

Stiller vi de rigtige spørgsmål?



Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem

Med finanslovsaftalen for 2011 blev det besluttet at nedsætte en kommission, der skulle undersøge, hvordan beboernes livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem og i plejeboliger kan understøttes og se på, om der de samme steder er unødvendige regler, som er barrierer for et godt hverdagsliv. Kommissionen fremlagde den 9. februar 2012 sin rapport "Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem" med 43 konkrete anbefalinger.

DKDK har fået rapporten til høring og har på den baggrund drøftet rapportens anbefalinger. Rapporten er let tilgængelig og læsværdig – stor ros for det.

Kommissionen tager fat om spørgsmålet – en værdig død. Et velvalgt og relevant tema, som også på plejecentre kan være mere eller mindre tabubelagt – det er rigtig godt.

Det er svært at være uenig i rapportens værdier og anbefalinger, men der er heller ikke megen nytænkning – det er lidt ærgerligt. Men rapporten er helt klart med til at belyse et vigtigt fokusområde.

Den af SFI udarbejdede baggrundsrapport for Kommissionen peger på, at mellem 50 og 80 % af borgerne på plejecentre har en demenssygdom. Denne konstatering er uhyre væsentlig at inddrage, når nye plejecentre bygges. I de seneste år har været en tendens til at spørge kommunens friske pensionister om, hvordan de vil bo, når de skal flytte på plejecenter og så bygge ud fra dét. Baggrundsrapportens tal viser, at mange plejecenterbeboere har en demenssygdom, hvorfor plejecentre skal bygges, så de opfylder disse

borgeres behov. Derfor: Spørg ikke kommende ældre, men spørg fagkendskaben om, hvad der skal lægges vægt på i nybyggeri, for at borgere med demenssygdomme kan leve med størst mulig selvbestemmelse og livskvalitet.

Plejehjemmet "Lotte" er gennem de seneste år fremhævet som et mønsterplejehjem, hvad angår beboernes trivsel og livskvalitet. "Lotte" er samtidig kendt for at bryde bureaukratiske regler, når disse hindrer trivsel og livskvalitet. Det havde været ønskeligt, hvis kommissionens rapport havde peget på regler, der kan undværes – hvilket faktisk var ét af formålene med kommissionen. Der kan ikke lovgives om bedre pleje og omsorg, men politikerne kan lette vejen ved at lempe på bureaukratiske love og cirkulærer.

Rapporten berører kun kort plejepersonalets uddannelse. Det er DKDK's holdning, at så længe det plejepersonale, der arbejder på plejecentre og i hjemmeplejen, til stadighed mangler efteruddannelse om demens, er vi ikke nået langt nok. Hertil kommer, at en del af personalet grundlæggende manglende viden om dannelse og omgang med mennesker, de har i deres varetægt. Er det rimeligt og acceptabelt, at de svageste borgere med komplekse sygdomsforløb primært passes af fagpersoner med de korteste uddannelser indenfor plejesektoren? Hvis kommissionens forslag til værdier og anbefalinger skal blive til virkelighed, må dette forhold ændres. Ledelse og lederen er væsentlig, men medarbejdernes grundlæggende kunnen og viden er dét, lederen skal bygge på.

Til opfølgning på rapportens anbefalinger er årligt afsat 10 mio. kr. over de næste fire år – DKDK kommer gerne med forslag til fornuftig brug af disse midler.

Kliniske retningslinjer for demens

Sundhedsstyrelsen har nedsat en arbejdsgruppe, der har til opgave at bidrage til udarbejdelse af kliniske retningslinjer for demens. Formålet med retningslinjerne er at understøtte en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, sammenhængende patientforløb samt vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper.

DKDK har plads i såvel arbejds- som referencegruppen, og DKDK's bestyrelse har sammen med regionsrepræsentanterne drøftet, hvilke områder DKDK anser for væsentlige. DKDK ser det som sin primære opgave, at der i de kommende kliniske retningslinjer også er fokus på pleje og omsorg. Det tager vi med i arbejdet.

DKDK finder det positivt, at der som opfølgning på den Nationale Handlungsplan for Demensindsatsen udarbejdes kliniske retningslinjer. Disse kan give specifik vejledning til os i situationer, hvor der skal træffes konkrete beslutninger undervejs i et patientforløb.

Vi får svar, som vi spørger!

Alt for ofte kan vi ikke finde svaret på et problem, fordi vi stiller de forkerte spørgsmål. Ofte fordi vi tror, at vi fortsat kan nøjes med at forbedre og udvikle det produkt, vi allerede har, mens den rigtige løsning er, at finde på noget fundamentalt nyt. Kreativitet er at skabe noget som hidtil ikke har eksisteret. Den udfordring har vi, der arbejder på demensområdet, dagligt.

