

# **STATUS PÅ DEMENSSTRATEGIEN OG HANDLEPLAN FOR DET VIDERE ARBEJDE**

Juli 2015

## Indhold

Indledning.....	2
Fokusområde 1: Tidlig opsporing og udredning .....	4
Fokusområde 2: Information, vejledning og samarbejde med borgeren og dennes pårørende.....	8
Fokusområde 3: Borgerens hverdagsliv. ....	11
Fokusområde 4: Viden, metodeudvikling og velfærdsteknologi .....	14
Fokusområde 5: Samarbejde intern og eksternt, herunder vidensdeling .....	18

## Indledning

Siden godkendelsen af Varde Kommunes demensstrategi 2013 – 2017 er der blevet arbejdet med implementeringen. Demensstrategien er ambitiøs og indeholder mange delmål. På nogle områder kan vi allerede nu sige, at vi er ved at være i mål, mens vi på andre områder først skal til at gå i gang. Fælles for arbejdet med demensstrategien er, at vi hele tiden skal huske på visionen, som lyder *”Borgeren og dennes pårørende oplever sammenhængende forløb, der understøtter borgerens hverdagsliv, egenomsorg og funktionsevne.”*

Demensstrategien løber over fem, vi er nu halvvejs igennem strategiens levetid. Med dette notat vil vi samle op på de mål, som er nået, samt arbejde videre med en handleplan for hvordan vi frem til 2017 skal arbejde med de resterende mål.

I dette notat indgår også en status og en handleplan for de indsatser, som er igangsat i forbindelse med forsknings og udviklingsprojektet omkring Relationel Koordination. Disse er;

- ▶ Kontaktpersonfunktion
- ▶ Beskrivelse af overgangene i forbindelse med midlertidige ophold
- ▶ Træffetidsmøderne
- ▶ Demensressourcepersonerne

Ligeledes indgår de indsatser, som udvalget valgte at prioritere efter borgermødet i marts 2015. Disse er;

- ▶ Tidlig opsporing og udredning
- ▶ Primær forebyggelse
- ▶ Yngre og ny diagnosticerede demente
- ▶ Indretningen af demensvenlige plejehjem
- ▶ Rehabilitering og mere liv for demente
- ▶ Ernæring
- ▶ Velfærdsteknologi
- ▶ Kompetenceløft
- ▶ Inddragelse af frivillige

Sammenhængen mellem Demensstrategien og de indsatser, som er igangsat i forbindelse med forsknings- og udviklingsprojektet samt de indsatser, som prioriteres på baggrund af borgermødet om demens, kan ses i model 1 på næste side.

