	48
Intern uddannelse .....	49
Institutionaliseret uddannelse – herunder AMU .....	51
Organisering af kompetenceudvikling.....	51
<b>AMU og demens .....</b>	<b>53</b>
Statistik .....	53
Tidligere erfaringer med AMU: fortrinsvis sammensatte forløb.....	54
Stor forskel i brugen af AMU: fra partnerskab til ingenting.....	55
Gode erfaringer med AMU, set med målgruppens briller.....	58
Praksisnær AMU .....	59
<b>Konklusioner .....</b>	<b>60</b>
Arbejdet med borgere med demens.....	60
Kompetencemæssige udfordringer.....	60
Bevidst og systematisk arbejde med kompetenceudvikling .....	61
Der er brug for massiv kompetenceudvikling .....	62
AMU er anerkendt partner i kompetenceudviklingen.....	62
Et tankeeksperiment: Nye veje til at dække demensområdet i AMU? .....	63

## Demens er på alles læber

Demens er her, der og alle vegne i disse år. Der går næsten ikke en uge, hvor demens ikke omtales i dagspressen og i medierne, ud fra mange forskellige vinkler. Der er lavet artikler, radiodokumentarer, debatprogrammer mm.

Demens er også rykket ind i kunstens verden: Den østrigsk-franske film 'L'amour' vandt for et par år siden både de Gyldne Palmer i Paris og en Oscar for bedste udenlandske film. Og i Skuespilhuset kunne man opleve teater- og oplysningsstykket 'Med sne', og Thomas Bredsdorff udgav bogen 'Tøsne og forsyntia', mens denne her undersøgelse var i gang.

Politikere på alle niveauer har rettet deres opmærksomhed mod demens. På nationalt plan foreligger der er ny handlingsplan, der blandt andet består af en række initiativer og udviklingspuljer, herunder en pulje til kompetenceudvikling.

Og på kommunalt niveau udformes der strategi- og handlingsplaner i disse år.

Det er under denne offentlige bevågenhed, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere udfører deres engagerede arbejde i hjemmeplejen, almindelige plejecentre og deciderede afsnit for borgere med en demenssygdom. Den offentlige bevågenhed opleves både som lettelse og som ekstra pres. Som lettelse, fordi der måske kommer lidt flere midler til et område, der ressourcemæssigt er voldsomt presset, og fordi bevågenheden kan bidrage til anerkendelse af deres arbejde som vigtigt og meningsfyldt. Som ekstra pres, fordi det er så nemt for den hurtige presse at udråbe ulykkelige episoder, der i realiteten måske er ganske dilemmafyldte, til skandaløs behandling af ældre borgere.

I det daglige er det relationen med borgere med en demenssygdom og deres pårørende, som er omdrejningspunktet for social- og sundhedsassistenter og -hjælperes arbejde. Og det er kompetencemæssige udfordringer i dette arbejde, og forskellige læringsformers svar på disse udfordringer, som denne analyse belyser.

God læselyst!

## Kort om analysen

Analysen består af to hoveddele:

- et baggrundsnotat, udarbejdet af Lone Grøn fra KORA
- en interviewundersøgelse, gennemført af Bruno Clematide fra Kubix i samarbejde med Lone Grøn.

### Baggrundsnotat fra KORA

Lone Grøn fra KORA har gennemført en desk research om centrale aspekter af udviklingen på demensområdet og på baggrund deraf udarbejdet et ikke publiceret notat, der belyser følgende spørgsmål:

- Overordnet historik over demensindsatsen på det kommunale område, dvs. i hjemmeplejen og på plejehjem. – De store linjer og med fokus på de seneste 10-15 år
- De primære nylige og fremadrettede tiltag, herunder oplægget til Den Nationale Demenshandlingsplan 2025
- Hvordan bliver den nationale strategi på demensområdet omsat til demensstrategier på det kommunale område og indeholder sådanne omsætninger strategier for kompetenceudvikling?
- Forskellige forståelser af demens og tilgang til demens over tid – hvor står vi i dag, hvor differentieret forstår man demens i dag?
- Hvordan påvirker andre strategiske satsninger - såsom rehabilitering, brugerinddragelse, pårørende-samarbejde - social- og sundhedshjælperes og assistenters arbejde med borgere med demens?

Dele af dette notat indgår i nærværende rapport.

### Kvalitativ interviewundersøgelse

Undersøgelsen bygger først og fremmest på kvalitative interview med:

- Ledere på forskellige niveauer – forvaltningschef, forstander, ledere af 'almindelige' plejecentre og særlige demensafsnit
- Demenskoordinatorer
- Social- og sundhedshjælpere
- Social- og sundhedsassistenter

Interviewene blev foretaget i 6 kommuner, 3 i Vestdanmark og 3 i Østdanmark. Kommunerne skulle ud over den geografiske spredning være forskellige mht størrelse og indbyggersammensætning:

- 2 mindre landkommuner i Vestdanmark
- 1 mellemstor kommune i Vestdanmark
- 1 Vestegnskommune
- 2 større kommuner i Hovedstadsområdet

## Andre kilder

Derudover gennemførte vi et interview med en uddannelseskonsulent fra en SOSU-skole i en af de kommuner, der indgik i interviewundersøgelsen. Endelig er der indarbejdet data fra den officielle AMU-statistik, samt en analyse fra KORA om sammensatte forløb.

På et seminar med deltagere fra praksis, AMU-udbydere og medlemmer af EPOS blev et udkast til rapporten præsenteret og drøftet. Dette gav anledning til et par enkelte tilføjelser i rapporten.

## Hvad kan du læse i denne rapport?

Rapporten er bygget op som følger:

- Kapitlet 'Demens – forståelse over tid' er en historisk gennemgang af forskellige forståelser og tilgange til demens fra antikken til nutidens personorienterede tilgang til demens som sammensat biologisk, psykologisk og socialt fænomen.

Kapitlet indeholder desuden en beskrivelse af de centrale elementer i 'Den Nationale Demenshandlingsplan 2025'.

Derefter beskrives, hvordan man i kommunerne bruger planen som spejl og igangsætter.

- I kapitlet 'Arbejdet med demens – 3 forskellige områder' beskrives kort de forskelligartede opgaver, som social- og sundhedsassistenter og -hjælpere udfører i henholdsvis hjemmeplejen, 'almindelige' plejehjem og særlige demensafsnit. Desuden beskrives de roller, demenskoordinatorer, dementeams og særlige ressourcepersoner varetager.
- Kapitlet 'Jobfunktioner i arbejdet med borgere med demens' viser først to korte billeder i ord om vores visit på et særligt demensafsnit og et 'almindeligt' plejehjem.

Derefter belyses arbejdsdelingen mellem assistenter og hjælpere indbyrdes og derefter mellem assistenter/hjælper og dementeam.

Endelig beskrives de opgaver, som har særlig relevans i arbejdet borgere med en demenssygdom.

Kapitlet afsluttes med 'magic moments' – stjerne- stunder i arbejdet med borgere med demens.

- I kapitlet 'Kompetencemæssige udfordringer' analyseres de mangfoldige udfordringer, som social- og sundhedsassistenter og -hjælpere møder i deres arbejde med borgere med demens og deres pårørende.

- I kapitlet 'Tydelig differentiering i kompetencerne' beskrives den tydelige differentiering i assistenters og hjælperes kompetencer i henholdsvis de særlige demensafsnit, 'almindelige' plejehjem og hjemmeplejen. Og at denne differentiering medfører et lige så differentieret behov for kompetenceudvikling – både kvantitativt og kvalitativt.
- I kapitlet 'Arenaer for læring' beskrives, hvordan kommunerne forsøger at møde de kompetencemæssige udfordringer med læring i arbejdet, iscenesat læring på arbejdspladsen, interne uddannelser og formaliseret/institutionaliseret uddannelse, herunder AMU.

Kapitlet beskriver desuden, hvordan arbejdet med kompetenceudvikling på demensområdet organisatorisk er forankret i kommunerne.

- I kapitlet 'AMU og demens' præsenteres først statistik om brugen af de deciderede demensuddannelser i AMU. Derefter refereres til en tidligere analyse af sammensatte forløb. Og endelig gengives aktuelle vurderinger af brugen af AMU og af samspillet med AMU-udbydere.
- I rapportens afsluttende kapitel 'Konklusioner' sammenfattes først analysens vigtigste resultater.

Kapitlet munder ud i et tankeeksperiment, der er en opfordring til EPOS om at overveje nye veje til at strukturere AMU's uddannelser på demensområdet på.

### **Sprogbrug**

I rapporten bruger vi både begreberne 'særlige demensafsnit' og 'demensplejehjem' for de skærmede organisatoriske enheder, hvor der udelukkende bor borgere med en demenssygdom.

Tilsvarende bruger vi i rapporten 'almindeligt plejehjem' eller 'plejecenter' for de organisatoriske enheder, hvor beboerne er mere heterogent sammensatte. Her bor borgere med andre former for svækkelser sammen med borgere med en demenssygdom.

At vi bruger forskellige udtryk for det samme afspejler de forskellige betegnelser, der i virkeligheden anvendes i de forskellige kommuner.

### **Anonymitet**

Nogle interviewpersonerne har ønsket anonymitet. Der optræder derfor ingen navne efter citater, men kun stillingsbetegnelser. Vi undlader derfor også at benævne kommunerne, medmindre vi refererer fra kommunens skriftlige dokumenter som strategi- og handleplaner e.l.



## Demens – forståelse over tid

I den historiske gennemgang af forskellige forståelser af og tilgange til demens trækkes hovedsageligt på Swane's kulturhistoriske gennemgang (Swane 1996). Swane gennemgår grundigt de mange forskellige begreber, der igennem tiden er blevet brugt om det fænomen, vi i dag betegner som demens: senilitet, forkalkning, præsenilitet, Alzheimers demens, arteriosklerose, senildemens og endda pseudo-demens. Det vil føre for vidt her at gengive disse grundige begrebshistoriske udredninger. Her anvendes i stedet en overordnet inddeling i tre forståelser, der strækker sig over forholdsvist lange tidsperioder.

### **Senilitet som integreret del af alderdommen: antikken til begyndelse af 1900-tallet**

Senilitet kan som begreb føres helt tilbage til den antikke oldtid. Her og helt frem til det 19. århundrede bruges senilitet til at karakterisere alderdommen som en livsfase, der er præget af uundgåeligt fysisk, psykisk, åndeligt og moralsk forfald. Aristoteles nævnes som en af ophavsmændene til, hvad flere forfattere har kaldt *forfaldsfortællingen* om alderdommen (Swane 1991, 1996, Kirk og Swane 1994). Aristoteles beskriver alderdommen som præget af tvivlrådighed, ondskabsfuldhed og mistro, smålighed, frygtsomhed, egoisme, skamløshed, at leve i erindringen, snakkesalighed, heftige vredesudbrud, svaghed og hang til jammer. (Swane 1996, s.83) Dette perspektiv på alderdommen har været overleveret gennem århundreder og præger både videnskabelige, filosofiske og kunstneriske beskrivelser af alderdommen. Swane analyserer sig frem til tre betydninger af senilitet: 1. det at være gammel, 2. svækkelse hos gamle mennesker og siden slutningen af 1800 tallet. 3. svækkelse af åndsevnerne hos gamle mennesker (Swane 1996, Swane og Kirk 1994). Der bliver dermed i hele denne periode sat lighed mellem alderdom og svækkelse, og mellem alderdom og de fænomener, vi i dag ville karakterisere som demens.

### **Demens som psykiatrisk diagnose: midten af 1800-tallet til slutningen af 1900-tallet**

Mere udførlige beskrivelse af demens ser vi fra midten af 1800-tallet, hvor psykiatrien fødes. Senil demens bliver til som diagnose i Danmark i forbindelse med de store danske sindssygehospitaler (Kirk og Swane 1994, s.23). Nogle af de karakteristika, der knyttes til diagnosen, er et afbleget, forfladiget følelsesliv, reduktion af de følelsesmæssige områder og primitivisering af følelserne. Et andet karakteristikum for 1800-tallets psykiatriske beskrivelser er emotionel inkontinens. (Swane og Kirk 1994, s.31)

Historisk byder psykiatrien på forskellige forståelser af demens: sindssygdom, sløvsind, den skrumpede

hjerne, forkalkning i hjernen, og senest den specifikke diagnose Alzheimers. På tværs af de forskellige udviklinger er demens blevet set som en organisk betinget psykiatrisk lidelse, hvor enten hjernens størrelse, forkalkning eller andre biologiske forhold forårsager mentale og kognitive forstyrrelser. Psykiatiseringen af demens har, som Swane påpeger (1996, s.96), medført både hensigtsmæssige og mindre hensigtsmæssige konsekvenser. På den positive side har den psykiatriske bevågenhed ført til en langt mere differentieret forståelse af demens, og sammen med udviklingen af det geriatriske speciale, ført til at mental svækkelse ikke længere ses som en nødvendig del af aldringsprocessen. Men det har også ført til væsentlige omsorgsmæssige problemer. Historien viser, at sindssygeanstalterne langt fra var egnede til demente, og at psykiatrisk indlæggelse, medicin og behandling sjældent hjælper demente (ibid., s.96). Derudover har der i den psykiatriske forståelse af demens været fokus på, at det senildemente eller demente menneske "forsvandt", at personligheden ophørte. Swane benævner dette fænomen 'dehumanisering' af den demente (ibid., s.96), som bl.a. har ført til en forståelse af demens som en sygdom, der primært rammer familien, for når personen ikke længere er der eller eksisterer, er det heller ikke personen, men personens omgivelser der lider.

### **Den personorienterede tilgang til demens som sammensat biologisk, psykologisk og socialt fænomen: fra slutningen af 1900-tallet og frem**

En af Swanes tidlige publikationer fra 1991 omhandler de første forsøg på i kommunalt regi at oprette skærmede enheder for de demente, der før var blevet anbragt under psykiatrisk behandling. Disse forsøg viser bl.a. et stærkt fald i den type adfærd, som har karakteriseret den psykiatriske diagnose, udadreagerende, aggressiv og grænseoverskridende adfærd. Disse tidlige forsøg viser, at man ved det, der dengang blev benævnt miljøarbejde, kunne opnå stærk reduktion eller endda fuldstændigt ophør med brug af antipsykotisk medicin (Swane 1991). Denne udvikling blev især båret frem af Kitwood's personorienterede tilgang til demens:

*Demens bliver ofte præsenteret som en alvorlig tilstand, et forfærdeligt og fremadskridende tab. Det er let at karakterisere det som en tilstand af kontinuerlig og stadig forværret sygdom. Dette kan næppe betvivles, hvis opmærksomheden er fokuseret på højt udviklede kognitive evner og udelukkelse af andre menneskelige evner. Der er dog begyndende tegn på evidens, der peger i mere håbefulde retninger. (...) det første kommer direkte fra plejesammenhæng. Det er, at nogle personer, der havde fået en alvorlig forringelse af alle deres funktioner, herunder nogle, der var blevet afskrevet som håbløst demente, viser tydelige omslag eller 'rementia' [genvinder færdigheder], når deres livsbetingelser, især deres sociale forhold, ændres. De positive ændringer, der er mest bemærkelsesværdige, er inden for social kompetence, uafhængighed og selvbeherskelse. Når*

*personen genfinder sig som socialt væsen, bliver sindsstemningen (i nogle af dens aspekter) genoprettet. (Kitwood & Bredin 1992, cit i Swane, 1996, s.131). (Egen oversættelse).*

Sådanne erfaringer fra plejen i nye institutionelle rammer åbner for en mere sammensat forståelse af demens. Særligt Kitwoods demensligning har været med til at bane vejen for en forståelse af demens som et fænomen, der er sammensat af biologiske, psykologiske og sociale forhold (i Swane 1996, Ottesen 2006).

Kitwoods demensligning:

$$D = P + B + H + N + S$$

*D = Demenssygdommen/demensbilledet.*

*P = Personligheden; dvs. et sæt af bredt generaliserede dispositioner for at handle på bestemte måder. Personlighed betragtes her som individets lager af tillærte ressourcer for handling. Ifølge Kitwood er den psykologiske tilgang endvidere, at enhver person er en betydnings-skaber og en grundlæggende kilde til handling.*

*B = Biografi; dvs. personens livshistorie, livserfaringer og konsekvenserne af ændrede livsbetingelser.*

*H: Helbred; dvs. hvordan er personens helbredsmæssige situation.*

*N = Neuropatologi; dvs. de ændringer der er sket i personens hjerneceller.*

*S = Social psykologi; dvs. betingelser i personens omgivelser, de sociale og interpersonelle faktorer; f.eks. samspil med familien og fagpersoner. (Ottesen 2006, s.33).*

Kitwood beskriver de første tre faktorer som allerede givne og de to sidste som nøglevariable. Den ganske særlige betydning, Kitwood tillægger omgivelserne, eller socialpsykologien, for demensbilledet, kan ses i flg. citat:

*Kontakt med demens eller andre former for alvorlig kognitiv svækkelse kan – ja faktisk burde – få os til at ændre vores normale mønster af fortravlethed, overdreven læggen vægt på erkendelsesevnerne samt ekstrem snakkesalighed, til en måde at være på, hvori følelser og indlevelse tildeles langt mere plads. Folk som er demente, og for hvem følelseslivet ofte er intenst og uden de sædvanlige former for hæmninger, kan have noget vigtigt at lære menneskeheden. De beder os så at sige om at hele den oplevelseskløft, som vores vestlige kultur har fostret, og opfordrer os til at vende tilbage til aspekter af vores tilværelse, der er så meget ældre i evolutionær forstand: mere i samklang med kroppen og*

*dens funktioner, tættere på det instinktive liv. (Kitwood cit i Ottesen 2014, s.33).*

*Den nuværende dominerende model:*

Interviewene i alle deltagende kommuner viser tydeligt, at Kitwoods personorienterede tilgang er mainstream i dag, alle orienterer sig imod. Dette kommer for eksempel også til udtryk i Lyngby-Taarbæk Kommunes handleplan for demensområdet, 2015-2018:

*Den personcentrerede omsorgsmodel*

”Personorienteret pleje og omsorg styrkes og videreudvikles i den fremtidige demensindsats.

