

Tidlig opsporing af borgere med udviklingshæmning og demens

Principper og tjekliste for hvordan vi arbejder i Social og Handicap Gentofte Kommune

Du kan hente notatet
her:

[EMN-2022-09545:
materiale opsporing af](#)

Indholdsfortegnelse

Indledning	3
Kerneområde: Opsporing og udredning	4
Principper – overordnede anbefalinger	4
Tjekliste – sådan omsætter vi til daglig pædagogisk praksis	4
Kerneområde; Trivsel og Velvære	6
Principper – overordnede anbefalinger	6
Tjekliste – sådan omsætter vi til daglig pædagogisk praksis	6
Principper – overordnede anbefalinger	7
Tjekliste – sådan omsætter vi til daglig pædagogisk praksis	7
Kerneområde; Internt Samarbejde i kommunen	8
Principper – overordnede anbefalinger	8
Tjekliste – sådan omsætter vi til daglig pædagogisk praksis	8
Kerneområde: Tværsektorielt samarbejde	9
Principper – overordnede anbefalinger	9
Tjekliste – sådan omsætter vi til daglig pædagogisk praksis	9
Model for en styrket indsats	10
De 10 Principper for arbejdet med borgere med udviklingshæmning og demens	11

Indledning

Dette notat er en vejledning for arbejdet med tidlig opsporing af borgere med funktionsnedsættelse og demens. Vejledningen har yderligere fokus på samarbejdet på tværs i Social og Handicapdrift (SHD) for denne målgruppe.

Antallet af borgere med udviklingshæmning og demens stiger, det kan være en udfordring at få øje på begyndende tegn på demens og sikre den rette sundhedsfaglige- og pædagogiskfaglige støtte.

Mennesker med funktionsnedsættelsen udviklingshæmning, har tre-fire gange så stor risiko for at udvikle demens, og ofte begynder demenslidelsen allerede ved 40-års alderen, for borgere med Downs syndrom helt ned til 30-års alderen. Samtidig lever borgerne længere end tidligere, hvilket medvirker til, at flere udvikler demens og andre sygdomme.

Notatet er skrevet på baggrund af arbejdet med Projekt fremfærd – et projekt der netop sætter fokus på tidlig opsporing af borgere med funktionsnedsættelse og demens.

Overordnet er ambitionen, at vi i Gentofte Kommune opnår en fælles forståelse og helhedsorienteret indsats i Social og Handicap (SH), internt i SH og på tværs af tilbuddene i SHD

Vi ønsker at understøtte, at alle faggrupper er nysgerrige på hinandens fagligheder og bringer dem i spil, samt medvirker til at nedbryde barrierer mellem faggrupper og udnytter alles kompetencer bedst muligt, til gavn for den enkelte borger.

Notatet er bygget om fem kerneområder.

- I. Opsporing og udredning
- II. Trivsel og velvære
- III. Samarbejde med pårørende og netværk
- IV. Internt samarbejde i kommunen
- V. Tværsektorielt samarbejde

Opsporing udredning og arbejdet med trivsel betragtes som hovedelementerne i arbejdet med borgere med udviklingshæmning og demens. Samarbejde med pårørende og netværk skal understøtte de to hovedelementer. De sidste kernelementer samarbejdet internt i kommunen samt tværsektorielt samarbejde er vigtige for, at borgeren bliver udredt og får tilbudt relevante og nødvendige undersøgelser og behandlinger både i det primære og sekundære sundhedsvæsen. Det primære er, at det pædagogiske personale tilpasser fagligheden bedst muligt til borgerens situation og demensforløb.

For hvert kerneområde er der en række principper, disse principper er overordnede anbefalinger til arbejdet. Vi har i Gentofte tilknyttet en tjekliste for principperne så de omsættes til daglig pædagogisk praksis.

Første skridt i arbejdet er netop opsporing og udredning. Arbejdet med dette kerneområde er derfor grundlæggende for arbejdet for at sikre borgeren den bedste omsorg. Tjeklisten ved dette kerneområde er følgelig fundamentet for det videre arbejde med de øvrige kerneområder.

Lyt til den podcast Østerled og Lise Salem har medvirket i– demens hos mennesker med udviklingshæmning

<https://socialpaedagogen.sl.dk/arkiv/2021/08/demens-hos-mennesker-med-udviklingshaemning/>

Læs eventuelt mere om målgruppen samt Projekt fremfærd her:

<https://vpt.dk/handikapomraadet/ny-rapport-fastslaar-der-er-brug-kaste-lys-over-udviklingshaemning-og-demens>

<https://vpt.dk/handikapomraadet/bedre-hjaelp-til-borgere-med-udviklingshaemning-og-demens>.