## Sammenhængen mellem Demensstrategien og øvrige indsatser på demensområdet

<b>Demensstrategien</b>	<b>Fokus-område</b>	Tidlig opsporing og udredning	Information, vejledning og samarbejde med borgeren og dennes pårørende.	Borgerens hverdagsliv.	Viden, metodeudvikling og velfærds-teknologi.	Samarbejde intern og eksternt, herunder vidensdeling.
	<b>Mål</b>	Borgere med symptomer på demens identificeres så tidligt som muligt i demensforløbet med henblik på, at der kan ske tidlig udredning og behandling.	Borgeren og dennes pårørende har viden og information til mestring af de forandringer, der følger med udviklingen af demenssygdommen. Varde Kommune samarbejder med borgeren og de pårørende, så de oplever sammenhængende forløb.	Med respekt for retten til at bestemme over eget liv, understøtter kommunens tilbud borgerens mulighed for at leve et godt hverdagsliv.	Demensindsatsen tager udgangspunkt i evidensbaseret viden og erfaringer. Velfærds-teknologi anvendes, når det understøtter borgerens mulighed for at leve et hverdagsliv, hvor sikkerhed og uafhængighed vægtes højt.	Borgeren og de pårørende oplever at det tætte tværgående samarbejde imellem kommunens forskellige instanser, interesseorganisationer og eksterne samarbejdspartnere på området danner grundlag for sammenhæng og kontinuitet i sygdomsforløbet  Der er en klar ansvarsfordeling på tværs i organisationen, og gennem kontinuerlig vidensdeling bruges seneste anbefalinger og anerkendt viden på området.
	<b>Delmål</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personalet arbejder opsporende og forebyggende og medvirker til, at der igangsættes en nærmere udredning med henblik på, at der stilles en lægefaglig diagnose.</li> <li>2. I udredningsfasen er der et tæt samarbejde mellem borgeren, dennes pårørende, kommunen, praktiserende læger og den regionale demensenhed.</li> <li>3. Varde Kommune støtter under udredningen i særlig grad borgere uden nære pårørende.</li> <li>4. Der gennemføres offentlig information for at nå bredt ud i samfundet.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Information om demenssygdomme er tilgængelig.</li> <li>2. Borgeren og de pårørende har let adgang til information om, og overblik over de kommunale tilbud på demensområdet.</li> <li>3. Pårørende tilbydes undervisning og vejledning, der bibringer viden, forståelse og kompetencer.</li> <li>4. Pårørende anerkendes for den vigtige indsats, de yder, og betragtes som vigtige samarbejdspartnere og ressourcepersoner, der inddrages under hele sygdomsforløbet.</li> <li>5. Samarbejdet mellem borgere, pårørende og kommunen understøtter oplevelsen af sammenhængende forløb.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kommunale tilbud sammensættes så de tilgodeser borgerens og de pårørendes behov bedst muligt.</li> <li>2. Der er kvalitet og sammenhæng i tilbuddene.</li> <li>3. Varde Kommune arbejder målrettet for at forebygge og imødekomme de udfordringer borgeren med svære adfærdsforstyrrelser oplever.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Al personale har basal viden om demens og symptomer på demens.</li> <li>2. Personale med tæt kontakt til borgere med demens har og anvender specialviden inden for området.</li> <li>3. Personalet arbejder ud fra handle- / døgnplaner.</li> <li>4. Anvendelse af velfærdsteknologi, der understøtter borgerens mestring af hverdagslivet, prioriteres højt.</li> <li>5. Personalet har respekt for den enkeltes ret til selvbestemmelse og anvender socialpædagogiske metoder i pleje og omsorg.</li> <li>6. Personalet har og anvender opdateret viden om magtanvendelses-reglerne.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der arbejdes tværfagligt omkring borgerens forløb.</li> <li>2. I det tværfaglige samarbejde udvælges specifikke plejefaglige metoder til komplicerede plejeforløb.</li> <li>3. Personalet inddrager udefra kommende ekspertise for råd og vejledning i meget komplekse tilfælde.</li> <li>4. Videns opsamling og koordinering af erfaringer på området tilrettelægges systematisk.</li> <li>5. Den frivillige indsats skal koordineres med kommunens professionelle indsats.</li> <li>6. Der er funktionsbeskrivelser/ arbejdsbeskrivelser for fagpersoner på demensområdet.</li> </ol>
<b>Relationel koordination</b>		➤ Kontaktpersonfunktion				<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Overgange</li> <li>➤ Træffetidsmøder</li> <li>➤ Demensressourcepersoner</li> </ul>
<b>Borgermøde om demens</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tidlig opsporing og udredning</li> <li>➤ Primær forebyggelse</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Yngre og ny diagnosticerede demente</li> <li>➤ Indretning af demensvenlige plejehjem</li> <li>➤ Aktiviteter og mere liv for demente</li> <li>➤ Ernæring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Velfærdsteknologi</li> <li>➤ Kompetenceløft</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Inddragelse af frivillige</li> </ul>

## Fokusområde 1: Tidlig opsporing og udredning

Målet er, at borgere med symptomer på demens identificeres så tidligt som muligt i demensforløbet med henblik på, at der kan ske tidlig udredning og behandling.

1. **Personalet arbejder opsporende og forebyggende og medvirker til, at der igangsættes en nærmere udredning med henblik på, at der stilles en lægefaglig diagnose.**

### **Status**

Gennem projektet "Tidlig Opsporing" arbejdes der med at få udviklet og implementeret et digitalt redskab, der kan hjælpe medarbejderne med at få dokumenteret de observationer omkring tidlig opsporing, som de gør ude ved borgerne. I projektet arbejdes der også med arbejdsgangene omkring observationerne, sådan at der også bliver reageret og handlet på observationerne. Projektet "Tidlig Opsporing" handler ikke kun om demens men generelt omkring faldende funktionsniveau og begyndende sygdom.

### **Handleplan**

Projektet pilottestes i juni 2015, herefter udarbejdes der en teknisk og en organisatorisk evaluering. Den tekniske evaluering fokuserer på den digitale løsning. Den organisatoriske evaluering fokuserer på arbejdsgangene og medarbejdernes kompetencer. I efteråret 2015 arbejdes der videre med at tilpasse og teste den digitale løsning. Den digitale løsning udvikles i samarbejde med firmaet Appinux.

**2. I udredningsfasen er der et tæt samarbejde mellem borgeren, dennes pårørende, kommunen, praktiserende læger og den regionale demensenhed.**

**Status**

Alle kan indkalde til tværfaglige møder, men særligt demenskonsulenterne har fokus på at indkalde til disse møder. Oplevelsen er dog, at det sjældent sker i forbindelse med udredningsfasen.

Tværfaglige møder afholdes oftest i forbindelse med at der er brug for at forebygge eller løse problemer i et kompliceret forløb.

Samarbejde omkring de tværfaglige møder er velfungerende. Der er ledelsesmæssig lydhørighed overfor at personalet deltager i de tværfaglige møder, også mere en gang. Demenskonsulenterne oplever, at der er et fint samarbejde med teamlederne i forhold til at arrangere det praktiske omkring møderne.