Personcentreret pleje og omsorg indebærer, at det er mennesket med demens, mere end demenssygdommen, der sættes i centrum, og at plejen tager udgangspunkt i personens egen oplevelse af virkeligheden.

Personcentreret pleje og omsorg sigter mod at forstå adfærd og eventuelle symptomer ud fra personens perspektiv og dermed gøre pleje og plejemiljø personligt og individuelt.

Plejen og omsorgen er blandt andet baseret på viden om personens livshistorie, vaner, værdier, behov, ønsker og præferencer.”

### **Historiske forståelser som lagdelt *pentimento***

Når man laver en historisk gennemgang af måder at forstå og håndtere demens på, kan der tegne sig et lidt forenklet billede af, at én ide eller ét paradigme afløser et andet. Men mange har påpeget, at tidligere tiders forestillinger ofte skinner igennem i de senere, f.eks. er det antikke og det psykiatriske billede stadig udbredt i nutiden – lige som *pentimento*-malerier, hvor kunstneren maler hen over tidligere udgaver af sit maleri, uden at de tidligere udgaver forsvinder af den grund.

For eksempel kan man forestille sig, at man som medarbejder eller institution falder tilbage på tvang, opbevaring eller medicinering, som kendetegner tidligere tiders forståelser af demens, når man ikke kan få den personcentrerede omsorg til at fungere. Man kan også mere positivt forestille sig, at de forskellige paradigmer og tilgange kan underbygge og understøtte hinanden.

### **Demens har mange udtryksformer**

Kompleksiteten i demensomsorgen skyldes ikke kun de forskellige paradigmer og tilgange, men især at demens har mange ansigter. En af de interviewede demenskoordinatorer med mange års erfaring fortalte, at hun i sine mange års arbejde endnu ikke havde mødt to helt ens udtryk for demens.

Det Nationale Videnscenter for Demens beskriver i et fakta-ark om demens<sup>1</sup> mangfoldigheden af demenssygdomme på følgende måde:

---

<sup>1</sup>[http://www.videnscenterfordemens.dk/media/1268890/1\\_fakta-ark\\_hvad-er-demens\\_ny.pdf](http://www.videnscenterfordemens.dk/media/1268890/1_fakta-ark_hvad-er-demens_ny.pdf)

”Demens er betegnelsen på den tilstand, man kommer i, når de mentale færdigheder bliver svækket af sygdom. Den hyppigste årsag til demens er Alzheimers sygdom, som mindst halvdelen af alle mennesker med demens lider af. Der er dog mere end 200 forskellige sygdomme, som kan medføre demens. Foruden Alzheimers sygdom er vaskulær/kredsløbsbetinget demens en hyppig årsag, mens fx Lewy body demens, demens ved Parkinsons sygdom og frontotemporal demens er mindre hyppige.

De fleste personer med demens får hukommelsesbesvær, men også andre mentale færdigheder rammes. Det kan være:

- Initiativ og handlekraft
- Evnen til at finde ord og benævne ting
- Evnen til at finde vej (stedsans)
- Regnefærdighed
- Overblik og problemløsning
- Evnen til at huske personnavne

Også samværet med andre kan blive anderledes med en demenssygdom. De sociale kompetencer og følelseslivet kan ændre sig, og personligheden kan blive påvirket. Det betyder, at personer med demens kan få sværrere ved at overskue samspillet med andre, og de kan miste evnen til at leve sig ind i andres tanker. Ofte forringes situationsforneemmelsen også”.

Det er denne definition, som vi holder os til i denne rapport.

## **Den Nationale Demenshandlingsplan 2025**

Der har i de seneste år været et væld af tiltag på demensområdet, som på forskellige vis har haft til hensigt at højne kvaliteten i demensindsatsen i Danmark. Det gælder alt fra tidlig opsporing, diagnostik, medicinsk behandling, databaser, kortlægninger, kliniske retningslinjer, metoder i pleje og omsorg, til særlige grupper (yngre demente, etniske minoriteter og handicappede med demens), tværfagligt samarbejde, indsatser målrettet pårørende og effektmålinger (se bl.a. Kjellberg et al 2013, Pejtersen og Dyrvig 2014, Socialstyrelsen 2012 og 2015, Sundheds- og ældreministeriet 2016, og Sundhedsstyrelsen 2013).

Interviewundersøgelsen viser, at det aktuelt er den nationale demenshandlingsplan, kommunerne er mest optaget af.

### **Indhold**

Den nationale demenshandlingsplan 2025 bygger videre på en lang række af de tiltag, der blev igangsat med den nationale demenshandlingsplan fra 2010. Aftalen prioriterer 470 mio. kr. til konkrete initiativer under følgende fem fokusområder:

1. Tidlig opsporing og kvalitet i udredning og behandling
2. Bedre kvalitet i pleje, omsorg og rehabilitering
3. Støtte og rådgivning til pårørende til mennesker med demens
4. Demensvenlige samfund og boliger
5. Øget videns- og kompetenceniveau

I demenshandlingsplanen nævnes tre mål, der skal være med til give demensområdet et markant løft og bidrage til at mindske geografisk ulighed:

1. Danmark skal have 98 demensvenlige kommuner
2. Flere mennesker med demens skal udredes og 80 pct. skal have en specifik diagnose
3. En forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens med 50 pct. frem mod år 2025

*Personorienteret demensomsorg*

Derudover levnes de værdier, der skal guide arbejdet med demens i hele landet, forholdsvis stor plads i den indgåede aftale. Indsatser og tilgange skal bygge på følgende værdier: Værdighed, tryghed, indflydelse på eget liv, respekt for forskellighed og det levede liv, en individuel, helhedsorienteret tilgang i behandling, pleje og omsorg med udgangspunkt i mennesket bag sygdommen, meningsfulde aktiviteter og gode oplevelser i hverdagen.

Værdigrundlaget for demensindsatsen kan dermed især henregnes til den personorienterede demensomsorg, som det fundament, kvalitetstiltag skal bygge på, ligesom det langsigtede mål omkring en nedbringelse af forbruget af antipsykotisk medicin kan læses på samme måde.

*Puljen til kompetenceløft*

I april 2017 blev puljen til 'Kompetenceløft hos personer, der arbejder med mennesker med demens' offentliggjort – med fokus på følgende to ting:

- Praksisnær læring på alle niveauer i pleje- og behandlingsindsatsen, herunder læring på arbejdspladsen, sidemandsoplæring, supervision med videre
- Formel kompetencegivende efter- og videreuddannelse, som for eksempel akademi- og diplomuddannelser

## Spejl og igangsætter

Demenshandlingsplanen har som nævnt stor bevågenhed i kommunerne. Ikke mindst demenskoordinatorerne, der har en central placering i kommunernes udvikling på demensområdet, forholder sig alle til handlingsplanen.

De måder, kommunerne 'læser' demenshandlingsplanen på, er dog ganske forskellige, ikke mindst afhængigt af hvor bevidst man hidtil har arbejdet med den personorienterede tilgang til demens.

## Handlingsplanen som spejl

*Er vi på rette vej?*

I de kommuner, hvor man i mange år har arbejdet meget bevidst med udviklingen af demensomsorg i en personorienteret retning, bliver demenshandlingsplanen læst som en slags spejl, der viser, at man er på rette vej. Langt mere end som anledning til at gøre noget specifikt nyt, fordi politikerne på landsplan har formuleret retningslinjer for, hvad en hensigtsmæssig demensomsorg er i dagens Danmark.

*'Huskeliste' til lokal demenspolitik*

*"Når vi nu laver lokalpolitik i form af strategi, så siger vi: 'Hvad har vi af nationale retningslinjer, vi også skal have med?' Vi vil gerne arbejde med et mindset. Og det er at understrege igen: borgeren i centrum. Er der så nogle nationale standarder som et perspektiv hen over? Så når vi er færdige, kan vi sige .. okay der mangler vi måske nok lige lidt. Vi bliver nok nødt til lige at tage denne her med. Men vi bruger det mere som et spejl og perspektiv hen over den praksis, der er her." (Forvaltningschef)*

En af de interviewede demenskoordinatorer tilskriver først og fremmest demenshandlingsplanen den betydning, at man på den måde centralt fra highlighter demens. Og at man på den måde vil prøve at kvalificere at gøre det bedste. At der er en bevidsthed om, at dette her er det, der skal til. Politisk set er det det, man vil i Danmark med demensområdet.

Og hun bruger ligeledes handlingsplanen som spejl for egen indsats:

*"De temaer, som bliver bragt på bane i den demens handlingsplan, er de temaer, som jo bare bekræfter mig i, at vi er på rette vej." (Demenskoordinator)*

*"Nu har vi linket til de der fem punkter. Vi er meget godt med. Vi er lidt bagud ift yngre med demens – så det arbejder vi videre med. Men ellers er vi rimeligt med. På den måde læner vi os op ad det og prøver også at lægge indsatsområderne op ad den nationale handlingsplan. Så tingene ligesom kan følges – så ja, handlingsplanen betyder noget." (Demenskoordinator)*

*"Alle – lige fra os på gulvet til politikerne – kan klappe sig selv på skuldrene over alle de ting, som står i vores*

*kommunale handlingsplan. Mange af dem kommet med i den nationale handlingsplan. Og det gør da heller ikke ondt, at der er nogle puljer at søge til nogle af de ting, man gerne vil. Og der bliver søgt rub og stub.” (Demenskoordinator)*

Det vil sige, at kommunen søger puljer inden for alle de ovenfor nævnte 5 fokusområder: Tidlig opsporing og kvalitet i udredning og behandling, bedre kvalitet i pleje, omsorg og rehabilitering, støtte og rådgivning til pårørende til mennesker med demens, demensvenlige samfund og boliger, samt øget videns- og kompetenceniveau.

*Ruster op til at komme i gang*

### **Handlingsplanen som igangsætter**

I de to landkommuner i Vestdanmark, der indgår i undersøgelsen, er meldingen klar: Demenshandlingsplanen er anledningen til at sætte mere fokus på demens, end man tidligere har haft.

I den ene kommune fortalte demenskoordinatoren, at de som forholdsvis lille kommune med meget begrænsede ressourcer indtil nu ikke havde gjort ret meget på demensområdet. Men efter at demenshandlingsplanen var kommet, var det blevet politisk besluttet, at der nu skulle gøres noget ved det. De ville ikke stå udenfor, når demenshandlingsplanen nu havde som mål, at der skulle være 98 demensvenlige kommuner i Danmark.

Og de ville blandt andet søge midler til kompetenceudvikling for at styrke området.

*Lokal arbejdsgruppe opdaterer egen handlingsplan*

I den anden landkommune i Vestdanmark bliver demenshandlingsplanen bestemt også betragtet som igangsætter. Demenskoordinatoren formulerer det på denne måde:

*”Den betyder noget i allerhøjeste grad. Vi er en gruppe på 7 (ældrechefen, plejehjemsledere, sygeplejersker, demenskoordinator), der bruger 5 x 2 timer for at drøfte handlingsplanen. Det gør vi for at opdatere kommunens demensindsats for at honorere handlingsplanen.*

*Det er ikke så meget på grund af puljerne i handlingsplanen. Målet er at udarbejde forslag til tiltag, som vi kan fremlægge for politikerne. Handlingsplanen hjælper med at afgøre, hvad vi skal have fokus på. Nok ikke alle ønsker vil gå igennem. Men politikerne er ved at få øjnene på demens, med al den opmærksomhed, demens får for tiden. Det er dejligt.” (Demenskoordinator)*

### **Holder indsatserne ud over puljernes levetid?**

Alle interviewede kommuner – og formentlig alle kommuner i det hele taget – søger midler i en eller flere af de udmeldte puljer.

*Ambivalent holdning til puljemidler..*

Holdningen til puljemidler er ambivalent blandt de interviewede demenskoordinatorer:



*..men selvfølgelig søges om ekstra midler*

På den ene side hilses de ekstra bevillinger velkommen. De forventes at blive brugt til særlige indsatser, blandt andet i forhold til kompetenceudvikling af plejepersonalet. Og anses på denne måde som et særdeles positivt bidrag til det ressourcemæssigt så pressede område.

Og søgeprocessen efter puljemidler kan også være med til at skærpe interne drøftelser af, hvor der specielt er brug for at sætte ind med ekstra midler.

På den anden side er der også en vis skepsis i forhold til, at en national instans skal bedømme ansøgninger til projekter, som man i kommunen skal bruge masser af tid på at formulere puljekonformt.

*"Man bruger rigtig mange ressourcer på at lave ansøgninger. Og man bruger rigtig mange ressourcer på at dokumentere og evaluere. På den måde bliver der hevet rigtig mange ressourcer fra de varme hænder ud til dokumentation ift hvis man bare havde de her penge, så man kunne få det til at køre i driften. Det irriterer mig."*  
(Demenskoordinator)

*Hvad sker der efter projektperioden?*

Skepsissen skyldes til dels også tidligere erfaringer med projektbevillinger fra tidligere puljer: Mens projekterne kører, er det enormt godt og de kan fremme den personorienterede demensomsorg på en styrket måde. Men de ekstra midler, ikke mindst i form af tid, som er knyttet til projektperioden, er der jo ikke mere, når projektet er afsluttet. Og dermed lider mange gode projekterfaringer en stille død.

*Ideelt når puljen understøtter egne planer*

Ikke mindst i de kommuner, der er langt fremme i skoen angående personorienteret demensomsorg, ville de langt foretrække, at demenshandlingsplanens midler blev direkte uddelt til kommunerne – På denne måde ville udviklingen i de enkelte kommuner fremmes mere kontinuerligt i forhold til aktuelle måder at gribe tingene an på.

*"Når vi søger, så skal det være noget, der understøtter den strategi, vi har. Vi skal ikke bare søge, fordi nu synes vi, det var sjovt. Og når vi søger, så skal vi også sige: hvis det er en pulje, der udløber, så skal vi allerede have en plan for, hvordan vi kan implementere det."*  
(Forvaltningschef)

## Arbejdet med demens - 3 forskellige områder

*Forskellige opgaver i  
hjemmeplejen, plejehjem  
og demensafsnit*

Det er nogle meget forskelligartede opgaver, der påhviler pleje- og omsorgspersonale i de forskellige faser af "den institutionelle aldringsproces" (Grøn og Andersen 2012, Grøn og Olesen 2017): hjemmeplejen, plejecentre og særlige demensafsnit. Udover behovet for generel viden om demenssygdomme, relationelle og kommunikative kompetencer og juridiske forhold, er det væsentligt at være opmærksom på, hvilke særlige problemstillinger der gør sig gældende for arbejdet med demens i de forskellige settings – og i overgangen mellem dem. Dels ændrer det relationelle og kommunikative arbejde sig i takt med sygdommens udvikling, og dels er der specifikke opgaver, der hører til i de forskellige settings.

### Hjemmepleje

*Tidlig opsporing*

I hjemmeplejen er det en særlig opgave at medvirke til den tidlige opsporing af demens, der er et kernepunkt i den nationale demenshandlingsplan 2025. Selvom den egentlige diagnosticering foretages af fagprofessionelle med særlige kompetencer, er det ofte det personale, der kommer dagligt i hjemmet, der først kan spotte tegnene på demens. Opgaven med at skelne demens fra andre svækkelses- eller alderdomstegn er en vanskelig opgave, ligesom det er udfordrende at kommunikere om demens, både med den der måske er ved at udvikle den og dennes familie.

### 'Almindelige' plejecentre

*Heterogen beboer-  
sammensætning*

I plejecentrene er der ofte en meget heterogen sammensætning af beboere. Borgere med en demenssygdom er her sammen med andre svækkede ældre. Plejepersonalet møder derfor et meget stort spektrum af udfordringer. Det kan indebære, at der mangler ressourcer til at tage sig af de demente på den måde, som metoderne foreskriver. Normeringerne her er ifølge interview med ledelser og demenskoordinatorer ofte dårligere end i de særlige demensafsnit.

I den ene af de besøgte kommuner er de 'almindelige' plejecentre dog erstattet af et tilbud, der hedder plejebolig med hjemmehjælp. Disse plejeboliger er forbeholdt borgere uden demens.

### Særlige demensplejecentre

*Specialiseret på demens*

I de særlige demensafsnit bor udelukkende borgere med demens – med alle de mangfoldige udtryksformer, demens kan antage. Normeringen vil typisk være indrettet på, at der er tale om svært demente, der kræver en særlig opmærksomhed.

Til de specifikke demensafsnit er der også ofte tilknyttet et afsnit med dagtilbud. Typisk for hjemmeboende borgere, der kan komme en eller flere dage om ugen på besøg – ofte som aflastningstilbud for den pårørende eller som et tilbud om at kunne deltage i aktiviteter målrettet borgere med demens. Eller som en måde at blive fortrolig med omgivelserne på et demensafsnit, borgen senere i demensforløbet formentlig kommer til at flytte til.

### **Særlige ressourcepersoner i enhederne**

Tilknyttet de forskellige enheder er der særlige ressourcepersoner. De kan hedde lidt forskelligt fra kommune til kommune. Eksempelvis 'granskere'.

*Ekstra ressource tæt på i dagligdagen*

Disse ressourcepersoner kan være sygeplejersker, der har gennemført den nævnte uddannelse til demenskoordinator.

Eller social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, der eksempelvis har gennemgået 'Faglig fordybelse i demens' eller lignende forløb i AMU-regi eller anden form for målrettet efteruddannelse. De indgår på lige fod i arbejdet med deres kolleger i hjemmeplejen, plejeboligerne og demensafsnit og står til rådighed, når en kollega har brug for et godt råd her og nu.

### **Demensteam**

*Samlet ekspertise*

Selve den daglige pleje og omsorg foregår et af de ovenfor nævnte steder: hjemmeplejen, 'almindelige' plejecentre eller særlige demensafsnit.

