

METODER TIL ØGET TRIVSEL OG LIVSKVALITET

For personer med udviklingshandicap og demens



Resultater af et forsknings- og udviklingsprojekt

Udført i samarbejde mellem Frederikshavn Kommune og Professionshøjskolen UCN

Støttet af den A.P. Møllerske Støttefond

November, 2025.

FORORD

Dette metodekatalog er udarbejdet på baggrund af samskabelsesprojektet "Øget trivsel og livskvalitet for personer med udviklingshandicap og demens". Projektets resultater har sit afsæt i et samarbejde mellem fire botilbud i Frederikshavn kommunes Center for handicap og psykiatri og Professionshøjskolen UCN - med økonomisk støtte fra den A.P. Møllerske støttefond. Projektet udspringer af medarbejdernes oplevelser på bostederne, hvor flere og flere beboere udvikler demens og kræver en anden form for omsorg og hjælp i takt med sygdommens udvikling. Formålet med projektet var at sammen at udtænke og afprøve pædagogiske og sundhedsfaglige viden og metoder med henblik på at øge trivsel og livskvalitet for personer med udviklingshandicap og demens.

Vi ønsker med denne udgivelse at synliggøre den proces, som projektet har gennemgået og dele de metoder, der er udviklet i praksis, med andre bosteder i lignende situationer. Metodekataloget kan endvidere anvendes af forskere, beslutningstagere og andre interesserede, der beskæftiger sig med projektets målgruppe.

Metodekataloget er inddelt i tre overordnet sektioner:

1

Baggrund:

En beskrivelse af projektets afsæt, metoder og teoretiske rammer, som giver læseren indsigt i, hvordan vi er nået frem til metodekataloget

2

Præsentation af målgruppe og demenstyper:

En kort introduktion til målgruppen og de forskellige demenstyper og symptomer. Læseren får her et indblik i demenssygdommens betydning for mennesker med intellektuelle udviklingshandicap

3

Metodebeskrivelser:

Et opslagsværk til praksis, der giver en kort indføring til de konkrete metoder. Formålet er at inspirere til refleksion og handling i forhold til konkrete praksisnære problematikker og situationer

Metodekataloget er udarbejdet af:

Jeanette Schade Leth; Uddannet fysioterapeut, Cand.scient.san. og Ph.d. fra forskerskolen for livslang læring. Lektor og forskningskoordinator i Forskningscenteret for in- og eksklusion i pædagogisk praksis og forsker med særlig fokus på trivsel og livslang læring.

Thomas Waring Stubben; Uddannet cand.mag. i dansk, filosofi og videnskabsteori. Lektor og forsker ved UCN indenfor handicapområdet med særligt fokus på beslutningstagen og livskvalitet. Ph.d.-stud. ved Institut for Sociologi og Socialt Arbejde på AAU.

Thomas Heegaard Christensen; Uddannet pædagog og cand. pæd. i generel pædagogik. Lektor og forsker ved UCN indenfor handicapområdet med særligt fokus på deltagelse og livskvalitet.

Lisbeth Nielsen; Uddannet pædagog, cand. pæd. i pædagogisk sociologi og master i Uddannelsesledelse ved DPU. Lektor og forsker ved UCN indenfor handicapområde med særligt fokus på beskæftigelse og livskvalitet.

Vi håber metodekataloget vil finde anvendelse og bidrage til øget trivsel og livskvalitet i mange forskellige kontekster, og at det kan inspirere til fortsat arbejde med udvikling af praksis omkring beboere med udviklingshandicap og demens.



INDHOLD

Del 1: Baggrund

- Et samarbejde mellem Frederikshavn Kommune og Professionshøjskolen UCN
- Baggrund for metodekatalog og processen bag

Side 4 - 7

Del 2: Præsentation af målgruppe og demenstyper

- Hvad er demens?
- Hyppigste symptomer på demens
- Flere personer med udviklingshandicap udvikler demens

Side 8 - 12

- Personcentreret tilgang og socialpædagogik
- Martha Nussbaums kapabilitetstilgang
- Demensskemaet som indgang

Side 13 - 22

Del 3: Metodebeskrivelser

Introduktion til metodekatalog

Side 23 - 25

Metoder til at arbejde med livshistorie

- Metoder: Livshistoriebøger, livshistoriekasser og livshistorieture

Side 26 - 41

Metoder med brug af velfærdsteknologi

- Metoder: Støtte til trykthed via tablet og anvendelse af beroligende teknologi

Side 42 - 52

Strukturorienterede metoder

- Metoder: Støtte ved skift imellem hverdagsarenaer og forudsigelighed i omsorgs- og støttesituationer

Side 53 - 62

Samspilsorienterede metoder

- Metoder: Scene- og personskift, kontakt-øer, bekræfte og følge beboerens livsverden og afstemme i forhold til latenstid

Side 63 - 80

Referenceliste

Side 81- 82



1

BAGGRUND

ET SAMARBEJDE MELLEM

Frederikshavn Kommune og Professionshøjskolen UCN

Denne publikation er et resultat af et samarbejde mellem fire botilbud i Frederikshavn Kommunes Center for handicap og psykiatri og Professionshøjskolen UCN. I Frederikshavn Kommune bor personer med udviklingshandicap og demens på botilbud, som geografisk er spredt i kommunen. Kommunen har et ønske om at øge denne målgruppes trivsel og livskvalitet gennem udvikling af medarbejdernes pædagogiske og sundhedsfaglige indsatser.

Medarbejdernes oplevelser:



I kommunen har medarbejderne på botilbudsområdet for voksne med udviklingshandicap, oplevet at det kan være vanskeligt at få lov til at yde den nødvendige støtte og omsorg for beboerne, og at de ofte først sent observerer symptomerne på demens hos beboerne. Det er derfor væsentligt at identificere og udvikle metoder, der kan kvalificere medarbejdernes pædagogiske og sundhedsfaglige tilgang.

Medarbejdernes oplevelse afspejler en generel tendens på området – at der netop mangler viden om og erfaring med at anvende faglige metoder i omsorgsarbejdet. Dette har betydning for medarbejdernes tilgang til beboerne, deres trivsel og livskvalitet, men også for medarbejdernes egen trivsel på arbejdspladsen. Disse faglige udfordringer har dannet afsæt for kommunens samarbejde med UCN Pædagogik og Forskningscenter for in- og eksklusion i pædagogisk praksis.

Et behov for særlig støtte og omsorg – et tværfagligt fokus

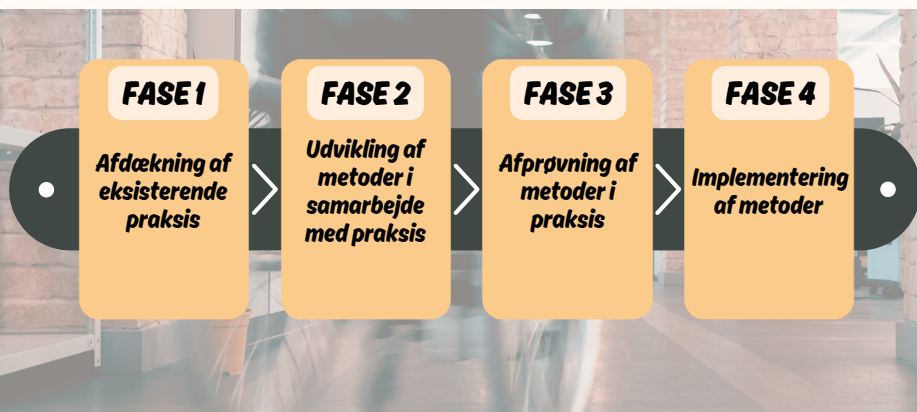
Demensområdet har traditionelt taget udgangspunkt i en sundhedsfaglig tilgang i arbejdet med pleje og omsorg. Den sundhedsfaglige tilgang har ofte stor opmærksomhed på diagnosen demens, og de symptomer den demensramte har, samt på den særlige pleje og omsorg den demensramte har behov for. Dog er der i de senere år i demensforskningen og nyere faglige tilgange rettet større fokus på personcentrerede tilgange (Brooker & Kitwood, 2019), samt en øget orientering mod værdien og betydningen af inddragelsen af psykosociale og social- og specialpædagogiske indsatser. Her ses et fokus på det demensramte menneske som et selvstændigt menneske med egne behov og ret til selvbestemmelse (Kabel, 2017).

BAGGRUND FOR METODEKATALOG

Igennem udviklings- og forskningsprojektet *Øget trivsel og livskvalitet for personer med udviklingshandicap og demens* har medarbejdere, ledelse og forskerteamet, udviklet, afprøvet og skabt viden om nye metoder, der kobler pædagogisk viden om udviklingshandicap og sundhedsfaglig viden om demens. Formålet var således at øge trivsel og livskvalitet hos beboere med kombinationen af udviklingshandicap og demens. Endvidere var formålet at øge medarbejdernes faglige kompetencer via brug af disse nye og forbedrede metoder til at møde og drage omsorg for beboerne i botilbuddene.

Processen bag metodeudviklingen:

Metoderne i publikationen afspejler en udviklingsproces gennem en årrække med medarbejdere og ledelse i de fire botilbud og forskerne fra UCN. Projektet har været inspireret af en aktionsforskningstilgang (Jensen 2019; Laursen 2020) hvor samarbejde mellem forskning og praksis, i udvikling af konkrete og brugbare metoder til at støtte beboerne med udviklingshandicap og demens, har været omdrejningspunktet. Indenfor denne type forskning anerkendes, at hver aktør bidrager med sin viden og erfaringer, og samarbejder herudfra i en dialektisk proces hvorved ny viden genereres. Igennem seks workshops har medarbejdere, ledelse og forskere vidensdelt og udviklet praksis i relation til arbejdet med beboerne. Mellem hver af de seks workshops har medarbejderne udført prøvehandler med gradvis progression i udviklingsprocessen. Her visualiseret i nedenstående figur:



Konkrete problemstillinger har dannet grundlag for prøvehandlinger i relation til arbejdet med beboerne i de fire botilbud. Medarbejderne har gradvis justeret og udviklet metoder i projektet og fået konkret faglig viden om demenstilgange fra forskning. Endvidere har medarbejderne fået sparring og feedback på deres respektive metodeudvikling i egen praksis og i forbindelse med projektets 6 workshops. Metodekataloget er et resultat af netop dette arbejde.

Et bidrag til et fælles sprog

Metodekataloget skal ses som et bidrag til et fælles sprog omkring de pædagogiske og sundhedsfaglige tilgange og metoder i indsatser for personer udviklings-handicap og demens. Tilgangen og de metodiske principper som præsenteres i nedenstående, repræsenterer forskellige perspektiver på person-støtte og omsorgsarbejde. Metoderne sigter på hver deres måde mod at øge beboerens trivsel og livskvalitet.

Tilgange og metoder præsenteret i dette metodekatalog skal ikke ses som et facit, men er tænkt som et bidrag til inspiration og støtte til faglige vurderinger og refleksioner i hverdagens arbejde med målgruppen. Vores ambition med metodekataloget er dermed af de beskrevne metoder giver et anvendeligt hverdagsnært fagligt input.





2

PRÆSENTATION AF DEMENSTYPER OG MÅLGRUPPE

HVAD ER DEMENS?

Demens er en tilstand, hvor mentale færdigheder svækkes på grund af sygdom. Over tid påvirker det hjernen så meget, at det forringer evnen til at klare sig selv i hverdagen. Demens er ikke en specifik sygdom, men en paraplybetegnelse for en række sygdomme, der påvirker kognitive funktioner som hukommelse, koncentration, sprog og personlighed (Alzheimerforeningen, Nationalt Videncenter for Demens). De mest almindelige former for demens inkluderer Alzheimers sygdom, Vaskulær demens, Lewy body demens og Frontotemporal demens. Hver type demens har sine egne karakteristika og progression, men fælles for dem alle er, at de gradvist svækker hjernens funktioner.

Forskellige demenstyper:

Alzheimers sygdom:

Alzheimers sygdom er den mest almindelige form for demens og står for omkring 60-70% af alle demenstilfælde. Sygdommen er karakteriseret ved en langsom forværring af hukommelse, tænkning og adfærd. Symptomerne begynder ofte med mild glemsomhed og kan udvikle sig til alvorlige problemer med at huske, tænke og udføre daglige aktiviteter.

Vaskulær demens:

Vaskulær demens opstår som følge af skader på hjernens blodkar, ofte efter en række små slagtilfælde. Symptomerne kan variere afhængigt af hvilke dele af hjernen der er påvirket, men inkluderer ofte problemer med planlægning, dømmekraft og koncentration.

Lewy body demens:

Lewy body demens er karakteriseret ved unormale proteinaflejringer i hjernen, kaldet Lewy bodies. Symptomerne inkluderer hukommelsestab, koncentrationsbesvær, visuelle hallucinationer og motoriske problemer, der ligner dem ved Parkinsons sygdom.

Frontotemporal demens:

Frontotemporal demens påvirker de frontale og temporale lapper i hjernen, som er ansvarlige for personlighed, adfærd og sprog. Symptomerne inkluderer ændringer i personlighed og adfærd, samt problemer med sprog og kommunikation.

HYPPIGSTE SYMPTOMER

på demens

Demens er, som beskrevet i ovenstående, en samlet betegnelse for en række sygdomme, der påvirker hjernens funktioner og gradvist svækker personens evne til at fungere i hverdagen. Symptomerne udvikler sig typisk langsomt og varierer fra person til person, men der er nogle fællestræk, som ofte ses i de tidlige faser (Alzheimerforeningen, Nationalt Videncenter for Demens):



Problemer med hukommelsen:

- Dette er ofte det første tegn på demens. Personer kan have svært ved at huske nylige begivenheder eller samtaler, mens ældre minder kan være intakte.

Nedsat initiativ og handlekraft:

- Personer med demens kan miste interessen for aktiviteter, de tidligere nød, og kan have svært ved at tage initiativ til nye opgaver.

Problemer med at finde ord og benævne ting:

- Det kan blive svært at finde de rigtige ord under samtaler, hvilket kan føre til frustration og misforståelser.

Problemer med at finde vej (påvirket stedsans):

- Personer kan blive desorienterede, selv i velkendte omgivelser, og kan have svært ved at finde vej.

Problemer med at håndtere tal og regne:

- Enkle regnestykker og økonomiske opgaver kan blive udfordrende.

Nedsat overblik:

- Det kan være svært at planlægge og organisere daglige aktiviteter.

Problemer med at huske navne:

- Navne på personer, selv nære familiemedlemmer, kan glemmes.

Ændringer i personlighed og forringet situationsfornemmelse:

- Personer kan opleve humørsvingninger, blive mere tilbagetrukkne eller udvise upassende adfærd.

(Alzheimerforeningen, n.d., Videncenter for Demens, n.d.).

FLERE PERSONER MED UDVIKLINGSHANDICAP UDVIKLER DEMENS

Personer med udviklingshandicap og demens er en særlig sårbar gruppe i samfundet. Med den stigende gennemsnitlige levetid for personer med udviklingshandicap forventes antallet af mennesker med både udviklingshandicap og demens at stige markant i fremtiden (Bishop et al.2015).

Socialstyrelsen (2020) vurderer, at omkring 50.000 danskere har et udviklingshandicap. Samlet set vil flere personer med udviklingshandicap udvikle demens.

Mennesker med Downs syndrom har en øget risiko for at udvikle demens i en tidlig alder. For personer med udviklingshandicap, der ikke har Downs syndrom, varierer forekomsten af demens, men nogle studier angiver, at der blandt denne gruppe er 3-4 gange højere risiko for demens sammenlignet med befolkningen generelt. Demens kan opstå tidligere hos personer med udviklingshandicap, nogle gange allerede i 30-års alderen (Lautarescu, B.A.,Holland, A.J. & Z. H.Shahid, 2017; Strydom et al. 2016, Cleary & Doody, 2017).

Personer med udviklingshandicap har tillært sig handlemønstre og mestringsstrategier, men når de udvikler demens, opleves et betydeligt tab i funktionsniveau. Dette tab har store konsekvenser for den enkeltes livssituation og kan resultere i mistrivsel og nedsat livskvalitet.

Demenssygdommen betyder ofte en markant og kontinuerligt ændret adfærd, og medarbejdere kan blandt andet opleve frustration og udadreagerende adfærd hos den enkelte beboer. Den ændrede adfærd betyder, at der er et ændret støtte- og omsorgsbehov. Dette stiller krav til de medarbejdere, pårørende og andre vigtige personer i den demensramtes liv. Grundet begrænset viden om demens kan det en vanskelig opgave for medarbejderne at tilpasse en social- og sundhedsfaglig tilgang, således denne er afstemt den enkelte beboers livssituation.



I praksis kan demens hos personer med udviklingshandicap være vanskeligt at diagnosticere, da symptomerne kan overlappe personens eksisterende kognitive udfordringer. Symptomerne hos personer med udviklingshandicap forekommer ofte subtile, da det er vanskeligt at skelne mellem almindelig aldring hos målgruppen og udvikling af demens (Cleary & Doody, 2017; Bishop et al., 2015; Ali et al., 2021). Man bør undersøge både syn og hørelse, før man overvejer en demensdiagnose hos personer med udviklingshandicap. Dette skyldes, at problemer med syn og hørelse kan forværre kognitive symptomer eller blive fejltolket som demens.

For at kunne diagnosticere demens hos personer med udviklingshandicap er det vigtigt, at kunne dokumentere forandring over tid. Da demens er en degenerativ sygdom og dermed forværres gradvist, er dette vigtigt at have for øje, at såvel sundhedsfaglige - og pædagogiske tilgange løbende kan justeres. Særligt i tilfælde hvor botilbud får flere og flere beboere med udviklingshandicap og demens.