Det tværsektorielle samarbejde med den regionale demensenhed og med almen praksis er ikke så udbredt. Demenskonsulenterne orienterer borgerens egen læge omkring situationer, men egen læge deltager oftest kun hvis sagen er kompliceret eller kørt fast.

**Handleplan**

Der er fortsat fokus på at udbrede det tværfaglige samarbejde. Demenskonsulenterne har en væsentlig rolle i at koordinere dette arbejde. Det tværfaglige samarbejde kan fremadrettet styrkes gennem implementeringen af træffetidsmøderne, se mere under fokusområde 5.

**3. Varde Kommune støtter under udredningen i særlig grad borgere uden nære pårørende.**

**Status**

I foråret 2015 er der blevet udarbejdet et notat vedr. ansvar og arbejdsopgaver for kontaktpersonen, dokumentet er godkendt på ledermødet for sundheds- og ældreområdet. Se dokument i den elektroniske håndbog under Hjemmeplejen.

I notatet er det beskrevet, at kontaktpersonen har ansvaret for at sikre, at der er sammenhæng mellem indsatserne og borgerens behov. Ligeledes er det kontaktpersonens ansvar at sikre, at relevant viden er tilgængelig for andre samarbejdspartnere. Dette er særligt relevant i mødet med demente borgere som ikke har nære pårørende.

**Handleplan**

I forbindelse med godkendelsen af dokumentet er det aftalt, at den enkelte (team)leder har ansvaret for at sikre at dokumentet formidles videre ud i egen organisation og at det implementeres her. Som beskrevet, er notatet først godkendt i foråret 2015, det er på nuværende tidspunkt for tidligt at sige, om implementeringen er lykket, og hvad resultatet heraf er. Ledergruppen på sundheds- og ældreområdet har ansvaret for at evaluere på indholdet og implementeringen, det forventes at dette vil ske sidst i 2015.

**4. Der gennemføres offentlig information for at nå bredt ud i samfundet.**

**Status**

Social og Sundhedsafdelingen sikrer, at kommunen understøtter landsdækkende demenskampagner ved at være opmærksom på lanceringen af kampagner, som kommunikeres ud til relevante samarbejdspartnere.

På Varde Kommunes og på Center for Sundhedsfremmes hjemmesider er der link til Nationalt Videnscenter for Demens samt Alzheimer foreningens hjemmeside.

Center for Sundhedsfremme har informationsannoncer vedr. demenstilbud i Ugeavisen. Ligeledes har de relevante oplysninger, som løbende ajourføres.

**Handleplan**

Der er et vedholdende fokus på hvilke informationer, der er relevante at bringe videre til borgerne. Demenskonsulenterne har en stor rolle her.

## 5. Primær Forebyggelse - Indsats prioriteret på baggrund af borgermødet i marts 2015 og som relaterer sig til Demensstrategiens fokusområde med tidlig opsporing og udredning.

### Status

Netop indsatsen omkring **tidlig opsporing og udredning** er en af de indsatser, som blev prioriteret efter borgermødet. Herudover blev indsatsen omkring **primær forebyggelse** også prioriteret.

Primær forebyggelsen indgår som en del af arbejdet med implementeringen af Sundhedspolitikken og Politik for Seniorliv. Af eksempler kan nævnes at;

- ▶ Forskning har vist, at rygning er forbundet med en øget risiko for kognitiv forringelse og for Alzheimers sygdom. Sammenhængen gælder for aktuel rygning, men det er uklart om den også gælder for eks-rygere. Ved at forebygge rygestart og hjælpe borgerene til et rygestop kan vi være med til at mindske risikoen for at udvikle en demenssygdom. I Røgfri strategien, som er en af strategierne under Sundhedspolitikken, er det beskrevet, hvordan Varde Kommune frem mod 2018 vil arbejde for at skabe røgfrie miljøer og færre rygere.
- ▶ Forskning har vist, at borgere, som dyrker motion og er fysisk aktive, har en mindre risiko for at få kognitiv forringelse og Alzheimer. Sikkerheden af denne konklusion svækkes dog af, at omfanget af fysisk aktivitet i hverdagen er vanskeligt at måle, og at der anvendes mange forskellige mål for kognitiv forringelse (Videnscenter for demens). I Bevægelsesstrategien, som er en af strategierne under Sundhedspolitikken, er det beskrevet, hvordan Varde Kommune frem mod 2018 vil arbejde for at bevægelse bliver naturligt for alle borgere, og hvordan det skal sikres, at alle får mulighed for at bevæge sig hver dag.

### Handleplan

Hen over sommeren 2015 udarbejdes en masterplan for implementeringen af Sundhedspolitikken og strategierne herunder. Indholdet i Masterplanen sker ud fra de input, som er kommet frem på Chefgruppemøderne i alle forvaltningerne.



