NYHEDSBREV 2
13. årgang juni 2009

Hvordan planlægges omsorgen for fremtidens demente borgere – unge som gamle?

En nylig offentliggjort beregning fra Nationalt Videnscenter for Demens viser, at der de næste 20 – 30 år forventes en stigning af demente danskere til over det dobbelte. Beregningen viser også, at der er en stor forskel på, hvordan stigningen fordeler sig fra kommune til kommune. En anden nylig offentliggjort undersøgelse, foretaget af Ældre Sagen i samarbejde med Danmarks Statistik, viser, at der i kommunerne i fremtiden vil mangle boliger, som er egnet til demente. Undersøgelsen er i overensstemmelse med KL´s kortlægning af demensområdet, hvor KL bla. peger på, at man i de kommende år bør have fokus på et fremtidigt fleksibelt boligbyggeri, der sikrer velegnede boliger til demente borgere, og borgere som har behov for plejebolig. På trods af landets økonomiske situation, har jeg tiltro til, at såvel kommunalpolitikere som landspolitikere tager disse meldinger seriøst og overvejer, hvordan bolig og omsorg for demente borgere bedst kan varetages.

For tiden er der et øget fokus på innovative teknologiske hjælpemidler i kommuner og på teknologiske institutter. Hjælpemidler der skal medvirke til øget selvstændighed og uafhængighed i hverdagen for demente borgere og aflaste medarbejdere for tunge rutineprægede opgaver. Nogle gode og interessante overvejelser. Min bekymring er, hvilke teknologiske hjælpemidler den demente vil blive tilbudt og om hjælpemidlet i fremtiden, i en eller anden form, vil komme til at erstatte den personlige hjælp. Det er derfor vigtigt at sprede viden om hvilke tekniske hjælpemidler, som støtter de kognitive funktioner, blandt fagpersoner og familier, der er berørt af demenssygdom. Samtidig ser jeg også her en mulighed for, at de gældende regler om tilskud til hjælpemidler revideres. Tekniske hjælpemidler som f.eks. talende ur, elektroniske kalendere, huskesystemer kan bidrage til øget livskvalitet for den demente og til at minimere belastningen for pårørende, men bør bevilliges allerede på et tidligt tidspunkt i sygdomsforløbet.

For mennesker, der lider af en demenssygdom, er det vigtigt med et godt netværk. Bor den demente sammen med sin ægtefælle, opstår uvilkårligt et tæt makkerskab, som giver den demente tryghed. Den pårørende yder en stor indsats som uformel omsorgsgiver ud fra ægte kærlighed. At være aleneboende dement kan give stor utryghed hos den demente og hos familien, på trods af at familien yder stor omsorg. Her er demenskoordinatoren og plejepersonalet ekstra vigtige som bindeled. Som demenskoordinatorer i kommunerne har vi udviklet stor specialisterfaring på demensområdet og er i hverdagen med til at skabe trygge og gode forhold for alle demente og deres familier.

Demensindsatsen i kommunerne er gennem de seneste år kendetegnet ved en positiv udvikling med mange gode initiativer. Men vi kan ikke hvile på laurbærrene. Fremtidens scenarie med markant stigning i antallet af demente borgere - ikke mindst af borgere som udredes tidligt og lever længe -, med stramme budgetter i kommunerne og behov for boligbyggeri og med mange demenskoordinatorer, der går på pension og små ungdomsårgange til at tage over, betyder store udfordringer. Vi må derfor alle bidrage med kreative løsningsmodeller og inddrage alle ressourcer såvel som ny teknologi, hjælp der ydes af familierne og af frivillige organisationer.

På efteruddannelsesområdet vil der altid være brug for at styrke indsatsen. DKDK gennemfør for 14. gang årskursus d. 9. – 11. september på Hotel Nyborg Strand. Bestyrelsen ser frem til at møde medlemmer og andre, som arbejder på demensområdet til tre inspirerende og faglige dage.

Ane Eckermann

Nyt fra Servicestyrelsen 2
Den hjemmeboende demente—lægens rolle 3
Forebyggende hjemmebesøg 5
Indstilling til Årets Demenskoordinator 7
Hvordan får vi lov til at hjælpe hjemmeboende… 8
Efterlysning: Funktionsbeskrivelser 9
Demensferie 9
VISO konsulentens rolle og samarbejde... 10
Bogomtale: Ældre og psykisk sygdom 11
Generalforsamling 12

Nyt fra Servicestyrelsen

Af Knud D. Andersen, fuldmægtig, Ældreenheden

Højsæson - for Servicestyrelsen "on the road"
Der er altid to perioder, hvor der sker lidt ekstra på demensområdet hos Servicestyrelsen, i hvert fald når det gælder "ud-og-stå-på -stand". Det er maj måned, hvor Demensdagene selvfølgelig fylder en del, og det er september, hvor bla. DKDK's årskursus er en anledning til at møde alle de mange fagfolk, som vi kender fra små og store samarbejder, netværk og andre sammenhænge. Det gælder også i år, hvor Demensdagene i skrivende stund netop er afsluttet.
Her fik vi som altid mødt mange mennesker og uddelt en masse af vores nye udgivelser, som vi selvfølgelig også har med på årskurset, hvor vi glæder os til at møde jer.

Socialpædagogik som mulighed
Som de fleste sikkert ved nu, og som det blev nævnt i forrige nyhedsbrev, så er erfaringerne fra kompetenceudviklingsprojektet om socialpædagogik i demensomsorg (SPIDO) samlet i fire pjecer.