PERSONCENTRERET TILGANG OG SOCIALPÆDAGOGIK

I arbejdet med personer med demens, viser sundhedsfaglig forskning (eks. Rokstad, 2019), at det er vigtigt med en personcentreret tilgang. Et af de mest markante bidrag til udvikling af den personcentrerede tilgang ses hos psykolog Tom Kitwood (2009), der med sit sundhedsfaglige afsæt har ændret synet og tilgangen til pleje og omsorg for mennesker med demens. Kitwood argumenterede for at demens ikke kun skal betragtes som en neurologisk tilstand, men skal ses som et resultat af forholdet mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer. Endvidere understreges det hos Kitwood, at der blandt andet skal sættes fokus på vigtigheden af at se personen bag sygdommen og anerkende deres unikke livshistorie, værdier og præferencer, i den personcentrerede tilgang. Ydermere er her fokus på en demenspleje og omsorg, der ser personen med demens som et menneske med følelser, rettigheder og behov. Tilgangen fokuserer på centrale psykologiske behov - bl.a. identitet, tilknytning og meningsfuld beskæftigelse – som skal opfyldes for at fremme trivsel og livskvalitet (Kitwood, 2009). Kitwoods tilgang er ikke ny, men den er udarbejdet til sundhedsfaglige medarbejdere for at fremme en forståelse af, hvordan man bedst støtter personer med demens (Kitwood 2009).

Med afsæt i socialpædagogikkens helhedsorienteret faglig tilgang, ses der i Kitwoods personcentrede tilgang tydelig inspiration. I socialpædagogikken betones relationer, ressourcer og medindflydelse hos den enkelte. Formål at støtte mennesker i at leve et aktivt, værdigt og meningsfuldt liv – også med demens. Den tager udgangspunkt i det enkelte menneskes livshistorie, ønsker og behov. Socialpædagogen møder personen dér, hvor vedkommende er og skaber udvikling gennem anerkendelse og respekt.



I PRAKSIS BETYDER EN PERSONCENTRERET TILGANG

I praksis betyder en personcentreret tilgang, ligesom den socialpædagogiske tilgang, at man justerer tilgangen i forhold til beboernes helt aktuelle funktionsniveau. Det indebærer at skabe meningsfulde aktiviteter og relationer, der kan reducere angst og forvirring, fremme en følelse af velvære, forbedre humøret og styrke relationer og dermed forbedre livskvaliteten.

Socialpædagogikken i botilbud skal tilpasses den enkelte beboers behov og funktionsniveau. Det kræver løbende justeringer og en forståelse for den enkeltes livshistorie og aktuelle situation. Al pædagogik udspringer netop af det enkelte menneskes livssituation, hvilket betyder, at der skal tage hensyn til den enkeltes baggrund, interesser og præferencer. Dette kan inkludere at inddrage beboerne i beslutninger om deres daglige rutiner og aktiviteter, så beboeren føler sig hørt og respekteret.



Etik og dømmekraft spiller en central rolle i arbejdet med personer med demens.

Det er vigtigt at handle med respekt og værdighed over for beboerne og sikre, at deres rettigheder og autonomi respekteres. Dette kan indebære at skabe et trygt og støttende miljø, hvor beboerne føler sig trygge og værdsatte. Det kræver at medarbejderne er opmærksomme på egne holdninger og fordomme og arbejder aktivt for at skabe en inkluderende og respektfuld kultur.

I socialpædagogisk og sundhedsfagligt arbejde med beboere med demens betyder det, at der skal udøves faglig dømmekraft, i en hverdag hvor der skal balanceres mellem omsorg, respekt for selvbestemmelse og behovet for støtte. Dette vil ofte finde sted i situationer præget af kognitive svækkelser, følelsesmæssige reaktioner og sociale udfordringer.

MARTHA NUSSBAUMS KAPABILITETSTILGANG

For at kunne tale om at øge menneskers livskvalitet, er det nødvendigt at have en forståelse af, hvad forudsætningerne for kvalitet i livet er. I de omtalte processer i forsknings- og udviklingsprojektet og dermed også i denne publikation, tages der udgangspunkt i den amerikanske moralfilosof Martha Nussbaums forståelse af livskvalitet, som beskrives gennem hendes Kapabilitetstilgang. Tilgangen danner dermed det teoretiske grundlag for udviklingen af metoderne i projektet. Tilgangen kan defineres som:

"[...] en tilgang til komparative livskvalitetsvurderinger og til at teoretisere over grundlæggende sociale rettigheder. Tilgangen mener, at det hovedspørgsmål, man bør stille, når man sammenligner samfund og vurderer dem på deres grundlæggende anstændighed eller retfærdighed, lyder således: Hvad er hver enkelt person i stand til at gøre og være?" (Nussbaum, 2021, s. 40).

Nussbaum peger hermed på et sæt muligheder eller substantielle friheder, som hun mener, at et samfund skal stille til rådighed for sine beboere uanset funktionsniveau. Disse muligheder eller substantielle friheder betegner hun som kapabiliteter, der kan være tilgængelige og udfoldede på forskellig vis hos hver enkelt beboer. I projektet fungerede kapabiliteterne som pejlemærker, da tilgangene og metoderne blev udviklet, men tanken er også at kapabiliteterne skal benyttes, når man sætter retningen for anvendelsen af tilgangene og metoderne, så man altid sikre sig, at brugen af metoderne fremmer den enkelte beboeres livskvalitet.



TI CENTRALE KAPABILITETER

Nussbaum peger på ti kapabiliteter som værende det mest centrale, når man skal vurdere og udvikle livskvalitet – de ti kapabiliteter er beskrevet nedenfor. Efter hver enkelt beskrivelse har vi på baggrund af viden fra projektet givet eksempler på, hvordan den specifikke kapabilitet kan se ud, og hvilke hensyn man må tage i arbejdet med voksne med intellektuelt udviklingshandicap og demens.



LIV



FYSISK
SUNDHED



KROPSLIG
INTEGRITET



SANSER,
FORESTILLINGSEVNE
OG TANKE



FØLELSER



PRAKTISK
FORNUFT



RELATIONER



ANDRE ARTER



LEG



KONTROL OVER ENS
OMGIVELSER



LIV: At være i stand til at leve et normalt menneskelivs længde; ikke at dø for tidligt, eller før ens liv er så reduceret, at det ikke er værd at leve (Nussbaum, 2021).

I botilbud for personer med udviklingshandicap oplever man, at levealderen for beboerne er stigende ligesom det er tilfældet med den resterende del af befolkningen. Forskningen peger dog på, at personer med udviklingshandicap udvikler demens tidligere end den resterende befolkning, hvilket kræver en øget opmærksomhed hos målgruppen tidligere i livet. Ydermere er det vigtigt at have for øje, at demenssygdommen i sit væsen nedbryder fysiske og psykiske færdigheder, og støtte i en værdig afvikling og accept af disse er dermed i lige så høj grad en del af medarbejderens opgave, som understøttelse af udvikling og vedligeholdelse af færdigheder er det.



FYSISK SUNDHED: At være i stand til at have et godt helbred, inklusiv reproduktiv sundhed; at få tilstrækkelig næring; at have passende beskyttelse (Nussbaum, 2021).

I medarbejderens opgave er understøttelse af fysisk sundhed i form af sund kost og motion centralt. Kombinationen af udviklingshandicap og demens kan dog gøre, at beboeren bliver småt spisende, og i denne sammenhæng er det vigtigt at have i tankerne, at mindre sund mad er bedre end ingen mad. Som konsekvens af udviklingen af demens, kan beboerne ofte udvikle ængstelse, og i denne sammenhæng er det centralt at være opmærksom på, at en passende beskyttelse skal vurderes ud fra beboerens virkelighedsopfattelse og ikke ud fra medarbejderens.



KROPSLIG INTEGRITET: At være i stand til at gå frit omkring fra sted til sted; at være sikret imod voldelige overfald, inklusiv seksuelle overgreb og vold i hjemmet; at have mulighed for seksuel tilfredsstillelse og for valg med hensyn til reproduktion (Nussbaum, 2021).

I takt med at demenssygdommen udvikler sig hos personen med udviklingshandicap vanskeliggøres den frie bevægelighed – dels grundet svækkelse i mobiliteten og dels grundet rum- og retningsforvirring. I denne sammenhæng er det væsentligt, at de medarbejdere trods besvær altid støtter den frie bevægelighed i videst muligt omfang. Ydermere kan personen med udviklingshandicap og demens grundet ændret adfærd uforvarende komme til at genere de øvrige beboere – dels at være højlødt og dels ved gentagelser grundet manglende hukommelse. Her er det særligt centralt, at medarbejderen indtager en mæglende rolle i forhold til de involverede beboeres perspektiver.



SANSER; FORESTILLINGSEVNE OG TANKER: At være i stand til at bruge sine sanser, at forestille sig, tænke og ræsonnere – og at gøre det på en "virkelig menneskelig" måde [... kultiveret, tilstrækkelig uddannelse, læse- og skrivefærdigheder, grundlæggende matematik, videnskabelig uddannelse...]. At være i stand til at bruge sin forestillingsevne og tanker i forbindelse med at opleve og skabe arbejdsindhold og begivenheder man selv har valgt, religiøst, litterært, musisk og så videre [garanteret ytringsfrihed politisk, kunstnerisk og religiøs]. At være i stand til at have behagelige oplevelser og at undgå ikke-gavnlig smerte (Nussbaum, 2021).

I forhold til denne kapabilitet er det særligt væsentligt at medarbejderne støtter den enkelte beboer gennem hukommelsesfremmende aktiviteter og sænker hastigheden på demenssygdommens udvikling. Dette kan eksempelvis ske gennem musik, oplæsning eller billeder, der kalder ellers glemte øjeblikke hos beboeren frem, som medarbejderen og beboeren så kan samtale om. Foruden at sådanne tiltag styrker beboerens hukommelse, så skaber det også typisk en behagelig og rolig følelse hos beboeren.





FØLELSER: At være i stand til at have relationer til ting og mennesker uden for os selv; at elske dem, der elsker og bekymrer sig om os, at sørge over deres fravær; generelt at elske, at sørge, at opleve længsel, taknemlighed og berettiget vrede. Ikke at få sin følelsesmæssige udvikling ødelagt af frygt og angst (En understøttelse af denne kapabilitet betyder en understøttelse af former for menneskelige forbindelser, der kan vise sig at være afgørende for deres udvikling) (Nussbaum, 2021).

Hos en del personer med udviklingshandicap der udvikler demens, bliver følelsesudbrud og udsvingene i disse mere pludselige og markante i takt med sygdommens udvikling. Her er det særlig vigtigt, at medarbejderen anerkender beboerens følelse og årsagen til denne, da det er den sindsstemning, der er virkelig for beboeren i den specifikke situation. Grundet de pludselige udbrud og en svigtende hukommelse kan sygdomme fastholde beboeren i et negativt følelsesmønster – det er derfor også væsentligt i videst mulige omfang at undersøge følelsen sammen med beboeren, samt at tilbyde muligheder for at frembringe alternative følelser.



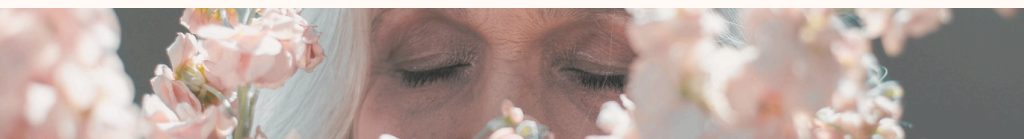
PRAKTISK FORNUFT: At være i stand til at danne sig en forestilling om det gode og at tage del i kritisk refleksion over planlægningen af ens liv (Dette medfører beskyttelse af trosfrihed og religiøs observans) (Nussbaum, 2021).

I forhold til denne kapabilitet er det særligt væsentligt at medarbejderne støtter den enkelte beboer gennem hukommelsesfremmende aktiviteter og sænker hastigheden på demenssygdommens udvikling. Dette kan eksempelvis ske gennem musik, oplæsning eller billeder, der kalder ellers glemte øjeblikke hos beboeren frem, som medarbejderen og beboeren så kan samtale om. Foruden at sådanne tiltag styrker beboerens hukommelse, så skaber det også typiske en behagelig og rolig følelse hos beboeren.



RELATIONER: (A) At være i stand til at leve med og mod andre, at anerkende og vise omsorg for og bekymre sig om andre mennesker, at tage del i forskellige former for sociale interaktioner; at være i stand til at forestille sig andres situation [...]. (B) At have det sociale grundlag for selvrespekt og ikke-ydmygelse; at være i stand til at blive behandlet som et værdigt væsen, hvis værd er lige så stort som andres [...] (Nussbaum, 2021).

For personer med udviklingshandicap og demens er relationerne særligt sårbare. Når sygdommen udvikler sig, er der en tendens til, at beboeren mister sin relationelle position i botilbuddet. Ydermere bliver relationerne til familie og venner typisk svagere i takt med sygdommens udvikling. Det er derfor særlig vigtigt i forhold til personer med udviklingshandicap og demens, at de fagprofessionelle støtter op om og hjælper med at vedligeholde relationerne. Alle har brug for positive relationer – også personer med udviklingshandicap og demens.





ANDRE ARTER: At være i stand til at kunne leve med omsorg for og i relation til dyr, planter og naturens verden (Nussbaum, 2021).

I samværet med beboeren med udviklingshandicap og demens bør fokus altid være på, at skabe nogle glædelige øjeblikke. I denne sammenhæng kan samvær med dyr som eksempelvis besøghunde eller gåture i naturen være med til at frembringe spontant velbehag og glæde. Ligeledes kan arbejde med dyrkning af egne grønsager og blomster skabe mening for beboere med udviklingshandicap og demens, da dette dels skaber en følelse af at have udrettet noget og dels kan vække minder.



LEG: At være i stand til at le, lege og nyde rekreative aktiviteter (Nussbaum, 2021).

Rekreative aktiviteter kan dels have en hukommelsesfremmende virkning og dels have betydning for vedligeholdelse af motoriske færdigheder hos beboeren med udviklingshandicap og demens. En anden væsentlig pointe i forhold til denne kapacitet er et særligt fokus på latteren, da demens ofte skaber utryghed og uoverskuelighed hos beboerne. I denne sammenhæng kan latteren være en forløsning, når medarbejderen griner med beboeren. Ydermere kan humor være et vigtigt element i tilgangen til beboerne med udviklingshandicap, da dette skaber en positiv stemning i beboerens hverdag.



KONTROL OVER ENS OMGIVELSER: (A) Politisk. At være i stand til at deltage effektivt i politiske valg, der styrer ens liv; at have ret til politisk deltagelse, beskyttelse af ytrings- og foreningsfriheden [forsamlingsfriheden]. (B) Materielt. At være i stand til at have ejendom [...] og at have ejendomsret på lige fod med andre; at have retten til at søge beskæftigelse på lige fod med andre; at være fri for uberettiget undersøgelse og pågribelse. I sit arbejde at fungere som et menneske, der udøver praktisk fornuft, og indgår i meningsfulde og gensidige anerkendende relationer til andre, der arbejder (Nussbaum, 2021).

I forhold til personer med udviklingshandicap og demens har alle der bor på botilbud juridisk set egen bolig. I forhold til kontrol over ens omgivelser er det særligt relevant at rette blikket mod indretningen af boligen. I takt med at demenssygdommen udvikler sig, så vil plejebehovet typisk øges, hvilket kræver en del praktiske foranstaltninger i beboerens hjem i form af eksempelvis plejeseng, rollator, lift og lignende. Her er det meget centralt at der findes en balance, så beboerens hjem ikke kommer til at ligne en hospitalsstue. Beboernes hjem udtrykker beboerens personlighed, og det skulle det gerne blive ved med, da det således dagligt minder beboeren om, hvem de er.

DEMENSSEKEMAET

Som indgang til arbejdet med personen med udviklingshandicap og demens

Gennem processerne i projektet blev det tydeligt for medarbejderne i botilbuddene, hvor central opsporing og udredning af demens er for indsatsen i forhold til målgruppen. Erfaringer fra projektet viser, at skemaet er et godt afsæt for det videre arbejde med at skabe øget trivsel og livskvalitet for målgruppen, som kan bidrage til at kvalificere valget af tilgange og metoder. Derfor præsenteres arbejdet med demensskemaer forud for beskrivelse af metoderne.

Anvendelse af demensskemaer målrettet beboere med udviklingshandicap og demens kan sikre en systematisk opsporing og vurdering af beboernes ændrede livssituation samt vurdering af beboerens omsorgs- og støttebehov. Systematisk anvendelse af demensskemaer kan også underbygge en mistanken om mulig udvikling af demenssygdom. Anvendelsen af observationsskema målrettet personer med varig og betydeligt nedsat psykisk funktionsevne er særligt hensigtsmæssigt at udføre, da denne metode er baseret på systematiske observationer af funktionsniveau og adfærd over længere tid. Skemaet bidrager til dokumentation for observationer og supplement til udredning af demens.

Endvidere kan det systematisk arbejde med skemaet danne afsæt for faglige drøftelse af den social- og sundhedsfaglige indsats, og dermed kvalificere valg af faglige tilgange og metoder i relations til den enkelte beboeres livssituation og eventuelle ændrede støtte- og omsorgsbehov i hverdagen. Arbejdet med observationsskemaet kan derfor bidrage til at identificerer og justere i de pædagogiske og sundhedsfaglige tilgange i hverdagen.

Dette afsnit er derfor en beskrivelse af, hvordan der i projektet er arbejdet med at udvikle en systematisk tilgang til at arbejde med observationsskemaet fra Nationalt Videnscenter for Demens & Kirsten Agerskov Nielsen (2024) "Observationsskema ved udvikling af demens - Observationsskemaet er målrettet personer med varig og betydeligt nedsat psykisk funktionsevne".