Ane Eckermann

INDHOLD:	
Nyt fra Socialstyrelsen	2
Demens hos udviklingshæmmede—en diagnostisk udfordring	4
Er det misbrug eller demenssygdom?	6
Kliniske retningslinjer for demens	8

16. årgang
marts 2012

NYHEDSBREV 1

Nyt fra Socialstyrelsen

Som beskrevet i Nyhedsbrev 4, 2011 er Socialstyrelsen ved at sætte en række projekter på skinner i forbindelse med den nationale handlingsplan på demensområdet.

Her i artiklen er fokus på to af projekterne - derudover omtales initiativer og tiltag på andre dele af ældreområdet.

Demens og udadreagerende adfærd

Projektet, der skal medvirke til at skabe en styrket indsats for den gruppe af demensramte borgere, der har eller kan få en udadreagerende adfærd, har i slutningen af sidste år og de første måneder af 2012 været i gang med at afdække og kortlægge forskellige aspekter af indsatsen på dette område.

Der er blevet lavet en screening af international viden, en række interviews og etableret kontakt med forskellige faglige miljøer og eksperter.

Målet har været at danne et billede af dels, hvordan og hvornår udadreagerende adfærd opstår, dels hvilke tiltag der kan medvirke til at forebygge eller minimere risikoen, og sikre et godt grundlag for den faglige indsats i plejeboliger.

Den overordnede pointe er, at det som udgangspunkt er udtryk for et problem i miljøet omkring en borger med demens, når der opstår udadreagerende adfærd, som f.eks. vold, råben eller andre kraftige reaktionsmønstre. Målet med projektet er at afprøve en samlet ramme for en faglig og organisatorisk indsats, der skal styrke personalets muligheder for at give den mest hensigtsmæssige pleje, omsorg og hjælp til de borgere, der er i en "risiko-zone".

Styrelsen vil i løbet af sommeren indgå aftaler med forventet tre kommuner om at afprøve denne indsats, som sideløbende vil blive evalueret af SFI.

Netop nu arbejdes der med at systematisere og sammenholde den indsamlede viden. Det skal naturligvis ske, så den beskrevne model kan rumme de forskellige forhold, der eksisterer i kommunerne, og dermed være en realistisk vej til at skabe en forandringsproces, som kan gavne både borgere og medarbejdere.

Læs mere på Socialstyrelsens hjemmeside - spørgsmål til projektet kan rettes til kda@servicestyrelsen.dk

Vidensindsamling om socialfaglige metoder

Sideløbende med det ovenfor beskrevne, arbejdes der med vidensindsamling, som skal understøtte det systematiske arbejde med at udvikle demensindsatsen. Det skal resultere i, at Socialstyrelsen får et grundlag for at give blandt andet demenskoordinatorer og -konsulenter en ny indgang til information og dokumentation om forskellige metodiske tilgange og emner. Tanken er, at indgangen kan bruges til at formidle rammer og indhold, hvis man vil arbejde med et bestemt område eller emne i kommunen eller på et plejecenter. Men også at fagfolk kan bruge den til at kvalificere beslutninger, f.eks. om implementering af nye tiltag i kommunen.

Ligesom med udviklingsprojektet i forhold til udadreagerende adfærd og demens, er vi i kontakt med en række fagfolk med særlig viden fra forskellige dele af feltet. I forbindelse med forårets netværksmøder i regionerne vil det også være muligt at høre mere om begge projekter - der deltager vi som hidtil fra Socialstyrelsen. Spørgsmål til vidensindsamlingen rettes til projektleder Iben Stephensen på ibs@servicestyrelsen.dk.

Den øvrige handleplan

Der er yderligere tre projekter i Socialstyrelsens regi, som er udsprunget af anbefalinger i den nationale handlingsplan for demensindsatsen (som beskrevet i forrige Nyhedsbrev). Dels en undersøgelse, som mange af jer har hjulpet med at få deltagere til. Dels en oplysningskampagne, som skal målrettes faggrupper udenfor det sociale område, der møder mennesker med demens i presede eller utrygge situationer. Og endelig et projekt, der skal fokusere på motion i partnerskaber

Konflikter i pårørendesamarbejde

På Socialstyrelsens hjemmeside findes der redskaber og øvelser om samarbejdet med pårørende. Materialet kan bruges i forbindelse med praktisk træning i håndtering af konflikter, der kan opstå i samarbejdet med pårørende. I øvelserne er der dilemmaer og arbejdsopgaver, der afspejler virkeligheden og sætter nogle af materialets redskaber i spil.

Materialet er oplagt til undervisning på uddannelserne til SOSU-assistenter og -hjælpere, til temadage på plejecentre eller til opgaveskrivning. Find redskaber og øvelser samt håndbogen "Samarbejde med pårørende - Forebyggelse og håndtering af konflikter" her: www.servicestyrelsen.dk/aeldre, klik på Pårørendesamarbejde.

mellem kommuner og frivillige organisationer. De er alle tre under udarbejdelse.