- Én, målrettet fagfolk, der skal arbejde med at udvikle og iværksætte arbejde og undervisning ud fra den tilgang, som har været benyttet i kursusforløbene.
- Én, som er målrettet dem, der helt konkret skal planlægge undervisningen, hvad enten det er på uddannelsesinstitutioner eller blandt demenskoordinatorer eller andre, der laver uddannelser helt tæt på frontmedarbejdere.
- Desuden er der lavet en pjece målrettet beslutningstagere, hvilket både kan være ledere af plejecentre, forvaltningsledelse, eller politikere.

Tanken med disse tre udgivelser er, at de kan bruges til at igangsætte en udvikling, hvor socialpædagogik bliver en integreret del af demensomsorg i endnu højere grad end i dag.
- Endelig er der lavet et hæfte med otte fortællinger. Hæftet kan bruges i undervisningsøjemed, når der skal arbejdes med egen praksis.

Titlerne på de fire udgivelser nævnes sidst i denne artikel.
Som baggrund for de fire pjecer er der en række internetudgivelser, som kan downloades på www.servicestyrelsen.dk/spido

Ud over fokus på (videre-) udvikling af socialpædagogik som arbejdsform til at undgå brug af magt er det centrale budskab, at den måde undervisningen tilrettelægges på, også er afgørende for at få den effekt, som evalueringen viste. Måden, som kurserne blev afholdt på, både med inddragelse af ledelsen inden kurserne startede og på sidste halvdel af tredje og sidste kursusdag, er nemlig væsentlig, for efterfølgende at få en god forankring. Desuden er det også vigtigt, at det er hele eller halve teams og enheder, der er på kursus sammen. Ellers får man ikke det samlede løft i gruppen, og der er simpelthen ikke nok til at bære den kulturforandring videre, som den nye viden helst skal være.

Ældreenheden i Servicestyrelsen har allerede udsendt de fire hæfter til medlemmerne af DKDK samt pjecen "Husker Du?", der omhandler forskningsprojektet om reminiscensmetoden. Der udkommer desuden en forskningsrapport, der mere detaljeret beskriver projektets metoder og resultater. Rapporten udgives på Syddansk Universitetsforlag, da det er Center for Almen SundhedsTjenesteforskning (CAST), Syddansk Universitet SDU, der har gennemført undersøgelsen.

Fagre Nye verden?
Til sidst skal det nævnes, at Ældreenheden i Servicestyrelsen har stor opmærksomhed på velfærdsteknologi i øjeblikket. Servicestyrelsens blad, Socialt Fokus, der nu udkommer i temanumre, handler netop denne gang om teknologi, og på www.servicestyrelsen.dk/velfaerdsteknologi
kan man læse mere om to aktuelle projekter, som styrelsen arbejder med.

- Det ene projekt handler om teknologiske løsninger, som kan bruges til vendinger og forflytninger.
- Det andet projekt handler om elektroniske låseenheder, der kan gøre arbejdet nemmere for personalet i hjemmeplejen. Desuden vil der formentlig i nær fremtid komme yderligere projekter på teknologiområdet.

Hvis man ønsker at bestille Servicestyrelsens blad, og abonnere (gratis) på det i fremtiden, kan dette ske på www.servicestyrelsen.dk/nyhedsbrev

Alle øvrige udgivelser, fra "Guide til alarm- og pejlesystemer" til de tidligere beskrevne pjecer i artiklen, kan bestilles gratis på www.servicestyrelsen.dk/udgivelser

Dog er "Håndbog om demens - til pleje og omsorgspersonale" ikke på lager for tiden.

Titlerne på de omtalte pjecer er:
"Forebyggelse af magtanvendelse i demensomsorg (Beslutningstagere)"
"Reduktion af magtanvendelse – socialpædagogik som mulighed i demensomsorg (Fagpersoner)"
"SPiDO: Udvikling af socialpædagogik i demensomsorg" (Undervisere)"
"Øen i søen – fortællinger om demensomsorg"
"Husker du? Om anvendelse af minder og erindringer i plejen af ældre".

Den hjemmeboende demente - lægens rolle

Af Rolf Bang Olsen, overlæge i gerontopsykiatri

Omdrejningspunktet for lægens arbejde er sygdomsbegrebet. De fleste sygdomme er kendetegnet ved en række symptomer, der ofte får borgeren til at søge hjælp hos lægen. Symptomerne oversættes til en eller flere diagnoser. Fordelen ved diagnoseanvendelsen er dels, at der kan gives et bud på behandling, dels et bud på prognose. Ofte er der tale om afgrænsede problemer, hvor den lægelige indsats er beskeden.

Anderledes ser det ud, når der er tale om demens. Flere problemstillinger spiller ind, der hver især kræver særlig lægelig opmærksomhed. Eksempler på disse er:

- Demens er en progredierende tilstand, hvor forskellige faser kræver forskellig støtte
- Mange sygdomme kan danne baggrund for demens
- Demenslignende tilstande kan forveksles med demens
- Demens opleves ikke af den demente selv som tegn på sygdom
- Usikkerhed ved fornyelse af kørekort
- Besværlig adfærd og psykiske symptomer ved demens (BPSD)

Fælles for demenssygdommene er, at de progredierer over en årrække, og først i de sene stadier fører til tilbud om permanent institutionsplads. Indtil dette tidspunkt er den demente hjemmeboende ofte med støtte fra ægtefælle.

Lægens rolle over for den hjemmeboende kan af praktiske grunde inddeles i to hovedfaser. I den tidlige fase er der tale om at få stillet en diagnose. I denne fase har den demente en vis grad af indsigt og vil kunne medvirke i udarbejdelse af de handlingsplaner, der opstilles såvel medicinsk som socialt. I den senere fase har den demente mistet væsentlig handlingsevne. I denne fase er det oftest ægtefællen, der har overtaget hverdagens løsning af praktiske sociale opgaver som for eksempel pengesager, indkøb m.m. Lægens rolle får forskelligt indhold afhængig af, hvilken fase den demente befinder sig i.