Du finder Observationsskema ved udvikling af demens - Observationsskemaet er målrettet personer med varig og betydeligt nedsat psykisk funktionsevne her:

<https://videnscenterfordemens.dk/da/udviklingshaemning-og-demens>

UDARBEJDELSE AF DEMENSSKEMAER

Når skemaet udfyldes, er det vigtigt at tænke i helheder. Observationerne skal ses som et gennemsnit af de seneste to uger, hvilket giver et mere repræsentativt billede af personens tilstand i observationsperioden. Personens tilstand beskrives ved hjælp af en spørgeformular med et afkrydsningssystem.



Observationsområder:

- **Motoriske funktioner**
- **Intellektuelle funktioner**
- **Følelsesmæssige funktioner**
- **Basale funktioner**
- **Sædvanlige symptomer ved demens**

Til de respektive observationsområder indeholder en række spørgsmål fordelt på ovenstående områder. Resultaterne sammenlignes over tid for at give et overblik over ændringer i beboerens funktionsevne. Ved at fokusere på hvert område kan ændringer hos personen tydeliggøres. Det anbefales at notere subtotaler af points under hvert område for at lette sammenligningen over tid.

Det er en fordel at observere beboeren før demenssymptomerne sætter ind og ændrer funktionsniveauet. Igangsættelse af opsporing og vurdering af beboerne anbefales det for personer med Downs syndrom fra 30-årsalderen og derefter hvert halve eller hele år. For andre med udviklingshandicap anbefales det at starte i 40-årsalderen. Hvis en beboer har fået diagnosen demens, anbefales det at skemaet udfyldes hvert kvartal.

Observeres der ændrede behov, vil det være centralt at udfylde skemaet med det samme, således der kan vurderes og justeres på det ændrede støtte- og omsorgsbehov fra sidste udfyldte observationsskema.

Hvis personen har fået diagnosen demens, skal skemaet udfyldes hvert kvartal. Dette sikrer, at der altid foreligger en observation, som beskriver personens tilstand før en ændret adfærd.

KOORDINERENDE OG ANSVARSHAVENDE FUNKTION:



Det er centralt for en systematisk og kontinuerlig opfølgning at vælge en medarbejder/leder, der har det overordnende ansvar for at støtte processen omkring igangsættelse af observationer og udarbejdelse af skemaer for den enkelte beboer. Aftalte tidspunkter hvor disse processer igangsættes, eksempelvis i forbindelse med beboerens fødselsdag. Endvidere anbefales det, at der afsættes tid på eksempelvis team- eller personalemøder, så observationsskemaerne kan gennemgås.

Medarbejdere med nære relationer til beboeren eksempelvis en kontaktperson og et teammedlem udfylder skemaet. Er der forskellige vurderinger fra medarbejderne i udfyldelsen af skemaet, kan dette være et afsæt for drøftelse af årsagen til de forskellige vurderinger af beboeren og forskellige tilgange til at støtte. Derudover er det centralt at inddrage nære relationer i vurdering af beboerens situation.

I arbejdet med observationer - og skemaudarbejdelsen er det væsentligt at der også er fokus på, at der kan være andre årsager til et ændret funktionsniveau. Derfor er det centralt at udelukke andre årsager end demens til et ændret funktionsniveau hos den enkelte beboer. Her kan eksempelvis fremhæves depression, nedsat stofskifte, epilepsi eller udfordringer med syn eller hørelse (Mahmoudi, 20212).

I de deltagende botilbud har man arbejdet med observationsskemaet. I botilbuddene er der valgt en medarbejder, der har det primære ansvar for at igangsætte arbejdet. Der bliver udarbejdet en systematik for, hvornår og hvordan medarbejderne i huset skal igangsætte deres observationer, og hvornår drøftelserne skal på dagsordenen på personalemøde. På mødet udfyldes skemaet i fællesskab, og det vurderes om der er ændrede omsorgs- og støttebehov, og i hvilket omfang det har betydning for de eksisterende ressourcer til at løse denne opgave. Endvidere tages der stilling til om ledelsen skal inddrages, og beboerens sagsbehandler kontaktes i forhold til eventuel takstregulering grundet det øgende støtte- og omsorgsbehov. Demenskoordinator og beboerens egen læge kan også inddrages for at styrke det tværprofessionelle arbejde omkring beboeren.



3

METODE- BESKRIVELSER

METODEKATALOGET

I pædagogisk og sundhedsfagligt arbejde med beboere med udviklingshandicap og demens er det afgørende, at medarbejderne kan arbejde metodisk – dvs. målrettet, systematisk og med fagligt begrundede tilgange. Metode forstås her som den vej, man vælger for at nå et bestemt mål, baseret på refleksioner over, hvad der er mest hensigtsmæssigt i den konkrete kontekst.

Metoder adskiller sig fra tilfældige indsatser ved at være:

- *Intentionelle* - der skal være et klart formål
- *Instrumentelle* - der anvendes relevante værktøjer og tilgange
- *Systematiske* - arbejdet skal kunne dokumenteres og gentages (Bergmark & Lundström, 2007)

Samtidig kræver arbejdet med mennesker en pragmatisk og fleksibel tilgang, hvor faglighed kombineres med menneskelig indsigt, etisk refleksion og evne til at tilpasse sig beboerens livssituation. I arbejdet med beboere med udviklingshandicap og demens bør metoderne tage afsæt i:

- En personcentreret tilgang, hvor støtte og omsorg tilpasses den enkeltes behov og funktionsniveau. En forståelse af den sociale kontekst – herunder betydningen af relationer til både medarbejdere og pårørende.

Fire centrale principper er her væsentligt at orientere sig mod: helhedssyn, etik, kommunikation og systematik (Ibid.).

Disse principper skal guide både analysen af beboerens behov og den efterfølgende indsats. Helhedssynet bidrager til forståelsen af beboerens livsvilkår, etik sikrer respekt og retssikkerhed, kommunikation skaber kontakt og tillid, og systematikken sikrer struktur og målrettethed i indsatsen.

Metodekataloget præsenterer en række tilgange og værktøjer, som kan anvendes i arbejdet med beboere med udviklingshandicap og demens – altid med afsæt i faglig dømmekraft, etisk ansvarlighed og respekt for det enkelte menneske.

OVERSIGT OVER METODERNE

Metoder til at arbejde med livshistorie

1. Livshistoriebøger
2. Livshistoriekasser
3. Livshistorieture

Metoder med brug af velfærdsteknologi

4. Støtte til tryghed via tablet
5. Anvendelse af beroligende teknologi

Metoder til at skabe forudsigelighed

6. Støtte ved skift imellem hverdagsarenaer
7. Forudsigelighed i omsorgs- og støttesituationer

Samspilsorienterede metoder

8. Scene- og personskift
9. Kontakt-øer
10. Bekræfte og følge beboerens livsverden
11. Afstemme i forhold til latenstid

METODER TIL AT ARBEJDE MED LIVSHISTORIE

Livshistoriearbejdet kan give nye indsigter og perspektiver på beboerens liv, interesser og ressourcer. Det kan føre til meningsfulde samtaler, nye indsatser og en dybere forståelse og respekt for beboerens liv (Crook, m.fl., 2016; Bishop, m.fl., 2015). At inddrage beboeren og de pårørende i beskrivelsen af livshistorier kan også forbedre samarbejdet og øge fokus på deres ressourcer. For medarbejdere og beboere der samarbejder om den enkeltes livshistorie, viser forskning, at dette arbejde styrker det relationelle forhold, trygheden og indsigten i beboerens liv som helhed (Westergård, 2016). Endvidere kan arbejdet med livshistorie også give medarbejderne vigtig indsigt og information om beboerens tidligere funktionsniveau, sundhedstilstand og patologi (Bishop, m.fl., 2015).

Forskning viser desuden, at aktivt arbejde med livshistorier sammen med mennesker med demens forbedrer kvaliteten af den personcentrerede omsorg og styrker relationen mellem omsorgsgiver og personen med demens. Livshistorier er afgørende for at bevare identitet og selvforståelse, og de giver mulighed for at se personen bag demenssygdommen.

Livshistorierne tager udgangspunkt i vigtige begivenheder, kompetencer og ressourcer hos beboeren. De kan udarbejdes på forskellige måder, såsom bøger, billedkollager eller fotoalbum (Crook, m.fl., 2016). Beboeren kan ofte selv bidrage, så jo tidligere arbejdet med livshistorier begynder, desto bedre mulighed har beboeren for at præge og forme sin egen fortælling (Westergård, 2016).

At kende til og aktivt bruge livshistorien er grundlæggende i omsorgen for personer med demens. Livshistorier understøtter vores selvforståelse og identitet. Når en person med demens ikke længere kan holde fast i fortællingen om sit eget liv på grund af hukommelsessvigt, trues identiteten og erkendelsen af at være en bestemt person.

En person med udviklingshandicap og demens kan have svært ved at forstå det, der opleves nu, fordi det ikke er muligt at sætte det i relation til tidligere erfaringer, og det kan være vanskeligt at se sit liv i sammenhæng med fortiden. Derfor er det af stor værdi for personen udviklingshandicap og demens at være sammen med andre, der kender livshistorien og kan henvise til denne i den daglige kontakt. Da medarbejderne træder ind og ud af beboernes liv grundet jobskifte, pension eller andet, er det væsentligt for beboerens identitet at livshistorien fastholdes.

Fokus på beboerens livshistorie hjælper med at opretholde den enkeltes identitet og styrke selvbilledet.

Livshistorien kan inddrages i den enkeltes hverdagsliv, og kan eksempelvis være medarbejdernes nøgle til at skabe meningsfulde aktiviteter og trivsel for personen med udviklingshandicap og demens. Dette arbejde kan betragtes som en væsentlig del af den personcentrerede omsorg. Det er særlig vigtigt at der findes alternative tilgange, der kan hjælpe målgruppen med at formulere deres egen historie (Perkins, 2007; Service et al., 2006).



METODE 1: LIVSHISTORIEBØGER

Case:

Alfred bor på et botilbud og har demens i så fremskreden en grad, at han ikke er i stand til at deltage i dagtilbud længere. Han har tidligere haft et alkoholmisbrug, og medarbejderne mener at dette i tillæg til demensudviklingen også har indvirkning på hans nuværende hverdag, der er præget af angst. Han vil helst have medarbejdere omkring sig hele tiden og bliver meget højtråbende, hvis de ikke er tæt på ham. Hans fysiske tilstand er nedadgående, og han har brug for støtte og verbal guidning til mange hverdagsaktiviteter. Han elsker at tale med medarbejderne om de oplevelser, han har haft i sit liv. For eksempel har han været i Spanien engang og er glad for spansk guitar musik. Når medarbejdere taler med ham om de emner, er han glad og tilfreds. Medarbejderne kan se, at når minder bliver omdrejningspunkt for samtalen, viser Alfred i højere grad positive følelser og tegn på at trives. Derfor får medarbejderne den idé at lave en livshistoriebog med Alfred.

Metodens formål:

At skabe sociale aktiviteter der genkalder minder og derved positive følelser gennem arbejdet med og fordybelse i en livshistoriebog

Metodebeskrivelse:

Metoden kan specifikt anvendes i situationer, hvor beboere på grund af demens oplever usikkerhed eller angst fordi verden opleves fragmenteret og usammenhængende. Den kan dog grundlæggende anvendes i forhold til alle beboere, der får konstateret demens, da arbejdet med livshistorie generelt styrker relationerne til omsorgspersonerne og skaber fundament for meningsfulde samtaler og en kollektiv hukommelse, hvilket er værdifuld, når demenssygdommen udvikler sig.



DE FØLGENDE TRIN

Trin 1: Etablering af samarbejde

- Overvej i samarbejde med beboeren og kollegaer, hvad formålet med livshistoriearbejde skal være
- Identificér sammen med beboeren, hvem der er den rette medarbejder til at indgå i livshistoriearbejdet
- Skab tryghed og tillid som grundlag for samarbejdet

Første skridt er at beboeren og medarbejdere i samarbejde finder ud af, hvem der er den rette medarbejder til at gå i gang med livshistoriearbejdet sammen med beboeren. Da livshistorie i en pædagogisk kontekst kan have mange formål, er det centralt, at alle involverede er klar over, hvad formålet med livshistoriearbejdet i den specifikke sammenhæng er.

Trin 2: Planlægning af livshistoriebogen

- Aftal form og format med beboeren
- Udvælg relevante temaer i samarbejde med beboeren

Det udvælges hvilke indholdselementer der først skal fokuseres på, og hvordan bogens form skal være. Det kan eksempelvis være et ringbind med plasticlommer, en notesbog eller en fotobog - man kan også arbejde digitalt. Alt afhængigt af hvilken form man vælger, er der fordele og ulemper, og det er derfor væsentligt, at man har beboeren for øje, når man vælger. Temaerne i bogen kan for eksempel være: opvækst og familierelationer, forskellige levesteder, beskæftigelse, rejser, fritidsinteresser, venskaber eller andet. Det centrale er at temaerne er noget, der optager beboeren.



Trin 3: Strukturering af indhold

- Vælg en struktur: kronologisk tidslinje, tematiske kategorier eller en kombination
- Tilpas strukturen til beboerens forståelse og præferencer

Man kan arbejde efter en tidslinje med overordnede kategorier eller andre former, der er relevante og meningsfulde for beboeren. Det centrale er, at strukturen passer til beboerens fortælling og ønskede fortællestil. Hvis man vælger at arbejde med livshistorien i et ringbind eller digitalt, så har beboeren i større omfang mulighed for at omstrukturere og ændre i fortællingen fremadrettet.

Trin 4: Indsamling af betydningsfulde ting

- Brug gerne forskellige materialer – blot de repræsenterer noget særligt
- Fortællingen kan både inkludere fortid og nutid

Fortællingen kan udtrykkes gennem skrift samt billeder, tegninger, udklip fra aviser, blade eller andre fysiske genstande, der sættes ind i bogen. Man kan også supplere med henvisninger til musik, film eller andet. Hvis livshistoriebogen er digital, kan den også opbygges af eller suppleres med videoklip. Udover at beskrive det tidligere levede liv, kan man også arbejde med at beskrive nutidige præferencer. Her kunne der eksempelvis være tale om hvilken musik, hvilke film, hvilken mad eller andet personen med udviklingshandicap og demens godt kan lide.

Trin 5: Fremtidsperspektiver er også en del af livshistorien

- Tal med beboeren om ønsker og drømme
- Inddrag fremtidønsker og drømme i livshistoriebogen

Livshistorien behøver ikke blot at omhandle fortiden og nutiden, men kan også favne et fremtidsperspektiv. Hvad drømmer beboeren om? Er der særlige arrangementer, steder eller begivenheder som beboeren drømmer om at besøge? Eller er der særlige personer, som beboeren drømmer om at møde?

Her er det centralt som medarbejder at have for øje, at arbejdet med livshistorie ikke har til formål at skabe en realistisk én-til-én gengivelse af virkeligheden. De drømmen for fremtiden som beboeren har, kan bidrage til fremtidsperspektiver og etablerer derfor håb for fremtiden. Og det er jo ikke alle drømme, der går i opfyldelse – ellers ville det ikke være en drøm men målsætning.

Trin 6: Etisk refleksion og tilpasning

- **Reflekter løbende over etiske dilemmaer**
- **Respekter beboerens grænser og ønsker**
- **Tag ansvar med respekt og omtanke**

Beboeren bør altid være involveret i hvilket perspektiv (fortid, nutid, fremtid), der vælges for livshistoriebogen. Medarbejderne bør løbende reflektere over etiske problemstillinger, der kan opstå i arbejdet med at lave bogen. Positive følelser bør være i fokus, så nævner beboeren ikke selv eventuelle svære og hårde oplevelser, som vedkommende har gennemlevet, så kan de dele udelades. Det er beboerens bog, og indholdet bør så vidt muligt initieres af beboeren. Der kan dog være tilfælde, hvor demensudviklingen er så fremskreden, at medarbejderen i højere grad må træffe beslutninger på beboernes vegne. Her bliver de etiske refleksioner om muligt endnu mere relevante.

Trin 7: Fortløbende arbejde og opfølgning

- **Livshistoriebogen er dynamisk og kan udbygges over tid**
- **Skab rum for løbende samtaler og tilføjelser**
- **Brug bogen aktivt i hverdagen for at styrke relationer og trivsel**

Arbejdet med livshistoriebogen vil ofte være et fortløbende arbejde, hvor beboeren og medarbejderen over længere tid vil kunne fortsætte med at lave tilføjelser til bogen.



METODEN I PRAKSIS

Medarbejderne har sammen med Alfred besluttet at gå i gang med at lave en livshistoriebog. Medarbejderne drøfter projektet på et teammøde og opdager, at de ved meget lidt om Alfreds familie og opvækst. Da Alfred ikke selv kan redegøre for dette, vælger en af medarbejderne at undersøge det nærmere gennem et besøg på lokalhistorisk arkiv. Her får medarbejderen indsigt i beboerens familiære forhold, hvilket hun sammen med beboeren bruger i livshistoriearbejdet. Medarbejderen vælger at udelade enkelte oplysninger om et familiemedlems død, da hun vurderer, at det vil skabe unødigt frustration hos beboeren.

Et afsnit i bogen handler om den store passion for Spanien, rejsen dertil og spansk guitarmusik. Et andet afsnit i bogen fortæller om beboerens familie og opvækst. Undervejs finder de ud af, at beboeren i sin unge dage var en passioneret fotograf. I den sammenhæng finder de enkelte billeder og selvportrætter, som klæbes ind i bogen under det afsnit, der handler om dette. Efterfølgende laver de afsnit i bogen om livretter, yndlingsfilm og den særlige hobby Alfred har, hvor han samler på farvestrålende og glitrende sten.

Medarbejderne taler om, hvordan de oplever at være kommet tættere på Alfred i den periode, hvor de har lavet bogen. De kan se han falder til ro, når han sidder i sofaen med bogen, ligesom det giver nogle gode samtaler med ham, når de ser i den sammen.