Læs her rapporten fra projekt Fremfærd: [Indsatser til borgere med udviklingshandicap og demens \(vpt.dk\)](#)

Kerneområde; Opsporing og udredning

Principper – overordnede anbefalinger	Tjekliste – sådan omsætter vi til daglig pædagogisk praksis
Arbejd systematisk og helhedsorienteret med observation og dokumentation af borgerens adfærd og funktionsniveau.	Hav øget opmærksomhed på fysiologiske forandringer i forbindelse med adfærdsændring. Husk samtykke fra borger. Inddrag i videst muligt omfang borgeren i dokumentationsarbejdet. Dokumentation sker i Bosted, i sundhedsmodulet, under problemområdet viden & udvikling. Inddrag de 12 sygeplejefaglige områder i dokumentationen
Hav et systematisk og helhedsorienteret blik på borgeren, som rummer sundhedsfaglige, socialpædagogiske og pædagogiske perspektiver.	For at kende tegn på demens, skal medarbejdere, der arbejder på tilbud med borgere i målgruppen, tage ABC DEMENS kurset. Det enkelte tilbud tager stilling til om det er alle medarbejdere, afdelingen hvor borgeren bor/arbejder eller blot kontaktpersoner. Gyldendal e-Learning Portal (gyldendal-elearning.dk) Det er vigtigt at adskille borgerens livshistorie med borgerens funktionsniveau. I SH benytter vi <i>Udredningsskemaet</i> – tidligere kaldet Trinvold skemaet, der udfyldes elektronisk – i Bosted. <i>Udredningsskemaet</i> udfyldes med størst mulig inddragelse af borgeren. <i>Udredningsskemaet</i> benyttes på både dag- og botilbud. Tilbuddene mødes og ser sammen på <i>Udredningsskemaet</i> når, der er ændringer for borgeren. Overvej eventuelt om I skal udfylde <i>Udredningsskemaet</i> sammen. Diskuter blandt de relevante medarbejdere, hvordan <i>Udredningsskemaet</i> udfyldes i forhold til den enkelte borger. <i>Udredningsskemaet</i> udfyldes årligt - ½ årligt – hver 3. måned; afhængigt af hvor i processens borgeren er: <ul style="list-style-type: none">• For borgere med Downs fra de er 30 år – i enkelte tilfælde endnu tidligere.• For øvrige borgere fra de er 40 år. <i>Udredningsskemaet</i> ligger som skabelon i Bosted, se vejledning i Bosted under vejledninger, for hvordan skemaet oprettes. Vær opmærksom på, at et enkelt udfyldt skema ikke kan stå alene, der skal flere udfyldte skemaer til, før man kan se en udvikling. Hvis bo-, dagtilbud eller pårørende/netværk oplever at borgeren ændrer adfærd, intensiveres hyppigheden i udfyldelsen af <i>Udredningsskemaet</i> . Vær særligt opmærksom på, at borgeren kan have én adfærd/aktivitets niveau på dagtilbuddet og en anden adfærd/aktivitetsniveau på botilbuddet eller i samværet med pårørende/netværk.

	<p>Se video hvordan <i>Udredningsskemaet</i> udfyldes. Den ligger på GP under Bostedsvejledninger. https://gp.gentofte.dk/VidenOgVaerktoejer/ITsupport/Vejledning%20til%20omsorgssystemer/Video%20vejledning-%20Demens%20og%20Trindvold%20registrering.mp4</p>
<p>Brug fælles faglige metoder og redskaber, som støtter jer i at reflektere over og arbejde med borgerens trivsel.</p>	<p>Hav som altid fokus på etik og respekt. Overvej: Hvordan taler vi om demens i fællesskabet med de øvrige – borgerens naboer/venner/kolleger? Fortæl, netværk, pårørende og samarbejdspartnere, at det er sådan vi gør i GK</p>