Demensdiagnosen er fortsat forbundet med mange fordomme. Det kan være en af baggrundene for, at mange først henvender sig sent til lægen. Ofte er det, familien der tager initiativet til at få aftalt tid. Man kan spørge, hvorfor det er så svært for den begyndende demente at opsøge lægen. En forklaring kan være, at sygdom normalt opleves fra kroppen med urosymptomer. Ved demens er der ingen kropslige signaler, der peger i retning af begyndende sygdom. Den demente og familien prøver derfor at forklare vanskeligheder ud fra "almindelig aldring" med lettere trætbarhed. Der er i dag enighed om, at tidlig diagnostik øger muligheden for positiv effekt af medicinsk behandling. Dette er særligt gældende for Alzheimer og Alzheimerlignende tilstande, hvor der kan gives antidemensmedicin. Inden amterne blev nedlagt, var der flere steder i Danmark, hvor der forelå en samarbejdsaftale. I de nye regioner arbejdes der for tiden med modeller, hvor elementer af samarbejdsaftalen kan overføres. Fælles for aftalerne var, at kommunen blev orienteret fra demensklinikken, når diagnosen blev stillet. Den demente ville efterfølgende blive kontaktet af en demenskoordinator, der herefter var "tovholder" i det videre forløb.

Samarbejdsaftalen indebærer, at den demente har accepteret kontakt til lægen. Ofte vil det være sent i begyndelsesfasen, at denne kontakt etableres. For at få den demente tidligere til lægen vil det være nødvendigt med et større informationsarbejde. Min erfaring er, at familiens første kontakt til "systemet" er ved foredrag om demens. Man kan her uforpligtigende få mere information. Ved foredrag kan man fjerne mange af de misforståelser, der er, og samtidig bringe håb. Foredragsholderen kan være den person, der formår at motivere den demente til at opsøge lægen. En anden model er at udnytte de tilbud, der er omkring forebyggende hjemmebesøg. Det kræver, at kommunens person er rustet til opgaven med viden om, hvordan man kommer ind til sagens kerne. Familien står stadig i et loyalitetsproblem over for den demente og vil føle, at de "udleverer" ham/hende bag ryggen på pågældende.

Foto: © www.foto-arkiv.dk & Jørgen Wolek "Solstik"

Demens er betegnelse for en række af symptomer, der indebærer, at den intellektuelle evne forringes. Forskningen i dag belyser stadig flere sygdomme, der kan fører til demens. Sundhedsstyrelsen har i en rapport fra 2001 vedrørende demens omtalt mere end 70 sygdomsårsager til grund for demens. Sygdomsbilledet vil variere afhængig af, hvilken tilstand der ligger bag. I mange år var opfattelsen, at demens og Alzheimer var synonymer, men i dag vides, at demenssymptomer er afhængige af, hvilken hjernedel der er påvirket. Påvirkes den bagerste del, vil der optræde demenssymptomer forenelig med Alzheimers demens. I denne tilstand er personligheden bevaret langt ind i sygdommen. Er forandringerne derimod lokaliseret fortil involverende frontallapperne, foreligger en tilstand præget af en markant personlighedsændring. Familien er vidne til en person, der karaktermæssigt har mistet sit engagement i omgivelserne til fordel for egne behov. Frontale symptomer kan imidlertid også opstå med baggrund i andre sygdomme end demens. Eksempler herpå er forvirringstilstande samt manier. Det er vigtigt, at der ved den lægelige udredning tages højde for alternative diagnoser, da der her findes behandlingsmulighed.

I den senere fase af demens opstår spørgsmålet om kørekortes fornyelse. I 2001 udsendte Sundhedsstyrelsen besked til alle læger, der udfærdiger kørekortattest. Lægen skulle fremover supplere den almindelige helbredsundersøgelse med test, der belyser intellektuelle funktion. Baggrunden er, at den dementes vurderings- og handleevne svækkes. I en canadisk undersøgelse af let demente personer fremkom, at et særligt karakteristikum var tilbøjeligheden til meget hasarderede manøvrer i trafikken (citeret i "Forstå demens"). Den hjemmeboende demente vil ofte henvise til, at der kun køres lokalt til købmanden, men undersøgelser har vist, at der er lige så stor fare i trafikken. I praxisinfo fra Storstrøms amt er anbefalet, at

1. personer med moderat til svær demens ikke skal køre,
2. personer med mild demens, som viser tegn på forværring i funktionsevne især i kombination med andre funktionsbegrænsninger, skal vurderes af specialkyndige (vejledende køreprøve) samt
3. personer med mild demens, som ikke viser tegn på funktionsbegrænsning i relation til kørehabilitet, skal vurderes på en individualiseret måde og med faste tidsintervaller.

Ved de fleste demensformer kan sygdommen kompliceres af adfærdsforstyrrelser i form af belastende adfærd samt psykiatriske symptomer. Ved Alzheimers demens er for eksempel beskrevet, at op mod 1/3 udvikler depression. Generelt gælder, at belastende adfærd bedst behandles pædagogisk/plejemæssigt, hvorimod tilstedeværelse af psykiatriske symptomer kan mildnes ved medicinsk behandling. Familien til den hjemmeboende vil kontakte lægen med oplysninger om, at den demente fremtræder urolig og måske vredladen. Der vil være et pres mod lægen om at finde noget beroligende medicin, der dæmper problemet. Dette kan sætte lægen i et etisk dilemma. Ikke alle adfærdsproblemer kan løses medicinsk. I stedet kan der være behov for en øget tilknytning til det kommunale system i form af dagcenter, aflastningsophold. I nogle kommuner tilbydes nattepladser, så den demente kan være hjemme i dagtiden. Eksempler på adfærdsforstyrrelser der bedst afhjælpes pædagogisk/plejemæssigt er rastløshed, uro om natten, bortgang fra hjemmet, råben, forstyrret seksuel adfærd samt apati. I andre tilfælde forekommer tegn på en psykiatrisk problemstilling. Er dette tilfældet er der mulighed for medicinsk behandling. Eksempler på dette er angst, nedsat stemningsleje, vrangoplevelser samt hallucinationer. Det kan anbefales, at kommunens demenskoordinator deltager ved besøget i lægehuset, så den demente og familie får så bred en information som muligt. Lægen kan give information om mulig effekt af medicin sat over for risiko for bivirkning, og demenskoordinatoren vil kunne informere om muligt kommunale tilbud.