Medarbejderne fremhæver også, at de er glade for, at de har lavet bogen sammen med Alfred nu, da de vurderer, at han grundet den fremskred

METODE 2: LIVSHISTORIEKASSER

Case:

Evald bor på et botilbud, og han har demens. Sygdommen er efterhånden meget fremskredet - hans hverdag præget af utryghed, og han har et stort behov for hele tiden, at have en kendt medarbejder omkring sig. Han er ikke længere i dagtilbud, og dagene kan derfor indimellem godt blive lange og fulde af frustration. Han kan ikke længere selv gå ture og det resulterer i, han bruger meget af sin tid i fællesrummet, hvor han har sin faste plads i sofaen, der giver ham en form for tryghed. Medarbejderne vil gerne skabe noget, der gør den tid han tilbringer i sofaen mere meningsfuld og rolig for Evald.

Metodens formål:

At understøtte erindringer og glædesgivende samtaler om interesser og positive oplevelser ved fælles opmærksomhed på fysiske artefakter

Metodebeskrivelse:

Metoden kan bruges i forskellige sammenhænge. Livshistoriekassen kan dels være et centralt omdrejningspunkt, der kan styrke relationer mellem faste medarbejdere og beboeren. Den kan på den måde være et samlingspunkt i situationer hvor der er fokus samvær og nærvær. Livshistoriekassen kan også være en indgang til at forstå og danne relationer til en beboer for nye medarbejdere eller vikarer.



DE FØLGENDE TRIN

Trin 1: Etablering af samarbejde

- Afklar formålet med livshistoriekassen sammen med beboeren og kollegaerne (f.eks. at skabe tryghed, styrke samtaler eller at skabe et meningsfuldt fælles tredje)
- Undersøg sammen med beboeren hvilken medarbejder, der er den rette til at samarbejde med beboeren og etablering af kassen og som kan være ansvarlig for processen
- Skab tryghed og tillid, så beboeren oplever, at det er et fælles projekt

Første skridt er at afklare, hvorfor man vil lave en livshistoriekasse sammen med beboeren. Det kan være for at skabe tryghed i hverdagen, styrke relationer eller give mulighed for meningsfulde samtaler. Det er vigtigt at finde den rette medarbejder til opgaven – helst en person, som beboeren kender godt og føler sig tryk ved. Processen kræver tillid, og beboeren skal opleve, at det er et fælles projekt, hvor hans eller hendes stemme bliver hørt.

Trin 2: Kortlægning af betydningsfulde situationer og temaer

- Identificer sammen med beboeren (og eventuelt pårørende), hvilke interesser, minder eller oplevelser, der kan være centrale
- Overvej genstande, der kan vække positive følelser (F.eks. billeder, souvenirs, personlige ejendele, samlerobjekter eller små gaver)
- Tænk både på fortid (barndom, ungdom, arbejdsliv) og nutid (hobbyer, præferencer)

Herefter identificeres de minder, interesser og oplevel

Trin 3: Indsamling og udvælgelse af genstande

- Gå i dialog med beboeren om hvilke ting der skal samles i kassen
- Suppler med bidrag fra familie, venner eller medarbejdere, hvis beboeren selv har svært ved at vælge
- Overvej at tage beboeren med på tur for at supplere med nye genstande, der skaber glæde

Når temaerne er kortlagt, indsamles konkrete genstande, som kan repræsentere de betydningsfulde oplevelser. Det kan være fotos, små souvenirs, bøger, redskaber, smykker eller ting, som beboeren har lavet selv. I nogle tilfælde kan det være en hjælp at tage beboeren med på en tur (f.eks. i genbrugsbutik eller på loppemarked), hvor han eller hun kan være med til at vælge genstande. Det giver både medbestemmelse, og kan i sig selv være en meningsfuld aktivitet.

Trin 4: Organisering og præsentation

- Placer genstandene i en kasse eller anden beholder, der er let at åbne og overskuelig for beboeren
- Sørg for at kassen er personlig
- Overvej at supplere med små beskrivelser eller billeder

Genstandene samles i en kasse eller beholder, der er let at åbne og overskuelig. Det kan være en enkel trækasse, en plastikasse eller en dekorativ æske. Det er en fordel at personliggøre kassen f.eks. med beboerens navn, billeder eller farver, som han eller hun holder af. Det er også muligt at vedlægge små beskrivelser eller billeder, så nye medarbejdere lettere kan forstå genstandenes betydning.

Trin 5: Anvendelse i hverdagen

Overvej hvordan livshistoriekassen kan bruges aktivt i hverdagen. Medarbejderen kan tage kassen frem i situationer, hvor beboeren har brug for ro eller nærvær, eller når man ønsker at skabe et fælles tredje. Genstandene kan fungere som samtalestartere, skabe erindringer og give anledning til hyggelige stunder. For nye medarbejdere kan kassen også være en nøgle til at opbygge en relation til beboeren.

Trin 6: Løbende tilpasning

- **Evaluer sammen med beboeren (og eventuelt pårørende) om indholdet fortsat skaber glæde og mening**
- **Tilføj nye genstande løbende og fjern ting, som ikke længere virker relevante for beboeren**
- **Dokumenter hvordan kassen anvendes, så erfaringerne kan deles i medarbejdergruppen**

En livshistoriekasse er ikke statisk. Indholdet skal jævnligt udvikles, så det forbliver relevant og meningsfuldt for beboeren. Genstande, der mister betydning kan fjernes, og nye ting kan tilføjes. Det kan være en god idé at inddrage beboeren og pårørende i denne proces, så kassen hele tiden afspejler beboerens liv og interesser. Erfaringer med brugen kan deles i medarbejdergruppen, så kassen bliver et fælles redskab.

Trin 7: Etiske overvejelser

- **Reflekter løbende over de etiske spørgsmål, der opstår i arbejdet med udvikling og vedligeholdelse af livshistoriekassen**
- **Respekter beboerens ønsker og grænser – genstande må ikke vække utryghed eller bringe smertefulde minder frem**
- **Overvej**

Medarbejderen må være opmærksom på at respektere beboerens grænser og ønsker. Hovedmålet er at styrke trivsel og livskvalitet – derfor skal kassen altid bruges med omtanke og fokus på de positive aspekter af beboerens liv.

METODEN I PRAKSIS

På et personalemøde drøfter medarbejderne, hvordan de kan skabe et bedre og mere trygt rum for Evald, når han sidder i sofaen. De oplever at han bliver meget utryg, når de går ud med vasketøjet eller udfører andre nødvendige gøremål. Derudover så kan det være svært for nye i huset at håndtere situationer med Evald, da han kræver en særlig omsorg, hvis ikke han skal blive vred og højtråbende.

De samler derfor genstande som de ved han holder af at fortælle om, og som minder ham om gode tidspunkter fra sit liv. De inviterer også Evald til selv at deltage i beslutningen om, hvad der skal være i hans livshistoriekasse. De laver blandt andet en tur for Evald til genbrugsbutikken sammen med en pædagog, der kender ham rigtig godt. Evald har tidligere holdt meget af at købe ting i den lokale genbrugsbutik. Evald kan ikke længere overskue situationen i butikken, men pædagogen låner en bakke og udvælger ting, som hun ved Evald godt kan li'. Derefter tager hun bakken med ud til bilen, præsenterer tingene for Evald og spørger, hvilke ting han gerne vil købe. På den måde får Evald selv lov at bestemme hvilke ting, han gerne vil have med hjem.

De samler genstandene i en kasse, og når Evald sidder i sofaen, så findes tingene frem, og de placeres på bordet foran ham. På den måde kan Evald selv fordybe sig i genstandene, og medarbejderne kan udpege særlige genstande, og tale med ham om de oplevelser eller interesser, der knytter sig til genstandene. Det gør det også lidt lettere for nye medarbejder på botilbuddet at etablere samtaler med Evald og skabe nærvær i situationer. Selvom det ikke er en løsning på den utryghed Evald oplever, så giver det nogle gode og meningsfulde stunder, hvor positive oplevelser er i fokus - på den måde vurderer medarbejdere, at det er med til at styrke beboerens livskvalitet.

METODE 3: LIVSHISTORIETURE

Case:

Hans Peter bor på et botilbud. Han er en frisk fyr, der gerne fortæller røverhistorier til alle, der vil lytte. Han er ikke længere i aktivitetstilbud, da han har valgt at gå på pension. Kræfterne er heller ikke helt de samme, om de har været. Et af symptomerne ved den konstaterede demenssygdom er, at han ikke husker så godt mere, og han gentager derfor specifikke temaer igen og igen. Det er særligt en gammel skade og smerter i forhold til den, som han gentagende klager over. Medarbejderne har været med Hans Peter ved lægen, hvor han har fået det undersøgt – undersøgelserne viste dog noget, der kunne frembringe smerte. Medarbejderne har observeret Hans Peter, og gentagelserne om skaden er virkelig hyppige, uden at de kan se på ham, at han har smerter. Medarbejderne vil gerne forsøge at skabe et positivt fælles tredje med Hans Peter – de tænker, at det måske også vil påvirke de gentagne klager over smerter.

Metodens formål:

At skabe et positivt fælles tredje, der styrker relationen til beboeren og skaber samvær og meningsfulde samtaler

Metodebeskrivelse:

Livshistorieture er en metode, hvor man sammen med beboeren besøger steder, der har haft en særlig betydning i hans eller hendes liv. Ture til betydningsfulde steder kan skabe et positivt fælles tredje, styrke relationen mellem beboer og medarbejder og bidrage til at genkalde erindringer, der ellers kan være svære at få adgang til i hverdagen. Metoden kan være særlig meningsfuld for personer med demens, fordi genkendelse og sanseindtryk fra konkrete steder ofte vækker følelser og erindringer, som kan være med til at skabe trivsel, tryk og glæde.



DE FØLGENDE TRIN

Trin 1: Afklar formål og samarbejde

- Overvej i medarbejdergruppen hvilket formål livshistorieture kunne have for den enkelte beboer
- Udvælg en medarbejder med nær relation til beboeren, som også har lyst til at være ansvarlig for processen

Start med at afklare hvorfor en livshistorietur kan være meningsfuld for den enkelte beboer. Målet kan være at styrke relationen, skabe glæde i nuet eller give mulighed for at genopleve vigtige minder. Det er vigtigt at udpege en medarbejder, som beboeren har en tæt relation til, og som kan tage ansvar for turens tilrettelæggelse og gennemførelse.

Trin 2: Identificér betydningsfulde steder

- Tal med beboeren om hvilke steder, der har særlig betydning i livet
- Vurder om stederne stadig eksisterer, og de kan skabe genkendelse – eller om alternativer er mere velegnede
- Inddrag pårørende eller tidligere dokumentation, hvis beboeren selv har svært ved at pege på steder

Sammen med beboeren og eventuelt pårørende identificeres steder, der har haft en særlig betydning i beboerens liv. Det kan være barndomshjem, tidligere arbejdsplads, yndlingsferiested, lokalmiljø eller andet. Undersøg om stedet stadig eksisterer, eller om der er alternativer, som kan vække genkendelse og positive minder.

Trin 3: Planlæg turen

- Tilpas turens længde og rammer til beboerens fysiske og mentale ressourcer
- Planlæg praktiske detaljer som transport, ledsagelse, pauser og forplejning

- **Forbered turen sammen med beboeren gennem samtaler, billeder, kort eller videoer, så forventningerne tydeliggøres**

Når stedet er valgt, planlægges turens praktiske rammer: transport, ledsagelse, tidspunkt og længde. Det er vigtigt at tage højde for beboerens ressourcer og behov for pauser. Som forberedelse kan medarbejderen sammen med beboeren tale om stedet, se billeder eller kort og italesætte, hvorfor netop dette sted er vigtigt.

Trin 4: Gennemfør turen

- **Skab mulighed for at beboeren kan opleve omgivelserne med alle sanser**
- **Understøt fortællinger og erindringer gennem spørgsmål eller blot ved nærvær og tilstedeværelse**
- **Overvej at tage billeder eller små filmoptagelser, som kan bruges efterfølgende**

På turen er det centralt at skabe plads til sanseindtryk, fortællinger og oplevelser. Beboeren skal have mulighed for at mærke stemningen, se omgivelserne og dele de minder og følelser, der opstår. Medarbejderen understøtter oplevelsen både verbalt og nonverbalt – nogle gange ved at spørge ind, andre gange ved blot at være til stede. Overvej at tage billeder eller lave små optagelser, som kan bruges senere til at fastholde oplevelsen.

Trin 5: Efterarbejde og opfølgning

- **Tal med beboeren om turen og se eventuelt billeder eller genstande derfra sammen**
- **Brug turen som afsæt for samtaler og relationelle øjeblikke i hverdagen**
- **Del erfaringer med kollegaer så turens betydning bliver en del af den fælles viden om beboeren**

Efter turen følges der op gennem samtaler, billedgennemgang eller fælles refleksioner. Oplevelsen kan bruges som et nyt referencepunkt i relationen og indgå i hverdagen som en kilde til trivsel. Erfaringerne med turen kan dokumenteres, så også andre medarbejdere får glæde af og indsigt i, hvordan den påvirkede beboeren.

Trin 6: Etiske refleksioner

- Vær opmærksom på, at ikke alle minder vækker glæde – vurder risikoen for utryghed
- Sørg for at turen altid understøtter trivsel, værdighed og livskvalitet

I arbejdet med livshistorieture er det vigtigt at være opmærksom på de etiske aspekter. Ikke alle minder vækker glæde – nogle steder kan bringe sorg eller utryghed frem. Derfor bør man altid vurdere, om turen vil styrke beboerens trivsel, eller om den kan have en negativ virkning. Beboerens grænser og ønsker skal respekteres, og turen skal altid gennemføres på en måde, der værner om værdighed, tryghed og livskvalitet.

METODEN I PRAKSIS

Medarbejderne drøfter på et personalemøde, hvad de skal gøre i forhold til Hans Peters evindelige snak om den gamle skade. De har svært ved at vurdere, hvor mange smerter han har, men han får smertestillende og den gamle skade er for nyligt blevet undersøgt, hvilket ikke gav anledning til yderligere behandling.

På personalemødet beslutter de, at de vil lave noget med ham, hvor han og en medarbejder kan fokusere på noget helt andet end skulderen. Hans Peter fortæller mange historier om dengang han boede i en by 35 km væk. Der har han boet i mange år, før han kom til sit nuværende botilbud. Særligt havnen har han rigtig mange gode minder om. Derfor beslutter medarbejderne at lave en tur til netop den havn. Så kan han gense den, og fortælle om de oplevelser han har haft.

En lørdag eftermiddag tager Hans Peter og en medarbejder afsted, og turen bliver en stor succes. Hans Peter fortæller historier om sit liv på vejen dertil, og da de når frem, går de en tur på havnen. Hans Peter udpeger og fortæller om de bedste steder på havnen. De taler også om de særlige lyde og den særlige duft, der netop er på denne havn.

Efter turen rundt på havnen spiser de en is og kører hjem til botilbuddet igen. Turen har været en rigtig god oplevelse for både Hans Peter og medarbejderen. Skaden og smerterne ikke blev overhovedet ikke nævnt undervejs. Efterfølgende taler de meget om turen.

METODER MED BRUG AF VELFÆRDSTEKNOLOGI

Velfærdsteknologi spiller en stadig større rolle i det pædagogiske og sundhedsfaglige arbejde i botilbud. Begrebet dækker bredt – fra digitale løsninger som tablets, VR-briller og høreteknologi til mere analoge hjælpemidler som kugledyner, rollatorer og demensskemaer. Fælles for disse teknologier er, at de kan understøtte beboerens trivsel, selvstændighed og livskvalitet, samtidig med at de bidrager til at lette medarbejdernes arbejde og skabe mere bæredygtige omsorgsformer (CareNet, Danish.Care, & Teknologisk Institut, 2022).

I arbejdet med personer med demens har velfærdsteknologi vist sig at have positiv effekt. Brugen af tablets kan fremme fleksibilitet og tilpasning til individuelle behov og skabe mulighed for social kontakt og struktur (Hung et al., 2020). Teknologibaserede interventioner har desuden vist sig at forbedre humør og reducere responsive adfærd hos personer med demens (Deeken et al., 2019). Visuel støtte – f.eks. i form af billeder, lyd og video – kan hjælpe personer med Alzheimers sygdom og beslægtede diagnoser med at udføre daglige aktiviteter og dermed øge både deres og omsorgspersonernes livskvalitet (Han, White, & Cisek, 2023).

Også i arbejdet med personer med udviklingshandicap og demens er der et betydeligt potentiale for anvendelse af velfærdsteknologi. Holthe, Halvorsrud og Lund (2022) dokumenterer en stigende brug af bærbare teknologier, som kan give påmindelser og støtte i hverdagen. Teknologierne anvendes også til overvågning og sikkerhed, men der er behov for mere viden om effekterne i denne målgruppe.

Velfærdsteknologi kan bidrage til at nedbryde barrierer og øge deltagelse i sociale sammenhænge ved at styrke hukommelse, kommunikation og daglige aktiviteter. Samtidig peger Morris et al. (2023) på, at implementering af teknologi i arbejdet med personer med udviklingshandicap både rummer barrierer og fremmende faktorer. Barriererne omfatter blandt andet manglende teknologisk viden, økonomiske begrænsninger, kompatibilitetsproblemer og kulturelle holdninger. Omvendt fremhæves faktorer som uddannelse, økonomisk støtte, teknologisk innovation og støttende politikker som afgørende for en vellykket implementering.



METODE 4: STØTTE TIL TRYGHED VIA TABLET

Case:

Mette har boet i bofællesskabet i 15 år, og hun er glad for de kendte medarbejdere, som hun har en god og tryk relation til. Gennem de seneste to år er Mette blevet mere og mere glemsom og spørger ofte om de samme ting igen og igen. Mette har mistet overblikket over ugedagene og andres fødselsdage - noget hun tidligere ellers alt havde fuldstændig styr på.