## Fokusområde 2: Information, vejledning og samarbejde med borgeren og dennes pårørende

Målet er at borgeren og dennes pårørende har viden og information til mestring af de forandringer, der følger med udviklingen af demenssygdommen. Varde Kommune samarbejder med borgeren og de pårørende, så de oplever sammenhængende forløb.

### 1. Information om demenssygdomme er tilgængelig.

#### Status

Social og Sundhedsafdelingen sikrer, at kommunen understøtter landsdækkende demenskampagner ved at være opmærksom på lanceringen af kampagner, som kommunikeres ud til relevante samarbejdspartnere.

På Varde Kommunes og på Center for Sundhedsfremmes hjemmesider er der link til Nationalt Videnscenter for Demens samt Alzheimer foreningens hjemmeside.

Center for Sundhedsfremme har informationsannoncer vedr. demenstilbud i Ugeavisen. Ligeledes har de relevante oplysninger som løbende ajourføres. Demenskonsulenterne kan vejlede borgere og fagfolk i, hvor der kan findes information og hvilke samarbejdspartnere, der kan hjælpe.

#### Handleplan

Der er et vedholdende fokus på hvilke informationer, der er relevante at bringe videre til borgerne. Demenskonsulenterne har en stor rolle her.

### 2. Borgeren og de pårørende har let adgang til information om, og overblik over de kommunale tilbud på demensområdet.

#### Status

Center for Sundhedsfremme har en hjemmeside hvor alle oplysninger om kommunale tilbud kan findes. Hjemmesiden kan ses her: <http://www.sundhedsfremme.vardekommune.dk/sygdom/demens.aspx>. Når der kommer nye tilbud er der informationsannoncer i Ugeavisen.

#### Handleplan

Der er et vedholdende fokus på hvilke informationer, der er relevante at bringe videre til borgerne. Demenskonsulenterne har en stor rolle her.

### 3. Pårørende tilbydes undervisning og vejledning, der bibringer viden, forståelse og kompetencer.

#### Status

Pårørende til demente kan tilbydes undervisning og vejledning i flere forskellige sammenhænge. Oftest vil det være demenskonsulenterne, som har denne opgave, ude på plejecentrene kan opgaven dog også ligge hos demensressourcepersonerne eller hos den demente borgers kontaktperson.

Demenskonsulenterne har følgende tilbud;

- ▶ Pårørende grupper, som oprettes efter behov.
- ▶ I forbindelse med tilbuddet *Bevæg og bevar dig glad* er der planlagt undervisningsemner til de pårørende, mens borgere med en demenssygdom motionerer. Læs mere her:  
<http://www.sundhedsfremme.vardekommune.dk/kurser-og-tilbud/kurser-og-tilbud/bevaeg-og-bevar-dig-glad.aspx>
- ▶ Demenskonsulenterne underviser og vejleder de pårørende i forbindelse med hjemmebesøg. I nogle situationer aftales det at ægtefælle og børn samles til undervisning/vejledning.

#### Handleplan

Der arbejdes fortsat med at oprette pårørende grupper, når behovet her for viser sig. Pårørende grupperne oprettes så vidt muligt ude i lokalsamfundet.

Under demensstrategigruppen er der nedsat en arbejdsgruppe, som skal se på, hvilke mulige løsninger/tilbud der skal være til de pårørende. Gruppen har resten af året til at arbejde med et oplæg.

### 4. Pårørende anerkendes for den vigtige indsats, de yder, og betragtes som vigtige samarbejdspartnere og ressourcepersoner, der inddrages under hele sygdomsforløbet.

#### Status

#### Handleplan

## 5. Samarbejdet mellem borgere, pårørende og kommunen understøtter oplevelsen af sammenhængende forløb.

### Status

Forbedret samarbejde og en øget oplevelse af sammenhængende forløb er en del af udviklings- og forskningsprojektet omkring Relationel Koordinering og Strategisk Relationel Ledelse. I forhold til at sikre sammenhængende forløb arbejdes der konkret med tre indsatser;

- ▶ Kontaktpersonfunktionen - I foråret 2015 er der blevet udarbejdet et notat vedr. ansvar og arbejdsopgaver for kontaktpersonen, dokumentet er godkendt på ledermødet for sundheds- og ældreområdet. Se dokument i den elektroniske håndbog under Hjemmeplejen.

I notatet er det beskrevet, at kontaktpersonen har ansvaret for at sikre, at der er sammenhæng mellem indsatserne og borgerens behov. Ligeledes er det kontaktpersonens ansvar at sikre, at relevant viden er tilgængelig for andre samarbejdspartnere. Dette er særligt relevant i mødet med demente borgere som ikke har nære pårørende.