Desuden kommer der inden længe tre nye pjecer om magtanvendelse og en stribe "teach-the-teacher" arrangementer, målrettet de forskellige uddannelsessteder, der uddanner medarbejdere til området.

Andre tiltag og initiativer

Som beskrevet af Ane Eckermann i lederen er Ældrekommissionens anbefalinger nu i høring, og på baggrund af høringssvarene vil der blive iværksat forskellige tiltag. Der er afsat 40 mio. kr. til dette, men hvordan de udmøntes, afhænger af høringssvar og den efterfølgende proces. Vi forventer, at der i flere tilfælde vil være opgaver til Socialstyrelsen i forhold til anbefalingerne.

Som nævnt i tidligere numre er der desuden forskellige implementeringstiltag undervejs, som ligger i forlængelse af projektet "God mad - godt liv". Desuden er to større initiativer om hhv. rehabilitering og forebyggelse under forberedelse. Der vil snart komme nyt om disse, så følg med på styrelsens hjemmeside og i nyhedsmails.

I starten af maj kommer der et nyt nummer af Social Fokus: Ældre, med fokus på aktivitet og ald-

ring. Emnet er aktuelt, fordi det i år er "Europæisk år for aktiv aldring og solidaritet mellem generationerne".

Nyt fra os

Som beskrevet i sidste nummer er der sket en række organisatoriske ændringer, og i den forbindelse er størstedelen af arbejdet med puljer i Socialministeriets regi blevet samlet i en ny enhed i departementet: Puljeadministration, som fremover varetager opgaver fra det tidligere Tilskudskontor samt en række opgaver fra styrelsen. Det betyder, at det som hovedregel er her, behandling og kontakt omkring puljer skal ske.

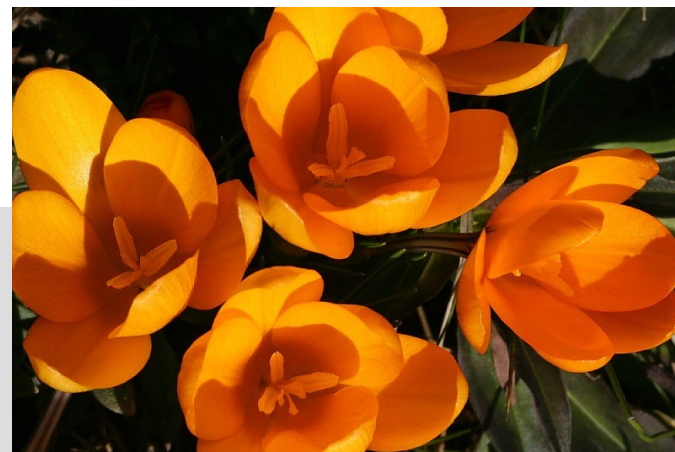
Fra maj måned vil der, som følge af en række organisatoriske ændringer, ikke længere være en ældreenhed i Socialstyrelsen. Opgaverne på ældreområdet vil fremover blive varetaget i Voksenheden, som er en fusion af de tidligere opgaver fra ældre-, udsatte- og handicapenheden. Det giver nye muligheder for at tænke på tværs, sætte fokus på tværgående faglige problemstillinger og dermed sikre at forskellige perspektiver, faglige løsninger og viden kan spille sammen. Det betyder naturligvis ikke, at demensområdet eller ældreområdet bliver nedprioriteret, men blot at det bliver nemmere at skabe koblinger mellem

forskellige problemstillinger - som det ovenstående beskriver, er der i øjeblikket mange nye initiativer og indsatser i gang og i støbeskeen.

Alt i alt peger det mod en spændende udvikling af ældreområdet, hvor Socialstyrelsen fortsat vil have en central rolle.

DKDK Årskursus 2012

Program for Årskursus 2012 udsendes medio juni 2012
- forventet pris kr. 5.050 for medlemmer og kr. 5.650 for ikke medlemmer.
Programmet lægges tillige på hjemmesiden, www.demens-dk.dk



Demens hos udviklingshæmmede – en diagnostisk udfordring

I den udviklede del af verden er levealderen blandt udviklingshæmmede generelt stigende (se henvisning 1 i referenceliste til sidst i artiklen). Gennem de seneste årtier er der sket en forbedring af levevilkårene for udviklingshæmmede blandt andet ved at flere udviklingshæmmede er vokset op i hjemmet hos familie frem for at flytte på institution tidligt i livet. Dette har bidraget til forbedring af ernæringstilstand, lavere infektionsrisiko og højere livskvalitet. Endvidere er der sket et holdningsskift i samfundet i retning af, at udviklingshæmmede bør have samme rettigheder i forhold til diagnostik og be-

handling som normalbefolkningen (se henvisning 2). Samtidig er behandlingsmulighederne for flere kirurgiske og medicinske tilstande blevet forbedret. Den stigende levealder medfører dog en højere forekomst af aldersbetingede sygdomme, herunder demenssygdomme.