Kerneområde; Trivsel og Velvære

Principper – overordnede anbefalinger	Tjekliste – sådan omsætter vi til daglig pædagogisk praksis
Samarbejd med borgere og pårørende om at udforske og dokumentere borgerens livshistorie.	<p>Vær særlig opmærksom på etik, det kan være følsomt at arbejde med sin livshistorie. Start tidligt! Det kan være meget tids- og ressourcekrævende at arbejde med livshistorier. Undersøg eventuelt hvad de pårørende/borgerens netværk kan støtte op med og inddrag eventuelt netværk og/eller frivillige i arbejdet. Læs mere om livshistorier i dette notat</p> <p> Livshistorie version nov 2022.docx</p> <p>Vær opmærksom på demensvenlig indretning af borgerens hjem, se eventuelt mere her: https://demens.aalborg.dk/media/8783629/demensvenligt-hjem-inspirationskatalog-aak.pdf</p>
Tilbyd deltagelse i meningsfulde aktiviteter, som tager hensyn til borgerens præferencer og funktionsevne	<p>Vi afholder samarbejds møder med/om borgeren med deltagere fra bo- og dagtilbud samt øvrige relevante:</p> <ul style="list-style-type: none">• Borgerens ønsker• Hvordan møder vi borgeren• Forløbskoordination <p>Et dagtilbud er vigtigt, også i et demensforløb, da tilknytning til et dagtilbud er med til at fastholde en struktur for borgeren og giver borgeren livsindhold. Det vil altid være en individuel betragtning, hvorvidt det giver mening for borgeren at fortsætte med at arbejde. Søg sparring/vejledning Fokus på implementering af et demensvenligt miljø i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none">• Socialt• Praktisk• Pædagogisk• Udfordre /stimuli/ tilpasse• Struktur / rutiner – tilpasse krav og forventninger

Kerneområde; Samarbejde med pårørende og netværk

Principper – overordnede anbefalinger	Tjekliste – sådan omsætter vi til daglig pædagogisk praksis
Prioriter samarbejdet med pårørende og netværk med blik for både deres ressourcer, og der hvor de har brug for støtte og viden.	Udgangspunktet er borgerens ønsker og samtykke ¹ . Inviter nærmeste netværk med til konsultation på hukommelsesklinikken. Vi har et tæt samarbejde både med borgerens personlige og professionelle netværk – vi inddrager hele borgerens netværk i arbejdet. Vær opmærksom på hvor og hvordan der deles viden – her tænkes særligt på -GDPR. <ul style="list-style-type: none">• Hvis modtageren ikke har en sikker-mailadresse, så skal E-Boks benyttes• Ved telefonsamtaler, så husk at lave et notat af samtalen i Bosted. Vær opmærksom på at der er borgere, der kun er tilknyttet dagtilbud, som bor hjemme hos forældre eller i anden kommune.
Vær tydelig overfor samarbejdspartnere, pårørende og netværk om, hvordan I arbejder, og sørg for, at de har den viden, de har brug for, for at kunne samarbejde med jer	Samarbejdet beskrives og formaliseres; herunder forpligtelser og opgaver, altså en præcisering og tydeliggørelse af tilbuddets opgaver samt en afklaring af roller: <i>Hvem gør hvad</i> . Det er vigtigt med et frugtbart samarbejde og (eventuelt) inddragelse af relevante samarbejdspartnere Inddrag de pårørende og netværket i arbejdet med <i>Udredningskemaet</i> . Vi udarbejder materiale – på hjemmesiden og til en pjece. Fortæl, netværk, pårørende og samarbejdspartnere, at det er sådan vi gør i GK Pjecen er ligger på GP og printes på tilbuddet efter behov

¹ Er borgeren ikke i stand til at give et informeret samtykke, varetage sin egen økonomi eller lignende bør, der ansøges om værgemål – se vejledning på familieretshusets hjemmeside [Ansøgninger \(familieretshuset.dk\)](http://ansogninger.familieretshuset.dk) – værgemål og fremtidsfuldmagt