Mette spørger mange gange i løbet af dagen, hvem der møder ind i bofællesskabet de følgende dage. Hun prøver på at holde styr på det på en stor tavle, men hun kan ikke skabe de systemer mere. Derfor bliver hun ofte frustreret og har brug for hjælp – både til at skabe overblik over de mennesker hun møder i hverdagen, og til at få bekræftet relationerne til de medarbejdere, som skal hjælpe hende i det daglige.

Metodens formål:

At skabe forudsigelighed og tryghed for beboere med demens ved hjælp af visuel støtte i form af videohilsner fra velkendt medarbejdere

Metodebeskrivelse:

Metoden har til formål at styrke oplevelsen af tryghed og forudsigelighed hos personer med demens gennem visuel støtte i form af videohilsner fra kendte medarbejdere. Når de kognitive funktioner svækkes, og evnen til at fastholde struktur og relationer i hverdagen udfordres, kan korte, personligt tilpassede videobeskeders bidrage til at genoprette følelsen af sammenhæng og relationel kontinuitet. Tilgangen bygger på en etisk og systematisk praksis, hvor teknologi anvendes som et understøttende og fagligt supplement – aldrig som erstatning for den menneskelige kontakt. Gennem samarbejde, løbende observation og refleksion udvikles en praksis, der understøtter beboerens trivsel, deltagelse og emotionelle regulering. Tablet og video fungerer her som målrettet redskab i den daglige omsorg og integreres med afsæt i den enkelte beboers behov. Metoden bidrager dermed til følelsesmæssig regulering og relationel støtte i en hverdag præget af kognitive udfordringer.

DE FØLGENDE TRIN

Trin 1: Etablering af samarbejde

- **Afklar formålet med metoden i medarbejdergruppen**
- **Udpeg en medarbejder, som har en tæt relation til beboeren og kan stå for implementeringen**
- **Skab tryghed omkring brugen af tablet og video**

Det er vigtigt at afklare formålet med metoden i medarbejdergruppen for at sikre fælles forståelse og ejerskab. Når alle ved, hvorfor metoden anvendes, bliver den lettere at integrere i hverdagen. Ved at udpege en medarbejder med tæt relation til beboeren sikres kontinuitet og tillid, hvilket øger chancen for, at beboeren tager positivt imod metoden. Tryghed omkring brugen af tablet og video er afgørende – teknologien skal opleves som en støtte til relationen og ikke som en erstatning for menneskelig kontakt.

Trin 2: Identificering af behov

- **Observer situationer hvor beboeren udviser utryghed, gentagende spørgsmål eller tegn på uro**
- **Identificer hvilke medarbejdere beboeren har stærke relationer til**
- **Identificer tidspunkter hvor beboeren typisk efterspørger information om, hvem der kommer på arbejde**

Identificering af beboerens adfærd og relationer giver et solidt grundlag for at målrette indsatsen. Ved at observere situationer med utryghed og gentagende spørgsmål kan man identificere, hvornår videohilsnerne vil have størst effekt. Viden om hvilke medarbejdere beboeren har stærke relationer til sikrer, at videoerne skaber genkendelse og følelsesmæssig ro. Når man kender tidspunktet for, hvornår beboerne typisk efterspørger information, bliver det muligt at anvende metoden præventivt og understøttende.



Trin 3: Udvikling af videohilsner

- Kendte medarbejdere optager korte videohilsner f.eks.: “Hej Mette, vi ses snart – jeg glæder mig!”
- Videoerne gemmes på beboerens tablet og organiseres eksempelvis efter ugedage eller vagter

Videohilsner fra kendte medarbejdere skaber genkendelse og følelsesmæssig tryghed. Når hilsnerne er personlige og venlige, styrker de relationen og giver beboeren noget konkret at glæde sig til. Organisering af videoerne efter ugedage eller vagter gør det nemt at finde og bruge dem, hvilket understøtter en stabil og overskuelig hverdag for både beboer og medarbejdere.

Trin 4: Implementering i hverdagen

- Aftal i teamet hvornår og hvordan videoerne vises: f.eks. hver morgen, efter arbejde eller ved eftermiddagskaffe
- Vurder om beboeren skal se videoerne selv eller sammen med en medarbejder
- Dokumenter i journalsystemet hvordan og hvornår metoden anvendes

En fælles aftale i teamet om hvornår og hvordan videoerne vises, vil sikre en ensartet praksis og forankring i hverdagen. Når det vurderes om beboeren skal se videoerne alene eller sammen med en medarbejder, så sker det på baggrund af den enkeltes behov og ressourcer. Ved at dokumentere i journalsystemet hvordan og hvornår videoerne bruges, bliver det muligt at følge op, evaluere og justere metoden over tid.

Trin 5: Medskabelse og deltagelse

- Beboeren støttes i selv at finde og afspille videoerne, hvis det er muligt
- Medarbejdere tilpasser støtten efter beboernes forudsætninger
- Videoerne bruges som afsæt for samtale og følelsesmæssig regulering

Når beboeren støttes i selv at finde og afspille videoerne, styrkes autonomi og deltagelse. Det er vigtigt at tilpasse støtten efter beboerens forudsætninger –

fra instruerende til medskabende – så metoden opleves som meningsfuld og ikke overvældende. Videoerne kan bruges som afsæt for samtale og følelsesmæssig regulering, hvilket styrker relationen og beboerens trivsel.

Trin 6: Evaluering og tilpasning

- Reflekter løbende over om metoden skaber ro og tryghed
- Juster indhold, tidspunkt og form efter beboerens behov og reaktioner
- Del erfaringer i teamet og opdater dokumentationen

Løbende refleksion over metodens effekt er nødvendig for at sikre, at den skaber ro og tryghed. Justering af indhold, tidspunkt og form efter beboerens behov og reaktioner gør metoden fleksibel og relevant. Deling af erfaringer i teamet styrker den faglige kvalitet og sikrer fælles læring og udvikling.

Trin 7: Ethiske overvejelser

- Respekter beboerens grænser
- Overvej hvordan videoerne påvirker beboernes oplevelse af relationer og nærvær
- Teknologien skal understøtte og ikke erstatte menneskelig kontakt

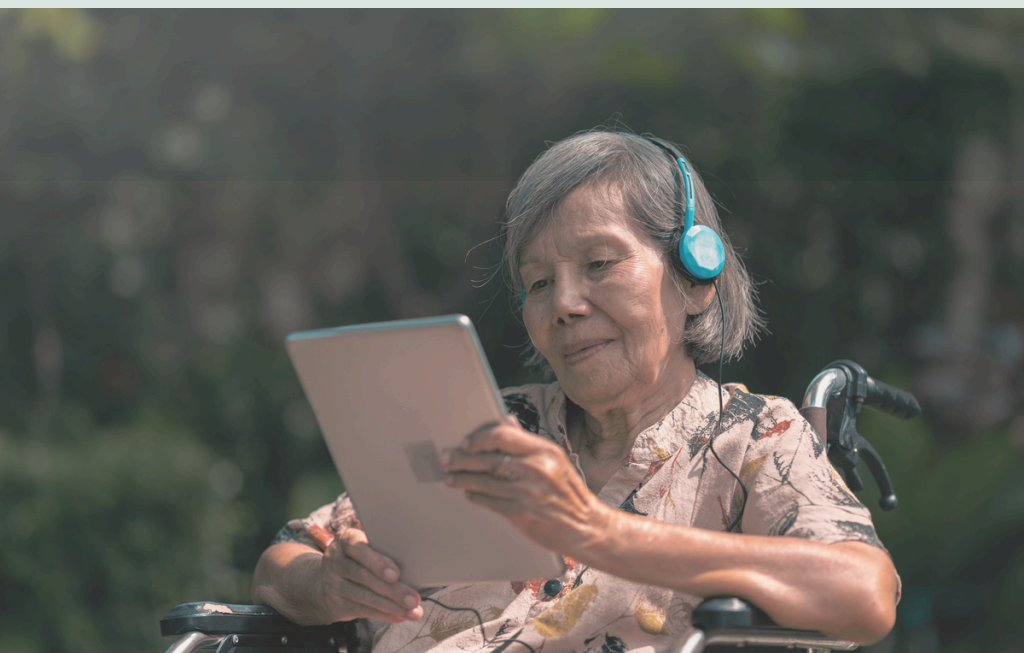
Det er afgørende at respektere beboerens grænser – deltagelse skal altid være frivillig. Man bør overveje, hvordan videoerne påvirker beboernes oplevelse af relationer og nærvær, så teknologien ikke skaber afstand. Metoden må aldrig erstatte menneskelig kontakt, men skal understøtte og styrke den.



METODEN I PRAKSIS

Det fungerer godt for Mette at se de små videoer, når hun spørger hvilke medarbejdere, der kommer næste dag. Det kan være ved eftermiddagskaffen, aftensmaden, eller når hun er i sin egen lejlighed. Af og til kommer Mette også ind i fællesrummet, hvor hun har sin tablet med.

Medarbejderne har fundet ud af, at Mette nogle gange har brug for at de hjælper hende med tabletten. Når hun ikke selv kommer i tanke om at hente sin tablet, så hjælper medarbejderne hende med at huske den. Nogle gange initierer medarbejderne processen og ser videoerne sammen med hende, hvorefter de sammen taler dem videoen viser. Andre gange sidder medarbejdere blot ved siden af Mette, hvor de sammen runder situationen af. Dette kan eksempelvis ske ved, at medarbejderen siger: "Nu ved du, hvem der kommer i morgen", hvorefter smile til Mette. På denne måde kommer Mette trygt videre i sin dag.



METODE 5: ANVENDELSE AF BEROLIGENDE TEKNOLOGI

Case:

Peder bor på et botilbud. Efter han har fået demens, oplever han ikke sammenhæng i tingene mere, og det gør ham utryg. Hans fysik er også for nedadgående, så han har det bedst med, at der er medarbejdere i nærheden af ham, når han ikke sover. Når han er alene, kan han nemt blive højtråbende, hvilket kan være forstyrrende og frustrerende for de andre beboere. Det kan også føre til frustration hos medarbejderne, da de kan have svært ved at imødekomme Peders store behov for nærvær, og samtidig tilgodese de andre beboere behov. Medarbejderne overvejer derfor, hvordan de kan give Peder ro og skabe tryghed for ham – blandt andet overvejer de om der findes en teknologi, der kan bruges i denne sammenhæng.

Metodens formål:

At lave følelsesmæssig støtte for beboeren ved anvendelse af velfærds-teknologi, der afstemmer sansestimuli

Metodebeskrivelse:

Beroligende teknologi er en sanseregulerende velfærdsteknologi, der kan understøtte trivsel og tryghed hos personer med demens – særligt i situationer præget af uro, angst eller behov for nærvær. Ved hjælp af sansebaserede stimuli som musik, lys, berøring og tyngde kan teknologien bidrage til at afstemme sanseindtryk og reducere følelsesmæssig overbelastning.

Teknologien anvendes som et pædagogisk og relationelt redskab, der tilpasses den enkelte beboers kognitive ressourcer og personlige præferencer. Den integreres i hverdagsrutiner med fokus på deltagelse, relationel støtte og en meningsfuld hverdag. Det faglige team, omkring den enkelte beboer, spiller en central rolle i løbende evaluering og justering af indsatsen, så teknologien anvendes målrettet og med respekt for beboerens integritet og behov. Den menneskelige kontakt forbliver det bærende element, og teknologien fungerer som et supplement – ikke en erstatning.

DE FØLGENDE TRIN

Trin 1: Etablering af samarbejde

- **Afklar formålet med metoden i teamet**
- **Udvælg en medarbejder, som har god kontakt til beboeren og kan stå for afprøvning og evaluering**
- **Skab en fælles forståelse for, hvordan teknologien skal anvendes**

Det er vigtigt at afklare formålet med metoden i teamet, så alle arbejder ud fra samme mål – f.eks. at reducere uro eller frustration. Når en medarbejder med god kontakt til beboeren udvælges til at stå for afprøvning og evaluering, så sikres kontinuitet og tillid i processen. En fælles forståelse af hvordan teknologien skal anvendes skaber tryghed og forankring i praksis, og forebygger misforståelser eller uensartet brug.

Trin 2: Identificering af behov og præferencer

- **Observer situationer hvor beboeren bliver urolig, råber højt eller er frustreret**
- **Identificer beboerens sansepræferencer og tidligere erfaringer med musik, berøring, lys og andet**
- **Inddrag beboeren og eventuelt pårørende i samtaler om, hvad der skaber ro**

Ved at observere situationer hvor beboeren bliver urolig eller frustreret, får medarbejderne indsigt i, hvornår sansestøtte kan være hjælpsom. Afdækning af sansepræferencer og tidligere erfaringer med f.eks. musik, berøring og lys gør det muligt at vælge teknologi, der matcher beboerens individuelle behov. Inddragelse af beboeren og eventuelt pårørende sikrer, at metoden bygger på personlige ønsker og erfaringer, hvilket øger chancen for at tiltaget virker efter hensigten.



Trin 3: Udvælgelse af teknologi

- **Vælg teknologi, der matcher beboerens behov:**
 - Musik via hørebriller
 - Tyngdedynner eller sansestimulerende stole
 - Interaktive dyr eller robotter
 - Beroligende lys- og lydmiljøer
- **Teknologien skal være let at anvende og tilpasses beboerens kognitive niveau**

Valget af teknologi skal tage udgangspunkt i beboerens konkrete behov og kognitive niveau. Når teknologien – f.eks. hørebriller med musik, tyngdedynner eller interaktive dyr – matcher beboerens sanseprofil, kan den bidrage til ro og velvære. Det er afgørende, at teknologien er let at anvende, så både beboeren og medarbejdere kan bruge den uden frustration, og at den opleves som en hjælp – ikke som en belastning.

Trin 4: Implementering i hverdagen

- **Aftal hvornår og hvordan teknologien anvendes**
- **Dokumenter hvordan metoden anvendes og hvilke effekter der observeres**
- **Juster brugen efter beboerens dagsform og reaktioner**

En klar aftale om hvornår og hvordan teknologien anvendes, sikrer struktur og forudsigelighed. Det kan f.eks. være ved uro, alenetid eller overgangssituationer, hvor beboeren har brug for støtte. Dokumentation gør det muligt at følge udviklingen og justere indsatsen. Tilpasning efter dagsform og reaktioner sikrer, at teknologien anvendes fleksibelt og med respekt for beboerens aktuelle behov.

Trin 5: Medskabelse og deltagelse

- **Beboeren inddrages i valg og brug af teknologien**
- **Teknologien bruges som et fælles tredje, der kan skabe kontakt og nærvær**
- **Medarbejdere støtter beboeren i at bruge teknologien aktivt eller passivt, afhængigt af behov**

Når beboeren inddrages i valg og brug af teknologien – eksempelvis ved at vælge musik eller interagere med robotdyr – styrkes følelsen af kontrol og deltagelse. Teknologien fungerer som et fælles tredje, der kan skabe kontakt og nærvær mellem beboer og medarbejdere. Ved at støtte beboeren i aktiv eller passiv brug afhængigt af behov, tilpasses metoden til den enkeltes ressourcer og trivsel.

Trin 6: Evaluering og tilpasning

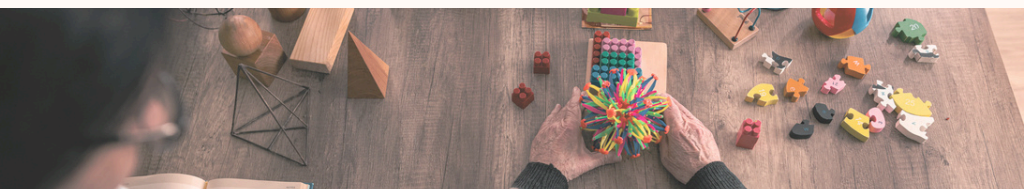
- **Reflekter løbende over teknologiens effekt til beboerens trivsel og adfærd**
- **Juster teknologi, tidspunkt og varighed efter behov**
- **Del erfaringer i teamet og opdater dokumentationen**

Løbende refleksion over teknologiens effekt på beboerens trivsel og adfærd er nødvendig for at sikre, at metoden virker efter hensigten. Justering af teknologi, tidspunkt og varighed gør det muligt at tilpasse indsatsen dynamisk. Deling af erfaringer i teamet styrker den faglige kvalitet og bidrager til fælles læring og udvikling.