- ▶ Overgange – formålet er at sikre sammenhængen og kommunikationen i forbindelse med overgange til og fra et midlertidigt ophold, se mere under pkt. 5.1.
- ▶ Træffetidsmøder – formålet er at styrke samarbejdet og kommunikationen omkring den enkelte borger gennem tværfaglige træffetidsmøder, se mere under pkt. 5.1.

### Handleplan

Kontaktpersonfunktionen - I forbindelse med godkendelsen af dokumentet er det aftalt, at den enkelte (team)leder har ansvaret for at sikre at dokumentet formidles videre ud i egen organisation og at det implementeres her. Som beskrevet, er notatet først godkendt i foråret 2015, det er på nuværende tidspunkt for tidligt at sige, om implementeringen er lykket, og hvad resultatet heraf er. Ledergruppen på sundheds- og ældreområdet har ansvaret for at evaluere på indholdet og implementeringen, det forventes at dette vil ske sidst i 2015.

## Fokusområde 3: Borgerens hverdagsliv.

Målet er, at med respekt for retten til at bestemme over eget liv, understøtter kommunens tilbud borgerens mulighed for at leve et godt hverdagsliv.

### 1. Kommunale tilbud sammensættes så de tilgodeser borgerens og de pårørendes behov bedst muligt.

#### Status

I Varde Kommune er der sat ind på flere områder for at sikre demente borgere og deres pårørende et godt hverdagsliv. Der er udarbejdet kvalitetsstandarder på området, disse kan ses i den elektroniske håndbog. Kvalitetsstandarderne er godkendt og implementeret. Flere af indsatserne er finansieret med midler fra Ældrepuljen. I kvalitetsstandarderne er følgende beskrevet;

- ▶ Udvidelse af åbningstider for demensdaghjem
- ▶ Udvidet indsats for personlig hjælp og pleje
- ▶ Etablering af første kontakt hos en dement borger
- ▶ Bevilling af aflastning i hjemmet

På borgermødet om demens i marts 2015 var der flere ideer og ønsker om indsatser der kunne være med til at skabe et endnu bedre hverdagsliv for de demente borgere og deres pårørende. På udvalgmødet i maj blev følgende indsatser prioriteret.

- ▶ **Yngre og nydiagnosticerede demente:** Varde Kommune har ingen til tilbud direkte målrettet yngre og ny diagnosticerede demente. Der er dog etableret et samarbejde med Frivillighuset i Varde omkring Mandagsklubben, det er et tilbud til borgere der har fået en demensdiagnose men som endnu ikke har behov for daghjem. Antallet af yngre demente (< 65 år) i Varde Kommune er 12 borgere, hvoraf to af borgerne bor på en institution på handicapområdet
- ▶ **Indretning af demensvenlige plejehjem:** Flere repræsentanter fra Varde Kommune deltog på Demensdagene i maj 2015. Her var temaet "Et demensvenligt samfund". På disse dage blev der blandt andet givet inspiration til indretningen af demensvenlige plejehjem. De eksisterende plejecentre kan indrettes så plejeboliger bliver demensvenlige.
- ▶ **Aktiviteter og mere liv for demente:**
- ▶ **Ernæring**

## Handleplan

Der er behov for en afklaring af, hvordan vi kan geare organisationen til den foranderlighed, der er på demensområdet, herunder også fokus på om vi har de rette tilbud?

- ▶ **Yngre og nydiagnosticerede demente:** I forbindelse med indsendelser af budgetønsker for 2016 har Social og Sundhed indsendt et ønske om at etablere et træningstilbud til målgruppen lettere til moderat demente. Ønsket er at målgruppen får tilbudt at deltage i et træningsforløb på 16 uger med træning tre gange om ugen af en times varighed. Træningen skal varetages af fysioterapeuter fra Træning & Rehabilitering. Baggrunden for budgetønsket er at ny dansk forskning viser, at moderat til hård konditionstræning kan mindske symptomer som irritabilitet, depression, uro, rastløshed og forstyrrelser i døgnrytmen hos patienter med Alzheimer i let grad. Også patienternes koncentrationsevne, kondition og fysiske funktion øges i takt med intensiteten og mængden af den fysiske træning.
- ▶ **Indretning af demensvenlige plejehjem**  
Varde Kommune er blevet inviteret ind i et udviklingsforum - Demensrummet. Forløbet strækker sig fra august 2015 – december 2015. I perioden udvikler Demensalliancen<sup>1</sup> sammen med medlemmerne af Demensrummet principperne for, hvad der udgør en demensvenlig region og kommune. Der tages afsæt i kommuners og regioners udfordringer, erfaringer og ekspertise – bl.a. det kommunale fokus på effektiv og tilpasset rehabilitering, kompetenceløft til plejepersonalet og behovet for nye demensegnede boliger. Demensalliancen samler sammen med arkitekter, investeringsfonde, kommuner og faglige eksperter, viden og erfaringer om demensvenligt byggeri.
- ▶ **Rehabilitering og mere liv for demente**
- ▶ **Ernæring**  
I forbindelse med, at Varde Kommune skal overtage modtagekøkkener, er der søgt midler til at arbejde med spisesituationerne herunder også demensvenlige spisesituationer. Der er søgt midler på budgettet for 2016 og fra Socialministeriets satspulje.