Derudover har alle kommuner et demensteam, bestående af demenskoordinator(er) og demenskonsulenter, som dækker tværgående i hhv hjemmeplejen, plejecentre og deciderede demensafsnit. Ifølge de interviewede demenskoordinatorer kan der være lidt forskel, i hvad medarbejderne i demensteamet – eller selve demensteamet – hedder.

*"Det er lidt den samme måde, man kører tingene på. Der er lidt forskel på, hvad vi hedder. Men de fleste har en form for et lille team eller nogle få personer, som kan rigtigt meget."* (Demenskoordinator)

### **Demenskoordinator**

*Udvikling og vejledning af pårørende og personale*

Der er dog ganske store forskelle i, hvordan demenskoordinatorens rolle defineres. Spektret dækker fra at have en decideret ledelsesfunktion som funktionsleder i den ene kommune til at være koordinator for arbejdet med borgere med demens i hjemmeplejen i en bydel.

Fælles for demenskoordinatorerne er uanset placering i kommunens organisation, at de har en rolle i forhold til:

- Udviklingsopgaver

- Vejledning og undervisning af plejepersonalet og pårørende
- Visitationsopgaver
- Besøg hos borgere i forbindelse med koordination af komplekse forløb
- Nøgleperson i forhold til social- og sundhedsassistenter og -hjælperes kompetenceudvikling

*Typisk baggrund:  
Sygeplejerske med diplom i demens*

Demenskoordinatorerne er typisk sygeplejersker, der har gennemført uddannelsen til demenskoordinator, som er en specialeretning på den Sociale Diplomuuddannelse.

Gennemførelsen af de tre moduler om demens fra den Sociale Diplomuuddannelse kvalificerer til optag i demenskoordinatorforeningen.

*Ergoterapeuter, pædagoger, sygeplejersker m.fl.*

### **Demenskonsulenter**

I demensteamet er der ud over demenskoordinatoren demenskonsulenter. De har typisk også en social- og sundhedsfaglig baggrund som sygeplejerske, ergoterapeut, pædagog m.m.

Bortset fra ledelsesopgaver varetager de de samme typer opgaver som demenskoordinatorerne.

## Jobfunktioner i arbejdet med borgere med demens

I dette kapitel beskriver vi centrale jobfunktioner for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i deres arbejde med borgere med demens.

Vi lægger ud med to korte billeder i ord om vores besøg på et særligt demensafsnit og et 'almindeligt' plejehjem.

### Visit på et særligt demensafsnit

Lederen viser os rundt. Hun fortæller, at de er glade for, at man kan gå hele vejen rundt, så de, der går og går, ikke behøver at blive stoppet. På vejen ud studerer vi et kort, der hænger på en opslagstavle i gangen mellem personale og lederkontor. Kortet har et billede af hver beboer og ud for hver står der kodeord for det, der har særlig betydning for den enkelte beboer. Kortet vidner om den tilgang, de har, hvor de på møder mandag og torsdag morgen aftaler, hvordan de alle skal gå til de enkelte beboere. En aftalt strategi skal løbende laves om, når beboeren rykker sig i en ny retning, ofte i form af forværring. Og strategierne, der aftales, tager udgangspunkt i de hændelser, der fungerer eller ikke fungerer i hverdagens omgang med beboeren.

Da vi kommer ud på gangen kommer en beboer gående med en ansat. Det er en 24-7 fortæller lederen, dvs en der har en professionel med sig døgnets 24 timer. Og undervejs støder vi flere gange ind i beboere, der bare går rundt og rundt. Lederen tager os med hen ad gangen og ud i haven. Det er begyndende forår og hun fortæller, at en af de mandlige beboere har til opgave at holde haven. For det er en af de handlinger, han kan. På vej ind igen støder vi ind i to social- og sundhedsassistenter, den ene af dem så vi også, lige da vi gik ud. Der stod hun og røg en cigaret sammen med en anden. Hun skynder sig at fortælle lederen, at det ikke bare var en cigaretpause, men en snak om en vanskelig situation, den yngre medarbejder lige havde været i.

På vej ned til køkkenområdet ser vi beboere og medarbejdere, der er i fuld gang med at gøre klar til frokost. En kvinde står også og stryger. Man kan se, at beboerne er meget involveret i aktiviteter her, at de indgår i arbejdsrutinerne.

Vi ser også en stue, som ligner typiske institutionslejligheder med hæve-/sænkeseng, skydedør til badeværelset og et forsøg på at gøre det hjemligt med billeder og lign.

### Visit på et 'almindeligt' plejehjem

Lederen viser os rundt. Her er gangene ret tomme, og det er meget stille. Det kan skyldes mange ting, men nok især at vi nu har ramt middagsstunden, hvor de fleste beboere sover.

Vi møder nogle enkelte, der sidder på bænke på gangen. Lederen siger nogle venlige og personlige ord til dem, uden dog at få respons.

Lederen fortæller begejstret om de udsmykninger, de har på væggene: lokale billeder fra tidligere tider, som er blæst op og fylder væggene. De er også virkelig flotte. Hun fortæller også om et besøg, de har haft fra demensrejseholdet, som gav dem input ift de fysiske rammer.

Efterfølgende taler vi både med lederen og med en social- og sundhedshjælper. Der er en klar forskel fra besøget på demensafsnittet. Også her er der kærlighed til arbejdet. Men også mærkbart mindre viden og erfaring, færre ressourcer og en kompleks beboergruppe, der både består af demente, andre former for kognitivt svækkede og somatisk svækkede.

Før de centrale arbejdsfunktioner beskrives, følger nedenfor to afsnit om arbejdsdeling – først assistenter og hjælpere indbyrdes, dernæst mellem assistenter og hjælpere og demensteamet.

### **Arbejdsdelingen mellem assistenter og hjælpere**

Social- og sundhedsassistenter arbejder både i hjemmeplejen, plejecentre og de særlige demensafsnit. Ifølge interviewene er der flest hjælpere i hjemmeplejen. Andelen af assistenter er større i plejecentrene og demensafsnit.

De laver langt hen ad vejen det samme, men der er nogle opgaver, som kun assistenterne må varetage: fx

*Assistenternes særlige opgaver*

- Dosere medicin
- Lægge kateter
- Give sondemad
- Give insulin
- Kontakte lægen
- Visse typer sårbehandling

Hjælperne varetager fortrinsvis basal pleje, aktivering, madtilberedning, hjælp ved spisning o.l.

For begge faggrupper foregår langt størstedelen af arbejdet i en relation med borgeren og pårørende, og derfor skal også den basale pleje foregå med en ballast af viden om demens.

*”Hjælperne skal også være meget klædt på til demens. Demente har jo rigtig mange ting, der er svært for dem. Der er demente, du ikke kan gå ind til om morgenen og få dem op. Så skal du have en viden om, hvad du kan gøre. Der er jo også den frontallap-demente, som er rigtig grim i sproget og siger ’dumme kælling skrid’. Så det skal man også have en viden om.” (Forstander)*

*Flere assistenter fremover..*

I nogle af de besøgte kommuner foregår overvejelser om fremover primært at satse på assistenter på plejecentre og demensafsnit, og på at der fremover også bliver rekrutteret flere assistenter til hjemmeplejen.

*..på grund af assistenternes uddannelse?*

De interviewede ledere og demenskoordinatorer er alle enige om, at assistenterne har en større baggrundsviden end hjælperne, men at de alle har brug for en basisintroduktion til demens, når de begynder med at arbejde på demensområdet, og at de løbende skal udvikle deres kompetencer. De understreger dog også alle, at mange hjælpere gør et glimrende stykke arbejde, og at erfaring og personlighed betyder meget.

### **Arbejdsdelingen mellem demensteam og social- og sundhedsassistenter og -hjelpe**

*Demensteamet tager sig af de afgørende samtaler..*

Det er social- og sundhedsassistenter og -hjelpe, der tager sig af det daglige pleje- og omsorgsarbejde og den spontane kontakt med pårørende, såvel i hjemmeplejen

som på almindelige plejecentre og de særlige demens-  
afsnit.

I situationer, hvor der skal træffes beslutninger om afgørende ændringer så som flytning fra eget hjem til plejecenter, kommer til gengæld demensteamet på banen.

*"Demenskonsulenterne fra demensteamet er nogle gange med som tovholdere i forløbene ude i hjemmeplejen. Det kan både være hjemmehjælpen, demenssygeplejersken og demenskonsulenten, der er med til at tage vurderingen af, hvad skal der til nu, hvad kan man gøre der, hvor borgeren er nu. Hvornår er det, at borgeren skal i daghjem. Hvornår skal borgeren flytte og hvorhen. Er det en almindelig plejebolig eller er det en demensplejebolig. Hvad er prioriteringen, hvad er de faglige overvejelser. Den sparring, som demenskonsulenterne laver i forløbene, er med til at kvalificere, hvor det er, borgeren får et tilbud."* (Demenskoordinator)

*..og kurser for pårørende*

Det er også typisk demensteamet, der står for de kurser og længerevarende dialoger med pårørende, som gennemføres i kommunerne – og som social- og sundhedsassistenter og -hjælpere ikke har tid til i deres daglige kontakt med pårørende.

### **Jobfunktioner for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere**

Som det er beskrevet i det foregående kapitel, findes der tre områder, hvor social- og sundhedsassistenter og hjælpere møder borgere med demens: Hjemmeplejen, plejecentre og særlige demensafsnit.

Nedenfor beskrives de jobfunktioner, som både hjælpere og assistenter udfører.

Der er fokus på de opgaver, som har særlig relevans i arbejdet med borgere med en demenssygdom.

#### **Observation – tidlig opsporing**

*Observation integreret i kontakten med borgeren*

Observation af forandringer i borgerens handlemåder er en central funktion i alle tre settings. Observation er integreret i andre dele af samværet med borgeren med demens, så som morgentoilette, måltider og aktiviteter.

Observation handler ifølge interviewene med både ledere, demenskoordinatorer og social- og sundhedsassistenter og -hjælpere om at undre sig:

*"At kunne observere og kunne undre sig over, at for eksempel nu er der ingenting i køleskabet eller nu er alle de forkerte ting i køleskabet"* (Demenskoordinator)

*Erkende væsentlige forandringer*

I hjemmeplejen handler det om tidlig opsporing af symptomer på demens, men også i senere stadier af forløbet er det vigtigt, at væsentlige forandringer bemærkes og dokumenteres så tidligt som muligt.

Observationerne gøres ikke for observationernes skyld. De skal bruges, når handleplaner for den enkelte borger skal justeres. De skal bruges til at videreformidle betydende ændringer til kolleger på de efterfølgende vagter. Og de skal bruges, hvis der er behov for anderledes ageren fra plejepersonalets side, ikke mindst når der er brug for rådslagning med stedets sygeplejerske og/eller leder:

*"Når vi observerer noget udover det sædvanlige, så skal sygeplejersken have det at vide"* (Social- og sundhedshjælper)

*Videregive vigtige observationer*

### **Rapport og planlægning**

På plejehjemmene og de særlige demensafsnit begynder dagen med et morgenmøde, hvor personalet læser adviser igennem fra aftenen eller dagen før. Der er en runde om de forskellige beboere, om der har været noget ud over det sædvanlige, om der er brug for at lave om på handleplanen, om hvem der skal til lægesamtale, tandlæge eller frisør med en borger, mv.

*Basal pleje fylder en stor del af arbejdsdagen*

### **Basal pleje**

En stor del af arbejdsdagen går med basal pleje: hjælp til at komme op om morgenen, hjælp med personlig hygiejne, hjælp ved spisning, oprydning, osv. Altid i forhold til hvad den enkelte borger selv magter den pågældende dag. I og med at den basale pleje fylder meget, er det også især i forbindelse med den basale pleje, at den ovennævnte observation foregår. I nedenstående boks fortæller en social- og sundhedshjælper, hvordan en formiddag med basal pleje kan tage sig ud:

Jeg går ind til min første beboer og serverer morgenmad for ham. Han kan godt spise selv, selv om han er halvsidet lammet og sidder i sengen. Så der serverer jeg en morgenbakke for ham. Tænder hans fjernsyn. Sørger for at han sidder godt og kan få alle sine piller ind i munden, uden at tabe dem i sengen. Så fortæller jeg ham, hvornår jeg kommer tilbage, sådan cirka. Han bliver altid utålmodig. Og så fortæller jeg ham nogle gange, hvad jeg skal, så han ved, hvad jeg skal. For der er nogle, der ikke kan spise selv og nogle kan ikke vaske sig selv. Og dem skal jeg jo lige hjælpe først.

Så går jeg så ind til den næste beboer, som jeg skal hjælpe med alt. Her til morgen kunne han faktisk ikke selv stå på benene. Til sidst fik jeg ham så ud og sidde på en badebænk. Men han plejer at kunne gå selv uden at holde i mig ned i spisestuen. Det kunne han i forgårs. Det kunne han altså ikke i dag, da måtte jeg tage en kørestol og køre ham. Og han skal rent ud sagt mades. Han kan ikke selv løfte armen op til munden. Det er en langsommelig proces.

Det er simpelthen hans Alzheimers sygdom, der gør det. Plus at han har haft en masse små blodpropper i hjernen, som har gjort ham så dårlig. Men det er så den samme person, som jeg spiller bold med og synger med. Og selv til morgen, hvor han var fuldstændig skæv og ikke kunne stå på benene – så sang vi: jeg vil male dagen gul. Jeg kan ikke al teksten og det kan han heller ikke, men så nynner vi det, vi mangler teksten for. Så det kunne han, selv om han var så dårlig.

Men efter at have hjulpet denne her beboer, så går jeg tilbage til ham, jeg har givet morgenmad, og så tager jeg ham i bad og det er med hængelift og stålift til de mange forskellige ting, jeg gør derinde. Han skal have skyllet sit topkateter og han skal have suppositorier for at komme på toilettet og alle sådanne nogle ting. Men jeg har en god



rutine derinde og han sætter pris på, at der er en god rutine. Det kører rutinepræget, men med nærvær.

Så har jeg en tredje beboer, som er meget hårdt ramt af sin Alzheimers sygdom. Og vi kan overhovedet ikke generelt få lov at hjælpe ham med noget som helst, når det handler om personlig hygiejne. Så nu er vi glade, hvis vi kan få ham til at vaske hænder og børste sine tænder.

*Alt fra erindringsdans til hjælp med havearbejde*

### **Aktiviteter og socialt samvær**

Basal pleje sker selvfølgelig også i relationen mellem borger og social- og sundhedsassistent eller -hjælper. Men der er aktiviteter, hvor det sociale samvær er tydeligere i fokus.

Spektret af aktiviteter, som interviewpersonerne nævnte, er stort: Gåture, Kortspil, Erindringsdans, Håndbold med blød bold, Bladre i familiealbummet, Synge sange, Havearbejde, Madlavning, Se fjernsyn, Høre musik eller bare Sidde og snakke mm. – altid afhængig af hvad den enkelte borger har mulighed for at være med til 'i nuet'.

*Forklare dilemmaer til pårørende*

### **Sampil med pårørende**

Hver dag møder social- og sundhedsassistenter og -hjælpere pårørende til borgere med demens. De er interesseret i at høre, hvordan det går med deres ægtefælle eller forælder.

De kan undres over, at deres kære ikke har rent tøj på. Og skal derfor få en reel og faglig forklaring på, hvorfor det ikke kunne lade sig gøre lige den dag.

*"De snakker med følelserne – og vi skal kunne møde dem som professionelle – derfor findes der heller ikke nogen 'vanskelige' pårørende. Vi skal ikke dømme, hvem der er vanskelig og hvem der ikke er."* (Daglig leder)

*I kontakt med pårørende hver dag..*

I samme ånd fortalte en af de interviewede social- og sundhedshjælpere, at hun ser det som en fornem opgave at have et godt forhold til de pårørende:

*"Jeg spørger meget tit, hvordan de har det. Om der er noget, de synes, der kunne være anderledes. Eller noget, de har bidt mærke i. Nogle gange kommer de også selv og spørger, om vi fx sørger for, at avisen kommer ind til beboeren hver dag. De spørger, om beboeren har nok tøj, og vi skal bare sige, hvis de mangler tøj. Nogle gange er de også bekymret for, om deres kære får nok frisk luft. Får de gjort gymnastik og får de oplevet noget."* (Social- og sundhedshjælper)

Den daglige kommunikation med pårørende er altså en vigtig, og integreret del af arbejdsdagen for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere.

Når der er brug for grundige og længerevarende samtaler om beboerens udvikling, når den pårørende eksempelvis bliver ved med at være utilfreds med situationen, er det dog den lokale sundhedsplejerske, lederen eller en fra demensteamet, der tager over.

*.. på deres hjemmebane*

Også i hjemmeplejen er der tit samtaler med for eksempel ægtefællen til borgeren med demens. Ifølge interviewene er der dog tale om en anderledes type kommunikation. For det første er den pårørende på sin hjemmebane og tit i stand til og villig til at hjælpe til. For det andet handler det i hvert fald i de tidlige stadier af ægtefællens demens om at tale sammen om, at det i det hele taget kan være tegn på demens, og at være parat til at ægtefællen kan have en tendens til at fornægte disse tegn. Senere kan kommunikationen ud over den daglige hjælp vedrøre den angst og dårlige samvittighed, der kan være forbundet med nødvendigheden af en flytning til et plejehjem eller demensafsnit.

*... og på deres udebane*

En af de interviewede social- og sundhedshjælpere, som tidligere har arbejdet i hjemmehjælpen og nu er på et 'almindeligt' plejehjem, har erfaring med, at der er stor forskel i arbejdet de to steder, både hvad angår pårørende kontakt og relationen med borgeren med demens:

*"Der er stor forskel på at køre ude og at være her. Derude har vi som regel mere hjælp af familien. Og de har nogle trygge rammer, som de kender. Når de bliver flyttet herind, så er det helt nye rammer, hele nye mennesker – og familien kommer kun en gang imellem. De føler sig svigtet herinde – af familien."* (Social- og sundhedshjælper)

### **Magic moments**

*Når det lykkes...*

Alle interviewede fortalte om situationer, hvor det bare lykkes i relationen med borgerne med demens at få dem til at føle sig veltilpas, afslappet og fri fra den sorg og frustration, som de ellers så tit er præget af.