Trin 7: Etiske overvejelser

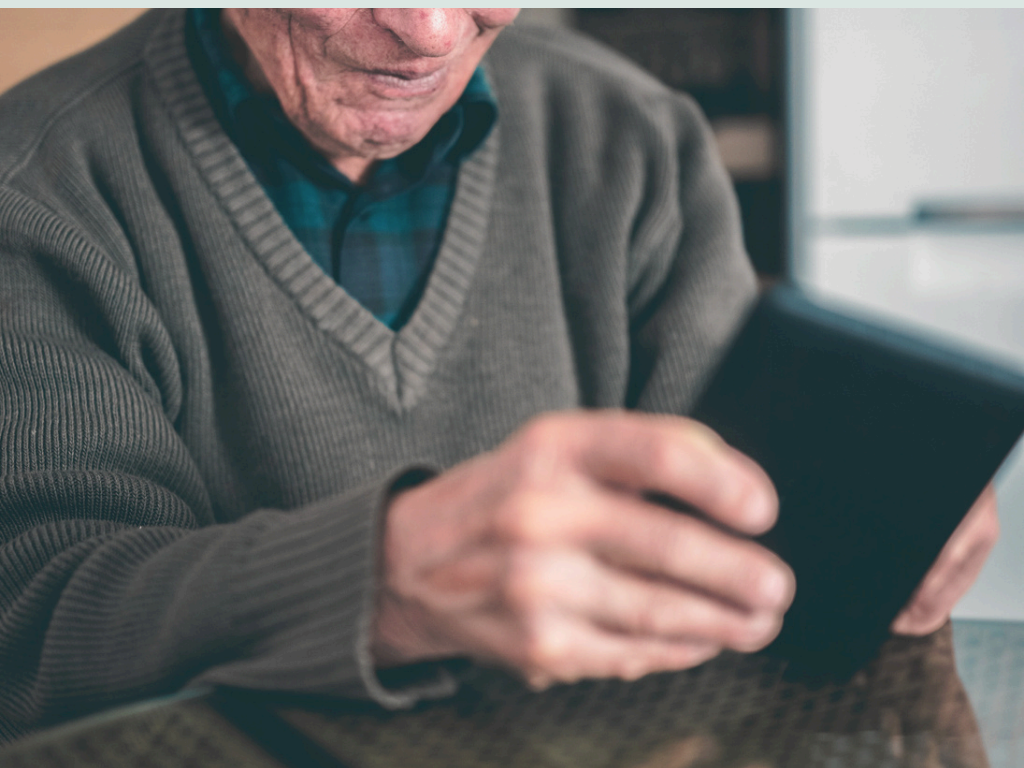
- **Teknologien må ikke virke som “afledning” alene, men skal understøtte beboernes behov**
- **Respekter beboerens grænser og reaktioner**
- **Overvej hvordan teknologien påvirker relationer og deltagelse**

Teknologien må ikke anvendes som ren afledning, men skal understøtte beboerens reelle behov. Det er vigtigt at respektere beboerens grænser og reaktioner – metoden skal skabe ro og ikke forvirring. Overvejelser om hvordan teknologien påvirker relationer og deltagelse er centrale for at sikre, at indsatsen er omsorgsfuld og værdig.



METODEN I PRAKSIS

Medarbejderne vil gerne hjælpe Peder med at finde ro, og de orienterer sig derfor i hvilke teknologier, der er tilgængelige. Peder kan godt lide at lytte til musik, som han forbinder med gode minder. Derfor finder de det oplagt også at forsøge at bruge musikken til, at skabe ro for Peder. Derudover har medarbejderne en antagelse om, at det især er, når Peder kan se, at medarbejderne forlader rummet, at han bliver utryg. Dog virker det også til, at han til tider bliver det, hvis der sker for meget i rummet omkring ham. Derfor falder valget på et par solbriller, der kan spille musik. Det dæmpede lysindfaldet og kombineret med Peders yndlingsmusik skaber det et 'rum', som Peder kan føle sig tryk i. Hans opmærksomhed er på musikken og i kombination med det dæmpede lys gennem brillerne, så oplever medarbejderne, at han føler sig tryk - nogle gange i kort tid andre gange i længere tid.



STRUKTURORIENTEREDE METODER

Personer med udviklingshandicap og demens oplever ofte svækkede kognitive funktioner, der påvirker deres evne til at orientere sig i tid, sted og sociale sammenhænge. Symptomer som hukommelsestab, nedsat dømmekraft og ændret adfærd medfører ofte utryghed og forvirring i hverdagen (Øksnebjerg et al., 2022). Når verden fremstår kaotisk og uforudsigelig, stiger risikoen for følelsesmæssig uro og stress – og her kan strukturskabende metoder spille en væsentlig rolle i arbejdet med at understøtte beboerens trivsel.



Ifølge stressmodellen (Elvén, 2010) opstår stress når de krav, der stilles til individet, overstiger personens evner til at håndtere dem. For personer med udviklings-handicap og demens betyder det, at selv rutineprægede hverdagssituationer kan virke uoverskuelige og overbelastende.

Når medarbejdere skaber struktur, ved at indføre tydelige rutiner og genkendelige rammer reduceres mængden af krav, som beboeren skal forholde sig til – og dermed også risikoen for belastning, udadreagerende adfærd og mistrivsel.

Struktur skal i denne sammenhæng ikke forstås som kontrol eller rigiditet, men som en pædagogisk tilgang hvor forudsigelighed, tryghed og kontinuitet prioriteres. Dette stemmer overens med den personcentrerede omsorgsforståelse, som er udviklet af Tom Kitwood (1999). Kitwood betoner, at omsorgen skal tage udgangspunkt i den enkeltes livshistorie, præferencer og aktuelle funktionsniveau. Struktur bliver her en måde at imødekomme behovet for genkendelighed og stabilitet – begge centrale elementer i at støtte personen med demens i at bevare sin identitet og værdighed.

Samtidig tilbyder Martha Nussbaums kapabilitetstilgang en etisk vinkel på betydningen af struktur. En relevant kapabilitet i denne sammenhæng er kapabiliteten 'Følelser', som handler om at kunne føle glæde, kærlighed, tryghed og sorg – og om at kunne reagere følelsesmæssigt på begivenheder i sit liv uden at blive overvældet af angst eller forvirring (Nussbaum, 2021).

For personer med udviklingshandicap og demens kan oplevelsen af verden som kaotisk og uforståelig fastholde dem i følelsesmæssig uro. Set i dette lys bliver strukturskabende metoder ikke blot et praktisk værktøj, men også en måde hvorpå man varetager beboerens følelsesmæssige liv på etisk ansvarlig vis. Strukturen hjælper med at stabilisere følelseslivet og skabe grundlag for mere positive oplevelser.

Böttcher og Dammeyer (2020) peger desuden på, at mange personer med udviklingshandicap gennem livet har opbygget strategier og rutiner for at kompensere for deres kognitive begrænsninger. Når demens rammer, brydes disse mønstre ofte ned. Struktur bliver her en nødvendighed, ikke blot for at støtte det enkelte menneske i at mestre dagligdagen, men også for at genskabe en form for kontinuitet og sammenhæng i tilværelsen. Forudsigelighed er dermed ikke blot et spørgsmål om praktisk tilrettelæggelse, men et redskab til at genskabe mening og identitet.

Strukturskabende metoder har stor betydning i arbejdet med personer med udviklingshandicap og demens. De bidrager ikke kun til at reducere uro og adfærdsmæssige udfordringer, men skaber også et fundament for etisk og personcentreret omsorg. Gennem struktur kan medarbejdere understøtte beboerens følelsesliv, mindske stress og styrke oplevelsen af at være et meningsfuldt og respekteret individ – også i en kompleks livssituation.



METODE 6: STØTTE VED SKIFT IMELLEM HVERDAGSARENAER

Case:

Frede har demens og bor på et botilbud sammen med 7 andre beboere. Når han om eftermiddagen kommer hjem med bussen fra dagtilbud, er han meget urolig. Han banker på vægge og døre med pegefingeren og går uroligt op og ned ad gangen. Situationen eskalerer jævnlige, så Frede også udstøder høje lyde og indimellem udviser selvskadende adfærd. Den urolige væremåde smitter af på de andre beboere, der også bliver mere urolige, når Frede går frem og tilbage på denne måde. Medarbejderne vil gerne hjælpe Frede med at håndtere denne situation, der gentager sig hver gang Frede kommer hjem fra dagtilbud.

Metodens formål:

At reducere utryghed og uro hos beboeren i situationer, hvor beboeren skal skifte hverdagsarena

Metodebeskrivelse:

Personer med udviklingshandicap og demens kan opleve overgangssituationer i hverdagen som uforudsigelige og utrygge. Det kan være skiftet mellem aktiviteter, måltider, dag- og nat eller ved bevægelse fra ét miljø til et andet. For mange skaber disse overgange usikkerhed eller uro, fordi de kan være svære at overskue og forstå. Formålet med metoden er at understøtte beboerens oplevelse af tryghed i overgangene gennem genkendelige rutiner, tydelig kommunikation og inddragelse af kendte relationer. En tryk overgang kan bidrage til at reducere angst og frustration, skabe mere ro i hverdagen og styrke beboerens trivsel.



DE FØLGENDE TRIN

Trin 1: Afklar behovet for støtte i overgangssituationer

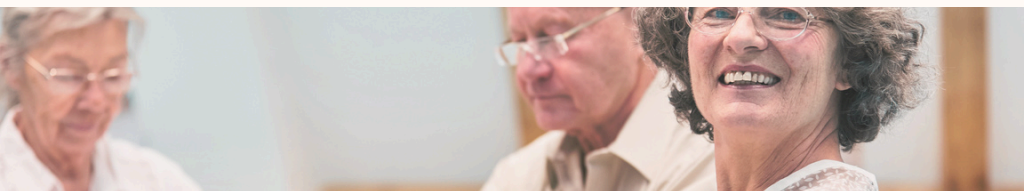
- **Identificer hvilke overgange i hverdagen, der kan skabe utryghed for beboeren**
- **Observer beboerens reaktioner i disse situationer og kortlæg mønstre i adfærd og følelsesmæssige udtryk**
- **Drøft i medarbejdergruppen hvilke overgange der opleves som særligt sårbare**

Det første skridt er at skabe et fælles overblik over, hvor i hverdagen beboeren oplever utryghed. Når medarbejdere systematisk observerer og deler erfaringer, bliver det muligt at pege på præcis de overgangssituationer, der kræver særlig opmærksomhed og støtte. Det kan eksempelvis være overgangssituationen fra dagtilbud til bolig, fra aktivitet til måltid eller fra dag til nat.

Trin 2: Skab genkendelige rutiner

- **Tilrettelæg faste og forudsigelige rutiner så beboeren oplever kontinuitet**
- **Hvis det giver mening for beboeren, kan rutinerne støttes med visuelle eller auditive signaler for at tydeliggøre skiftet**
- **Gentagelse og genkendelighed understøtter følelsen af trykthed og kan reducere uro**

Når hverdagen organiseres med faste og genkendelige rutiner, skabes der forudsigelighed, som mindsker utryghed. Brug af visuelle og auditive hjælpemidler som f.eks. billeder, piktogrammer eller verbal guidning kan være en måde at støtte på i en overgangssituation, og dermed give beboeren bedre mulighed for at forberede sig.



Trin 3: Fokuser på nære relationer og kendte rammer

- Prioriter at kendte medarbejdere er til stede i overgangssituationerne, når det er muligt
- Brug genkendelige genstande eller små ritualer, der kan skabe en følelse af kontinuitet

Tryghed skabes ofte gennem relationer. Velkendte medarbejdere, genkendelige ting eller små ritualer som f.eks. en bestemt sang, et tæppe eller en genstand beboeren holder af kan give dem en oplevelse af sammenhæng midt i det skift, som ellers kan virke uoverskueligt.

Trin 4: Tilpas støtten individuelt

- Juster tilgangen til den enkelte beboers behov – nogle har brug for tydelig verbal støtte, andre for fysisk ledsagelse eller pauser
- Vær opmærksom på tegn på overbelastning og giv tid til at beboeren kan omstille sig i eget tempo
- Brug dokumentation og del erfaringer i medarbejdergruppen, så tilgangen bliver koordineret

Der findes ikke én tilgang, der virker for alle. Overgangene bør altid tilpasses individuelt, så beboeren får præcis den støtte, som han eller hun har brug for. Når medarbejdere dokumenterer erfaringer og deler dem med kolleger, bliver det lettere at sikre en fælles og koordineret indsats.

Trin 5: Ethiske refleksioner

- Overvej balancen mellem at skabe tryghed og at give beboeren mulighed for selvstændighed i overgangene
- Vær opmærksom på at støtte ikke må blive styrende på en måde, der underminerer beboerens selvbestemmelse
- Reflekter løbende over hvordan man kan værne om beboerens værdighed og autonomi, samtidig med at der skabes tryghed

Det kræver faglig dømmekraft at finde balancen mellem tryghed og selvbestemmelse. For meget støtte kan opleves som styring, mens for lidt kan skabe utryghed. Løbende etiske refleksioner hjælper medarbejderen til at bevare fokus på beboerens værdighed og ret til at bestemme over eget liv.

METODEN I PRAKSIS

Medarbejderne vil skabe en tydelig og detaljeret plan for de handlinger, som medarbejderen skal udføre sammen med Frede i overgangen fra, at han stiger ud af bussen, og til han er i ro i sin lejlighed.

De beslutter at tage imod ham ude ved bussen og følge ham ind i hans lejlighed. De går fokuseret, og medarbejderen vælger bevidst ikke at sige noget. Når de begge er inde lukkes døren, så de afskærmes fra forstyrrelser og lyde fra andre beboere i botilbuddet. Inde i lejligheden hjælpes Frede af jakken og i tøflerne. Det kan tage lidt tid at få Frede til at hjælpe med de ting, og der støttes med enkelte verbale anvisninger og eventuelt peges eller skabes anden visuel opmærksomhed på f.eks. tøflerne.

Frede opfordres nu til at sætte sig i lænestolen ved at medarbejderen klapper på stolen og derved henleder opmærksomheden på den. Herefter tilbyder medarbejderen kaffe – hvis Frede har lyst, så henter hun en kop kaffe i køkkenet og sætter den foran ham. Når Frede er rolig og sidder med sin kaffe i lænestolen og medarbejderen vurderer at han er i ro, så forlades lejligheden og døren lukkes.

For at lykkes med metoden er det vigtigt, at den gennemføres så ens som muligt hver gang. Derfor har de skrevet de tydelige handleanvisninger ned og delt i deres dokumentationssystem. Her vejledes også om, hvordan man skal agere verbalt og nonverbalt.

Medarbejderne har undervejs undersøgt om en time-timer kunne hjælpe Frede med at falde til ro, men den fjernede de dog igen, da den ikke var nødvendig. De har også eksperimenteret med at tilbyde musik, når Frede sidder i stolen med sin kaffe. Dette siger han ofte ja til.

METODE 7: FORUDSIGELIGHED I OMSORGS- OG STØTTESITUATIONER

Case:

Johannes bor i et bofællesskab og har Downs syndrom og demens. Han har faste dage, hvor han skal i bad, men det er ofte svært for medarbejderne at få gennemført badet sammen med Johannes. Han bliver utryg, især hvis det ikke er en medarbejder, han kender godt. Han siger ofte nej og henviser til, at det ikke er den rigtige dag, eller at det skal være en bestemt medarbejder. Medarbejderne oplever, at det er svært at skabe en tryk og forudsigelig situation omkring badet, og at det kræver stor relationsopbygning at få et godt samarbejde med Johannes om badsituationen.

Metodens formål:

At skabe forudsigelighed og tryghed i omsorgs- og støttesituationer gennem en fælles, struktureret tilgang og brug af videoobservation som refleksionsredskab

Metodebeskrivelse:

Metoden har til formål at skabe tryghed og forudsigelighed for beboere i omsorgs- og støttesituationer. Den bygger på en fælles faglig tilgang i medarbejdergruppen og tager udgangspunkt i beboerens behov for struktur, genkendelighed og respektfuld støtte. Gennem brug af videoobservation, refleksion og systematisk dokumentation udvikles en praksis, der kan tilpasses den enkelte beboer. Metoden tager udgangspunkt i et relationelt perspektiv og understøtter beboerens trivsel i omsorgssituationer, der kan opleves udfordrende. Etiske overvejelser er en integreret del af arbejdet og sikrer, at beboerens værdighed og selvbestemmelse bevares.



DE FØLGENDE TRIN

Trin 1: Fælles faglig refleksion

- Drøft i medarbejdergruppen hvilke tilgange, der virker i omsorgssituationer med beboere
- Brug eventuelt videooptagelser af udvalgte situationer som refleksionsredskab til at identificere mønstre og justere praksis
- Dokumenter så alle medarbejdere har adgang til viden om, hvad der virker

Udgangspunktet for metoden er en fælles faglig refleksion i medarbejdergruppen. Her drøftes erfaringer med omsorgssituationer, og videooptagelser kan anvendes som redskab til at identificere mønstre og udviklingspunkter. Refleksionerne dokumenteres, så viden deles og fastholdes.

Trin 2: Forberedelse og nærvær i omsorgssituationen

- Etabler nærværende kontakt med beboeren før opgaven introduceres
- Anvend tydelig og konkret kommunikation om, hvad der skal ske og hvornår
- Observer og respekter beboerens reaktioner og signaler undervejs

Inden selve opgaven påbegyndes, er det vigtigt at skabe kontakt og nærvær ved f.eks. øjenkontakt eller venlig henvendelse. Gennem tydelig kommunikation og opmærksomhed på beboerens signaler skabes en tryk ramme, hvor beboeren ved hvad der skal ske, og derved føler sig mødt.

Trin 3: Struktur og forudsigelighed

- Anvend faste rutiner og visuelle støtte hvis det er meningsfuldt for beboeren for at skabe overblik
- Opdel opgaven i små overskuelige trin
- Giv løbende verbal og nonverbal støtte undervejs

Ved at skabe struktur og anvende visuel støtte gennem f.eks. ugeplan, billeder, piktogrammer, bliver situationen mere overskuelig for beboeren. Opgaven opdeles i små trin, og der gives løbende støtte, så beboeren kan følge med og føle sig tryk i processen.

Trin 4: Justering og dokumentation

- **Juster metoden løbende i takt med beboerens behov og funktionsniveau**
- **Anvend eventuelt videoobservation igen til at evaluere og udvikle tilgangen**
- **Beskriv den fælles tilgang i dokumentationssystemet så den kan anvendes af både faste og nye medarbejdere**

Metoden skal løbende tilpasses beboerens aktuelle behov og funktionsniveau. Videoobservation kan igen anvendes som refleksionsredskab, så en løbende udvikling af metoden kan understøttes. Den fælles tilgang dokumenteres, så den er tilgængelig og anvendelig for hele medarbejdergruppen.