Der er her skitseret lægefaglige indsatsområder i forbindelse med den hjemmeboende demente. Samlet vurdering er, at den lægefaglige indsats skal ses i sammenhæng med den dementes netværk. Når en person mister evne til selvstændighed, bliver personen afhængig af hjælp fra netværket. Netværk defineres som personer relevante for personen til støtte for de situationer, den demente ikke længere magter. Eksempler på netværk er familie, egen læge, sygehus og kommune. Det er optimalt, hvis netværket kan samarbejde om at finde en støtte, der samlet tilgodeser den dementes behov. Lægen behøver samspil med øvrige netværk for, at den demente får maksimal støtte fra netværket. Der er fortsat en vej mod, at dette bliver rutine i arbejdet med den demente.

Forebyggende hjemmebesøg

Af Tove Madsen, Forkvinde for SUFO, e-mail: Madsen_Tove@hotmail.com

Foto: © www.foto-arkiv.dk & Hans-Henrik Toft "Gerbera"

Hvad kan du som arbejder med demensområdet bruge det til?

Indledningsvis vil jeg som forebyggende hjemmebesøger komme med følgende påstande:
1. Forebyggende hjemmebesøg er ofte en usynlig kommunal funktion.
2. Fokuseret og fleksibel brug af forebyggende hjemmebesøg, kan øge forebyggende og sundhedsfremmende indsats i hjem med demens.
3. Forebyggende hjemmebesøg kan, via fagligt samarbejde på tværs af forvaltninger og sektorer, fremme trivsel i familier med demens.

Jeg vil med artiklen forsøge at synliggøre, hvordan lov om forebyggende hjemmebesøg kan være central ved opsporing af demens.

Synlighed
Lov om forebyggende hjemmebesøg er en rammelov, hvorved kommunerne selv skal forvalte denne. Loven forvaltes som følge heraf fra forskellige forvaltningsområder kommuner imellem. Ansatte til at udføre forebyggende hjemmebesøg har ikke samme uddannelsesmæssige baggrund og ingen fælles titel på landsplan. I nogle kommuner er titlen den samme som for andre funktioner, eksempelvis sygeplejerske. Dette skaber en usynlighed for, at der eksisterer en kommunal funktion, der ikke indebærer visitering til modtagelse af ydelsen eller udførelse af visiterede ydelser. Ligeledes er der mange ansatte i forebyggende hjemmebesøg, der deler funktionen med andre funktioner, eksempelvis visitatorer, der også udfører forebyggende hjemmebesøg, endda, i nogle kommuner, forvaltet i samme besøg. Dette er en anden faktor, der hæmmer synligheden af forebyggende hjemmebesøg som et enestående tilbud med opsporingsmuligheder og forebyggende katalysator funktion til borgere, der ikke er kendt af andre kommunalt ansatte. Danmark er det eneste land i verden, der har denne lovgivne mulighed med den form- og metodemæssige frihed.
Kendskab til forebyggende hjemmebesøg som funktion er vigtig såvel i det frivillige, organisations- og boligsociale område som hos kolleger i forvaltningen.

Hvad kan forebyggende hjemmebesøg i modsætning til andre funktioner?
Ansatte i forebyggende hjemmebesøg skal være opdaterede med alle private som kommunale, frivillige og foreningsmæssige tilbud og muligheder målrettet ældre borgere. I besøget har den forebyggende hjemmebesøger derfor en bred opdateret vifte med af tilbud/muligheder, til brug for den enkeltes aktuelle behov og aktuelle åbenhed for. Dette er et vigtigt og grundlæggende element i det forebyggende hjemmebesøg: At være parat med den rette information, når borgeren er parat til at modtage det. Dette sker ved en bevidst opfølgning fra besøg til besøg, der, via fokuseret refleksion, skaber borgerens motivation gennem bevidsthed og lyst (meningsfuldhed) til at leve en sundhedsfremmende livsstil.

Besøgene skal ifølge loven formidle viden om kommunens tilbud samt vejlede og rådgive besøgsmodtagerne om generelle sundhedsemner og konkrete, individuelle forebyggende og sundhedsfremmende tiltag. Herudover skal besøgene tilføre kommunen oplysninger, der kan kvalificere ældreservice forvaltningsområdet mod aktuelle behov og efterspørgsler fra ældreområdet (herunder demensområdet). Herved er det vigtigt, at besøgene samarbejder med frivillig-, organisations- og det boligsociale område som såvel udviklingspart af tilbud som rekruttering af brugere og frivillige. Forebyggende hjemmebesøg kan således skabe koordination mellem kommunens ældretilbud og øvrige tilbud målrettet ældre borgere. Ifølge lov om forebyggende hjemmebesøg skal besøgene øge tryghed og trivsel hos besøgsmodtageren. Besøgene skal betragtes som et supplement til eventuelt øvrige ydelser i hjemmet, men kommunen kan undlade at tilbyde forebyggende hjemmebesøg til borgere, som modtager både praktisk og per-

sonlig bistand. I tilfælde af at kommunen vælger at undlade nævnte gruppe et tilbud om forebyggende hjemmebesøg, skal ressourcerne tilføres andre udvalgte grupper, der vurderes til at have et øget behov for forebyggende tiltag. Dette kunne eksempelvis være hjem med demensproblematik yngre end 75 år og/eller etniske minoriteter med demens.