I sin helt nye phd-afhandling kalder Iben Mundbjerg Gjødsbøl disse øjeblikke for 'magic moments'.<sup>2</sup>

Her følger nogle eksempler for den type 'magic moments', som social- og sundhedsassistenter og -hjælpere er med til at skabe med baggrund i deres kompetencer og empati.

*..med strikketøj*

*"Jeg var ovre på et af vores plejehjem, hvor vi har haft en meget urolig dame igennem et stykke tid og nu var de begyndt at finde ud af det. Og da jeg kom derover og så, så havde aftenvagten taget en masse af sit sytøj og strikketøj med og havde linet op sådan rundt omkring og det gjorde bare, at lige pludselig var der nogle ting, som hun kunne genkende. Og det var hyggeligt at sidde og*

---

<sup>2</sup> Gjødsbøl, Iben Mundbjerg. *Curators of (Re)cognition) – Caring for Dementia in the 21st Century Danish Welfare State. University of Copenhagen 2017*

røre. Og det er jo fantastisk, at vi har de der medarbejdere, som bare tænker: Nå, det finder jeg da ud af.” (Demenskoordinator)

...med håndbold

”Vi spiller også nogle gange bold inde på stuen med en blød bold. Så kaster vi den bare op ad væggen eller jeg står i åbningen til toilettet og så får han bolden. Han har været gammel håndboldspiller. Så siger jeg: du skyder bare og så laver jeg den der – armene op foran hovedet. Så griner han og jeg siger: du ved godt jeg er bange for bolden, men skyd alligevel. Han skyder også – ikke så meget mere; men han griner rigtig meget, når vi laver dette her. På den måde er det også en aktivitet.

...med gensyn med gamle venner

Eller hvis jeg nu fx skal ned i vaskeriet med noget vasketøj, så tager jeg ham nogle gange med, for bare det at komme ud af reservatet. Så sker der nogle gange det, når vi kommer derned, at han møder nogle, han kender fra dengang, han var på daghjemmet. Og en gensynsglæde, ikke – og det redder jo hele dagen på en eller anden måde. Det kan jeg jo ikke forstå på hans vegne, at det gør; men jeg kan jo se, hvor glad han bliver.” (Social- og sundhedshjælper)

### **Stjernestunder som værdi**

På et af de besøgte særlige demenscentre er noget af det første, man ser på opslagstavlen, tre styrende værdier for arbejdet. Den første handler om at være med til at skabe stjerneøjeblikke:

Se smilet i deres øjne

”Den største værdi ved vores socialpædagogiske tilgang er, at vi skaber øjeblikke af stjernestunder, hvor vi kan se smilet i øjnene og glæden boble. Det er nok for os at vide, at arbejdet med de socialpædagogiske metoder er den helt rigtige måde at arbejde med mennesker med demens på.”

### **Kompetencer og tid**

For at kunne varetage de ovenfor beskrevne jobfunktioner og for at kunne være med til at skabe stjernestunder skal social- og sundhedshjælpere og -assistenter være i besiddelse af en lang række kompetencer.

De kompetencemæssige udfordringer bliver beskrevet i det efterfølgende kapitel.

Men kompetencer alene gør det ikke. De interviewede social- og sundhedsassistenter og -hjælpere oplever tit, at tiden ikke slår til med hensyn til at kunne yde det meningsfulde, professionelle omsorgsarbejde for borgere med demens, som de så tydeligt ønsker at kunne. Og de giver også udtryk for, at de ville kunne være med til at skabe mange flere stjernestunder, hvis de havde mere tid med den enkelte borger.

Også demenskoordinatorer oplever, at tiden for assistenter og hjælpere kan være for knap:

*"Vi prøver jo også på forskellige måder at give borgerne nogle af de der oplevelser. Men der er jo nødt til at være hænder til at lave de der gode oplevelser." (Demenskoordinator)*

Dette gælder ikke mindst aften- og nattevagterne:

*"Personalet er i nogle dilemmaer, som jeg ikke synes, altid er rimelige. For det er jo ofte der, de pårørende også kommer på besøg og har en forventning om, at de har tid til at tale med dem. Og så er de måske 3 mennesker til 20 beboere, som skal have mad og på toilettet. .... Når man bor på plejehjem, så kan man ikke mange ting selv. Det kan godt være, at man selv kan gå på toilettet, men man skal have at vide, hvor toilettet er. Man skal måske også have at vide, hvordan man får bukserne ned." (Demenskoordinator)*

*Den vanskelige planlægning*

I hjemmeplejen er det rigtig svært at få planlægning af besøg til at harmonere med de varierende behov, borgere med demens har. Tiden opleves som den største udfordring:

*"Tidsfaktoren ift opgaveløsningen hos borgere med demens er jo aldrig ens. Nogle kommer ikke engang ind, så er det med brevsprækken, ikk. 'Jeg har spist, bare gå.'*

*Når jeg skal ind og give hende morgenmad. Så skal jeg måske først ind og hun skal genkende mig og have tillid. Så det kan ikke nytte noget, at det der morgenmad, som jeg får ti minutter til .. tænk hvis nu jeg skal bruge 1 time. Det ser man ikke. Og så skal de jo ind, og de kan jo ikke bare gå. Og så er de nødt til at bruge tiden der. Ja, så kan du godt se, hvordan resten af dagen ser ud, ikk." (Demenskoordinator)*

*Svært at sikre kontinuitet i kontakten*

Det er ifølge interviewene enormt vanskeligt i hjemmeplejen at sikre den kontinuerlige kontakt mellem borgeren med demens. Ikke mindst fordi planlægningen også skal optimere det samlede ressourceforbrug. Og da er det ifølge en af demenskoordinatorerne tit borgerens behov for kontinuitet og for hensigtsmæssig tid sammen men hjælperen eller assistenten, der kommer i klemme:

*"Den der tidsfaktor, som du ikke selv er herre over, er et kæmpestort problem. Fordi det næste besøg er måske et besøg, hvor borgeren skal liftes. Og det skal man være to til. Så står der en kollega ovenikøbet og venter på dig. Eller en der skal i daghjem, så kommer chaufføren." (Demenskoordinator)*

Kemien mellem borger og social- og sundhedsassistent eller -hjælper er vigtig.

*"Det er vigtigt, hvem man sætter på opgaven – men det er jo en ledelsesopgave. De skal være rustet til opgaven, og de skal kunne med pågældende borger, fx om det er en udadreagerende.*

*Så er der nogle kolleger, der er syge. Der skal afløserer til. Der er mange faktorer, der skal gå op for at det bliver et vellykket besøg – og det lykkes langtfra altid.*

*Og hvis det for eksempel ikke lykkes med bad som planlagt, så er man hurtigt allerede en halv time bagefter.”*  
(Demenskoordinator)

*Mange frivillige træder til*

Alle steder er frivillige med til at øge chancen for, at borgere med demens får nogle flere stjernestunder. Ældresagen, Demenskontakten, Alzheimerforeningen og kommunale ledsagerordninger organiserer for eksempel Demenscaféer og udflugter; demensaflastere hyggesnakker og går tur med borgere, der endnu bor i eget hjem, ledsager til private fester osv.

For social- og sundhedshjælpere er frivillige ifølge interviewene på den ene side en velkommen aflastning. På den anden side giver de også udtryk for, at de egentlig selv gerne ville lave flere aktiviteter sammen med 'deres' borgere, og ville på denne måde opleve større mening i arbejdet:

*”Vi har jo de frivillige, som kommer herover om eftermiddagen 2-3 gange om ugen. Om tirsdagen er der klippe-klistre dag. Så sidder vi og spiller eller finder på noget andet. Så kommer de og spiller banko med dem hver 14. dag. Vi som personale har ikke så mange aktiviteter. Det har vi ikke så meget tid til.”* (Social- og sundhedshjælper)

### **Et arbejdsmiljø præget af tillid**

*Opbakning fra ledere og kolleger er vigtig*

Det er forskningsmæssigt bevist mange gange, at medarbejdere bedst kan udfolde deres kompetencer og lære af hinanden, når de kan stole på hinanden, når de tør prøve nye måder at gøre tingene på, uden at kolleger og ledere ser skævt til dem, når både leder og kolleger bakker op i vanskelige situationer. Kort og godt når arbejdsmiljøet er præget af tillid.

Sådan forholder det sig ikke mindst på et område, der er præget af så mange udfordringer, som pleje af og omsorg for borgere med demens indebærer.

*Brug for åben dialog og nysgerrighed*

Både interviewede ledere og medarbejdere understreger derfor også, hvor vigtigt det er at kunne føre åbne, faglige dialoger. For eksempel om, hvordan en pludselig forandring i borgerens væremåde skal tolkes, eller hvordan de kan lave den mest hensigtsmæssige og fagligt forsvarelige plan for en specifik borger.

*”Og man kan altid komme herind til vores leder, hvis man er frustreret over et eller andet. Så hjælper hun.”*  
(Social- og sundhedshjælper)

*”Det kræver tillid og det kræver også en kultur, hvor vi er nysgerrige på hinanden. Hvor vi ikke bare tænker, hvad har hun gang i. Hvor vi stedet siger, jeg har lige*

*brug for at høre. Tog du til Bellevue sammen med Hansen? Hvordan fik du den idé eller .. Nå, det giver da god mening. Det kan godt være, at han ikke blev vasket den dag, men der var stille på hele afdelingen og han var glad.” (Forstander)*

## Kompetencemæssige udfordringer

For at kunne udføre de jobfunktioner i arbejdet med borgere med demens, som er beskrevet i forrige kapitel, skal social- og sundhedsassistenter og -hjælpere være i besiddelse af en lang række kompetencer.

Mange af disse kompetencer har social- og sundhedsassistenter og -hjælpere erhvervet gennem deres uddannelse og erhvervs erfaring.

Men de interviewede assistenter og hjælpere, deres ledere og demenskoordinatorer giver udtryk for, at der alligevel kan være kompetencemæssige udfordringer i arbejdet med borgere med demens. – Udfordringer, der i princippet kan løses med kompetenceudvikling.

Det er disse udfordringer, der beskrives i dette kapitel.

Indledningsvis understreges, at omdrejningspunktet for de kompetencemæssige udfordringer i lyset af den dominerende personcentrerede tilgang altid vil være relationer med mennesket, uanset demensens udtryksform:

*Se mennesket  
– ikke sygdommen*

*”En dygtig social- og sundhedsassistent / -hjelper kan se det menneske, der er bag sygdommen, og ikke se sygdommen. En som kan se ressourcerne frem for begrænsningerne, men være bevidst om begrænsningerne.*

*En dygtig hjælper og assistent er også den, der søger råd og vejledning. Tør blive dygtigere. Tør bruge sine egne kompetencer, men også bruge de kompetencer, som andre har, til at dygtiggøre sig selv.*

*En som er god til at kommunikere også med de pårørende, uden at vi siger, at de skal have al pårørende-kontakten og de svære samtaler med de pårørende. En som kan møde de pårørende venligt og have en forståelse for, at det kan være rigtig svært at være pårørende.” (Demenskonsulent)*

*Relationen i centrum..*

Dette citat er en af de interviewede demenskonsulenters svar på spørgsmålet om, hvad der karakteriserer en dygtig social- og sundhedsassistent og -hjelper. Med små variationer svarede de andre interviewpersoner på samme måde.

Social- og sundhedsassistenters og -hjælperes arbejde med borgere med demens handler altid om relationer – enten med borgeren eller med de pårørende. Dette er blevet endnu mere tydeligt i den dominerende personorienterede tilgang til demens. Det gælder alt fra hjælpen med personlig hygiejne over medicinering til at snakke med borgeren om fotos i familiealbummet.

På de 'almindelige plejehjem' og de særlige demens-afsnit er social- og sundhedsassistenter og -hjælpere oftest ikke alene i en en-til-en-relation med en enkelt borger. De skal også forholde sig til beboernes indbyrdes relationer, når de er sammen til fælles spising, mødes i opholdsstuen, på gangen osv.

Social- og sundhedsassistenter og -hjælpere skal derfor helst kunne fremme positive situationer beboere imellem. Og de skal kunne forholde sig aktivt til konfliktfyldte situationer. For eksempel, når en borger synligt ikke kan døje, at en anden ikke kan klare lige så meget som han/hun selv er i stand til, når en anden ved samme spisebord hele tiden spilder, osv.

Det er også i relationerne med borgeren og deres pårørende, at social- og sundhedsassistenter og -hjælperes kompetencer kommer i spil, og de eventuelle kompetencemæssige udfordringer træder frem.

I interviewene spurgte vi derfor blandt andet, om der var typisk 'nemme' og typisk 'vanskelige' borgere i dette relationsarbejde.

Det følgende citat fra en demenskoordinator illustrerer på en dækkende måde, hvad både ledere, koordinatore og medarbejdere selv svarede på dette spørgsmål:

... uanset demensens udtryksform

*"De lette er de borgere, som har en demenssygdom, som har indsigt i deres sygdomsforløb og som stadigvæk har et sprog, kan gøre sig forståelig og kan forstå, hvad der sker omkring, og også har et stadigvæk rimeligt overblik. Det er dem, der er nemme at komme til.*

*Og så bliver det jo mere og mere komplekst, eftersom sproget forsvinder og de får brug for mere og mere hjælp til hverdagens gøremål og struktur osv. Så bliver det rigtig komplekst, når de får noget psykiatrisk oveni. Altså kan få depression oveni eller angst, paranoia osv. Der ved kan der også opstå adfærdsproblemer som råben eller at gå fra plejehjemmet osv. Det er sværhedsgrader."*

I det følgende udfoldes de kompetencemæssige udfordringer, interviewundersøgelsen har afdækket.

### **Overblik over de kompetencemæssige udfordringer**

De kompetencemæssige udfordringer systematiseres i følgende 3 kategorier:

- Demensfaglige kompetencer
- Almenfaglige kompetencer
- Personlige kompetencer

I den nedenstående figur præsenteres et overblik over de afdækkede kompetencemæssige udfordringer.



## Overblik over de kompetencemæssige udfordringer

### ➤ Demensfaglige kompetencer

Viden om den socialpædagogiske tilgang:

- Fokus på hele mennesket – den vigtige livshistorie
- Borgerens døgn har 24 timer

Specifikke relationelle kompetencer:

- Borgerens manglende selvindsigt
- Den udadreagerende borger
- Den ulykkelige borger
- Yngre borgere med demens
- Samarbejde med pårørende
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

### ➤ Almenfaglige kompetencer

- Kunne håndtere dilemmaer (ud fra demensfaglig viden)
- Kunne reflektere og argumentere
- Kunne formulere og formidle væsentlige observationer

### ➤ Personlige kompetencer

- Kunne håndtere forskellige behov hele tiden
- Kunne ranke ryggen som professionel – uanset den pårørendes sociale status

I den følgende gennemgang uddybes disse kompetencemæssige udfordringer.

### **Demensfaglige kompetencer**

#### **Viden om den socialpædagogiske tilgang**

Den personorienterede forståelse af demens og den dertil knyttede socialpædagogiske tilgang kan og skal ifølge de interviewede ledere, demenskonsulenter og social- og sundhedsassistenter og -hjælpere fortsat udvikles og forfines.

*Undgå tvang og minimere medicinering*

#### **Fokus på det hele menneske – den vigtige livshistorie**

Socialpædagogik på demensområdet handler om at undgå tvang, minimere medicinering og i stedet for bygge på det, den enkelte borger er i stand til i nuet – med sin livshistorie i bagagen – manden, der kan og har lyst til at give en hånd i haven; kvinden, der kan og gerne vil dække bord.

*Hvad kan borgeren 'i nuet'*

*"Det der med at se det hele menneske og få det bedste ud af det og ikke fokusere alt for meget på det medicinske. Det er bare noget, vi skal kunne. Men det skal vi også kunne til og med kryds og slange." (Daglig leder)*

*Livshistorie har stor betydning..*

Derfor er livshistorien i denne tilgang så central. Den bliver skrevet, hver gang en ny borger kommer på demensafsnittet – oftest i et samspil mellem demensteamet, pårørende, stedets sygeplejerske eller en af assistenterne. Og alle bliver introduceret til hver enkelt ny beboer.

Livshistoriens betydning illustreres ved følgende to eksempler fra samme demensafsnit:

*.. blandt andet for at ramme den rigtige sprogtone*

*"Når A skulle i bad – hvad han egentlig gerne ville - blev han vred og det var svært at få ham til det. Men vi kunne ikke rigtigt finde ud af, hvad det var, der var galt. Indtil vi så fandt ud af, at han havde været tjener og var vant til at gå i bad om aftenen. Så lavede vi hans døgnrytme om, og så gav vi ham bad om aftenen. Og så var problemet løst."* (Social- og sundhedsassistent)

### **Borgerens døgn har 24 timer – og ikke 3 gange 8 timer**

*Borgernes døgnrytme frem for vagtlogikken*

Et element i den personorienterede tilgang er en insistensen på, at borgerens døgn har 24 timer og ikke er opdelt i personalets 8-timers vagter. Konsekvensen af dette er, at personalet ikke nødvendigvis skal have udført helt bestemte opgaver i hver deres vagt, men skal fokusere på, hvordan de bedst kan understøtte en meningsfuld dag for borgeren i hendes/hans rytme.