Trin 5: Etiske refleksioner

- **Overvej balancen mellem struktur og beboerens selvbestemmelse: Hvornår støttes og hvornår styres?**
- **Vær opmærksom på hvordan beboerens integritet og værdighed bevares i situationer, hvor der gives støtte til personlig pleje**
- **Ved brug af videoobservation: Indhent samtykke og drøft løbende, hvordan optagelser anvendes respektfuldt og læringsorienteret**
- **Reflekter over hvordan metoden kan tilpasses, så den understøtter beboerens autonomi og trivsel – også når funktionsniveauet ændrer sig**

Etiske overvejelser er centrale i arbejdet med personlig pleje og støtte. Det handler om at balancere struktur og selvbestemmelse, sikre beboerens værdighed og anvende videoobservation med respekt og omtanke. Refleksionerne bør være en integreret del af metodeudviklingen.

METODEN I PRAKSIS

I bofællesskabet oplevede medarbejderne gentagne udfordringer med at hjælpe Johannes i bad. De besluttede at optage udvalgte situationer, sikrede sig samtykke og brugte videoerne til fælles refleksion. Det blev tydeligt, at medarbejderne havde forskellige tilgange, og at det skabte uforudsigelighed for Johannes.

På baggrund af videoanalysen udviklede teamet en fælles tilgang: Johannes forberedes nu med en visuel ugeplan, og medarbejderen etablerer kontakt før badet nævnes. Under badet anvendes korte, konkrete sætninger og tydelige kropslige signaler. Det er også beskrevet, hvordan nye medarbejdere skal introduceres for Johannes.

Efter implementeringen oplever medarbejderne færre konflikter og større tryghed hos Johannes. Han siger stadig nej indimellem, men det sker sjældnere, og han virker mere rolig i situationerne.



SAMSPILSORIENTEREDE METODER

Demens påvirker individets intellekt, adfærd og personlighed. Det kan blandt andet komme til udtryk gennem nedsat hukommelse, sproglige vanskeligheder, desorientering i tid og sted, svækket dømmekraft, begrænset abstraktionsevne, humørsvingninger, adfærdsændringer, personlighedsforandringer og manglende initiativ. Disse forandringer har betydelige konsekvenser for den enkeltes sociale relationer, da netop disse kognitive og emotionelle funktioner er grundlæggende for vores sociale samspil (Øksnebjerg, Hasselbalch, Lolk & Vølund, 2022). Det sociale samspil er centralt i arbejdet med relationsdannelse.

Martha Nussbaum fremhæver kapabiliteten relationer som en central menneskelig kapabilitet. Ifølge Nussbaum har denne kapabilitet to dimensioner:

”A: At være i stand til at leve med og mod andre, at anerkende og vise omsorg for og bekymre sig om andre mennesker, at tage del i forskellige former for sociale interaktioner; at være i stand til at forestille sig andres situation. [...]

B: At have det sociale grundlag for selvrespekt og ikke-ydmygelse; at være i stand til at blive behandlet som et værdigt væsen, hvis værd er lige så stort som andres. [...]
(Nussbaum, 2021, s. 54).

Denne kapabilitet betragtes som universel, og noget ethvert samfund har pligt til at understøtte for alle individer. Det indebærer et ansvar hos samfundet og de professionelle omsorgsgivere for at skabe betingelser, der gør det muligt for personer med udviklingshandicap og demens at indgå i meningsfulde relationer. Ifølge Nussbaum bør omsorg tage udgangspunkt i den enkeltes udviklingsmæssige forudsætninger og samtidig tage højde for de særlige påvirkninger, som en demenssygdom medfører (Nussbaum, 2007). Også Kitwood lægger vægt på betydningen af relationer og psykologiske behov i arbejdet med mennesker med demens. Han identificerer blandt andet behovene for tilknytning, social kontakt og deltagelse i meningsfulde fællesskaber som afgørende for trivsel og velvære (Kitwood, 1999).

I Kitwoods forståelse af inklusion er det centralt, hvordan beboeren med demens inddrages i sociale fællesskaber og understøttes i at fastholde sociale relationer. Dette omfatter også medarbejdernes rolle i at understøtte beboerens oplevelse af tilhørsforhold og meningsfuldt samspil – både med andre beboere og med medarbejderne.

Kitwoods personcentrerede tilgang understreger, at indsatsen skal tage udgangspunkt i den enkelte beboer frem for sygdommen. Mennesket med udviklingshandicap og demens skal mødes som et unikt individ med ret til selvbestemmelse, og omsorgen skal tage afsæt i vedkommendes livshistorie, vaner og psykologiske behov. Denne tilgang fordrer, at relationer og social inklusion prioriteres som en del af omsorgsarbejdet. Kitwood peger desuden på, at det at være en del af sociale fællesskaber har direkte betydning for den enkeltes oplevelse af værdighed og selvværd – og dermed også for den samlede livskvalitet.

Lorentzen (2008) fremhæver ligeledes, at relationen mellem fagperson og beboer skal være i centrum for det pædagogiske arbejde med personer med udviklingshandicap. Det handler om at møde beboeren dér, hvor vedkommende er, og at forsøge at forstå dennes måde at opleve og være i verden på.

Samlet set er relationer afgørende for personer med udviklingshandicap og demens – ikke blot for at sikre fortsat deltagelse i sociale fællesskaber i og uden for botilbud, men også i forhold til opretholdelsen og udviklingen af grundlæggende menneskelige dimensioner såsom følelser, identitet og kognitive færdigheder (Bøttcher & Dammeyer, 2020).



METODE 8: SCENE- OG PERSONSKIFT

Case:

Bente er 56 år og bor i et botilbud med fire andre. Bente har intellektuelt udviklingshandicap og er diagnosticeret med demens. Når medarbejderne kommer ind i Bentes lejlighed for at hjælpe hende, kan hun til tider være udadreagerende. Dette viser sig ved, at hun råber skældsord og aggressive lyde til medarbejderne – enkelte gange har Bente også slået ud efter medarbejdere. Medarbejderne har spurgt undersøgende ind til, samt observeret i forhold til hvorfor Bente er irriteret, når de kommer ind til Bente. De er dog ikke nået frem til noget, og Bente selv kan heller ikke forklare, hvad der irriterer hende. Det virker som om, at Bente fastholdes en opadgående spiral af irritation, som hun og medarbejderne har svært ved at bryde. Medarbejdergruppen har talt om, at det ofte virker som om, at Bentes irritation knytter sig til rummet eller bestemte genstande i rummet. Til tider knytter det sig dog også til de specifikke medarbejdere, der kommer ind i Bentes lejlighed.

Metodens formål:

At skabe ro hos beboeren og bryde en fastlåst situation, hvor beboeren er irriteret

Metodebeskrivelse:

Metoden kan anvendes i situationer, hvor en beboer med udviklingshandicap og demens udviser irritation eller uro, og hvor medarbejderne har forsøgt at afdække årsagen uden at opnå ro. Metoden bygger på en forståelse af, at irritation hos personer med udviklingshandicap og demens kan være knyttet til bestemte rum, genstande eller personer, og at et skift i omgivelser eller medarbejdere kan medvirke til at reducere uroen og irritationerne.



DE FØLGENDE TRIN

Trin 1: Forberedelse og observation

- Observer beboerens adfærd og forsøg at identificere mulige årsager til irritationen
- Vær opmærksom på om beboerens basale behov er dækket
- Drøft gerne observationer med kollegaer for at få flere perspektiver

Før metoden anvendes, er det vigtigt at medarbejderne har forsøgt at afdække, om irritationen skyldes fysiske eller psykiske behov - det kan f.eks. være sult, træthed, overstimulering eller manglende tryghed. Observation og refleksion er afgørende for at sikre, at metoden anvendes meningsfuldt og etisk forsvarligt.

Trin 2: Vurdering af scenen

- Overvej om irritationen kan være knyttet til det rum beboeren befinder sig i
- Identificer sanseindtryk i rummet, der kan virke forstyrrende eller overstimulerende

Hvis irritationen synes at være rumrelateret, kan et scenskift være gavnligt. Det kan indebære at invitere beboeren til et andet rum, som eksempelvis et fællesareal, et mere roligt miljø eller et sted med kendte og trygge rammer. Alternativt kan man ændre på rummets sanseindtryk ved f.eks. dæmpe lys, trække gardiner for, fjerne støj eller tilføje beroligende elementer.

Trin 3: Vurdering af samspillet

- Overvej om irritationen kan være knyttet til den medarbejder, der forsøger at hjælpe
- Drøft med kollegaer om et personskifte kan være hensigtsmæssigt

Hvis irritationen synes at være relateret til den specifikke medarbejder, der tilbyder sin hjælp, kan et personskifte være en løsning.

En kollega kan overtage kontakten, hvilket kan skabe en ny dynamik og give beboeren mulighed for at reagere anderledes. Det er vigtigt, at skiftet sker med respekt og omtanke, og at beboeren ikke oplever det som afvisning. Ydermere er det centralt at huske, at irritationen knytter sig til demenssygdommen og ikke udspringer af relationen.

Trin 4: Gennemfør skiftet

- **Gennemfør sceneskift ved at ændre omgivelserne eller guide beboeren til et andet rum**
- **Gennemfør personsift ved at lade en kollega tage over**
- **Vær opmærksom på beboerens reaktion og justér indsatsen derefter**

Skiftet skal ske roligt og med tydelig kommunikation, så beboeren føler sig tryk. Det kan være en hjælp at bruge kendte rutiner eller genstande i overgangen. Medarbejderne bør være opmærksom på om irritationen aftager, og om beboeren virker mere rolig og tilpas.

Trin 5: Refleksion og dokumentation

- **Reflekter over hvad der virkede og hvorfor**
- **Dokumenter indsatsen og del erfaringer med kollegaer**

Efter anvendelsen af metoden er det vigtigt at reflektere over forløbet. Hvad virkede? Hvad kunne gøres anderledes? Dokumentation af indsatsen kan bidrage til fælles læring og sikre kontinuitet i arbejdet med beboeren. Erfaringer kan dermed bruges til håndtering af uro og irritation.



METODEN I PRAKSIS

Når Bente har udvist udadreagerende adfærd, er medarbejderne i nogle situationer begyndt at anvende sceneskift og personskift som metode. Inden medarbejderne anvender metoden i forhold til Bente, så har de selvfølgelig sikret at Bentes basale behov er dækket. Ydermere har de indledningsvist spurgt indtil Bentes irritation, men når de ikke har fået en afklaring, har de brugt metoden.

Hvis medarbejderne har observeret, at Bentes fokus har været på rummet, så har medarbejderne lavet simple justeringer der. Det kan være at ved at trække gardinet for, så de mange sanseindtryk fra Bentes have ikke skabte unødigt visuel støj. Det kan også være ved at rydde Bentes sofabord for ting, da antallet af sanseindtryk således bliver begrænset. I andre sammenhænge kan tilføjelsen af sanseindtryk ved eksempelvis at trække gardinet fra, at synge en sang eller sætte noget musik på Bentes anlæg ændre Bentes fokus og udad reagerende adfærd.

Hvis medarbejderne vurderer, at den udadreagerende adfærd er rette mod en medarbejder, men det ikke bliver tydeligt, hvad irritationen skyldes, så prøver medarbejderne at gå ud af Bentes lejlighed, og komme igen lidt senere. Hvis Bente stadig udviser irritation ved deres tilstedeværelse, når de vender tilbage, så bytter medarbejderne opgaver med en kollega. Irritationen bæres typisk med de medarbejdere, der indledte samværet med Bente, og skiftet i medarbejdere ændrer ofte Bentes adfærd.

METODE 9: KONTAKT-ØER

Case:

Bjarne har grundet kombinationen af sit udviklingshandicap og udviklingen af demens svært ved at følge med i det, der sker i dagligstuen og i fællesarealerne, hvor han bor. Bjarne falder let ud af den kontekst han er midt i. Han bliver apatisk, let forvirret og irriteret, når han sidder midt i "det hektiske liv", der er i dagligstuen hvor folk snakker på kryds og tværs, kommer og går og har travlt med det ene og det andet. Tidligere har Bjarne godt kunne lide at være i omgivelser, hvor der sker noget, men i takt med at demenssygdommen har udviklet sig, er det blevet svært for Bjarne at rumme. På trods af, at Bjarne ikke rummer de mange aktiviteter, så sætter han dog stadig stor pris på at være sammen med andre mennesker, hvis det sker på hans præmisser.

Metodens formål:

At tilbyde fokuseret samvær hvor der er tid, ro og støtte til fordybelse i aktiviteter, der opleves betydningsfulde for beboeren

Metodebeskrivelse:

Metoden kan særligt anvendes i situationer, hvor en beboer med demens tidligere har haft glæde af samvær med andre beboere, men hvor dette samvær ikke længere er muligt i samme omfang – eksempelvis på grund af ændringer i beboerens funktionsniveau eller adfærd. Metoden har dermed til formål at sikre, at beboeren fortsat oplever relationel kontakt og følelsen af at være betydningsfuld gennem samvær trods den ændrede livssituation.



DE FØLGENDE TRIN

Trin 1: Planlægning af relationelle kontakt-øer

- Afsæt tid i den ugentlige planlægning til individuelt samvær med beboeren
- Vælg aktiviteter, der tager udgangspunkt i beboerens interesser og præferencer

I en travl og hektisk hverdag kan det være svært impulsivt at tage sig tid til et længerevarende individuelt samvær med en beboer. Det første skridt er derfor at sikre, at der i planlægningen af den daglige pædagogiske og sundhedsfaglige støtte afsættes tid til, at medarbejdere kan tilbyde beboeren individuelt samvær. Det kan være en gåtur, højtlesning, musiklytning, samtaler eller blot en stille stund med en kop kaffe – det afgørende er, at aktiviteten opleves meningsfuld for beboeren og skaber en ø af kontakt i hverdagen.

Trin 2: Skab tryghed og nærvær

- Vær til stede med beboeren uden forstyrrelser
- Giv beboeren oplevelsen af at være i centrum

Når kontakt-øen gennemføres, er det vigtigt, at medarbejdere er nærværende og fokuseret. Det betyder, at man undgår afbrydelser og i stedet giver beboeren fuld opmærksomhed. Dette påskønner relationen og kan bidrage til at reducere uro og ensomhed.

Trin 3: Øget opmærksomhed i dagligdagen

- Vær opmærksom på små muligheder for kontakt i hverdagen
- Brug korte øjeblikke til at skabe relationel forbindelse

Ud over de planlagte kontakt-øer øger metoden også en generel skærpet opmærksomhed på at tilbyde relationel kontakt i dagligdagen. Det kan være et smil, en hånd på skulderen, en kort samtale eller blot at stå sammen i stilhed.

Disse små øjeblikke kan have stor betydning for beboerens oplevelse af at være set og anerkendt.

Trin 4: Tilpasning og evaluering

- **Vurder løbende hvordan beboeren reagerer på samværet**
- **Juster indhold og form efter beboerens behov og dagsform**

Det er vigtigt, at metoden tilpasses den enkelte beboer og dennes aktuelle tilstand. Nogle dage kan beboeren have brug for ro og andre dage for mere aktivt samvær. Medarbejdere bør løbende evaluere og justere indsatsen, så den forbliver meningsfuld og skaber trivsel hos den enkelte beboer med udviklingshandicap og demens.

Trin 5: Dokumentation og videndeling

- **Noter erfaringer og beboerens reaktioner**
- **Del viden i medarbejdergruppen for at sikre kontinuitet**

For at sikre at metoden bliver en integreret del af den pædagogisk og sundhedsfaglige praksis, bør erfaringer og observationer dokumenteres og deles i kollegagruppen. Det skaber mulighed for, at flere medarbejdere kan bidrage til og videreføre det vigtige relationelle arbejde med beboeren med udviklingshandicap og demens.



METODEN I PRAKSIS

Medarbejderne er blevet opmærksom på Bjarnes behov i forhold til den øgede relationelle opmærksomhed, og de har derfor afsat tid i løbet af ugen til kontakt-øer. På disse tidspunkter har en medarbejder kun fokus på at være sammen med ham, og om det han har lyst til. Oftest afholdes kontakt-øerne i Bjarnes lejlighed. Efter at man har indført kontakt-ørene sammen med Bjarne, så har hans adfærd i fællesarealerne også ændret sig.

Når Bjarne har haft tid til fordybelse med en medarbejder, hvor de har kigget på og talt om Bjarnes store samling af nøgleringe, gået en tur eller læst i en bog sammen, så er det som om, at Bjarne efterfølgende bedre kan rumme det høje aktivitetsniveau i fællesarealerne. Han falder stadig let ud af den kontekst han er i, men han bliver i mindre grad apatisk, forvirret og irriteret. Bjarne er også selv begyndt at opsøge medarbejderne, og efterspørge aktiviteter de tidligere har lavet sammen, hvilket indikerer at Bjarne værdsætter den relationelle opmærksomhed.



METODE 10: BEKRÆFTE OG FØLGE BEBOERENS LIVSVERDEN

Case:

Elin er 63 år og bor på et botilbud, da hun har et udviklingshandicap og udvikler demens. Elin har gennem sit 63-årige liv oplevet mange gode, sjove og spændende ting, men hun har ligesom de fleste andre mennesker også haft triste, sørgelige og dårlige oplevelser. Elin elsker at fortælle historier om gamle dage, og hun foretrækker at fortælle om de positive oplevelser. Til tider løber fantasien lidt af med Elin, når hun fortæller historierne fra da hun var barn og ung. Det lader til, at Elin også selv kommer til at tro på, at virkeligheden er som i hendes fortællinger. Eksempelvis kan Elin efter en fortælling om hendes forældre, der gik bort for flere år siden, sige: "Jeg glæder mig til, at min mor og far kommer på besøg". Eller Elin kan afslutte en fortælling om sin barndom med: "Det bliver også sjovt, når vi alle sammen kommer hjem til fest i huset igen". Når medarbejderne fortæller Elin, at hendes forældre er døde og derfor ikke kommer på besøg igen, eller når de fortæller, at Elins barndomshjem er solgt for mange år siden, og familien derfor ikke samles der mere, så bliver Elin mut, trist og ked af det.