**Note** <sup>1</sup>: Ældre Sagen, FOA, PenSam, Alzheimerforeningen og Dansk Sygeplejeråd har dannet Demensalliancen med en fælles vision om at 1) Ingen skal være alene med demens i Danmark, 2) En investering i et godt og værdigt liv for personer med demens og deres pårørende og 3) Danmark skal gå forrest og være et demonstrationsland på demensområdet

## 2. Der er kvalitet og sammenhæng i tilbuddene.

### Status

Kvalitet og sammenhæng er et vedvarende fokusområde i alle indsatser. For at sikre kvaliteten af de indsatser, som har betydning for borgerens hverdagsliv arbejdes der med kvalitetsstandarderne, som det er beskrevet i pkt. 3.1.

Der arbejdes med at sikre sammenhængen ved at styrke den Relationelle Koordinering i hele organisationen.

### Handleplan

## 3. Varde Kommune arbejder målrettet for at forebygge og imødekomme de udfordringer borgeren med svære adfærdsforstyrrelser oplever.

### Status

For at sikre, at fagpersonerne er klædt på til at håndtere de udfordringer, som kan opstå i mødet med borgere, der har svære adfærdsforstyrrelser, så underviser demenskonsulenterne demensressourcepersoner 2x2 timer årligt. Sygeplejen kan med fordel være repræsenteret på møderne.

### Handleplaner

Der er et ønske om at udvide enten antallet af møderne eller længden af møderne. Karin Viuff, demenskonsulnet, har udarbejdet et oplæg om, hvordan organiseringen fremadrettet kan være. Dette oplæg drøftes i demensstrategi gruppen i efteråret.

Der er behov for at arbejde mere systematisk med læring ift. magtanvendelser. Det foreslås, at der årligt på baggrund af magtanvendelsesrapporten udformes en case, som de enkelte teamledere arbejder med i deres team. Derudover kan medarbejdernes oplevede magtanvendelsessituationer drøftes på teammøder. En konsulent i Ældre og Handicap arbejder på dette.

## Fokusområde 4: Viden, metodeudvikling og velfærdsteknologi

**Målet er** at, demensindsatsen tager udgangspunkt i evidensbaseret viden og erfaringer. Velfærdsteknologi anvendes, når det understøtter borgerens mulighed for at leve et hverdagsliv, hvor sikkerhed og uafhængighed vægtes højt.

Velfærdsteknologi og kompetenceløft var to af de emner, der blev prioriteret efter borgermødet om demens. Begge emner stemmer fint overens med de delmål, som er beskrevet i demensstrategien under fokusområdet *Viden, metodeudvikling og velfærdsteknologi*. Det giver derfor fint mening, at disse to emner fortsat prioriteres som en del af det videre arbejde med demensstrategien.

### 1. Al personale har basal viden om demens og symptomer på demens.

#### **Status**

En stor del af social og sundhedshjælperne og -assistenterne har kurserne Demens 1 og 2.

#### **Handleplan**

Det vurderes løbende, om der er behov for at tilbyde kurserne til nye medarbejdere.

## 2. Personale med tæt kontakt til borgere med demens har og anvender specialviden inden for området.

### Status

Der er søgt midler til uddannelse i KRAP Kognitiv, Ressourcefokuseret og Anerkendende Pædagogik.

Formålet med **Diplommodulet (10 medarbejdere)** er at øge medarbejdernes kompetencer til at kunne sparre og vejlede kollegaer i analyse og refleksionsprocesser omkring arbejdet med demente borgere. Derudover kan de understøtte forankringen af den socialpædagogiske tilgang hos de medarbejdere, der har deltaget i et fem dages kursusforløb i KRAP, og på denne måde være med til at skabe en kultur omkring demensarbejdet i Varde Kommune.

Formålet med **kurset (24 medarbejdere)** er at styrke medarbejderne i arbejdet med demente borgere. Det kræver en særlig opmærksomhed og kompetence hos personalet, at kunne hjælpe den demente til at opretholde så meget af sin identitet som muligt, på trods af sygdommens forværring. Medarbejderne vil få konkrete værktøjer i form af indsigt, redskaber og metoder, der kan hjælpe dem til at arbejde udviklingsorienteret ud fra et anerkende og ressourcefokuseret syn. En øget forståelse kan bidrage til at mindske magtanvendelser på demensområdet, da medarbejderne får redskaber til at få øje på alternative tænkninger om en bestemt adfærd.