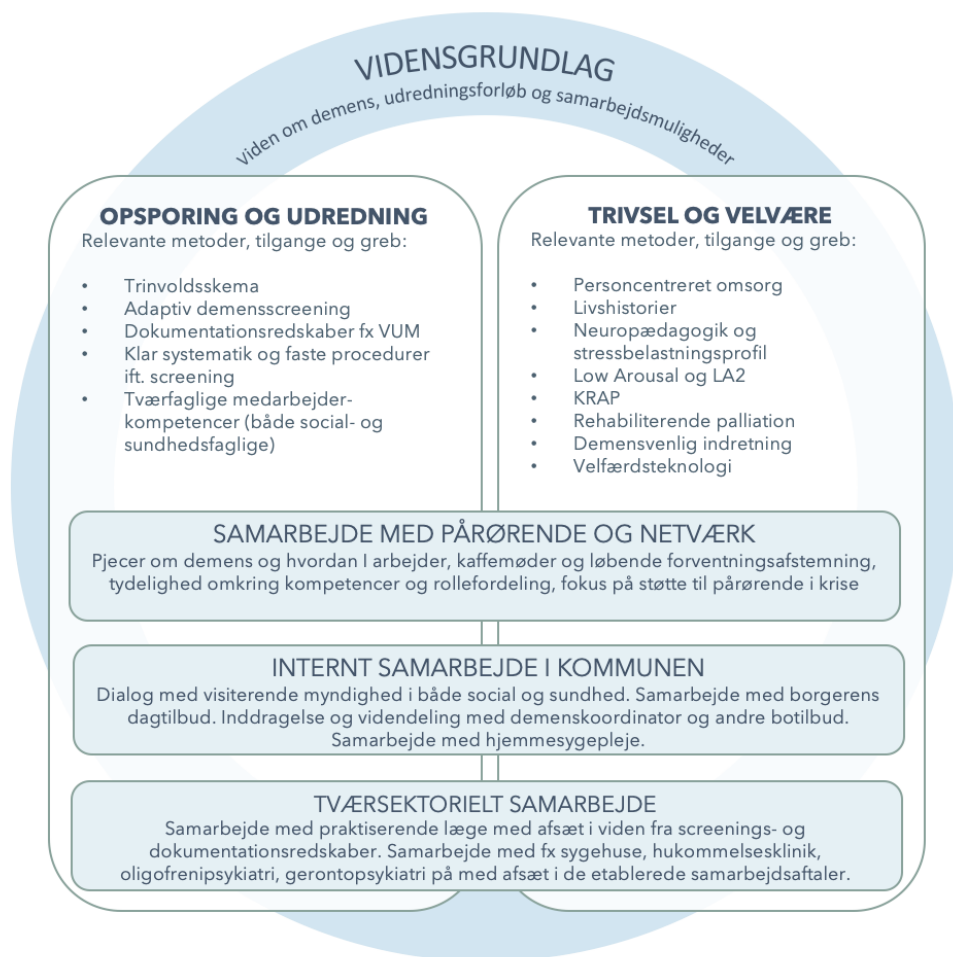
Kerneområde; Internt Samarbejde i kommunen

Principper – overordnede anbefalinger	Tjekliste – sådan omsætter vi til daglig pædagogisk praksis
Brug fagpersoner i kommunen med viden og kompetencer inden for demensområdet (på tværs af socialområdet og sundhedsområdet).	<p>Det enkelte tilbud tager stilling, hvordan I sikrer demensviden på jeres tilbud og om der fx vælges en vidensperson på tilbuddet.</p> <p>Der anbefales, at der udarbejdes en beskrivelse af videnspersoners roller og ansvar Tilbuddene opfordres til at dele viden.</p> <p>Husk at inddrage myndighed dvs. borgerens sagsbehandler/handlekommune.</p> <p>SH mødes 1 gang årligt til en temadag om demens – med fokus på fx:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ny viden• Udviklingen på SH-området• SH leverer et aktuelt oplæg med afsæt i henholdsvis det sundhedsfaglige og det pædagogfaglige• Ønsker for det næste år <p>Der er fokus på snitflade samarbejde.</p>

Kerneområde; Tværsektorielt samarbejde

Principper – overordnede anbefalinger	Tjekliste – sådan omsætter vi til daglig pædagogisk praksis
Støt borgeren i at blive undersøgt og udredt for demens, og i at få den hjælp og behandling, som borgeren har ret til i demensforløbet.	Hvis borgeren diagnosticeres med demens, skal denne dokumenteres fra eksterne fagpersoner. Dette dokumenteres i bosted ved opdatering af sundhedsprofilen og diagnoseoversigt.
Hav et formaliseret samarbejde og klare aftaler med relevante samarbejdspartnere i andre sektorer.	I SH har vi et tæt samarbejde med hukommelsesklinikken Husk også, at en indlæggelse på hospital er en sektorovergang Se også Forløbsprogram for Demens. Forløbsprogram for Demens (regionh.dk)

Model for en styrket indsats



De 10 Principper for arbejdet med borgere med udviklingshæmning og demens

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