*"Det betyder, at man ikke står over for nogle opgaver, som afsluttes. Tingene fortsætter, uanset om jeg har fri kl 15 – altså livet fortsætter. Så jeg behøver ikke nødvendigvis at have tømt opvaskemaskinen, når jeg som personale går hjem kl 15. Det kan aftenvagten lige så godt gøre. Kunsten er så, at aftenvagten skal forstå, at grunden til, at jeg måske ikke har nået at tømme den dumme opvaskemaskine, er fordi jeg har haft det sjovt med beboerne. Det kan være rigtigt svært at forstå. Jo selvfølgelig går de på arbejde i otte timer og hjem. Men deres liv er jo også kontinuerligt. Det slutter jo heller ikke klokken et eller andet, vel."* (Demenskoordinator)

*Vaner og faste rytmer udfordres*

Denne tilgang udfordrer også faste vaner og rytmer, som for eksempel at have fast frokosttid.

*"Det er jo en af de der plejer-opgaver, som der først nu skal nudges ud af. Men det er okay, fru Jensen hun fik faktisk først morgenmad kl 10 eller 11, ikk. Og der er jo nogle mennesker, der er B-mennesker. Jamen så er det i orden at varme hendes mad i mikroovnen lidt senere. Det er jo de ting, som er udfordrende for medarbejderne. Det er igen det der med, at døgnnet har 24 timer."* (Demenskonsulent)

### **Specifikke relationelle kompetencer**

I den personcentrerede tilgang til arbejdet med borgere med demens står relationen mellem disse borgerne og social- og sundhedsassistenter og -hjælpere helt central. Relationerne er derfor også forskellige fra borger til borger. Nedenfor beskrives, hvilke specifikke relationer der kan være bestemmende for social- og sundhedsassistenter og -hjælperes relationelle kompetencer.

*Når borgeren ikke selv tror at være syg*

### **Borgerens manglende selvindsigt**

I hjemmeplejen møder social- og sundhedsassistenter og -hjælpere ifølge interviewene ganske ofte borgere med manglende indsigt i egen situation og som derfor ikke ønsker at samarbejde om at flytte i en plejebolig.

*"Udfordringen er, at når man får en demenssygdom, er det ikke altid, at man selv synes, man er syg. Og det er ikke altid, man har en opfattelse af, at man bør udredes. Og videre kan vi have en udfordring i at få lavet en alliance, en relation, som gør, at borgeren gerne vil medvirke for netop at øge deres livskvalitet. Ikke en ændring for vores skyld, men for borgerens skyld og rigtig meget for de pårørendes skyld." (Demenskoordinator)*

Det er et overordnet princip i rehabiliteringstanken, at borgeren kan klare sig selv længst muligt i eget hjem. Men borgerens manglende selvindsigt kan alligevel føre til, at borgeren bliver for længe i eget hjem med udfordringer, som social- og sundhedshjælperen ikke er klædt på til at kunne håndtere. Heller ikke de tidsmæssige rammer i hjemmehjælpen muliggør den hjælp, borgeren egentlig har brug for i sådanne tilfælde.

*"Så derfor er der nogle, som egentlig ikke hører til i det regi og hvor man som personale i hjemmeplejen har mange store udfordringer. Og personalet har meget dårlig samvittighed over, at de ikke kan yde den hjælp, borgeren egentlig har brug for." (Demenskoordinator)*

*Hvad er det rigtige at gøre?*

### **Den udadreagerende borger**

Der er ingen tvivl blandt nogen af de interviewede, at de vanskeligste situationer i relationen med borgere med demens, er de udadreagerende borgere, som er på de almindelige plejehjem og i de særlige demensafsnit og som også findes blandt borgere, der endnu bor hjemme.

*"De mest udfordrende er de grænsesøgende og seksualiserende, der tager på dem. Eller lukker dem inde eller truer dem. Altså der hvor man ligesom bliver rystet og mister fodfæste." (Demenskoordinator om en stor udfordring i hjemmeplejen)*

*Dilemmaer ved trusler og aggression ..*

Interviewene viser også tydeligt, at der ikke bare er en bestemt metode, der dner i kontakten med udadreagerende borgere. Der er stor forskel i forhold til, hvad der er mest hensigtsmæssigt for en person og en anden person.

Det kan selvsagt føre til, at den enkelte social- og sundhedshjælper eller -assistent, kan komme i tvivl om, hvad der er det rigtige at gøre – som følgende eksempel fra et 'almindeligt' plejehjem illustrerer:

*"Nu for eksempel i dag. Der har vi haft en, der har været voldsomt oppe at køre. Smækket med dørene og råbt og skreget. I den situation, hvad er så rigtigt at gøre?. Er det rigtigt, at tage hende og køre hende ind, eller skal*

*hun bare have lov til at rase ud, eller .. Hvad er rigtigt?"*  
(Social- og sundhedshjælper)

En anden hjælper fortalte, hvor svært og samtidig hvor vigtigt det er at skulle trække sig, når det bliver for voldsomt:

*"Man skal have et veludviklet sansesapparat. Nogen gange kammer de jo lidt over. Og der har jeg i hvert fald lært, at jeg skal blive på min egen banehalvdel og trække mig, når det bliver voldsomt. Og at de rent faktisk giver udtryk for, at de ikke gider se mit fjæs. Ud. – Så skal jeg ikke blive stående, så skal jeg gå. Det er noget nyt og det har været svært i starten. Jeg tænkte, åh nej de er jo hjælpeløse. Hvad finder de på, når jeg lukker døren. Jamen, det er der ikke noget at gøre ved. Nogen gange kan det være bare 5 minutter og så har de glemt det, når jeg går ind igen. Og så har de også glemt, at de syntes, at jeg var irriterende. Og det er jo heldigt."*  
(Social- og sundhedshjælper)

### **Den ulykkelige borger**

*..og ved sorg og tristesse*

Mange borgere med demens er synligt triste og ulykkelige, sidder alene med tomme øjne på en bænk på plejehjemmet, eller bor hjemme og kan næsten ikke holde ud at være alene hjemme:

*"Det er også tit aftenvagtens dilemma. Når der kommer lysskifte, så bliver de demente jo mere skrøbelige mange gange. Mere angst. 'Hvad sker der nu og nu vil jeg hjem til mor, nu går jeg' – 'Nej, du må ikke gå nogen steder, du har ikke tøj på. Du skal ikke gå ud i sneen'. – 'Men jeg skal hjem til min mor.'"* (Demenskoordinator)

### **Yngre borgere med demens**

*At få demens  
mens man har et job*

'Yngre' defineres ikke nødvendigvis med en bestemt alder. Ifølge en af de interviewede ledere kendetegner de yngre demente, at de har fået demensen, mens de har været erhvervsaktive. Det betyder, at de ikke har nået at få et liv som pensionist. De har ikke lært et liv, hvor de ikke er på arbejde. Så de bliver jo nødt til at stoppe på deres arbejde på grund af deres demenssygdom og gå direkte over og blive demente.

*"Der var en pårørende forleden, der fortalte meget rørende om, hvordan hendes mand sidder på arbejdet og kan mestre indviklede regnestykker, og pludselig går det bare galt for ham. Han kan simpelthen ikke overskue det. Det var lidt sådan, det startede, da de fandt ud af, at han havde Alzheimers sygdom. Meget bevægende faktisk."* (Social- og sundhedshjælper)

*Ofte med en rask og aktiv  
ægtefælle*

De er så syge, og så har de ofte en rask ægtefælle, som nogen gange stadig er i arbejde. De er måske jævnaldrende eller yngre. Og de har yngre børn, afhængig af hvornår folk får børn.

*"Det er svært det der med, at man er blevet syg, mens man har været erhvervsaktiv. Vi har en. Han rejser stadig til USA – altså i hans hoved. Så når vi taler med ham, så taler vi om alle de steder .... Det er jo sort volapyk. Men det er jo der, han er." (Forstander)*

Ofte fysisk stærke

For medarbejderne kan de yngre borgere med demens også være en ny udfordring:

*"Og det er jo et andet klientel, kan man sige. Vi taler jo om udadreagerende, stærke mennesker, som fysisk stadigvæk har vældig meget kraft og gerne vil være selvstændige. Men som kognitivt simpelthen er blevet rigtig godt gammeldags svækkede." (Social- og sundhedshjælper)*

### **Fysisk aktivitet**

Fysiske aktiviteter sammen med borgeren

Mange yngre borgere med demens har været fysisk aktive. Det indebærer, at plejepersonalet skal være fysisk aktive sammen med dem, for eksempel ved at gå lange ture, løbe eller cykle, i stedet for at yde den 'gængse' pleje og omsorg.

*"Det er du nødt til, fordi hvis du ikke gør det, så render de op og ned ad gangene og så forstyrrer de alle de andre, som også er demente." (Forstander)*

Hun fortalte om en meget urolig beboer, som assistenten cyklede sammen med til stranden og hoppede i vandet, fordi det havde han altid gjort tidligere.

Skifte fra 'gængs' omsorg til fysiske aktiviteter

Skiftet fra 'gængs' pleje og omsorg til fysisk aktivitet kan være krævende for plejepersonalet:

*"Det der med at flytte sig fra den traditionelle tankegang – jeg skal have fire beboere op, han skal vaskes, han skal i bad, han var i går, hun skal have vasket hår – til at: Nu kigger jeg lige på ham og ser, hvad er nødvendigt. Hvis jeg hopper i havet med ham, så behøver han måske ikke at komme i bad. Han var i bad i går. Han ser pæn ud. Han har vasket sit hoved, det ser pænt ud. Pludselig at lave noget andet i stedet for, det er svært." (Forstander)*

I nogle af de interviewede kommuner varetages en del af de fysiske aktiviteter af særligt uddannede aktivitetsmedarbejdere og af frivillige.

### **Samarbejde med pårørende**

Kontakt og kommunikation med pårørende er som tidligere nævnt en integreret del af social- og sundhedsassistenter og -hjælperes arbejde på demensområdet – uanset om det er i hjemmeplejen, på plejecenter eller særlige demensafsnit. Dog med noget forskelligt indhold de forskellige steder.

Møde pårørende der føler at have svigtet

På plejecentre eller de særlige demensafsnit er kommunikationen med pårørende udfordrende ikke mindst i den

første tid, efter at borgeren har måttet opgive at bo hjemme sammen med ægtefælle eller partner.

Da skal der megen forståelse for, at ægtefællen pludseligt skal give slip, efter at han/hun har passet deres partner hjemme over længere tid. Og at dette kan medføre følelse af svigt, og til tider lidt urealistiske forventninger, om hvad der kan lade sig gøre på plejehjemmet eller demensafsnittet.

Selv om der, som tidligere nævnt, ifølge en af de interviewede ledere ikke findes 'vanskelige pårørende', kan samspillet med pårørende ikke desto mindre være udfordrende og krævende for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere. Nedenstående citat fra et af interviewene illustrerer dette tydeligt:

*Kunne forklare ægtefællens svigtende evner og anderledes adfærd*

*"Det er ikke altid lige sjovt. De pårørende synes jeg ikke altid kan se sygdommen, som vi oplever det. Vi går med dem hele tiden. De kommer og er her måske en halv time. Der kan de kigge og se dem som normale, hvis man må sige det sådan. De forstår ikke altid, hvad det er vi arbejder med.*

*Hvis vi har en, som ikke kan finde toilettet og gør det alle andre steder. Det forstår de pårørende ikke, fordi det er deres mor. Og når de er der, så går det jo fint, for de følger hende derud.*

*Men det er lidt spændende alligevel at få dem overbevist om, at situationen ikke altid er helt så rosenrød, som de tror." (Social- og sundhedshjælper)*

Flere nævner i interviewene, at samspillet med unge pårørende til yngre borgere med demens, kan være særligt vanskeligt.

I hjemmeplejen kan udfordringen i samspillet med de pårørende gå ud på at kunne sige fra:

*Kunne sige fra*

*"I hjemmeplejen, hvor et besøg tidsmæssigt er nøje defineret, kan det være svært over for den pårørende at holde fast i den givne tid og sige nej til at tage et par ekstra opgaver, når den pårørende insisterende spørger:*

*"Kan du ikke lige gøre det. Du er så dygtig, du kan da godt lige, og .. Så er det jo svært at sige, at det må jeg ikke, eller det kan jeg ikke. De hjælper jo den syge, så skrider tiden .." (Demenskonsulent)*

### **Borgere med ikke-vestlig baggrund**

Ifølge Danmarks Statistik bor der i 2017 ca 330.000 indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande.

*Kun få ikke-vestlige er i kontakt med kommunen*

Men ifølge de interviewede demenskoordinatorer udgør de kun en meget beskeden del af borgere med demens på plejehjem eller særlige demensafsnit. Demenskoordinatorerne kunne næsten tælle dem enkeltvis:

*"Vi har faktisk ikke ret mange. Vi har en herovre på vores demensafsnit. Så har vi en på vores demensafsnit nede i byen. Og så har vi en på vej ind". (Demenskoordinator)*

Også i hjemmeplejen er borgere med demens med ikke-vestlig baggrund, der selv eller via deres pårørende efterlyser hjælp, ifølge demenskoordinatoren i den interviewede Vestegnskommune stærkt underrepræsenteret.

### *Sprogbarrierer*

Selv om problematikken ikke fylder meget omfangsmæssigt endnu, kan der være udfordringer med den personorienterede tilgang, der blandt andet bygger på personens livshistorie. Fordi mange ældre, for eksempel fra den første indvandringsgeneration fra det østlige Tyrkiet, er ikke ret gode til det danske sprog.

Demens kan yderligere gøre den danske sprogformåen dårligere, som en af de interviewede demenskoordinatorer gav følgende eksempel på:

### *Det danske sprog kan forsvinde*

*"Manden har en Alzheimers sygdom Det er jo en del af det at være dement – det er, at sproget også forsvinder. Det sidst lærte forsvinder først. Så selv om han har været buschauffør i 30 år, så er hans danske væk.*

*Der er sådan en masse klubber for tyrkiske mænd. Så der kan han jo finde noget fællesskab. Men så en dag var han kommet til at gå for langt væk og var havnet et eller andet sted. Så han blev efterlyst af politiet. Så siger jeg: jeg vil meget gerne komme op med en gps, så kan din far få den på og så kan I finde ham. Men det ville de ikke, det var ikke vigtigt. Og det er bare vigtigt, for han bliver jo væk en dag. Jeg prøvede sådan flere gange – men det var ikke vigtigt. Han skal nok finde hjem." (Demenskoordinator)*

### *Vil oftest gerne klare det i familien*

Eksemplet illustrerer flere udfordringer: For de første er det spørgsmålet, om de pårørende i det hele taget ønsker hjælp. For det andet – hvis der er et ønske om hjælp hjemme og hjælpen er aftalt, kan der komme de sproglige og kulturelle udfordringer på spil, om eksempelvis, hvad de pårørende gerne vil have, at social- og sundhedsassistenten eller -hjælperen i det hele taget hjælper med, hvor meget eller lidt mad borgeren skal have og på hvilken måde, osv.

### *Assistenter og hjælpere med ikke-vestlig baggrund*

En løsning på denne udfordring kan være, at i det mindste en af hjælperne eller assistenterne har samme etniske baggrund som borgeren og dermed kan fx tyrkisk, sådan at det glemte danske sprog ikke bliver til en uovervindelig barriere. Og det kan også være en stor hjælp for hendes kollega, der ikke kan sproget. Så kan hun formidle, hvordan borgeren helst vil have det.

*"Vi har endnu ikke så mange borgere af anden etnisk herkomst. Jeg tror vi har kendskab til to eller tre. På personalesiden er der tværtimod rigtig mange med anden etnisk baggrund. Så jeg vil sige, at den dag der måske er flere, der komme ud af busken, så har vi muligvis*

*nogle andre ressourcer, vi kan bruge.” (Demenskoordinator)*

En af de interviewede demenskonsulenter nævnte dog, at der i så fald hurtigt kan blive for tætte relationer mellem hjælperen og borgeren – i hvert fald hvis de bor i samme område.

*”De kan komme i klemme på en eller anden måde, fordi mange gange så bor hjælperen i distriktet, så de kender dem som regel også privat, og så kan de komme til at skyldes nogle ting.” (Demenskoordinator)*

### **Almenfaglige kompetencer**

*Dilemmaer som hverdagskost*

*Tvang eller plet på skjorten?*

*Vigtigt at forklare dilemmaet og prioriteringer*

### **Kunne håndtere dilemmaer – ud fra demensfaglig viden**

Alle interviewede kan fortælle historien med, at en pårørende klager over, at mor eller far har en plet på skjorten. Og personalet altså skal forklare, at det var vigtigere ikke at skulle bruge tvang til at skifte til en ren skjorte.

Og alle kunne også fortælle, at denne type dilemmaer er hverdagskost. For eksempel som disse to eksempler:

*”Når de skal op om morgenen, så kan man godt føle, at man ligesom jager dem ud af sengen. Er det rigtigt, eller skal de bare have lov til at ligge, som de gerne vil? Selv om vi som personale ved, at det er bedst, at de lige kommer op. Ikke at de sådan protesterer, men man kan se, at det ikke er det, de lige har lyst til.” (Social- og sundhedshjælper)*

*”Skal hun have lov til at sove med de lange bukser på, eller skal vi bruge magt. Men hvorfor skal vi dog bruge magt for det. Men det er jo bare så vigtigt, at de pårørende ved, at det ikke er bare fordi vi ikke gider at tage bukserne af hende, men for ikke at skabe en unødvendig konflikt. - Hvis jeg vil sove med mine bukser på, så gør jeg det også.” (Social- og sundhedsassistent)*

Det vigtigste er, at social- og sundhedsassistenter og -hjælpere er i stand til forklare, hvorfor de med base i den personcentrerede tilgang har prioriteret, som de har gjort. Ikke mindst over for de pårørende.