### Handleplan

I efteråret planlægges afviklingen af diplommodulet og kurset. Begge forløb afholdes i starten af 2016. De 24 pladser på grunduddannelsen i KRAP er fordelt til de 3 centerområder. De 10 pladser på diplommodulet fordeles til de 3 centerområder samt 1 plads til Sundhedscenteret.



### 3. Personalet arbejder ud fra handle- / døgnplaner.

#### **Status**

Særligt personalet på plejecentrene arbejder med handle- og døgnplaner. I hjemmeplejen er det ikke alle borgere, hvor det er relevant at arbejde med handle- og døgnplaner. Sygeplejerskerne er også kommet godt i gang med at bruge handle- og døgnplanerne og der er et vedholdende fokus i hele organisationen på at styrke kvaliteten i planerne.

Døgnrytmeplanen beskriver hvordan hjælpen udføres døgnet igennem hos borgeren. Handleplanen starter ud med ét overordnet problem, hvortil der knyttes et eller flere mål, evt. med tilhørende delmål. Fra hvert mål /delmål udspringer et eller flere handlinger, der løbende skal evalueres på, for at følge udviklingen mod målet. Handleplanen anvendes på tværs (relationelt) i hele ældreområdet og sikrer sammenhæng i arbejdet med fælles mål omkring borgeren. For nuværende dokumenteres i handleplaner når 1) det retningsgivende mål fra visitationen har et udviklende sigte, 2)indsatser er videredelegeret (ud over rammedelegeringer), 3)der er visiteret Sygeplejeindsatser med krav om handleplaner

#### **Handleplan**

Anvendelsen af Handleplaner forventes gradvist øget til at omfatte flere områder. I systemet udvikles der flere handleplaner, som skal understøtte at der dokumenteres struktureret på udvalgte problemområder

**4. Anvendelse af velfærdsteknologi, der understøtter borgerens mestring af hverdagslivet, prioriteres højt.**

**Status**

Anvendelsen af velfærdsteknologi på demensområdet er med udgangspunkt i kommunens strategi for velfærdsteknologi. I samarbejde med Esbjerg Kommune, Sydvestjysk Udviklingsforum og konsulentfirmaet Kl.7 indgår Varde Kommune i projektet *Demens – selvhjulpen i eget hjem*.

**Handleplan**

Der arbejdes med to velfærdsteknologiprojekter:

- 1. Livshistorie:** (Endnu ikke besluttet iværksat) Aktiveringsprojekt for de borgere der får diagnosticeret demens, men som stadig har en god kognitiv funktion, samt deres pårørende. Livshistorie kan bl.a. anvendes af de medarbejdere, der har kontakt med borgeren, hvor de får nem adgang til væsentlig viden om borgeren via livshistorien, hvilket vurderes at være formålstjenligt i forbindelse med konflikthåndtering og dæmpning af stress og uro.
- 2. Tryk i eget hjem:** Opsætning af sensorbaseret overvågningssystem i borgerens hjem. Eksempler herpå er faldalarm, køkkenalarm, monitorering af fysiske parametre, GPS mv. Der arbejdes på at teste nogle af løsningerne hen over efteråret.

**5. Personalet har respekt for den enkeltes ret til selvbestemmelse og anvender socialpædagogiske metoder i pleje og omsorg.**

**Status**

Se pkt. 4.1. og pkt. 4.2.

**Handleplan**

Se pkt. 4.1. og pkt. 4.2.

**6. Personalet har og anvender opdateret viden om magtanvendelsesreglerne.**

**Status**

Ældre konsulent Mette Fuglsang Larsen, der arbejder med magtanvendelse, deltager på møder i demensstrategigruppen og fremlægger som et fastpunkt den årlige magtanvendelsesrapport. Derudover arbejdes der på, hvordan læringsaspektet kan sikres. Se også pkt. 3.3.

**Handleplan**

Hen over sommeren og efteråret 2015 arbejdes der på at udvikle nyt materiale, som er målrettet alle faggrupperne på sundheds- og ældreområdet. Formålet er at informere om, hvordan medarbejderne skal tolke og forstå magtanvendelsesreglerne samt indberetningen af magtanvendelse.

Gennemførelsen af KRAP kursusforløb og diplommodul omkring KRAP i efteråret 2015 og i starten af 2016 støtter op om arbejdet med at forebygge magtanvendelse.

## Fokusområde 5: Samarbejde internt og eksternt, herunder vidensdeling

Målet er, at borgeren og de pårørende oplever, at det tætte tværgående samarbejde imellem kommunes forskellige instanser, interesseorganisationer og eksterne samarbejdspartnere på området danner grundlag for sammenhæng og kontinuitet i sygdomsforløbet

Der er en klar ansvarsfordeling på tværs i organisationen, og gennem kontinuerlig vidensdeling bruges seneste anbefalinger og anerkendt viden på området.