Besøgene skal ifølge loven tilbydes mindst to gange årligt til alle hjemmeboende +75-årige. Besøgstilbuddet kan varieres i forhold til behov. Enhver kan ringe og efterspørge et forebyggende hjemmebesøg hos en konkret borger, hvorved besøget kan tilbydes på denne opfordring. Eksempelvis kan en socialrådgiver, en hjemmesygeplejerske, en hjemmehjælper, en visitator kontakte en forebyggende hjemmebesøger m.h.p. ønske om tilbud af besøg hos en konkret borger, der har ændret adfærd, hvorved der evt. er mistanke om begyndende demens. Samarbejdspartneren kan have mangel på ressourcer som tid eller faglighed til at tage sig af den konkrete mistanke/observation. Herved vil en demensopsporing kunne aktiveres hurtigere og med fokuseret indsats, hvis forebyggende hjemmebesøg er en kendt funktion som samarbejdspart.
I enkelte kommuner, eksempelvis Frederiksberg og Holbæk kommune, kan en forebyggende hjemmebesøger henvise direkte til udredning af demens. Dette er en mulighed, der burde udbredes i resten af landets kommuner, idet det, via det ofte langvarige borgerkendskab med gensidige tillidsforhold, er lettere at motivere borgeren til at blive udredt. Dette muliggør en hurtigere forberedende og forebyggende indsats i hjem med demens.

Landsforeningen for ansatte i SUndhedsfremmende FOrebyggende hjemmebesøg, SUFO, varetager faglige interesser vedrørende de forebyggende hjemmebesøg. I 2005 fik SUFO afsat centralpolitiske midler til faglig opgradering af landets forebyggende hjemmebesøgere på demensområdet. Målet hermed var at styrke den forebyggende indsats på demensområdet.
Forskning har vist (Mikkel Vass, Kirsten Avlund m.fl. 2004), at konkret undervisning til ansatte i forebyggende hjemmebesøg kan øge effekten af besøgene målt i forhold til funktionsevne hos besøgsmodtagerne.
Social Forskningsinstituttet, SFI, har gennem Nordic Campell Center vist, at der er en klar evidens for, at sociale aktiviteter forebygger isolation og ensomhed (NC2 nr. 2, 2007 ”hvad virker evidens om effekter”). Den Sociale Ankestyrelse viste, i en undersøgelse af kommunernes forvaltning af forebyggende hjemmebesøg (2007), at henvisninger til sociale aktiviteter og tiltag mod ensomhed er en af de hyppige indsatser, der udføres i besøgene. Eksempelvis ved at tilbyde ekstra besøg til nyblevne enker og enkemænd.

Forebyggende hjemmebesøg som forebyggende demensindsats

Målet med forebyggende hjemmebesøg kan synliggøres i kommunernes demenspolitik som en funktion i faglig koordinering og integration på tværs i sundhedsvæsenet mod tidlig, kvalificeret, forebyggende indsats.

Da besøgene skal tilbydes mindst to gange årligt, vil det være optimalt at tilbyde besøg, hvor der er evidens for, at effekten af besøgene er størst ved tidlig faldende funktionsniveau.
I forhold til demens anbefales kommunerne at integrere besøgene aktivt ved at koordinere tilbud om forebyggende hjemmebesøg, hvis en borger:

- mister ægtefælle
- udskrives fra hospital efter indlæggelse med diffus årsag
- er faldet uden forklarlig grund
- er syg over længere tid og ikke føler at kunne komme til kræfter igen
- ændrer adfærd uden forklarlig grund
- ikke ønsker at modtage tidligere efterspurgte visiteringer

Landsforeningen for ansatte i SUndhedsfremmende FOrebyggende hjemmebesøg anbefaler derfor, at alle i sundhedssektoren som et minimum:

- har en kontaktadresse til kommunens forebyggende hjemmebesøger
- afholder et årligt udvekslingsmøde med repræsentanter fra de forskellige funktioner i ældreområdet omkring generelle samarbejdsflader. Formålet hermed er at optimere brug af hinandens primære kompetencer

Forebyggende hjemmebesøgere anbefales at arbejde med åbne journaler mellem samarbejdsparter i ældreområdet i forhold til de ydelser der iværksættes m.h.p. synlighed af funktionens indsatsmuligheder. Herved vil funktionen blive tydeligere til brug for det daglig koordinerende arbejde hos de ældre.

For yderligere oplysninger om forebyggende hjemmebesøg se: www.SUFO.dk

Indstilling til Årets DemensKoordinator

I det forgange år har vi erfaret, at rigtigt mange projekter er blevet gennemført rundt om i kommunerne. Vi håber derfor, at mange har lyst til at indstille en kollega til Årets DemensKoordinator 2009. På www.demens-dk.dk (Foreningens aktiviteter, Årets DemensKoordinator) kan læses om tidligere prismodtagere.

Foreningens medlemmer kan indstille en kollega til årets demens-koordinator.
Forslag til Årets Demenskoordinator sendes til bestyrelsen via DKDK´s sekretariat, og indstillingen skal bestå af følgende:

1. Et kort resumé med begrundelse for valget

2. Beskrivelse af på hvilken måde demenskoordinatoren har ydet en ekstraordinær indsats Indsatsen skal være indenfor et eller flere områder i arbejdet eller omsorgen med demente: Demenspolitik - formidling - personale - frivillige - pårørende - m.m.