Downs syndrom (DS) udgør den mest almindelige kromosomsygdom og viser sig ved mental retardering og særlige fysiske kendetegn. Sygdommen skyldes et helt eller delvist ekstra eksemplar af kromosom nr. 21 og kaldes derfor også trisomi 21 (se henvisning 3). På kromosom 21 er nogle særlige gener lokaliseret, som er associeret til øget risiko for at udvikle Alzheimers demens (AD). Således udgør personer med DS en særlig gruppe blandt udviklingshæmmede med høj risiko for at udvikle AD.

Diagnosticering af demens hos udviklingshæmmede

Udredning af demens forstås i Danmark primært af de demensudredende specialer psykiatri, geriatri og neurologi. Udredning og behandling af psykiatriske sygdomme hos udviklingshæmmede varetages i psykiatrisk regi. Ved udredning for demens hos udviklingshæmmede er praksis meget forskellig i Danmark. Når en udviklingshæmmede henvises

til udredning i en hukommelsesklínik for mulig demens, sker det oftest på baggrund af observationer fra personale eller pårørende. Disse observationer kan være gjort systematisk ved hjælp af et observationsskema over en længere periode eller på et mere tilfældigt grundlag. Eksempel på et sådan pædagogisk redskab er Trinvold Demensskema (se henvisning 4). Grundlæggende for god observation af begyndende tegn på demens er dog, at patientens tidligere funktionsniveau er velbeskrevet i forhold til sproglige kundskaber og praktiske færdigheder i det daglige. Praksis i Danmark, for hvordan personale på bosteder for udviklingshæmmede uddannes i at observere de ældre beboere, er meget forskellig og nogle steder mangelfuld. Der er dog stigende opmærksomhed på problemet, og der udbydes i dag flere kurser om emnet end tidligere. Nogle bosteder har en fast psykiater eller neurolog tilknyttet, som involveres ved mistanke om demens, mens andre benytter egen læge.

Indholdet af et basalt udredningsprogram for demens er skitseret på hjemmesiden for Nationalt Videnscenter for Demens (se henvisning 5). Udviklingshæmmede har forskellig grad af mental retardering, hvilket gør det særligt vanskeligt at diagnosticere demens. Ved diagno-

sticering af demens i såvel baggrundsbe-folkningen (uden udviklingshæmning) som hos udviklingshæmmede er det grundlæggende at påvise en ændring af forskellige kognitive funktioner fra tidligere funktionsniveau.

Hertil bruges traditionelt forskellige screeningsinstrumenter, som imidlertid ikke kan bruges til udviklingshæmmede, da de forudsætter et kognitivt funktionsniveau, som selv de færreste ikke-demente udviklingshæmmede er i besiddelse af. I Nationalt Videnscenter for Demens er et valideringsstudie opstartet med henblik på at indføre et observatør-rated screeningsinstrument for demenssymptomer hos udviklingshæmmede i danske lægeklinikker, både i almen praksis og hukommelsesklinikker. Screeningsinstrumentet er udviklet gennem et engelsk studie med 193 personer med DS (se henvisning 6). Ved dette studie blev det påvist, at screeningsinstrumentet er velegnet til at opdage demenssymptomer hos udviklingshæmmede og danne grundlag for stillingstagen til indikation for yderligere udredning for mulig demensudvikling.

En anden stor udfordring ved at udrede udviklingshæmmede er at få gennemført undersøgelser til at un-



Foto: "Piletræ" © Lillian Møller & www.foto-arkiv.dk

derstøtte demensdiagnosen og udelukke andre årsager til det kognitive funktionstab, herunder blodprøvetagning og CT-skanning af cerebrum.

Konklusion

Antallet af ældre udviklingshæmmede i Danmark og andre udviklede lande er stigende, hvilket medfører en stigning i forekomsten af aldersbetingede sygdomme herunder demens. Der er store udfordringer dels forbundet med at udrede gruppen af udviklingshæmmede for demens, pga. mangel på egnede screeningsinstrumenter til at afklare demenssymptomer, dels at udføre nødvendige undersøgelser med henblik på at udelukke relevante differentialdiagnoser og stille den rette diagnose.

Der er brug for en højere grad af viden og konsensus, både hvad angår observation af symptomer og metoder til at stille demensdiagnoser hos udviklingshæmmede for at opnå mere præcis diagnostik og et bedre udgangspunkt for fremtidig forskning indenfor området. Der er behov for mere forskning vedrørende forekomst af demens hos udviklingshæmmede samt udvikling af metoder til bedre diagnostik og behandling.