*”Det er også derfor, jeg synes, at det er vigtigt at have et rigtigt godt forhold til de pårørende. De er jo super frustreret og nogle er stadigvæk flere år efter meget sprøde og ulykkelige og fortvivlet over, at det menneske, som de giftede sig med og elsker over alt på jorden, ændrer sig så drastisk.” (Social- og sundhedshjælper)*

*”Netop for at sige: det er mennesket, der er i centrum. Så det kan godt være, at mor har haft skillelinje i højre side hele livet, men da hun stod op i morges, da redte hun selv håret den anden vej. Og det er jo en stor ressource at have, stadig at kunne rede sit hår selv. Og det er jo så kunsten at kunne forklare.” (Demenskoordinator)*



*Kunne sige fra og henvise til andre*

Et andet vigtigt aspekt i omgang med dilemmaer er, at social- og sundhedsassistenter og -hjælpere lærer at sige fra og henvise til andre – fx leder eller sundheds- sygeplejersken, hvis en pårørende bliver ved at klage over den berømte plet på skjorten, selv om assistenten eller hjælperen har forklaret denne prioritering.

At acceptere, at det at skulle henvise til andre ikke er et personligt nederlag, men en professionel handling, kan ifølge interviewene være ganske svært.

*Begrunde over for kollega og ledelse*

### **Kunne reflektere og argumentere**

Refleksions- og abstraktionsevne opøves typisk i videregående uddannelser. Men interviewene viser tydeligt, at det også er et stigende krav for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, der arbejder med borgere med demens:

*”Det kan være rigtig svært at gå ud og argumentere for en kollega eller en sygeplejerske, assistent, afdelings- sygeplejerske, hvorfor har du ikke badet fru Hansen. Det har jeg ikke, fordi nu skal du høre.. Det var vigtigere for fru Hansen, at vi gik en tur, og hun er roligere resten af dagen. Det skal hun kunne argumentere for, kunne se de der sammenhænge.” (Forstander)*

*Refleksion øger læring*

Jo stærkere plejepersonalet er i forhold til at kunne reflektere og argumentere, jo større er også det læringsmæssige udbytte af fælles seancer, som alle enheder har mindst en gang om ugen.

*Skelne mellem væsentlige og mindre væsentlige forklaringer*

### **Kunne formulere og formidle væsentlige observationer**

Som det fremgår, er observation af den enkelte borger en vigtig del af plejepersonalets arbejde. Men observationerne bliver først relevante, når de videreformidles til kolleger, leder, især skriftligt vha IT-plattformen.

Dette indebærer, at social- og sundhedsassistenterne og -hjelperne kan skelne mellem væsentlige og ikke væsentlige observationer, og at de kan beskrive den væsentlige observation om ændret adfærd på en let og faglig korrekt, informativ måde.

*”Hvad er det, der er vigtigt? Hvorfor er det ikke vigtigt, at fru Hansen har drukket en kop kaffe? Det er det ikke, for det gør hun altid. Det er vigtigt, når hun holder op med at drikke kaffe. Hvordan skriver man det, så andre forstår det og beskriver det objektivt? Når der samtidig er så mange regler omkring dokumentation, kan det godt opleves som svært.” (Forstander)*

## **Personlige kompetencer**

*Forskellige behov fra borger til borger*

### **Kunne håndtere forskellige behov hele tiden**

Med den personorienterede tilgang er det nærmest per definition givet, at den enkelte social- og sundhedsassistent og -hjælper hele tiden skal forholde sig aktivt til forskellige individuelle behov. Her er fleksibilitet ikke bare et tomt slagord i et stillingsopslag, men et meget konkret krav i hverdagen.

*"Specielt i hjemmeplejegruppen springer de jo fra det ene til det andet hele tiden. De skal hele tiden skifte kasket, og det er jo svært for alle. Der skal du virkelig have bred viden og ballast for egentlig at kunne magte det til gavn for alle."* (Demenskoordinator)

*Forskellige diagnoser og forskellige livshistorier*

Men det gælder bestemt også i høj grad på plejehjemmene og de særlige demensafsnit. De enkelte borgere er meget forskellige på mange dimensioner. Og ikke mindst er der stor forskel på deres diagnoser og hermed hvordan tilgangen skal være til den enkelte borger.

*Forskel fra dag til dag*

*"Så er der en, der skal tages meget humoristisk. Det hjælper ved morgenplejen, hvis man laver lidt sjov. Men ved den næste må man måske næsten ikke sige noget."* (Social- og sundhedsassistent)

Der er også hele tiden nye situationer. Den ene time kan en borger være glad, den næste vil hun eller han smide personalet ud af værelset.

Den ene gang tager det en halv time at hjælpe med maden, den anden gang tager det dobbelt så lang tid. Og der skal ofte prioriteres mellem vigtige opgaver:

*Hvem og hvad er vigtigst i situationen?*

*"Skal vi gå med de levende eller skal vi gå med de hørehæmmede og sarte hjerner – og der tager vi faktisk den svagestes parti for det meste. Der tager vi hensyn til, at de her mennesker de kan ikke selv flytte sig. De sidder i kørestolen eller sidder plantet i stolen og kan ikke selv rejse sig. Pludselig ringer et af deres børn kvart over tolv, hvor de er midt i maden. De er jo ikke for gamle til at have en mobiltelefon."*

*Og så lige pludselig så er der en, der skal på toilettet midt i det hele. Så er du nødt til at rejse dig. Og hvad så, hvis det er en hjælpeløs beboer, du rejser dig fra. Så er man nødt til lige at vinke til en anden kollega, for så er det vigtigere, at den kollega kommer herover, hvor jeg sad, og tager over."* (Social- og sundhedshjælper)

*Møde højere uddannede i øjenhøjde..*

### **Kunne ranke ryggen som professionel – uanset den pårørendes sociale status**

Det kan være svært at være i øjenhøjde med pårørende, der har en væsentlig højere social status end social- og sundhedsassistenter og -hjælpere har, og ikke mindst tildeler sig selv.

*"Udfordringen her i kommunen er, at det er meget højtuddannede pårørende. Advokater og læger, som måske*

*også møder personalet på en måde, så de måske ikke føler, at deres fag er noget værd. Mange tager ofte tilbagemeldinger fra pårørende meget personligt. Så de gør sig egentlig rigtig sårbare i den kommunikation. Og på den måde kan de også komme til at virke usikre over for de pårørende.” (Demenskoordinator)*

*..med faglig selvsikkerhed*

Det ville styrke social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i deres møde med pårørende, som jo er helt afgørende i demensarbejdet, hvis de kunne lære at være mere selvsikre i deres faglighed.

En af demenskoordinatorerne formulerer det således:

*”Så jeg tænker, at noget af det, man kunne klæde dem på med, er det der med, at de bliver mere klar over, at de pårørende jo ikke ved noget om deres fag. Og at det er dem, der er de dygtige og det er dem, der er de professionelle. Lære at møde de pårørende med noget faglig udstråling, der gør, at de på en eller anden måde bliver modtaget lidt bedre. Fordi de kan jo rigtig meget.”*

## Tydelig differentiering i kompetencerne

Interviewene tegner et tydeligt billede af en kompetencemæssig differentiering blandt social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i henholdsvis de særlige demensafsnit, de 'almindelige' plejehjem og hjemmeplejen.

Men i alle tre settings er der behov for personale med indsigt i demenssygdomme, kompetence til at observere og videreformidle væsentlige forandringer i borgernes adfærd, og at kunne kommunikere med pårørende mm.

Set fra analysens helikopterperspektiv, er disse kompetencer som nævnt bedst udviklet og udvikles fortsat bedst i de særlige demensafsnit.

Forvaltningschefen i en af kommunerne i undersøgelsen formulerer denne pointe på følgende måde:

*"Jeg tror, at det må være sådan en grundlæggende kompetence at være opmærksom på signaler. Og det næste er jo så at kunne håndtere de mere almindelige former for demens i mødet med borgerne. I forhold til demensafsnittene tror jeg, vi er klædt godt på. Men jeg tænker, at vi har behov for mere kompetence hos den brede gruppe."* (Forvaltningschef)

*Eksperterne i de særlige demensafsnit...*

### Særlige demensafsnit

Eksperterne – flest assistenter, men også hjælpere – findes i de særlige demensafsnit. Dette er dels en følge af en bevidst rekruttering fra ledernes side, dels af at det er meget dedikerede social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, der bevidst søger en stilling i de særlige demensafsnit.

*"Personalet her er også bedre rustet. Der er mange, der søger hertil, fordi arbejdet er rigtig spændende."* (Demenskoordinator)

*"Der er ingen tvivl om, at det personale, der er på demenshederne, de er væsentlig mere kompetente i demensområdet, end man er i en almindelig plejebolig."* (Demenskoordinator)

*..udvikler deres ekspertise hver eneste dag*

Deres ekspertise styrkes hver eneste dag i relationen med borgere, der har demens. De møder demens i dennes mangfoldige udtryk. De finder veje ind til borgeren for at støtte hende og ham i de drømme og ønsker, de har på det tidspunkt i demensudviklingen, hvor de er. Med andre ord udvikler de hver eneste dag deres kompetence i at anvende den personorienterede forståelse af og praksis med demens.

*Blandet beboersammen-  
sætning kræver større  
bredde i kompetencerne*

### **'Almindelige' plejehjem**

Samme intense beskæftigelse med demens er der ikke i de 'almindelige plejehjem', hvor borgere med demens kun udgør en delmængde – om end mange steder en stor del – af beboerne. Her skifter plejepersonalet mellem borgere med demens og borgere med andre svækkelser.

Lederen af et sådant plejehjem pegede afgjort på, at stedets medarbejdere først og fremmest kunne have gavn af at lære mere om demens.

En af de interviewede social- og sundhedsassistenter bekræfter behovet for en bred kompetenceudvikling for hende og hendes kolleger på plejehjemmet:

*"Sårpleje, det kunne jeg godt tænke mig. Men jeg kunne også godt tænke mig noget af det mere sjove. Noget dybere kendskab til demens måske. Jeg føler, det er lidt overfladisk, det jeg ved. Nogle flere redskaber til, hvordan man klarer demente. For der kommer flere og flere af dem."* (Social- og sundhedshjælper)

### **Hjemmeplejen**

I hjemmeplejen møder social- og sundhedshjælpere og -assistenter ligeledes borgere med mange forskellige typer svækkelser, herunder borgere med demens. Og jo mere borgerne og deres pårørende selv ønsker at blive hjemme i eget hjem, understøttet af kommunernes strategier om rehabilitering, jo oftere vil personalet i hjemmeplejen møde borgere med demens.

*Oftest alene med borgeren*

I modsætning til de 'almindelige' plejehjem og de særlige demensafsnit er social- og sundhedsassistenter og -hjælpere oftest alene med borgeren med demens og eventuelt dennes pårørende. Der er som regel hverken kolleger eller andre beboere til stede.

Dette giver væsentligt forskellige betingelser for både at udføre arbejdet og for at lære i arbejdet, reflektere over det oplevede sammen med kolleger, og for at drøfte, hvordan en kollega ville have tacklet eventuelle udfordrende situationer.

### **Differentieret behov for kompetenceudvikling**

De tidligere beskrevne kompetencemæssige udfordringer gør sig gældende i både i hjemmeplejen, 'almindelige' plejehjem og de særlige demensafsnit, selv om social- og sundhedshjælpere og -assistenter i hjemmeplejen typisk møder borgere i tidligere demensstadier end deres kolleger på de 'almindelige' plejehjem og i de særlige demensafsnit.

I og med at spidskompetencerne i forhold til demens er koncentreret i de særlige demensafsnit, tegner der sig

et behov for differentieret kompetenceudvikling: fordybelse og yderligere specialisering for medarbejderne i de særlige demensafsnit, og bred opkvalificering af medarbejderne i de 'almindelige' plejehjem og i hjemmehjælpen.

Hvis kommunerne ønsker at tilbyde en lige så god demensomsorg på de almindelige plejehjem som på de særlige demensafsnit, er der brug for en kraftig satsning her.

## Arenaer for læring

Det er selvsagt ikke sådan, at alle de ovenfor nævnte kompetencemæssige udfordringer bedst fremmes gennem deltagelse i en eller flere AMU-uddannelser. Læring foregår mange forskellige steder og på mange forskellige måder.

- Læring i arbejdet
- Iscenesat læring på arbejdspladsen
- Interne uddannelser
- Institutionaliseret uddannelse – herunder AMU

*Bevidst brug af de forskellige læringsarenaer*

I de kommuner, der indgår i denne undersøgelse, gør aktørerne sig ganske bevidste overvejelser over, hvad der læres bedst i de forskellige læringsarenaer. Selvfølgelig også under hensyntagen til forskellige omkostninger ved de forskellige læringsformer.

*Praksislæring:  
Læring i arbejdet og iscenesat læring på arbejdspladsen*

Et ofte anvendt udtryk – både i de besøgte kommuner og eksempelvis i udmeldingen af kompetenceudviklingspuljen i den nationale demenshandlingsplan 2025 er praksislæring. Begrebet opfattes som modstykket til institutionaliseret læring – og tillægges ofte større værdi end formaliseret uddannelse.

Nedenfor skilles praksislæring i læring i arbejdet og iscenesat læring på arbejdspladsen. Ved læring i arbejdet er udførelsen af arbejdet i hovedfokus og læring et mere eller mindre ubevidst biprodukt. Ved iscenesat læring på arbejdspladsen er det læringen, der er i hovedfokus – med umiddelbart udgangspunkt i udførelsen af arbejdet.

Nedenfor argumenteres også for, at institutionaliseret uddannelse på ingen måde behøver at være frakoblet praksis. Erfaringer med praksisnær kompetenceudvikling i AMU er et positivt eksempel på dette.

### Læring i arbejdet

Alle interviewede er enige om, at social- og sundhedsassistenter og -hjælpere lærer hver dag i deres daglige arbejde. De lægger mærke til, hvad der virker for den enkelte borger, og hvad der ikke gør, og lagrer så at sige denne erfaring til næste gang, de møder samme borger.

*Få gode råd i situationen*

Alle interviewede kender til vanskelige situationer i assistenters og hjælperes daglige omsorg for og pleje af borgere med demens. En måde at lære at kunne tackle sådanne situationer er at få hjælp og gode råd i selvsamme situation. Det kan være, at en demensgransker eller anden ressourceperson kan bistå i udførelsen af den pågældende opgave og foreslå bestemte måder at håndtere den vanskelige situation på.

*'Bed-side-learning'*

En af de interviewede forstandere fortalte om et konkret eksempel på denne form for 'bed-side-learning':

*"Det er en beboer, de har rigtig svært ved at håndtere, få hende til at rejse sig – nogle helt basale ting. En fra demensteamet kommer så ind til aftenvagterne og er sammen med dem ved personlig pleje og observerer, hvad gør personalet. Så prøver hun så selv nogle ting, der virker, og så laver hun en plan. Så prøver de det af. Så virker det måske, måske ikke."* (Forstander)

*Observatør som spejl*

Lignende praksisnære læringstiltag nævnes af alle interviewede som givende.

*"Praksisnær læring med en observatør, hvor de ligesom kan spejle sig selv. Det er nok der, den største aha-oplevelse ligger."* (Demenskoordinator)

### **Iscenesat læring på arbejdspladsen**

Det er dog ikke altid tilstrækkeligt at lære i selve arbejdssituationen og læring skal sættes explicit på dagsordenen. I interviewene er der givet eksempler på flere former for iscenesat læring.

*Praksisnær sparring..*

### **Sparring med demensteamet**

Demensteamet er en central ressource i den interne kompetenceudvikling, når social- og sundhedsassistenter og -hjælpere møder gentagne udfordringer, de ikke umiddelbart selv formår at løse. Demenskoordinator eller demenskonsulent er værdsat som sparringspartner, der er tæt på praksis og som har de fornødne kompetencer til at kunne give gode råd i forhold til konkrete situationer fra praksis.

*"Vi får det, der hedder advis'er gennem vores omsorgsjournal i forhold til, hvis personalet har brug for hjælp og støtte ift borgere enten i hjemmeplejen, på dagcentre eller plejehjemmene eller på demensafsnittet. Vi dækker hele organisationen."* (Demenskoordinator)

*..defineret af hjælpere og assistenter*

Demensteamets praksisnærhed bruges i en anden kommune ligeledes til sparring, som er defineret af social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, altså ikke på forhånd af demensteamet. I forbindelse med denne sparring opbygges et metodekatalog, der er defineret af personalets behov.

*Assistenter formidler deres ekspertviden*

### **Social- og sundhedsassistent fra demensafsnit underviser kolleger på almindeligt plejehjem**

Der er et ganske tydeligt hierarki i de demensorienterede kompetencer, afhængig af om man arbejder i hjemmeplejen, på et almindeligt plejecenter eller på et særligt demensafsnit. Det er i demensafsnittene, social- og sundhedsassistenterne, der er 'demensspecialisterne', arbejder.

Det er derfor også oplagt, at disse specialister bliver brugt som undervisere for deres kolleger på de almindelige plejecentre med henblik på at sprede deres specialviden og erfaring.



*"Vi bliver jo brugt som special-team. Og det at komme ud og se, hvordan man arbejder et andet sted og give sin viden videre. Det giver noget – både til det sted, vi kommer og tilbage til os." (Daglig leder)*

*Lære at se mønstre ud fra den specifikke person og situation*

### **Faglige møder**

På de besøgte plejehjem og demensafsnit er der tradition for, at der holdes et eller flere fælles ugentlige møder. De enkelte beboeres udvikling drøftes på baggrund af observerede og dokumenterede forhold.

*"Hvordan hjælper vi dette menneske bedst muligt? Hvilke mål skal vi sætte os? Og så arbejder vi bevidst efter samme handling – så alle hører det samme. Så får vi det dokumenteret. Er vi enige om, at vi arbejder den vej? Hvornår fortæller vi de pårørende dette her?" (Daglig leder)*

Det er den enkelte person, der på denne måde er i fokus. Og samtidig udvikles personalets forståelse af, hvad socialpædagogik er i den konkrete praksis.

De interviewede medarbejdere sætter også stor pris på disse fælles møder, som et sted hvor man legitimt kan drøfte vanskelige situationer med en konkret borger, og hvor man samtidig lærer af hinanden i denne type for faglig dialog.