Indstillingen skal være bestyrelsen i hænde senest fredag d. 28. august 2009.

Send indstillingen til:
DKDK, Jernbane Allé 54, 3. th., 2720 Vanløse

Hvordan får vi lov til at hjælpe hjemmeboende demente borgere?

Af Gitte Kirkegaard, demenskonsulent, medlem af DKDKs bestyrelse

Der er i Danmark mellem 70-80.000 borgere med en demenssygdom. Langt de fleste af dem bor i eget hjem. Ofte bliver demensdiagnosen først stillet langt henne i sygdomsforløbet. Andre får aldrig stillet diagnosen.
Det handler hovedsagligt om ældre mennesker. De kan bo alene eller sammen med en rask ægtefælle. Det hænder også, at begge ægtefæller bliver demente. Fælles for de fleste med en demenssygdom er, at de ikke har nogen sygdomsindsigt. De opfatter sig selv ligeså raske som alle andre og ønsker derfor ikke at modtage hjælp.

Her har kommunerne pligt til at yde omsorg for disse mennesker. Mennesker har lov til at sige ja og nej til de tilbud, kommunen tilbyder. Mange fagpersoner i sundhedssektoren har lært, at vi skal tilbyde vores hjælp og acceptere svaret.
Er det også sådan for vores demente borgere? Hvordan kan vi få lov til at hjælpe dem, når de ikke selv oplever at have brug for hjælp?

Hvordan kan det ske, at en ældre dame er tilbudt bad i 1½ år og har takket nej, uden at nogen har reflekteret over det? Var det den manglende diagnose, der var årsag? Var det den manglede viden om demens eller en dårlig kommunikation mellem personalet i plejegruppen?
Hvad kan gøres for, at dette ikke sker? Hvordan får vi borgere med demens til at få lyst til at modtage vores hjælp? Hvilke etiske og pædagogiske overvejelser skal man gøre, når man står overfor en borger, der ikke ønsker vores hjælp?

Demente borgere er beskyttet af den grundlovssikrede ret til at bestemme selv. Dette bliver slået fast i lovgivningen om magtanvendelse. Mange mennesker med demens, har ikke evne til at forstå, hvad det er, man vil dem, hvis man udelukkende kommunikerer med sproget. De gør som os andre, de siger **nej tak** til det ukendte.
Derfor er det nødvendigt at lære personalet i hjemmeplejen at tilrettelægge plejen ud fra de ressourcer, disse mennesker har bevaret.

Kunne man forestille sig, at vi i hjemmeplejen udvidede vores kompetencer om pædagogik, således at man tilbød hjælpen på en anden måde?

Det er fastslået i lovgivningen, at man ikke må bruge magtanvendelse til at udøve omsorgspligten. Dette fører ofte personalet i hjemmeplejen ud i dilemmaer, som er svære at håndtere for den enkelte medarbejder. I hjemmeplejen kører man ofte alene ude hos borgerne, og det er meget forskelligt, hvor megen tradition der er for at få dagligdagen bearbejdet efterfølgende.
Kunne nogen komme til at anvende magt i magtesløse situationer?
Kunne man finde på at gå igen uden at reflektere over et nej tak til den tilbudte hjælp?

Rigtig svært bliver det, når to demente bor sammen og skal have hjemmet til at fungere. Det er ikke dobbelt så svært, men tre gange så svært på grund af det "usynlige spil", der er imellem de to. Dette kræver en stor viden og indsigt at hjælpe disse mennesker til en god dagligdag.

Begår vi omsorgssvigt hos de demente, fordi vi tilbyder hjælpen som til alle andre?
Hvis mennesker med demenssymptomer ikke udredes, kan der så laves plejeplaner, som tager højde for disses funktionsstab?

For at den demente borger skal opleve at modtage en hjælp, der er kvalificeret, er det nødvendigt, at hjælpen tilrettelægges ud fra viden og indsigt om sygdommen og om personen.

Møder og "**ikke** borger relateret tid" nedprioriteres i disse tider. Hvis den borgerrelaterede tid er af dårlig kvalitet, kan man måske overveje, om det i nogle tilfælde var bedre, tiden ikke var der?

Vi opfylder ikke vores omsorgspligt ved at tilbyde en hjælp af dårlig kvalitet af udbrændt personale, der ikke ved, hvordan de løser opgaven. Når man arbejder med demente mennesker, har vi kun et arbejdsredskab, og det er **dig selv som menneske, og den viden du har**. Der findes ikke en "værktøjskasse ", så man kan fikse problemet. Derfor er det vigtigt, at det personale, der arbejder med demente i eget hjem, har kompetencer til at klare opgaven.

Der foregår meget kvalificeret arbejde rundt om i kommunerne og i stigende grad ses flere og flere tiltag på demensområdet. Mit indlæg er derfor tænkt som et debatoplæg, hvor jeg spørger: Kan vi gøre det bedre for de demente mennesker, der bor i eget hjem og har brug for hjælp? Hvilke kompetencer er nødvendige for vores medarbejdere? Hvilke tiltag har I gjort i jeres kommune for at imødekomme de hjemmeboende dementes behov? Hvordan foregår visitationen af disse borgere?

Skal det være mere acceptabelt at tale om supervision og coaching af personalet i hjemmeplejen? Bør disse tiltag ikke betragtes som en del af arbejdet?

Der er ofte lavet funktionsbeskrivelser og kompetencebeskrivelse for personalet i de skærmede enheder. Kunne man forestille sig noget tilsvarende for plejepersonalet i hjemmeplejen?

Efterlysning: Funktionsbeskrivelser

Da vi kun har modtaget tre stillings-funktionsbeskrivelser, vil vi opfordre jer til at indsende jeres, hvis den er politisk vedtaget.