Ved spørgsmål eller kommentarer til artiklen, ret venligst henvendelse til:

Læge, klinisk assistent, ph.d. studerende
Lise Cronberg Salem
Rigshospitalet, Hukommelsesklinikken
Neurologisk Klinik, Afsnit 7621
Nationalt Videnscenter for Demens
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
Tlf. 3545 7119 Fax 3545 5323

Referenceliste

1. Bittles AH, Glasson EJ: Clinical, social, and ethical implications of changing life expectancy in Down syndrome. *Dev Med Child Neurol* 2004;46:282-286.
2. Newton R: Capacity to enjoy longer life. *Dev Med Child Neurol* 2004;46:219.
3. Coppus AM, Evenhuis HM, Verberne GJ, Visser FE, Oostra BA, Eikelenboom P, van Gool WA, Janssens AC, van Duijn CM: Survival in elderly persons with Down syndrome. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:2311-2316.
4. Nationalt Videnscenter for Demens: Demens ved Downs Syndrom. 2010.
5. www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/neurodegenerative-demenssygdomme/demens-ved-downs-syndrom/udredning-demens-ved-downs-syndrom (8. marts, 2012): 2012. Se tabel 1.
6. Rubak J BFDORLVMWF: Demens i almen praksis. Udredning, diagnostik, behandling, opfølgning.; DSAM, 2006.
7. Deb S, Hare M, Prior L, Bhaumik S: Dementia screening questionnaire for individuals with intellectual disabilities. *Br J Psychiatry* 2007;190:440-444.

Hjemmesider - anbefalet af DKDK's bestyrelse

Medlemmer af DKDK's bestyrelse har samlet en række hjemmesider, som dækker forskellige aspekter af deres arbejdsfelt, og som kan give viden og inspiration i det daglige arbejde.

- Alzheimerforeningen—www.alzheimer.dk
- Center for frivilligt socialt arbejde - www.frivillighed.dk
- COK, Center for Offentlig Kompetenceudvikling – www.cok.dk
- Danske Kommuner - www.danskekommuner.dk
- DANSKE ÆLDRE RÅD – www.danske-aeldreraad.dk
- EPOS - epos-amu.dk
- Etik – www.etik.dk
- Hjælpeinstituttet – www.hmi.dk
- Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet - www.dpu.dk
- Kommunernes Landsforening – www.KL.dk
- Mandag Morgen - www.mm.dk
- Nationalt videnscenter for demens – www.videnscenterfordemens.dk
- Nyheder for den offentlige beslutningstager – www.dknyt.dk
- NyhedsInformation - www.nyhedsinformation.dk
- Parkinsonforeningen – www.parkinson.dk
- Seminarer.dk – www.seminarer.dk
- Socialministeriet – www.sm.dk
- Socialstyrelsen – www.socialstyrelsen.dk
- Stirling Universitet – www.dementia.stir.ac.uk
- Videnscenter på Ældreområdet—Gerontologisk Institut (nedlagt, er nu en del af Institut for Sygepleje i Metropolen) - phmetropol.dk/aeldreviden
- Ældre Sagen – www.aeldresagen.dk

Er det misbrug eller demenssygdom?

Det følgende er en praksisbeskrivelse:

Lene kommer med sin søn i Gerontopsykiatrisk ambulatorium, da vi har modtaget en henvisning fra hendes læge.

Sønnen har været meget bekymret, for Lene husker dårligere og dårligere, og han oplever, at hjemmet flyder mere og mere.

Han er bange for, at Lene har en demenssygdom, men han har også brug for aflastning i hverdagen, for Lene kan ringe 20 gange på en dag og tager ikke hensyn til, om han er på arbejde. Lene bor alene, da hun er enke på 10. år.

Min første kontakt til Lene er, da hun kommer i ambulatoriet til forsamlingen. Hun kan selv fortælle om sin dårlige hukommelse, men oplever ikke, at det præger hendes hverdag. Sønnen har en noget anden historie, hvor han fortæller om Lenes mangeårige drikkeri og dårlige korttidshukommelse, som betyder, at han skal ringe og minde hende om aftaler. Lene genkender hans historie, men undskylder den med, at hun har haft en streng mor og en syg søster, som forlanger meget af hende.

For at kunne lave en vurdering af Lenes kognitive funktioner, skal hun være ude af sit misbrug, og det aftales med Lene, at hun ikke må drikke de næste fire uger. Derefter kommer jeg på hjemmebesøg med henblik på test af hukommelsen og en snak med hende om hendes hverdag.

Det aftales med Lene og sønnen, at jeg kontakter demenskonsulenten, så hun kan tage kontakt med Lene og følge hende lidt tæt i en periode for at kunne vurdere på det kognitive funktionsniveau og evt. depressionssymptomer.