### 1. Der arbejdes tværfagligt omkring borgerens forløb.

#### **Status**

Udviklings og forskningsprojektet omkring Relationel Koordinering og Strategisk Relationel Ledelse er med til at styrke det tværfaglige samarbejde. I forbindelse med Udviklings- og forskningsprojektet er der bl.a. nedsat underarbejdsgrupper, som har fået til formål at beskrive det videre arbejde med overgangene i forbindelse med midlertidige ophold samt organiseringen omkring træffetidsmøderne. Begge dokumenter er godkendt af lederne på Sundheds- og Ældreområdet.

Overgange – der er udarbejdet to dokumenter. Et dokument som beskriver arbejds- og ansvarsfordelingen samt dokumentationen i forbindelse med planlagte midlertidige ophold og ligeledes et dokument for de akutte midlertidige ophold. Begge dokumenter kan ses i den elektroniske håndbog.

Træffetidsmøder – beskrivelsen af træffetidsmøderne er udarbejdet og godkendt af lederne på sundheds- og ældreområdet. Lige nu arbejdes med at få systematiseret træffetidsmøderne i praksis og få det integreret til Avaleo. Sidstnævnte vil ske hen over sommeren 2015.

#### **Handleplan**

Der følges op på implementeringen i efteråret 2015. Dokumenterne revideres i september/oktober 2015.

**2. I det tværfaglige samarbejde udvælges specifikke plejefaglige metoder til komplicerede plejeforløb.**

**Status**

Som beskrevet under pkt. 4.1. og pkt. 4.2. er der en opmærksomhed på, at der både er et basalt vidensniveau i hele organisationen samt en mindre gruppe af medarbejdere, der har en specialviden i forhold til at kunne håndtere de komplicerede forløb. I Varde Kommune er det besluttet, at der arbejdes videre med KRAP metoden, se pkt. 4.2.

**Handleplan**

Se pkt. 4.2.

**3. Personalet inddrager udefra kommende ekspertise for råd og vejledning i meget komplekse tilfælde.**

**Status**

Varde Kommune samarbejder med Gerontopsykiatrien. I Samarbejdsaftalen på demensområdet er det beskrevet at den lokale regionale demensenhed har en opgave i at være en *"Rådgivende funktion for andre afdelinger og kommuner i lokalområdet."*

**Handleplan**

Der er igangsat et arbejde med at revidere samarbejdsaftalen. Den tværsektorielle følgegruppe for demens har fået til opgave at komme med input til revideringen. Varde Kommune er repræsentant for kommunerne omkring SVS.

**4. Videns opsamling og koordinering af erfaringer på området tilrettelægges systematisk.**

**Status**

Indtil nu er der ikke systematisk blevet arbejdet med opsamling af viden og koordinering af erfaringer.

**Handleplan**

I Social og Sundhedsafdelingen er ansat en Ældre konsulent, som har fået til opgave at arbejde mere systematisk med opsamling af viden og vidensdeling, herunder også koordinering af erfaringer. I dette arbejde ligger også naturligt at se på, hvordan vi kan blive bedre til at implementere. Arbejdet er sat i gang, men det tager tid, da det i høj grad er kulturen omkring viden og implementering af viden der skal ændres. For at fastholde fokus vil der som noget nyt efter sommerferien 2015 blive arbejdet med implementering på ledermødet for sundheds- og ældreområdet.

## 5. Den frivillige indsats skal koordineres med kommunes professionelle indsats.

### Status

Indtil nu er der ikke systematisk blevet arbejdet med at koordinere den frivillige indsats i arbejdet med demente borgere.

### Handleplan

Inddragelse af frivillige er et af de emner, som blev prioriteret på baggrund af borgermødet om demens i marts 2015. Der er en dialog i gang med Alzheimerforeningen omkring afholdelse af et arrangement i efteråret. Arrangementet er i høj grad tiltænkt som oplysning og information til borgere med interesse, samt som et arrangement, der generelt skal få demens printet mere på borgernes netinde.

## 6. Der er funktionsbeskrivelser/ arbejdsbeskrivelser for fagpersoner på demensområdet.

### Status

I forbindelse med Udviklings- og forskningsprojektet omkring Relationel Koordination er der udarbejdet funktionsbeskrivelser for demensressourcepersonerne. Der er udarbejdet funktionsbeskrivelser for;

- Demenskonsulenterne
- Demensvidensperson i Sygeplejen
- Demensressourceperson på Ældreområdet
- Demenskoordinator i Social og Sundhedsafdelingen
- Demensressourceperson i Social og Handicap

Beskrivelserne er godkendt af lederne på sundheds- og ældreområdet. Beskrivelserne kan ses i den elektroniske håndbog.

### Handleplan

Indholdet i beskrivelserne implementeres i sommeren og efteråret 2015. De revideres i januar 2016.