*Dialog om transfer*

'Mandagsmøderne' bliver også systematisk brugt til at fremme transfer fra kursus til arbejde. De, der har været på et kursus, fx i AMU-regi, fortæller om hvad de har lært på kurset. Og det drøftes i fællesskab, hvordan de kan få gavn af det lærte, fx hvordan de kan omsætte teori til praksis.

### **Intern uddannelse**

En tand mere formaliseret end læring i arbejdet og iscesat læring på arbejdspladsen er deciderede interne uddannelser. Nedenfor er nævnt en række eksempler på interne uddannelser, der gennemføres i de besøgte kommuner.

*Brug for basisviden om demens, differentieret for de forskellige faggrupper*

#### **'Basis demens'**

I en af de besøgte kommuner skal alle medarbejdere, der bliver ansat, gennemføre 'basis demens', som er et internt 2-dages demenskursus, med demensteamet som undervisere.

*"Her får deltagerne basisviden om de forskellige demenssygdomme og -symptomer og behandling. Kommer lidt ind på Tom Kitwood. Og hvordan man kommunikerer. Og ved at det er os i demensteamet, der underviser, så hører vi jo også, hvad sker der rundt omkring. Plus at vi kender rigtig mange af de borgere, de tager op. Så derfor bliver det også en meget praksisnær undervisning." (Demenskoordinator)*

Basiskurserne gennemføres differentieret for de forskellige personalegrupper: Sygeplejersker og terapeuter er på kursus sammen. Ligeledes får assistenterne og hjælperne hver sit kursus.

*"Før havde vi dem sammen med hjælperne, men vi er blevet enige om, at assistenterne skal have mere ansvar. Så derfor giver vi dem også noget særskilt. Og så får hjælperne et kursus for sig selv."* (Demenskoordinator)

Assistenterne får lidt mere om behandling med medicin, og om hvordan man dokumenterer med udgangspunkt i Tom Kitwood med henblik på at kunne lave en plan, som andre kan køre. Med assistenterne går basiskurset også lidt mere i dybden med, hvad der sker i hjernen, uden dog at gå helt ind i neuropædagogikken.

De enkelte medarbejdergrupper deltager i basiskurset på tværs af hjemmepleje, plejecentre, demensafsnit og dagcentre.

*"Det viser så også, hvordan kan vi samarbejde på tværs i denne her kommune."* (Demenskonsulent)

*Alle bør vide hvordan vold forebygges*

### **Fælles undervisning i forebyggelse af vold**

Et andet eksempel på intern uddannelse er et internt kursus i adfærd til at forebygge vold. Det voksede ud af et ønske om i mindre grad at ty til at give beroligende medicin.

*"Vi besluttede, at alt personale – rengøring og administrative – alle hjælpere, assistenter og sygeplejersker fik noget fælles undervisning i adfærd. Det var vores to demensgranskere, der underviste".* (Forstander)

Denne fælles undervisning blev fulgt op med afdelings-specifik undervisning. Medarbejderne fra demensafsnittet blev eksempelvis undervist af en ekstern konsulent, der fx underviste i, hvordan man skal stå og hvordan man skal holde for at undgå slag.

*"...så man lærer de hensigtsmæssige greb, når de begynder at fægte med arme og ben. At du netop ikke sætter dig på hug nede foran ham, der lige pludselig bliver meget sur."* (Forstander)

*Skræddersyet uddannelse*

### **Intern uddannelse med ekstern konsulent**

I en af kommunerne i Hovedstadsområdet blev der i 2014 godkendt en handlingsplan for demensområdet.

*"Og i den ligger et kæmpe, kæmpe kompetenceudviklingsprogram. For al personalet i det, der hedder Center for sundhed og omsorg, det vil sige hjemmepleje, plejecentre, terapeuter osv."* (Demenskonsulent)

Til denne satsning hyrede kommunen en ekstern konsulent, der i 1½ år har undervist 300-400 medarbejdere i, hvad det konkret betyder at arbejde ud fra en personcentreret omsorgsmodel.

Ved starten af 2018 stopper denne konsulent, og nogenlunde samme indsats vil fremover blive varetaget i AMU-regi, og dermed blive en formaliseret uddannelse.

### **Institutionaliseret uddannelse – herunder AMU**

Institutionaliseret uddannelse ender med, at deltagerne får et formelt uddannelsesbevis. På efteruddannelsesområdet er eksemplerne på dette område demenskoordinatoruddannelsen, akademimoduler og AMU.

#### *Akademimoduler og AMU*

I et par interview er der fra både ledelses- og medarbejderside udtrykt ønske om, at social- og sundhedsassistenter med lang erfaring på demensområdet yderligere ville kunne specialisere sig med udvalgte akademimoduler. Men langt den største del af formaliseret efteruddannelse foregår for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i AMU regi.

Erfaringer med at bruge AMU på demensområdet – belyst gennem statistik, tidligere undersøgelser og udtrykt i interviewene i denne undersøgelse belyses i følgende kapitel.

### **Organisering af kompetenceudvikling**

Der er altid organisatoriske variationer mellem kommunerne i forhold til afdækningen af behov for kompetenceudvikling for forskellige personalegrupper og i forhold til valg af konkrete kompetenceudviklingstiltag. Sådan er det også på demensområdet. Men én ting går igennem i de interviewede kommuner: Demenskoordinatoren er det centrale omdrejningspunkt.

### **Nøglepersonen: Demenskoordinatoren**

#### *Demenskoordinator opsamler læringsbehov..*

Demenskoordinatoren er i alle de interviewede kommuner en nøgleperson i spørgsmål om social- og sundhedsassistenter og -hjelperes kompetenceudvikling.

Det gælder først og fremmest de indholdsmæssige og læringsmæssige spørgsmål: Hvad er der brug for? Og hvordan når vi bedst det, der er brug for?

Det er hende, der indsamler signaler udefra om nye udviklinger på demensområdet – for eksempel fra den nationale demenshandlingsplan, nyt fra Videncentret for Demens mm.

*”Det er blandt andet også mig, der er med til at fremlægge for ledelsen, hvad det er for kompetenceudvikling der er brug for på demensområdet i kommunen.” (Demenskoordinator)*

*"Hun har netop til opgave, at være orienteret om, hvad er det for ny viden og paradigmer, der rør sig på området" (Forvaltningschef)*

*.. og er med til at definere passende form for kompetenceudvikling*

Det er også hende, der hører om signaler fra medarbejdere, der har brug for at lære noget mere - dels direkte via den kontakt, som demensteamet har med de enkelte plejecentre og hjemmeplejen, dels via de meldinger om kompetencemæssige udfordringer, som ledere indsamler lokalt.

*"Jeg er med til at beslutte, hvad det er for kompetencer, vi skal sætte i spil eller øge i vores enheder. Så de hele tiden er gearet til, hvad det er, borgerne har af behov, hvad de pårørende har af behov. Det at være med til at skabe et overblik og have et overblik, være med til at planlægge. Være med til at løfte viden fra det ene sted til det andet. Det synes jeg, at jeg bruger rigtig meget tid på." (Demenskoordinator)*

Nogle steder er det også demenskoordinatoren, der har den direkte kontakt, når der skal laves indholdsmæssige aftaler med eksterne aktører som AMU-udbydere, konsulenter m.fl.

Andre steder overdrages denne kontakt - efter at det indholdsmæssige behov er afklaret - til for eksempel en uddannelseskoordinator i kommunen.

*Hvor mange og hvem: ledelse*

Til gengæld er det ledelsen i hjemmeplejen, på plejecentrene eller de særlige demensafsnit, der afgør spørgsmålet om hvem og hvor mange, der kan deltage i kompetenceudviklingsforløb - ikke mindst fordi deltagelsen i kompetenceudvikling skal kunne planlægges under hensyntagen/koordinering med de daglige plejeopgaver.

## AMU og demens

I dette kapitel præsenteres først statistiske data om brugen af de deciderede demens-uddannelser i AMU.

Derefter refereres til tidligere præsenterede erfaringer fra sammensatte forløb.

Og for det tredje gengives interviewundersøgelsens aktuelle vurderinger og brug af AMU som led i kompetenceudviklingen for social- og sundhedshjælpere.

### Statistik

Efterfølgende statistik<sup>3</sup> viser antal deltagere på de deciderede demenskurser.

	(AMU) Antal kursister							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Omsorg for personer med demens	2.467	1.747	1.903	1.734	2.356	1.424	1.064	12.685
Uhensigtsmæssig adfærd og udadreageren ved demens		271	620	841	1.058	744	391	3.925
Personer med demens, sygdomskendskab	583	472	507	462	523	362	176	3.085
Personer med demens, aktiviteter og livskvalitet	717	424	614	372	306	418	328	3.179
Palliativ omsorg for mennesker med demens		51	152	233	174	94	146	850
Tidlig opsporing af demens i omsorgsarbejdet	210	50		19		10	67	356
Neurorehabilitering af senhjerneskedede	64	19	33	128	399	159	485	1.287

*'Neurorehabilitering af senhjerneskedede' topper nu*

Neurorehabilitering af senhjerneskedede er i denne statistisk tilføjede rækken af deciderede demensuddannelser, da interviewundersøgelsen så tydeligt har vist, at dette er en særdeles relevant uddannelse for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, der arbejder med borgere med en meget udfarende, til tider truende og voldelig adfærd.

<sup>3</sup> <http://statweb.uni-c.dk/databanken/uvmDataWeb/ShowReport.aspx?report=AMU-kursister-kerneaktivitet>

Og det er den uddannelse, der i perioden 2010 – 2016 som den eneste har toppet ift deltagerantal i 2016.

*'Omsorg for personer med demens' topscorer over årene*

Langt flest deltagere har gennem årene været på 'Omsorg for personer med demens'. Interviewene indikerer, at dette skyldes, at 'Omsorg for personer med demens' er indgået i store rotationsforløb for alle social- og sundhedsmedarbejdere og at dette kursus bliver brugt som grundkursus for nye medarbejdere, der kommer i kontakt med borgere med demens.

### **Tidligere erfaringer med AMU: fortrinsvis sammensatte forløb**

Dette afsnit bygger på KORAs tidligere undersøgelse af sammensatte forløb<sup>4</sup>. Teksten er direkte citater fra den pågældende rapport.

*Sammensatte forløb for alle..*

Rapporten beskriver 4 sammensatte forløb hvis formål var styrkelse af specifikke kompetencer, i princippet for alle eller alle i en bestemt stillingskategori.

*..og for udvalgte medarbejdere*

"De fire forløb om demens har til formål at kompetenceudvikle medarbejdere i forhold til at arbejde med mennesker med demens. I den kommune, hvor forløbet er etableret på baggrund af en politisk beslutning om at omlægge et plejecenter til et demensplejehjem, er der ca. tre AMU-mål, som specifikt retter sig mod arbejdet med mennesker med demens, mens de resterende mål berører mere generelle kompetencer som innovation og deltagelse i forandringsprocesser. Et andet retter sig også imod at styrke deltagernes kompetencer i forhold til demens og indeholder mål om fx neurorehabilitering af senhjerneskader. De sidste to forløb udbydes i forlængelse af hinanden. Det indledende forløb er et generalistforløb, som giver grundlæggende viden om demens i hverdagen, og hvor fokus er på det relationelle samarbejde med mennesker med demens. For at deltage i dette efterfølgende forløb kræves det, at medarbejderne som minimum har arbejdet med det første forløb i praksis i et halvt år, eller at medarbejderen har stor praksiserfaring med borgergruppen. Formålet er her at give medarbejderne kompetencer til at kunne analysere muligheder samt begrænsninger hos mennesker med demens med henblik på at tilrettelægge aktiviteter med udgangspunkt i borgerens personlighed og situation."

Rapporten beskriver ligeledes 2 sammensatte forløb for udvalgte medarbejdere eller enkeltpersoner, rettet mod styrkelsen af specifikke kompetencer.

"Det ene forløb, hvor målgruppen er nyansatte social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter, har det sigte at opkvalificere medarbejdernes

---

<sup>4</sup> AMU-uddannelser i sammensatte forløb - social- og sundhedsområdet og det pædagogiske område, KORA 2015

kommunikative kompetencer med henblik på at kunne afværge konflikter og uhensigtsmæssig adfærd med borgere, som har demens.

Uddannelsesforløbet har rettet sig mod at styrke deltagernes specifikke kompetencer, idet forløbet har haft fokus på at styrke medarbejdernes kompetencer i forhold til neurorehabilitering og borgere med demens. I den pågældende kommune har det været besluttet, at alle medarbejdere inden for ældreplejen henover en årrække skal gennemgå forløb om forskellige faglige emner. Ifølge en områdeleder er sigtet at kunne sende medarbejderne på uddannelse hvert år, så de altid er klædt på til de opgaver, de skal udføre.

Forløbet bestod af følgende AMU-uddannelser:

- Neurorehabilitering af senhjerneskedede
- Uhensigtsmæssig adfærd og udadreageren ved demens
- Innovation – idéudvikling m.m.

*For at sikre kompetence i nyt demensafsnit*

Baggrunden for uddannelsesforløbet var, at der i kommunen skulle etableres et plejecenter for borgere med demens, og uddannelsesforløbet skulle give medarbejderne kompetencer til at håndtere denne nye opgave. Centret skulle særligt tage sig af borgere med demens med specielle behov, fx hvor der var risiko for en udadreagerende adfærd, og medarbejderne skulle lære at håndtere sådanne borgere. Medarbejderne skulle have mulighed for en større teoretisk indsigt i at arbejde med mennesker med demens.

Forløbet bestod af følgende AMU-uddannelser:

- Omsorg, neurologi
- Medarbejdere, der deltager i forandringsprocesser
- Omsorg for personer med demens
- Personer med demens, aktiviteter og livskvalitet
- Personer med demens, sygdomskendskab
- Innovation, gennemførelse og formidling"

### **Stor forskel i brugen af AMU: fra partnerskab til ingenting**

I modsætning til den regionale psykiatri<sup>5</sup> er AMU en bredt anerkendt aktør på demensområdet. I interviewene med demenskoordinatorer, ledere og medarbejdere i undersøgelsens kommuner er der kun få kritiske røster.

I flere kommuner antager samspillet med den lokale AMU-udbyder karakter af et egentligt partnerskab om kompetenceudvikling.

*AMU er anerkendt på demensområdet*

*Tæt dialog mellem SOSU-skole og demensteam*

*"Det bliver et samspil mellem det, de kan levere, og det, vi kan levere. Så der igen er en pendant tilbage til praksis, så folk de møder faktisk er nogle af dem, der også kan noget i vores egen organisation. Det er*

---

<sup>5</sup> Clematide, Bruno. *Social- og sundhedsassistenter i den moderne regionale psykiatri*. Kubix 2016

*det, jeg synes, er fantastisk ved det samarbejde, vi har med social- og sundhedsskolen om de her AMU-kurser.” (Demenskoordinator)*

Og dette billede af et frugtbart samspil afspejles nøjagtigt i et interview med en underviser og konsulent fra den pågældende SOSU-skole.

I en af kommunerne har der været tæt samarbejde med samme SOSU-skole i 11 år, og her har man valgt, at alle medarbejdergrupper deltager, selv om det for sygeplejersker for eksempel koster noget ekstra.

*Fra mangeårigt samarbejde..*

*”Der er rigtig, rigtig gode erfaringer med dem. Der er engagerede undervisere.*

*Og det jo meget godt at høre de samme ting, når man skal hjem og arbejde videre. Det er lettere at fastholde og komme videre i implementeringen. Men qua at vi ved, at implementeringen er en meget svær ting, så kører vi et projekt i kommunen, der hedder Fremfærd. Og det handler netop om at komme ordentlig igennem med implementeringen af den kompetenceudvikling, som der nu er blevet brugt penge på.” (Demenskoordinator)*

*”Demensuddannelsen kører på social- og sundhedsskolen og er fantastisk godt og målrettet for de her afdelinger, der har mennesker med demens. Fordi det er fagpersonale, der har forstand på demens, de bruger i det regi.” (Daglig leder)*

*..til ingen brug af AMU*

Også i en kommune, der ikke lige aktuelt har medarbejdere på AMU, understreges det, at det absolut ikke skyldes dårlige erfaringer.

En uformel kontakt med efteruddannelseschefen for den lokale AMU-udbyder i en stor by i Vestdanmark modererer dette positive billede dog: Her har kommunen besluttet kun at benytte egne kræfter i kompetenceudviklingen af social- og sundhedsassistenter og -hjælpere.

### **Fortsat især sammensatte forløb**

Interviewene danner et klart billede af, at det stadigvæk snarere er sammensatte forløb end enkeltkurser, der bruges.

*Faglig fordybelse i demens*

Et eksempel for et aktuelt forløb – som i lidt ændret sammensætning allerede blev beskrevet i den ovenfor nævnte undersøgelse fra KORA – bliver anvendt i to af de interviewede kommuner med henblik på at opkvalificere særlige ressourcepersoner. Forløbet er navngivet ‘Faglig fordybelse i demens’. Ifølge SOSU C’s hjemmeside lærer deltagerne følgende ved at gennemføre dette sammensatte forløb:

- “Hvad får du ud af kurset?”



- Du lærer at være resurseperson for demente, deres pårørende og for dine kolleger.
- Du lærer at analysere, tilrettelægge, udføre og dokumentere indsatsen i forhold til mennesker med komplekse demensforløb.
- Du lærer at rådgive og vejlede mennesker med en demenssygdom.
- Du lærer at arbejde inden for lovgivningen.
- Du lærer at forholde dig til og handle på etiske dilemmaer.
- Du lærer at udarbejde socialpædagogiske handleplaner.
- Du styrkes i at læse faglige tekster.
- Kurset afsluttes med en mindre projektopgave."