Inden det første hjemmebesøg efter fire uger kon-

takter jeg demenskonsulenten. Hun har været på besøg hos Lene en gang, og hun har haft kontakt til de hjælpere, der kommer hos Lene. Dét, der oplever, er, at Lene i disse fire uger har drukket lige så meget, som hun plejer. Der er tomme flasker i hjemmet, og Lene er påvirket, når de kommer om aftenen.

Ved hjemmebesøget deltager Lene, hendes søn, demenskonsulenten og jeg. Det er hurtigt tydeligt, at Lene ikke husker, at vi har haft en aftale om alkoholfrihed, hun kan ikke mindes, at vi har talt om, at det skader hendes hukommelse, og hun afviser, at det er et problem, hun skal forholde sig til.

Gennem en anerkendende dialog bliver Lene tryk ved at sætte ord på sine problemer, hun anerkender selv sønnens bekymring for hende, og hun er parat til at starte antabusbehandling. Demenskonsulenten kan støtte denne proces ved at besøge Lene hyppigt til samtaler og være bindeleddet mellem hjemmepleje, patienten, sønnen og mig. Hjemmeplejen kan støtte Lene ved at klare de daglige indkøb for hende, så hun ikke bliver fristet til at købe alkohol. Dette nægter Lene at være med til. Aftalen bliver, at Lene får en uge til at tænke over det i, så vil vi komme igen.

Ved dette besøg har sønnen hørt, hvilke problemområder jeg fagligt kan sætte fokus på. Han har oplevet, at Lene kan motiveres til forandring, og derved har han fået argumenter til at fastholde Lene i sin beslutning om forandring. Som den eneste pårørende bliver det sønnens opgave, med støtte fra fagpersoner, at fastholde Lenes motivation. Før næste møde med Lene viser det sig, at alkoholforbruget er dagligt, hvilket er verificeret af både sønnen og hjemmeplejen. Lenes kontaktperson i hjemmeplejen er bekymret for, om Lene kan over-

holde ikke at indtage alkohol ved antabusbehandlingen, og om hun vil få abstinenser ved alkoholstop.

Jeg vælger at tage Lenes situation op til lægekonsference i teamet i forhold til, hvad vi kan tilbyde af behandling. Den faglige drøftelse resulterer i, at antabusbehandlingen udskydes, og at Lene skal have abstinensbehandling ved alkoholstop. For at det kan ske forsvarligt, anbefales det, at Lene bliver tilbudt et af kommunens aflastningsstuer. Dette forelægges demenskonsulenten, der gennem kommunens visitator får en aflastningsplads, som vi kan råde over til Lene i seks uger. Vi vælger at bruge en plads, som ligger langt fra patientens hjem, og hvor der ikke er muligheder for indkøb.

Ved hjemmebesøget, som var aftalt efter en uges tænkepause, forholder Lene sig igen undrende til, at vi oplever, hun har et problem. Ved dette besøg er det nemmere at komme i dialog med Lene om hendes hverdag og alkoholforbrug. Jeg kan bruge min viden om hendes perspektiv fra de øvrige samtaler, og derved få hende motiveret for forandring og aflastningspladsen.

Planen er nu, at Lene skal afruses uden abstinenser, derefter vurderes på sit kognitive funktionsniveau for at kunne udredes for demenssygdom.

Dette er en proces, som tager de næste seks måneder for, at vurderingen bliver på et stabilt og habituel grundlag. For at sikre lægeligt fokus på hele processen og Lenes almene tilstand er egen læge informeret gennem hele forløbet. Han vil være den, som skal fortsætte evt. behandlinger efter afslutning fra Gerontopsykiatrisk Team, så det er vigtigt, at han kender grundlaget for vurderinger og behandling.

Hvad er udfordringen i udredningen?

Som udrednings- og behandlingsteam i Gerontopsykiatrien er det en stor udfordring at efterleve pkt. B under ICD-10 kriterierne for demens. Her står, at man skal være så bevidsthedsklar, at man kan vurderes på sin hukommelse og andre kognitive funktioner. Det betyder, at vi skal være opmærksomme på anden kronisk psykisk sygdom som alkohol- eller medicinmisbrug, som det kan være svært for patienterne at tale om. Ved misbrugsproblemer er det vigtigt at have et tværgående samarbejde mellem Gerontopsykiatrisk team, patientens praktiserende læge og kommunen, for at det kan lykkes at hjælpe patienten ud af misbruget. De pårørende er også meget vigtige samarbejdspartnere i denne sammenhæng, men de er ofte meget pressede af situationen og har selv brug for professionel støtte for at komme videre. Dem er det derfor vigtigt, at vi er opmærksomme på og ikke belaster yderligere i forløbet. Samarbejdet med dem vil være afhængig af deres ressourcer og overskud.

Hvorfor kan patienten ikke beholde sit misbrug?