Metodens formål:

At forstå, anerkende og bekræfte beboerens perspektiv på egen livsverden

Metodebeskrivelse:

Metoden kan anvendes i situationer, hvor en beboer med udviklingshæmning og demens deler fortællinger, oplevelser eller udsagn, som ikke nødvendigvis stemmer overens med den gængse opfattelse af virkeligheden. Formålet med metoden er at bekræfte beboeren i sin livsverden og skabe en oplevelse af at blive hørt og anerkendt. Metoden fordrer anerkendende kommunikation og kræver samtidig faglig og etisk refleksion fra medarbejdernes side.



DE FØLGENDE TRIN

Trin 1: Anerkendende opmærksomhed

- **Lyt aktivt og nærværende til beboerens fortælling**
- **Undlad at korrigere eller afvise beboerens oplevelse**

Det første skridt i metoden er at møde beboerens fortælling med respekt og åbenhed. Medarbejderne skal undgå at korrigere beboerens udsagn, selv hvis de afviger fra den gængse opfattelse af virkelighed. I stedet skal der lyttes med empati og anerkendelse, så beboeren oplever, at deres livsverden bliver taget alvorligt.

Trin 2: Bekræftelse af beboerens livsverden

- **Vis forståelse og interesse for beboerens perspektiv**
- **Brug kropssprog og verbal respons til at signalere accept**

Bekræftelse handler om at vise, at beboerens oplevelse er gyldig – ikke nødvendigvis sand i gængs forstand, men sand for beboeren. Det kan ske gennem små verbale tilkendegivelser som eksempelvis “Det lyder som en stor oplevelse – det lyder spændende”. Det er også vigtigt, at man gennem kropssprog signalerer nærvær og respekt.

Trin 3: Etiske overvejelser

- **Overvej konsekvenserne af at bekræfte beboerens livsverden**
- **Vurder om der er behov for faglig afvejning i særlige situationer**

Trods det anerkendende fundament som metoden står på, så er det vigtigt, at medarbejderne løbende reflekterer over de etiske aspekter. Hvis beboerens fortælling indeholder elementer, der kan føre til uhensigtsmæssige konsekvenser eller adfærd, må medarbejderen overveje, om hun skal korrigere fortællingen, eller hvordan hun på anden vis støtter beboeren i forhold til konsekvenserne eller adfærden.

Trin 4: Tilpasning til beboerens dagsform

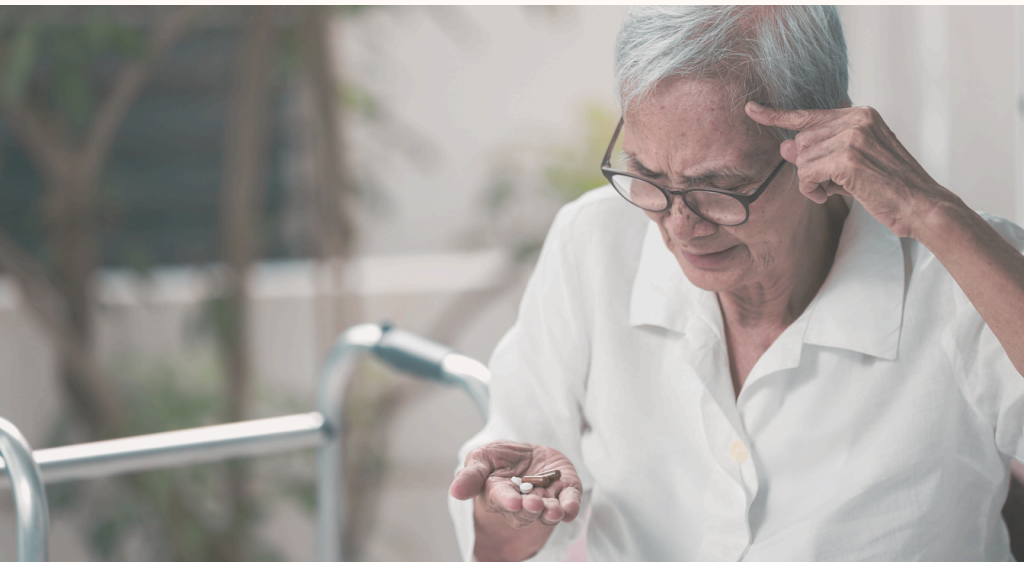
- Vær opmærksom på beboerens mentale tilstand og behov
- Juster kommunikationsformen efter beboerens reaktioner

Beboerens dagsform kan variere, og metoden skal tilpasses derefter. Nogle dage kan beboeren have brug for mere støtte i forhold til sin fortælling end andre dage. Ydermere kan beboerens fortællingen ændre karakter alt efter dagsformen. Medarbejderne skal være opmærksomme og lydhøre over for beboerens livsverden, og kun korrigere fortællingen hvis uhensigtsmæssige konsekvenser toner frem.

Trin 5: Dokumentation og faglig sparring

- Noter relevante observationer og reaktioner
- Del erfaringer i teamet for at styrke den fælles praksis

For at sikre kontinuitet og erfaringsudveksling er det en god idé, at medarbejderne dokumenterer, hvordan beboeren reagerer på tilgangen. Gennem faglig sparring i medarbejdergruppen kan metoden videreudvikles og tilpasses, så den bedst muligt understøtter den enkelte beboers trivsel og livsverden.



METODEN I PRAKSIS

Gennem en del drøftelser og overvejelser valgte medarbejderne at ændre kommunikationstilgangen i forhold til Elin, når hun underholdt med og glædes ved sine fortællinger fra ungdommen og barndommen. Tidligere valgte medarbejderne at korrigere Elin, så hendes fortællinger stemte overens med deres forståelse af virkeligheden. Dog havde de svært ved at finde argumenter i forhold til, hvorfor de skulle korrigere Elins oplevelse af verden, når hendes virkelighedsopfattelse ikke skadede nogen. Medarbejderne blev derfor enige om, at de i stedet fremadrettet ville anerkende og undlade at afvise Elins livsverden, når hun præsenterede den for dem. Selvfølgelig ville de korrigere den, hvis de kunne se, at det fremadrettet ville skade Elin selv eller andre.

Den nye tilgang hvor medarbejderne ikke har korrigeret Elin, har været positivt i samspillet med hende. Hun fortæller stadig mange historier om sin barndom og ungdom, samt om familien og de mange familiefester. Når Elin fremhæver, at hun glæder sig til, at de dejlige oplevelser med familien gentager sig, så bekræfter medarbejderne blot Elins glæde ved eksempelvis at sige: "Det kan jeg da godt forstår, at du glæder dig til – det lyder også superhyggeligt".

Elin fortsætter efterfølgende de mange gode historier, og det lader ikke til, at hun undrer sig over, at besøgende fra forældrene og de mange familiefester aldrig kommer.



METODE 11: AFSTEMME I FORHOLD TIL LATENSTID

Case:

Poul er 72 år. Han har et udviklingshandicap og har demens. Poul kan klare en del selv, men har også brug for hjælp fra medarbejderne - blandt andet får Poul hjælp, når han skal i bad. På trods af at Poul godt selv er klar over, at han har brug for hjælpen, så råber han stadig meget op, når medarbejderne forsøger at guide ham verbalt og fysisk i badesituationen. For medarbejderne virker det næsten som om, at Poul bliver forskrækket, selv om han både kan se og høre, hvad medarbejderne gør. Medarbejderne har gjort sig mange overvejelser i forhold til Pouls badesituation, da de meget gerne vil have, at det skal være en god oplevelse for ham. Da det tyder på, at Poul bliver forskrækket, antager medarbejderne at han har lang latenstid.

Metodens formål:

At afstemme i forhold til beboerens latenstid for at fremme meningsfulde omsorgssituationer

Metodebeskrivelse:

Metoden kan anvendes i alle hjælpesituationer, hvor en beboer med udviklingshandicap og demens har behov for støtte til personlig pleje eller andre former for omsorg. Formålet med metoden er at skabe tryghed og forudsigelighed ved at sikre, at beboeren altid bliver informeret og inddraget, før en handling udføres. Dette mindsker risikoen for forskrækkelse og ubehag og styrker relationen mellem beboer og medarbejder.



DE FØLGENDE TRIN

Trin 1: Forberedelse af støtte

- Skab ro og kontakt før hjælpen påbegyndes
- Tag bestik af beboerens latenstid og dagsform

Inden støtten påbegyndes er det vigtigt, at medarbejderen skaber kontakt og vurderer, hvordan beboeren har det. En rolig tilgang og opmærksomhed på beboerens signaler er afgørende for, at støtten bliver tryk og respektfuld.

Trin 2: Anmodning og accept

- Forklar tydeligt, hvad du vil gøre, og hvorfor
- Vent på beboerens accept – verbal eller nonverbal

Inden medarbejderen handler, skal hun altid italesætte, hvad hun gør. Det kan være med sætninger som: "Nu tager jeg lige trøjen lidt op?" eller "Nu kommer der vand på den højre fod?". Foruden italesættelsen er det helt centrale ved metoden, at medarbejderen afventer beboerens verbale eller nonverbale accept af handlingen. Der kan således både være tale om et ord, en lyd eller en bevægelse, der fortæller at beboeren har accepteret den kommende handling – og først derefter kan medarbejderen udføre handlingen. Dette kan være vanskeligt, når hver enkelt handling skal italesættes. Ydermere kræver det tilvænning, når man skal afvente beboerens accept uanset latenstid. Det er dog meget væsentligt, da det giver beboeren med udviklingshandicap og demens oplevelsen af, at have indflydelse og kontrol over situationen

Trin 3: Løbende tilpasning

- Vær opmærksom på beboerens reaktioner
- Stop eller juster hvis beboeren viser ubehag

Selv efter accept er det vigtigt at være opmærksom på beboerens signaler.

Hvis beboerens udviser ubehag eller modvilje bør medarbejderen tage bestik af situationen og eventuelt forsøge igen senere. Dermed respekteres og understøttes beboerens integritet i videst mulige omfang i situationer med eksempelvis personlig pleje.

Trin 4: Erfaringsudveksling og videndeling

- **Del erfaringer i medarbejdergruppen**
- **Brug viden om beboerens præferencer i fremtidige situationer**

Efter støttesituationen kan det være givtigt, at rette opmærksomheden på de små detaljer og handlinger, som støtten bestod i. Det kunne eksempelvis være vanskelige bevægelser for beboeren, gode måder at anmode på eller særlige måder hvorpå beboeren gav accept på. Ved at dele denne unikke viden i medarbejdergruppen styrkes den fælles faglige tilgang og kontinuiteten i omsorgen.



METODEN I PRAKSIS

På baggrund af observationerne i forhold til Pouls badoplevelse besluttede medarbejderne at ændre på tilgangen. Tidligere guidede medarbejderne Poul fysisk og verbalt ved eksempelvis at løfte hans venstre arm og samtidig sige: ”Nu løfter jeg lige din venstre arm”. Denne tilgang udløste ofte overraskende råb og lyde. På baggrund af Pouls reaktion talte medarbejdergruppen om, at det kunne tyde på, at Poul grundet demenssygdommen havde fået længere latenstid.

For at respektere Pouls længere latenstid besluttede medarbejderne at ændre på tilgangen i badesituationerne. Tidligere havde de blot benævnt deres handlinger, men da Poul har længere latenstid, når han ikke at opfatte deres handlinger, før det sker, hvilket forskrækker ham. Medarbejdergruppen besluttede derfor at anmode om og afvente accept, før de udførte handlingen, når de støttede Poul. Medarbejdernes anmodning kunne eksempelvis lyde: ”Er du klar til at jeg løfter den venstre arm?”, hvorefter de afventede en bekræftelse i form af et ”Ja” eller en tilkendegivende lyd.

Efter at medarbejderne har indført denne tilgang, hvor de anmoder om accept, er Pouls bade blevet meget mere forudsigelige og behagelige for ham. Medarbejderne har også indført metoden i andre sammenhænge i samværet med Poul. Det er tydeligt, at han bedre forstår medarbejdernes handlinger, og han bliver derfor ikke overrasket og forskrækket i situationerne, hvor metoden anvendes. Pouls støtte er dermed blevet mere forudsigelig for ham, hvilket fremmer hans trivsel og de gode oplevelser i hverdagen.



REFERENCELISTE

Alzheimerforeningen, (2025. 10. september) <https://www.alzheimer.dk/viden-om-demens/demenssymptomer/>

Ali, A., Brown, E., Tsang, W., Spector, A., Aguirre, E., Hoare, S., & Hassiotis, A. (2022). Individual cognitive stimulation therapy (iCST) for people with intellectual disability and dementia: A feasibility randomised controlled trial. *Aging & Mental Health*, 26(4), 698–708.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1869180>

Bergmark & Lundström (2007): *Metoder i socialt arbejde: hvad er det? I: Meeuwisse, Sunesson & Swärd: Socialt arbejde: en grundbog*. Hans Reitzels Forlag

Bishop, K. M., et al. (2015). Guidelines for dementia-related health advocacy for adults with intellectual disability and dementia. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 53(1), 2–29.

<https://doi.org/10.1352/1934-9556-53.1.2>

Brooker, D., & Kitwood, T. (2019). *Dementia reconsidered revisited: The person still comes first*. McGraw-Hill Education.

Bøttcher, L., & Dammeyer, J. (2020). *Handicappsykologi: En grundbog om arbejdet med mennesker med funktionsnedsættelser*. Samfundslitteratur.

CareNet, Danish.Care, & Teknologisk Institut. (2022). *Velfærdsteknologi i de danske kommuner 2022*. <https://www.carenet.nu>

Cleary, E., & Doody, O. (2017). Professional carers' experiences of caring for individuals with intellectual disability and dementia: A review of the literature. *Journal of Intellectual Disabilities*, 21(1), 68–86.

<https://doi.org/10.1177/174462951663396>

Crook, N., et al. (2016). Does the Well-Being of individuals with down syndrome and dementia improve when using life story books and rummage boxes? Wiley. doi:10.1111/jar.12151

Deeken, F., et al. (2019). Evaluation of technology-based interventions for informal caregivers of patients with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(4), 426–445.

<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.12.003>

Elvén, B. H. (2010). *Problemskabende adfærd ved udviklingsforstyrrelser eller udviklingshæmning*. Dansk Psykologisk Forlag.

Han, S., White, R., & Cisek, M. (2023). Visual support for individuals with Alzheimer's disease. *APA handbook of neuropsychology*. <https://doi.org/10.1037/0000307-023>

Holthe, T., Halvorsrud, L., & Lund, A. (2022). Digital assistive technology to support everyday living. *Clinical Interventions in Aging*, 17, 519–544. <https://doi.org/10.2147/CIA.S357860>

Hung, L., et al. (2020). Using touchscreen tablets to support social connections. *Dementia*. <https://doi.org/10.1177/1471301220922745>

Kitwood, T. (2009). *Dementia*. <https://doi.org/10.1177/1471301220922745>

Jensen, A. M. (2015). Reminiscens, livshistorie og demensomsorg. *Gerontologi*, 31(2), 14–17.

Jensen, J. B. (2019). Design af aktionsforskningsprojekter. I S. F. Karen Borgnakke, Aktionsforskning - indefra og udefra. Dafolo.

Kabel, S. (2017). Hvidbog om demens og socialpædagogik. Forlaget steenkabel.

Kitwood, T. (1999). En revurdering af demens – personen kommer i første række. Dafolo.

Kitwood, T. (2009). Dementia reconsidered: The person comes first. Open University Press.

Laursen, E. (2020). Aktionsforskning og organisatorisk læring. I J. B. Søren Frimann, Aktionsforskning i et læringsperspektiv. Hans Reitzels forlag.

Lautarescu, B. A., et al. (2017). The early presentation of dementia in people with Down syndrome. *Neuropsychology Review*, 27(1), 31–45. <https://doi.org/10.1007/s11065-017-9341-9>

Lorentzen, P., & Vestberg, P. (2011). Fra tilskuer til deltager. Materialecentret.

Mahmoudi, E. (2021). Hearing, vision, or dual sensory impairment and dementia risk. *JAMA Network Open*. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.1846>

Morris, B., et al. (2023). Barriers and facilitators to the adoption and use of assistive technology. *JB I Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-0031>

Nationalt Videnscenter for Demens & Kirsten Agerskov Nielsen (2024). Observationsskema ved udvikling af demens.

Nationalt Videnscenter for Demens (2025, 10. september) <https://videnscenterfordemens.dk/da/om-demenssygdomme>

Nationalt Videnscenter for Demens. (2025, 10. september) <https://videnscenterfordemens.dk/da/livshistorier>

Nussbaum, M.C. (2007). *Frontiers of justice*. Harvard University Press.

Nussbaum, M.C. (2021). *At skabe kapabiliteter*. Forlaget Mindspace.

Perkins, E. A. (2007). Self and proxy reports across three populations. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4, 1–10. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-1130.2006.00092.x>

Rokstad A.M.M. (2019). Se hvem jeg er! Personcentreret omsorg ved demens. Samfundslitteratur.
Service, K. P., Tyler, C. V., & Janicki, M. P. (2006). Geriatric care. In Rubin & Crocker (Eds.), *Developmental disabilities*. Paul H. Brookes.

Socialstyrelsen. (2020). Udviklingshæmning og demens – nyt tema på Vidensportalen. <https://www.sbst.dk/nyheder/2020/udviklingshaemning-og-demens-nyt-tema-paa-vidensportalen>

Strydom, A., et al. (2016). Best practice in caring for adults with dementia and learning disabilities.

Nursing Standard. <https://doi.org/10.7748/ns.2016.e10524>

Westergård, B. (2016). *Life story work*. University of Edinburgh.