Årsagen til, at vi gerne vil have stillings- og funktionsbeskrivelser er, at vi får mange henvendelser om, vi har nogle eksempler, som man kan blive inspireret af.

Send stillings- og funktionsbeskrivelserne til: info@demens-dk.dk

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

Demensferie

DemensKoordinatorer i DanmarK holder hvert år ferieophold for mennesker med demenssygdomme og deres pårørende i et tæt samarbejde med Hotel Nyborg Strand.

Ferieopholdet kan søges af demente, der bor i eget hjem eller på plejehjem og af deres pårørende eller personale.

I år afholdes to demensferier. Der er plads til 45 personer på hver.
I år afholdes ferierne:

Uge 30 (20. juli – 23. juli)
Ferieguider: Mogens Grønnebæk og Kirsten Sejerøe

Uge 31 (27. juli – 30. juli)
Ferieguider: Elisabeth Koefoed og Gitte Kærgård

DKDK har udsendt en pjece, der orienterer om ferietilbuddet. Her er det muligt at tilmelde sig som deltager på et af ferieopholdene.
Pjecen er på hjemmesiden www.demens-dk.dk, Foreningens aktiviteter, Demensferie.

Tilmeldingsfristen var d. 15. juni, men man er velkommen til at kontakte Dorte Dyre for at høre, om der er flere pladser:

DKDK`s ferieguider
v/ Dorte Dyre
Grønningen 52, 4040 Jyllinge
Tlf: 46 73 36 07
Mail: dyreousted@4040.dk

VISO konsulentens rolle og samarbejde med demenskoordinatorer

- Opfølgning af artiklen om VISO i sidste nyhedsbrev

Af Marianne Engel, konsulent, medlem af DKDKs bestyrelse

Efter 1½ år som VISO konsulent vil jeg dele mine erfaringer med læserne af Nyhedsbrevet.

I mange sager er det demenskoordinatoren, der retter henvendelse til VISO. Inden da er der, som regel, afholdt mange møder med de implicerede parter, ydet vejledning til de ansatte, etableret samarbejde med de pårørende, visitator og leder af plejetilbud.

Det er mange parter, der er i spil, når problemerne er store og komplicerede på grund af den udadreagerende adfærd, som nogle borgere med demens har udviklet.

At fungere som demenskoordinator indebærer mange opgaver og ikke alle har den fornødne tid til at gå ind i længerevarende vejledningsforløb. Samtidig er der stadig nogle kommuner, hvor demenskoordinatorens rolle ikke er defineret. Det indebærer for eksempel, at ledere af plejecentre eller hjemmeplejen ikke er opmærksomme på den ekspertviden, de kan hente hos demenskoordinatoren.

Der bliver afholdt et VISO opstartsmøde med alle implicerede parter, inden vejledningen planlægges.
Ved dette møde skal demenskoordinatoren deltage, da hun/han ofte har et godt kendskab til borgeren. Det er ligeledes vigtigt at synliggøre, at det er demenskoordinatoren, der rådgiver de ansatte, når VISO er færdig med opgaven.

Den gode historie
Demenskoordinatoren i en mindre kommune har problemer med at få de ansatte i Demensenheden til at deltage i gruppedrøftelser om en beboer, der har en demensdiagnose og som er tiltagende angst, vredladen og ofte reagerer med at slå ud efter de ansatte. Ægtefællen kommer hver dag, og flere ansatte oplever, at hun kontrollerer dem og er svær at samarbejde med.

Da VISO kommer ind i sagen, og opstartsmødet bliver afholdt, er det tydeligt, at de ansatte er meget splittede i deres holdning til, hvordan de kan bruge demenskoordinatorens kompetencer og viden.
Der bliver afsat tid til en række vejledningsmøder, hvor VISO konsulenten i samarbejde med demenskoordinatoren tilrettelægger indhold, skriver referater og holder lederen orienteret. Det besluttes, at VISO konsulenten holder møde med ægtefællen for at orientere om forløbet.
Ved de efterfølgende møder med ægtefællen, deltager demenskoordinatoren, og det betyder, at flere små og store misforståelser bliver ryddet af vejen. De problemer som ægtefællen har oplevet i samarbejdet med de ansatte, bliver der sat ord på, og ved møderne med de ansatte bliver det drøftet i åbenhed med demenskoordinatoren, hvordan man kan sikre et bedre forløb med ægtefællen.

Ved midtvejsevalueringsmødet er plejehjemslederen indkaldt, og der kan VISO konsulenten redegøre for, hvordan de ansatte nu er mere positivt stemt overfor beboeren og dennes ægtefælle.
Ligeledes bliver det anbefalet, at den fremtidige vejledning af de ansatte opprioriteres, og at der fastsættes tidspunkt og dato for disse vejledninger.
Plejehjemslederen bliver opmærksom på, at hun fremover skal inddrage demenskoordinatoren tidligere i forløbet, når de ansatte observerer problemskabende adfærd hos beboere med demens. Samtidig kan det medføre et mere positivt samarbejde.

Som VISO konsulent er det yderst vigtigt, at demenskoordinatoren er med hele vejen i forløbet.
At få afklaret roller inden vejledningsforløbet starter.
At få afklaret forventninger til hinanden.
At få klarlagt hvor lang tid, problemerne har stået på, og hvor mange parter der er indblandet.
At afsætte tid til møder, hvor der er mulighed for at justere indhold i vejledning med mere.

BOGOMTALE

Demens: Den anden frekvens

”Demens: Den anden frekvens” består af en meget presseomtalt bog, cd og dvd, som udkom den 22 april.