Det kan han/hun måske også, men han/hun skal tilbydes gode muligheder for at kunne gennemskue konsekvenserne af sit valg. Demensdiagnosen er en meget alvorlig diagnose, men der er medicinsk behandlingsmulighed ved Alzheimers demens sygdom, hvorfor den er vigtig at få diagnosticeret. Derudover er der sygeplejefaglige og socialpædagogiske tiltag, som kan hjælpe patienten til at bedre at sikre livskvalitet.

Vi ved, at alkohol- eller medicinmisbrug kan give demenssymptomer, men misbrug i sig selv kan også have følgevirkninger som vitaminmangel, fejl-

ernæring, depression og psykotiske oplevelser. Vi ved også, at problemstillingerne vil forværres over tid, såfremt patienten fortsætter sit misbrug. Derfor er det vigtigt, at motivere patienten til et afvænningsforløb.

Hvad kan vi gøre for at hjælpe patienten ud af alkoholmisbrug?

Udfordringen er, at alkohol er lettilgængeligt og muligt for de fleste at skaffe sig. Patienten kan ikke huske en aftale om ikke at drikke. Det er derfor aktuelt med daglig støtte fra hjemmeplejen til ikke at drikke, observere for abstinenser, styre abstinensbehandling og følge op på de almindelige daglige funktioner. Det kan være problematisk at opstarte med antabusbehandling til patienter, som er hukommelsessvækkede, da man risikerer, at de drikker sammen med behandlingen og bliver dårlige.

For nogle patienter, som bor alene, er det nødvendigt med aflastningsophold, så patienten er under døgnobservation og får optimal støtte.

Hvad kan vi gøre for at hjælpe patienten ud af medicinmisbrug?

Udfordringen ved medicinmisbrug er, at der kan være risiko for abstinenser i meget lang tid. En tommelfingerregel er, at patienten skal aftrappes over lige så mange måneder, som misbruget har varet i år. Til gengæld kan processen styres meget tæt i et samarbejde mellem patient, læge og sygeplejerske. Medicinen kan administreres af sygeplejersken, og da adgangen til selv at skaffe medicin er vanskelig for de fleste, er der ikke risiko for, at patienten får mere medicin end det ordinerede. Sygeplejersken skal i samtalen med patienten spørge ind til de fysiske og psykiske abstinenser, inspirere til i samarbejde med kommunen at tilbyde

patienten støttende hjemmebesøg eller udadrettede aktiviteter. Her er fysisk træning ofte en god ide, da det giver patienten velvære. Nedtrapningen af medicin sker i samarbejde med patienten, hvor princippet er, at man godt kan holde pauser i nedtrapningen, hvis det går for hurtigt, men dosis kan aldrig øges igen.

Hvad er formålet med afvænningen?

Der er flere forskellige formål med indsatsen. Som tidligere nævnt skal man kunne opfylde pkt. B i ICD-10 kriterierne, men det er også en hjælp til patienten til at kunne træffe et kompetent valg på egne vegne. Patienten skal have muligheden for at sige ja eller nej tak til udredning og behandling. Der vil også være mulighed for at finde en evt. årsag til patientens misbrug. Vi oplever, at mange har angstproblemer, personlighedsforstyrrelser eller posttraumatisk stress, hvor de dækker symptomerne med misbruget. Ved at behandle evt. tilgrundsiggende sygdom fjerner man årsagen til misbruget.

Hvordan oplever patienterne, at det hjælper dem?

Erfaringer fra egen praksis er, at patienterne lærer meget om sig selv, får styrket deres selvværd, får større livskvalitet, fordi de husker bedre, og kan klare sig selv bedre i hverdagen. De oplever bedre at kunne være noget for familien. For de fleste patienter er det en sej kamp at gennemføre et afvænningsforløb, men oplever de at få god støtte fra kommunen og hjælp til behandling af evt. grundsygdom, så holder de fleste ud. Det er en meget koncentreret indsats, der skal gøres for disse patienter, over en kortere eller længere periode, men det er af stor betydning for et menneske, om det kan diagnosticeres med en demenssygdom eller ej, så det er indsatsen værd.

Kliniske retningslinjer for demens

I december 2010 kom "National handlingsplan for demensindsatsen", som blev udarbejdet i samarbejde mellem Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Finansministeriet, KL og Danske Regioner. Heri blev det anbefalet, at der i regi af Sundhedsstyrelsen udarbejdes tværfaglige kliniske retningslinjer for udredning, behandling og kontrol af demens. På den baggrund har Sundhedsstyrelsen nedsat en arbejdsgruppe, der har til opgave at bidrage til udarbejdelsen af kliniske retningslinjer for demens. DKDK er indbudt til at deltage i arbejdsgruppen og er repræsenteret af bestyrelsesmedlem Kirsten Ryssing.

De kliniske retningslinjer skal udformes på en sådan måde, at de

- 1) indeholder retningslinjer på tværs af sektorer samt for de involverede sundhedsprofessionelle og
- 2) giver konkret vejledning til de sundhedsprofessionelle i de situationer, hvor der skal træffes konkrete beslutninger undervejs i patientforløbene.