Forløbet består af følgende AMU-uddannelser:

- Projektorienteret arbejde
- Personer med demens, sygdomskendskab
- Personer med demens, aktiviteter og livskvalitet
- Magt og omsorg
- Samarbejde med pårørende

Et kritikpunkt var dog, at der på et af kurserne var medarbejdere fra både hjemmeplejen og plejehjem, fordi deres erfaringsbaggrund med demens er så forskellig:

*"Så det har været uheldigt de par gange, vi har fået hjælpere afsted på AMU-kursus, hvor det er blandet fra hjemmepleje og plejehjem. Det er helt andre dilemmaer, der er, når man er på plejehjem. Også fordi de mennesker, som er på plejehjem, er et helt andet sted, også i deres demenssygdom".* (Demenskoordinator)

### **Fordybelse: Neurorehabilitering og konflikt-håndtering**

Kommunen, hvor demensteamet står for basiskurset, har lagt et niveau oven på basiskursus med AMU-uddannelsen i neurorehabilitering. Det er et 5-dages kursus, som er lagt sammen med et 3-dages kursus i konflikt-håndtering. Det vil sige, at alle skal have 8 dage AMU oveni basiskurset.

*"Nogle har valgt at sende hele afdelingen afsted på én gang. Nogle vælger at sige, at så går halvdelen afsted på dette kursus. Næste gang er det næste halvdel. Men de skal minimum være 4 fra hver afdeling, så man har nogle, man kan samarbejde med, når man kommer hjem igen".* (Demenskoordinator)

*Underviserne kender kommunernes demensforståelse*

Det er socialpædagoger, der underviser. Og kurset er efter dialog mellem SOSU-skolen og demenskoordinator vinklet over til demens. Og underviserne har også fået at vide, at det er Tom Kitwood, der er grundlag for demensomsorg på stedet. Det har de også fået flettet med ind i kurset.

*"For medarbejderne giver det simpelthen en viden om hjernen på en mere uddybende måde. Plus de får nogle redskaber til, hvordan de kan spore, udrede ift hvad er det for skader, hvad er det for besværligheder, borgeren har. Og hvordan er det så, vi skal sætte ind, for at de kan klare sig bedre i hverdagen. Det der med at tage en konflikt ind, for eksempel i forhold til de lidt mere aggressive eller dem, man slet ikke kan få til at komme i bad eller hvad det nu kan være."*  
(Demenskoordinator)

*Teori koblet til praksis*

For at sikre at undervisningen bliver koblet til deltageres praksis, har deltagerne så at sige en borger med på kurset, som de arbejder med igennem hele forløbet. Og på denne måde bliver kurset særdeles praksisnært.

*Fælles sprog*

*"Vi har haft en del fra plejehjemmet på dette kursus, for de har haft nogle komplekse demente og de havde faktisk den følelse, at det var lidt håbløst, fordi de er så dårlige, deres beboere.*

*Men efter det kursus fandt de ud af: 'nu har vi et fælles sprog og vi kan lave nogle handleplaner, vi forstår. Altså vi kan snakke om det på et andet niveau'. De oplevede virkelig, at de fik udvidet deres kompetencer. Og de fik nogle værktøjer til, hvordan de kunne gøre det bedre.*

*Det har været sådan en succes, så nu er det udbudt til hele kommunen, det kursus. (Forstander)*

Vi ser her et eksempel på den positive udgave af penitimento, eller den lagdelte praksis: biomedicinsk viden om neurorehabilitering supplerer og understøtter udviklingen af den personorienterede demensomsorg, i stedet for at de to tilgange opfattes som konkurrerende tilgange.

### **Gode erfaringer med AMU, set med målgruppens briller**

*God baggrundsviden..*

De interviewede social- og sundhedsassistenter og -hjælpere er enige i den fortrinsvis positive vurdering af AMU fra deres ledes og demenskoordinators side.

En af de interviewede hjælpere gav udtryk for, at kurserne er gode og nyttige, når man får så megen baggrundsviden om, hvorfor et menneske ramt af demens kan agere 'så aparte' som i følgende eksempel:

*..forklarer 'uforståelig' adfærd..*

*"Så kan jeg også forstå, hvorfor jeg ikke kan trænge igennem. Hvad er det der gør, at folk, hver gang jeg kommer tandpasta på deres tandbørste, så skyller de tandpastaen af igen. For fjerde gang kommer jeg tandpasta på, så tager han tandbørsten og kører tandbørsten rundt i håndvasken og skurer og skrubber armaturet med den lille tynde tandbørste. Det forstår*

*jeg, når jeg har været på kursus.” (Social- og sundhedshjælper)*

*..og styrker assistenter og hjælpere i deres praksis*

En social- og sundhedshjælper, der arbejder på et særligt afsnit for yngre demente, deltog på kurset 'neurorehabilitering af senhjerneskadede' og 'konflikt-håndtering' og var også meget positiv i sin vurdering af kurset:

*”Ja, jeg fik meget ud af kurset, selv om jeg måske ikke kan ikke huske halvdelen. Men det er jo nok, fordi jeg bare implementerer og tænker – så har jeg det i bagagen. Jeg er nok ikke sådan et menneske, der samler så meget på kurser og titler. Det er ikke kors, stjerner og medaljer og den slags, der hænger på mig. Men jeg vil nok sige, at underviseren var helt fantastisk, og så var det også på et højt plan, et højt niveau.” (Social- og sundhedshjælper)*

Eneste kritiske røst kom fra en social- og sundhedsassistent, der helt åbenlyst var kommet på et for grundlæggende demenskursus, og det efter mange års arbejde på et særligt demensafsnit. Hun syntes derfor ikke at kunne bruge kurset til noget som helst, da hun kendte det hele i forvejen.

### **Praksisnær AMU**

*Praksisfortællinger*

Både demenskoordinatorer og social- og sundhedshjælpere og -assistenter fremhæver, at underviserne fra SOSU-skolerne er rigtig gode til at inddrage konkrete arbejdsituationer, for eksempel ved at 'have en konkret borger' med, som undervisningen kan tage udgangspunkt i.

*Virksomhedsforlagt undervisning*

Nogle steder bliver praksisnærheden yderligere understreget af, at undervisningen foregår som virksomhedsforlagt undervisning på et af plejehjemmene.

*Kan måske gøres på kortere tid*

### **Er nogle af kurserne for lange?**

Tiden er en knap ressource i både hjemmeplejen, på almindelige plejecentre og på de særlige demensafsnit. Derfor betyder længden af et AMU-kursus noget i afgørelsen, om AMU vælges til eller fra. Et eksempel herpå er den kommune, hvor grundkurset i demens gennemføres internt i stedet for hos AMU. Og hvor demenskoordinatoren vurderer, at de internt på 2 dage stort set når det, som AMU bruger 5 dage på.

*Den personcentrerede tilgang er dominerende..*

## Konklusioner

Det kan slås fast med syvtommersøm, at den dominerende tilgang i arbejdet med borgere med demens er den personcentrerede tilgang.

Personcentreret pleje og omsorg indebærer, at det er mennesket med demens, mere end demenssygdommen, der sættes i centrum, og at plejen tager udgangspunkt i personens egen oplevelse af virkeligheden.

Personcentreret pleje og omsorg sigter mod at forstå adfærd og eventuelle symptomer ud fra personens perspektiv og dermed gøre pleje og plejemiljø personligt og individuelt.

Plejen og omsorgen er blandt andet baseret på viden om personens livshistorie, vaner, værdier, behov, ønsker og præferencer.

Den personcentrerede tilgang praktiseres allerede mange steder. Og den nationale demenshandlingsplan 2025 slår yderligere et slag for denne tilgang.

*..og styrende for kompetenceudviklingen*

Det er derfor også denne tilgang, der bør være det overordnede orienteringspunkt for al kompetenceudvikling for alle medarbejdere, der arbejder med pleje og omsorg for borgere med demens. Og hermed også for kompetenceudvikling for social- og sundhedsassistenter og -hjælpere, som er i fokus i denne analyse.

## Arbejdet med borgere med demens

Social- og sundhedsassistenter og -hjælpere arbejder i tre ganske forskellige settings med borgere med demens: hjemmeplejen, 'almindelige' plejecentre og særlige demensafsnit.

Deres jobfunktioner med særlig relevans for arbejdet med borgere med demens er følgende:

*Jobfunktioner*

- Observation og tidlig opsporing
- Rapport og planlægning
- Basal pleje
- Aktivitet og socialt samvær
- Samspil med pårørende

*Stjernestunder*

Når relationsarbejdet med borgere med demens lykkes allerbedst, bidrager social- og sundhedsassistenter og -hjælpere til, at borgere med demens oplever magic moments – stjernestunder – hvor de for en stund føler sig veltilpas, afslappet og fri fra den sorg og frustration, som de ellers så tit er præget af.

## Kompetencemæssige udfordringer

Når social- og sundhedsassistenter og -hjælpere udfører de ovennævnte jobfunktioner og når de forsøger at skabe stjernestunder for borgere med demens, trækker

de på de kompetencer, de har tilegnet sig gennem deres uddannelse og erhvervserfaring. Men der er bred enighed om, at de også har brug for at bygge videre på disse kompetencer. De møder nemlig en lang række kompetencemæssige udfordringer i deres stræben efter at udføre et professionelt arbejde med fokus på den personcentrerede tilgang til pleje og omsorg:

➤ Demensfaglige kompetencer

*Viden om den socialpædagogiske tilgang:*

- Fokus på hele mennesket – den vigtige livshistorie
- Borgerens døgn har 24 timer

*Specifikke relationelle kompetencer:*

- Borgerens manglende selvindsig
- Den udadreagerende borger
- Den ulykkelige borger
- Yngre borgere med demens
- Samarbejde med pårørende
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

➤ Almenfaglige kompetencer

- Kunne håndtere dilemmaer (ud fra demensfaglig viden)
- Kunne reflektere og argumentere
- Kunne formulere og formidle væsentlige observationer

➤ Personlige kompetencer

- Kunne håndtere forskellige behov hele tiden
- Kunne ranke ryggen som professionel – uanset den pårørendes sociale status

Den udadreagerende borger, som social- og sundhedsassistenter og -hjælpere har svært ved at komme i nærheden af, er den udfordring, som alle interviewede uden undtagelse nævner som den største – også i de særlige demensafsnit, hvor de stærkeste kompetencer findes.

## **Bevidst og systematisk arbejde med kompetenceudvikling**

Alle kommuner har et demensteam, bestående af demenskoordinator(er) og demenskonsulenter, som dækker tværgående funktioner i hhv. hjemmeplejen, plejecentre og deciderede demensafsnit.

Det er demenskoordinatoren, der i alle de interviewede kommuner er nøgleperson i spørgsmål om social- og sundhedsassistenters og -hjælperes kompetenceudvikling.

Dette gælder først og fremmest de indholdsmæssige og læringsmæssige spørgsmål: Hvad er der brug for? Og hvordan når vi bedst det, der er brug for?

Det er dog ledelsen i hjemmeplejen, på plejecentrene eller de særlige demensafsnit, der afgør spørgsmålet om hvem og hvor mange, der kan deltage i kompetenceud-

viklingsforløb – ikke mindst fordi deltagelsen i kompetenceudvikling skal kunne planlægges under hensyntagen/koordinering med de daglige plejeopgaver.

Udefra set arbejder demenskoordinatorerne sammen med deres demensteams og lederne i samspil med medarbejderne enormt bevidst med de forskellige former for kompetenceudvikling. De tager fat om social- og sundhedsassistenter og -hjelperes kompetencemæssige udfordringer, og forsøger at finde passende læringsformer til de forskellige udfordringer – i situationen, med iscenesat læring på arbejdspladsen og interne uddannelser, i samspil med AMU-udbydere – så meget som det praktisk kan lade sig gøre med de ressourcer, der er til rådighed.

### **Der er brug for massiv kompetenceudvikling**

I takt med at vi bliver ældre og ældre, vil der være flere og flere mennesker med en demenssygdom og flere og flere vil formentlig leve længere tid med demens. Kommunerne kommer derfor snarere til at have en *kvantitativ* udfordring om at få opkvalificeret social- og sundhedshjelperne og -assistenterne i hjemmeplejen, 'almindelige' plejehjem og særlige demensafsnit, end at der er brug for nye typer tiltag og kurser.

*Behov for basiskvalificering og bred kompetenceudvikling i hjemmeplejen og de almindelige plejehjem..*

Nyrekrutteret personale har behov for at få en basiskvalificering om demens.

Og hvis kommunerne ønsker at tilbyde en lige så god demensomsorg på de almindelige plejehjem som på de særlige demensafsnit, er der brug for en kraftig satsning på bred opkvalificering af medarbejderne.

*..og for specialisering og fordybelse i de særlige demensafsnit*

I og med at spidskompetencerne i forhold til demens er koncentreret i de særlige demensafsnit, er der her til gengæld mest brug for dybelse og yderligere specialisering for medarbejderne i de særlige demensafsnit og bred opkvalificering af medarbejderne i de 'almindelige' plejehjem og i hjemmehjælpen.

### **AMU er anerkendt partner i kompetenceudviklingen**

*Bygge videre på det udviklede samspil*

AMU-udbydere har i nogle kommuner et særdeles vel-etableret samspil om kompetenceudvikling. Der er relevante uddannelser, dygtige undervisere og i nogle af de besøgte kommuner er der som nævnt et professionelt samspil i planlægningen af den mest hensigtsmæssige kompetenceudvikling for social- og sundhedsassistenter og -hjelper på demensområdet.

Et spørgsmål til diskussion er, om AMU vil være en attraktiv aktør i den massive indsats i forhold til basiskvalificering af nyrekrutteret personale? De relevante kurser findes. Spørgsmålet er, om de med deres længde kan konkurrere med interne uddannelser, gennemført af kommunernes demensteams.

*Sig højt at AMU kan det  
praksisnære*

Til de kommuner, der ikke bruger AMU så meget, er det ikke mindst vigtigt at formidle, at AMU ikke er grå teori på skolebænken, afkoblet fra hverdagen. At AMU tværtimod kan være rigtig god til at bringe erfaringer fra udfordrende situationer i social- og sundhedsassistenteres og -hjelperes hverdag ind i undervisningslokalet og arbejde disse med hensigtsmæssig teori og med forståelse for, hvad der praktisk er gangbart og ønskeligt.

### **Latent udviklingsbehov: Borgere med demens med ikke-vestlig baggrund**

Et område for potentiel nyudvikling er pleje af og omsorg for borgere med en ikke vestlig baggrund, der har en demenssygdom. Her møder den personorienterede tilgang til demens en kultur, hvor familien principielt tager sig af deres gamle, så længe som det overhovedet kan lade sig gøre. Hvor det formentlig er vanskeligere for det offentlige at få legitim adgang til personen med demens i hjemmet og til flytning til plejehjem eller særligt demensafsnit.

Den manglende vilje til erkendelse af at ægtefællen har en demenssygdom, bliver her forstærket af en mere traditionel forståelse af, at demenssygdomme bare er tegn på at blive gammel. Og gamle tager familien sig af – ikke det offentlige.

### **Et tankeeksperiment: Nye veje til at dække demensområdet i AMU?**

Som det fremgår af denne rapport, er social- og sundhedsassistenteres og -hjelperes arbejde fyldt med dilemmaer. Og rapporten peger ligeledes på, at borgere med demens kan hjælpes til at opleve stjernestunder, hvor de slapper af, er glade for en stund, hvor de i samklang med den personcentrerede tilgang kan nyde nuet.

### **Dilemmaer og stjernestunder som styrende temaer?**

Det er derfor en overvejelse værd, om nogle af de uddannelser, som AMU tilbyder, med fordel kunne være struktureret og sammensat i forhold til disse to så væsentlige faktorer. En uddannelsesstruktur med hhv. dilemmaer og stjernestunder som dominerende markører kunne måske også være med til at skabe et frugtbart udgangspunkt for de dialoger mellem kommunernes demenskoordinatorer og AMU-udbydernes uddannelseskonsulenter, hvor oversættelsen fra lokale behov til konkrete uddannelsesforløb foregår.

Overskrifter for sådanne nye veje kunne eksempelvis være:

- Hvordan tackler vi dilemmaer i arbejdet med borgere med demens og deres pårørende
- Hvordan skaber vi flest mulige stjernestunder?

*Kontekstrettet i forhold til hjemmeplejen, 'almindelige plejehjem' og særlige demensafsnit*

Sådan en indgang til AMU på demensområdet kunne give mulighed for at målrette de konkrete forløb i forhold til både de 3 forskellige områder – hjemmeplejen, 'almindelige' plejecentre, særlige demensafsnit:

Hvilke dilemmaer møder social- og sundhedsassistenter og -hjælpere i hvert af disse områder? Og hvordan tackles disse dilemmaer bedst muligt?

Hvordan skaber vi flest mulige stjernestunder i hhv hjemmeplejen, 'almindelige' plejecentre og særlige demensafsnit.

*Kontekstrettet i forhold til relationer med forskellige typer borgere med demens*

Målretningen af sådanne forløb kunne også konkretiseres i forhold til forskellige typer borgere: borgeren med manglende selvindsigt, den udadreagerende borger, den ulykkelige borger, den yngre borger med demens, og disses pårørende.

Hvordan tackler vi dilemmaer i relationen med borgeren med manglende selvindsigt, den udadreagerende borger, den ulykkelige borger, den yngre borger med demens, og disses pårørende.

Hvordan skaber vi flest mulige stjernestunder for borgeren med manglende selvindsigt, den udadreagerende borger, den ulykkelige borger, den yngre borger med demens, og disses pårørende.

### **Undervisningsmetoder der fremmer metodiske og personlige kompetencer**

Rapporten peger også på, hvor vigtigt det er, at social- og sundhedsassistenter og -hjælpere styrker deres evne til at reflektere, argumentere og formidle væsentlige observationer, og at det er en udfordring altid at kunne ranke ryggen som professionel i arbejdet med borgere med demens. Ud fra tidligere forsknings vil det være mest oplagt, at disse kompetencer bliver styrket i AMU, ved at der bliver anvendt undervisningsformer, hvormed disse kompetencer bliver styrket. Det kunne passende ske på uddannelser med fokus på håndtering af dilemmaer og på medvirken til at skabe stjernestunder.