Bogen har undertitlen ”Inspiration for pårørende”.
Den skal inspirere pårørende og andre, der omgås demente, til at fjerne det pres, der ofte er på både de demente og på det personale, der passer dem. At lære dem, hvordan man omgås demente, så både den demente og de pårørende og andre får glæde og tilfredsstillelse ud af samværet.

Læs mere på www.demensfrekvens.dk
”Demens: Den anden Frekvens” er udgivet på forlaget Fænø Lighthouse Projects. Pris både for bog, cd og dvd: 368 kroner.

BOGOMTALE

Ældre og psykisk sygdom - forebyggelse, behandling og omsorg

PsykiatriFonden og ÆldreForum har udgivet bogen ”Ældre og psykisk sygdom”. Selv om mange ældre er åndsfriske og fysisk vitale til langt op i årene, byder ældretilværelsen alligevel på udfordringer. Tab af arbejdsidentitet, ægtefælde og venner og samtidig større modtagelighed for psykisk og fysisk sygdom er nogle af de vilkår, der i særlig grad præger dette livsafsnit.

Hos ældre med psykiske sygdomme adskiller symptomer og årsager sig fra yngres. Ældre har hyppigt kropslige og psykiske sygdomme på samme tid og får desuden ofte mange forskellige former for medicin. Derfor er der behov for større opmærksomhed om og samtidig for særlig viden og indsigt for at omgås og hjælpe denne gruppe ældre.

Bogen er delt op i tre overordnede temaer. Første del handler om eksistentielle forhold, herunder den biologiske aldring, hjernens indretning og vedligeholdelse samt ældres utryghed og forholden sig til livets afslutning.

Anden del handler om de psykiske sygdomme, som man hyppigt ser hos ældre, især depression, angst, demens og psykotiske reaktioner men også følgerne af psykisk sårbarhed og sygdom.
Tredje del beskriver de organisatoriske og praktiske forhold knyttet til ældrepsykiatrien, hjemmeplejen, retten til selvbestemmelse og ikke mindst ældres netværk, primært de pårørende, der ofte står med store omsorgsproblemer.

Bogen indledes smukt med et digt af Benny Andersen skrevet særligt til denne bog.
Bogen bygger på den nyeste viden på feltet og henvender sig til fagpersoner på ældreområdet dvs. læger, psykologer, sygeplejersker, personale i ældreplejen, sagsbehandlere og ikke mindst til ældre selv og deres pårørende.

Bogen kan bestilles hos PsykiatriFonden eller købes i boghandlen. Pris 190 kr.
Se mere på www.psykiatrifonden.dk og www.aeldreforum.dk

Generalforsamling i DKDK

Der indkaldes hermed til ordinær generalforsamling i DemensKoordinatorer i DanmarK:

Torsdag d. 10. september 2009
Kl. 17:15 – 18:45
På Hotel Nyborg Strand
Østerøvej 2
5800 Nyborg

Ifølge vedtægter for DKDK skal generalforsamlingen varsles med mindst tre uger. Indkomne forslag skal være sekretariatet i hænde senest én måned før generalforsamlingen. Der kan kun stemmes ved personligt fremmøde på generalforsamlingen.

Dagsordenen for generalforsamlingen skal mindst omfatte:
1: Valg af dirigent, stemmetællere og referent
2: Bestyrelsens beretning
3: Forelæggelse og godkendelse af regnskab
4: Budget
5: Fastsættelse af kontingent
6: Indkomne forslag
7: Valg af formand i lige år – punktet bortfalder i 2009
8: Valg af bestyrelsesmedlemmer og suppleanter
9: Valg af revisor
10: Eventuelt

Desuden skal den årlige ordinære generalforsamling drøfte forslag til demenstemaer for det følgende år.

Følgende bestyrelsesmedlemmer og suppleanter er på valg:
Kirsten Sejerøe-Szatkowski – villig til genvalg som bestyrelsesmedlem
Lone Engmann – villig til genvalg som suppleant
Tove Holdensen – villig til genvalg som suppleant

Bestyrelsen opfordrer til, at nye kandidater melder sig til bestyrelsesarbejdet.

Bestyrelsen har gennemgået vedtægterne og har for nuværende ingen forslag til vedtægtsændringer. Bestyrelsen indstiller, at kontingentet fastholdes til 200 kr. årligt.

Tilmelding til generalforsamlingen er ikke nødvendig.

På bestyrelsens vegne
Marianne Lundsgaard
Faglig sekretær

AktivitetsKalender 2009

Næste DKDK nyhedsbrev udkommer i oktober

Sekretariat ferielukket
d. 13. juli—24. juli (uge 29 og 30)

Demensferier
D. 20.—23. juli (uge 30)
D. 27.—30. juli (uge 31)

Bestyrelsesmøde
d. 31. august 2009

Bestyrelsesmøde
tirsdag d. 8. september

DKDK Årskursus og generalforsamling 2009
onsdag d. 9. september – fredag d. 11. september 2009

DKDK

Nyhedsbrevet udgives af DemensKoordinatorer i DanmarK
Oplag: 450
ISSN: 1603-3086

Sekretariat:
Jernbane Allé 54, 3. th.
2720 Vanløse
Tlf. 38 77 01 66
info@demens-dk.dk
www.demens-dk.dk

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

Næstformand
Dorthe Laccopidan
Tlf. 45 58 00 47
adla@rudersdal.dk

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

Sekretariat
Faglig sekretær
Marianne Lundsgaard
ml@demens-dk.dk

Bogholder/kursussekretær
Karin Kirchherr
kk@demens-dk.dk

Ansvarshavende redaktører
Dorthe Laccopidan
Ane Eckermann

Redaktion
Marianne Lundsgaard
Konsulent Lise Sørensen
ls@demens-dk.dk