Der har været afholdt ét møde i arbejdsgruppen. Her blev kommissorium, arbejdsproces og skabelon for rapporten gennemgået og diskuteret. Det blev klargjort, at et forløbsprogram er bredere end en national klinisk retningslinje. En klinisk

retningslinje understøtter en evidensbaseret indsats af ensartet kvalitet på tværs af landet, sammenhængende patientforløb samt vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper og giver konkret vejledning til de sundhedsprofessionelle. På nogle områder bliver retningslinjerne dog baseret på Best Practice. Der stiles imod, at det endelige dokument bliver på max. 80 sider. Det forventes, at retningslinjerne er klar ultimo 2012.

Jeg anser retningslinjerne for at være et opslagsværk, der vil kunne bruges konkret i vores daglige arbejde.



Foto: "Postkasse" © Jette Orskov & www.foto-arkiv.dk

Årets Demenskoordinator 2012

DemensKoordinatorer i Danmark (DKDK) uddeler hvert år en pris på 5.000 kr. til årets demenskoordinator. Du kan være med til at bestemme, hvem der skal modtage den. Alle, der er medlem af DKDK, kan indstilles til prisen.

Forslag til Årets demens-koordinator sendes til bestyrelsen på mail: info@demens-dk.dk

Skriv et kort resumé med begrundelse for valget. Det kan f.eks. være en ildsjæl, der har ydet en indsats indenfor kompetenceudvikling, supervision eller indenfor en af marginalgrupperne på demens-området.

Indstillingen skal være modtaget senest d. 16. august 2012. Prisen uddeles på DKDKs Årskursus d. 12. september 2012.

Demensferie 2012

Demenskoordinatorerne i Danmark og Hotel Nyborg Strand arrangerer igen i år demensferie for mennesker med demenssygdom sammen med pårørende som hjælpere. En demensferie kan give såvel demensramte som pårørende overskud til at kunne klare hverdagen. At kunne holde ferie sammen med én eller flere beboere kan også være et ønske hos personale. På DKDK's demensferie er der mulighed for at tilbringe et par sommerdage i hyggelige og smukke rammer.

Af hensyn til deltagerantal kan hver dement ferieguest max. have én hjælper med, men det er vigtigt, at alle har et kendt menneske at holde sig til af tryghedsmæssige grunde. Hvis man har brug for hjælp fra hjemmeplejen aftales dette direkte mellem døgnplejen i hjem-kommunen og døgnplejen i Nyborg Kommune. På hvert ferieophold er der to ferieguider, som er uddannede demenskoordinatorer. Ud over at hygge om feriegæsterne og arrangere underholdning, udflugter og festaften med dans er de behjælpelige, hvis der opstår problemer under ferieopholdet.

I 2012 arrangeres to ferieophold:

Uge 29 (16. juli – 19. juli)

Ferieguider: Elisabeth Koefoed og Gitte Kærgård

Uge 30 (23. juli – 26. juli)

Ferieguider: Mogens Grønnebæk og Kirsten Sejerøe

Booking senest d. 15. juni.

På DKDK's hjemmeside ligger en brochure med yderlige information samt tilmeldingsblanket – se www.demens-dk.dk, Foreningens aktiviteter, Demensferie

Mød os på DemensDagene 2012

Nationalt videntcenter for demens holder DemensDage d. 7. - 8. maj. DKDKD har en stand på dagene.

Se mere:

www.videnscenterfordemens.dk/uddannelse/demensdagene

AktivitetsKalender 2012

Møde i arbejdsgruppe, Kliniske retningslinjer for demens

15. maj

Bestyrelsesmøde

24. maj

Bestyrelsesmøde

11. september

DKDK Årskursus, Hotel Nyborg Strand

12.—14. september

DKDK Generalforsamling

13. september

Nyhedsbrevet

udgives af
DemensKoordinatorer
i Danmark
ISSN: 1603-3086

DKDK

Jernbane Allé 54, 3. th.
2720 Vanløse
Tlf. 3877 0166
info@demens-dk.dk
www.demens-dk.dk

Formand

Ane Eckermann
Tlf. 35 45 53 08
ane.eckermann@rh.regionh.dk

Næstformand

Gitte Kirkegaard
Tlf.: 40 48 23 70
ggk@sosu-syd.dk

Se øvrige bestyrelsesmedlemmer og regionsrepræsentanter på hjemmesiden:
www.demens-dk.dk

Sekretariat

Faglig sekretær
Marianne Lundsgaard
ml@demens-dk.dk

Ansvarshavende redaktører

Lone Vasegaard
Kirsten Ryssing

Redaktion

Marianne Lundsgaard
Lise Sørensen

Næste nummer udkommer juni 2012

